



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

دراسة سريرية لنموذج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية

إعداد الطالبة:

باسمة غسان خليل

إشراف الدكتورة:

رآفات أحمد أحمد

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

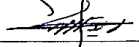
2023-2022

نوقشت رسالة الطالبة باسمه غسان خليل

بمعنوان

دراسة سريرية لنموذج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب.

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٢٠٢٣/١/٢٣ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
د. رافات أحمد	عضوا مشرفا	
د. سهاد بكرة	عضوا	
د. ريتا زيدو	عضوا	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في الصحة النفسية / قسم الإرشاد النفسي.

الإهداء

إلى من كان منارة قلبي

إلى من أعطانني الحب والحنان

إلى من وقف بجانبني في ضيقي

إلى من قدم لي الدعم والقوة

إلى من كان شريكي في الحزن والفرح

إلى من وضع ثقته بقدرتي

إلى من كان رفيق دربي في هذا المشوار الطويل

إلى أُملي في هذه الحياة وحب حياتي الوحيد

إلى من كان صديقي قبل زوجي

زوجي الحبيب(مهند)

.....

إلى من أعطتني أجمل شعور في هذه الحياة

إلى من أضافت بوجودها نور على حياتي

إلى من كانت سبب سعادتي رغم التعب والشقاء

إلى من زينت حياتي بضحكتها الغالية على قلبي

إلى ملاكي الصغير إلى حبيبتي إلى أُملي في هذه الحياة

ابنتي الغالية (جوليا)

.....

إلى ملاكي في الحياة، إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمه الحياة

وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر ناجحي ،

وحنانها بلسم جراحي، إلى نور حياتي

(أمي الحبيبة)

.....

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمني العطاء بدون انتظار،

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار

(أبي الحبيب)

.....

إلى من بهم أكبر، إلى من هم شموع تنير ظلمة حياتي،

إلى من بوجودهن اكتسب قوة ومحبة لا حدود لها،

إلى من رافقوني منذ أن حملنا حقائب صغيرة،

وسرت الدرب معهم خطوة بخطوة،

أخوتي الغاليين (سومر، ثائر، بشرى)

.....

إلى ملائكتي الصغيرة، إلى من علموني معنى الأمومة قبل أن أصبح أم،

إلى أُملي وتفاؤلي في هذه الحياة،

(جوى، آدم، آرام)

.....

شكر وتقدير

الحمد والشكر أولاً وأخيراً لله سبحانه وتعالى على نعمه التي لا تعد ولا تحصى، وأن وفقني ويسر لي طلب العلم، وأعانني على إتمام هذا العمل.

أما بعد فإنني أتقدم بأسمى آيات الشكر وأبلغ عبارات التقدير والامتنان للأستاذة الدكتورة رافات أحمد لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة، والتي كانت قدوتي في الحياة والعمل، وأعطتني من علمها دون مقابل، ولم تبخل علي يوماً بالنصح والإرشاد، وساندتني في مواجهة الصعوبات التي واجهتني في إعداد هذا البحث في هذه الظروف الصعبة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان وخالص التقدير والاحترام للسادة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم د.سهاد بدرة ود.ريتا زيدو لتفضلهم بقبول مناقشة هذا البحث، وما بذلوه من جهد ووقت في مراجعة هذا البحث وتقويمه.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوعات
9	الملخص باللغة العربية
	الفصل الأول: خطة البحث:
10	1- المقدمة
11	2- إشكالية البحث
12	3- تساؤلات البحث
13	4- متغيرات البحث
13	5- فرضيات البحث
13	6- أهمية البحث
14	7- أهداف البحث
14	8- مصطلحات البحث
18	9- حدود البحث
18	10- دراسات سابقة
19	11- منهج البحث وأدواته
19	12- مكونات البحث
	الفصل الثاني:
21	1- الدراسات السابقة
26	2- تعقيب على الدراسات السابقة
	الفصل الثالث: الإطار النظري:
	أولاً: العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل
27	١_ خلفية نظرية
28	٢_ مفهوم الوعي الكامل
29	٣_ مكونات الوعي الكامل
30	٤_ أبعاد الوعي الكامل
31	٥_ مقومات الوعي الكامل
33	٦_ الوعي الكامل والغفلة (انعدام الوعي)
34	٧_ الوعي الكامل والتأمل
35	٨_ الوعي الكامل والانتباه
36	٩_ نظرية لانجر للوعي الكامل

38	١٠ _ فوائد الوعي الكامل ومزايا التدريب عليه
40	١١ _ تقنيات الوعي الكامل: ١١_١ _ التنفس الواعي ١١_٢ _ مسح الجسد ١١_٣ _ تمرين حبة الزبيب
43	١2 _ دور العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب
	ثانياً: الاكتئاب
44	١ _ مفهوم الاكتئاب
45	٢ _ أعراض الاكتئاب
46	٣ _ أنواع الاكتئاب
47	٤ _ أسباب الاكتئاب
48	٥ _ النظريات المفسرة للاكتئاب
51	٦ _ تشخيص الاكتئاب
54	٧ _ علاج الاكتئاب
	الفصل الرابع:
56	١ _ منهج البحث
56	٢ _ أدوات البحث
70	٣ _ عينة البحث
71	4- الأساليب الإحصائية
71	5- إجراءات البحث
	الفصل الخامس:
73	١ _ عرض نتائج البحث: ١_١ _ نتائج أسئلة البحث ١_٢ _ نتائج فرضيات البحث
78	٢ _ تفسير نتائج البحث
80	الخاتمة
80	التوصيات والمقترحات
81	المراجع
87	ملاحق البحث
176	ملخص باللغة الإنكليزية

قائمة الجداول

الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
57	فئات مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)	1
57	معايير مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)	2
58	معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	3
59	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الاكتئاب	4
59	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين (المرضى والعاديين) على مقياس الاكتئاب	5
60	معاملات ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)	6
60	أبعاد مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R)	7
61	معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه	8
62	معاملات ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها بعضاً ومع الدرجة الكلية للمقياس	9
63	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الصحة النفسية	10
64	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين (المرضى والعاديين) على مقياس الصحة النفسية	11
65	معاملات ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)	12
68	سير الجلسات العلاجية	13
70	مواصفات عينة الدراسة الأساسية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة	14
73	درجات أفراد عينة البحث على مقياس بيك للاكتئاب	15
74	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج	16
74	نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق	17

	البرنامج	
75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	18
75	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الاكتئاب	19
76	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج	20
77	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الاكتئاب	21

قائمة الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
76	المخطط البياني للمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الاكتئاب	1
77	المخطط البياني للمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة الضابطة والمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج	2

قائمة الملاحق

فهرس المحتويات		
الصفحة	الموضوعات	
87	مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R)	ملحق (1)
92	مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)	ملحق (2)
97	استبانة حاجات المرضى النفسيين للخضوع للعلاج النفسي بجانب العلاج الدوائي	ملحق (3)
98	نموذج دراسة الحالة	ملحق (4)
103	عرض حالات الدراسة	ملحق (5)
172	ورقة تسهيل المهمة لمشفى المواساة الجامعي	ملحق (6)
173	بعض من الصور لجلسات التدريب في العيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي	ملحق (7)
قائمة الجداول		
الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
103	سير الجلسات العلاجية للحالة الأولى	22
108	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق القبلي للحالة الأولى	23
108	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق القبلي للحالة الأولى	24
115	تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الأولى	25
115	تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الأولى	26
116	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق البعدي للحالة الأولى	27
116	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق البعدي للحالة الأولى	28
117	سير الجلسات العلاجية للحالة الثانية	29
122	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق القبلي للحالة الثانية	30
123	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق القبلي للحالة الثانية	31
129	تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الثانية	32
129	تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الثانية	33

130	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق البعدي للحالة الثانية	34
130	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق البعدي للحالة الثانية	35
131	سير الجلسات العلاجية للحالة الثالثة	36
136	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق القبلي للحالة الثالثة	37
136	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق القبلي للحالة الثالثة	38
143	تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الثالثة	39
143	تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الثالثة	40
144	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق البعدي للحالة الثالثة	41
145	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق البعدي للحالة الثالثة	42
145	سير الجلسات العلاجية للحالة الرابعة	43
150	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق القبلي للحالة الرابعة	44
151	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق القبلي للحالة الرابعة	45
157	تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الرابعة	46
157	تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الرابعة	47
158	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق البعدي للحالة الرابعة	48
158	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق البعدي للحالة الرابعة	49
159	سير الجلسات العلاجية للحالة الخامسة	50
164	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق القبلي للحالة الخامسة	51
164	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق القبلي للحالة الخامسة	52
170	تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الخامسة	53
170	تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الخامسة	54
171	درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) التطبيق البعدي للحالة الخامسة	55

171	درجة المريض على مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R) التطبيق البعدي للحالة الخامسة	56
	قائمة الأشكال	
الصفحة	محتوى الشكل	رقم الشكل
112	التحليل الوظيفي الآني للحالة الأولى	3
126	التحليل الوظيفي الآني للحالة الثانية	4
140	التحليل الوظيفي الآني للحالة الثالثة	5
154	التحليل الوظيفي الآني للحالة الرابعة	6
167	التحليل الوظيفي الآني للحالة الخامسة	7

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (10) مرضى وزعوا إلى مجموعتين: الأولى: المجموعة التجريبية وعددها (5) مرضى خضعوا للبرنامج العلاجي بالإضافة إلى أخذ الأدوية المضادة للاكتئاب، الثانية: المجموعة الضابطة وعددها (5) مرضى لم يخضعوا للبرنامج العلاجي واكتفوا بأخذ الأدوية المضادة للاكتئاب. طبقت الدراسة في الهيئة العامة لمشفى المواساة الجامعي التابع لوزارة التعليم العالي في الجمهورية العربية السورية، واستخدم في هذه الدراسة: مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)، ومقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R)، ونموذج لدراسة الحالة، وبرنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل من إعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة الحالية إلى الآتي:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي المباشر.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج وهي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي، الوعي الكامل، الاكتئاب.

الفصل الأول (خطة البحث):

1- المقدمة:

يقضي كثير منا حياته في إعادة صياغة الماضي أو الاندفاع نحو المستقبل دون الاستمتاع بالحاضر، فتبدو حياتنا نصف عمر " بسبب تشتت انتباهنا عن العالم من حولنا، لأننا مشغولون بالتفكير الدائم، وهذا ما يمنعنا من الاستمتاع بملذات الحياة اليومية. من هنا تأتي أهمية الوعي الكامل الذي يساعدنا على ضبط ما نشعر به والتركيز على الوقت الحاضر.

تعود جذور الوعي الكامل Mindfulness إلى التقاليد البوذية التي ظهرت في الهند منذ 2500 عام وانتشرت فيما بعد في معظم بلدان الشرق الأقصى، وهي ترجمة إنكليزية لكلمة "sati" في لغة "pali" وهي لغة هندية قديمة تشير إلى الوعي والانتباه والتذكر، والوعي الكامل وسيلة لتحرير الذات من الألم والمعاناة الحاليين، فهو يجعلنا قادرين على رؤية نقاط الضعف من خلال جعلنا ندرك ما يجري وجعلنا نتعامل مع الأمور بعمق وبشكل مباشر ودون إصدار أحكام. (Grane,2009,28)

اعتمد جون كابات زين الوعي الكامل في أواخر السبعينات واستخدمها في برنامج الحد من الإجهاد (MBSR) للحد من التوتر والمساعدة في علاج اضطرابات القلق وفي منع الانتكاسات، وعرفها بأنها الوعي بالخبرة الحالية مع القبول، والانفتاح على التجارب كما هي والتركيز على اللحظة الحالية دون الحكم على الأحداث من حيث كونها إيجابية أو سلبية، وقبول الأفكار والصور والمواقف التي تتبادر إلى الذهن دون قمعها، فهي بذلك رحلة تطوير الذات واكتشافها والتعلم والشفاء. (zinn,1992,1)

يعد الوعي الكامل من أهم علامات علم النفس الإيجابي بسبب دوره الفعال في تركيز الانتباه نحو ما يحدث داخل الفرد وخارجه وتقبله كما هو دون محاولة تغييره والنظر إلى الأفكار والمشاعر بأنها خبرات زائلة وليست مستمرة ولا تمثل النفس، واستخدم الوعي الكامل كوسيلة لتعلم مبادئ تساعد المرضى في برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) بحيث يصبحون أكثر وعياً بتجربتهم في اللحظة الحالية من خلال تركيز الانتباه بالخبرات الحالية وقبولها إذ يسهل (MBCT) رؤية منفصلة لأفكار الفرد.

يعتمد (MBCT) التركيز على التدريب المنتظم ليكون أكثر وعياً لحظة بلحظة بالأحاسيس الجسدية والأفكار والعواطف كأحداث في مجال الوعي فننتعلم أن نراهم كجوانب من الخبرة التي تنتقل من خلال وعينا بدلاً من رؤيتهم كحقيقة، ونرى أفكارنا ليست حقائق بل إنها مجرد أفكار.

صمم (MBCT) لتخفيف أعراض الاكتئاب عن طريق تعليم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب مراقبة أفكارهم ومشاعرهم بطريقة عدم إصدار أحكام وقبولها دون محاولة قمعها، وعرض هذه الأفكار على أنها أحداث عقلية تأتي وتذهب، ويعلمهم تطوير القدرة على الخروج من أنماط التفكير الأتوماتيكي والتعرف إلى عمليات العقل والجسم والوصول إلى طرق جديدة للتعامل مع كل من الجوانب المتعلقة بالاكتئاب والتعامل مع كل الجوانب الصعبة، وبذلك يساعد (MBCT) مرضى الاكتئاب على التعامل مع الأفكار السلبية والحزينة التي تنشط بحسب مزاجهم السيء ويشجعهم على تغيير علاقتهم بالأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية ليكون لديهم فرصة لاكتشاف أن هذه الأحداث عابرة في العقل، وهذا ما يساعد مرضى الاكتئاب على كسر العلاقة بين المزاج المنخفض والتفكير السلبي ويطور لديهم القدرة على السماح للمشاعر والأفكار والأحاسيس الجسدية بتركها تمر دون الشعور بالحاجة بقمعها أو الهروب منها أو محاربتها. (Williams, Kuyken, 2012, 359)

2- إشكالية البحث:

نظراً للأزمات والضغوط المتتالية التي عصفت ومازالت تعصف بالمجتمع السوري وما خلفته من آثار سلبية على الأصعدة كافة (الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية....) وذلك بالنظر إلى أعداد المراجعين للعيادات والشعب النفسية في المشافي السورية والاطلاع على ملفات القبول، ومن خلال وجود الباحثة في الشعبة النفسية في مشفى المواساة الجامعي بمدينة دمشق في إطار التدريبات العملية لطلبة الماجستير لاحظت تكرار أعداد المرضى المصابين بالاكتئاب في مختلف الأعمار، فقامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المرتادين إلى الشعبة النفسية في المشفى حول رأيهم عن أهمية وجود العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي في أثناء فترة العلاج، وطرحت عليهم مجموعة من الأسئلة عبر بنود مغلقة تبين حاجتهم إلى الخضوع للعلاج النفسي، وبينت الدراسة الاستطلاعية أن نسبة 75% من أفراد العينة تؤكد أهمية وجود العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي، وهذا ما دعا الباحثة إلى اختيار هذا البحث لأهميته في التخفيف من أعراض الاكتئاب، إذ بات يطلق على الاكتئاب مرض العصر الحالي بسبب مخاطر الإصابة به التي تؤدي إلى العزلة وفقدان الاهتمام بالحياة وانخفاض واضح في الاستمتاع بالأنشطة وبالأداء الاجتماعي والمهني بالإضافة إلى أفكار متكررة عن الموت والتفكير الانتحاري، فقد عُدَّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية خطورة وذلك لزيادة عدد الوفيات من المصابين به والتي عادة ما ترجع إلى الانتحار، إذ وجد احتمال بنسبة 15 % أنَّ المرضى المصابين بالاكتئاب المتكرر الشديد الذين يحتاجون إلى دخول المستشفى سيموتون في النهاية عن طريق الانتحار (Segal et al, 2013, 12). وقد بينت الدراسات أنه وفقاً لمنظمة الصحة العالمية سيكون هناك في العقدين القادمين تغيير جذري في الاحتياجات الصحية لسكان العالم، وذلك بسبب أن الاكتئاب الشديد الذي كان السبب الرابع للعجز في عام 1990 سيكون السبب الثاني في عام 2030 (Bahls, 2002, 10). ولأنَّ الاكتئاب من الاضطرابات المعيقة

عن العمل سواء في العمل الدراسي أو الإنتاج المهني ونظراً لأنّ الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب عديدة وأهمها أحداث الحياة الضاغطة والأحداث المأساوية، وأكبر حدث ضاغط نعيشه اليوم هو الحرب والنزاع التي خلفتها من فقدان الأشخاص الأعزاء ، وفقدان السكن ، والهجرة، وفقدان العمل، والوضع الاقتصادي المتدني، من هنا بات اضطراب الاكتئاب يمثل تحدياً هائلاً في مجال الصحة العقلية، إذ إن النمط النفسي الرئيسي الذي يسبب الإصابة بالاكتئاب هو الطريقة التي يمكن أن تؤدي بها كمية صغيرة من الحالة المزاجية الحزينة إلى ظهور أنماط معتادة قديمة من التفكير التي تزيد من أعراض الاكتئاب. والعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) هو برنامج مصمم لتخفيف أعراض الاكتئاب، يقوم من خلال تدريبات ممارسة الوعي بزيادة وعي المريض للتركيز على اللحظة الحالية وعلى الأحاسيس الجسدية والأفكار والمشاعر والسلوكيات.

إن التحول نحو أسلوب أكثر وعياً بالذات، والذي يتضمن القبول والاهتمام بواقع اللحظة الحالية، يمكن المشاركين من الوصول إلى طرق جديدة للتعامل مع كل من الجوانب الصعبة المتعلقة بالاكتئاب. تتطوي هذه الطريقة الجديدة لرؤية التجربة على إدراك أن تجربتنا ليست بالضرورة ما يخلق هويتنا، وبهذه الطريقة يمكن النظر إلى الصعوبة التي تنشأ في أي جانب من جوانب خبرتنا عن الألم الجسدي أو المشاعر المؤلمة أو الأفكار السلبية، كونها أحد جوانب تجربتنا في هذه اللحظة (Crane,2009,28). من خلال MBCT يتمتع المرضى بمزيد من الوعي والحساسية وفهم أسلوب عمل كيف تدخل أنماط التفكير السلبية التلقائية والاعتيادية عندما يبدأ غضبهم في الانغماس (خاصة في أثناء نشاط العقل)، وكيف تتكون الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية والسلوكيات التي يمكن أن تندمج في دوامة من الاكتئاب، بالإضافة إلى تعليم المرضى كيفية جلب انتباههم مرة أخرى إلى تركيز واحد عندما يبدأ عقلهم بالتفكير، ومن ثم الحفاظ على وعيهم واهتمامهم بالحاضر.

نظراً لهذا العصر الذي نعيشه المملوء بالانفعالات والقلق والمخاوف والذي يخلق إنساناً مفعماً بالاضطراب والأمراض النفسية ولاسيما اضطراب الاكتئاب، وإضافة إلى نتائج الدراسات التي ذكرت ونتائج دراسات أخرى اطلعت عليها الباحثة وندرة الدراسات المحلية والعربية حول علاج الاكتئاب عن طريق استخدام العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل، فقد حددت مشكلة البحث في ضوء ما سبق من خلال التساؤل الآتي:

ما فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث؟

3- تساؤلات البحث:

سعى البحث إلى الإجابة عن السؤال الآتي:

- ما مستوى الاكتئاب لدى عينة البحث؟

4- متغيرات البحث:

4-1- المتغير المستقل: برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لتخفيف أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث.

4-2- المتغير التابع: التغيرات الحاصلة في درجات المرضى أفراد عينة البحث على مقياس "بيك للاكتئاب".

5- فرضيات البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من صحة الفرضيات وفق دلالة 0,05:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج.

6- أهمية البحث:

تتجلى أهمية البحث الحالي في النقاط الآتية:

1- دراسة فاعلية برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث.

2- يوفر البحث مراجعة حديثة لمتغير الوعي الكامل للباحثين والمهتمين بالعلاج النفسي.

3- يبين هذا البحث أهمية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في علاج اضطراب الاكتئاب.

4- يعدّ هذا البحث من أوائل البحوث على الصعيد المحلي والعربي الذي استخدم العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب.

5- توفر نتائج هذه الدراسة فهماً أفضل لكيفية علاج الاكتئاب من خلال العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT).

7- أهداف البحث:

يمثل الهدف الرئيسي للبحث الحالي في التعرف إلى " فاعلية برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب في مشفى المواساة الجامعي بمدينة دمشق، ويتفرع عن هذا البحث مجموعة من الأهداف الفرعية الآتية:

- 1- تقديم خلفية نظرية شاملة عن العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل وتقنياته.
- 2- تقديم أساس نظري يستند عليه الباحثين في علم النفس لاستخدام تقنيات العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (جدول بيك، مع/ضد).
- 3- تقديم شرح وافي نظري وتطبيقي للتحليل الوظيفي (الآني والتاريخي) وهو البرتوكول المعتمد من قبل الجمعية الفرنسية للعلاج المعرفي السلوكي.

8- مصطلحات البحث:

8-1- العلاج المعرفي: هو علاج يفترض أن التفكير المشوش والسلبي (الذي يؤثر في مشاعر المرضى وسلوكهم) هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك، واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى. (بيك، 2007، 17) وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه مجموعة التقنيات المعرفية المستخدمة في هذا البحث لمساعدة المريض على استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وتشمل هذه التقنيات المعرفية الآتي:

- 8-1-1- جدول بيك: استخدمه بيك Beck عام 1979، يتألف من خمسة أعمدة اختصره لاحقاً لثلاثة فقط مخصصة لاستخراج الأفكار اللامنطقية الأتوماتيكية التي يؤمن بها المريض مع تحديد نسبة المشاعر السلبية المرافقة ليُصار إلى إيجاد الأفكار البديلة التي يمكن أن تحتل مكانها في البناء المعرفي الجديد الذي يقدمه هذا الجدول، وهو إمكانية تحديد المريض قوة الأفكار اللامنطقية لديه وقوة المشاعر السلبية المترافقة من خلال تسجيل النسبة المئوية لقوة حضورها في لحظة ما، ومقارنة نسبة الهبوط أو الارتفاع لتلك النسبة.
- 8-1-2- تقنية (مع/ضد): تُستخدم هذه الطريقة لمساعدة المريض على إيجاد البديل المنطقي لأفكاره اللامنطقية، إذ يتم تسجيل الأفكار المتحصل عليها من عملية التحليل الوظيفي، ومن ثم يطلب من المريض البحث عن دليل صدق هذه الأفكار وقوتها وتسجيل ما توصل

إليه في حقل مستقل، ليقابله في حقل آخر مجموعة أفكار تدحض ما تم تسجيله كأفكار
لامنطقية. (أحمد، 2019، 258-259)

2-8 - العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (Mindfulness-based cognitive therapy) (MBCT):

هو برنامج تدريبي لتدريب مهارات المرضى الذي يدمج الجوانب التربوية النفسية للعلاج المعرفي السلوكي
للاكتئاب مع مكونات التأمل للحد من الإجهاد القائم على الذهن التي وضعها كابات زين، وهو برنامج مصمم
لتخفيف أعراض الاكتئاب. (Aalderen, 2016, 25)

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: (MBCT) هو تدخل نفسي مصمم لتخفيف أعراض الاكتئاب المتكرر من خلال
تمارين التأمل مع تقنيات سلوكية معرفية، يهدف إلى تعليم المرضى التركيز على اللحظة الحالية والاستمتاع بها.

3-8 - الاكتئاب (Depression):

يعرف بأنه: حالة من الحزن الشديد تتأب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض
مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتوقع حول الذات. (الخطيب، 2000، 568)
وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب.

4-8 - التحليل الوظيفي:

هو نموذج مطروح من قبل كوترو (Cottraux 1995) يستخدم شبكة سিকা (Grille SECA)
والذي يتضمن قسمين مكملين لبعضهما بعضاً غير منفصلين، يختص الأول بالعناصر الآتية
للسلوك المشكل، في حين يتعلق الثاني بالعناصر التاريخية له:

1-4-8 - التحليل الوظيفي الآني ويشمل:

- (S) الموقف أو الحدث إذ يشعر المريض بأعلى درجات الانزعاج.
- (E) المشاعر لحظة حدوث الموقف.
- (C) المعارف أي الأفكار التي تمر في الفكر لحظة حدوث الموقف أو حتى لحظة توقعه.
- (A) التوقع لدى المريض عقب حدوث الموقف لأول مرة. (أحمد، 2019، 258)

2-5-8 - التحليل الوظيفي التاريخي ويتضمن:

- معطيات بنيوية ممكنة: قد تكون مرضاً جينياً أو مرضاً في الشخصية.
- عوامل تاريخية (قديمة) مُحافِظة على السلوك غير التكيفي.

- عوامل مَحْرُضة للسلوك المرضي.
- حدث سابق مباشرة للسلوك المرضي.
- مشاكل أخرى (إعاقات، مشكلات زواجية).
- معالجات سابقة دوائية نفسية.
- أمراض جسدية. (Cottraux, 1995)

5-8- الرءاءات الأربعة 4R:

طريقة يمكن للباحث اعتمادها لبناء علاقة مهنية مع المريض قائمة على التقهم والتعاطف والثقة المتبادلة. أتت تسمية هذه الطريقة من الأحرف الأولى المُشكلة للمفاهيم الأساسية التي تتضمنها على حد سواء في اللغتين الإنكليزية والفرنسية وهي كالآتي:

8-5-1- العودة إلى السياق Recontextualiser: يحاول المريض عادة في حديثه عن مشكلته

أن يتحدث بشكل عام، وأن يصف بشكل غير محدد، وربما يحاول أن يبتعد عن المشكلة المحورية بقصد أو من دون قصد. وهنا يقصد بالعودة إلى السياق أي مساعدة المريض بإعادة التركيز في الحديث عن مشكلته.

8-5-2- إعادة صياغة جمل المريض Reformer:

يوجد ثلاثة أنواع من إعادة صياغة جمل المريض:

- **التكرار أو طريقة الببغاء كما أسماها Methode du Perroquet:** يقوم المعالج بتكرار جملة المريض كلمة كلمة ولفظاً لفظاً مع حركات وجه وتعابير متزامنة سواء تعابير حزن أو فرح، الأمر الذي يجعل المريض محافظاً على تركيزه على المشكلة التي يعيشها أكثر من تركيزه على المعالج أو العلاقة العلاجية.
- **تحديد المصطلحات:** تساعد هذه التقنية المريض الذي تعوزه الكلمات للتعبير أو الذي يخونه التعبير ولا يستطيع إيصال إحساسه لنا في كلمات، أي مساعدة المريض على تحديد أفكاره والتعبير عنها. ويجب أن يكون المصطلح المستخدم في التعبير بسيطاً وقريباً جداً في معناه مما يقوله المريض عن مشكلته التي يعيشها. هذا الإجراء يترافق دوماً مع الطلب من المريض أن يؤكد لنا ما إذا كنا فعلاً قد ساعدناه في الوصول إلى التعبير الصحيح أو أنه فعلاً هذا ما قصده.
- **طرح الفرضيات:** أي أن يطرح المعالج فرضية على شكل سؤال يشتق مما قاله المريض، ويجب أن تكون الفرضية واضحة وبسيطة ومحددة، وأن نطلب موافقة المعالج على ما طرح في الفرضية.

8-5-3- التلخيص Résumer:

يتم اللجوء إلى التلخيص:

- في بداية الجلسة العلاجية لتلخيص الجلسات السابقة.
 - في نهاية الجلسة الواحدة للوقوف عند أهم النقاط التي تم التطرق إليها في الجلسة.
 - في نهاية الجلسات التشخيصية وقبل البدء بالجلسات العلاجية تُلخّص المشكلة المعروضة وتُحدد المشكلة وتُحدد ردود فعل المريض على ما يعيشه ويمر به.
- يكون النظر إلى التلخيص هنا وكأنه إعادة صياغة موسعة للمشكلة يسمح فيها للمريض والمعالج معاً بالعودة لما قيل وشرح في الجلسة، وتحديد قائمة بالمواقف التي يمكن للمعالج أن يعمل عليها بالاتفاق مع المريض.

8-5-4 - التعزيز Renforcer:

يستخدم التعزيز بغزارة في العلاجات المعرفية السلوكية، وهو يتحدد بما يريد المعالج تطويره من سلوكيات لدى المريض، أي إنه يزيد احتمالية تكرار سلوك نريده من المريض. (أحمد، 2019، 263-265)

نميز هنا نوعين من التعزيز المُقدّم في الجلسات العلاجية:

- **تعزيز سلوك المريض:** (ما قام ويقوم به في مواجهة حالته، تعزيز استراتيجياته التي طورها سابقاً في مواجهة ما يزعجه في حياته اليومية...الخ).
 - **تعزيز شخصية المريض:** بما يحمله من صفات أو ما طوره من صفات أو ما تخطى عنه.
- لا بد من الإشارة إلى أن التعزيز يختلف عن المديح والتشجيع المجاني اللذين قد يزعجان المريض، ويؤديان أحياناً إلى انخفاض ثقة المريض بنفسه وبالمعالج. (Gungi, 2006)

8-6 - تقنية الاسترخاء:

يعرف بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وهو تقنية ممتازة يمكن الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ يساعد على تقليص القلق والتغيرات النفسية، وله أنواع عدة منها:

- الاسترخاء التلقائي.
- الاسترخاء المرئي (التخيل).
- استرخاء العضلات التدريجي.
- الاسترخاء بالتنفس العميق.

وفي هذا البحث قامت الباحثة باختيار الاسترخاء التنفسي العميق لتدريب المرضى عليه، إذ تعمل تمارين الاسترخاء التنفسي العميق في ضبط وتيرة النفس والتخلص من التوتر، وذلك يتم من خلال إدخال الكمية المناسبة من الأكسجين التي يحتاج إليها جسم الإنسان ثم إخراج أكبر قدر من ثنائي أكسيد الكربون،

الشيء الذي يؤدي إلى إدخال العقل والجسم في حالة استرخاء تامة، كما يساعد على تنشيط الدورة الدموية خصوصاً في منطقة البطن. وللتنفس نوعان:

- **تنفس الصدر:** الذي يستخدم العضلات الثانوية في أعلى الصدر.
- **التنفس الحجابي:** الذي يكون من الحجاب الحاجز وهو عضلة التنفس المهيمنة في الجسم، وهذا النوع من التنفس أكثر فاعلية وكفاءة. (زهية، 2018، ص 195-211)

9- حدود البحث:

- 9-1 الحدود البشرية: المرضى المراجعون للشعبة النفسية في مشفى المواساة المحولون من العيادات النفسية الذين شُخصت حالتهم باضطراب الاكتئاب وفق محكات الـ DSM والذين تتراوح أعمارهم بين 17 عاماً و55 عاماً.
- 9-2 الحدود المكانية: طُبّق البرنامج العلاجي في مشفى المواساة الجامعي في الشعبة النفسية في مدينة دمشق.
- 9-3 الحدود الزمانية: طُبّق البرنامج العلاجي من 2019/10/3 ولغاية 2020/3/13

10- الدراسات السابقة:

- الدراسات التي ذُكرت بالبحث وتناولت العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل والاكتئاب:
- 10-1 دراسة سوسن إيفانز وآخرين (2008) بعنوان العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لاضطراب القلق العام.
 - 10-2 دراسة ثورستن بارنهوفر وآخرين (2009) بعنوان العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل كعلاج للاكتئاب المزمن: دراسة أولية.
 - 10-3 دراسة سارة بيلفورد وآخرين (2008) بعنوان العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لمنع الانتكاس في الاكتئاب المتكرر.
 - 10-4 دراسة كيفين مالون وآخرين (2007) بعنوان العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لأعراض الاكتئاب المتبقية.
 - 10-5 دراسة يعقوب بيت وآخرين (2011) بعنوان تأثير العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل للوقاية من الانتكاس في اضطراب الاكتئاب الشديد المتكرر: مراجعة منهجية وتحليل بعدي.

- 10-6-دراسة آندي فينوكنين وآخرين (2006) بعنوان دراسة استكشافية للطرق المختلطة لفاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب والنشط والقلق في الرعاية الصحية الأولية.
- 10-7-دراسة اوكنر وبيت وهاكرد (2013) بعنوان آثار العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل على أعراض الاكتئاب لدى المسنين الشكالي الذين يعانون من ألم الفقدان.
- 10-8-دراسة فتحي عبد الرحمن الضبع، أحمد علي طلب (2013) بعنوان فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة.
- 10-9-دراسة رافات أحمد أحمد (2019) بعنوان فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة.
- 10-10-دراسة نور وهبي (2020) بعنوان العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لدى عينة من مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة.
- 10-11-دراسة حسبية برزوان (2012) بعنوان دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي.
- 10-12-دراسة أسماء محمود سعود (2015) بعنوان فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية.
- 10-13-دراسة إبراهيم معالي (2011) بعنوان فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك BECK في خفض الاكتئاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية.
- 10-14-دراسة غادة عبد الغفار (2007) بعنوان الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة.

11- منهج البحث وأدواته:

استُخدم منهجان "منهج شبه التجريبي" و"منهج الإكلينيكي"، واستخدم مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) ومقياس (SCL-90-R) وبرنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل إعداد الباحثة.

12- مكونات البحث:

12-1- الفصل الأول (خطة البحث):

في هذا الجزء ابتدئ بمقدمة للبحث وتم التحدث عن أسباب اختيار الباحثة لهذا البحث والفائدة المرجوة منه والهدف الذي يسعى إليه، والتحدث عن الحدود البشرية والزمانية والمكانية ومصطلحات البحث. وأيضاً ذكر المنهج الذي استخدم في هذا البحث والأدوات التي استخدمت وذكرت أسئلة البحث

وفرضيات البحث وُذكرت الدراسات التي تناولها البحث حول الوعي الكامل والاكتئاب، وفي النهاية اختتم بالتحدث عن محتويات البحث (مكونات البحث).

12-2- الفصل الثاني:

في هذا الفصل تم التحدث عن الدراسات السابقة حول الوعي الكامل والاكتئاب، وفي نهاية هذا الفصل ذُكر تعقيب الباحثة على الدراسات السابقة.

12-3- الفصل الثالث:

في هذا الفصل تم التحدث عن الإطار النظري لكل من الوعي الكامل والاكتئاب، فقد تم التحدث عن خلفية نظرية شاملة حول الوعي الكامل من (مفهوم الوعي الكامل - مكوناته - أبعاده - مقوماته - فوائده ومزاياه - تقنياته "التنفس الواعي، مسح الجسد، تمرين حبة الزبيب" - ذكر الفرق بين الوعي وانعدامه - والفرق بين الوعي وكل من التأمل والانتباه - نظرية لانجر للوعي الكامل - العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل ودوره في خفض أعراض الاكتئاب)، كما جرى التحدث عن خلفية شاملة حول الاكتئاب من (مفهومه - أعراضه - أنواعه - أسبابه - النظريات المفسرة له - تشخيصه - وطرق علاجه)، وُذكرت خلاصة للإطار النظري في نهاية هذا الفصل.

12-4- الفصل الرابع:

في هذا الفصل تم التحدث عن منهج البحث وعن مجتمع البحث والعينة الأساسية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وُذكرت مواصفات العينة والأدوات التي استخدمتها الباحثة للإجابة عن أسئلة البحث وفرضياته من مقاييس طبقت على المجموعتين للقياس القبلي والقياس البعدي والبرنامج العلاجي المستخدم وسير الجلسات العلاجية، وُذكر منهج البحث الذي استخدم بالإضافة إلى ذكر الأساليب الإحصائية التي طبقت خلال البحث.

12-5- الفصل الخامس:

في هذا الفصل تم التحدث عن نتائج أسئلة البحث، والتحقق من فرضياته، وبعد ذكر النتائج فُسرت هذه النتائج ونوقشت، وفي النهاية عرضت الخاتمة وكانت عبارة عن خلاصة عن البحث الحالي والنتائج التي توصل إليها هذا البحث وُذكرت توصيات ومقترحات توصلت إليها الباحثة.

الفصل الثاني: الدراسات السابقة:

1- الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل والاكتئاب:

1-1- دراسة سوسن إيفانز وآخرين (2008):

بعنوان "العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لاضطراب القلق العام"

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في علاج اضطراب القلق العام. وتكونت عينة الدراسة من 11 مريضاً (6 إناث و5 ذكور) بمتوسط عمر من (36-72) يعانون من اضطراب القلق العام. استخدم الباحث مقياس بيك للقلق (BAI) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ومقياس للقلق (PSWQ) ومقياس للوعي الكامل (MAAS) واستخدم برنامج (MBCT) لجون كابات زين وزملائه، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن MBCT يعدّ علاجاً مقبولاً وفعالاً للحد من أعراض القلق والمزاج وزيادة الوعي بالتجارب اليومية في المرضى الذين يعانون من GAD.

1-2 دراسة ثورستن بارنهوفر وآخرين (2009):

بعنوان "العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل كعلاج للاكتئاب المزمن: دراسة أولية".

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) في علاج المرضى الذين يعانون من الاكتئاب المتكرر المزمن مقارنة بمرضى الاكتئاب الذين يتعالجون بالأدوية (الطرق المعتادة). تكونت عينة الدراسة من 31 مريضاً من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب المزمن أو المتكرر مع وجود أفكار انتحارية لديهم. استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ومقياس بيك لقياس التفكير في الانتحار (BSS)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه بعد تقييم أعراض الاكتئاب وحالة التشخيص قبل مرحلة العلاج وبعدها، انخفضت أعراض الاكتئاب من مستويات شديدة إلى معتدلة في مجموعة المرضى الذين تلقوا علاج MBCT في حين لم يكن هناك تغيير كبير في مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج بالطرق المعتادة (الأدوية).

1-3 دراسة سارة بيلفورد وآخرين (2008):

بعنوان "العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لمنع الانتكاس في الاكتئاب المتكرر".

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في علاج مرضى الاكتئاب المتكرر مقارنة بالمرضى الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة بلغت نحو 123 مريضاً عانوا من الاكتئاب المتكرر وخضعوا للعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل بالإضافة إلى

العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب، ومجموعة تكونت من 62 مريضاً تلقوا العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب في حين لم يخضعوا للعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل. استخدم الباحث مقياس هاملتون للاكتئاب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن 7% من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل أوقفوا الأدوية المضادة للاكتئاب و 25% منهم لم يوقفوا الأدوية المضادة للاكتئاب، والعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل له فوائد في الحالات النفسية والجسدية لدى مرضى الاكتئاب الذين يتلقون العلاج MBCT مقارنة بمرضى الاكتئاب الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب.

1-4 دراسة كيفين مالون وآخرين (2007):

بعنوان "العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لأعراض الاكتئاب المتبقية".

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) في الحد من الأعراض الاكتئابية المتبقية لدى المرضى في العيادات الخارجية للأمراض النفسية ولمرضى الاكتئاب المتكرر، وتكونت عينة الدراسة من 19 مريضاً يعانون من أعراض اكتئابية متبقية بعد تلقيهم للأدوية المضادة للاكتئاب، واستخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل ساعد على تخفيض أعراض الاكتئاب لدى العينة بنسبة كبيرة جداً بعد تلقي العلاج MBCT.

1-5 دراسة يعقوب بيت وآخرين (2011):

بعنوان "تأثير العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل للوقاية من الانتكاس في اضطراب الاكتئاب الشديد المتكرر: مراجعة منهجية وتحليل بعدي".

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) لمنع الانتكاس لمرضى الاكتئاب الشديد المتكرر عن طريق التحليل البعدي، وتكونت عينة الدراسة من 953 مريضاً يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد المتكرر، واستخدام الباحث بروتوكول العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) لـ Kabat-zinn، وتوصلت النتائج إلى أن العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل قلل بشكل كبير من مخاطر الانتكاس بنسبة تبلغ 66%، أي إنه تدخل فعال لمنع الانتكاس لدى المرضى الذين يعانون من اكتئاب متكرر.

1-6 دراسة آندي فينوكين وآخرين (2006):

بعنوان "دراسة استكشافية للطرق المختلطة لفاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب النشط والقلق في الرعاية الصحية الأولية".

هدفت الدراسة إلى فحص واستكشاف فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) للمرضى في الرعاية الصحية الأولية الذين يعانون من أعراض نشطة للاكتئاب والقلق، وتكونت عينة الدراسة من 13 مريضاً يعانون من الاكتئاب والقلق المتكرر، واستخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيك للقلق، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل كان فعالاً ومفيداً لغالبية المرضى، ولوحظ انخفاض ذات دلالة إحصائية في متوسط علامات الاكتئاب، إذ كان متوسط درجة الاكتئاب ما قبل الخضوع للعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل 35,7 وكانت الدرجة بعد العلاج 17,8، وأيضاً لوحظ انخفاض ذو دلالة إحصائية في متوسط علامات القلق، إذ كان متوسط درجة القلق ما قبل الخضوع للعلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل 32 وأصبحت الدرجة بعد الخضوع للعلاج 20,5.

