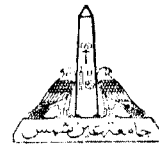


الدراسات
الاجتماعية
جامعة عين شمس
٥٩٦
تاريخ الارسال



جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

" مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال "

بحث مقدم للحصول على درجة الدكتوراه الفلسفه
في دراسات الطفولة
من قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

إعداد

محمد سعيد سلامة هنديه

إشراف

الاستاذ الدكتور

نجلاء محمد المحلاوي

استاذ الطب النفسى

كلية الطب - جامعة عين شمس

الاستاذ الدكتور

فايزة يوسف عبد المجيد

استاذ علم النفس

رئيس قسم الدراسات النفسية
والاجتماعية

عميد معهد الدراسات العليا للطفولة

(سابقا)

جامعة عين شمس

الدكتور

ايهاب محمد عبد العزيز عيد

استاذ مساعد بقسم الدراسات الطبية

معهد الدراسات العليا للطفولة

جامعة عين شمس



٢٠٠٣

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي ﴿٢٥﴾ وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي ﴿٢٦﴾ ﴾

صدق الله العظيم

سورة طه الآيات ٢٥ - ٢٦

الإهداء

إلى روح والدي الطاهرة

والأستاذ / إبراهيم عبد الهادي

وفاءً وحباً وتقديراً وعرفاناً لهم

وإلى أمي الحبيبة وأختي وإلى

رموز الحياة ومعاني التضحية

والأمل المتجدد زوجتي وأبنتي



جامعة عين شمس

معهد الدراسات العليا للطفولة

قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

صفحة العنوان

أسم الطالب: محمد سعيد سلامه هندية

الدرجة العلمية: دكتوراه الفلسفة في دراسات الطفولة (دراسات نفسية واجتماعية)

القسم التابع له: قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

أسم الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة

أسم الجامعة: جامعة عين شمس

سنة التخرج: ١٩٩٠

سنة المنم:

شكر

شكر السادة الأساتذة الذين قاموا بالأشراف

وهم :

- (١) أستاذ دكتور / فائزة يوسف عبد المجيد أستاذ علم النفس رئيس
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية معهد الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس
- (٢) أستاذ دكتور / نجلاء محمد ناجى المحلاوى أستاذ الطب النفسى
كلية الطب - جامعة عين شمس
- (٣) الدكتور / إيهاب محمد عبد العزيز عيد استاذ مساعد بقسم
الدراسات الطبية معهد الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس

ثم السادة الأساتذة الذين قاموا بمناقشة البحث وهم :

- أستاذ دكتور / فؤاده محمد هدية أستاذ علم النفس معهد الدراسات العليا
للطفولة جامعة عين شمس
أستاذ دكتور / ماجدة فهمى أستاذ الطب النفسى كلية الطب جامعة قناة
السويس

وكذلك الهيئات :

- (١) السادة أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس - كلية الآداب جامعة
عين شمس
- (٢) السادة أعضاء هيئة التدريس والعاملين والزملاء بمركز الطب النفسى -
جامعة عين شمس
- (٣) السادة أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية - كلية التربية -
جامعة عين شمس

شكر وتقدير

أحمد الله وأشكر فضله على عظيم عطاء

📖 وأتقدم باسمى آيات الشكر والعرفان وعظيم الامتنان إلى الاستاذ الدكتور / **فايزة يوسف** والتي تشرفت بان تتلمذت على يديها فكانت لتوجيهاتها ونصائحها وخبرتها وغزارة علمها أكبر الأثر لى يخرج البحث فى أفضل صورة أسلوبا وموضوعا فجزها الله عنى أحسن الجزاء

📖 أتقدم باسمى آيات الشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور / **نجلاء محمد ناجى المحلاوى** على ما قدمت لى من ونصائح وما تعلمته منها من الالتزام والإخلاق فجزاها الله عنى أحسن الجزاء .

📖 أتقدم باسمى آيات الشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور / **إيهاب محمد عبد العزيز عيد** على ما قدمه لى من علم ونصائح فجزاه الله عنى احسن الجزاء .

📖 كما أتوجه بالشكر إلى الاستاذ الدكتور / **فؤاده محمد هدية** استاذ علم النفس بالمعهد على تفضلها لقبول مناقشة هذا البحث .

📖 كما أتوجه بالشكر إلى الاستاذ الدكتور/ **ماجدة فهمى** استاذ الطب النفسى - كلية الطب - جامعة قناة السويس على تفضلها بقبول المناقشة هذا البحث .

📖 كما أشكر الاستاذ الدكتور / **سامى عبد القومى** استاذ علم النفس جامعة عين شمس الذى كانت معه بدايات البحث .

📖 وأشكر أفراد العينة وأسرههم على مساعدتهم على إتمام البحث مع اطيب تمنياتى لهم بالصحة والسعادة .

📖 ولا يسعنى إلا أن أتوجه بالشكر والامتنان إلى جميع أساتذتى بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس وأساتذة قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة عين شمس وأساتذة مركز الطب النفسى جامعة عين شمس وفى النهاية أتقدم بوافر الشكر والحب لكل الزملاء والاصدقاء وأسرتى الحبيبة .

مستخلص الدراسة

الاسم : محمد سعيد سلامة هندية

العنوان : مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال

دكتوراه الفلسفة في دراسات الطفولة من قسم الدراسات النفسية والاجتماعية
الهدف : إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي من خلال فنيات برنامج العلاج المعرفي بيك (Beck) وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إليس (Ellis) في خفض أعراض الإكتئاب الأطفال وتحسن تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية والياس لديهم مع إعداد أدوات قياس من اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال للتعرف على الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال المكتئبين، الاختبار اليأس للأطفال للتعرف على درجة اليأس لديهم.

تتحدد الدراسة الحالية بالعينة المشتركة فيها وهي تتألف من ٣٠ طفل في المرحلة العمرية من ١١ - ١٥ سنة من المترددين على العيادة الخارجية مركز الطب النفسي مستشفيات جامعة عين شمس ممن يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبى والنفسى وقد تم تقسيمهم إلى ٣ مجموعات
مجموعة تجريبية أولى (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج المعرفى ٥ ذكور، ٥ إناث.

مجموعة تجريبية ثانية (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ٥ ذكور، ٥ إناث
مجموعة ضابطه ثالثة (ن = ١٠) لم يطبق عليها أى برنامج معرفى سلوكى ٥ ذكور، ٥ إناث

الادوات المستخدمة

وقد استخدم الباحث الادوات التالية وهى

(١) القائمة العربية لأكتئاب الاطفال إعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩١

(٢) اختبار الأفكار اللاعقلانية للاطفال إعداد الباحث

(٣) اختبار اليأس للاطفال إعداد الباحث

(٤) مقياس تقدير الذات للاطفال إعداد فاروق عبد الفتاح موسى – محمد أحمد
دسوقي ١٩٩١

(٥) مقياس المهارات الاجتماعية للاطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن
١٩٩٨

(٦) جدول الانشطة والاحداث السارة إعداد أحمد محمد عبد الخالق – محمد
نجيب الصبوة ١٩٩٦

(٧) مقياس ستانفورد – بينيه الصورة الرابعة إعداد لويس كامل ملكيه ١٩٩٨

(٨) استمارة تحديد المستوى الاجتماعى والثقافى إعداد فايزة يوسف عبد
المجيد ١٩٨٠

– وتوصلت الدراسة إلى نتائج إنخفاض حدة الاكتئاب لدى المجموعة الأولى التى
تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى
السلوكى

Key Word

الكلمات المفتاحية

Cogmitive Behavioural Therapy

العلاج المعرفى السلوكى

Cogmitive Therapy

العلاج المعرفى

العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

Rational Emotive Behaviour Therapy

Children Depression

أكتئاب الاطفال

أولاً: فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
١٥ : ١	الفصل الأول
	موضوع الدراسة وأهميته
٢	مقدمة الدراسة
٨	مشكلة الدراسة
١٠	أهمية الدراسة
١١	أهداف الدراسة
١١	مفاهيم الدراسة
١٤	حدود الدراسة
٧٩-١٦	الفصل الثانى
	الاكتئاب
١٧	مقدمة
١٧	أولاً: حجم مشكلة الاكتئاب
٢٣	ثانياً: مفهوم الاكتئاب
٣٠	ثالثاً: أعراض الاكتئاب
٣٦	رابعاً: تصنيف الاكتئاب
٤٦	خامساً: نظريات تفسير الاكتئاب
٤٦	أ) نظرية التحليل النفسى فى تفسير الاكتئاب
٥٠	ب) النظرية السلوكية للاكتئاب
٥٥	ج) النظرية الفسيولوجية الكيميائية للاكتئاب

الصفحة	الموضوع
٥٨	سادساً: الالم والاكنتاب
٦٠	سابعاً : الاكنتاب وتقدير الذات
٦٦	ثامناً: الاكنتاب والمهارات الاجتماعية
٦٩	تاسعاً: الاكنتاب واليأس
٧٢	عاشراً: القدرات المعرفية
١٤٠-٨٠	الفصل الثالث
	العلاج المعرفى السلوكى
٨١	مقدمة
٨٣	تعريف العلاج المعرفى السلوكى
٨٤	فعالية العلاج المعرفى السلوكى
٨٦	طرق العلاج المعرفى السلوكى
٩٢	مبادئ العلاج المعرفى السلوكى
٩٦	اولاً: العلاج المعرفى
٩٨	تعريف العلاج المعرفى
٩٩	مبادئ العلاج المعرفى
١٠٤	بعض الاساليب المعرفية الخاطئة التى تؤدى إلى إضطرابات نفسه لدى البالغين والأطفال
١١٠	الصياغات المعرفية السلوكية للاكنتاب
١١٢	تقويم العلاج المعرفى
١١٤	ثانياً : العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١١٤	مقدمة
١١٧	الأفكار اللاعقلانية

الصفحة	الموضوع
١١٧	تعريف الأفكار اللاعقلانية
١١٩	عرض إيس للأفكار اللاعقلانية
١٢٨	فروض نظرية إيس فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٣٥	مبادئ نظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٣٦	العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى للاطفال والمراهقين
١٣٧	الفنيات المستخدمة فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٣٩	مزايا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٣٩	عيوب العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٧٤-١٤١	الفصل الرابع
	الدراسات والبحوث السابقة
١٤٢	مقدمة
١٤٢	أولاً : الدراسات التى تناولت العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب الاطفال
١٥١	تعليق على الدراسات التى تناولت العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب الاطفال
١٥٢	ثانياً : الدراسات التى تناولت اكتئاب الاطفال وعلاقته بمتغيرات أخرى
١٦٦	تعليق على الدراسات التى تناولت اكتئاب الاطفال وعلاقته بمتغيرات أخرى

الصفحة	الموضوع
١٦٦	ثالثاً : تعليق عام على الدراسات السابقة
١٧٢	رابعاً : فروض الدراسة
٢٨٠-١٧٦	الفصل الخامس
	المنهج والإجراءات
١٧٦	مقدمة
١٧٦	أولاً : التصميم المنهجي للدراسة
١٧٧	ثانياً: إجراءات الدراسة
١٧٧	(١) عينة الدراسة
١٩١	(٢) أدوات الدراسة
٢٦١	(٣) الأساليب الإحصائية
٢٦٢	ثالثاً : برنامج العلاج المعرفي
٢٧١	رابعاً : برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
٣٣٨-٢٨١	الفصل السادس
	نتائج الدراسة ومناقشتها
٢٨٢	مقدمة
٣٣١	تعليق عام على النتائج
٣٣٦	التوصيات
٣٣٧	البحوث المقترحة
	المراجع
٣٤٠	أولاً : المراجع العربية
٣٥٦	ثانياً : المراجع الأجنبية

الصفحة	الموضوع
	الملاحق
٣٧٤	ملحق رقم (١) اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال
٣٧٨	ملحق رقم (٢) اختبار اليأس للأطفال
٣٨١	ملحق رقم (٣) اختبار تقدير الذات للأطفال
٣٨٣	ملحق رقم (٤) مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال
٣٨٧	ملحق رقم (٥) استماره تحديد المستوى الاجتماعي والثقافي
٣٨٨	ملحق رقم (٦) أسماء السادة المحكمين للبرامج ولادوات الدراسة
٣٨٩	ملحق رقم (٧) قائمة الأفكار السلبية
٣٩٠	ملحق رقم (٨) سجل الأفكار انتقائية
٣٩١	ملحق رقم (٩) جلسات العلاج المعرفي
٤٠٣	ملحق رقم (١٠) جلسات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
٤٢٢-٤١٧	ملخص الدراسة باللغة العربية
1-5	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

ثانياً: فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
١	نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ومحاولة الانتحار لديهم	٢٢
٢	المحتوى المعرفى الخاص بالاضء طرابات النفسية	١٠٨
٣	بيان أفراد مجموعة الاطفال المكتئبين من حيث الجنس	١٨٠
٤	تحليل التباين أحادى الاتجاه لتحديد الاعمار الزمنية للمجموعات الثلاثة فى كل من المجموعات التجريبية والضابطة	١٨١
٥	كأ لتحديد المستوى التعليمى فى المجموعات الثلاثة للدارسة	١٨٢
٦	القدرات المعرفية لعينة الدراسة	١٨٣
٧	تطبيق اختبار توكى للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات الثلاث فى الاستدال اللفظى	١٨٧
٨	يوضح ترتيب المجموعات الثلاث فى الاداء على بعد الاستدال اللفظى	١٨٧
٩	يوضح مستوى تعليم الاب للمجموعات الثلاث	١٩٠
١٠	يوضح مستوى تعليم الام للمجموعات الثلاث	١٩٠
١١	معاملات الارتباط بين كل بنود الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٢
١٢	قيم الشيوخ (٥ - ٢) لبنود مقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٣
١٣	الجذر الكامن والنسبة المئوية للعوامل المستخلصة من بنود مقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٤

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
١٤	العامل الاول المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٥
١٥	العامل الثانى المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٦
١٦	العامل الثالث المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٧
١٧	العامل الرابع المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٨
١٨	العامل الخامس المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	١٩٩
١٩	العامل السادس المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	٢٠٠
٢٠	العامل السابع المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال	٢٠١
٢١	العوامل السبعة لمقياس الاكتئاب للاطفال وعدد تشبعاتها الجوهرية	٢٠١
٢٢	معاملات الثبات (ر ١١) لمقياس الاكتئاب للاطفال	٢٠٢
٢٣	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (المبالغة فى طلب الاستحسان) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢٠٨
٢٤	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الكمال الشخصى) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢٠٩
٢٥	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (اللوم القاسى للذات والآخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢٠٩
٢٦	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (توقع الكوارث) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٠

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٢٧	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (عدم الضبط الانفعالي) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١١
٢٨	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (القلق الزائد) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١١
٢٩	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (تجنب المشكلات) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٢
٣٠	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الاعتمادية) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٣
٣١	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الاحساس بالعجز بسبب الماضي) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٣
٣٢	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الانزعاج لمشاكل الاخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٤
٣٣	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الحلول المثالية) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٥

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٣٤	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (مصدر واحد للسعادة) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٦
٣٥	معاملات الارتباط للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (القسوة في التعامل مع الآخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠	٢١٦
٣٦	معامل الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية	٢١٨
٣٧	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للابعاد الفرعية (الأفكار اللاعقلانية) والدرجة الكلية للاختبار الأفكار اللاعقلانية للاطفال	٢١٩
٣٨	يوضح معاملات الثبات على اختبار الأفكار اللاعقلانية للاطفال وافكار اللاعقلانية المتضمنة فيه ن = ٥٠	٢٢١
٣٩	معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاختبار الأفكار اللاعقلانية وفقا لمعادلة سبيرمان وبراون ن = ٥٠	٢٢٢
٤٠	معاملات الارتباط بين العبارات لبعد اليأس والدرجة الكلية لبعد اليأس ن = ٥٠	٢٢٧
٤١	معاملات الارتباط بين العبارات لبعد الاتجاه السالب نحو المستقبل والدرجة الكلية للبعد ن = ٥٠	٢٢٨
٤٢	معاملات الارتباط بين العبارات لبعد الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية للبعد ن = ٥٠	٢٢٩

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٤٣	معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية لأختبار اليأس للاطفال	٢٣٠
٤٤	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للابعد الفرعية الثلاث والدرجة الكلية للاختبار اليأس للاطفال	٢٣١
٤٥	يوضح معاملات الثبات على أبعاد أختبار اليأس للاطفال	٢٣٢
٤٦	معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاختبار اليأس للاطفال وفقا لمعادلة سبيرمان وبراون ن = ٥٠	٢٣٣
٤٧	يوضح ثبات الاختبار وثبات كل بعد من أبعاده باستخدام معامل ثبات الفا	٢٣٤
٤٨	معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بتطبيق معادلة كيورد - ريتشارد سون ٢١	٢٣٦
٤٩	معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بطريقة التجزئة النصفية	٢٣٦
٥٠	معاملات الارتباط بين درجات البنين والبنات والعينة المشتركة في اختبار تقدير الذات واختبار مفهوم الذات	٢٣٨
٥١	صدق المقارنة لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار ن = ٢٢	٢٤٢

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٥٢	الاتساق الداخلى لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار	٢٤٤
٥٣	الاتساق الداخلى ومعامل الثبات بطريقة نثرونباخ لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار	٢٤٦
٥٤	المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) للدرجة الكلية على قائمة الانشطة السارة (الصيغة المطولة) لدى عينة البحث وقيمة (ت)	٢٥٠
٥٥	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب	٢٨٣
٥٦	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب	٢٨٧
٥٧	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفى فى تقدير الذات	٢٩١
٥٨	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية	٢٩٢
٥٩	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفى فى اليأس	٢٩٣

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٦٠	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الأفكار اللاعقلانية	٢٩٤
٦١	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تقدير الذات	٢٩٧
٦٢	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية	٢٩٨
٦٣	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى اليأس	٢٩٩
٦٤	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية اثنائية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الأفكار اللاعقلانية	٣٠٠
٦٥	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التنبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب	٣٠٣
٦٦	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التنبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب	٣٠٦

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٦٧	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى تقدير الذات	٣٠٨
٦٨	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية	٣٠٨
٦٩	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى اليأس	٣٠٩
٧٠	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الأفكار اللاعقلانية	٣١٠
٧١	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تقدير الذات	٣١١
٧٢	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية	٣١٢
٧٣	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى اليأس	٣١٣

تابع فهرس الجداول

رقم	موضوع الجدول	الصفحة
٧٤	معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الأفكار اللاعقلانية	٣١٣
٧٥	نتائج تحليل التباين بين المجموعات الثلاث بعد تطبيق البرنامج القياس البعدى	٣١٦
٧٦	نتائج المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكى بالنسبة للمتوسطات الحسابية لتقدير القياس البعدى فى الاكتئاب بين المجموعات الثلاث	٣١٧
٧٧	نتائج تحليل التباين بين المجموعات الثلاث بعد تطبيق البرنامج القياس التتبعى	٣١٩
٧٨	نتائج المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكى بالنسبة للمتوسطات الحسابية لتقدير القياس التتبعى فى الاكتئاب بين المجموعات الثلاث	٣٢٠

ثالثا: فهرس الأشكال والرسوم

الصفحة	محتوى الشكل والرسوم
٤٨	شكل رقم (١) : يوضح الاضلاع الاربعة التى تكون مربع الحب
٦٢	شكل رقم (٢) : يوضح سلسلة التقدير الذاتى
١٢٥	شكل رقم (٣) : يوضح نموذج إليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى
١٢٦	شكل رقم (٤) : يوضح طريقة إليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
١٨٨	شكل رقم (٥) : يوضح متوسط درجات المجموعات الاطفال المكتئبين الثلاث ن = ٣٠ فى اختبار ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة
١٨٩	شكل رقم (٦) : يوضح متوسط درجات المجموعات الاطفال المكتئبين الثلاث ن = ٣٠ فى المجالات الاربعة والدرجة المركبة فى اختبار ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة
٣٢٢	شكل رقم (٧) : يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى الاكتئاب فى القياس القبلى والبعدى والتبعى
٣٢٤	شكل رقم (٨) : يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى تقدير الذات فى القياس القبلى والبعدى والتبعى

تابع فهرس الاشكال والرسوم

الصفحة	محتوى الشكل والرسوم
٣٢٦	شكل رقم (٩) : يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى المهارات الاجتماعية فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى
٣٢٨	شكل رقم (١٠) : يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى اليأس فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى
٣٣٠	شكل رقم (١١) : يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى الأفكار اللاعقلانية فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى

الفصل الأول

موضوع الدارسة وأهميته

.مقدمة الدارسة

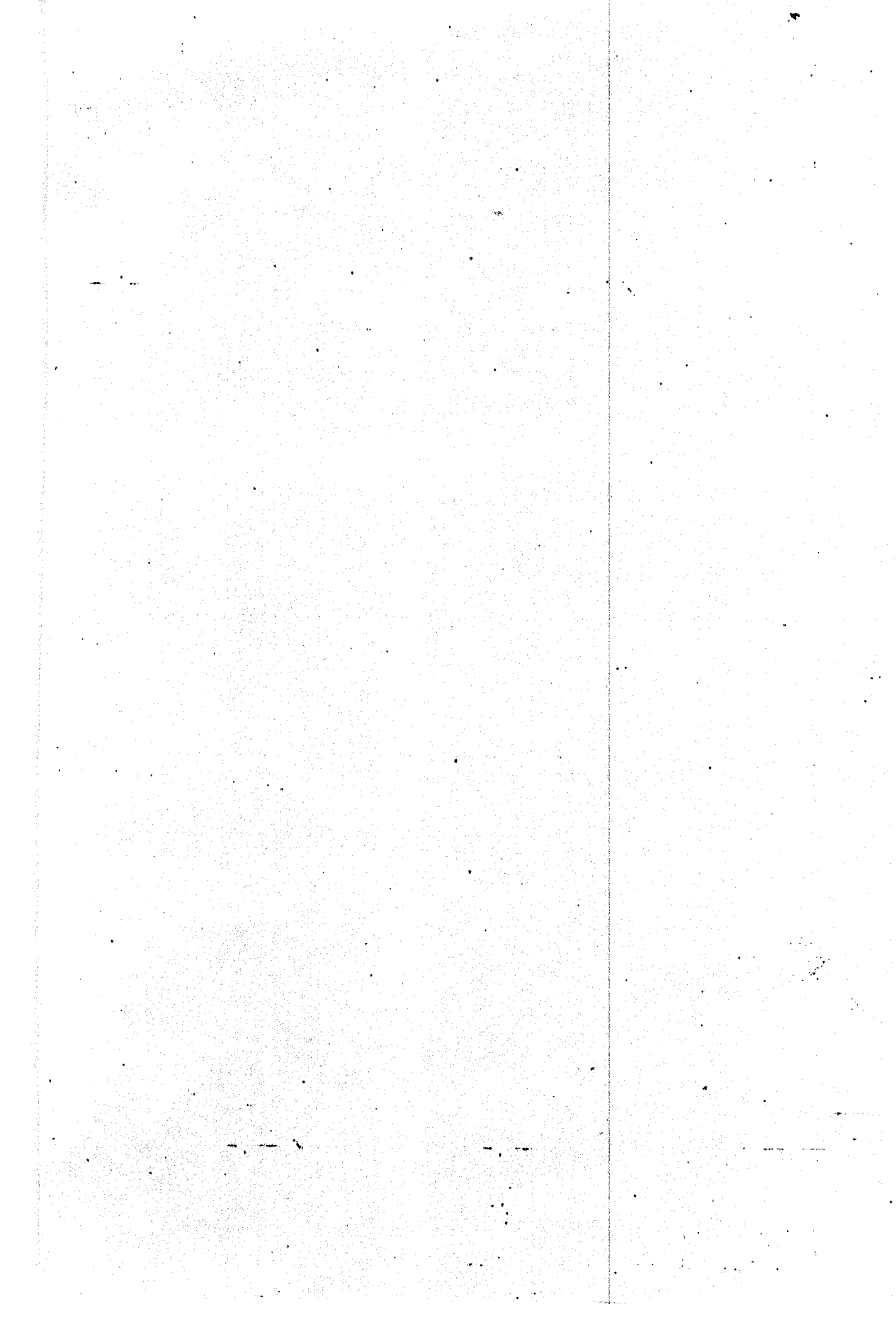
.مشكلة الدارسة والنساء

.أهمية الدارسة

.أهداف الدارسة

.مصطلحات الدارسة

.حدود الدارسة



الفصل الأول

موضوع الدراسة وأهميته

مقدمة

الإكتئاب هو اختلال فى الحالة المزاجية للإنسان يؤدى به إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس وللعالم و للمستهقبل وقد استعاذ منه نبي الإسلام صلى الله عليه وسلم ودعاؤه أللهم أنى أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل واللهم يرادف القلق والحزن يرادف الإكتئاب فى المصطلح النفسى الحديث .

(محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ص ٣٠٧)

وهناك ما يشير إلى أن الناس فى الحياة المعاصرة، يعانون من الإكتئاب بصورة اكبر مما كانت مجتمعات وحضارات السابق تعاني منه، ولو أن الاقدمين عربيا وغير عرب عرفوه ووصفوه وأعطوه كثيرا من الأسماء والمصطلحات التى أشارت إلى مرره الإحساس به وإلام والمعاناة منه ومن المعروف أن هناك أكثر من مائه مليون شخص يعانون الإكتئاب وان هؤلاء يتركون تأثيرات سلبية فى إعداد مماثلة ويمثل هذا العدد فقط الحالات الرسمية ، أى الذين تصل حالتهم إلى درجة من السوء تتطلب الالتحاق بمستشفى أو عيادة نفسية طلبا للعون ، ومن المؤكد إن هناك إعداد مماثلة أو أكثر من ذلك بكثير تعاني من الإكتئاب بصمت وألم دون أن يجرؤ الواحد منهم أو الواحدة منهن على طلب العلاج رسميا ، وهذا لو فرضنا أن هذا العلاج ومؤسسات العلاج النفسى والسلوكى متوفرة ، ومتاحة وفى ظل غياب الوعى والانتباه وفى ظل الافتقار إلى الرعاية النفسية والعلاج النفسى ، يترك هؤلاء الأشخاص أو يتركون أنفسهم تحت رحمة الظروف ، والمعاناة السلبية ، والمجاهدة المتخبطة للنفس للإفلات من المعاناة والألم ، الذى قد يطول أحيانا لدرجة الموت والانتحار .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ص ٧ - ٨)

ويرى كثير من الباحثين انه يمكن وصف نهاية القرن العشرين بأنه عصر الإكتئاب بعد ما شاع وصفة فيما مضى بعصر القلق ويذكر جبريت

Gilbert أن الإكتئاب قد لقب بنزلة البرد العادية من بين الأمراض النفسية وهو ما يشير إلى مدى شيوع وانتشار الاكتئاب .

(حسن ابراهيم عبد اللطيف ، ١٩٩٧ ، ص ٣٩)

وتعتبر الاضطرابات العصبية والذهانية من اشد الاضطرابات خطورة على الإنسان حيث إنها تكون سببا للعديد من صنوف المعاناة والآلام سواء للشخص المريض أو للمحيطين به ولأسرته على وجه الخصوص .

(السعيد عبد الخالق عبد المعطى ، ٢٠٠٢ ، ص ٢)

الاكتئاب تصادفه كثيرا هذا الأيام، وما من شخص منا إلا واثابته لحظة في عمره اثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصورة اقوى وأطول مما هو معتاد .

(علاء الدين كفاى ، ١٩٩٧ ، ص ٤٦) (عبد الستار إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٨ - ٣٩)

والاكتئاب هو حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من إنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث مؤثرة انفعاليا قد مرت به . وتتميز هذه الحالة بهبوط فى الطاقة النفسية والحركية والشعور بالإعياء من أقل من مجهود وبالقلق وعدم الارتياح وفقدان الاهتمام بالناس والأشياء والإحداث والنشاطات والهوايات والترفيه وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة فى الحياة كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والحيثية والثقة بالنفس واللامبالاة بالإحداث الجارية وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتى ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس كما تشيع لدى الحالات الحادة أفكار أكثر سوداوية تدول حول العدمية والموت والمحاولات الانتحارية .

(عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٧ ، ص ٣٩١)

ولكن المهم هو أن هذه (الخبرة الاكتئابية) ليس من الضرورى أن تصل إلى الاضطراب الذى يحتاج إلى تدخل علاجى، فإن النسبة الكبيرة من يعانون من هذه الأعراض يتحسنون بشكل تلقائى، أو تنجح خبرات معينه فى

الحياة فى التغلب على هذه المشاعر أو تلك الأعراض فتكون الخبرات السارة للحياة بمثابة واقى ضد مشاعر الاكتئاب وبخاصة فى درجاتها المنخفضة.

(أحمد عبد الخالق، سامر جميل، ١٩٩٩، ص ٣٢)

أن الإكتئاب يفصح عن نفسه باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية، ومن مجتمع إلى آخر، هذا بالإضافة إلى التفاوت الطبقي، حيث وجد علاقة بين المستوى الاقتصادى المنخفض ومرض الاكتئاب، كما يفصح عن نفسه أيضا فى صورة تناقض الاهتمام بالعالم الخارجى وتزايد العدوان نحو الذات فى صورة اتهام أذات ونقدها، وتتجسد هذه الأعراض فى حالات الاكتئاب المختلفة، ففى الاكتئاب العصابى نجد أن محاولة لاستعادة تقدير أذات بصورة إكراه للموضوعات الخارجية المفقودة أو المعاقبة بان تكف عن العقاب، إما الإكتئاب الذهائى، فىكون الاكتئاب محاولة لاستعادة تقدير أذات على المستوى الداخلى وذلك من خلال الصراع بين الإناء والإناء الأعلى، ولا يختلف شكل الأعراض فى حالة الاكتئاب العصابى عنه فى حالة الاكتئاب الذهائى، وإنما تختلف هذه الأعراض.

(أحمد عبد ربه، ١٩٩٤، ص ٤٤).

كما يرى آخرون أن أعراض مرضى الإكتئاب تتنوع ابتداء من الإحساس باليأس وغياب الشعور بالبهجة أو اللذة باى شئ إلى أن تصل إلى درجة التفكير فى الخلاص من الحياة، ويصاحب ذلك فقدان المريض لطعم كل شئ فلا يرى ولا يسمع ولا يفكر إلا فيما هو كئيب ومخيف ومظلم، ويتأثر الجسم وتحدث الاضطرابات فى كل الأجهزة العضوية وخاصة الجهاز الهضمى والدورى والغدد والأعصاب.

(يسرى عبد المحسن ، ١٩٩٤ ، ص ١٥)

ثبت أخيرا أن الغضب والقلق والاكتئاب يقلل من جهاز المناعة ويجعل الإنسان عرضه لأمراض المناعة من الروماتيزم والسكر وإمراض الشريان التاجى وجلطة القلب وسكته المخ كما أن انحالة النفسية لها علاقة واضحة بكل أجهزة الجسم.

(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٧٢) .

والاكتئاب ليس كما قد يعتقد البعض خطأ ظاهرة أمريكية أو غربية، اى انه ليس مرتبطا بالحضارة الغربية، وتعقيدها ففى دراسة مسحية وقائية على ١٣٩ ألف شخص موزعين على تسعة مجتمعات من الولايات المتحدة، بورتويكو ، غرب أوربا ، الشرق الأوسط ، آسيا ، استراليا تبين إن الإكتئاب ينتشر فيها بنسب متقاربة ، وانه يتزايد فى داخل تلك المجتمعات من جيل إلى جيل (National Collaborative Group.1992) ولا صحة أيضا لما كان يقال فى السابق أن الإكتئاب اضطرابات يصيب الأعمار الكبرى ، أى انه كلما زاد العمر ، زادت احتمالات الإصابة بالاكتئاب فنفس الدراسة السابقة تثبت أن الإكتئاب اخذ يوسع من قاعدته الزمنية بمعنى أن نسبة الإصابة به بدأت تنتشر الآن فى الأعمار الصغرى ، وبدأنا نلاحظ فى السنوات الأخيرة تعبيرات منتشرة عن وجود ما يسمى (اكتئاب الأطفال) .

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٣٢)

لفترة قريبة كان يعتقد إن الإكتئاب اضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بتقدم العمر، ولكن هناك اتفاق الآن على أن الإكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين، وعادة ما يظهر الإكتئاب لدى الأطفال فى شكل مشاعر بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية، ويرتبط الإكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى مثل الشكاوى العضوية والغضب وتدنى المستوى الأكاديمي، والطفل الذى يعانى الإكتئاب عادة ما يجد صعوبة فى التركيز والانتباه ويتملكه التشاؤم واليأس.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ٢٠٩)

الأطفال يعانون من أعراض اكتئابية أو شبة اكتئابية مثل الحزن أو الشعور بالتعب أو الإرهاق أو الملل وقد يتجهون إلى العزلة وتفضيل البقاء بعيدا عن الاقربين كما يتجه أداؤهم المدرسى إلى التدنى ويكون ذهابهم إلى المدرسة مسألة كرهية ومثل هؤلاء الأطفال قد تظهر عليهم اضطرابات النوم وفقد الشهية وآلام الصداع التى لا تبدو لها أسباب جسيمة واضحة بحيث يمكن القول إنها أعراض لاضرابات نفسجسمية .

(محمد شحاتة ربيع، ٢٠٠٢، ص ٣٤٠)

علاوة على مشاعر الحزن والسوداوية التي تميز الطفل المكتئب فإنه غالباً ما يظهر التذبذب الوجداني فحياتنا تداهمه بعض مشاعر الانبساط ثم سرعان ما يتحول إلى النقيض: دون وجود مثيرات محددة تفسر هذا التقلب الوجداني، فالحساسية الزائدة لدى الطفل تدفعه للاستجابة بشكل انفعالي تجاه المواقف الخارجية، فادنى توبيخ أو نقد قد يدفعه إلى نوبات من البكاء الشديد أو رفض الطعام أو البقاء بمفرده منعزلاً عن الآخرين.

(فتحى الشرفاوى والعارف بالله الغندور، ٢٠٠١، ص ١١٨)

أن التركيز المتزايد على قضايا الصحة النفسية أصبح هذه الأيام أكثر بروزاً ووضوحاً في الأدب النفسى المهتم بحاجات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والاهتمام الأكبر بقضايا ذات الصلة بالصحة النفسية الايجابية لهذه الفئة العمرية تعد امتداد لفكرة أن اكتسابهم كفاءات المناسبة يعد قضية حاسمة وبالغة الأهمية من أجل التكيف الناجح خلال مرحلة نمو الطفل والمراهقين.

ولكن أيضاً باعتبارها قاعدة ضرورية لاكتساب كفاءة وقدرات أكثر تقدماً والتي يتطلبها الإجاز الناجح للمراحل النمائية القادمة.

ومن هنا كان الاهتمام المتزايد بقضايا الصحة النفسية الايجابية فإن مفاهيم مثل مهارات الحياة والمهارات الاجتماعية وتقدير الذات والكفاءة الاجتماعية أصبحت عبارات متداولة في مفردات علم النفس الاكلينكى (Reinecke et al. 1996.124 -125) .

وتزايد المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال فى الفترة الأخيرة أصبح من الضروري الاهتمام بالخدمات النفسية المقدمة لهم سواء أكانت هذه الخدمات تتمثل فى القياس أو التشخيص من أجل التعرف على الاضطرابات التي تعاني منها هذه الفئات.

أو فى مجال الإرشاد النفسى بوصفه خطوة أولى نحو العلاج وتقديم الرعاية الملائمة لهم.

وتناول تقديم العلاج النفسى لاكتئاب الأطفال مختلف المدارس العلاج النفسى مثل التحليل النفسى مثل دراسات ميلانى كلاين وذلك فى كتابها التحليل

النفسي للأطفال عام ١٩٣٢ وأيضاً لدراساتها لحالات ريتا ١٩٢٣ حالة ترود ١٩٢٤، حالة ارنا ٢٤ - ١٩٢٦.

(نيفين زيور، ١٩٩٨، ص ٧ - ١٥).

وقد اهتم العلاج المعرفى السلوكى بدراسة العلاج لإكتئاب الأطفال وقد أشار (Dush & Tlirt 1989) أن العلاج المعرفى السلوكى استراتيجىة تصلح لتعديل سلوك الأطفال الذين لديهم مشكلات وقد أكد الباحثان على أهمية هذا العلاج فى عديد من دراساتهم على الأطفال ويرجع ذلك لان هذا النوع من العلاج يركز على مساعدة الأطفال على النمو وهو يركز على الاستراتيجيات المعرفية التى ترتبط بالسلوك المراد تعديله كما انه يعطى الأطفال العديد من المهارات المعرفية.

. (Joseph & Durlak 1991.205)

ويعد العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الاستخدام بين مرضى الاكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا الاضطراب، وقد أكد نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازى على الأقل فاعلية العلاج بالعقاقير فى علاج الاضطرابات الاكتئابية، كما أكدت نتائج الدراسات التتبعية إن له فاعليته الأفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجى إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى النفسية أو الطبية وفى مقدمتها العلاج بالعقاقير.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٦٩).

ظهرت مجموعة من طرق العلاج ذى إطار العلاج المعرفى السلوكى تقوم على أسس إعادة البنية المعرفية وتقوم هذه الطرق على افتراض إن الاضطرابات الانفعالية إنما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى وتكون مهمة المعالج هى إعادة بناء الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف ويمكن إن تدرج تحت هذه المجموعة طريقة أليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى وطريقة ميكنيوم فى إرشاد أذات وطريقة (بيك (Beck)) فى العلاج المعرفى .

(محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٢١٣).

مشكلة الدراسة

تبلورت دوافع الباحث لإجراء هذه الدراسة من خلال أحاساسة بالمشكلة أن الإكتئاب يعد من أكثر الأمراض النفسية شيوعا في العالم كله وذلك كما أكدته الأبحاث العالمية في هذا المجال وترى منظمة الصحة العالمية انه سوف يحتل المرتبة الثانية من أهم أسباب الوفاة والإعاقة في العالم بعد أمراض القلب بحلول عام ٢٠٢٠ م، كما انه يعد محورا مهما لكثير من الاضطرابات النفسية، بل وفي أمراض عضوية شتى مثل أمراض المناعة والروماتيزم وأمراض الشريان التاجي وجلطة الدم وسكتة المخ، وذلك كما يتميز به من انفعالات شديدة تعوق الأطفال عن المضي قدما نحو الإجاز، وتحقيق الذات وبالرغم بالاهتمام العالمي باكتئاب الأطفال من حيث التشخيص والعلاج، إلا أن الدراسات العربية في حدود علم الباحث لم توليه الاهتمام الكافي بالدراسة لدى الأطفال المكتئبين المترددين على العيادات النفسية على اعتبار أن الإكتئاب الأطفال يعد اضطرابا حقيقيا يستحق الدراسة لدى هذه الشريحة من أفراد المجتمع.

كما لاحظ الباحث عبر الدراسات الأجنبية أن العلاج المعرفي السلوكي قد حظى باهتمام كبير، وقبول واسع بين علماء النفس، كما أحرز نجاحا عظيما، وحقق انتشارا واسع النطاق في معظم دول العالم، بينما لم يلق الاهتمام الكافي لدى الباحثين في الوطن العربي مقارنة بالمدارس العلاجية النفسية الأخرى في حدود علم الباحث إلا النذر اليسير من الاهتمام فاغلب هذه الدراسات تناولت هذا الشكل من العلاج مع الراشدين من طلبة الجامعة.

دراسة ندى الطيبة ١٩٩٠

أجريت على ٢٥ طالبة مرافقة في المرحلة الثانوية بالأردن وتم تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي من خلال ١٦ جلسة إرشادية جماعية.

دراسة صلاح الدين العراقي ١٩٩١

أجريت على ٢٠ طالب من جامعة الزقازيق وكانوا يعانون من الإكتئاب أعمارهم من ٢٠ إلى ٢٣ عام وتم تطبيق برنامج العلاج المعرفي انسلوكي من خلال برنامج معرفي لبيك (Beck) في ١٢ جلسة علاجية.

دراسة هشام عبد الله ١٩٩١

أجريت على ١٠ من طلاب جامعة الزقازيق يعانون الإكتئاب تراوحت أعمارهم بين ١٩ إلى ٢٣ عام وتم تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي من خلال ١٢ جلسة علاجية جماعية.

دراسة محمد توفيق ١٩٩٧

أجريت على عشرة من طلاب الجامعة يعانون الإكتئاب تراوحت أعمارهم من ١٧ إلى ٢١ عام وتم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي من خلال ١٢ جلسة إرشادية جماعية.

وبمراجعة الباحث للدارسات السابقة في البيئة العربية والأجنبية لما توفر للباحث من دراسات لم يجد دراسة تناولت للعلاج المعرفي السلوكي لاكتئاب الأطفال باستخدام فنيات العلاج المعرفي لبيك (Beck) ، فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إليس (Ellis) في دراسة لخفض الإكتئاب الأطفال في المرحلة العمرية لعينة الدراسة.

من خلال هذه الأمور يتناول الباحث في دراسته إلى تصور برنامج للعلاج المعرفي (بيك)، وبرنامج للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إليس (Ellis) لخفض أعراض الإكتئاب الأطفال المترددين على العيادة الخارجية بمركز الطب النفسي.

هذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات الآتية

(١) إلى أي حد يفيد أسلوب العلاج المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أعراض الإكتئاب لدى الأطفال، وتحسين تقدير الذات والمهارات

الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس ؟

(٢) هل يمكن أن يستمر تأثير العلاج المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في المحافظة على ثبات التحسن في خفض أعراض الإكتئاب الأطفال

بعد فترة من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي ؟

(٣) أي أسلوب من الأساليب العلاجية السابقة يمكن اعتباره أكثر فاعلية من

غيره في خفض أعراض الإكتئاب الأطفال ؟

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة إلى أهمية الجانب الذى يتصدى الباحث لدارسته، فهو محاولة للتعرف على مدى فاعلية برنامج علاج معرفى سلوكى فى خفض المستوى الاكتئاب لدى الأطفال وفى القاء الضوء على ظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال ولذا تنطوى أهمية الدراسة فى الناحية النظرية والتطبيقية.

الأهمية النظرية

تبدو أهمية الدراسة الحالية فى توجيه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع وهم الأطفال المكتئبين المترددين على العيادة الخارجية لمركز الطب النفسى وهم فئة تحتاج إلى الرعاية النفسية إلى جانب الرعاية الطبية مثلما تحتاج إليها الشرائح الأخرى ولذلك تعد هذه الدراسة من الدراسات القليلة فى هذا المجال على المستوى الوطن العربى فى حدود علم الباحث.

كما تبرز أهمية البحث الحالى من أهمية الأسلوب العلاجى المستخدم فيه، وهو العلاج المعرفى السلوكى كما كشفت الدراسات الأجنبية فى هذا المجال أن العلاج المعرفى السلوكى ذو فائدة كبيرة فى علاج الاكتئاب الأطفال مثل دراسة

(Brent et et) (Vostanis et al .1998) (Bimaher et al .2000)

(1997) (Weisz et al 1997) (Wood et al . 1996)

(Vostanis.1996) (Vostanis & Feehan.1996)

. (Marcotte&Baron.1993)

كما تتبع أهمية الدراسة الحالية من استخدامها لفنيات علاجية من العلاج المعرفى السلوكى وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفى لبيك (Beck) ، فنيات العلاج العقلانى الانفعالى لألبرت إليس (Ellis)

من الناحية التطبيقية

فهى تتلخص فى توفير قدر من المعلومات حول فاعلية برنامج المعرفى السلوكى فتمثل فى برنامج العلاج المعرفى، برنامج العلاج العقلانى الانفعالى

السلوكى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المترددين على العيادة الخارجية لمركز الطب النفسى وهى معلومات هامة فى وضع خطط أو برامج إرشادية أو علاجية يمكن أن توضع لمعاونة الأطفال المكتئبين من خلال المنحى المعرفى السلوكى حيث أكدت الدراسات الأجنبية إمكانية استخدام هذا المنحى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المكتئبين التعرف على القدرات المعرفية لدى الأطفال المكتئبين من خلال مقياس ستانفورد بنيه الصور الرابعة

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى استخدام منحى علاج معرفى سلوكى فى محاولة للتصدى للظاهرة

(١) إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى من خلال فنيات برنامج العلاج المعرفى بيك (Beck) وفنيات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إليس (Ellis) فى خفض أعراض الإكتئاب الأطفال وتحسن تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية والياس لديهم مع إعداد أدوات قياس من اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال للتعرف على الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال المكتئبين، الاختبار اليأس للأطفال للتعرف على درجة اليأس لديهم.

(٢) التعرف على القدرات المعرفية لدى الأطفال المكتئبين من خلال مقياس ستانفورد بينة الصورة الرابعة.

مفاهيم الدراسة

الاكتئاب

الاكتئاب حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عن مشاعر القنوط والجزع والياس وانعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات

وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقدان الوزن، واضطرابا بات فى النوم والشهية، فضلا عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وانخفاض الجدارة، والأفكار الانتحارية.

(أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٩، ص ١٠٤)

اكتئاب الأطفال

زملة الأعراض المؤلمة والمحرزنة التى يشعر بها الطفل والتي تتضح من خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس والهبوط، وبأنه شخص سئ كثير الخطأ يكره ذاته ولا يتقبل شكلة، فقد متعة الحياة ولذتها وفقد شهيته للطعام وأصبح أكثر قلقا وأرقا، وصار أكثر شعورا بالوحدة وأكثر عجزا عن أنجاز الأعمال المدرسية .

(محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ١٧)

العلاج المعرفى السلوكى

العلاج المعرفى السلوكى هو احد التيارات العلاجية الحديثة، والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفى للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية، وعبارته الذاتية هى التى تحدث ردوده الأفعال اندالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل ادراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحمل محلها طرقا أكثر ملاءمة للتفكير، وذلك من اجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل .

(أحمد أحمد متولى، ١٩٩٣، ص ٦٧)

العلاج المعرفى

هو تصحيح نمط التفكير لدى العميل بالتعامل مع التفكير غير المنطقى والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق والتعامل مع المشكلات والمشاركة فى تحقيقها معتمد على عدة أسس أهمها المشاركة العلاجية -- العلاقات الإنسانية واختزال المشكلة التى يعانى منها العميل وتعلم حل المشكلة.

ومن هنا فان الفنيات هذا العلاج تعتمد على اتجاه عقلى معرفى وأخرى سلوكى وثالث تجريبى من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملى الفراغ المعرفى واتجاه تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى العميل ودفع العميل على اختبار الواقع وتغيير القواعد المعتمدة على (يجب - لا بد) وصولا إلى روية الواقع بصورة ايجابية.

(حسن مصطفى عبد المعطى، ١٩٩٨، ص ٣٨٠)

العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

احد أساليب العلاج المعرفى السلوكى الحديث وضع أسسه " ألبرت إليس (Ellis) وهو نوع من العلاج عن طريق التعليم النشط المباشر، ويقوم على أساس بعض الفروض والتعميمات الخاصة بطبيعة الإنسان وأسباب تعاسته، واضطرابه الانفعالى وإمكانيات الإنسان وقدرته على التغيير والضبط لمستقبله وتنحصر عملية العلاج فى استبدال اللامعقول بالمعقول ولذا فانه يعتمد العمليات العقلية ويستخدم تعليم التفكير المنطقى خلال العلاج بهدف حل المشكلات التى تواجهها الحالة .

(باتر سون ، ١٩٩٢ ، ص ١٨ : ١٩)

تقدير الذات

تقييم يقوم به الفرد نحو ذاته فضلا عن كونه تقدير وتعبير سلوكى يعبر الفرد من خلاله عن مدى تقديره لذاته وهذا التقدير من قبل الفرد يعكس شعوره بالجدارة والكفاءة.

(عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٢، ص ٩٠)

المهارات الاجتماعية

قدرة الفرد على المباداه بالتفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والايجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته فى مواقف التفاعل الاجتماعى، وبما يتناسب مع طبيعة الموقف.

(محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ١٦)

الأفكار اللاعقلانية

هى تلك الأفكار التى لا تتلائم مع إمكانيات الفرد أو ظروف واقعة الموضوعى، وهى قائمة على التوقعات اللامعقولة والمبالغة فى وضع مستويات للسلوك لا يمكن للفرد إن يصل إليها أو يحققها وهذا يؤدى إلى الشعور بعدم الكفاءة والاضطراب النفسى .

(سليمان الريحاني، ١٩٨٧، ص ١٠٦-١٠٧)

البيأس

حالة نفسية ترتبط باتخاذ الطفل اتجاهها سلبيا نحو حاضرة ومستقبله وتخالية عن الأمل وعجزه عن النجاح فى أى عمل يقوم به وعجزه عن تحقيق أهدافه الحالية وطموحاته المستقبلية.

القدرات المعرفية

أن القدرة المعرفية لا تتوقف عند حد التعامل بكفاءة مع البيئة والقدرة على التفكير والعمل فى سبيل هدف بل تجاوزت ذلك معبرة عن فهم الأفكار المعقدة والتعلم من الخبرة والقدرة على الاستدلال والتغلب على العوائق من خلال الفكر (لويس كامل مليكه، ١٩٩٧، ص ٢٨١)

حدود الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالعينة المشتركة فيها وهى تتألف من ٣٠ طفل فى المرحلة العمرية من ١١ - ١٥ سنة من المترددين على العيادة الخارجية مركز الطب النفسى مستشفيات جامعة عين شمس ممن يعانون الاحتئاب وفقا للتشخيص الطبى والنفسى وقد تم تقسيمهم إلى ٣ مجموعات
مجموعة تجريبية أولى (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج المعرفى ٥ ذكور،
٥ إناث.

مجموعة تجريبية ثانية (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ٥ ذكور، ٥ إناث

مجموعة ضابطه ثالثة (ن = ١٠) لم يطبق عليها أى برنامج معرفى سلوكى ٥
ذكور، ٥ إناث

وتتضمن الدراسة الحالية بعض المقاييس السيكومترية وهى اختبار
الأفكار اللاعقلانية للأطفال، اختبار اليأس للأطفال، اختبار تقدير الذات للأطفال،
اختبار المهارات الاجتماعية للأطفال جدول الأنشطة السارة، اختبار ستانفورد
بينيه الصورة الرابعة.

وقد تم إجراء هذه الدراسة فى العيادة الخارجية مركز الطب النفسى
بمستشفيات جامعة عين شمس فى الفترة الزمنية الممتدة من الشهر يونيو عام
٢٠٠١ لغاية شهر سبتمبر من عام ٢٠٠٢.

الفصل الثاني

الأكثاب

مقدمة

أولاً: حجر مشكلتة الأكثاب

ثانياً: مفاهيم الأكثاب

ثالثاً: أعراض الأكثاب

رابعاً: تصنيف الأكثاب

خامساً: نظريات تفسير الأكثاب

سادساً: الأمر و الأكثاب

سابعاً: الأكثاب و تقدير الذات

ثامناً: الأكثاب و المهارات الاجتماعية

تاسعاً: الأكثاب و اليأس

عاشراً: القدرات المعرفية

الفصل الثاني

الاكتئاب

مقدمة

ومع تزايد المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال في الفترة الأخيرة أصبح من الضروري دراسة الأسباب التي تسهم في ظهور مثل هذه المشكلات، وهناك عوامل كثيرة وعديدة يمكن أن تؤدي إلى ظهور مثل هذه المشكلات، ولكن ما يهمنا في دراستنا هذه هو التركيز على جانب واحد فقط من هذه الجوانب المتعددة وهو اكتئاب الأطفال ومدى اسهامة في ظهور بعض المشكلات الاجتماعية والانفعالية لديه.

يعتبر مرض الإكتئاب من اشد الإضرابات النفسية التي تؤثر في حياة الإنسان وتهدد حياته وتعرضه للخطورة والهلاك.

ومرض الإكتئاب يزداد بمعدل مزعج الآن أصبح العصر الذي نعيش فيه عصر الإكتئاب وبالرغم من أن الإكتئاب يعد مصطلحا مألوفا لدى معظم الناس ، إلا انه تعددت وجهات النظر حول معناه ، واختلفت باختلاف المنطلقات النظرية للعلماء والباحثين حيث يشيرون إلى انه سلوك غير تكيفي ، أو استجابة غير سوية للانعصاب أو مظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية ، وذلك نظرا لأعراضه المتنوعة وأنواعه المختلفة وأسبابه المتعددة ويعتبر الإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وأخطرها على الإنسان فانه لا يوجد تعريف للإكتئاب اتفق عليه الجميع .

أولاً : حجم مشكلة الإكتئاب

ذكرت منظمة الصحة العالمية أن الاضطرابات العقلية والعصبية من الإكتئاب إلى خرف الشيخوخة المعروفة بالزهايمر والتشنج تصيب ٤٠٠ مليون شخص في العالم في طريقها للزيادة بوضوح في العقدين القادمين وتوقعات المنظمة التابعة للأمم المتحدة أن يقفز الإكتئاب بحلول عام ٢٠٢٠ م ليحتل

المرتبة الثانية بين أهم أسباب الوفاة والإعاقة في جميع أنحاء العالم بعد إمراض القلب ويتوقع مسئولوا المنظمة ارتفاع المنتظر لمعدل الإصابة بالاكتئاب على عوامل منها أنماط الحياة التي تتسم بالتوتر والفقير والعنف

(مصطفى العدوى ، ٢٠٠١ ، ص ٢٥)

أن الإكتئاب اليوم يحتل المرتبة الخامسة بين المسببات العظمى للوفاة

والإعاقة.

