

جامعة عمان العربية للدراسات العليا  
كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا  
قسم الإرشاد النفسي والتربوي

فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية  
السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة  
صنعاء

مقدمة من الطالب

رشاد عبد الرزاق إسماعيل

إشراف

الأستاذ الدكتور / محمد خالد الطحان

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير  
في التربية تخصص الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

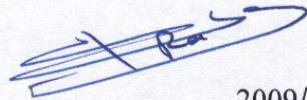
٢٠٠٨ / ١٤٢٩

## التفويض

أنا/ رشاد عبد الرزاق إسماعيل

أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من رسالتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها .

الاسم : رشاد عبد الرزاق إسماعيل

التوقيع : 

التاريخ : 2009/1/11

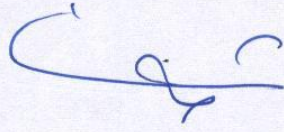
## قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وعنوانها فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية

السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء

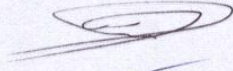
وأجيزت بتاريخ 2008/12/24

أعضاء لجنة المناقشة



رئيساً

أ.د. صالح الداھري



عضواً ومشرفاً

أ. د. محمد خالد الطحان



عضواً

د. سامي ملحم

## الشكر والتقدير

الحمد لله الذي بحمده تتم النعم ، أسبغ نعمته وفضله على كل الأمم ، حمداً يليق بجلاله وعظيم سلطانه ويدفع بلاءه ، أيدني وأعانني على قهر الصعوبات ومهد لي السبل وأزال العقبات حتى استطعت أن أصل إلى بر الأمان ، وأسأله عز وجل علماً نافعاً وقلباً خاشعاً و يقيناً صادقاً .

وبكل مشاعر التقدير والعرفان أتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان للأستاذ الدكتور محمد خالد الطحان لما أملاه من فيض علمه وحسن معاملته ، وعلى ما قدمه لي من إرشادات وما بذله من جهد ، فقد كان لرحابه صدره وتواضعه وبذله وعطائه الأثر العميق في إخراج هذه الرسالة إلى حيز الوجود . أدعو الله أن يجزيه عني خير الجزاء ويسدد على طريق الخير خطاه وان يحفظه ويرعاه .

كما أتقدم بخالص الشكر والامتنان للأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة .

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ محمد عتيق وللدكتور أحمد العرامي الذين لم يتوانيا لحظة في مد يد العون والمساعدة وتقديم الدعم .

كما اشكر العمين الحبيبين ياسين غانم وعبد الواسع احمد لمساندتهما وتشجيعهما المتواصلين لي.

كما أقدم الشكر الجزيل لجميع العاملين في مركز الإرشاد النفسي والتربوي — جامعة صنعاء وفي مقدمتهم الدكتورة بلقيس عبادي نائب مدير المركز لما قدموه لي من مساعدة وتذليل العقبات أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي .



## الباحث

## الإهداء

إلى روح كل من عانقت روحي منذ الأزل وعجز قلبي أن يخط لهما عبارات

الوفاء

والذي الكريمين .. تعلمها الله بن حمته

إلى من يجمعني بهم اصدق المشاعر وأغلى الذكريات ...

أشقتني وشقيقتاتي

إلى رفيقة دربي وزهرة حبي النبي عانقت وحشة الوحدة وغذت قبس الأمل...

زواجتي

إلى مهجة قلبي وربيع حياتي وأحب شيء إلى نفسي ...

أولادي .. آسيا ، محمد ، آية

أهدي إليكم جميعاً هذا الجهد المتواضع

الباحث

## فهرس المحتويات

ك	المخلص .....
ن	Abstract .....
١	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها .....
١	المقدمة .....
٥	مشكلة الدراسة .....
٥	أسئلة الدراسة: .....
٦	فرضيات الدراسة: .....
٦	أهمية الدراسة : .....
٧	محددات الدراسة : .....
٧	تحديد المصطلحات : .....
١٠	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات ذات الصلة .....
١٠	الاكتئاب .....
١١	انتشار الاكتئاب .....
١٥	تصنيف الاكتئاب .....
١٨	أعراض الاكتئاب .....
١٩	النظريات المفسرة للاكتئاب .....
٢٦	أسباب الاكتئاب .....
٢٨	نظرية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .....
٣٠	الأصول الفلسفية والنفسية للإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .....
٣٢	أسس الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إيس .....
٣٣	أهداف الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إيس .....
٣٨	عملية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إيس .....
٣٩	الأفكار اللاعقلانية في نظرية إيس .....
٤١	خصائص الأفكار اللاعقلانية في نظرية إيس .....
٤٢	فنيات الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إيس .....
٤٦	الدراسات السابقة .....

٥٣	..... الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
٥٣	..... مجتمع الدراسة
٥٣	..... عينة الدراسة :-
٥٤	..... الأدوات المستخدمة في الدراسة :
٥٤	..... أولاً : قائمة بيك للاكتتاب
٥٧	..... ثانياً : برنامج الإرشاد العقلي الانفعالي السلوكي
٥٨	..... تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية :
٥٨	..... متغيرات الدراسة
٥٨	..... تصميم الدراسة
٥٩	..... المعالجة الإحصائية
٦٠	..... الفصل الرابع: نتائج الدراسة
٦٦	..... الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
٦٦	..... مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول :
٦٩	..... مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني :
٧٠	..... مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث :
٧١	..... التوصيات :
٧٢	..... المراجع
٧٢	..... المراجع العربية
٨٢	..... المراجع الانجليزية
٨٥	..... ملحق

## قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب	٥٦
٢	تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب	٥٦
٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي	٥٧
٤	تحليل التباين الأحادي المصاحب لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي .	٥٨
٥	اختبار "ت" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة وبعد فترة المتابعة .	٥٩



## قائمة الملاحق

الصفحة	المحتوى	الرقم
٨٠	قائمة بيك لقياس الاكتئاب بصورتها الأولية	١
٨٥	أسماء محكمي قائمة بيك للاكتئاب	٢
٨٦	تعديلات والمحكمين على قائمة بيك	٣
٩٢	قائمة بيك للاكتئاب بصورتها النهائية	٤
٩٧	أسماء محكمي البرنامج الإرشادي الجمعي	٥
٩٨	استمارة بيانات حالة	٦
٩٩	استمارة الأعمدة الثلاثة	٧
١٠٠	تعليمات كيفية استخدام نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية	٨
١٠١	نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية	٩
١٠٢	استمارة تقييم البرنامج الإرشادي	١٠
١٠٣	البرنامج الإرشادي	١١

فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء

إعداد

رشاد عبد الرزاق إسماعيل

إشراف

الأستاذ الدكتور محمد خالد الطحان

### الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء ، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب يُعزى للبرنامج الإرشادي ؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب يُعزى للبرنامج الإرشادي ؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة ؟

تكونت عينة الدراسة من ثلاثين طالباً وطالبة ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الاكتئاب ، تراوحت أعمارهم بين الثانية والعشرين والسادسة والعشرين ، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، تتكون كل منها من خمسة عشر طالباً وطالبة .

خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية تكون من ثلاث عشرة جلسة ، بمعدل جلستين في الأسبوع وفترة كل جلسة بين ٦٠-٩٠ دقيقة.

ولجمع البيانات اللازمة للدراسة تم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب ، بعد التحقق من الصدق التلازمي للقائمة بحساب معامل الارتباط بينها وبين مقياس زيمرمان Zimmermn وقد بلغ معامل الارتباط (0.78). كما تم حساب ثبات القائمة عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق T- Retest وكان معامل الارتباط (0.80) .

وبعد تطبيق قائمة بيك القبلي والبعدي أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي المشترك (One Way ANCOVA) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب وهو لصالح المجموعة التجريبية.

كما أظهرت النتائج عدم وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي.

كما أظهرت نتائج اختبار (ت) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة ، وهذا يدل على استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الاكتئاب في ضوء النتائج أوصت الدراسة بعدد من التوصيات منها :

١. إجراء دراسات تجريبية لخفض الاكتئاب باستخدام نظريات إرشادية أخرى .
٢. أن تتضمن البرامج التربوية التي تقدم للطلاب في مراحل التعليم المختلفة إرشادات وتوجيهات تساعدهم على التفكير العقلاني الانفعالي .

**The Effectiveness of A Counselling Program Based on Rational,  
emotional And Behavioral Theory in Reducing the Depression among  
A Sample of Students from Sana'a University**

**Prepared by**

**Rashad Abdel-Razzaq Isma'eel**

**Supervised by**

**Prof.Dr. Mohammed Khaled Al-Tahan**

**Abstract**

**This study aimed to identify the effectiveness of a counselling program based on rational, emotional and behavioral theory in reducing the depression among a sample of students from Sana'a University through answering the following questions:**

- 1- Are there differences between the average of the experimental group degrees and the average of the control group degrees on the depression scale attributed to the counselling program ?**
- 2- Are there differences between the average of male and female degrees on the depression scale attributed to the counselling program ?**
- 3- Are there differences between the average of the experimental group degrees on the depression scale after applying the counselling program directly and after a follow-up period ?**

**The sample of study consisted of thirty students( male and female ) who got the highest degrees of depression and their ages ranged between twenty-two and twenty-six years old. The sample was divided into two groups , control and experimental , each one consisted of fifteen students ( male and female ) .**



The experimental group was submitted to the counselling program based on rational, emotional and behavioral theory. It consisted of thirteen sessions, two sessions per week .

To collect data , Beck list of depression was applied after making sure of its validity by calculating the correlation coefficient between the list and Zimmerman scale, and the correlation coefficient was (0.78).

The stability of the list was calculated by the application and re-application of ( T- Retest ) and the correlation coefficient was (0.80). After pre and post application of Beck list , the results of analysis showed that there were statistical differences at the level of ( $\alpha \leq 0.05$ ) between the average of the experimental group degrees and the average of the control group degrees on the depression scale in favor of the experimental group.

The results also showed that there were no statistical differences at the level of ( $\alpha \leq 0.05$ ) between the average of male and female degrees at the experimental group on the depression scale in post application .

The results of T- test showed that there were no statistical differences at the level of ( $\alpha \leq 0.05$ ) between the average of the experimental group degrees

after applying the program directly and after the follow-up period. This indicates the effectiveness of the counseling program in reducing the depression .

**In the light of these results, the study recommended some recommendations like :**

- 1- making experimental studies to reduce depression by using other Counselling theories.**
- 2- the educational programs presented to students at the different stages of education must contain instructions and guidelines that help students to have an intellectual and rational thinking.**

## الفصل الأول

### خلفية الدراسة وأهميتها

#### المقدمة

يعيش مجتمع هذا العصر أزمة حقيقية تتمثل في السباق للسيطرة والكسب المادي وزيادة الصراعات الإقليمية والدولية ، في ظل تدهور منظومة القيم الإنسانية واللامبالاة بالنواحي الروحية وطغيان القيم المادية والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية ، تلك عوامل انعكست على حياة الفرد وجعلته يعيش ظروفًا حياتية معقدة يغلب عليها التزاحم والمنافسة والتوتر والقلق وتهديد متصاعد لأمنه النفسي .... ساهم ذلك في زيادة تعرضه للاضطرابات النفسية .

وقد أشار رجبية و إبراهيم (٢٠٠٢ ، ص ٣١١) إلى أن الاكتئاب يعد من أهم وأكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً .

ولاشك أن الطالب الجامعي يعد جزءاً أساسياً يتأثر بالعوامل والضغط التي يتعرض لها باقي أفراد مجتمعه ، بل هو أكثر إحساساً بالمعاناة والإحباط وأكثر تعرضاً لزعزعة أمنه النفسي ، وذلك بحكم قلة خبرته ، وتطلعه لحياة مزدهرة ، وغالباً ما تلتبس عليه صورته المستقبل ، وتتولد لديه مشاعر الاكتئاب نتيجة تعرضه لمجموعة أخرى من الأزمات ، كضغوط الامتحانات وكثافة الواجبات الجامعية مع ضعف مهارته في استغلال الوقت ، وصعوبة تكيفه مع البيئة الجامعية ، وابتعاده عن أسرته وإقامته في سكن جماعي

ربما يفتقر إلى أبسط مقومات المسكن الصحي كالتهووية وغير ذلك ، أو إقامته في منزل أحد أقاربه ، بالإضافة إلى الأزمات المادية التي قد يتعرض لها والمتعلقة بحاجاته الأساسية كالتغذية والصحة والمواصلات ... كما أن الطالب الجامعي يجد أن هناك فجوة بين البرامج التعليمية التي يتلقاها أثناء دراسته الجامعية ومتطلبات سوق العمل والتنمية ، وأن محتوى المنهاج هو كم هائل من المعلومات النظرية التي لا تمت للواقع بصلة ، وعليه حفظ ذلك المحتوى (علي ، ٢٠٠٠ ، ص ٧)

وهناك أسباب أخرى تجعل طالب الجامعة عرضة للإصابة بالاكتئاب هو ما يتعلق بمستقبله الوظيفي ، فالطالب يرى أمامه أعداداً كبيرة من الخريجين عاطلين عن العمل في ظل غياب مبدأ تكافؤ الفرص بين الخريجين ، أو عدم تحقيق التنمية الاجتماعية التي تهيئ الفرص للعمل .

لذلك فالإكتئاب بين فئة الطلبة الجامعيين في تزايد مستمر. ونظراً للخطورة التي يتميز بها الإكتئاب وإلى زيادة نسبة الإصابة به خاصة في أوساط الطلبة الجامعيين ، فقد لاحظ الباحث أن عدداً كبيراً من الذين يترددون على مركز الإرشاد النفسي والتربوي بجامعة صنعاء هم طلاب يعانون أعراض الإكتئاب ، فقد بلغت نسبة الحالات التي تعاني من الإكتئاب خلال عام ٢٠٠٧ حوالي 14.38% من عدد الحالات التي استقبلها المركز\*.

و الإكتئاب يؤثر سلباً في أداء الطالب في التحصيل الدراسي. كما أنه قد يؤدي به إلى التخلي عن الدراسة وفقد الأمل بالمستقبل أو فقد الثقة بالجامعة والدراسة ، والتحول إلى اللاتحاق بأعمال أخرى قبل استكمال الدراسة .

\*حصل الباحث على هذه الاحصائية نتيجة مقابلة شخصية مع الدكتورة سكيمة وهي المسؤلة عن سجل الاحصائيات التي ترد الى المركز وذلك بتاريخ ٢٩/١٢/٢٠٠٧  
 كما أن بعض الطلبة يمكن أن تفكر بالهجرة إلى بلاد أخرى سعياً وراء توفير فرص أفضل للعيش . أو اللجوء إلى العزلة والعزوف عن النشاط ، والتفكير بالانتحار .

لهذه الأسباب جميعاً يرى الباحث أنه لا بد من مواجهة هذه السلبية التي يعاني منه بعض الطلبة ومحاولة إعداد برنامج إرشادي يستهدف رفع كفاءة الطلبة الذين يعانون من الاكتئاب للتخلص من النتائج السلبية التي قد يواجهها الطالب الجامعي

ويعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تقف عائقاً أمام تقدم الفرد ، ويحول دون قيامه بدوره الاجتماعي ، " فمعدلات الاكتئاب في زيادة ، ففي عام ٢٠٢٠ يمكن أن يصبح الاكتئاب في المرتبة الثانية من حيث خطره بعد أمراض القلب . وهذا يكفي لتسمية العقود الحالية بعصر الاكتئاب " (الخليدي ، ٢٠٠٤ ص ٣) .

وللاكتئاب آثار سلبية في الفرد والمجتمع مثل : الفشل في تحقيق الآمال والطموحات فالشخص المكتئب تظهر عليه أعراض شائعة مثل فقدان الطاقة والشعور بالتعب وعدم التركيز وضعف الذاكرة ، كما أن الخسائر التي تعود على المجتمع نتيجة الاكتئاب لا تقل عن تلك الناتجة عن الإصابة بأمراض أخرى كالقلب وغيره ، وينتج عن الاكتئاب كثيراً من أوجه الإهمال والأخطاء في العمل ، وللاكتئاب آثاره الضارة على الشباب كما أنه يهدد أمن الأسرة واستقرارها ، كما أن للاكتئاب ارتباطاً وثيقاً بالانتحار (على ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٢١)



وكما ينتشر الاكتئاب في المجتمعات وفي صفوف الطلاب فإن الأفكار اللاعقلانية هي الأخرى تنتشر كذلك ، وللتحقق من ذلك أجرى الريحاني (١٩٨٧ ، ص ١٤٠) دراسة على طلبة الجامعة الأردنية أظهرت نتائجها أن نسب انتشار الأفكار اللاعقلانية تتراوح بين ٥% في حدها الأدنى و ٤٠% في حدها الأعلى.

كما أجرى حسن والجمالي (٢٠٠٣ ، ص ١٩٥) دراسة اتضح من نتائجها أن الأفكار اللاعقلانية تنتشر بين طلبة جامعة السلطان قابوس بنسب تراوحت بين 10.29 % في حدها الأدنى و 48.5 % في حدها الأعلى.

وفي السنوات الأخيرة بدأ التركيز على الجانب المعرفي للشخص ودور المعرفة في إحداث الاضطرابات النفسية ، ومن أبرز النظريات التي اهتمت في هذا الجانب نظرية أليس Ellis التي تعرف بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، والتي ترى أن الأفكار اللاعقلانية التي يفسر بها الشخص الأحداث التي يمر بها هي سبب اضطرابه النفسي و اكتنابه . وقد أجريت العديد من الدراسات أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الأفكار اللاعقلانية و حدوث الاكتئاب مثل دراسة ( Homme, & Barron , 1992 ؛ سعفان ، ١٩٩٥ ، Dermut, Haaga, and Bilek 1997 ؛ حسن والجمالي ، ٢٠٠٣ ؛ Macavei, 2005).

## مشكلة الدراسة

إن الغرض من هذه الدراسة هو معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء. ولقد وجد الباحث أن هناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بتخفيض الاكتئاب من خلال معالجة الأفكار اللاعقلانية في البيئة العربية ، وعلى الأخص في الجمهورية اليمنية — حسب علم الباحث — مما دفعه إلى القيام بإجراء هذه الدراسة.

## أسئلة الدراسة:

حاولت الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة الآتية :

١. هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي ؟
٢. هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية تُعزى للبرنامج الإرشادي ؟
٣. هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة للبرنامج ؟

## فرضيات الدراسة:

حاولت هذه الدراسة للإجابة على هذه الأسئلة للتحقق من صحة الفرضيات الآتية :

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (  $\alpha \leq 0.05$  ) بين متوسط

درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب

تُعزى للبرنامج الإرشادي .

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (  $\alpha \leq 0.05$  ) بين درجات الذكور

والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي .

٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (  $\alpha \leq 0.05$  ) بين متوسط

درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة

وبعد فترة المتابعة للبرنامج.

## أهمية الدراسة :

تتمثل الأهمية النظرية والتطبيقية لهذه الدراسة بما يلي :

١. يمثل طلاب الجامعة قطاعاً هاماً من قطاعات المجتمع ، وبالتالي يجب دراسة الآثار

السلبية التي تحدثها الأفكار اللاعقلانية ودورها في الكثير من الاضطرابات النفسية

ومنها الاكتئاب. ولا بد من التصدي لمعالجة هذه الظاهرة .

٢. السعي إلى فهم أوضح لنظرية أليس في الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

بتطبيق واستخدام الأساليب الإرشادية والعلاجية المنبثقة عنها .

٣. توفير برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية بهدف خفض

الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة وتحقيق التوافق النفسي لديهم .

#### محددات الدراسة :

تحددت هذه الدراسة بما يلي

○ طلبة المستوى الرابع في كلية التربية جامعة صنعاء والذين تتراوح أعمارهم بين الثانية والعشرين والسادسة والعشرين .

○ الفترة الزمنية التي أجريت فيها وهي من ٢٧-١٠-٢٠٠٧ إلى ١٥-١-٢٠٠٨ .

○ نتائج هذه الدراسة تستند إلى مدى صدق وثبات الأداة المستخدمة فيها وهي قائمة بيك

للاكتئاب .

#### تحديد المصطلحات :

1- البرنامج الإرشادي:

مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ

الإرشاد النفسي ، وتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة

المختلفة والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة ، بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكهم

وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في

التغلب على المشكلات التي يعانون منها في معترك الحياة (عبود ، ٢٠٠٤ ، ٤٦٣) .

كما عرف زهران ( ١٩٩٨ ، ص ٤٩٩ ) البرنامج الإرشادي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة ، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ، ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة .

ويعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً في هذه الدراسة بأنه مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تستهدف تحقيق بعض الأهداف الإرشادية وفق استراتيجية نظرية (إيس) في الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ويتضمن الإجراءات التنظيمية وسبل تنفيذ البرنامج وتقويمه وذلك خلال جلساته (١٣ جلسة) .

## 2- الاكتئاب

يعرف بيك(Beck.1978) المشار إليه في اليحفوفي (2003 ، ص.124) الاكتئاب بأنه حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول.

كما عرف عبد الخالق (١٩٩٩ أ ، ص.104) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية دائمة أو مؤقتة تنتاب الفرد فيها مشاعر الضيق والحزن والانقباض ويسيطر عليه الشعور بالتشاؤم والهم إضافة إلي الشعور بالعجز واليأس والفتوط والجزع .

ويعرف الاكتئاب إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي سيحصل عليها الطالب على قائمة بيك للاكتئاب المعدلة المستخدمة في هذه الدراسة .



### 3- الأفكار اللاعقلانية :

هي تلك الأفكار السالبة غير الصحيحة وغير المنطقية وغير الواقعية التي تتسم بعدم الموضوعية والتأثر بالأهواء الشخصية والمبنية على توقعات وتعميمات خطأ ومبنية على مزيج من الظن والتهويل أو المبالغة (Ellis,1973 ,PP:152-154).

وعرف السيد (٢٠٠٢) المشار إليه في (مؤمن ، ٢٠٠٤ ، ص ٤٣٣) الأفكار اللاعقلانية بأنها تلك المجموعة من الأفكار الخطأ غير الموضوعية التي تتميز بابتغاء الكمال والاستحسان وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين والشعور بالعجز والاعتمادية .

ويتبنى الباحث تعريف (إليس) للأفكار اللاعقلانية في هذه الدراسة باعتبارها أكثر دقة وموضوعية وتوصل إليها نتيجة دراسات مكثفة .

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

يتناول الباحث في هذا الفصل تطور المتغيرات التي تعالجها الدراسة الحالية والدراسات

السابقة التي تناولت هذه المتغيرات .

#### الاكتئاب

الاكتئاب من الناحية اللغوية: " يمثل شدة الهم والحزن الشديد والهبوط والانقباض والانكسار أو النكسة أو الإعياء والشعور باليأس والأسى الذي يؤدي إلى خفض النشاط أو الحيوية ".  
ومن الناحية الاصطلاحية: " الاكتئاب مصطلح نفسي طبي، يشير إلى حالة وجدانية أو حالة انفعالية تختلف شدتها من مريض إلى آخر ، حيث يشعر المريض بالانحطاط النفسي والبدني معاً، وبفراط الخمول والتباطؤ كقاعدة عامة " (الحسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٠٥).

ومصطلح الاكتئاب اشتق من كلمة كذب أي بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن . ثم أصبح مصطلح الاكتئاب أوسع دلالة وأكثر شمولاً ، فأصبح يدل على اضطراب نفسي له أسبابه وأعراضه التي تظهر على الفرد المكتئب التي تميزه عن سائر الاضطرابات النفسية الأخرى . والاكتئاب هو استجابة لعدد من العوامل والضغط النفسية ، والتربوية ، والاجتماعية ، والثقافية ، والمادية ... (الخالدي ، ٢٠٠١ ، ص ٣٣٦)

ولقد وصف الاكتئاب في معظم التقارير الطبية القديمة ، ففي عام أربعمئة قبل الميلاد قدم أبيقراط Hippocrate أول مقالة عن الماينخوليا Melancholia (سوء الطبع الأسود). كما وضع أرسطو Aristotl عام ٣٧٠ ق.م. أن الماينخوليا موجودة عند كثير من المفكرين والشعراء والفنانين والحكام . ويتسم مرضى الماينخوليا كما أشار أرتوس Aretaeus عام ٨٠ ق.م. بمجموعة من الخصائص النفسية مثل القلق ، والحزن ، الأرق ، والشعور بالرعب والفرع (موسى ، ٢٠٠١ ، ص ٢٤٢).

" وقد ذكرت أعراض الاكتئاب في كتابات المصريين القدماء والإغريقين والبابليين قبل الميلاد بما يزيد عن ١٥٠٠ عام " (الحسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٩٥)

كما أثار الاكتئاب انتباه أوائل المسلمين ، فعرفوه منذ القدم باسم (الهم أو الوجد) . ولمفهوم الاكتئاب معانٍ كثيرة لدى فقهاء المسلمين وعلمائهم ، فهو يحمل معنى الندم على أحداث ماضية والتفكير فيها أو التحسر على فقد شيء عزيز ، أو هو التشوق إلى معرفة المجهول والبحث عن الأسباب .... (محمد ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٤٣).

### انتشار الاكتئاب

دلت الدراسات التي أجريت في العديد من دول العالم على أن أعراض الاكتئاب تنتشر في المجتمع بمعدل يتراوح بين ١٣ — ٢٠% من السكان ومن بين هؤلاء هناك ٧% يعانون من اكتئاب شديد ( سرحان والخطيب وحباشنة ، ٢٠٠١ ، ص ٢٦ ) .

والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم بعد القلق ، حيث أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الذين يعانون من الاكتئاب من سكان العالم تتراوح بين (٢ — ٧%) أي ما يزيد عن (٥٠٠) مليون إنسان ( الشربيني ، ١٩٩٩ ، ص ٥٦).

والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الدول الصناعية الكبرى فمن أصل (١٠٠) ألماني مثلاً يصاب على الأقل حوالي (١٣) شخصاً بالاكتئاب (رضوان ، ٢٠٠٧ ، ص ٤١٨) . " وفي المجتمع الأمريكي تتراوح نسبة الانتشار بين (٩ — ٢٠%) حسب ما نشر في بداية التسعينيات " ( علي ، ٢٠٠٥ ، ص. ٢٢٢ )

وكذلك بينت جمعية علم النفسي الأمريكية (APA) أن واحداً من كل خمسة أمريكيين خبروا حادثة أدت إلى نوبة الاكتئاب على الأقل مرة في حياتهم ، وأن من بين ١٠ — ٢٠% من الناس يعانون من بعض أعراض الاكتئاب (Gall,1996 . p . 103) .