7-1 دراسة اوكنر وبيت وهاكرد (2013):

بعنوان "آثار العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى المسنين التكالى الذين يعانون من ألم فقدان".

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى المسنين التكالى الذين يعانون من ألم فقدان، وتكونت عينة الدراسة من 12 مسناً ضمن المجموعة التجريبية و18 مسناً ضمن المجموعة الضابطة، واستخدم مقياس بيك للاكتئاب BDI-II، ومقياس هارفارد للصدمة HTQ، وقائمة الحزن المعقد ICG-R، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك انخفاضاً كبيراً في أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

8-1 دراسة فتحي عبد الرحمن الضبع، أحمد علي طلب (2013):

بعنوان "فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى نوع العلاقة الارتباطية بين اليقظة العقلية وأعراض الاكتئاب النفسي، ومدى فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من عينة قوامها 24 طالباً جامعياً اختيروا من عينة كلية عددها 225 طالباً تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 19-23 سنة بمتوسط 20,12 سنة وانحراف معياري قدره 0,78، وقُسموا إلى مجموعتين متجانستين (مجموعة تجريبية وضابطة). استخدم الباحثون مقياس اليقظة العقلية، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب (د-2)، وطُبّق برنامج التدريب على اليقظة العقلية من تصميم الباحثين على المجموعة التجريبية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين درجات عينة الدراسة على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على قائمة بيك الثانية للاكتئاب،

كما أنه يمكن التنبؤ بأعراض الاكتئاب النفسي من اليقظة العقلية، وجاء بُعد "الوعي" أكثر تنبؤاً بأعراض الاكتئاب النفسي من بُعد "التقبل"، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً دالاً إحصائياً في مهارات اليقظة العقلية وانخفاضاً واضحاً في أعراض الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة.

9-1 دراسة رآفات أحمد أحمد (2019):

بعنوان "فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة". هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، وتكونت عينة الدراسة من 20 حالة من المراجعين الذين طُبّق البرنامج عليهم من المراجعين للعيادة التابعة لإدارة الخدمات الطبية في تلك الفترة. اختيرت حالة مريض واحد لتسجيل مجريات الجلسات وعرض النتائج وتفسيرها، واستخدم الباحث برنامجاً علاجياً من إعداد الباحثة، ومقياس الصحة النفسية المعدل، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي بالوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للرض إذ تراجعت أعراض الاضطراب وعاد المريض إلى حياته اليومية وعمله بعد أن كان قد اعتزلهما.

10-1 دراسة نور وهبي (2020):

بعنوان "العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لدى عينة من مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة". هدفت الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لدى عينة من مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة من النوع المتأخر، وتكونت عينة الدراسة من 8 حالات كعينة تجريبية مقابل 8 حالات كعينة ضابطة وقد كان أغلبها من السيدات، استُخدم مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة PTSD المقنن على البيئة السورية، بالإضافة إلى نموذج دراسة الحالة، والبرنامج العلاجي المعرفي القائم على الوعي الكامل MBCT، وأثبتت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لدى عينة من مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة بدلالة دراسة الفروق بين متوسط أداء المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس PTSD، ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة بعد خضوعها للعلاج، إذ لوحظ تحسن لدى العينة التجريبية وانخفاض في أعراض الاضطراب، وأيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسط القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة؛ وذلك لعدم خضوعها لأي نوع من أنواع العلاج النفسي.

11-1 دراسة حسية برزوان (2012):

بعنوان "دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أهمية الاستراتيجيات السلوكية المعرفية وفعاليتها في علاج حالة من حالات الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من مريض اكتئاب واحد طُبِّق عليه البرنامج العلاجي، واستخدم الباحث مقياس الاكتئاب (لهاميلتون)، وتوصلت النتائج إلى أن التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية كان لها تأثير إيجابي على العميل وتخفيف أعراض الاكتئاب لديه.

12-1 دراسة أسماء محمود سعود (2015):

بعنوان "فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الاكتئاب للأمهات التي لديها طفل مصاب بتشوه خلقي ومسجل في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة المتابعة، مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية، وتكونت عينة الدراسة من 30 أمّاً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، قُسمن إلى مجموعتين الأولى تجريبية وقوامها (15) أمّاً، والثانية ضابطة وقوامها (15) أمّاً، واستخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، والبرنامج المقترح الذي أعدته الباحثة، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، وتوصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة)، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس المتوسط في أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وأيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي، وأيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والمتوسط)، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدي)، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي).

13-1 دراسة إبراهيم معالي (2011):

بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك BECK في خفض الاكتئاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف لدى طلبة كلية العلوم التربوية الذكور في الجامعة الأردنية، وتكونت عينة الدراسة من 30 طالباً وزُعوا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدم الباحث قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس التكيف النفسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض الاكتئاب للمجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، ويمكن عزو ذلك إلى أن البرنامج ركز على المهارات والتدريبات المتعلقة بكيفية تعديل أساليب التفكير عند الطلبة، وقد أوصت الدراسة ببناء برامج إرشاد جمعي للوالدين تتضمن الجوانب المعرفية والسلوكية وتستخدم أساليب معرفية لتعديل الأفكار الخاطئة.

14-1 دراسة غادة عبد الغفار (2007):

بعنوان "الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة".

هدفت الدراسة إلى تحديد الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من 60 طالباً من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين (17-22)، واستخدم الباحث مقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس بيك للاكتئاب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة تنبؤية بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب، وكذلك وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في نسب انتشار الاكتئاب وكم الأفكار اللاعقلانية ونوعها، كما ظهر أثر دال للتخصص الدراسي في حدوث الاكتئاب لصالح طلاب الكليات العملية.

2- تعقيب على الدراسات:

اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من ثورستن بارنهوفر وآخرين 2009، ودراسة سارة بيلفورد وآخرين 2008، ودراسة كيفين مالون وآخرين 2007، ودراسة يعقوب بيت وآخرين 2011، ودراسة آندي فينوكين وآخرين 2006، ودراسة اوكنر وبيت وهاكرد 2013 من حيث نتيجة الدراسة وفاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة فتحي الضبع وأحمد علي طلب 2013 في فاعلية مكونات الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب، واتفقت مع دراسات سوسن ايفانز 2008 ودراسة رآفات أحمد 2019 ودراسة نور وهبي من حيث استخدام العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لعلاج المرضى. في حين اختلفت معهم من حيث نوع الاضطراب النفسي الذي عالجته، ففي دراسة رآفات أحمد ونور وهبي استخدمت كل منهما mbct في علاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، وفي دراسة سوسن ايفانز استخدمت mbct في خفض أعراض القلق، ولكن اتفقت جميع هذه الدراسات على فاعلية mbct في خفض أعراض الاضطرابات النفسية

الفصل الثالث: الإطار النظري:

أولاً: العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT):

1- خلفية نظرية:

((لا يستطيع أحد أن يساعدك ولا حتى أمك وأبوك الأكثر حبا بقدر ذهنك الخاص المدرب جيداً))

" بوذا "

في البداية لابد لنا قبل الحديث عن الوعي الكامل ذكر الاختلاف في ترجمة مصطلح Mindfulness في اللغة العربية، فبعض الباحثين ترجمها باليقظة العقلية وبعضهم الآخر باليقظة الذهنية وبعضهم بالوعي الكامل، أي كانت ترجمتها في اللغة العربية تحمل المعنى ذاته

الوعي هو الوجود في الوقت الحالي، والوعي الكامل للوقت الراهن والعيش في اللحظة الحالية يكون من خلال أن تضع بحسبانك حاجزاً ما لديك والألم الذي تعاني منه والمعاناة التي تحملها والأحلام والآمال التي لديك وهذا سيساعدك في العثور على مزيد من السلام في حياتك...

وفي العودة إلى خلفية الوعي الكامل نجد أن مصطلح الوعي الكامل درس على أنه يعني التذكر، والانتباه إلى ما يحدث في الخبرة الفورية للفرد مصحوبة بالاهتمام والفتنة والتأمل، إذ ارتبط الوعي الكامل Mindfulness على مَرَّ العصور بالحركات الروحية، فهي تقنية أساسي استخدم في التأمل البوذي Buddhist Meditation ولهُ جذوره في البوذية، وقد تأسست البوذية في القسم الشمالي من الهند قبل (500) سنة من ولادة السيد المسيح، أسسها بوذا، وهي حركة دينية ظهرت كرد فعل على المعاناة والجوع والفقر والمرض الذي كان متفشياً في ذاك الوقت. طبقاً إلى عقيدة بوذا للحقائق الروحية، يعتقد بأن الوجود لابد أن تتخلله المعاناة التي هي نتيجة لميل تلقائي نحو الارتباط النفسي (التعلق)، وإنه يمكن تحقيق إيقاف المعاناة من خلال استعمال المسار الروحي لمعرفة الحقائق. لقد حقق بوذا في المسار الروحي الذي دعا إليه طرقاتاً تمكن الأفراد من خلالها تحقيق النيرفانا Nirvana وتعني (التحرر إلى السعادة) التي تتألف من فهم الفلسفة البوذية واتباعها بالإخلاص والتمسك بالعادات الأخلاقية المتعلقة بالكلام والسلوك والمهنة وضبط العقل أو تأنيبه، ومن خلال التأمل يسمح المسار الروحي للأفراد بأن يستغرقوا وينشغلوا بخبرة الحياة إلى أبعد الحدود في الوقت الذي يقللون فيه من ميلهم إلى التعلق بالظواهر (Fielden,2005,1-5).

2- مفهوم الوعي الكامل:

الوعي الكامل هو مصطلح مشتق من اللغة البالية وتعني (تذكر)، ولكن كوسيلة للوعي فإنه يدل عادة على وجود العقل، أي القدرة على النظر في الأشياء بطرق جديدة ومدرسة لعرض عالمنا بطريقة لا جدال فيه، وهذا ما يؤدي إلى ردود تلقائية قد تعمل على جعلنا قادرين على اتخاذ خيارات من منظور جديد.

عرفته (Langer,2006) بأنه حالة مرنة في العقل تتمثل في الانفتاح للجديد، وهو عملية من النشاط التمييزي لابتكار الجديد (Langer,2002,125)، وعرفه (Cardaciotto et al 2008) "بأنه المراقبة المستمرة للخبرات، والتركيز على الخبرات الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية، وتقبل الخبرات والتسامح معها، ومواجهة الأحداث بالكامل كما هي في الواقع ومن دون إصدار أحكام تقييمه عليها" (Cardaciotto et al, 2008,219)، وعرفه Kabat Zinn "توجيه الانتباه بأسلوب تلقائي نحو هدف معين في اللحظة الحاضرة" (Zinn,2001,19)، وعرفه walsh "بأنه عملية الوعي الكلي بالخبرات الراهنة دون إصدار حكم، ويشمل الانفعالات والأفكار والانطباعات (walsh,2005,2)، وأشار Neale إلى أن مفهوم الوعي الكامل يمتد ليشمل كل من الوعي الذي يجعلنا نرصد الخبرات بشكل مستمر، والانتباه الذي يزيد من إحساسنا بالخبرة ويسهم في زيادة التركيز عليها، ويشترط لنجاح ذلك البقاء عن قصد في الحاضر (Neale,2006,45)، في حين عرفه كل من Brown & Ryan بأنه "حالة يكون فيها الفرد منتبهاً وواعياً للذي يحدث في الوقت الحاضر والوعي للتجربة الجارية أو الواقع الحالي" (Brown & Ryan,2003,822)، في حين أكد Thompson "أن الوعي الكامل يعمق عدم التمرکز وعدم الاندماج لدى الفرد وهذا ما يؤدي إلى تغيير علاقة الفرد بأفكاره" (Thomson,2011,6)، وعرفه Jennings & Jennings "بأنه الوعي التام بتجربتك الحالية، وتقبل نفسك، كما أنت في هذه اللحظة من دون إصدار حكم" (Jennings,Jennings,2013,24)، وذهب Ketteler "إلى أن الوعي الكامل يعني طريقة في التفكير تحفز الانتباه إلى المتغيرات البيئية من غير إصدار أحكام إيجابية أو سلبية تجاهها، مما يمكنه من التفكير بواقعية، أو هي: مجموعة متعددة من الأبعاد المتعلمة التي تشمل الجنب العقلي، والعاطفي، والبدني، والتعلم، والأداء، ومهارات التواصل" (Ketteler,2013,34)، وقال Park "إنه حالة من التغير، وهي تختلف من فرد لآخر، ويمكن تتميتها عن طريق التدريب والمران" (Park et al,2013,233)، أما Fielden فعرفه "

بأنه حالة تتضمن التغليف بشكل ثقافي عاطفي، نفسي، وروحي (Fielden,2005,1)، أما Davis&Hayes فعرفاه "بأنه البقاء عن قصد في الحاضر ويتضمن مفهومين هما الوعي والانتباه إذ يمدنا الوعي بالمسح العام ويزيد الانتباه من الإحساس بالخبرة وتعميق التركيز عليها" (Davis&

1, Hayes, 2011)، أما lau فعرفه "بأنه الانتباه بطريقة محددة لغرض ما في اللحظة الحاضرة، وتتضمن الانتباه المنفتح والمتقبل للمعرفة بما يحدث في اللحظة الحاضرة والوعي الذي ينشأ من خلال الانتباه المعتمد بطريقة منفتحة لما يحدث في اللحظة الحاضرة، ويتكون من بعدين هما الفضول أو حب الاستطلاع والبعد الثاني هو عدم التمرکز" (lau et al, 2006, 1462)، أما Brown فقال "هو الحالة التي يكون فيها الفرد منتبهاً وواعياً بالأحداث التي تقع في الوقت الحاضر، ساعياً إلى استخدام المناقشة للواقع الراهن لتوضيح الأفكار" (Brown et al, 2011, 212)، في حين أن Langer Moldoveanu & قالوا إنَّ الوعي بوجهات النظر المتعددة يساعد في تقليل الحاجة إلى فئات محددة مسبقاً، وتعزيز الانفتاح العقلي والمشاركة" (Langer, Moldoveanu, 2000, 6)، أما Germer فعرفه "بأنه الوعي بالخبرة الحالية مع القبول" (Green, 2014, 46).
الوعي الكامل هو ذلك الجزء من الوعي الذي يهتم عندما نركز الاهتمام على أنفسنا، أو أفكارنا، أو خططنا، أو قراراتنا، أو العالم من حولنا.

3- مكونات الوعي الكامل:

هناك العديد من وجهات النظر التي قدمها الباحثون حول مكونات الوعي الكامل وفقاً للتوجهات النظرية نحوها، فقد اعتقد هاسكر Hasker بوجود مكونين للوعي الكامل هما:

- التنظيم الذاتي للانتباه في اللحظة الحالية Self- Regulation of Attention
 - الانفتاح والوعي بالتجارب مع التأكيد أن يتم ذلك في اللحظة الحالية. (Brown, 2011, 12)
- وفي الاتجاه نفسه أكد براون (Brown, 2011) أن للوعي الكامل مكونين هما:
- أ- حالة الوعي State of Awareness: ويقصد بها الشعور الهادف الواعي مع التركيز الموجه.
 - ب- المعالجة المعرفية للوعي الكامل للمعلومات Cognitive Processing of Mindfulness: ويقصد بها الملاحظات المحايدة دون إصدار أحكام تقييمية في وقتها الحاضر.
- (Brown, 2011, 2-3)

أما كابات زين Kabat-Zinn فيعتقد أن للوعي الكامل ثلاثة مكونات متداخلة متشابكة فيما بينها في عملية واحدة تحدث في وقت واحد، ولا يوجد بينها انفصال عن بعضها، وهي على النحو الآتي:

- أ- القصد: Intention وهو الذي يمكن الطريق لما هو ممكن ويحول مقاصد الفرد إلى سلسلة متصلة من التنظيم الذاتي تقود إلى استكشاف الذات والتحرر الذاتي.
- ب- الانتباه: Attention الذي يشمل ملاحظة العمليات التي تحدث للفرد في خبراته الداخلية والخارجية من لحظة لأخرى.

ت- الاتجاه: Attitude ويشير إلى توجيه الخبرة التي تتضمن التقبل والفضول. (Zinn, 2011, 45-49)

4- أبعاد الوعي الكامل:

قام Bear، 2004 بتحديد أبعاد الوعي الكامل في الآتي:

- أ- الملاحظة Observation: وتعني الانتباه للمعارف والخبرات الداخلية والخارجية، التي تشمل المشاعر، والأحاسيس، والانفعالات.
 - ب- الوصف Desvription: ويعني وصف الخبرات الداخلية للفرد والتعبير عنها.
 - ت- التصرف بوعي Actwith awareness: ويعني ترميز الانتباه في النشاط الذي يقوم به الفرد.
 - ث- عدم إصدار الأحكام Non- judgment: ويعني عدم إصدار الأحكام التقييمية على الخبرات والمشاعر الداخلية والخارجية.
 - ج- عدم التفاعل Non-interactive: ويعني عدم تأثير المشاعر والأحاسيس على تركيز انتباه الفرد في أثناء ممارسة النشاط.
- وتشير لانجر (Langer, 1989) الى أن الوعي الكامل يتألف من أربعة أبعاد وهي:
- أ- التمييز الواعي (Alertness to Distinction): إن الوعي الكامل عند تمييزه يعرف بأنه (درجة تطوير الفرد للأفكار الجديدة وطرق النظر إلى الأشياء). وبشكل خاص يبدي الأفراد الواعون عند التمييز إبداعاً عند توليدهم للأفكار الجديدة أو الفعالة، لأن انعدام الوعي الكامل Mindlessness هو الاعتماد على الفئات القديمة أو الحالية، فالوعي الكامل يكون الابتكار المتواصل للأفكار الجديدة لذلك توجد حلقة مفرغة من السلوك الواعي وغير الواعي يدور حول مفهوم التصنيف الفئوي.
 - ب- الانفتاح على الجديد (Opening to Living): وهو البعد الثاني من أبعاد الوعي الكامل الذي يعرف بأنه (مدى استكشاف الفرد للمثيرات الجديدة واستغراقه فيها)، وهو إحساس الفرد ومعرفته بالمثيرات الجديدة والتفاعل معها، ومن سمات الأفراد الذين يتصفون بالانفتاح على الجديد حب الاستطلاع والتعرف إلى الأشياء خصوصاً عندما يتعلق الأمر بالأفكار التي تتحدى تفكيرهم. إنَّ الانفتاح على الجديد لا يعني المخاطرة، ففي الوقت الذي يكون فيه الفرد منفتحاً على الطرق الجديدة يكون في الوقت ذاته على وعي بعواقب السلوك فلا يخاطر لأنَّ سلوكه اليقظ يجعله يقيم الأمور بشكل جيد وفي الوقت المناسب.
 - ت- التوجه نحو الحاضر (Orientation in the Present): يُعرف هذا البعد من أبعاد الوعي الكامل بأنه (درجة انشغال الفرد أو استغراقه في أي موقف معين) فالأفراد الواعون والحساسون لسياقهم ينتبهون للأحداث الجديدة ويبقون على معرفة بتطوراتها على سبيل المثال، التطور الحاصل في برمجيات الحاسوب، فالأفراد الواعون ينشغلون ويكونون على معرفة بالفئات

الجديدة لتطبيقاتها فيطبّقون بصورة انتقائية هذه الفئات الجديدة وبطريقة مثالية على المهمة التي في متناول أيديهم.

ث- الوعي بوجهات النظر المتعددة (Awareness Of Multiple Perspectives):

أما البعد الرابع من أبعاد الوعي الكامل فهو (تعددية المناظر)، ويشير هذا البعد إلى مدى إمكانية تحليل الموقف من منظورات عدة، وتحديد قيمة كل منظور، وذلك لأن معالجة المعلومات من منظورات متنوعة تُمكن الأفراد من تطبيق المعلومات بأساليب جديدة وضمن سياقات بديلة، فالأفراد الذين يوظفون في خدمتهم منظورات عدة، يمتلكون القدرة على ابتكار الحلول التجريدية للمشكلات ويعملون من سلوكهم للاستفادة من تغير البيئات. فعلى سبيل المثال، قد يبتكر الأفراد الواعون ضمن مجال تكنولوجيا المعلومات استعمالات متعددة جديدة لتطبيق برنامج معين أو ممكن لم يتوصل إليها المصمم الأصلي. (Langer,1989,65-70)

5- مقومات الوعي الكامل:

وتقوم على مقومات عدة بحسب براون وريان وهي:

5-1- وضوح الوعي Clarity Of Awareness:

إنّ أول وأهم شيء يحدث فيما يتعلق بالوعي الكامل هو وضوح الوعي الداخلي والخارجي لدى الفرد، فالوعي هو الإحساس بالمشير ومن ضمنها الحواس البدنية الخمسة التي تعمل في الدماغ، وهو أقرب وسيلة مباشرة للاتصال بالحقائق والوقائع، فعندما يكون المشير قوياً بما فيه الكفاية يستحوذ عليه الانتباه الذي يظهر بأنه ملاحظة أولية، فيتحوّل الشعور نحو المشير، ومهما كانت هذه المظاهر للشعور أساسية فإنها ذات أهمية لنوعية الخبرة والإجراء. وعلى هذا الأساس فإنّ الأحداث الحسية المحتجزة في بؤرة الانتباه هي التي يتم الوعي بها فقط وبصورة مركزة، لذلك فإنّ لهذه التفاعلات السريعة الملحوظة خاصيات عدة وثيقة الصلة بالخبرة الموضوعية والعملية وهي:

(1) إنها ذات طبيعة تمييزية، أي من خلالها يتم التقويم الأساسي للشيء، على سبيل المثال (جيد، سيء) بالإشارة عادة إلى الذات.

(2) من السهل استيعاب الخبرة الملحوظة أو من خلال عمليات معرفية لاحقة على الموضوع المثار، لكي يستوعب داخل الخطط المعرفية الموجودة.

لهذا السبب عدّ الوعي الكامل بأنه وعي نقى بالذي يكشف ما الذي يحدث قبل الحدث أو بعده على سبيل المثال. يشبه كابات زين (Kabat Zinn) هذه الحالة بالمرآة المصقولة، فيقول (إنّ العقل يعكس

ببساطة ما الذي يمر من أمامه غير منحرف بالفكر التصوري بالحدث)، وهذا الاستقبال غير المنحرف يقصد به أيضاً تسهيل الاستبصار في عمق الواقع. في حين هذه الظاهرة أما ستبقى مخفية عن الناظر وهي منظورة أو ظاهرة بوضوح متزايد، فوضوح الوعي ظاهرة محدودة يمكن أن تبقى خفية عن الوعي الشعوري لأنها تحدث تحديات إلى المفهوم الذاتي.

5-2- مرونة الوعي والانتباه Flexibility Of Awareness And Attention:

يتميز الوعي الكامل بمرونته، والتي تعرف بأنها (القدرة على تغيير الوعي بتغيير المواقف وعدم الجمود على المؤلف، وهذا يعني القدرة على تقديم أفكار حول استجابات لا تنتمي لفئة واحدة أو مظهر واحد)، فهي مثل العدسة سريعة الاندفاع وبإمكانها أن تتحرك عادةً في حالات معينة من الذهن لتحزز على منظور أوسع بما يحدث (وضوح الوعي)، وبإمكانها أيضاً الوصول إلى درجة الصفر بحسب الرغبة أو الوضعية (انتباه مركز) في تفاصيل موضوعية بصورة مختلفة تمكن الفرد من أن يكون واعياً لها من الناحية العقلية بكل ما هو ملحوظ، وبإمكان الفرد أن يكون واعياً بشيء على وجه التحديد مركزاً للانتباه نحو المثير أو الظاهرة. وبعض الباحثين يقترحون بأن الوعي الكامل مرتبط مع السيطرة الانتباهية والمؤشرات الأخرى ذات الصلة التركيبية للانتباه.

5-3- استقرار الانتباه والوعي أو استمراريتهما Stability Or Continuity Of Attention And Awareness:

إن كلا نوعي الانتباه والوعي الموصوفين هنا ليسا بالكامل عديمي التميز لمعظم الأفراد، فبالإضافة إلى ذلك يُعدّ الوعي الكامل قدرة متأصلة للكائن الحي البشري، ولكنها مع هذا تتباين في القوة، ففي البداية حالات الوعي قد تكون سريعة أو غير نظامية أو مستمرة، فاستقرار الوعي والانتباه يساعدنا في التخلص من المفاهيم الخاطئة والأفكار والانفعالات السلبية المرتبطة والمتجذرة بصورة تلقائية في بؤرة الحقائق لدى الفرد، ومثل هذا الثبات يسهل التمييز بين الأفكار التصورية والانفعالات التي تجذرت في خبرة سابقة أو لاحقة والعودة إلى الوعي الذي يحصل حالياً. وهكذا يشمل الوعي الكامل سعة الوعي بالأحداث الداخلية والخارجية والوقائع لمظاهره عوضاً عن بقية الأشياء لعالم مبني على التصور، وذلك لأن الوعي الكامل يسمح للفرد بالاتصال المباشر مع الحدث، كما أنه يحصل دون إعاقة الفكر المقابل للتمييز المطلق والمؤلف، فيتسم الوعي بالوضوح بشكل أكبر وبشكل موضوعي أكثر للمثيرات السلوكية المطلع عليها. إذن الوعي الكامل حالة تلاحظ الحاضر وبأن الفرد لم يعد بسياق الماضي، وتتميّز بأن الفرد لم يكن منتبهاً أو واعياً. وأخيراً فإن استمرار الوعي الكامل يساعد على إبقاء الانتباه قادراً على أن يتحرك من موقع ضيق إلى موقع أوسع ومن دون عائق. (Brown & Ryan, 2007, 213-214)

6- الوعي الكامل والغفلة/انعدام الوعي Mindfulness and Mindlessness:

((المفارقة العجيبة هي عندما أقبل نفسي كما هي، ثم أتغير... إننا لا نستطيع أن نتحول عن نكون إلى أن نقبل تماماً من نكون)).
"كارل روجرز"

الوعي هو حالة من الوعي الواعي يكون فيها الفرد مدركاً ضمناً لسياق المعلومات ومحتواها. إنها حالة من الانفتاح على الحداثة يبني فيها الفرد بنشاط الفئات والتمييز. على النقيض من ذلك، فإن الغفلة/انعدام الوعي هي حالة ذهنية تتميز بالإفراط في الاعتماد على الفئات والتمييزات التي كانت في الماضي والتي يكون الفرد فيها معتمداً على السياق، وعلى هذا النحو يكون غافلاً عن الجوانب الجديدة للموقف. (Langer,1992,289)

6-1- خصائص الوعي الكامل:

أشار Kabat-Zinn, 1990 إلى أن هناك مجموعة من الخصائص للوعي الكامل هي:

- أ- الموافقة: وتعني أن الفرد متفتح لرؤية الأشياء ومعرفتها كما هي في اللحظة الحاضرة لفهمه، بحيث يكون الفرد أكثر فاعلية في الاستجابة.
- ب- التعاطف: ويعني أن يتصف الفرد بمشاعر يستطيع من خلالها أن يتفهم مواقف الآخرين في اللحظة الحاضرة وفق منظورهم وردود أفعالهم.
- ت- التفتح: ويعني أن يرى الفرد الأشياء من حوله كما لو أنه يراها لأول مرة فتتولد احتمالات من خلال التركيز على التغذية الراجعة في اللحظة الحاضرة. (Kabat-Zinn,2001,14)
- أما لانجر فأشار إلى أن خصائص الوعي:
- أ- إنشاء فئات جديدة.
- ب- الانفتاح على المعلومات الجديدة.
- ت- الوعي بأكثر من منظور واحد. (Langer,1989,62)
- 6-2- في حين أن خصائص الغفلة/انعدام الوعي:
- أ- الاعتماد بشكل صارم جداً على الفئات والفروق التي أنشئت في الماضي.
- ب- الميل إلى الحفاظ على السلوك الذي تم تكراره مع مرور الوقت.
- ث- العمل من منظور واحد. (Langer,1989,16)

7- الوعي الكامل والتأمل Mindfulness and Meditation

بدأ التأمل يشغل حيزاً واسعاً من اهتمام علماء النفس وهذا ما دفعهم إلى إجراء دراسات عديدة وذلك لأن للتأمل دوراً كبيراً في تطوير الصحة النفسية وتنمية القدرات الإنسانية الكامنة، الجسمانية والعقلية، وهذا ما

يرفع من إنتاجية الفرد ومن ثم المجتمع في المجالات كافة، علمية أم إنسانية. كما أنّ له تأثيراً كبيراً على الذهن والنفس والجسم من خلال إدراك الحواس للصورة الداخلية التي تتشكل في العقل، كما أنّ التقدم في قدرة الفرد على التأمل تقود بحسب المختصين في هذا المجال إلى القدرة على ضبط نشاط الذهن والجسم، حتى فيما يتعلّق بالأنشطة اللاإرادية، فقد وصف التأمل بأنّه "فن السيطرة الذاتية العقلية على الذهن والأفكار وعلى تدفّق الصور الذهنية أو منع تدفقها أو تغيير اتجاهها ونوعيتها"، وهو فترة طويلة من التفكير الواعي حول موضوع معين. (Kabat-zin, 2002, 23)

بدأت دراسة التأمل بمحاولة إيجاد رابط بينه وبين سلوك الإنسان وحالته النفسية. وبما أنّ حالة الإنسان النفسية محصلة للتفسير الذي يقدّمه العقل لانعكاسات الحواس المتدفقة إليه، فإذا ما تمّ تفسير الصور المتدفقة إلى العقل تفسيراً سلبياً فإن حالة الإنسان ستكون مماثلة، على شكل سأم أو يأس إلخ.. من هنا يرى الاختصاصيون في هذا المجال أنّ مردّ الحالة النفسية المَرَضِيَّة عند أيّ شخص هو، بدرجة كبيرة، إلى تفسير سلبي لانعكاسات الحواس. وعلى الرغم من ذلك فإن كثيرين من الناس يقعون في حالة نفسية مَرَضِيَّة نتيجة ظروف ما يمرون بها، في حين يمر قليلون منهم بظروف قاسية دون أن ينعكس هذا الأمر سلباً على شخصيتهم والسبب في ذلك إضافة إلى طريقة التفكير السلبية هو ما نفكر فيه، على حدّ قول الحكمة الهندوسية: "كما تفكّر كذلك تكون". وهنا يأتي دور التأمل في تحديد الصور التي تتدفق إلى الوعي، ومن ثم إيجاد حياة يريدها العقل وتتحكم في العواطف والمشاعر. والحاجة إلى التحكم في الوعي تبرز عندما تصبح الخواطر والصور وانعكاسات الحواس هي التي تقود العقل، بحيث تسيطر هذه الأمور على العقل عبر تكرار تدفقها إلى الوعي منتجةً في كلّ مرة المشاعر والسلوكيات نفسها بحسب طبيعة الخواطر والصور وانعكاسات الحواس المتدفقة على العقل. فبمرور الوقت يُنتج تذكّر صورة أو فكرة ما سبق للشخص أن خبرها النتائج نفسها كون العقل يتعامل معها على أنها حدث حقيقي وليست مجرد تجربة سابقة، بذلك قد يصبح العقل أسيراً لفكرة ما أو صورة أو وهم، وهذا يتقاطع مع ما يشير إليه من أنّ تذكّر الأحداث المهمة يدفع العقل مباشرة إلى ردود الأفعال ذاتها التي أطلقها نتيجة للحدث الواقعي الماضي، وبهذا فإنّ التأمل يساعدنا على الاستيقاظ من هذا النوم الذي يتسم بالتلقائية واللاوعي، ويجعل من الممكن لنا أن نعيش حياتنا مع الوصول إلى الطيف الكامل لإمكاناتنا الواعية وغير الواعية (Kabat-zin, 2001, 22).

الكامل (MBCT)، إذ يساعد التأمل بالخروج من الانفعالات عن طريق التخلص من الخواطر التي أنتجت تلك الانفعالات، وهذا يتم عبر نشاطات ووضعيات عدة للتأمل. بعد ذلك، ينتقل الشخص في مرحلة تالية من التأمل، لكنها مبنية على سابقتها، إلى استعراض أفكار إيجابية، من قبيل التأمل فيما يحيطه به من نعم، بحيث تكون تمهيداً لخطوة تالية، أساسها صياغة سلوك المرء وتصرفاته بناءً على

إرادته، والمقصود هنا طبعاً ليس "أحلام اليقظة"، بل التأمل بناءً على أفكار واقعية تُطرحُ على العقل للمعالجة، لكن دون أن تتأثر هذه المعالجة بخواطر جانبية سلبية.

التأمل هو ممارسة لمساعدة العقل على أن يصبح أكثر راحة، بحيث يمكن للفرد العمل على إزالة الفوضى التي تحيط به على أساس منتظم والوصول به إلى حالة معينة من الوعي أو السلام.

(Williams, Zinn,2013,73-86)

8- الوعي الكامل والانتباه Attention and Mindfulness:

افتترضت بعض الأبحاث أنه من المؤكد أن يكون الوعي الكامل مرتبطاً ببعض أنواع الانتباه أو يعمل مثل عملها، مثل:

أ- الانتباه الواعي Mindful Attention: يهتم بخبرة الشخص لانتباه غير معوق وثابت، ويعمل على استعداد استجابة الوعي واستمرارها من خلال المراقبة.

ب- الانتباه الموجه Directing Attention: يشمل فحص المثيرات الملائمة وانتقاءها في البيئة الخارجية، فقد أشارت الدراسات إلى أن الإنسان يوجه بصورة مباشرة وسريعة للمثيرات الجديدة وغير العادية، ومثل هذه المثيرات تثير الانتباه بصورة فعالة وتساعد في التعلم السريع لها، فالكلمة المطبوعة بصورة غامقة وسط صفحة مليئة بالكلمات تكون أكثر انتباهاً من غيرها وتساعد في التعلم بسرعة، لهذا اقترح بأن هذا النوع من الانتباه يعمل عمل الوعي الكامل.

(Brown & Ryan,2007,229)

ت- الانتباه الإجرائي Executive Attention: يهتم في فحص الشعور لرد فعل الشخص والاستجابات البيئية الخارجية. وظيفته الإرشاد بين الاستجابات السلوكية الداخلية مثل التخطيط واتخاذ القرار ومراقبة الخطأ والتنظيم الانفعالي والمعرفي. فإمكانية الانتباه هذه للإرشاد ثابتة فمن الممكن أن يكون الوعي الكامل متزامناً مع الانتباه الإجرائي في حالات تتطلب تنظيم الذات.

(Langer & Moldoveana,2000,8)

ث- الانتباه الشعوري: Conscious Attention يمكن أن يستعمل بطريقة مرنة تماماً في بعض مراحل معالجة المعلومات، ويمكن أن يستعمل لعمل استجابة معرفية مهمة كالاسترجاع من الذاكرة أو افتراض المفاهيم، ويمكن أيضاً أن يطبق في العمليات التلقائية بصورة أقل نجاحاً.

(Hased,2016,57)

9- نظرية لانجر للوعي الكامل Langer Theory of Mindfulness:

طورت إيلين لانجر نظرية الوعي الكامل استناداً إلى البحوث المتعلقة بالسلوك البشري، إذ وضعت في حساباتها أنّ السلوك لا يقتصر على حالة الوعي فحسب لكنه أكثر من ذلك فهو طريقة لمواجهة الحياة مواجهة كاملة. (Langer,1992,300)

تقوم النظرية على اعتقاد مفاده أن جميع القابليات المحدودة تكون نتيجة لتقبل غير واع للإدعاءات المعرفية السابقة لأوانها، فقد أظهرت نتائج لانجر وبليك أنه بإمكاننا تحسين الذاكرة بعيدة المدى وقصيرة المدى من خلال المتغيرات السياقية، وذلك من خلال مقدار من المعلومات المعالجة بصورة شعورية (Langer & Beck,1979,200)

لذا طورت (إيلين لانجر) وزملاؤها نظرية الوعي الكامل على مدى السنوات المنصرمة، فقد توصلت من خلالها إلى فهم كيفية عمل الوعي الكامل لدى الفرد، وكيفية اختلاف الوعي الكامل عن المفاهيم الأخرى والتميز بينها مثل التوقع والمسميات والأدوار، فضلاً عن العادة والتثبيت الوظيفي والتلقائية، فكل مفهوم من هذه المفاهيم يحمل عناصر مماثلة من معالجة المعلومات المحددة كالوعي الكامل لكنه يختلف عنها، فالسلوك غير الواعي يحدث حينما يقوم الانتباه الشعوري بتمثيل (تصور) ذهني للسلوك النصي. وقد اختلفت الوعي الكامل عن هذه المفاهيم لأن توليدها يتطلب معالجة للمعلومات بصورة أوسع من باقي المفاهيم. (Langer,1992,30)

وعرفت (لانجر، 1992) الوعي الكامل بأنه: حالة من الوعي التي تتصف بالتمييز النشط لرسم الأحداث التي تترك الفرد مفتوحاً إلى كل ما هو جديد، وحساساً لكل من السياق والمنظور. في المقابل، يتم تصور مشاعر الفرد بوصفها حالة ذهنية تتميز بالاعتماد المفرط على الفئات السابقة والفروق الفردية، وبموجبها تعتمد على السياق ورؤية الجوانب البديلة لحالات من الأفكار. اقترحت لانجر (1992) أيضاً أن المشاعر لا تمثل الحد الأدنى من معالجة المعلومات فقط، ولكن يمكن وصفها بدقة في الكائن بأكمله، لأن الفرد من خلال طريقة تفكيره الجامدة قد يؤدي إلى خلل في سلوكية الشخص. إزاء هذه الخلفية قدمت لانجر وزملاؤها نظرية التطور للوعي الكامل، والتي تركز على الناس الذين يتصرفون "بغفلة/عدم وعي"، ومن ثم هم يعتمدون على الأحداث الماضية، ويظهر هذا التغيير بالضرورة حالات متتالية تبدو في النهاية بأنها ثابتة.

يتميز (الوعي الكامل / انعدامه (Mindfulness / Mindlessness) عن المفاهيم الأخرى بكيفية رؤيته للمعلومات، فالوعي الكامل والمعالجة المنضبطة تستلزم من الفرد تفسير المعلومات بصورة شعورية. مع هذا يستلزم الوعي الكامل تصنيفاً فنوياً للمعلومات قبل القيام بمعالجتها معرفياً، فالمعالجة المنضبطة هي المعالجة الشعورية للمعلومات ضمن سياق محدود، أما الوعي الكامل فهو وعي شعوري لسياق أكبر يتم من خلاله فهم المعلومات (Langer ,2000,220-221).

ويقوم الوعي الكامل في عمله على افتراضين هما:

- a. يمكن عدّ الوعي الكامل درعاً واقياً ضد الضغوط النفسية.
- b. ومحفزاً للصحة النفسية الإيجابية، ومؤشراً قوياً على وجود الصحة النفسية لدى الفرد، وتشجع توافر مظاهر الصحة النفسية مثل تقدير الذات والطموح والتعاطف.

وترى لانجر أنّ السلوك الواعي يتكون من خمس طرائق مختلفة للتفاعل مع العالم:

1- تكوين فئات جديدة وتحديث الفئات القديمة:

يعتمد عشوائيو التفكير على الفئتين المعهودة وغير المجربة، أما استحداث فئات جديدة وإعادة النظر في الفئات القديمة فهو مؤشر من مؤشرات السلوك الواعي، لأنها تعطي الفرد المزيد من الخيارات في إداء عمل أفضل.

2- تعديل السلوك التلقائي:

عملية تذكر خصائص السلوك التي أصبح من الصعب تذكرها تلقائياً على الأغلب، لأنّ التنفيذ العشوائي للمهام يحول دون النمو والتحسين في بعض الحالات، وأنّ تعديل السلوك من خلال النظر بشكل جديد إلى الأساليب التلقائية للسلوك يؤدي إلى تعديلها وتحسينها ثم الحصول على نتائج مرغوب فيها.

3- الأخذ بوجهات النظر الجديدة:

يتمسك الأفراد عادة بآراء تتشكل في أثناء انطباعاتهم الأولية لموقف ما أو شخص ما، ولا تتغير إلا عند ظهور الدليل المعارض، وتطلق (لانجر، langer) على هذه الحالة بـ الالتزامات الإدراكية غير الناضجة، ويستخدم الأفراد المنتبهون كل الأدوات المتاحة لهم كي يتمكنوا من تحسين قدرتهم على الفهم. إنّ المعلومات الجديدة تأتي من مصادر متنوعة، وهذا يجعل الأفراد الواعون ينظرون إلى الأمور من منظار واسع وبطرق متعددة. فعلى سبيل المثال الطلبة الذين يتمتعون بالوعي الكامل يلاحظون أوجه التشابه في الأفكار والمعلومات التي تختلف ظاهرياً بشكل كبير، ويتمكنون من استحداث فئات جديدة باستخدام هذه المعلومات، في حين أنّ الطلبة العشوائيين بالتفكير يعزلون المعارف بعضها عن بعض ولا يستطيعون أبداً ربط مادتين مع بعضهما.