(نفس المرجع السابق ، ص ٢٥)

يصعب تحديد نسبة انتشار مرض الإكتئاب ولكن يمكن القول أن هذا المرض ينتشر بنسبة (١ - ٥ %) بين أفراد المجتمع، ومن بين المترددين على عيادات الطب النفسى تبلغ نسبة المكتئبين (٢٣,٥ %) من مجموع المرض .

(عماد مخيمر ، ١٩٩٧ ، ص ٩)

ويعتبر أحمد عكاشة ١٩٩٨ إن اضطرابا بات المزاج من أكثر الأمراض شيوعا أو هى المسئولة عن كثير من المعاناة الآلام النفسية بين الألف من أفراد الشعب، ويكفى القول أن ٥٠ - ٧٠ % من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب .

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ ، ص ٣٥١)

وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على عيادات الطب النفسى وتعنى بهذه الأمراض الإكتئاب الخفيف والمتوسط والجسيم وعبر المزاج والمزاج النوابى والاكتئاب المتكرر فقد وجد واطسون فى زومبا انها تكون ٢١,٤ % من مجموع المرضى بالمستشفى ، إما كاروثر فقد احصى نسبة لا تزيد عن ٥,١ % فى كينيا ، وأعطى توت نسبة ١٩,٤ % فى الساحل الذهبى وكانت الأمراض الوجدانية فى السودان ٣٣ % .

أما فى مصر وجد أحمد عكاشة وآخرون ١٩٩٨ نسبة هذا المرض بين مرضى النفوس تصل إلى ٢٤,٥ % موزعة كالاتى ١٩,٧ % اكتئاب تفاعلى

(عسر المزاج) ٨,٦ % ذهان المرح الاكتئابى (اضطراب وجدانى تنائى القطب ، ٥,٢ % اكتئاب وقف الطمث (نوبة اكتئابية متأخرة) .

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ ، ص ٢٥٢)

وجد أحمد عكاشة وآخرون فى دراسة نسبة الأعراض والاضطرابات الاكتئابية اقترنت كثيرا بين الريف والحضر وتلاشى الاختلاف مما يوضح الانصهار والتمازج فى شكل المجتمع المصرى فقد وجد نسبة الأعراض الاكتئابية بين مجموع الشعب فى مجموعة ريفية حوالى ٣٦ % مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢ % إما الاضطرابات الوجدانية فتراوحت بين ٤ - ٧ % من هذه العينة.

(نفس المرجع السابق ص ٣٥٢)

وتقدر هيئة الصحة العالمية العدد التقريبى للمرض الإكتئاب فى مصر بنسبة ٦ % من العدد مصر بحوالى ٣,٦٠٠,٠٠٠ مريض اكتئاب.

(نفس المرجع السابق . ص ٤٧)

وتشير نتائج الدراسات التى قام بها هاربتس و بيكيلى (١٩٨٩) (Herbest & Paykel 1989) على عينة من المراهقين ان ٤,٧ منهم يعانون اكتئاب رئيسى ٣,٣٢ يعانون من اكتئاب عصبى ٢,٥٠٢ يعانون من اكتئاب حاد

(بدر الانصارى . ١٩٩٨ ، ص ٨٠)

وتشير بعض الدراسات إلى انتشار الإكتئاب لدى طلاب الجامعة ، حيث يعانى من ١٧ % إلى ٢٣ % منهم الإكتئاب ، وان ٤٥ % من الذين يبحثون عن الإرشاد يعانون من الإكتئاب .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩١ ، ص ٨١)

وهناك دليل متزايد على أن نسبة تتراوح بين ٥ % و ١٠ % من جمهور طلاب المدارس مكتئبون وان النسبة اعلى بين المراهقين وبخاصة البنات

وكشفت البحوث التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم إن نسبة كبيرة منهم تتراوح بين ٢٥ % ، ٥٠ % يظهرون علامات الإكتئاب

(Mieзитis . 1992 . pp2)

وقد وجد **Dack Dominan** إن ٨٠ % من الأطفال فى عينة من ١٧٢٧ طفل فى سن العاشرة ممن حاولوا الانتحار كانوا إناثا وخان الذكور أيضا لديهم مخاطر عالية فى محاولة الانتحار إذا وجد ٣ - ٤ محاولات انتحارية بين الذكور مقابل ٢٥ - ٣٠ محاولة بين الإناث

(سلوى عبد الباقي ، ١٩٩٢ ، ص ٤٤٤)

فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من ٣ % من الجمهور العام للأطفال ولكن معدل الانتشار يتزايد فى المراهقة بطريقة حادة إلى ما يقرب من ضعف معدلة فى الطفولة .

(Resenhen & Svigman . 1995 . pp 615)

دراسة مها (١٩٩٧) **Maha 1997** عن انتشار إمرض الإكتئاب فى أطفال المدارس الإعدادية فى المرحلة العمرية بين ١١ - ١٥ سنة وتكونت عينة البحث ٣٠٠٠ تلميذ ١٣٤١ ذكر ، ١٦٠٩ أنثى فى محافظات المنوفية والشرقية والقلوبية وجد إن انتشار أعراض الإكتئاب أكثر فى السن ١٣ سنة يليها ١١-١٢ سنة ثم ١٤-١٥ سنة ونسبة انتشار إمرض الإكتئاب بصورة معتدلة ٥٣,٦٦ % ، متوسط ٣٤,٣١ % ، الدرجة الخطيرة ٣,٠٣ %

(Maha 1997)

دراسة هناء سليمان (١٩٩٧) (**Hanaa.s 1997**) وذلك لدراسة نسبة انتشار القلق والاكتئاب والجسدية والأمراض النفسية بشكل عام فى ريف المنيا وتكونت عينة للبحث من ٣٢٥ شخصا (١٤٠ من الذكور ، ١٨٥ من الإناث البالغين) أظهرت الدراسة إن نسبة انتشار القلق والاكتئاب والجسدية هى على التوالي ١٨,٦ % ، ٢٢,٨ % ، ١٨,٥ % وكانت معدلات انتشار هذه

الاضطرابات مرتفعة في الأثاث مقارنة بالذكور على نحو دال إحصائيا وارتبط
ازدياد نسبة المرض النفسي بنقص مستوى التعليم .

(Hanaa. 1997 .pp 191:203)

دراسة هاشم بحرى (١٩٩٨) Bahri1998 بدراسة الاضطرابات
النفسية لدى الأطفال الذكور للأب الذى يسئ استخدام العقاقير وقد تم اختيار
٢٠٠ طفل ذكر يتراوح أعمارهم ٩ - ١٢ من مستشفيات جامعة الأزهر وجد أن
معدل الاضطرابات النفسية في الأطفال لأب يسئ استخدام العقاقير كالتالى قلق
(٢٢ %) اضطرابات في النوم والتبول اللاإرادية (١٥ %) اكتئاب (١١ %)
اضطرابات فى الأكل (١٠ %) اضطرابات فى الكلام (٦ %) اضطرابات
نفسجسمانية (٥ %)

(Bahri.1998. Pp125:132)

فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من ٣ % من الجمهور العام للأطفال
ولكن معدل الانتشار يتزايد فى المراهقة بطريقة حادة إلى ما يقرب من ضعف
معدلة فى الطفولة .

(Resenhen & Seligman . 1995 . pp 615)

يرى ممتاز عبد الوهاب ٢٠٠١ اختلاف الدراسات الإحصائية حول نسبة
الإصابة بالاكتئاب إلا إنها تتراوح ما بين (٢ - ٢٥ %) بين الناس خلال
سنوات حياتهم وهذا الاختلاف لا يعود إلى وجود فروق بين الناس، ولكن يرجع
إلى ميل بعض الأطباء إلى عدم تشخيص الإكتئاب النفسى بطريق كافية ورغم ذلك
تشير غالبية الأبحاث إلى أن الإكتئاب البسيط يصيب من ١٠ - ٢٥ % من
السيدات ، ٥ - ١٢ % من الرجال .

أما الإكتئاب الجسيم فيصيب حوالى ٦ % تقريبا أو تتراوح نسبة الإصابة
بالاضطراب الوجدانى ثنائى القطب من ٠,٥ - ١,٦ % .

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٠٣) (ممتاز عبد الوهاب ، ٢٠٠١ ، ص

يوضح الجدول رقم (١) نسبة انتشار الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ومحاولات الانتحار لديهم

جدول رقم (١)

نسبة انتشار الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ومحاولة الانتحار لديهم

اكتئاب رئيسي	
٠,٣ %	قبل المدرسة
٠,٤ - ٣ %	الأطفال
٠,٤ - ٦,٤ %	المراهقة
اضطراب عسر المزاج	
٠,٦ - ١,٧ %	الأطفال
١,٦ - ٨ %	المراهقة
اكتئاب ثنائي القطب	
٠,٢ - ٠,٤ %	الأطفال
١ %	المراهقة
محاولة الانتحار	
١ %	الأطفال
١,٧ - ٥,٩ %	المراهقة
انتحار	
٠,٠٤ كل ١٠٠,٠٠٠	٩-٥ سنوات لدى الأولاد
--	٩-٥ سنوات لدى الفتيات
٢,٤ كل ١٠٠,٠٠٠	١٠-١٤ سنة لدى الأولاد
٠,٩٦ كل ١٠٠,٠٠٠	١٠-١٤ سنة لدى الفتيات
١٨,٢٥ كل ١٠٠,٠٠٠	١٥-١٩ سنة لدى الرجال
٣,٤٨ كل ١٠٠,٠٠٠	١٥-١٩ سنة لدى السيدات

وقد تركزت معظم البحوث النفسية والطبية النفسية في الاكتئاب (ان لم يكن كلها) على الراشدين في المقام الأول حتى فترة قريبة، فان الفكرة النمطية التي شاعت في هذا المجال أن الطفولة اسعد فترات العمر معظم الاطفال يتمتعون بالحماية عن طريق والديهم ، ولا ترهقهم مسؤوليات الرشد ، ومن منظور الراشدين الكبار فان إحساسهم يبدو كأنها مصنوعة من المطاط ومتحررة من الآلام ، كما أن لديهم طاقة غير محددة

(Nevid & Greeme . 1999 . pp 478) .

وافترض الاكليون في الستينات من القرن العشرين أن الأطفال قبل المراهقة من غير المحتمل أن يصابوا بالاكتئاب ، لان إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل غير ناضج تماما حتى تظهر عليهم أعراض مثل التقدير المنخفض للذات ، والذنب واليأس ولكن الأبحاث خلال عشرين سنة الماضية يبين أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلا الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب .

(Rosenhen & seligman . 1995 .pp 615)

ويتزايد الاهتمام باكتئاب الاطفال في العقدين الآخرين ، أجريت دراسات كثيرة لتحديد المفهوم ، وبيان المتغيرات المرتبطة به والمؤثرة فيه والمتداخلة معه ، وضعت أدوات القياس ، من استخبارات يجيب عنها الطفل بنفسه أو يقدره فيها أقرانه أو والديه أو معلميه ، هذا فضلا عن طرق التشخيص المعتمدة على المقابلة الشخصية وتوصل الباحثون إلى نتائج كثيرة .

ثانيا : مفهوم الإكتئاب

يعتبر الإكتئاب من المفاهيم التي تثير خلطا ملحوظا فنجد تعريفه في اللغة العربية مأخوذ من مادة " كنب " وكأبة: يعنى تغير في نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كنب وكئيب. وأكأب فلانا أى أحزنه، واكتأب وجه الأرض: تغير وضرب إلى السواد. والكأبة: الحزن الشديد والاكتئاب مرادف

للتقباض، وانقبض يعنى تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض عن القوم هجرهم.

(المنجد فى اللغة والأعلام، ١٩٨٦، ص ٦٦٨)

يعرف قاموس الطب النفسى Campell 1981 الإكتئاب بأنه: " زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض الإيقاع المزاجى ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير وتأخر حركى نفسى وقد يختفى التأخر الحركى النفسى إذا كان الفرد يعانى من قلق أو وساوس"

(محمد محروس، ١٩٨٨، ص ٦٤٠)

ويعرف معجم علم النفس والطب النفسى ١٩٩٠ الإكتئاب بأنه " حالة انفعالية من الحزن المستمر تتراوح بين حالات الحزن المعتدل نسبيا والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط وغالبا ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المباداه وفتور الهمم، والأرق وفقدان الشهية، وصعوبة فى التركيز واتخاذ القرارات وتوجد أنماط مختلفة ودرجات متباينة من الإكتئاب "

(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاى، ١٩٩٠، ص ٩٢٠)

يعرف الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية D. S.M. IV. 1994 الإكتئاب بأنه " حالة مزاجية مكدرة تعبر عن فقدان الاهتمام والمتعة فى معظم الأحوال يشعر فيه المريض بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن وتراوده أفكار حول الموت أو الانتحار "

(D. S.M. IV. 1994)

ويعرف موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ١٩٩٤ الإكتئاب بأنه "صعوبة فى التفكير، واكتئاب يصيب النفس، وكساد فى القوى الحيوية والحركية، وهبوط فى النشاط الوظيفى، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات، وتوهم الاضطهاد، والهلوسة، والاستثارة "

والإكتئاب ثلاث مستويات من الشدة، وهى الإكتئاب الخفيف، والحاد والذهول الاكتئابى ومن اخطر سمات الإكتئاب الميل للانتحار، وهو ميل موجود طوال فترة الإصابة بالمرض، وفى دور النقاهة.

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ص ٢٠٦)

ويشير جاك ولتلى ١٩٩١ Jack & Lytle 1991 الإكتئاب "مو اضطراب تنخفض فيه الحالة المزاجية والحيوية إلى حد الضيق والانتزاع ،لذلك تبدو أذات بلا قيمة والعالم بلا معنى ، وقد تكون هناك مشاعر البؤس والقنوط وغالبا ما ترتفع خطورة الانتحار" .

(Jack & Lytle 1991. Pp141)

ويعرف جروسر وسبارفورد ١٩٩٥ G rosser & Spafford 1995 الإكتئاب " بأنه حالة من الاضطراب لا تصل إلى حد الهوس وتتصف بالانقباض الشديد والتقلبات المزاجية الحادة ، وفقدان الشهية (أحيانا) وفقدان الوزن (أحيانا) وحدث إمساك (أحيانا) وفقدان الاهتمام بالجنس (أحيانا) " وتحدث نوبات الإكتئاب الحاد حوالى ١٤٠ رجلا من بين كل ١٠٠ ألف رجل ، وفى حوالى ٤ آلاف أمراه من بين كل ١٠٠ ألف امرأة . وهناك أسباب سيكولوجية فسيولوجية تسهم فى حدوث الإكتئاب وكذلك عوامل اجتماعية.

(G rosser & Spafford 1995.pp 63:64)

ويشير أحمد عكاشة ١٩٩٨ إلى النوبة الاكتئابية من انخفاض فى المزاج وانخفاض فى الطاقة وقلة فى النشاط وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود وعادة ما يكون النوم مضطرب والشهية للطعام قليلة وينخفض تقدير الذات والنقة بالنفس وكثيرا ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب أو فقدان القيمة حتى فى الحالات خفيفة الشدة ويبدو المستقبل مظلما وتشيع الأفكار والأفعال الانتحارية، ويتبدل المزاج المنخفض قليلا من يوم إلى آخر، ولا يستجيب للظروف المحيطة وقد يصاحبه ما يسمى بالأعراض الجسدية مثل فقدان الشهية والاحساسيس

المبهجة والاستيقاظ فى الصباح عدة ساعات قبل الموعد المعتاد ويسوء الإكتئاب فى الصباح مع بط نفسى حركى شديد ونزق وفقدان الشهية وفقدان الوزن والرغبة الجنسية.

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٣٤١ : ٣٤٢)

يعرف مجدى أحمد عبد الله ١٩٩٩ الاكتئاب بأنه " حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق ويأسه من مواجهة المستقبل وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة فى التركيز والشعور بالدهان التام مع اضطراب فى النوم والشهية والطعام وأحلام مزعجه " .
(مجدى أحمد محمد عبد الله ، ١٩٩٩ ، ص ١٨٥) .

ويشير ستايرت stuart 1999 الاكتئاب بأنه " حالة شديدة من الغم والكآبة ، وتتميز عادة بالأرق ، وعدم القدرة على التركيز والعجز عن الاستماع بالحياة ، والشعور بالذنب ، وهناك اعتقاد ساند لدى المكتتب بأنه لا يوجد شئ يمكن أن يحسن حالته هذه أبدا ، ويصعبه شعور بالإعياء والكسل ويط الحركة ، ويكون تفكيره فى حالة قلق وإثارة وكلماته مفككة ، ويستخدم دائما عبارات اليأس والشقاء ليعبر عن حالته "

(stuart 1999.p113)

أما ستراتون وهايز ١٩٩٩ Stratton & Hayas 1999 فيعرفا الاكتئاب بأنه " خلل فى كل من الوظائف العقلية والسيولوجية ، وعتادة يرافقه شعور بالنعاسة ، والأعراض المشتركة غالبا هى فقدان النوم ، السلبية ، ووجود أفكار انتحارية ، وعزم على الانتحار ، وقد تصل الحالة فى النهاية إلى الاكتئاب ذهائى الذى يحتوى على بعض هذه الأعراض ، إلى جانب الحزن فيه تكون غير عادية "

(Stratton & Hayas . 1999. Pp. 51) .

يرى صابر حجازى عبد المولى (١٩٩٩) إلى الاكتئاب بأنه " حالة ضيق وحزن مستمرة استمرارا نسبيا، مع شعور بالذنب دون وعى بمصدر ذلك"

(صابر حجازى عبد المولى ، ١٩٩٩ ، ص ٩٥)

ويوصف عبد الفتاح غريب ٢٠٠٠ الاكتئاب لوصف عدد كبير من الظروف مثل مشاعر انخفاض المعنويات ، خيبة الأمل ، أو ردود فعل نفسه مؤقتة للإصابة أو الفقدان .

وان زملة أعراض الاكتئاب الرئيسى تتضمن ليس فقد اضطراب المزاج بل الأعراض المصاحبة الأخرى مثل اضطراب الشهية ، اضطراب النوم ، اضطراب النشاط النفسى الحركى ، انخفاض الطاقة ، انخفاض الطاقة الجنسية ، مشاعر بعدم القيمة أو بالإثم ، صعوبات فى التركيز وفى الذاكرة ، والتفكير وأفكار تتعلق بالموت والانتحار .

(غريب عبد الفتاح غريب ، ٢٠٠٠ ، ص ٤١٠ - ٤١١)

ترى سهير فهيم الغباشى (٢٠٠٠) أن الاكتئاب بمفهومه الواسع يشير إلى مزاج عسير يتميز بمشاعر الحزن وافتقاد العون ، وافتقاد الكفاية أو القيمة ، والإحساس بالوحدة وغالبا بالذنب .

(أمنه سعيد حمدان ، ٢٠٠١) (سهير فهيم الغباشى ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤٥)

يعرف الباحث " الاكتئاب إلى اضطراب فى الوجدان يتميز بمشاعر الحزن واليأس، وافتقاد الكفاءة والقيمة والإحساس بالوحدة والذنب، وضعف المهارات الاجتماعية وتقدير الذات ، فقدان الوزن، اضطراب النوم " .

يختلف آراء الباحثين العلماء فى مشكلة دراسة الإكتئاب فى الطفولة من خلال وضع تعريف مصطلح اكتئاب الأطفال فى مجال الاضطرابات النفسية فأظهرت البحوث إن الاكتئاب يمكن أن يحدث فى أى عمر ويظهر فى شكل تجمعات من الأعراض فى المراحل العمرية من الطفولة المبكرة حتى الرشد .

شبة دافسون ونيلي ١٩٩٦ (Davison & Neale . 1996) الأطفال

والمراهقين من سن السابعة إلى سن السابعة عشر بالراشدين فى كل من :

المزاج المكتئب ، وفقد القدرة على الاستمتاع والسرور ، والتعب ، ومشكلات تركيز الانتباه ، والتفكير فى الانتحار إما الأعراض التى تختلف عند الأطفال عن الراشدين فهى معدلات مرتفعة من محاولات الانتحار ، والإحساس بالذنب لدى الأطفال والمرهقين فى حين أن الأعراض الشائعة لدى الراشدين كما يلى الأرق فى نهاية فترة النوم أى الاستيقاظ المبكر فى الصباح قبل اخذ الفرد كفايته منه ، وفقد الشهية ، وفقد الوزن ، والاكتئاب فى الصباح الباكر .

(Davison & Neale . 1996 . pp 445)

وهناك مجموعة من الأعراض والمظاهر التى تظهر فى اكتئاب طفولة وتظهر بالمقارنة بالراشدين ويشير عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال مصحوبا بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى مثل ، الشكاوى العضوية ، الغضب ، وانخفاض المستوى الأكاديمى ، والطفل الذى يعانى الاكتئاب عادة ما يجد صعوبة فى التركيز والانتباه ، ويتملكه التشاوم واليأس .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٢٠٩)

وتشبه هذه الأعراض ما يحدث للراشدين الذين يعانون الاكتئاب وظهور محاولات للانتحار لدى هؤلاء الأطفال ، ولا يعبر كل الأطفال عن أنفسهم بوضوح ، وتظهر لدى بعضهم أعراض الاكتئاب فى صورة مرضية أو شكوى مرضية جسدية مثل فقدان الشهية ، وأوجاع البطن أو الصداع أو أية أعراض نفسية أخرى تصاحب هذا الاضطراب مثل ، الملل ، التعب ، عدم القدرة على التركيز

(سلوى عبد الباقي ، ١٩٩٢ ، ص ٤٤٣)

الإكتئاب لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل البلوغ تكثر الشكاوى الجسدية والغوران الداخلى والهلاوس المتفكة مع حالة الوجدان (عادة صوت واحد يتحدث إلى الطفل) كما يكثر فى اكتئاب الأطفال أن يصاحبه القلق (القلق العام وقلق الانفصال واضطراب التجنب) .

(محمود عبد الرحمن حمودة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٠٦)

ويرى نيفيد وآخرون ١٩٩٧ Nevid & et al 1997 ان الاطفال المكتئبين يملئون إلى أن يكون أداؤهم منخفضا في كل من المهارات الدراسية والاجتماعية بالمقارنة إلى إخوانهم الأسوياء ويجدون صعوبة في التركيز على الدراسة ، ويعانون من إعاقة في الذاكرة مما يؤثر على استواهم الدراسي (Nevid & etal.1997.p469)

ويشير فتحى الشرقاوى ، العارف بالله الغندور ٢٠٠١ أن معظم الأطفال المكتئبين يخيم عليهم حالات انفعالية من الحزن وعدم السعادة ، وتعوزهم روح الفكاهة ، ونادرا ما يضحكون سواء بغيرهم من الأطفال المماثلين لهم فى العمر ، ويتخلى ذلك إجرائيا فى عزوف الطفل عن مصاحبة والديه خاصة فى المناسبات التى تنطوى على أفراح وذات طبيعة سارة (أفراح ، أعياد ميلاد الخ) (فتحى مصطفى الشرقاوى ، العارف بالله الغندور ، ٢٠٠١ ، ص ١١٧)

قام كاتلسون وكاسهان (١٩٨٨) Catlson & Kashan.1988 بتحليل ثلاث دراسات بهدف التعرف على مظاهر الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ، وكان من أهمها دراسة Rayan etal 1987 التى طبقت على مجموعة من الأطفال (فى مرحلة الطفولة المتأخرة) من سنة ٩ سنوات حتى ١٢ سنة ، وانتهت الدراسة إلى أن أعراض الإكتئاب لدى هذه العينة تتمثل فى التعبيرات الحزينة ، والبلادة ، والجمود ، سرعة التهيج ، عدم الاهتمام ، فقدان الشهية ، السلوك العدوانى ، الكسل الشعور بالذنب ، التحصيل الدراسي المنخفض ، قلق الانفصال ، شكاوى جسمية

(Catlson |& Kashan.1988.p1202)

كما أكد دراسة جليلير وآخرون (١٩٨٥) Geller & etal 1985 على عينة مكونه من ٥٩ طفلا تراوحت أعمارهم بين الخامسة والسادسة عشر إلى وجود ارتباط دال إحصائيا عند مستوى ٠.٥ وبين الاكتئاب وقلق الانفصال لدى الأطفال من الخامسة حتى الثانية عشر وجود ارتباط عند مستوى ٠.١ وبين الإكتئاب والسلوك المضاد للمجتمع. (Geller etal. 1985)

ويرى عزيز حنا وآخرون (١٩٩١) إن أهم مظاهر الإكتئاب لدى الأطفال المظهر الحزين ، والبانس ، وتفريغ الطفل اكتتابه فى سلوك غير سوى كالصراخ واللامبالاة والانسحاب الاجتماعى وفتور الهمة وتكرار الشكاوى الجسمية والآلام بسبب حدوث اضطرابات فى النوم والأكل وتتلخص الأعراض فى خمسة جوانب هى رفض المدرسة ، أعراض نفسية فيزيولوجية ، العدوانية ، مشكلات فى التعليم ، نقص فى النشاط أو زيادة منه بشكل مسرف

(عزيز حنا وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٣١٨)

ويرى كازدين (١٩٩٥) Kazdin 1995 ان هناك فرق بين الاكتئاب بوصفه أعراض لدى الأطفال والذي يعكس انفعال الحزن باعتباره خبره عامة لإحداث الحياة ، والاكتئاب كزملة أعراض Syndrome والذي يتضمن مجموعة أعراض تحدث معا أهمها الحزن والانسحاب واضطراب النوم وتغيرات فى الشهية وقله النشاط .

(Kazdin 1995.p121)

ثالثا : أعراض الإكتئاب

يمكن أن نصف حالة الإكتئاب بشكل عام بأنها حالة من العزوف عن الحياة ويحدد الدليل التشخيصي للأمراض العقلية فى إصداره الرابع المعدل (٢٠٠٠) D.S.M.IV.TR. (2000) لأعراض التالية لاختلال الإكتئاب .

١- العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيسي ، و نوبة واحدة
296-2 x Major Depressive Disorder , single Episode

أ - وجود نوبة اكتئابية واحدة رئيسية

ب - نوبة الإكتئاب الرئيسية لا يمكن إرجاعها إلى اختلال الفصام الوجداني ، أو إلى اختلال فصامي أو لاختلال هذائي (ضلالي) أو اختلال ذهاني غير موصف فى مكان آخر .

ج - لم تحدث إطلاقاً نوبة من الهوس ، أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف.

ملحوظة :

لا ينطبق هذا الاستبعاد إذا كانت كل النوبات شبيهات الهوس و شبيه الأنواع المختلطة ، و شبيه الهوس ناتجة عن عقار أو من علاج أو راجعة للتأثيرات البنزولوجية لحالة طبية عامة

كل المعايير تكون شائعة وتوجد فيها كل المحكات التي تحدد في نوبة الاكتئاب الرئيسية .

- الحالة الاكلينيكية الراهنة ، أو خصائص معتدلة ، متوسطة ، خارج نطاق الخصائص الذهنية الشديدة / مع خصائص ذهانية شديدة

- إذا لا توجد فيها المحكات الشائعة التي تحدد في نوبة الاكتئاب الرئيسية ، محدد الحالة الاكلينيكية الراهنة للنوبة الاكتئابية الرئيسية أو الخصائص لأقرب نوبة .

- في الكمون الجزئي / كمون كامل

- مزمنة

- مع خاصة كاتاتونية (تخشبية)

- مع خصائص ميلانخوليا (انقباضية)

- مصحوبة بعلامات عدم النمطية

- حدوث بعد الولادة

٢) العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيسي . معاد (متكرر دوريا)

296.3x Major depressive disorder , recurrent

أ - وجود اثنين أو أكثر من نوبات اكتئاب رئيسية :

ملاحظة :

لكي تعتبر نوبات منفصلة يجب أن يكون هناك فترة بينية طولها شهران

متتابعان لا توجد فيها المحكات التي تحددت في نوبة الإكتئاب الرئيسية .

ب - نوبات الإكتئاب الرئيسية لا يمكن إرجاعها لاختلال فصامي وجداني ، و ليست ناتجة عن الفصام أو الاختلال الفصامي الوجداني أو الاختلال الهذائي (ضلالي) أو لاختلال ذهائي غير موصوف في مكان آخر .

ج - لم يحدث أي نوبة هوس ، أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف .

ملاحظة :

هذا الاستبعاد لا ينطبق إذا كانت النوبات الشبيهة بالهوس أو الشبيهة بالمختلط ، أو الشبيهة بالهوس الخفيف راجعة إلى استخدام مادة أو نتيجة للعلاج أو راجعة لآثار الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية عامة .

كل المعايير تكون شائعة وتوجد فيها كل المحكات التي تُحدد في نوبة

الإكتئاب الرئيسية .

- الحالة الاكلينيكية الراهنة ، أو خصائص معتدلة ، متوسطة ، خارج نطاق

الخصائص الذهنية الشديدة / مع خصائص ذهانية شديدة

- إذا لا توجد فيها المحكات الشائعة التي تُحدد في نوبة الإكتئاب

الرئيسية ، محدد الحالة الاكلينيكية الراهنة للنوبة الاكتئابية الرئيسية أو

الخصائص لأقرب نوبة .

- في الكمون الجزئي / كمون كامل

- مزمنة

- مع خاصة كاتاتونية (تخشبية)

- مع خصائص ميلانخوليا (انقباضية)

- مصحوبة بعلامات عدم النمطية

- حدثت بعد الولادة .

حدد : مواصفات المسار علي المدى البعيد (مع أو بدون شفاء بين النوبات)

مصحوب بنمط موسمي

(D.S.M.IV.TR. 2000.pp173:175)

و يحدد الدليل الأمريكي لتشخيص الأمراض النفسية في إصداره الرابع المعدل (٢٠٠٠) (2000) D.S.M.IV.TR. العلامات (الملامح) الآتية كعلامات تشير إلى حدوث نوبة الإكتئاب الرئيسية .

أ - خمس (أو أكثر) من الأعراض التالية تكون موجودة أثناء فترة أسبوعين وتمثل تغيراً عن الأداء السابق مع عرض واحد علي الأقل منها يكون أما :

- ١ - مزاج مكتئب .
- ٢ - فقدان الاهتمام و السرور .

ملاحظة :

لا تدخل الأعراض التي ترجع إلى حالة طبية عامة ، أو لهزاعات أو الهلوس غير المنسجمة مع المزاج .

- ١ - مزاج مكتئب معظم اليوم تقريباً كل يوم كما يدل عليه تقرير ذاتي (مثلاً أشعر بالحزن و الخواء) أو الملاحظة التي يبديها الآخرون (مثلاً يبدو باكياً)

ملاحظة :

- ٢ - تناقض المتعة و السرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم و تقريباً كل يوم (كما تشير لها التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين) .
- ٣ - انخفاض واضح في الوزن بينما لا يكون علي حمية أو نتيجة ريجيم أو زيادة في الوزن (تغير أكثر من ٥ % من وزن الجسم في الشهر) ، أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريباً كل يوم .

ملاحظة :

- في الأطفال اعتبر الإخفاق في تحقيق الزيادة في الوزن مؤشر لذلك .
- ٤ - الأرق أو الوخم تقريباً كل يوم .
- ٥ - تأخر حركي نفسي أو تخلف تقريباً و يلاحظه الآخرون و ليس مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار أو البطء .
- ٦ - التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم .

- ٧ - الإحساس بانعدام القيمة أو تأثر زائد أو غير ملائم (الذي قد يكون هذائياً) تقريباً كل يوم (و ليس مجرد توبيخ أذات أو التأثير حول كونه مريضاً)
- ٨ - تناقص القدرة علي التفكير أو التركيز أو عدم القدرة علي اتخاذ القرار تقريباً كل يوم (يستدل علي ذلك بالتقرير الذاتي أو ملاحظات الآخرين) .
- ٩ - أفكار معاودة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت) تفكير متكرر في الانتحار بدون خطة أو محاولة الانتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار .
- ب - لا تقابل الأعراض النبوة المختلطة .
- ج - لا تسبب الأعراض اسي إكلينيكي جوهري أو قصور في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الأداء الهامة .
- د - لا تراجع الأعراض للتأثيرات المباشرة الفيزيولوجية لمادة (مثلاً عقار يساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة (مثلاً زيادة إفراز الغدد الدرقية) .
- هـ - لا تفسر الأعراض بالحزن العادي أي تكون أعقاب فقدان شخص محبوب أو تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتسم بقصور ملحوظ في الأداء أو انشغال مرضي بانعدام القيمة ، أو أفكار الانتحار أو الأعراض الذهانية أو تخلف حركي نفسي .

(D.S.M.IV.TR. 2000.pp168:169)

و يصف (ريبر ٢٠٠٠) زملة الاكتئابية تجمعاً من الأعراض التي تلاحظ عادة خلال الممارسة السيكاتيرية ، و هي تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي ، وفقدان الاهتمام ، و القلق ، اضطرابات النوم ، فقدان الشهية ، و نقص الطاقة و الأفكار الانتحارية و قد توجد فيها حالات بكاء و بطء في الحديث و الفعل ، و أحيانا ما توجد أعراض انسجامية و يعاني بعض المرضى من الهلوس ، و التي غالباً ما تكون أصواتاً تسخر منهم ، و قد تكون هذات حول إنهم مسئولون عن مآسي رهيبية .

(ريبر، ٢٠٠٠ ، ١٠٥)

الاضطرابات الوجدانية

تبعاً للتقسيم العالمي العاشر للأمراض النفسية ، الفصل الخامس - منظمة
الصحة العالمية ١٩٩٢ :

١ - نوبة هوس (ابتهاج)

أ - هوس خفيف الشدة .

ب - هوس بدون أعراض ذهانية .

ج - هوس مع أعراض ذهانية

٢ - اضطرابات وجداني ثنائي القطب

أ - هوس خفيف الشدة .

ب - هوس بدون أعراض ذهانية .

ج - هوس مع أعراض ذهانية .

د - اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .

١ - بدون أعراض بدنية .

٢ - مع أعراض بدنية .

هـ - النزبة الحالية اكتئاب شديد .

١ - بدون أعراض ذهانية .

٢ - مع أعراض ذهانية .

٣ - نوبة اكتئابية .

أ - خفيفة الشدة بدون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

ب - متوسطة الشدة بدون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

ج - شديدة الشدة بدون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

٤ - اضطراب اكتئابي متكرر .

٥ - اضطرابات وجدانية مستقرة .

أ - المزاج النووي .

ب - عسر المزاج .

٦ - اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٣١ - ٣٣٢)

رابعاً : تصنيف الاكتئاب

أن التقسيمات و التصنيفات العديدة و المختلفة للاكتئاب أدت إلى الخلط و صعوبة التشخيص و صعوبة الاتفاق علي تصنيف مشترك للاكتئاب .

يصفه حامد زهران ٢٠٠١ علي انه :

- الإكتئاب الخفيف Mild Depression

و هو اخف صور الاكتئاب .

- الإكتئاب البسيط Simple Depression

و هو ايسر صور الاكتئاب .

- الإكتئاب الحاد (السواد) Acute Depression

و هو اشد صور الاكتئاب .

- الإكتئاب المزمن Chronic Depression

و هو دائم و ليس في مناسبة فقط .

- الإكتئاب التفاعلي (الموقفي) Reactive Depression

و هو رد فعلي لحلول الكوارث .

- الإكتئاب الشرطي Conditional Depression

و هو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود إلى ان ظهور

بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة

- اكتئاب سن القعود

و يحدث عند النساء في الأربعينات و عند الرجال في الخمسينات ، أي

عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد .

الإكتئاب العصابي

الاكتئاب الذهاني

(حامد زهران ، ٢٠٠١ ، ص ٥١٤)

ويصنف بيكوت P. Pichot (1986) الاكتئاب في أربعة مجموعات رئيسية توجد في كل مجموعة عدد من حالات الاكتئاب :

- المجموعة الأولى ، وتشمل علي :
- أ) حالات الاكتئاب المصحوبة بالأعراض العضوية و التي يعتقد أنها السبب الرئيسي في الاكتئاب .
- ب) حالات الاكتئاب الناتجة عن صدمة نفسية ، و هي حالات الاكتئاب التفاعلي أو النفسي المنشأ .

المجموعة الثانية :

تتضمن حالات الاكتئاب التي تحدث متزامنة مع اضطرابات أخرى مثل البداية العنيفة للاكتئاب مع حالات الاعصبة القهرية و الهستيريا التحولية ، كما أن زملة الأعراض الاكتئابية تعتبر عرضاً للفصام ، و من ناحية أخرى ينظر لبعض الأعراض الفصامية كتابع للأعراض الاكتئابية .

المجموعة الثالثة :

تتضمن حالات الاكتئاب معتدلة القوة ، و تكون دائمة ، و قد تحدث متناوبة مع الحالات السريعة التي تحدث مع نفس النمط من القوة المعتدلة مثل حالات الهوس و الاكتئاب و اضطرابات الشخصية ، و توصف هذه بأنها اضطرابات انفعالية .

المجموعة الرابعة :

و هي حالات الاكتئاب الصافية و هي غير المصاحبة لأعراض عضوية أو صدمة نفسية أو أي اضطراب عقلي آخر

(صلاح فؤاد ، ١٩٩٧ ، ص ٢٧ - ٢٨)

و يصنف فريخ عويد العنزى (١٩٩٧) الاكتئاب لدي الأطفال إلى :
الإكتئاب المدرسي : وهو الذي ينشأ نتيجة لإخفاق الطالب في علاقاته
مع زملائه و مدرسيه أو فشله في الحصول على درجات تؤهله للانتقال إلى
المرحلة الدراسية اللاحقة

الإكتئاب الأسرى (المنزلي) و هو الإكتئاب الذي يمكن أن يكتسبه
الطالب من أسرته بسبب اكتئاب أحد الوالدين أو كليهما نتيجة لظروف نفسية أو
اجتماعية أو خبرات مؤلمة أو عدم القدرة على مواجهة مشكلات الحياة و
التصدى لها (والاكتئاب الأسرى يؤثر مباشرة على سلوك الطالب) وينتقل في
فكرة سلوكه إلى داخل المدرسة ، وينتج عن
(الإكتئاب المدرسي) والذي يرتبط سلبيا بالتحصيل الدراسي ، و يترتب عليه سوء
التوافق

(فريخ عويد العنزى، ١٩٩٧، ص١٧٣)

- و يصنف محمد عبد الظاهر الطبيب ١٩٩٩ الإكتئاب

- الإكتئاب الخفيف

- الإكتئاب البسيط

- الإكتئاب الحاد

- الإكتئاب المزمن (الدائم أو المستمر)

- الإكتئاب خارجي المنشأ

- الإكتئاب داخلي المنشأ

- الإكتئاب التفاعلي أو الموقفي أو العصابي (وهو مرض نفسي)

- الإكتئاب الذهاني (وهو مرض عقلي)

ولكن هذه التقسيمات ليست قاطعه والفروق بين هذه الأنواع ليست
محدده بدقة ، و يوجد تداخل بينهما والاختلاف بينهما عادة ما يكون اختلافا في
الشدة وليس في النوع .

(محمد الظاهر الطبيب، ١٩٩٩، ص ٢٧٢ : ٢٧٣)

كما يصنف يحي الرخاوى (١٩٩٦) الاكتئاب كما يلي

- ١ - الاكتئاب العصائى الدفاعى : و هو حيلة دفاعية فعالة تعمل على تخفيف القلق غير المحتمل .
 - ٢ - الاكتئاب العدمى التبريرى : ويتميز هذا النوع باليأس والقنوط ، وهو مشابه لموقف الشيزويدى العدمى حينما تحتفظ النفس بتوازنها عن طريق اعتقادات عدمية ، وصاحبه مهدد بالانتحار إذا ما أزيح النقاب عن الاعتقادات الخاطئة ، ومعالجة هذا النوع فى غاية الخطورة
 - ٣ - اكتئاب الشعور بالذنب الراكد : حيث يتوقف الحياة لدية عن طريق ربطها بأحكام ذنب خيالى مبالغ فيه ، ويساعد توبيخ أذات على وقف العملية التطورية ، و تكون المحصلة هي الركود والتمركز حول أذات .
 - ٤ - الاكتئاب التعودى الطبيعى : وفيه يصبح الإكتئاب مثبتا بحيث يشكل جزءا من بنية الشخصية ذاتها ، وبهذا يفقد الإكتئاب حدته و يصبح تكراريا و هذا ظاهرة متأخرة دائما حيث أنها تنتج من التعود على الإكتئاب لدرجة انه يصبح شيئا فشيئا اقل أصالة وجوهرية و أكثر صعوبة فى معالجة .
 - ٥ - الإكتئاب الطفلى : هو المكافئ للوجود الانفصامى (وليس الفصام) وفيه يكون الشخص دائم الشكوى ناعيا حظه مقوقعا على ذاته
 - ٦ - الإكتئاب الدورى البيولوجى : واستعمال لفظ بيولوجى لا يعنى أن الأنواع الأخرى ليست بيولوجية ، وهنا النوع قد يحدث مع جرعه ذهنية
 - ٧ - اكتئاب المواجهة . وهذا النوع دورى بيولوجى أيضا وهو الناتج الطبيعى لمواجهة تناقض أذات من الداخل وغموض الواقع من الخارج بكل مكوناتهما معا .
(يحي الرخاوى ، ١٩٩٦ ، ص ١٥٣ - ١٥٦)
- ويرى ريبير (١٩٩٥) 1995 Reber إلى تصنيف الاكتئاب إلى .
اكتئاب متهيج والداخلي ، والاستجابى ، الاساسى ، والعصائى ، الذهانى المتأخر
المسبب لتأخر نفسى حركى ، أحادى النقضب ، وثنائى القطب ، والقلق الاكتئابى ،

الاضطراب الاكتئابي الخفيف و مرحلة الاكتئاب الأساسية ، اضطراب الشخصية المكتئبة .

(Reber , 1995 . p 198)

ويعرض فتحى الشرقاوى ٢٠٠١ أعراض الإكتئاب لدى الاطفال فى الاتى

- (١) إحساس الطفل بالقنوط والعجز لاعتمادهم على التدعيم الخارجى
 - (٢) تعوزه روح الفكاهة والضحك
 - (٣) الحديث بصوت خافت
 - (٤) التذبذب الانفعالى والوجدانى
 - (٥) سرعة البكاء والتهيج
 - (٦) الميل إلى العزلة والانتواء
 - (٧) ظهور بعض الشكاوى الجسمية " الصداع ، الأم المعدة ، تصيب العرق "
 - (٨) عدم الشعور بالرغبة فى عمل أى شئ
 - (٩) فقد الاهتمام بالألعاب الجماعية مع تفضيل النشاطات الفردية الذاتية
 - (١٠) تدهور المستوى الدراسى
 - (١١) من الصعب استثارة اهتمام الطفل
 - (١٢) الشعور بالنبذ والإهمال
 - (١٣) الإقلال من قيمة الذات " تشويه صورة الذات "
 - (١٤) الميل إلى إيذاء الذات " عدوانية نحو الذات "
 - (١٥) الشعور الدائم بالذنب (يستحق العقاب بسبب أفكاره السيئة)
- (فتحى الشرقاوى والعارف بالله الغندور ، ٢٠٠١ ، ص ١٢٠)

وقسم الأطباء النفسيين فى الماضى الإكتئاب إلى نوعين العصابى والذهانى ، وغالبا ما كان يطلق على النوع الأول الإكتئاب الإستجابى أو النفسى ، وهو تعبير يشير إلى أن حالة المريض هى استجابة واضحة ، إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة مثل فقدان عزيز ، أو فشل فى الحب ، أو الرسوب فى

الامتحان ، أو فصل من العمل . أو خسارة مالية ، ويعتبر هذا النوع من الإكتئاب من خلال هذه الصورة ، خارجى المنشأ .

(انطونى ستور ، ١٩٩١ ، ص ١٣٥) (عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٢ ، ص ١٢٣)

وتسيطر على مريض الإكتئاب العصابى حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الحياة والرغبة فى الموت مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج ويصاحب كل هذا ارق واضطراب فى نوم المريض ، وهذه الأعراض التى تصاحب الإكتئاب العصابى لا تزول أو تخف حدتها بمرور الوقت كما يحدث لدى الأسوياء بل تظل فى شدتها مع مرور الزمن وقد تزداد والاكتئاب العصابى أو النفسى لا تصاحبه هلاوس أو هذاعات .

(فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٣ ، ص ١١٠-١١١)

أما النوع الذهانى فكان يشار إليه بأنه داخلى المنشأ، أى يرجع إلى شخصية المريض دون أن يرتبط بأية أحداث خارجية ولكن بعض السيكلوجيين وعلى رأسهم البريطانى أوبرى لويس A.Lewis 1969 لا يرون أن هناك فروقا كيفية بينها . فالإكتئاب شأنه شأن الألم، يمتد عبر مدى طويل (بعد) متدرج فى الشدة ويكون الفارق بين أنواع الإكتئاب فارقا فى الدرجة فقط .

(انطونى ستور ، ١٩٩١ ، ص ١٣٦)

يشير روسانهان و سيلجمان (١٩٨٩) Rosanhan & Seligman 1989

إلى أن الإكتئاب اضطراب وجدانى يتميز بأربع فئات من الأعراض هي :

أ - الأعراض الوجدانية : و تبدو فى مشاعر الحزن و فقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية و الباعث لمشاعر الرضا و السعادة .

ب - الأعراض المعرفية : و تتمثل فى النظرة السلبية نحو الذات و المستقبل .

ج - الأعراض المتصلة بالدافعية : و تنعكس بالسلبية و التردد و انخفاض

مستوى النشاط العام و صعوبة اخاذ القرار ، و بطء فى المهارة النفسية

الحركية، و قد يصاحب ذلك ميل إلى الانتحار .

د - الأعراض الجسمية : مثل فقدان الشهية و اضطراب النوم و نقص الوزن .
(Rosenhan & Selgiman 1989 - P 688)

ويذكر (ساراسون) أن أعراض الإكتئاب عند الأطفال تدور حول الحزن والشعور بالعجز واليأس وتدنى تقدير الذات و الشعور بعدم الأهمية أو التفاهة . هذا الشعور عند الصغار إنهم غير محبوبين من الآخرين وهذه الأعراض لا تختلف كثيرا عن أعراض الإكتئاب عند الكبار (محمد شحاتة ربيع ، ٢٠٠٢ ، ص ٤٣٠)

ويعرض غريب عبد الفتاح الاكتئاب فى الأعراض التالية

- ١- تغير محدد فى المزاج وذلك مثل وجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة
 - ٢- مفهوم سائب عن الذات متزامن مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها .
 - ٣- رغبات فى عقاب الذات مع الرغبة فى الهروب والاختفاء والموت .
 - ٤- تغيرات فى النشاط كما يبدو فى صعوبة النوم وصعوبة التركيز .
 - ٥- تغيرات فى مستوى النشاط كما تبدو فى نقص أو زيادة النشاط.
- فالإكتئاب بهذا المعنى حالة باثولوجية تدل على المعاناة النفسية والشعور بالذنب مصحوبا بنقص فى الإحساس بالقيمة الشخصية وفى النشاط الحركى النفسى والدافعى ، بل والنشاط العضوى أيضا دون وجود نقائص حقيقة .
- (غريب عبد الفتاح غريب ، ١٩٩٨ ، ص ٣٩) (بشير معمريّة ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢٧)

ويعرض فرانك ج . برونو Bruno. F : علامات وأعراض ترتبط

بالإكتئاب هي:

- ١ - البكاء
- ٢ - فقدان القدرة على الضحك
- ٣ - النظرة السلبية الشاردة
- ٤ - الأخطار الانتحارية
- ٥ - تغير عادات الأكل
- ٦ - فقدان الرغبة الجنسية
- ٧ - التعب و الإجهاد

وبعض الفقرات السابقة يستدعي بعض التعليقات . يشير فقدان القدرة على الضحك **Loss Of The Ability to Laugh** إلى حقيقة أن المكتئبين شديدي الميل إلى فقدان روح المرح إنهم يعتقدون انه لا يوجد شئ يبعث على المرح أو يبعث إلى الضحك ، كما يبدو إنهم لا يفهمون النكتة . و في الواقع فان مشاهدة المواقف الكوميديية ، أو فيلما سلبيا قد يجعلهم أكثر اكتئابا . و ترتبط النظرة السلبية الشاردة **negative brooding aut look** بما يسمى أحيانا بالتشويبات المعرفية **Cognitive distortion** وهي أفكار غير منطقية من قبل التبسيطات الزائدة ، مثل أننا سنموت حتما فما معنى الحياة أذن ، أو أن دخلي جيد ، ولكنة يذهب كله إلى الضرائب ، ولا أستطيع أن أتقدم في حياتي . وينبغي أن تؤخذ الأفكار الانتحارية بجدية **Thoughts of suicide** ولسوء الحظ فان الأشخاص ذو الإكتئاب المزمن في خطورة زائدة من الوقوع في الانتحار .
(فرانك . ج . ٢٠٠٠ . ص ١١٣ ، ١١٤)

تعرض أمال عبد السميع باظه ٢٠٠٢ أعراض الاكتئاب

- صعوبة الدخول فى النوم أو النوم لفترة طويلة
 - الشعور بالتعب الاجهاد وانخفاض نشاط الفرد
 - التأخر الحركى النفسى والشكوى الجسدية بدون وجود مرض جسدى
 - مشاعر الذنب لدى الفرد تكون عالية لدرجة وهمية
 - يزداد تفكير الفرد فى الانتحار أو قيامه فعلا بعمل انتحارى
 - عدم القدرة على التفكير أو التركيز
 - فقد الشهية ونقص الوزن وفى بعض الحالات زيادة الشهية وزيادة الوزن
- (أمال عبد السميع باظه ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٦٩)

وقام " بيك " (Beck) بوصف أعراض وظاهرات الإكتئاب بشكل

واضح وكامل فيما يلى :

أ (المظاهر الانفعالية منها المزاج المغتم الذى تم وصفه من جانب بعض المرضى فى مصطلحات جسدية مثل ورم فى الحنجرة ، وشعور بالجوع فى المدة

، أو شعور بثقل فى الصدر ، وهناك بعض المرضى الآخرين الذين يستخدمون صفات وجدانية مألوفة أكثر على سبيل المثال حزين غير سعيد ، خجلان ، مهموم ، شاعر بالذنب ، مهجور ، يائس ، تعيس ، كئيب Blue مكتئب (مخزون) Down - Hearted ، وأشعر بالذل (الخزى) Humiliated ومن المظاهر الانفعالية المشاعر المالية نحو أذات التى تكون مماثلة فى الطابع بتلك المذكورة سابقا لكنها هنا تكون موجهة - داخليا أيضا من المظاهر الانفعالية فقدان الرضا وأخيرا فان فقدان الارتباطات (الروابط) الانفعالية Emotional Attachments كمظهر انفعالى تظهر بذاتها كفقدان التأثير Interest فى الأفراد الآخرين وأنشطتهم وفقدان الوجدان أو الشأن Concern بالإضافة إلى ذلك فان نوبات الانتحاب أو النزعة الزائدة إلى الانتحاب تمثل مظهرا انفعاليا من مظاهر الإكتئاب .

ب) المظاهر الانفعالية: وأولها التقييم - الذاتى المنخفض نزعة الشخص إلى أن يرى نفسه مثل الضعيف (العاجز) فى العزو (ات) التى تكون بصفة خاصة هامة له، ذلك العزو قد يشتمل على الذكاء والصحة، والجاذبية الشخصية ، أو الموارد المالية ، فيميل الفرد إلى وصف نفسه بأنه وضع أو غير ملائم ، أيضا التوقعات السالبة من المظاهر المعرفية يرى " بيك " إنها تتصل بالمظهر الوجدانى من مشاعر اليأس فالمريض الاكتئابى باستمرار يعتقد أن الأشياء سوف تصبح أسوأ بينما ، فى المقابل ، المريض القلق قد يصلح توقعاته السالبة التى من المحتمل أن يتجنبها والتى سوف تمر بالوقت هذا إلى اللوم - الذاتى والانتقاد الذاتى ، فالمكتئب يشعر بأنه عاجز ، ثم يلوم نفسه وينتقدها على العجائز (جمع عجز) المزعومة هذا المظهر المعرفى يتصل بدقة بالمظهر الانفعالى عامل العداء الموجه - داخليا وتعتبر الترددية Indecisiveness كمظهر معرفى - من ناحية كتوقع لاتخاذ قرار خاطئ ومن ناحية أخرى كـ " شلل فى الإرادة " وتجنب النزعات أو الاعتماد الزائد والترددية تعتبر نتيجة للصراعات ما بين النزعات الانفعالية ، مثلا الغضب تجاه أذات يعكس الغضب تجاه الآخرين أو الغضب

الموجه - خارجيا يعكس الشعور بالذنب أو الخوف وأخيرا فان تحريف صورة الجسم - من المظاهر المعرفية - التي فيها المريض غالبا ما يرى نفسه وكأنه غير جذاب فيزيائيا .