وهناك دراسات حاولت مسح الاكتئاب في البيئة العربية أشارت نتائجها إلى انتشاره بنسب عالية لا تقل عن تلك النسب في المجتمعات الغربية (إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ص. ٣٥) . فقد ذكرت احداث إحصائية لمنظمة الصحة العالمية أن هناك (٣٠) مليون عربي يعاني من الاكتئاب من أصل (٥٠٠) مليون مكتئب في العالم. وهذا العدد قابل للزيادة خلال الأعوام القادمة ( العصيمي والرميزان وزايد ، ٢٠٠٦ ، ص. ١٨ ) .

كما أشار عكاشة (١٩٩٨) إلى أن ما نسبته ٣٦% من الناس في الريف و ٣٢% من الحضر في جمهورية مصر العربية يعانون من أعراض الاكتئاب (المحارب ، ٢٠٠٥ ، ص ١٢٢).

كما أشار عراقي (١٩٩١) إلى أن الاضطرابات الوجدانية في مصر تمثل حوالي 25.15 % من الحالات التي تتردد على العيادات النفسية في القاهرة (عراقي ، ١٩٩١ ، ص ٧).

أما في الجمهورية اليمنية فقد أجرى شوايل (Shwaill, 1998 ، p.2) دراسة هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب بين المرضى في المجتمع اليمني ، أظهرت النتائج أن ٢٠% من الإناث و ١٥% من الذكور يعانون من الاكتئاب .

وفي عام ١٩٩٣ عقد المؤتمر العربي الرابع للطب النفسي في اليمن برعاية منظمة الصحة العالمية ، نوقشت في العديد من أوراق العمل ، اتضح من خلال تلك الأوراق أن حالات الاكتئاب في اليمن هي أكثر الحالات التي تراجع العيادات النفسية مقارنة بالأمراض النفسية الأخرى ( وادي ، ٢٠٠٣ ص ٣ ) .

وفي دراسة أجراها المقرمي (٢٠٠٠) على المرضى الذين يترددون على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية — صنعاء — خلال عام ١٩٩٩ أظهرت النتائج أن ٣٧% يعانون من اضطرابات وجدانية اكتئابية من بين المصابين مقارنة بالاضطرابات النفسية الأخرى . وأن الفئة العمرية من (٢٠ — ٣٠) سنة هم أكثر الفئات العمرية إصابة بهذه الاضطرابات الوجدانية. وفي دراسة إحصائية أجراها الأشول (٢٠٠٥) للمرضى المترددين على مستشفى الأمل للطب النفسي في صنعاء بين عامي (١٩٩٩ و ٢٠٠٥) أظهرت هذه الدراسة أن الاكتئاب يمثل نسبة ٢٧% من الحالات المترددة على المستشفى (الأشول ، ٢٠٠٥ ، ص ٣) .

أما فيما يخص انتشار الاكتئاب في أوساط الطلبة خاصة طلاب الجامعة فقد أشارت نتائج دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن واحداً من كل ستة طلاب يعانون حالة اكتئاب أثناء الدراسة الجامعية (محمد ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٣٨).

وأشارت نتائج دراسة أجريت في المكسيك أن نسبة انتشار الاكتئاب بين طلاب الجامعة وصلت إلى 8.11% (العبيدين ، ٢٠٠٣ ، ص ١٧).

وعلى المستوى العربي فقد أشارت دراسة أجراها (رضوان ، ٢٠٠١ ، ص ١٣) لتحديد مدى انتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية السوريين أظهرت النتائج أن 6.5% يعانون من الاكتئاب.

وفي الأردن أجرى حسين (١٩٩٧) دراسة لبحث الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك ، أظهرت النتائج أن ما نسبته 14.7% من أفراد العينة كانوا يعانون من الاكتئاب بدرجة شديدة.

وفي الجزائر أجرى المعمري (٢٠٠٠) والمشار إليها في (العبيدين ، ٢٠٠٣ ، ص ١٨) دراسة لمعرفة مدى انتشار الاكتئاب بين طلبة جامعة باتنة في الجزائر ، بينت النتائج أن نسبة انتشار الاكتئاب لدى الإناث وصلت 22.90% ولدى الذكور 13.36%.

وفي اليمن أكدت دراسة قام بها محمد (١٩٩٩) والمشار إليها في (التميمي ، ٢٠٠١ ، ص ١١) أظهرت النتائج ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى طلاب جامعة صنعاء إلى ١٥% من العينات المترددة على العيادة النفسية.

## تصنيف الاكتئاب Classification of Depression

تعددت تصنيفات الاكتئاب بسبب تعدد المدارس النفسية وتباين التوجهات والتنبؤات النظرية . وفي إطار هذه الدراسة سوف يعرض الباحث تصنيفاً للاكتئاب وفق علم تصنيف الأمراض الأوروبي الذي يعتمد على المنشأ . والذي صنف الاكتئاب إلى ثلاثة أصناف رئيسية وهي:

### ١- اكتئاب نفسي المنشأ Psychogenic Depression

هناك عدة أسباب تسهم في تحفيز الاكتئاب النفسي المنشأ ومنها : النزاعات الزوجية وإخفاق في العلاقات العاطفية ، والوحدة والانعزال ، وطلاق الوالدين وما ينجم عنه من تفكك اسري ، والغلظة والتشدد أثناء التنشئة الاجتماعية ، وضغوط في الوظيفة أو فقدانها ، وصعوبات مالية أو خسارة ثروة ، وموت الوالدين أو أحدهما أو مرض مزمن يصيب أحد الأزواج أو الأولاد. وينقسم هذا النوع من الاكتئاب إلى ثلاثة أنواع هي :

#### • الاكتئاب الارتكاسي Reactive Depression

وهو مصطلح يستخدم في وصف اضطراب المزاج ، يتسم ببطء في العمليات العقلية والجسمية الحركية، وبالقلق والهباج ، ويأتي كرد فعل على خبرات انفعالية خارجية ، ومدة الاكتئاب الارتكاسي وشدته غالباً تتوقف على الظروف التي يتعرض لها الفرد ، وهي قصيرة المدى فنادرًا ما تدوم أكثر من عدة أسابيع .

#### • اكتئاب الإعياء Exhaustion Depression

هو شكل من الاكتئاب يظهر بعد فترة طويلة من الكمون تعد بالسنين نتيجة جهد عاطفي مديد وإنزاف للطاقة والجهد ، تعقبه اضطرابات نفسية شديدة مثل القلق والتوجس من المستقبل .

أو نتيجة التعرض المتكرر لمضايقات مثل صراعات العمل ، والحرمان من الحب ونقص المساندة العاطفية ، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وما ينتج عنه من انعزال . ومن أهم أعراض هذا النوع من الاكتئاب هي الحساسية الشديدة ، وفرط التهيج ، والشعور بالتعب عقب بذل أي مجهود ، واضطراب في النوم .

#### • الاكتئاب العصابي Neurotic Depression

هذا النوع من الاكتئاب ينتج من تعرض الشخص إلى مواقف مؤلمة ، وصراعات نفسية مرتبطة بالطفولة المبكرة مثل الانفصال عن الأم ، والخلافات الأسرية . وتكون هذه المواقف مكبوتة لاشعورياً وبالتالي تصبح مصدراً للاضطرابات النفسية فيما بعد خاصة في مواقف التوتر أو خلال الأطوار الحياتية البيولوجية الحرجة من الحياة . واهم الأعراض التي تظهر لدى الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب القلق ، ضعف الثقة بالنفس ، وانخفاض تقدير الذات ، واضطراب الكلام ، والتأتأة ، والسلس البولي الليلي .

#### ٢ – الاكتئاب الداخلي المنشأ Endogenous Depression

هذا النوع من الاكتئاب ترجع أسبابه إلى عوامل جينية وراثية ، رغم انه بيولوجي من حيث المنشأ . ينشأ نتيجة عوامل فسيولوجية ونفسية ويتميز بعدة أعراض مثل الشعور بالخمول ، نقص الحيوية والنشاط ، اللوم الشديد للذات وتحقيرها ، وتغلب على الشخص أفكار غير صحيحة وغير منطقية . وينقسم إلى قسمين هما :



- **وحيد القطب Unipolar disorder**

وهذا النوع من الاكتئاب يتميز بحدوث نوبات اكتئابية لا يصاحبها نوبات هوس .

- **ثنائي القطب Polar disorder**

يتصف هذا النوع من الاكتئاب بدورية غير منتظمة من نوبات الاكتئاب والهوس

، ويكون التناوب بين نوبة الاكتئاب ونوبة الهوس تناوباً منتظماً .

- **اكتئاب سن اليأس Involutional Depression Reaction**

أسباب هذا النوع من الاكتئاب عوامل هرمونية ناتجة عن خلل في تنظيم إفرازات

الغدد الصماء في الجسم . ويكون أحادي القطب ويتسم بالقلق الشديد والهباج ويستمر

لفترة طويلة جداً ، ويحدث في عمر متقدم بين سن ٥٠ — ٦٠ عند النسوة ومن ٦٠

— ٦٥ عند الرجال .

### ٣ — الاكتئاب الجسدي المنشأ Somatogenic Depression

ويقسم هذا النوع من الاكتئاب حسب الأسباب إلى :

- **الاكتئاب العضوي Organic Depression**

عادة ينتج هذا النوع من الاكتئاب بسبب تصلب شرايين الدماغ التي تؤدي إلى

حدوث استحداثات تنكسية في خلايا الدماغ ، داء الزهايمر وعته الشيخوخة (الناتج عن

ضمور الدماغ الاستحالي ) ، أورام الدماغ ، الصرع ، القصور العقلي ، الشلل العام

عند مريض العقل . وغالباً يكون المصاب قلقاً ومتهيجاً وتنتابه نوبات من البكاء .

## • الاكتئاب العرضي Symptomatic Depression

وهذا النوع من الاكتئاب يظهر مقترناً بأمراض بدنية مثل التهاب الكبد وذات الرئة والأنفلونزا والأعراض القلبية الوعائية ، كما أنه ينشأ نتيجة تناول العلاجات الدوائية لفترات طويلة مثل خافضات الضغط وموانع الحمل الفموية وغيرها (الحجار، ٢٠٠٧، ص ص ١٤ - ٢٤).

### أعراض الاكتئاب

يشير حسين (٢٠٠٧، ص ٥٤) إلى أن أعراض الاكتئاب تظهر عادة ببطء عند المريض ، وقد تظهر فجأة عند تعرض الشخص لحدث نشط أو مؤلم ، فيلاحظ عليه تغيرات في الشخصية والسلوك وذلك قبل ظهور الأعراض المميزة للاكتئاب ، وقد يستهل الاكتئاب أحياناً بأعراض عامة مثل انخفاض في العمليات الإدراكية ، والتردد ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات إيجابية ، وتوهم أمراض جسمية وعلل بدنية ، وقد يلجأ المصاب إلى الانتحار أو الإدمان على المخدرات والكحوليات . ويمكن تحديد أعراض الاكتئاب كالتالي :

— أعراض انفعالية وتشمل عدم احترام الذات والشعور بالانقباض والضيق وانخفاض الروح المعنوية والشعور بالذنب والإثم والشعور بالعجز واليأس والحزن الشديد والقلق والخوف من المجهول والشعور بظلم موجه إليه من المجتمع والشعور بالتشاؤم من المستقبل وخيبة الأمل فيه .

— أعراض معرفية تتمثل في الإجهاد الشديد عند التفكير في أبسط الأشياء والمبالغة في تأنيب الضمير ، والشعور بعدم الأهمية وتحقير الذات ، وصعوبة الإدراك وسطحية التفكير، وسيطرة الهلاوس والخداعات والأفكار غير المنطقية ، وتبدو الحياة بلا أمل.

— أعراض سلوكية تتمثل بظهور علامات الحزن والكآبة على الشخص المصاب ، وعدم الاهتمام بمظهره الخارجي ، وتقل قدرته على العمل كما يعزف عن ممارسة أي نشاط بالإضافة إلى بطء شديد في العمليات الدينامية والكسل العام والخمول وفقد الثقة في النفس وفي الآخرين والإهمال في أداء الواجبات ، والميل للعزلة ومحاولة الانتحار .

— أعراض فسيولوجية تتمثل في اضطرابات النوم ، وفقد الشهية واضطراب الوزن والإمساك وفقد الاهتمام بالأمر الجنسية والشكاوى من مشكلات صحية .

### النظريات المفسرة للاكتئاب

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب تبعاً لتباين العلماء وتعدد المذاهب والتوجهات النفسية النظرية وفيما يلي عرض لأهم تلك النظريات :

#### نظرية التحليل النفسي

فسر فرويد Freud وتلميذه أبراهام Abraham الاكتئاب بأنه يحدث نتيجة لفقد المصاب الحب بموت الأم أو فقد شخص ذي أثر إيجابي في حياته ، خاصة في المرحلة الأولى للتنشئة ، وكبت هذا الإحساس ، وعندما لا يستطيع الشخص تعويض هذا الفقد فإنه يتعرض إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن والشعور بالذنب وكراهية الذات (Comer, 1996,p.

185)

كما أن هناك عاملاً آخر يفسر به أنصار هذه النظرية سبب الإصابة بالاكْتئاب ، هو اضطراب العلاقة بين الطفل والوالدين ، فالأطفال الذين يعيشون بعيداً عن دَفء الأسرة وحنانها، أي يقضون سنوات عمرهم الأولى في بيوت التبني مثلاً ، ثم عادوا إلى آبائهم ، تظهر عليهم أعراض الاكْتئاب الأساسية . " فالرفض الوالدي يؤدي إلى تنمية مشاعر الدونية والوحدة النفسية والإحساس بالفراغ وبالتالي حدوث الاكْتئاب " (حسيب ، ٢٠٠٦ ، ص ١٠٥)

أما في مرحلة ما بعد الطفولة فأنصار هذه النظرية يرجعون سبب الاضطرابات النفسية إلى تكرار لا شعوري رمزي لأحداث مروا بها في السنوات الست الأولى من العمر . وأن هناك دوافع لا شعورية كبتت منذ الصغر ، يمكن أن تظهر في أحلام الفرد وتخيلاته ، أو من خلال الأخطاء التي يقع فيها من غير قصد ، كفلتات اللسان مثلاً (الحسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٢٠).

أما بيبيرنج ( Bibring ) فيرى أن السبب الرئيسي في نشوء الاكْتئاب يرجع إلى عدم قدرة الفرد على إشباع حاجاته الأساسية وغرائزه المتمثلة في الحصول على حب وتقدير الآخرين، والشعور بالأمن ، والمساندة الاجتماعية .... كما أن عجز الفرد عن تحقيق طموحاته وآماله، والصدام بين تلك التطلعات والأحلام وبين واقع يصعب فيه تحقيق ولو جزء من تلك الحاجات، يشعره بخيبة الأمل والإحباط ومن ثم يقع فريسة للاكْتئاب(غانم ، ٢٠٠٤ ، ص ٦٥).

النظرية السلوكية

يفسر أنصار هذه النظرية الاكتئاب بأنه سلوك متعلم يكتسبه الشخص من خلال تفاعله مع البيئة الاجتماعية ، فعند مرور الشخص بخبرة مؤلمة فإنه يواجهها بطريقة انهزامية ويظهر عليه الاكتئاب ، وهي استجابة سلوكية اكتسبها بمحاكاة شخص آخر ربما يمثل له القدوة والنموذج ، والسلوكيون يعتمدون في تفسيرهم هذا على مفهوم التدعيم ، فانخفاض التدعيم الإيجابي للسلوك الذي ينتج عن نقص التعزيز من البيئة ، يكون من نتائجه انخفاض تقدير الذات والشعور بالذنب وانخفاض الدافعية وعدم الارتياح . كما أن الاكتئاب قد يحدث نتيجة انسحاب التعزيز كفقد الحب أو العطف أو المساندة الاجتماعية (محمد ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٥٥).

كما أن هناك عاملاً آخر يؤكد الاتجاه السلوكي في تفسيره للاكتئاب هو نقص المهارات الاجتماعية لدى المصاب ، فيؤثر ذلك فيه ، فتظهر استجابات اكتئابية يعبر عنها بالحزن . وينتج عنها سلوك انسحابي خاصة عندما تعزز هذه الاستجابة الاكتئابية من قبل المحيطين به لتعاطفهم معه (Holgin & Whitbourne , 2000 , p. 289).

وقد لخص محمد (٢٠٠٤ ، ص ٢٥٥) الافتراضات التي وضعها أنصار الاتجاه السلوكي لتفسير نشأة الاكتئاب بما يلي:

١. تظهر أعراض الاكتئاب مثل انخفاض تقدير الذات والتراجع في الوظائف الجسمية والحركية.... لدى الشخص عند انخفاض التعزيز الإيجابي للسلوك .

٢. سحب التعزيزات الإيجابية تؤدي إلى انخفاض الدافعية ، وتقلل من حيوية الشخص ونشاطه ، بشكل أكبر منه في حالة وجود معزز ولكنه قليل أو ضعيف .

٣. التعزيز الإيجابي ينتج بفعل ثلاث مجموعات من المعززات ، تتمثل في المعززات الذاتية مثل السن والجنس والجاذبية ، والمعززات البيئية مثل الحوافز المادية والتشجيع والمساندة وغيرها من الحوافز الاجتماعية . وأخيراً المعززات التي ترجع إلى قدرات ومهارات الفرد المهنية والاجتماعية وهذا يعني أن أي قصور في هذه المعززات سواء أكانت ذاتية أم بيئية أم اجتماعية قد تبعث على الاكتئاب.

#### العجز المتعلم

من النظريات التي أسهمت في تفسير الاكتئاب تلك التي اقترحها سليجمان Seligman حيث يرى أن العجز المتعلم Learned Helplessness يدل على أن الشخص تظهر عليه أعراض الاكتئاب حين يعتقد أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على النتائج المترتبة على سلوكه. فإذا تعرض لموقف مؤلم ولم يستطيع تجنبه ولا يكون لسلوكه أي دور في تغييره ، فيؤدي به إلى الاستسلام والعجز ( فايد ، ٢٠٠٨ ، ص ٨١ ).

ويحدد سليجمان Seligman ثلاثة أنواع من العجز تحدث لدى الفرد إزاء تعرضه للأحداث المؤلمة ويقف عاجزاً عن مواجهتها والتحكم فيها وهي :

○ عجز دافعي ويتمثل في أن الفرد لم يبذل سوى محاولات ضئيلة جداً لتفادي الأحداث المؤلمة والتخفيف من معاناته.

○ عجز معرفي يظهر في اعتقاد الفرد بأنه لا يستطيع القيام بأي جهد إيجابي يمكنه من التغلب على الأحداث المؤلمة ومواجهتها.

○ عجز انفعالي يتمثل في عدم ظهور استثارة انفعالية لدى الفرد تجاه الأحداث المزعجة بل مقابلتها بالاستسلام والإذعان لها (حسين ، ٢٠٠٧ ، ص ٧٦).

كما يرى سليجمان أن حدوث الاكتئاب لدى بعض الأفراد يرجع إلى التباين في أسلوب تفسيرهم للخبرات والمواقف المؤلمة التي يمرون بها ، فالبعض يرجع تلك الخبرات إلى خلل في البيئة المحيطة بهم ، والبعض الآخر يرجع الخبرات والمواقف إلى خلل في ذواتهم وقلة الحيلة لديهم فيبالغون في نوم ذواتهم فيصابون بالاكتئاب ( Magll , 1998 , p. 358 ) .

النظرية المعرفية

يرى أنصار النظرية المعرفية أن للمعرفة دوراً هاماً في إحداث الاكتئاب ، وأن ما يصاحبه من أعراض سلوكية وتغيرات وجدانية هي محصلة لنوع من التفكير السلبي والتحريف المعرفي، تثيرها خبرات مؤلمة ، وطبقاً لنموذج بيك Beck فإن هذا التفكير غير التكيفي يقوم على الثلاثي المعرفي Cognitive triad أي النظرة السلبية للفرد نحو ذاته وعالمه ومستقبله. فاللاكتابي شخص يفسر العناصر الثلاثة تفسيراً سلبياً بما يتفق مع اعتقاداته اللاتكيفية ، فينظر إلى نفسه كذات عاجزة تتسم بعدم القيمة وعدم الكفاءة ، وأنه مخفق في تحقيق طموحاته ، كما ينظر إلى العالم على أنه ظالم وقاس مليء بالصعاب والعقبات التي تحول دون تحقيق أهدافه، وأنه لا أمل في المستقبل باعتباره امتداداً للحاضر (حسين ، ٢٠٠٧ ، ص ص ٦٧ - ٦٨).

كما أشار محمد (٢٠٠٠ ، ص. ١٦٢) إلى أن الدراسات التي أجريت وفقاً لهذه النظرية أوضحت أن التشوهات المعرفية لدى الاكتئابيين تظهر في تحريفه للواقع والإدراك، وتحريف توقعات النجاح، حيث ينسب خبرات الفشل إلى ذاته بينما يرجع النجاح للظروف أو للصدفة ، إلى جانب تحريف الذاكرة باستبعاد وتجاهل المواقف الإيجابية المرتبطة بالسور وإسقاطها من حساباته ، والإبقاء على المواقف السالبة المرتبطة بالألم والمعاناة.

وأشار بيك (٢٠٠٠ ، ص ٧٢) إلى أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد فالمصاب يحس أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته ، ويتوقع من أي مشروع مستقبلي نتائج سلبية ، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات قيمة في حياته.

وبوجه عام فإن النموذج المعرفي للاكتئاب عند بيك يوضح أن الاكتئاب مرتبط بوجود أخطاء في التفكير وقصور في معالجة المعلومات وهذا يؤدي إلى الانفعال والسلوك غير الملائم، وأن هناك ثلاثة مستويات من المعارف اللاتوافقية تتوسط بين المثيرات (الأحداث) والاستجابات (الانفعال والسلوك) وهذه المستويات هي الأفكار السلبية التلقائية، والتحريفات المعرفية ، وأبنية (مخططات) معرفية مختلة وظيفياً ، وأن هذه المستويات الثلاثة تلعب دوراً أساسياً في نشوء الاضطرابات الاكتئابية واستمرارها (حسين ، ٢٠٠٧ ، ص ٧٣).

وتتبنى الدراسة الحالية نظرية بك المعرفية في تفسير الاكتئاب باعتبار أن الاكتئاب يعود إلى أسباب معرفية تتصل بأخطاء التفكير. ولذلك أعتمد الباحث نظرية إيس في معالجة الاكتئاب باعتبارها نظرية معرفية لمعالجة الأفكار غير العقلانية التي تسهم في نشوء الاكتئاب.

الاتجاه البيولوجي



يرى أنصار الاتجاه البيولوجي أن الاكتئاب يمكن تفسيره بعدة عوامل هي :

١. الوراثة (العوامل الجينية) : يفسر أنصار هذا الاتجاه الاكتئاب بأن هناك أفراداً محدودين

يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة . فالدراسات التي أجريت على التوائم

المتطابقة تشير إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً رئيسياً في إحداث الاضطرابات

الاكتئابية تصل إلى ٧٢% من التوائم المتطابقة (حسيب ، ٢٠٠٦ ، ص١٠٦).

٢. العوامل الفسيولوجية : هناك ثلاثة اتجاهات مختلفة تفسر الاكتئاب على أساس

فسيولوجي فالأول يرجع سبب الاكتئاب لاضطراب في التمثيل الإلكتروليت فكلوريد

الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم لهما دور مهم في التحكم واستثارة الجهاز العصبي .

فالأشخاص العاديون يكون الصوديوم لديهم أكثر خارج النيرون والبوتاسيوم أكثر في داخل

النيرون ولكن عند المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً ( Strongman ,1996, p.174 )

)

أما الاتجاه الثاني فإنه يرجع سبب الاكتئاب إلى نقص مستوى أحد ناقلين عصبيين في الدماغ هما

السيروتونين (Serotonin) أو نوربينفرين (Norepinephrine) (Ingram,1994, p. 221)

وأخيراً فإن الاتجاه الثالث يرجع أسباب الاكتئاب إلى هرمونات الغدد الصماء وبخاصة

الغدة الكظرية والغدة الجنسية والغدة الدرقية ، وأن أكثر أعراض الغدد الصماء ارتباطاً

بالاكتئاب هو ما يعرف بزملة أعراض كوشنج Cushing الذي ينشأ من زيادة معدل هرمون

الكورتيزول Cortisol في الدم (حسين ، ٢٠٠٧ ، ص ٥٧).

وهناك العديد من الأبحاث أشارت إلى أن هناك علاقة بين حدوث الاكتئاب ونسبه المعادن في الجسم وعملية التمثيل الغذائي ، فقد وجد مثلاً أن جسم المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد بمعدل ٥٠% عن النسبة الطبيعية ، أما الفرد المصاب بنوبة الانبساط فترتفع هذه النسبة إلى ٢٠٠% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود النسبة إلى طبيعتها (الحسين، ٢٠٠٢ ، ص ٣١٤).

### أسباب الاكتئاب

للاكتئاب أسباب كثيرة ومتنوعة يصعب الكشف عنها ، فهي تختلف من بيئة إلى أخرى ومن عصر إلى آخر ، ويمكن اعتبارها مزيجاً من العوامل النفسية والتربوية ، والعوامل الاجتماعية والثقافية ، وبإيجاز شديد سيتم عرض بعض هذه الأسباب وعلى النحو الآتي:

#### أولاً أسباب نفسية وتربوية

١. الخبرات المؤلمة والأحداث القاسية مثل (موت عزيز ، طلاق ، سجن.....إلخ).
٢. فقد حب أو مساندة عاطفية أو مكانة اجتماعية أو فقدان وظيفة أو ثروة...إلخ.
٣. الصراعات الناتجة عن التناقض بين قيم تقليدية موروثية وبين ما جاء به التطور العلمي والتكنولوجي .
٤. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت وعدم الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات.
٥. ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
٦. التفسير الخطأ غير العقلاني للخبرات.
٧. التربية الخطأ (تفرقة في المعاملة، تسلط ، إهمال ، تشجيع الأفكار الخرافية...إلخ )

٨. التناقض بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
٩. سوء التكيف ، فالإكتئاب يعد شكلاً من أشكال الانسحاب وتوجيه الكره أو العدوان نحو الذات ، مما قد يؤدي إلى الانتحار نتيجة لذلك (زهران، ٢٠٠٥، ص ص ٥١٥ - ٥١٦).
١٠. المبالغة في تأنيب الضمير ومراقبة الذات والحساسية المفرطة للانتقاد ، والبحث عن الكمال والمثالية الزائدة .

١١ . التفكير الخطأ مثل تضخيم السلبيات وتقليل الإيجابيات وتصغيرها (الحسين، ٢٠٠٢،

ص ٣٢٣).