4- التأكيد على العملية بدلاً من النتيجة:

في أغلب الأحيان يطلب من الفرد إنجازاته سواء كانت في المجال الأكاديمي أم الاجتماعي، ثم يدفع الفرد إلى حصر تفكيره في زاوية محددة، هي كيف يحقق هذا الأمر؟ بدلاً من التفكير بما إذا كان بإمكانه القيام بهذا الأمر. لذا يجب على الفرد أن يحدد الخطوات اللازمة لتحقيق هدف ما، والطريقة المناسبة لتحقيق هذا الهدف، مع النظر إلى إمكانيات الفرد وقدراته ومدى ملاءمتها للهدف المرجو تحقيقه، وعندما يتعلق الأمر بالطالب فإنه يساعده على البدء في مشروعات كبيرة داخل مشروعات صغيرة من خلال

التفكير بالخطوة القادمة بدلاً من التفكير في كل شيء في الوقت نفسه، ويمكن للطالب القيام بذلك بتوجيه من الكادر التدريسي الذي يركز على العمليات بدلاً من النتيجة.

5- تقبل الشك:

يعتمد الأفراد الاعتياديون على قدرتهم التنبؤية بالأمر، ويفضلون عمل الأشياء بالخطوات نفسها التي تحدث دائماً، وهذا مخالف للأفراد ذوي التفكير الواعي، فهم يميلون إلى الاستمتاع بالطريقة التي يصلون بها إلى النتائج ويثيرهم الشك حول مشكلة ما. (Langer,1989,22-35)

10- فوائد الوعي الكامل ومزايا التدريب عليه:

((إن الرحلة الوحيدة الحقيقية للاستكشاف، لن تكون من خلال زيارة أراض جديدة، بل بامتلاك نظرة مختلفة)) "مارسيل بروس" (مختلفة)

ويرى Duerr أن للوعي الكامل فوائد نفسية تتمثل في خفض الضغوط والتقليل من أعراض كل من الاكتئاب والقلق والخوف إضافة إلى تحسين الذاكرة، كما يرى أن لها فوائد فسيولوجية من مثل: خفض الألم المزمن ورفع الكفاءة المناعية وتحسين قدرة الفرد على النوم. (Duerr,2008,15-16)

• وللوعي الكامل فوائد يمكن إجمالها بالنقاط الآتية:

- 1- تزيد من التركيز، فحين نركز انتباهنا نكتسب المزيد من السيطرة والقوة في جميع مجالات الحياة، فالتركيز يحسن أداءنا في العمل، وفي الدراسة، وفي الحياة الاجتماعية.
- 2- تعزيز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات الكيفية لمواجهة الضغوط.
- 3- تحسين الشعور بالتماسك لأن الوعي لحظة بلحظة يتيح الانفتاح على الخبرات.
- 4- تعزيز الشعور بمعنى الحياة واستكشاف المعنى. (weissbecker et al,2002,299)
- 5- الاستمتاع بما تحمله حواسنا إلينا بشكل أكبر: كل ما نستمتع به؛ الطعام، الموسيقى، الفن، الكتب، الرياضة، الرقص، الجنس... يتحسن كثيراً حين نمتلك القدرة على الاسترخاء والتحرر من الضغوط وجلب وعينا الجسدي والذهني الكامل إلى حواسنا.
- 6- زيادة الوعي تجاه مشاعرنا: حين نكون واعين تجاه كينونتنا الداخلية، سيكون لدينا قدرة متصاعدة على ملاحظة حالة مشاعرنا الحقيقية وتغييراتها، خاصة تلك السلبية. هذا ما يعطينا قدرة أكبر على التعاطي مع هذه المشاعر بشكل واع ومثمر أكثر وأكثر كل مرة. الوعي تجاه مشاعرنا يساعدنا على أن نفهم أنفسنا أكثر وعلى تحرير أنفسنا من سطوة العادات العاطفية المؤذية. هذا الأمر يساعد أيضاً على

خلق مساحة تنفس لمشاعرنا تساعدنا على الخروج والظهور بدل أن نتراكم في اللاوعي وتنتج مشاكل عاطفية أو نفسية في مراحل لاحقة.

7- الشعور المتزايد بالغبطة والفرح: الوعي بـ"هنا الآن" يهدئ الذهن من أعباء كثيرة، ويسمح لنا أن نختبر أكثر فأكثر شعوراً داخلياً بالسلام والسعادة. تهدئة الذهن خاصة بالنسبة للذين يقلقون ويفكرون تساعدكم كثيراً على أن تكونوا هادئين ومتوازنين ومرتاحين أكثر.

8- الاتصال بشكل أعمق مع الآخرين: حين نحقق مستوى معين من السلام الداخلي، وتتسحب الأعباء إلى الخلفية الصامتة، سيكون بإمكاننا أن نتصل بشكل أعمق مع الآخرين ونعزز عرفاننا بالجميل، وتعاطفنا وربما حبنا للآخرين. السبب بكل بساطة هو أن ذاتنا ستكون أكثر نشاطاً وقدرة على التواصل مع الآخرين حين تكون أعبائها الذهنية والحياتية أقل.

9- يقل القلق والاكتئاب مع جلسات التأمل المنتظمة، كما تتحسن الذاكرة وتصبح أوقات التفاعل أسرع ويزيد التحمل العقلي والبدني.

10- تساعد على رؤية الأفكار مجرد تجارب وليست حقائق مطلقة.

11- له فوائد يتعلق بالذاكرة ويساعد في حل المشكلات على نحو خلاق ومرن، وقد تبين أن من يمارسون التأمل يتخذون قرارات أكثر عقلانية.

12- يعمل على تقليل الغضب كما يعزز من شعور الأشخاص بالاتساق الداخلي ويميل الأكثر وعياً إلى أن يكون أكثر وجدانية، واستقلالية، ومرونة، وتفاؤلاً، وأقل عصبية، وأقل في ردود الفعل والدفاعية. (حسكي، شرياصي، ص20)

• أما عن مزايا التدريب على الوعي الكامل:

1- الانطفاء الناتج عن ملاحظة الذات Self-observation Extinction:

بالإمكان التخفيف من حدة الألم عندما يوجه الفرد انتباهه بصورة مباشرة إلى أحاسيس الألم، وأن متابعة اتجاه الألم من دون نقد، يمكن أن يخفف من حدة هذا الألم. وأن الخوف الدائم من أن يتعرض الفرد لحالات مزاجية سلبية وشديدة، قد يؤدي إلى سلوك تجنبني لا تكفي يؤثر في تفاعل الفرد الاجتماعي، وأنه من الممكن عند ملاحظة الفرد لأفكاره أو انفعالاته من دون محاولة تجنبها، يؤدي به إلى انطفاء استجابة الخوف والسلوك التجنبني.

2- التغير المعرفي الإيجابي - Positive cognitive change:

ممارسة الوعي الكامل بوصفه استراتيجية تؤدي بالفرد إلى تغيير في أساليب التفكير التي يمارسها في ضبط انفعالاته، بحيث يدرك أن الأفكار السلبية اللاعقلانية التي تتزامن مع المزاج السيئ لا تمثل سوى أفكار وليست انعكاساً حقيقياً للموقف، وأن هذا الموقف لا يتطلب من الفرد سوى إدارة ذاته بصورة واعية.

3- تفعيل عمليات إدارة الذات self-management:

يساعد الوعي الكامل الفرد على اكتساب القدرة على التفكير في استخدام بدائل متنوعة من استراتيجيات تحمل الضغوط الانفعالية، وأن يكون واعياً تماماً بانفعالاته وعملياته المعرفية وما وراء المعرفة التي يمكن للفرد استخدامها في إدارة انفعالاته.

4- التقبل Acceptance:

الوعي الكامل يجعل الفرد متقبلاً لوضعه الراهن حتى وإن كان يتعرض للضغط الانفعالي والألم النفسي، فهو يواجه الموقف بدلاً من تجنبه، وهذا التقبل يساعد الفرد على حماية نفسه من حدوث يقظة القلق المفرطة تجاه الحالات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات. (الفرماوي، حسن، 2007، 170-171)

11- تقنيات الوعي الكامل:

11-1- التنفس الواعي:

11-1-1- تعريف: هو طريقة لبناء المرونة في مواجهة التوتر والقلق والغضب، وتهدة النفس في اللحظات المرهقة.

11-1-2- طريقة أدائها:

يركز الشخص انتباهه على أنفاسه، الشهيق والزفير، ويمكن القيام بذلك في أثناء الوقوف أو الجلوس أو الاستلقاء في وضع مريح، ويمكن أن تكون العينان مفتوحتين أو مغمضتين، ويمكن للشخص أن يحافظ على نظراته الناعمة وعينه مغلقة إغلاقاً جزئياً ولكن دون التركيز على أي شيء، بعدها يقوم الشخص بأخذ نفس شهيق عميق من خلال الأنف (لمدة 3 ثواني) مع التركيز على الهواء الداخل إلى الجسم، بعدها يقوم بحبس أنفاسه لمدة (6 ثواني)، بعدها يقوم بزفير طويل من خلال الفم لمدة (4 ثواني) مع التركيز على الهواء الخارج من الفم والإحساس به، مع مراقبة كل نفس دون محاولة تعديله، والتركيز على صعود الصدر وهبوطه وعلى الإحساس المترافق معه.

11-2- مسح الجسد Body scan:

11-2-1- تعريف: هو شكل من أشكال التأمل يساعد في تطوير الوعي بالعقل والجسم وإطلاق التوتر وتهدة العقل وتقوية التركيز والانتباه ويساعد على تهدئة النفس، ويستغرق التأمل الشامل لفحص الجسد ما بين 30-45 دقيقة من التركيز المستمر.

11-2-2- طريقة الأداء:

• الشعور بالراحة إما بالاستلقاء أو الجلوس في وضع مريح يسمح للشخص بتحديد أطرافه بسهولة.

- إغماض العينين والبدء بالتركيز على الأنفاس وملاحظة الإحساس بملء الأنفاس وترك الرئتين في أثناء الشهيق والزفير.
- بدء تركيز الشخص ابتداءً من أي منطقة يختارها مع التركيز على تلك المنطقة والاستمرار في التنفس ببطء وعمق.
- من الرأس نزولاً إلى الوجه ثم الكتف ثم اليد اليسرى واليمنى ثم الصدر ثم منطقة البطن والظهر ثم القدمين من منطقة الفخذ نزولاً إلى أسفل القدمين مع الاستمرار بالتنفس ببطء وعمق.
- الانتباه لأحاسيس الألم أو التوتر أو عدم الراحة أو أي شيء خارج عن المألوف.
- عند الشعور بالألم وعدم الراحة يجب تقبلهم دون انتقاد، وترك هذه الأحاسيس تمر.
- الاستمرار في التنفس وتخيل أن الألم والتوتر يتناقصان مع كل نفس.
- تركيز الوعي بشكل كامل على الجزء المحدد من الجسم وإعادة توجيه الوعي إلى مجال التركيز التالي لمنطقة أخرى من الجسد.
- الاستمرار في التمرين على طول الجسم بطريقة منطقية سواء بدأ الشخص من الأعلى إلى الأسفل أو من الجانب إلى أعلى وأسفل الجانب الآخر.
- ملاحظة الأفكار مع الاستمرار في المسح عبر الجسد، وملاحظة متى تبدأ الأفكار في الانجراف، مع التنبيه إلى أنّ هذا سيحدث على الأرجح أكثر من مرة وعدم القلق عند حدوث ذلك وإعادة التفكير إلى مساره الصحيح من حيث توقف عن عملية المسح.
- بمجرد الانتهاء من مسح أجزاء الجسم، ترك الوعي ينتقل عبر الجسم والاستمرار في الشهيق والزفير ببطء والجلوس مع هذا الإدراك للجسم كله لثواني عدة.

11-2-3- فوائد فحص الجسد ومزاياه:

- يفحص التأمل الجسم ويوفر ساحة رائعة لتنمية طريقة جديدة وتجريبية للمعرفة.
- يوفر الفرصة لإعادة الاتصال بأجسادنا والتي تؤدي دوراً رئيسياً في التعبير عن المشاعر.
- الإدراك الواعي للأحاسيس في أجسادنا يمكن أن يفصل الروابط بين أحاسيس الجسم والتفكير الذي يحافظ على استمرار دورة اجترار الأفكار السلبية.
- يعلمنا أن نلفت الانتباه الحكيم إلى أجزاء من الجسم حتى عند الشعور فيها بأحاسيس مزعجة.
- تحسين النوم: يعمل على تحسين نوعية النوم وتقليل تأثير بعض أنواع مشاكل النوم ويخفف الأرق.
- يخفف القلق والتوتر.

• يساعد على تخفيف الألم: تأمل فحص الجسد لا يوقف الألم بالضرورة، لكن نتائجه تتمثل في زيادة الوعي بالجسم والحالة العاطفية، ويساعد في تغيير طريقة التفكير حول هذا الألم، أي زيادة الوعي وقبول الألم. (zinn,1992,33-44)

11-3- تمرين حبة الزبيب:

11-3-1- تعريف: هو تمرين لتنمية الوعي الكامل وتقليل التوتر والاستمتاع بالملذات اليومية، إذ تشير الدلائل إلى أن الوعي الكامل يزيد كلما مارس الشخص التمرين أكثر.

11-3-2- طريقة الأداء:

1. الإمساك:

يأخذ الشخص حبة الزبيب ويمسكها في راحة يده أو بين أصابعه وإبهامه.

2. الرؤية:

يأخذ الشخص وقتاً للتركيز عليها، وينظر إلى حبة الزبيب بعناية واهتمام كامل، يطلب منه أن يدع عينيه تستكشف كل جزء منها، ويفحص النقاط البارزة.

3. اللمس:

يقلب حبة الزبيب بين أصابعه، ويكتشف ماهيتها، ويستطيع أن يفعل ذلك وعيناه مغمضتان إذا كان ذلك يعزز حاسة اللمس لديه.

4. الشم وطريقة الوضع:

يضع حبة الزبيب بالقرب من أنفه، مع كل استنشاق يأخذ أي رائحة أو عطر قد ينشأ، ويطلب منه في أثناء القيام بذلك أن يلاحظ أي شيء مثير للاهتمام قد يحدث في فمه أو معدته، بعد ذلك يطلب منه رفع حبة الزبيب ببطء إلى شفتيه، وأن يلاحظ كيف تمسك يده الحبة، ثم يضعها برفق في فمه دون مضغ ويلاحظ كيفية دخولها إلى فمه في المقام الأول، ويطلب منه التركيز بضع لحظات على أحاسيس وجودها في فمه واستكشافها بلسانه.

5. التدنق:

عندما يكون جاهزاً، يستعد لمضغ حبة الزبيب، ويلاحظ كيف وأين يجب أن يكون المضغ وذلك بوعي شديد، يأخذ لقمة واحدة أو اثنتين فيها، ويلاحظ ما يحدث في أعقاب ذلك ويختبر أي موجات من الذوق تنبثق منها، في حين يستمر في المضغ دون البلع حتى الآن يلاحظ أحاسيس الذوق واللمس في فمه، وكيف تتغير بمرور الوقت لحظة بلحظة، مع الانتباه أيضاً إلى أي تغيرات في حبة الزبيب.

6. البلع:

عندما يشعر بالاستعداد لابتلاع حبة الزبيب، يتحقق مما إذا كان بإمكانه أولاً اكتشاف نية البلع عند ظهوره حتى يتم اختيار ذلك بوعي قبل ابتلاع الزبيب بالفعل.

7. المرحلة الأخيرة:

يلاحظ ما إذا كان بإمكانه أن يشعر بما تبقى من حبة الزبيب يتحرك إلى معدته، ويلاحظ كيف يشعر جسمه ككل بعد الانتهاء من هذا التمرين.

11-3-3 الفائدة من تمرين حبة الزبيب:

يقول جون كابات زين: "عندما نتذوق باهتمام، حتى أبسط الأطعمة توفر لنا عالماً من التجربة الحسية". يساعد تمرين حبة الزبيب على تركيز الانتباه على كل الحواس، فعندما يأكل الشخص حبة الزبيب من خلال زيادة الوعي بالحالات العقلية والجسدية يستطيع اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر، ويؤدي الاهتمام عن كثب بأحاسيس الأكل إلى زيادة استمتاعنا بطعامنا وتعميق تقديرنا لفرصة إشباع جوعنا، ويساعد أيضاً الأشخاص على أن يصبحوا أكثر انسجاماً مع إشارات الجوع والامتلاء، ومن ثم تجنب الإفراط في تناول الطعام أو الأكل العاطفي، وغالباً ما يستخدم هذا التمرين البسيط كمقدمة لممارسة الوعي الكامل. (zinn et al,2007,212-216)

12- دور العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب:

لقد أشار آرون بيك (1967) إلى أن المزاج السلبي هو انعكاس لمجموعة من المعتقدات لدى الفرد أولاً عن نفسه والثاني حول العالم والثالث حول المستقبل. هذه المجموعة من المعتقدات أو التوقعات وصفها بأنها "سلبية"، وقد لاحظ أنّ الأشخاص المصابين بالاكتئاب غالباً ما يحملون مثل هذه المعتقدات. في أثناء فترة الاكتئاب يتعايش المزاج المنخفض مع التفكير السلبي والعواطف المؤلمة الأخرى والأحاسيس الجسدية غير السارة، وبمجرد انتهاء هذه الفترة وعودة الحالة إلى طبيعتها تميل الأفكار السلبية والعواطف والأعراض الجسدية إلى الاختفاء أيضاً، ومع ذلك حتى بعد الشفاء من نوبة الاكتئاب يظل الناس ضعفاء من حيث إنّ أي تغيير طفيف نسبياً في المزاج يمكن أن يؤدي إلى تصاعد كبير في الأفكار السلبية مثل: "الحكم الذاتي (مثل: أنا لا قيمة لي)، وجهات النظر السلبية للتجربة (مثل: كل شيء صعب للغاية) واليأس (مثل: لا يوجد شيء يمكنني فعله للهروب من وضعي)، وترافق الأفكار السلبية مشاعر قوية أخرى بالإضافة إلى تدني الحالة المزاجية (مثل القلق والشعور بالذنب والغضب والإحباط والعار) وظهور أعراض جسدية (مثل الضعف والإرهاق والتوتر والألم)، فتبدو هذه الأفكار والمشاعر غير متناسبة مع موقف، ويشعر الأفراد كما لو أنهم الآن يعودون إلى المربع الأول وهم يخشون أن تكون هذه بداية الانزلاق إلى الاكتئاب من جديد. وفي محاولة لفهم ما يجري ولإيجاد حل

يبدؤون في تحليل تجربتهم وقد ينتهي بهم الأمر داخل حلقة مجترية تدور باستمرار حول أسئلة مثل "ما الخطأ الذي حدث؟"، "لماذا هذا يحدث مرة أخرى؟" و"أين سينتهي كل هذا؟"، وعند محاولتهم التفكير في طريقة للخروج من الاكتئاب ينخفض مزاجهم ومن ثم يكونون عرضة للاكتئاب من جديد.

(Segal et al,2013,37)

كما أشرنا سابقاً إنّ الأفكار السلبية والمزاج السلبي والحزين هي السبب بأن يكون الناس عرضة للاكتئاب. تقوم MBCT في هذه الحالة في منع تصعيد هذه التجربة إلى تجربة أكثر صعوبة من خلال تشجيع الفرد على الانتباه إلى اللحظة الحالية، وبهذه الطريقة يتم إحباط هذه الأفكار والمشاعر من خلال ترسيخ الاهتمام في الوقت الحالي والحاضر، وذلك عن طريق التركيز المستمر على التنفس أو أحاسيس الجسد (كما هو الحال في تقنية مسح الجسد)، فالتركيز على التنفس يتيح للفرد أن يكون حاضراً للبقاء في اللحظة الحالية فتتساقط الأفكار والأحاسيس، ولكن هنا مع خلفية اتساع التركيز على التنفس، فيتم ملاحظة الأفكار بدلاً من تجنبها، ويكون الشخص واعياً وقادراً على الانفتاح على كل ما ينشأ في العقل بحيث لا يتم تجنب الأفكار والأحاسيس بل تُقبل على أنها "أحداث جارية وليست حقيقية أو أنها بهذه الطريقة تجعل MBCT تسمح للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب بالتعامل مع المشاعر الصعبة وقبولها.

(William&Penman,2000,54-55)

ثانياً: الاكتئاب Depression:

1- مفهوم الاكتئاب:

هناك العديد من التعريفات التي تصدت لبيان مفهوم الاكتئاب (Depression)، فمثلاً يعرفه بيك Beck، (1976)، بأنه استجابة لا تكيفية مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة..

أما زهران فيرى أنّ الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد والمستمر من الظروف المحزنة والأليمة تعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، بأنه حالة تحتوي على عدد معين من الأعراض على الأقل من قائمة الأعراض التالية وتمتد هذه الأعراض لمدة زمنية معينة وهي كالآتي:.

- المزاج المكتئب، ويكون معظم زمن اليوم تقريباً.
- فقدان المرح، ويكون ظاهراً في الأنشطة اليومية.
- التغير في الجانب الحركي، فيصبح بطيئاً مع ظهور الإحباطات العصبية.
- الشعور بعدم الأهمية والقيمة، ولوم الذات والشعور المفرط بالإثم.

e. الأفكار الانتحارية. (نصر الدين، 2015، ص7)

2- أعراض الاكتئاب:

أعراض الاكتئاب متعددة؛ فمنها ما يظهر فجأة نتيجة حدث مفاجئ، ومنها يزحف إلى المريض ببطء، وتتحول تلك الأعراض إلى تغيرات في الشخصية قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية، وأحياناً يبدأ بأعراض عامة كصعوبة التركيز والتردد، وشعور بالتعب وفقدان الشهية، وتغيير في العادات والسلوك، وتنقسم هذه الأعراض إلى أربعة أنواع على النحو الآتي:

2-1- أعراض وجدانية اكتئابية:

وهي عبارة عن حالة شديدة من الانقباض والضيق تبدأ مع الفرد المكتئب ببداية النهار، ويتحسن تدريجياً، وتبدأ بسيطة وتتدرج بالشدة، فيفقد الفرد متعة الحياة، وتنكسر النفس وتهبط الروح المعنوية، ويبدأ بالتساؤل حول أهميته وأهمية الحياة، ويصاحب ذلك حالة من اليأس.

2-2- أعراض نفسية: وهي متعددة نذكر منها:

- أعراض في الوظائف العقلية: فتتأثر الوظائف العقلية بالاكتئاب، ويبدو ذلك في هيئة مميزة من البطء وقلة الانتباه والسرمان وعدم القدرة على التركيز واختفاء سرعة البديهة والاستجابة الانفعالية بل وتتأثر أحياناً الذاكرة.
- التفكير: يصاحب الاكتئاب حالة من تضخيم الأمور البسيطة، والشعور بالتعب والإرهاق دون بذل أي مجهود، وتأنيب الضمير، والشعور بالذنب، واتهام النفس بالخطيئة، والتلوث الخلقي والدونية وتوهم العلل البدنية، وانخفاض قيمة الذات وتقديرها، والشعور بعدم الأهمية، وهنا تبدأ الأفكار الانتحارية.

- تبدد الذات والواقع: يشعر المريض بأنه فقد مباحج الحياة، والشعور بالألم وفقدان السعادة.

2-3- أعراض جسمية أو فيزيولوجية:

منها ما هو متكرر ومنها ما هو عارض: ومن أهمها الآتي:

- فقدان الشهية
- نقصان أو زيادة في الوزن.
- الإمساك.
- اضطرابات النوم المختلفة.
- اضطرابات الدورة الشهرية عند النساء.
- الصداع المستمر والشعور بالتعب الشديد

2-4- أعراض سلوكية:

ومنها عدم الاهتمام بمظهره الخارجي، والنظافة الشخصية، والكسل، وبطء الحركة، وعدم ممارسة الأنشطة، وبطء الكلام أو قلته، ونقص القدرة على العمل، والانعزال عن المجتمع، ورفض مقابلة الأصدقاء، والهيجان المستمر، والخمول الذهني والجسدي. (الخاطر، 1999، ص 22-26)

أما الجمعية الأميركية للطب النفسي فتري أن أعراض الاكتئاب تتمثل بمزاج مكتئب وفقدان المرح والمتعة، والتغير في الجانب الحركي، والشعور بعدم الأهمية والقيمة ولوم الذات والشعور بالإثم وولادة أفكار انتحارية. وأعراض الاكتئاب عند بيك تتضمن (21) نوعاً، وهي على النحو الآتي: الحزن الشديد، الشعور بالفشل، الشعور بالذنب، كره الذات، رغبات انتحارية، التهيج، التردد، صعوبة العمل، سرعة التعب، فقدان الوزن أو زيادته، فقد الليبدو، فقدان الشهية، الأرق، تغير صورة الجسم، الانشغال الجسدي، التشاؤم، الانسحاب، نقص الرضا، الإحساس بالعقاب، اتهام الذات، نوبات البكاء والانسحاب الاجتماعي. (بيك، 2001، ص 165)

3- أنواع الاكتئاب:

تعددت تصنيفات الاكتئاب واختلطت بأعراضه، وينقسم من حيث حدته إلى الأنواع الآتية:

3-1- الاكتئاب البسيط: يظهر على الشخصية الناضجة المكافحة للوصول إلى الهدف المنشود،

وجل أعراضه حالة من الحزن، وغالباً ما يزول تلقائياً، ولا يتحول إلى اكتئاب حاد إلا في حالات نادرة.

3-2- الاكتئاب الحاد: وهو أقصى درجات الاكتئاب ويصعب تشخيصه، ويتميز ببعض الأعراض التي

تشمل الجمود في التفكير، الحركة، الكلام، اليأس، اضطراب الوعي بشكل ملحوظ، ويعاني الفرد المصاب به من العزلة الشديدة مع صعوبات في تحديد الزمان والمكان والأشخاص، نظراً لتشتت الانتباه، ظهور الهلوسات، ظهور اضطرابات النوم، الشعور بالذنب واتهام النفس، ازدياد الشكوى من الأمراض العضوية، وشيوع بعض الأفكار الانتحارية.

3-3- الاكتئاب الموقفي: وهو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة ومؤثرة نتيجة موقف صعب أو

مصابة ما كالفشل الأسري والعاطفي والاجتماعي، وهو اكتئاب قصير المدى ومن الممكن علاجه، ولا يعود إلى الظهور إلا بعودة المثير (المصابة)، وبعد عودته يسمى الاكتئاب الشرطي.

3-4- الاكتئاب الذهولي: وهو أقصى درجات الاكتئاب حدة، فيكون الفرد عديم الحركة، وعنده استعداد

للعزوف عن الطعام والشراب وإهمال النظافة الشخصية.

3-5- الاكتئاب الدفاعي: يتميز هذا النوع بأنه مثل أي عصاب آخر ليس سوى ميكانزما دفاعية للتخلص

من جرعة زائدة من القلق غير محدد المعالم، يحمل تهديداً بالإحباط فيقوم الاكتئاب الدفاعي بإزالة هذا التهديد بأن يعيش خبرة مثالية وكأن الإحباط قد تم فعلاً، وهذا التخييل رغم قسوته إلا أنه يحدث توازناً نفسياً

لدى الشخص، وذلك أن النفس تستطيع أن تتحمل الإحباط الذي تم فعلاً وأصبح واقعاً، أكثر من قدرتها على تحمل التهديد بالإحباط. (الحسيني، 1994، ص 8-9)

أما تقسيم بيك وتصنيفه لأنواع الاكتئاب فهو بناء على حدته على النحو الآتي:

- أ- اكتئاب حدي طفيف.
- ب- اكتئاب بسيط أو ضعيف.
- ت- اكتئاب متوسط.
- ث- اكتئاب شديد.
- ج- اكتئاب بالغ الشدة أو حاد. (الشربيني، 2001، ص 211)

4- أسباب الاكتئاب:

ترجع أسباب الاكتئاب النفسي إلى ثلاثة عوامل أساسية هي كالآتي:

4-1- الأسباب البيولوجية:

أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثبرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين)، هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي. كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر في الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد أن هناك خللاً في إفراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب، وقد يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية، وأيضاً اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق كلوية. هذا الاختلال يكون - في أغلبه - من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي. وقد أثبت الباحثون أن هناك خللاً في الجهاز المناعي لدى مرضى الاكتئاب أو من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق أو رفيق، وربما كان هذا كالخلل المناعي نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة، وهناك احتمال أقل من أن خلل الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

4-2- العوامل الوراثية:

تُوضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تؤدي دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب. وقد وجد حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه. فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة (25-30 %)، أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى (40%).

4-3 - ضغوط الحياة والعوامل النفسية:

أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن هناك أحداثاً ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الاحتمال في كون الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمدة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب. وقد اختلف العلماء على مدى تأثير ضغوط الحياة وظروفها، فبعضهم يرى أنها تؤدي دوراً رئيساً، وبعضهم الآخر يرى أن لها دوراً محدداً في حدوث المرض. (عكاشة، 41، 2003)

ولوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين، وغياب التخطيط الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية. كما أن فقد الزوج أو الزوجة والعزلة الأسرية والضغوط الاقتصادية أو الدينية قد يرسب الاضطرابات الوجدانية. (Phillips, 2004, 77)

5- النظريات المفسرة للاكتئاب:

حاولت العديد من النظريات النفسية أن تشرح وتوضح السبب وراء الإصابة بالاكتئاب من وجهة نظرها الخاصة، فهناك من يفسر الاكتئاب في ضوء مفاهيم التحليل النفسي التي تفسره في ضوء النكوص والتثبيت في مرحلة نمائية ما، وترتبط الاكتئاب بتاريخ الفرد نفسه منذ طفولته وما حدث له من أحداث، قد تكون هي المؤثرة في حدوثه لديه، أما المدرسة السلوكية فهي تفسره في ضوء مفاهيمها الأساسية التي تعد أن كل سلوك ناتج عن الإنسان هو سلوك متعلم خاطئ أو صحيح، وتعدّ التعزيز بشقيه الإيجابي والسلبي هو المؤثر الرئيس في سلوك الأفراد، وترى المدرسة الإنسانية الاكتئاب في ضوء تصور الرئيس حول حرية الإرادة الإنسانية، وأن الإنسان مسؤول عن الوجهة التي تمضي فيها حياته، وبذلك فإن الأساس في المرض النفسي عموماً هو التضحية بالحرية خوفاً من المسؤولية المقترنة بها، والقلق الذي يصحبها، فعندما يتخلّى المرء عن استقلاله وحرية وإرادته في الاختيار، هنا تخلق حياته من المعنى ويفقد هدفه ووجوده. ومنهم من يفسر الاكتئاب في ضوء العوامل الفسيولوجية التي تركز على وظيفة الهرمونات والعمليات الكيميائية في المخ والجهاز العصبي، وأن أي خلل بها يؤدي إلى العديد من الاضطرابات والتي من بينها الاكتئاب.

5-1 - نظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis Theory):

إن نمط الشخصية يحاول كبت انفعالات الشخص وتحويلها إلى الداخل، ويكون عرضة للاكتئاب أكثر من ذلك النمط الذي يعبر عن هذه الانفعالات بطرائق مختلفة، والأطفال الذين مروا بتجربة فقد والديهم أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم في سنين رشدهم، إذ تستثير المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة، ولما كان الأنا الأعلى يرفض مثل هذه المشاعر فإنه يحولها إلى الذات. وما الاكتئاب في حقيقته إلا نوع من العدوان الموجه ضد الذات (غانم، 44، 2002)

فسر فرويد وأبراهام الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية والالتحام والنبذ، وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه فإنه ينكص إلى حاجته الأولية، وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص. (عكاشة، 2003، 426)

ربط فرويد بين الحزن والاكتئاب، وقال إن كلنا الحالتين تتناولان فقداً ما، ففي الاكتئاب يكون هذا الفقد أقل وضوحاً، حيث يكون مفهوماً مجرداً، مثل فقد قيمة أو فقد نموذج أو فكرة عالقة بالذهن، كما أكد فرويد أيضاً على أهمية اللاشعور وميكانيزمات الدفاع التي تقوم بمنع الأفكار المؤلمة أو غير المقبولة من الدخول في الشعور، وهنا لا يكون الشخص واعياً بهذا الفقد، ولكنه على وعي بشعور اليأس والإحباط.

5-2- النظرية السلوكية (Behavioral theory):

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعاً للمبادئ العامة ذاتها والتي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه، ألا وهي مبادئ التشریط سواء لدى بافلوف في صورتها الكلاسيكية أم لدى سكنر في صورتها الإجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكو دينامية العصابية، ومن قبيل مفاهيم الصراع العصابي، والأسباب الكامنة للمرض، ودور الكبت في نشأة الكبت... إلى غير ذلك من المفاهيم. (الحسين، 2002، ص 320)

وتعتمد أيضاً المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم (التعزيز) وبخاصة خفض التعزيز الإيجابي، والذي من شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة لعدم وجود أو خفض للمعزز الإيجابي، والذي يكون من نتائجه الأعراض التي حددها ليونسون. (Lewinsetm, 2001, 81)

ووفقاً لأقوال المدرسة السلوكية وعلى حد قول أحد أقطابها، وهو لازاريوس، فإن الاكتئاب يمكن النظر إليه على أنه نتيجة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز غير الكافي، ويمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافي، كانسحاب الحب أو العطف والتأييد مع موت أحد الأقارب المقربين.

(العيسوي، 2000، 161 - 162)

5-3- النظرية المعرفية:

يرى عالم النفس الأمريكي أرون بيك أن الاكتئاب هو: "اضطراب ناجم عن عملية الإدراك والتفكير الخاطئ"، إذ يعتقد بيك أن الأشخاص المكتئبين هم الذين يخلقون الاكتئاب بأنفسهم عن طريق نزعتهم إلى التفكير السلبي أو ما سماه "باللاعقلانية"، وبالتحديد يرى الأشخاص المعرضين للاكتئاب عادة يلجؤون لتبرير أي فشل يواجههم بأسباب شخصية متعلقة بهم أنفسهم، ويهملون أو يقللون من دور الظروف التي أحاطت بهذا الفشل". (عبداللطيف، 1997، 45)

وإنَّ الاكتئاب ناتج من إدراكات تؤدي إلى المعرفة وإلى الانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضاً، وتكون الإدراكات المعرفية عند الأفراد المكتئبين تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية، وهذه الإدراكات هي التي تحدد طريقة الاستجابة. وباختبار طريقة تفكير المكتئبين وجد بيك مفاهيم مشوشة وغير واقعية، فهم يميلون إلى تضخيم أخطائهم والعوائق التي تعترض مسارهم.

كما ويلخص رائد النظرية المعرفية بيك كل ما سبق بأن الاكتئاب هو: "اضطراب في استراتيجية التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل". (عكاشة، 2003، 426)

5-4- النظرية الوجودية:

يرى أصحاب النظرية الوجودية (الذات) أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته، فيحاول جاهداً اتخاذ سبل عدة والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر، وكثيراً ما ينجح في ذلك ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه، وبذلك يجرّد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعبر عنه بالاكتئاب، فإذا ما مرت مرحلة الاكتئاب عاوده نشاطه ليمر بمرحلة هوس تتمثل في نشاط زائد ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس ويشعر، وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكتئاب وتتضمن انحطاط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك.

كما يرى فرانكل أن الفراغ الوجودي هو عرض رئيس في الاكتئاب، ويعود هذا الفراغ إلى فقدان محتوم على الإنسان مكون من شقين: الأول فقدان الإنسان لبعض غرائزه الحيوانية التي كانت تمثل المعنى والطمأنينة والأمن، والثاني: هو فقدانه للمعنى من خلال مسابرة وتقليده للغير بما يحمل هذا التقليد من تناقضات تنفي عنه صفة المعنى، وبذلك يفقد الإنسان مصدر الأمن والطمأنينة وتقدير الذات وتحقيق المعنى؛ فيعيش القلق الوجودي ويظهر الاكتئاب. (بوقري، 2009، 162-165)

6- تشخيص الاكتئاب:

ويصنف الاكتئاب ويشخص وفق الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 كما يأتي:

6-1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش (Disruptive Mood Dysregulation Disorder):

- A. انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظياً (مثلاً، الاحتدام اللفظي) أو سلوكياً (مثلاً، الاعتداء الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكل صارخ ل تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للاستفزاز.
- B. نوبات الغضب لا تتوافق مع المستوى التطوري.
- C. تحدث نوبات الغضب، في المتوسط، ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع.
- D. يكون المزاج بين نوبات الغضب منفصلاً أو غاضباً باستمرار لمعظم اليوم، كل يوم تقريباً ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين (مثلاً، الآباء، والمعلمين، والأقران).
- E. وجدت المعايير A-D لمدة 12 شهراً أو أكثر.
- F. معايير A و D موجودة فيما لا يقل عن اثنين من ثلاثة مواضع (أي، في البيت، في المدرسة، مع الأقران) وشديدة في واحدة على الأقل منها.
- G. لا ينبغي أن يوضع التشخيص للمرة الأولى قبل سن 6 سنوات أو بعد سن 18 عاماً.
- H. بواسطة التاريخ أو المراقبة، فالعمر عند بداية معايير B-E يكون قبل سن العشرة أعوام.

6-2- الاضطراب الاكتئابي الجسيم Major Depressive Disorders:

- A. وجود خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنقص الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) المزاج المنخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.
- B. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).
- C. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- D. فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

- E. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
- F. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء).
- G. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- H. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهماً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
- I. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- J. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- K. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- L. لا تعود الأعراض إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو إلى حالة طبية أخرى. فالمعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

6-3 - اضطراب اكتئابي مستمر "سوء المزاج" (Persistent Depressive Disorder):

يعدّ هذا الاضطراب دمجاً للاضطراب الاكتئابي الجسيم المزمن وفق الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج:

- A. مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.
- B. وجود اثنين (أو أكثر) مما يأتي في أثناء انخفاض المزاج:
- ضعف شهية أو زيادة في الأكل.
 - أرق أو فرط نوم.
 - انخفاض الطاقة أو تعب.
 - انخفاض الشعور بقيمة الذات.
 - ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.
 - مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى)

- C. لم يخلُ الشخص في أثناء سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبداً من الأعراض المدرجة في المعيارين A و B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.
- D. معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد توجد باستمرار في العامين.
- E. لم توجد أبداً نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبداً معايير اضطراب المزاج الدوري.
- F. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الاضطراب التوهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- G. لا تتجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (مثل قصور الدرق).
- H. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

4-6- الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة /دواء:

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder

- A. هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلٍ من (1) و (2):

(1) تطورت الأعراض في المعيار A في أثناء أو عقب الانسحاب بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما.

(2) المادة/الدواء المتهمه قادرة على إعطاء الأعراض في المعيار A.

- B. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب اكتئابي غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود الاضطراب الاكتئابي المستقل يمكن أن تتضمن ما يأتي:

الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسحاب الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب اكتئابي مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معودة غير ذات صلة بالمواد).

- C. لا يحدث الاضطراب حصراً في أثناء مسار حالة هذيان.

D. يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

6-5- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى:

- A. اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة. وهناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية.
- B. مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- D. لا يحدث الاضطراب حصراً في أثناء سير حالة هذيان.
- E. يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى. (الحمادي، 2014، ص74-90)

7- علاج الاكتئاب:

7-1- العلاج النفسي:

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

7-1-1 العلاج السلوكي:

يتضمن هذا النوع من العلاج مساعدة المكتئبين على التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها. وفاعلية هذا العلاج تكمن في قدرة المعالج في مساعدة المريض أو المضطرب على التخلص من تلك الأعراض عن طريق فك شفرة الخطأ الذي سبق تعلمه. وحديثاً بدأ الاهتمام بتعلم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي، واكتساب القدرات المساعدة على التوافق ومواجهة المشكلات وذلك باستخدام تقنيات سلوكية عدة، ومن أشهرها: التعزيز الإيجابي والسلبي والاسترخاء والنمذجة والكف المتبادل والتحصين التدريجي وغيرها.

7-1-2 العلاج المعرفي:

وفي هذا التيار العلاجي يظهر استخدام نوعين من العلاجات التي أثبتت التجارب العلاجية على نجاحهما من ضمنها "العلاج الانفعالي العقلاني" "لألبرت أليس" وأيضاً علاج بيك للاكتئاب وكلاهما علاج فعال

للحالات الاكتئابية والذي يستهدف الجانب المعرفي في إزالة وتغيير أو بالأحرى تعديل للمخططات والأفكار التي أدت إلى الحالة المزاجية الاكتئابية.

7-2 العلاج البيئي:

ويقصد به إيجاد بيئة ملائمة؛ يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي سببت له 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.

(الشربيني، 2001، 238)

7-3 العلاج الطبي:

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين؛ إذ يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لمدة كافية.. كذلك يمكن استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر، وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية، وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب؛ قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير. (زهران، 2005، 518-519)

خلاصة: تحدثنا في هذا الفصل عن مفهوم الوعي الكامل ومكوناته وأبعاده ومقوماته ومزاياه وفوائده، وذكر الفرق بين الوعي الكامل والغفلة (انعدام الوعي) وخصائص كل منهما، وذكرت العلاقة بين الوعي الكامل وكل من التأمل والانتباه، بالإضافة إلى ذكر نظرية لانجر التي تحدثت عن افتراضات الوعي الكامل والطرائق التي يتكون منها السلوك الواعي للتعامل مع العالم، وتم التحدث عن تقنيات الوعي الكامل (التنفس الواعي _ مسح الجسد _ تمرين حبة الزبيب) حيث شرح بالتفصيل عن طريقة أدائها وكيفية ممارستها، والتحدث عن العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل من خلال نبذة تاريخية عنه ودوره في تخفيف أعراض الاكتئاب، وتم التكلم عن مفهوم الاكتئاب وأنواعه وأسبابه وأعراضه وتشخيصه بحسب DSM_5 والنظريات المفسرة له وطرق علاجه.