ج) المظاهر الدافعية Motivational أشار " بيك " (Beck) إلى أن الدافعيات المميزة للمكتئب تكون نكوصية في طبيعتها فالإكتئابى يميل نحو الأدوار الطفولية أكثر والى تفضيل السلبية فى النشاط والاعتماد على الاستقلال ويميل إلى الرضا المتأخر الصعب ويبحث عن الأهداف طويلة المدى والى تفضيل المباشر برغم انه رضا زائل وألا نموذج الثانى من المظاهر الدافعية الذى يكون مشابها لمفهوم التحليل النفسى عن شلل الإرادة ، يكون متميزا أيضا مثل الترددية تحت الأعراض المعرفية فالمريض المكتئب يظهر للعيان انه يعوزه التوجيه - الذاتى Self. direction أو المثير الداخلى للنشاط وتكون الدافعية الموجبة مفترق إليها ويتمثل يتلمس (يبحث عن) اللهو أو الفرار من خلال تفاعل سلبي مثل الذهاب إلى السينما مشاهدة التلفزيون ، استخدام العقاقير ، أو أحلام اليقظة أيضا من المظاهر الدافعية الرغبات الانتحارية وأخيرا الاعتماد الزائد وقد وصفه " بيك " بالرغبة فى تلقى المساعدة والتوجيه ، أو التوجه وميزة عن العملية الفعلية فى الاعتماد (التعويل) على شخص ما آخر كما يحدث فى المظاهر المعرفية المترددية .

د) المظاهر الفسيولوجية : واول هذه المظاهر هو فقدان الشهية وثانيها الاتزاعاج فى النوم وفقدان الليبدو ، أو فقدان الاهتمام بالجنس ، وأخر مظهر فيزيائى هو سرعة التعب هذا العرض غالبا ما يتم وصفه من قبل المرضى ، كشعور بثقل فى الأطراف والجسم ، وكفقدان الحيوية أو الطاقة ، أو كفتور أو ضعف ولاحظ بيك (Beck) ان سرعة التعب غالبا ما يكون من الصعب أن نميزه عن فقدان الدافعية أو الافتقار إليها ورغبات التجنب .

(صلاح الدين عراقى ، ١٩٩١ ، ص ١٣٤ - ١٣٥)

خامسا : نظريات تفسير الإكتئاب

تتعدد النظريات المفسرة للإكتئاب وفقاً لما يتبناه كل منهما من مذاهب فلسفية حيث بدأ الاهتمام بالإكتئاب منذ العصور القديمة Melancholia ، ففي عام أربعمئة قبل الميلاد قدم هيبوقراط Hippocrates مقاله عن المالنخوليا وهو عبارة عن المصطلح القديم لمفهوم الإكتئاب ، و قد أشار هيبوقراط إلى أن الإكتئاب مرض عقلي Mental Disease مثل الصرع Epilepsy و الهوس Mania و جنون العظمة Paranoia و المعنى الحرفي للمناخوليا هو سوء الطبع الأسود Black Bile الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض ، و قد بين أرسطو Aristotle (عام ٢٧٠ قبل الميلاد) إلى أن المالنخوليا موجودة عند كل المفكرين و الفنانين و الحكام ، و يتسم عرض المالنخوليا كما أشار ارتوس Aretoeus (عام ٨٠ قبل الميلاد) مجموعة من الخصائص النفسية الآتية : القلق ، الحزن ، المعاناة من الأرق و قلة النوم ، و الشعور بالرعب و الفزع ، و الرغبة في الموت .

(رشاد علي عبد العزيز، ١٩٩٣، ص ٢٠)

أ) نظرية التحليل النفسي في تفسير الإكتئاب

إن بداية تفسير الإكتئاب من منظور التحليل النفسي يرجع إلى (فرويد) Freud. S . و التي نشرت في كتابه (الحداد و السوداوية) الذي وضع خلفية الفروق بين أنماط الإكتئاب المختلفة و اضطراب الناحية البدنية المصاحبة لكل نمط .

(محمد صهيب ، ١٩٩٦، ص ٥٤)

و قد قارن فرويد بين المالنخوليا بالخطوات العادية للحداد و الحزن ، علي أمل أن هذه المقارنة ربما تساعدنا علي وصف المالنخوليا كمرض نفسي ، فعندما يفقد فرد ما موضوع ما محباً إلى ذاته فانه يسحب عواطفه الليديه علي الموضوع لان شدة العاطفة بالموضوع قوية جدا ، لذا فان ألما يقبل ببطء حقيقة فقدانه لذا فان المالنخوليا طبقا لنظرية فرويد تحدث عندما لا يكون هناك فقدان

لموضوع واضح ، و قد وجد فرويد انه من الغريب أن الحزين يعتقد إن الموضوع خارجي عن ذاته فقد قد ، لكن الفرد المالنخوليا يحدد فقدان هذا الشيء من خلال ذاته ، وأشار فرويد أن الفرد عندما يفقد موضوعا محبا إلي ذاته فبدلا من أن تتجه الطاقة اللبيدية نحو موضوع آخر فأنها تتجه نحو الأنا ، و تستخدم الطاقة اللبيدية المتمردة في توحد الأنا مع الموضوع المفقود عن طريق الإيحاء لذا فإن الأنا لا تستطيع إن توجه اللوم أو النقد إلي نفسها كموضوع ، و عن طريق تعويض التوحد مع الموضوع المحب ، فإن المريض يرتد إلي المرحلة الفمية للبيدو حيث أن الطفل لا يستطيع أن يفرق بين نفسه و بين البيئة ، كما أن هناك العديد من العلاقات المرتبطة بالموضوع تكون متناقضة وجدانيا و بسبب هذا التناقض الوجداني فإن جزء من الطاقة اللبيدية تتحرر من الطاقة النفسية المرتبطة بالموضوع لتعزيز الحزن نحو الذات .

(محمد رشاد عبد العزيز ، ١٩٩٣ ، ص ٢١ - ٢٢)

فالإكتئاب فرد يشعر دائما انه مهدد بتفجير شديد لعدوانية ويصل خوفا لاكتئابي ذروته من عدوانيته ، التي يراها في المستوى المتخيل مطلقة القدرة عندما يفقد موضوعا كان قد رغب لا شعوريا في موته ويكتئب المريض ليس لمجرد فقدان بل يكتئب بصفة خاصة لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من فقدان وكأنه فاعلة

(مصطفى زيور ، ب.ت ، ص ١٤)

فالميكانيزم الأساسي في الإكتئاب هو استدماج الموضوع المحبوب المكروء معا ، بحيث يتخذ الموضوع مكانا له بين جدران الأنا (أنا المريض) وبالتالي فإن العدوان الذي يستهدف الموضوع يتجه نحو الأنا الذي أصبح هو والموضوع شيئا واحدا

(مصطفى زيور ، ب.ت ، ص ١١) .

كما أن نظرية التحليل النفسي في تفسير الإكتئاب تؤكد علي البواعث العدوانية ، و فقدان مصادر الإشباع الطفلي و الذي من أعراضه اضمحلال

بواعث الحب و الكراهية الشديدة للذات و انهيار تقدير الذات ، فالليبيدو بكل ما يحمل من معاني الحب أصبح معطلا بسبب فقدان الحب ، أو عدم القدرة علي إعطاء الحب للآخرين ، و بالتالي فهو عاجز عن التواصل و الصيرورة مع الآخر ، و هذا في مجمله يكون مصدره تحلل أو تفكك الغرائز ، فالفرد المكتئب كما يطلق عليه البعض يعد من مدمني الحب ، و من جهة أخرى لم يعد المكتئب يسعه أن يحب ، و إن يكون محباً ، وهكذا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها في أساس لحل حالات الإكتئاب .

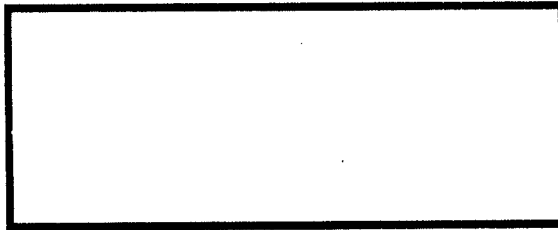
(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ ، ص ١٣)

إن مريض الإكتئاب يعيش صراعاً بين الحب بما يحتوي من رعاية ومسئولية و احترام و حرية للمحبوب و الكراهية بما تحتوي من تدمير لموضوع الحب، فالموضوع تارة محبوب و تارة أخرى مكروه ، مما يؤدي إلي تعطل الليبيدو و فقدان الحب بما تعنيه هذه العبارة من انقطاع علاقة الحب ، فلا هو محب أو محبوب ، و لا قادر علي الحب أو استشهاده ، أي فقدان للأضلاع الأربعة التي تكون مربع الحب .

و الشكل التالي يوضح الأضلاع الأربعة التي تكون مربع الحب

يحب (الفعل)

محبوب
(مفعول)



محب
(الفاعل)

يستشعر الحب (رد الفعل)

شكل رقم (١) يوضح الأضلاع الأربعة التي تكون مربع الحب

(جبر محمد جبر ، ١٩٩٤ ، ص ٨٥ - ٨٦)

و يشير مهر (Mehr) 1983 أن نظرية التحليل النفسي تسري أن السلوك الاكتئابي له علاقة وحيدة ومرحلة الطفولة المبكرة حيث نفترض إن علاقة الرضيع بأمه كانت غير سوية ممثله في إشباع زائد أو حرمان فإن هذا من شأنه ان يمهّد السبيل إلى حدوث الإكتئاب فيما بعد فعندما يمر الفرد بخبرة فقد فإن ذلك يجعله ينكص إلى المرحلة القمية ، حيث أن الفقد إلى ينشط المشاعر القديمة مما قد يولد مشاعر الحزن والعدوانية وهذه المشاعر لا توجه إلى الخارج إنما توجه إلى أذات ، و بالتالي يحدث الاكتئاب .
(Mehr , 1983 , PP 378)

فالاكتئاب حالة من الألم النفسى يصل فى حالة الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم من العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب الشعورى وانخفاض ملحوظ فى تقدير النفس لذاتها ونقصان فى النشاط العقلى والحركى والحشوى ، أما عن العوامل المثيرة للاكتئاب ، نجد تتخلص فى :
أولا : تغير فى التوازن الخاص بالدفعات الغريزية ، أعنى الحب والعدوان ، وكذلك فى تغير مكيانيزمات الدفاع .
ثانيا : تغير فى علاقة المريض بالموضوع وصورته .
ويقوم المكتئب بنوع من المصالحة بين الحب والكراهية ، ويحاول أن يتلافى توجيه عدوانه نحو الموضوع الذى يريد الحفاظ عليه ... ذلك انه لما كسب عاجزا عن توحد سوى ، فإنه يقوم باستنماجاً عدوانياً ، أما قدرة الموضوع العقابية فإنها تستدمج فى أانا العليا الذى يصبح صارما بغير حدود ، والعلاقة النابية بين المكتئب وموضوعه تجرى أكثر ما تجرى على المسرح الداخلى بين أانا المغلوب علف أمره ، وانا الأعلى الذى امتص كل عدوان المتفجر ، والذى يوجهه إلى أانا الذى استدمج الشطر المكروه من الموضوع غير أن المكتئب لا يكاد يؤذى موضوعه أو يهجم بإيذائه ، حتى ينصب نفس الأذى على ذاته ، وبذلك تصح بالقياس إلىة جملة هيجل "مشهورة" إذا ضربت فنفسك تضرب " فالإكتئابي

يستشعر كل خيبة أمل وكأنها جرح نرجسى أى أن كل خيبة أمل تستشعر فقداً ، ونرى هذه السمة ذات الأصول الفمية ، تأخذ طريقها حتى الموقف الاوديبى الذى يعيش خبرته على نحو اكتئابى وبالتالي كل خبرات حياته التالية أن موضوعه يكاد يكون بالقياس إلى الاكتئابى كأننا غير مسمى يقوم بوظيفة أساسية واحدة هى أن يزودة نرجسى لا ينضب

(مصطفى زيور ، ب ت ، ص ١٩)

فلقد أسهمت " ميلانى كلاين " 1932 Melanie Klein فى تطور مفاهيم التحليل النفسى للاكتئاب فقدمت مفهوم الوضع الاكتئابى Depressive Position والذى يتحدد بأنه ذلك العهد الذى يدرك فيه الطفل الموضوع الكلى ويربط نفسه بموضوعه وفى هذا الوضع ينبثق القلق عن التناقض الوجدانى ، ويكون القلق الطفلى حيث يكون الدفعات الهدامة قد تلاشت أو إمكانية تلاشى موضوع الحب وتكون عمليات الاستدماج - فى الوضع الاكتئابى - أكثر حدة ويبدأ هذا الوضع فى المرحلة الفمية ، ويعمل من خلال مصاحبته للتعديل البدائى لنظرة الطفل للواقع ، ويصبح الطفل واعياً بنفسه من خلال إدراكه لاعتماديته وتناقضه فى غرائزه الخاصة وأهدافه ، والمراحل الباكرة من الوضع الاكتئابى هى التى توضع ألاما العليا بشدتها ولكنها تفقد بعض قوتها عندما تكون علاقتها الكلية بالانا كموضوع قد توطدت ويستشعر الطفل الم الحداد فى الوضع الاكتئابى وتتطور الحفزات التعويضية لتجديد الموضوعات الداخلية والخارجية المحبوبة (عبد الله عسكر ، ٢٠٠١)

ب) النظرية السلوكية للاكتئاب

علي الرغم من اهتمام السلوكيين بنشأة الإكتئاب و تطوره بدا متأخراً ، مقارنة بالاتجاه العضوى و التحليل النفسى ، إلا إن الوقت يشهد أسهماً كبيراً للسلوكيين ، و فى هذا المجال ، و ظهرت اتجاهات سلوكية عديدة تفسر الإكتئاب و من أكثر النظريات السلوكية فى ذلك المجال نظرية التعليم الاجتماعى التى تطورت علي يد (بندورا) Bandura و ترى نظرية التعليم الاجتماعى انه

يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة للعوامل الشخصية (مثل العمليات المعرفية و التوقعات) و العوامل السلوكية و العوامل البيئية ، و التي تعمل بشكل مستقل و تدعم كل منها الاخرى .
و نفترض هذه النظرية أن الأفراد قادرون علي ضبط سلوكهم و لا يقومون فقط بالاستجابة للتأثيرات الخارجية ، بل عوضا عن ذلك ينظر لهم علي أنهم يقومون بعمليات الاختيار ، و التنظيم للمثيرات التي يتعرضون لها ، و هنا ينظر للإفراد و لبيئاتهم علي أنهم محددات متبادلة .

(حسن ابراهيم عبد اللطيف ، ١٩٩٧ ، ص ٤٦)

بينما ينشأ العصاب عند " ولبى " J.wolpe عندما يعانى السلوك الصادر عن حافز Drive - Motivated Behavior وبشكل مقصود العقوبة مما يتمخض عن مشاعر القلق فى مواقف مماثلة ، و ينحصر العلاج فى الكف بالتنقيض مما ينطوى على فنيات الانطواء التجريبي أو التشريط المضاد و نطلب إلى المريض فى هذا العلاج أن يقوم باتيان السلوك الباعث للقلق فى الخيال أو فى الواقع وذلك ضمن إطار من المثوبة مما يتمخض عن ازالة الكفوف المرتبطة بالسلوك ويرى " مخيمر " إن التشريط المضاد والانطفاء يعبران عن نفس الشئ و من هنا يرى ان التشريط الاجرائى بتعزيزاته المختلفة يقوم من ناحية بينما تقوم من الناحية الأخرى كل أشكال التعريض سيات كانت تدريجية أو غامرة .

(فيولا الببلاوى ، ١٩٨٢ ، ص ٦٤) .

و يرى بعض السلوكيين أن الإكتئاب يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد ، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح ، ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه و إذا لم يستشعر الفرد تعزيراً و تدعيماً و تعاطفاً و مساندة من قبل الآخرين لاستعادة المعدل المعتاد لنشاطه فانه يأخذ فى المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تماما و يكتب

(عبد المطلب امين القريطى ، ١٩٩٧ ، ص ٣٩٦)

واستحدث " ريم " ١٩٧٧ نظرية التحكم الذاتي فى الاكتئابى ، حيث فيها تكون التقييمات الذاتية السالبة والمعدلات المنخفضة من التعزيز - الذاتى، والمعدلات المرتفعة من العقاب الذاتى ، نقول أن يرى أن تلك جميعا تتمخض عن معدلات منخفضة من السلوك الذى يميز الأفراد المكتئبين ويقترض عمليات ثلاثة هامة فى التحكم الذاتى المراقبة الذاتية والتقييم الذاتى والتعزيز الذاتى ويوصى "ريم" بان الأشخاص المكتئبين يولون الاهتمام انتقاميا (بشكل اختيارى) بالإحداث السالبة وإنهم يضعوا معايير صارمة للتقييم الذاتى وان التعزيز الذاتى عند الاكتئابيين يكون متميزا بمعدلات منخفضة من المثوبة - الذاتية ومعدلات مرتفعة من العقاب الذاتى ، والمراقبة الذاتية هى ملاحظة الفرد لسلوكه الخاص وينطوى التقييم الذاتى على تقييم أداء الفرد وفقا لمعايير داخلية ، فهم غالبا ما يفشلون فى عمل ضبط داخلى بمعنى عزو أسباب الفشل لأنفسهم وأسباب النجاح للحظ ، إما التعزيز الذاتى فهو مكمل للتعزيز الخارجى ويساعد على استمرار السلوك ، وكلما كانت معايير تقدير الذات صارمة كلما نشأ انخفاض فى تقدير الذات أو مشاعر العجز .

(صلاح الدين العراقى ، ١٩٩١ ، ص ١٣١)

و يرى مهر (١٩٨٣) Meher 1983 أن نظرية السلوكية ترى أعراض الإكتئاب تبدو نتيجة لانخفاض التدييمات عند التقرير الذى يتوقعه الفرد ، بالإضافة إلى أن فقد الأشياء المرغوبة ، والانخفاض ملحوظ فى التدييمات الايجابية من قبل البيئة بصورة متكررة هى احد العوامل المهمة لحدوث الإكتئاب .
(Meher 1983,pp 379)

والافتراض الرئيسى للنظريات السلوكية عن الإكتئاب، هو إن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ، ينتج عن انخفاض معدل التدييم الايجابى ، أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغضية ، وهذا يعنى إن حالة الإكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه ، أو زيادة الإحداث غير السارة ، وكلها تؤدى إلى حالة الإكتئاب ومن هنا فإن الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظريات السلوكية عن الإكتئاب ، هى انه يحدث نتيجة

لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له ، أو زيادة معدل الخبرات السيئة ، والتي تكون بمثابة عقاب له .

(أحمد عبد الخالق ، محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩٦ ، ص ١٥١)

ويرى ريس (Rathus,) 1987 ان المكتئبين غالباً ما يكون لديهم عجز في المهارات الاجتماعية وبعض المهارات الأخرى ، وبالتالي يفشلون في الحصول على التدعيم كما يكون لدى المكتئبين هذه المهارات إلا إنهم لا يتقنون في أنفسهم

(Rathus . 1987.pp 519)

وقد افترض لوينسون و زملاؤه . الإكتئاب و التدعيم ظاهرتان ، تتعلق كل منهما بالأخرى ، وهم يرون أن السلوك و الشعور الوجداني المكتسب دالة لانخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التدعيم الإيجابي ، حيث أن التدعيم يعرف هنا بجودة تفاعلات الفرد مع بيئته . والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية من الإكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج ، وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عن انخفاض في معدل التدعيم الإيجابي . أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة البغيضة . وهذا يعني أن حالة الإكتئاب تنتج عن انخفاض معدل الثواب المرغوب فيه . أو زيادة في الأحداث السارة، وكلها تؤدي إلى حالة الإكتئاب فالفكر الرئيسية عند أصحاب النظريات السلوكية من الإكتئاب هو انه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج ايجابية، أو زيادة في معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب للفرد .

(حسن إبراهيم عبد اللطيف ، ١٩٩٧ ، ص ٥٧)

ويقدم لوينسون و زملاؤه مجموعة من الأسباب ، والتي تؤدي إلى إيجاد بيئة تفاعل تقل فيها معدلات التعزيز الإيجابي ، أو تزداد فيها معدلات الخبرات الكريهة للفرد ، والأسباب المفترضة لذلك هي :

١- بيئة الفرد نفسها قد تقل فيها المدعّمات الإيجابية وقد تزيد فيها جهات العقاب .

- ٢- نقص مهارة الفرد فى التماس المدعمات الإيجابية المتوافرة فى بيئة ، أو عوزه لمهارة التكيف الفعال مع الأحداث غير السارة .
- ٣- يمكن أن تكون فعالية التدعيمات الإيجابية قد انخفضت ، والعكس صحيح أن تكون فعالية الأحداث غير السارة قد زادت .
- (عز الدين جميل عطية ، ١٩٩٣ ، ص ٦٣ : ٦٤)

ويرى لوبنسون ، زملاء

يتطور الإكتئاب حسب وجهة نظر السلوكية كالتالى

- ١ - تدعيمات كان من السهل الحصول عليها بصورة مستمرة
 - ٢ - عدم الحصول على هذه التدعيمات بسبب فقد مصادر هذه التدعيمات
 - ٣ - شعور الفرد بأن عدد من التدعيمات قد فقد
 - ٤ - ينجم عن ذلك الاسحاب الاجتماعى ، وعدم الاهتمام بالانشطه وعدم أفاعليه
- ٥ - ثم ينتهى هذا إلى معاناة الفرد من الإكتئاب

(بكر فرج أمام ، ١٩٩٦ ، ص ٥٠)

ويرى " سليجمان " (١٩٧٣) إن الإكتئاب " مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية منسوبة إلى علل شخصية ... فالمرضى المكتئب تعلم أو اعتقد انه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته مما يخفف معاناته أو يحقق اشباعاته - فهو يعتقد انه عاجز والظواهر النفسية الرئيسية فى العجز المتعلم هى (١) السلبية ، (٢) التأخير فى التعليم (٣) الافتقار إلى العدوانية والتنافسية ، (٤) نقص الوزن وفقدان الشهية وحدد " سليجمان " فى دراسة عام (١٩٧٩) الأسباب التى يعزى إليها الإكتئاب لدى عينة من الاكتئابيين فيما يلى : أسباب : ١ - داخلية - خارجية ٢ - عمومية / خصوصية ٣- الثبات - عدم الثبات فالشخص يكون من المرجح أكثر أن يصبح مكتئبا ، إذا كان عزوة للفشل والافتقار إلى التحكم داخليا (هذا ذنبى) ، وعاما (أنا غير

كفؤ) وثابت (أنا سأكون دائما كذلك) بينما عزوة للنجاح يكون خارجيا (أنا محظوظ) وخصوصى (فى هذا الموقف بعينه) وغير ثابت (هذا الوقت فقط) (ممدوحة سلامة ، ١٩٨٨ ، ص. ٩٠)

ج) النظرية البيولوجية الكيائية للاكتئاب

أن الاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية فى الإكتئاب ليس بالجديد ، فقد تحدث عنه أبو الطب أبو قراط واقترض أطباء القرن الثانى أن ازدياد المادة السوداءويه تسبب الملتخوليا . وقد تأخر تفسير البيولوجى الدقيق للاكتئاب بسبب نقص المعرفة بفسولوجية المخ عند الأسوياء ، وبسبب عدم القدرة على دراسة العمليات الجزئية الدقيقة للمخ ، ويرى أصحاب النظرية البيولوجية للاكتئاب أن الخبرات الأنفعاليه تؤثر على النشاط الكيمايى للمخ وفى المقابل فإن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتبدل نتيجة تغيرات كيماييسه طفيفه فى المخ .

(حسن أبراهيم عبد اللطيف ، ١٩٩٧ ، ص ٤٨)

ويعرض احمد عكاشة ١٩٩٨ اضطرابات الوجدان واضطراب الجهاز العصبى فقد لوحظ أن كثير من إمراض الجهاز العصبى تبدأ فى هينه اكتنايسه أو ابتهاجه مثل زهرى الجهاز العصبى ، الشلل الاهتزازى ، وتصلب شرابين المخ ، والتصلب المتناثر ، أورام الفص الجبهى فى الدماغ ، كذلك الفص الصدغى سواء أوليه أو ثانويه والصرع النفسى الحركى .

(احمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٦١)

وأن كثيرا من مرض الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيريازيل بانتظام تتناهم نوبات من الإكتئاب الشديد فى نفس الوقت لاحظ البعض الآخر مرض الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيلين يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال .

(احمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٦٢)

تؤدى كثير من العقاقير إلى حدوث الإكتئاب والتي تشمل السلفوناميدان
sulphonamides وميثيل دوبا Methyldopa وريزرين (Resepine)
ودفينوباربيتون phenobarbitone وكذلك حبوب منع الحمل ، خاصة تلك
التي تحتوي علي نسبة عالية من البروجيستيرون progesterone كما يمكن
أن تسبب الستيرويدات (steroids) حدوث الإكتئاب والذي يحدث عادة أثناء
التغيرات الانسحابية ، كما تشيع حالات الإكتئاب . أيضا . عند إيقاف تعاطي
الامفيتامينات . وقد تؤدى أيضا بعض العقاقير المعادة لمرض باركنسون إلى
حدوث الإكتئاب .

(جميس ديليس، جون ماركس ، ١٩٩٩ ، ص ٣٨ - ٣٩)

ومن ناحية أخرى لا يمكن إغفال الجانب الوراثى والاستعداد النشونى
بالاكتئاب فقد أظهرت معظم الدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثى للاصابة
بالاكتئاب وجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب إذا كان لدى
الوالدين أو احدهما تاريخ مرضى بالإصابة بالاكتئاب وبخاصة إذا هيات الظروف
البيئية بما فيها من ضغوط لإظهار تلك الاستجابات - الاكتئابية وبخاصة فى
الاكتئاب الذهانى وذهان الهوس الاكتئابى (ويلز Wells)

(عبد الله عسكر ، ٢٠٠١)

ولاحظ الأطباء النفسيون من خلال متابعتهم لحالات المرضى بان الاكتئاب
والاضطرابات الوجدانية تنتشر فى حالات عينة .

وقد وجد أن حوالى ٥٠ % من حالات الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب
يكون أحد الولدين مصابا بالمرض نفسه .

وإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض فان طفلهم يكون عرضة
للإصابة بنسبة ٢٥ - ٣٠ % .

أما إذا كان الولدان مصابين بالمرض نفسه فان نسبة إصابة طفليهما
ترتفع إلى ٦٠ % .

وثبت أيضا من دراسات التوائم أن التوائم المتماثلة التى تنتج من بويضة واحدة تصل نسبة الإصابة بينهم إلى ٦٧ % بمعنى إنه إذا أصيب أحد التوائم فإن احتمال إصابة شقيقة التوأم تكون ٦٧ % بينما تقل هذه النسبة إلى حوالى ٢٠ % فى التوائم غير المتماثلة أى التى تنتج من بويضتين .

(ممتاز عبد الوهاب ، ٢٠٠١ ، ص ٧٦ - ٧٧)

يعانى مرضى الاكتئاب من نوعين من أمراض الذاكرة : خلل واضطراب فى الذاكرة قصيرة المدى والاستدعاء المتزايد للذكريات غير السارة .

(محمد قاسم عبد الله ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٧٧)

قبل أن نتناول العقاقير المضادة للإكتئاب نرى ضرورة إلقاء الضوء على طبيعة التغير الكيمائى الذى يكمن خلف هذا المرض لتتعرف على الكيفية التى تعمل بها هذه العقاقير والتى من خلالها تعيد حالة التوازن الوجدانى الذى اختل بظهور أعراض الإكتئاب ويرجع الأساس الكيمائى لهذا المرض إلى اضطراب فى نوعين أساسيين من الموصلات العصبية هما النورادرينالين والسيروتونين على مستوى المشتبكات العصبية Synapses .

(سامى عبد القوى ، ١٩٩٦ ، ص ٨٢)

فقد تبين أن الإكتئاب يرجع إلى زيادة حساسية المستقبلات بعد المشتبكية وهذه الحساسية الزائدة تؤدى - بالتغذية المرتجعة - إلى كف أو نقص تكوين النورادرينالين أى نقص هذا الموصل مما يؤدى إلى ظهور الإكتئاب وقد تأكدت هذه الفرضية من خلال الملاحظات الإكلينيكية لمضادات الاكتئاب من نوع مانعات أكسدة الأمينات الأحادية ونوع ثلاثية الحلقات بالإضافة إلى العلاج الصدمى الكهربائى Electroconvulsive therapy إذ تؤدى كلها إلى نقص حساسية المستقبلات بعد المشتبكية للنورادرينالين .

وفى السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بالسيروتونين كأحد الموصلات الأساسية المسنولة عن حدوث الإكتئاب وللتأكد من هذه الفرضية أجريت الدراسات العديدة بغرض قياس كمية الناتج الأساسى للتمثيل الغذائى للسيروتونين

فى السائل النخاعى لمرضى الإكتئاب وكذلك مستقبلات السيروتونين فى المخ بالإضافة إلى الدراسات التى أجريت على أمخاخ مرضى الإكتئاب بعد وفاتهم Postmortem Studies وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى نقص السيروتونين ونواتج تمثيله بشكل اساسى فى بعض أنواع الإكتئاب وأدت هذه النتائج إلى تحضير نوعيات جديدة من العقاقير المضادة للاكتئاب والتى تعمل بشكل نوعى على السيروتونين وتقل فيها الأعراض الجانبية بشكل ملحوظ وتسمى هذه العقاقير بالعقاقير النوعية المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين Specific Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRTS) .

(سامى عبد القوى ، ١٩٩٦ ، ص ٨٣)

سادسا : الألم والإكتئاب

ومن الواضح أن الآلام التى يشعر بها مريض الإكتئاب اقسى من أى ألم جسدى آخر .
فنادرا .. ما نسمع عن مريض القلب أو مريض الخبيث انه انتحر، نفس الشئ يمكن أن يقال عن مريض الكليتين ،ولكن من المؤلف أن نسمع عن قصة مريض الاكتئاب الذى انتحر أن ذلك يؤكد حقيقة هامة هى أن ألم الإكتئاب اقسى من أى ألم آخر .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٧)

ويذكر عادل صادق ١٩٩٨ الإكتئاب هو أكثر الأعراض النفسية التى تصاحب الأمراض العضوية .. ومريض الألم هو أكثر الناس اكتئابا وخاصة إذا كان مزمنًا أى الألم الذى يفشل الطب فى إيقافه أو تخفيفه والاكتئاب يودى إلى مزيد من الألم وبذلك يتضاعف الألم ويصبح الإنسان محاصرا بالألم والاكتئاب والألم يودى إلى اكتئاب والاكتئاب يودى إلى ألم .

(عادل صادق ، ١٩٩٨ ، ص ٥٤)

الإحصائيات العالمية تؤكد أن ١٠ - ٢٠ % من المرضى المترددين على الأطباء يعانون من الاكتئاب وان نصف هؤلاء المكتئبين يشكون من الآلام اى إن المريض لا يشكو من اكتئاب ولكن يشكو من آلامه.. اى أن الاكتئاب قد ارتدى قناع مصنوعا من الآلام فظهرت الآلام على السطح واختفى وراءها الاكتئاب . وهذا النوع من الاكتئاب فى كتب الطب النفسى باسم " الاكتئاب المقنع " وأحيانا يسمى " الاكتئاب الباسم " فالمرضى يبتسم رغم انه يعانى من مرض الاكتئاب إذن هو اكتئاب بدون اكتئاب اى أن المريض يعانى مرض الاكتئاب ولكن لا يشكو من الإحساس بالاكتئاب اى انه مكتئب والمعاناة تكون فى صورة عضوية بالرغم من عدم وجود اى مرض عضوى

(عادل صادق ، ١٩٩٨ ، ص ٥٦)

ويعتبر أحمد عكاشة ١٩٩٨ أن الانتحار من أكثر أعراض خطورة فالفرد هنا ينهى حياته وفى احد الأبحاث الحديثة وجد أن سبب وفاة ٨٣ % من الأطباء الأمريكيين قبل سن الأربعين هو الانتحار أن نسبة الانتحار بين مرضى الاكتئاب تتراوح بين ١٥ : ٢٠ % وتزيد المحاولات الغير ناجحة عن هذه النسبة وقام المؤلف وآخرون دراسة ظاهرة الانتحار فى مصر فى المترددين على استقبال مستشفى عين شمس وقد وجد أن نسبة الانتحار فى القاهرة حوالى ٣ - ٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة وهى نسبة بسيطة إذا قورنت بالدول الأخرى حيث تصل نسبة الانتحار فى المجر ، ألمانيا ، الدانمارك ، السويد ٣٠ - ٤٠ % لكل ١٠٠,٠٠٠ وفرنسا وبريطانيا والولايات المتحدة ١٠-١٢ وتقل فى البلاد الكاثوليك مثل أسبانيا وإيطاليا حوالى ٧ % لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٧١)

الانتحار هو إنهاء الشخص لحياته عن قصد ويعتبر الانتحار أكثر الطوارئ النفسية ويصعب التعرف على المنتحرين بدقة وهم غالبا غير قابلين للعلاج فى العيادة الخارجية ويقاومون دخول المستشفيات وعرضه لتكرار الانتحار أثناء العلاج .

(محمود عبد الرحمن حمودة ، ١٩٩٨ ، ص ٥٥٣)

أن نسبة الوفاة المبكرة تزيد في حالات الاكتئاب ربما بسبب تعرض نسبة من المكتئبين للانتحار فقد تبين أن نسبة الانتحار بين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل إلى ما يقرب ١٥ % ومن بين كل حالات الانتحار التي تتم تبين أن نسبة ٨٠ % منها بينهم حالات الاكتئاب

(Wulsim .1996.pp75-76)

ومما شاع مشاهدته في المستشفيات — في السنوات الأخيرة — وعلى نطاق واسع تناول جرعات زائدة من العقاقير بطريقة متعمدة ، مما حدا ببعض إلى اقتراح نبذ مصطلح (محاولة الانتحار) بالنسبة لتلك الفئة من الناس واستبداله بمصطلح (نسميم الذات) (Self Poisoning) وكل الأحوال ومهما سميت هذه الحالة ، فإنه يجب أن نتذكر دائما أن بعض الناس سيتعاطون بعض العقاقير — من وقت لآخر — كالحبوب المنومة بجرعات تفوق المستوى العلاجي في محاولة منهم للهروب من الواقع من خلال اللجوء إلى النوم العميق ، وأيضا بصفاتها طريقة لجذب انتباه الآخرين إلى مشكلاتهم الشخصية والاجتماعية .
(جيمس ويليس و جون ماركس . ١٩٩٩ ، ص ٤٤:٤٥)

سابعاً: الاكتئاب وتقدير الذات

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديره من الموضوعات المهمة التي مازالت تنصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية لقد حفل التراث السيكلوجي بدارسات عديدة تناولت تقدير الذات باعتباره مفهوما سيكلوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك فضلا عن ارتباطه بمتغيرات متباينة ومنحدرات شئ فهو يرتبط بالعلاقات الشخصية المتنوعة، مدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين إلى جانب تحديد أهدافه الذاتية وتجدر الإشارة إلى أن تقدير الذات لا يتسم بالثبات فهو قابل للتغير.

وفي الواقع بدأ مصطلح " تقدير الذات " في الظهور في أواخر الخمسينيات ، وسرعان ما اخذ مكانته المتميزة في كتابات الباحثين والعلماء .

(علاء الدين كفاي ، ١٩٨٩ ، ص ١٠٢)

ويرى كوبر سميث (Copersmith .1967) أن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهاته الفرد عن نفسه.

(حسين على محمد فايد ، ١٩٩٧ ، ص ١٤٥)

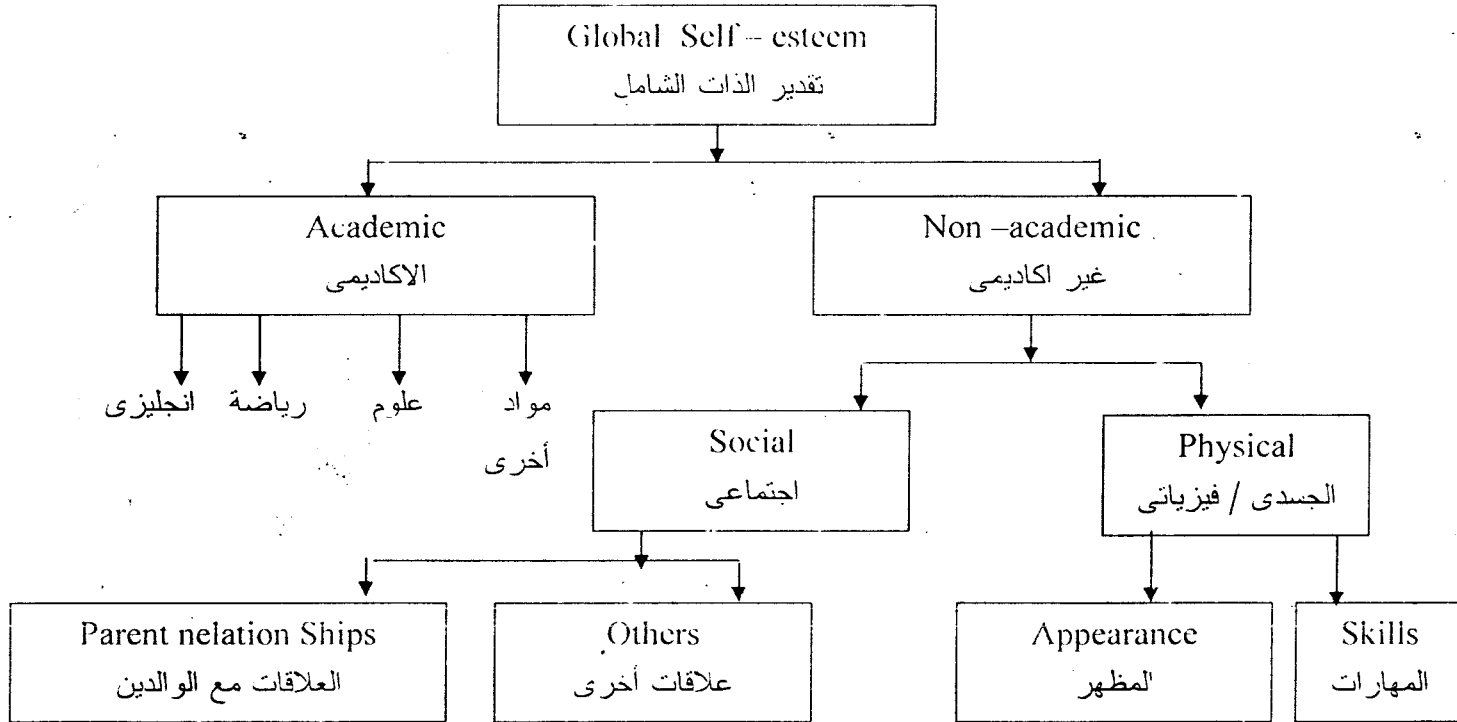
يعريف صفوت فرج ١٩٩١ تقدير الذات بوصفه اتجاه من الفرد عن نفسه يعكس من خلاله فكرته عن ذاته وخبرته الشخصية معها .هو بمثابة عملية فينوموتولوجيه يدرك الفرد بواسطتها خصائص الشخصية مستجيبا لها سواء في صورة انفعالية أو في صورة سلوكية

(صفوت فرج ، ١٩٩١ ، ص ٨)

بالإضافة إلى تعريف تقدير الذات فهناك ما يسمى بتقدير الذات الشامل (Global Self- Esteem) إحساس عام للفرد باحترام الذات (استحقاق الذات) Seif-worth وهذا عنصر ثابت مع الوقت ، بالإضافة إلى تقدير الذات الشامل أو العام فيمكن أن يكون لدينا شعور بالاستحقاق أو عدم الاستحقاق في مواقف معينة ، تبعا لذلك فقد نشعر بعدم جدارتنا (أي تقدير ذاتى منخفض) فنجد ممارسة الأنشطة المختلفة وکانا متأثرين بأن لدينا تقدير ذات منخفضة فإن هذا يؤثر على ممارسة الأنشطة المختلفة .

(Denis.1996.pp9)

والشكل رقم (٢) الاتى يوضح سلسلة التقدير الذاتى



الشكل رقم (٢) يوضح سلسلة التقدير الذاتي

ينمو تقدير الذات كنتيجة للعلاقات الشخصية من خلال الإطار العائلي الذي يتميز بالتدرج إلى التأثيرات المدرسية وتأثيرات المجتمع الأكبر الذي يختار الفرد أن يعيش فيه ويعمل ، هذه التأثيرات المتفرقة تفقد فاعليتها إلى حد يصبح عنده الفرد الذاتى القرار .

(Denis.1996.pp10)

والطريقة التي يرى بها الفرد نفسه تعد في غاية الأهمية بالنسبة لصحته النفسية وفاعليته الشخصية وقدرته على الإنجاز وفي تحديد أهدافه وطموحاته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين وفي تفسير سلوكه وقدرته على التعامل مع الآخرين.

(جيهان رشتى ، ١٩٩٣ ، ص ٥٤٥-٥٤٦)

وفد كشفت دراسات كثيرة عن وجود عوامل تميز الأطفال المبتكرين مثل تحقق الذات وتقدير الذات وتأكيد الذات والاستقلال الذاتى ومفهوم الذات مما دعى (بنوس) أن يطلق على متغيرات الذات جميعا بالعوامل الابتكارية .

(مجدى عبد الكريم حبيب ، ١٩٩١ ، ص ٢٢٧)

ويؤكد (براندن) إن الكفاءة الشخصية والشعور بالقيمة الشخصية والأخلاقية واحترام متغيرات أساسية يستلزمها تقدير الذات ويمكن القول أن تقدير الذات هو إدراك الفرد لذاته من خلال المدركات التي تتكون أثناء تفاعله مع الخبرات البيئية التي تتأثر بصفه خاصة بالتعزيزات التي تصدر عن الأشخاص ذوى الأهمية فى حياته والتفاعل معهم وهم عادة الوالدين والمدرسين والأقران

(أمينه شلبى ، ١٩٩٣ ، ص ٣٩)

وهناك نوعين من العوامل التي تودى إلى تكوين تقدير ذات عال أو منخفض لدى الأفراد:

أ) عوامل تتعلق بالفرد نفسه فلقد ثبت انه يتحدد تقدير الذات لدى الطفل بقدر خلوه من القلق والخوف والطفل الذى يتمتع بصحة نفسيه جيده يكون تقديره لذاته مرتفعا أما إذا كان الطفل من النوع القلق غير المستقر تكون فكرته عن ذاته منخفضة

ب) عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية أو المجتمع الذى يعيش فيه الفرد منها ظروف الاجتماعية والظروف التى تربي فيها الطفل كنوع التربية .

(مصطفى فهمى ، محمد القطان ، ١٩٧٩ ، ص ٨٨)

أن تطور الإكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبره تمثل فقداناً له وقد يكون فقدان واقعي أو فرضيا أو كاذبا وفى كل الحالات فإنه يكون مبالغا فيه ، ويدركه الشخص على أنه دائم غير قابل للارتداد ، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بان الشخص خاسر وليس له قيمة ، وقد يعزو الفرد بسبب هذا الحادث المؤلمة إلى عيوب نفسه ، كما يحكم على كل خبره تاليه حتى لو كانت بسيطة فى جوانبها السلبية أو حتى مبهجة على أنها ترجع إلى نقص ذاتى .

وتؤدى المقارنات التى يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقديره لذاته *Seif Esteem* ، وربما تكون النتيجة النهائية رفضا تاما من الفرد لذاته ، وتؤدى هذه الأنظرة السالبة للذات إلى نظره سالبه للمستقبل ويصبح التشاؤم طاغيا على نظره الشخص للحياة .

(محمد محروس الشناوى ، ١٩٩٤ ، ص ١٥٠)

ويربط مايكل ارجايل (١٩٩٣) تقدير الذات ارتباطا قويا بالشعور الذاتى بالهناء وقد وجد انه أقوى ارتباط به من أى متغير آخر فى بعض الدراسات، ويقوم المكتتبون أداءهم على الأعمال المختلفة بصورة أكثر سلبية، ويقللون من قيمة كفاءة أدائهم، رغم أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن تقديرهم لذواتهم أكثر دقة وواقعية من تقدير الأسوياء لذواتهم ولكن هناك تدهور فى تقدير الذات أثناء فترات الشعور بالتعاسة، وربما كانت السعادة تؤثر على تقدير الذات والعكس صحيح.

(شعبان جاب الله ، ١٩٩٣) (مايكل ارجايل ، ١٩٩٣ ، ص ١٥٣)

ويقول انطونى ستور (١٩٩٦) بان الشخصيات المكتتبة تبدو لسبب أو لآخر مفتقرة إلى الشعور الفطرى الباطن بتقدير الذات فحين نصاب بالإخفاق يمكن الرجوع إليها لإعادة الطمانينه إلى نفوسنا ، ونحن نملك أيمانا باطنيا

بقيمتنا منذ طفولتنا ، وهو الذى يشد ازرنا حتى لو ابتلينا بالفشل أو الرفض أو الخسارة ولكن الشخصيات المكتنبة تفتقر إلى مثل هذه الأيمان إنهم عرضه لأن يخرجوا بسهولة لأن إحساسهم بقيمتهم مستمدة كلية من مصادر خارجية .

(انطونى ستور ، ١٩٩٦ ، ص ٣١٧)

وتعرض راوية محمود (١٩٩٥) العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والقلق حيث أكدت على وجود علاقة ارتباطيه سالبه عكسية بين تقدير الذات ومتغير القلق والاكتئاب أن تقدير الذات والقلق جانبان متضادان فى تكوين الشخصية فالفرد الذى لديه مفهوم ايجابى عن ذاته يكون اقل قلق ، وكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته والعكس حيث أن العلاقة بينهما عكسية كذلك كلما انخفض تقديره لذاته زادت الأعراض الاكتئابيه عنده .

وقد وضح (روجرز) أن القلق يعتبر تهديد للذات وكلما كان هناك عدم تطابق بين الذات وبين الخبرد ، يصبح الفرد عرضه للقلق واضطراب الشخصية ويصبح عرضه للاضطراب النفس ، وعدم التوافق لأنه أصبح ينظر للبيئة من خلال خبراته المؤلمة وينظر إلى نفسه من خلال عجزه السابق فى مواجهة التهديدات والإخطار التى تعرض لها فى طفولته .

(راوية محمود ، ١٩٩٥ ، ص ٢٧)

وأيضاً نجد كوبر سميث من خلال دراسة على الأطفال تراوحت أعمارهم بين ١٠ - ١٢ عام دراسة تقدير الذات لديهم من خلال مستوايته الثلاث مرتفعى ، متوسطى ، منخفض تقدير الذات وجد الأطفال ذوى تقدير الذات المنخفض يتميزون بالاكتئاب والقلق لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم . ليس لديهم ثقة نحو قدراتهم .

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٢ ، ص ٩٠)

ثامناً: الاكتئاب والمهارات الاجتماعية

تلعب المهارات الاجتماعية دوراً هاماً في نجاح الفرد في شتى نواحي الحياة الشخصية والعلاقات الاجتماعية والأسرية والمدرسية ومساعدة الأطفال المكتئبين على التخلص من أعراض الاكتئاب والمشكلات عام التكيف مع المحيطين والأقران، لأن يتمتع الطفل بدرجة طيبة من المهارات الاجتماعية تساعده على تحقيق السواء النفسي.

ويتخلل الاهتمام بوضوح المهارات الاجتماعية باعتبارها تمثل مع القدرات العقلية قطبي الكفاءة والفعالية في مواقف الحياة اليومية للفرد وتفاعلاته مع المحيطين به ويفسر ذلك أيضاً الإخفاق الذي يعاينه البعض في تلك المواقف ممن يملكون قدرات منخفضة منها، على الرغم من ارتفاع قدراتهم العقلية، والذي يتمثل في عدم استثمار الفرص المتاحة لإقامة علاقات ودية مع المحيطين بهم، وعدم الحصول على المكانة الملائمة في العمل وبين زملاء وزيادة الخجل في مواقف التفاعل الاجتماعي وما يترتب عليه من عزلة اجتماعية مما يمثل عائقاً في التعبير عن الذات.

بل الأمر لا يقف في كثير من الأحيان عند حدود التفاعل الاجتماعي، وانخفاض الكفاءة الاجتماعية ونقص الفاعلية في المحيط الاجتماعي للأفراد، بل يصل إلى درجات متفاوتة من سوء التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد الذين يعانون من انخفاض في الكفاءة الاجتماعية أو عدم توظيفها بالشكل المناسب بحيث يقعون فريسة للأمراض النفسية والعقلية بمختلف أشكالها ودرجاتها.

(معترز سيد عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٢٥٠ - ٢٥١)

تحدد المهارات الاجتماعية في ضوء جوانب معينه من سلوك الفرد وخصاله وفي إطار ملامتها للموقف الاجتماعي.

(عبد اللطيف خليفه، ١٩٩٧، ص ٥٢)

تختلف تعريفات المهارات الاجتماعية باختلاف الموقف ، وما يحدث فى هذا الموقف من تفاعل مثير لتحقيق الهدف المنشود ، وذلك عن طريق إدراك الفرد للموقف الذى يواجهه .

(عايدة على قاسم ، ١٩٩٧ ، ص ٥٠)

يقرر سبنسر (١٩٩١) Spencer 1991 أن المهارات الاجتماعية هى المكونات المعرفية والعناصر السلوكية اللازمة للفرد للحصول على نواتج إيجابية عند التفاعل مع الآخرين مما يؤدي إلى إصدار الآخرين للأحكام وتقييمات إيجابية على هذا السلوك .

(Spencer . 1991. p149)

ويعرفها بيك (١٩٩١) Buck 1991 بأنها قدرات نوعيه نتعامل الفعال مع الآخرين فى مواقف محددة بالشكل الذى يحقق أهدافا معينة سواء فيما يتعلق بالشخص أو الأشخاص الآخرين .

(Buck .1991.pp87)

ويرى صبحى عبد الفتاح الكافورى ١٩٩٢ أن المهارات الاجتماعية هى مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية المتعلمة والتى تحقق للطفل التفاعل الايجابى سواء فى محيط الأسرة أو المدرسة أو الرفاق أو الغرباء ، وتؤدي إلى تحقيق أهدافه ويرضى عنها الجميع .

(صبحى عبد الفتاح الكافورى ، ١٩٩٢ ، ص ٧)

ويعرف أن وكونسلميس (١٩٩٢) Ian & Constance 1992 المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الشخص على أن يأتى بسلوكيات تحظى بقبول الآخرين ، والابتعاد عن السلوكيات التى تلاقى بعدم الاستحسان من الآخرين ، ويكون الشخص ماهراً اجتماعياً مادما قادراً على استثارة ردود فعل إيجابية من البيئة الاجتماعية المحيطة به .

(Ian & Constance 1992.p72)

ويعرض السيد السمادونى ١٩٩٤ المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالى والاجتماعى واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها ، ووعية

بالقواعد المستقرة وراء إشكال التفاعل الاجتماعي ، ومهاراته فى ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية ، وقدرته على أداء الدور وتهينة الذات اجتماعيا .

(السيد السماونى ، ١٩٩٤ ، ص ٤٦٢) .

هى قدرة عائلية مكتسبه على إداء نمط من السلوك الذى يستهدف التأثير فى الآخرين والتصرف معهم (جابر عبد الحميد ، علاء كفاى ، ١٩٩٥) .

وتشير صفية محمد جيدة ١٩٩٧ إلى أن المهارات الاجتماعية تتمثل فى قدرة الطفل على معرفة وتحديد الأهداف الاجتماعية واستراتيجيات تحقيقها ، ومعرفة سياق التفاعل الذى تؤدى فيه سلوكيات معينة وفى قدرة على مراقبة أدائه وتعديلها ونوجيها . (صفية محمد جيدة ، ١٩٩٧ ، ص ٥)

إذن يوجد ما يدل بقوة على أن الإكتئاب فى كثير من جوانبه يرتبط بفقر واضح فى المهارات الاجتماعية حتى إننا نجد أن من محكات التشخيص الطبى للإكتئاب أن يتسم السلوك بوجود قدر واضح من الاضطراب فى السلوك الاجتماعى والافتقار للمهارة الاجتماعية ومن غير المعروف ما إذا كان الاضطراب السلوك الاجتماعى يعتبر نتيجة من نتائج الاكتئاب ، أو سببا له ، والأغلب أن العلاقة بينهما مثلها فى ذلك مثل كثير من العلاقات التى تصف السلوك فى علاقته بالأمراض النفسية اقرب ما تكون إلى ما يسمى بالعلاقة الدائرة (الحلقة المفرغة) . (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ص ١٥٤)

ولكن هناك فقر واضح فى المهارات الاجتماعية ، فهو سرعان ما يلقى بمسئولية فشله الاجتماعى بشكل غامض على نفسه ، مما يجعله دائما عرض للوم نفسه بشدة . (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ص ٢٢٩) .