ثانياً أسباب اجتماعية وثقافية واقتصادية

١. التفكك الأسري وما ينتج عنه من حرمان في الصغر من العاطفة الأبوية أو وجود خلافات وخصومات زوجية.
٢. طبيعة التغيرات الاجتماعية والثقافية، وصعوبة التكيف مع تلك التغيرات ومواكبتها.
٣. نفسي الروح الانهزامية في المجتمع بسبب الضغوط الاقتصادية والمتطلبات المفروضة على كل فرد لتحقيق ما يهدف إليه من طموحات وآمال.
٤. العزلة الاجتماعية وعدم تحقيق التواصل الانفعالي والاجتماعي.
٥. تدهور منظومة القيم واللامبالاة بالنواحي الروحية والعلاقات الإنسانية.
٦. التناقض الواضح بين طموحات الفرد وأحلامه الوردية وبين واقع معاش لا ينسجم مع تلك الطموحات.

٧. الاستمرار في عدم إصلاح الأوضاع الاقتصادية والسياسية، وتفاقم حالة الفقر والبطالة واستمرار سيادة القمع والاستبداد.

٨. الحروب وما تسببه من تشريد آلاف البشر، وزيادة العوز والانهيار وكساد الحالة الاقتصادية (عبد الباقي ، ١٩٩٢ ، حسين ، ٢٠٠٧ ، حسن، ٢٠٠٦).

### نظرية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

وضع أسس هذه النظرية ألبرت إليس Albert Ellis ، الذي ولد بمدينة بيتسبرج Pittsburgh بولاية بنسلفانيا بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩١٣ . حصل على درجة البكالوريوس في إدارة الأعمال من جامعة المدينة في نيويورك ، اكتشف أنه يميل إلى العلاج النفسي ، فالتحق ببرامج علم النفس الإكلينيكي ، وحصل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا عام ١٩٤٣ . وحصل على الدكتوراة عام ١٩٤٧ من الجامعة نفسها، وعمل بالتحليل النفسي . وفي مطلع الخمسينيات بدأت ثقة إليس في التحليل النفسي في الهبوط نتيجة لعدم جدواها في علاج بعض الحالات. فأتجه إلى المدرسة الفرويدية الحديثة Neo- Freudian ومنها بدأ بحثه في العلاج النفسي الموجه بالتحليل Psychoanalytically Oriented Psychotherapy . إلا أنه لم يجد مبتغاه ، فأصبح أكثر ميلاً لحركات التجديد في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، فأتجه إلى نظرية التعلم والإشراف، وهناك اكتشف أن سلوكيات مرضاه ليست نتيجة للتعلم والإشراف فقط ، وإنما اتضح له أن سلوكياتهم نتيجة لاستعدادهم للاحتفاظ بأفكار لاعقلانية غير منطقية .

وفي عام ١٩٥٤ بدأ إيليس يبحث في الفلسفة وعلم النفس لإنتاج شئ جديد يختلف عن ما هو مألوف في الإرشاد والعلاج النفسي عوضاً عن التحليل النفسي الذي لم يؤثر بشكل ملحوظ في علاج بعض الحالات . ومع بداية ١٩٥٥ اوضع إيليس أسس نظريته . وفي عام ١٩٥٦ قدم إيليس أول ورقة عن العلاج العقلاني الانفعالي في اللقاء السنوي لرابطة علم النفس في شيكاغو (الشناوي، ١٩٩٤ ؛ الخطيب ، ٢٠٠٣ ؛ زهران ، ٢٠٠٤).

وقد مرت نظرية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بعدة مراحل ، ففي بداية تكوينها عرفت بنظرية العلاج العقلاني حيث اقتصر إيليس (١٩٥٥) على استخدام المنطق والعقل في مواجهة الاضطرابات الانفعالية (الخولي ، ٢٠٠٤ ، ص ٩٩).

وفي عام ١٩٥٩ أسس إيليس معهد الحياة العقلانية **Institut of Rational Living** وهي مؤسسة علمية تربوية لتعليم أسس الحياة العقلانية . وقد وجهت انتقادات إلى هذه النظرية لتجاهلها الانفعال، ولكي يواجه إيليس الانتقادات التي وجهت إليه أعاد تسمية أسلوبه العلاجي عام (١٩٦١) باسم العلاج العقلاني الانفعالي **Rational Emotive Therapy (RET)** . وفي عام ١٩٦٨ أسس إيليس معهد الدراسات العليا في العلاج النفسي المعرفي . ونشر العديد من المطبوعات والدوريات عن العلاج العقلاني الانفعالي في مجلة (الحياة العقلانية) **Rational Living** (زهران ٢٠٠٤ ، ص ٦٣).

ومع التطور واتساع نطاق الممارسة (١٩٩٥) تغير مسمى النظرية إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) وهذا التغيير يعبر عن أن الاضطراب النفسي يتصف بالتعقيد بسبب العوامل البيئية والحضارية التي تسبب الأفكار اللاعقلانية . كما أن التفكير والانفعالات والتصرفات تتكامل ويتأثر بعضها ببعض . فالإرشاد والعلاج المعرفي الانفعالي السلوكي لا يقتصر على التفكير والانفعال فقط بل يشمل الأفعال والسلوك (Ellis ,1999 ,p. 22).

الأصول الفلسفية والنفسية للإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي  
الأصول الفلسفية لنظرية إيليس Ellis ترجع إلى اعتبارها تطوراً لآراء عدد من الفلاسفة اليونانيين الذين تأثر بهم إيليس مثل إبيكتيتوس Epictetus الذي قال : "إن الناس تضطرب مشاعرهم ليس بسبب الأحداث المحيطة بهم ، وإنما بسبب وجهات نظرهم عن تلك الأحداث" . كما تأثر إيليس بكل من إبيكورس Epicurus وماركوس Marcus . وتأثر كذلك بالفلاسفة البوذيين الطاويين Taoists . والفلاسفة الآسيويين الذين كانوا يقولون " إن انفعالات الإنسان تنشأ عن طريقة تفكيره ولكي نغير انفعالاته فيجب علينا أن نغير تفكيره أولاً" . ومن هؤلاء الفلاسفة : كنفوشيوس Confucius ، وبوذا Buddha ، ولاتسو Laotsu (زهران ، ٢٠٠٤ ، ص ٦٤) .

وتأثر إيليس بكتابات كانت Kant وتصوراته عن قوة المعرفة ومحدداتها والفكر والاستدلال . كما تأثر إيليس بالتيار الإنساني الأخلاقي Ethical Humanism أمثال كتابات راسيل Russell (١٩٣٠ - ١٩٦٥) الذي كان يرى أن مواجهة الخوف تكون عن طريق التفكير بهدوء وتعقل . وتأثر أيضا بالتيار الوجودي ، أمثال هيدجر Heidegger (١٩٤٩) .

كما تأثر بالتيار السيمانتكي Semantics أمثال كتابات كورزيبكي Korzybski (١٩٣٣) .

أما الأصول النفسية لهذه النظرية فترجع إلى تأثير إيليس بأعمال علماء النفس وكتابتهم . فقد بدأ حياته كمحلل نفسي في مدرسة كارين هورني Karen Horney School وتأثر بأفكار هورني (١٩٥٠) متأثراً بالغاً ، وكذلك تأثر بالفرد أدلر (Adler, ١٩٢٧) فيما يتعلق بتأثير الأفكار اللاعقلانية وكيف ان سلوك الفرد يكون نتيجة لأفكاره ومعتقداته ، و أضاف إيليس عليه ضرورة تغيير هذه الأفكار والمعتقدات أثناء الإرشاد أو العلاج .

كما تأثر إيليس بعلماء النفس السلوكيين مثل دونلاب Dunlap (١٩٣٢) ، جونز Jones (١٩٢٤) ، راينر Rayner (١٩٢٠) ، هيرزبرج Herzberg (١٩٤٥) . بالإضافة إلى تأثير إيليس بالأعمال الأدبية لشكسبير Shakespeare الذي عبر عن هذه النظرية بقوله في هاملت (ليس هناك خير أو شر ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك) (أبو زيد ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٢٣٨-٢٣٩) .

أسس الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إيس  
يستند الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على مجموعة من الأسس والمسلّمات

المتعلقة بطبيعة الإنسان وتفسير سلوكه ومصدر اضطرابه وهي :

١. البشر يولدون ولديهم استعداد أن يكونوا عقلانيين ومحققين لذواتهم ، أو أن يكونوا

غير منطقيين في سلوكهم قاهرين لأنفسهم .

٢. التفكير وأسلوبه وأنواعه هو محصلة تفاعل بين عدة متغيرات مثل : ماضي الفرد،

و خبراته السابقة ، وقدراته على التعلم ، ومستوى ثقافته ، ومستوى تعليمه ، وتنشئته

الاجتماعية، والعوامل الثقافية والحضارية، وتأثير البيئة المحيطة به .

٣. الإنسان قد يكون عقلانياً ولا عقلانياً أحياناً. وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح

ذا فاعلية ويشعر بالسعادة .

٤. الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي ينتج من التفكير اللاعقلاني ، فالعصابي شخص

أفكاره لاعقلانية ، عاجز انفعالياً ، سلوكه مدمر لذاته .

٥. الإنسان يعبر عن فكره برموز لغوية ، والفكر والانفعال يتضمنان الحديث مع الذات

Self-Talking في شكل جمل، فإذا كان الفكر مضطرباً صاحبه انفعال مضطرب

وينتج عنه سلوك مضطرب كذلك .



٦. تفكير الإنسان واتجاهاته نحو الأحداث هو الذي يجعل مدركاته حسنة أو رديئة ، نافعة أو ضاره ، مطمئنة أو مهددة . فالتفكير الخطأ يؤدي إلى انفعال خطأ، والعكس صحيح .

٧. التعصب والتحيز والتزمت والتطرف والجمود والتصلب والاعتقاد في الخرافات يؤثر في التفكير وبالتالي على الانفعال المصاحب له .

٨. إن الحدث المنشط للأفكار اللاعقلانية قد ينتهي وتبقى الأفكار والانفعالات المدمرة للذات كما هي .

٩. الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الانفعالات السالبة ينبغي مناقشتها ومهاجمتها وتعديلها

بإعادة تنظيم الإدراك منطقياً وعقلياً (باترسون ، ١٩٩٢ ، الحسين ، ٢٠٠٢ ، Ellis,

1994).

أهداف الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إليس  
يهدف الإرشاد والعلاج المعرفي الانفعالي السلوكي إلى تحقيق ما يلي: تدريب العميل على اكتشاف أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية وتعديلها وتغييرها إلى أفكار عقلانية واقعية . فكثير من الاضطرابات النفسية، وما ينتج عنها من استجابات وجدانية وسلوكية تعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات خطأ كونها الشخص عن نفسه وعن العالم المحيط به وعن مستقبله (إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ٢١٤) .

فالتغيير المعرفي هو هدف الإرشاد والعلاج المعرفي الانفعالي السلوكي، أما التغييرات الوجدانية والسلوكية فتتبع التغيير المعرفي ، كما يسعى هذا النوع من الإرشاد إلى تقديم قدر من المساعدة الذاتية وذلك بأن يكسب المسترشد مهارات تساعده في تعديل حالته الانفعالية والسلوكية — حتى بعد انتهاء جلسات العلاج. وبذلك يعد الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما — يراه إيس — هو إعادة بناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة . ولكي يتم ذلك يجب إكساب المسترشد القدرة على الاستبصار مروراً بثلاث مراحل هي :

١. إدراك أن ارتباط الشخصية الهزيمة لذاتها بأسباب تكمن أساساً في معتقدات الشخص وليست لأحداث منشطة تعرض لها في الحاضر أو الماضي .

٢. إدراك المسترشد أن استمرار اضطرابه يرجع إلى أنه لا زال يفرض على نفسه ذلك النوع من المعتقدات الخطأ والأفكار اللاعقلانية المدمرة لذاته ، ولإزال يدعمها .

٣. اعتراف المسترشد بوضوح بأن نزعته إلى التفكير اللاعقلاني هي التي أحدثت اضطرابه الانفعالي بالدرجة الأولى . فاستمرار هذا النوع من التفكير اللاعقلاني يعزز اضطرابه ، وبالتالي عليه أن يعمل على تعديل وتصحيح هذه المعتقدات وتبني التفكير العقلاني المنطقي (مليكة ، ١٩٩٠ ، ص ٤٢) .

كما أضاف (أبو زيد ، ٢٠٠٣) أن أهمية هذا النوع من الإرشاد والعلاج يكمن في محاولته تحقيق الأهداف الآتية :

#### ١. تقبل الذات غير المشروط Unconditional Self – acceptance

الشخص المكتئب يتصف باللوم الشديد للذات وقد يضع لها شروطاً معينة لكي يتقبلها. فالإرشاد والعلاج يساعده على تقبل ذاته بدون شروط .

## ٢. مهاجمة المعتقدات اللاعقلانية **Attacking of Irrational Beliefs**

المعتقدات والأفكار اللاعقلانية هي السبب الرئيسي للاضطراب ، فالإرشاد أو العلاج يسعى إلى مهاجمة تلك الأفكار ومقاومتها لمنعها من التطور حتى لا تصبح أكثر خطراً، وذلك أثناء الجلسات باستخدام استراتيجيات إرشادية أو علاجية مناسبة.

## ٣. إعادة اتصال المريض بالواقع **Re – touch with Reality**

الأفكار اللاعقلانية تتصف بعدم واقعيتها ، وبالتالي تحجب صاحبها عن الواقع ، فالإرشاد أو العلاج يعمل على إعادة المضطرب إلى الواقع ويعمل على تحسين الاتصال به، وتقبله دون شروط على أسس إيجابية .

٤. تخفيف التشوه المعرفي وتعديله

## **Reduction & Modification of Cognitive Distortion**

المعتقدات اللاعقلانية تؤدي إلى تشوهات معرفية، تؤثر في عمليات عقلية ومعرفية مختلفة لدى المضطرب ينتج عنها تأثيرات انفعالية وسلوكية. فمن المنطقي أن يهدف العلاج هنا إلى تخفيف التشوهات المعرفية وتعديلها .

٥. اكتشاف وتغيير الوجوبيات المطلقة و المطالب المثالية

## **Discovering & Changing of Absolutist Musts & Perfectionist Demands**

يهدف العلاج هنا إلى اكتشاف تلك الوجوبيات المطلقة والمطالب الكاملة – تصاغ بمصطلحات معينة مثل يجب ، لابد ، من الضروري .... إلخ — والعمل على تعديلها وتغييرها وربطها بالواقع .

## ٦. تعليم وتعلم التفكير بطريقة عقلانية

### Teaching & Learning How to Think More Rationally

مساعدة المسترشد على التفكير بطريقة عقلانية وذلك من خلال عمليتي التعلم والتعليم العلاجي ، للوصول إلى جعل التفكير أكثر تماسكاً ، واتساقاً ، ودقة . والعمل على جعل المعتقدات والأفكار أكثر وضوحاً وأكثر قابلية للتطبيق .

## ٧. معالجة قصور الالتزام الفلسفي الذاتي

### Dealing with Lack of philosophical Commitment

رغم تمسك المضطرب نفسياً بمعتقداته ، والتزامه بها ، ودفاعه عنها، فإن هناك نقصاً يعتريه يسمى بالالتزام الفلسفي الذاتي والذي يصاحبه ضعف في المهارات الشخصية ، ويهدف الإرشاد إلى تقوية ذلك الضعف .

## ٨. التدريب على العاطفة العقلانية Rational Passion Training

هناك أفكار لاعقلانية تسيطر على المضطرب ، وهناك أيضاً عاطفة لاعقلانية ، كما أن الاتجاه نحو الأشياء أو الأحداث يكون ناتجاً عن هذه العاطفة ، ويهدف العلاج هنا إلى التدريب على العاطفة العقلانية وتلمس الاتجاه السوي نحو الأشياء أو الأحداث .

## ٩. تعلم مهارات المواجهة Learning Coping Skills

نتيجة وجود أفكار لاعقلانية مصحوبة باندفاعية وقهرية في الانفعال والسلوك فإن المضطرب يفتقر إلى مهارات التكيف مع مشكلاته ومواجهتها والتعامل معها وتدبرها لذلك يهدف العلاج إلى تزويده بتلك المهارات .

## ١٠. تحسين مستوى التوافق Betterment of Adjustment level

يهدف العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي إلى زيادة توافق عملائه وخاصة التوافق المعرفي ، والانفعالي ، والسلوكي ، والتوافق مع الذات والآخرين .

## ١١. إنقاص أو إزالة انخفاض تقدير الذات

### Reducing & Eliminating Low Self – esteem

نظراً لارتباط المعتقدات اللاعقلانية بتقدير الذات ، ونظراً للاهتمام البالغ لهذا النوع من العلاج بتقدير الذات ، فمن المنطقي أن يهدف إلى رفع مستوى تقدير الذات .

## ١٢. إدارة مشاعر الأسف الذاتي واللوم الذاتي Management of self – blame & self - pity

من المنطقي طالما تعامل العلاج مع انخفاض تقدير الذات فلا بد أن يتعامل بالضرورة مع محو مشاعر الوجدان السالب مثل الأسف الذاتي واللوم الذاتي ....والتخفيف من آثارهما .

## ١٣. زيادة التوكيدية Assertiveness

وهو هدف يسعى إليه كل فرد حيث يريد أن يؤكد ذاته من خلال تصرفاته المختلفة ولا سبيل لرفع الذات سوى بالتوكيدية والتدرب عليها.

## ١٤. تحمل الإحباط و تشوه الذات Frustration Tolerance & Self –

### denigration

اهتم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بتحمل الإحباط . فلا جدوى من تعديل المعتقدات أو رفع تقدير الذات دون زيادة القدرة على تحمل الإحباط وإلا سيرتكس المضطرب في القريب العاجل . كما يهدف العلاج إلى التقليل من نزعات تشوه الذات خاصة في حالة الاكتئاب .

## ١٥. حماية المعتقدات الأخرى العقلانية Protection of The Rational Beliefs

نظراً لأن المعتقدات كلها عبارة عن منظومة ، ونسق ، ووعاء فإن من المنطقي أن تنفسي عدوى المعتقدات اللامعقولة إلى المعتقدات المعقولة بفعل تطور الاضطراب . والعلاج يحمي أفكار المضطرب العقلانية من التدهور حتى لا تصبح كل أفكاره ، وكل معتقداته ، وكل اتجاهاته لا معقولة.

### عملية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إليس

إن عملية الإرشاد والعلاج النفسي عند إليس تتلخص في معالجة اللامعقول بالمعقول ، وتتكون من عدة خطوات يمكن إيجازها بما يأتي (الشناوي ، ١٩٩٤ ، عمر ، ٢٠٠٣ ؛ شند والدسوقي ، ٢٠٠٣) :

١. تأسيس علاقة بين المرشد أو المعالج وبين المسترشد أو العميل لمساعدته في التعبير عن مشكلاته وتعرّف على أفكاره وتحديد اللاعقلانية منها .

٢. تحديد المشكلة والاتفاق مع المسترشد على حلها وذلك بتعريفه أن الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الشخص هي السبب الرئيسي لاضطرابه النفسي وأن الانحرافات السلوكية ناتجة عن تلك الأفكار. فالأحداث المنشطة المؤسفة (A) Activating تساهم في إحداث الانفعالات عند عامة الناس ، ولكنها في الواقع لا تزعجهم أو تجعلهم مضطربين (C) Consequence ولكنهم يزعمون أنفسهم أساساً بمعتقداتهم وأفكارهم (B) Beliefs بشأن الأحداث المنشطة (A) Activating لذا يجب أن يفرقوا بين الأفكار العقلانية (RB) Rational وبين الأفكار اللاعقلانية (IB) Irrational التي هي سبب اضطرابهم

٣. بعد تحديد الأفكار اللاعقلانية، على المرشد أو المعالج مساعدة المسترشد بأن يتدرب على كيفية مناقشة وتفنييد (D) Disputing هذه الأفكار اللاعقلانية، للوصول إلى فلسفة وسلوكيات جديدة وفعالة (E) Cognitive Effect.

٤. يتجاوز المرشد أو المعالج مرحلة التعامل مع أفكار المسترشد اللاعقلانية ليأخذ في اعتباره الأفكار اللاعقلانية العامة في الثقافة التي يعيش فيها المسترشد ، وكذلك فلسفة المسترشد ونظرته للحياة ، وإعداده لحياة أكثر عقلانية بحيث تجنبه الوقوع ضحية أفكار لاعقلانية أخرى ، وبذلك يتحقق الاستقرار النفسي والثبات الانفعالي ، كهدف رئيسي للعملية الإرشادية أو العلاجية.

الأفكار اللاعقلانية في نظرية إليس حدد إليس مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التي تسيطر على بعض الناس وتؤدي بهم إلى الاضطراب النفسي وهذه الأفكار هي :

١. من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به.
٢. يجب أن يكون الفرد فعالاً ومنجزاً بدرجة عالية تصل إلى درجة الكمال.
٣. بعض الناس يتصفون بالشر وحب الأذى وهم بذلك يستحقون أشد العقاب والتوبيخ .
٤. إنها كارثة حيث تأتي الأحداث كما لا يأمل الفرد ويشكل ذلك شيئاً مريعاً.
٥. تقع الكوارث والمصائب بسبب الظروف الخارجية والتي ليس للفرد عليها أي سلطة.
٦. الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم وينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً ، وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها .
٧. من الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها.
٨. يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه .
٩. إن الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها .
١٠. ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات .
١١. هناك دائماً حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة .



## خصائص الأفكار اللاعقلانية في نظرية إليس

أشار الشعراوي (٢٠٠٣) إلى أن الأفكار اللاعقلانية لها عدد من الخصائص منها :

(١) تكون الأفكار اللاعقلانية وهمية وبعيدة عن الواقع ، ولا تتناسب مع النسق العام

المقبول، ويتم تعزيز غالبيتها من قبل الأفراد ، وتؤدي إلى الشعور بالتعاسة التي لا

مبرر لها مثل القلق ، وتجعل تفكير الشخص يتصف بالجمود .

(٢) تكون الأفكار اللاعقلانية عادة صوراً من التمسك المطلق بفكرة معينة ، يكونها الفرد

المضطرب لإشباع الحاجات التي يسعى إليها .

(٣) تشتق الأفكار اللاعقلانية من أساس (الوجوبيات) يعبر عنها صاحبها بصيغ معينة مثل:

يجب ، ينبغي ، لابد ... ويكون المضطرب ذا إدراكات غير واقعية لكيفية وجوب ما

تكون عليه الأشياء ، وبالتالي تؤدي إلى الإخفاق في تحقيق الأهداف .

(٤) تساهم الأفكار اللاعقلانية مساهمة ذات دلالة في إحداث الاضطرابات السلوكية

والانفعالية ، مثل القلق والاكتئاب ، وتحد من قدرة المضطرب على تجاوز العقبات

وحل المشكلات .

(٥) هناك علاقة ارتباطية موجبة بين التفكير اللاعقلاني وسوء التكيف وتدني مستوى

تقدير الذات .

(٦) تؤدي الأفكار اللاعقلانية إلى استنتاجات غير منطقية ذات طبيعة ملحة .

(٧) التفكير اللاعقلاني وتكرار العبارات اللامنطقية ، يؤدي إلى هزيمة الذات قبل الشروع

في العمل ، وباستمرار الحديث الذاتي تستمر الاضطرابات . وهي ليست نتاجاً للظروف

الخارجية بل نتاج لما يتبناه الشخص من معتقدات تجاه الأحداث (ص ص ٨ - ٩) .

فنيات الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب نظرية إيس تتضمن العملية الإرشادية في هذه النظرية مجموعة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية ، المتكاملة لتحقيق أهدافها

الفنيات المعرفية **Cognitive Techniques** : وهي الفنيات التي تساعد المسترشد على تغيير أفكاره اللاعقلانية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية وقد استخدم الباحث عدداً من هذه الفنيات منها :

المناقشة والحوار : استخدمت هذه الفنية في معظم الجلسات الإرشادية بغرض تحقيق المشاركة الفاعلة بين الباحث والمجموعة التجريبية وذلك للكشف عن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لديهم وإقناعهم بخطئها وضرورة تصحيحها للوصول إلى الاتزان الانفعالي والتخلص من الاكتئاب .

المحاضرة المبسطة : وهو أسلوب تعليمي تربوي في الإرشاد الجماعي ، حيث يتعلم المسترشد من خلاله مزيداً من المعارف فيما يتصل بحياته العملية وما يتصل بها من علاقات ومواقف في إطار المشكلة التي يعاني منها ، وقد استخدم الباحث هذه الفنية في بعض الجلسات التي تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات الجديدة .

تحليل الاعتقادات : يعد نموذج ABC حجر الزاوية في الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي حيث إن التفاعل بين A, B, C مستمر ومتكرر فالإحداث المنشطة والخبرات (A) يدركها الفرد وفق الأفكار والمعتقدات المتكونة لديه (B) التي تؤدي بدورها إلى توليد المشاعر والسلوكيات (C) لمواجهة الحدث (زهران ، 2004 ، ص. 78)

إعادة البناء المعرفي : الوظيفة الأساسية لهذه الفنية هي تلقين العملاء أنماطاً من التفكير التكيفي لمساعدتهم على اكتشاف أنماط تفكيرهم المشوه والسلبى وإدراك الآثار الضارة لهذا النوع من التفكير وتبديل المعارف المشوهة بأنماط من التفكير السليم والتكيفي (المقطري ، 2005 ، ص. 144)

خطوات حل المشكلة : تستخدم هذه الفنية لمساعدة الأفراد على إدراك مشكلاتهم وتشجيعهم على تقديم وتقييم الحلول الممكنة والمتنوعة لحل المشكلة ، يتكون هذا الأسلوب من عدة خطوات وهي: تحديد المشكلة ثم تحديد خطوات حلها ثم تكوين البدائل التي يمكن أن تستخدم في هذا الحل ثم تقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها وأخيراً التحقق من النتائج .( عبود ، 2004 ، ص. 473)

الحوار السقراطي : وظيفة هذه الفنية هي تحديد الأفكار والاعتقادات السلبية والمحرفة لدى المسترشد وتعرفها، وذلك بأن يقوم بالمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية والسلبية لدية وبعد ذلك يقوم المرشد أو المعالج بطرح عدد من الأسئلة على المسترشد ليحدد ما إذا كانت هذه الأفكار التلقائية الموجودة لديه صحيحة ودقيقة أم خطأ (حسين ، ٢٠٠٥ ، ص. 108-109)

وتشير زهران (2004 ، ص 85) إلى أنه حينما يستخدم الأسلوب السقراطي في تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية فإن مهمة المرشد هي طرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفياً لمعتقدات المسترشد اللاعقلانية والهدف من ذلك تشجيع المسترشد على التفكير في نفسه وتصحيح سوء فهمه.