الفصل الرابع: منهج البحث وإجراءاته:

1- منهج البحث:

استُخدم منهجان (المنهج شبه التجريبي، والمنهج الإكلينيكي "منهج دراسة الحالة") ويعرف المنهج شبه التجريبي بأنه منهج يدرس متغيراً أو متغيرات عدة مستقلة وأثرها على المتغير التابع ومحاولة معرفة العلاقة بينهما، وكان هناك مجموعة تجريبية تعرضت لتأثير المتغير المستقل وعينة ضابطة لم تتعرض للمتغير المستقل، وذلك لكي نقارن بين النتائج. وفي هذه الدراسة خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج علاجي (العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل) إضافة إلى العلاج الدوائي، في حين لم تخضع المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي واكتفت بأخذ العلاج الدوائي. (أحمد، 2017، 45)

والمنهج الإكلينيكي "منهج دراسة الحالة" هو منهج يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد الذين يزورون العيادة النفسية، ويتم فيه جمع بيانات تفصيلية عن تاريخ حياة الفرد وظروف نشأته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من خلال من تربطهم علاقة به. ومن خلال الاختبارات النفسية والبيانات تُشخص المشكلة ويُوضع البرنامج العلاجي لهم. (لرينونة، 2015، 37-38)

2- أدوات البحث:

استخدمت الباحثة الآتي:

1-2- مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I):

2-1-1- وصف المقياس:

قنن سامر رضوان النسخة المعربة منه المنشورة 1987 على البيئة السورية وهو من بين أكثر الأدوات التشخيصية استخداماً في ميدان الطب النفسي وتشخيص اضطراب الاكتئاب، إذ وضعت نسخته الأولى عام (1961)، وعُدلت في عام (1971)، وظهرت لاحقاً نسخة معدلة له (1987) وهي النسخة التي وردت في دليل التعليمات الصادر عام (1993)، وعَرَّبها وقَنَّنْها على البيئة العربية أحمد عبد الخالق (1996). يتكون المقياس من إحدى وعشرين مجموعة من الأسئلة كل أربعة منها تتناول موضوعاً معيناً، يُجاب عنها بوضع علامة حول العبارة المناسبة، ويقاس حالات الاكتئاب ضمن أربع فئات (درجات) (لا يوجد اكتئاب - اكتئاب بسيط - اكتئاب متوسط - اكتئاب شديد - اكتئاب شديد جداً)، وينبغي على المستجيب قراءة العبارات بشكل جيد والتأكد من أنه أجاب عن جميع الأسئلة، الفئات الواحدة والعشرون التي يتكون منها المقياس:

جدول (1) فئات مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)

العبارة	الفئات
1	الحزن
2	التشاؤم
3	الشعور بالفشل
4	عدم الرضا
5	الشعور بالذنب
6	الشعور باستحقاق الذنب
7	كراهية الذات
8	اتهام الذات
9	الرغبة في إيذاء الذات
10	التعرض لنوبات البكاء
11	حدة الطبع
12	الانسحاب الاجتماعي
13	العجز عن البت في الأمور
14	تصور الجسم
15	هبوط الهممة في النوم
16	اضطراب النوم
17	القابلية للتعب
18	فقدان الشهية
19	النقص في الوزن
20	الانشغال على الصحة
21	فقدان الاهتمام بالجنس

وبحسب مفتاح التصحيح تكون معايير المقياس بعد إجابة المفحوص عنه:

جدول (2) معايير مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)

9 - 0	لا يوجد اكتئاب
15 - 10	اكتئاب بسيط
23 - 16	اكتئاب متوسط
36 - 24	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جداً

2-1-2- الدراسة السيكمترية لمقياس بيك للاكتئاب (B.D.I):

أولاً- صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق مقياس الاكتئاب وفق الطرائق الآتية:

1- الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب خارج عينة البحث الأساسية بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، ثم حسبت معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول الآتي معاملات الارتباط الناتجة:

الجدول (3) معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.544**	8	.633**	15	.618**
2	.589**	9	.497**	16	.711**
3	.703**	10	.600**	17	.687**
4	.621**	11	.617**	18	.663**
5	.649**	12	.666**	19	.559**
6	.715**	13	.587**	20	.620**
7	.527**	14	.509**	21	.508**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.497-0.715)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا ما يشير إلى الاتساق الداخلي لبنود مقياس الاكتئاب، وارتباط كل منها بالدرجة الكلية للمقياس.

2- الصدق المحكي:

أ- الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، ثم حسبت درجاتهم، ورتبت تنازلياً، وأخذ أعلى (25%) وأدنى (25%) منها، ثم حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية للمقياس، واستُخدم اختبار (ت) ستودنت لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين العليا والدنيا، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول (4) الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الاكتئاب

المقياس	المجموعة العليا (ن=7)		المجموعة الدنيا (ن=7)		درجة الحرية	ت	القيمة الاحتمالية	القرار
	م	ع	م	ع				
الاكتئاب	41.857	2.267	18.714	1.603	12	22.045	0.000	دال

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) بلغت (22.045) عند القيمة الاحتمالية (0.000) وهي دالة إحصائياً، وهذا ما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين العليا والدنيا، وهذه الفروق لصالح المجموعة العليا، وهذا يشير إلى صدق مقياس الاكتئاب بدلالة محك المجموعات الطرفية.

ب- الصدق المحكي بدلالة المجموعات المتقابلة:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، وعينة أخرى من الأشخاص العاديين بلغ عدد أفرادها (30)، ثم حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينتين على الدرجة الكلية للمقياس، واستُخدم اختبار (ت) ستودنت لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين (المرضى، والعاديين)، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول (5) الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين (المرضى والعاديين) على مقياس الاكتئاب

المقياس	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الاكتئاب	المرضى	30	26.7	2.053	9.977	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	11.7	7.974				

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) بلغت (9.977) عند القيمة الاحتمالية (0.000) وهي دالة إحصائياً، وهذا ما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين (المرضى، والعاديين)، وهذه الفروق لصالح عينة مرضى الاكتئاب، وهذا يشير إلى صدق مقياس الاكتئاب بدلالة محك المجموعات المتقابلة.

ثانياً: ثبات المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس الاكتئاب وفق الطريقتين الآتيتين:

1- الثبات بطريقة معادلة ألفا-كرونيباخ:

استُخدمت معادلة ألفا-كرونباخ لدرجات (30) مريضاً ومريضة (عينة الاتساق الداخلي نفسها) على مقياس الاكتئاب، وبلغت قيمة معامل الثبات بهذه الطريقة (0.864)، وتشير إلى درجة ثبات مرتفعة للمقياس.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حُسب معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الاكتئاب، ثم صحح معامل الثبات بمعادلة سبيرمان براون، وبلغت قيمة معاملات الثبات بهذه الطريقة (0.761)، وتشير إلى اتصاف المقياس بالثبات وفق طريقة التجزئة النصفية، ويوضح الجدول الآتي معاملات الثبات الناتجة:

الجدول (6) معاملات ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)

المقياس	عدد البنود	ألفا-كرونباخ	التجزئة النصفية
الاكتئاب	21	0.864	0.761

تعقيب: أظهرت نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس الاكتئاب أنه يتصف بمؤشرات جيدة جداً للصدق والثبات تجعل استخدامه ممكناً في البيئة المحلية وفق حدود عينة البحث المتمثلة بمرضى الاكتئاب.

2-2- مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R):

2-2-1- وصف المقياس:

قام بوضعه ليونارد وديروجيتس (1981، 1985)، وقننه على البيئة الفلسطينية عبد العزيز موسى ثابت، يتكون المقياس من (90) عبارة تتدرج تحت تسعة أبعاد، وهي موزعة كالآتي:

جدول (7) أبعاد مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R)

محاور المقياس	عدد	أرقام الفقرات
الأعراض الجسمانية	12	-4 -11 -29 -40 -42 -48 -49 56 -52 -58 -71 -1
الوسواس القهري	9	-10 -38 -45 -46 -51 -55 -65 3 -9
الحساسية التفاعلية	9	-69 -73 -6 -21 -34 -36 -37 41 -61
الاكتئاب	13	-27 -28 -30 -31 -32 -54 -2 5 -14 -15 -20 -22 -26
القلق	10	-39 -57 -72 -79 -80 -86 -12

17 -23 -33		
11-24-63-67-74-81	6	العداوة
75 -78 -82 -25 -47 -50 -70	7	قلق الخوف
8 -18 -43 -68 -76 -83	6	البارانويا
-84 -85 -87 -88 -90 -7 -16 35 -62 -77	10	الذهانية
-44 -53 -59 -60 -64 -66 -89 19	8	صحة نفسية عامة

ملاحظة: استُخدم مقياس الصحة النفسية كمحك تشخيصي فقط لاختيار العينة المرضية.

2-2-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية:

أولاً: صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق مقياس الصحة النفسية وفق الطرائق الآتية:

1- الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب خارج عينة البحث الأساسية بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، ثم حُسبت معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه، ومعاملات ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها بعضاً ومع الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدولان الآتيان معاملات الارتباط الناتجة:

الجدول (8) معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه

الأعراض الجسمانية		الوسواس القهري		الحساسية التفاعلية		الاكتئاب	
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.613**	3	.723**	6	.518**	2	.742**
4	.632**	9	.720**	21	.620**	5	.652**
11	.609**	10	.676**	34	.605**	14	.696**
29	.709**	38	.617**	36	.533**	15	.736**
40	.555**	45	.711**	37	.684**	20	.718**
42	.647**	46	.599**	41	.641**	22	.609**
48	.717**	51	.724**	61	.693**	26	.601**
49	.659**	55	.679**	69	.715**	27	.759**

.661**	28	.577**	73	.739**	65	.665**	52
.665**	30	قلق الخوف		العداوة		.598**	56
.705**	31	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	.734**	58
.641**	32	.712**	25	.615**	13	.688**	71
.722**	54	.516**	47	.625**	24	القلق	
البارانويا		.622**	50	.609**	63	معامل الارتباط	البند
معامل الارتباط	البند	.666**	70	.688**	67	.577**	12
.544**	8	.700**	75	.641**	74	.602**	17
.658**	18	.718**	78	.657**	81	.754**	23
.585**	43	.631**	82	الذهانية		.685**	33
.602**	68	الصحة النفسية العامة		معامل الارتباط	البند	.704**	39
.696**	76	معامل الارتباط	البند	.701**	7	.656**	57
.610**	83	.506**	19	.612**	16	.620**	72
		.608**	44	.682**	35	.584**	79
		.628**	53	.595**	62	.732**	80
		.574**	59	.725**	77	.740**	86
		.664**	60	.630**	84		
		.710**	64	.677**	85		
		.736**	66	.654**	87		
		.611**	89	.732**	88		
				.689**	90		

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (-0.506-0.759)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا ما يشير إلى الاتساق الداخلي لبنود مقياس الصحة النفسية، وارتباط كل منها بالدرجة الكلية للبند الذي تنتمي إليه.

الجدول (9) معاملات ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها بعضاً ومع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد الفرعية	الأعراض الجسمانية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	الذهانية	البارانويا	الصحة العامة
الوسواس القهري	.577**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
الحساسية التفاعلية	.602**	.641**	—	—	—	—	—	—	—	—
الاكتئاب	.674**	.751**	.541**	—	—	—	—	—	—	—
القلق	.720**	.589**	.610**	.785**	—	—	—	—	—	—
العداوة	.527**	.601**	.582**	.603**	.477**	—	—	—	—	—
قلق الخوف	.681**	.771**	.612**	.625**	.792**	.452**	—	—	—	—

الذهانية	.602**	.599**	.648**	.514**	.725**	.780**	.612**	—	—
البارانويا	.501**	.615**	.702**	.508**	.729**	.726**	.632**	.702**	—
الصحة العامة	.648**	.495**	.588**	.471**	.580**	.438**	.558**	.611**	.478**
الدرجة الكلية	.729**	.717**	.701**	.728**	.803**	.774**	.715**	.743**	.702**
									.658**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها بعضاً ومع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.438-0.803)، وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا ما يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس مع بعضها بعضاً، ومع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية.

2- الصدق المحكي:

أ- الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، ثم حُسبت درجاتهم، ورتبت تنازلياً، وأخذ أعلى (25%) وأدنى (25%) منها، ثم حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، واستُخدم اختبار (ت) ستودنت لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين العليا والدنيا، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول (10) الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الصحة النفسية

الأبعاد الفرعية	المجموعة العليا (ن=7)		المجموعة الدنيا (ن=7)		درجة الحرية	ت	القيمة الاحتمالية	القرار
	ع	م	ع	م				
الأعراض الجسدية	2.563	30.29	1.496	17.29	12	11.588	0.000	دال
الوسواس القهري	1.718	19.57	1.345	9.14	12	12.644	0.000	دال
الحساسية التفاعلية	0.951	20.29	2.812	10.71	12	8.532	0.000	دال
الاكتئاب	1.952	31.86	1.380	18.71	12	14.546	0.000	دال
القلق	0.690	20.14	1.676	9.86	12	15.013	0.000	دال
العداوة	1.414	14	1.799	6.29	12	8.918	0.000	دال
قلق الخوف	0.951	14.71	1.414	5	12	15.080	0.000	دال
الذهانية	3.155	22.43	1.976	10.29	12	8.630	0.000	دال
البارانويا	1.574	12.86	1.574	5.14	12	9.171	0.000	دال
الصحة العامة	1.155	15	2.430	7.71	12	7.165	0.000	دال

الدرجة الكلية	171.14	6.817	130.43	13.685	12	7.45	0.000	دال
---------------	--------	-------	--------	--------	----	------	-------	-----

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) كانت دالة إحصائياً بالنسبة لجميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، وهذا ما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين العليا والدنيا، وهذه الفروق لصالح المجموعة العليا، وهذا يشير إلى صدق مقياس الصحة النفسية بدلالة محك المجموعات الطرفية.

ب- الصدق المحكي بدلالة المجموعات المتقابلة:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب بلغ عدد أفرادها (30) مريضاً ومريضة، وعينة أخرى من الأشخاص العاديين بلغ عدد أفرادها (30)، ثم حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينتين على الدرجة الكلية للمقياس، واستُخدم اختبار (ت) ستودنت لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين (المرضى، والعاديين)، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول (11) الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين (المرضى والعاديين) على مقياس الصحة النفسية

الأبعاد الفرعية	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الأعراض الجسمية	المرضى	30	22.97	5.062	14.394	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	9.20	1.349				
الوسواس القهري	المرضى	30	14.27	3.999	11.443	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	5.60	1.102				
الحساسية التفاعلية	المرضى	30	15.97	3.873	13.046	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	6.10	1.470				
الاكتئاب	المرضى	30	25.70	5.247	18.885	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	6.70	1.685				
القلق	المرضى	30	15.60	3.988	14.107	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	5.07	.907				
العداوة	المرضى	30	9.97	3.000	13.051	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	2.33	1.124				
قلق الخوف	المرضى	30	10.80	3.773	11.576	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	2.30	1.393				
البارانويا	المرضى	30	16.03	4.888	11.712	58	0.000	دال إحصائياً
	العاديون	30	5.07	1.552				

المرضى	30	9.00	3.074	11.366	58	0.000	إحصائياً
	30	2.00	1.390				
العاديون	30	11.80	2.565	17.146	58	0.000	إحصائياً
	30	2.93	1.202				
المرضى	30	152.10	16.217	33.920	58	0.000	إحصائياً
	30	47.30	4.836				
العاديون	30						إحصائياً
	30						

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً بالنسبة لجميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، وهذا ما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين (المرضى، والعاديين)، وهذه الفروق لصالح عينة المرضى، وهذا يشير إلى صدق مقياس الصحة النفسية بدلالة محك المجموعات المتقابلة.

ثانياً: ثبات المقياس

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس الصحة النفسية وفق الطريقتين الآتيتين:

1- الثبات بطريقة معادلة ألفا-كرونباخ:

استُخدمت معادلة ألفا-كرونباخ لدرجات (30) مريضاً ومريضة (عينة الاتساق الداخلي نفسها) على مقياس الصحة النفسية، وتراوحت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.687-0.850)، وتشير إلى درجة ثبات جيدة للمقياس.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حُسب معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الصحة النفسية، ثم صُحح معامل الثبات بمعادلة سبيرمان براون، وتراوحت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.699-0.880)، وتشير إلى اتصاف المقياس بالثبات وفق طريقة التجزئة النصفية، ويوضح الجدول الآتي معاملات الثبات الناتجة:

الجدول (12) معاملات ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	ألفا-كرونباخ	التجزئة النصفية
الأعراض الجسمية	12	0.773	0.793
الوسواس القهري	9	0.702	0.715
الحساسية التفاعلية	9	0.709	0.711
الاكتئاب	13	0.822	0.846
القلق	10	0.758	0.775

0.699	0.687	6	العداوة
0.740	0.713	7	قلق الخوف
0.700	0.688	6	البارانويا
0.771	0.763	10	الذهانية
0.761	0.722	8	الصحة العامة
0.880	0.850	90	الدرجة الكلية

تعقيب: أظهرت نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس الصحة النفسية أنه يتصف بمؤشرات جيدة جداً للصدق والثبات تجعل استخدامه ممكناً في البيئة المحلية وفق حدود عينة البحث المتمثلة بمرضى الاكتئاب.

2-3- البرنامج العلاجي:

2-3-1- استخدمت الباحثة برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل وطُبق فيه

الخطوات الآتية:

2-3-1-1- تطبيق المقاييس المستخدمة للتقييم القبلي وفق مقابلات ابتدائية سجلت فيها

الباحثة بيانات شاملة عن المريض وبناء علاقة مهنية معه قائمة على التفهم والتعاطف

باستخدام طريقة الرءاءات الأربعة 4R

2-3-1-2- التنقيف النفسي من خلال:

تعريف المريض بمرضه عن طريق شرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه والشرح للمريض عن

العلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية.

2-3-1-3- تقنية الاسترخاء: شرح لتقنية الاسترخاء وآلية عملها في الجسم وتدريب المريض عليها.

2-3-1-4- التحليل الوظيفي للحالة بهدف التعرف إلى أفكار المريض اللامنطقية:

استخدمت الباحثة شبكة سيكا (Grille SECA) كنموذج مطروح من قبل كوترو

(1995) Cottraux والذي يتضمن قسمين مكملين لبعضهما بعضاً غير منفصلين،

ويشمل:

- التحليل الوظيفي الآني.
- التحليل الوظيفي التاريخي.

2-3-1-5- تدريب المريض على تمارين الوعي الكامل: في أثناء الجلسات وتكليفه بها كواجب منزلي،

وهذه التمارين هي (الانتباه للحظة الحالية- التنفس الواعي- مسح الجسد- حبة الزبيب).

2-3-1-6- معالجة الأفكار اللامنطقية من خلال تقنيات العلاج المعرفي وتدريب المريض عليها في أثناء الجلسات وتكليفه بها كواجب منزلي، وهذه التقنيات هي: (جدول بيك، مع /ضد)

2-3-1-7- تطبيق المقاييس المستخدمة للتقييم البعدي للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي.

2-3-2- طُبّق البرنامج العلاجي وفق ثلاث مراحل كما يأتي:

2-3-2-1- المرحلة الأولى:

عبارة عن أربع جلسات تناولت فيها التطبيق القبلي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل)، والتثقيف النفسي.

2-3-2-2- المرحلة الثانية: (المرحلة المتوسطة):

عبارة عن سبع جلسات تناولت خلالها التحليل الوظيفي للمريض، تدريب المريض على تقنية الاسترخاء، التدريب على تقنيات الوعي الكامل (الانتباه للحظة الحالية_ التنفس الواعي_ مسح الجسد_ حبة الزبيب)، استخدام تقنيات المعرفية (جدول بيك_ مع/ضد) لاستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية.

2-3-2-3- المرحلة الثالثة: (المرحلة النهائية):

عبارة عن مرحلة الإنهاء، تناولت فيها التطبيق البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل) للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي المطبق على المرضى.

جدول (13) سير الجلسات العلاجية

الجلسة	مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الهدف من الجلسة	الواجبات المكلف بها
الأولى والثانية	60 دقيقة	طريقة 4R	- بناء علاقة مهنية مع المريض - لبناء الثقة بين المريض والمعالج - تطبيق القياس القبلي باستخدام مقاييس (بيك- الصحة النفسية المعدل) على المريض	-----
الثالثة والرابعة	60 دقيقة	تقنية الاسترخاء	- التنقيف النفسي (تعريف المريض بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية) - شرح عن المرض وأعراضه	التدريب على تقنية الاسترخاء من خلال ممارستها مرتين يومياً
الخامسة والسادسة	60 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - نموذج كوترو	- التحليل الوظيفي للحالة بشقيه التاريخي والآني - استخراج الأفكار اللامنطقية	تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض
		- تقنية الاسترخاء - تمارين الوعي الكامل	- تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية (هنا)	ممارسة تمارين الوعي الكامل التي تم التدريب عليها خلال

السابعة	60 دقيقة	(الانتباه للحظة الحالية - التنفس الواعي)	والآن) - شرح للمريض كيفية مواجهة التوتر والغضب والقلق من خلال تمرين التنفس الواعي وتدريبه عليها	الجلسة مرتين يومياً وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها ذهن في أثناء تطبيق التمارين
الثامنة	60 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - تمرين الوعي الكامل (مسح الجسد)	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	ممارسة تمرين الوعي الكامل مسح الجسد مرتين يومياً
التاسعة	60 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - تمرين الوعي الكامل (حبة الزبيب)	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار الحكم أو النقد	تركيز المريض على شيء ما دون إصدار الأحكام وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها ذهن في أثناء تطبيق التمرين
العاشر	60 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - تقنية جدول بيك	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية	استخدام تقنية جدول بيك عندما تخطر على ذهن المريض الأفكار اللامنطقية وتسجيلها
الحادية عشر	60 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - تقنية (مع/ضد)	استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية	استخدام تقنية (مع/ضد) عندما تخطر على ذهن المريض الأفكار اللامنطقية وتسجيلها
			التأكد من استفادة	

المرضى من البرنامج العلاجي عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب - الصحة النفسية المعدل) وإنهاء الجلسات	تقنية الاسترخاء	60 دقيقة	الثانية عشر
--	-----------------	----------	-------------

3- مجتمع البحث وعينته:

يتكون المجتمع الأصلي من المرضى المراجعين للعيادات النفسية في مشفى الموساة الجامعي بدمشق الذين تراوحت أعمارهم بين (17-55) عاماً، وقد بلغ عدد أفراد المجتمع الأصلي (70) مريضاً ومريضة طُبّق عليهم مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I). اختيرت عينة البحث من المرضى الذين استوفوا المعايير التشخيصية للاكتئاب وذلك بالتعاون مع الأطباء النفسيين الموجودين بالعيادة النفسية وسُحبت عينة البرنامج بطريقة مقصودة (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) بعد الحصول على النتائج الإحصائية من إجابات المرضى على مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)، وقد بلغ عدد أفراد عينة البرنامج (10) مرضى وزعت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى التجريبية وعددها (5) مرضى طُبّق عليهم البرنامج العلاجي بالإضافة إلى العلاج الدوائي، والمجموعة الثانية الضابطة وعددها (5) مرضى لم يُطبّق عليهم البرنامج العلاجي واكتفوا بأخذ أدوية مضادة للاكتئاب وصفها لهم الأطباء النفسيون الموجودون في العيادة النفسية، والجدول الآتي يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية

جدول(14) مواصفات عينة الدراسة الأساسية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

رقم الحالة	العمر	الجنس	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية
1	52	أنثى	التعليم الإعدادي	مطلقة
2	22	أنثى	طالبة جامعة سنة ثانية	عزباء
3	33	أنثى	معلمة في	متزوجة

	مدرسة ابتدائية				
أعزب	موظف في مشفى حكومي	ذكر	22	4	
أعزب	عامل في محل للخضار	ذكر	27	5	
متزوجة	موظفة بدائرة حكومية	أنثى	29	1	المجموعة الضابطة
أعزب	موظف بدائرة حكومية	ذكر	22	2	
عزباء	طالبة معهد سنة ثانية	أنثى	23	3	
أعزب	طالب جامعي سنة ثالثة	ذكر	21	4	
أعزب	طالب جامعي سنة خامسة	ذكر	25	5	

4- الأساليب الإحصائية:

تم التحقق من النتائج باستخدام أساليب المعالجة الإحصائية الآتية، وقد استخدمت مجموعة من القوانين:

- 1- اختبار مان ويتتي.
- 2- اختبار ويلكوكسون.
- 3- اختبار (ت) ستودنت.
- 4- مربع ايتا لحجم الأثر.
- 5- معامل بيرسون للارتباط.
- 6- معامل ألفا كرونباخ.
- 7- معامل التجزئة النصفية سبيرمان مان.

5- إجراءات البحث:

قامت الباحثة بعد ملاحظتها لتكرار أعداد المراجعين للعيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي بمدينة دمشق بإجراء دراسة استطلاعية حول رأي المرضى في الخضوع لجلسات العلاج النفسي بجانب العلاج الدوائي، بعدها

صممت برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل بهدف تطبيقه على عينة البحث (مرضى الاكتئاب)، واختيرت المقاييس المناسبة للبحث وتم التحقق من صدق كل المقاييس وثباتها، وبعدها سُحِبَت عينة البحث من المرضى الذين أتوا للعيادة النفسية في العيادات الخارجية لمشفى المواساة الجامعي بطريقة مقصودة (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) بمساعدة الأطباء النفسيين الموجودين بالعيادة النفسية، قبل تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، وتم التحقق من تجانس المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، وكانت النتيجة إنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج، بعدها طُبِّق البرنامج العلاجي وفق ثلاث مراحل (المرحلة الأولى مرحلة التطبيق القبلي للمقاييس "بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل"، المرحلة الثانية مرحلة التدريب على تقنيات الوعي الكامل والتقنيات المعرفية وتقنية الاسترخاء، والمرحلة الثالثة مرحلة التطبيق البعدي للمقاييس "بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل" للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي المطبق)، بعدها تم التحقق من فرضيات البحث وفق الأساليب الإحصائية المناسبة، ونُوقِشت النتائج ووُضعت المقترحات والتوصيات.

الفصل الخامس:

1- عرض نتائج البحث:

1-1- سؤال البحث:

للإجابة عن سؤال البحث "ما مستوى الاكتئاب لدى عينة البحث؟" استناداً إلى مقياس بيك للاكتئاب المطبق على عينة البحث فإن درجات أفراد العينة هي وفق الجدول الآتي:

جدول (15) درجات أفراد عينة البحث على مقياس بيك للاكتئاب

أفراد العينة	درجات أفراد عينة البحث	مستوى الشدة
1	45	اكتئاب شديد جداً
2	36	اكتئاب شديد
3	49	اكتئاب شديد جداً
4	41	اكتئاب شديد جداً
5	35	اكتئاب شديد

يتبين من الجدول (15) وبحسب مفتاح تصحيح المقياس المطبق " بيك للاكتئاب" على أفراد عينة البحث أن مستوى درجة الاكتئاب يتراوح لدى عينة البحث بين اكتئاب شديد واكتئاب شديد جداً.

1-2- فرضيات البحث:

الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية

على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج

مقياس الاكتئاب	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية	الضابطة	40	4.950
	التجريبية	41.20	5.933

يتضح من الجدول (16) بأن متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة قد بلغ في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (40)، في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (41.2)، وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج استُخدم اختبار مان وتي (Mann – Whitney) لعينتين مستقلتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (17) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة

على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج

مقياس الاكتئاب	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	الضابطة	5	5.20	26.00	11.000	0.313	0.754	غير دال إحصائياً
	التجريبية	5	5.80	29.00				

يتبين من خلال الجدول (17) أن قيمة (Z) قد بلغت على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (0.313) عند القيمة الاحتمالية (0.754)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05)، ومن ثم تقبل الفرضية الصفرية أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج، وهذا يدل على أن مجموعتي الدراسة متكافئتان في متغير الاكتئاب.

الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب.

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (18) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج

ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

مقياس الاكتئاب	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية	القبلي	41.20	5.933
	البعدي المباشر	9.40	1.140

يتضح من الجدول (18) بأن درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي المباشر أقل من درجاتهم في التطبيق القبلي، إذ بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي (41.2)، في حين بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي المباشر (9.4)، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر استخدم اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

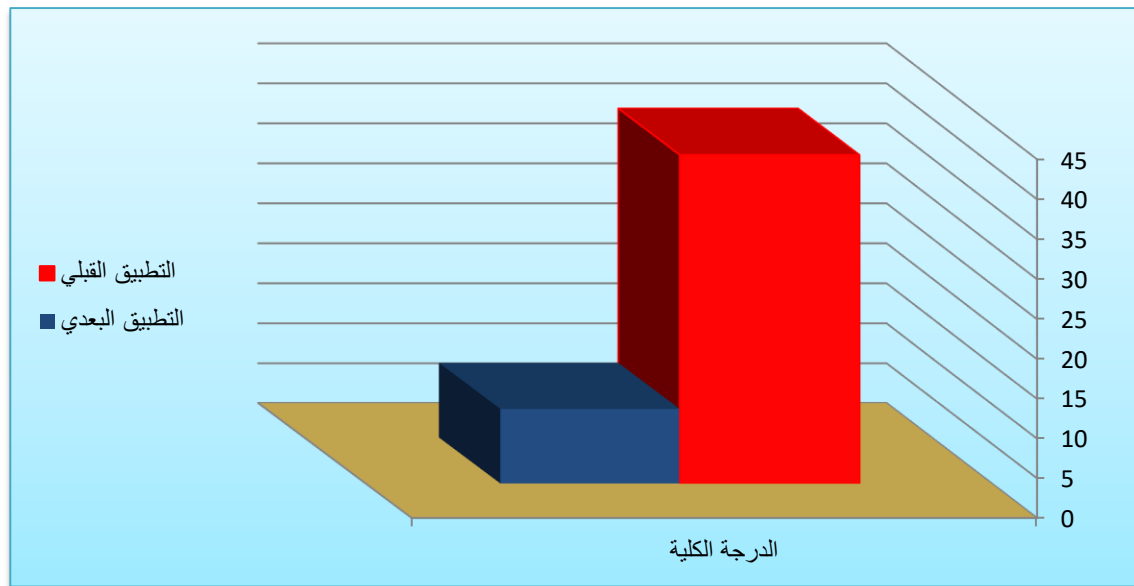
جدول (19) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية

في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الاكتئاب

مقياس الاكتئاب	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	دلالة حجم الأثر
الدرجة الكلية	السالبة	5	3.00	15.00	2.032	0.042	دال	0.643	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

يتبين من خلال الجدول (19) أن قيمة (Z) قد بلغت (2.032) عند القيم الاحتمالية (0.042)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05)، ومن ثم ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة أي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي المباشر".

ومن أجل معرفة مقدار الكسب أو التعلم الحاصل لدى أفراد المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج حسب حجم الأثر وذلك وفق القانون الآتي: $Z/\sqrt{n}$ وقد بلغ بالنسبة للدرجة الكلية (0.643)، وبالعودة إلى الجدول (19) يلاحظ أنه حجم أثر مرتفع، وهذا يؤكد أن للبرنامج أثراً مرتفعاً في خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، والمخطط البياني الآتي يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الاكتئاب:



المخطط البياني (1) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية

في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الاكتئاب

الفرضية الثالثة:

تتص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج.

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية

على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج

مقياس الاكتئاب	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية	الضابطة	24.60	5.550
	التجريبية	9.40	1.140

يتضح من الجدول (20) بأن متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة قد بلغ في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (24.60)، في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (9.40)، وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية

لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج استخدم اختبار مان وتني (Mann – Whitney) لعينتين مستقلتين، كما يبين الجدول الآتي:

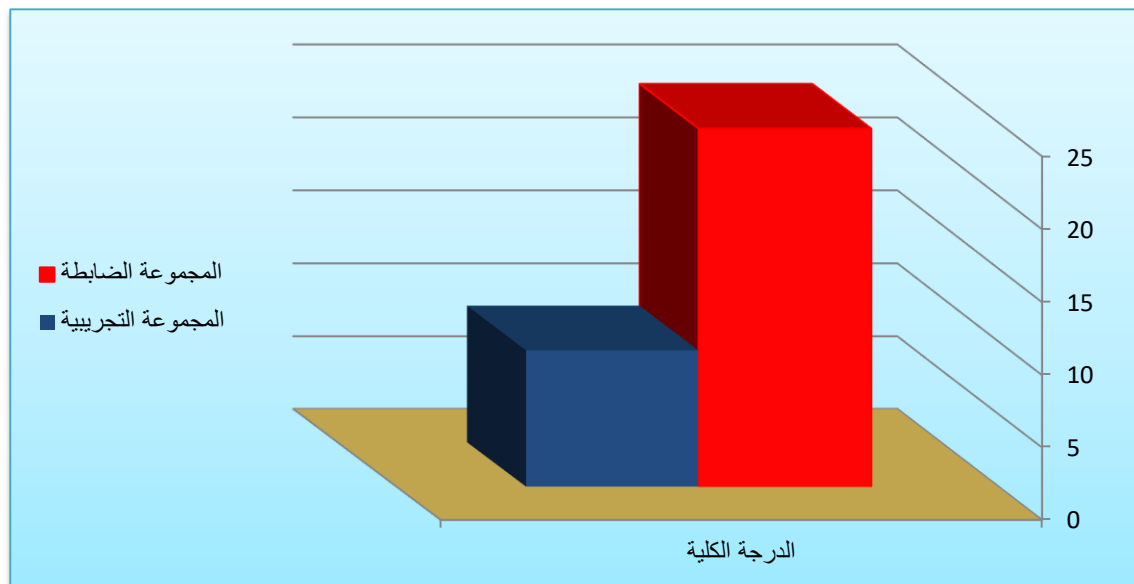
جدول (21) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة

في التطبيق البعدي على مقياس الاكتئاب

مقياس الاكتئاب	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	الضابطة	5	8.00	40.00	0.000	2.619	0.009	دال إحصائياً
	التجريبية	5	3.00	15.00				

يتبين من خلال الجدول (21) أن قيمة (Z) قد بلغت على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (2.619) عند القيمة الاحتمالية (0.009)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05)، ومن ثم ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، وهي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

والمخطط البياني الآتي يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة الضابطة والمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج:



المخطط البياني (2) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة الضابطة والمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج

2- تفسير نتائج البحث:

إنّ نتائج الدراسة الحالية ومن خلال التحقق من فرضيات الدراسة توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي وملاحظة الفرق قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه على هذه المجموعة لصالح التطبيق البعدي المباشر بالنسبة لمقياس (الاكتئاب)، بالإضافة إلى ملاحظة الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس (الاكتئاب)، وقد فسرت هذه النتائج بأن المرضى الذين اعتادوا التفكير بطريقة سلبية وتشاؤمية عند التعرض لأي حدث في حياتهم تتفاقم لديهم حالة الاكتئاب، وعند محاولتهم قمع هذه الأفكار السلبية يصبحون أكثر احتمالاً لتذكر الذكريات والأحداث السلبية والدخول في حالة مزاج منخفض يؤدي إلى زيادة أعراض الاكتئاب لديهم فيكونون مشغولين بشكل دائم إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالحاضر. وبعد خضوع هؤلاء المرضى لبرنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل وتدريبهم من خلال الجلسات العلاجية على تمارين الوعي الكامل ساعدتهم ذلك على تقبل وضعهم الراهن حتى وأن كانوا يتعرضون للضغط الانفعالي والألم النفسي فالتدريب على تقنية التركيز على اللحظة الحالية يساعد المريض على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره في الوقت الحالي، والتدريب على تقنية التنفس الواعي يساعد المريض على مواجهة التوتر والقلق والغضب وتهدة النفس في اللحظات المرهقة، وأيضاً التدريب على تقنية مسح الجسد يوفر فرصة لإعادة الاتصال بالأحاسيس الجسدية وتحسين النوم وتخفيف حدة الألم فعندما يوجه الفرد انتباهه بصورة مباشرة إلى أحاسيس الألم ومتابعة اتجاه الألم من دون نقد فإن ذلك يخفف من حدة الألم، وأيضاً التدريب على تقنية حبة الزبيب يساعد المريض على استكشاف ماهية الأشياء التي أمامه واكتشاف كل جزء فيه (شكله، لونه، طعمه....) وبالتالي الاستمتاع بها أكثر، ومن خلال تقنيات جدول بيك، وتقنية مع/ضد تعلموا طريقة معالجة الأفكار اللامنطقية واستبدالها بأفكار منطقية، فتقنية جدول بيك تساعد المرضى على رؤية كيف أفكارنا هي السبب وراء مشاعرنا السلبية فعندما يطلب من المريض ذكر الموقف المزعج مع الأفكار اللامنطقية التي تراوده حينها وذكر المشاعر السلبية المرافقة لهذه الأفكار وتحديد نسبتها وبعدها يطلب إليه ذكر أفكار منطقية تدحض الأفكار اللامنطقية السابقة وذكر المشاعر السلبية المرافقة لهذه الأفكار مع تحديد نسبتها وفي النهاية يطلب إليه مقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة ومن خلال هذه المقارنة يرى المريض أن الأفكار اللامنطقية هي العامل الرئيسي لظهور المشاعر السلبية، وتقنية مع/ضد تعمل أيضاً على تعليم المريض استبدال الفكرة اللامنطقية بفكرة أكثر منطقية من خلال طلب من المريض ذكر أفكار تدعم الأفكار اللامنطقية وذكر أفكار تدحض الأفكار اللامنطقية، وبالتالي العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل يعلم المرضى أن يصبحوا أكثر وعياً بتجربتهم ويزداد تركيزهم على اللحظة الحالية ويتعلموا أن يفكروا بطريقة منطقية

بدلاً من طريقة التفكير النمطي الأتوماتيكي الذي اعتادوا عليه وهذا يساعد على تغيير علاقتهم بالأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية ليكون لديهم فرصة لاكتشاف أن هذه الأحداث عابرة في العقل وهذا مايساعد مرضى الاكتئاب على كسر العلاقة بين المزاج المنخفض وتفكير السلبي ويطور لديهم القدرة على السماح للمشاعر والأفكار والأحاسيس الجسدية بتركها تمر دون الحاجة بقمعها أو الهروب منها أو محاربتها ، بالإضافة إلى أنهم كانوا متعاونين وملتزمين بالجلسات ولم يتغيّبوا عنها وأيضاً" التزموا بتطبيق التدريبات و الوظائف المكلفة لهم من تسجيل الأفكار اللامنطقية واستخدام تقنية التركيز (هنا والآن) بدلاً من غرق في الماضي أو التفكير في المستقبل وأيضاً" استخدام تقنية جدول بيك وتقنية مع/ضد لاستبدال أفكارهم اللامنطقية بأفكار أكثر منطقية وتسجيل ذلك على دفتر الملاحظات و متابعة الباحثة لهم خلال الجلسات من خلال سؤالهم عن الوظائف والاطلاع على دفتر الملاحظات لديهم ومناقشة كل ذلك من خلال الرد على تساؤلاتهم واستفساراتهم، وكان للعلاج الدوائي إلى جانب العلاج النفسي دور أكبر في خفض أعراض الاكتئاب لدى المرضى مقارنة بالمرضى الذين اكتفوا بأخذ العلاج الدوائي فقط.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من ثورستن بارنهوفر وآخرين 2009، ودراسة سارة بيلفورد وآخرين 2008، ودراسة كيفين مالون وآخرين 2007، ودراسة يعقوب بيت وآخرين 2011، ودراسة آندي فينوكين وآخرين 2006، ودراسة اوكنر وبيت وهاكرد 2013 من حيث نتيجة الدراسة حول فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة فتحي الضبع وأحمد علي طلب 2013 في فاعلية مكونات الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب.

الخاتمة:

الوعي الكامل هو الانفتاح على التجارب كما هي والتركيز على اللحظة الحالية دون إصدار أحكام وقبول الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية. وقد استخدم الوعي الكامل في برنامج العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT) الذي طوره كل من جون تيسيديل وزيندل سيغال ومارك وليام، وصُمم لمنع الانتكاس الاكتئابي لدى المرضى الذين عانوا سابقاً من أعراض الاكتئاب، وللوقاية من الإصابة باضطراب الاكتئاب، إذ يفيد هذا البرنامج في مراقبة الأفكار والمشاعر بطريقة عدم إصدار الأحكام، ورؤية هذه الأفكار على أنها أحداث عابرة في العقل وليست حقيقية، بالإضافة إلى أنه يساعد المرضى على التركيز على اللحظة الحالية والاستمتاع بملذات الحياة اليومية وزيادة الوعي بالأحاسيس الجسدية والمشاعر وتقبلها دون الشعور بالحاجة إلى قمعها أو محاربتها. وجاءت هذه الدراسة لتؤكد هذا الكلام، فقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى تأكيد فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى مرضى العينة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج العلاجي، وملاحظة الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس (بيك الاكتئاب) بعد تطبيق البرنامج العلاجي والتي كانت لصالح المجموعة التجريبية.