إلى جانب المهارات الاجتماعية التى يكتسبها الطفل من أمه فهو أيضا يكتسب الاستجابات الانفعالية التى تعد من العناصر المهمة فى التفاعل بين الإنسان وبيئة وتحدث هذه لاستجابة ردا على كل تغير لهم يحدث فى البيئة ، حيث تؤثر الانفعالات بقوة فى السلوك ، والانفعال كذلك عنصر حاسم فى طريقة حياتنا ، كما يعد محدد لها ويصاحب الانفعال بعض الآليات (الميكاتزمات المرضية) ويعتقد انه جزء فى العديد من الاضطرابات الطبية النفسية ، والنفسية الجسمية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩١ ، ص ٢)

وهناك العديد من الدراسات التي أكدت على مدى نجاح برامج التدريب المهارات الاجتماعية في تخفيف الاكتئاب دراسة (Reed 1994) دراسة (Miller & Cole 1998) (Domhuc et al .1995) يرى أصحاب العلاج المعرفي أن العوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية والتقويم الذاتي هي الأسباب الأساسية لقصور المهارات الاجتماعية كما تأخذ العوامل المعرفية شكل معرفة القواعد الاجتماعية والمخططات المناسبة في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ومن الجهود البارزة في هذا السياق ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي الذي قدمه الازاروس Lazarus فيما اسماه عاده البناء المعرفي للفرد Cognitive Restructring وكذلك العلاج المعرفي الانفعالي للمعتقدات غير العقلانية الذي قدمه Ellis وبالإضافة إلى النموذجية السابقين الأساسيين الذين استحدث منها اغلب الأساليب التي تستخدم في برنامج تنمية المهارات الاجتماعية.

(معتز سيد عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ٢٦١) .

تاسعاً : الاكتئاب واليأس

يعرفه بيك اليأس Beck 1988 بان حالة نفسية ترتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية وتتضمن الاتجاه السلبي للشخص نحو انظر للحاضر والمستقبل ، فالأشخاص اليائسون يعتقدون أن لا شئ يمكن أن يتحول ليكون في صالحهم ، وعجزهم عن النجاح في اي عمل يقومون به وعجزهم عن تحقيق أهدافهم .

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ١٨)

تعريف معجم علم النفس والطب النفسي ١٩٩١ اليأس الإحساس بان حالة الفرد الحالية الجسمية والعقلية والاجتماعية ليست على ما يرام وطبقاً للإحصاءات التي أوردها بعض المؤلفين أن حوالي ٧٥% من المرضى الاكتئابيين يعتقدون إنهم لن يشفوا أبداً، وتكون مشاعر اليأس قوية بصفة خاصة عند الأطفال المراهقين ويحاول عدد منهم الانتحار كما تحدث

هذه المشاعر أيضا فى حالات الاغتراب وانخفاض الروح المعنوية
Demoralizatio وفى الحالات المبتدلة بالأسى والحزن .

(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاى ، ١٩٩١ ، ص ١٥٦٦)

وترى مايسه أحمد النيال (١٩٩٨) اليأس هو حالة وجدانية تشير إلى
فقدان الأمل المتعدد فى الذات، والآخرين، وفى المواقف، والإحساس بتجميد قدرة
الفرد على التغيير والافتقار إلى حالة التألم مع أى موقف.

(مايسه أحمد النيال ، ١٩٩٨ ، ص ٧١) .

ويؤكد كوكس Cox (١٩٧٨) أن اليأس من الأعراض المميزة

للاكتئاب ، ويفقد المريض الأمل ، ويشعر باليأس نتيجة افتقاره إلى مهارات
التأقلم مع الضغوط والانعصاب Strees .

يشير يونج وكليم (١٩٩٤) Yang & Clum 1994 إلى أن اليأس

يصلح كعامل مرادف يؤثر فى الأعراض الاكتئابية بطريق مباشرة ويؤثر فى
التفكير الانتحارى بطريقة غير مباشرة .

(Yang & Clum .1994 . pp127)

كما توصل سالتر (١٩٩٠) Salter 1990 إلى أن اليأس له تأثير

بالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب ونية الانتحار ويبدو اليأس مؤشر اقوى لنية الانتحار
إذا ما قورن بالاكتئاب .

(Salter etal 1990 . pp 361-371)

وتقدم نظرية اليأس وانعدام الأمل Hopelessness للاكتئاب نظرية

مماثلة إبراهيمسون ، وميت لسكى ، والوى ١٩٨٩ .

(Abramson , Metalsky & Alloy)

ووفقا لهذه النظرية فان إدراك وقوع الأحداث السالبة قد يؤدي إلى نمو

اليأس وانعدام الأمل، والذي بدوره إلى بداية أعراض الاكتئاب.

وهناك عنصران معرفيان يحددان حالة اليأس:

(١) توقع عدم حدوث النتائج المرغوبة بشدة، أو توقع أن تحدث النتائج

المرغوب عنها (المنفرة) بشدة.

٢) الاعتقاد بان الشخص لا يمكن أن يفعل أى شى (أى أنه عاجز)
لتغيير ارجحية وقوع تلك الاحداث .

(اولتمانز واخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤٤)

يتصف المكتنبون بتعميم الفشل والنظرة السلبية للحياة وللذات والمستقبل
مع اليأس وفقدان الأمل ، والأعراض الاكتئابية فى الطفولة تتشابه نظائرها لدى
الراشدين كما أن اليأس قد ينتج من الاكتئاب أو العكس ، واليأس يرتبط غالباً
بالاكتئاب لدى الراشدين ويمكن اتخاذه معياراً تنبؤياً للأقدام على الانتحار أو
التفكير فيه أو محاولته وهو ما أكده (بيك) من قياسهم للمظاهر الوجدانية
والدافعية والمعرفية للتوقعات السلبية لدى الراشدين والاحتمال الكبير أن ينسحب
ذلك على الأطفال والمراهقين .

(عبد الفتاح دويدار ، ١٩٩٢ ، ص ٢٨)

ورغم أن محاولات الانتحار تكاد تكون نادرة لدى الأطفال فإن التقييم
المبكر لدرجة اليأس لديهم يسهم فى التنبؤ بميولهم الانتحارية مستقبلاً .

(عبد الفتاح دويدار ، ١٩٩٢ ، ص ٢٨)

ويذكر دفيسو ونيلى (١٩٩٦) Daviso & Neale 1996 أن الاكتئاب الأطفال
يزيد من أطفال الانتحار وخاصة لدى أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ : ١٩
عام . (Daviso & Neale . 1996 . p 448)

وقدم لوفكو بتزية ١٩٨٥ تقيماً لمدى انتشار الاكتئاب واليأس بين
الأطفال من خلال تقديرات الإقران والتقرير الذاتى ومقابلات تمت مع الأمهات
وجد فى النهاية أن هناك ٥.٢ % من الأطفال يصابون بالاكتئاب .

(سلوى عبد الباقي ، ١٩٩٢ ، ص ٤٤٤ : ٤٤٥)

وتشير نتائج دراسة محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨ التى تهدف إلى
دراسة المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب اليأس لدى الأطفال تتراوح
أعمارهم بين ٩ : ١٢ سنة إلى وجود علاقة ارتباطيه سالبه بين إبعاد المهارات
الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس وكل من الاكتئاب واليأس لدى الأطفال .

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ٩-٨١)

وأيضاً دراسة كازدين وآخرون Kazdin et al 1986 بهدف دراسة اليأس والعلاقة بالمهارات الاجتماعية للأطفال في مرحلة العمرية بين ٦-١٣ سنة وجد علاقة ارتباطيه موجبه بين كل من اليأس والاكتئاب وعلاقة ارتباطيه سالبيه بين اليأس ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية.

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ٢٣ : ٢٤)

وعند دراسة الفرق بين الجنسين في الاكتئاب واليأس كانت دراسة حسين على فايد ١٩٩٨ بهدف التعرف على الفروق بين الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها على عينه عمرها ١٧ - ٢٤ سنة على انه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث في كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار .

(حسين على فايد ، ١٩٩٨ ، ص ٤١ - ٧٨)

عاشرا : القدرات المعرفية

يعتبر مفهوم القدرة المعرفية من أكثر المفاهيم غموضا إذ انه شأنك متشعب ، بل يعد من المفاهيم المعقدة نسبيا والتي تحتاج إلى تحليل ومناقشات عدة لكي يمكن تعريف المفهوم بمصداقية أعلى .

تعريف القدرات المعرفية :-

هناك كثير من التعريفات لكثير من العلماء حول مفهوم القدرة المعرفية، هناك من اتفقوا على تعريف ،وهناك من اختلفوا عليه ، ففي الوقت الذي عرف وكسلر (1958) Wechsler القدرة المعرفية على إنها نمط للقدرة الكلية لفرد ما على العمل في سبيل هدف وعلى التفكير والقدرة على التعامل بكفاءة مع البيئة ، فهذا النمط مميز لسنوك الفرد يتكون من قدرات ليست مستقلة تماما إلا أنه يمكن تمييزها نوعيا

(نوبس كامل ملكية ، ١٩٩١ ، ص ١ : ٢)

ويرى فؤاد أبو حطب ١٩٧٩ إنها نوع من التكوينات الفرضية
المستنتجة من أساليب الأداء المعرفي القابلة للقياس .

(فؤاد أبو حطب ، ١٩٧٩ ، ص ٢٣٦) (على مرزوق محمد ، ٢٠٠١ ، ص ٢٠)

هذا في حين أن فرنوس (D.Fureneaux) حدد الشخص المرتفع
القدرة المعرفية على انه الشخص الذى يكتمل فيه دالة لثلاث خصائص للأداء
الذكى مستقلة نسبيا وهى السرعة والدقة المثابرة .

(ر.و. بين ، ١٩٩٣ ، ص ٣٠-٣١)

ويرى لويس كامل ملكية (١٩٩٧) أن القدرة المعرفية لا تتوقف عند
حد التعامل بكفاءة مع البيئة والقدرة على التكفير والعمل فى سبيل هدف بل
تجاوزت ذلك معبرة عن فهم الأفكار المعقدة والتعليم من الخبرة والقدرة على
الاستدلال والتغلب على العوائق من خلال الفكر .

(لويس كامل ملكية ، ١٩٩٧ ، ص ٢٨١)

ومما تقدم يبدو أن هناك اختلافا كبيرا بين العلماء فى تحديد اى
القدرات التى يمكن أن تعبر عن المعرفة مما يسبب فى عدم ثبات مفهوم صلب
للقدرات المعرفية .

فتعريفات العلماء فيما سبق تركز على قدرات خاصة كما يراع منظريها
، ولذا فيمن المستحسن أن تتخذ الدراسة تعريفا لها يركز على الاداة المستعملة
، فيها - مقياس ستانفورد - بينيه فى صورته الرابعة ويمكن أن يعبر عنها على
أنها درجة المفحوص العمرية فى الوظائف المعرفية الفرعية وتم اختيار عشر
اختبارات للتطبيق فى الدراسة والمجالات المعرفية الأربعة والدرجة المعرفية
الكلية على مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة) هذه الدرجات التى يمكن
تقديمها وتحليلها فى الصفحة النفسية للمفحوص ونموذج القدرات والتأثيرات
المستنتجة .

نموذج تنظيم القدرات المعرفية في الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد بينييه للذكاء .

وفي الوقت الذي اعد فيه الفريد بينيه وتيودور سيمون اختبارهما لقياس الذكاء في فرنسا توصل شارلس سبيرمان عالم النفس الانجليزي إلى نموذج الوظائف المعرفية وذلك باستخدام التحليل العاملي وافترض في هذا النموذج أن كل القدرات العقلية يمكن التعبير عنها بوصف إنها تعبير عن عاملين احدهما عام (g) بين كل القدرات والأخرى خاص (S) بالقدرة المعينة ويختلف هذا العامل في كل الحالات عن العوامل الخاصة بالقدرات الأخرى وذلك ما يسمى بنظرية سبيرمان أو نظرية العاملين .

(لويس كامل ملكيه ، ١٩٩٨ ، ص ١)

وقد أنكر ثرستون ١٩٣١ في نظريته (العوامل الطائفية) وجود العامل العام وأكد على وجود مجموعة من القدرات العقلية الأولية المستقلة ، واستعاضى عن العامل العام برسم بروفييل الخاص بكل شخص ليبين موقعه في كل قدرة من القدرات ولاحظ باحثون آخرون أن البروفيلات الخاصة بعينه ثرستون تبين أن الشخص المتميز في احدى هذه القدرات يميل إلى الحصول على درجات جيدة في القدرات الأخرى مما يدل على وجود الذكاء .

(شادية عبد العزيز مهندي ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٢) (عبلة محمد الجابر ، ٢٠٠٢ ، ص ٧٠)

وقد أدرك سبيرمان منذ البداية ثم نتيجة لبحوث تلاميذه أن نظرية العاملين لا تكفي لتفسير كل الحقائق ومنها انه حين تتشابه الوظائف فإننا نحصل على درجة معينة من الترابط أكثر مما يمكن تفسيرها على أساس العامل العام وعلى ذلك فانه قد يكون هناك فئة ثالثة من العوامل وسط بين العاملين فلا هي عامة تدخل في سائر العمليات العقلية ولا هي فرعية يقتصر فعلها على عملية خاصة وهي ما سماها العوامل الطائفية مثل العوامل الحسابية والميكانيكية واللغوية واعتبرها سبيرمان أقل أهمية من العامل العام .

(لويس كامل ملكيه ، ١٩٩٨ ، ص ٦)

ويميل ثورنديك وزملاء معدى الصورة الرابعة من المقياس سستانفورد بينيه إلى تعريف العامل العام (g) المتضمن فى مقياسهم على انه يتكون من التجمع المعرفى وعمليات الضبط التى يستخدمها الفرد لتنظيم الاستراتيجية التواؤمية لحل المشكلات الجديدة ، ذلك أن هذا العامل هو ما يستخدمه الفرد حين يواجه مشكلة لم يسبق له تعلم حلها .

(لويس كامل ملكيه ، ١٩٩٧ ، ص ٢٨٣) (إيهاب محمد خليل ، ٢٠٠١ ، ص ١٣) (السعيد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٠)

ثم ظهرت نظرية جود فرى طومسون المعروفة باسم نظرية العينات التى يفترض فيها وجود عدد كبير من العناصر المستقلة (نيورونات أو صلات أو رابطة بين مثير واستجابة) ويتكون كل نشاط عقلى من عينه محدودة من هذه الوحدات يؤدى هذا التداخل بين العينات إلى ارتباط أوجه النشاط العقلى .

وقد استقر نموذج القدرات بوصفها متعددة الإبعاد ومتخصصة نسبيا خلال وبعد الحرب العالمية الثانية ومن أمثلة تطبيق ذلك نموذج بطارية سلاح الطيران الامريكى التى تكونت من ٢٠ اختبار وتصنيف العاملين فى سلاح الطيران وظهرت عدة بطاريات من أهمها بطارية الاستعدادات الفارقة (DAT) والبطارية العامة لاختبارات الاستعدادات والبطارية العامة لاختبارات الاستعدادات (GATB) وتوصل هذا النموذج إلى قمته جليفورد الذى افترض نموذجا ثلاثى الأبعاد المضمون والعمليات والنواتج.

(لويس كامل ملكيه ، ١٩٩٨ ، ص ١ : ٢)

مما سبق يتضح أن الصورة الحديثة للمقياس صالحة تماما وفى كل الأعمال هذا بالإضافة ومن جانب آخر وبنفس المنحنى تغاير طرق تشغيل المعلومات أخرج (J .P.Das) نموذجا لقدرات العقلية الممثلة فى بطارية كوفمان لتقييم الأطفال (K.A.B.C) والتى تقوم على أساس افتراض وجود معين من عملية تشغيل المعلومات : تشغيل يتم فى نفس الوقت وآخر يتم فى تعاقب .

وفى دفاعه على الدور الاساسى للعامل (g) قام روبرت لى ثورنديك بتحليلات إحصائية لآلاف معاملات الارتباطات التى حصل عليها من دراسات

أجريت على بطارية الاستعدادات الفارقة والبطارية العامة لاختبارات الاستعدادات وبطارية ثالثة تستخدم في الجيش الامريكى وقد خلص من هذه التحليلات إلى أن القدر الأكبر من التنبؤ الذى يمكن القيام به من اى مجموعة من الاختبارات المعرفية يتعين أن ينسب إلى القدرة العامة المشتركة بين هذه الاختبارات .

جوانب القوة التى تتميز بها الصورة الرابعة عن باقى الصور السابقة من مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء .

أعد ثورنديك وهاجن وساتلر الصورة الرابعة لتحقيق الإغراض التالية:

- ١) المساعدة فى التمييز بين التلاميذ المعاقين عقليا والتلاميذ الذين يعانون من صعوبات معينة فى التعليم .
- ٢) مساعدة المعلم والاختصاصى النفسى فى فهم السبب فيما يواجهه تلميذ معين من صعوبات فى التعليم المدرسى .
- ٣) المساعدة فى التعرف على التلاميذ الموهوبين
- ٤) دراسة ارتفاع المهارات المعرفية لدى الأفراد من سن ٢ إلى مرحلة الرشد .

(لويس كامل مليكه ، ١٩٩٨ ، ص ١١)

وقد احتفظت الصورة الرابعة بثلاث جوانب للقوة كانت متوفرة فى الصورة السابقة هذه الجوانب هى :

- ١) أسلوب الاختبار التوافقى Adaptive Testing فلا تنطبق كل فقرات المقياس على كل المفحوصين كما أن المفحوصين من نفس العمر الزمنى لا يتحتم أن يستجيبوا كلهم لنفس الفقرات فكل فرد يختبر فى مدى من المهام تتفق مع مستوى قدرته
- ٢) تقديم مقياس مستمر لتقييم الارتفاع المعرفى من سن ٢ حتى مرحلة الرشد .

٣) تنوع المضمون والمهام ولكن مع إسقاط الصياغة السابقة التى كانت تقوم على أساس المقاييس العمرية وبدلا منها وضع كل الفقرات من

نوع واحد (مثلا كل فقرات المفردات) فى اختبار واحد بحيث يمكن تقييم الوظيفة المعرفية المعينة للفرد تقييما أكثر كفاءة .

(لويس كامل مليكه ، ١٩٩٤ ، ص ١٣)

بالإضافة إلى ما يتوفر للصورة الرابعة من صفات مشتركة عامة من مقياس ستانفورد - بينيه فى صورة على مخلف تواردتها وهى :-

١- الترتيب والتصنيف على أساس الصعوبة

٢- تقيس الذكاء قياسا شاملا وكليا

٣- صممت لتطبق بصورة فردية بواسطة أخصائين على درجة عالية من المهارة.

(ليون تايلر ، ١٩٨٩ ، ص ٦٩ ، ٧٠)

تتميز الصورة الرابعة عن الصور السابقة وعن الكثير غيرها من اختبارات القدرة العقلية العامة بالجواب التالية :-

١- تغطية أوسع للمهارات المعرفية

٢- مرونة أكبر فى تطبيق المقياس

٣- ثبات اعلى ، اختبارات أكثر دقة وتحديدًا

٤- توفير فرص للتوصيل إلى تقييم أكثر تفصيلا للوظائف المعرفية

(لويس كامل مليكه ، ١٩٩٧ ، ص ٣٤٥)

بشكل عام هناك كما يذكر روبنسون ونانسي (١٩٩٢) تنفرد بهما

الصورة الرابعة عن كل صور المقياس السابقة:-

١- التمثيل الواضح والقوى للعبقرية والتركيز عليها بطريقة واضحة

٢- شمول المعايير لكل الأعمار وتوسعها شكلا يشمل الثقافات المختلفة

والمبتاينة

(Robinson, Nancy M.- 1992)

وفى اعتقاد جلوب وآخرون (١٩٩١) أن الصورة الرابعة تتميز بقدرة

كبيرة على المرونة مما يمكنها من الاستخدام من ذوى مشكلات السمع فى

دراسته لتطويع المقياس لذلك الغرض كانت أهم نتائج دراسته انه اخرج

بطارية تتكون من ذاكرة الخرز ، تحليل النمط ، النسخ ، ذاكرة

الموضوعات تمكن من اختبار هذه الفئة كما انه يرى أن مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة) يمكنها أن تركز في كل الأعمار ولمختلف المستويات والثقة في اظهارها للبيانات البين شخصية كبيرة بين الأفراد .

(Gloub V.E & Kamphous, R W . 1991 .pt.2)

كما أن كلين (١٩٩٣) Kline et al يقول انه لا يوجد مثل مقياس الصورة الرابعة (المقياس الغذ) فهو الوحيد الذي شملت متغيراته أكثر مساحة ممكنة معرفية ممثلة للأطفال والتي لم توجد في اي من المقاييس الأخرى مثل كوفمان أو كسلر .

(Kline et al . 1993 . p 5)

وأخيرا ترى انستازى (١٩٩٧) Anstasi 1997 أن هذه الصورة من المقياس هي الأوسع انتشارا سواء طبعة ديلاى وهوبكثير (١٩٨٧) أو طبعة ثورنديك وهاجن وساتلر (١٩٨٦) الطبعة أ أو ب فقد احتفظت هذه الصورة بأهم خاصية في الطبقات الأولى من المقياس وهى التطبيق الفردى والصلاحية لكونها أداة كينيكية فقد عكست هذه الطبعة التفاعل الحديث بين نمو التعميمات النظرية العامة للوظائف المعرفية ومنهجية بناء الاختبار وفيما يبدو أن التواصل اى من الاستعانة بالتجارب السابقة للمقياس في مختلف الأنشطة كما قد زوى تكيف كل مهمة حسب مستوى الصعوبة والمستوى العقلى والدانى للمفحوصين كما روعى أهمية السبق بفقرة تدريبية .

وفى الصورة الحالية من المقياس انتفى أهم عيوب الصورة السابقة وهو عدم الاعتماد الكلى على المهام اللفظية فقد وزعت المهام على العمليات المكانية والكمية والذاكرة قصيرة المدى وجمعت الفقرات المتشابهة فلا كل اختيار من نفس النوع وتحددت مستويات مرحلية لكل مرحلة سنيه كل على حده فالأداة الحالية وبنفس المنهج تستخدم بداية من سنتين وحتى مرحلة الرشد .

فهذه الطبعة الحالية من المقياس تشكل تقدما حقيقيا بشكل عام فهو مقياس مرن للقدرات العامة والنوعية أيا كانت القدرات فى بعدها أو

تنوعها أو شمولها أيا كان غرض المقياس ويعتبر في شكلة وموضوعه أقرب المقياس لطبيعة ونظرية الذكاء المعاصرة.

(Anstasi Anne & Urbina Susana . 1997,p207-214)

فالصورة الرابعة على ما سبق محدث نسبيا من الطبعة الأمريكية للمقياس التي أخرجها ثورنديك وسالير (١٩٨٦) تمتد لتقييم قدرات الأفراد في العينة العمرية من سنتين إلى أكثر من سبعين عاما بخصائص مقننه للبيئة العربية المصرية.

تعقيب

تناول هذا الفصل مفهوم الاكتئاب والنظريات المختلفة في تناولها في مفهوم الاكتئاب والعلاقة السلبية بين الاكتئاب وتقدير الذات والمهارات الاجتماعية والعلاقة الايجابية بين الاكتئاب واليأس ونجد أن هناك مدارس مختلفة تناولت علاج الاكتئاب منها العلاج المعرفي السلوكي .

↖

الفصل الثالث

العلاج المعرفى السلوكى

مقدمة.

أولاً: العلاج المعرفى

- تعريف العلاج المعرفى

- مبادئ العلاج المعرفى

- الصياغة المعرفية السلوكية للأكتئاب

ثانياً: العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

- الأفكار الالعقلانية

- تعريف الأفكار الالعقلانية

- فروض نظرية إيس فى العلاج العقلانى السلوكى

- مبادئ نظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

- العلاج العقلانى الانفعالى للأطفال والمراهقين



الفصل الثالث

العلاج المعرفى السلوكى

مقدمة

لقد أصبحت فنيات العلاج المعرفى السلوكى وشكل متزايد تتمتع بشعبية واستخدام عال لدى ممارس ومعالجى الصحة النفسية، وفى الحقيقة هناك زيادة ٦٠٠ % فى اهتمام المعالجين فى العلاج المعرفى منذ ١٩٧٠ ولقد أشارت التقارير المقدمة من ١١٣ معالجا نفسيا أن أكثر ثلاثة اندماجات نظرية استخدمت فى ممارستهم قد تضمنت العلاج (السلوكى المعرفى، المعرفى، السلوكى)
ويعد هذا الأسلوب العملى التى تتمتع به فنيات هذا العلاج فى معالجة العديد من الاضطرابات كما انه يستخدم لفترة علاج قصيرة. كما أنه ينسجم مع الأنواع العلاجية الأخرى، ويبدو أن مفاهيمه تناسب التطورات النمائية الحالية فى علم النفس المعرفى، وعلم النفس الاجتماعى، وأيضا المفاهيم الأخرى لعلم النفس التطورى كما يضم فنيات من المدرسة التحليلية السيكونديامييه ومن الاتجاهات الأخرى.

(Dattillio & Freeman .1994.XV - VVI)

يعتبر العلاج المعرفى السلوكى اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفى بفنياته المتعددة والعلاج السلوكى بما يضمه من فنيات ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى الأبعاد أو يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفى أو الانفعالى أو السلوكى

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ١٧)

ويعد العلاج المعرفى السلوكى هو احد التيارات العلاجية الحديثة والتى تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفى للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع العميل بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هى التى تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل ادراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محل طرقا أكثر

ملاءمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفيه وسلوكية وانفعالية لدى العميل.

(أحمد أحمد متولى ، ١٩٩٣ ، ص ٦٧)

وقد ساعد على نمو مدرسة العلاج المعرفى السلوكى عوامل أهمها (١) عدم قناعة العديد من علماء النفس بالتفسير السلوكى الكلاسيكى لدور التعلم فى إحداث المرض النفسى أو فى تشكيل الاستجابات الخاطئه مع إهمال المشاعر والأفكار.

(٢) قيام عدد من علماء النفس العاملين فى مجال العلاج والارشاد النفسى بالتأصيل النظرى لتلك النظرة مثال كيلي - بيك - إليس

(٣) إخضاع النظرية للتجريب ونجاح الممارسة العلاجية والإرشادية على يد علماء مثل (روتر Rotter وماهونى Mahony ومكينيوم Meichenbaum) (صلاح العراقى ، ١٩٩١ ، ص ٢٦-٢٩) (محمد توفيق ، ١٩٩٧ ، ص ٥٨-٥٩)

(٤) لعبت جهود علماء ومفكرين مثل بياجيه وغيره دوراً أساسياً فى دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل وخاصة ربطة بين النمو العقلى والنمو الخلقى .

(٥) لعبت الثورة العلمية الحديثة التى أصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب والنتيجة معا دوراً أيضاً، حيث شبه البعض المعانجات فى المخ البشرى بالمعالجات التى تتم فى الحاسب الالى على شكل مدخلات . عمليات ، مخرجات ، تغذية مرتدة ، هكذا . (محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ص ٢١٢)

بالإضافة إلى مساهمات كلى وبيك وإليس ومكينيوم فى تطور العلاج المعرفى السلوكى كان هناك أيضا أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى الإسراع بتطور هذا النوع من العلاج ومن ذلك على سبيل المثال دور ارنولد Arnold ١٩٦٠ ولازاروس Lazarrus ١٩٦٦ فى التأكيد على أهمية الجانب المعرفى تغيير الإنفعالات والسلوك ودور باندورا Bandura ١٩٥٧ من خلال (نظرية التعلم الاجتماعى) فى إبراز أهمية الجانب المعرفى فى تطور السلوكيات الجديدة وكذلك إسهامات " ماهونى Mahoney " فى محاولته ، كما فعل " مكينيوم " إضفاء

صيفه معرفيه على العلاج السلوكى من خلال ماكتيه حول التحكم المعرفى فى السلوك .

(Blackburn & Twaddle 1996.p2)

ومع ذلك تعتبر اعمال كل من بيك وإليس هى الرائدة فى تطور العلاج المعرفى السلوكى قياسا على مساهمات المنظرين الآخرين.

(Rachman . 1997. p 13)

تعريف العلاج السلوكى المعرفى

يعرف العلاج السلوكى المعرفى بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك وأيضا نتيجة السلوك غير التكيفى من خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ويستخدم هذا التكنيك فى تعديل السلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار وفى أماكن مختلفة فى المنزل وفى المدرسة والعمل وقد وجد تداخل بين كل من الأساس المعرفى والعلاج السلوكى المعرفى والنظرية المعرفية وتخيل السلوك المشكل ووضع خط العمل على علاجه حيث أن العلاج السلوكى المعرفى يعمل على تغيير السلوك بعدة طرق واضحة هى (التدخل المعرفى - لعب الدور - التعزيز الايجابى) .

(Alannekazedin ,1994 , P.4)

ويعرف أحمد أحمد متولى ١٩٩٣ بان العلاج المعرفى السلوكى أساليب متعددة من أهمها التحكم الذاتى. التعبير عن الذات بطريقة لفظية وفنيات عديدة من إعادة البناء المعرفى ومن أهم الفنيات إعادة البناء المعرفى العلاج العقلانى الانفعالى، التدريب على التوجه الذاتى. الإعادة التدريجية للبناء العقلى. العلاج المعرفى السلوكى الجماعى.

(احمد احمد متولى ، ١٩٩٣ ، ص ٦٧)

تعريف قاموس علم النفس ١٩٩٤

العلاج المعرفى السلوكى هو منهج فى العلاج النفسى ويأخذ شكل العلاج السلوكى ولكن هدفه ممتد لتحسين المعرفة لدى المريض ومواجهة سوء التكيف فى السلوك والمعتقدات.

(Peter & Nicky.1994.p36)

أن العلاج المعرفى السلوكى علاج قابل للتطبيق فى المجتمعات المختلفة لأنه على الرغم من أن له قواعد محددة بحيث يعامل كل مريض كحالة فريدة لها خصائص نفسية خاصة بها وعلى الرغم من استخدامه فى العالم المعرفى ، يرى قتيبه وفهد ١٩٩٥ بان العلاج المعرفى السلوكى هو العلاج الأنسب للتعامل مع المشكلات النفسية فى المجتمع العربى .

(قتيبه ، فهد ، ١٩٩٥)

وفى دراسة حول اثر جنس المريض فى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الاكتئاب الاساسى أن احتمال استفادة الذكور من العلاج المعرفى السلوكى تشابه لاحتمال استفادة الإناث.

(Thase – étal .1994)

فعالية العلاج المعرفى السلوكى

أن النجاح الذى أحرزه العلاج المعرفى فى علاج عدد من الاضطرابات الاكتئابية وخفض مخاطر التعرض للانتكاس، قد شجع على استخدامه فى مشكلات إكلينيكية غير الاكتئاب ... ويتمشى هذا الاستخدام واسع النطاق مع النموذج المعرفى ، الذى لم يكن مقصودا ،منذ البداية ، أن يقتصر على الاكتئاب ولكن استخدامه فى علاج اضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى .

(جان سكوت وآخرون، ٢٠٠٢، ص ٩)

وتناول العلاج المعرفى السلوكى الاضطرابات النفسية بالدراسة والبحث فهناك الدراسات العديدة التى أجريت باستخدام العلاج المعرفى السلوكى وأثبتت فعالية تناوله للفنيات المختلفة للاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب القلق،

اضطرابات الهلع اضطرابات الوسواس القهري ، اضطرابات الضغوط التالية
للصدمة ، اضطرابات الأكل ، المشكلات الزواج والعائلة ، اضطرابات الشخصية ،
سوء استعمال العقاقير ، الفصام .

والعلاج المعرفى السلوكى نال شهرة واسعة فى بداية استخدامه كعلاج
مناسب للاكتئاب مثل دراسة صلاح الدين عراقى ١٩٩١ ، هشام عبد الله ١٩٩١

Jacobson & Jones & pulos 1993 ، Burns etal 1992

Lehman 1997 ،Hollon1996

Butler استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام دراسة

Sapp 1996 , Borkovec & Costello 1993 , etal 1990

Beck1991 / وأيضاً فى علاج اضطرابات الهلع فى دراسة ١٩٩١

Dattillio & Berchick 1992 , Margraph & Schneider 1991

Dattillio & Kendall 1994 , Clum etal 1993

وتشير العديد من البحوث أن العلاج المعرفى السلوكى فعال فى علاج

اضطرابات الوسواس القهري سواء كانت المشكلة أفعالاً قسرية أو أفكار تقتحم

ذهن المريض مثل دراسة Vanoppen & Arntz 1994.

وفى مجال العلاج النفسى لاضطرابات الأكل أصبح من المؤلف، بناء

على نتائج الدراسات فى هذا المجال ، لدى المتهمين بعلاج هذه الاضطرابات

الاستعانة بالعلاج المعرفى السلوكى ، وتفضيلة فى الكثير من الحالات على غيره

من أنواع العلاج المتوفر للتعامل مع أنواع محددة من اضطراب الأكل مثل الشره

العصبى Bulimia Nervsa والأكل بشراهة Binge eating لدى الذين

يعانون السمنة ، فقد الشهية العصبى ، lanorxia nervosa ، دراسة

Kern.etal 1994 ، Atkinson etal 1992 ، Fairbun etal 1991

Marks 1997 ، Brambilla 1995 ، Rongpisthipong etal 1995

Monteleone etal 1998 ، Thiels etal 1998 ، Bulik etal 1998 ،

.Garner 1992, Sullivern etal 1998 ،

وهناك ما يشير إلى أن علاج المعرفى السلوكى علاج فعال فى علاج

سوء استعمال العقاقير مثل دراسة Liese ، Beck et al 1993

. Lises & Franz 1996 ، 1993.1994a.1944b

وحديثاً بدأت محاولات جادة الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى فى مساعدة الذين يعانون من الاضطرابات الفصامية ، مع أن التعرف على مدى الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى فى مثل هذه الحالات يحتاج إلى المزيد من الدراسات والجهد وهناك دراسات أجريت فى هذا المجال مثل دراسة Paris ، 1989 ، Kingdon & Turkinytom 1991 ، Tarrier etal 1993 ، Morrison 1994 .

وأيضاً الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الاضطرابات التالية للصدمة مثل دراسة Rothbaumx foa 1993 / DancaA& Foa 1992 Abeug 1994 ويشير العلاج المعرفى السلوكى إلى فعالية فى التعامل مع اضطرابات الشخصية مثل دراسة Armtz 1994 / Beck & Freeman etal 1990 ومع مشكلات الزواج والعائلة مثل دراسة ، Dattlio 1994 ، Dattlio & Padeky 1990

طرق العلاج السلوكى المعرفى

وهناك عدد طرق إرشادية وعلاجية تأسست انطلاقاً من المبادئ النظرية للعلاج السلوكى المعرفى وهى تشمل طرق ثلاث رئيسية وهى (١) طرق إعادة البنية المعرفية (CR) Cognitive Restructuing ظهرت مجموعة من طرق العلاج فى إطار العلاج السلوكى المعرفى تقوم على أساس إعادة البنية المعرفية وتقوم هذه الطرق على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى .. وتكون مهمة المعالج هى إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف ويمكن أن تدرج تحت هذه المجموعة طريقة إليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى وطريقة بيك (Beck) فى العلاج المعرفى وطريقة ميكينوم فى إرشاد الذات (محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ص ٢١٣)

(٢) العلاج القائم على تحسين مهارات التعامل المواجهة Coping . Skills Theropies ويظهر ذلك فى طريقة ميشينادم فى دراسة التدريب على التعليم الذاتى ، وخاصة تعليم الأطفال مفرطى النشاط Hhper Active طريقة تعليم أنفسهم السلوك الفعال والمناسب فى حجرة الفصل الدراسى (لويس مليكه ، ١٩٩٤ ، ص ١٧٥ : ١٧٦)

(٣) العلاج من خلال حل المشكلة (PS) Problem . Solving Therapies وتبرز فى مجال بحوث سيفال وشور وزملانها ، وما يرتبط بها من ممارسات سواء فى العلاج السلوكى - المعرفى أو فى الأساليب الوقائية التى تشمل الوالدين .

ونتناول فى هذه الدراسة العلاج المعرفى السلوكى من خلال العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى (إليس (Ellis)) والعلاج المعرفى بيك (Beck)) ونتناول فنيات المستخدمة فى كل منهما وبشكل عام فان التقارب بين الأسلوب قوى للغاية كما يقول إليس (Ellis) (١٩٩٢) لقد أسست العلاج المعرفى العقلانى الانفعالى عام ١٩٥٥ بدمجى لبعض من مبادئ الفلسفة والعلاج المعرفى النفسى السلوكى (Ellis.1992.p63)

وفى مجال العلاج الجماعى العقلانى الانفعالى واستناداً إلى طرق العلاج المعرفى السلوكى يقول إليس (Ellis) (١٩٩٢) عندما بدأت العلاج الجماعى العقلانى الانفعالى عام ١٩٥٩ قمت تقريباً باستخدام جميع طرق العلاج المعرفى السلوكى التى سبق استخدامها مع المرضى فى العلاج الفردى .

(Ellis.1992.p64)

ويقول إليس (Ellis) (١٩٩٢) انه فى حيث لا يبدو نوع معين من العلاج النفسى مناسب للمساعدة النفسية لإفراد هذا الأنواع المختلفة من الجماعات العلاجية ، فان العلاج العقلانى الانفعالى والمعرفى السلوكى يتضمن أنواعا عديد مختلفة من الفنيات التى يمكن بسهولة تكيفها آية مجموعة علاجية. (Ellis.1992.p78)

وفى الكتابات الحديثة يؤكد إليس (Ellis) على التشابه بين مدرسة وبين صور العلاج السلوكى المعرفية التوجه (لويس مليكه ١٩٩٤ ، ١٧٥) حتى انه قام حديثا بتغيير اسم مدرسته العلاجية لتصبح العلاج العقلانى الاتفعالى السلوكى

(Corey 1997 . p 318)

وأكد إليس (Ellis) ١٩٩٢ فان العلاج المعرفى السلوكى والعلاج العقلانى الاتفعالى يفضلان أسلوب التجريب العملى للتحقيق من كفاءتهما ولذا نتج عنهما فئات من الدراسات المضبوطة ولذلك أكد إليس استمر المزايا والخصائص العلاج المعرفى السلوكى والعقلانى سيستمران فى التغير والتطور .

(Ellis.1992.p79)

تدرب بيك (Beck) مثل إليس (Ellis) على التحليل النفسى ، كما انه أيضا وجد أن منهج فرويد غير كامل عندما أعاد فحصه فى أوائل الستينات ، ولقد عرف منهج بيك (Beck) بالعلاج المعرفى ركز علاج بيك على البصيرة ، يؤكد على تمييز وتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات غير التكيفيه والتسى تعرف بالأطر التخطيطية للفرد ومنهج بيك مبنى على المنطق النظرى بان أسلوب الناس فى الشعور والسلوك يتحدد بواسطة الكيفية التى يدركون ويشكلون بها خبرتهم ولقد طور بيك نظرتين مستقلا عن إليس ، لكن كل المنهجين لدية نفس الهدف وهو مساعدة المرضى على التمييز والتخلص من الأفكار الهادمة المحبطة للذات ، ولقد تبادل بيك وإليس الأفكار ونسب بيك لإليس تقديم المفهوم الاساسى الجوهري بان معتقدات الناس يمكن الوصول إليها ، وبلغت النظر حتى الشك بقيمة التركيز على المتغيرات المعرفية كأسلوب لتغير المشاعر والسلوك .

كما اعتبر إليس (Ellis) أن بيك (Beck) مفكر واضح للغاية قدم

من خلال أبحاثه مساهمات رئيسية جوهرية للعلاج النفسى .

(Wekshanr . 1993)

ولقد نسب إليس (Ellis) لبيك (Beck) وتلاميذه قيامهم بعمل دقيق غير عادي في جمع معلومات قيمة عن المعتقدات المختلة وظيفيا ، وعن كيف أن تغييرها يؤدي إلى تقدم التحسن العلاجي .

(Corey.1996.p337)

ونجد أن بيك (Beck) له دور هام في تغيير الأفكار الاتوماتيكية التلقائية لدى المرضى من خلال تقديم فكره (إعادة بناء الأفكار التخطيطي) . وإشارات الدراسات الكلينية إلى أهمية العلاج المعرفي في معالجة مشكلات المختلفة من الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب .

عند تناول العلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي فإنهما يشتركان في

الخصائص التالية :-

- العلاقة المتعاونة بين المرضى والمعالج
- المقدمة المتضمنة أن العسر النفسي ينجم عن الاضطرابات في العملية الادراكية .
- التركيز على تغيير الادراكات من اجل إنتاج تغييرات مرغوبة في المشاعر والسلوك
- البرامج العلاجية المحددة الوقت والذي تركز على مشكلات مستهدفة محددة مبينه بأحكام
- تستند البرامج المعرفية السلوكية على نموذج تعليمي نفسي محكم البناء ومنظم.
- تؤكد جميعها دور الواجبات المنزلية . وتضع مسؤولية على المريض لذا فهي تفترض دورا نشيطا للمريض خلال انجلسات العلاجية وخارجها .
- كما أنها تستخدم أنواعا من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لإحداث التغيير.

(Corey.1997.p318-319)

ولكن هناك فروقا أساسيه بين العلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي وخاصة ما يتعلق بالأساليب العلاجية والنموذج العلاجي فالعلاج العقلاني الانفعالي مباشر بشكل مقنع ، ويستخدم أسلوب المواجهة ، كما أنه يركز على الدور

التعليمى للمعالج وعلى العكس العلاج المعرفى يستخدم الحوار السقراطى بتقديم أسئلة بنهايات مفتوحة للمرضى لجعلهم " يفكرون مليا فى قضاياهم الشخصية وليتوصلوا إلى استنتاجاتهم الخاصة بهم كما انه يصنع تأكيد اكبر على مساعده المرضى فى اكتشاف مفاهيمهم المغلوطة والمتعلقة بذواتهم واستخدم نظاما بنائيا محددًا أو واضحا أكثر مما يفعل العلاج العقلانى الانفعالى .

ومن خلال عملية الأسئلة التاملية يحاول المعالج المعرفى أن يتعاون مع المرضى فى فحص صدق وشرعية ادراكاتهم وهذه دعاها بيك بالتجربة التعاونية، والتغيرات العلاجية هى النتيجة الحتمية للمرضى الذين يواجهون معتقداتهم بتقديم براهين مناقضه لها والتي قاموا بأنفسهم جمعها وتقييمها.

وفى الجانب الأخر فان إليس (Ellis) يعمل على إقناع المرضى بان بعض من أفكارهم لاعقلانية ويريهم أن هذه الأفكار لا تجدى وذلك من خلال عملية المناقضة (الدحض العقلانى) ويهدف إليس القيام متعدد بجعل المرضى يفتشون عن أفكارهم المطلقة والمتشدد حتى يتم التخفيف منها بشكل متكرر .

قدم بيك (Beck) استثناء لمفهوم إليس (Ellis) حول الأفكار اللاعقلانية بقوله أن إخبار المرضى إنهم " يفكرون بشكل لاعقلانى " بشكل عاملا مؤذيا وضار حيث أن العديد من المرضى يؤمنون بأنهم يرون الأشياء كما هى فعلا فى الواقع " كما انه اعتبر المعتقدات المختلفة وظيفيا بأنها " سببه للمشكلات النفسية ، لأنها تتدخل بالجوانب المعرفية الاداركية العادية وليس لأنها غير عقلانية .

(Corey .1997 . p 340)

ومهما كان الأمر فان هناك تشابها كبيرا بين نظريا إليس ونظرية بيك (Beck) وهناك اختلاف فى بعض الجوانب فمن حيث التشابه يتفق كل من إليس وبيك على :

(١) أن معظم الاضطرابات النفسية تنشأ من وجود أخطاء معرفية أو أخطاء

فى المعالجة المعرفية للميزات أو كلاهما .

(٢) أن هدف العلاج هو تصحيح هذه الأخطاء

٣) التركيز على المشكلات الحالية والتفكير الحالي وليس على الإمكانات في تقصى تاريخ المريض كما كان مألوفاً في أنواع العلاج النفسى المبكرة.

٤) استخدام الأساليب السلوكية في العلاج المعرفى السلوكى (Rach man 1997.13)

ولكن نظرية بيك تختلف عن نظرية إليس (Ellis) فى عدة نقاط لعمل أهمها .

١) أن أسلوب إليس (Ellis) يميل أكثر إلى المواجهة والتوجيه وذلك بخلاف أسلوب بيك الذى يعتمد بدلا من ذلك على تشجيع المريض على اكتشاف أفكار غير الفعالة بنفسه.

٢) بخلاف ما هو فى نظرية إليس (Ellis) تقدم نظرية بيك (Beck) نماذج مختلفة للاضطرابات النفسية، نموذج المعرفى للاكتئاب، نموذج المعرفى للقلق على سبيل المثال وتبعاً لذلك تستخدم تدخلات مختلفة تتناسب مع النموذج الخاص بالاضطراب الذى يتعامل معه المعالج (Corey.1991.p228)

٣) يعتقد بيك أن تعديل أساليب الشخص فى التفكير ، وكذلك طرائق إدراكه لنفسه ولبينته هو جوهر العلاج المعرفى (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨، ص١١٢) (شاكر عبد الحميد ، ٢٠٠٣ ، ٤٦٠)

٤) تتصف نظرية بيك (Beck) بالتماسك بينما إليس (Ellis) فى كتاباته إلى أسلوب قصصى وتفقد نظريته إلى الترابط (Rachman.1997.p14)

٥) يركز إليس (Ellis) كما هو الحال على محتوى المعرفى لدى المريض بينما ينظر بيك (Beck) نظرة أكثر تفصيلا لعملية المعرفية ويقسمها إلى مستويات متعددة، فهناك الأفكار التلقائية للمحتوى وأخطاء فى معالجة المعلومات (عملية التفكير) المتعلقة بأسلوب التفكير،

والاعتقادات والافتراضات غير الفعالة (البناء) وهكذا فان بك تخطى مجرد التعامل مع محتوى تفكير المريض

(Blackburn & Twaddle.1996.p3-4)

وعلى الجانب الآخر يعتبر إليس (Ellis) من رواد العلاج المعرفى السلوكى وهناك من يعتبر أن نظريته " العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى " النظرية الأولى فى العلاج المعرفى السلوكى وان النظريات الأخرى فى هذا المجال بما فى ذلك نظريه العلاج المعرفى لبيك (Beck) ونظرية التعديل المعرفى للسلوك لمكينيوم ليست سوى نظريات معدلة من نظرية إليس أو حتى مجرد امتداد لها .

(Corey .1991 .p234)

مبادئ العلاج المعرفى السلوكى

هناك مبادئ خاصة بالعلاج المعرفى السلوكى تتمثل فيما يلى:-
١) يعتمد العلاج المعرفى السلوكى على صياغة مشكلة المريض التى يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفى ويعتمد المعالج فى صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومن ذلك .
تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أى شى كما ينبغى) الأفكار التى تساهم فى استمرار الوضع الانفعالى للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (العزلة الاجتماعية، التردد، السلوكيات التى تتفاعل مع الأفكار وتدعمها) ثم يحاول التعرف على العوامل المرسبة التى أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض (حادثه محزنة) تغير شى مألوف، وبعد ذلك يتعرف على الأسلوب المعرفى الذى يفسر من خلاله المريض الحوادث التى يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ أو لوم النفس على الفشل) ويقوم المعالج بصياغة المشكلة فى الجلسات الأولى ولكنه يستمر فى إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

٢) يتطلب العلاج المعرفى السلوكى وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق فى المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع بالإضافة إلى كفاءة السعالج التى تظهر من خلال سير العملية العلاجية.

٣) يشدد العلاج المعرفى السلوكى على أهمية التعاون والمشاركة النشطة العمل كفريق مشترك فى وضع جداول عمل الجلسات وفى إعداد الواجبات المنزلية التى يقوم بها المريض بين الجلسات.

٤) يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة

٥) يركز المعالج على الحاضر فى معظم الحالات يتم التركيز المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضى فى حالة

١) رغبة المريض الشديدة فى القيام بذلك.

٢) عدم حدوث تغير يذكر فى الجوانب المعرفيه والسلوكية الانفعاليه

٣) عندما يشعر المعالج بان هناك حاجة لفهم الكيفية التى تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض

٦- العلاج المعرفى السلوكى علاج تعميمى، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه كما انه يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المريض بعد التحسن (الانتكاس)

٧- العلاج المعرفى السلوكى علاج قصير المدى يتم علاج معظم حالات الاكتئاب القلق فى مدة تتراوح ما بين ٤ - ١٤ جلسة.

٨- تتم الجلسات فى العلاج المعرفى السلوكى وفق جدول معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاستطاعة، التعرف على الوضع الانفعالى للمريض، يطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضى، إعداد جدول الأعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)، التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة، مراجعة الواجبات المنزلية، تقديم

ملخصات لما تم فى الجلسة بين الحين والآخر، ثم اخذ رأى المريض فيما تم فى نهاية الجلسة.

٩- يعلم المعالج المعرفى السلوكى المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

١٠- يستخدم العلاج المعرفى السلوكى فترات متعددة لإحداث تغييرات فى التفكير الوجدان، السنوك، يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية فنيات من مدارس أخرى وبالذات من المدرسة السلوكية. (J.Beck .1996.p5-8)

١١- يؤكد العلاج المعرفى السلوكى على أن المعالج صريحا مع المريض معه وجهة نظر (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التى يركز عليها العلاج المعرفى السلوكى نقل من الحارث (Blackburn & Twaddle . 1996.p9)

ونصل إلى إثارة سؤال يبرز أهمية تناول العلاج النفسى المعرفى السلوكى فى علاج الاكتئاب ؟

وهنا يثير براندون (Brendan 2000) تعدد الأساليب النفسية فى علاج الاكتئاب مستهلكة ومكلفة مقارنة بالعلاج بالعقاقير والصدمات الكهربائية لماذا إذا تستخدم أساليب العلاج النفسية ؟ احد أسباب فحص الأساليب النفسية هى انه بينما يودى العلاج الدوائى عموما إلى خفض ملحوظ فى الأعراض فانه دائما ما يترك المرضى اعلى درجة من المستويات المعيارية للإفراد غير الاكتئابيين على مقاييس الاكتئاب (Meleamandh Stiam .1990)

والأكثر من ذلك أن عمومية التحسن على امتداد المكونات المختلفة للاكتئاب (اى التقرير الذاتى للحالة المزاجية) والأعراض البدنية والسلوكية غير واضحة Hollom 1989 ويستجيب بعض المرضى بطريقة أكثر تباينا من الآخرين على المتغيرات المختلفة، إلا انه يصعب التنبؤ بمثل هذه الفروق (Rogers and

(Clay 1975

بالإضافة إلى ذلك لا يمكن علاج كل المرضى بواسطة العقاقير، فالنساء والحوامل، والمرضى ذو الاضطرابات العضوية الحادة، والكثير من المرضى المسنين غالبا ما لا يمكن علاجهم باستخدام الجرعات المناسبة والأمن من مضادات الاكتئاب وقد تكون الآثار الجانبية للعلاج الدوائي مثير لما يكفى من الأذى مما يجعل المرضى لا يستمرون فى العلاج ويذكر هولسون (Hollon 1981)

معدلات تتراوح بين ٢٠ إلى ٥٠ فى المائة لحالات ترك العلاج مضييفا إلى ذلك أن تقديرات الاستجابة للدواء بما تضخمت تناسبيا مع كثر انسحاب غير المستجيبين للعلاج، وقد يكون الحفاظ على مكاسب العلاج من الأمور المشككة، فالإكتئاب عادة ما يعاود المريض وبالتالي تستخدم الطرق الدوائية لفترة طويلة للمحافظة على النتائج Davis 1976 Cschan 1976 ولم يتم توفيق مخاطر هذا الإدمان على الدواء جيدا . ويعد Tricqelic المضاد للإكتئاب مشكلة كبرى فى حالة تعاطى جرعات زائدة . وحتى الجرعات الكاملة على مدى أسبوع يمكن أن تكون مهلكة Lader and Harriang tom 1990 .
(براندن . بر . براولى . ٢٠٠٠ . ص ١٢٨)

وهناك العديد من الدراسات التى تناولت المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير مثل دراسة جوتز وبولوس Jones & Pulos 1993 توصلت إلى نتيجة انه لا توجد فروق بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى علاج الاكتئاب واتفقت مع دراسة سترافنكس وآخرون Stravymskietal 1994 ولكن اختلفت مع دراسة جاكوبسون وهولسون Jacobson & Hollon التى وجد اختلاف بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير لعلاج الاكتئاب لصالح العقاقير وأيضا أكدت الدراسات التى أجريت على سرعة حدوث الانتكاسة حيث كشفت العديد من الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يعد اقل الأساليب العلاجية فى نسبة انتكاسة وان أثره يمتد فترة طويلة بعد انتهاء العلاج . (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤٨)

مثل دراسة Larsan 1995 , chadwick & lowe 1994
Waggoner 1998 , Stromer 1998 ، Cash & Grant 1996

أولاً : العلاج المعرفى

يعبر العلاج المعرفى من أحدث المدارس العلاجية والتي وضعها ارون بيك (Beck) ويمثل اتجاه بيك Beck الاتجاه الاستدلالي البنائى فى العلاج المعرفى السلوكى وقد شهدت فترة الثمانينيات وخصوصا الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على عدد كبير من الاضطرابات بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال وهو ما لم يكن موجوداً من قبل. (عادل عبدالله ، ٢٠٠٠ ، ص ٩٩)

ويستخدم العلاج المعرفى بنجاح فى علاج الاكتئاب والقلق والرهاب والاضطرابات الهلع واضطراب الوسواس القهرى واضطراب الأكل وسوء استعمال العقاقير وأيضاً اضطراب الشخصية ويستخدم العلاج المعرفى بشكل فردى أو علاج جماعى وأيضاً يستخدم العلاج المعرفى فى الاكتئاب الأطفال والمراهقين (John Rush etal : 2000:p 2168)

ويتميز العلاج المعرفى لبيك أيضاً بتعامله مع كل حالة حسب ظروفها حيث تم صياغة مشكلة كل مريض بناء على النموذج المعرفى الخاص بالاضطراب الذى يعانى منه . (Beck etal .1993.p27)
كما وجد أن فعالية العلاج المعرفى غير مرتبطة بعمر أو دخل (الحالة الاقتصادية) أو الخلفية الاجتماعية أو المستوى الاجتماعى للمريض، بالإضافة إلى ذلك يطبق العلاج المعرفى فى كثير من بلدان العالم كعلاج أساسى أو علاج مساعد لجميع الأمراض النفسية تقريباً. (Beck.J. 1996.p2)

أننا لا نستطيع فى الحقيقة أن نغزل الاضطرابات التى تصيب الأفراد عن الطريقة التى يفكرون بها وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التى يتفاعلون معها.