التفنيذ : "من أهم أساليب الإرشاد المعرفي ، وهو عملية تحتوي على عدد من الأسئلة حيث يتطلب من المرشد أن يوظف الطريقة السقراطية في طرح الأسئلة لتعليم المسترشدين الطريقة المنطقية في التفكير" (دحاحه ، ٢٠٠٤ ، ص. ٣٢).

وقد استخدم الباحث هذه الفنية عند مناقشة أفكار إيس .

### الفنيات الانفعالية : Emotive Techniques

وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المسترشد وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة ، وقد استخدم الباحث عدداً منها :

المرح والدعابة : استخدمت هذه الفنية من خلال إطلاق النكت المهدبة لمساعدة المجموعة التجريبية على الانتقال من الضيق والتوتر إلى المرح والبهجة .

لعب الأدوار : ويتم في هذه الفنية إعادة إنتاج المواقف المثيرة للاكتئاب ومساعدة الفرد على تغيير مشاعره السلبية المضطربة إلى مشاعر إيجابية ، ويكون التركيز في تمثيل الأدوار على الاعتقادات والأفكار غير العقلانية التي تسبب الاضطرابات الانفعالية لدى المسترشد والعمل على تعديلها وتغييرها (عمر ، 2003 ، ص. 132).

وقف التفكير : يستخدم هذا الأسلوب للعمل على مساعدة المسترشد على التحكم بأفكاره الهدامة للذات والتخيلات السلبية ، وتزداد فاعلية هذا الأسلوب على الأفراد دائمي التفكير في الأحداث الماضية بشكل قهري (ضميرة ، ٢٠٠٨ ، ص. ٢٣٤).

الفنيات السلوكية : **Behavioural Techniques** : وهي الفنيات التي تساعد في تخلص  
المسترشد من السلوك غير المرغوب فيه أو تعديله أو تغييره ، وقد استخدم الباحث عدداً منها  
:

التخيل المعرفي : حيث يطلب من المسترشد إعادة تكوين الموقف – المسبب للاضطراب – في  
عقله بوضوح قدر استطاعته وبعد دقائق قليلة يسأله المرشد عن الأفكار التلقائية المصاحبة  
لهذا الموقف (حسين ، 2007 ، ص.ص. 111) .

الواجب المنزلي : حيث يكلف عضو المجموعة التجريبية ببعض الأعمال التي يقوم بها خارج  
الجلسة الإرشادية مثل تحديد بعض المواقف التي كانت سبباً في اكتنابه وإكمال نموذج الأعمدة  
الثلاثة التي تشمل : الحدث المسبب للانفعال ، والأفكار الغير عقلانية التي استخدمها في تفسير  
الحدث ، والانفعال الناتج (ملحق رقم ٧) وإكمال نموذج رصد الأفكار المثيرة للاكتئاب وتصحيح  
الأفكار اللاعقلانية (ملحق ٨ وملحق ٩) والتدريب على الاسترخاء والهدف من هذه الواجبات  
هو استمرار العملية الإرشادية بعد الجلسات الإرشادي .

الاسترخاء : طريقة من طرق العلاج السلوكي يتم – بمقتضاها – تدريب الشخص على إيقاف  
كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق والاكتئاب ( إبراهيم ، ١٩٩٤ ،

ص.٣٣

### الدراسات السابقة

أولاً : الدراسات التي تناولت العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكنتاب

أجرى فيزتر (vester,1984) دراسة هدفت إلى تعرف مدى ارتباط الأفكار اللاعقلانية بالمزاج والاكنتاب على عينة مكونة من 30 طالباً من طلبة الجامعة . وقد قام أفراد العينة باستكمال الإجابة على قائمة صفات الاكنتاب، واستبيان قياس الأفكار اللاعقلانية. وقد وجد أن المستويات العليا من الأفكار اللاعقلانية ترتبط مع مدى تغير المزاج الاكنتابي، وكان في هذه النتائج دعم لنظرية إليس عن الاكنتاب ، إذ إن الأشخاص الذين لديهم أفكار لاعقلانية عالية كانوا أكثر اكنتاباً من الأشخاص الذين هم على درجة متوسطة أو قليلة من الأفكار اللاعقلانية .

كما أجرى كل من رايت و كوش (Wright& Cough, 1984) المشار إليها في (حسن و الجمالي، 2003) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية عند (أليس) وكلا من الاكنتاب والقلق العصابي، وقد أجريت الدراسة على 600 طالب جامعي في الولايات المتحدة الأمريكية. توصلت إلى عدة نتائج من أهمها أنه توجد علاقة دالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية وكلا من القلق العصابي والاكنتاب .

وأجرى مكلنان (McLennan, 1987) دراسة هدفت إلى توضيح علاقة المعتقدات اللاعقلانية بتقدير الذات والاكنتاب . تكونت عينة الدراسة من ٢٦٨ طالباً من طلبة الجامعة منهم ١٣٦ من الذكور و١٣٢ من الإناث . واستخدم فيها المقابلة السريرية واستبيان الأفكار اللاعقلانية ، أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة بين الأفكار اللاعقلانية وانخفاض مستوى تقدير الذات وارتفاع مستوى الاكنتاب .

ومن الدراسات التي أجريت بهدف تعرف علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب. الدراسة التي قام بها الريحاني وحمدى وأبو طالب (1989). تكونت عينة الدراسة من 559 طالباً من مختلف كليات الجامعة الأردنية . استخدم قائمة بيك لقياس الاكتئاب وكذلك اختبار الريحاني للأفكار اللاعقلانية . توصلت نتائج هذه الدراسة إلي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب .

كذلك أجرى إبراهيم (١٩٩١) دراسة هدفت إلى تعرف مدى العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وتقدير الذات لدى طلبة جامعة قطر ، تكونت عينة الدراسة من ١٢٠ طالباً وطالبة ، استخدم مقياس الأفكار اللاعقلانية وقائمة تقدير الذات — إعداد الباحث — أشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة بين الأفكار اللاعقلانية ومستوى تدني تقدير الذات ، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود اثر للجنس .

كما أجرى كل من هوم و بارون (Homme,& Barron , 1992) دراسة هدفت إلى معرفة علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب ، تكونت عينة الدراسة من ١٢٦ شخصاً متطوعاً منهم ٥٠ ذكراً و ٧٦ أنثى ، استخدمت قائمة بيك للاكتئاب واستبانة الأفكار اللاعقلانية . أكدت النتائج وجود علاقة دالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب .

وفي دراسة أجراها سعفان (١٩٩٥) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالذنب لدى طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من ٧٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة الزقازيق . استخدم مقياس الشعور بالذنب ومقياس الأفكار اللاعقلانية — أدهما الباحث — أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالذنب لدى طلبة الجامعة .

وأجرى درميوت وآخرون (Dermtut et. at ,1997) دراسة هدفت إلى تأكيد علاقة الانحرافات المعرفية والأفكار اللاعقلانية بالاكئاب واليأس على عينة مكونة من ٧٩ شخصاً متطوعاً ، واستخدمت قائمة بيك للاكئاب والمقابلة السريرية ، أثبتت النتائج ما توصلت إليه الدراسات السابقة وهي وجود علاقة ذات دلالة بين الانحرافات المعرفية والأفكار اللاعقلانية وبين الاكئاب واليأس .

وأجرى كلاً من حسن والجمالي (2003) دراسة هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس في سلطنة عمان وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية منها الاكئاب . تكونت عينة الدراسة من 204 من الطلاب والطالبات ، تم تطبيق اختبار الأفكار اللاعقلانية للريحاني وقائمة بيك للاكئاب ، توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج منها أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين الأفكار اللاعقلانية والاكئاب .

وأجرى ماكافي (Macavei, 2005) دراسة هدفت إلى توضيح دور الأفكار اللاعقلانية بالاكئاب. تكونت عينة الدراسة من ٥١ شخصاً رومانياً. استخدمت المقابلة السريرية و دليل التشخيص الإحصائي للاكئاب DSM، أظهرت النتائج أن أعراض الاكئاب يكون مصحوباً بالأفكار اللاعقلانية .



ثانياً: الدراسات التي تناولت برامج إرشادية أو علاجية وبخاصة الإرشاد العقلاني الانفعالي أجرت الطيبة (1990) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الأفكار اللامنطقية . تكونت عينة الدراسة من 50 طالبة من مدارس عمان الثانوية في الأردن ، استخدمت قائمة بيك للاكتئاب . وبعد خضوع المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي . أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى الاكتئاب وهو لصالح المجموعة التجريبية، وهو يعزى إلى البرنامج الإرشادي.

وأجرى رينولدز وكواتس ( Reynolds & Coats , ١٩٨٦ ) دراسة لمعرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المراهقين ، تكونت عينة الدراسة من ٣٠ مراهقاً بواقع ١١ من الذكور و ١٩ من الإناث ، قسمت العينة إلى مجموعتين الأولى تجريبية تلقت العلاج المعرفي السلوكي ومجموعة ضابطة لم تتلق العلاج ، استخدم في هذه الدراسة مقياس الاكتئاب للمراهقين — إعداد الباحثين ، أوضحت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي ذو فاعلية في خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية ، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الاستجابة للعلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية. وقام ماركوس (Markus,1987) بدراسة تهدف إلى تعرف تأثير برنامج إرشادي يستند إلى النظرية الإرشادية العقلانية الانفعالية لخفض الاكتئاب، تألفت عينة الدراسة من 15 طالباً وطالبة من جامعة ميزوري بالولايات المتحدة الأمريكية. تم توزيعها على مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، استخدم فيها قائمة بيك للاكتئاب أكدت نتائج هذه الدراسة التأثير الفعال للبرنامج الإرشادي في خفض الاكتئاب .

وهدفت دراسة أجراها عراقي (١٩٩١) إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب العصابي. تكونت عينة الدراسة من ٤٠ طالباً وطالبة من طلبة المستوى الثاني والثالث في كلية التربية — جامعة الزقازيق — من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على قائمة بيك للاكتئاب . تم توزيعهم إلى أربع مجموعات، تتضمن كل مجموعة عشرة طلاب . مجموعتان تجريبيتان إحداهما للذكور والأخرى للإناث ، وكذلك الحال بالنسبة للمجموعتين الضابطين ، واستخدمت قائمة بيك للاكتئاب، واستمارة المقابلة الشخصية، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي . كشفت نتائج الدراسة عن انخفاض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين ، مقارنة بالمجموعتين الضابطين ، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة في مستوى الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المجموعتين التجريبيتين سواء في التطبيق البعدي أم المتابعة .

وأجرى سترافنسكي (Stravynski, ١٩٩٤) دراسة هدفت إلى قياس فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي المقترن بالعقاقير المضادة للاكتئاب ، على عينة مكونة من ١٨ مريضاً بالاكتئاب . تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تلقت برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي ، وتلقت المجموعة الأخرى البرنامج العلاجي نفسه مضافاً إليه عقار الاكتئاب. واستخدم الباحث قائمة بيك للاكتئاب ، ومقياس هاملتون للاكتئاب . أوضحت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب وأن إضافة العقار المضاد إلى العلاج المعرفي السلوكي لم يكن له أي آثار إضافية ذات دلالة .

وأجرى كلاً من ماكاسكيل وماكاسكيل (Macaskill & Macaskill,1996) دراسة هدفت إلى مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي المقترن بالعلاج الدوائي مع العلاج الدوائي منفرداً في علاج الاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من ٥١ مريضاً بالاكتئاب تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تلقت علاجاً بالعقاقير والأخرى تلقت العلاج العقلاني الانفعالي مقترناً بالعلاج بالعقاقير ، واستخدمت المقابلة التشخيصية السريرية واستبيان المعتقدات اللاعقلانية ، أوضحت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين بعد انتهاء فترة العلاج لصالح المجموعة التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي مقترناً بالعلاج الدوائي .

وفي دراسة أجراها دحادحة (2004) هدفت إلى تعرف أثر التدريب في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من 60 طالباً وطالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدينة اربد في المملكة الأردنية الهاشمية. وزعت هذه العينة إلى ست مجموعات. واستخدم فيها قائمة بيك للاكتئاب ومقياس مفهوم الذات لبيرس - هاريس ، بالإضافة إلى برنامج تنفيذ الأفكار اللاعقلانية ، أكدت النتائج التأثير الفعال للبرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة لصالح المجموعات التجريبية .

وأجرت علي (٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى التحقق من مدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب ، تكونت عينة الدراسة من ١٥ مريضاً ، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات ، كل مجموعة تتكون من خمسة مرضى ،

وقد تلقوا ثلاثة أنواع من الظروف العلاجية : المجموعة الأولى علاج معرفي سلوكي منفرد ، المجموعة الثانية علاج دوائي منفرد ، المجموعة الثالثة الجمع بين العلاجين السابقين. استخدم في هذه الدراسة بطارية بيك الثانية للاكتئاب . أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث بعد الانتهاء من العلاج ، وهذا يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب أحادي القطب .

ملاحظات عامة عن الدراسات السابقة

من خلال مراجعة الدراسات السابقة نلاحظ ما يأتي :

١. معظم الدراسات السابقة أكدت العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب ، أو تدني تقدير الذات دراسة إبراهيم (١٩٩١) أو الشعور بالذنب دراسة سعفان (١٩٩٥) ولا شك أن كلاً من انخفاض تقدير الذات والشعور بالذنب من الأعراض المهمة عند الشخص المكتئب .
٢. أكدت جميع الدراسات فعالية البرامج الإرشادية أو العلاجية المعرفية السلوكية في خفض أو علاج الاكتئاب ، حتى عند اقترانه بالعلاج الدوائي .
٣. جاءت فكرة إضافة الناحية السلوكية في هذه الدراسة تعزيراً لما جاء به إيس من إضافة في سنة ١٩٩٥ .
٤. تناولت هذه الدراسة برنامجاً إرشادياً يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لخفض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء ولم يجد الباحث أي دراسة في البيئة اليمنية تناولت هذا الموضوع .

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

تناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة والعينة وأدوات الدراسة وإجراءات التطبيق والتصميم التجريبي والتحليل الإحصائي الذي تم استخدامه خلالها ، وذلك بهدف تعرف فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء .

#### مجتمع الدراسة

قام الباحث باختيار طلبة السنة الرابعة المستجدين (الذين انتقلوا من المستوى الثالث ولم يشمل الراسبين) في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي (٢٠٠٧ / ٢٠٠٨) من الأقسام العلمية التالية : اللغة العربية ، واللغة الانجليزية ، والرياضيات . والبالغ عددهم (٣٦٣) طالباً وطالبة من طلبة كلية التربية في جامعة صنعاء . بواقع (٩١) طالباً و(٢٧٢) طالبة .

#### عينة الدراسة :-

للحصول على عينة الدراسة تم تطبيق (قائمة بيك) لقياس الاكتئاب على مجتمع الدراسة ، وقد اختار الباحث أعلى (٣٠) فرداً من أفراد المجتمع على درجات مقياس الاكتئاب وقد تراوحت درجاتهم بين (٢٨ و ٥٢) درجة ، علماً بأن مدى الدرجات للمجتمع الإحصائي تتراوح بين (٤ و ٥٢) درجة ومدى درجات المقياس بين (صفر و٦٣) درجة . وقد تم تقسيم العينة التي تم اختيارها إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، تتكون كل منهما من (١٥) طالباً وطالبة بصورة قصدية،

ولتحقيق أكبر قدر من التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة راعى الباحث عند تصنيفه للمجموعتين تجانس مستوي الاكتتاب في كل من المجموعتين وعوامل أخرى مثل : السن ، ومستوى التحصيل الدراسي في المستوى الثالث ، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وظروف الإقامة أثناء الدراسة الجامعية ، والمستوى التعليمي للأبوين . كما تم الاختيار من الأقسام العلمية الثلاثة المشار إليها . وروعي عامل مهم وهو رغبة واستعداد المجموعة التجريبية في الاشتراك في البرنامج الإرشادي والالتزام بالضوابط والتعليمات ، وقد تم جمع هذه المعلومات باستخدام استمارة بيان حالة (ملحق ٦). كل هذه الإجراءات بغرض تحقيق قدر أكبر من التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة .

#### الأدوات المستخدمة في الدراسة :

لتنفيذ الإجراءات الخاصة بالجزء التطبيقي للدراسة استخدم الباحث أداتين هما : -

#### أولاً : قائمة بيك للاكتتاب

##### وصف القائمة

تعد قائمة بيك للاكتتاب من القوائم واسعة الانتشار في ميادين علم النفس الاكلينيكي والطب النفسي وتستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة كوسيلة للتقويم الذاتي من اجل قياس شدة الأعراض الاكتئابية بدءاً من سن السادسة عشرة وصولاً إلى سن الشيخوخة المتأخرة (رضوان، 2001، ص. 25) .

ويشير عبد الخالق (1996 أ) إلى وجود عدة ترجمات عربية مختلفة للقائمة، منها ما

اعتمد الصيغة المنشورة في عام (1961)

ومنها ما اعتمد القائمة المختصرة ومنها ما اعتمد الترجمة الحرفية ، كما تتوافر نسخة مترجمة من قائمة بيك للاكتتاب عرض لها إبراهيم (1998) ولم يشر المترجم إلى الصيغة التي اعتمد عليها في الترجمة وسنة صدورها (رضوان ، 2001 ، ص. ص. 26 – 25) .

ولإجراء هذه الدراسة استخدم الباحث الصيغة التي قام بتعريبها وتقنينها إلى النسخة العربية حمدي، وأبو حجلة، وأبو طالب (1988). وقد توافر لهذه القائمة دلالات صدق وثبات مقبولة تمكن من استخدامها لأغراض البحث والتشخيص . حيث أشار حمدي وزملاؤه (١٩٨٨، ص ص. 40 - 30) إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين مجموعتين من الأفراد أحدهما مكتتبه والأخرى غير مكتتبه مما يشير إلى صدق هذا المقياس . كما بلغت قيمة معامل الثبات المحسوب بطريقة إعادة الاختبار 0.88 وبلغت قيمة معامل الثبات المحسوب باستخدام معادلة كرونباخ 0.8 .

تصح القائمة بجمع الدرجات التي حصل عليها الفرد على جميع الفقرات حيث يتراوح مدى الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص بين (صفر ، 63) واستخدام المعايير الآتية لتفسير الدرجة والتي وضعها مصمم القائمة (بيك) :

(صفر – 9) لا يوجد اكتتاب

(10 – 15) اكتتاب خفيف

(16 – 23) اكتتاب متوسط

(ما فوق 23) اكتتاب شديد

(الريحاني ، 1989 وآخرون ، ص. 45)

صدق القائمة : -

قام الباحث بحساب صدق القائمة باستخدام الطريقتين الآتيتين :

## 1- الصدق المنطقي :

لاستخراج دلالة الصدق المنطقي للقائمة تم عرضها في صورتها الأولية (ملحق ١) على مجموعة من بعض أساتذة الجامعة اليمنية في تخصص علم النفس والإرشاد النفسي والصحة النفسية والمبينة أسماؤهم في (ملحق ٢) لإبداء آرائهم حول فقرات القائمة وارتباطها وسلامتها اللغوية مع تعديل وإضافة ما يروونه مناسباً.

وفي ضوء الملاحظات والآراء التي أبدتها المحكمون اعتمد الباحث اتفاق ( 82 % ) فأكثر وكانت النتيجة الإبقاء على القائمة كما هي والاكتفاء ببعض التعديلات اللغوية البسيطة (الملحق رقم ٤).

## 2- الصدق التلازمي :

تم التحقق من الصدق التلازمي للقائمة بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها مجموعة (80) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة — من خارج عينة الدراسة — على قائمة بيك للاكتتاب وبين درجاتهم على مقياس زيمرمان وآخرون Zimmerman et at. ( 1994 ) للاكتتاب تعريب وتقنين (الدسوقي، 2007 ، ص. ص. 198:407 ) وقد بلغ معامل الارتباط (0.78) مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للقائمة .

ثبات القائمة :



تم حساب ثبات القائمة عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق T-Retest وذلك بتطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (60) طالباً وطالبة — غير المشمولين في عينة الدراسة — ثم إعادة التطبيق على العينة نفسها بعد فاصل زمني مقداره أسبوعان ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني فوصل معامل الارتباط إلى (0.80) وهو معامل موجب ودال إحصائياً وهذا يؤكد توافر شرط الثبات للقائمة .

### ثانياً : برنامج الإرشاد العقلي الانفعالي السلوكي

أعد الباحث البرنامج الإرشادي بهدف خفض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء مستندا إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية التي وضع أسسها ألبرت أليس . ويتكون هذا البرنامج من ثلاث عشرة جلسة بواقع جلستين في الأسبوع .

تم عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي والصحة النفسية في كل من جامعة صنعاء ، الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك(ملحق ٥) بهدف التحقق من مدى ملاءمة البرنامج لعينة الدراسة والتأكد من شمولية الأهداف وسلامة الإجراءات الخاصة بجلسات البرنامج ومدى ملاءمة الفنيات الإرشادية المستخدمة في تنفيذ البرنامج وإضافة ما يراه الخبراء جوهرياً لبناء البرنامج .

وقد حصل الباحث على مجموعة من الملاحظات القيمة استرشد بها في إعداد البرنامج في صورته النهائية (ملحق ١١) ومن أهم تلك الملاحظات : إضافة المزيد من التدريبات أثناء الجلسات ، ازدحام الجلسات بفنيات إرشادية مختلفة ، تخصيص جزء كبير من الجلسات لمناقشة قائمة إليس للأفكار اللاعقلانية .

وبعد الانتهاء من إعداد أداتي الدراسة قام الباحث بتطبيق قائمة بيك على أفراد مجتمع الدراسة لاختيار العينة . وبعد تقسيم العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ، تم التأكد من تجانس المجموعتين من حيث مستوى الاكتئاب .  
 قام الباحث بتطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد العينة التجريبية في الفترة الزمنية ( ١٢/٥ – ٢٠٠٧/١/١٥ ) .

وبعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي والذي استمر لمدة سبعة أسابيع بواقع جلستين في كل أسبوع وكانت تستغرق الجلسة ما بين ( ٧٠ — ٩٠ ) دقيقة . قام الباحث بتطبيق قائمة بيك للاكتئاب على أفراد المجموعة التجريبية (تطبيق بعدي) . وبعد شهر ونصف قام بتطبيق قائمة بيك للاكتئاب على أفراد المجموعة التجريبية (تطبيق تتبعي) .

### تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية :

#### متغيرات الدراسة

المتغير المستقل : البرنامج الإرشادي

المتغير التابع : الاكتئاب

#### تصميم الدراسة

استخدم الباحث التصميم شبه التجريبي ذا الاختبار القبلي البعدي مع وجود مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

A EG 01 x O2

B CG 01 - O2

المجموعة التجريبية: قياس قبلي - برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي - قياس بعدي

المجموعة الضابطة: قياس قبلي - لا معالجة

- قياس بعدي

### المعالجة الإحصائية

استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي المشترك (One Way ANCOVA) وذلك لاستبعاد الفروق القبلية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، وكذلك استبعاد أي تغير محتمل في الدرجات المختلفة الناتجة عن تأثير أية متغيرات غير البرنامج الإرشادي . وقد استخدم المتوسطات الحسابية البعدية للقياسات المختلفة للمجموعتين الضابطة والتجريبية للدلالة على أثر البرنامج فيها . كما استخدم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على قائمة بيك للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة وذلك لقياس استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي لخفض الاكتئاب .

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

تناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء .

وكانت أسئلة الدراسة كما يلي :

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي ؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي ؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد (فترة المتابعة) ؟

ولإجابة على السؤال الأول تم التحقق من صحة الفرضية الأولى وهي كما يلي :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي .

حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لدرجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب والجدول (٢) يبين ذلك.

## جدول (١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لمتوسط درجات المجموعة

التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتتاب

العدد	المتوسط المعدل	البعدي		القبلي		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
15	11.22	2.15	11.27	6.21	36.40	تجريبية
15	35.38	4.13	35.33	5.37	36.13	ضابطة

يبين الجدول (١) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات

المعدلة لدرجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتتاب.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين

الأحادي المصاحب جدول (٢).

## جدول (٢)

تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب

الدالة الإحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
.002	12.422	95.873	1	95.873	المصاحب (القبلي)
.000	566.488	4372.305	1	4372.305	المجموعة
		7.718	27	208.393	الخطأ
			29	4676.571	المجموع

يتبين من الجدول (٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة ، حيث بلغت قيمة ف ٥٦٦,٤٨٨ وبدلالة إحصائية ٠,٠٠٠ ، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى رفض هذه الفرضية. وقبول الفرضية البديلة وهي وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة لصالح المجموعة التجريبية . ولإجابة على السؤال الثاني فقد تم التحقق من صحة الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي .

حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب والجدول (٣) يبين ذلك.

### جدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب

العدد	المتوسط المعدل	البعدي		القبلي		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
7	10.91	2.45	11.00	7.777	36.86	ذكور
8	11.58	2.00	11.50	4.986	36.00	إناث

يبين الجدول (٣) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي .

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب جدول (٤).

## جدول (٤)

تحليل التباين الأحادي المصاحب لدرجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في التطبيق البعدي .

الدالة الإحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
.039	5.360	19.761	1	19.761	المصاحب (القبلي)
.517	.445	1.640	1	1.640	الجنس
		3.687	13	44.239	الخطأ
			15	64.933	المجموع

يتبين من الجدول (٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  تعزى لأثر الجنس حيث بلغت قيمة ف ٠,٤٤٥ وبدلالة إحصائية ٠,٥١٧، مما يشير إلى قبول هذه الفرضية. أي لا يوجد أية فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية .

ولإجابة على السؤال الثالث من أسئلة الدراسة تم التحقق من صحة الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة"



حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة والجدول (٥) يبين ذلك.

### جدول (٥)

اختبار "ت" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة وبعد فترة المتابعة .

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
15	11.27	2.15	.634	14	.536
15	10.87	1.60			

يتبين من الجدول (٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة حيث بلغت قيمة "ت" ٠,٦٣٤ وبدلالة إحصائية ٠,٥٣٦، مما يشير إلى قبول هذه الفرضية. حيث لا يوجد أية فروق بين التطبيق البعدي والمتابعة .