التوصيات والمقترحات:

- ١- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث التي تستهدف تقصي أثر العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل في علاج أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية.
- ٢- تنظيم ندوات تعريفية للمهتمين بالمجال النفسي حول العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل وشرح مفهومه وتقنياته ودوره المهم في الحياة.
- ٣- إجراء دورات تدريبية للمهتمين بمجال العلاج النفسي لتعليمهم تقنيات الوعي الكامل وكيفية ممارستها لاستخدامها في علاج مرضاهم.
- ٤- إقامة مؤتمرات علمية بصورة دائمة للتعرف إلى الطرق الحديثة في العلاج النفسي.

المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1- أحمد، رآفات أحمد. (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة. مجلة العلوم النفسية والتربوية. مج:5، عدد:2. ص- ص: 254- 267.
- 2- أحمد، عبد الباقي دفع الله. (2017). مبادئ مناهج البحث العلمي. جامعة الخرطوم.
- 3- برزوان، حسيبة. (2012). دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مج:8، ص- ص: 1- 13.
- 4- بوقري، مي كامل محمد. (2009). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة. جامعة أم القرى.
- 5- بيك، آرون. (2001). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ط:1. دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- 6- بيك، آرون. (2007). العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. ترجمة: طلعت مطر. المركز القومي للترجمة.
- 7- حسكي، محمد ياسر، والشرياصي، كارمن. (د.ت). الوعي الكلي: كيف تحيا حياة رغيدة عن طريق الانتباه. دار الخيال.
- 8- الحسين، أسماء عبد العزيز. (2002). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط:1. دار عالم الكتب.
- 9- الحسيني، أحمد. (1994). الاكتئاب والجنس. مكتبة ابن سينا.
- 10- الحمادي، أنور. (2014). معايير DSM-5. الدار العربية للعلوم.
- 11- خاطر، عبدالله. (1999). الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة. ط:1. المنتدى الإسلامي للنشر والترجمة.
- 12- الخطيب، محمد جواد. (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. ط:2. مطبعة مقداد.
- 13- زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط:4. عالم الكتب.
- 14- زهية، حمزاوي. (2018). فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا. دراسات نفسية وتربوية. مج:11، عدد:2. ص-ص: 195-211.

- 15- سعود، أسماء محمود.(2015). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية. الجامعة الإسلامية.
- 16- الشرييني، لطفي. (2001). الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج . ط:1. دار النهضة العربية.
- 17- الضبع، فتحي عبد الرحمن، وطلب، أحمد علي.(2013). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي. مج:34، ص-ص:1-75.
- 18- عبد اللطيف، إبراهيم. (1997). الاكتئاب النفسي دراسة الفروق بين الحضارتين وبين النوعين الاجتماعيين. دراسات نفسية. مج:11، عدد:7. ص-ص: 73-85.
- 19- عبد الغفار، غادة محمد.(2007). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية. مج:17، عدد:3. ص-ص: 643-688.
- 20- عكاشة، أحمد. (2003). الطب النفسي المعاصر. ط:2. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 21- العيسوي، عبد الرحمن. (2000). العلاج السلوكي . ط:1. دار المعرفة الجامعية.
- 22- غانم، محمد حسن. (2002). مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب. مجلة دراسات عربية في علم النفس. مج:4، عدد:1. ص-ص: 65-119.
- 23- الفرماوي، حمدي علي، وحسن، وليد خوان. (2007). الميتا انفعالية لدى العاديين وذوي الإعاقة الذهنية. ط:1. دار الصفاء.
- 24- لرينونة، محمد يزيد.(2015). أسس علم النفس. الجسور للنشر والتوزيع.
- 25- معالي، إبراهيم باجس.(2011). فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك Beck في خفض الاكتئاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية. مجلة كلية التربية وعلم النفس. مج:3، عدد:35. ص-ص: 457-492.
- 26- نصر الدين، بودحوش.(2015). أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم . جامعة وهران.
- 27- وهبي، نور. (2020). العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل لدى عينة من مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. دمشق. جامعة دمشق.

- 1-Aalderen, Joël van.(2016). **Mindfulness-Based Cognitive Therapy for recurrent depression Do we need to exclude currently depressed patients?**. The Netherlands: BOXPress.
- 2-Andy, F., & Stewart ,W. (2006). **An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness –based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care.**
- 3-Bahls, Saint-Clair.(2002). **Depression in childhood and adolescence: clinical feature**. Sociedade Brasileira de Pediatria.
- 4-Beck ,P., & Langer ,E.(1979). Environmental determinants of memory improvement in late adulthood. **Journal of personality and social. Psychology**.vol:37. Pp: 2003-2013.
- 5- Brown, K.,& Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-bing. **Journal personality and social psychology**. Vol:84. Pp: 822-848.
- 6-Brown, K.,& Ryan, R. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. **Psychological inquiry**. Vol:18. Pp: 211-237.
- 7-Brown ,L., Forman ,E., Herbert ,J., Hoffman ,K., Yuen, E., & Goetter, E.(2011). A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: a pilot study. **Behaviior Modification**.vol:35. Pp: 31-53.
- 8-Brown ,p .(2011). **Teaching mindfulness to individuals with schizophrenia**. Unpublished Doctor Dissertation The University of Montana.
- 9-Cardaciotto, K., Herbert, T., Forman, E., Moitra, E.,& Farrow, V.(2008). the assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia mindfulness scale. **Assessment**. Vol:15. Pp: 204-223.
- 10-Cottraux, J., & Blackburn, M.(1995). **Thérapie cognitive des troubles de la personnalité Collection illiams et psychothérapie**. Paris.
- 11-Crane, Rebecca.(2009). **Mindfulness-Based Cognitive Therapy**. New York. Routledge.
- 12-Cungi, C. (2006). **L'alliance thérapeutique**. RETZ. Paris.

- 13-Deurr, M.(2008).**The use of meditation and mindfulness practice to support military care providers: a prospectus.** Report prepared to center for contemplative mind in society Northampto.
- 14-Davis, D., & Hayes , J. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychologie related research. **Psychotherapy.** Vol:48. Pp:198-208.
- 15-Fielden ,K .(2005). **Mindful Knowing. Annual meeting of the international society for the system science.**
- 16-Phillips, M., Andrew, K.,& Macleod, H. (2004). Retrospective andprospective congictions in Adolescents: Anxiety depression and positive negative affect. **Journal of dolescence.**vol:27. Pp: 691-701.
- 17-FRESCO, D., FLYNN, J., MENNIN, D.,& HAIGH, E.(2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. **Journal of Clinical Medicine.** Vol:58. Pp: 57-77.
- 18-Green, David.(2014). **Meditation and MindfulnessThe Secrets toRaising Your Awareness, Spirituality and Inner Peace through Mindfulness Meditation.** Make Profits Easy LLC.
- 19-Hassed, C. (2016). Mindful learning; why attention matters in education. **International Journal of School Educational Psychology.** Vol:4. Pp:52-60.
- 20- Jacob ,P.,& Esben ,H.(2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder. **Systematic review and meta-analysis.** Vol:31. Pp: 1032–1040.
- 21-Jennings ,S.,& Jennings, J.(2013). Peer directed, brief mindfulness training with adolescents: A pilot study. **International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.** Vol:8. Pp: 23-25.
- 22-kabat- Zinn, J., Williams, M., Teasdale, J., & Segal, z.(2007). **The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness. Guilford Press.** New York.
- 23-Kaba- Zinn, J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. **American Journal of psychiatry.** Vol:149. Pp: 936- 943.
- 24-kabat-zinn , j.(2001). **Mindfulness Meditation for everyday life.** Books London.
- 25-Kabat- Zinn, J. (2002). An outpatient program in behavior medicine pain patients based on mindfulness mediation. **General hospital psychology.** Vol:4. Pp: 224-225.

- 26-kabat-zinn ,j .(2011). **Mindfulness in plain English**. Wisdom Publications Boston.
- 27-Kevin, M., Tara, K., Barbara, D., Anthony, B.,& Elizabeth, L.(2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. **The British Psychological Society**. Vol:80. Pp: 193–203.
- 28-Kettler, K .(2013). **Mindfulness and cardiovascular risk in college student**. Retrieved January.
- 29-Lau, M.A .(2006). The Toronto mindfulness Scale Development and validation **Journal of Clinical psychology**. Vol:62. PP: 1445-1467.
- 30-Langer, E .(1989). **Mindfulness** . New York . Addison Wesley Publishing.
- 31-Langer, E .(1992). Matters of mind: Mindfulness / Mindlessness in perspective. **Consciousness and Cognition**. Vol:1. Pp: 289-305.
- 32-Langer, E .(2000). Mindful learning **.current directions in psychological science**. Vol:9. Pp: 220-223.
- 33-Langer, E. (2002). **Well –Bing : Mindfulness Positive Evaluation** .In C.R.
- 34-Langer ,E., & Moldoveanu ,M.(2006). The construct of mindfulness, **Journal of social issues**. Vol:56. Pp: 1-9.
- 35-Neale ,M.(2006). **Mindfulness meditation: an integration of perspective from Buddhism, science and clinical psychology**. Dissertation. Institute of Integral Studies San Francisco.
- 36-Park, T., Reilly,S., & Gross, C. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome. (PRO)Qualifiers. **Science in practice**. Vol:11. Pp: 231-240.
- 37-Piet ,J. , O'Connor ,M., & Hougaard, E.(2013). **The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: a Controlled Pilot Study**. Copyright Springer Science Buisness Media New York.
- 38-Sarah ,B., Willem, K., Rod, T., Barbara, B., Alison, E., Emily, H., Kat, W., Richard ,B., Eugene ,M., & John D. T.(2008). Mindfulness- Based Cognitive Therapy to Preve nt Relapse in Recurrent Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol:76. Pp: 966–978.
- 39-Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J.(2013). **Mindfulness- Based Cognitive Therapy Therapy for Depression**. New York: Guilford Publications.

- 40-Susan, E., Stephen, F., Marianne, F., Charles, S., Colette ,S., & Dean, H.(2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. **Journal of Anxiety Disorders**. Vol:22. Pp: 716–721.
- 41-Thorsten, B., Catherine, C., Emily ,H., Myanthi, A., Rosie, W.,& Mark, W.(2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. **Behaviour Research and Therapy**. Vol:47. Pp: 366–373.
- 42-Thompson, R.w.(2011). **Mindfulness and acceptance as Predictors of response to trauma memory activation**. The Catholic University of America.
- 43-Walsh ,C.(2005).**The Practical application of mindfulness in individual cognitive therapy**, Paper presented to the 28th national conference for the Australian association for cognitive and behavior therapy (AACBT).
- 44-Weissbecker, I., Salman, P., Studts, J., ,Floyd ,A., Dedert , E Sophton, S.(2002). **Mindfulness- based stress reduction and sense of coherence among eomen with fibromyalgia in Medical Settings**.
- 45-Williams, J. M., & Kuyken, W.(2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. **The British Journal of Psychiatry**. Vol:200. Pp: 359–360.
- 46-Williams, m., & penman, d.(2002). **Mindfulness an eight-week plan for finding peace in a frantic world**.foreword by jon kabat_zinn.
- 47-williams, m., & kabat- zinn, J.(2013). **Mindfulness diverse perspectives on its meaning origins and applications first published by routledge**.

الملاحق

الملحق (1)

مقياس الصحة النفسية المعدل R - SCL - 90

الاسم:

تاريخ الميلاد: / /

المستوى التعليمي:

تاريخ اليوم: / /

المهنة: طالب موظف

التشخيص:

.....

.....

.

.....

....

الرجاء التكرم بالإجابة وذلك بوضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي، إذ يوجد أمامك عدد من المشكلات التي قد تعاني منها، يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك، فإذا كنت لا تعاني أبداً عليك اختيار رمز صفر وهكذا.

1	الصداع المستمر	0	1	2	3	4
2	النرفزة والارتعاش	0	1	2	3	4
3	حدوث أفكار سيئة	0	1	2	3	4
4	الدوخة مع الاصفرار	0	1	2	3	4
5	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي	0	1	2	3	4
6	الرغبة في انتقاد الآخرين	0	1	2	3	4
7	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكاره	0	1	2	3	4
8	أعتقد بأن الآخرين مسؤولون عن مشاكلي	0	1	2	3	4
9	الصعوبة في تذكر الأشياء	0	1	2	3	4
10	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة	0	1	2	3	4

4	3	2	1	0	يسهل استشارتي بسهولة	11
4	3	2	1	0	الألم في الصدر والقلب	12
4	3	2	1	0	الخوف من الأماكن العامة والشوارع	13
4	3	2	1	0	الشعور بالبطء وفقدان الطاقة	14
4	3	2	1	0	تراودني أفكار للتخلص من الحياة	15
4	3	2	1	0	أسمع أصواتاً لا يسمعها الآخرون	16
4	3	2	1	0	أشعر بالارتجاف	17
4	3	2	1	0	عدم الثقة بالآخرين	18
4	3	2	1	0	فقدان الشهية	19
4	3	2	1	0	البكاء بسهولة	20
4	3	2	1	0	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين	21
4	3	2	1	0	أشعر بأني مقبوض أو ممسوك أو مكبل	22
4	3	2	1	0	الخوف فجأة ومن دون سبب محدد	23
4	3	2	1	0	عدم المقدرة على التحكم في الغضب	24
4	3	2	1	0	أخاف أن أخرج من البيت	25
4	3	2	1	0	نقد الذات لعمل بعض الأشياء	26
4	3	2	1	0	الألم في أسفل الظهر	27
4	3	2	1	0	أشعر بأن الأمور لا تسير على ما يرام	28
4	3	2	1	0	أشعر بالوحدة	29
4	3	2	1	0	أشعر بالحزن، الاكتئاب	30
4	3	2	1	0	الانزعاج على الأشياء بشكل كبير	31
4	3	2	1	0	فقدان الأهمية بالأشياء	32
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف	33
4	3	2	1	0	أشعر بأنه يسهل إيدائي	34

4	3	2	1	0	اطلاع الآخرين على أفكارى الخاصة بسهولة	35
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونى	36
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين غير ودودين	37
4	3	2	1	0	أعمل الأشياء ببطء شديد	38
4	3	2	1	0	زيادة ضربات القلب	39
4	3	2	1	0	ينتابنى غثيان واضطرابات فى المعدة	40
4	3	2	1	0	مقارنة بالآخرين أشعر بأنى أقل قيمة منهم	41
4	3	2	1	0	عضلاتى تتشنج	42
4	3	2	1	0	أشعر بأنى مراقب من قبل الآخرين	43
4	3	2	1	0	صعوبة النوم	44
4	3	2	1	0	أفحص ما أقوم به مرات عدة	45
4	3	2	1	0	أجد صعوبة فى اتخاذ القرارات	46
4	3	2	1	0	الخوف من السفر	47
4	3	2	1	0	صعوبة التنفس	48
4	3	2	1	0	السخونة والبرودة فى جسمى	49
4	3	2	1	0	أتجنب أشياء معينة	50
4	3	2	1	0	الشعور بعدم القدرة على التفكير	51
4	3	2	1	0	الخدر والنمنمة فى الجسم	52
4	3	2	1	0	الشعور بانغلاق الحلق وعدم المقدرة على البلع	53
4	3	2	1	0	فقدان الأمل فى المستقبل	54
4	3	2	1	0	صعوبة التركيز	55
4	3	2	1	0	ضعف عام فى أعضاء جسمى	56
4	3	2	1	0	أشعر بالتوتر	57

4	3	2	1	0	الشعور بالثقل باليدين والرجلين	58
4	3	2	1	0	الخوف من الموت	59
4	3	2	1	0	الإفراط في النوم	60
4	3	2	1	0	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي	61
4	3	2	1	0	توجد عندي أفكار غريبة	62
4	3	2	1	0	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين	63
4	3	2	1	0	استيقظ من النوم مبكراً	64
4	3	2	1	0	إعادة الأشياء نفسها مرات عدّة	65
4	3	2	1	0	أعاني من النوم المتقطع والمزعج	66
4	3	2	1	0	الرغبة في تكسير الأشياء وتحطيمها	67
4	3	2	1	0	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين	68
4	3	2	1	0	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين	69
4	3	2	1	0	الخوف من الوجود في التجمعات البشرية	70
4	3	2	1	0	كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير	71
4	3	2	1	0	أشعر بحالات من الخوف والتعب	72
4	3	2	1	0	أشعر من الخوف من الوجود في الأماكن العامة	73
4	3	2	1	0	كثرة الدخول في الجدل والنقاش الحاد	74
4	3	2	1	0	أشعر بالنرفزة عندما أكون وحيداً	75
4	3	2	1	0	الآخرون لا يقدرّون أعمالي	76
4	3	2	1	0	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس	77
4	3	2	1	0	الشعور بالضيق وكثرة الحركة	78
4	3	2	1	0	أشعر بأنني غير مهم	79
4	3	2	1	0	أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي	80
4	3	2	1	0	الصراخ ورمي الأشياء	81
4	3	2	1	0	أخاف من أن أفقد الوعي أمام الآخرين	82

4	3	2	1	0	أشعر بأن الآخرين سيستغلونى	83
4	3	2	1	0	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية	84
4	3	2	1	0	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي	85
4	3	2	1	0	توجد عندي تخیلات وأفكار غريبة	86
4	3	2	1	0	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي	87
4	3	2	1	0	أشعر بأنني غير قريب وبعيد من الآخرين	88
4	3	2	1	0	الشعور بالذنب	89
4	3	2	1	0	عندي مشكلة في عقلي " نفسي "	90

الملحق (2)

مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I)

الاسم:

تاريخ الميلاد: / /

المستوى التعليمي:

تاريخ اليوم: / /

المهنة: طالب موظف

التشخيص:

.....

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدة، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعاً معيناً. اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3). تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد أنك أجبت عن كل مجموعة.

أولاً:

- 0- لا أشعر بحزن.
- 1- أشعر بحزن.
- 2- أشعر بحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- 3- إنني حزين لدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً:

- 0- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- 1- أشعر بتشائم بالنسبة للمستقبل.
- 2- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- 3- أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً:

- 0- لا أشعر أنني فاشل.

- 1- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- 2- عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- 3- أشعر بأني شخص فاشل تماماً.

رابعاً:

- 0- أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- 1- لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودته.
- 2- لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة.
- 3- لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً:

- 0- لا أشعر بالذنب.
- 1- أشعر بأني قد أكون مذنباً.
- 2- أشعر شعوراً عميقاً بالذنب في أغلب الأوقات.
- 3- أشعر بالذنب بصفة دائمة.

سادساً:

- 0- لا أشعر أنني ألتقى عقاباً.
- 1- أشعر بأني قد أتعرض للعقاب.
- 2- أتوقع أن أعاقب.
- 3- أشعر بأني ألتقى عقاباً.

سابعاً:

- 0- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- 1- أنا غير راضٍ عن نفسي.
- 2- أنا ممتعض من نفسي.
- 3- أكره نفسي.

ثامناً:

- 0- لا أشعر بأني أسوأ من الآخرين.
- 1- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- 2- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- 3- ألوم نفسي على كل شيء سيء حدث.

تاسعاً:

- 0- أشعر بضيق من الحياة.
- 1- ليس لي رغبة في الحياة.
- 2- أصبحت أكره الحياة.
- 3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً:

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- 2- أبكي طوال الوقت.
- 3- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى، ولكني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

حادي عشر:

- 0- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- 1- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- 3- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

ثاني عشر:

- 0- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- 1- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- 2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

ثالث عشر:

- 0- أتخذ قرارات على المستوى نفسه الذي اعتدته تقريباً.
- 1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- 2- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- 3- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

رابع عشر:

- 0- لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.

- 1- يقلقني أنني أبدو أكبر سنًا وأقل حيوية.
- 2- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- 3- أعتقد أنني أبدو قميئاً.

خامس عشر:

- 0- أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- 1- أحتاج إلى جهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- 2- إنَّ علي أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- 3- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

سادس عشر:

- 0- أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- 1- لا أنام كالمعتاد.
- 2- أستيقظ قبل مواعي بساعة أو بساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- 3- أستيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

سابع عشر:

- 0- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
- 1- أتعب بسرعة عن المعتاد.
- 2- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- 3- إنني متعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

ثامن عشر:

- 0- إنَّ شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- 1- إنَّ شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- 2- إنَّ شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- 3- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

تاسع عشر:

- 0- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.
- 1- فقدت أكثر من كيلو جرامين من وزني.
- 2- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- 3- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

عشرون:

- 0- لست منشغلاً عن صحتي أكثر من ذي قبل.
- 1- إني مشغول ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- إني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.
- 3- إني مشغول جداً حول مشكلاتي البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في شيء آخر.

واحد وعشرون:

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي بالجنس.
- 1- إني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.
- 2- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.
- 3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس كثيراً.

الملحق (3)

استبانة احتياجات المرضى النفسيين للعلاج النفسي بجانب العلاج الدوائي

عزيزي المريض/ المريضة:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بهدف التعرف إلى أهمية وجود العلاج النفسي بجانب العلاج الدوائي في أثناء فترة العلاج، لذا يرجى منك الإجابة عن الأسئلة الآتية.
 علماً أن المعلومات ستبقى سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

لا	نعم	السؤال
		العلاج الدوائي يعد كافياً للشفاء من المرض
		العلاج النفسي مهم في أثناء فترة العلاج من المرض
		ترافق العلاج النفسي بجانب العلاج الدوائي في أثناء فترة العلاج من المرض
		هل تقبل الخضوع لجلسات العلاج النفسي

الملحق (4)

نموذج دراسة الحالة

التاريخ: 2020/ /

• البيانات الشخصية:

- الاسم: العمر:

- الجنس: ذكر () أنثى ()

- الحالة الاجتماعية: أعزب () متزوج () مطلق () أرمل ()

- عدد الأولاد: ذكور () إناث ()

- المستوى التعليمي:

المهنة:

- العنوان: رقم الهاتف:

معلومات عن مشكلة المريض:

1- المشكلة الحالية كما يعبر عنها المريض:

.....

.....

2- ماهي مدة استمرار هذه المشكلة؟

.....

3- كيف بدأت أعراض المشكلة (فجأة أم بشكل تدريجي)؟

.....

4- هل سبقت المشكلة حوادث معينة؟

.....

5- هل عولجت سابقاً من المشكلة نفسها؟

.....

2- إذا عولجت سابقاً ما هو نوع العلاج؟ وهل تحسنت بشكل كلي أو جزئي؟

.....

.....

7- هل تعاني من أمراض عضوية حالياً؟

.....

التاريخ النفسي المرضي السابق:

1- هل عانيت من أمراض نفسية سابقة؟ وماهي هذه الأعراض؟

.....

2- هل ذهبت إلى طبيب أو أخصائي؟

.....

التاريخ الطبي:

1- هل عانيت من أمراض عضوية؟ ومتى حدث ذلك؟

.....

2- هل تعرضت إلى إصابة أو حادثة ما؟

.....

التاريخ العائلي:

1- هل توجد حالة مشابهة بالأسرة:

.....

2- هل توجد أمراض نفسية أو عقلية في الأسرة؟

.....

3- هل توجد أمراض عضوية في الأسرة:

.....

1- التكوين الأسري:

الرقم	الاسم	صلة القرابة	العمر	الحالة الاجتماعية	المهنة	ملاحظات
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

5- عدد أخوة المريض الأشقاء وترتيبهم بينهم:

عدد الأخوة:..... عدد الأخوات:.....

ترتيب المريض بينهم:.....

6- عدد أخوة المريض غير الأشقاء:

عدد الأخوة:..... عدد الأخوات:.....

7- علاقة المريض بالآخرين:

الأب:.....

الأم:.....

الأخوة:.....

الأخوات:.....

الأقرباء:.....

الأصدقاء:.....

8- المناخ الأسري العام:

متربط أو مستقر (.....) متفكك (....) تعدد زوجات (....) طلاق (....)

الوضع الاقتصادي:

المريض: موظف (.....) غير موظف (.....)

الوضع الوظيفي: مازال على رأس العمل (....) إجازة (.....)

فحص الحالة العقلية:

1- المظهر والسلوك العام:

نظيف وأنيق نعم (.....) لا (.....)

ملابس: مناسبة (.....) غير مناسبة (.....)

بنية الجسم: بدين (.....) نحيل (.....)

النشاط النفسي-الحركي: بطيء (.....) متأخر (.....) مندفع (.....)

التواصل البصري: قوي (....) متوسط (.....) ضعيف (.....)

2- كلام المريض:

سريع (.....) بطيء (.....)

كلام قليل (.....) كلام كثير (.....) كلام منعدم (.....)

نبرة الصوت منخفضة (.....) نبرة الصوت مرتفعة (.....)

النطق واضح (....) النطق غير واضح (.....)

3- المزاج:

قلق(....) مكتئب(....) متقلب(....)

معتدل المزاج(.....) سعيد(.....)

4- وجدان:

- الزهو(.....)

- حيرة وارتابك(.....)

- تقلب أو تغير الحالة المزاجية(.....)

- متلبد(.....)

- مطابق للحالة المزاجية التي قررها المريض (....)

- غير مطابق للحالة المزاجية التي قررها المريض (....)

5- الأفكار:

- شكل الأفكار: مفهوم ومتربط(.....) غير مفهوم ومتربط(.....)

مميزة وتدل على فهم عميق(.....) فقدان الترابط(.....)

- مضمون الأفكار:

أفكار وسواسية(.....)

أفكار هذات - توهمات(.....)

أفكار انتحارية(.....)

أفكار إيذاء الذات(.....)

أفكار متعالية، غطوسة(.....)

أفكار اضطهاد(.....)

أفكار ذنب(.....)

أفكار غير واضحة(.....)

أفكار غريبة أو شاذة(.....)

6- الإدراك والوعي:

مضطرب(....) غير مضطرب(....)

هلوسات (سمعية-ذوقية- شمعية- لمسية- بصرية)

أوهام(.....)

7- الوعي بالزمان والمكان:

مضطرب (.....) غير مضطرب (.....)

8- الانتباه والتركيز:

سليم (.....) شرود- سرحان (.....) تشتت (.....)

9- الذاكرة:

مضطرب (....) غير مضطرب (....)

10- الاستبصار:

مستبصر (.....) غير مستبصر (....)

11- الاختبارات النفسية:

.....

.....

ملخص الحالة:

.....

.....

الملحق (5) عرض حالات الدراسة

- الحالة الأولى:

1- وصف الحالة:

سهى امرأة تبلغ من العمر 52/ سنة، مطلقة منذ خمس سنوات، لديها ابن فقط، ربة منزل، جاءت إلى العيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي بشكوى تمثلت في الأعراض (حزن شديد- بكاء مستمر- عدم الرغبة بالتواصل مع الآخرين والأهل- الانعزال في المنزل وعدم الرغبة في الخروج من المنزل- عدم الرغبة في النشاطات المعتادة- الشعور بالذنب بصفة دائمة- لوم النفس بأنها كانت السبب الذي أدى إلى طلاقها من زوجها- الحزن لابتعادها عن ابنها وعدم تمكنها من رؤيته بشكل دائم- صعوبة النوم)، قام الأطباء في العيادة النفسية بتشخيص الأعراض لديها باضطراب الاكتئاب، ومن ثم قاموا بتحويلها إلى عيادة العلاج النفسي.

2- سير الجلسات العلاجية:

جدول (22) سير الجلسات العلاجية للحالة الأولى

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	تاريخ الجلسة	الواجب المنزلي
1	كسر الجليد	بناء علاقة بين المعالج والمريض لبناء الثقة بينهما	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/10/6	-
2	القياس القبلي	تطبيق القياس القبلي على المريضة باستخدام مقاييس (بيك للاكتئاب- الصحة النفسية المعدل)	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/10/8	-
3	تنقيف نفسي	تعريف المريض بمرضه (الاكتئاب) وشرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه وتعريفه	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/10/13	-

				أيضاً بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار أكثر منطقية		
4	تقنية الاسترخاء	تعريف المريض بتقنية الاسترخاء وآلية عملها في الجسم وتدريبه عليها	تقنية الاسترخاء	60 د	2019/10/15	ممارسة تقنية الاسترخاء صباحاً ومساءً يوميّاً وعند الشعور بالانزعاج والتوتر وتسجيل ذلك
5	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	شرح للمريض كيف أنّ الأفكار اللامنطقية هي السبب وراء السلوك غير المرغوب به والمشاعر المزعجة	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	60 د	2019/10/20	1-تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض 2-ممارسة تقنية الاسترخاء يوميّاً
6	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	استخراج الأفكار اللامنطقية وتسجيلها	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	60 د	2019/10/22	تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض

7	تمرين الوعي الكامل (الانتباه للحظة الحالية- التنفس الواعي)	1-تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية 2-تدريب المريض على التنفس الواعي	1-الانتباه للحظة الحالية 2-التنفس الواعي	60 د	2019/10/27	ممارسة تمارين الوعي الكامل التي تم التدريب عليها خلال الجلسة مرتين يومياً وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمارين
8	تمرين الوعي الكامل (مسح الجسد)	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	مسح الجسد	60 د	2019/10/29	ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين
9	تمرين الوعي الكامل) حبة (الزبيب)	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار	تقنية حبة الزبيب	60 د	2019/11/3	تركيز المريض على شيء ما يريده وتسجيل

الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين				أي أحكام أو نقد		
تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض واستخدام تقنية جدول بيك المدرب عليها وتسجيل الملاحظات	2019/11/5	60 د	تقنية جدول بيك	استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية من خلال تدريب المريض على تقنية جدول بيك	تقنية جدول بيك	10
تسجيل الأفكار اللامنطقية عندما تخطر على ذهن المريض واستخدام تقنية مع/ضد المدرب عليها وتسجيل	2019/11/10	60 د	تقنية مع/ضد	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية	تقنية مع/ضد	11

الملاحظات						
-	2019/11/12	60 د	تقنية الاسترخاء	التأكد من استعادة المريض من البرنامج العلاجي عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل) وإنهاء الجلسات	الإنهاء (التطبيق البعدي)	12

• الجلسة الأولى والثانية:

قامت الباحثة في هاتين الجلستين بعد الاطلاع على التقرير الطبي النفسي للحالة من قبل الأطباء باستقبال المريضة وأخذ المعلومات الضرورية متضمنة (الاسم- العمر- العنوان- العمل- الحالة الاجتماعية- الاستماع إلى قصة المريضة- الأعراض التي تشكو منها- المشاكل الصحية التي تعاني منها والأدوية التي تتناولها)، وكانت المريضة متعاونة مع الباحثة لأنها قادمة من تلقاء نفسها لتلقي العلاج.

قامت الباحثة باتباع تقنية الرءات الأربعة 4R في تأسيس العلاقة المهنية مع المريضة وبناء علاقة قائمة على التعاطف والثقة والتفهم، وتضمنت تقنية 4R الآتي:

1- العودة إلى السياق: مثال:

المريضة " أشعر بأن حياتي انتهت، أشعر بأنني فقدت كل شيء منذ ابتعدت عن ولدي، أشعر بأنه لا يوجد أمل".

الباحثة " أرى أنك تعيشين الآن تجربة قاسية"

2- إعادة صياغة جمل المريض:

أ- التكرار: مثال:

المريضة " أشعر بالحزن، حياتي لأمعنى لها، أشعر بالكآبة"

الباحثة " تشعرين بالحزن والكآبة وبأن الحياة ليس لها معنى"

ب- طرح الفرضيات: مثال:

المريضة " أنا السبب الذي دفع زوجي إلى رمي يمين الطلاق"

الباحثة "تريدين القول إنك لو تقاديت المشاكل وقمتِ بمسايرة أم زوجك لما كان الطلاق قد حدث؟"

3- التلخيص:

يتم التلخيص عادة في بداية الجلسة وعند الانتهاء من الجلسة.

4- التعزيز: مثال:

المريضة "بدأت بالاستيقاظ صباحاً والنوم باكراً"

الباحثة "بدأت بالاستيقاظ صباحاً والنوم باكراً إنه أمر جيد بالنسبة لي كمعالج لأنه يعني لي إنك بدأت بتغيير نمط الحياة التي كنتِ تعيشينها ولم تستسلمي".

وطُبِّقَت المقياس على المريضة، وطُبِّقَ مقياس بيك للاكتئاب من خلال إعطاء المريضة المقياس، وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول(23) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب التطبيقي القبلي للحالة الأولى

مقياس	التطبيق القبلي
بيك للاكتئاب	45

وبحسب مفتاح تصحيح المقياس تعني هذه الدرجة أنها تعاني من اكتئاب شديد جداً.

وأيضاً أُعْطِيت المريضة مقياس الصحة النفسية المعدل وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس باختيار رقم للتعبير عما تشعر به حول السؤال المطروح، وُشِّرح للمريضة كيفية اختيار الأرقام مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول(24) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيقي القبلي للحالة الأولى

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق القبلي
الأعراض الجسدية	35
الوسواس القهري	23
الحساسية التفاعلية	22
الاكتئاب	43

17	القلق
5	العداوة
8	قلق الخوف (الفوبيا)
11	البارانويا
8	الذهانية
19	عبارات إضافية (صحة نفسية عامة)
191	الدرجة الكلية للمقياس

• الجلسة الثانية والثالثة:

بدأت الباحثة الجلسة بتلخيص ما جرى في الجلسات السابقة، وقامت بالتنقيف النفسي للمريض حول مرضه وشرح أعراضه وطرق علاجه، وشرحت أيضاً العلاج المعرفي ووضّحت كيف أنّ طريقة تفكيرنا التي نفسر بها المواقف التي تحدث معنا هي السبب المولد للمشاكل النفسية، وكيف أنّ التفكير السلبي والتشاؤمي يؤدي إلى الاكتئاب ودور العلاج المعرفي في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وشرحت أيضاً للمريضة عن تقنية الاسترخاء ودورها الفعال في تخفيض القلق وتحقيق التوازن النفسي-العصبي وكيف أن التوترات النفسية الداخلية تؤدي إلى ظهور الأعراض الفيزيولوجية وأهمية الاسترخاء وأنواعه وخاصة التنفس العميق (التنفس الحجابي) الذي يعمل كأداة فعالة في الحماية من الضغط النفسي والتخفيف من التوتر والقلق وتخفيف الأعراض الفيزيولوجية، بالإضافة إلى شرح للمريضة عن طريقة التنفس الصحيحة والطريقة الخاطئة التي يتنفس بها معظم الناس التي قد تتسبب في نقص مستويات الطاقة لديهم وشعورهم بالقلق، ثم قامت بعد ذلك بتدريب المريضة على التنفس الحجابي، وطلبت منها اختيار وضع يكون مريحاً بالنسبة لها إن كان بالاستلقاء على ظهرها على السرير أو الجلوس على كرسي بحيث يكون كل من العنق والكتفين والرأس مستنداً بالكامل وبشكل مستقيم إلى ظهر الكرسي، واختارت الباحثة الجلوس على الكرسي ثم طلب منها إغماض العينين أو تركهما مفتوحتين بحسب رغبة المريضة ثم الاستنشاق بعمق من خلال الأنف وهذا ما يسمح بملء البطن بالهواء مع العد لمدة 8 ثواني مع وضع اللسان في سقف الحلق، ثم القيام بالزفير عن طريق الاسترخاء وإخراج كل الهواء بهدوء. بعد الانتهاء من تدريب المريضة طلب منها تذكر موقف سبّب لها التوتر، (عندما أردت الاتصال في إحدى المرات مع ابني للاطمئنان عليه، كانت زوجة أخي تجلس بقربي فقالت لي " لا تصلحين لكي تكوني أماً تريد الاتصال به للاطمئنان عليه، لو تحملت العذاب والمشاكل من أجله بدلاً من الابتعاد عنه والاطمئنان عنه عن طريق الهاتف". بعد سماع هذا الكلام شعرت بالغضب وبدأت بالبكاء)، طلب من المريضة تذكر الموقف من جديد مع ممارسة تمرين التنفس، بعدها تم استقبال جميع الأسئلة لدى

المريضة والحوار والمناقشة، وفي نهاية الجلسة كلفت المريضة بواجب منزلي وهو ممارسة الاسترخاء (التنفس الحجابي) يومياً عند الاستيقاظ وقبل النوم وعند التعرض للمواقف والشعور بالقلق والتوتر مع تسجيل ذلك لكي يُناقش في الجلسة القادمة.

● الجلسة الخامسة والسادسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، وبعدها سُئلت المريضة عن الأسئلة التي تريد الاستفسار عنها وعن المواقف التي حدثت معها واستخدمت فيها تقنية الاسترخاء، قالت (قررت الذهاب إلى الدكان لإحضار بعض الخضار والفواكه، شاهدني أخي أجهز نفسي للذهاب وسألني إلى أين أنت ذاهبة فأجبتته، فقال لي " هل نسيت أنك مطلقة والخروج خارج المنزل لا يجوز لإمرأة مثلك كي لا يوجه لنا أي انتقاد"، شعرت في أثنائها بالحزن والتوتر لسماع هذا الكلام، ثم وقفت أمام النافذة وبدأت بممارسة تمرين الاسترخاء بدأ بعدها التوتر يزول). ثم قامت الباحثة باستخدام نموذج كوترو بالتعاون مع المريضة بهدف التحليل الوظيفي الآني والتاريخي لاستخراج الأفكار اللامنطقية لدى المريضة لمعالجتها.

● التحليل الوظيفي التاريخي:

- 1- معطيات بنيوية محتملة: تبين وجود أمراض في القلب وارتفاع ضغط الدم.
- 2- عوامل تاريخية معززة للاضطراب: لوم الأهل الدائم للمريضة لما حدث معها.
- 3- عوامل مفجرة أدت إلى استثارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: الشعور بالوحدة وتراود فكرة الموت وهي وحيدة.
- 4- الحدث ما قبل العلاج: مشاجرة بين المريضة وزوجة أخيها ونعتها بالمطلقة وعديمة الفائدة والقاء اللوم عليها.
- 5- مشكلات أخرى: لا يوجد.
- 6- علامات سابقة: لا يوجد إلا العلاجات الدوائية الحالية.
- 7- أمراض فيزيائية جسدية: اضطرابات في المعدة - مناقير في الرقبة.

● التحليل الوظيفي الآني:

شرحت الباحثة للمريضة كيف أنّ الأفكار التي تفكر بها هي السبب وراء المشاعر المزعجة ووراء السلوك غير المرغوب به، وقامت باستخراج الأفكار اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي الآني.

المعالج: ماهو أكثر شيء يخطر على بالك ويسبب لك القلق، ومتى يكون ذلك؟

المريضة: أكثر شيء يخطر على بالي هو الموت وحيدة في أي لحظة، مساء " لوحدتي في الغرفة.

المعالج: بماذا تشعرين حينها؟

المريضة: الحزن والقلق والخوف.

المعالج: ماهو تفسيرك الشخصي لذلك، وماهي الأفكار التي تراودك حينها؟

المريضة: استحق ما يحدث معي، أكره نفسي، أنا المسؤولة عن طلاقي، أنا أم فاشلة، مهما فعلت لن يعود شيء إلى ما كان عليه.

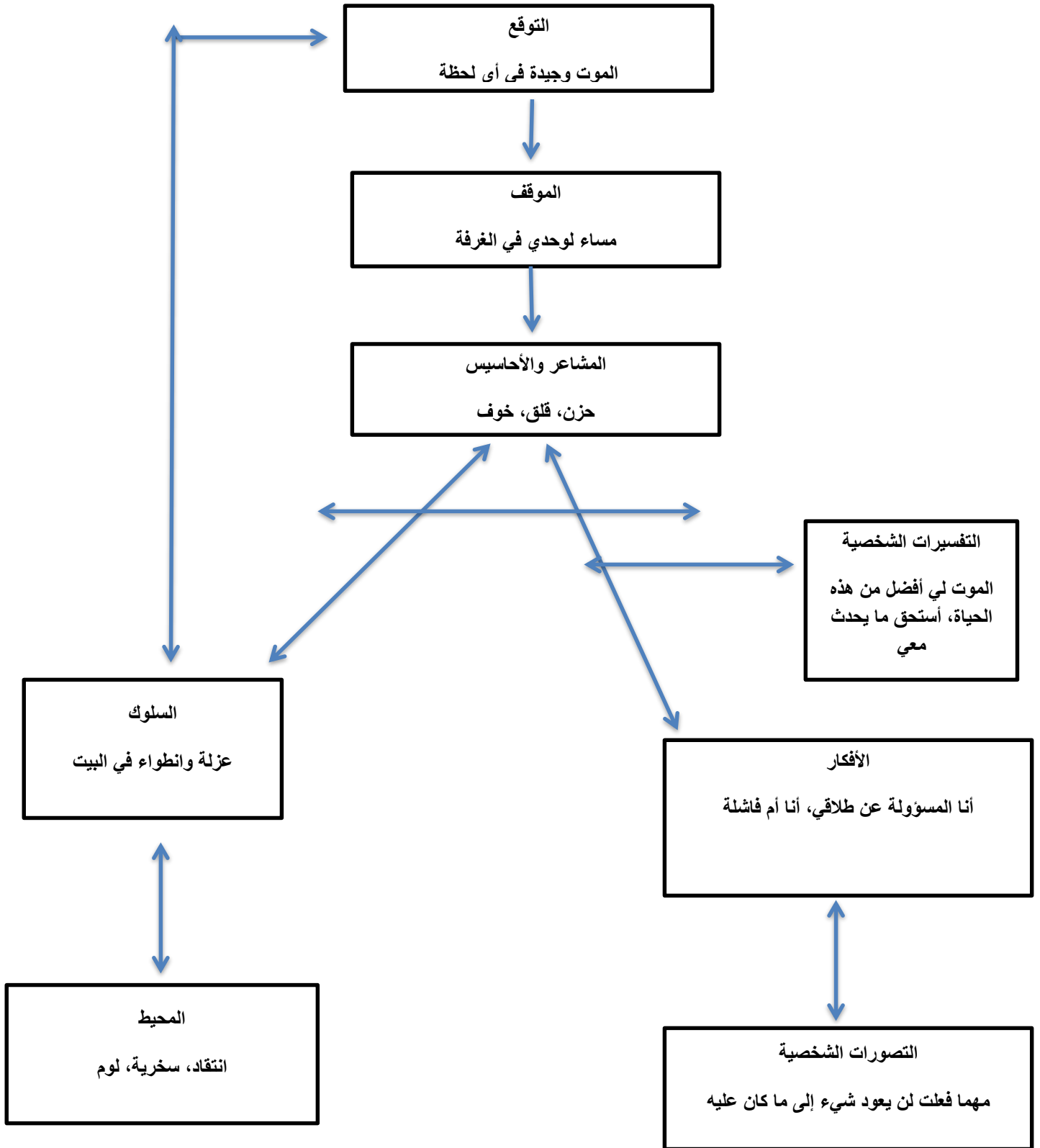
المعالج: ماذا تفعلين عندما تفكرين بذلك؟

المريضة: لا أتواصل مع أحد وانعزل في البيت.