(جمعة سيد يوسف ٢٠٠١ ، ١٠٠:٩٩)

وعلاج بيك (Beck) المعرفى عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظريته أهدافها هى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وإنتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكار توافيقية ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية وهناك تأكيد على العلاقة بين المعالج والمريض والعلاج المعرفى علاج قصير الأمد وعادة ما يكون متوسط فترة العلاج أقل من خمسة عشر أسبوعا

(براندن ، ٢٠٠٠ ، ص ١٣٢-١٣٣)

صميم عمل العلاج المعرفى لبيك (Beck) هو التعرف على الافتراضات السلبية المؤدية إلى حالة مزاجية سالبة والتى من شأنها أن تزيد احتمالية توارد أفكار سالبة ومن ثم تأخذ فى خلق دورة فاسدة من الأفكار والمزاج ، وبعد التعرف على هذه الافتراضات السلبية هى الهدف الأساس للعلاج المعرفى واستبدال هذه الأفكار بأفكار دقيقة وإيجابية وموضوعية ، ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة سلوكية / معرفية ، ففى الجانب السلوكى يكلف المريض بعدد من الواجبات أو المهام المتدرجة التى يسعى إلى تزويد المسترشد بخبرات ناجحة وكذلك بعض الواجبات المنزلية أما فى الجانب المعرفى فيقوم على تدريب المسترشد على عمليات عقلية مثل التفرقة أو التمييز مثل التفرقة بين أنا أظن وهى فكرة يمكن أن تقبل التشكيك وبين أنا اعرف وهى حقائق لا تحتتمل الرفض وكذلك عملية الفصل أى أن يفصل العميل ذاته عن خبرات الآخرين وما يعلنونه

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٩ ، ص ٤٨٣)

يمكن الاستفادة بالعلاج المعرفى من خلال فنيات إعادة البناء المعرفى فى تخفيف درجة الاكتئاب لدى الأطفال التى أكدت الأبحاث على مدى صلاحية فى ذلك (Spence. 1994.p1203)

بدا الاهتمام بالاتجاه المعرفى فى العلاج النفسى مع العقد السابع من هذا القرن ولم يكن ذلك وليد الصدفة ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة الروايتين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار كما يعد امتداد لطريقة كل من (ادلر ، ودولارد ، ميلر) فى عرضة العلاج

(محمد محروس الشناوى . محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٢١١)

يعتبر العلاج المعرفى على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات والسلوك معا وان الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب حالات التفكير .

(زينب محمود شقير ، ١٩٩٩ ، ص ٥٢٢)

إذا كان المنحنى المعرفى قد ظهر أساسا كأسلوب لعلاج الاكتئاب والقلق لكنه اتسع الآن ليغطى معظم الأمراض النفسية وخاصة الأمراض النفسية التى تنتج عن الأخطاء أو التميزات فى التفكير بمعنى آخر أن الأفكار التى تقود إلى المرض النفسى تنجم عن مشكلات فى الطريقة التى تدرك وتخزن وتسترجع بها المعلومات .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ص ٩٩)

تعريف العلاج المعرفى

المعجم الموسوعى فى علم النفس (١٩٨٣) روم ، روجر

العلاج المعرفى شكل من العلاج النفسى تم استخدامه من جانب بيك (Beck) عام ١٩٦٠ ويفرض بيك (Beck) أن التفكيريات المريض (المعارف ذو مظهر معين ، وفى المقام الأول تحديد سلوكه ، فى الاعصبية وبصفة خاصة فى

الاكتئاب حيث احترام الذات التواضع يكون ميزة عامة فان تفكيرات المريض عن نفسه المذكورة تكون غير صحيحة بسبب التعلم الخاطيء فتكون المقدمات الخاطئة والتصورات السلبية المصدر لتلك التفكيرات على سبيل المثال ومن لم ينجز اى شىء يستحق النقد وهو فى سعيه أو محاولته قليل أساء التأويل للواقع يصبح اتوماتيكيا وتكون الأولوية الرئيسية فى العلاج المعرفى تصبح التصورات الخاطئة وبذلك نستأصل التفكيرات الاوتوماتيكية السلبية وبتأسيس التفكير الواقعى ويتخذ المعالج دور نشط فى أخذه وعى المريض إلى تفكيراته الاتوماتيكية ومساعدته فى التحقق بان هذه التفكيرات غير صادقة .

(صلاح الدين عراقى ١٩٩١ ، ص ٢٠)

تعريف قاموس علم النفس ١٩٩٤ العلاج المعرفى منهج فى العلاج النفسى يأخذ شكل العلاج السلوكى ولكن هدفه لتحسن المعرفة لدى المريض وسوى النكيف فى السلوك والمعتقد .

(Peter & Nicky 1994-36)

مبادئ العلاج المعرفى

(أ) العلاقة العلاجية

تعد الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية وأنماط العلاقات تطورت على مدى العديد من السنوات هى أهم الأبنية التى يجب أن يتم التعامل معها حيث نجد أن المشكلات السائدة لدى المريض تعكس الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات الشخصية والمختلة وظيفيا ويساعد ذلك بطبيعة الحال فى تقييم الموقف كما انه يساعد المريض من ناحية أخرى على فحص وتعديل مثل هذه الأبنية وذلك من خلال تكتيكات مثل التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلات كذلك فان العلاقة العلاجية تلعب دورا هام فى الكشف عن علاقات المريض، وتوفر الفرص اللازمة والهامة لفهم وتعديل كل من الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات الشخصية، والسلوك. ولذلك فقد لفت العلاقة العلاجية

بين المعالج والمريض ومدى دفتها اهتماما كبيرا أو تأكيد قويا على أهميتها فى تحقيق التقدم خلال العلاج.

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ١٠٨)

ونجد مريض الاكتئاب فى العلاج المعرفى يقوم بزيارات للمعالج من ٢٠-١٥ مرة خلال ١٢ أسبوعا (RUSH. 2000,P2169)

فى دراسة قام بها بورتز وتولين . هوكيما . Burnsxnokm. Hoeksene على عينة من المرض الذين يعانون من اضطرابات وجدانية مختلفة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب مدة خبرة المعالجين وما تعكس من قوة العلاقة العلاجية ومدى دفتها أن المرض الذين كان يقوم على علاجهم معالجون أكثر خبرة وبالتالي أكثر دفاعى العلاقة قد حقق تحسنا بدرجة اكبر وذى دلالة قياسا بإقرانهم الذين قام على علاجهم معالجون اقل خبرة واقل دفاء فى علاقتهم وهو ما يعنى أن العلاقة العلاجية لها تأثير جوهرى على درجة التحسن . (عادل عبدالله . ٢٠٠٠ ، ص ١٠٨)

اهتم العلاج المعرفى بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض والمعالج يساعد المريض على فهم المشكلة (RUSH. 2000,P2169)

ولذلك يركز العلاج المعرفى على الطبيعة التعاونية فى تنفيذ العلاج والتي تبدأ فى أول جلسة وتستمر حتى نهاية العلاج وتتطلب هذه العلاقة التعاونية (١) دور نشط لكل من المعالج والمريض فى سبيل تحقيق هدف واحد (٢) أن يبلغ المعالج المريض أن لديه (المريض) معلومات هامة يجب عليه طرحها فى الجلسات للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانیه من مشكلات لدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجى الملائم ولدى المريض كل المعلومات عن خبراته الفريدة وهو انشخص الوحيد الذى يستطيع شرح أفكاره ومشاعره هذه



الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها

(٣) أن يسمح للمريض بإبداء رأيه والتعليق على ما يجرى وطرح الأسئلة لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعد في التواصل على اتخاذ القرارات واختيار البدائل التي تؤدي إلى تحسن حالة على أسس دقيقة (Padesky & Greenberger ,p 1995)

(ب) تحديد الأهداف العلاجية

الاتفاق بين المعالج والمريض على الأهداف التي يسعى الطرفين إلى تحقيقها من خلال العملية العلاجية ولتحديد أهداف العلاج العديد من الفوائد:

- (١) تبين للمريض ما يمكن تحقيقه خلال وبعد العلاج
- (٢) تدعيم الطبيعة التعاونية للعلاج المعرفي وتأكيد على أهمية التزام المريض بالخطة العلاجية
- (٣) تحول دون انحراف العملية العلاجية عن التعامل مع المشكلة الأساسية للمريض
- (٤) تتيح الفرصة لتقويم العملية العلاجية
- (٥) تهيء المريض لإنهاء العلاج. ينتهي العلاج عندما تحقق (أو تتضح استحالة تحقق)

أهداف العلاج بإتباع الخطة العلاجية المستخدمة (Kirk .1991)

وتجدر الإشارة إلى أن من المفترض أن يتسم المعالج بالمرونة بحيث يكون على استعداد لمناقشة تعديل أو تغيير هذه الأهداف مع المريض والقيام بذلك إذا دعت الحاجة إليه. مثل عدم تحسن في حالة المريض أو أن تكون الأهداف طموحة أكثر من اللازم تحتاج إلى وضعها في صورة أهداف اصغر. أن النظرية الجوهرية للعلاج المعرفي لبيك . ترى أن من أجل فهم طبيعة حدث أو اضطراب انفعالي فمن الضروري جدا التركيز على المحتوى المعرفي لرد فعل الفرد للحدث المزيج أو سبل أفكاره

(Derubeis & Beck 1988)

وتوصل بيك إلى أن الناس الذين يواجهون الاضطرابات انفعالية لديهم ميل لارتكاب أخطاء ذات خصائص غير منطقية تجعل الواقع الموضوعى ينحدر فى اتجاه التقليل من قيمة الذات ويرى العلاج المعرفى السلوكى أن المشكلات النفسية تنشأ من عمليات اعتيادية مألوفة للتفكير الخاطيء والاستدلال غير الصحيح والمبنى على المعلومات غير الصحيحة أو دقيقة ومن الفشل فى التمييز بين الواقع والخيال.

وضع بيك (Beck) مجموعة من الأخطاء التفكير المنظمة واعتبرها مؤدية لظهور الافتراضات الخاطئة والتي تدعى بالتشويهات المعرفية (١) الاستنتاجات التسعفية والتي تعود إلى التوصل إلى الاستنتاجات بدون براهين داعمة وذات صلة وهذا يتضمن المصيبة أو التفكير باسواء الأوضاع والنواتج لمعظم المواقف.

(٢) التعليم الزائد وهى عملية اعتناق مبادئ متطرفة مبنية على مؤشر أو حدث واحد وتعميمها بشكل غير ملائم على إحداث ومواقف مختلفة (٣) التعظيم والتقليل تتضمن إدراك موقف أو حالة بشكل كبير اكبر أو اقل مما يستحق فى الواقع ولربما نرتكب مثل هذا الخطأ الإدراكى بافتراض إن من خلال بسيط فى علاج المريض يمكن أن يؤدي له وأنها ستؤدي إلى ضرر نفسى عظيم

(٤) الشخصية وهى نزعه الأفراد لاعتبار الإحداث الخارجية بأنها موجهة نحوهم بشكل خاص حتى مع عدم وجود اساسى منطقى للوصول إلى هذا المعتقد فإذا لم يرجع المريض للجلسة العلاجية فقد يقتنع المعالج بشكل تام إن غيابة يعود لأدائه العلاجى غير الكفو خلال الجلسة الأولى.

(٥) التسمية وخطا التسمية ويتضمن ذلك رسم هوية الفرد على أساس النواقص والأخطاء التاي حدثت فى الماضى وجعلها هى التى تحدد هوية الفرد الحقيقية.

(٦) التفكير المستقطب ويتضمن التفكير والتفسير بكل أو بدون كلمات أو عبارات، أو الخبرات بشكل متطرف أو غير متطرف

(Dattilia & Freeman 1992) (Cory 1997 .p337.338)

(Beck & Weishaar 1995)

(٧) التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (صح أو خطأ) (ابيض أو اسود) التفكير الثنائى أو النظر إلى الموقف وكأنه محصور فى احتمالين فقط وليس على أساس انه متصل يشتما على درجات كثيرة بين طرفيه (إذا لم احقق أقصى درجات النجاح فانى شخص فاشل)

(٨) التوقعات المأسوية توقع حدوث نتائج سلبية دون الأخذ فى الاعتبار وجود نتائج أخرى يكون احتمال حدوثها اكبر من احتمال حدوث النتائج المتوقعة (سأكون متضايق جدا لن أستطيع عمل اى شيء بالمرّة)

(٩) التقليل من أهمية أو تجاهل الجوانب الايجابية : يقنع الفرد نفسه بدون مبرر بان الخبرات أو الأعمال التى تام بها ليس له قيمة (أدبت هذه المهمة بشكل جديد ولكن هذا لا يعنى انى انسان كفوء كنت محظوظ فقط) التفكير العاطفى فى الاعتقاد بصمة شيء ما لان الفرد يشعر بقسوة انه كذلك ويتجاهل الادلة المناقضة لحكمه: (اعرف انى انجزت الكثير من الاشياء الخاصة بعلمى ولكننى اشعر انى انسان فاشل)

(١١) التصنيف (إطلاق الصفات) : يصف الفرد نفسه أو الآخرين بصفات سلبية ثابتة ويتجاهل وجود أدلة تتناقض مع تم التوصل إليه من إحكام: (أنا انسان غير محظوظ، هو شخص لأخير فيه)

(١٢) التجريد الانتقائى: التركيز على التفاصيل السلبية بدلا من الصور الكاملة (حصولى على تقدير منخفض فى هذه المادة) مادة واحدة فى كشف الدرجات مقابل العديد من التقديرات المرتفعة) يعنى اننى لست أقم بما يجب على القيام به كما ينبغى

(١٣) قراءة الأفكار: اعتقاد الشخص بأنه يعرف ما يفكر به الآخرون وتجاهل الأمور الأكثر احتمالا (هو يعتقد انحنى لا اعرف شيئا عن المشروع) .

(١٤) استخدام (يجب) و (لابد) : وجود أفكار محددة لا تتغير لدى الفرد حول الكيفية التي يجب أن يتصرف بها هو ويتصرف بها الآخرين واعتبار عدم القيام بذلك سلوك يصعب تحمله : (مثل وقوعى فى الأخطاء أو غير مقبول بالمرة ، يجب أن أكون دائما فى أحسن حالاتى)
(١٥) التركيز على الجوانب السلبية فى المواقف: مثل ابنى لا يستطيع عمل شيء كما يجب ، انه شخص مبتدئ الشعور سيء وكثير الانتقاد تجاه طلابه
(Beck. J. 1995)

بعض الأساليب المعرفية الخاطئة التى تؤدى إلى اضطرابات نفسية لدى البالغين والأطفال

- حصر عبد الستار إبراهيم ١٩٩٣ بعض هذه الأساليب فيما يلى :-
- (١) التعميم السلبي الشديد: كل أفعالى وتصرفاتى خاطئة وحمقاء.
 - (٢) التوقعات الكوارثية: مثال الطفل الذى يتجنب الدخول فى مواقف خوفا من أن يكون خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته .
 - (٣) الكل أو لا شئ: يتصرف الطفل باضطراب إذا كانت تصوراتاه للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع . التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأى إحباط أو توتر مهما كان تافها .
 - (٤) قراءة أفكار الآخرين سلبيًا: فالطفل الذى يردد بينه وبين نفسه ، عندما يوشك على الدخول فى تفاعلات اجتماعية ، عبارات مثل : "سيجعلوننى موضوعا لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك " أو " إنهم يظنون بأنى أقل منهم " أو " اعتقد أنهم يضحكون على الان " مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق فى كثير من أنواع الاضطراب

والانحراف بما فيها تعاطى مواد ضارة ، أو العدوان ، أو القلق الاجتماعي والانسحاب .

(٥) المقارنة : ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية ، وتتعطل قدرة الطفل على النشاط والدافعية ، (مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق) إذا كان من النوع الذى يسرف فى استخدام عبارات مثل " إنهم أكثر قدرة منى " " إذ هناك شينا ما خاطنا فى بالمقارنة بهم " " الننى لست كذا مثله " .

(٦) تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها : " إننى لا أستحق هذا الإطراء " ، " إننى لا أستحق هذه الدرجات العالية " ، " هذا الاهتمام نوع من العطف فلا يوجد فى او فى شخصيتى شئ يستحق ذلك " .

(٧) التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية : فالطفل الذى يفسر سلوك الأجرين تفسيراً انفعالياً ، سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعى الفعال ، وسيجد نفسه غالباً عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية . ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكى المعرفى فى هذا الحالات تجنيد الطفل أفكاراً مثل : "التراجع عن الراى معناه ضعف " " القبول بالنصححة امتهان للكرامه " .

(٨) تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل : توضح لنا ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية - بين البالغين والأطفال - تتميز فى بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه مثلاً " فشل هذه المجموعة فى المسابقة كان بسببى وبسبب كسلى " .

(٩) الاتجاهات الكمالية - المطلقة : فالطفل الذى يجد نفسه - ربما نتيجة لتربية خاطنة - يفكر فى الأمور بطريقة كمالية مطلقة ، يصبح كشخص يسبح فى محيط ليست له معالم محددة ، أو كجواد يعدو فى خطوط لا نهاية لها ولذلك يحذر المعالجون من هذه

العبارات التي تنتشر بين المضطربين : " يجب إلا يكون في أو في
عملى أى ثغرة أو خطأ " ، " يجب ألا أترك بالمرّة أى شئ للصدفة " ،
" إننى لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل كل ما
فعلت " والتفكير الكمالى يختلف عن التفكير الاكمالى فلا بأس بالطبع
ان يكمل الانسان عمله باحسن صورة ممكنة وفى أوقات ملائمة إلا
أن المشكلة التي تنتشر قلق الأخصائيين النفسيين تكمن فى اى يتحول
هذه الاتجاه غى التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسبب جوانب
نقص غير معلومة ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كما ليس له
وجود فعلى .

(١٠) أطلاقاً وحتماً : تنتشر فى عبارات الأطفال فى حالات القلق
والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب
التفكير خذ على سبيل المثال هذه العبارات : " لن ازورة ولن تصل
به إلا إذا بدأ هو ذلك " ، " يجب أن أكون محبوباً من الجميع " ،
" مستحيل على أن احتمل نقد " ، " لن أسمح لنفسى إطلاقاً أن أوجد
حيث يوجد " إن ترديد مثل العبارات وإيمان الطفل بمحتواها سيحجم
كثيراً من جوانب الفاعلية يرتبط بها من اضطرابات العدوان ، أ ،
الانسحاب والتجنب وما ترتبط بهما من اضطرابات القلق الاجتماعى
والاكتئاب .

(١١) ربط الاحترام الشخصى وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية :
ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل
خارجية لكى يشعر الطفل بقيمته ، مثلاً " إذا لم يتصل أحد ، أو لم
يدعنى زملائى لهذا الحفل فأنا شخص باهت " .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ١٢٣ : ١٢٦)

ولقد أشار بيك Beck 1978 أن العلاج المعرفى يتألف من جميع المناهج التى تخفف من العسر النفسى بواسطة تصحيح الأفكار الخاطئة والإشارات الذاتية وبالنسبة له فإن أكثر الطرق مباشرة لتغيير الانفعالات والسلوكيات المختلفة وظيفيا هى فى الأفكار المختلة وظيفيا وغير الدقيقة ودور المعالج المعرفى يتحدد فى تعليم المرض كيف يحددون أفكارهم المختلة وظيفيا من خلال عملية التقسيم كما يتعلم المرض ومن خلال جهد تعاونى مع المعالج التمييز بين أفكارهم والإحداث فى الواقع ويتعلمون اثر الإدراك على مشاعرهم وسلوكياتهم وحتى على إحدائهم البيئية أذن المرضى يتعلمون كيف يلاحظوا أفكارهم وأفتراضاتهم وبشكل خاص أفكارهم السلبية التلقائية وبعد أن يكتسبوا البصيرة حول كيفية تأثير أفكارهم السلبية بشكل غير واقعى عليهم يتم تدريب المرضى على فحص أفكارهم التلقائية من خلال مقارنتها بالواقع وذلك باختبار البراهين المؤيدة والمخالفة لهذد الأفكار والتفكير مليا بها ووزنها وهذا يتضمن الاختبار التجريبي للمعتقدات السلبية بالمشاركة الفعالة النشطة فى طرق عديدة مثل النقاش السقراطى مع المعالج وإنجاز الواجبات المنزلية وجمع المعلومات عن الافتراضات التى تم وضعها من قبل المرضى والاحتفاظ بسجل للنشاطات وصياغة تفسيرات بديلة .

(Freeman & Dattillio 1994)

كما يوضح المرضى فروضا تتعلق بسلوكهم وبالتالي وفى نهاية المطاف يتعلموا استخدام مهارات تصدى ومواجهة Coping Skills وحل المشكلة محددة ومن خلال عملية الاكتشاف الموجهة من قبل المعالج فإنهم يكتسبون بصيرة بشأن العلاقات الارتباطية بين تفكيرهم والطرق التى يشعرون ويتصرفون بها .

(Corey ,1997p337-339)

جدول رقم (٢)

المحتوى المعرفى الخاص بالاضطرابات النفسية

المحتوى المعرفى الخاص بالاضطراب	الاضطراب
نظرة سلبية للذات وللخبرات وللمستقبل	الاكتئاب
نظرة متضخمة للذات والمستقبل	الهوس الخفيف (النوبة الهوسية)
اليأس، ضعف مفهوم الذات	السلوك الانتحارى
الخوف من مخاطر جسمية أو نفسية	اضطراب القلق
خوف من مخاطر فى مواقف محددة من الممكن تفاديها	الخوف
خوف من الخبرات جسمية أو اضطرابات عقلية	اضطراب الفزع
تحذير أو شك متكرر حول سلامة الفرد أو سلامة الآخرين	اضطراب الوسواس القهرى
الخوف من السمنة أو الشكل غير المقبول	فقد أن الشهية العصبى

(Rush.Beck 2000.p2168)

ويتميز كل اضطراب نفسى بمحتوى معرفى ويوضع الجدول باختصار محتويات المعرفية بعض الاضطرابات النفسية يرى بيك (Beck) أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفى الداخلى للفرد وبين المثيرات الخارجية التى يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفى الداخلى الذى يميزه . ويبدأ فى الاستجابة للمواقف والإحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعانى التى يعطيها لها وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد بل من جانب نفس الفرد الواحد أيضاً فى أوقات مختلفة كذلك فان

كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصا يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث

فإذا كان الإدراك مشوشا أى يشتمل على تشويش الواقع وتشويه ما به من حقائق تكون النتيجة المنطقية هى حدوث الاضطرابات النفسية، وهى تعكس من وجهة نظر بيك عدم الاتساق

أن هذا التشويش للواقع من جانب الفرد حالة حدوث الاضطراب يؤدي إلى حدوث درجة معينة من اضطراب التفكير وينتج من مثل هذا التشويش أفكار اتوماتيكية أو تلقائية تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له.

(عادل عبدالله ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٧-٦٨)

وتعد تلك الأفكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلبا فى قدرة الفرد على مواجهة إحداث الحياة ومن ثم فى قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية زائدة لا تتلائم مع الموقف أو الحدث وقد لا يكون الفرد على وعى بهذه الأفكار حتى يستطيع أن يحددها وبالتالي يمكن التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها .

(نفس المرجع السابق ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٩)

ويهتم بيك (Beck) بالأفكار التلقائية أو الاتوماتيكية السلبية أى التى تظهر وكأنها منعكسات الية وتبدو معقولة جدا من وجهة نظر المريض وبالتالي تقاوم التغيير وتتميز الأفكار الاتوماتيكية بأنها تعكس مضامين موضوعات معينة تؤدي إلى زملة سيكوباتولوجية وتكون عند حافة الوعى وتسبق بعض الوجدانات كالغضب أو القلق أو الحزن ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذلك وتعد معقولة من وجهة نظر المريض الذى يحاول حبسها ولكنها تلح فى الظهور .

(نفس المرجع السابق ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٠ - ٦١)

الصباغات المعرفية السلوكية للاكتئاب

ويحدث تبعا للنموذج المعرفي للاكتئاب فيما بين الخبرات السابقة (المبكرة) والخبرات اللاحقة التي تسبق ظهور أعراض الاكتئاب، العديد من التحولات المعرفية التي تطرق لها المنظرون والمعالجون المعرفيون. يكون الناس في مراحل مبكرة من حياتهم بناءً على خبراتهم الشخصية مفاهيم معينة قد تؤثر في تكوين مفاهيم لاحقة ومن المحتمل إذا لازمت هذه المفاهيم الفرد لفترات طويلة أن تتحول إلى أبنية معرفية ثابتة (مخطوطات) وقد تبقى هذه الأبنية في حالة كمون لفترات معينة ولكنها قد تنشط في حالة تعرض الفرد لظروف معينة مشابهة للخبرات السابقة التي ساهمت في تكوين الاتجاهات السلبية (التي تحتوى عليها المخطوطات) وهذا قد يؤدي بدوره إلى ظهور الاكتئاب.

والمخطوطة النشطة تؤثر على قدرة الفرد على اختبار الواقع حيث بظهورها يبدأ الفرد في الوقوع في أخطاء معرفية مثل التركيز على الجوانب السلبية للموقف وتجاهل الجوانب الايجابية (التجريد الانتقائي) الأمر الذي يجعل نظرتة للمواقف الحالية أقل موضوعية مما كانت عليه من قبل ظهور أعراض الاكتئاب. (Rush & Beck 2000.p2171-72)

وفي الاكتئاب يقل نشاط المريض بصورة عامة ويتوقف عن سعيه لتحقيق ما لديه من أهداف لأنه يعتقد بان كل محاولاته ستبوء بالفشل، ومن الممكن ارجع التردد الذي يعاني منه المكتئب عندما يحاول اتخاذ قرار ما إلى اعتقاده بأنه غير قادر على اتخاذ القرارات الملائمة ومن الممكن أيضا إرجاع بعض الأعراض الجسمية لدى المريض لأسباب معرفية حيث نؤدى التوقعات السلبية لديه إلى فقدان الطاقة وسرعة الإحساس بالتعب

(Rush.& Beck 2000,p2122)

وتشمل النظرة السلبية لدى المكتتب على ثلاثة جوانب من الافكار التى تحط من تقدير الذات حيث يرى المكتتب انه شخص تافه وغير قادر وغير مرغوب فيه بسبب العيوب التى يعتقد إنها موجودة لديه (يرى المكتتب أن العالم المحيط به عبء ثقيل عليه يحول بينه وبين تحقيق أهدافه وان ليس فيه ما يسر) نظرة متشائمة من المستقبل (يعتقد المكتتب أن مشاكله الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية) وهى تسمى بالتلوث المعرفى.

(Rush,Beck.2000,p2171)

وعلى الرغم من أن هذه الأفكار الاوتوماتيكية تعكس بناءا مشوها للواقع ومن ثم يتسم بالسلبية فأنها مع ذلك تميل إلى أن تحمل في طياتها تصديقا غير قابل للمناقشة من جانب الأفراد المكتتبين حيث يعتبرنها أشياء بديهية وبالتالي يفترض أن تلعب تلك الأفكار دور هاما فى تطور واستمرار الكرب الانفعالى.

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ . ص ١٦٧ - ١٦٨)

وقد استخدم بيك (Beck) مفهوم المنظومة اوالبينة المعرفية لتفسير هذا النسق العريض من التشوهات السلبية فعندما يكون الشخص مكتتبا تنشط على العمليات المعلوماتية ويرى بيك (Beck) أن المنظور السلبي للأفراد المكتتبين يعمل بمثابة طوق يحاصر أذات عالمها ومستقبلها وهذا ما يشكل الثلاثى المعرفى السلبي.

(Branden براندن ٢٠٠٠ . ص ١٣٤)

علاج بيك (Beck) المعرفى عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظريته أهدافها هى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وإنتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكارا توافقية ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية وهناك تأكيد على العلاقة بين المعالج والمريض.

ويتضمن هذا المعنى مكونا تعليميا جوهريا حيث يتعرض المرضى من خلاله لفكرة مضمونها أن الأفكار السلبية ذات أهمية جوهريّة فى الاكتئاب وتعرض عليهم طرق تغيير هذه الأفكار ويشجع المرضى على النظر إلى العلاج على انه مشروع مشترك يقوم خلاله المعالج والمريض معا بتحديد المشكلة

المستهدفة التي يتعين تناولها خلال برنامج العلاج ويتعين أن يتضمن ذلك الأعراض الاكتئابية نفسها مثل صعوبة التركيز والمشكلات الخارجية ومثل صعوبة إقامة علاقات وعند التوصل إلى اتفاق على المشكلات الرئيسية توضع اولويات لمعالجة كل منها على أن يوضع في الاعتبار كل من مدى أهميتها للمريض ومدى ما تبدو عليه من قابلية للتغير ويوضع جدول للبنود في بداية كل جلسة يغطي النقاط التي ستناقش خلال الجلسة وتراقب استجابة المرض للتدخل المعالج بعناية بحيث يمكن مناقشة إمكانية ظهور الأفكار السلبية ويجاب عنها.

(براندن ٢٠٠٠ ، ص ١٣٢ - ١٣٣)

تقويم العلاج المعرفي

يلقى المنحى المعرفي دعما قويا في الوقت الراهن من علم النفس المعرفي وخاصة في تفسير الاكتئاب . وقد حظى باهتمام واضح واختبار مكثف في السنوات الخمس والعشرين الماضية . ويمكن أن نسجل بعض الملاحظات على المنحى المعرفي كما يلي :

١- أن النماذج المعرفية المطروحة لا تنطبق على بعض الاضطرابات العقلية الخطيرة وبخاصة الفصام

٢- أن المنحى المعرفي لا يقدم لنا إجابات شافية حول لماذا وكيف تحدث أخطاء التفكير التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي

٣- إذا كان الاضطراب النفسي يرجع إلى مشكلات في التفكير ، فكيف تفسر الاضطرابات التي تلحق بالتفكير كنتيجة للإصابة بالمرض كما هو الحال في الفصام والاكتئاب

٤- أن المنحى المعرفي يترك إشكالية السبب والنتيجة دون حل واضح ومرضى

٥- أن يتصور الإنسان كاقرب ما يكون الى الحاسب الالى . ومن ثم يضىف عليه قدرا من العجز وعدم المرونة

٦- وأخيرا - فان هذا المنحى قد اغفل إلى حد ما دور المحددات الأخرى كالعوامل الفسيولوجية والبيئية في تفسير الأمراض النفسية.

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ص ١١٨)

ولعل من نقاط القوة فى النظرية التى طورها بك كركيزة للعلاج المعرفى انه ، من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاج النفسى باختلاف منطلقاتها النظرية اخذ بعين الاعتبار مع الاستفادة من العديد من الأفكار والأساليب التى يرى إنها تساعد فى نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التى بنى عليه نظريته ومن ذلك مفهوم فرويد حول البناء الهرمى للاستغراق من خلال العمليات الأولية والعمليات الثانوية ومحاولة اكتشاف خيوط مشتركة فى انفعالات وأقوال المريض وكذلك مفهوم ما قبل الشعور وكذلك نظرية جورج كيلي للتصورات الشخصية والنظرية المعرفية للانفعال التى طرحها ارنولد ولازارميرس أسلوب كارل روجرز فى طرح الأسئلة فى العلاج المتمركز حول العميل التعرف على انفعالات المريض والعلاج السلوكى والاستراتيجيات العلاجية تحديد الأهداف لبناء المقابلة والتغذية المرتدة والواجبات المنزلية من المدرسة السلوكية

(Rush .Beck 2000.2168)

فحص دويسون Dobson 1989 فى واحد من أكثر المراجعات شمولاً فى هذا الميدان نتائج ثمانية وعشرون دراسة واستخلص منها أن علاج بيك المعرفى يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى والدوائى وأكثر فعالية من حالات عدم تلقى العلاج فى علاج الاكتئاب الاكلينيكي كما استخلص أيضا انه متفوق على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب، على الرغم من اعترافه أن مقارنات تالية مطلوبة قبل إغراق الحديث فى هذه القضية

(براند ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢٩)

ثانياً: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

مقدمة:

وضع هذه النظرية هو ألبرت إليس Albert Ellis وفي عام ١٩٥٤ بدأ إليس طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي . تأسيسا علي نموذج فلسفي أكثر منه علي نموذج نفسي . وقد بدأ الكتابة عن أسلوب الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام ١٩٦٢ عندما نشر كتاب السبب والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in psychology وبذلك أرس ألبرت إليس اتجاهها علاجيا هو العلاج العقلاني الانفعالي الذي زيد عام ١٩٩٣ له مصطلح العلاج العقلاني الانفعالي أصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي و يعتبر إليس من الباحثين النشيطين في مجال العلاج النفسي و له أكثر من ٥٠٠ مقال و مجموعة من الأشرطة و الأفلام المسجلة و حوالي ٤٧ كتاب . كما عمل مستشارا للتحرير لعدد من المجلات العلمية و أسس معهدين يقومان علي تدريب الباحثين وأجراء البحوث علي العلاج العقلاني الانفعالي .

(محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٤ ، ص ٩٥ - ٩٦)

يقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (لاليس) علي نظريته التي تفترض أن الاضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية . ويرى إليس أن الناس يشتركون في غايتين أساسيين هما المحافظة علي الحياة والإحساس بالسعادة النسبية المصحوب بالتححرر من الألم . و تسهم العقلانية في إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أن عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل عدم تحقيقها .

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٩ ، ص ٤٨٠)

ولكن بدءاً من ١٩٩٣ كما يذكر (دريدن 1995 Dryden) كان هناك إصرار من Ellis على تغيير علاجه إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (R.E.P.T) وذلك نتيجة لنقده الفاحص لعلاج (R.E.T) وفي نفس الوقت ليبين الطبيعة المعرفية الانفعالية لهذا العلاج وليؤكد وجهته السلوكية المعرفية وكان انتقال إليس لإضافة مصطلح السلوكي إلى علاجه تطورا طبيعيا نتيجة

اتفاقه مع العلاج السلوكى فى كثير من فنياته ومصطلحاته بالإضافة إلى استخدام كل من العلاجين الفنيات التالية " توفير البدائل - التعرض - الوجبات المنزلية - الاسترخاء - تنمية المهارات - فاعلية الذات - التدريب على المهارات الاجتماعية .

(صلاح عبد القادر ، ١٩٩٩ ، ص ١٦٥ - ٢٣٩)

الغرض من العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى أن يتعلم المسترشدون مهارات تعطيهم أدوات للتعرف وتحديد ومناقضة ودحض المعتقدات اللاعقلانية التى سبق تعلمها و التى هى مبنية ذاتيا ويتم الاحتفاظ بها من خلال التلقين الذاتى. كما يتعلم المسترشدون كيف يستبدلون مثل هذه الطرق غير الكفاء فى التفكير بادراكات فعالة وعقلانية، وكنتيجة لذلك فهم يفيدون ردود فعلهم نحو المواقف. أن العملية العلاجية تجعل المسترشدون يستخدمون مبادئ العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى التغير ليس فقط إمام مشكله حالية معينة لكن أيضا مع مشاكل أخرى فى الحياة أو فى المستقبل قد يواجهها الفرد، و هذا بالضبط ما يجعل هذه المدرسة العلاجية تقف فى مقدمة مدارس العلاج النفسى.

(Corey , 1997 , p 320)

كما أن العلاج العقلانى الانفعالى يودى إلى زيادة التحصيل الدراسى وزيادة التقدير الذاتى وتعديل السلوك وتعزيز مركز التحكم الداخلى وتعديل مفهوم الذات والاتجاهات وعلاج الاكتئاب والشعور بالذنب والميل إلى القطعية وعلاج الإدمان وخفض القلق والتوتر بكافة أنواعه.

كما توصلت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات اللاعقلانية والاكتئاب ومنها : (الريحائى وآخرون ١٩٨٩ ، (Edward & Will , 1998) - (Debrah & Mark , 1998) - (Comatta & Nagoshi . 1995) - (Ari et al . 1998) - (Marcotte . 1996) - (Yves et al . 2000)

كما أن العلاج العقلانى لم يقتصر ممارسته على مرحلة عمرية محددة بل شمل كل المراحل تقريباً فقد تم التعامل مع الأطفال فى المدارس الابتدائية والمتوسطة إلى طلاب الجامعة والراشدين والمسنين .

هذا بالإضافة إلى أنه شمل كل الجنسين في مختلف المراحل العمرية كما انه لا يتأثر بالمستويات الاجتماعية والاقتصادية.

(شادية مصطفى ، ٢٠٠٢ ، ص ٨٦)

أن العلاج العقلاني الانفعالي لم يتخير بمكان معين لممارسته فقد يكون في العيادة النفسية أو المدرسة أو الكلية أو المنزل أو محل الإقامة أو محل العمل وذلك من خلال الأساليب التعليمية المختلفة.

ويمكن ممارسة أسلوب العلاج بطريقة فردية أو جماعية

(نفس المرجع السابق ، ص ٨٦)

ويري إليس (Ellis) أن البشر لديهم استعداد فطري و ميل مكتسب

لأن يكونوا عقلانيين و كذلك لأن يكونوا غير عقلانيين

(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ٢١٥)

و نستطيع أن نفهم الشخصية عن طريق الأحداث المنشطة و الأفكار المستعملة في تفسير هذه الأحداث ، و النتائج الانفعالية لهذ الأفكار.

(Peterson , 1992, p 484)

ويؤكد إليس (Ellis) أن العصاب ينشأ ويدوم نتيجة لبعض الأفكار التي

تخلو أساس من العقلانية والمنطق السليم وان الناس يتبنون أهدافا غير واقعية مستحيلة وغالبا ما تتصف بالكمال وخاصة تلك الأهداف التي تبدو على شكل رغبة الفرد في أن يكون محبوبا من كل المحيطين به من يهمهم أمره، وان يكون كاملا فيما ينجزه من أعمال وان لا يحبط أبدا فيما يريد، وعلى الرغم من الأدلة الكثيرة التي تثبت عكس هذه الأفكار والرغبات واستحالة تحقيقها فان الناس يرفضون التخلي عنها ويستمررون في التمسك بها.

(إبراهيم على إبراهيم ، ١٩٩١ ، ص ٣٤)

ويعتمد هذا النوع من العلاج على التأثير الواضح الذي يمارسه الفكر في

تشكيل ملامح الانفعال ومن ثم السلوك ، فالاضطراب النفسي في أساسه اضطراب معرفي قبل أن يكون اضطراباً انفعالياً أو سلوكياً ، فالفكر والانفعال يرتبطان معا تأثرا وتأثيرا فالأفكار العقلانية يترتب عليها انفعالات متزنة مما يبدو في النهاية

فى صورة سلوك متزن والعكس يبدو صحيحا فى هذا السياق والتفكير سواء أن عقلانيا أو غير ذلك يتم تعلمه من خلال الوسط الاجتماعى عن طريق عمليات التعلم المباشرة وغير المباشرة عبر التفاعلات العديدة المتنوعة من الجماعات الكثيرة الأسرة الأصنقاء الثقافة مؤسسات التربية فإذا أخذنا فى الاعتبار أن الاضطرابات الانفعالى والسلوكى ما هو إلا اضطرابا معرفيا فى أساسه يمكننا حينئذ من وضع تصورات علاجية تستهدف التحويل لتلك الأفكار من إطار عدم عقلانيتها إلى الإطار العقلانى .

(فتحى مصطفى الشرقاوى ، ٢٠٠٣ ، ص ١٥٩ - ١٦٠)

الأفكار الالعقلانية :

عندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فإنه ينظر أنيه و يتعامل معه وفق فلسفته العامة فقد يشعر بالتهديد أو الطمأنينة، السلام أو الرغبة فى مناصبته العدا، الحب أو الكراهية القلق أو الهدوء، بالإقبال أو الأحجام حسب ما تمليه عليه فلسفة العام ومجموع وجهات نظرة توقعاته من الحياة الأجرين. كان العصاب يعبر عن اضطرابات فى المشاعر و الانفعالات. فان يجب أن يكون أذن مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء فى محتوى الأفكار و المعتقدات الشخصية للعصابى .

أى مانسميه بالأفكار و وجهات النظر اللامنطقية

(عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ٢٩٧)

تعريف الأفكار الالعقلانية :

يميز المعالجون العقلانيون الانفعاليون السلوكيون بين نوعين من الافكار

الأفكار العقلانية

تلك التي تشجع على البقاء والسعادة ، ويرجع أن تجد دعماً تجريبياً في البيئة وتعتبر عن التفضيلات وتنتهي بالفرد إلى النضج الانفعالي والخبرة والعمل البناء .

الأفكار اللاعقلانية

تلك التي لا يرجع أن تجد دعماً تجريبياً وتعكس واجبات وأوامر مثلاً "يجب أن أودى بشكل جيد وأحوز القبول وألا سوف أعتبر شخصاً فاسداً" ويصحب هذه الأفكار في الغالب الاضطرابات الانفعالية كالعصاب والذهان ... وغيرها .

(Haaga & Davison . 1993 . pp 215)

تعريف محمد أحمد محمد ابراهيم . ١٩٩٥ .

بأنها تلك الأفكار اللامنطقية و اللاواقعية التي تتناقض مع منطق العقل ، والفرد الذي لديه أفكار اللاعقلانية ، هو فرد رفض التفكير المنطقي من حيث هو وسيلة للوصول إلى الحقيقة والموضوعية واحل محلة الأهواء الشخصية والظن والاحتمالية و الدبالغة . و التهويل فجاءت توقعات لاعقلانية و تعميمات غير موضوعية .

(محمد أحمد محمد ابراهيم ، ١٩٩٥ ، ٢٤٨)

و يرى محمد حبيب مزنوق ١٩٩٦

الأفكار اللاعقلانية هي مجموعة الصيغ العرفية المتجسدة في الثقافة واللغة التي تنظم في نسق لا يخضع لقوانين المنطق أو قواعده الدقيقة ، ويعتقها بعض الأشخاص و يعتبرونها قواعد أساسية يسلكون وفقاً لها .

(محمد صهيب مزنوق ، ١٩٩٦ ، ص ٩)

ويعرف محمد أحمد غنيم ٢٠٠٢

الأفكار اللاعقلانية هي الأفكار الغير منطقية و غير الواقعية التي تتميز بعدم موضوعتها وتكون على درجة عالية من المبالغة في تقدير الفرد لكفاءته

والنظرة السلبية للذات والآخرين، والقلق الزائد على أذات وعلى مشاكل الآخرين مع الاهتمام بتعظيم وتضخيم الأمور نتيجة التكوين المعرفى للفرد وتفسيره للأحداث بما لا يستق مع إمكانيات الفرد الفعلية.

(محمد أحمد غنيم، ٢٠٠٢، ص ١٨٢)

ويعرف الباحث الأفكار اللاعقلانية

هي مجموعة من المعتقدات والأفكار الخاطئة وغير المنطقية التي يؤمن بها الطفل والتي تتسم بعدم موضوعيتها، والمبنية على التوقعات السلبية، وعلى المبالغة والتعميم .

وعرض إليس أفكاره اللاعقلانية

عرض إليس (Ellis) أفكاره اللاعقلانية عام ١٩٦٢ . من خلال ١١

فكره لاعقلانية توصل إليها من خلال خبرته الإرشادية والعلاجية مع الأفراد.

وكان إليس (Ellis) قد أقترح في بداية صياغته لنظرية العلاج

العقلاني الانفعالي عددا من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة من الاضطرابات

العصابية :

- ١ - يجب أن أكون محبوبا من قبل الناس
- ٢ - يجب أن أنجز ما أقوم به بطريقة قريبة من الكمال
- ٣ - بعض الناس مخادعون وأشرار و يستحقون العقاب بسبب ذلك
- ٤ - من أكبر المصائب سير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان
- ٥ - أسباب المصائب خارجية ولا يستطيع الفرد عمل أي شئ حيالها
- ٦ - يجب علي الإنسان أن يكون دائما حذرا لكي يتجنب الإخطار التي من المتوقع أن تحدث له في أي لحظه
- ٧ - التخلي عن المسئوليات و تحاشي التعامل مع الصعوبات أسهل من مواجهتها

٨ - من الأفضل أن يعتمد الإنسان علي الآخرين ويجب عليه أن يحرص دائما

علي وجود شخص أقوي منه لمساعدته

- ٩ - ما حدث في الماضي هو أساس السلوك الحاضر و هذا شئ لا يمكن تبديله
١٠ - يجب أن يعاني الإنسان و يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات
١١ - لكل مشكله حل و علي الفرد التوصل الي هذا الحل حيث يدونه لا يمكن أن
تسير الأمور بطريقة مرضية
(عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ٢٩٨ - ٣٠١) (حامد زهران ٢٠٠١
ص ٣٦٧ - ٣٦٩)

ثم أعاد إليس (Ellis) ، ١٩٧٧ ، صياغة هذه الأفكار اللاعقلانية
صياغة جديدة و صنفها ضمن ثلاثة محاور جديدة أساسية . ويتضمن التصنيف
الجديد ثلاث عناوين رئيسية تحت كل عنوان تندرج مجموعة من الأفكار كنتائج
المرتبة عليها هي :

المدور الأول: يجب أن أعمل علي كسب استحسان و تأييد الآخرين لكل
ما أقوم به . و أأفنى سأقدر كشخص ردي . أما النتائج المترتبة علي الأيمان
بهذه الفكرة فهي .

١ - يجب أن احصل على الحب الصادق و الاستحسان من جميع الأشخاص
المحيطين بي .

٢ - يجب أن أكون على درجة عالية من الكفاءة و الإنجاز . أو علي الأقل موهوبا
في مجال ما .

٣ - تعاستي الانفعالية تأتي من الضغوط الخارجية و أنا لا أملك القدرة علي
التحكم بها .

٤ - يجب أن ابقى مشغولا بالأحداث التي تهدد حياتي و تضعني في خطر .

٥ - الخبرات الماضية أثرت في بشكل قوي ولذلك فأنة من المحتم علي أن أفكر
و أشعر و أتصرف باستمرار كما كنت في الماضي .

٦ - يجب أن أملك القدرة علي التنبؤ بما يجري في هذا الكون حتي يتمن لي أن
أنجز بشكل جيد و أشعر بالارتياح و الرضا .

٧ - أنني لازلت ضعيفا . و لذلك يجب أن أتق في الآخرين و اعتمد عليهم .

٨ - يجب أن أعرف كل شئ عن الكون و الطبيعة حتي أعيش بسعادة .

٩ - يجب أن أقيم نفسي لإنسان نافع Good ، وذي قيمة فقط عندما أنجز بشكل جيد أشياء تستحق الاهتمام ، و يوافقني عامة الناس عليها .

١٠ - يجب أن لا اقلق أو اغضب أو اخجل مطلقا ، لان هذه المشاعر تجعلني أنجز بطريقة رديئة .

المحور الثاني : يجب علي الآخرين أن يعاملونني بلطف ، بالطريقة التي أريدها . و إذا لم يفعلوا ذلك فيجب عقابهم و أدانتهم لتفريطهم . أما النتائج المترتبة علي الأيمان بهذه الفكرة فهي :

١ - يجب علي الناس معاملة أي شخص وخاصة أنا بأسلوب عادل ، و إذا فرطوا في ذلك فهم يستحقون الأدانه و العقاب ، و علي المجتمع أن يتأكد من أنهم قد نالوا عقابهم .

٢ - يجب إلا يتصرف الناس بطريقة غير ملائمة، و من يتصرف بطريقة سيئة فهو إنسان حقير و علي أن يشعر بالعار من نفسه.

٣ - يجب علي الناس أن ينجزوا بشكل جيد ، و يقوموا بواجبانهم علي الوجه الأكمل وان هم قصرُوا ، فمن غير الجدير بنا تقديرهم .

٤ - يجب إلا ينتقدني الآخرين ، وان هم فعلوا ذلك ، فإنهم لا يستحقون أي شئ مفيد في هذه الحياة .

المحور الثالث : يجب علي العالم . بمافية من بشر . أن يهيئ الظروف لي بحيث احصل علي كل شئ أريده و في الوقت الذي أريده . أما النتائج المترتبة علي الأيمان بهذه الفكرة .

١ - يجب أن تسير الأمور بالطريقة التي أحب لها أن تسير . وأنها لكارثة إذا لم تسر بالطريقة التي أرغبها و أتمناها.

٢ - يجب أن ابقى قلقا و منشغلا بالأمور الخطيرة و المخيفة ، لاني بذلك أزيد من قدرتي علي ضبط و تغير هذه الأمور

٣ - يجب أن أتجنب المسئوليات و الصعوبات العديدة بدلا من مواجهتها حتى الي الراحة والسعادة بأسرع ما يمكن .

- ٤ - إذا واجهتني مصادمات من جراء تصرفات خاطئة للغير ، فأنا غير قادر علي تحملها ، و الذين يفتعلون المشاحنات هم أناس مزعجون و مرعبون .
- ٥ - إذا ما واجهت بعض العقبات في حياتي . فأنتني غير قادر علي أن اتخافها، و الحياة بهذه الكيفية تكاد أن تكون غير جذيرة بالعيش .
- ٦ - يجب إلا توجد الصعوبات في حياتي ، و إن هي وجدت يجب إلا ابذل اي جهد لتغييرها ، لانني يانس من اي تغيير .
- ٧ - إنها لكارثة إذا لم أجد لها الحلول الكاملة و المثالية لمشكلاتي و مشكلات الآخرين.

٨ - الظروف ألمحيطة بي هي سبب تعاستي ، و ما لم تتغير الظروف ،فانني ساقى ضحية عاجزة للقلق و مشاعر عدم الكفاءة و العداء و الاكتئاب .

٩ - يجب إن تستمر حياتي إلى الأبد، و انه لظلم جانر و رعب بين إن أموت أو يموت اللذين أحبهم فالموت Death يجب إلا يوجد إلا لاعدائي .

١٠ - إذا سارت الأمور معى بطريقه سيئة و لفترة طويلة ولم يكن هناك شخص يتحمل مسنولية تغييرها ،فانني قد اعتزم الانتحار لانني لا احتمل الحياة بهذا الشكل . (محمد صهيب مزنوق ، ١٩٩٦ ، ص ١٦ : ١٨)

أضاف عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ فكره لاعقلانية أخرى - الفكرة القائلة أن هناك مصدرا واحدا للسعادة و إنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الإنسان يستطيع أن يحقق السعادة من مصادر مختلفة.و أن يبذل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ٣٠١ - ٣٠٢)

أضاف أيضا سليمان الريحاني ١٩٨٥ فكرتين تعتبر كلا منهما لاعقلانية

و هما.

١ - ينبغي أن يتسم الفرد بالرسمية و الجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانه محترمه بين الناس.

٢ - لا شك إن مكانة الرجل تعد هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المراه .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٣)

و لذلك نجد إليس (Ellis) خرج من هذا العرض للافكار اللاعقلانية على انها تدرج تحت ثلاث فئات رئيسيه تتعلق الأولى بالذات، و الثانية بالخرين، و الثالثة بالظروف.

اتجاه إليس (Ellis) فى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من خلال نظريه (A.B.C.D.E.F).

يرى إليس (Ellis) أن هناك تداخلا و تشابكا بين الانفعال و التفكير ، و أن الفرد يفكر و يشعر و يتصرف فى ذات الوقت ، و يعتقد إليس أن الاضطراب النفسي و الانفعالي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني و اللامنطقى . و ان التخلص من مثل هذه الاضطرابات يكمن فى تعديل هذا التفكير اللاعقلانى و استبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية و لذلك قدم لنا نموذج المعروف A.B.C.D.E أما (A) فتعنى Activating Experience or Event أى (خبره منشطه) ، (حادثة)، (هنا و الان) مثل (وفاة قريب ، فشل فى الامتحان ، فصل من العمل ، صراخ فى الوجهه من قبل صديقالخ) فان هذا الحدث يعتبر المنشط (A) و فى حد ذاتها لا تحدث الاضطراب الانفعالي .

اما (B) فتعنى Belief system (نظام المعتقدات) حيث يتم ادراك الخبره المنشطة فى ضوء نظام المعتقدات (لدى الفرد) و هذه المعتقدات نوعان أما عقلانية (rB) (rational) تحقق للفرد السعادة و لا ينتج عنها اضطراب أو لاعقلانية (iB) (irrational) تؤدي إلى التعاسه و الاضطراب الانفعالي.