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

تناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة ، إضافة إلى تقديم التوصيات المناسبة في ضوء هذه النتائج . فقد توصلت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج أظهرت فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية . وسيتناول الباحث مناقشة النتائج المتعلقة بالأسئلة الثلاثة التي تناولتها الدراسة .

#### مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول :

من استعراض نتائج السؤال الأول اتضحت فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة وهو برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لخفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء . ويمكن إرجاع ذلك إلى عدة أسباب اجتمعت بشكل متكامل وأدت إلى هذه النتيجة يمكن عرضها فيما يلي :

أولاً: أن عدداً من الدراسات أكدت أن هناك علاقة من نوع ما بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب (vestre,1984؛ Wright& Cough, 1984؛ Mclennan, 1987؛ الريحاني وآخرون ، 1989 ؛ إبراهيم ، ١٩٩١ ؛ Homme,& Barron , 1992 ؛ Dermut et. at ,1997 ؛

( Macavei, 2005

ثانياً: أسباب تتعلق بكفاءة استراتيجية الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث يركز بدرجة أساسية على الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها المسترشد المكتتب والتي يعبر عنها في كلمات مثل يجب أو ينبغي أو من المفروض وغير ذلك من الألفاظ التي تنعكس سلباً على انفعالاته وسلوكياته فيصبح متشائماً ، وتوقعاته سلبية ويلوم نفسه على الدوام ، ويسيطر عليه إحساس بالدونية ، وتنخفض دافعيته للعمل والإنجاز ... وغير ذلك من أعراض الاكتئاب . فالإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يعمل على تبصير المسترشد بتلك الأفكار اللاعقلانية والوصول به إلى قناعة بأنها سبب اضطرابه وان تمسكه بها وتصديقها سيقوده إلى المزيد من المعاناة ، ثم تأتي الخطوة التالية وهي مساعدته على التخلص من تلك الأفكار أو تخفيضها على الأقل بحيث لا تكون سبباً في اضطرابه . فاستبدال الأفكار اللاعقلانية لدى المسترشد بأفكار عقلانية سيؤدي حتماً إلى إحداث تغيير في انفعالاته وسلوكياته ، واستعادة توافقه من جديد وبالتالي تخفيض الاكتئاب . فالإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي قائم على ثلاثة أسس متداخلة هي الأفكار ، المشاعر والسلوكيات ، فإحداث تغيير في إحداها يؤدي إلى تغيير في الأسس الأخرى .

وهناك أسباب أخرى أدت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي تتعلق بالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بالإضافة إلى كفاءته. منها أن تفسير هذا النوع من الإرشاد والعلاج للاضطرابات النفسية لاقى قبولاً لدى الباحثين في مجال الإرشاد النفسي. خاصة في البيئة العربية والإسلامية نظراً للخلفية الدينية التي تدعو إلى التعقل ومقاومة اللامعقول ونبذها وعدم التشاؤم والنظرة التفاؤلية للمستقبل .... وغيرها من التعاليم الإسلامية (أبو زيد ، ٢٠٠٣ ، ص

ثالثاً: أسباب تتعلق بالبرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة ، فالبرنامج بما اشتمل عليه من فنيات إرشادية عقلانية وانفعالية وسلوكية مثل إعادة البناء المعرفي والمناقشة وتنفيذ الأفكار اللاعقلانية ولعب الأدوار والتخيل المعرفي والاسترخاء ، وغيرها من الفنيات قد أكسب المجموعة التجريبية عدداً من الخبرات التي مكنتهم من اكتشاف الأفكار اللاعقلانية التي كان لها الدور الكبير في إحداث الاكتئاب لديهم ، وفي استبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية أدى ذلك إلى خفض الاكتئاب لديهم .

وهناك عامل آخر يتعلق بالبرنامج الإرشادي هو الطريقة التي اتبعت في تنفيذ البرنامج بشكل جماعي، حيث أتاحت المجال أمام الفرد داخل المجموعة التجريبية لملاحظة نفسه والآخرين والتعبير عن مشاعره بحرية ، وتنوع الحلول للمشكلة التي يطرحها أثناء المناقشات الجماعية . وفي الجلسات الجماعية تتاح الفرصة للتفاعل والحوار ويدرك الفرد أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاكتئاب بل يشاركه الآخرون بذلك .

رابعاً: كما أن التزام أفراد العينة بالحضور وتنفيذ الواجبات المنزلية خلال تنفيذ البرنامج أدى إلى الاستفادة من البرنامج الإرشادي وخفض مستوى الاكتئاب سواء في الاختبار البعدي أم اختبار المتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية. ولقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات التي أجريت لمعرفة فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لخفض الاكتئاب (Markus,1987؛ الطيبة، 1990 ؛ Macaskill&Macaskill,1996 ؛ دحاده، 2004) .

## مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني :

أظهرت نتائج السؤال الثاني عدم وجود فروق بين درجات الذكور والإناث لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المجموعة التجريبية قد اشتملت على الذكور والإناث

، فالجنسان يعيشان الظروف والضغوط النفسية نفسها التي تتعلق بالنجاح الدراسي والمستقبل المهني . وخاصة بعد خروج المرأة لمنافسة الرجل في الوظيفة العامة وسوق العمل. وكما أن تأثر كلا الجنسين بثقافة المجتمع وما يملي عليهم واقعهم من أفكار لاعقلانية ، تنميتها وتشجيعها أساليب خطأ من التنشئة الاجتماعية، في ظل ظروف ينعدم فيها أبسط مقومات الرعاية في الصحة النفسية . ولعل تنفيذ البرنامج على الجنسين في الوقت نفسه والقاعة نفسها قد أتاح المجال أمام أفراد العينة التجريبية للتفاعل والحوار وتبادل الخبرات في جو يسوده التقبل الغير مشروط للفرد ، كما أن تشجيع الباحث للجميع للمشاركة والتفاعل . ومناقشة الواجبات المنزلية أمام الجميع كان له الأثر في إحداث تشابه في أثر البرنامج في الجنسين.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (عراقي، ١٩٩١؛ دحادحة، ٢٠٠٤) في عدم ظهور أثر للجنس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي أو العلاجي الذي يهدف إلى تخفيض الاكتئاب ، ويستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية .

### مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث :

أظهرت نتائج السؤال الثالث عدم وجود فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة . وهذا يشير إلى أن البرنامج قد أثر بشكل كبير بسبب التدريبات العملية التي شملها البرنامج الإرشادي فعدد جلساته بلغت ثلاث عشرة جلسة وزمن الجلسة تقدر بساعة ونصف ، وهذا مكن المجموعة من اكتساب خبرات إرشادية ساعدتهم في التخلص من الاضطراب وأكسبتهم قدرات على التعايش مع الواقع والابتعاد عن التفكير غير العقلاني الذي يسبب لهم الاضطراب . كما يمكن إرجاع ذلك إلى الأثر الذي يتركه الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بعد انقضاء فترة البرنامج ، فهو يعمل على إعادة اتصال المسترشد بالواقع وبالحقيقة على أسس إيجابية ، وهذا يمنع الارتكاس ، ويجعل المسترشد يتقبل الواقع كما هو دون شروط ( أبو زيد ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤٧ ) .

كما يشير زهران ( ٢٠٠٥ ، ص ٣٧٤ ) إلى أن من مميزات هذا النوع من الإرشاد أو العلاج هو أنه " يحصن المسترشد ضد الأفكار غير العقلانية التي يتعرض لها مستقبلاً " .

## التوصيات :

في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يأتي :

٣. إجراء دراسات إرشادية تجريبية لخفض الاكتئاب باستخدام نظريات إرشادية أخرى .
٤. إجراء مزيد من الدراسات الإرشادية المماثلة لهذه الدراسة على باقي شرائح المجتمع .
٥. إجراء مزيد من الدراسات الإرشادية المماثلة لتشخيص ومحاولة خفض وعلاج اضطرابات نفسية أخرى .
٦. أن تتضمن البرامج التربوية التي تقدم للطلاب في مراحل التعليم المختلفة إرشادات وتوجيهات تساعدهم على تنمية التفكير العقلاني والمنطقي .

## المراجع

### المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .

إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليبه علاجه. عالم المعرفة. العدد (٢٣٩). الكويت:المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.

إبراهيم، علي إبراهيم (١٩٩١) . الأفكار العقلانية واللاعقلانية في علاقتها بتقدير الذات \_ دراسة أمبريقية في ضوء نظرية (إليس) للعلاج العقلائي الانفعالي لدى عينة من البنين والبنات بجامعة قطر. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، المجلد ٥، العدد ١، ص ٣٣ - ٥٢ .

أبو زيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٣). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية — الجزء الخامس. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

الأشول، محمد يحي (٢٠٠٥). دراسة إحصائية للمرضى المترددين على مستشفى الأمل للطب النفسي في الفترة (١٩٩١ - ٢٠٠٥) ، مستشفى الأمل للطب النفسي: اليمن ، صنعاء.



باترسون (١٩٩٢). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة حامد عبد العزيز الفقي

الكويت: دار القلم . (الكتاب الأصلي منشور عام ١٩٨١)

بيك، أرون (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى

ومراجعة عادل يعقوب. بيروت : دار النهضة العربية للطباعة والنشر. (الكتاب الأصلي

منشور عام ١٩٧٩)

التميمي، سميحة صبيح (٢٠٠١). الاكتئاب وعلاقته بالضغط النفسية وأساليب التعامل

معها لدى طلاب وطالبات جامعة صنعاء ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة العلوم

والتكنولوجيا : صنعاء ، اليمن.

الحجار، محمد حمدي (٢٠٠٧). الاضطرابات الاكتئابية. دمشق: دار اليقظة الفكرية.

حسن، عبد الحميد ، والجمالي ، فوزية (2003). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض

المتغيرات الانفعالية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس .مجلة العلوم التربوية،

كلية التربية ، قطر ، العدد الرابع، ص ص 195 - 233 .

حسن، محمد صديق (٢٠٠٦). الاكتئاب مرض العصر. مجلة التربية ، العدد ١٥٩ ، ص

ص ٥١ - ٦٥ .

حسيب، عبد المنعم عبد الله (٢٠٠٦). مقدمة في الصحة النفسية . الإسكندرية ، دار

الوفاء لدنيا للطباعة والنشر .

الحسين، أسماء عبد العزيز(٢٠٠٢). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي

. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

حسين، سمير (١٩٩٧). الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك: إربد ، الأردن.

حسين، طه عبد العظيم (٢٠٠٧). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

حمدي، نزيه وابو حجلة ، نظام وابو طالب ، صابر (١٩٨٨). البناء العملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب . مجلة دراسات (العلوم الإنسانية)، الجامعة الاردنية، المجلد ١٥ ، العدد الاول ، ص ص ٣١ - ٤٠ .

الخالدي، أديب (٢٠٠١). الصحة النفسية. غريان، ليبيا: الدار العربية للنشر والتوزيع.

الخطيب، صالح أحمد (٢٠٠٣). الإرشاد النفسي في المدرسة: أسسه — نظرياته — تطبيقاته. العين: دار الكتاب الجامعي .

الخليدي، رويدا عبد المجيد ( 2004 ). الاكتئاب عند الطلبة الجامعيين : الجندر، نمط الشخصية ، والضغط كعوامل ذات علاقة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية :عمان،الأردن.

الخولي، هشام عبد الرحمن (٢٠٠٤). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة . مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس ، العدد الثامن عشر ، ص ص ٨٣ - ١٤٠ .

دحادحة، بسام (2004). اثر التدريب علي تغيير الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان: الأردن .

الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٧). التفاؤل والتشاؤم من حيث علاقتهما بعدد من المتغيرات النفسية . مجلة دراسات في الصحة النفسية ، المجلد الأول ، مكتبة الانجلو المصرية ص ٤٠٧ – ٦٥٠ .

رجيعة، عبد الحميد ، وإبراهيم، علي إبراهيم (٢٠٠٢). المهارات الاجتماعية والتوافق الدراسي وعلاقتهاما بالاكتئاب لدي طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات . بحث مقدم في : المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس القاهرة (٢١ – ٢٣) ديسمبر ٢٠٠٢ .

رضوان، سامر جميل (٢٠٠١). الاكتئاب والتشاؤم : دراسة ارتباطية مقارنة .مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، المجلد ٢ ، العدد الأول ، ص ص ١٣ – ٤٨ .

رضوان، سامر جميل (2007). الصحة النفسية . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الريحاني، سليمان ، وحمدي نزيه ، وأبو طالب ، صابر (1989) . الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية . مجلة دراسات (العلوم التربوية)، الجامعة الاردنية، المجلد16، العدد السادس، ص ص 36- 56 .

الريحاني، سليمان ( ١٩٨٧ ) . الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين دراسة عبر ثقافية لنظرية ألس في العلاج العقلي العاطفي . مجلة دراسات(العلوم الإنسانية)، الجامعة الاردنية، المجلد ١٤ ، العدد ٥ ، ص ص ٧٣ - ٩٠ .

زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٨) . التوجيه والإرشاد النفسي . القاهرة : عالم الكتب .

زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٥) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . القاهرة: عالم الكتب .

زهران، سناء حامد (٢٠٠٤) . إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب . القاهرة: عالم الكتب .

سرحان، وليد والخطيب ، جمال والحباشنة ، محمد (٢٠٠١) . سلوكيات الاكتئاب . عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع .

سعفان، محمد أحمد (١٩٩٥) . فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب . مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس ، جزء ٢ ، العدد ١٩ ، ص ص ٩٧ - ١٢٢ .

الشربيني، لطفي (١٩٩٩). الاضطرابات النفسية "حقائق ومعلومات". العدد التاسع القاهرة.

الشعراوي، صالح فؤاد (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشادي عقلائي – انفعالي سلوكي في تحسين مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الإرشاد النفسي ، كلية التربية جامعة عين شمس ، العدد السادس عشر ، ص ص ٥١-١ .

شند، سميرة محمد و الدسوقي ، مجدي محمد (٢٠٠٣). فعالية العلاج السلوكي والعلاج العقلائي الانفعالي سلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، العدد السابع والعشرون ، ص ص ٨٨ - ٩ .

الشناوي، محمد محروس (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

ضميرة، جلال كايد (٢٠٠٨). الاتجاهات النظرية في الإرشاد . عمان : دار صفاء .

الطبيبة، ندى أديب (1990). دراسة لفاعلية برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الأفكار اللامنطقية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.

عبد الباقي، سلوى ، (١٩٩٢). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس. مجلة دراسات نفسية ، القاهرة، المجلد ٣ ، العدد الثاني ، ص ص ٤٣٧ - ٤٧٩ .

عبد الخالق، احمد محمد ( 1999 أ ). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال . مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، المجلد 27 ، العدد الثالث ، ص ص 103-123.

عبود، صلاح الدين عبد الغني (٢٠٠٤).فاعلية الإرشاد السلوكي الانفعالي العقلاني في خفض الشعور بالإحباط المهني لدى المعلم . بحث مقدم في : المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس القاهرة (٢٥ - ٢٧) ديسمبر ٢٠٠٤ .

العبيدين، هشام جميل (2003) . مدى انتشار الاكتئاب النفسي لدى طلبة الصف الأول الثانوي الأكاديمي في الأردن وعلاقته بالجنس والمنطقة الجغرافية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة مؤتة : الكرك ، الأردن .

عراقي، صلاح الدين (1991) . العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعلية في علاج مرضى الاكتئاب العصابي ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة الزقازيق، بنها: مصر.

العصيمي، مساعد والحسن ، سالم والرميزان ، عيد وزايد ، السيد ( ٢٠٠٦ ). الاكتئاب يجتاح العالم العربي . مجلة العرب الدولية، الرياض، العدد ١٣٦٣ ، ص ص ١٧-٢٥ .

علي، زيزي السيد إبراهيم ( ٢٠٠٥ ). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي — السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب.مجلة دراسات عربية في علم النفس ،القاهرة ، دار غريب ،المجلد ٤، العدد الثاني ، ص ص ١٢١-٢٣٣.

علي، علي عبد السلام (2000). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية . مجلة علم النفس ، القاهرة :الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد الثالث والخمسون ، ص ص 6 - 22.

عمر، ماهر محمود (٢٠٠٣). العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (رؤية تحليله لمدرسة ألبرت إليس الإرشادية). الإسكندرية : مركز الدلتا للطباعة .

غانم، محمد حسن (٢٠٠٤). الوجيز في العلاج النفسي السلوكي . الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع .

فايد، حسين(٢٠٠٨). العدوان والاكتئاب . القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.  
ليحفوفي، نجوى(2003).الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين . المجلة التربوية، الكويت، المجلد 18،العدد تسعه وستون ، ص.ص123-155.

مؤمن، داليا محمد عزت (٢٠٠٤). العلاقة بين السعادة وكل من الأفكار اللاعقلانية وأحداث الحياة السارة والضاغطة . بحث مقدم في : المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس القاهرة (٢٥ - ٢٧) ديسمبر ٢٠٠٤ .  
 المحارب، ناصر ابراهيم (٢٠٠٥) . أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية : متى تبدأ الفروق ؟ مجلة دراسات (العلوم التربوية)، الجامعة الاردنية ، المجلد ٣٢ ، العدد ١ ، ص ص ١١١ - ١٢٦ .

محمد، جاسم محمد (٢٠٠٤). مشكلات الصحة النفسية : أمراضها وعلاجها. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة: دار الرشاد.

مزنوق، محمد صهيب (١٩٩٦). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة عين شمس : مصر.  
 المقطري، حسين قائد (٢٠٠٥). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي . رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة اسيوط : مصر.



- المقرمي، محمد حزام (٢٠٠٠). أنماط الاضطرابات العقلية في مستشفى الأمراض النفسية والعصبية خلال عام (١٩٩٩) "دراسة قدمت للملتقى الأول لنشطاء الصحة النفسية ، صنعاء (٢٧ - ٢٩) مايو/٢٠٠٠"
- ملیكة، لويس كامل (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت: دار القلم .
- موسى، رشاد علي عبد العزيز(٢٠٠١). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي . القاهرة : مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
- وادي، علي أحمد (٢٠٠٣). أثر العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب القلق لدى الشباب اليمني، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة بغداد: بغداد ، العراق.

## المراجع الانجليزية

**Comer, J.(1996). Fundamentals of Abnormal psychology.2<sup>nd</sup> edition.  
New York: WH Freeman and Company.**

**Dermut, J.F., Haaga, D.A. and Bilek, L.A.(1997). Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria . Journal of Cognitive Therapy and Research, 21, 459-476.**

**Ellis, A.(1999 :1).Why Ratioal-Emotive Therapy to Ratioal-Emotive Behavior Therapy Psychotherapy :Theory, Research, practice, Training 1999 sum : Vol 36, 2 : p.p. 154-159**

•

**Ellis,A.(1994). The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy (RETP): a Comprehensive Approach toTreatment, Albert Ellis Institute**

**Elli, A.(1973). Humanistic Psychotherapy, The rational- emotive approach. New Yourk, McGraw-Hill Book Company.**

**Gall, S.(executive editor) Berard B.,& Alan, J.F.(Contributing Editor) (1996):The Gale encyclopedia of psychology .New york,Detroit:Gale.**

**Holgin,R.P.,& Whitebourne, S.K.(2000) Abnormal Psychology: Clinical on Perspectives on Psychological Disorders. 3<sup>d</sup> edition. Boston, MA: McGraw-Hill.**

**Homme, L.P. and Barron, P.(1992). The pattern of irrational beliefs associated with major depressive disorder. Journal of Social Behavior and Personality, 20, 199-212.**

**Ingram, R.(1994).Depression, In V. Ramachndarn,(Ed.)Encyclopedia of human behavior (Vol.2,113-122),New York: Academic press.**

**Macaskill, N.D. and Macaskill, A.(1996). Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. Journal of Cognitive Therapy and Research, 20, 575-592.**

**Magll,F. N.(editor) (1998). Psychology Basics. Pasadena Calif: Salem Press, Inc.**

**Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 5, 73-81.**

**Markus, H. (1985). The Nature of Negative Thoughts in Depression. Journal of Personality and Social psychology. 48, 799-575.**

**Mclennan, J.(1987) . irrational beliefs in relation to self esteem and Depression. Journal of Clinical Psychology, 43, 89-91.**

**Reynolds,W.and Coats,K.(1986). Cognitive-behaviour therapy of Depression in adolescents. Journal of Clinical Psychology, 42, 653-660.**

**Shwaill, Abdullah Yhya (1998):Depression In Yemen. Study done Among Yemeni patients Attending General Hospital out. Patients El-Gemhori Hospital-Sadda-Yemen, a thesis submitted For partial Fulfillment of the Degree of Cliyucal MD in psychiatry .Departments of Psychiatry Faculty Of Medicine- University of Sana'a.**

**Stravynski, A.(1994). The Treatment of depression with group behavioural-cognitive therapy and imipramine .Canadian Journal of psychiatry, 39 ,387-390.**

**Strongman, K.T (1996) .The psychology of emotion: Theories of emotion in perspective, fourth edition, New York :John Wiley & Sons.**

**Vester, N. (1984). Irrational Believes and self-reported Depressed Mood . Journal of Abnormal psychology, 33, 239-241.**

## ملحق (١)

قائمة بيك لقياس الاكتئاب بصورتها الأولية

م	الدرجة	الفقرة
١	٠	إنني لا أشعر بالحزن.
	١	إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات.
	٢	أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أتخلص من هذا الشعور.
٢	٣	إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.
	٠	إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.
	١	أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.
٣	٢	أشعر انه لا يوجد لدى ما اطمح الوصول إليه.
	٣	أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره
	٠	لا أشعر بأنني فاشل بشكل عام .
٣	١	أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الإنسان العادي.
	٢	عندما أنظر إلى حياتي الماضية فإن كل ما أراه هو الكثير من الفشل.
	٣	أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً.

٠	ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضا كما كانت عادة.	٤
١	لا أشعر بمتعة الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.	
٢	لم اعد أشعر بأي متعة حقيقية في أي شئ على الإطلاق.	
٣	لدي شعور بعدم الرضى والمثل من كل الأشياء.	
٠	لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.	٥
١	أشعر بالذنب في بعض الأوقات.	
٢	أشعر بالذنب في معظم الأوقات.	
٣	أشعر بالذنب في كافة الأوقات.	
٠	لا أشعر بأنني استحق عقاباً من أي نوع.	٦
١	أشعر إنني أستحق العقاب أحياناً.	
٢	كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.	
٣	أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وإنني استحق ذلك.	
٠	لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.	٧
١	أشعر بخيبة الأمل في نفسي.	
٢	أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي.	
٣	إنني أكره نفسي في كل الأوقات.	

٠	لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين .	٨
١	إنني أنقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء.	
٢	ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.	
٣	ألو نفسي على كل شئ يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.	٩
٠	لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.	
١	توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها.	
٢	أرغب في قتل نفسي.	١٠
٣	سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.	
٠	لا أبكي أكثر من المعتاد.	
١	أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	١١
٢	إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.	
٣	لقد كانت لدي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.	
٠	لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.	١١
١	أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر.	
٢	أصبح غضبي يُستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.	
٣	أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شئ يغضبني.	

٠	لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين.	
١	أصبحت أقل اهتماماً بالناس الآخرين مما كنت عليه.	
٢	فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.	١٢
٣	فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.	
٠	أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.	
١	أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.	
٢	أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ قرارات عم قبل.	١٣
٣	لم تعد لدي أي قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.	
٠	أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة.	
١	يزعجني الشعور بأنني أبدو كهلاً أو غير جذاب.	
٢	أشعر بأن هناك تغييرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.	١٤
٣	أعتقد بأنني أبدو قبيحاً.	
٠	أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.	
١	أحتاج إلى جهد إضافي كي أقوم بعمل أي شيء.	
٢	على أن أجت نفسي بشده كي أقوم بعمل أي شيء.	١٥
٣	لا أستطيع العمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.	



٠	أستطيع النوم جيداً كالمعتاد.	
١	لا أنام جيداً كالمعتاد.	١٦
٢	أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.	
٣	أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.	
٠	لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	
١	أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	
٢	أصبحت أتعب من عمل أي شئ تقريباً.	١٧
٣	أنا متعب جداً إلى درجة لا أستطيع معها عمل أي شئ.	
٠	شهيتي للطعام هي كالمعتاد.	
١	شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة	
٢	شهيتي للطعام سيئة جداً في هذه الأيام.	١٨
٣	ليس لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.	
٠	لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو.	
١	فقدت من وزني (٢) كغم.	
٢	فقدت من وزني (٤) كغم.	١٩
٣	فقدت من وزني (٦) كغم.	
٠	ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.	

٢٠	١	إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة، الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.
	٢	إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شئ آخر.
	٣	إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شئ آخر
	٠	لم ألاحظ أية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية .
٢١	١	أصبحت أقل اهتماماً بالأمور الجنسية مما كنت عليه سابقاً.
	٢	اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام.
	٣	فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية.

## ملحق (٢)

## أسماء محكمي قائمة بيك لقياس الاكتئاب

م	الاسم	التخصص	الكلية والجامعة التي يعمل بها
١	د. أروى احمد العزي	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٢	د. أنيسة مجاهد دوكم	صحة نفسية	كلية التربية / جامعة تعز
٣	د. بلقيس محمد جباري	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٤	د. حسين قائد المقطري	صحة نفسية	كلية التربية / جامعة صنعاء
٥	د. رضية على شمسان	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٦	أ.د. صباح العجيلي	قياس وتقويم	كلية التربية / جامعة صنعاء
٧	أ.د. عبد الجليل مرتضى التميمي	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٨	د. عبد الرحمن عبد الرؤف المنيفي	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٩	أ.د. عبده علي الجسماني	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
١٠	د. على سعيد الطارق	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
١١	د. فاتن عبده محمد	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
١٢	د. نبيل سفيان	إرشاد نفسي	كلية التربية / جامعة تعز
١٣	أ.د. هناء الفلغلي	علم نفس نمو	كلية التربية / جامعة صنعاء

## محلّق (٣)

## تعديلات المحكمين على قائمة بيك

العبارات بصورتها النهائية	تعديلات المحكمين	العبارات بصورتها الأولية	
إنني لا أشعر بالحزن.		إنني لا أشعر بالحزن.	١
إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات.		إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات.	
أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أن أتخلص من هذا الشعور.	أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أن أتخلص من هذا الشعور.	أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أتخلص من هذا الشعور.	
إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.		إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.	
إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.		إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.	٢
أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.		أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.	
أشعر انه لا يوجد لدى ما اطمح للوصول إليه.		أشعر انه لا يوجد لدى ما اطمح الوصول إليه.	
أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره		أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره	
أشعر بأنني لست فاشلاً بشكل عام.	أشعر بأنني لست فاشلاً بشكل عام.	لا أشعر بأنني فاشل بشكل عام .	٣
أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الإنسان العادي.		أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الإنسان العادي.	
عندما أنظر إلى حياتي الماضية فما أراه هو الكثير من الفشل.	عندما أنظر إلى حياتي الماضية فما أراه هو الكثير من الفشل	عندما أنظر إلى حياتي الماضية فإن كل ما أراه هو الكثير من الفشل.	

	أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً.	أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً.	
	ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضا كما كانت عادة.	ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضا كما كانت عادة.	
	لا أشعر بمتعة الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.	لا أشعر بمتعة الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.	
٤	لم اعد أشعر بأي متعة حقيقية في أي شئ.	لم اعد أشعر بأي متعة حقيقية في أي شئ على الإطلاق.	
	لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء	لدي شعور بعدم الرضى والملل من كل الأشياء.	
	لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.	لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.	
	أشعر بالذنب في بعض الأوقات.	أشعر بالذنب في بعض الأوقات.	
٥	أشعر بالذنب في معظم الأوقات.	أشعر بالذنب في معظم الأوقات.	
	أشعر بالذنب في كافة الأوقات.	أشعر بالذنب في كافة الأوقات.	
	لا أشعر بأنني استحق عقاباً من أي نوع.	لا أشعر بأنني استحق عقاباً من أي نوع.	
	أشعر إنني أستحق العقاب أحياناً.	أشعر إنني أستحق العقاب أحياناً.	٦
	كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.	كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.	
	أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني استحق ذلك	أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وإنني استحق ذلك.	
	لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.	لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.	
	أشعر بخيبة الأمل في نفسي أحياناً.	أشعر بخيبة الأمل في نفسي أحياناً.	٧

اشعر أحيانا بأنني اكره نفسي.	اشعر أحيانا بأنني اكره نفسي.	
اكره نفسي في كل الأوقات.	إنني اكره نفسي في كل الأوقات.	
لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.	لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين	٨
إنني أنقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء.	إنني أنقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء.	
ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.	ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.	
ألوم نفسي على كل شئ يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.	ألو نفسي على كل شئ يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.	
لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.	لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.	٩
توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها.	توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها.	
أرغب في قتل نفسي.	أرغب في قتل نفسي.	
سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.	سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.	
لا أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	لا أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	١٠
أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	
إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.	إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.	
لقد كانت لدي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.	لقد كانت لدي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.	

لا أشعر في هذه الأيام بأني سريع الغضب أكثر من المعتاد.	لا أشعر في هذه الأيام بأني سريع الغضب أكثر من المعتاد.	١١
أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر.	أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر.	
أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.	أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.	
أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شئ يغضبني.	أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شئ يغضبني.	
لا أشعر بأني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين.	لا أشعر بأني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين.	١٢
أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه.	أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه.	
فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.	فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.	
فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.	فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.	
أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.	أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.	١٣
أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.	أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.	
أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ قرارات عم قبل.	أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ قرارات عم قبل.	
لم تعد لدي أي قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.	لم تعد لدي أي قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.	

أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة.		أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة.	
يزعجني الشعور بأنني أبدو أكبر سناً أو غير جذاب.	يزعجني الشعور بأنني أبدو أكبر سناً أو غير جذاب.	يزعجني الشعور بأنني أبدو كهلاً أو غير جذاب.	١٤
أشعر بأن هناك تغييرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.		أشعر بأن هناك تغييرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.	
أعتقد بأنني أبدو قبيحاً.		أعتقد بأنني أبدو قبيحاً.	
أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.		أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.	
أحتاج إلى جهد إضافي كي أقوم بعمل أي شيء.		أحتاج إلى جهد إضافي كي أقوم بعمل أي شيء.	١٥
على أن أحت نفسي بشده كي أقوم بعمل أي شيء.		على أن أحت نفسي بشده كي أقوم بعمل أي شيء.	
لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.		لا أستطيع العمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.	
أستطيع النوم جيداً كالمعتاد.		أستطيع النوم جيداً كالمعتاد.	
لا أنام جيداً كالمعتاد.		لا أنام جيداً كالمعتاد.	
أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.		أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.	
أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.		أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.	١٦



لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.		لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	
أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.		أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	
أصبحت أتعب من عمل أي شئ تقريبا.		أصبحت أتعب من عمل أي شئ تقريبا.	١٧
أنا متعب جداً إلى درجة لا أستطيع معها عمل أي شئ.		أنا متعب جداً إلى درجة لا أستطيع معها عمل أي شئ.	
شهيتي للطعام هي كالمعتاد.		شهيتي للطعام هي كالمعتاد.	
شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة		شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة	
شهيتي للطعام سيئة جداً في هذه الأيام.		شهيتي للطعام سيئة جداً في هذه الأيام.	١٨
ليس لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.		ليس لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.	
لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو.		لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو.	
فقدت من وزني حوالي (٢) كغم.	فقدت من وزني حوالي (٢) كغم.	فقدت من وزني (٢) كغم.	
فقدت من وزني حوالي (٤) كغم.	فقدت من وزني حوالي (٤) كغم.	فقدت من وزني (٤) كغم.	
فقدت من وزني حوالي (٦) كغم.	فقدت من وزني حوالي (٦) كغم.	فقدت من وزني (٦) كغم.	١٩
ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.		ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.	
			٢٠

إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل ألام المعدة، الإمساك أو الألام والأوجاع الجسمية عامة.		إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل ألام المعدة، الإمساك أو الألام والأوجاع الجسمية عامة.	
إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.		إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.	
إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر		إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر	
لم ألاحظ أية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.		لم ألاحظ أية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية .	
أصبحت أقل اهتماماً بالأمور الجنسية مما كنت عليه سابقاً.		أصبحت أقل اهتماماً بالأمور الجنسية مما كنت عليه سابقاً.	٢١
اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام.		اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام.	
فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية.		فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية.	

## ملحق (٤)

## قائمة بيك لقياس الاكتئاب بصورتها النهائية

م	الدرجة	الفقرة
١	٠	لا أشعر بالحزن.
	١	إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات.
	٢	أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أن أتخلص من هذا الشعور.
	٣	إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.
٢	٠	إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.
	١	أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.
	٢	أشعر انه لا يوجد لدى ما اطمح للوصول إليه.
	٣	أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره
٣	٠	أشعر بأنني لست فاشلاً بشكل عام.
	١	أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الآخرون
	٢	عندما أنظر إلى حياتي الماضية فما أراه هو الكثير من الفشل.
	٣	أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً
٤	٠	ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضا كما كانت عادة.
	١	لا أشعر بمتعة الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.
	٢	لم اعد أشعر بأي متعة حقيقية في أي شئ.

لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء	٣	
لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.	٠	٥
أشعر بالذنب في بعض الأوقات.	١	
أشعر بالذنب في معظم الأوقات.	٢	
أشعر بالذنب في كافة الأوقات.	٣	
لا أشعر بأنني استحق عقاباً من أي نوع.	٠	٦
أشعر إنني أستحق العقاب أحياناً.	١	
كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.	٢	
أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني استحق ذلك	٣	
لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.	٠	٧
أشعر بخيبة الأمل في نفسي أحياناً.	١	
أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي.	٢	
أكره نفسي في كل الأوقات.	٣	
لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.	٠	٨
إنني أنقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء.	١	
ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.	٢	
ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكون لي علاقة مباشرة بذلك.	٣	

٠	لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.	٩
١	توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها.	
٢	أرغب في قتل نفسي.	
٣	سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.	
٠	لا أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	١٠
١	أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.	
٢	إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.	
٣	لقد كانت لدي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.	
٠	لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.	١١
١	أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر.	
٢	أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.	
٣	أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شئ يغضبني.	
٠	لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين.	١٢
١	أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه.	
٢	فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.	
٣	فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.	

أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.	٠	١٣
أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.	١	
أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ قرارات عم قبل.	٢	
لم تعد لدي أي قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.	٣	
أشعر بأن مظهري (شكلي) مناسب كما كان عادة.	٠	١٤
يزعجني الشعور بأنني أبدو أكبر سناً أو غير جذاب.	١	
أشعر بأن هناك تغييرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.	٢	
أعتقد بأنني أبدو قبيحا.	٣	
أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.	٠	١٥
أحتاج إلى جهد إضافي كي أقوم بعمل أي شيء.	١	
على أن أحت نفسي بشده كي أقوم بعمل أي شيء.	٢	
لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.	٣	
أستطيع النوم جيدا كالمعتاد.	٠	١٦
لا أنام جيدا كالمعتاد.	١	
أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.	٢	
أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.	٣	

٠	لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	١٧
١	أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.	
٢	أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً.	
٣	أنا متعب جداً إلى درجة لا أستطيع معها عمل أي شيء.	
٠	شهيتي للطعام هي كالمعتاد.	١٨
١	شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة	
٢	شهيتي للطعام سيئة جداً في هذه الأيام.	
٣	ليس لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.	
٠	بقي وزني كما هو.	١٩
١	فقدت من وزني حوالي (٢) كغم.	
٢	فقدت من وزني حوالي (٤) كغم.	
٣	فقدت من وزني حوالي (٦) كغم.	
٠	ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.	٢٠
١	إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل الأم المعدة ، الإمساك أو الألام والأوجاع الجسمية عامة.	
٢	إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.	
٣	إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر	

لم ألاحظ أية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.	٠	٢١
أصبحت أقل اهتماما بالأمر الجنسية مما كنت عليه سابقا.	١	
اهتمامي قليل جدا بالأمر الجنسية في هذه الأيام.	٢	
فقدت اهتمامي بالأمر الجنسية.	٣	

## ملحق (٥)

## أسماء محكمي البرنامج الإرشادي

م	الاسم	التخصص	الكلية والجامعة التي يعمل بها
١	د. أروى احمد العزي	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٢	د. بلقيس محمد جباري	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٣	د. حسين قائد المقطري	صحة نفسية	كلية التربية / جامعة صنعاء
٤	د. رضية على شمسان	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٥	أ.د. صباح العجيلي	قياس وتقويم	كلية التربية / جامعة صنعاء
٦	أ.د. عبد الجليل مرتضى التميمي	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٧	أ.د. عبده علي الجسماني	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٨	د. علي سعيد الطارق	علم نفس	كلية الآداب / جامعة صنعاء
٩	د. عمر شواشرة	إرشاد نفسي	كلية التربية / جامعة اليرموك
١٠	د. قاسم سمور	إرشاد نفسي	كلية التربية / جامعة اليرموك



١١	د. نائف الطعاني	علم نفس	كلية التربية / جامعة اليرموك
١٢	أ.د. نسيمه علي داوود	إرشاد نفسي	كلية التربية / الجامعة الاردنية
١٣	أ.د. هناء الفليفل	علم نفس	كلية التربية / جامعة صنعاء

## ملحق (٦) استمارة بيانات حالة

### بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة عمان العربية للدراسات العليا  
كلية الدراسات التربوية العليا  
قسم الإرشاد النفسي والتربوي

الاسم : ----- الجنس : 1 - ذكر 2 - أنثى

التخصص : ----- المستوى : ----- المجموعة : A -

B

التقدير العام في العام السابق : 1 - امتياز 2 - جيد جداً 3 - جيد 4 - مقبول

عدد سنوات الدراسة : 1 - 3 سنوات 2 - أكثر من 3 سنوات

العمر : ----- سنة

الحالة الاجتماعية : 1 - أعزب 2 - متزوج 3 - مطلق 4 - أرمل عدد الأطفال : ---

عدد أفراد الأسرة : -----

محل الميلاد : 1 - ريف 2 - مدينة (تذكر) .....

الإقامة الدائمة : 1 - ريف 2 - مدينة (تذكر) .....

الإقامة أثناء الدراسة : 1 - أسرتك 2 - أسرى أخرى 3 - سكن جماعي

متوسط دخل الأسرة : 1 - منخفض 2 - متوسط 3 - مرتفع

مستوى ثقافة الأب : 1 - أمي 2 - يقرأ ويكتب 3 - ثانوية وما دونها 4 - بكالوريوس

فأعلى

مستوى ثقافة الأم : 1 - أمية 2 - تقرأ وتكتب 3 - ثانوية وما دونها 4 - بكالوريوس فأعلى

الإشتراك في البرنامج الإرشادي

1 - لدي استعداد للمشاركة في البرنامج الإرشادي الجماعي مع الباحث والاستمرار حتى نهايته .

2 - ليس لدي استعداد للمشاركة في البرنامج الإرشادي الجماعي مع الباحث والاستمرار حتى نهايته

اسم الطالب/الطالبة : -----

التوقيع :



## ملحق (٨)

## تعليمات كيفية استخدام نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية

- ١- سجل هنا الموقف أو الخبرة (A) التي حصلت لك حديثاً وكان من نتائجها الشعور بالاضطراب والضييق الشديد مثل وفاة عزيز أو انتقاد من احد الزملاء أو خسارة معينة أو موقف اجتماعي أو تربوي محرج .....
- ٢- فكرتك أو تصورك غير العقلاني (B) الذي استخدمته لتفسير هذا الموقف مثلاً (مركزي الأدبي سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشني ، كارثة كبرى أن أرفض ، من واجبي أن اعرف كل شخص بحقيقته ، يجب معاقبة المسيئين وبشدة ، أنا إنسان فاشل .....) (فاشل .....
- ٣- المشاعر والضييق الغالب (ركز على لانفعال والشعور الذي غلب عليك عند حدوث الخبرة أو الموقف مثلاً اشعر بأنني ممتلئ غضباً - اشعر بالخوف والقلق - شعرت بأنني مهموم ومكتئب - شعرت أنني مهمل ومنبوذ ..)
- ٤- كيف تصرفت عندما فكرت بهذه الطريقة (C) (ركز على التصرفات والسلوك مثلاً : لانسحاب الشديد والعزلة - النوم عدم الذهاب إلى العمل - مشاجرة .....
- ٥- الدحض والتفنيد (D) الذي قمت به للفكرة اللاعقلانية لكي تقلل من تأثيرها عليك مثلاً ( أين الدليل على تجاهل لي على إنني تافه ، ألا توجد وسائل أخرى غير الحنق والغضب لحل السخافات الاجتماعية ، ما الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عيوباً فينا وليست نتيجة عيوب فيهم .....
- ٦- التعديل الذي حدث في الفكرة غير العقلانية نتيجة الدحض ( مثلاً ليس كارثة ولكن سوء حظ ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشاكل ، الفشل في شئ لا يعني لفشل في كل شئ ، المشاددات لا تعني دائماً أن الناس أشرار ، أنا مسئول عن ما افعل وليس عن ما يفعله الآخرون .....
- ٧- التعديل الذي حدث في الشعور نتيجة الدحض (E) ( مثلاً شعرت باختفاء الخوف - شعرت بالتعاطف مع الآخرين - غضبي بدأ يختفي تدريجياً ... الخ



## ملحق (١٠)

## استمارة تقييم البرنامج الإرشادي

عزيري الطالب / عزيرتي الطالبة :

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج الإرشادي نود منك أن تجيب على هذه الإستبانة بكل صدق وصراحة .

م	الخاصية	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة ضعيفة
١	البرنامج مفيد في التخلص من الاكتئاب .			
٢	ساعدك البرنامج على تصحيح بعض المعتقدات اللاعقلانية التي تسهم في حدوث الاكتئاب .			
٣	ساعدك البرنامج في جوانب أخرى من حياتك .			
٤	ساعدك البرنامج على تعلم التفكير البناء والمنطقي .			
٥	ساعدك البرنامج على تعلم سلوكيات جيدة تسهم في التخلص من الاكتئاب .			

## ملحق (١١)

### البرنامج الإرشادي

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج الإرشادي إلى خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال تطبيق عدد من الفنيات الإرشادية المعرفية ، الانفعالية ، السلوكية التي اعتمدها إليس بحيث يصبح عضو المجموعة على وعي بأفكاره اللاعقلانية مدركاً علاقتها باضطرابه الانفعالي والسلوكي ، وتغيير تلك الأفكار بأخرى عقلانية أكثر دقة وموضوعية وتعديل استجاباتهم لمواجهة ألوان الضغوط في حياتهم والتغلب عليها .

الأهداف الخاصة (الإجرائية) :

١. أن تتعرف المجموعة الإرشادية على الاكتئاب من حيث: تعريفه ، أعراضه ، تصنيفه ، الآثار المترتبة عليه.

٢. أن يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على إدراك العلاقة بين الحدث (A) Activating وبين كل من التفكير (B) Belief والنتيجة (الانفعال) الناشئ عن هذا الاعتقاد (C) .Consequence.

٣. أن يفرق العضو بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية.

٤. أن يتدرب الأعضاء على بعض الفنيات الإرشادية التي تساعد على توجيه انتباههم إلى الأفكار اللاعقلانية ، ويدركوا صلتها بأعراض الاكتئاب لديهم.

٥. أن يتدرب الأعضاء على بعض الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعدهم

على تغيير معتقداتهم اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وسلوكيات ملائمة.

٦. أن يناقش الأعضاء قائمة إيس Ellis للأفكار اللاعقلانية لتنفيذها (D) Disputing

والحوار حولها Debating — كل فكرة على حدة — واستبدال تلك الأفكار بأخرى

عقلانية من خلال الإحلال (E) Cognitive Effect .

٧. أن يتدرب الأعضاء على الأساليب العلمية للاسترخاء العضلي الذي يساعد في التغلب

على التوتر، القلق، الغضب، الإجهاد، الاكتئاب

٨. استمرار العملية الإرشادية خارج جلسات البرنامج من خلال تنفيذ المجموعة الإرشادية

الواجبات المنزلية والتي تساعدهم على استخدام طرق التفكير المنطقي وإكسابهم

مهارات سلوكية إيجابية.

الهدف الوقائي التربوي :

أن تكتسب المجموعة الإرشادية عدداً من الفنيات الإرشادية المعرفية، الانفعالية، السلوكية

تمكنهم من مواجهة المواقف المثيرة والمهددة في المستقبل والتغلب عليها، وضبط انفعالاتهم

ومراقبة سلوكهم في المواقف المختلفة.

أهمية البرنامج الإرشادي :

أ- الاستفادة به في مساعدة الطلاب بخاصة الذين يعانون من الاكتئاب .

ب- يساعد البرنامج الإرشادي على مواجهة المواقف المثيرة للاكتئاب بأسلوب منطقي

وتقبل الواقع غير الملائم .



ج — توفير المساندة والوعون لمركز الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة صنعاء أو

غيرها.

أسلوب البرنامج الإرشادي :

استخدم الباحث في الجلسات الإرشادية أثناء تنفيذ البرنامج أسلوب الإرشاد الجماعي ، حيث أشارت زهران (2004) إلى أن الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يصلح بخاصة للمواقف الجماعية ، إذ يتعلم أعضاء الجماعة كيف يطبقون أسسه على الأعضاء الآخرين في الجماعة بحيث يستطيعون مساعدتهم على تعلم هذه الأسس بصورة أفضل والتدرب عليها تحت إشراف من قائد الجماعة . وفي الجماعة يتوفر فرص أكثر لتطبيق ومناقشة الواجبات المنزلية والانخراط في لعب الأدوار والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل علاجياً واجتماعياً في الجلسات وبعدها ، ولملاحظة سلوك الأعضاء بصورة مباشرة من المعالج ومن الأعضاء الآخرين (زهران ، 2004 ص ٨١)

مصادر إعداد البرنامج :

اعد الباحث البرنامج الإرشادي مستعيناً بعدد من الدراسات التي تناولت برامج إرشادية مستندة إلى الإرشاد والعلاج العقلاني المعرفي السلوكي – والتي أوردتها في فصل الدراسات السابقة ، كما استند إلى بعض المؤلفات في الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي والاكْتئاب مثل : بيرني وآخرون (2008) ، ضميره ( ٢٠٠٨ ) ، حسين ( ٢٠٠٧ ) ، ليهي (2006) ، ، زهران (2004) ، غانم ( ٢٠٠٤ ) ، بيك (2000) ، إبراهيم (1998) ، إبراهيم (١٩٨٤) ،،،،،

الحدود الإجرائية للبرنامج الإرشادي :

تم تحديد البرنامج على النحو الآتي :

الحدود البشرية : تم تقسيم عينة الدراسة – الذين حصلوا على درجات مرتفعة في قائمة بيك للاكتتاب – إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة تتكون كلاً منها من سبعة طلاب وثمان طالبات ، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية فقط .

الحدود الزمنية : تم تنفيذ البرنامج في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي 2007-2008 على مدى (سبعة) أسابيع أي بواقع جلستين في الأسبوع واستغرقت كل جلسة ما بين (90-70) دقيقة .

الحدود المكانية : تم تنفيذ البرنامج في مركز الإرشاد التربوي والنفسي – جامعة صنعاء .

تنفيذ البرنامج :

بعد الانتهاء من الإجراءات السابقة أجرى الباحث عدداً من اللقاءات التمهيدية مع العينة الذين حصلوا على درجات عالية في قائمة بيك للاكتتاب للتعرف على ظروفهم وأوقات فراغهم وتعبئة استمارة حاله (ملحق ٦) وذلك لتقسيمها إلى مجموعتين متجانستين أحدهما تجريبية وأخرى ضابطة من خلال معايير معينة مثل الدرجات التي حصل عليها الطالب على قائمة بيك للاكتتاب ، العمر ، عدد سنوات الدراسة في الجامعة ، مستوى التحصيل الدراسي ، المستوى الاقتصادي والاجتماعي ، الظروف المعيشية والأسرية أثناء الدراسة الجامعية ، المستوى التعليمي للأبوين... بالإضافة إلى استعداد الطالب للاشتراك في البرنامج الإرشادي ، وتحديد موعد لكلا الجلستين الإرشاديتين في الأسبوع بحيث لا يتعارض مع مواعيد المحاضرات ، وقد تم تنفيذ البرنامج في ثلاث مراحل على النحو الآتي :

### المرحلة الأولى : (التمهيدية) جلستان

هدفت هذه المرحلة إلى التعرف بين أعضاء المجموعة والتعرف على الباحث وتحقيق الألفة بينهم وإرساء علاقة طيبة قائمة على التقبل الغير مشروط للعضو واستعداد الباحث لمساعدتهم وإعطاء المجموعة فكره عن البرنامج ومكوناته وعدد الجلسات ... بالإضافة إلى اتفاق الباحث مع المجموعة التجريبية على عدد من الضوابط المهمة التي يجب التقيد بها أثناء تنفيذ البرنامج مثل الالتزام بالمواعيد ، تنفيذ الواجبات المنزلية ، المشاركة الفعالة ، السرية التامة لكل ما يجري أثناء الجلسات الإرشادية .... كما هدفت هذه المرحلة كذلك إلى مناقشة المجموعة في الجانب النظري للاكتئاب من حيث تعريفه ، أعراضه ، أسبابه ، الآثار المترتبة عليه ، وإعطاء المجموعة نبذة مختصرة عن الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ودوره الفعال في التخلص من الاضطرابات الانفعالية والأسس التي يعتمد عليها في تحقيق ذلك.

### المرحلة الثانية : (تحديد المشكلة) 3 جلسات

هدفت هذه المرحلة إلى إدراك المجموعة الإرشادية أن سبب اضطرابهم النفسي وما يعكس لديهم من أعراض اكتئابية تعكس صفة حياتهم وتحول دون تحقيق جزء كبير من طموحاتهم... يكمن بدرجة أساسية في اعتقاداتهم الشخصية الغير عقلانية التي تفودهم إلى تفسيرات خاطئة لأحداث نشطة أو مؤلمة مروا بها . كما تهدف هذه المرحلة إلى إكساب عضو المجموعة عدداً من الفنيات الإرشادية — من خلال تدريبه على أدائها أثناء جلسات البرنامج أو كأنشطه وتدريبات خارج الجلسات — تمكنه من توجيه انتباهه إلى تلك الأفكار اللاعقلانية التي يتمسك بها وان يدرك أن ذلك هو السبب الرئيسي لما يعانيه من اكتئاب .

### المرحلة الثالثة : إلغاء الأفكار اللاعقلانية وتغيير التفكير 3 جلسات

هدفت هذه المرحلة إلى إكساب عضو المجموعة الإرشادية مجموعة أخرى من الفنيات الإرشادية — من خلال التدريب عليها في الجلسة الإرشادية أو خارجها — تمكنه من تحدي أفكاره اللاعقلانية وتفنيدها وإعادة البناء المعرفي لديه والتخلي عن تلك المعتقدات وتبنيه فلسفة جديدة تكون سندا ومرشداً له في حاضره ومستقبله .

### المرحلة الرابعة : الأفكار اللاعقلانية في الثقافة المحلية والاسترخاء 4 جلسات

أراد الباحث من هذه المرحلة تحقيق الأهداف الآتية :

1 — أشارت زهران (2004) بان الخطوة الخامسة من مراحل الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي تناول الأفكار اللاعقلانية العامة في الثقافة التي يعيش فيها العميل (ص ، 80)

وهنا يجب الإشارة إلى ندرة الدراسات التي حددت الأفكار اللاعقلانية التي لها دور في إحداث الاكتئاب في البيئة اليمنية ، لذلك اعتمد الباحث على عدد من دراسات التي أكدت انتشار الأفكار اللاعقلانية الواردة في قائمة إليس في الوطن العربي . الريحاني ( ١٩٨٧ ) ، مزنوق (1996) ، حسن ، عبد الحميد والجمالي ، فوزية (٢٠٠٣)

2 — أراد الباحث من تناوله قائمة أليس في المرحلة النهائية من مراحل تنفيذ البرنامج أن تكون مناقشة المجموعة التجريبية لهذه القائمة بمثابة تدريب عملي لما تم إكسابهم من فنيات إرشادية والتأكد من مقدرتهم على تطبيقها في المستقبل .

3 — تدريب المجموعة الإرشادية على الأساليب العلمية في الاسترخاء لما له من دور كبير في التغلب على التوتر والقلق والاكتئاب .

تقييم البرنامج الإرشادي :

تم تقييم البرنامج الإرشادي بثلاث طرق هي :

١. استمارة التقييم – إعداد الباحث – (ملحق رقم ١٠)
٢. مقارنة النتائج القبليّة والبعديّة للمجموعة التجريبية على قائمة بيك للاكتتاب .
٣. مقارنة نتائج المجموعة التجريبية بنتائج المجموعة الضابطة على قائمة بيك للاكتتاب.

## جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى :

الأهداف:

- ١ تحقيق الألفة وإرساء علاقة إنسانية طيبة بين الباحث وبين المجموعة التجريبية بعضهم ببعض.
- ٢ إشاعة جو من الود بين أعضاء المجموعة، ومد جسور الحوار بينهم دون خجل أو خوف أو قلق.
- ٣ توضيح أهداف البرنامج الإرشادي ومكوناته.
- ٤ تحديد مكان وزمان تنفيذ البرنامج وكيفية تنفيذه .
- ٥ تعريف أعضاء المجموعة بعدد من التوجيهات المهمة والتي لها دور كبير في تنفيذ البرنامج وتحقيق أهدافه .

الغنيات: الحوار والمناقشة - المحاضرة المبسطة - المرح والدعابة .

الإجراءات :

- ١ الترحيب بالمجموعة وشكرهم على الحضور، ثم تقديم الباحث نفسه لهم ، في جو يملؤه روح الود ، والتقبل غير المشروط للشخص وأفكاره ومعتقداته ، وإظهار رغبة الباحث واستعداده في مساعدتهم واستخدام عبارات التشجيع وحثهم على التفاؤل والمرح .
- ٢ إتاحة الفرصة لأعضاء المجموعة بتقديم أنفسهم كلاً حسب طريقته الخاصة وبحدود رغبته الشخصية .

٣ إعطاء فكرة عن أهداف البرنامج والفنيات، ثم استعراض ملخص للجلسات المكونة له

٤ إفساح المجال للمجموعة التجريبية لطرح استفساراتهم ومقترحاتهم حول البرنامج

وأهدافه ومكوناته مع الأخذ في الاعتبار تلك التي تسهم في إنجاح البرنامج

٥ مناقشه المجموعة في مواعيد محاضراتهم لتحديد مواعيد الجلسات .

٦ حث المجموعة على أهمية التعاون وضرورة التقيد بمجموعة من الضوابط التي لها

دور في تحقيق أهداف البرنامج منها : المواظبة على الحضور ، المشاركة الفعالة

أثناء الجلسات ، بذل الجهد لإتمام الواجبات المنزلية ، السرية التامة لكل ما يجري في

الجلسات ، الاستمرار إلى نهاية البرنامج ، تقبل أعضاء المجموعة بعضهم لبعض

واحترام أفكار العضو وعدم السخرية .

٧ تحديد موعد الجلسة القادمة متمنياً للجميع التوفيق .

الجلسة الثانية :

الأهداف

١ تعريف أعضاء المجموعة بالاككتاب من خلال: مفهومه ، أنواعه ، أعراضه ، الآثار

المرتبة عليه.

٢ إعطاء المجموعة فكرة عن نظرية الإرشاد العقلائي الانفعالي من حيث : (صاحب

النظرية ، الأسس العلمية التي يستند إليها ، أهداف النظرية).

الفنيات : المحاضرة المبسطة – الحوار والمناقشة – الواجب المنزلي .

## الإجراءات :

- ١ الترحيب بالمجموعة وتقديم الشكر لهم على الحضور في الموعد المحدد والاستمرار في إشاعة روح الود والألفة بينهم .
- ٢ مناقشة المجموعة في مفهوم الاكتئاب وبعد الاستماع إلى التعاريف التي يضعها الأعضاء بشرح الباحث تعريف بيك (١٩٩٧) وتعريف عبد الحميد (٢٠٠١) والتعريف الإجرائي للباحث .
- ٣ مناقشة المجموعة بأهم أعراض الاكتئاب التي يعانون منها ثم التأكيد على الأعراض التي ذكرها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وتشمل : المزاج الحزين — فقدان الاهتمام و الاستمتاع بالحياة — انخفاض الطاقة — فقدان الوزن — الشعور بالأرق — انخفاض القدرة على التركيز والانتباه — الشعور بالذنب وعدم القيمة — تكوين آراء مجردة ومتشائمة حول الحياة والمستقبل — انخفاض مستوى الشهية.
- ٤ مناقشة المجموعة في الآثار المترتبة على الإصابة بالاكتئاب سواء على المستوى الشخصي أو الاجتماعي .
- ٥ شرح مختصر للنظرية العقلانية الانفعالية وأسباب اختيارها كأساس في بناء البرنامج الإرشادي الذي سيجري تنفيذه في الجلسات القادمة .
- ٦ الإجابة على أسئلة المجموعة وتلخيص أهم ما تم فيها وتقييمها لتلافي أوجه القصور في الجلسة القادمة .



الواجب المنزلي:

- ١ عرف الاكتئاب بأسلوبك الخاص .
- ٢ أذكر ما تشعر به من أعراض الاكتئاب

الجلسة الثالثة :

الأهداف :

١ إدراك أعضاء المجموعة العلاقة بين الحدث وما يصاحبه من تفكير وما يظهره من سلوكيات.

٢ تعريف المجموعة بنموذج أليس ( ABCDE ) للعلاج المعرفي الانفعالي السلوكي

الغنيات: المحاضرة المبسطة – المناقشة – الحوار – الواجب المنزلي.

الإجراءات:

١ الترحيب بأفراد المجموعة وتقديم الشكر لهم على الانتظام والتقييد بموعد الجلسة،

ثم مناقشة الواجب المنزلي .

٢ تدريب أعضاء المجموعة من خلال بعض الأمثلة على إدراك العلاقة بين الأحداث

وما يصاحبها من تفكير وما ينتج عنها من سلوكيات من خلال مناقشتهم في بعض

الأمثلة ، ثم التأكد من مقدرتهم على التمييز وذلك بذكر بعض الأحداث وهم يميزون

بين الحدث والتفكير والنتيجة .

والذي يشير إلى أن الفرد إذا تعرض لحدث ما سواء (ABCDE)توضيح نموذج 3

فهو يثير لدى الفرد استجابة انفعالية Activating (A) كان قولاً أو سلوكاً

ويرى إليس أن هذه الاستجابة لا تعود إلى الحدث (Consequence) Cمعينة )

B (Beliefs) ولكنها تعود للأفكار والمعتقدات التي فسرها الفرد الحدث وهي )

وهي المسئولة عن اختيار الاستجابة

، لذلك إذا كانت هذه المعتقدات غير صحيحة أو غير منطقية فهي تؤدي إلى انفعالات (قلق ، عدوان ... الخ) وسلوكيات غير سوية ، وأما إن كانت هذه المعتقدات صحيحة ومنطقية فيميل الفرد إلى تفسير المواقف بصورة عقلانية وتكون انفعالاته وسلوكياته سوية . ويعتقد إليس أن دور عملية الإرشاد هي مهاجمة المعتقدات اللاعقلانية عن طريق التفنيد (D) Disputing ومناقشة الأفكار اللاعقلانية . وهذا يؤدي إلى تأثيرات معرفية (E) Cognitive Effect تعيد البناء المعرفي للفرد واكتسابه مهارات معرفية سلوكية سوية .

٤ تدريب المجموعة على هذا النموذج من خلال تطبيقه على بعض الأحداث وإثارة انتباههم إلى كيفية اختلاف تفسيراتهم لها وبالتالي اختلاف الاستنتاجات تبعاً لاختلاف الأفكار فبعضها عقلانية والأخرى للاعقلانية وكيف تتباين السلوكيات .

٥ الإجابة على أسئلة المجموعة وتلخيص أهم ما تم في الجلسة وتقييمها .

الواجب المنزلي :

١ اذكر مواقف أو أحداث تعرضت لها أدت إلى اضطرابك النفسي وكيفية تفسيرك لها

## الجلسة الرابعة

## الأهداف :

١ أن يتدرب العضو على بعض الفنيات الإرشادية التي ستمكنه من إدراك وتمييز أفكاره اللاعقلانية التي تسبب له الاضطراب .

٢ أن يعي عضو المجموعة أن سبب اكتنابه يرجع إلى تمسكه بمجموعة من الأفكار اللاعقلانية والغير منطقية .

## الفنيات :

المحاضرة — المناقشة — تحليل الاعتقادات في ضوء نموذج (ABC) — التحدث مع الذات (النمذجة المعرفية) — الواجب المنزلي .

## الإجراءات :

١ مناقشة المجموعة بما تم تدريبهم عليه في الجلسة السابقة والإجابة على استفساراتهم ومناقشة الواجب .

٢ يقوم الباحث بتوضيح أن الاضطرابات التي يتعرض لها الشخص وتسبب له الإحباط هي نتاج التفكير اللاعقلاني واللامنطقي حيث أن هذه الأفكار تسيطر على معتقدات الفرد وتجعله يفسر خبراته اليومية من خلالها . وأن الشخص قد لا يكون مدركاً لأفكاره اللاعقلانية التي تؤثر كثيراً في شعوره وخبراته . ولكنه يستطيع ذلك إذا أحسن التدرب على مجموعة من الاستراتيجيات الإرشادية ،

وأن أول خطوات العلاج المعرفي الانفعالي السلوكي هو إدراك الشخص لهذه الأفكار وأنها السبب في شعوره بالضيق والألم وهي التي تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي ، مثل : لا أمل في .... ، كل المصائب تحل بي .....

٣ يؤكد الباحث على أن هناك العديد من الفنيات الإرشادية ومن خلال التدريب على كيفية استخدامها نتمكن من تطوير عاداتنا في الانتباه والتركيز لهذه الأفكار وذلك أثناء مرورنا بخبرة مزعجة أو مشاعر سلبية سنتدرب على اثنتين في هذه الجلسة :

— تحليل الاعتقادات : يقوم الباحث بمناقشة المجموعة في نموذج إليس Ellis (ABC) وتذكيرهم أن (A) يرمز إلى خبرة أو حادثة مثل (وفاه ، طلاق ، رسوب) ، وأنها ليست السبب في إحداث الاضطراب السلوكي ، وأما (B) فتعني المعتقدات التي تتولد لدى الفرد أو الأفكار، وهي إما عقلانية أو لاعقلانية وهذه المعتقدات تؤدي إلى نتيجة انفعالية (C) وهي استجابة انفعالية إما عقلانية مثل ( الصبر ، الرضا ، إصلاح ) أو لاعقلانية مثل (حزن ، توتر ، قلق ، اكتئاب) ، ثم تطبيق هذه الفنية من خلال مناقشة جماعية لعدد من الأحداث – التي أوردها الأعضاء في الواجب المنزلي .

— التحدث مع الذات : وذلك بالنمذجة المعرفية : حيث يقوم الباحث بتدريب أعضاء المجموعة على هذه الفنية بأن يتناول احد الأحداث التي مر بها ويذكر الأفكار اللاعقلانية التي قالها لنفسه حول هذا الحدث (الباحث هو النموذج) ثم إفساح المجال بنمذجة أحداث ومواقف أخرى من قبل أفراد المجموعة . الإجابة على اسئلة المجموعة وتلخيص أهم ما تم في الجلسة وتقييمها .

الواجب المنزلي : تسجيل المواقف والأفكار والاعتقادات باستخدام الأعمدة الثلاثة التي تشمل : الحدث المسبب للانفعال ، والأفكار الغير عقلانية التي أستخدمها في تفسير الحدث ، والانفعال الناتج (ملحق ٧)

## الجلسة: الخامسة

## الأهداف:

- ١ التأكيد على ما تم التدرب عليه في الجلسة السابقة .
- ٢ تدريب المجموعة على المزيد من الفنيات الإرشادية تمكنه من إدراك أفكاره اللاعقلانية التي تسبب له الاضطراب .

الفنيات: المناقشة الجماعية – التخيل المعرفي – لعب الأدوار – الواجب المنزلي

## الإجراءات :

- ١ — المناقشة الجماعية لما تم التدرب عليه في الجلسة السابقة والرد على استفسارات أفراد المجموعة ، ثم مناقشة الواجب.
- ٢ التأكيد من قبل الباحث على دور الأفكار اللاعقلانية في إحداث الاكتئاب لديهم ثم الإشارة إلى أننا في هذه الجلسة سيتم متابعة التدرب على مجموعة أخرى من فنيات إرشادية التي تمكنا من إدراك تلك الأفكار مثل:
- التخيل المعرفي من خلال اللعب بالدوافع: حيث يقوم احد أعضاء المجموعة بتذكر دافع أو حدث مؤلم تعرض له وبعد دقائق يسأله الباحث عن الأفكار اللاعقلانية المصاحبة لهذا الدافع أو الحدث ، وفي نفس الوقت يسجل الأفراد الآخرون أفكارهم التي قد تنتج أثناء مرورهم بنفس الحدث أو الدافع ، ثم المناقشة الجماعية .

— لعب الأدوار حيث يطلب من أحد الأعضاء تذكر موقف مزعج أو مؤلم ويطلب من عضو آخر وضع نفسه في نفس الموقف ويعمل على اكتشاف وتسجيل الأفكار اللاعقلانية التي تخطر على باله والمصاحبة لهذا الموقف ، وبنفس الطريقة السابقة يطلب من باقي المجموعة تسجيل الأفكار اللاعقلانية التي قد تخطر على بالهم ، وعندما ينتهي العضو من طرح أفكاره تتم المناقشة الجماعية ، وفي جو يملؤه المرح والدعابة يتم تشجيع أعضاء المجموعة على لعب الأدوار حيث يقترح أحدهم موقفاً أو حدثاً والآخر يذكر الأفكار اللاعقلانية المصاحبة ثم يتم تبادل الأدوار .

وفي نهاية الجلسة يتم تقييمها ومعرفة أوجه القصور التي تخللها لتلافيها في الجلسات القادمة والإجابة على استفسارات المجموعة .

الواجب المنزلي : تسجيل المواقف والأفكار والاعتقادات باستخدام الأعمدة الثلاثة

الجلسة السادسة :

لأهداف:

- ١ — تغيير تفكير العضو وإلغاء الأفكار اللاعقلانية .
- ٢ — استبدال أفكار العضو اللاعقلانية بأفكار عقلانية.
- ٣ — تدريب العضو على طرق التفكير المنطقي وإكسابه مهارات سلوكية ايجابية تمكن من مواجهة المواقف الصعبة والمؤلمة في المستقبل .

الغنيات: المحاضرة المبسطة — المناقشة الجماعية — إعادة البناء المعرفي — الواجب المنزلي



## الإجراءات :

١ يقوم البحث بمراجعة ما تم مناقشته في الجلسة السابقة والتأكد من مقدرة أعضاء المجموعة على الانتباه والتيقظ لأفكارهم اللاعقلانية وتمييزها ، التي تصاحب حدث ما أو موقفاً مزعجاً وذلك من خلال مناقشة بعض المواقف التي أوردوها في الواجب المنزلي والإجابة على الاستفسارات التي قد تضعها المجموعة .

٢ التمهد لموضوع الجلسة من خلال التأكيد على أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حوار داخلي، فمعتقداتنا اللاعقلانية التي نفسر في ضوءها ما نصادف من خبرات أو أحداث هي التي تسبب مشاكلنا الانفعالية ، فنحن مسؤولون عن تكوينها ، وبأيدينا نحن فقط يمكن أن نحقق لأنفسنا الاستقرار النفسي عندما نتخلى عن هذه الأفكار . وتؤكد نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أن تلك الأفكار هي العامل الأساسي لأي اضطرابات نفسية وانحرافات سلوكية عند الإنسان ، والفرد يمكن أن يخلص نفسه من معظم مشاكله الانفعالية أو العقلية حين يتعلم كيف ينمي تفكيره العقلاني ويخفض تفكيره غير العقلاني ، وبالتالي يحقق لنفسه الاستقرار النفسي والثبات الانفعالي

٣ يقوم الباحث باستكمال نموذج إليس (ABCDE) وفي المقدمة يشير إلى انه قد تم معرفة المقصود بالرمز (ABC) كما تم التدريب عليه في جلسة سابقة وفي هذه الجلسة سيتم توضيح المحور الأساسي للعملية الإرشادية من خلال الخطوة (D) وهي مرحلة التنفيذ والمناقشة للأفكار والمعتقدات اللامنتطقية (B)

التي تسبب الإدراك الخاطئ وظهور انفعالات غير سوية . وتبصير الفرد بمحتويات فكره من معتقدات لاعقلانية خاطئة ، ثم مناقشته بطريقة بناءه ، تساعده في إيجاد وتطوير أفكار عقلانية لتحل محل الأفكار اللاعقلانية وهي المرحلة (E) أو بمعنى آخر إعادة التقييم للوصول على تأثيرات معرفية تعيد البناء المعرفي للشخص .

٤ تدريب المجموعة على النموذج السابق باختيار المواقف المزعجة التي تعرض لها بعض أفراد المجموعة — ذكرت في الواجب — ثم التوجه بسؤال عن الأفكار اللاعقلانية التي تصاحب كل موقف والنتائج الانفعالية والسلوكية التي ستظهر على معتق تلك الأفكار من خلال المناقشة الجماعية ، ثم تحدي تلك الأفكار وإقناع حاملها بعدم معقوليتها واستبدالها بما هو معقول للوصول إلى الاتزان الانفعالي .

٥ يقوم الباحث بتوضيح أن هناك عدداً من الفنيات الإرشادية الأخرى ، تسهم إلى حد كبير في تحدي هذه الأفكار والتصدي لها ثم استبدالها بأفكار عقلانية — إذا أحسنا التدريب عليها. واستخدمت في الوقت المناسب وسنتدرب في هذه الجلسة على احدها في هذه الجلسة على أن نستكمل التدريب على المزيد منها في الجلسات القادمة .

إعادة البناء المعرفي : يتم تدريب المجموعة على هذه الفنية من خلال اختيار احد المواقف أو الأحداث المزعجة — التي ذكرها أحد أعضاء المجموعة في الواجب ثم المناقشة الجماعية للأفكار اللاعقلانية التي قد تصاحب هذا الموقف ، بعد ذلك يوضح الباحث الآثار الضارة الناتجة عن هذا النوع من التفكير ، وإن هذه الأفكار غير واقعية وغير صحيحة وتسهم في توليد انفعالات سلبية وسلوكات غير مرغوبة ولا تحقق التكيف

ومن ثم التوصل بالمجموعة إلى أن هذه الأفكار ضارة و والإصرار على التمسك بها هو السبب الرئيسي لما يعانونه من الاكتئاب . يقوم الباحث بعرض مجموعة من الأفكار المنطقية لاستبدال تلك المعارف المشوهة بأنماط جديدة من التفكير السليم والتكيفي . ثم مزيد من التدريب بتطبيق إجراءات هذه الفنية على مواقف وأحداث مؤلمة جديدة من قبل المجموعة .

وفي نهاية الجلسة يتم الإجابة على استفسارات المجموعة وتقييم الجلسة .

الواجب : استكمال نموذج رصد الأفكار المثيرة للاكتئاب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية (ملحق رقم ٨،٩) .

الجلسة السابعة :

الأهداف :

١ أن يتدرب أعضاء المجموعة التجريبية على المزيد من الفنيات الإرشادية التي تساعد في تعديل الأفكار اللاعقلانية .

الفنيات : المناقشة الجماعية – خطوات حل المشكلة – الحوار السقراطي – الواجب المنزلي

الإجراءات :

٢ مراجعة سريعة للجلسة السابقة ثم مناقشة الواجب المنزلي جماعيا والإجابة على استفسارات المجموعة .

٣ يشير الباحث إلى أننا في هذه الجلسة سنتدرب على المزيد من الفنيات الإرشادية التي تساعدنا على تحديد الأفكار اللاعقلانية والتصدي لها واستبدالها بأفكار منطقية تحقق الاستقرار النفسي من هذه الفنيات :

خطوات حل المشكلة ، والتي تتضمن عدة خطوات تأتي في المقدمة تحديد المشكلة التي يعاني منها الفرد ، ثم جمع معلومات عنها، بعد ذلك توليد البدائل واقتراح الحلول ، ثم دراسة جدوى ومعقولية تلك البدائل والحلول ، بعد ذلك يحدد أقرب هذه البدائل أو الحلول للوصول إلى الهدف ، وهذا الأسلوب يساعد الشخص على إدراك مشكلاته وتشجيعه على تقديم وتقييم الحلول الممكنة والمتنوعة لحل المشكلة . ثم استعرض بعض المشكلات التي تواجه أعضاء المجموعة و مناقشة كيفية تطبيق الطريقة السابقة عليها للوصول إلى الحلول المناسبة بشكل منطقي وعقلاني .

الحوار السقراطي وذلك باختيار احد أعضاء المجموعة سبق له أن أشار إلى موقف مزعج فسرة بطريقة غير عقلانية — ذكره في الواجب — ثم استثارته للإجابة على عدد من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنطقية المتعلقة بالموقف مثل : هل هذا صحيح أو حقيقي في الواقع ؟ ما هو الدليل على ذلك ؟ وهل تبالغ في التأكيد على الجوانب السلبية للموقف ؟ وتهول من حجم المشكلة بحيث تجعلها أضخم مما هي في الواقع ؟ وكيف عرفت أن مشكلة ما ستحدث ؟ وماذا سينتج لو حدثت مشكلة ؟ هل سينتهي العالم ؟ وهل ستستفيد من الاستمرار في التفكير بهذه الطريقة ؟

وهل هناك طريقة أخرى لتفسير هذا الموقف؟ وعند اكتشاف العضو عدم منطقية ومعقولية هذه الأفكار وأنها تشكل أساساً للتفسيرات المشوهة للحدث وعليه إحلال أفكار عقلانية بدلاً عنها. ثم تكرار التدريب بمناقشة مواقف أخرى .

وفي نهاية الجلسة يتم تقييمها ومعرفة أوجه القصور التي تخللها لتلافيها في الجلسات القادمة والإجابة على استفسارات المجموعة .

الواجب : استكمال نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية

الجلسة الثامنة :

الأهداف :

١ التأكيد على ما تم التدريب عليه في الجلستين السابقتين والإجابة على تساؤلات

المجموعة

٢ أن يتدرب أعضاء المجموعة التجريبية على المزيد من الفنيات الإرشادية التي تساعد

في تعديل الأفكار اللاعقلانية .

٣ تدريبهم على المزيد من طرق التفكير المنطقي وإكسابهم مهارات سلوكية ايجابية

تمكنهم من مواجهة مواقف وأحداث مؤلمة في المستقبل .

الفنيات : المناقشة الجماعية – إعادة العزو – التثتيت وصرف الانتباه – الواجب المنزلي

الإجراءات :

١ مناقشة الواجب المنزلي جماعيا والإجابة على استفسارات المجموعة ثم مراجعة

للجسنتين السابقتين وملاحظة مدى التغير في تفكير المجموعة والتأكد من قدرتهم على

تحدي الأفكار اللاعقلانية .

٢ يشير الباحث إلى أننا في هذه الجلسة سنتدرب على فنيات إرشادية أخرى تساعد في

تعديل الأفكار اللاعقلانية وتكسبنا طرق تفكير منطقية و مهارات سلوكية ايجابية .

إعادة العزو وفي المقدمة يوضح الباحث أن نشؤ التحريفات الفكرية في العديد من الاضطرابات

تنتج من شخصه الأحداث ، فعند ظهور أحداث أو نتائج سلبية، يعزو الفرد ذلك إلى عجزه

الشخصي ويضع اللوم على نفسه ، وبالتالي يشعر بالذنب (الذي هو أحد مظاهر الاكتئاب)

. وهنا يدرب الباحث الأفراد من خلال بعض الأمثلة على كيفية تحديد العوامل التي أسهمت في ظهور الخبرات المؤلمة وتحديد دور العوامل الخارجية وذلك لخفض لوم الذات . وهذا كثيراً ما يصادف الفرد أنه يكتشف أن العوامل الداخلية ليست وحدها التي تسبب الفشل ، وإنما هناك عوامل خارجية تسهم في ذلك .

التشتيت وصرف لانتباه : يوضح الباحث للمجموعة أن هذه الفنية يتم من خلالها صرف انتباه الفرد عن الأفكار السلبية إلى مثيرات أخرى خارجية — غير مرتبطة بإثارة الاكتئاب لديه من خلال ممارسة بعض الأنشطة السارة والممتعة مثل مشاهدة التلفزيون ، ممارسة الرياضة ، قراءة قصة ، الاتصال بصديق ..... الخ .

الواجب :

- ١ استكمال نموذج رصد الأفكار المثيرة للاكتئاب وتصحيح الأفكار اللاعقلانية .
- ٢ قراءة قائمة أليس للأفكار اللاعقلانية .
- ٣ كتابة الأسباب التي تجعل الفكرة الأولى والثانية من قائمة إليس Ellis غير عقلانيتين وكيف نواجههما في حياتنا ؟

الجلسة التاسعة :

الأهداف :

- ١ مناقشة الفكرة الأولى والثانية من قائمة إليس Ellis للأفكار اللاعقلانية .
- ٢ أن يتعرف أعضاء المجموعة على معنى الاسترخاء وأهميته والعوامل التي تساعد في سرعة إتقانه .

الفنيات : المحاضرة المبسطة – المناقشة الجماعية – التنفيذ – الواجب المنزلي

الإجراءات :

الجزء الأول :

١ الإجابة على استفسارات المجموعة حول ما تم تعلمه والتدرب عليه في الجلسات السابقة ثم الإشارة إلى أن الجزء الباقي من البرنامج ومن هذه الجلسة سيتم مناقشة قائمة إليس Ellis للأفكار اللاعقلانية والتي سبق توزيعها وسيتم الاعتماد على الواجب المنزلي بالدرجة الأولى أثناء المناقشات .

٢ مناقشة الفكرة الأولى (من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به) وذلك بأن يضع الباحث سؤال حول عدم معقولية هذه الفكرة ثم يتاح للمجموعة مناقشتها ووضع الأسباب التي تجعلها غير عقلانية ، ثم يلخص ويضيف الباحث، بأنه ليس من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من الجميع لعدة أسباب منها

○ — عندما يريد الشخص أن يكون محبوباً من جميع الذين يحيطون به فإنه يضع أمامه هدفاً مثالياً يصعب الحصول عليه — خاصة أن دائرة معارفه تتسع يوماً بعد آخر وإرضاء الناس غاية لا تدرك .

○ — البشر مختلفون بالإضافة إلى شعور البعض بالغيرة والتحامل .

○ — شعورك بأنك لست مصدر إعجاب من هم حولك يفقدك الشعور بالرضا عن نفسك وعدم سعادتك.



— محاولة إرضاء الآخرين تجعل الشخص منساقاً لأهوائهم ولن يكون موجهاً ذاتياً.

○ — حامل هذه الفكرة يحاول عدم إبداء أي رأي حتى لا يشعر بان من يعارضه لا يحبه

○ — الاهتمام الزائد للحصول على حب الآخرين يصرف الفرد عن اهتماماته الشخصية.