المعالج: الأشخاص من حولك كيف يتعاملون معك؟

المريضة: إنهم يوجهون اللوم لي بشكل دائم وكثيرو الانتقاد والسخرية.

الشكل (3) يوضح التحليل الوظيفي الآتي للمريض كما يأتي:



1995(SECA Grille،Cottraux)

الشكل(3) التحليل الوظيفي الآتي للحالة الأولى

من خلال بند التفسيرات الشخصية والأفكار يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنطقية والتي تؤدي به إلى سلوك غير مرغوب به، وهذا البند يساعد المعالج بالتعاون مع المريضة على تغيير هذه الأفكار اللامنطقية واستبدالها بأفكار منطقية من خلال التقنيات المعرفية في جلسات لاحقة.

● الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الجلسة السابعة: تمرين التركيز على اللحظة الحالية والتنفس الواعي.

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة، وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، ثم قامت بشرح للمريضة عن أهمية التركيز في اللحظة الحالية من حياتنا، وكيف أن معظم الناس مشغولون بالتفكير إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالوقت الحاضر، الأمر الذي يسبب مشاكل نفسية، ومن خلال هذه التمارين يزداد الوعي بالحالات العقلية والجسدية، الأمر الذي يساعد على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم في الوقت الحاضر. بعدها بدأت الباحثة تدرب المريضة على تمرين التركيز باللحظة الحالية وطلبت منها إغماض العينين أو التركيز في مشهد ما أمامها وأخذ نفس عميق، وأن لا تنتقد أو تصدر أحكاماً وأن لا تفكر بأي شيء. كانت مدة التمرين دقيقة واحدة، واختارت المريضة إغماض العينين، وبعد الانتهاء من التمرين وجهت للمريضة أسئلة (هل مرت الدقيقة ببطء أم بسرعة_ ما عدد المرات التي تشنت فيها ذهنك) مع ذكر أن تشنت الذهن في أثناء التمرين طبيعي وإنه مع الممارسة والتدريب عليه سيزيد من وعي المريضة وقدرتها على التركيز. وأيضاً تم تدريب المريضة على التنفس الواعي من خلال تركيز الانتباه على الأنفاس وحرية الاختيار للمريضة بالوقوف أو الجلوس على الكرسي لتطبيق التمرين، وقد اختارت المريضة الجلوس على الكرسي، وطلب منها التركيز فقط على أنفاسها (الشهيق والزفير) دون أن تفكر بأي شيء أو تنتقد أو تصدر أحكاماً، مجرد التركيز فقط وملاحظة صعود الصدر وهبوطه، وعندما يتشتت ذهنها أن تحاول العودة إلى التركيز على الأنفاس والإحساس بالهواء الداخل والخارج، وشرح للمريضة أن تشنت الذهن أمر طبيعي وسيزول مع تكرار التمرين، وفي نهاية الجلسة طُلب من المريضة ممارسة تمارين الوعي مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي يتشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين.

الجلسة الثامنة: تمرين مسح الجسد:

في الجلسة الثامنة قامت الباحثة باستكمال تدريب المريضة على تمارين الوعي الكامل، وكان التمرين هو (مسح الجسد). في البداية شُرح للمريضة كيفية تطبيق هذا التمرين من خلال الانتباه لأحاسيس الجسد وأهميته في تطوير الوعي وتهئية العقل وتقوية التركيز والانتباه، ثم قامت بتدريب المريضة عليه. بعد اختيار المريضة للوضعية التي تكون فيها مرتاحة طُلب منها الإحساس بالجسد بدءاً من الرأس نزولاً إلى اليدين ثم الصدر ثم البطن ثم أسفل القدمين مع التركيز فقط على كل جزء منها وعلى الأحاسيس

المترافقة دون التفكير بأي شيء أو إصدار أحكام، فقط التركيز والشعور مع تكرار أن تشتت ذهن أمر طبيعي في أثناء تطبيق التمرين. وتساعد هذه التقنية على قبول الألم الذي تشعر به المريضة من خلال الإدراك الواعي للأحاسيس المزعجة في جسدها ومواجهتها بدلاً من تجنبها، وفي نهاية الجلسة طُلب منها كواجب منزلي ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً.

الجلسة التاسعة: تمرين حبة الزبيب:

في الجلسة التاسعة قامت الباحثة بتدريب المريضة على تمرين حبة الزبيب، وشرحت للمريضة أهمية هذا التمرين ودوره في تنمية الوعي والاستمتاع بملذات الحياة اليومية، ثم طلبت منها إمساك حبة الزبيب في يدها والنظر بعناية إليها واستكشاف كل جزء من هذه الحبة وتفحص طياتها ولونها، ثم طلبت منها تقليب الحبة بين أصابعها واكتشاف ماهيتها، ووضعها بالقرب من أنفها واستكشاف رائحتها، ثم رفعها ببطء إلى شفيتها ووضعها في فمها دون مضغ وملاحظة كيفية دخولها إلى فمها في المقام الأول والتركيز على أحاسيس وجودها في الفم، وبعد ذلك الاستعداد لمضغها والاستمتاع بمذاقها والقيام ببلعها في نهاية التمرين. بعد الانتهاء من التمرين ناقشت الباحثة مع المريضة هذا التمرين، وبحسب ما قالت "إنني لأول مرة في حياتي أركز على شيء لهذه الدرجة وبتفاصيله واستمتع بهذا الإحساس".

من خلال أكل الشخص باهتمام يتوفر له تجربة حسية يستطيع من خلالها اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر وتنمية الوعي لديه والاستمتاع باللحظة الحالية. وفي نهاية الجلسة طُلب من المريضة التركيز على أي شيء تأكله كواجب منزلي وتسجيل ذلك وتكرار التمرين يومياً.

● الجلسة العاشرة والحادية عشر: تقنية مع/ضد، جدول بيك:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء. في الجلسات السابقة قامت الباحثة بتسجيل أهم الأفكار اللامنتطقية التي خطرت في ذهن المريضة من خلال نموذج كوترو المستخدم سابقاً في الجلسات، وذلك من أجل معالجتها وجعلها أكثر منطقية من خلال التقنيات المعرفية (تقنية مع/ضد - تقنية جدول بيك). ففي تقنية مع/ضد بعد ذكر الفكرة اللامنتطقية طُلب من المريضة ما يدعم هذه الفكرة وسُجِّل في حقل مستقل، وبعدها طُلب منها ما يدحض الفكرة اللامنتطقية وسُجِّل في حقل مستقل. تساعد هذه التقنية على إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنتطقية، والمثال عن كيفية تطبيق تقنية مع/ضد ما يأتي:

جدول (25) تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الأولى

الفكرة اللامنتطقية للمريض	/ مع / أي ما يدعمها	/ضد/ أي ما يدحضها
أنا المسؤولة عن طلاقي	- عدم مسايرة أم زوجي عند تدخلها بأمر بيتي وبعلاقتي بزوجي واختلاق المشاكل معها. - اختلاق المشاكل مع زوجي يومياً بسبب والدته	لا يحق لأي شخص التدخل بأموري العائلية وهذا يُعدّ من حقي

وفي تقنية جدول بيك يطلب من المريضة ذكر موقف شعرت به بالانزعاج والتوتر مع ذكر المشاعر السلبية التي شعرت بها وتحديد نسبة المشاعر السلبية، بعدها يطلب منها ذكر الأفكار التي خطرت في بالها في أثناءها (الأفكار اللامنتطقية) ثم يطلب منها ذكر أفكار (أفكار منطقية) تدحض الأفكار السابقة (اللامنتطقية)، ثم تُسأل عن المشاعر السلبية التي شعرت بها مع تحديد نسبتها بعد ذكرها لأفكار أكثر منطقية ومقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة، وكمثال عن كيفية تطبيق تقنية جدول بيك ما يأتي:

جدول (26) تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الأولى

الموقف	المشاعر ونسبتها	الأفكار الأفكار الأفكار الأفكار	الأفكار المنطقية	إعادة تقييم المشاعر
التردد في الذهاب لرؤية الابن والبقاء منعزلة في المنزل	الحزن 90% اليأس 80%	- أنا أم فاشلة - ولدي يكرهني لأنني تركته	- ولدي متعلم وواعي يستطيع تفهم الظلم الذي تعرضت له - يحاول ولدي الاتصال بي والاطمئنان عليّ كل فترة	الحزن 50% اليأس 40%

● الجلسة الثانية عشر: الإنهاء

بدأت الباحثة بتلخيص ما جرى منذ بداية العلاج إلى هذه اللحظة والتطور الذي حصل مع المريضة من خلال تغيير نمط حياتها بالنوم باكراً والاستيقاظ صباحاً والتواصل مع الآخرين والأهل والبدء بممارسة الرياضة بالإضافة إلى التواصل الدائم مع الابن ورؤيته والبدء بالتعرف إلى جيران جدد وتكوين أصدقاء.

والتحدث بأهم النقاط التي كانت في أثناء الجلسات واستقبال الأسئلة من قبل المريضة والمناقشة والحوار، بعدها طُبِّق مقياس بيك للاكتئاب والصحة النفسية المعدل (التطبيق البعدي) للتأكد من استعادة المريضة من البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(27) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب التطبيق البعدي للحالة الأولى

المقياس	التطبيق البعدي
بيك للاكتئاب	10

جدول(28) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق البعدي للحالة الأولى

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق البعدي
الأعراض الجسدية	18
الوسواس القهري	7
الحساسية التفاعلية	12
الاكتئاب	17
القلق	7
العداوة	2
قلق الخوف (الفوبيا)	3
البارانويا	4
الذهانية	5
عبارات أخرى (صحة عامة)	9
الدرجة الكلية	84

من خلال المقارنة بين التطبيق القبلي والبعدي للمقاييس كان هناك انخفاض في درجة أعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى انخفاض في الأعراض الجسدية التي كانت تعاني منها، وانخفاض في درجات الحساسية التفاعلية والقلق والعداوة، وزيادة في الصحة النفسية عامة.

شُكرت المريضة على تعاونها خلال الجلسات وأُنهي العلاج النفسي مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في ممارسة التمارين كافة التي تدربت عليها خلال البرنامج العلاجي.

• الحالة الثانية:

1- وصف الحالة:

فاطمة فتاة تبلغ من العمر/22/ عاماً، طالبة أدب عربي سنة ثانية، تعيش مع عائلتها المكونة من الوالدين و/5/ بنات، جاءت إلى العيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي بشكوى تمثلت في الأعراض الآتية (عدم الاستمتاع في أي شيء في الحياة- الانعزال في غرفتها- عدم الذهاب إلى الجامعة لحضور المحاضرات- عدم الرغبة في التقدم للامتحانات في جامعتها- الحزن طوال الوقت- الشعور بعدم الرضا عن النفس والكره للحياة- شهية قليلة للطعام- صعوبة في النوم)، قام الأطباء بتشخيص أعراضها باضطراب الاكتئاب وتم تحويلها إلى عيادة العلاج النفسي.

2- سير الجلسات:

جدول(29) سير الجلسات العلاجية للحالة الثانية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	تاريخ الجلسة	الواجب المنزلي
1	كسر الجليد	بناء علاقة بين المعالج والمريض لبناء الثقة بينهما	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/10/29	-
2	القياس القبلي	تطبيق القياس القبلي على المريضة باستخدام مقاييس (بيك للاكتئاب- الصحة النفسية المعدل)	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/11/3	-
3	تنقيف نفسي	تعريف المريض بمرضه (الاكتئاب) وشرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه وتعريفه أيضاً بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/11/5	-

				أكثر منطقية		
4	تقنية الاسترخاء	تعريف المريض بتقنية الاسترخاء وآلية عملها في الجسم وتدريبه عليها	تقنية الاسترخاء	60 د	2019/11/10	ممارسة تقنية الاسترخاء صباحاً ومساءً يومياً وعند الشعور بالانزعاج والتوتر وتسجيل ذلك
5	التحليل الوظيفي بشقيه الآتي والوظيفي	شرح للمريض كيف أنّ الأفكار اللامنتطقية هي السبب وراء السلوك غير المرغوب به والمشاعر المزعجة	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	60 د	2019/11/12	1-تسجيل الأفكار اللامنتطقية التي تخطر على ذهن المريض 2-ممارسة تقنية الاسترخاء يومياً
6	التحليل الوظيفي بشقيه الآتي والوظيفي	استخراج الأفكار اللامنتطقية وتسجيلها	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	60 د	2019/11/17	تسجيل الأفكار اللامنتطقية التي تخطر على ذهن المريض
7	تمرين الوعي الكامل (الانتباه)	1-تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية	1-الانتباه للحظة الحالية	60 د	2019/11/19	ممارسة تمارين الوعي الكامل التي

			2-التنفس الواعي	2-تدريب المريض على التنفس الواعي	للحظة الحالية_ التنفس (الواعي)	
تم التدريب عليها خلال الجلسة مرتين يومياً وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمارين						
ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2019/11/24	60 د	مسح الجسد	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	تمرين الوعي الكامل (مسح الجسد)	8
تركيز المريض على شيء ما يريده وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن	2019/11/26	60 د	تقنية حبة الزبيب	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار أي أحكام أو نقد	تمرين الوعي الكامل) حبة الزبيب)	9

في أثناء تطبيق التمرين						
تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض وإستخدام تقنية جدول بيك المدرب عليها وتسجيل الملاحظات	2019/12/1	60 د	تقنية جدول بيك	استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية من خلال تدريب المريض على تقنية جدول بيك	تقنية جدول بيك	10
تسجيل الأفكار اللامنطقية عندما تخطر على ذهن المريض وإستخدام تقنية مع/ضد المدرب عليها وتسجيل الملاحظات	2019/12/3	60 د	تقنية مع/ضد	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية	تقنية مع/ضد	11
-	2019/12/8	60 د	تقنية الاسترخاء	التأكد من إستفادة المريض من البرنامج العلاجي	الإنهاء (التطبيق البعدي)	12

				عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل) وإنهاء الجلسات		
--	--	--	--	--	--	--

• الجلسة الأولى والثانية:

بعد الاطلاع على التقرير الطبي النفسي للحالة من قبل الأطباء قامت الباحثة باستقبال المريضة وأخذ المعلومات الضرورية متضمنة (الاسم- العمر- العنوان- العمل- الحالة الاجتماعية- الأعراض التي تشكو منها- الأخوة- الأهل- الحالة الاقتصادية) والاستماع إلى قصة المريضة وأهم ما روتته المريضة في قصتها هو (العيش في بيئة متعصبة تقيد حريتها وتمنع خروج الفتيات إلا إلى الجامعة- الانزعاج من كلام الوسط المحيط حول عدم وجود أخ يزين حياة عائلة المريضة- عدم تمكن المريضة من الخروج للتنزه والقيام بالرحلات كما يفعل أصدقائها في الجامعة - الشعور بالحزن لعدم تمكنها من تحقيق أحلامها والقيام بالدورات التي تريدها والذهاب إلى المكتبات للمطالعة - التدقيق عليها عند خروجها إلى الجامعة- الابتعاد عن الأصدقاء وعدم تكوين علاقات معهم بسبب شعورها بالحزن عند سماعهم يتحدثون عن الرحلات والنشاطات التي قاموا بها وعدم تمكنها من الذهاب معهم - عدم الرغبة في استكمال الدراسة- كره الحياة التي تعيشها وسط العائلة والبيئة المغلقة التي تمنع كل شيء - الشعور بالغضب عند قول الأقرباء الفتاة مصيرها الزواج وليس الدراسة- الرغبة في الهروب من الوسط الذي تعيش فيه والشعور بالذنب تجاه عائلتها لتفكيرها بهذه الطريقة).

كانت المريضة متعاونة مع الباحثة لأنها قادمة من تلقاء نفسها لتلقي العلاج. قامت الباحثة باتباع تقنية الرءاءات الأربعة 4R في تأسيس العلاقة المهنية مع المريضة وبناء علاقة قائمة على التعاطف والثقة والتفهم، وتضمنت تقنية 4R الآتي:

1- العودة إلى السياق: مثال:

المريضة: "أشعر أن هذه الحياة لا تطاق، أرغب في الهروب من هذه الحياة، أتمنى لو أنني لم أخلق لأعيش في هذه العائلة".

المعالج " يتضح لي أنك تعيشين حياة قاسية جداً "

2- إعادة صياغة جمل المريض:

أ- التكرار: مثال:

المريضة " أشعر بالحزن لأنني لا أستطيع تحقيق أحلامي والقيام بالأمر التي أحبها، حياتي لا معنى لها".

المعالج " تشعرين بالحزن لعدم قيامك بتحقيق أحلامك والأمر التي تحبها وبأن الحياة لا معنى لها".

ب- طرح الفرضيات: مثال:

المريضة " أنا المسؤولة عن تعاسة حياتي، لو أنني شجاعة لما كانت حياتي بهذا الشكل".
المعالج " تريدان القول إنك لو واجهت عائلتك ومجتمعك ورفضت هذه القيود لما كنت تعيشين هذه الحياة القاسية؟ "

3- التلخيص:

يتم التلخيص عادة في بداية الجلسة وعند الانتهاء من الجلسة.

4- التعزيز: مثال:

المريضة " أقرأ الروايات قبل النوم"

المعالج " تقرأين الروايات قبل النوم هذا جيد بالنسبة لي كمعالج لأنه يعني لي عدم استسلامك و رغبتك في الاستمرار بالقيام بما تحبين".

طبقت المقاييس على المريضة، وطُبق مقياس بيك للاكتئاب من خلال إعطاء المريضة

المقياس، وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس مع التنبيه إلى طلب

المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن

المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (30) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب للتطبيق القبلي للحالة الثانية

المقياس	التطبيق القبلي
بيك للاكتئاب	36

وبحسب مفتاح تصحيح المقياس تعني هذه الدرجة أنها تعاني من اكتئاب شديد.

وأعطيت المريضة أيضاً مقياس الصحة النفسية المعدل وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة

عن أسئلة المقياس باختيار رقم للتعبير عما تشعر به حول السؤال المطروح، وشرح للمريضة

كيفية اختيار الأرقام مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار

عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (31) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق القبلي للحالة الثانية

محاوّر مقياس الصحة النفسية	التطبيق القبلي
الأعراض الجسمانية	39
الوسواس القهري	17
الحساسية التفاعلية	22
الاكتئاب	47
القلق	30
العداوة	17
قلق الخوف (الفوبيا)	25
البارانويا	12
الذهانية	8
عبارات إضافية (صحة نفسية عامة)	28
الدرجة الكلية للمقياس	245

● الجلسة الثالثة والرابعة:

بدأت الباحثة الجلسة بتلخيص ما جرى في الجلسات السابقة، وقامت بالنتقيف النفسي للمريض حول مرضه وشرح أعراضه وطرق علاجه، وشرحت أيضاً العلاج المعرفي ووضحت كيف أنّ طريقة تفكيرنا التي نفسر بها المواقف التي تحدث معنا هي السبب المولد للمشاكل النفسية، وكيف أنّ التفكير السلبي والتشاؤمي يؤدي إلى الاكتئاب ودور العلاج المعرفي في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وشرحت أيضاً للمريضة عن تقنية الاسترخاء ودورها الفعال في تخفيض القلق وتحقيق التوازن النفسي-العصبي، وكيف أنّ التوترات النفسية الداخلية تؤدي إلى ظهور الأعراض الفيزيولوجية وأهمية الاسترخاء وأنواعه وخاصة التنفس العميق (التنفس الحجابي) الذي يعمل كأداة فعالة في الحماية من الضغط النفسي والتخفيف من التوتر والقلق وتخفيف الأعراض الفيزيولوجية، بالإضافة إلى شرح للمريض عن طريقة التنفس الصحيحة والطريقة الخاطئة التي يتنفس بها معظم الناس التي قد تتسبب في نقص مستويات الطاقة لديهم وشعورهم بالقلق، ثم قامت بعد ذلك بتدريب المريضة على التنفس الحجابي، وطلبت منها اختيار وضع يكون مريحاً بالنسبة لها إن كان بالاستلقاء على ظهرها على السرير أو الجلوس على كرسي بحيث يكون كل من العنق والكتفين والرأس مستنداً بالكامل وبشكل مستقيم إلى ظهر الكرسي. اختارت المريضة الوقوف أمام نافذة العيادة المطلة على الحديقة، ثم طلب منها إغماض العينين أو

تركهما مفتوحتين بحسب رغبة المريضة ثم الاستنشاق بعمق من خلال الأنف وهذا ما يسمح بملء البطن بالهواء مع العد لمدة 8 ثواني مع وضع اللسان في سقف الحلق، ثم القيام بالزفير عن طريق الاسترخاء وإخراج كل الهواء بهدوء.

بعد الانتهاء من تدريب المريضة طلب منها تذكر موقف سبب لها التوتر، فقامت المريضة بتذكر هذا الموقف: " عندما كنت في الجامعة وأردت سؤال إحدى صديقاتي عما كلفهم فيه الدكتور المحاضر لمادة العملي فجوابتي (شكراً لمادة العملي لأنها جعلتك تتحدثين معي وتخرجين من عزلتك)، كان جوابها مستقراً بالنسبة لي وشعرت بتوتر كبير"، بعد ذلك طلبت الباحثة منها تطبيق تقنية الاسترخاء وهي تتذكر الموقف.

وفي نهاية الجلسة كلفت المريضة بواجب منزلي وهو ممارسة الاسترخاء (التنفس الحجابي) يومياً عند الاستيقاظ وقبل النوم وعند التعرض للمواقف والشعور بالقلق والتوتر مع تسجيل ذلك لكي يُناقش في الجلسة القادمة.

– الجلسة الخامسة والسادسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، وبعدها سُئلت المريضة عن الأسئلة التي تريد الاستفسار عنها وعن المواقف التي حدثت معها واستخدمت فيها تقنية الاسترخاء، فذكرت المريضة موقفاً سبب لها توتراً وانزعاجاً ((طلبت من والدتي الذهاب لرؤية ابنة عمي في الحي المجاور فرفضت وقالت (تريدين جعل الناس يتكلمون عنا وينتقدونا ألا يكفي أننا نسمح لك بالذهاب لكي تدرسين وسماع الانتقاد حول ذهابك إلى الجامعة)، شعرت بعد سماع هذا الكلام بالانزعاج والتوتر ودخلت إلى غرفتي غاضبة، بدأت بعدها بتطبيق تمرين التنفس الحجابي مرات عدة حتى زال التوتر)).

ثم قامت الباحثة باستخدام نموذج كوترو بالتعاون مع المريضة بهدف التحليل الوظيفي الآني والتاريخي لاستخراج الأفكار اللامنطقية لدى المريضة لمعالجتها.

• التحليل الوظيفي التاريخي:

- 1- معطيات بنيوية محتملة: تبين وجود مرض وراثي بالعائلة وهو السكري.
- 2- عوامل تاريخية معززة للاضطراب: سماع كلام موجه للمريضة من قبل الوسط المحيط حول عدم الفائدة من الدراسة والذهاب إلى الجامعة وضرورة تهيئة الفتاة للزواج كتعلم الطبخ وتحمل المسؤولية.
- 3- عوامل مفجرة أدت إلى استثارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: الشعور بكره الحياة والرغبة في الهروب من هذا المحيط.
- 4- الحدث ما قبل العلاج: الانزعاج من رفض الأهل التسجيل في دورة لتقوية اللغة الإنكليزية.

5- مشكلات أخرى: لا يوجد.

6- علامات سابقة: لا يوجد.

7- أمراض فيزيائية جسدية: لا يوجد.

• التحليل الوظيفي الآتي:

شرحت الباحثة للمريضة كيف أنّ الأفكار التي تفكر بها هي السبب وراء المشاعر المزعجة ووراء

السلوك غير المرغوب به، وقامت باستخراج الأفكار اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي الآتي.

المعالج: ما هو أكثر شيء يخطر في بالك ويسبب لك القلق ومتى يكون ذلك؟

المريضة: أكثر شيء يخطر في بالي هو حدوث أشياء سيئة من دون سبب محدد لوحدي في الجامعة.

المعالج: بماذا تشعرين حينها؟

المريضة: حزن، غضب، توتر.

المعالج: ما هو تفسيرك الشخصي لذلك، وماهي الأفكار التي تراودك حينها؟

المريضة: أكره حياتي، أشعر بالذنب، والدائي لا يسانداني، أنا المسؤولة عما يحدث معي وما أشعر به،

مهما فعلت لن أحقق ما أريد.

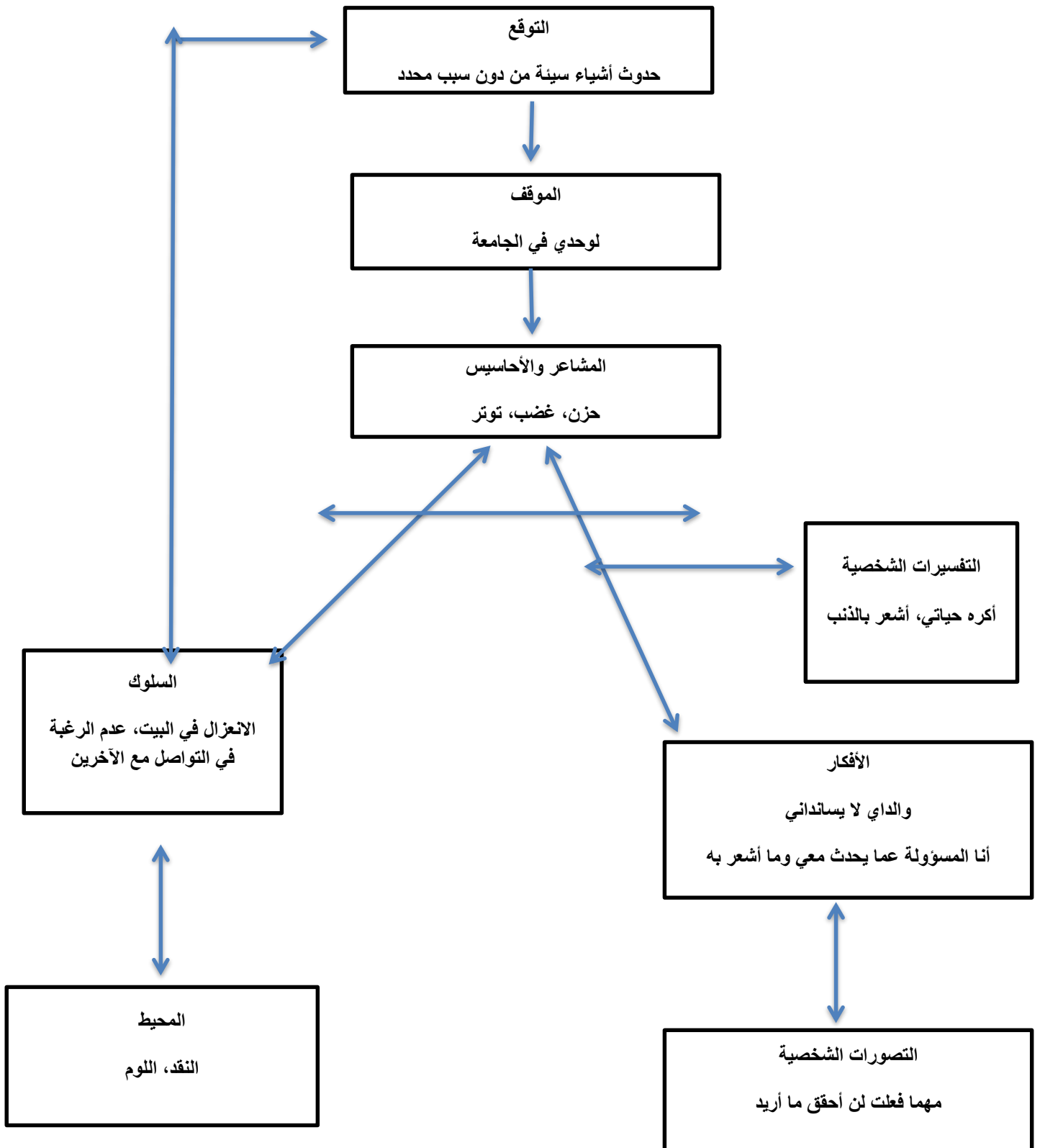
المعالج: ماذا تفعلين عندما تفكرين بذلك؟

المريضة: الانعزال في البيت، عدم الرغبة في التواصل مع الآخرين.

المعالج: الأشخاص من حولك كيف يتعاملون معك؟

المريضة: إنهم يوجهون اللوم لي بشكل دائم وكثيرو الانتقاد.

الشكل (4) يوضح التحليل الوظيفي الآتي للمريض كما يأتي:



1995(SECA Grille،Cottraux)

الشكل(4) التحليل الوظيفي الآني للحالة الثانية

من خلال بند التفسيرات الشخصية والأفكار يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنتطقية والتي تؤدي به إلى سلوك غير مرغوب به، وهذا البند يساعد المعالج بالتعاون مع المريضة على تغيير هذه الأفكار اللامنتطقية واستبدالها بأفكار منطقية من خلال التقنيات المعرفية في جلسات لاحقة.

● الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الجلسة السابعة: تمرين التركيز على اللحظة الحالية (التركيز على الكتاب) وتمرين التنفس الواعي:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، ثم قامت بشرح للمريضة عن أهمية التركيز في اللحظة الحالية من حياتنا وكيف أن معظم الناس مشغولون بالتفكير إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالوقت الحاضر، الأمر الذي يسبب مشاكل نفسية، ومن خلال هذه التمارين يزداد الوعي بالحالات العقلية والجسدية، الأمر الذي يساعد على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم في الوقت الحاضر. بعدها بدأت الباحثة تدريب المريضة على تمرين التركيز باللحظة الحالية وطلبت منها إغماض العينين أو التركيز في مشهد ما أمامها وأخذ نفس عميق وأن لا تنتقد أو تصدر أحكاماً وأن لا تفكر بأي شيء. كانت مدة التمرين دقيقة واحدة، واختارت المريضة التركيز على كتاب كان معها، وبعد الانتهاء من التمرين وجهت للمريضة أسئلة (هل مرت الدقيقة ببطء أم بسرعة_ ما عدد المرات التي تشتت فيها ذهنك) مع ذكر أن تشتت الذهن في أثناء التمرين طبيعي وإنه مع الممارسة والتدريب عليه سيزيد من وعي المريضة وقدرتها على التركيز.

وأيضاً تم تدريب المريضة على التنفس الواعي من خلال تركيز الانتباه على الأنفاس وحرية الاختيار للمريضة بالوقوف أو الجلوس على الكرسي لتطبيق التمرين، وقد اختارت المريضة الوقوف أمام نافذة العيادة المطلّة على الحديقة، وطلب منها التركيز فقط على أنفاسها (الشهيق والزفير) دون أن تفكر بأي شيء أو تنتقد أو تصدر أحكاماً، مجرد التركيز فقط وملاحظة صعود الصدر وهبوطه، وعندما يتشتت ذهنها أن تحاول العودة إلى التركيز على الأنفاس والإحساس بالهواء الداخل والخارج، وشرح للمريضة أن تشتت الذهن أمر طبيعي وسيزول مع تكرار التمرين، وفي نهاية الجلسة طُلب من المريضة ممارسة تمارين الوعي مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين.

الجلسة الثامنة: تمرين مسح الجسد: إمساك الكتاب:

في الجلسة الثامنة قامت الباحثة باستكمال تدريب المريضة على تمارين الوعي الكامل، وكان التمرين هو (مسح الجسد). في البداية شُرح للمريضة كيفية تطبيق هذا التمرين من خلال الانتباه لأحاسيس الجسد وأهميته في تطوير الوعي وتهدئة العقل وتقوية التركيز والانتباه، ثم قامت بتدريب المريضة عليه. بعد اختيار المريضة للوضعية التي تكون فيها مرتاحة طُلب منها الإحساس بالجسد بدءاً من الرأس ونزولاً

إلى اليدين ثم الصدر ثم البطن ثم أسفل القدمين مع التركيز فقط على كل جزء منها وعلى الأحاسيس المترافقة دون التفكير بأي شيء أو إصدار أحكام، فقط التركيز.

اختير الكتاب لتنفيذ تمرين مسح الجسد بعد التدريب عليه، وطلب من المريضة وضع الكتاب على كف يدها والتركيز على أحاسيسها الجسدية في منطقة الكف واليد دون إطلاق أي أحكام أو التفكير في أي شيء، ثم التركيز على صورة الكتاب الموجودة أمامها، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الكتف، ثم العودة للتركيز على لون غلاف الكتاب ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الرأس، مع تكرار أن تشتت ذهن أمر طبيعي في أثناء تطبيق التمرين. تساعد هذه التقنية على قبول الألم الذي تشعر به المريضة من خلال الإدراك الواعي للأحاسيس المزعجة في جسدها ومواجهتها بدلاً من تجنبها. وفي نهاية الجلسة طُلب منها كواجب منزلي ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً، وطلب منها عندما تأتي إلى الجلسة القادمة أن تجلب معها فاكهة أو مكسرات تحبها.

الجلسة التاسعة: تمرين حبة الزبيب (حبة الشوكولا):

قامت الباحثة بتدريب المريضة على تمرين حبة الزبيب من خلال حبة شوكولا جلبتها المريضة معها، وشرحت للمريضة أهمية هذا التمرين ودوره في تنمية الوعي والاستمتاع بملذات الحياة اليومية، ثم طُلب منها إمساك حبة الشوكولا في يدها والنظر بعناية إليها واستكشاف كل جزء من هذه الحبة وتفحص طياتها ولونها، ثم طلب منها تقليب حبة الشوكولا بين أصابعها واكتشاف ماهيتها، ووضعها بالقرب من أنفها واستكشاف رائحتها، ثم رفعها ببطء إلى شفيتها ووضعها في فمها دون مضغ وملاحظة كيفية دخولها إلى فمها في المقام الأول والتركيز على أحاسيس وجودها في الفم، وبعد ذلك الاستعداد لمضغها والاستمتاع بمذاقها والقيام ببلعها في نهاية التمرين. بعد الانتهاء من التمرين ناقشت الباحثة مع المريضة هذا التمرين والأحاسيس المترافقة معه، فقالت " إنني كنت أحب الشوكولا كثيراً ولكنني أحببتها الآن أكثر شعرت أن مذاقها أشهى وأطيب من المعتاد وشعرت بالسعادة وأنا أتناولها ". من خلال أكل الشخص باهتمام يتوفر له تجربة حسية يستطيع من خلالها اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر وتنمية الوعي لديه والاستمتاع باللحظة الحالية. وفي نهاية الجلسة طُلب من المريضة التركيز على أي شيء تأكله كواجب منزلي وتسجيل ذلك وتكرار التمرين يومياً.

● الجلسة العاشرة والحادية عشر: تقنية مع/ضد، جدول بيك:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة، وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء. في الجلسات السابقة قامت الباحثة بتسجيل أهم الأفكار اللامنتطقية التي خطرت في ذهن المريضة من خلال نموذج كوترو المستخدم سابقاً في الجلسات وذلك من أجل معالجتها وجعلها أكثر منطقية من خلال التقنيات المعرفية (تقنية مع/ضد - تقنية جدول بيك). ففي تقنية مع/ضد بعد ذكر

الفكرة اللامنتطقية طُلب من المريضة ما يدعم هذه الفكرة وسُجِّل في حقل مستقل، وبعدها طُلب منها ما يدحض الفكرة اللامنتطقية وسُجِّل في حقل مستقل. تساعد هذه التقنية على إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنتطقية، والمثال عن كيفية تطبيق تقنية مع /ضد ما يأتي:

جدول(32) تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الثانية

الأفكار اللامنتطقية	مع	ضد
أنا المسؤولة عما يحدث معي وما أشعر به من تعاسة	أنا جبانة ولست شجاعة لأقف وأدافع عن أحلامي وأطالب بحقوقني أمام عائلتي ومجتمعي	دافعت عن حقي برغبتني بدخول الجامعة ودخلت الفرع الذي أحبه (الأدب العربي)

وفي تقنية جدول بيك يطلب من المريضة ذكر موقف شعرت به بالانزعاج والتوتر مع ذكر المشاعر السلبية التي شعرت بها وتحديد نسبة المشاعر السلبية، بعدها يطلب منها ذكر الأفكار التي خطرت في بالها في أثناءها (الأفكار اللامنتطقية) ثم يطلب منها ذكر أفكار (أفكار منطقية) تدحض الأفكار السابقة (اللامنتطقية)، ثم تُسأل عن المشاعر السلبية التي شعرت بها مع تحديد نسبتها بعد ذكرها لأفكار أكثر منطقية ومقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة. والمثال عن كيفية تطبيق تقنية جدول بيك ما يأتي:

جدول(33) تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الثانية

الموقف	المشاعر ونسبتها	الأفكار الأتوماتيكية	الأفكار المنطقية	إعادة تقييم المشاعر
انعزال عن الأصدقاء في الجامعة والبقاء وحيدة	الحزن 90% القلق 85%	–أنا غير مرغوبة من قبل أصدقائي	تمكنت من تكوين صداقات في أثناء وجودي في مكتبة الكلية وغرفة المطالعة	الحزن 45% القلق 40%

● الجلسة الثانية عشر: الإنهاء

بدأت الباحثة بتلخيص ما جرى منذ بداية العلاج إلى هذه اللحظة والتطور الذي حصل مع المريضة من خلال تكوين علاقات وصداقات مع زملائها في الجامعة والجلوس مع الأهل وعدم البقاء وحيدة في الغرفة، بالإضافة إلى تقبل المحيط وطريقة تفكيره دون الاهتمام بالكلام الذي تسمعه وأيضاً متابعتها للدراسة والذهاب إلى الجامعة وتقديمها لامتحانات العملية والتهيئة لامتحانات النظرية وحصولها على

علامات عالية في الامتحانات العملية وشعورها بالسعادة بالنتيجة التي حصلت عليها في نهاية الجلسات، والتحدث بأهم النقاط التي كانت خلال الجلسات واستقبال الأسئلة من قبل المريضة والمناقشة والحوار، بعدها طُبّق مقياس بيك للاكتئاب والصحة النفسية المعدل (التطبيق البعدي) للتأكد من استعادة المريضة من البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول (34) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب التطبيق البعدي للحالة الثانية

المقياس	التطبيق البعدي
بيك للاكتئاب	9

جدول (35) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق البعدي للحالة الثانية

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق البعدي
الأعراض الجسدية	19
الوسواس القهري	7
الحساسية التفاعلية	11
الاكتئاب	18
القلق	13
العداوة	7
قلق الخوف (الفوبيا)	11
البارانويا	5
الذهانية	3
عبارات إضافية (صحة نفسية عامة)	14
الدرجة الكلية للمقياس	108

من خلال المقارنة بين التطبيق القبلي والبعدي للمقاييس كان هناك انخفاض في درجة أعراض الاكتئاب وزيادة في الصحة النفسية عامة. شكرت المريضة على تعاونها خلال الجلسات وأنهى العلاج النفسي مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في ممارسة التمارين كافة التي تدربت عليها خلال البرنامج العلاجي.

• الحالة الثالثة:

1- وصف الحالة:

وفاء امرأة تبلغ من العمر /33/ عاماً، متزوجة، معلمة في المدرسة، لديها ولدان (ابن وابنة) كلاهما في المدرسة الابتدائية، زوجها مدير مدرسة، جاءت إلى العيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي

بشكوى تمثلت في الأعراض الآتية (فقدان الطاقة- عدم المقدرة على التحكم في الغضب- الشعور بالفشل- التفكير بأفكار سيئة- الشعور بالوحدة- نقد الذات الدائم- النوم المتقطع- فقدان الرغبة في الاستمتاع في أي شيء بالحياة- شهية قليلة للطعام- عدم الرضا عن النفس- فقدان الرغبة الجنسية- البكاء أغلب الوقت- الشعور بالذنب- الشعور بالحزن أغلب الوقت) ظهرت الأعراض منذ شهرين، قام الأطباء بتشخيص أعراضها باضطراب الاكتئاب، وتم تحويلها إلى عيادة العلاج النفسي.