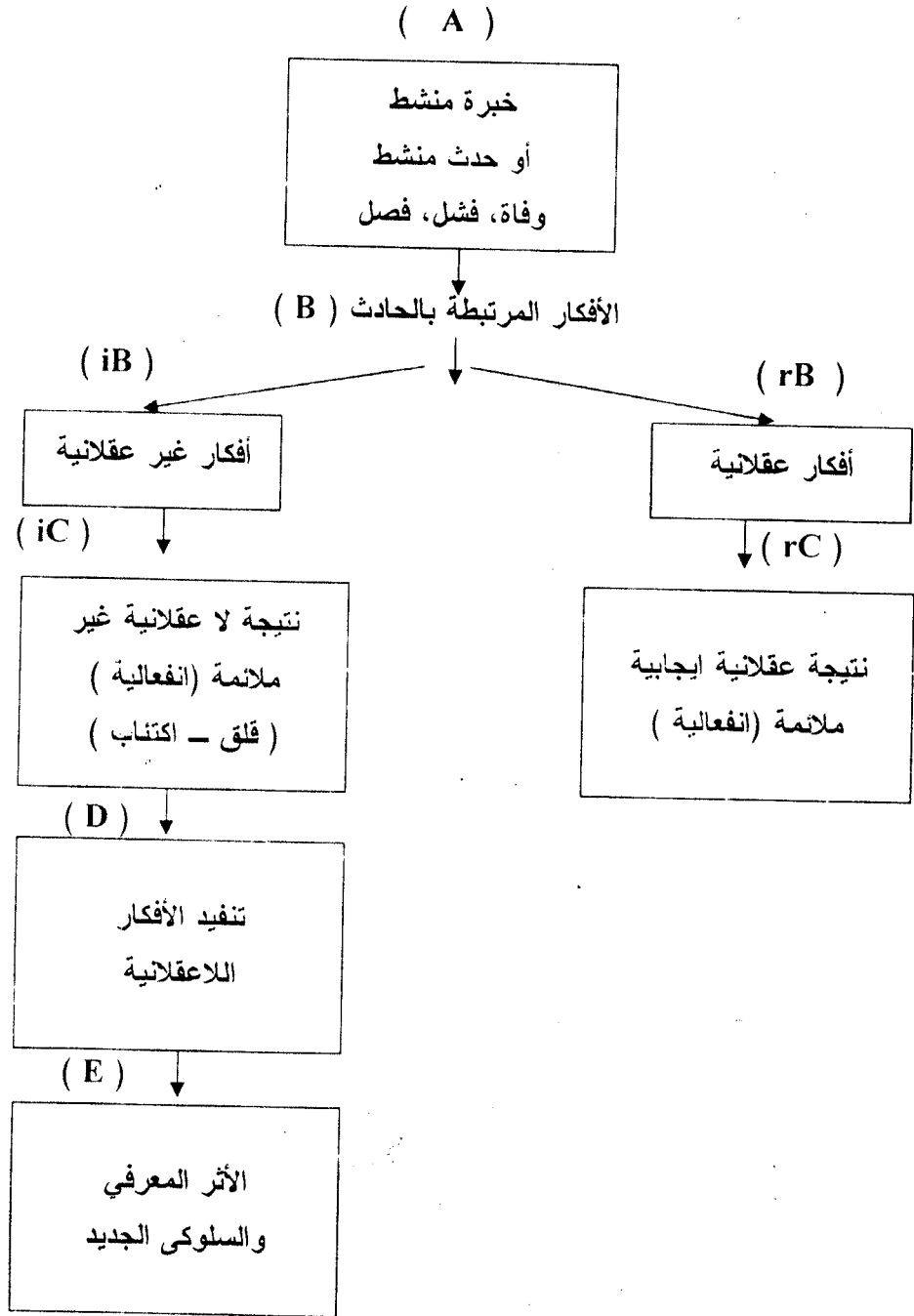
اما (C) Consequence (نتيجته) (استجابته انفعاليه) و النتيجة قد تكون عقلانية موجبه (rC) rational (موجبة) (جبر - رضا - إصلاح) أو غير عقلانية (iC) irrational (سالبه) (حزن - قلق - اكتئاب) .

اما (D) فتعنى Disputing (النقض او التنفيد) فيقوم المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي بتنفيذ و تغيير الافكار غير العقلانية و دحضها للمريض ، من خلال توضيح دورها فى إحداث الاضطراب الانفعالي ؛
إما (E) فتعنى Effect (الأثر أو التأثير) (منرفي - سلوكي).

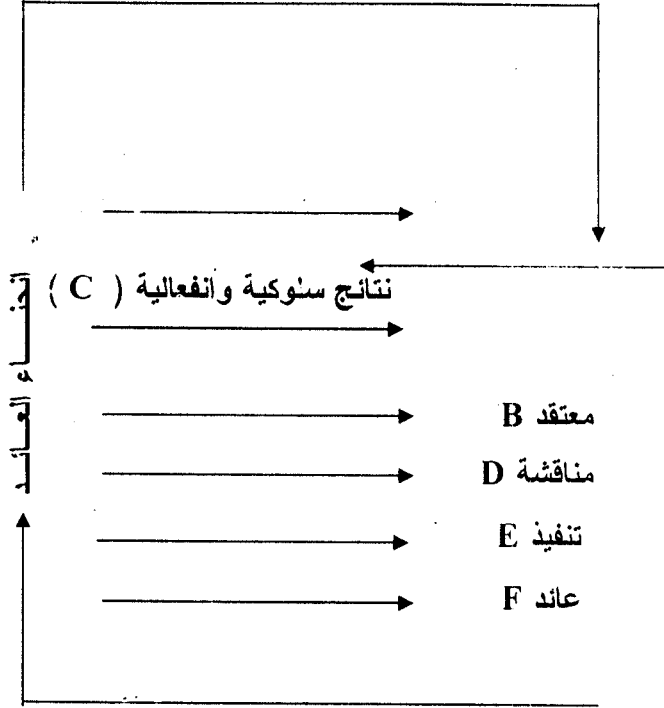
و ذلك يساعد المعالج فى تكوين و إحلال مجموعه من الأفكار العقلانية ذات المنطق السليم لكى يحقق التأثير هو التغير الايجابى فى شخصية المريض ويكون هذا التغير دالا فى المجالين (المعرفى - السلوكى).

(حامد زهران ٢٠٠١، ص ٣٦٦) (إجنل محمد سرى ، ١٩٩٩ ، ص ١٧١ : ١٧٢) (محمد محروس الشناوي - محمد عبد الرحمن ١٩٩٨ ، ص ٢١٥ ، ٢١٦) (محمد توفيق ١٩٩٧ ، ص ٦٧ - ٦٨) (محمد صهيب مزنوق ، ١٩٩٦ ، ص ٢٨-٢٩) (محمود إبراهيم عبد العزيز ، ١٩٩٣ ، ص ٣٥ ، ٣٦) .

و فى حالة نجاح المرشدين فى الوصول إلى فلسفه عقلانية تتمتع بنجاح عملى نتج عن استبدال الأفكار الملائمة بالأفكار غير الملائمة فإنهم يصلون إلى New feling (F) وهى مجموعه من المشاعر بدلا من الشعور بانقلاق والاكتئاب .



الشكل (٣) يوضح نموذج إليس (Ellis) في العلاج العقلاني الانفعالي



شكل (٤)

يوضح طريقة إليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
نموذج حديث يعرضه علاء الدين الكفافي ١٩٩٩

و يوك. راينز و دي جيوسيب (١٩٩٠) & Di Giuseppe
Dryden انه على الرغم من نموذج إليس (Ellis) ABCDE يعد هو جوهر
اسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي و تطبيقاته فان الخطوات المتتابعة
المتضمنة في تطبيق هذا النموذج ليست مصوره أو محددة ووضوح و حتى يتم
توضيح هذه العملية قاما معا بتطوير هذا الأسلوب ليصبح في تتابع يضم ثلاث
عشره خطوه .

و تتحد تلك الخطوه على النحو التالي .

أ - البحث عن المشكلة (S) و تقييم العناصر المتعلقة بها من إحداث منشطه
(A) و نتائج (C) و تضم الخطوات من ١ - ٥ كالتالى.

١ - البحث عن المشكلة.

٢ - تحديد المشكلة المستهدفة و الموافقة عليها.

٣ - تقييم النتائج (C).

٤ - تقييم الإحداث المنشطة (A) .

٥ - تحديد و تقييم اى مشكلات انفعاليه ثانويه.

ب - تعليم المريض كيفية تحديد العلاقة بين الاعتقاد و النتائج C - B الذى
يعنى ان الاعتقادات تؤدى على نطاق واسع الى نتائج انفعاليه . و ربط ذلك
بالاضطراب الانفعالي للمريض . و يضم ذلك الخطوات من ٦ - ٨ كالتالى .

٦ - التدريب على تحديد العلاقة بين الاعتقاد و النتائج C - B و تقييمها .

٧ - تقييم الأفكار الاعقلانيه iB .

٨ - ربط الأفكار العقلانية B بالنتائج C (الاضطراب الانفعالي).

ج - تنفيذ الاضطرابات اللاعقلانية للمريض (D) و ذلك عن طريق اجراء
مناقشه معه فى هذا الصدد . و إيضاح كيفية تعميق اقتناعه بالاعتقادات العقلانية
المكتسبة حديثا من خلال مهام الواجبات المنزلية و التي يتم مراجعتها مع
المريض فى الجلسة التالية .

و تضم هذه النقطة الخطوات من ٩ - ١٢ كالتالى .

٩ - دحض و تنفيذ الأفكار اللاعقلانية.

- ١٠ - إعداد المريض لتعميق اعتقاده في أفكاره العقلانية من خلال المناقشة.
 - ١١ - إعطاء العميل واجبات منزليه حتى يتسنى له الممارسة.
 - ١٢ - مراجعة الواجبات المنزلية.
 - د - مواجهة الاعتقادات اللاعقلانية للمريض في مجموعه من المواقف المشكلة و ذلك حتى يتسنى له إدخال نظريته العقلانية الجديدة، و تمثل هذه المرحلة الخطوة الثالثة عشر و الاخير.
- (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ١١٦-١١٧)

فروض نظرية إيليس فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكي

قدم إيليس Ellis فى عام (١٩٧٧) الإطار الكامل لنظريته فى العلاج النفسى و عرض لكل الفروض التى تقوم عليها نظريته و بلغ عددها ٣٢ فرضا و حاول إيليس Ellis من عرضه لهذه الفروض النظرية الرد على جميع الاعتراضات . و أوجه النقد للنظرية و سوف يتم عرض هذه الفروض باختصار و ذلك لأهميتها فى نجاح عملية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكي و يساعد المعالج على القيام بعمله و فهم المشكلات التى يعانى منها المريض.

١ - التفكير و الانفعال عمليتان متلازمتان:-

هذا الفرض اساسى لدى نظرية إيليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكي حيث التفكير و الانفعال عمليتان غير منفصلتان و لا يمكن النظر إلى كل منهما بشكل مستقل، لان بينهما علاقات تبادليه بصوره تكاملية، استجابات الأفراد نحو المؤثرات البيئية لا تتوقف على الانفعال فقط، و لكن تتوقف على أفكارهم و معتقداتهم و اتجاهيهم نحو هذه المثيرات البيئية و لذلك على المعالج العقلانى إن يدرك هذه العلاقة و يساعد المريض على تعديل أفكاره و اتجاهاته اللاعقلانية حتى يغير من انفعاله و سلوكه.

٢ - عمليات تعلم معاني المفاهيم و الأحاديث الذاتية تؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.

إن تعلم معاني المفاهيم بطريقه خاطئه . و ما يقوله الفرد من الأحاديث الذاتية من الأشياء الموجودة في البيئة التي يعيش فيها. تؤثر في انفعال الفرد وسلوكه. و يجب على المعالج العقلائي الانفعالي السلوكي إن يساعد المريض على التحدث مع نفسه بموضوعيه و عقلانية و إن يتعلم المعاني الصحيحة للمفاهيم.

٣ - معارف الفرد تؤثر في حالته المزاجية.

تتأثر الحالة المزاجية للفرد بالأفكار و المعارف و معتقداته و ما يقوله لنفسه فإذا كانت الأفكار تفاؤلية. فإن ذلك يبعث على السعادة و الفرح، إذا كانت أفكار تشاؤمية فإن ذلك يبعث على الحزن و فقدان الأمل في المستقبل، مما يسبب القلق و الاكتئاب و على المعالج أن يساعد المريض على التخلص من الأفكار التشاؤمية التي تؤثر على أحواله المزاجية على المريض . و يجعله يشعر بالتفاؤل و الأمل في المستقبل .

٤ - يتأثر سلوك الفرد و انفعاله بعمليات الوعي و الاستبصار و مراقبة الذات.

يمكن تغيير انفعال الفرد و سلوكه عن طريق عمليات الوعي . الاستبصار . مراقبة الذات كعمليات معرفيه . الفرد عندما يشعر بمشكلته و يفكر فيها بطريقه لاعقلانية فإن ذلك يجعله أكثر اضطرابا و ألمعالج العقلائي يساعد المريض على إن يكون أكثر و عيا و استبصارا بمشكلته حتى يمكن من تغيير سلوكه المضطرب .

٥ - تؤثر عمليات التصور و التخيل في انفعال الفرد و سلوكه.

حيث أن الأفراد لا يفكرون بكلمات و عبارات لفظية فقط، و لكن أيضا يفكرون بطرق غير لفظية أخرى مثل التصور و التخيل و الأحلام و هذه العمليات تؤثر في انفعال الفرد و سلوكه .

٦ - توجد علاقة تبادلية بين المعرفة و الانفعال و السلوك .

هناك علاقة متبادلة بين معرفة الفرد و انفعاله و سلوكه و اى تغيير فى احدى هذه الأشياء الثلاثة يتبعه تغيير فى باقى الأشياء الأخرى. لأن كلا منهما يؤثر فى الآخر .

٧ - يتأثر انفعال الفرد و سلوكه بميوله الفطرية.

يملك الفرد ميول بيولوجيه فطريه، و ميول أخرى مكتسبه و متعلمة و يتضح تأثير هذه الميول على انفعال الفرد و سلوكه بتفاعلها مع العوامل البيئية و ما يتعلمه الفرد فى مراحل النمو.

٨ - يتأثر انفعال الفرد بالتغذية الرجعية و العمليات الفسيولوجية.

تؤثر التغذية الرجعية و العمليات الفسيولوجية فى انفعال الفرد و سلوكه فالخبرات الصادمة المؤلمة تعمل على زيادة العرق و زيادة ضربات القلب و ارتفاع ضغط الدم و غيرها من العمليات الفسيولوجية. و عندما يفكر الأفراد بطريقه عقلانية فإنهم يمكنهم ضبط هذه العمليات الفسيولوجية و السيطرة على ردود أفعالهم تجاه البيئة و الآخرين.

٩ - توقعات الفرد تؤثر في انفعاله و سلوكه.

يشمل توقعات الفرد توقعاته من الأشياء المحيطة به و الآخرين من حوله، و توقعاته من نفسه و التوقع الخاطئ يؤدي إلى انفعالات سلبية بينما يؤدي التوقع الصحيح إلى الشعور بالطمأنينه.

١٠ - تؤثر و جهة الضبط في انفعال الفرد و سلوكه.

سلك الأفراد في كثير من المواقف تبعاً لمركز تحكّمهم، و تتوقف سلوكيات الأفراد على مدى تحكّمهم في المصادر الداخلية و الخارجية للذات و يؤثر ذلك على انفعال الفرد و سلوكه.

١١ - الأفكار اللاعقلانية تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية.

فالأفراد لديهم ميول فطرية و مكتسبة لان يتعلموا الأفكار اللاعقلانية من البيئة إثناء عملية التنشئة الاجتماعية، مما يجعلهم يعانون بعض الاضطرابات الانفعالية. إذا ما غير الأفراد أفكارهم اللاعقلانية فإنهم يصبحون سعداء. و يحققون قيمهم الأساسية في الحياة و على المعالج العقلاني إن يفسر و يفند هذه الأفكار اللاعقلانية للمريض. و يعتبر هذا الفرض من الفروض الأساسية التي قامت عليها نظرية إليس Ellis في العلاج العقلاني .

كشفت العديد من الدراسات عن علاقة إيجابية بين الأفكار اللاعقلانية و بين القلق و الغضب و الاكتئاب و الخوف و الشعور بالذنب (مثل دراسات عماد محمد احمد إبراهيم ١٩٩٠، ندى طيبة ١٩٩٠، هشام عبد الله ١٩٩١، محمد احمد محمد ١٩٩٥ سامي محمد موسى هاشم، ١٩٩٧)

و دراسة (Thyerbd 1983) ، Morcatte & Baron 1993 .

١٢ - يتأثر انفعاله و سلوكه بتقديره لذاته .

يميل الأفراد إلى تقييم سلوكهم و أدائهم في مواقف عديدة، بل إنهم يميلون إلى تقييم أنفسهم ككل و إذا ما اخطأ الفرد في تقديره لذاته، فإنه لن يتسامح مع نفسه مما يؤثر على سلوكه و انفعالاته التي تتخذ في صورة اضطراب انفعالي . و على المعالج أن يساعد المريض على إن يقيم نفسه بطريقه صحيحة.

١٣ - يتأثر انفعال الفرد و سلوكه بميكانزماته الدفاعية.

يرفض الأفراد الاعتراف لأنفسهم أو للآخرين بان أفكارهم لاعقلانية و بان تصرفاتهم سيئة عندما تكون كذلك فعلا، و يلجؤون إلى استخدام العديد من ميكانزمات الدفاع كالكبت و الإسقاط و الأفكار، لمواراة أفعالهم السيئة و الخاطئه مما يزيد من اضطرابهم الانفعالي و على المعالج العقلاني إن يساعد المريض على عدم استخدام هذه الأساليب الدفاعية، و يوضح لهم أن إخفاء أفعالهم الخاطئه يؤدي إلى مزيد من القلق و الاكتئاب.

١٤ - يتأثر انفعال الفرد و سلوكه بمدى تحمله للإحباط.

يمكنك الأفراد ميول فطريه و مكتسبه لتحمل القليل من الإحباط. و لذلك فإنهم يبحثون عن الأعمال السهلة التي تحقق لهم إشباعا فوريا و مباشرا، و يتجنبون الأعمال التي تحقق لهم الإشباع على المدى الطويل. الذي قد يؤدي إلى حدوث الاضطراب الانفعالي لهم. و على المعالج العقلاني إن يتحمل درجه كبيرة من الإحباط.

١٥ - أخطاء خصائص الفرد تؤثر في انفعاله و سلوكه.

يتميز الفرد بخصائص الدافعية و السببية و يستخدم هذه الخصائص في تعامله مع البيئة و الآخرين الذين يعيشون فيها من حوله. مما يجعل هذه

الخصائص تؤثر فى تعميق لدوافع الناس و إغراضهم فإذا ما قيم الفرد دوافع الناس و إغراضهم على أساس مفاهيم زائفة أو مضلله فإن ذلك يقوده إلى الاضطراب الانفعالي. و على ذلك يكون المعالج العقلاني أن يساعد المريض على فهم تغيير هذه الخصائص المعرفية.

١٦ - توقع الفرد التهديد يؤثر على انفعاله و سلوكه.

يظهر الأفراد ردود فعل للتهديد عندما يكون هناك خطر حقيقى كما إنهم يترقبون و يتخيلون مواقف التهديد و يظهرون الخوف و القلق عندما لا تكون هناك مواقف تهديد حقيقية و يودى ترقب و توقع التهديد إلى حدوث الاضطراب الانفعالي و على المعالج العقلاني أن يساعد المريض على إخراج هذه الأفكار المدمرة. و إن يكون رد فعله ايجابى تجاد مواقف الحياة المختلفة.

١٧ - الإرشاد النفسى الموجهة النشاط.

حيث إن بعض الأفراد لديهم ميول فطرية و مكتسبة لان يفكروا بطريقه لاعقلانية و يعملوا على تدمير ذاتهم و لذا فإنهم يحتاجون إلى مزيد من المساعدة من خلال الإرشاد النفسى الموجه.

١٨ - دحض الأفكار اللاعقلانية و الإقناع.

يتمسك الأفراد بالأفكار اللاعقلانية على الرغم من إنها تسبب لهم الاضطراب الانفعالي، و على المعالج العقلاني أن يوضح للمريض عدم منطقية هذه الأفكار و دحض هذه الأفكار انخاطئه و يعمل على إقناعه و حثه على أن يختار أفكار عقلانية جديدة تحقق له السعادة.

١٩ - الواجبات المنزلية.

يعتبر فن الواجبات المنزلية من الفنيات التي استخدمها إليس في مساعدة المريض المضطرب و الذين قاموا بالعلاج و ذلك يقوم المعالج بتحديد بعض الواجبات المنزلية المباشرة تساعده على تغيير انفعاله و سلوكه.

٢٠ - تبسيط الالهانه و حسن الظن بالآخرين.

عندما يشعر الأفراد إن الآخرين يفكرون في إهانتهم و احتقارهم أو ضررهم فإنهم يشعرون بالاضطراب الانفعالي. و هذا الإدراك يضر بهم أكثر من تصرفات الآخرين نحوهم. و المعالج العقلاني يساعد المرضى على إلا يأخذوا إهانة الآخرين بخطورة زائدة. و مساعدتهم على التقبل و التسامح معهم و حسن الظن بهم.

٢١ - تنفيس الانفعالات المختلفة وظيفيا.

يعمل العلاج العقلاني الانفعالي على تنفيس الانفعالات المختلفة وظيفيا مثل الغضب و العدائيه و العدوان و غيرها و ذلك بواسطة استخراج الأفكار اللاعقلانية و استبدالها بأفكار عقلانية جديدة تمكن المريض من إن يتخلى عن هذه الانفعالات الضارة .

(محمد صهيب ، ١٩٩٦ ، ص٢٢ - ٢٤) (محمود إبراهيم عبد العزيز ، ١٩٩٢ ، ص ٣٦ - ٤٦) (عبد اللطيف عماره - ١٩٨٥ ، ص ٢٠ - ٤٩) .

يفترض في العلاج العقلاني الانفعالي أن لدى الناس في الواقع، على اختلاف الطرق التي تربوا عليها - ميلين خالفين متضاربين: (أ) ميل لتحفيز أنفسهم و ميل للمبالغة في تقدير أنفسهم و الآخرين و بالتالي يجلبون لأنفسهم الاضطرابات و عدم الفعالية.

(ب) ميل للتغير و تحقيق ذواتهم كأناس أكثر صحة و اقل اضطرابا و يحاول المعالج أن يوضح لهم الكيفية التي يستطيعون بها استخدام الميل إلى تحقيق الذات للحد من ميولهم بجلب الاضطرابات لأنفسهم
(Ellis, 1996 , P 199 - 200)

مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تبنت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي .

١ - تبين نظرية العقلانية الانفعالية و هو أن التفكير هو أهم و أقرب محدد لعواطف و انفعالات الناس، ببساطه نحن نشعر بما نفكر، فالإحداث و الناس الآخرون لا يجعلوننا نشعر بالسعادة أو التعاسة، لكن نحن نقوم بهذا لأنفسنا من خلال تفكيرنا، أنها عملية تشبه كتابة نص نردود أفعالنا العاطفية، مع إننا عادة لا ندرك ولا نشعر إننا نقوم بهذا، و هكذا فإن إحداث الماضي و الحاضر الخارجية تساهم لكن لا تحدث هي مباشرة أو تسبب الانفعالات داخلنا و على العكس فإن الأحداث الداخلية - ادراكنا و خاصة تقييمنا و إحكامنا لهذه الادراكات - هي المصدر قوه و مباشرة في استجابتنا الانفعالية.

٢ - التفكير غير الصحيح هو المحدد الرئيسي للكرب و اليأس الانفعالي، وبالتالي فإن الأوضاع الانفعالية غير الصحيحة، و الجوانب العديدة للأمراض النفسية هي نتيجة لعملية التفكير غير الصحيح، و الذي قد يتصف بالمبالغة والإسراف في تبسيط الأشياء، و اللامنطقيه و الافتراضات غير الصادقة والاستنتاجات الخاطئه و الأفكار المطلقة.

٣ - إن الفكرة الاساسيه للنظرية العقلانية الانفعالية هي إننا نشعر حسب ما نفكر، و حتى نقضى على مشكله انفعاليه. فنحن نبدأ بتحليل لأفكارنا، فإذا كانت المحنه هي نتاج التفكير اللاعقلاني فإن أحسن طريقه للتغلب على المحنه هي تغيير هذا التفكير، و من منطلق العلاج النفسي، فإن التفكير هي العنصر أو

الجانب الوحيد للخبرة الانفعالية الذي يستطيع المعالجون تشجيع المرضى على تغييره.

٤ - تعتبر التأثيرات البيئية و الوراثة مقدمات للتفكير اللاعقلاني و الأمراض النفسية و يقول اليس نحن البشر يبدو ان لدينا ميل و نزعة طبيعية للتفكير اللاعقلاني. و ثقافتنا تعززها بالخرافات و الشعائر و المحرمات و بالتعصب الأعمى.

٥ - لا يأتى التغيير بسهولة، و لكن يحتاج إلى جهود نشيطة و مثابرة لإدراك وتحدى و مراجعة التفكير، و بالتالى إنقاص المحن العاطفية.

٦ - تؤكد النظرية العقلانية الانفعالية على التأثيرات الحاضرة بدلا أو أكثر من المؤثرات التاريخية على السلوك. فبالرغم من أهمية الظروف البيئية و الوراثة فى اكتساب المرض النفسى لكنها لا تعتبر الركيزة الاساسيه فى فهم استمرار المرض النفسى، فالناس يحافظون على استمرارية اضطرابهم من خلال تلقينهم الذاتى و إن الالتزام و التقيد بالمعتقدات اللاعقلانية بدلا من كيف تم اكتسابها، هو السبب فى الكرب و الاضطراب العاطفى. و بالتالى إذا أعاد الأفراد تقييم تفكيرهم و أفكارهم السابقة و تنازلوا عنها فى الوقت الحاضر فإن أدأؤهم سيصبح مختلفا تماما.

(Walen Di Giueseppe & Dryden , 1992 :p 15 -17)

العلاج العقلاني الانفعالي للأطفال و المراهقين .

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي من الأساليب العلاجية ذات التاريخ الطويل فى استخدامه من قبل الاخصائين النفسين العاملين فى المدارس لمعالجة أنواع عديدة من مشاكل الأطفال و الراهقين التوافقية و الانفعالية مثل القلق الشديد و الاكتئاب و الغضب الحاد و الانسحاب الجماعى.

(Bernard , 1990 ,p 249)

فلقد ارتبطت لدى أدب العلاج العقلاني الانفعالي بالأطفال يرون تحمل ضئيلا للإحباط، و عدم القدرة على تأخير أو تأجيل الإشباع. و لقد أشار برنارد وجوليس (Bernard & Joys 1984) أن إمراض الأطفال النفسية تنجم عن تفاعل المزاج الخاص (الطبع) للطفل مع الأسلوب الوالدي، و ان النمو التكيفي يحدث بشكل خاص بسبب الدمج الجيد بين أسلوب التربية الوالدين للطفل، و من الناحية الكلينيكية فان ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي و من موقع الرقيب ينتبهون الى الأطفال ذوي التحمل الضئيل للإحباط و غير ملائم للمرحلة العمرية الخاصة بهم و الذين لديهم مشاكل تتعلق بالانا بشكل خاص النزعة للتفكير الهادم للذات و فهم كناوى (Knaus (1985) . كما يركزون على فهم الأسباب التي تجعل هؤلاء الأطفال يفكرون و يشعرون و يتصوفون هكذا . و لذا قام العلاج العقلاني الانفعالي يهتم بطبعهم و حساسيتهم و الطريقة التي يفكر ويشعر و يسلك بها إباؤهم نحوهم

(Bernard , 1991 , p 320 . 321)

ومن الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ما يلي :

١ - الأساليب المعرفية :-

و تضم مثل هذه الأساليب التحليل المنطقي للأفكار الالاعقلانية. التعليم والتوجيه، و مناقشة النتائج غير التجريبية. و تنفيذ الاستنتاجات غير الواقعية. و وقف الأفكار و التشتت المعرفي، وإعادة البناء المعرفي، و يقرر إعادة البناء المعرفي في هذا الإطار على توضيح العلاقة بين ABC فالنتائج (C) ليست وليدة الأحداث النشطة (A) التي تسبقها ، و إنما هي وليدة نسق التفكير والمعتقدات (B) ثم يتم الانتقال إلى التنفيذ (D) Disputing الأفكار اللامنطقيه (irb) و عن طريق مساعدة العميل على تنفيذ أفكاره و مساعدته

على تكوين أفكار منطقيه أفضل يكون المعالج قد حقق الأثر المعرفي (E) Cognitive effect يساعد العميل على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه .
(محمد محروس ، ١٩٩٦ ، ص٣٨٩-٣٩١) (محمد توفيق ، ١٩٩٧ ، ص ٦٧ - ٦٨) (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٤)

ب - الأساليب التّدعيميه المساندة.

و تتضمن مثل هذه الأساليب على سبيل المثال تحويل الاهتمام، والتخلي عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية.

ج - الأساليب الانفعالية.

تستخدم هذه الفنيات لإحداث تأثير على مشاعر و وجدان المريض من خلال بعض الأساليب أهمها ما يلي.
لعب الدور ، لعب الدور العكسي ، و النمذجه ، الوعظ العاطفي ، مهاجمة الخجل ، الحوار الذاتي ، استخدام البشاشة ، المرح و الدعابة . التّقبل غير المشروط ، الحث .
(محمد محروس ، ١٩٩٤ ، ص ١١٦) (محمد توفيق ، ١٩٩٧ ، ص ٦٨ - ٦٩)
(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٤) .

د - الأساليب السلوكية

و منها الواجبات المنزلية والاسترخاء وأساليب الاشتراط الاجرائى كالتعزيز و العقاب والتحصيل الانفعالي العقلاني، كان يتخيل الفرد نفسه فى موقف الانفعال و قد قام بتغيير مثل هذا الانفعال إلى انفعال آخر اقل منه فى

المستوى كان يتم تغيير الغضب إلى مجرد الضيق مثلا، و هو ما يمكن التعبير عنه بأنه تغير للانفعال السلبي غير الصحى إلى انفعال سلبي صحيح.
(محمد محروس، ١٩٩٤، ص ١١٦ - ١١٧) (محمد توفيق، ١٩٩٧، ص ٦٩) (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٦٥).

مزايا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

انه يستخدم فنيات سهلة الإجراء كالقدرة على الإقناع بما يناسب عقل و منطق المريض و ثقافته، و يسعى إلى الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية التي تكمن خلف العصاب و مهاجمتها، و تغيير فكرة المريض عن نفسه و يحل محلها أفكارا صحيحة، و يحصن المريض ضد الأفكار اللاعقلانية التي يحتمل تعرضه لها في المستقبل.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٦٥)

اظهر التكامل بين الاندماج بين عمليتين أساسيين هما التفكير وما يترتب عليه من انفعالات تظهر في صورة وجدانية ربما تكون سالبة فتؤدى إلى المرض و بذلك يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي قائم على فكرة نظرية جيدة.

(أمال عبد السميع باظه، ٢٠٠١، ص ٢٤٥ - ٢٤٦)

عيوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

تتمثل فيما يعتبر البعض انه نوع من غسيل المخ أو العلاج التسلطي الذي يعد شكلا إيحائيا ظاهريا للعلاج النفسى إذا اخفق في الوصول إلى الأفكار و المشاعر اللاشعورية العميقة

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٦٥)

وذلك للاعتبارات التالية:-

أولاً: نظراً لان جوهر العلاج العقلاني الانفعالي يقوم على الكشف عن الأفكار اللاعقلانية التي تسبب بدورها الاضطراب الانفعالي والسلوكي فان علاقة التعاون بين المعالج والمريض تمثل ركناً أساسياً في هذا العلاج فالمريض الذى يدخل مع المعالج فى إطار علاقة التحدي وعدم الاقتناع بالشواهد المنافية لصحة اعتقاده وعدم التنازل عنها والتراخي فى أداء الواجبات المفروضة ينبغى حينئذ توقف العلاج والبحث عن أساليب علاجية أخرى.

ثانياً: قد تكون الأفكار اللاعقلانية التي يطرحها المريض احد الميكانيزمات الدفاعية التي تخفى وراءها نوعاً من الصراع النفسى الدينامى المتعمق، وبالتالي فإن التنقيب عن هذه الأفكار ومحاولة الاقتراب منها، قد يؤدي فى المقابل إلى زيادة اضطراب المريض، ومن ثم زيادة مقاومته وينبغى حينئذ توقف العلاج والبحث عن أساليب علاجية أخرى.

(فتحى مصطفى الشرقاوى ، ٢٠٠٣ ، ص ١٦٧)

الفصل الرابع

الدراسات والبحوث السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي

السلوكي لكتاب الأطفال

ثانياً: الدراسات التي تناولت آكتاب الأطفال

وعلاقتها بتغيرات أخرى

ثالثاً: التعليق على الدراسات السابقة

رابعاً: فروض الدراسة

الفصل الرابع

الدراسات والبحوث السابقة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً تحليلياً لأهم البحوث والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية ومتغيراتها، بالإضافة إلى التأسيس والإطار النظري السابق تناوله في الفصل الثانی والثالث يمكن استنباط فروض الدراسة الحالية والتي تمثل إجابات محتملة للأسئلة المطروحة في الفصل الأول والمعبرة عن مشكلة الدراسة.

كما انه من خلال استعراض البحوث والدراسات السابقة يمكن التعرف على أهم اتجاهات هذه الدراسات في هذا الميدان سعياً إلى الإفادة بالنسبة للدراسة الحالية من حيث المنهج المستخدم والأدوات والفنيات المختلفة في العلاج المعرفي السلوكي للتصدي لظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال وسوف يتناول الباحث في هذه الدراسة الدراسات والبحوث السابقة التي أجرت في المرحلة العمرية التي يتناولها الباحث في دراسته الحالية مع عرض الدراسات من الأقدم إلى الأحدث من خلال تناولها من الجوانب التالية

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاكتئاب الأطفال

ثانياً: الدراسات التي تناولت اكتئاب الأطفال وعلاقته بمتغيرات أخرى

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاكتئاب

الأطفال

دراسة رينولدس وكوتس (1986) Reynolds & Coats

هدفت دراسة Reynolds & Coats (1986) إلى مقارنة العلاج

المعرفي السلوكي والتدريب والاسترخاء لعلاج المراهقين المكتئبين. واستخدم

الباحثين عينه تتكون من ٣٠ مراهقاً مكسب منوسط عمرهم ١٥,٦ سنة وطبق

عليهم مقياس (بيك) للاكتئاب وقدم إليهم الباحثين علاج معرفى سلوكى مع التدريب على الاسترخاء وتم تقسيم العينة إلى ٣ مجموعات وتتكون المجموعة الأولى من ١٠ مراهقاً مكتتباً وتلقت العلاج المعرفى السلوكى من خلال برنامج التحكم الذاتى والمجموعة الثانية تتكون من ١٠ مراهقاً مكتتباً ممن تلقون التدريب على الاسترخاء والمجموعة الثالثة من ١٠ مراهقاً ولم تتلق أى علاج المجموعة الضابطة. واثبت النتائج إن المجموعتين إلى تلقت العلاج المعرفى السلوكى تدريب على الاسترخاء وأظهرت تحسن فى انخفاض الاكتئاب لديهم من المجموعة الضابطة التى لم تلقى أى نوع من العلاج.

(Reynolds& Coats 1986)

دراسة ستارك وآخرون (Stark etal 1987)

هدفت دراسة (Stark etal 1987) إلى المقارنة بين فاعلية العلاج بالتحكم الذاتى والعلاج بحل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المكتتبين وتم اختبار عينة فى المرحلة العمرية من ٩ - ١٢ سنوات بلغ عددهم ٢٨ طفلاً وقسمت العينة إلى ٣ مجموعات المجموعة الأولى عددهم ٩ أطفال ممن تلقون العلاج التحكم بالذات والمجموعة الثانية وعددهم ١٠ أطفال ممن تلقون العلاج حل المشكلات السلوكية والمجموعة الثالثة الضابطة وعددهم ٩ أطفال لم تلقى أى علاج واستخدم الباحث اختبار اكتئاب الأطفال من إعداد (مارياكوفانكس) وأظهرت النتائج التحسن وانخفاض الاكتئاب لدى المجموعة الأولى التى تلقت العلاج التحكم بالذات والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج حل المشكلات السلوكية عن المجموعة الضابطة التى لم تلقى أى علاج.

(Stark etal 1987)

دراسة ليددليووسبنس (liddle& Spence 1990)

قام (liddle& Spence 1990) بدراسة تهدف إلى دراسة العلاج المعرفى السلوكى لعلاج اكتئاب الأطفال الطفولة المبكرة فى المدرسة الابتدائية وتم اختيار الأطفال فى المرحلة العمرية من ٧ - ١١ سنة بلغ مجموعهم ٣١ طفلاً مكتتباً طبق عليهم اختبار (مارياكوفانكس) لاكتئاب الأطفال وتم تكوين ثلاث مجموعات للدراسة المجموعة الأولى وكان عددهم ١١ طفلاً ممن تلقون العلاج

المعرفى السلوكى وكانت عدد الجلسات ٨ جلسات علاجية فى التدريب على المهارات الاجتماعية والمجموعة الثانية وتكونت من ١٠ أطفال ممن تلقون العلاج من خلال التحكم فى الانتباه بعد دواء وهمى وتم ذلك من خلال ٨ جلسات علاجية والمجموعة الثالثة المجموعة الضابطة وتكونت عددهم من ١٠ أطفال ولم تتلق أى نوع من العلاج وتوصل الباحثون إن العلاج المعرفى السلوكى حقق تحسن فى تخفيف الاكتئاب لدى الأطفال .

(liddle & spence 1990)

دراسة كاهن وآخرون (1990) Kahn et al

هدفت دراسة Kahn et al (1990) بدراسة العلاج المعرفى السلوكى والتدريب على الاسترخاء واستخدام النموذج الذاتى فى تخفيف الاكتئاب لدى الأطفال فى المرحلة العمرية من ١٠-١٤ سنة وتكونت عينة الدراسة من ٦٨ طفلاً مكتئباً واستخدم الباحثين مقياس (رينولدس) لاكتئاب المراهقين وتكونت المجموعة الأولى من ١٧ طفلاً وتلقت ١٢ جلسة علاجية من العلاج المعرفى السلوكى والمجموعة الثانية من ١٧ طفلاً وتلقت ١٢ جلسة من تمارين الاسترخاء والمجموعة الثالثة كان عددهم ١٧ طفلاً وتلقت نماذج من التدريب على أذات والمجموعة الرابعة وهى المجموعة الضابطة وكان عددهم ١٧ طفلاً ولم تتلق أى نوع من العلاج السابق وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحسن لدى الأطفال المجموعات الثلاثة الأولى فى تخفيف الاكتئاب لديهم عن انمجموعة الضابطة الرابعة .

(Kahn et al 1990)

دراسة لينسوهم (1990) Lewinsohm et al

هدفت دراسة Lewinsohm et al (1990) إلى دراسة العلاج المعرفى السلوكى وتحقيق نجاح لدى اكتئاب المراهقين واختار الباحثين مجموعة من المراهقين المكتئبون تتكون من ٤٨ مراهقاً مكتئباً فى المرحلة العمرية من ١٤-١٨ سنة وطبق عليهم قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام وتكونت المجموعة الأولى من ٢٤ مراهقاً مكتئباً وتم تطبيق العلاج المعرفى السلوكى عليهم من خلال ١٤ جلسة علاجية والمجموعة الثانية المجموعة الضابطة

وعدددهم ٢٤. مراهق مكتب لم يطبق عليهم برنامج علاجي وأظهرت النتائج تحسن المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفى السلوكى .
(lewinsohm etal 1990)

دراسة ماركوت وبارون (Marcotte & Baron (1993)

هدفت دراسة (Marcotte & Baron (1993 بدراسة العلاج المعرفى السلوكى من خلال العلاج العقلانى الانفعالى على عينة من الطلاب يعانون من الاكتئاب فى المرحلة العمرية من ١٤ - ١٧ سنة واستخدم الباحث فى هذه الدراسة عينة تتكون من ٢٨ طالباً يعانون من الاكتئاب واستخدم الباحثين اختبار (بيك) للاكتئاب وطبقت الدراسة على مجموعتين المجموعة الأولى تكونت من ١٥ طالباً ممن تلقون العلاج المعرفى السلوكى باستخدام العلاج العقلانى الانفعالى وذلك من خلال ١٢ جلسة علاجية وكانت المجموعة الثانية المجموعة الضابطة وتكونت من ١٣ طالباً من الذين لم يتلقوا اى نوع من العلاج وأسفرت نتائج الدراسة إلى تحقيق التحسن وتخفيف الاكتئاب للمجموعة الأولى التي تلقت العلاج العقلانى الانفعالى عن المجموعة الضابطة. (Marcotte& Baron 1993)

دراسة جوكوس وآخرون (joycox etal (1994

هدفت دراسة (joycox etal (1994 إلى اختبار مدى فاعلية برنامج الوقاية من أعراض الاكتئاب لدى أطفال المدارس والذين لديهم استغداد لان يصابوا بالاكتئاب حيث كانت المرحلة العمرية لعينة الدراسة من ١٠-١٣ سنة بلغ عددهم ١٤٣ طفلاً وركز أسلوب العلاج على أعراض الاكتئاب والمشكلات المرتبطة به مثل المشكلات السلوكية والتحصيل الدراسى المنخفض وانخفاض الكفاءة الاجتماعية وسوء العلاقة مع الأصدقاء واستخدم الباحثين فى هذه الدراسة العلاج المعرفى وكانت الدراسة تتكون من مجموعتين المجموعة الأولى مجموعة تجريبية تتكون من ٦٩ طفلاً والعينة الضابطة تتكون من ٧٤ طفلاً حيث تلقت العينة الأولى العلاج المعرفى ، وتوصلت الدراسة إلى تحسن الأداء

الأكاديمية وانخفاض في الاكتئاب، وتحسن للسلوك المدرسي للمجموعة التي تلقت العلاج المعرفي عن المجموعة الضابطة . (joycox. etal. 1994)

دراسة ريد (1994) Reed

قام (1994) Reed بدراسة بهدف استخدام العلاج المعرفي السلوكي من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف الاكتئاب لدى المراهقين وتكونت عينة الدراسة من ١٨ مراهقاً في المرحلة العمرية من ١٤-١٩ سنة مستعيناً بالمقابلة الإكلينيكية واستبيان شدة الاكتئاب، وتم إجراء الدراسة على مجموعتين المجموعة الأولى تكونت من ١٢ مراهقاً مكتئباً تلقت العلاج المعرفي السلوكي في ٦ جلسات والمجموعة الثانية تكونت من ٦ مراهقاً مكتئباً ممن تلقون التدريب على الانتباه ٦ جلسات وتوصلت الدراسة إلى أن المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي أظهرت تحسناً في تخفيف حدة الاكتئاب لديهم عن المجموعة الثانية التي تلقت التدريب على الانتباه فقط . (Reed 1994)

دراسة فوستانس وآخرون (1996) vostonis etal

قام (1996) vostonis etal بدراسة هدفت إلى دراسة علاج اكتئاب الأطفال المراهقين باستخدام العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الانتباه وتكونت العينة من ٥٦ طفلاً في المرحلة العمرية ٨ - ١٧ سنة واستخدم الباحثون في هذه الدراسة قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام تم تطبيقها على مجموعتين من الأطفال ممن يعانون من الإكتئاب وتكونت المجموعة الأولى من ٢٩ طفلاً وتلقت العلاج المعرفي السلوكي من خلال برنامج علاجي للاكتئاب وذلك من خلال ٨ جلسات علاجية وتكونت المجموعة الثانية من ٢٧ طفلاً تم تدريبهم على الانتباه من خلال ٨ جلسات وأظهرت النتائج تحسناً أفضل في المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي

(vostonis etal 1996)

دراسة فوستاميس وآخرون (1996) *vostamis etal*

✓ هدفت دراسة (1996) *vostamis etal* إلى التعرف على العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإكتئاب الأطفال وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ طفلاً مكتتباً فى المرحلة العمرية من ٨ - ١٦ سنة وتم فى الدراسة التعرف على تقدير الذات ومراقبة الذات وحل المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المكتتبين واستخدم فى هذه الدراسة العلاج المعرفى السلوكى فى ٩ جلسات علاجية وتم تحليل الجلسات العلاجية فى برنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى اظهر تحسن فى جوانب حل المشكلات الاجتماعية وتقدير الذات .

(*vostamis etal* - 1996)

دراسة وود وآخرون (1996) *Wood etal*

✓ قام بدراسة (1996) *Wood etal* بهدف العلاج المعرفى السلوكى لدى المراهقين المكتتبين واختار عينة من المرحلة العمرية ٩-١٧ سنة وتكونت عينة الدراسة من ٥٢ طفلاً مكتتباً واستخدم فى الدراسة قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام وتم إجراء الدراسة على مجموعتين المجموعة الأولى وتكونت من ٢٥ طفلاً مكتتباً وتلقت العلاج المعرفى السلوكى من خلال برنامج لعلاج الاكتئاب وتم ذلك من خلال ٨ جلسات علاجية والمجموعة الثانية تكونت من ٢٧ طفلاً مكتتباً وتلقت علاج دواء وهمى واظهروا نتائج الدراسة تحسن المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف الاكتئاب لدى الأطفال.

(*Wood etal* 1996)

دراسة ويز وآخرون (1997) *weisz etal*

دراسة (1997) *weisz etal* والتي تهدف إلى تقديم علاج قصير للأطفال الذين يعانون من الاكتئاب المعتدل والمتوسط وذلك من خلال العلاج المعرفى السلوكى المتمثل فى التدريب على زيادة التحكم الاساسى والثانوى لدى الأطفال واستخدم الباحثين اختبار (ماريكوفاكس) لاكتئاب الأطفال وكان متوسط عمر العينة ٩,٦ سنة ثم تم تقسيم العينة الى مجموعتين بلغ عددهم ٤٨ طفلاً

المجموعة الأولى وعددهم ١٦ طفلاً تلقت العلاج المعرفى السلوكى من خلال ٨ جلسات علاجية والثانية المجموعة الضابطة لم تتلقى أى نوع من العلاج وكان عددهم ٣٢ طفلاً مكتئباً وأظهرت النتائج تحسن المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيض الاكتئاب عن المجموعة الثانية التى لم تتلقى العلاج (Weisze etal 1997)

دراسة برنت وآخرون (Brent etal 1997)

دراسة (Brent etal 1997) التى تهدف إلى دراسة العلاج النفسى لدى المراهقين المكتئبين من خلال العلاج المعرفى السلوكى والعلاج التدعيمى وقام الباحثين بإختيار عينة فى المرحلة العمرية ١٣-١٨ سنة وتكونت من ٧٢ مراهقاً مكتئباً واستخدم الباحثين قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام على مجموعتين المجموعة الأولى وتكونت من ٣٧ طفلاً مراهقاً واستخدم معها العلاج المعرفى السلوكى من خلال العلاج المعرفى (لبيك) واستخدم معها العلاج التدعيمى وذلك من خلال ١٤ جلسة علاجية وتكونت المجموعة الثانية من ٣٥ مراهقاً مكتئباً واستخدم معها العلاج المعرفى (لبيك) فقط بدون استخدام العلاج التدعيمى وذلك من خلال ١٤ جلسة علاجية واطهرت النتائج ان المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى والعلاج التدعيمى اظهرت تحسناً افضل فى خفض الاكتئاب من المجموعة الثانية . (Brent etal 1997)

دراسة كينج وآخرون (king etal 1998)

دراسة (king etal 1998) هدفت الى دراسة العلاج المعرفى السلوكى لرفض الاطفال المدرسة واستخدم الباحثين مجموعة من الاطفال الراضين للمدرسة تتكون من ٣٤ طفلاً فى المرحلة العمرية ٥-١٥ سنة وجد انهم يعانون الاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات لديهم وتم تشخيصهم بالاكتئاب والقلق وقام الباحثون بتقديم برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لمدة ٤ اسابيع مع القيام بالمتابعة بعد ٣ شهور من تقديم العلاج واطهرت النتائج تحسناً لدى الاطفال فى الاكتئاب والقلق مع ارتفاع تقدير الذات لديهم . (king etal. 1998)

دراسة لاست واخرون (1998) last etal

✓ دراسة (1998) las etal بهدف التعرف على العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الخوف من المدرسة وتكونت عينة الدراسة من ٤٦ طفلاً ممن يعانون الخوف من المدرسة وأيضاً تم تشخيصهم بارتفاع أعراض القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات لديهم وتم ذلك من خلال استخدام اختبار لقياس القلق والاكتئاب ومقياس تقدير الذات بالاستعانة بمجموعتين مجموعة تلقت العلاج المعرفى السلوكى لمدة ١٢ أسبوعاً ، والمجموعة الثانية تلقت علاج وهمى وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى اثبتت تحسن فى اعراض الاكتئاب والقلق وارتفاع تقدير الذات لديهم وقلة الخوف من المدرسة عن المجموعة الثانية التى تلقت علاج وهمى (last etal 1998)

دراسة فوستانس وآخرون 1998 vostanis etal

✓ دراسة 1998 vostanis etal بهدف مراجعة علاج الاطفال والمراهقين المكتئبين وتكونت عينة الدراسة من ٤٤ طفلاً ومراهقاً فى المرحلة العمرية ٨-١٧ سنة وذلك باستخدام العلاج المعرفى السلوكى ومقياس اكتئاب الاطفال ومقياس تقدير الذات للاطفال وقام بمراجعة العلاج بعد عامين وتوصلت الدراسة الى نتيجة انخفاض الاكتئاب لدى الاطفال وارتفاع تقدير الذات بعد تقديم العلاج المعرفى السلوكى . (vostanis etal 1998)

دراسة ميندلويتز وآخرون (1999) Mendlowitz etal

✓ تهدف دراسة (1999) Mendlowitz etal الى تخفيف اضطرابات القلق لدى الاطفال من خلال العلاج المعرفى السلوكى الجمعى وتكونت عينة الدراسة من أطفال يعانون القلق والاكتئاب فى المرحلة العمرية من ٧-١٢ سنة وعددهم ٦٢ طفلاً وابائهم واستخدم الباحث اختبار الاكتئاب للاطفال واختبار القلق كسمة وحاله والعلاج المعرفى السلوكى الجمعى لتخفيض القلق لدى الأطفال لمدة ١٢ أسبوع

وتوصلت النتائج الى تحسن اعراض القلق والاكتئاب لدى الاطفال بعد تلقى العلاج
المعرفى السلوكى الجمعى
(Mendlowitz etal 1999)

دراسة بينهير وآخرون (2000) Binaher etal

تهدف دراسة (2000) Binaher etal الى استخدام العلاج النفسى
قصير الأمد لعلاج اكتئاب المراهقين وذلك من خلال عينة من المراهقين بلغ
عددهم ١٠٧ مراهقاً مكتئباً وذلك باستخدام مقياس اكتئاب الأطفال مع الاستعانة
بثلاث طرق للعلاج النفسى قصير الأمد وكذلك العلاج المعرفى السلوكى العلاج
السلوكى للأسرة مع علاج تدعيمى غير موجه وذلك لفترة من ١٢ - ١٦ اسبوع
وتوصل الباحثون الى عدم وجود فروق ذات دلالة جوهريّة بين العلاج المعرفى
السلوكى ،العلاج السلوكى للأسرة ، العلاج التدعيمى غير موجه فى تحسين
اعراض الاكتئاب لدى المراهقين
(Birnaher etal 2000)

دراسة بيرنستون وآخرون (2000) Bernstein.g. a. etal

استهدفت دراسة (2000) Bernstein.g. a. etal التعرف على العلاج
المعرفى السلوكى لعلاج رفض المراهقين للمدرسة وذلك من خلال إجراء الدراسة
على عينة تتكون من ٦٣ مراهقاً لديهم ممن يرفضون الدراسة ويعانون أعراض
اكتئابية وقلق مع إستخدام مقياس أعراض القلق والاكتئاب وتم تكوين مجموعتين
لاجراء الدراسة المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفى السلوكى وتلقت العلاج
لمدة ٨ أسبوع والمجموعة الثانية لم تتلق أى نوع من العلاج وقد اظهرت النتائج
تحسناً فى أعراض الاكتئاب والقلق لدى المجموعة الاولى التى تلقت العلاج
المعرفى السلوكى عن المجموعة الثانية . (Bernstein.g. a. etal 2000)

تعليق على الدراسات التي تناول العلاج المعرفى السلوكى

لاكتئاب الاطفال

عرض الباحث مجموعة من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفى السلوكى لاكتئاب الاطفال وجد الباحث قلة الدراسات العربية التي تناولت العلاج السلوكى لاكتئاب الاطفال .