بعد تفنيد هذه الفكرة والتأكد من اقتناع المجموعة بعدم معقوليتها تأتي المرحلة التالية وهي إحلال أفكار عقلانية بدلاً عن الأفكار اللاعقلانية وذلك بان يضع الباحث سؤالاً عن الكيفية التي يجب أن ينظر بها العقلاني لهذه الفكرة ويتيح المجال أمام المجموعة لعرض آرائهم ، ثم تلخيصها من قبل الباحث وإضافة أن الشخص العقلاني عليه أن ينظر إلى هذه الفكرة كما يلي :

- — التحول إلى الضبط والتوجه الذاتي بدلاً عن الحصول على حب الآخرين ،  
أي الاهتمام بذاته حتى تزداد ثقته بنفسه .
- — يمارس اهتماماته، سواء وافق الآخرون أم لم يوفقوا على أفعاله بما لا يتنافى مع قيم ومبادئ المجتمع.
- — إذا أراد شخص أن يغير اتجاهات الآخرين نحوه فذلك يتحقق من خلال سلوكه وما يقدم من إنجازات .
- — يدرك أن أفضل الطرق للحصول على الحب هي أن يحب الآخرين بإخلاص.
- — عندما يشعر الشخص بعدم قبوله أو حبه من الآخرين دون سبب ينبغي ألا يولد لديه الغضب أو الإحباط بل عليه أن يقدم العون والاحترام للآخرين .

٣ مناقشة الفكرة الثانية (يجب أن يكون الفرد فعالاً ومنجزاً بدرجة عالية تصل

إلى درجة الكمال)

ي طرح سؤال عن سبب عدم معقولية هذه الفكرة ، ومناقشة المجموعة والاستماع إلى الإجابات المطروحة ووجهات نظر المجموعة حول أسباب عدم معقوليتها واستخدام الإقناع لتنفيذ هذه الفكرة بعد ذلك يلخص الباحث ويضيف إن هذه الفكرة غير عقلانية لأن صاحبها:

- — يضع لنفسه واجبات مستحيلة ويكون موجهاً من الآخرين .
- — يعيش من أجل الانجاز الكامل وهذا لا يتحقق لأن الإنسان يسعى نحو الكمال ولكنه لا يمكنه أن يحقق الكمال لأن الكمال المطلق لله وحده .
- — إذا لم يحقق ما يريد فإنه يشعر أن حياته كعدمها وهذا يجعله فريسة للقلق .
- — اهتمامه الكبير في أن يبدو الأحسن في كل شئ يشعره بالخوف من الفشل وعدم الثقة بالنفس .

تم الانتقال إلى الجزء الآخر بوضع سؤال عن كيفية نظر الشخص العقلاني لهذه الفكرة والاستماع إلى مشاركات المجموعة ثم تلخيص وإضافة ما يلي :

- — الشخص العقلاني يحاول أن ينجز في حدود إمكانياته ويستمتع بحياته
- — يعمل بشكل جيد من أجل إرضاء نفسه وليس ليكون أحسن من الآخرين .
- — الحياة مليئة بالفرص وإمكانيات النمو .
- — يزيد الإنتاج بالشعور بمتعة العمل وليس بتحدي الآخرين .

## الجزء الثاني :

يشرح الباحث تعريف الاسترخاء — بالمعنى العلمي — بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر . ثم وضع بعض المواقف التي تسبب التوتر والاضطراب ومناقشة المجموعة في شعورهم تجاه تلك المواقف ، بعد ذلك يوضح الباحث أن الاضطرابات الانفعالية، يصاحبها توترات عضلية تضعف قدرة الشخص على التوافق والإنتاج ، تؤثر على كفاءته العقلية ، تظهر تلك التوترات كأعراض جسمية مثل اضطراب النوم ، العجز عن تنظيم الذات ، الصداع المستمر .

والاسترخاء أحد الفنيات السلوكية في الإرشاد يستخدم منفرداً أو مع فنيات أخرى للتعامل مع المواقف التي ارتبطت بإثارة الاكتئاب ، وممارسة أنشطة يصعب على الشخص القيام بها دون أن يكون هادئاً ومتماسكاً ، كذلك يساعد في التغلب على مشاعر القلق التي قد تسببها نماذج التهديد كالأباء أو السلطة بشكل عام . ولذلك سنتدرب على تمارين الاسترخاء لنستخدمها عند الشعور بالتوتر أو الانزعاج .

يشير الباحث إلى أن هناك مجموعة من العوامل تساعد على سرعة إتقان عملية لاسترخاء وتعمقها كالإلمام بالأسس العلمية للأسلوب واستخدام قوة الإيحاء والتركيز والتغلب على الإحساسات الغريبة والمخاوف بالإضافة إلى التكرار والتعميم والوقت المناسب .

وأخيراً الإشارة إلى أن التدريب على تمارين الاسترخاء ستبدأ من الجلسة القادمة .

الواجب :

١- كتابة الأسباب التي تجعل الفكرة الثالثة والرابعة والخامسة من قائمة إيليس Ellis أفكار

لاعقلانية . وما هي الآراء التي تسهم في تنفيذ هذه الفكرة ؟

الجلسة العاشرة :

الأهداف :

١. مناقشة الفكرة الثالثة ، الرابعة ، الخامسة من قائمة إليس Ellis
٢. تدريب المجموعة على استرخاء عضلات الذراعين ، الكتفين ، الوجه ، الرقبة .

الفنيات : المحاضرة – المناقشة – التنفيذ – الواجب المنزلي

الإجراءات

الجزء الأول :

١. الإجابة على استفسارات المجموعة حول ما تم تعلمه في الجلسات السابقة .
٢. مناقشة المجموعة في أسباب عدم معقولية الفكرة الثالثة (بعض الناس ينصفون بالشر وحب الأذى وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والنذالة وهم بذلك يستحقون أشد العقاب والتوبيخ)

وبعد المناقشات الجماعية والاستماع إلى آراء المجموعة يضيف الباحث ويلخص أسباب عدم معقولية هذه الفكرة بما يلي :

- – الإنسان ليس معصوماً من الخطأ .
- – ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ .
- – قد يقع الإنسان في الخطأ نتيجة جهله أو اضطرابه النفسي .
- – اللوم والعقاب والعنف لا يؤدي بالضرورة إلى التحسن بل قد يؤدي إلى سلوك أسوأ أو إلى الاضطراب الانفعالي .

وبعد إدراك المجموعة أسباب عدم منطقية هذه الفكرة يضع الباحث سؤالاً عن الأفكار التي تسهم في تغيير هذه الفكرة وبعد الاستماع إلى مناقشات المجموعة يتم تلخيص وإضافة :

- — لا يوجد إنسان شرير تماماً.
- — هناك أشخاص متسلطين ولكني أستطيع أن أتعامل معهم .
- — هناك بعض تصرفات غير ملائمة أو لا اجتماعية والذين تصدر عنهم أغبياء أو جهلة أو مضطربون انفعالياً .
- — العقلاني لا يجعل كل همه لوم نفسه والآخرين . وإنما إذا أخطأ الآخرون عمل على إفهامهم وتوجيههم . وإذا أخطأ أعترف بخطئه وعمل على تصحيحه. ولا يعتبر أخطاء الآخرين كارثة لا بد من مواجهتها بالعقاب الصارم

٣ - مناقشة الفكرة الرابعة (إنها كارثة حيث تأتي الأحداث كما لا يأمل الفرد ويشكل ذلك شيئاً مريعاً) .

بوضع سؤال عن سبب عدم معقولية هذه الفكرة وكيف يراها العقلاني ؟ ثم الاستماع إلى كل الإجابات المطروحة وبعد ذلك يتم تلخيصها وإضافة إن هذا النوع من التفكير ضار بصاحبه إذ أن التعرض للإحباط والفشل يعتبر أمر ممكناً ولكن من غير المنطق وغير العادي أن يقابل الفشل بالحزن المبالغ فيه لدرجة الكارثة وعلينا إدراك ما يلي :

- — الحزن والهم لن يغيرا من الموقف الحاصل شيئاً بل قد يزيد الأمر سوءاً .
- — ليس كل ما يريده الفرد أو يتمناه يجده .

○ — قد يسبب الحدث الاضطراب الانفعالي إذا نظر إليه الشخص بأنه خسران مبین لا

يمكن تعويضه

بينما العقلاني يرى ما يلي :

- — علينا أن نحاول بكل جهد تغيير الظروف بحيث تكون الأحداث مقبولة إلى حد ما .
- — إذا كان مستحيلاً فعل شيء لتغيير المواقف — الغير سارة — فالشيء المعقول هو تقبلها .
- — لا نبالغ في تصوير الأحداث ونصفها بالفظيعة والقاتلة .
- — إذا كان الفرد لا يستطيع أن يتحكم فيما يحدث فإنه يستطيع أن يتحكم في تفكيره ومشاعره نحوه .

٤- الانتقال إلى الفكرة الخامسة (تقع الكوارث والمصائب بسبب الظروف الخارجية والتي ليس للفرد عليها أي حكم) . وبعد السماع إلى مناقشات المجموعة حول السؤال المطروح عن سبب عدم معقولية هذه الفكرة ، يضيف الباحث ويلخص الأفكار التي طرحت بأن هذه الفكرة ليست عقلانية للأسباب الآتية :

○ — عندما نؤمن بان الأمور تحدث من الخارج ولا علاقة للفرد بها ، يعد ذلك إنكار

بقدره الفرد على التحكم في الظروف .

○ — الإيمان بهذه الفكرة يحول الشخص من مخير إلى آخر تسييره الظروف والأحداث

الخارجية .

وكما يحدث عند مناقشة الأفكار السابقة يتم الانتقال إلى الشق الآخر، كيف ينظر الشخص

العقلاني إلى هذه الفكرة؟ يتم الاستماع إلى مناقشة المجموعة وتلخيص وإضافة ما يلي:

• — الأحداث الخارجية قد تكون سبباً في تعاسة الإنسان وتهدد أمنه إلا أن هذا

التصور في طبيعته ليس معقولاً فقد لا تكون الأشياء الخارجية بذاتها مدمرة

ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك .

• — السعادة تأتي من الداخل وكذلك التعاسة ، وقد تضايقه الأحداث الخارجية

لكنه يدرك إمكانية تغييرها

• — أن جزءاً كبيراً من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا .

الجزء الثاني :

التدرب على كيفية استرخاء الذراعين ، عضلات الوجه ، الرقبة ، الظهر .

أستلقي على أريكة أو كرسي أو سرير و أغمض عينيك (لحظة صمت) وجه كل انتباهك إلى

ذراعك اليسرى أولاً ، أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وبقوة (٠ اثواني) لاحظ أن عضلات يدك

الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر . أفتح يدك وضعها بشكل مريح ولاحظ

الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه من استرخاء (٠ اثواني). كرر ذلك مرة

أخرى

نتجه بعدها إلى اليد اليمنى . أغلق بإحكام راحة يدك اليمنى ولاحظ التوتر فيها وفي الذراع

(٠ اثواني). ثم افتحها وأرخها ودعها في وضع مريح فardاً أصابعك باسترخاء، ولاحظ الفرق

بين الشد والاسترخاء . (٠ اثوان) كرر ذلك مرة أخرى .

والآن ننتقل إلى راحة اليدين ، أثن راحتك إلى الخلف حتى تشعر بالشد والتوتر في المعصمين وظهر اليدين، والآن أسترخي وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح (٠ اثواني) ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. والآن أطبق بإحكام كفيك واثنيهما إلى المقدمة في اتجاه الذراعين حتى تشعر بتوتر العضلات ، ارفع الذراعين في الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع . والآن اخفض ذراعيك إلى جانبك واسترخ ، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء (٠ اثواني صمت) . كرر هذا التدريب مرة أخرى .

والآن نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين : أرفع كتفك كما لو كنت تريد أن تلمس أذنك بهما ، لاحظ التوتر الناتج في الكتفين وعضلات الرقبة ، توقف واسترخ عائداً بكتفك إلى وضعهما المريح (٠ اثواني) ، كرر ذلك مع ملاحظة الفرق .

التدرب على كيفية استرخاء عضلات الوجه .

الجبهة : لأن عليك أن تجعد جبتهك وحاجبيك إلى أن تشعر بان عضلات الجبهة قد اشتدت (٠ اثواني) ، والآن استرخ وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها الطبيعي (٠ اثواني) كرر ذلك مرة أخرى وميز بين التوتر والاسترخاء .

العنان : والآن أغلق عينيك بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد شمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تتحكم في حركات العينين (٠ اثواني) ، والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (٠ اثواني) ، كرر ذلك من جديد .



الفكان : الآن طبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شئ ولاحظ التوتر في الفكين (٠ اثواني) . والآن دع فكيك تسترخي مع ترك الشفتين منفرجتين قليلاً (٠ اثواني) . لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء ، كرر ما سبق مرةً أخرى .

الشفتان : والآن ضمهما واضغط بكل منهما على الآخر ، لاحظ التوتر حول الفم (٠ اثواني) ، والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح (٠ اثواني) ، كرر ذلك مرة أخرى .

والآن لنتجه إلى الرقبة : اضغط براسك إلى الخلف حتى تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر ، والآن عد براسك إلى وضع مريح وتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء الذي أنت عليه استمر بذلك بقدر ما تستطيع ، كرر هذا من جديد .

الآن امدد راسك إلى الأمام كما لو كنت ستدفع بذقنك في الصدر ، لاحظ التوتر الناتج في الرقبة ، والآن استرخ (٠ اثواني) . كرر ذلك واسترخ أكثر وأكثر .

التدرب على كيفية استرخاء عضلات الظهر: والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر، قوس ظهرك كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن (٠ اثواني) لاحظ التوتر في الظهر خاصة في الجزء الأعلى منه ، والآن استرخ وعد بجسمك إلى وضعة الطبيعي، لاحظ الفرق بين التوتر الحاصل في الظهر والاسترخاء الآن (٠ اثواني) ، كرر ما سبق

الواجب :

١. كتابة الأسباب التي تجعل الفكرة السادسة ، السابعة ، الثامنة من قائمة إليس Ellis

غير عقلانية وكيف يجب علينا أن نواجهها في حياتنا ؟

٢. التدرب على استرخاء الذراعين ، الكتفين ، الوجه ، الرقبة ، الظهر حتى ميعاد الجلسة القادمة .

الجلسة الحادية عشر :

الأهداف :

١. مناقشة الفكرة السادسة ، السابعة ، الثامنة من قائمة إليس Ellis للأفكار اللاعقلانية.
٢. تدريب المجموعة على استرخاء الصدر ، البطن ، الفخذين ، الساقين ، الرجلين .

الغنيات : المحاضرة – المناقشة – التنفيذ – الاسترخاء

الإجراءات :

الجزء الأول :

١. الإجابة على الأسئلة التي قد تضعها المجموعة ، ثم الانتقال إلى مناقشة الفكرة السادسة (الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم وينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً ، وأن يكون علي أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها) بوضع سؤال عن سبب عدم معقولية هذه الفكرة ، والاستماع إلى كل الإجابات المطروحة وبعد إقناع المجموعة بعدم معقوليتها وأن هناك أسباباً تدعم ذلك يلخصها الباحث بما يلي :

- — الهم والقلق وانشغال البال قليل الفائدة ولا يساعد على المواجهة
- — إن التفكير اللاعقلاني لا يحول دون وقوع الأحداث إذا كان لابد منها .
- — قد يؤدي هذا الأسلوب من التفكير إلى وقوع الشيء الذي نخاف منه نتيجة القلق الذي نعاني منه .
- — يحول هذا الأسلوب من التفكير دون التقييم الموضوعي لاحتمال وقوع الأحداث الخطيرة .

هذا التفكير يجعل الأحداث ونتائجها تبدو أكبر من حجمها الحقيقي وأخطر مما هو عليه .

الانتقال إلى الجزء الآخر بوضع سؤال عن كيفية نظر الشخص العقلاني لهذه الفكرة والاستماع إلى مناقشات المجموعة ثم تلخيص وإضافة أن الشخص العقلاني:

- – يواجه مصادر الخوف والقلق ويحاول أن يقلل من أثارها ليبرهن لنفسه أنها ليست مخيفة كما يتصورها .
- – يؤمن بان الهم والقلق لا تمنع وقوع الأخطار بل قد تزيد من شدة وقوعها
- – يدرك أن المخاطر المحتملة ليست بتلك المصيبة التي يعتقدونها أو يخشونها .
- – عليه عدم تصور الأخطار الممكنة بشكل يورث الهم والقلق .

٢. مناقشة وتفنييد الفكرة السابعة (من الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسئوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها) وبعد مناقشة ما جاء في واجبات المجموعة يضيف الباحث ويلخص أن هذه الفكرة غير عقلانية للأسباب الآتية :

- – تجنب المشكلة يمكن أن يكون أكثر إيلاما من مواجهتها .
- – تجنب المشكلة وعدم مواجهتها يؤدي إلى تراكمها أو إلى نتائج غير مرغوبة .
- – الابتعاد وعدم مواجهه المواقف الصعبة يقود إلى عدم الثقة بالذات وعدم الرضا الذاتي.

- عدم المواجهة تجعل الشخص يتنازل عن كثير من حقوقه وتفوته الكثير من الفرص.
- – الابتعاد وعدم المواجهة تجعل الشخص يستسلم بسرعة لمطالب الآخرين .

وبنفس الطريقة المتبعة عند مناقشة الأفكار السابقة يوجه الباحث سؤال عن كيف ينظر العقلاني لهذه الفكرة ، ويفسح المجال للمجموعة لمناقشتها وعرض آرائهم وتصوراتهم ثم يوضح ويخلص الباحث بان العقلاني عليه ما يلي :

- — أن يؤدي مسئولياته وواجباته دون تدمير .
- — يشحذ همته لمواجهة المواقف مهما كانت شدتها.
- — يتجنب بذكاء المواقف غير الضرورية عندما تكون مؤلمة.
- — عندما يقصر في مسئولياته يحلل ذلك بشكل موضوعي .
- — يجد متعة الحياة في تحمل مسئوليتها وحل مشاكلها .

٣. مناقشة الفكرة الثامنة (يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه) بوضع سؤال عن سبب عدم معقولية هذه الفكرة ، والاستماع إلى كل الإجابات المطروحة بعد ذلك تلخيص و إضافة أن هذه الفكرة والاعتقاد بها يؤديان إلى ما يأتي :

- — فقدان الحرية والاستقلال .
- — التنازل عن الذاتية تماماً .
- — مزيد من الاعتماد على الآخرين .
- — حالة من عدم الأمن ويصبح الفرد تحت رحمة من يعتمد عليه .
- — الفشل في التعليم .
- — نقص الثقة بالنفس والعجز عن اتخاذ القرارات .

الانتقال إلى الجزء الآخر بوضع سؤال عن كيفية نظرة الشخص العقلاني لهذه الفكرة

والاستماع إلى مشاركات المجموعة ثم تلخيص وإضافة أن الشخص العقلاني:

- - يسعى وراء الاستقلالية وتحقيق الذات .
- - لا يرفض المساعدة عندما تكون ضرورية .
- - يدرك أن الفشل بذاته ليس مصيبة .
- - يؤمن بحتمية الاعتماد على نفسه وبضرورة الوقوف على قدميه .
- - يستمد إيمانه من نفسه ومن قدراته وقيمه الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها .

### الجزء الثاني

التدرب على استرخاء : الصدر ، البطن ، الفخذ ، الساقين ، القدمين .

عضلات الصدر : الآن خذ شهيقاً عميقاً لاحظ التوتر الحادث في الصدر وفي أسفل البطن والآن

استمر وأزفر واستمر في تنفسك العادي ، لاحظ التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من

استرخاء وما كان عليهما من توتر ، كرر ذلك ولاحظ الفرق .

عضلات البطن : الآن اقبض عضلات البطن بشدها إلى الداخل ، حافظ على هذا الوضع قليلاً.

والآن استرخ ودع تلك العضلات تتراخي ، كرر ذلك ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء

التدرب على كيفية استرخاء الفخذين والساقين .

الفخذان : الآن ألق ركبتيك وأبعد رجلك بقدر ما تستطيع حتى تلاحظ التوتر في منطقة الفخذ .  
والآن استرخي ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح واسترخاء ، كرر ذلك مرة أخرى .

الساقان والقدمان :الآن اثن قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه ، حتى تشعر بالتوتر والانقباض في بطن القدم وفي القصبة ( ١٠ اثوابي) . والآن استرخ بالقدمين وأعدهما الى وضعهما السابق لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء ( ١٠ اثوابي) . كرر ذلك.

الواجب :

١ كتابة الأسباب التي تجعل الفكرة التاسعة ، العاشرة ، الحادي عشرة من قائمة

إليس Ellis غير عقلانية وكيف يجب علينا أن نواجهها في حياتنا ؟

٢ تدرب المجموعة على استرخاء الصدر ، البطن ، الفخذين ،الساقين ، الرجلين

حتى موعد الجلسة القادمة .

## الجلسة الثانية عشر :

### الأهداف :

١ مناقشة الفكرة التاسعة والعاشره والحادية عشر من قائمة إيس Ellis للأفكار

### اللاعقلانية

٢ تدريب المجموعة على استرخاء الجسم كله باستخدام طريقة عدم شد الأعضاء .

الفنيات : المحاضرة – المناقشة – التنفيذ – الواجب المنزلي .

### الإجراءات :

### الجزء الأول :

١ الإجابة على استفسارات المجموعة حول ما تم التدرّب عليه في الجلسات السابقة .

٢ مناقشة الفكرة التاسعة (إن الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك

الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها). وبنفس الطريقة السابقة يتم مناقشة

الفكرة وإضافة وتلخيص أن هذه الفكرة غير عقلانية للأسباب الآتية :

- – ليس العبرة في الأحداث الماضية ولكنها في كيفية فهم الفرد وإدراكه لها .
- – يمكن للإنسان أن يتعلم من الماضي وهذا لا يعني أن ينقاد وراءه .
- – قد يعتبر سلوك ما ضرورياً في الماضي وفي ظروف ما ... وهذا لا يعني أن يكون ضرورياً لمواجهة ظروف الحاضر .

ثم يوجه الباحث السؤال الثاني عن وجهة نظر الإنسان العقلاني لهذه الفكرة ، وبنفس

الطريق السابقة يتاح المجال لأعضاء المجموعة للمشاركة وبعد الانتهاء من ذلك يلخص

الباحث ملاحظاتهم ويضيف بان العقلاني عليه أن :

- — يدرك أن الماضي مهم وأن الحاضر متغير بواسطة تحليل آثار الماضي .
- — يحاكم تلك المعتقدات المكتسبة المؤذية مجبراً نفسه أن يعمل بشكل مختلف في الوقت الحاضر .
- — يدرك أن معطيات الماضي تختلف عن معطيات الحاضر .
- يبتعد عن خطأ التعميم وعن الاعتقاد بان الشيء السيئ في ظروف معينة سيكون كذلك في كل المواقف .

٣ الانتقال إلى مناقشة الفكرة العاشرة (ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات) يطرح سؤال عن أسباب عدم معقولية هذه الفكرة ، والاستماع إلى كل الإجابات المطروحة بعد ذلك تلخيص و إضافة ما يأتي :

- — أن الاهتمام الزائد بمشكلات الآخرين قد يؤدي إلى إهمال مشكلاته الخاصة .
- — الاهتمام بمشكلات الآخرين قد يكون مصدر هم دائم .
- — مهما حزن الشخص لما يصيب الآخرين فإنه لا يخفف من معاناتهم .
- الانتقال إلى الجزء الآخر بوضع سؤال عن كيفية نظر الشخص العقلاني لهذه الفكرة والاستماع إلى مشاركات المجموعة ثم تلخيص وإضافة أن الشخص العقلاني عليه ما يلي
- — أن ينظر إلى مشكلات الآخرين على أنها مشكلاتهم بالدرجة الأولى .
- — يدرك متى يساعد الآخرين وكيف يساعدهم وإذا لم يستطيع فإنه يعرف كيف يتقبل الموقف وكيف يقلل من نتائجه السلبية .



• — يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين لأنه سيكون أكثر فائدة لهم فيما لو كان

كئيباً أو مهزوماً مثلهم .

٤ الانتقال إلى الفكرة الحادية عشر (هناك دائماً حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه

وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة)

وبعد مناقشة جميع إجابات المجموعة حول السؤال المطروح عن أسباب عدم معقولية

هذه الفكرة ، يضيف الباحث ويلخص الأفكار التي طرحت بأن هذه الفكرة ليست عقلانية

للسباب الآتية :

○ — ليس هناك ما يسمى بالحل الكامل والصحيح والوحيد لأي مشكلة .

○ — نتائج الفشل المتوقعة في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية .

○ — الإصرار على وجود حل كامل وصحيح قد يؤدي إلى الفلق أو الخوف .

○ — الإصرار على وجود حل مثالي قد يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن .

ثم يوجه الباحث السؤال الثاني عن وجهة نظر الإنسان العقلاني لهذه الفكرة ، وبنفس الطريقة

السابقة يتاح المجال لأعضاء المجموعة للمشاركة وبعد الانتهاء من ذلك يلخص الباحث

ملاحظاتهم ويضيف بان العقلاني عليه أن :

• — يحاول إيجاد عدة بدائل أو حلول عند تعرضه لمشكلة ما .

• — يقبل الحل الأكثر قابلية للتنفيذ .

• — يدرك بأنه لا يوجد حل كامل وصحيح

## الجزء الثاني :

❖ مراجعة التدريب على استرخاء جميع أجزاء الجسم والإجابة على استفسارات

### المجموعة

❖ تدريب المجموعة على كيفية الاسترخاء بدون استخدام شد الأعضاء .

### الجلسة الثالثة عشر: (الختامية)

وتمت على النحو التالي :

- ١ . الإجابة على أسئلة المجموعة والتعليق على ملاحظاتهم .
- ٢ . تقييم البرنامج من خلال الاستمارة المعدة لذلك (ملحق ١٠) .
- ٣ . تطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب (قياس بعدي) .
- ٤ . الاتفاق على موعد القياس التتبعي بعد مرور شهر ونصف والاتفاق على اليوم والتاريخ.
- ٥ . توجيه الشكر إلى أفراد العينة لحسن تعاونهم وحثهم على الاستفادة من جلسات البرنامج الإرشادي في مختلف المواقف التي قد يتعرضون لها .وتوظيف ما تم التدرب عليه من فنيات في الحياة العملية وعند تعاملهم مع الأحداث اليومية .
- ٦ . في النهاية يتمنى الباحث للجميع التوفيق ...