2- سير الجلسات العلاجية:

جدول(36) سير الجلسات العلاجية للحالة الثالثة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	تاريخ الجلسة	الواجب المنزلي
1	كسر الجليد	بناء علاقة بين المعالج والمريض لبناء الثقة بينهما	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/12/1	-
2	القياس القبلي	تطبيق القياس القبلي على المريضة باستخدام مقاييس (بيك للاكتئاب- الصحة النفسية المعدل)	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/12/3	-
3	تثقيف نفسي	تعريف المريض بمرضه (الاكتئاب) وشرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه وتعريفه أيضاً بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار أكثر منطقية	الراءات الأربعة 4R	60 د	2019/12/8	-
4	تقنية الاسترخاء	تعريف المريض بتقنية الاسترخاء	تقنية الاسترخاء	60 د	2019/12/10	ممارسة تقنية

الاسترخاء صباحاً ومساءً يومياً وعند الشعور بالانزعاج والتوتر وتسجيل ذلك				وآلية عملها في الجسم وتدريبه عليها		
1-تسجيل الأفكار الالامنتقية التي تخطر على ذهن المريض 2-ممارسة تقنية الاسترخاء يومياً	2019/12/15	60 د	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	شرح للمريض كيف أن الأفكار الالامنتقية هي السبب وراء السلوك غير المرغوب به والمشاعر المزعجة	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	5
تسجيل الأفكار الالامنتقية التي تخطر على ذهن المريض	2019/12/17	60 د	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	استخراج الأفكار الالامنتقية وتسجيلها	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	6
ممارسة تمارين الوعي الكامل التي تم التدريب عليها خلال الجلسة	2019/12/22	60 د	1-الانتباه للحظة الحالية 2-التنفس الواعي	1-تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية 2-تدريب المريض على التنفس الواعي	تمرين الوعي الكامل (الانتباه للحظة الحالية_ التنفس	7

مرتين يومياً وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشئت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمارين					الواعي)	
ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشئت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2020/1/5	60 د	مسح الجسد	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	تمرين الواعي الكامل (مسح الجسد)	8
تركيز المريض على شيء ما يريده وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشئت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2020/1/7	60 د	تقنية حبة الزبيب	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار أي أحكام أو نقد	تمرين الواعي الكامل) حبة الزبيب)	9

10	تقنية جدول بيك	استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية من خلال تدريب المريض على تقنية جدول بيك	تقنية جدول بيك	60 د	2020/1/12	تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض وإستخدام تقنية جدول بيك المدرب عليها وتسجيل الملاحظات
11	تقنية مع/ضد	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية	تقنية مع/ضد	60 د	2020/1/14	تسجيل الأفكار اللامنطقية عندما تخطر على ذهن المريض وإستخدام تقنية مع/ضد المدرب عليها وتسجيل الملاحظات
12	الإنهاء (التطبيق البعدي)	التأكد من استعادة المريض من البرنامج العلاجي عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك	تقنية الاسترخاء	60 د	2020/1/19	-

				للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل وإنهاء الجلسات		
--	--	--	--	---	--	--

● الجلسة الأولى والثانية:

بعد الاطلاع على التقرير الطبي النفسي للحالة من قبل الأطباء قامت الباحثة باستقبال المريضة وأخذ المعلومات الضرورية متضمنة (الاسم- العمر- العنوان- العمل- الحالة الاجتماعية- الأعراض التي تشكو منها- الأخوة- الأهل- الحالة الاقتصادية) والاستماع إلى قصة المريضة وأهم ما روتته المريضة في قصتها هو (الشعور بالحزن لفقدان الرغبة في الاهتمام بأولادها- كره الحياة بسبب المسؤوليات الكثيرة عليها- الشعور بالنفور تجاه الزوج وفقدان الاهتمام الجنسي وكثرة المشاكل بسبب ذلك- الشعور بالكآبة بسبب مسؤوليات الدوام والبيت والأطفال وغياب الزوج عن البيت بسبب دوامه الصباحي في المدرسة والعمل في دوام مسائي- الشعور بالحزن الشديد والبكاء المستمر لعدم اهتمامها بأطفالها كما السابق من ناحية " طبخ الطعام الذي يحبونه- التعليم- الاهتمام بدوراتهم الترفيهية- أخذهم إلى الحديقة للتنزه- عدم التحكم في غضبها والصراخ الدائم عليهم" - المشاكل مع الزوج بسبب عدم الاهتمام بالأولاد والبيت والزوج- فقدان التواصل مع الأهل والأصدقاء)، كانت المريضة متعاونة مع الباحثة لأنها قادمة من تلقاء نفسها لتلقي العلاج.

قامت الباحثة باتباع تقنية الرءاءات الأربعة 4R في تأسيس العلاقة المهنية مع المريضة وبناء علاقة قائمة على التعاطف والثقة والتفهم، وتضمنت تقنية 4R ما يأتي:

1- العودة إلى السياق: مثال:

المريضة " أشعر أنني أم فاشلة، أشعر بالحزن، أتمنى لو أنني أنام ولا استيقظ أبداً"

المعالج " أرى أنك تعانين جداً"

2- إعادة صياغة جمل المريض:

مثال (1):

المريضة " أشعر بالرغبة بالبكاء طوال الوقت، أشعر بالكآبة، أشعر بالحزن على أولادي"

المعالج " تشعرين بالحزن والكآبة على أولادك وترغبين بالبكاء طوال الوقت"

مثال (2):

المريضة " أنا المسؤولة عن تقصير أولادي في المدرسة، وعن المشاكل مع زوجي وشعور

عائلتي بعدم الاستقرار"

المعالج " تشعرين بأنك المسؤولة عن عدم استقرار عائلتك، وتقصير أولادك في المدرسة، ومشاكلك مع زوجك "

3- التلخيص:

يتم التلخيص في بداية الجلسة وعند الانتهاء من الجلسة.

4- التعزيز: مثال:

المريضة " أقرأ القرآن يومياً لأخرج مما أنا فيه "

المعالج " تقرأين القرآن لتهدئة نفسك، إنه أمر جيد بالنسبة لي كمعالج ويعني لي عدم استسلامك لوضعك، وتحاولين أن تجدي السبل الملائمة لمواجهة ما أنت فيه "

طُبِّقَت المقاييس على المريضة، وطُبِّقَ مقياس بيك للاكتئاب من خلال إعطاء المريضة المقياس وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (37) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب التطبيقي القبلي للحالة الثالثة

المقياس	التطبيق القبلي
بيك للاكتئاب	49

وبحسب مفتاح تصحيح المقياس تعني هذه الدرجة أنها تعاني من اكتئاب شديد جداً.

وأعطيت المريضة أيضاً مقياس الصحة النفسية المعدل وطلب منها قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس باختيار رقم للتعبير عما تشعر به حول السؤال المطروح، وُشِّرح للمريضة كيفية اختيار الأرقام مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاجت إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (38) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيقي القبلي للحالة الثالثة

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق القبلي
الأعراض الجسدية	24
الوسواس القهري	22
الحساسية التفاعلية	7
الاكتئاب	45
القلق	24
العداوة	10

15	قلق الخوف (الفوبيا)
9	البارانويا
6	الذهانية
11	عبارات إضافية (صحة نفسية عامة)
173	الدرجة الكلية للمقياس

● الجلسة الثالثة والرابعة:

بدأت الباحثة الجلسة بتلخيص ما جرى في الجلسات السابقة، وقامت بالتثقيف النفسي للمريضة حول مرضها وشرح أعراضه وطرق علاجه، وشرحت أيضاً العلاج المعرفي ووضحت كيف أنّ طريقة تفكيرنا التي نفسر بها المواقف التي تحدث معنا هي السبب المولد للمشاكل النفسية، وكيف أنّ التفكير السلبي والتشاؤمي يؤدي إلى الاكتئاب ودور العلاج المعرفي في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وطلبت منها ذكر موقف سبّب لها الشعور بالتوتر، فقالت المريضة ((عندما استيقظت اليوم صباحاً لأوقظ أولادي وأرسلهم إلى المدرسة تأخر ابني عند الدخول إلى الحمام فبدأت بالصراخ عليه كي لا يتأخر، هنا سمع زوجي صراخي وبدأ يقول لي "هل تلاحظين أنك منذ الصباح تقطين المشاكل وبأنك لست جديرة بتربية الأولاد" هنا شعرت بالتوتر الشديد)). بعدها شُرح للمريضة عن تقنية الاسترخاء ودورها الفعال في تخفيض القلق وتحقيق التوازن النفسي-العصبي، وشرح كيف أن التوترات النفسية الداخلية تؤدي إلى ظهور الأعراض الفيزيولوجية وأهمية الاسترخاء وأنواعه وخاصة التنفس العميق (التنفس الحجابي) الذي يعمل كأداة فعالة في الحماية من الضغط النفسي والتخفيف من التوتر والقلق وتخفيف الأعراض الفيزيولوجية، بالإضافة إلى شرح للمريض عن طريقة التنفس الصحيحة والطريقة الخاطئة التي يتنفس بها معظم الناس التي قد تتسبب في نقص مستويات الطاقة لديهم وشعورهم بالقلق، ثم قامت بعد ذلك بتدريب المريضة على التنفس الحجابي، وطلبت منها اختيار وضع يكون مريحاً بالنسبة لها إن كان بالاستلقاء على ظهرها على السرير أو الجلوس على كرسي بحيث يكون كل من العنق والكتفين والرأس مستنداً بالكامل وبشكل مستقيم إلى ظهر الكرسي، وقد اختارت المريضة الجلوس على الكرسي ثم طُلب منها إغماض العينين أو تركهما مفتوحتين بحسب رغبة المريضة ثم الاستنشاق بعمق من خلال الأنف وهذا ما يسمح بملء البطن بالهواء مع العد لمدة 8 ثواني مع وضع اللسان في سقف الحلق، ثم القيام بالزفير عن طريق الاسترخاء وإخراج كل الهواء بهدوء. بعد الانتهاء من التدريب طُلب منها تذكر الموقف الذي ذكرته قبل قليل مع تطبيق تمرين التنفس الحجابي، وفي نهاية الجلسة كلفت المريضة بواجب منزلي وهو

ممارسة الاسترخاء (التنفس الحجابي) يومياً عند الاستيقاظ وقبل النوم وعند التعرض للمواقف والشعور بالقلق والتوتر مع تسجيل ذلك لكي يُناقش في الجلسة القادمة.

- الجلسة الخامسة والسادسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، وبعدها سُئلت المريضة عن الأسئلة التي تريد الاستفسار عنها وعن المواقف التي حدثت معها واستخدمت فيها تقنية الاسترخاء، فذكرت المريضة موقفاً سبب لها التوتر والانزعاج ((كنت في زيارة عند والدتي أنا والأولاد وطلبت مني ابنتي صنع الطعام لها لأنها تشعر بالجوع فقلت لها " لا أنتهي من طلباتك داخل البيت ولا خارج البيت "، فقامت والدتي بالصراخ علي وتوبيخي، شعرت حينها بالذنب وبالتوتر الشديد، بدأت بعدها بتطبيق تمرين التنفس الحجابي مرات عدة حتى زال التوتر وذهبت لصنع الطعام لابنتي)).

ثم قامت الباحثة باستخدام نموذج كوترو بالتعاون مع المريضة بهدف التحليل الوظيفي الآتي والتاريخي لاستخراج الأفكار اللامنطقية لدى المريضة لمعالجتها.

• التحليل الوظيفي التاريخي:

1- معطيات بنيوية محتملة: تبين وجود مرض وراثي بالعائلة وهو ارتفاع ضغط الدم وأمراض في القلب.

2- عوامل تاريخية معززة للاضطراب: الكلام الدائم من قبل الوالدة والزوج ولوم المريضة بالتقصير في الأمور التي تخص الأولاد والبيت.

3- عوامل مفجرة أدت إلى استئارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: الشعور بالذنب الشديد تجاه الأولاد والزوج وتمني الموت.

4- الحدث ما قبل العلاج: مشاجرة مع الزوج وتهديدها بالطلاق في حال استمرت بهذه الحالة.

5- مشكلات أخرى: معاناة من ضغوط نفسية في المدرسة.

6- علاجات سابقة: لا يوجد.

7- أمراض فيزيائية جسدية: لا يوجد.

• التحليل الوظيفي الآتي:

شرحت الباحثة للمريضة كيف أنّ الأفكار التي تفكر بها هي السبب وراء المشاعر المزعجة ووراء السلوك غير المرغوب به، وقامت باستخراج الأفكار اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي الآتي

المعالج: ما هو أكثر شيء يخطر في بالك ويسبب لك القلق ومتى يكون ذلك؟

المريضة: أكثر شيء يخطر في بالي هو تعرض للأذى والفشل، لوحدي في أي مكان.

المعالج: بماذا تشعرين حينها؟

المريضة: الغضب، اليأس، الحزن، القلق

المعالج: ما هو تفسيرك الشخصي لذلك وماهي الأفكار التي تراودك حينها؟

المريضة: أكره نفسي، لولا أنايتي لما وصل أولادي إلى هنا، لا أستحق العيش، أنا المسؤولة عن كل ما يحدث لعائلتي، أنا زوجة وأم فاشلة، مهما فعلت لا أستطيع أن أعيد الأمور كما كانت سابقاً.

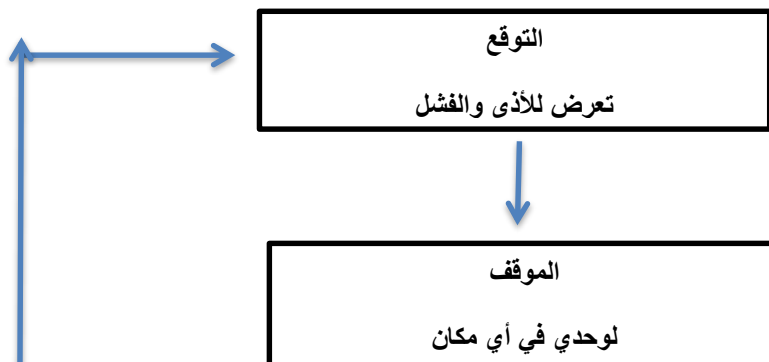
المعالج: ماذا تفعلين عندما تفكرين بذلك؟

المريضة: عدم التواصل مع الآخرين، الانعزال في الغرفة.

المعالج: الأشخاص من حولك كيف يتعاملون معك؟

المريضة: إنهم يوجهون لي النقد، ويلقون اللوم، لا يتفهموني.

الشكل (5) يوضح التحليل الوظيفي الآتي للمريض كما يأتي:



1995(SECA Grille,Cottraux)

الشكل(5) التحليل الوظيفي الآني للحالة الثالثة

من خلال بند التفسيرات الشخصية والأفكار يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنطقية والتي تؤدي به إلى سلوك غير مرغوب به، وهذا البند يساعد المعالج بالتعاون مع المريضة لتغيير هذه الأفكار اللامنطقية واستبدالها بأفكار منطقية من خلال التقنيات المعرفية في جلسات لاحقة.

-الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الجلسة السابعة: تمرين التركيز على اللحظة الحالية (التركيز على القلم) وتمرين التنفس الواعي:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء، ثم قامت بشرح للمريضة عن أهمية التركيز في اللحظة الحالية من حياتنا وكيف أن معظم الناس مشغولون بالتفكير إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالوقت الحاضر الأمر الذي يسبب مشاكل نفسية، ومن خلال هذه التمارين يزداد الوعي بالحالات العقلية والجسدية الأمر الذي يساعد على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم في الوقت الحاضر. بعدها بدأت الباحثة تدرب المريضة على تمرين التركيز باللحظة الحالية وطلبت منها إغماض العينين أو التركيز في مشهد ما أمامها وأخذ نفس عميق، وأن لا تنتقد أو تصدر أحكاماً وأن لا تفكر بأي شيء. كانت مدة التمرين دقيقة واحدة، وقد اختارت المريضة التركيز على قلم كان معها، وبعد الانتهاء من التمرين وجهت للمريضة أسئلة (هل مرت الدقيقة ببطء أم بسرعة _ ما عدد المرات التي تشتت فيها ذهنك) مع ذكر أن تشتت الذهن في أثناء التمرين طبيعي، وأنه مع الممارسة والتدريب عليه سيزيد من وعي المريضة وقدرتها على التركيز.

وأيضاً تم تدريب المريضة على التنفس الواعي من خلال تركيز الانتباه على الأنفاس وحرية الاختيار للمريضة بالوقوف أو الجلوس على الكرسي لتطبيق التمرين، وقد اختارت المريضة الجلوس على الكرسي، وطلب منها التركيز فقط على أنفاسها (الشهيق والزفير) دون أن تفكر بأي شيء أو تنتقد أو تصدر أحكاماً، مجرد التركيز فقط وملاحظة صعود الصدر وهبوطه، وعندما يتشتت ذهنها أن تحاول العودة إلى التركيز على الأنفاس والإحساس بالهواء الداخل والخارج، وشرح للمريضة أن تشتت الذهن أمر طبيعي وسيزول مع تكرار التمرين، وفي نهاية الجلسة طُلب من المريضة ممارسة تمارين الوعي مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي يتشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين.

الجلسة الثامنة: تمرين مسح الجسد: إمساك القلم:

في الجلسة الثامنة قامت الباحثة باستكمال تدريب المريضة على تمارين الوعي الكامل وكان التمرين هو (مسح الجسد). في البداية شُرح للمريضة كيفية تطبيق هذا التمرين من خلال الانتباه لأحاسيس الجسد وأهميته في تطوير الوعي وتهئية العقل وتقوية التركيز والانتباه، ثم قامت بتدريب المريضة عليه. بعد اختيار المريضة للوضعية التي تكون فيها مرتاحة طُلب منها الإحساس بالجسد بدءاً من

الرأس نزولاً إلى اليدين ثم الصدر ثم البطن ثم أسفل القدمين مع التركيز فقط على كل جزء منها وعلى الأحاسيس المترافقة دون التفكير بأي شيء أو إصدار أحكام، فقط التركيز.

اختير القلم لتنفيذ تمرين مسح الجسد بعد التدريب عليه، وطلب من المريضة وضع القلم على كف يدها والتركيز على أحاسيسها الجسدية في منطقة الكف واليد دون إطلاق أي أحكام أو التفكير في أي شيء، ثم التركيز على شكل القلم الموجود أمامها، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الكتف، ثم العودة للتركيز على لون القلم، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الرأس، مع تكرار أن تشتت ذهن أمر طبيعي في أثناء تطبيق التمرين، وفي نهاية الجلسة طلب منها كواجب منزلي ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً. تساعد هذه التقنية على قبول الألم الذي تشعر به المريضة من خلال الإدراك الواعي للأحاسيس المزعجة في جسدها ومواجهتها بدلاً من تجنبها.

وطلب منها عندما تأتي إلى الجلسة القادمة جلب معها فاكهة أو مكسرات تحبها.

الجلسة التاسعة: تمرين حبة الزبيب (حبة فستق):

قامت الباحثة بتدريب المريضة على تمرين حبة الزبيب من خلال حبة الفستق التي جلبتها المريضة معها، وشرحت للمريضة أهمية هذا التمرين ودوره في تنمية الوعي والاستمتاع بملذات الحياة اليومية، ثم طلب منها إمساك حبة الفستق في يدها والنظر بعناية إليها واستكشاف كل جزء من هذه الحبة وتفحص لونها، ثم طلب منها تقليب حبة الفستق بين أصابعها واكتشاف ماهيتها ووضعها بالقرب من أنفها واستكشاف رائحتها، ثم رفعها ببطء إلى شفتيها ووضعها في فمها دون مضغ وملاحظة كيفية دخولها إلى فمها في المقام الأول والتركيز على أحاسيس وجودها في الفم، وبعد ذلك الاستعداد لمضغها والاستمتاع بمذاقها والقيام ببلعها في نهاية التمرين. بعد الانتهاء من التمرين ناقشت الباحثة مع المريضة هذا التمرين والأحاسيس المترافقة معه، فقالت " إنني لأول مرة في حياتي ألاحظ شكل حبة الفستق وتناسق ألوانها واستمتع بمذاقها لهذه الدرجة".

من خلال أكل الشخص باهتمام يتوفر له تجربة حسية يستطيع من خلالها اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر وتنمية الوعي لديه والاستمتاع باللحظة الحالية. وفي نهاية الجلسة طلب من المريضة التركيز على أي شيء تأكله كواجب منزلي وتسجيل ذلك وتكرار التمرين يومياً.

-الجلسة العاشرة والحادية عشر: تقنية مع/ضد، جدول بيك:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريضة تنفيذ تقنية الاسترخاء. في الجلسات السابقة قامت الباحثة بتسجيل أهم الأفكار اللامنطقية التي خطرت في ذهن

المريضة من خلال نموذج كوترو المستخدم سابقاً في الجلسات وذلك من أجل معالجتها وجعلها أكثر منطقية من خلال التقنيات المعرفية (تقنية مع/ضد - تقنية جدول بيك). ففي تقنية مع/ضد بعد ذكر الفكرة اللامنتطقية طُلب من المريضة ما يدعم هذه الفكرة وسُجِّل في حقل مستقل وبعدها طُلب منها ما يدحض الفكرة اللامنتطقية وسُجِّل في حقل مستقل. تساعد هذه التقنية على إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنتطقية، والمثال عن كيفية تطبيق تقنية مع /ضد ما يأتي:

جدول(39) تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الثالثة

الأفكار اللامنتطقية	مع	ضد
أنا أم وزوجة فاشلة	- مشاكل كثيرة مع زوجي وعدم مراعاة تعب في العمل - عدم رغبتني في طبخ ما يحبه أولادي وقلة اهتمامي بنشاطاتهم الترفيهية وبدوراتهم التعليمية	- زوجي يجب عليه أيضاً مراعاة الضغط والتعب الذي أتحملة من الدوام وتربية الأولاد ومسؤوليات البيت لوحدي - يحتاج أي إنسان إلى أخذ فترة من الراحة بسبب ضغوطات الحياة

وفي تقنية جدول بيك يطلب من المريضة ذكر موقف شعرت به بالانزعاج والتوتر مع ذكر المشاعر السلبية التي شعرت بها وتحديد نسبة المشاعر السلبية، بعدها يطلب منها ذكر الأفكار التي خطرت في بالها في أثنائها (الأفكار اللامنتطقية) ثم يطلب منها ذكر أفكار (أفكار منطقية) تدحض الأفكار السابقة (اللامنتطقية)، ثم تُسأل عن المشاعر السلبية التي شعرت بها مع تحديد نسبتها بعد ذكرها لأفكار أكثر منطقية ومقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة. والمثال عن كيفية تطبيق تقنية جدول بيك ما يأتي:

جدول(40) تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الثالثة

الموقف	المشاعر ونسبتها	الأفكار الأتوماتيكية	الأفكار المنطقية	إعادة تقييم المشاعر
الانعزال في الغرفة وعدم القيام بالمسؤوليات	الحزن 85% قلق 85%	-أنا غير قادرة على فعل شيء لوحدي بعد الآن وتحمل مسؤولية	-من حقي أن ارتاح أولادي قد كبروا ويمكنهم الاعتماد على	حزن 45% قلق 40%

المطلوبة		أكثر -لا أصلح لأن أكون أما	أنفسهم في بعض الأمر -عندما غبت عن البيت لأيام عدة في أثناء مرض أمي استطاع الجميع الاعتماد على أنفسهم -لكي أستعيد نشاطي وعافيتي احتاج إلى قسط من الراحة
----------	--	----------------------------------	---

• الجلسة الثانية عشر: الإنهاء

بدأت الباحثة بتلخيص ما جرى منذ بداية العلاج إلى هذه اللحظة والتطور الذي حصل مع المريضة من خلال عدم الاكتراث لكلام الزوج والأم والافتناع بعدم تقصيرها بمسؤوليات البيت والافتناع بأن لديها الحق في أخذ الراحة كل فترة للتخفيف من الضغوطات التي تتعرض لها وتعليم الأولاد الاعتماد على أنفسهم ومساعدتها في بعض الأمور، بالإضافة إلى خروجها مع زميلاتها كل فترة والذهاب إلى زيارة الأقرباء، والتحدث بأهم النقاط التي كانت خلال الجلسات واستقبال الأسئلة من قبل المريضة والمناقشة والحوار، بعدها طُبِّقَت المقاييس، مقياس بيك للاكتئاب والصحة النفسية المعدل (التطبيق البعدي) للتأكد من استعادة المريضة من البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(41) درجة المريض على مقياس بيك التطبيق البعدي للحالة الثالثة

المقياس	التطبيق البعدي
بيك للاكتئاب	11

جدول(42) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق البعدي للحالة الثالثة

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق البعدي
---------------------------	----------------

16	الأعراض الجسدية
9	الوسواس القهري
5	الحساسية التفاعلية
15	الاكتئاب
9	القلق
7	العداوة
10	قلق الخوف (الفوبيا)
5	البارانويا
3	الذهانية
7	عبارات أخرى (صحة عامة)
86	الدرجة الكلية

من خلال المقارنة بين التطبيق القبلي والبعدي للمقاييس كان هناك انخفاض في درجة أعراض الاكتئاب. شُكرت المريضة على تعاونها خلال الجلسات وأنهى العلاج النفسي مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في ممارسة التمارين كافة التي تدربت عليها خلال البرنامج العلاجي.

الحالة الرابعة:

1- وصف الحالة:

فادي شاب يبلغ من العمر /22/ عاماً، أعزب، موظف في مستشفى حكومي فئة ثانية، جاء إلى العيادة النفسية في مستشفى المواساة الجامعي بشكوى تمثلت في الأعراض الآتية (فقدان الشغف في الأمور التي كان يحبها، الأرق وقلة النوم، الشعور بالوحدة بعد وفاة والدته بمرض السرطان، الشعور بالحزن أغلب الوقت، الشعور بالفشل، شهية قليلة للطعام، وجود أفكار انتحارية، فقدان الاستمتاع في أي شيء في الحياة)، ظهرت الأعراض منذ سنة، قام الأطباء بتشخيص الأعراض باضطراب الاكتئاب وتم تحويله إلى عيادة العلاج النفسي.

2- سير الجلسات العلاجية:

جدول (43) سير الجلسات العلاجية للحالة الرابعة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	تاريخ الجلسة	الواجب المنزلي
1	كسر الجليد	بناء علاقة بين المعالج والمريض	الراءات الأربعة	60 د	2020/1/7	-

			4R	لبناء الثقة بينهما		
2	القياس القبلي	تطبيق القياس القبلي على المريضة باستخدام مقاييس (بيك للاكتئاب- الصحة النفسية المعدل)	الراءات الأربعة 4R	60 د	2020/1/12	-
3	تنقيف نفسي	تعريف المريض بمرضه (الاكتئاب) وشرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه وتعريفه أيضاً بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار أكثر منطقية	الراءات الأربعة 4R	60 د	2020/1/14	-
4	تقنية الاسترخاء	تعريف المريض بتقنية الاسترخاء وآلية عملها في الجسم وتدريبه عليها	تقنية الاسترخاء	60 د	2020/1/19	ممارسة تقنية الاسترخاء صباحاً ومساءً يومياً وعند الشعور بالانزعاج والتوتر وتسجيل ذلك
5	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	شرح للمريض كيف الأفكار اللامنطقية هي السبب وراء السلوك غير المرغوب به والمشاعر المزعجة	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	60 د	2020/1/21	1-تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض 2-ممارسة

تقنية الاسترخاء يوميًا						
تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض	2020/1/26	60 د	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	استخراج الأفكار اللامنطقية وتسجيلها	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	6
ممارسة تمارين الوعي الكامل التي تم التدريب عليها خلال الجلسة مرتين يوميًا وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشئت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمارين	2020/1/28	60 د	1-الانتباه للحظة الحالية 2-التنفس الواعي	1-تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية 2-تدريب المريض على التنفس الواعي	تمرين الوعي الكامل (الانتباه للحظة الحالية_ التنفس الواعي)	7
ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يوميًا وتسجيل عدد المرات التي تشئت	2020/2/2	60 د	مسح الجسد	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	تمرين الوعي الكامل (مسح الجسد)	8

فيها الذهن أثناء تطبيق التمرين						
تركيز المريض على شيء ما يريده وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2020/2/4	60 د	تقنية حبة الزبيب	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار أي أحكام أو نقد	تمرين الوعي الكامل) حبة الزبيب)	9
تسجيل الأفكار اللامنتطقية التي تخطر على ذهن المريض واستخدام تقنية جدول بيك المدرب عليها وتسجيل الملاحظات	2020/2/9	60 د	تقنية جدول بيك	استبدال الأفكار اللامنتطقية بأفكار منطقية من خلال تدريب المريض على تقنية جدول بيك	تقنية جدول بيك	10
تسجيل الأفكار اللامنتطقية عندما تخطر على	2020/2/11	60 د	تقنية مع/ضد	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنتطقية	تقنية مع/ضد	11

ذهن المريض واستخدام تقنية مع/ضد المدرّب عليها وتسجيل الملاحظات						
-	2020/2/16	60 د	تقنية الاسترخاء	التأكد من استفاضة المريض من البرنامج العلاجي عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل) وانتهاء الجلسات	الإنهاء (التطبيق البعدي)	12

الجلسة الأولى والثانية:

بعد الاطلاع على التقرير الطبي النفسي للحالة من قبل الأطباء قامت الباحثة باستقبال المريض وأخذ المعلومات الضرورية متضمنة (الاسم- العمر- العنوان- العمل- الحالة الاجتماعية- الأعراض التي يشكو منها- الأخوة- الأهل- الحالة الاقتصادية) والاستماع إلى قصة المريض وأهم ما رواه المريض في قصته هو (الشعور بالوحدة بعد غياب والدته ووفاتها منذ سنة ومعاناتها في مرض السرطان، الشعور بكره والده له لأنه كان مدلاً من قبل الأم ونعته بأنه شاب غير قادر على تحمل المسؤولية وما زال غير ناضج وفاشل في أمور الحياة والعمل، الشعور بأن الحياة لا معنى لها بعد وفاة الوالدة وتمني الموت بشكل دائم ووجود أفكار انتحارية في بعض الأحيان، الشعور بالحزن الشديد والبكاء المستمر، الشعور بالفشل بسبب الانتقادات الموجهة إليه من قبل الوالد، فقدان التواصل مع الأصدقاء) كان المريض متعاوناً مع الباحثة لأنه قادم من تلقاء نفسه لتلقي العلاج.

قامت الباحثة باتباع تقنية الرءاءات الأربعة R4 في تأسيس العلاقة المهنية مع المريض وبناء علاقة قائمة على التعاطف والثقة والتفهم، وتضمنت تقنية 4R ما يأتي:

1- العودة إلى السياق: مثال:

المريض: " أشعر بالحزن فقد توفيت من كانت هي الحياة بالنسبة لي".
المعالج: "أرى أنك تعاني جداً".

2- إعادة صياغة جمل المريض: مثال:

المريض: "أنا إنسان فاشل ولولا ذلك لكان والدي أحبني ووثق بي".
المعالج: "تشعر بالفشل بسبب انتقادات والدك الدائمة لك".

3- التلخيص:

يتم التلخيص في بداية الجلسة وعند الانتهاء من الجلسة.

4- التعزيز: مثال:

المريض: "أذهب إلى العمل لأخرج مما أنا فيه".
المعالج: "تذهب إلى عملك لتهدئة نفسك، إنه أمر جيد بالنسبة لي كمعالج، وهذا يعني عدم استسلامك ومحاولتك للتخفيف مما تعاني منه".

طُبِّقَت المقياس على المريض، وطُبِّقَ مقياس بيك للاكتئاب من خلال إعطاء المريض المقياس وطلب منه قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاج إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (44) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب للتطبيق القبلي للحالة الرابعة

المقياس	التطبيق القبلي
بيك للاكتئاب	41

وبحسب مفتاح تصحيح المقياس تعني هذه الدرجة أنه يعاني من اكتئاب شديد جداً. وأعطى المريض أيضاً مقياس الصحة النفسية المعدل وطلب منه قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس باختيار رقم للتعبير عما يشعر به حول السؤال المطروح، وشرح للمريض كيفية اختيار الأرقام مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاج إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (45) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية للتطبيق القبلي للحالة الرابعة

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق القبلي
---------------------------	----------------

35	الأعراض الجسدية
20	الوسواس القهري
19	الحساسية التفاعلية
41	الاكتئاب
29	القلق
15	العداوة
21	قلق الخوف (الفوبيا)
19	البارانويا
9	الذهانية
23	عبارات أخرى (صحة عامة)
231	الدرجة الكلية للمقياس

الجلسة الثالثة والرابعة:

بدأت الباحثة الجلسة بتلخيص ما جرى في الجلسات السابقة، وقامت بالتثقيف النفسي للمريض حول مرضه وشرح أعراضه وطرق علاجه، وشرحت أيضاً العلاج المعرفي ووضّحت كيف أنّ طريقة تفكيرنا التي نفسر بها المواقف التي تحدث معنا هي السبب المولد للمشاكل النفسية، وكيف أنّ التفكير السلبي والتشاؤمي يؤدي إلى الاكتئاب ودور العلاج المعرفي في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وطلبت منه ذكر موقف سبّب له الشعور بالتوتر، فقال المريض ((عندما استيقظت للذهاب إلى العمل اليوم صباحاً وبينما كنت أرثدي حذائي للخروج قال لي والذي "لماذا تذهب إلى العمل فأنت لا تعرف إلا شرب القهوة والتدخين والتسلية فقط عد إلى غرفتك أفضل لك" هنا شعرت بالتوتر الشديد والحزن)). بعدها شرحت للمريض عن تقنية الاسترخاء ودورها الفعال في تخفيض القلق وتحقيق التوازن النفسي-العصبي وكيف أنّ التوترات النفسية الداخلية تؤدي إلى ظهور الأعراض الفيزيولوجية وأهمية الاسترخاء وأنواعه وخاصة التنفس العميق (التنفس الحجابي) الذي يعمل كأداة فعالة في الحماية من الضغط النفسي والتخفيف من التوتر والقلق وتخفيف الأعراض الفيزيولوجية، بالإضافة إلى شرح للمريض عن طريقة التنفس الصحيحة والطريقة الخاطئة التي يتنفس بها معظم الناس التي قد تتسبب في نقص مستويات الطاقة لديهم وشعورهم بالقلق، ثم قامت بعد ذلك بتدريب المريض على التنفس الحجابي، وطلبت منه اختيار وضع يكون مريحاً بالنسبة له إن كان بالاستلقاء على ظهره على السرير أو الجلوس على كرسي بحيث يكون كل من العنق والكتفين والرأس مستنداً بالكامل

وبشكل مستقيم إلى ظهر الكرسي، وقد اختار المريض الجلوس على الكرسي ثم طلب منه إغماض العينين أو تركهما مفتوحتين بحسب رغبة المريض ثم الاستنشاق بعمق من خلال الأنف وهذا ما يسمح بملء البطن بالهواء مع العد لمدة 8 ثواني مع وضع اللسان في سقف الحلق، ثم القيام بالزفير عن طريق الاسترخاء وإخراج كل الهواء بهدوء. بعد الانتهاء من التدريب طلب منه تذكر الموقف الذي ذكره قبل قليل مع تطبيق تمرين التنفس الحجابي، وفي نهاية الجلسة كلف المريض بواجب منزلي وهو ممارسة الاسترخاء (التنفس الحجابي) يومياً عند الاستيقاظ وقبل النوم وعند التعرض للمواقف والشعور بالقلق والتوتر مع تسجيل ذلك لكي يُناقش في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة والسادسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء وبعدها سئل المريض عن الأسئلة التي يريد الاستفسار عنها وعن المواقف التي حدثت معه واستخدم فيها تقنية الاسترخاء، وذكر المريض موقفاً سبب له التوتر والانزعاج ((كنت أدخل السيارة وأمسك الجهاز الخليوي وأشهد الأخبار عبر تطبيق الفيس بوك، رأني والدي وقال لي " أكثر من شرب الدخان وإمساك جهازك الخليوي طوال اليوم فأنت لا تصلح إلا لذلك"، شعرت حينها بالتوتر الشديد وبدأت بتطبيق تمرين التنفس الحجابي مرات عدة أمام النافذة حتى زال التوتر)).

ثم قامت الباحثة باستخدام نموذج كوترو بالتعاون مع المريض بهدف التحليل الوظيفي الآتي والتاريخي لاستخراج الأفكار اللامنطقية لدى المريض لمعالجتها.

• التحليل الوظيفي التاريخي:

- 1- معطيات بنيوية محتملة: تبين وجود مرض وراثي بالعائلة وهو مرض السكري.
- 2- عوامل تاريخية معززة للاضطراب: انتقادات دائمة من قبل الوالد بعدم قدرته على تحمل المسؤولية والفشل.
- 3- عوامل مفجرة أدت إلى استثارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: شعور بفقدان طاقته النفسية وتمني الموت.
- 4- الحدث ما قبل العلاج: مراودة أفكار حول الانتحار في بعض الأحيان وتذكر المريض للوعد الذي قطعه لوالدته بالاعتناء بنفسه.
- 5- مشكلات أخرى: معاناة من ضغوط نفسية في العمل.
- 6- علاجات سابقة: تناول مضادات للاكتئاب منذ سنة.

7-أمراض فيزيائية جسدية: لا يوجد.

•التحليل الوظيفي الآتي:

شرحت الباحثة للمريض كيف أنَّ الأفكار التي يفكر بها هي السبب وراء المشاعر المزعجة ووراء السلوك غير المرغوب به، وقامت باستخراج الأفكار اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي الآتي.

المعالج: ماهو أكثر شيء يخطر على بالك ويسبب لك القلق، ومتى يكون ذلك؟
المريض: أكثر شيء يخطر على بالي هو حدوث أشياء سيئة من دون سبب محدد، لوحدي في أي مكان.

المعالج: بماذا تشعر حينها؟

المريض: حزن، توتر، خوف

المعالج: ما هو تفسيرك الشخصي لذلك وماهي الأفكار التي تراودك حينها؟
المريض: أكره حياتي، الموت أفضل من هذه الحياة، والذي لا يحبني، أنا فاشل غير قادر على إنجاز أي شيء، مهما فعلت لن يحبني والذي.

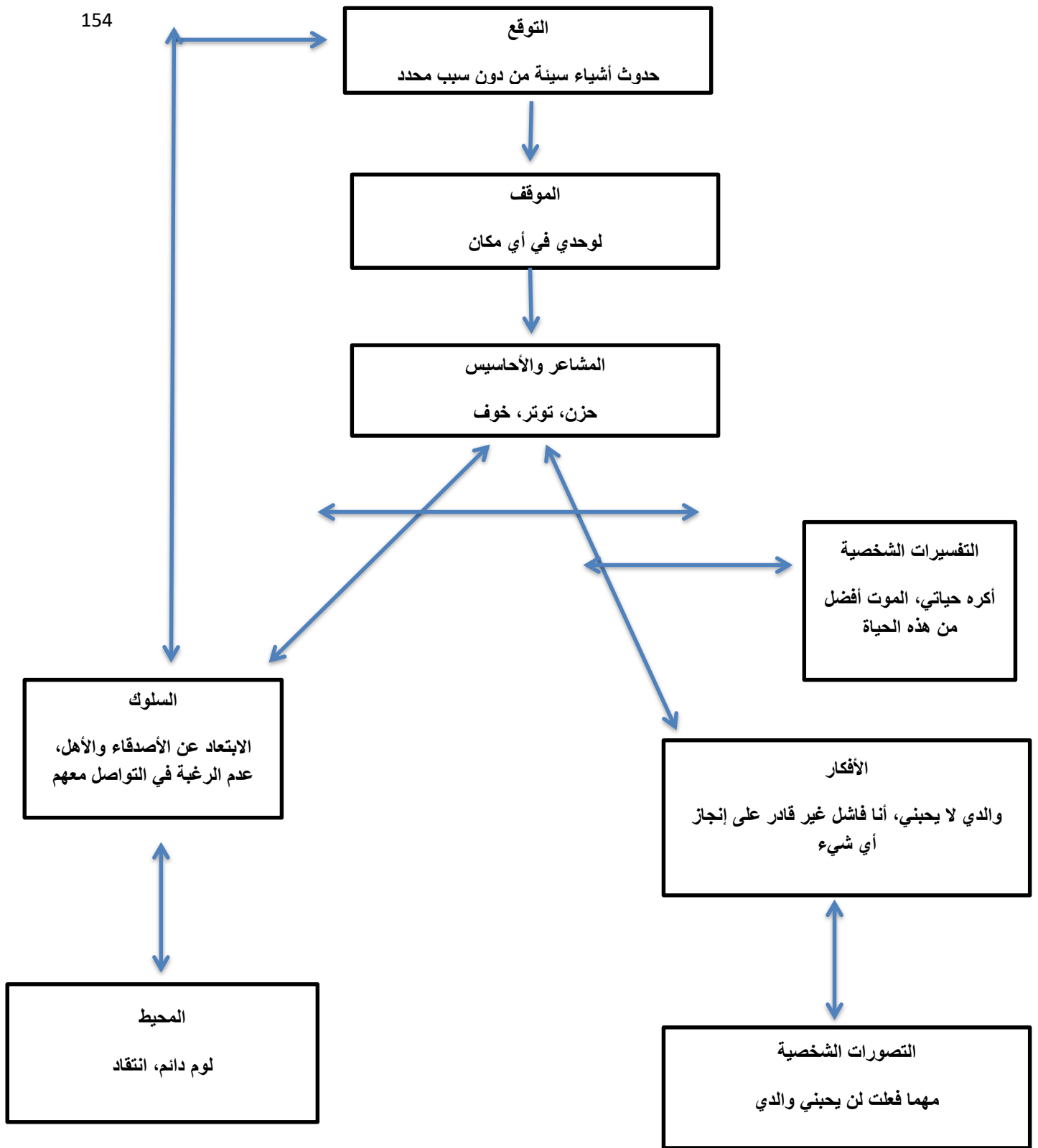
المعالج: ماذا تفعل عندما تفكر بذلك؟

المريض: الابتعاد عن الأصدقاء والأهل، عدم الرغبة في التواصل معهم.