كما لاحظ اختلاف العينات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى لاكتئاب الاطفال وذلك

من خلال العلاج المعرفى لبيك 1997 brent etal

العلاج التدعيمى 1997 brent etal

التدريب على زيادة التحكم 1997 stark etal / 1987 reynolds / 1986 weisz etal /

المهارات الاجتماعية 1994 reed (liddle & spence1994)

علاج عقلانى انفعالى 1993 marcotte ،

— أكثر الدراسات اجريت من خلال المقارنة بين مجموعتين او اكثر ادهم تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والاخر الضابطة التى لم تتلقى العلاج المعرفى السلوكى
— تسعى هذا الدراسات الى تحقيق هدف التخفيف من حده ككتاب الاطفال من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفى السلوكى .

— نلاحظ من خلال الدراسات الاستعانة بعدد صغير فى اختيار العينة مما يستلزم مع طبيعة المنهج المستخدم والاساليب العلاجية

— نلاحظ استخدام المنهج التجريبي فى معظم الدراسات السابقة

— كما نجد أن معظم الدراسات السابقة استخدم الجنسين الذكور والاناث فى دراساتهم .

— الدراسات السابقة اجريت على اطفال فى المرحلة العمرية من ١٠ - ١٦ سنة تقريبا، كما توصلت الدراسات السابقة إلى نتائج فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من اكتئاب اللاطفال .

ثانيا الدراسات التي تناولت اكتئاب الأطفال وعلاقته بمتغيرات أخرى

دراسة كاسلوا وآخرون (kaslow etal 1984) تهدف دراسة (kaslow etal 1984) الى فحص الارتباطات الاجتماعية والعقلانية والمرتبطة باكتئاب الاطفال تم اختيار عينة من (١٠٨) تلميذاً من الصفوف الدراسية الاولى، الرابع، الثامن حيث استخدم الباحثون مقياس الاكتئاب للاطفال، مقياس (كوبر- سميث) لتقدير الذات، وتوصلت الدراسة الى ان هناك علاقة سالبة دال احصائيا بين الاكتئاب وتقدير الذات . (kaslow etal 1984)

دراسة بليمبرج ولزارد (Blumberg & Izard 1985) —
دراسة (blumberg & Izard 1985) تهدف الى دراسة السمات الوجدانية والمعرفية في الاكتئاب وذلك للكشف عن العلاقة بين العزو السالب لاحداث الحياة وظهور الاعراض الاكتئابية وفقا لنموذج العزو وتكونت عينة الدراسة من (٤٦) طفلاً بلغ عمرهم ١٠ - ١١ سنة وطبقت في الدراسة مقياس التميز الانفعالي وقائمة الاكتئاب للاطفال واستبيان نموذج العزو للاطفال وتوصلت نتائج الدراسة الى ان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين العزو السالب لاحداث الحياة وظهور الانفعالات الاكتئابية (الحزن - الغضب - العدائية) (Blumberg & Izard 1985)

دراسة سيلفان وآخرون (Sullivan & Engin 1986).
تهدف دراسة (Sullivan & Engin 1986) الى التعرف على مدى انتشار الاكتئاب المراهقة في المدارس الثانوية ولذلك قام الباحثان بسحب عينه من طلاب المدارس الثانويه وكان عدد العينة (١٠٠٣) طالبا تم تطبيق مقياس (بيك) للاكتئاب والتقارير الذاتية والمقابلات الشخصية وأظهرت نتائج الدراسة الى

وجود ٢٦% من الطلاب ممن يعانون الاكتئاب الخفيف والمتوسط و ٦% ممن يعانون اكتئاب حاد .
(Sullivan & Engin 1986)

دراسة كازوان وآخرون (kazdin et al 1986)

هدفت دراسة (kazdin et al 1986) العلاقة بين اليأس والمهارات الاجتماعية للأطفال واستخدمت عينة مكونة من ٦٢ طفلاً تتراوح أعمارهم من ٦-١٣ سنة طبقت عليهم ومقياس اليأس للأطفال ومقياس الاكتئاب للأطفال ، مقياس مفهوم الذات ، ومقياس مانتسون للمهارات الاجتماعية ، وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من اليأس والاكتئاب وعلاقته ارتباطية سالبة بين اليأس ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية .
(kazdin et al 1986)

دراسة سبوتو Spoto 1987

تهدف دراسة Spoto 1987 الى دراسة مفهوم الذات أو المهارات الاجتماعية وتقدير المدرسين للسلوك لمحدد لمستوى الاكتئاب لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم تم اختبار عينة من ٥٨ طفلاً في المرحلة العمرية (٧-١٤) سنة مع استخدام الأدوات قائمة الاكتئاب لدى الأطفال واختبار بيرهاوس لمفهوم الذات للأطفال ، واختبار مانتسون لتقييم المهارات الاجتماعية ، واختبار وكسلر للذكاء الأطفال وتوصلت النتائج إلى أن هذه المتغيرات يمكن ان تؤكد على وجود مؤشر للتخلف الدراسي والتفرقة بين الاطفال في هذه السمات .

(Spoto.1987)

دراسة كيلينان Cullinan 1987

هدفت دراسة Cullinan 1987 إلى التعرف على العلاقة بين السيطرة وارتباطها بالسمات الاكتئابية والاضطرابات الانفعالية الحادة وتكونت عينة الدراسة من ٢٣٧ طالباً يعانون من الاضطرابات الانفعالية الحادة ، ٥٥٧ طالب عادي متوسط أعمارهم بين (٦-١٨ سنة) تم قياس الاكتئاب والنشاط الحركي الزائد والوضع الاجتماعي والذكاء ونوع اندراسة وبعض جوانب التحصيل

التعليمي ، وقد تبين ان الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية الحادة يعانون من الاكتئاب مع إنخفاض الذكاء لديهم أكثر من العاديين .
(Cullinan.1987)

دراسة فايسبر وآخرون (1987) Fauber etal
تهدف دراسة (1987) Fauber etal الى التعرف على العلاقة بين نتائج اختبار الاكتئاب للأطفال وكل من الكفاية الاجتماعية والمعرفية تم اختيار عينة بلغ عددهم ٨٩ طفلاً تتراوح اعمارهم بين ١١ - ١٥ سنة واستخدم مقياس اكتئاب الاطفال ودرجات التحصيل الدراسي ، ومقياس موضوعي للسلوك الاجتماعي ، وقياس الكفاية الاجتماعية والمعرفية كما يدركها افراد العينة ووالديهم ومعلميهم وتوصلت نتيجة الدراسة الى وجود علاقة عكسية بين اكتئاب الاطفال والتحصيل الدراسي والتواصل الاجتماعي .
(Fouber etal 1987)

دراسة كرامى (1987) Gray.R.E
هدفت دراسة (1987) Gray.R.E الى معرفة استجابة المراهقين لموت الوالد ومدى شعوره بالاكتئاب وتم اختيار عينة الدراسة من ٥٠ مراهقاً (٣٤) مراهقاً و(١٦) مراهقة تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب واستمارة جمع البيانات، ومن النتائج التي توصلت اليها الدراسة ان التأييد الاجتماعي والعلاقات الطبيعية مع الوالد قبل الموت بالاضافة الى وجود معتقدات دينية فان هذا يقلل من حده الاعراض الاكتئابية نتيجة موت الوالد لدى هؤلاء المراهقين
(Gray.R.E (1987)

دراسة سينونسن وميللر 1987 Sinons & Meller
هدفت دراسة 1987 Sinons & Meller الى دراسة الاكتئاب لدى المراهقين وقد قاما بسحب عينة من المراهقين عددهم ٤٢٣ مراهق من الطلاب وذلك لفحص العوامل الاجتماعية والبيئة التي تكمن وراء اكتئاب المراهقة تم تطبيق استبيان يقيس مشكلات الشباب واتجاهاتهم ومشاعرهم وتصرفاتهم

السلوكية، ومقياس الاكتئاب ، وتوصلت نتائج الدراسة الى ان تقييم الذات المنخفضة يرتبط بالاكتئاب وعدم مساعدة الوادين من اهم مسببات الاكتئاب (Simons & Meller 1987)

دراسة فريدة عبد الغنى السماحي (١٩٨٨)

هدفت دراسة فريدة عبد الغنى السماحي (١٩٩٨) الى التعرف على اثر كل من العلاج الجماعى عن طريق اللعب وبرنامج التدعيم الاجتماعى عنى سلوك وديناميات الاطفال الاكتئابيين وتم اختبار عينة الدراسة فى المرحلة العمرية ٩-١٢ سنة وتكونت من ٣٠ طفلاً مكتئباً وتم تطبيق اختبار الاكتئاب للاطفال ومقياس الخلو من الاعراض العصابية واختبار الذكاء المصور واختبار تفهم الموضوع والمقابلة الاكلنيكية وتم تكوين مجموعة الدراسة من ٣ مجموعات المجموعة الاولى وعددهم ١٠ اطفال تلقت العلاج باللعب والمجموعة الثانية ١٠ اطفال تلقت تدعيم اجتماعى ، المجموعة الثالثة ١٠ اطفال المجموعة الضابطة لم تتلق اى علاج وتوصلت النتائج الى تحسن المجموعة الاولى والثانية فى تخفيض الاكتئاب لديهم عن المجموعة الضابطة

(فريدة عبد الغنى السماحي ، ١٩٨٨)

دراسة كيندى Kennedy etal 1989

هدفت دراسة Kennedy etal 1989 الى دراسة العلاقة بين الاكتئاب واطفال المدرسة الابتدائية والكفاية الاجتماعية لديهم وتكونت العينة من ٨٦ طفلاً مكتئب وتراوحت المرحلة العمرية بين ٨ - ١٢,٢ سنة واستخدم مقياس الكفاية الاجتماعية وتوصلت النتائج الى ان الاطفال الاكتئابيين انهم اكثر شعورا بالرفض والعزلة من رفاقهم ولأنهم اقل ممارسة للمهارات الاجتماعية .

(Kennedy etall1989)

دراسة أكونونيو و انجليوكوس 1989 Econonou & Anglopoulos

هدفت الدراسة الى دراسة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومستويات العدوانية والتحصيل الدراسي وتم اختبار عينة ٧٥٤ من الاطفال ٣٨٧ طفل ٣٦٧ طفلة في المرحلة العمرية ١٠-١٢ وتم استخدام قائمة حالة الاعراض الهذائية ومقياس اتجاه العدوانية واستخبار الشخصية ، وتوصلت نتائج الدراسة الى ان هناك علاقة عكسية بين الاعراض الاكتئابية والاداء الدراسي لدى الذكور والاناث معا .

دراسة لاستار وجاتو (1989) Lester & Gatto

هدفت دراسة Lester & Gatto (1989) إلى دراسة كل من الاكتئاب والتدمير الذاتي واختار الباحثين عينة من ٢٨ طالبة و ٢٠ طالب من المدرسة الثانوية وتم تطبيق مقياس بيبك للاكتئاب - مقياس كيلي للتدمير الذاتي وتم التوصل إلى أن التدمير الذاتي والاكتئاب قد اعتبر على أنها عوامل تنبؤية لمحاولة الانتحار وان التدمير الذاتي يكون العامل القوي والاهم في الانتحار إذا ما قورن بالاكتئاب خاصة لدى البنين عن لدى الأثا.

(Lester & Gatto 1989)

دراسة بكر ١٩٩٠ 1990 (Baker)

هدفت دراسة Baker 1990 إلى دراسة الآثار النفسية الناجمة عن البيئة التي تنسم ظروفها بالتوتر واختار الباحث عينة من الأطفال عددهم ٧٩٦ طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٦-١٥ عاما حيث طبق عليهم مقياس وجهة الضبط للأطفال وقائمة تقدير الذات وقائمة مشكلات النفسية للأطفال تم اختيار عينه الدراسة ممن يعانون من الاكتئاب والخوف واضطراب النوم والصراع مع الآخرين وتوصلت النتائج الدراسة ان الاطفال الذين كانوا يعانون من مرض الاكتئاب والخوف كانوا اقل تقديراً لذواتهم .

(Baker .1990)

دراسة هودجس 1990 Hodges

هدفت دراسة هودجس 1990 الى دراسة القدرات العقلية والتحصيل لدى الاطفال المودعين بالمستشفيات ويعانون من القلق والاكتئاب تم اختيار عينة من ٧٦ طفلاً مودع بالمستشفى متوسط اعمارهم ١٠ سنوات ويعانون من القلق والاكتئاب وتوصلت النتائج الى تخلف القدرات اللفظية لدى الاطفال المضطربين بالإضافة إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

(Hodges1990)

دراسة سهير كامل أحمد (١٩٩٢)

دراسة سهير كامل احمد (١٩٩٢) بهدف دراسة الانفصال عن الاسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب واستخدم الباحثة ٦٦ طفلاً وطفلة وتكونت المجموعة الاولى من ٣٣ طفل (ذكر وانثى) من المقيمين بالاقسام الداخلية الملحقة ببعض المدارس الخاصة وتكونت المجموعة الثانية من ٣٣ طفلاً (ذكور واناث) من ذو الاسرة الطبيعية تم استخدام مقياس مصدر الضبط ومقياس الاكتئاب (مارياكوفاكس) وتم اختيار العينة في المرحلة العمرية ٨-١٢ سنة وتوصلت الدراسة الى نتيجة وجود فروق احصائية بين الاطفال المنفصلين عن اسرهم والاطفال الاسرة الطبيعية في مقياس مصدر الضبط الخارجى والاكتئاب لصالح عينة الاطفال المنفصلين عن اسرهم . (سهير كامل احمد ، ١٩٩٢)

دراسة يوسف عبد الصبور عبداللاه (١٩٩٢)

دراسة يوسف عبد الصبور عبد اللاه (١٩٩٢) بهدف دراسة المخاوف المرضية والاستجابة الاكتئابية لدى الاطفال وعلاقتها بدرجة الوعي الدينى لديهم وشملت عينة الدراسة ٢٤٠ تلميذا تراوحت اعمارهم بين ١٠-١٢ سنة واستخدم الباحث قائمة الاكتئاب الاطفال (مارياكوفاكس) واختبار المخاوف للاطفال ، مقياس الوعي الدينى وتوصلت الدراسة الى نتيجة ان هناك علاقة ارتباطية ايجابية بين الاكتئاب والمخاوف وهناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوعي الدينى احساس الطفل بالاكتئاب .

(يوسف عبد الصبور ١٩٩٢)

دراسة سلوى عبد الباقي (١٩٩٢)

هدفت دراسة سلوى عبد الباقي (١٩٩٢) الى التعرف على الاكتئاب بين تلاميذ المدارس وكانت عينة الدراسة من ٩٨٦ تلميذاً من الذكور والاثاث فى المرحلة العمرية ١١ - ١٥ عام واستخدمت الباحثة اختبار الاكتئاب لماريكوفاكس وتوصلت الدراسة الى ان هناك متغيرات تسهم فى نشوء الاكتئاب منها التدهور الدراسى وانخفاض مفهوم الذات والحزن والتشاؤم والعزلة الاجتماعية وارتفاع درجات اكتئاب الاطفال بارتفاع مستويات تعليم ابانهم وزاد الاكتئاب بزيادة حجم الاسرة وقد كشفت الدراسة عدد من الحالات مرتفعة الدرجة على الاكتئاب الى ان هناك غياب فى التفاعل الاسرى بالاضافة الى الشعور بالنقص والفقر ونقص الحاجة الى الحب والدفع والدعم.الاقتصادى كانت الاثاث اعلى اكتئاب من الذكور (سلوى عبد الباقي . ١٩٩٢)

دراسة احمد عبد الخالق ١٩٩٣ (1993) Abdel-Kalek

وهى دراسة Abdel -Kalek الى تنقية الدراسة التي اجراها عام (١٩٩١) وقدمت فيها صيغة إنجليزية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال وأجريت الدراسة على عينة عددهم ١٨٧٣ تلميذاً فقط تراوحت أعمارهم ١١-١٥ ومن خلال تحليل العاملى لبنود القائمة العربية للاكتئاب انتهى إلى سبعة عوامل وهى الشعور بعدم السعادة - مشكلات النوم - الشعور بالوحدة - الحزن - التشاؤم - ضعف التركيز - الوهن . (Abdelkhalek. 1993)

دراسة فيتزبستريك 1993 Fitzpatrick

تهدف دراسة Fitzpatrick (1993) إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب وسلوك العنف والتي طبقت على عينة مكونة من (٢٢١) فى المرحلة العمرية ٧-١٨ سنة وينقلون إلى أسرة منخفضة الدخل وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين حرموا من أمهاتهم تكون لديهم أعراض الاكتئاب لديهم عالية وكذلك الأطفال الأكثر عنفاً يكون لديهم أعراض اكتئاب عالية أيضاً.

(Fitzpatrick.1993)

دراسة بادور دوزا 1993 Badoruddoza

تهدف دراسة Badoruddoza 1993 الى التعرف على الاكتئاب وعلاقته بالذكاء بين أطفال شمال الهند وتم اختيار عينة من ١٠٠ طفل من الاطفال المسلمين بشمال الهند تتراوح اعمارهم بين ٦-١٢ سنة وتم تطبيق مقياس وكسلر لذكاء الاطفال على كل من مجموعتي الدراسة فهم ٥٠ طفلاً مكتتب ، ٥٠ طفلاً غير مكتتب وقد اظهرت النتائج ارتفاع متوسط الاداء لدى الاطفال غير المكتتبين في جميع الاختبارات الفرعية من الاطفال غير المكتتبين .
(Badoruddoza 1993)

دراسة غريب عبد الفتاح غريب ١٩٩٤

دراسة غريب عبد الفتاح غريب ١٩٩٤ هدف البحث الى دراسة الاكتئاب لدى اطفال المرحلة الابتدائية في كل من مصر ودولة الامارات العربية كونت العينة من ٧٨٥ طفلاً من المرحلة الابتدائية منهم ٤١٣ من مصر (٢٣٨ انثى ، ١٧٥ ذكر و٣٧٢ من دولة الامارات العربية (٢١٨ انثى ، ١٥٤ ذكر ، استخدم الباحث مقياس الاكتئاب للصغار (مازيا كوفاكس)

اظهرت النتائج وجود قدر كبير من التشابه بين المكونات العاملة لاكتئاب اطفال المرحلة الابتدائية في كل من مصر ودولة الامارات العربية كما اظهرت النتائج ايضا ضرورة اضافة بعض الاعراض الاكتئابية المرتبطة بالطفولة الى التصنيفات الحالية للاضطرابات العقلية . (غريب عبد الفتاح غريب ، ١٩٩٤)

دراسة لوبسنون وآخرون (1994) Lewinsoh etal

دراسة Lewinsoh etal 1994 تهدف إلى التعرف على العوامل النفسية الاجتماعية التي تكمن وراء مخاطر تكرار المحاولات الانتحارية للمراهقين وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠٨) من المراهقين وتوصلت الدراسة إلى النتائج أن المراهقين المكتتبين لديهم المحاولة للانتحار .

(Lewinsoh etal 1994)

دراسة عبد اللطيف ١٩٩٥ Abdullatif (1995)

هدفت دراسة Abdullatif 1995 للتعرف على الاكتئاب بين تلاميذ المدرسة المتوسطة الكويتيتين ومن الجنسين بعد الغزو العراقي وكانت عينه الدراسة ١٩٨١ تلميذا تراوحت أعمارهم بين ١٠ - ١٦ سنة واستخدمت في هذه الدراسة القائمة العربية للاكتئاب الأطفال من إعداد احمد عبد الخالق وتوصلت نتيجة الدراسة ارتفاع الاكتئاب لدى الذكور عن الإناث . (Abdullatif. 1995)

دراسة مانكام 1995 Manikam

تهدف Manikam 1995 الى دراسة الاكتئاب لدى المراهقين وعلاقته بالوظائف العقلية والتوافقية استخدم الباحث اختبار تقدير ذاتي للاكتئاب واختبار المهارات الاجتماعية وتم اختيار عينة من ١٠٠ مراهق ممن يعانون من التخلف العقلي فئة (Moderat) وعينة من الاطفال العادين وقد اسفرت النتائج ان المراهقين الذين يعانون من التخلف العقلي يظهر لديهم اعراض الاكتئاب اكثر من المراهقين العادين واكدت الدراسة أيضا على أن العلاقة بين الاكتئاب والذكاء بصفة عامةً والاكتئاب والقدرات العقلية بصفة خاصة . (Manikam 1995)

دراسة أحمد عبد الخالق (1996) Abdel-Khalek

تهدف دراسة Abdel-Khalek 1996 للتعرف على البناء العاملي للقائمة العربية للاكتئاب لدى عينة من الأطفال الكويتيين قوامها ١٩٨١ تلميذه من مرحلة المتوسطة (٩٩٥ ذكور - ٩٨٦ إناث) وفي المرحلة العمرية من ١٠-١٦ سنة وأسفرت الدراسة إلى التحليل العاملي من خمسة عوامل للاكتئاب حيث كانت الاكتئاب العام والتشاؤم والشعور بالسعادة وتشنت الانتباه والافتقار إلى الوحدة (Abdel-Khalek-1996)

امل على ابراهيم وهبة (١٩٩٧)

تهدف دراسة أمل على إبراهيم ١٩٩٧ دراسة الاكتئاب عند الاطفال من حيث علاقته ببعض خصائص شخصية الامهات والضغط الوالدية وتكونت عينة الدراسة من ١٣٤ تلميذاً منهم ٦٥ تلميذاً ، ٦٩ تلميذة بالصف الخامس من التعليم الابتدائي استخدمت الباحثة ، اختبار الذكاء غير اللفظي اقتباس واعداد عطية محمود هنا وقائمة الاعراض الاكتئابية اعداد الباحثة واستخبار ايزنك للشخصية اعداد احمد عبد الخالق ومقياس الضغوط الوالدية اعداد فيولا البيلاوى وتوصلت نتائج الدراسة إلى ان هناك علاقة واضحة ذات دلالة احصائية بين بعض خصائص شخصية الامهات مثل العصابية والذهانية وبين الاعراض الاكتئابية عند الاطفال وكذلك وجود علاقة بين الضغوط الوالدية وبين الاعراض الاكتئابية لدى الاطفال . (أمل على إبراهيم ، ١٩٩٧)

دراسة رشيدة عبد الروؤف (١٩٩٧)

تهدف دراسة رشيدة عبد الروؤف ١٩٩٧ الى دراسة الاكتئاب وعلاقته باضطراب السلوك لدى تلاميذ العادين وقاطنى دور الايواء عينة شملت ٣٢ طفل من قاطنى دور الايواء ٢٥٠ تلميذاً وتلميذة من تلاميذ الصف الثالث الاعدادى متوسط عمر زمنى قدره (١٣,٢٦) سنة واستخدم الباحثة مقياس السلوك التكيفى ، مقياس الاكتئاب لبيك وتوصلت نتيجة الدراسة الى لا توجد فروق بين التلاميذ العاديين وقاطنى دور الايواء فى اضطراب السلوك ، وايضا فى الاكتئاب (رشيدة عبد الروؤف ، ١٩٩٧)

دراسة هاشم بحرى وأخرون Bahri. etal 1998

تهدف دراسة Bahri. etal 1998 الى دراسة الاضطرابات النفسية لدى الاطفال الذكور لآباء يسيئون استخدام العقاقير وتم اختبار ٢٠٠ طفل ذكر تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ سنه وتم تقسيمهم الى مجموعتين مجموعة اولى ١٠٠ طفل ذكر لآب يسيء استخدام العقاقير ، المجموعة الثانية الضابطة ١٠٠ طفل ذكر لآب لا يسيء استخدام العقاقير وتم تشخيصهم بواسطة التشخيص

الاحصائي الامريكى الرابع قائمة وصف سلوك الاطفال وتوصلت نتائج الدراسة ان معدل اضطراب النفسية فى الاطفال لاب سىء استخدام العقاقير وصلت فى الاكتئاب انى (١١%) (Bahri .etal 1998)

دراسة ميللر وكولى Miller & Cole 1998

هدفت دراسة Miller & Cole 1998 لتقويم الاثار المتعددة للتدريب على المهارات الاجتماعية على احد المراهقين فى عمر ١٤ سنة يعانى من الاكتئاب واضطراب السلوك وإعداد برنامج لتنمية مهارات مجاملة الاخرين وتقديم العون والمساعدة لهم والاستجابة للمرح واستخدام الباحثين مقياس للتقدير الذاتى للاكتئاب والمقابلة الاكلينيكية واشارت النتائج الى زيادة اشكال السلوك الاجتماعى الموالى للمجتمع ونقص فى الاكتئاب . (Miller & Cole 1998)

دراسة احمد عبد الخالق ، سامر جميل رضوان ١٩٩٩

دراسة احمد عبد الخالق ، سامر جميل رضوان ١٩٩٩ بهدف تقنين مبدئى للقائمة العربية لاكتئاب الاطفال على عينات سورية تم اختبار عينة من ٧٠١ من طلاب المدارس الاعدادية تتراوح اعمارهم ١٣ - ١٦ سنة وتم استخراج سبعة عوامل هى الاكتئاب العام ، مشكلات النوم ، انتقاء الوحدة ، ضعف التركيز ، الاجهاد ، انتقاء التوقعات السلبية ، التشاؤم وكره النفس . (احمد عبد الخالق ، سامر جميل رضوان ١٩٩٩)

دراسة توفيق عبد المنعم توفيق ١٩٩٩

هدفت دراسة توفيق عبد المنعم توفيق ١٩٩٩ الى التحقق من البناء العاملى للقائمة العربية لاكتئاب الاطفال من اعداد احمد عبد الخالق وكذلك التعرف على الفروق بين الجنسين وتم اجراء الدراسة على عينة من تلاميذ المرحلة الاعدادية بدولة البحرين تراوحت اعمارهم الزمنية من ١٣ - ١٥ سنة وتوصلت الدراسة الى ان للذكور متوسطات اعلى من الاناث فى الاكتئاب وجود سبعة

عوامل مكونة للاكتئاب وكانت كالتالى الشعور بالضيق والتفاؤل وضعف التركيز والشعور بالسعادة والثقة وعدم الثقة ومشكلات النوم والارهاق النفسى (توفيق عبد المنعم توفيق ١٩٩٩)

دراسة Donaldson etal 2000

تهدف دراسة Donaldson etal 2000 الى فهم دور المذهب التكاملى والخبرة المعرفية والاكتئاب والياس لدى المراهقين محاولى الانتحار واستخدام الباحثين عينة من ٦٨ مراهقاً مكتئباً ممن لديهم محاولة انتحار وذلك للتعرف على الخواص المعرفية والسلوك الانتحارى لدى المراهقين وتقدير الذات والياس واستخدم الباحثين استبيان الخبرة الاكتئابية للمراهقين ومقياس المذهب التكاملى لدى الاطفال والمراهقين ، مقياس اليأس لدى الاطفال وتوصلت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة جوهريّة بين المذهب التكاملى والياس وانخفاض العوامل المعرفية وارتفاع الياس لديهم مع نقد الذات .

(Donaldson etal 2000)

دراسة ميسيم وكوت Mesmem & Koot 2000

قام الباحثين Mesmem & Koot 2000 بدراسة هدفت إلى وضع تقرير عن الاكتئاب والقلق لدى الاطفال وذلك من خلال دراسة طولية واستخدم الباحثين ٤٢٠ طفل فى دراستهم عام ١٩٨٩ ، ٣٩٧ فى عام ١٩٩١ وعينة عددها ٣٥٨ عام ١٩٩٧ وهو حالياً يستخدمان فى دراستهم ٢٤٩ طفلاً فى المرحلة العمرية من ٤- ١٨ سنة واستخدم فى الدراسة قائمة مراجعة السلوك للاطفال وتقدير المدرسين ويرفيل ابعاد الاكتئاب لدى الاطفال ومقياس القلق كسمة وحالة لدى الاطفال وتوصلت النتائج الى ان المدرسين يستطيعوا ان يوجدوا علامات الاكتئاب لدى الاطفال هذه والعلامات يمكن حصرها مبكراً قبل المشكلات الاجتماعية والتعليمية .

(Mesmem & Koot 2000)

دراسة أحمد السيد اسماعيل ، عابد عبد الله النقيبي ٢٠٠١
هدفت دراسة أحمد السيد إسماعيل ، عابر عبد الله النقيبي ٢٠٠١ البنية
العملية للقائمة العربية لاكتتاب الاطفال لدى عينة من طلاب التعليم العام وطلبات
بمدينة مكة المكرمة واستخدم الباحثين عينة من ٩٣٩ طالبا وطالبة ٤٥٠ طالبا
٤٨٩، طالبة تراوحت اعمارهم بين ١٠ - ١٧ سنة واستخدم في هذه الدراسة
القائمة العربية لاكتتاب الاطفال اعداد احمد عبد الخالق اكدت نتائج الدراسة انه لا
توجد فروق جوهرية في درجة الاكتتاب بين فئات الاعمار المختلفة وايضا بين
الطلاب والطلبات في درجة الاكتتاب واكد على وجود اربع عوامل لقائمة اكتتاب
الاطفال لها تشعب وهى الشعور بالضيق ، التشاؤم ، الشعور بعدم السعادة ، ضعف
التركيز . (احمد السيد اسماعيل ، عابد عبدالله النقيبي ٢٠٠١)

دراسة وى وآخرون (Wu.P etal (2001)

تهدف دراسة Wu.P etal 2001 بدراسة العوامل المستخدمة فى
خدمات الصحة النفسية مع الاطفال والمراهقين المكتئبين واستخدمت الدراسة
عينة من ٢٠٦ عينة من الاطفال والمراهقين فى المرحلة العمرية ٩-١٧ سنة
وتم تشخيصهم من خلال محل التصنيف الثالث المعدل لتصنيف الاضطرابات
النفسية وتم التعرف على المستوى الاجتماعى الاقتصادى وتوصلت النتائج إلى
أن الاطفال والمراهقين المكتئبين يتلقى خدمات الصحة النفسية ومن اشكال من
العلاج سواء أكان علاجاً فردياً أو من خلال التامين الصحى ومحاولة تقديم
مساعدة احسن للخدمات لحاجات الاطفال والمراهقين المكتئبين .

(Wu.P etal . 2001)

دراسة ماسى وآخرون Masi. etal 2001

هدفت دراسة Masi. etal 2001 الى دراسة زملة الاكتتاب فى
الاطفال والمراهقين وعسر المزاج وتمت الدراسة على عينة من ٢٨ طفلاً
تتراوح أعمارهم من ٧ - ١٨ سنة استخدم الباحثين القائمة الاضطرابات
الوجدانية والفصام مع اجراء مقابلة اكلينيكية مع الاطفال والتشخيص بالتصنيف

الرابع للاضطرابات النفسية وذلك للتعرف على الاكتئاب والشعور بالذنب والتعب وانخفاض تقدير الذات وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض فى تقدير الذات والشعور بالذنب لدى الاطفال المكتئبين .
(Masi. etal 200١)

دراسة بومير اندز Pomerantz.E.M 2001

تهدف دراسة Pomerantz.E.M 2001 الى التنشئة الاجتماعية الاباء للاطفال ونمو الاعراض الاكتئابية من خلال استخدام لتوقع الاباء لضعف المساندة لديهم مع جذب الاطفال السالب لتقييم الذات وتم اختيار عينة من الاطفال بلغ عددهم ٨٠٦ طفلاً وعينه من الأمهات بلغ عددهن ٧٤ واستغرقت الدراسة ٦ شهور واستخدم تقرير لتقييم ذات الاطفال ، تقرير ذاتى لاعراض الاكتئاب وتوصلت نتائج الدراسة الى ان التقييم السالب للذات وضعف المساندة يؤدي الى ظهور الاعراض الاكتئابية واسلوب معاملة الاباء للابناء يؤدي الى التقييم السالب للذات .
(Pomerantz.E.M 2001)

دراسة ميرس وأخرون (Muris etal 2001)

تهدف دراسة ميرس وأخرون Muris etal 2001 الى دراسة القلق والاكتئاب لدى المراهقين مع علاقة تقرير الذات ومنع السلوك الطبيعي لدى المراهقين وتقوم بالدارسة العلاقة بين تقرير الذات ومنع السلوك الطبيعي لدى المراهقين وعلاقته بالقلق والاكتئاب وتم اختيار عينة بلغ عددهم ٩٦٨ مراهقاً فى من المرحلة العمرية ١٢-١٨ سنة واستخدم استبيان القلق والاكتئاب وتوصلت النتائج الى وجود علاقة بين منع السلوك الطبيعي وتقرير الذات والقلق والاكتئاب
(Muris etal 2001)

التعليق على الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى الاطفال ومتغيرات

أخرى

عرض الباحث مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت اكتئاب الاطفال وعلاقتها بمتغيرات أخرى ونجد ان هذه الدراسات التي تناولت ظاهرة الاكتئاب لدى الاطفال بالرغم من تنوع الأهداف التي أجريت من اجلها تلك الدراسات وكذلك من حيث حجم العينة مع إجراء الدراسات على الجنسين وكذلك الادوات المستخدمة او المناهج.

استخلصت نتائج هذه الدراسة ان الاكتئاب لدى الاطفال يؤدي الى انخفاض تقدير الذات ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية والكفاية الاجتماعية والتحصيل الدراسي والتوافق العام والاجتماعي والشخصي والقدرات اللفظية والقدرات العقلية والتواصل الاجتماعي وارتفاع مستوى الاداء والانجاز والسوى الدينى .

ويؤدي أيضا اكتئاب الاطفال إلى ارتفاع الياس والعدوانية والانتحار والتدمير الذاتى واضطراب السلوك والضغط الوالدية والشعور بالذنب والخوف أما بالنسبة لنوع الجنس هناك دراسات اكدت انتشار الاكتئاب بين الاناث عن الذكور سلوى عبد الباقي ١٩٩٢ ارتفاع الاكتئاب الذكور عن الاناث .

(Abdulatif.1995) توفيق عبد المنعم ١٩٩٩

كما أجريت معظم الدراسات السابقة على اطفال فى المرحلة العمرية

من ٦- ١٨ سنة

ثالثا: تعليق عام الدراسات السابقة

يرى الباحث ان الهدف من الدراسات السابقة كجزء من التراث المتعلق بموضوع البحث هو محاولة إيجاد موقع للدراسة الحالية بين هذه الدراسات واضفاء بعدا تبريريا للقيام بها سواء من حيث تناول جوانب قد اغفلتها هذه الدراسات ولم توفها او من حيث تناول عينات لم تدرس بعد هذا الى جانب ما

يتيح الاطلاع على التراث البحثى السابق من الوقوف على طبيعة الادوات
والمناهج المستخدمة مما يساعد الباحث على اختيار الاجراءات المناسبة لبحثه.
يهدف الباحث من محاولة عرض الدراسات السابقة الى محاولة ايجاد
سياق متصل يساعد فى الوصول الى صورة عامة شاملة وواضحة عن الظاهرة
موضوع الدراسة يعكس اهم الملامح المميزة لهؤلاء الاطفال المكتتبين وذلك من
خلال التعرف على اهم الملامح هذا التراث البحثى سواء من حيث موضوعاته او
من حيث ما اسفر عنه من نتائج بصور تتصف بالتعميم والاختزال ويتم تحقيق
ذلك من خلال الاستعانة او اصطناع تصنيف معين فالتصنيف يحقق عدة امور .
— انه يضيف ولو بشكل زائف من نطاق الجهلة فى تعامل الباحث مع قدر كبير
من البيانات

— ان التصنيف يحقق للفرد قدر كبير من اقتصاد الجهد

— ان التصنيف عامة بما يتضمنه من تقييم وتجديد واختزال يحقق هدف اساسيا
من الاهداف التوافقية للعلم والمعرفة الانسانية عامة .

(قدرى حفى ، محمد خليل ، ١٩٨٢ ، ص ٥١)

ومن ثم فقد قام الباحث بنوع من التصنيف لما اتيح له الاطلاع عليه من

دراسات وذلك من خلال

— الدراسات التى تناولت العلاج المعرفى والعلاج العقلانى الانفعالى لاكتتاب
الاطفال

— الدراسات التى تناولت اكتتاب الاطفال وتقدير الذات

— الدراسات التى تناولت اكتتاب الاطفال والمهارات الاجتماعية

— الدراسات التى تناولت اكتتاب الاطفال والياس

— الدراسات التى تناولت تقنين اختبارات الاكتتاب للاطفال

— الدراسات التى تناولت اكتتاب الاطفال والقدرات والمعرفية والعقلية

سوف يقوم الباحث بعرض النتائج التى اسفرت عنها الدراسات السابقة

والتي تندرج تحت كل فئة من الفئات السابقة وسوف يشير الباحث الى الاتجاه

العام للنتائج مع الإشارة الى بعض النماذج التي تتفق مع هذا الاتجاه العام وذلك على النحو التالي

١- العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اكتئاب الاطفال

تشير نتائج الدراسات السابقة الى ان هناك تخفيف من حدة الاكتئاب الاطفال باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فقد لاحظ الباحث استخدام الباحثين فى دراستهم فئات مختلفة للعلاج المعرفى السلوكى من خلال العلاج المعرفى او العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لتحقيق العلاج مع اكتئاب الاطفال .

تخفيف الاكتئاب لدى الاطفال

Weisz Etal 1997 - Brent Etal (1997)

Joycox Etal 1994 - Vostanis 1996- Wood Etal 1996

- Kahnetal 1990- Iddleksponce1990 - Marrotte1993 -

1987 Straketal

تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين

Birmaher 2000

Lewinsoh Etal 1990- Reynoldsxcoats1986

تخفيف الاكتئاب وتحسين تقدير الذات

Feehanxvostawi 1996-Kingetal1998 - Vostamis1998-

تخفيف الاكتئاب والقلق

Lastetal1998-Mendiowistsetal1999-Bernstein2000

King1998

تخفيف الاكتئاب وارتفاع المهارات الاجتماعية 1994 Reed

وبذلك تشير تلك النتائج باهمية الدور الذى يلعب العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف الاكتئاب يودى الى تخفيف الاكتئاب لدى الاطفال وبالتالي فان تخفيف الاكتئاب يودى الى تخفيف الياس وارتفاع تقدير الذات لدى الاطفال والمهارات الاجتماعية لديهم .

تقدير الذات والاكتئاب للاطفال

تتفق نتائج الدراسات السابقة بان الاكتئاب يودى الى انخفاض تقدير الذات لدى

الاطفال دراسة Pomerantz 2001 - Domaldsonetal 2000-

Kaslowetal دراسة تقدير الذات Baker1990- Masietal2001

لتقدير الذات

— دراسة Kazalinetal 1986 مفهوم الذات

— دراسة Simonsx 1987 لتقييم الذات

وقد اسفرت نتائج الدراسات فى مجموعة تميز الاطفال المكتتبين فى تقديرهم لذاتهم بالانخفاض وهذا يدل على انه كلما انخفض تقدير الذات لدى الطفل ارتفع الاكتئاب لديهم والعكس صحيح .

أكدت الدراسات حصول الاطفال على درجات منخفضة فى تقدير الذات لديهم إلى قدر كبير من عدم الثقة فى ذاتهم وقدراتهم ومع اعتقاد انه لا قيمة لهم نظر لما يفترض وجوده من عيوب ويعتقدون فى انفسهم بعدم الجدارة والفائدة وانهم غير محبوبون من قبل الاخرين ويعتقدون انهم فاشلون وغير جذابين .

المهارات الاجتماعية واكتئاب الاطفال

يعتبر المهارات الاجتماعية من المهارات التى يكتسبها الطفل السوى فى مراحل النمو المختلفة من خلال تفاعله مع الاخرين ويشير الاكتئاب الى انخفاض تلك المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المكتتبين

ومثل دراسة Reed 1994

— ودراسة Skemnedyetal 1989 و دراسة Kazdint Etal 1986 المهارات الاجتماعية ودراسة Fauber Etal 1987 الكفاية الاجتماعية والتواصل الاجتماعى

الدراسات اكدت كلما انخفض مستوى المهارات الاجتماعية زادت درجة الاكتئاب لدى الطفل والعكس صحيح وذلك يعنى انه نقص القدرة على المباداة بالتفاعل مع الاطفال الاخرين ، العجز عن التعبير عن المشاعر الايجابية او السلبية من جانب الطفل أزاء من يتعامل معهم ، وعدم مناسبة الاستجابة اللفظية او السلوكية لطبيعة الموقف الذى يتعامل فيه ، وكلها عوامل اولية تؤدى إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية بين الطفل وزملائه مما قد يجعله يشعر بكونه

مكروه وغير محبوب منهم ، وقد يعجز الطفل عن التحرر من تلك المشاعر فيلوم نفسه ويحتقرها ويستسلم لمشاعر الذنب ويتجنب التعامل مع من يستثير فيه هذه المشاعر فيزيد شعوره بالوحدة وينخفض عدد اصدفائه ويحصن نفسه بعدد من الحيل الدفاعية ، والتي غالبا ما تصبح اعراضا مميزة له ويبدأ السلوك المرضى فى الظهور ويحدث الاكتئاب .

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ٦٠)

الياس ومحاولى الانتحار واكتئاب الاطفال

تشير نتائج الدراسات السابقة الى ان الياس يرتفع مع ارتفاع الاكتئاب وان هناك علاقة موجبة بين الاكتئاب والياس ومحاولى الانتحار

وتشير دراسة Domaldson Etal 2000

— دراسة Lester&Gatto لمحاولة الانتحار

— دراسة Kazdintetal 1986 بارتفاع الياس لدى الاطفال المكتئبين .

أكدت الدراسات وخاصة الدارهمات التتبعية لمحاولى الانتحار ان الاكتئاب من اكثر الحالات تكرر فى التشخيص ولقد فسر عدد من الدراسات العلاقة بين الانتحار والاكتئاب عن طريق الحلقة المفقودة بينهما وهى الياس حيث ذكرت تلك الدراسات ان القوة الغامضة التى تدفع الشخص إلى أن ينتهك واحدة من اكثر الافكار والمفاهيم تقديسا فى الطبيعة الانسانية إلا وهى غزيرة البقاء هى الياس كمتغير رئيسى بين الاكتئاب والسلوك الانتحارى .

تقنين اختبارات الاكتئاب للاطفال

تشير الدراسات السابقة الى قلة الاختبارات اكتئاب الاطفال التى تم اعدادها لتناسب البيئة العربية ومن هذه الاختبارات اختيار القائمة العربية للاكتئاب الاطفال وكان الشانح مقياس اكتئاب الاطفال من وضع ماري كوفاكس .

تم تقنين اختبار القائمة العربية لاكتئاب الاطفال من خلال دراسة Abdelkalk

1996 .1993

— دراسة احمد عبد الخالق ، سامر جميل رضوان ١٩٩٩ بدولة سوريا

— دراسة توفيق عبد المنعم توفيق ١٩٩٩ بدولة البحرين

— دراسة احمد السيد اسماعيل ، عابد عبدالله النعيفى ٢٠٠١ على البيئة العربية
السعودية

القدرات المعرفية واكتئاب الاطفال

نجد الدراسات السابقة التى اجريت على الاطفال المكتئبين اشارت الى
انخفاض القدرات المعرفية لدى الاطفال المكتئبين

— دراسة Manikan 1995 اشارت إلى وجود فى ضعف فى القدرات العقلية
— دراسة Laver 1994 ضعف فى التعليم السمعى - اللفظى - الاستدعاء الحر
— دراسة Badoruddoza 1993 ضعف فى الاداء على اختبار وكسلر للذكاء
الاطفال

— دراسة Hodges 1990 التى اشارت إلى تخلف القدرات اللفظية
— دراسة Cullinan 1987 اشارت إلى انخفاض الذكاء لدى الاطفال المكتئبين
— دراسة Spoto 1987 انخفاض الاداء اختبار وكسلر للاطفال

وأشارت الدراسات السابقة إلى تناول الدراسات متغيرات أخرى مثل .

— دراسة رشيدة عبد الرؤف رمضان ١٩٩٧
لم توجد فروق بين التلاميذ العاديين وقاطنى دور الايواء فى الاكتئاب
— دراسة امل على ابراهيم ١٩٩٧ وجدت علاقة بين شخصية الامهات العصابية
والذهانية والاكتئاب للاطفال
— من دراسة عبر حضارية غريب عبد الفتاح ١٩٩٤ الذى وجد تشابه بين
المكونات العاملة لاكتئاب الاطفال فى مصر والامارات العربية
— سلوى عبد الباقي ١٩٩٢ وجدت ان الاناث اعلى من الذكور فى الاكتئاب
واختلف مع نتائج دراسة Abdulatif 1995 وجد الذكور اعلى من الاناث فى
الاكتئاب
— نجد دراسة يوسف عبد الصبور عبد اللاه ١٩٩٢ وجد علاقة ارتباطية سالبة
بين الوعى الدينى والاكتئاب

يمكننا بعد ان استعرضنا ما شمله حصرنا واتيح لنا الاطلاع عليه من دراسات دارت في فلك موضوع البحث الحالى . ان نخرج ببعض الدلالات ذات اهمية فى هذا المجال

ذلك المدى الواسع الذى تؤيد به نتائج هذه الدراسات بعضها البعض فهناك ما يشبه الاجماع والاتفاق التام حول ما اسفرت عنه هذه البحوث من نتائج على اهمية العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف الاكتئاب الاطفال .

اتبعت بعض الدراسات السابقة فنية واحد من العلاج المعرفى السلوكى او اكثر من فنية من العلاج المعرفى السلوكى التى اكدت نجاحها فى العلاج ولذلك يؤكد على اهمية استخدام اكثر من فنية فى العلاج المعرفى السلوكى

لم توجد دراسة عربية واحدة فى حدود علم الباحث اهتمت باستخدام العلاج المعرفى السلوكى لتخفيف الاكتئاب لدى الاطفال سوى من خلال فنيات العلاج المعرفى او من خلال فنيات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إلا دارستين طبق أحدهما على المراهقين طلاب الجامعة والاخرى على طلبات الثانوية فى الاردن .

اثبتت الدراسات السابقة ان اهم المتغيرات التى ترتبط باكتئاب الاطفال تقدير الذات المهارات الاجتماعية الشعور بالياس والأفكار اللاعقلانية الا انه لم توجد اى دراسة عربية فى حدود علم الباحث قد جمعت هذه المتغيرات معا من خلال الدراسات السابقة لم يجد الباحث دراسة استخدم العلاج المعرفى السلوكى من خلال برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وبرنامج العلاج المعرفى لتخفيف الاكتئاب الاطفال من خلال دراسة واحد .

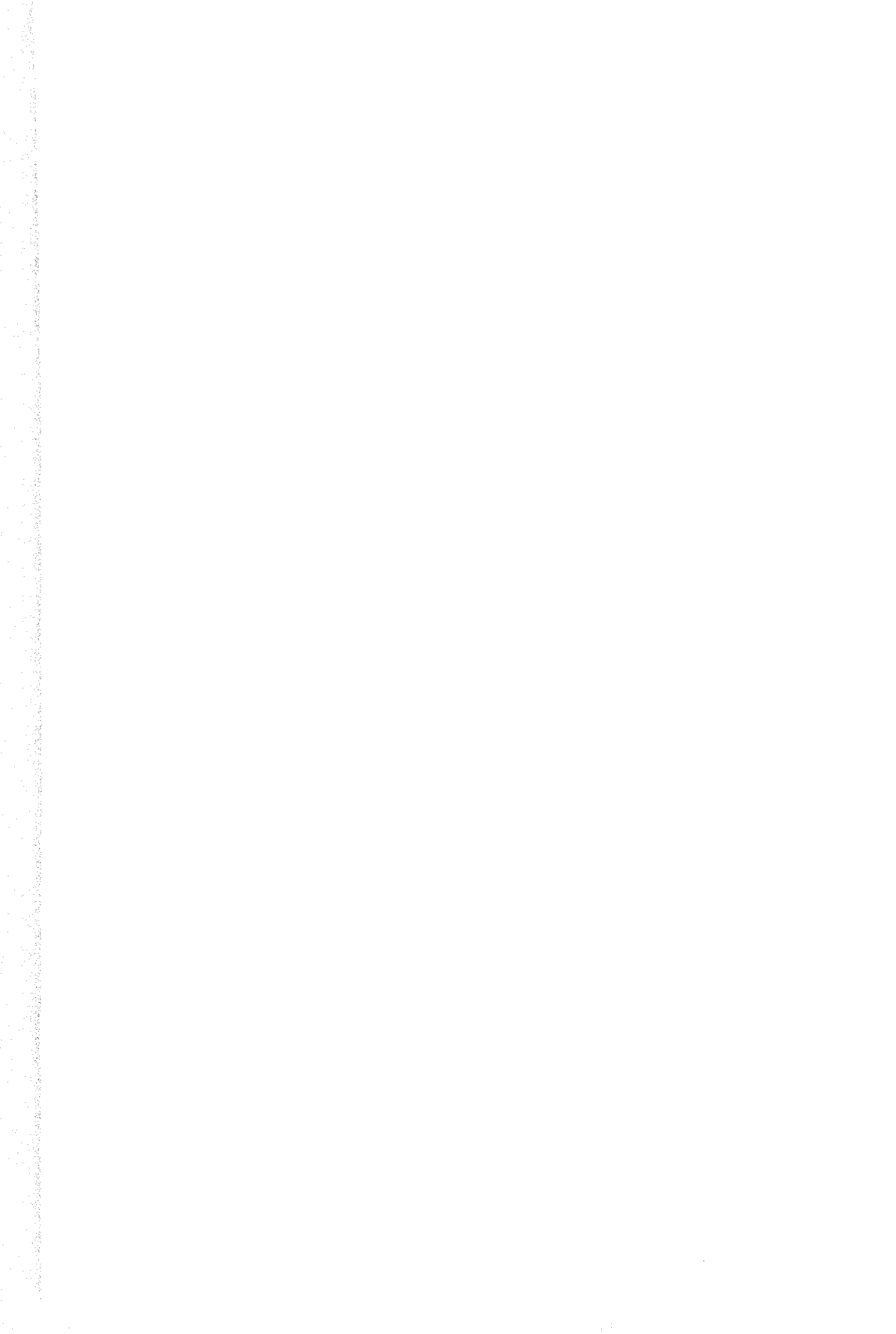
رابعا : فروض الدراسة

فى ضوء الاطار النظرى للدراسة الحالية ، وما اسفرت عنه البحوث والدارسات السابقة من نتائج ، يستخلص الباحث الحالى فروض دراسته وذلك كاجابات محتملة للسؤالوات التى اثارتها مشكلة الدراسة كما يلى :

١) توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفى) ودرجات الاكتئاب فى القياس القبلى (قبل

- تطبيق البرنامج العلاج المعرفى) ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى
بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى مباشرة) .
- ٢) توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية
(مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) ومتوسط درجاتهم فى
القياسى البعدى (بعد تطبيق برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى
مباشرة) .
- ٣) توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى
(مجموعة العلاج المعرفى) فى درجات المقاييس تقدير الذات ،
المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية فى القياس القبلى
(قبل تطبيق البرنامج) ، ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد
تطبيق البرنامج مباشرة) .
- ٤) توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية
(مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) فى درجات المقاييس ،
تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية فى
القياس القبلى (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم فى القياس
البعدى (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) .
- ٥) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى فى
درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس
التتبعى.
- ٦) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية فى
درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس
التتبعى.
- ٧) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى فى
درجات المقاييس تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار
اللاعقلانية فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى .

- (٨) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في درجات المقاييس تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، الياس ، الأفكار اللاعقلانية في القياس البعدى ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعى .
- (٩) يوجد تأثير دالة بين المجموعات الثلاث المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة الضابطة في درجة الاكتئاب بعد القياس البعدى .
- (١٠) يوجد تأثير دالة بين المجموعات الثلاث المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة الضابطة في درجة الاكتئاب بعد القياس التتبعى .



الفصل الخامس

المنهج والإجراءات

مقدمة

أولاً: التصميم المنهجي للدراسة

ثانياً: إجراءات الدراسة

(١) عينة الدراسة

(٢) الأدوات المستخدمة في الدراسة

(٣) الأسلوب الإحصائي

ثالثاً: البرنامج العلاجي المعرفي

رابعاً: البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي

السلوكي

الفصل الخامس المنهج والإجراءات

مقدمة

من خلال استعراض الباحث للإطار النظري للدراسة. وأيضا الدراسات والبحوث التي تناولت العوامل والمتغيرات المختلفة لإكتساب الأطفال وأيضا الأبحاث المختلفة التي تناولت العلاج المعرفى السلوكى سواء كان العلاج المعرفى (بيك) العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى (اليس) فى تصديه لظاهرة اكتساب الأطفال كل هذه الأبحاث وأيضا التفاصيل النظرى للدراسة الحالية ساهم من جانب او أكثر فى إلقاء الضوء على العينة المختارة وأدوات.

وأيضا البرنامج العلاجى المعرفى، برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى الذى أعدهم الباحث الحالى والذى يثبت من خلالهم هذه الدراسة، وأيضا الفنيات العلاجية المستخدمة فيهم كذلك الإجراءات الإحصائية المستخدمة سواء فى تقنين اختبار اليأس للأطفال ، اختبار الأفكار العقلانية ، أو تجانس عينة الدراسة أو فى التحقيق من فروض الدراسة الحالية سوف تتناول الدراسة الحالية خلال هذه الإجراءات كلا من المنهج المستخدم والعينة و الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً: التصميم المنهجى للدراسة

تعتبر الدراسة الحالية من الدراسة التجريبية نظر لاهتمامها بالتعرف على فاعلية برنامج علاج معرفى سلوكى (علاج عقلانى انفعالى سلوكى " اليس" ، علاج معرفى " بيك ") . فى تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال .
والتصميم المستخدم لفحص اثر المتغير المستقل وهو

أ (العلاج المعرفى

ب (العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

على المتغيرات التابع وهى التغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى الأطفال الذى يعانون من الاكتئاب بعد انتهاء تطبيق البرامج العلاجية .