المعالج: الأشخاص من حولك كيف يتعاملون معك؟

المريض: لوم دائم، انتقاد.

الشكل (6) يوضح التحليل الوظيفي الآتي للمريض كما يأتي:



1995(SECA Grille.Cottraux)

الشكل(6) التحليل الوظيفي الآني للحالة الرابعة

من خلال بند التفسيرات الشخصية والأفكار يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنطقية والتي تؤدي به إلى سلوك غير مرغوب به، وهذا البند يساعد المعالج بالتعاون مع المريض على تغيير هذه الأفكار اللامنطقية واستبدالها بأفكار منطقية من خلال التقنيات المعرفية في جلسات لاحقة.

الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الجلسة السابعة: تمرين التركيز على اللحظة الحالية (التركيز على الدفتر) وتمرين التنفس الواعي:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء، ثم قامت بشرح للمريض عن أهمية التركيز في اللحظة الحالية من حياتنا وكيف أن معظم الناس مشغولون بالتفكير إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالوقت الحاضر، الأمر الذي يسبب مشاكل نفسية، ومن خلال هذه التمارين يزداد الوعي بالحالات العقلية والجسدية، الأمر الذي يساعد على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم في الوقت الحاضر. بعدها بدأت الباحثة تدرب المريض على تمرين التركيز باللحظة الحالية وطلبت منه إغماض العينين أو التركيز في مشهد ما أمامه وأخذ نفس عميق، وأن لا ينتقد أو يصدر أحكاماً وأن لا يفكر بأي شيء. كانت مدة التمرين دقيقة واحدة، وقد اختار المريض التركيز على دفتر كان موجوداً على الطاولة، وبعد الانتهاء من التمرين وجّه للمريض أسئلة (هل مرت الدقيقة ببطء أم بسرعة_ ما عدد المرات التي تشتت فيها ذهنك) مع ذكر أن تشتت الذهن في أثناء التمرين طبيعي وإنه مع الممارسة والتدريب عليه سيزيد من وعي المريض وقدرته على التركيز.

وأيضاً تم تدريب المريض على التنفس الواعي من خلال تركيز الانتباه على أنفاسه وحرية الاختيار للمريض بالوقوف أو الجلوس على الكرسي لتطبيق التمرين، وقد اختار المريض الجلوس على الكرسي، وطلب منه التركيز فقط على أنفاسه (الشهيق والزفير) دون أن يفكر بأي شيء أو ينتقد أو يصدر أحكاماً، مجرد التركيز فقط وملاحظة صعود الصدر وهبوطه، وعندما يتشتت ذهنه أن يحاول العودة إلى التركيز على الأنفاس والإحساس بالهواء الداخل والخارج، وشرح للمريض أن تشتت الذهن أمر طبيعي وسيزول مع تكرار التمرين، وفي نهاية الجلسة طُلب من المريض ممارسة تمارين الوعي مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين.

الجلسة الثامنة: تمرين مسح الجسد: إمساك الدفتر:

في الجلسة الثامنة قامت الباحثة باستكمال تدريب المريض على تمارين الوعي الكامل وكان التمرين هو (مسح الجسد). في البداية شُرح للمريض كيفية تطبيق هذا التمرين من خلال الانتباه لأحاسيس الجسد وأهميته في تطوير الوعي وتهذئة العقل وتقوية التركيز والانتباه، ثم قامت بتدريب المريض

عليه. بعد اختيار المريض للوضعية التي يكون فيها مرتاحاً طُلب منه الإحساس بالجسد بدءاً من الرأس نزولاً إلى اليدين ثم الصدر ثم البطن ثم أسفل القدمين مع التركيز فقط على كل جزء منها وعلى الأحاسيس المترافقة دون التفكير بأي شيء أو إصدار أحكام، فقط التركيز.

اختير الدفتر لتنفيذ تمرين مسح الجسد بعد التدريب عليه، وطُلب من المريض وضع الدفتر على كف يده والتركيز على أحاسيسه الجسدية في منطقة الكف واليد دون إطلاق أي أحكام أو التفكير في أي شيء، ثم التركيز على شكل الدفتر الموجود أمامه، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الكتف، ثم العودة للتركيز على لون الدفتر، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الرأس، مع تكرار أن تشتت الذهن أمر طبيعي في أثناء تطبيق التمرين. تساعد هذه التقنية على قبول الألم الذي يشعر به المريض من خلال الإدراك الواعي للأحاسيس المزعجة في جسدها ومواجهتها بدلاً من تجنبها، وفي نهاية الجلسة طُلب منه كواجب منزلي ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً.

الجلسة التاسعة: تمرين حبة الزبيب:

قامت الباحثة بتدريب المريض على تمرين حبة الزبيب وشرحت للمريض أهمية هذا التمرين ودوره في تنمية الوعي والاستمتاع بملذات الحياة اليومية، ثم طُلب منه إمساك حبة الزبيب في يده والنظر بعناية إليها واستكشاف كل جزء من هذه الحبة وتفحص لونها، ثم طُلب منه تقليب حبة الزبيب بين أصابعه واكتشاف ماهيتها ووضعها بالقرب من أنفه واستكشاف رائحتها ثم رفعها ببطء إلى شفتيه ووضعها في فمه دون مضغ وملاحظة كيفية دخولها إلى فمه في المقام الأول والتركيز على أحاسيس وجودها في الفم، وبعد ذلك الاستعداد لمضغها والاستمتاع بمذاقها والقيام ببلعها في نهاية التمرين. بعد الانتهاء من التمرين ناقشت الباحثة مع المريض هذا التمرين والأحاسيس المترافقة معه. من خلال أكل الشخص باهتمام يتوفر له تجربة حسية يستطيع من خلالها اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر وتنمية الوعي لديه والاستمتاع باللحظة الحالية. وفي نهاية الجلسة طُلب من المريض التركيز على أي شيء يأكله كواجب منزلي وتسجيل ذلك وتكرار التمرين يومياً.

الجلسة العاشرة والحادية عشر: تقنية مع/ضد، جدول بيك:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء. في الجلسات السابقة قامت الباحثة بتسجيل أهم الأفكار اللامنطقية التي خطرت في ذهن المريض من خلال نموذج كوترو المستخدم سابقاً في الجلسات وذلك من أجل معالجتها وجعلها أكثر منطقية من خلال التقنيات المعرفية (تقنية مع/ضد - تقنية جدول بيك). ففي تقنية مع/ضد بعد ذكر الفكرة اللامنطقية طُلب من المريض ما يدعم هذه الفكرة وسُجِّل في حقل مستقل وبعدها طُلب

منه ما يدحض الفكرة اللامنطقية وسُجِّل في حقل مستقل. تساعد هذه التقنية على إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية، والمثال عن كيفية تطبيق تقنية مع /ضد ما يأتي:

جدول (46) تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الرابعة

الأفكار اللامنطقية	مع	ضد
والذي لا يحبني	ينتقديني بشكل دائم بأنني فاشل وغير قادر على تحمل المسؤولية	عندما مرضت أخذني إلى الطبيب وبدأ عليه الخوف واعتنى بي

وفي تقنية جدول بيك يطلب من المريض ذكر موقف شعر به بالانزعاج والتوتر مع ذكر المشاعر السلبية التي شعر بها وتحديد نسبة المشاعر السلبية. بعدها يطلب منه ذكر الأفكار التي خطرت في باله في أثنائها (الأفكار اللامنطقية) ثم يطلب منه ذكر أفكار (أفكار منطقية) تدحض الأفكار السابقة (اللامنطقية)، ثم يُسأل عن المشاعر السلبية التي شعر بها مع تحديد نسبتها بعد ذكره لأفكار أكثر منطقية ومقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة. والمثال عن كيفية تطبيق تقنية جدول بيك ما يأتي:

جدول (47) تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الرابعة

الموقف	المشاعر ونسبتها	الأفكار الأوتوماتيكية	الأفكار المنطقية	إعادة تقييم المشاعر
انعزال عن الأصدقاء والبقاء وحيد في الغرفة	الحزن 90% الخوف 85%	أنا فاشل غير قادر على القيام بأي شيء من دون أُمي	أذهب إلى العمل بالمشفى وأقوم بما أكلف به وأجد الثناء من قبل المدير على ذلك	الحزن 50% الخوف 40%

الجلسة الثانية عشر: الإنهاء

بدأت الباحثة بتلخيص ما جرى منذ بداية العلاج إلى هذه اللحظة والتطور الذي حصل مع المريض والتحدث بأهم النقاط التي كانت خلال الجلسات واستقبال الأسئلة من قبل المريض والمناقشة والحوار. بعدها طُبِّقت المقاييس بيك للاكتئاب والصحة النفسية المعدل (التطبيق البعدي) للتأكد من استفادة المريض من البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول (48) درجة المريض على مقياس بيك التطبيق البعدي للحالة الرابعة

مقياس	التطبيق البعدي
بيك للاكتئاب	9

جدول (49) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق البعدي للحالة الرابعة

محاوّر مقياس الصحة النفسية	التطبيق البعدي
الأعراض الجسدية	15
الوسواس القهري	8
الحساسية التفاعلية	9
الاكتئاب	14
القلق	11
العداوة	5
قلق الخوف (الفوبيا)	8
البارانويا	4
الذهانية	3
عبارات أخرى (صحة عامة)	13
الدرجة الكلية للمقياس	90

من خلال المقارنة بين التطبيق القبلي والبعدي للمقاييس كان هناك انخفاض في درجة أعراض الاكتئاب. شكر المريض على تعاونه خلال الجلسات وأنهى العلاج النفسي مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في ممارسة التمارين كافة التي تدرب عليها خلال البرنامج العلاجي.

الحالة الخامسة:

1- وصف الحالة:

محمد شاب يبلغ من العمر 27/ عاماً، أعزب، عامل في محل للخضار، لم يكمل دراسته في المعهد التقني للحاسوب، لديه 5 أخوات، جاء إلى العيادة النفسية بشكوى تمثلت بالأعراض الآتية (الشعور بالحزن طوال الوقت، الشعور بالفشل، لوم النفس بأن طبيعته عمله ومظهره الخارجي هما السبب لعدم استمرار علاقاته العاطفية، صعوبة النوم، عدم الرضا عن النفس،

عدم الرغبة بالنشاطات المعتادة)، قام الأطباء في العيادة النفسية بتشخيص الأعراض لديه باضطراب الاكتئاب، ومن ثم قاموا بتحويله إلى عيادة العلاج النفسي.

2- سير الجلسات العلاجية:

جدول (50) سير الجلسات العلاجية للحالة الخامسة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	تاريخ الجلسة	الواجب المنزلي
1	كسر الجليد	بناء علاقة بين المعالج والمريض لبناء الثقة بينهما	الراءات الأربعة 4R	60 د	2020/2/2	-
2	القياس القبلي	تطبيق القياس القبلي على المريض باستخدام مقاييس (بيك للاكتئاب- الصحة النفسية المعدل)	الراءات الأربعة 4R	60 د	2020/2/4	-
3	تثقيف نفسي	تعريف المريض بمرضه (الاكتئاب) وشرح أعراضه وأسبابه وطرق علاجه وتعريفه أيضاً بالعلاج المعرفي ودوره في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار أكثر منطقية	الراءات الأربعة 4R	60 د	2020/2/9	-
4	تقنية الاسترخاء	تعريف المريض بتقنية الاسترخاء وآلية عملها في الجسم وتدريبه عليها	تقنية الاسترخاء	60 د	2020/2/11	ممارسة تقنية الاسترخاء صباحاً ومساءً يومياً وعند الشعور بالانزعاج

والتوتر وتسجيل ذلك						
1-تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض 2-ممارسة تقنية الاسترخاء يوميًا	2020/2/16	60 د	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	شرح للمريض كيف أنّ الأفكار اللامنطقية هي السبب وراء السلوك غير المرغوب به والمشاعر المزعجة	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	5
تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض	2020/2/18	60 د	1-تقنية الاسترخاء 2-نموذج كوترو	استخراج الأفكار اللامنطقية وتسجيلها	التحليل الوظيفي بشقيه الآني والوظيفي	6
ممارسة تمارين الوعي الكامل التي تم التدريب عليها خلال الجلسة مرتين يوميًا وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن أثناء تطبيق	2020/2/22	60 د	1-الانتباه للحظة الحالية 2-التنفس الواعي	1-تدريب المريض على التركيز على الخبرات الحالية واللحظية 2-تدريب المريض على التنفس الواعي	تمرين الوعي الكامل (الانتباه للحظة الحالية_ التنفس الواعي)	7

التمارين						
ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يوميًا وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2020/2/25	60 د	مسح الجسد	تدريب المريض على الانتباه لأحاسيس الجسد دون الحكم أو النقد	تمرين الوعي الكامل (مسح الجسد)	8
تركيز المريض على شيء ما يريده وتسجيل الملاحظات وعدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين	2020/3/1	60 د	تقنية حبة الزبيب	تدريب المريض على التركيز على حبة الزبيب من خلال الرؤية واللمس والشم والتذوق دون إصدار أي أحكام أو نقد	تمرين الوعي الكامل) حبة الزبيب)	9
تسجيل الأفكار اللامنطقية التي تخطر على ذهن المريض واستخدام تقنية جدول	2020/3/3	60 د	تقنية جدول بيك	استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية من خلال تدريب المريض على تقنية جدول بيك	تقنية جدول بيك	10

بيك المدرب عليها وتسجيل الملاحظات						
تسجيل الأفكار اللامنطقية عندما تخطر على ذهن المريض واستخدام تقنية مع/ضد المدرب عليها وتسجيل الملاحظات	2020/3/8	60 د	تقنية مع/ضد	إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية	تقنية مع/ضد	11
-	2020/3/10	60 د	تقنية الاسترخاء	التأكد من استقادة المريض من البرنامج العلاجي عن طريق تطبيق القياس البعدي للمقاييس (بيك للاكتئاب_ الصحة النفسية المعدل) وانهاء الجلسات	الإنهاء (التطبيق البعدي)	12

الجلسة الأولى والثانية:

بعد الاطلاع على التقرير الطبي النفسي للحالة من قبل الأطباء قامت الباحثة باستقبال المريض وأخذ المعلومات الضرورية متضمنة (الاسم- العمر- العنوان- العمل- الحالة الاجتماعية- الأعراض التي يشكو منها- الأخوة- الأهل- الحالة الاقتصادية) والاستماع إلى قصة المريض

وأهم ما رواه المريض في قصته هو (حزنه لعدم قدرته على إكمال دراسته في المعهد بسبب الوضع الاقتصادي المتدني لعائلته بسبب توقف والده عن العمل لكبر سنه ومعاناته من مرض القلب ومعاناة والدته أيضاً من أمراض مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري واحتياجهم الدائم للأدوية واضطراره للعمل في محل للخضار لمساعدة والديه، الشعور بالفشل بسبب تركه للتعليم والانتقاد الموجه له من قبل الفتيات في أثناء الارتباط به لأنه عامل وليس متعلم ولا يملك شهادة، والانتقاد أيضاً من شكله وعدم اهتمامه بمظهره الخارجي، لوم النفس على فشل العلاقات العاطفية، الشعور بعدم الرضا عن النفس، فقدان الرغبة في الاستمتاع في أي شيء بالحياة)، كان المريض متعاوناً مع الباحثة لأنه قادم من تلقاء نفسه لتلقي العلاج. قامت الباحثة باتباع تقنية الرءات الأربعة R4 في تأسيس العلاقة المهنية مع المريض وبناء علاقة قائمة على التعاطف والثقة والتفهم، وتضمنت تقنية R4 الآتي:

1- العودة إلى السياق: مثال:

المريض: " أشعر بالحزن الشديد لعدم قدرتي على إكمال دراستي ".
المعالج: " أرى أنك تعاني جداً.

2- إعادة صياغة جمل المريض: مثال:

المريض: " أشعر بالرغبة بالبكاء لأنني لم أستطع تحقيق حلمي ".
المعالج: "تشعر بالرغبة بالبكاء لعدم قدرتك على تحقيق حلمك".

3- التلخيص:

يتم التلخيص في بداية الجلسة وعند الانتهاء من الجلسة.

4- التعزيز: مثال:

المريض: " أقرأ الكتب التاريخية عندما يكون لدي وقت".
المعالج: "تقرأ الكتب التاريخية، هذا جيد بالنسبة لي كمعالج لأنه يعني عدم استسلامك ورغبتك في الاستمرار بالقيام بما تحبه".

طُبِّقَت المقاييس على المريض، وطُبِّقَ مقياس بيك للاكتئاب من خلال إعطاء المريض المقياس وطُلب منه قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاج إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (51) درجة المريض على مقياس بيك للاكتئاب التطبيقي القبلي للحالة الخامسة

مقياس	التطبيق القبلي
بيك للاكتئاب	35

وبحسب مفتاح تصحيح المقياس تعني هذه الدرجة أنه يعاني من اكتئاب شديد. و أعطى المريض أيضاً مقياس الصحة النفسية المعدل وطلب منه قراءته بشكل جيد والإجابة عن أسئلة المقياس باختيار رقم للتعبير عما يشعر به حول السؤال المطروح، وُشرح للمريض كيفية اختيار الأرقام مع التنبيه إلى طلب المساعدة من المعالج في حال احتاج إلى الاستفسار عن سؤال ما، وكانت نتيجة الإجابة عن المقياس كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (52) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيقي القبلي للحالة الخامسة

مقايير مقياس الصحة النفسية	التطبيق القبلي
الأعراض الجسمانية	30
الوسواس القهري	24
الحساسية التفاعلية	25
الاكتئاب	40
القلق	26
العداوة	14
قلق الخوف (الفوبيا)	17
البارانويا	12
الذهانية	7
عبارات أخرى (صحة عامة)	19
الدرجة الكلية للمقياس	214

الجلسة الثالثة والرابعة:

بدأت الباحثة الجلسة بتلخيص ما جرى في الجلسات السابقة، وقامت بالتثقيف النفسي للمريض حول مرضه وشرح أعراضه وطرق علاجه، وشرحت أيضاً العلاج المعرفي ووضّحت كيف أنّ طريقة تفكيرنا التي نفسر بها المواقف التي تحدث معنا هي السبب المولد للمشاكل النفسية، وكيف أنّ التفكير السلبي والتشاؤمي يؤدي إلى الاكتئاب ودور العلاج المعرفي في استبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية، وطلبت منه ذكر موقف سبّب له الشعور بالتوتر، فقال المريض ((في إحدى علاقاتي العاطفية وبينما كنا نجلس في الحديقة أنا وحبيبتي، قالت لي

حبيبتي "أنت لاتقف أمام المرأة وترى مظهرك كيف يبدو أو إنك اعتدت على أن تظهر بمظهر كما لو أنك ذاهب إلى العمل في المحل، شعرت حينها بالحزن والتوتر الشديد)). بعدها شرحت الباحثة للمريض عن تقنية الاسترخاء ودورها الفعال في تخفيض القلق وتحقيق التوازن النفسي-العصبي وكيف أن التوترات النفسية الداخلية تؤدي إلى ظهور الأعراض الفيزيولوجية وأهمية الاسترخاء وأنواعه وخاصة التنفس العميق (التنفس الحجابي) الذي يعمل كأداة فعالة في الحماية من الضغط النفسي والتخفيف من التوتر والقلق وتخفيف الأعراض الفيزيولوجية، بالإضافة إلى شرح للمريض عن طريقة التنفس الصحيحة والطريقة الخاطئة التي يتنفس بها معظم الناس التي قد تتسبب في نقص مستويات الطاقة لديهم وشعورهم بالقلق، ثم قامت بعد ذلك بتدريب المريض على التنفس الحجابي، وطلبت منه اختيار وضع يكون مريحاً بالنسبة له إن كان بالاستلقاء على ظهره على السرير أو الجلوس على كرسي بحيث يكون كل من العنق والكتفين والرأس مستنداً بالكامل وبشكل مستقيم إلى ظهر الكرسي، وقد اختار المريض الجلوس على الكرسي، ثم طلب منه إغماض العينين أو تركهما مفتوحتين بحسب رغبة المريض ثم الاستنشاق بعمق من خلال الأنف وهذا ما يسمح بملء البطن بالهواء مع العد لمدة 8 ثواني مع وضع اللسان في سقف الحلق، ثم القيام بالزفير عن طريق الاسترخاء وإخراج كل الهواء بهدوء. بعد الانتهاء من التدريب طُلب منه تذكر الموقف الذي ذكره قبل قليل مع تطبيق تمرين التنفس الحجابي، وفي نهاية الجلسة كلف المريض بواجب منزلي وهو ممارسة الاسترخاء (التنفس الحجابي) يومياً عند الاستيقاظ وقبل النوم وعند التعرض للمواقف والشعور بالقلق والتوتر مع تسجيل ذلك لكي يُناقش في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة والسادسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء، وبعدها سئل المريض عن الأسئلة التي يريد الاستفسار عنها وعن المواقف التي حدثت معه واستخدم فيها تقنية الاسترخاء، وذكر المريض موقفاً سبب له التوتر والانزعاج ((في أثناء وجودي في العمل كان هناك فتاة تقوم بسؤالي عن أسعار الخضار بعدها سألتني عن اسمي وعمري فأجبتها، فقالت متفاجئة "إنك تمزح يبدو عليك أنك أكبر سنّاً من ذلك عليك الاهتمام بمظهرك الخارجي أكثر، شعرت حينها بالتوتر وطبقت تمرين التنفس مرات عدة حتى زال التوتر)). ثم قامت الباحثة باستخدام نموذج كوترو بالتعاون مع المريض بهدف التحليل الوظيفي الآتي والتاريخي لاستخراج الأفكار اللامنطقية لدى المريض لمعالجتها.

• التحليل الوظيفي التاريخي:

1- معطيات بنيوية محتملة: تبين وجود أمراض وراثية بالعائلة مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري.

2-عوامل تاريخية معززة للاضطراب: انتقاد الفتيات له في علاقاته العاطفية بالفشل لعدم إكماله دراسته.

3-عوامل مفجرة أدت إلى استثارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: الشعور بالفشل وكره الذات.

4-الحدث ما قبل العلاج: رفض فتاة الارتباط به لعدم تناسبهما في المجال التعليمي والثقافي.

5-مشكلات أخرى: معاناة من ضغوط نفسية في المنزل.

6-علاجات سابقة: لا يوجد.

7-أمراض فيزيائية جسدية: لا يوجد.

•التحليل الوظيفي الآتي:

شرحت الباحثة للمريض كيف أنّ الأفكار التي يفكر بها هي السبب وراء المشاعر المزعجة ووراء السلوك غير المرغوب به، وقامت باستخراج الأفكار اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي الآتي.

المعالج: ما هو أكثر شيء يخطر في بالك ويسبب لك القلق ومتى يكون ذلك؟

المريض: أكثر شيء يخطر في بالي هو التعرض للأذى والفشل، لوحدي في أي مكان.

المعالج: بماذا تشعر حينها؟

المريض: الحزن، القلق.

المعالج: ما هو تفسيرك الشخصي لذلك، وماهي الأفكار التي تراودك حينها؟

المريض: أستحق ما يحدث معي، أكره نفسي، أنا فاشل، أنا مسؤول عن فشل علاقاتي العاطفية، مهما فعلت لن أحقق ما أريد.

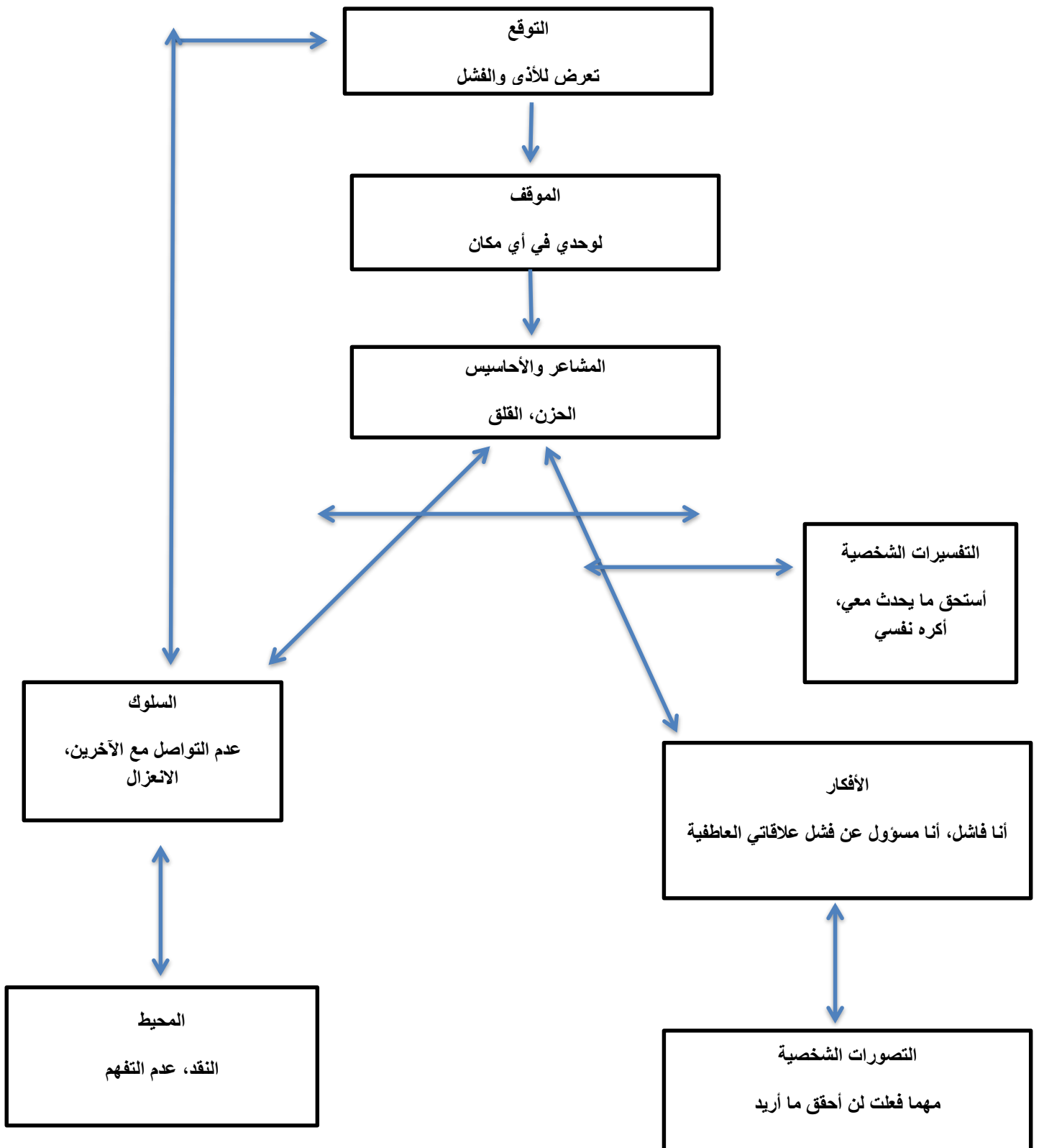
المعالج: ماذا تفعل عندما تفكر بذلك؟

المريض: عدم التواصل مع الآخرين، الانعزال.

المعالج: الأشخاص من حولك كيف يتعاملون معك؟

المريض: إنهم كثيرون الانتقاد، لا يتفهمونني.

الشكل (7) يوضح التحليل الوظيفي الآتي للمريض كما يأتي:



1995(SECA Grille,Cottraux)

الشكل(7) التحليل الوظيفي الآني للحالة الخامسة

من خلال بند التفسيرات الشخصية والأفكار يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنتطقية والتي تؤدي به إلى سلوك غير مرغوب به، وهذا البند يساعد المعالج بالتعاون مع المريض على تغيير هذه الأفكار اللامنتطقية واستبدالها بأفكار منطقية من خلال التقنيات المعرفية في جلسات لاحقة.

الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الجلسة السابعة: تمرين التركيز على اللحظة الحالية (التركيز على الورقة) وتمرين التنفس

الواعي:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلب من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء، ثم قامت بشرح للمريض عن أهمية التركيز في اللحظة الحالية من حياتنا وكيف أن معظم الناس مشغولون بالتفكير إما بالماضي أو المستقبل ولا يستمتعون بالوقت الحاضر، الأمر الذي يسبب مشاكل نفسية، ومن خلال هذه التمارين يزداد الوعي بالحالات العقلية والجسدية، الأمر الذي يساعد على اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم في الوقت الحاضر. بعدها بدأت الباحثة تدرب المريض على تمرين التركيز باللحظة الحالية وطلبت منه إغماض العينين أو التركيز في مشهد ما أمامه وأخذ نفس عميق، وأن لا ينتقد أو يصدر أحكاماً وأن لا يفكر بأي شيء. كانت مدة التمرين دقيقة واحدة، وقد اختار المريض التركيز على ورقة كانت موجودة على الطاولة، وبعد الانتهاء من التمرين وجه للمريض أسئلة (هل مرت الدقيقة ببطء أم بسرعة_ ما عدد المرات التي تشتت فيها ذهنك) مع ذكر أن تشتت الذهن في أثناء التمرين طبيعي وإنه مع الممارسة والتدريب عليه سيزيد من وعي المريض وقدرته على التركيز.

وأيضاً تم تدريب المريض على التنفس الواعي من خلال تركيز الانتباه على أنفاسه وحرية الاختيار للمريض بالوقوف أو الجلوس على الكرسي لتطبيق التمرين، وقد اختار المريض الجلوس على الكرسي، وطلب منه التركيز فقط على أنفاسه (الشهيق والزفير) دون أن يفكر بأي شيء أو ينتقد أو يصدر أحكاماً، مجرد التركيز فقط وملاحظة صعود الصدر وهبوطه وعندما يتشتت ذهنه أن يحاول العودة إلى التركيز على الأنفاس والإحساس بالهواء الداخل والخارج، وشرح للمريض أن تشتت الذهن أمر طبيعي وسيزول مع تكرار التمرين، وفي نهاية الجلسة طلب من المريض ممارسة تمارين الوعي مرتين يومياً وتسجيل عدد المرات التي تشتت فيها الذهن في أثناء تطبيق التمرين.

الجلسة الثامنة: تمرين مسح الجسد: إمساك الورقة:

في الجلسة الثامنة قامت الباحثة باستكمال تدريب المريض على تمارين الوعي الكامل وكان التمرين هو (مسح الجسد). في البداية شُرح للمريض كيفية تطبيق هذا التمرين من خلال الانتباه لأحاسيس

الجسد وأهميته في تطوير الوعي وتهئية العقل وتقوية التركيز والانتباه، ثم قامت بتدريب المريض عليه. بعد اختيار المريض للوضعية التي يكون فيها مرتاحاً طلب منه الإحساس بالجسد بدءاً من الرأس نزولاً إلى اليدين ثم الصدر ثم البطن ثم أسفل القدمين مع التركيز فقط على كل جزء منها وعلى الأحاسيس المترافقة دون التفكير بأي شيء أو إصدار أحكام، فقط التركيز.

اختيرت الورقة لتنفيذ تمرين مسح الجسد بعد التدريب عليه، وطلب من المريض وضع الورقة على كف يده والتركيز على أحاسيسه الجسدية في منطقة الكف واليد دون إطلاق أي أحكام أو التفكير في أي شيء، ثم التركيز على شكل الورقة الموجودة أمامه، ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الكتف ثم العودة للتركيز على لون الورقة ثم التركيز على الأحاسيس الجسدية في منطقة الرأس، مع تكرار أن تشتت الذهن أمر طبيعي في أثناء تطبيق التمرين. تساعد هذه التقنية على قبول الألم الذي يشعر به المريض من خلال الإدراك الواعي للأحاسيس المزعجة في جسده ومواجهتها بدلاً من تجنبها، وفي نهاية الجلسة طُلب منه كواجب منزلي ممارسة تمرين مسح الجسد مرتين يومياً.

الجلسة التاسعة: تمرين حبة الزبيب (حبة الفستق):

قامت الباحثة بتدريب المريض على تمرين حبة الزبيب من خلال حبة الفستق، وشرحت للمريض أهمية هذا التمرين ودوره في تنمية الوعي والاستمتاع بملذات الحياة اليومية، ثم طلبت منه إمساك حبة الفستق في يده والنظر بعناية إليها واستكشاف كل جزء من هذه الحبة وتفحص لونها، ثم طلبت منه تقليب حبة الفستق بين أصابعه واكتشاف ماهيتها ووضعها بالقرب من أنفه واستكشاف رائحتها ثم رفعها ببطء إلى شفتيه ووضعها في فمه دون مضغ وملاحظة كيفية دخولها إلى فمه في المقام الأول والتركيز على أحاسيس وجودها في الفم، وبعد ذلك الاستعداد لمضغها والاستمتاع بمذاقها والقيام ببلعها في نهاية التمرين. بعد الانتهاء من التمرين ناقشت الباحثة مع المريض هذا التمرين والأحاسيس المترافقة معه. من خلال أكل الشخص باهتمام يتوفر له تجربة حسية يستطيع من خلالها اكتساب شعور أكبر بالسيطرة على أفكاره ومشاعره وسلوكه في الوقت الحاضر وتنمية الوعي لديه والاستمتاع باللحظة الحالية. وفي نهاية الجلسة طُلب من المريض التركيز على أي شيء يأكله كواجب منزلي وتسجيل ذلك وتكرار التمرين يومياً.

الجلسة العاشرة والحادية عشر: تقنية مع/ضد، جدول بيك:

بدأت الباحثة الجلسة بالتلخيص لما جرى في الجلسة السابقة وطلبت من المريض تنفيذ تقنية الاسترخاء. في الجلسات السابقة قامت الباحثة بتسجيل أهم الأفكار اللامنطقية التي خطرت في ذهن المريض من خلال نموذج كوترو المستخدم سابقاً في الجلسات، وذلك من أجل معالجتها وجعلها

أكثر منطقية من خلال التقنيات المعرفية (تقنية مع/ضد - تقنية جدول بيك). ففي تقنية مع/ضد بعد ذكر الفكرة اللامنطقية طُلب من المريض ما يدعم هذه الفكرة وسُجِّل في حقل مستقل، وبعدها طُلب منه ما يدحض الفكرة اللامنطقية وسُجِّل في حقل مستقل. تساعد هذه التقنية على إيجاد البديل المنطقي للأفكار اللامنطقية، والمثال عن كيفية تطبيق تقنية مع /ضد ما يأتي:

جدول(53) تنفيذ تقنية مع/ضد للحالة الخامسة

الأفكار اللامنطقية	مع	ضد
أنا فاشل بسبب عدم إكمال دراستي	رفض الفتيات الارتباط بي لعدم وجود تناسب في المجال التعليمي بحسب ما قلن	أستطيع أن أكمل دراستي متى شئت ووصلت إلى سنة تخرج من المعهد والظروف منعني من إكمال دراستي

وفي تقنية جدول بيك يطلب من المريض ذكر موقف شعر به بالانزعاج والتوتر مع ذكر المشاعر السلبية التي شعر بها وتحديد نسبة المشاعر السلبية، بعدها يطلب منه ذكر الأفكار التي خطرت في باله في أثنائها (الأفكار اللامنطقية) ثم يطلب منه ذكر أفكار (أفكار منطقية) تدحض الأفكار السابقة (اللامنطقية)، ثم يُسأل عن المشاعر السلبية التي شعر بها مع تحديد نسبتها بعد ذكره لأفكار أكثر منطقية ومقارنة نسبة المشاعر هذه مع نسبة المشاعر السابقة. والمثال عن كيفية تطبيق تقنية جدول بيك ما يأتي:

جدول(54) تنفيذ تقنية جدول بيك للحالة الخامسة

الموقف	المشاعر ونسبتها	الأفكار الأتماتيكية	الأفكار المنطقية	إعادة تقييم المشاعر
البقاء في المنزل وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين ومع الفتيات وارتباط بهن من أجل الزواج	حزن 90% قلق 95% خوف 90%	انتقاد الفتيات في علاقاتي السابقة وعدم استمرارية هذه العلاقات إما لوضعي التعليمي أو بسبب مظهري الخارجي	في علاقتي العاطفية الأخيرة كانت حبيبتي تحب لون عيني ولحيتي وترغب في الزواج مني وانتهت هذه العلاقة بسبب رفض والدها وأخوها	حزن 50% قلق 50% خوف 45%

الجلسة الثانية عشر: الإنهاء

بدأت الباحثة بتلخيص ما جرى منذ بداية العلاج إلى هذه اللحظة والتطور الذي حصل مع المريض والتحدث بأهم النقاط التي كانت خلال الجلسات واستقبال الأسئلة من قبل المريض والمناقشة والحوار. بعدها طُبِّقت المقاييس بيك للاكتئاب والصحة النفسية المعدل (التطبيق البعدي) للتأكد من استفادة المريض من البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(55) درجة المريض على مقياس بيك التطبيق البعدي للحالة الخامسة

مقياس	التطبيق البعدي
بيك للاكتئاب	8

جدول(56) درجة المريض على مقياس الصحة النفسية التطبيق البعدي للحالة الخامسة

محاور مقياس الصحة النفسية	التطبيق البعدي
الأعراض الجسدية	14
الوسواس القهري	9
الحساسية التفاعلية	6
الاكتئاب	13
القلق	10
العداوة	6
قلق الخوف (الفوبيا)	9
البارانويا	4
الذهانية	4
عبارات أخرى (صحة عامة)	9
الدرجة الكلية للمقياس	84

من خلال المقارنة بين التطبيق القبلي والبعدي للمقاييس كان هناك انخفاض في درجة أعراض الاكتئاب. شكر المريض على تعاونه خلال الجلسات وأنهى العلاج النفسي مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في ممارسة التمارين كافة التي تدرب عليها خلال البرنامج العلاجي.

ملحق (6)

ورقة تسهيل المهمة


الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق

الأستاذ الدكتور رئيس جامعة دمشق
 ع/ط الأستاذ الدكتور عميد كلية التربية

مقدمه (١):

.....

نوع البحث: ☐ دراسات عليا ☒ ماجستير ☐ دكتوراه ☐ عضو هيئة تدريسية

عنوان البحث:
 يرجى التفضل بالتوسط لدى (٢)
 على أن (٣):

.....

المشرف أو الباحث الرئيسي رئيس قسم المختص عميد الكلية

الدكتور
 الدكتور
 الدكتور

(١) يذكر اسم الطالب في حالة أبحاث طلاب الدراسات العليا واسم عضو الهيئة التدريسية في حالة أبحاث أعضاء الهيئة التدريسية
 (٢) يذكر اسم الجهة أو الجهات التي يرغب الطالب بالتعاون معها
 (٣) يجب أن يتم وضع إحدى العبارات التالية حصراً:

- لا تتحمل جامعة دمشق أية نفقات لقاء ذلك.
- لا تتحمل جامعة دمشق أية نفقات سوى للمواد اللازمة والتي يتم تأمينها أصولاً
- تتحمل جامعة دمشق النفقات للترتبة عن ذلك وبالبالغة..... ()

ملحق (7)

بعض من صور التدريب في العيادة النفسية في مشفى المواساة الجامعي







Abstract

This study aimed to know the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to reduce depression symptoms.

The study sample consists ten patients who were divided into two groups: The first group is the experimental group that consists five patients who underwent a treatment program and took anti depression

The second group is the control group that consists five medicines patients who did not undergo a treatment program and just took anti depression medicines.

This study was applied at public authority of Al-Mouwasat university hospital which follows up the ministry of high education in Syrian in this current study was used the following: Beck Arab republic a modified health scale (SCL-90-R)•Depression Inventory (B.D.I) case study template and mindfulness-based cognitive therapy that was prepared by the researcher.

The results of the current study are:

- 1-There are no statistical differences between the mean ranks of the members of experimental and control groups on total grade of the depression scale before applying the program.
- 2- There are no statistical differences between the mean ranks of the members of experimental group before applying the program and after that on total score of the depression scale in favor of direct dimensional application.
- 3-There are statistical differences between the mean ranks of the members of control group and the mean ranks of the members of experimental group on the total score of the depression scale after applying the program and it's in favor of the members of experimental group.

Key words: Mindfulness-based cognitive therapy, Depression.

**Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty of Education
Department of Psychological Counseling**



**A clinical study of the role of mindfulness-based cognitive therapy
template to reduce depression**

**Dissertation Submitted to Acquire Master Degree in Psychological
Health**

**Prepared by
Basima Ghassan Khalil**

**Supervision
Dr. Rafaat Ahmad Ahmad
Assistant Professor in the Department of Psychological Counseling**

2022-2023