حيث يهتم الباحث عن طريق (المتغيرات المستقلة) (برامج العلاج المعرفى السلوكى) فى احداث انخفاض فى حدة الاكتئاب لدى الأطفال ، وذلك بتحسّن تقدير الذات ، والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الياس لديهم (المتغيرات التابعة) وهو تصميم المجموعة المستقلة (بين المفحوصين) المتكافئة عشوائيا ، وذلك بقياسات قبلية وبعديّة وتتبعية .

(فؤاد أبو حطب ، امال صادق ، ١٩٩١ ، ص ٣٩٤-٤٠٠)

والتصميم التجريبي الذى اتبعه الباحث فى بحثه هو التصميم الذى يتضمن اكثر من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة فقط ، حيث تم من خلال دراسة اثر كل من العلاج المعرفى ، العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض الاكتئاب لدى الأطفال المترددين على مركز الطب النفسى مستشفيات جامعة عين شمس ويشمل التصميم التجريبي المراحل التالية

(١) مرحلة القياس القبلى Pre-Test

(٢) مرحلة التدخل العلاجى (البرنامج) Treatment

(٣) مرحلة القياس البعدى Post - Test

(٤) مرحلة المتابعة Followup

ثانياً: إجراءات الدراسة وتشمل على

(٢) أدوات الدراسة

(١) عينة الدراسة

(٣) الأساليب الإحصائية المستخدمة

١) عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً بواقع ١٥ طفلاً ١٥ طفلة ممن يعانون من الإكتئاب وفق التشخيص الطبى النفسى، وتم اختيارهم من مركز الطب

النفسى مستشفيات جامعة عين شمس من المترددين على العيادة الخارجية، ويتراوح أعمارهم من ١١ سنة و ٤ شهور إلى ١٥ سنة بمتوسط عمرى قدرة (١٢,٧٣) سنة انحراف معيارى (١,٤٦)

شروط اختيار العينة

- حرص الباحث فى اختيار العينة على مجموعة من الشروط هى
- (١) خلو أفراد العينة من الاضطرابات العضوية وتم التأكد من ذلك عن طريق الطبيب النفسى المعالج المتواجد فى العيادة .
 - (٢) التأكد من وجود الإكتئاب لدى أفراد العينة من قبل أطباء العيادة الخارجية وأيضاً بمساعدة مدير العيادات الخارجية ❀ (التشخيص الطبى) بالإضافة إلى نتائج المقاييس النفسية السيكومترية التى أكدت على وجود هذه الاضطرابات لدى أفراد العينة (التشخيص النفسى) .
 - (٣) إستبعاد الحالات التى تم تشخيصها على انها حالات تعاني الذهان
 - (٤) إلا يقل المستوى التعليمى لإفراد العينة عن مستوى التعليم الابتدائى
 - (٥) تلقى أفراد العينة العلاج الطبى إثناء فترة العلاج المعرفى السلوكى
 - (٦) إستبعاد الحالات التى يتم علاجها نفسياً قبل وإثناء تطبيق البرنامج.
- قام الباحث بتقسيم عينة الدراسة ثلاث مجموعات وذلك على النحو

التالى

- المجموعة التجريبية الأولى** وتتكون من ١٠ أطفال (٥ من الذكور و ٥ من الإناث) ممن سيطبق عليهم برنامج العلاج المعرفى .
- المجموعة التجريبية الثانية** ، وتتكون من ١٠ أطفال (٥ من الذكور و ٥ من الإناث) ممن سيطبق عليهم برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى .
- المجموعة الضابطة** وتتكون من ١٠ أطفال (٥ من الذكور و ٥ من الإناث) لم تتلق علاج معرفى سلوكى او اى علاج نفسى اخر
- تم التأكد من تكافؤ المجموعات التجريبية والضابطة فى درجة الاكتئاب وفى العمر الزمنى وفى المستوى التعليمى والقدرات المعرفية .

استمرت عملية التطبيق الميدانى خلال الفترة من يونيو ٢٠٠١ حتى شهر سبتمبر ٢٠٠٢ وذلك على فترات متصلة بواقع خمسة عشر جلسة لكل طفل على حده وتم تطبيق البرنامج العلاجى بطريقة فردية . ويرجع طول هذه الفترة إلى بعض الصعوبات التى واجهت الباحث أثناء التطبيق ومنها .

١) قام بعض الأطفال بعد بداية تطبيق الأدوات والبرنامج بعدم الاستمرار فى البرنامج والتخلف عنه .

٢) طول الفترة التى يقتضيها تطبيق أدوات الدراسة حيث كان الباحث يحتاج إلى تطبيق الأدوات على عدة جلسات من خلال القياس القبلى قبل بداية البرنامج او بعد تطبيق البرنامج مباشر أو المتابعة بعد شهر من نهاية البرنامج .

وصف العينة

- وفيما يلى وصف العينة من حيث الجنس والعمر الزمنى والمستوى التعليمى لكل من الأب والام وكذلك وظيفة الام والاب وكذلك القدرات المعرفية لمجموعات الثلاثة لعينة الدراسة .

(١) الجنس

تم اختيار عينة الأطفال من المترددين على مركز الطب النفسى والتابع لمستشفيات جامعة عين شمس وهم ممن يعانون من الاكتئاب وتشتمل على الجنسين ذكوراً وإناثاً .

جدول (٣)

بيان أفراد المجموعات الأطفال المكتئبين من حيث الجنس

المجموع		اناث		ذكور		الجنس المجموعات العلاجية
%	ك	%	ك	%	ك	
١٠٠	١٠	٥٠	٥	٥٠	٥	المجموعة التجريبية الاولى
١٠٠	١٠	٥٠	٥	٥٠	٥	المجموعة الثانية التجريبية
١٠٠	١٠	٥٠	٥	٥٠	٥	المجموعة الضابطة الثالثة

(٢) من حيث العمر الزمنى

تتراوح أعمار الأطفال فى المجموعات الدارسة (المجموعة التجريبية الأولى) المجموعة التجريبية الثانية (المجموعة الضابطة الثالثة) بين ١١ سنة و ٤ شهور إلى ١٥ سنة و ٣ شهور لمتوسط عمرى قدره (١٢,٧٣) سنة وانحراف معيارى (١,٤٦) وراعى الباحث التجانس بين المجموعات الثلاث فى متغير السن وذلك بإجراء تحليل التباين الاحادى بين المجموعات الثلاثية فى متغير العمر الزمنى

جدول (٤)

تحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد الأعمار الزمنية للمجموعات الثلاث في كل من المجموعات التجريبية والضابطة

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	١,٠٢٣	٥٩٨,٥٣٣	٢	١١٩٧,٠٦٧	بين المجموعات	العمر الزمني
		٥٨٤,٩١٩	٢٧	١٥٧٩٢,٨	داخل المجموعات	
			٢٩	١٦٩٨٩,٨٧	المجموع الكلي	

ف عند مستوى ٠,٥ = ٣,٣٥ عند مستوى ٠,١ = ٥,٤٩

ويتضح من الجدول (٤) عدم دلالة النسبة الفاتبة الخاصة بتأثير الأعمار الزمنية مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد العينة الدراسية من حيث متغير العمر الزمني .

(٣) من حيث المستوى التعليمي

ولقد تم تجانس أفراد العينة في المجموعات الدراسية قبل تطبيق برامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك من خلال استخدام كآ لتجانس العينة المجموعات الدراسية .

جدول (٥)

كأ^٢ لتحديد المستوى التعليمي فى المجموعات الثلاث للدارسة

الصف الدارسى	المجموعة الاولى التجريبية	المجموعة الثانية التجريبية	المجموعة الضابطة الثالثة	المجموع	كأ ^٢	مستوى الدالة
اولى اعدادى	٣	٢	٢	٧	٠,٩٨	غير دالة
ثانية اعدادى	٣	٣	٤	١٠		
ثالثة اعدادى	٢	٢	٣	٧		
اولى ثانوى	٢	٣	١	٦		

ويتضح من الجدول (٥) نجد ان قيمة كأ^٢ ٠,٩٨ وهى قيمة ليست دالة إحصائيا مما يشير إلى عدم وجود فروق بين كل من المجموعات الثلاث فى المستوى التعليمي مما يشير إلى تحقيق التجانس بين المجموعات الثلاث لعينة الدارسة .

(٤) القدرات المعرفية

تم التعرف على القدرات المعرفية لعينة الدارسة من المجموعات الثلاث من خلال تطبيق مقياس ستانفورد - بينيه ، الصورة الرابعة تاليف روبرت ثورنديك ، واليزابيث ب . هاجن وجيروم م . ساتلر اقتباس وإعداد لويس كامل مليكه

وقام الباحث بتطبيق ١٠ من اختبارات مقياس ستانفورد - بينيه على عينة الدارسة قبل التطبيق البرامج وفيما يلى جدول رقم (٦) الذى يوضح هذه القدرات

جدول (٦)

القدرات المعرفية لعينة الدارسة

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	٠,١٦٤	٤,٩	٢	٩,٨	بين المجموعات	المفردات
		٢٩,٩٥٩	٢٧	٨٠٨,٩	داخـل المجموعات	
			٢٩	٨١٨,٧	المجموع	
غير دالة	٠,٣	٠,٦٣٣	٢	١,٢٦٧	بين المجموعات	الفهم
		٢١,٠٥٩	٢٧	٥٦٨,٦	داخـل المجموعات	
			٢٩	٥٦٩,٨٦٧	المجموع	
غير دالة	٠,٢٨٨	٦,٩٣٣	٢	١٣,٨٦٧	بين المجموعات	السخافات
		٢٤,١١٥	٢٧	٦٥١,١	داخـل المجموعات	
			٢٩	٦٦٤,٩٦٧	المجموع	
غير دالة	٠,٥٩	١١,٧	٢	٢٣,٤	بين المجموعات	الكمي
		١٩,٨٣	٢٧	٥٣٥,٤	داخـل المجموعات	
			٢٩	٥٤٨,٨	المجموع	

تابع جدول (٦)

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	٠,٩٨٣	٢٧,٣	٢	٥٤,٦	بين المجموعات	بناء المعادلات
		٢٧,٧٨١	٢٧	٧٥٠,١	داخل المجموعات	
			٢٩	٨٠٤,٧	المجموع الكلى	
غير دالة	١,٢٠٤	٢٨,٠٣٣	٢	٥٦,٠٦٧	بين المجموعات	تحليل النمط
		٢٣,٢٨١	٢٧	٦٢٨,٦	داخل المجموعات	
			٢٩	٦٨٤,٦٦٧	المجموع الكلى	
غير دالة	٠,٥٤٣	٩,٧٣٣	٢	١٩,٤٦٧	بين المجموعات	ثنى وقطع الورق
		١٧,٩٤١	٢٧	٤٠٤,٤	داخل المجموعات	
			٢٩	٥٠٣,٨٦٧	المجموع الكلى	
غير دالة	٠,٠٨٧	٢,١٣٣	٢	٤,٢٦٧	بين المجموعات	المصفوفات
		٢٤,٥٥٩	٢٧	٦٦٣,١	داخل المجموعات	
			٢٩	٦٦٧,٣٦١	المجموع الكلى	

تابع جدول (٦)

مستوى الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	٠,٥٥١	١٤,٩٣٣	٢	٢٩,٨٦٧	بين المجموعات	ذاكرة الخرز
		٢٧,٠٧٨	٢٧	٧٣١,١	داخل المجموعات	
			٢٩	٧٦٠,٩٦٧	المجموع الكلي	
غير دالة	٠,٥٠٣	١١,٢٣٣	٢	٢٢,٤٦٧	بين المجموعات	ذاكرة الجمل
		٢٢,٣٣	٢٧	٦٠٢,٩	داخل المجموعات	
			٢٩	٦٢٥,٣٦٧	المجموع الكلي	
دالة ٠,٠٥	٤,٥٠٦	٥٣,٠٣٣	٢	١٠٦,٠٦٧	بين المجموعات	الاستدلال اللفظي
		١١,٧٧	٢٧	٣١٧,٨	داخل المجموعات	
			٢٩	٤٢٣,٨٦٧	المجموع الكلي	
غير دالة	٢,٩٩٤	٧٢,٣	٢	١٤٤,٦	بين المجموعات	الاستدلال المجرد
		٢٤,٩٨٥	٢٧	٦٧٤,٦	داخل المجموعات	
			٢٩	٨١٩,٢	المجموع الكلي	

تابع جدول (٦)

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	٠,٢٧٧	٤,٩	٢	٩,٨	بين المجموعات	الاستدلال الكمي
		١٧,٦٩٣	٢٧	٤٧٧,٧	داخل المجموعات	
			٢٩	٤٨٧,٥	المجموع الكلي	
غير دالة	٠,٠٣٦ ١	٩,٠٣٣	٢	١٨,٠٦٧	بين المجموعات	الذاكرة قصيرة المدى
		٢٥,٠١١	٢٧	٦٧٥,٣	داخل المجموعات	
			٢٩	٦٩٣,٣٦٧	المجموع الكلي	
غير دالة	١,٢٣٣	١٨,٠٣٣	٢	٣٦,٠٦٧	بين المجموعات	الدرجة المركبة
		١٤,٦٢٦	٢٧	٣٩٤,٩	داخل المجموعات	
			٢٩	٤٣٠,٩٦٧	المجموع الكلي	

يتضح من جدول رقم (٦) عدم وجود فروق في الاختبارات الفرعية والمجالات الأربعة بين المجموعات الثلاث والدرجة الكلية للاختبار بين المجموعات الثلاث التي توجد التجانس بين المجموعات الثلاث كانت جميع قيم (ف) غير دالة فيما عدا الاستدلال اللفظي أتضح وجود فروق بين الثلاث مجموعات حيث بلغت قيمة (ف) ٤,٥١ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥

جدول (٧)

تطبيق اختبار توكي للمقارنات المتعددة
لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات الثلاث في الاستدلال اللفظي

المجموعات	١	٢	٣
١	--	٢,١	* ٤,٦
٢		--	٢,٥
٣			--

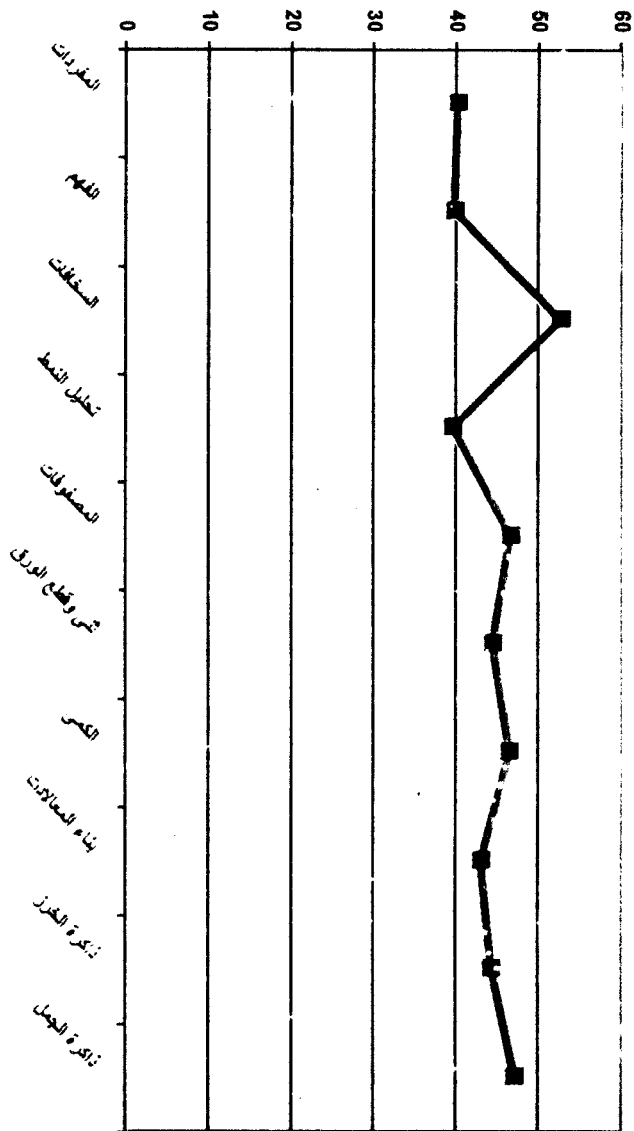
يتضح من جدول رقم (٧) وجود فروق بين المجموعة الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة الثالثة في الاستدلال اللفظي لصالح المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) .
وفيما يلي ترتيب هذه المجموعات في الأداء على بعد الاستدلال اللفظي

جدول (٨)

يوضح ترتيب المجموعات الثلاث في الأداء على بعد الاستدلال اللفظي

المجموعات	ن	م
١	١٠	٨٨,٣
٢	١٠	٨٦,٢
٣	١٠	٨٣,٧

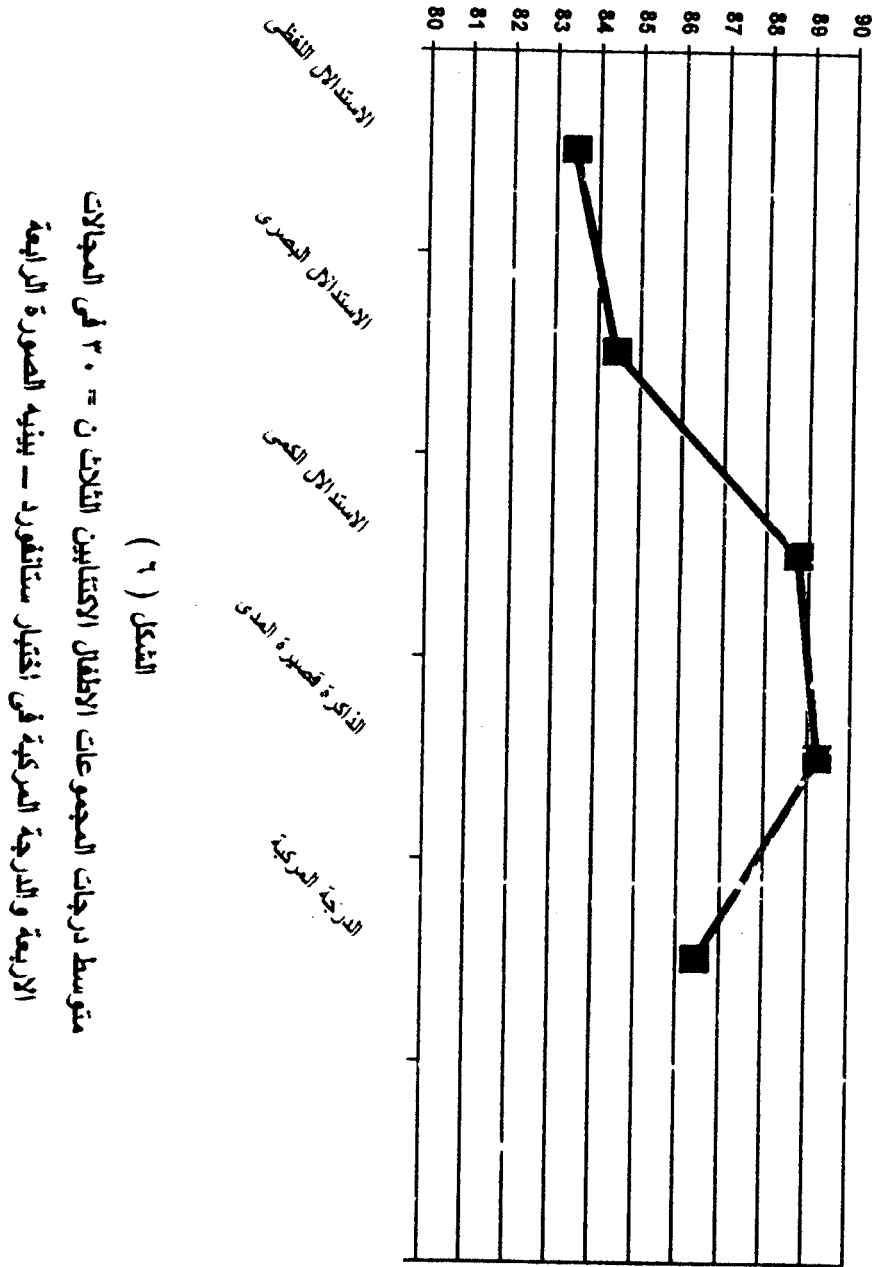
ويتبين من الجدول رقم (٨) إن المجموعة الأولى العلاج المعرفي هي أفضل المجموعات في الأداء على الاستدلال اللفظي ثم المجموعة الثانية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ثم المجموعة الضابطة الثالثة .



الشكل (٥)

يوضح متوسط درجات المجموعات الاطفال المكتتبين الثلاث ن = ٣٠ في اختبار ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة

ويتضح من شكل (٥) أن أكثر الإختبارات ارتفاعا في اختبار ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة التي طبقت على الاطفال المكتتبين ن = ٣٠ اختبار المسخافات ، ذاكرة الجمل ، المصفوفات ، الاختبار الكمي وأقل الاختبارات عن المتوسط هي تحليل النمط والفهم .



الشكل (٦)

متوسط درجات المجموعات الاطفال المكتسبين الثلاث ن = ٣٠ في المجالات الاربعه والدرجة المركبة في اختبار ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة

ويوضح شكل (٦) تمثيلا بيانيا بحساب المتوسط العام للدرجات العصرية المعيارية الكلية للمجالات الاربعه وبلغت قيمة المتوسط ٨٦,٤ ويتضح من الشكل ارتفاع الدرجة على الذاكرة قصيرة المدى والاستدلال الكمي، وانخفاض في درجة الاستدلال اللفظي والاستدلال المجرد البصري

(٥) مستوى تعليم الأب وألام لإفراد العينة

جدول (٩)

يوضع مستوى تعليم الاب للمجموعات الثلاث

المجموعة الضابطة الثالثة		المجموعة التجريبية الثانية		المجموعة التجريبية الاولى		مستوى تعليم الاب
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	-	-	امى
١٠%	١	١٠%	١	١٠%	١	يقرأ او يكتب
٣٠%	٣	٢٠%	٢	٣٠%	٣	شهادة اقل من الثانوى
٣٠%	٣	١٠%	١	٢٠%	٢	ثانوية عامة او ما يعادلها
٣٠%	٣	٥٠%	٥	٤٠%	٤	شهادة جامعية
-	-	١٠%	١	-	-	دبلوم على ماجستير
١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	المجموع

جدول (١٠)

يوضع مستوى تعليم الام للمجموعات الثلاث

المجموعة الضابطة الثالثة		المجموعة التجريبية الثانية		المجموعة التجريبية الاولى		مستوى تعليم الام
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	١٠%	١	امية
١٠%	١	٢٠%	٢	١٠%	١	تقرأ وتكتب
٤%	٤	٣٠%	٣	٤٠%	٤	شهادة اقل من الثانوية
٢٠%	٢	٢٠%	٢	٢٠%	٢	ثانوية عامة او ما يعادلها
٣%	٣	٢٠%	٢	٢٠%	٢	شهادة جامعية
-	-	١٠%	١	-	-	دبلوم على او ماجستير
١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	المجموع

٣: الأدوات المستخدمة

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية وهي

- (١) القائمة العربية لأكتئاب الاطفال إعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩١
 - (٢) اختبار الافكار اللاعقلانية للاطفال إعداد الباحث
 - (٣) اختبار اليأس للاطفال إعداد الباحث
 - (٤) مقياس تقدير الذات للاطفال إعداد فاروق عبد الفتاح موسى - محمد أحمد
دسوقي ١٩٩١
 - (٥) مقياس المهارات الاجتماعية للاطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن
١٩٩٨
 - (٦) جدول الانشطة والإحداث السارة إعداد أحمد محمد عبد الخالق - محمد
نجيب الصبوة ١٩٩٦
 - (٧) مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة إعداد لويس كامل ملكيه ١٩٩٨
 - (٨) استمارة تحديد المستوى الاجتماعى والثقافى إعداد فايزة يوسف عبد
المجيد ١٩٨٠
- وفيما يلى وصف لهذه الأدوات

(١) القائمة العربية لأكتئاب الاطفال اعداد / احمد عبد الخالق ١٩٩١

— قام أحمد عبد الخالق بوضع المقياس العربى لأكتئاب الاطفال بالتناسب مع البيئة العربية وخاصة المصرية ، ولذلك قام بوضع مقياس لقياس الاكتئاب للاطفال ليناسب الاستخدام مع الاطفال المصريين وينبع عن البيئة المصرية وذلك لندرة مقاييس الاكتئاب لدى الاطفال ، وبخاصة تلك المقاييس المستخدمة من مفوضين مصريين ، والمؤلفة لتناسبهم

صدق الاختبار

(أ) الارتباط بين البند والدرجة الكلية

طبق مقياس الإكتئاب للأطفال على ٨٣ تلميذا ٨١ تلميذة فى المدارس الإعدادية الحكومية من الصفين الثانى والثالث ممن تتراوح أعمارهم بين

١٢-١٥ عاما وحسب معامل ارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بنود الدرجة الكلية وتم حذف البند الذي لم يصل ارتباطه بالدرجة الكلية الى حد الدلالة الإحصائية عند مستوى ١% .

الجدول رقم (١١)

معاملات الارتباط بين كل بنود الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب للاطفال

رقم البند	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية			رقم البند	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية		
	ذكور	إناث	العينة الكلية		ذكور	إناث	العينة الكلية
١	.٥٢٦	.٣١٩	.٤٢٥	١٥	.٥٨٠	.٥٩٣	.٥٩٨
٢	.٣٣٧	.٣١١	.٢٧٨	١٦	.٦٥٢	.٦٢٣	.٦٠٠
٣	.٥٠٤	.٥٠٩	.٥٢٥	١٧	.٦٤٢	.٦٣٧	.٦٤٠
٤	.٤٩٧	.٢٤٧	.٣٥٧	١٨	.٨٣٦	.٦٤٥	.٦٧٤
٥	.٥٥٣	.٥٦٢	.٥٧٢	١٩	.٣٧٤	.٤٨٥	.٦٣٠
٦	.٤٩٣	.٣٣٦	.٤٠١	٢٠	.٤١٣	.٤٤٦	.٤٨٣
٧	.٤٩٦	.٦٢٤	.٥٦٩	٢١	.٦١٧	.٦٠١	.٥٨٤
٨	.٤٢١	.٤٥٧	.٤٦٢	٢٢	.٥٨٧	.٥٩٤	.٦٢٠
٩	.٥٠٧	.٤٨١	.٤٧٤	٢٣	.٢٤٢	.٥٧٢	.٦٠٧
١٠	.٥٣٧	.٣٠٢	.٤٠٠	٢٤	.٣٩٧	.٤٤٢	.٥٢١
١١	.٣٥٣	.٥٧٥	.٤٧٨	٢٥	.٥٧٣	.٥١٠	.٢٤٦
١٢	.٤٨١	.٤٠٥	.٤٣٦	٢٦	.٤٤٦	.٥٢٦	.٦٢٧
١٣	.٦٧٧	.٥٠١	.٥٨٤	٢٧	.٦١٤	.٥٨١	.٤٩٤
١٤	.٣٧٥	.٥٥٧	.٤٥٥				

(ب) التحليل العاملي لبنود المقياس:

طبق مقياس الاكتئاب للاطفال في صيغته قبل الاخيرة (٣٠ بندا) على عينة من تلاميذ المدارس الاعدادية وتلميذاتها (ن = ١٦٤) ثم استخرجت معاملات الارتباط المتبادلة بين بنود المقياس وحلتت عامليا بطريقة (هوتيلنج) للمكونات الاساسية واستخدم محك (جتمان) و تم اديرت العوامل المستخرجة تدويرا متعامدا بطريقة " كايزر " : الفاريماكس وتم استخراج ثمانية عوامل حذف العامل الاخير نظرا لضعف تشعباته

جدول (١٢)

قيم الشيوخ (هـ ٢) لبنود مقياس الاكتئاب للأطفال

رقم البند	هـ	رقم البند	هـ	رقم البند	هـ
١	.٥٨٩	١٠	.٦٤٦	١٩	.٦٤٦
٢	.٥٧٨	١١	.٥٨٨	٢٠	.٥٧٤
٣	.٥٢٧	١٢	.٦٤٠	٢١	.٦٦١
٤	.٦٤٤	١٣	.٦٧٣	٢٢	.٧١٣
٥	.٦١٢	١٤	.٥٣٨	٢٣	.٥٤٢
٦	.٦١٤	١٥	.٦٦٠	٢٤	.٦٥٦
٧	.٧٠٢	١٦	.٦٩٣	٢٥	.٦٨٣
٨	.٥٩٩	١٧	.٦٨٦	٢٦	.٥١٢
٩	.٦٩٨	١٨	.٦٧٥	٢٧	.٦٧٣

وبين جدول (١٢) قيم شيوخ البنود وقد تراوحت بين .٥١٢ ، .٧١٣ .

جدول (١٣)

الجذر الكامن والنسبة المئوية للعوامل المستخدمة المستخلصة من بنود مقياس
الاكتئاب للاطفال

رقم العامل	الجذر الكامن	% التباين	رقم العامل	الجذر الكامن	% التباين
١	٨,٨٥	٢٩,٥	٥	١,٣٤	٤,٤
٢	١,٧١	٥,٧	٦	١,٢٧	٤,٢
٣	١,٦٣	٥,٤	٧	١,١٧	٣,٩
٤	١,٦١	٥,٤	٨	١,٠٠	٣,٣

النسبة المئوية للتباين الكلى ٦١,٨%

وتراوحت قيم الجذر الكامن بين ٨,٨٥ ، ١,٠٠ ، كما تراوحت النسبة المئوية لتباين العوامل بين ٢٩,٥ % ، ٣,٣ % ووصلت النسبة الكلية للعوامل جميعا الى ٦١,٨ % وهى تشير إلى ان العوامل المستخرجة تكفى لاستيعاب قدر مقبول تماما من التباين

ونعرض فيما يلى للعوامل السبعة المستبقاة مع اتخاذ لمعيار التشبع الجوهري بالعامل بانه ≤ ٣٥ . حيث اعتمد التحليل العاملى على معاملات الارتباط المتبادلة بين البنود المفردة للمقياس على عينة من التلاميذ والتلميذات (ن = ١٦٤)

الجدول (١٤)

العامل الأول المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال

مسلسل	رقم البند	التشبع	البند
١	١	٠.٧١٥ -	اشعر بالسعادة
٢	٢٢	٠.٧٠٨	هناك اشياء كثيرة تضايقتى
٣	١٣	٠.٥٣٩	اشعر بالضيق
٤	١٩	٠.٤٧٣	انا زهقان
٥	٢١	٠.٤٦٢ -	انا راض عن حياتى
٦	١٧	٠.٤٣٢ -	الحياة حلوة

العامل الاول : يمكن تسمية هذا العامل الشعور بالضيق مقابل الشعور بالسعادة او للايجاز الشعور بالضيق

ويتضمن البنود التالية :

(١) اشعر بالسعادة

(٢) هناك اشياء كثيرة تضايقتى

(٣) اشعر بالضيق

(٤) انا زهقان

(٥) انا راض عن حياتى

(٦) الحياة حلوة

جدول (١٥)

العامل الثانى المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال

نص البند	التشبع	رقم البند	سلسل
اقلق اثناء النوم	.٧٣١	١١	١
احلم احلاما مزعجة	.٦٧٨	٦	٢
انام جيدا	.٥٧٧-	٣	٣
اشعر اننى وحيد (بعيد عن الناس)	.٤٦٧	١٥	٤
اشعر بالغضب	.٣٨١	٢٠	٥

العامل الثانى: يمكن تسميته عامل مشكلة النوم

ويتضمن البنود التالية :

- (١) اقلق اثناء النوم
- (٢) احلم احلاما مزعجة
- (٣) انام جيدا
- (٤) اشعر اننى وحيد (بعيد عن الناس)
- (٥) اشعر بالغضب

جدول (١٦)

العامل الثالث المتعامد لمقياس الاكتئاب الاطفال

المسلسل	رقم البند	التشبع	البند
١	٢٥	.٧٤٣	كثير من الناس يحبوننى
٢	١٢	.٦٨٧	لى اصدقاء كثيرون
٣	٢٧	.٦٣١	انا متفائل
٤	١٥	.٤٧٦	اشعر اننى وحيد (بعيد عن الناس)
٥	١٧	.٤٥٦	الحياة حلوة
٦	٨	.٣٧٥	انا واثق من نفسى
٧	٢١	.٣٤٦	انا راض عن حياتى

العامل الثالث : ثنائى القطب يجمع بين الاجتماعية والقبول الاجتماعى مقابل

الشعور بالوحدة

ويتضمن البنود التالية

- (١) كثير من الناس يحبوننى
- (٢) لى اصدقاء كثيرون
- (٣) انا متفائل
- (٤) اشعر اننى وحيد (بعيد عن الناس)
- (٥) الحياة حلوة
- (٦) انا واثق من نفسى
- (٧) انا راض عن حياتى

جدول (١٧)

العامل الرابع المتعامد لمقياس الاكتئاب الاطفال

البند	التشيع	رقم البند	مسلسل
انا حزين	.٧٤٣	٧	١
اشعر اننى تعيس	.٦٥٥	١٦	٢
انا راض عن حياتى	.٥١٦	٢١	٣
الحياة حلوة	.٤٦٤	١٧	٤
اكره نفسى	.٣٦٨	٢٦	٥
اشعر بالضيق	.٣٥٨	١٣	٦

يعد العالم الرابع بجلاء عامل الحزن فى مقابل الرضا عن الحياة
ويتضمن البنود التالية:

- (١) انا حزين
- (٢) اشعر اننى تعيس
- (٣) انا راض عن حياتى
- (٤) الحياة حلوة
- (٥) اكره نفسى
- (٦) اشعر بالضيق

جدول (١٨)

العامل الخامس المتعمد لمقياس الاكتئاب للاطفال

البند	التشيع	رقم البند	مسلسل
ستحدث لى اشياء سيئة	.٦٥٧	٢٤	١
انا واثق من نفسى	.٦١٠	٨	٢
انا متشائم	.٥٤١	٢٣	٣
اشعر اننى فاشل	.٤٩١	١٨	٤
اشعر اننى لا قيمة لى	.٣٧٨	٥	٥
اشعر بالتعب	.٣٦٥	٩	٦
انا متفائل	.٣٦٣	٢٧	٧

العامل الخامس يمكن تسميته بعامل التشاؤم مقابل التفاؤل

ويضمن البنود التالية :

(١) ستحدث لى اشياء سيئة

(٢) انا واثق من نفسى

(٣) انا متشائم

(٤) اشعر اننى فاشل

(٥) اشعر اننى لا قيمة لى

(٦) اشعر بالتعب

(٧) انا متفائل

جدول (١٩)

العامل السادس المتعامد لمقياس الاكتئاب للاطفال

البند	التشبع	رقم البند	مسلسل
ارکز انتباهی فی المذاكرة بصعوبة	٠,٧٠٧	٤	١
قدرتی علی ترکیز الانتباه ضعيفة	٠,٦٤١	١٠	٢
أشعر أنني لا قيمة لی	٠,٤٩٢	٥	٣
أنا سرحان	٠,٤٩٢	١٤	٤
أشعر أنني فاشل	٠,٤٥٩	١٨	٥
أكره نفسي	٠,٤٣١	٢٦	٦
أنا زهقان	٠,٤١٨	١٩	٧

سمى العامل السادس : تشتت الانتباه

ويتضمن البنود التالية

- (١) ارکز انتباهی فی المذاكرة بصعوبة
- (٢) قدرتی علی ترکیز الانتباه ضعيفة
- (٣) أشعر أنني لا قيمة لی
- (٤) أنا سرحان
- (٥) أشعر أنني فاشل
- (٦) أكره نفسي
- (٧) أنا زهقان

جدول (٢٠)

العامل السابع المتعمد لمقياس الاكتئاب للاطفال

مستسل	رقم البند	التشبع	البند
١	٢	.٧١٢	اشعر بالكسل
٢	٩	.٦٨٩	اشعر بالتعب
٣	٢٠	.٤٦٨	اشعر بالغضب

سمى هذا العامل السابع الخمول والوهن

ويتضمن البنود التالية :

(١) اشعر بالكسل

(٢) اشعر بالتعب

(٣) اشعر بالغضب

جدول (٢١)

العوامل السبعة لمقياس الاكتئاب للاطفال وعدد تشبعاتها الجوهرية

رقم العامل	اسماء وعوامل الاكتئاب	عدد التشبعات الجوهرية
١	الشعور بالضيق في مقابل الشعور بالسعادة	٦
٢	مشكلات النوم	٥
٣	الشعور بالوحدة	٧
٤	الحزن في مقابل الرضا عن الحياة	٦
٥	التشاؤم في مقابل التفاؤل	٧
٦	تشتت الانتباه	٧
٧	الخمول والوهن	٣

ويخلص جدول (٢١) اسماء وعوامل المقياس وعدد تشبعاتها الجوهرية (معياري ≤ 0.35) مع الاشارة الى القطب الدال على وجود الاكتئاب فقط في العوامل ثنائية القطب

وتشير العوامل السبعة المستخرجة من بنود مقياس الاكتئاب لدى الاطفال الى تجمعات اعراض او زملاات مهمة في مجال الاكتئاب ويتفق ذلك في كثير من الجوانب مع بعض التحليلات العامليه لمقاييس الاكتئاب

ثبات المقياس

حسب ثبات مقياس الاكتئاب للاطفال بطريقتين : التجزئة النصفية لبيان الاتساق الداخلي واعادة الاختبار لتحديد ثبات الاستقرار

اولا : الاتساق الداخلي.

طبق المقياس وحسب معامل الارتباط بين النصفين (الفردي مقابل الزوجي تم صحيح الطول بمعادلة (سبيرمان - براون) وتشير النتائج الى اتساق داخلي مرتفع للمقياس ويوضح ذلك (الجدول رقم ٢٢) .

ثانيا : اعادة التطبيق

طبق المقياس ثم اعيد تطبيق على الاطفال انفسهم بعد اسبوعين من التطبيق الأول وحسب معامل الارتباط بين التطبيقين (جدول ٢٢) وتشير معاملات الارتباط الى ارتفاع درجة الارتباط .

جدول (٢٢)

معاملات الثبات (ر ١١) لمقياس الاكتئاب للاطفال

العينات	الاتساق الداخلي		اعادة التطبيق	
	١١	ن	١١	ن
ذكور	.٨٩	٣٠	.٨٥	٣٣
اناث	.٩٠	٣٠	.٨٩	٣٦
ذكور واناث	.٩٣	٦٠	.٨٧	٦٩

صححت المعاملات بمعادلة سبيرمان - براون

اعيد التطبيق بعد اسبوعين

(٢) اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال : اعداد الباحث

قام الباحث قبل البدء فى إعداد الاختبار بدراسة مسحية لعدد من المقاييس التى تقيس الأفكار اللاعقلانية فى حدود ما توفر له الإطلاع عليه سواء فى التراث النفسى من مصادر عربية أو أجنبية اهتمت بالأفكار اللاعقلانية عامة والأطفال خاصة .

ومن المقاييس التى استعان بها الباحث فى إعداد الأفكار اللاعقلانية للأطفال:

(١) مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية إعداد إبراهيم على إبراهيم ١٩٩١ يتكون المقياس من (١٥) عبارة وعلى المفحوص أن يجيب عنها (بنعم) أو (لا) وهذه العبارات تكشف عن مدى اعتناق المفحوص للأفكار العقلانية أو اللاعقلانية .

(٢) اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية إعداد سليمان الريحاني ١٩٨٥ يتكون الاختبار من خلال الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر التى وضعها اليس ويتكون الاختبار من ٥٢ عبارة يجاب عليها من خلال (نعم) أو (لا)

(٣) قياس الأفكار اللاعقلانية إعداد محمد احمد محمد إبراهيم ١٩٩٥ اعد الباحث هذا المقياس فى ضوء القيم اللاعقلانية الإحدى عشر التى وضعها اليس (Ellis) ثم أضاف إليه أربعة قيم لاعقلانية اخرى ليصبح عدد القيمة (١٥) قيمة يجاب عنها وافق ، وافق احيانا ، غير موافق

(٤) مقياس الأفكار اللاعقلانية اعداد HOOPER & LAME 1993 واعد الباحثين هذا المقياس فى ضوء الافكار اللاعقلانية الإحدى عشر (اليس) (Ellis) ويتكون من أربعة بنود لكل فكرة من الأفكار الإحدى عشر

(٥) مقياس التفكير اللاعقلانى إعداد عماد محمد احمد إبراهيم ١٩٩٠ اعد الباحث المقياس فى ضوء الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر اليس ويتكون المقياس من ٩٣ عبارة يجاب عليها من خلال تنطبق دائما، تنطبق كثيرا ، تنطبق أحيانا ، تنطبق نادرا ، لا تنطبق .

الإطلاع على الكتابات والأبحاث المختلفة التي تعرضت للأفكار اللاعقلانية مثل كتابات إليس (Ellis) عام 1996 . 1992 . 1991 دراسة Greenher & Beck 1989 ، دراسة Comatta & Nogoshi 1995 ، دراسة Edward & Will 1998 ، دراسة Yves et al 2000 .
— ونظراً لندرة البحوث العربية في حدود علم الباحث والتي تتعلق بإعداد اختبار في هذا المجال

-- روعى أن يتم إعداد الاختبار يتناسب مع العمر الزمني لعينة الدراسة
— ومن خلال الإطلاع على كل ما سبق تم تحديد إبعاد الاختبار على أساس إن كل فكرة تمثل بعداً مستقلاً

وقام الباحث بإضافة فكرتين أخرتين لاعقلانية للأفكار الإحدى عشر التابع لمقياس إليس (Ellis) يرى الباحث إنهم تنطبق مع الأفكار اللاعقلانية الأخرى وبذلك وضع الباحث ١٣ فكرة عقلانية توجد في كل فكرة ٥ عبارات توضح هذه الفكرة

١) صياغة عبارات الاختبار

تكون الاختبار في صورته المبدئية من ٦٥ عبارة تم توزيعها على أبعاد الاختبار (الأفكار اللاعقلانية) الثالثة عشر بواقع ٥ عبارات لكل بعد وروعي عند إعداد وصياغة العبارات ما يلي :

١) أن تكون الالفاظ والعبارات بسيطة وسهلة وليست غريبة او غامضة بالنسبة لإفراد العينة .

٢) صياغة العبارات بصورة لا توحى باجابات معينة ولا تتضمن إلا فكرة واحدة حتى لا يحدث سوء فهم لدى الاطفال عند الإجابة

٣) تجنب العبارات التي لا لزوم لها او غير ضرورية

٣) عرض على المحكمين

قام الباحث بعرض الاختبار بصورته الاولية على ١٠ من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والطب النفسى (سيرد ذكر اسمائهم في ملحق رقم ٦) بهدف الحكم على صدق عبارات الاختبار واتساقها

فى كل جانب من جوانب الافكار اللاعقلانية والتعرف على مدى مناسبة العبارة من حيث مناسبة او غير مناسبة أو التعديل والذي يراه مناسباً وكذلك ارتباط العبارة بالفكرة من حيث إنها مرتبطة او غير مرتبطة .

قام المحكمين بتعديل بعض العبارات غير المفهومة مثل :

(أن أكون عند حسن ظن الاخرين) تعدل إلى (أحب أن أكون عند حسن ظن الآخرين) .

(أشعر دائماً باللوم) تعدل إلى (أشعر دائماً بلوم نفسى)

(الطريق الوحيد لحل المشكلات هو مواجهتها) تعدل إلى (الطريق الوحيد لحل المشكلات هو الهروب منها)

طريقة اجراء القياس

قام الباحث بترتيب اسئلة الاختبار دائريا لكي لا يتمكن الطفل معرفة الهدف المرغوب قياسه ويتكون الاختبار فى صورته النهائية من ٦٥ عبارة وتتم الإجابة على الاختبار من خلال نعم أو لا

إعداد تعليمات الإجابة على الاختبار

تضمنت تعليمات هذا الاختبار وطريقة الإجابة على عبارات وأمثلة توضيحية لكيفية الإجابة إضافة الى ملاحظات عامة تطلب من الطفل الإجابة بصراحة ودقة على كل الأسئلة وعدم ترك عبارة دون الإجابة عليها كما تضمنت الملاحظات سرية الإجابات واهمية التعاون مع الباحث ان نتائج الإجابة تستخدم فى أغراض البحث العلمى

التجربة الاستطلاعية

قام الباحث بتطبيق الاختبار بصورته الأولية على عينة من الأطفال المكتئبين المترددين على مركز الطب النفسى بمستشفيات جامعة عين شمس قوامها (٥) أطفال من الذكور تراوحت أعمارهم من ١١ - ١٥ عام بهدف معرفة ملائمة بنود الاختبار للتطبيق على الأطفال المكتئبين وقد أتضح أن معظم عبارات الاختبار واضحة ومناسبة للتطبيق عدا بعض الكلمات أو العبارات الغامضة

فاستبدلت بدلا منها كلمات أخرى مناسبة أكثر وضوحا عدلت فى ضوء نتائج التجربة الاستطلاعية .

طريقة التطبيق

تم تطبيق الاختبار بطريقة فردية على عينة الدراسة الكلية واستغرقت مدة التطبيق للاختبار حوالى ٣٠ دقيقة

طريقة التصحيح

تم صياغة عبارات الاختبار التى بلغ عددها (٦٥) عبارة موزعة على ١٣ فكرة لاعقلانية اى أن لكل فكرة لاعقلانية (٥) عبارات والاستجابة على العبارات تكون (نعم) (لا)
فالعبارات السلبية للأفكار اللاعقلانية توضع (نعم) بدرجة و (لا) بدرجتين
والعبارات الايجابية للأفكار اللاعقلانية توضع (نعم) بدرجتين و (لا) بدرجة
ولقد صمم الاختبار ووضعت العبارات بحيث تشير الدرجة المرتفعة الى اعتناق الفرد وتمسكه بالأفكار اللاعقلانية

الشروط السيكومترية للمقياس

أولا صدق الاختبار VALIDITY

يعد الصدق من الخصائص الهامة التى يجب الاهتمام بها فى بناء الاختبارات والمقاييس والاختبار الصادق هو القادر على قياس السمة او الظاهرة التى وضع من اجلها
استخدم الباحث عدة طرق للتحقق من صدق الاختبار وهى
أ) الصدق المنطقى
ب) صدق البناء أو التكوين ويكون من

- ١- معاملات الارتباط بين كل العبارات والدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية الثالثة عشر للاختبار
- ٢- معامل الارتباط لكل عبارة والدرجة الكلية للاختبار
- ٣- التجانس (الاتساق الداخلي) وهو معاملات الارتباط بين إبعاد اختبار الأفكار اللاعقلانية والدرجة الكلية للاختبار

أ) الصدق المنطقي

هو احد أنواع الصدق ويتضح هذا النوع من الصدق بالفحص المبني لمحتويات الاختبار من قبل لجنة عددهم عشرة من الحكام المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية ، الطب النفسى وقد قام الباحث بإجراء هذا النوع من الصدق بالنسبة للاختبار إذا قدمت عبارات الاختبار (٦٥) بصيغتها الأولية كما هى وموزعة على الأفكار اللاعقلانية الثالثة عشر بحيث يحتوى كل فكرة لاعقلانية على (٥) عبارات بينها صياغة موجبة عبارات ذات صياغة سالبة حيث تم حساب النسبة المئوية للاتفاق مع المحكمين على كل عبارة تم حساب النسبة المئوية للموافقة على كل عبارة بدرجة اتفاق ٩٠% حيث أصبحت نسبة اتفاق المحكمين على عبارات الاختبار معيارا للصدق وأصبح الاختبار بعد إجراء صدق المنطقي مكوناً من ثلاثة عشرة فكرة لاعقلانية تضم ٦٥ عبارة بواقع خمس عبارات لكل فكرة لاعقلانية

ب) صدق البناء أو التكوين

اتبع الباحث أسلوب صدق البناء أو التكوين للتحقق من صدق اختبار الأفكار اللاعقلانية ثم التحقق من صدق الاختبار من خلال تطبيقه على عينة تتكون من ٥٠ طفلاً عمرهم ١١ - ١٤ سنة فى المرحلة الإعدادية من مدرسة العباسية الإعدادية ، وتم التحقق من صدق البناء والتكوين وذلك بما يلى :

(١) تم التحقق من صدق الاختبار بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة فى كل فكرة والدرجة الكلية للفكرة

(٢) معامل الارتباط لكل عبارة والدرجة الكلية للاختبار

٣) صدق الاتساق الداخلى وتم التحقق من ذلك بحساب معاملات الارتباط لدرجة كل بعد من الأفكار الثلاثة عشر والدرجة الكلية للاختبار
اولاً : ويتضمن معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة لكل فكرة والدرجة الكلية للفكرة بطريقة بيرسون PEARSON

جدول (٢٣)

معاملات الارتباط بالنسبة للعبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (المبالغة فى طلب الاستحسان) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة	مستوى الدلالة
١	١	.٥٧٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٤	.٦٢٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٢٧	.٥٥٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٠	.٣٥١	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٥	٥٣	.٥٦٩	دالة عند مستوى ٠,٠١

مستوى الدلالة عند ٠,٠١ = ٣٥٤. مستوى الدلالة عنده ٠,٠٥ = ٢٧٣.

ويتضح من جدول (٢٣) ان جميع معاملات الارتباط وبالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية للاختبار تتراوح ما بين ٣٥١ الى ٦٢٢. وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة ما بين (٠,٠١ ، ٠,٠٥)

جدول (٢٤)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الكمال الشخصي)
والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٢	.٦٤٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٥	.٥١٠	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٢٨	.٧٢٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤١	.٥٥٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٥٤	.٦٥٩	دالة عند مستوى ٠,٠١

مستوى الدلالة عند ٠,٠١ = ٣٥٤ . مستوى الدلالة عند ٠,٠٥ = ٢٧٣ .
يتضح من جدول (٢٤) ان جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة
اللاعقلانية للاختبار تتراوح ما بين (٠,٥١٠ الى ٠,٧٢٤)
وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)

جدول (٢٥)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة للاعقلانية (اللوم القاسى للذات
والاخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٣	.٤٥٦	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٦	.٣٤٩	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٣	٢٩	.٦٥٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٢	.٤٤٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٥٥	.٦٥٥	دالة عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من الجدول (٢٥) أن جميع معاملات الارتباط بنود فكرة اللوم القاسى للذات وللآخرين بالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية للاختبار تتراوح بين ٠,٣٤٩ إلى ٠,٦٥٥ وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥ ، ٠,٠١) .

جدول (٢٦)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (وتوقع الكوارث) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية $n = ٥٠$

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٤	٠,٤٦٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٧	٠,٦٠٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٠	٠,٢٨٥	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٤	٤٣	٠,٣٩٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٥٦	٠,٥٨٤	دالة عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من جدول (٢٦) أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة فى جميع عبارات وهى تتراوح ما بين ٠,٢٨٥ إلى ٠,٦٠٣ وجميع معاملات الارتباط موجبة ودالة عند مستوى ٠,٠٥ ، ٠,٠١ .

جدول (٢٧)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (عدم الضبط الانفعالي) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٥	٠,٧١٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٨	٠,٤٦٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣١	٠,٦٣٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٤	٠,٦٩٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٥٧	٠,٤٨٩	دالة عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من الجدول (٢٧) ان جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة في جميع العبارات وهو بالدرجة الكلية للاختبار وتتراوح بين (٠,٤٦٣ الى ٠,٧١٨) وجميعها معاملات الارتباط موجبة عند ٠,٠١

جدول (٢٨)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الفلق الزائد) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية في ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٦	٠,٥٥٠	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	١٩	٠,٤٢٥	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٢	٠,٤٥٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٥	٠,٣٢١	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٥	٥٨	٠,٣٩٦	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٢٨) ان جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية فى اختيار تتراوح ما بين (٣٢١ . الى ٥٥٠) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١ الى ٠.٠٥)

جدول (٢٩)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (تجنب المشكلات) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠ .

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٧	.٤١٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢٠	.٦٧٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٣	.٦٥٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٦	.٤٣٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٥٩	.٣٧٧	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٢٩) ان جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة للاختبار تتراوح ما بين (٣٧٧ . الى ٦٧٩) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١ الى ٠.٠٥)

جدول (٣٠)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الاعتمادية) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٨	٠,٦٣١	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢١	٠,٦٨٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٤	٠,٦٦٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٧	٠,٤٤١	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦٠	٠,٥٨٦	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٣٠) أن جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية تتراوح ما بين ٠,٤٤١ إلى ٠,٦٨٢ وجميع معاملات الارتباط موجبة عند مستوى ٠,٠١

جدول (٣١)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الاحساس بالعجز بسبب الماضي) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٩	٠,٣٣٦	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٢	٢٢	٠,٤٤٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٥	٠,٤٠١	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٨	٠,٥١٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦١	٠,٤٦٣	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٣١) أن جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للفكرة تتراوح ما بين ٠,٣٣٦ إلى ٠,٥١٢ وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى ٠,٠١ ، ٠,٠٥

جدول (٣٢)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (الانزعاج لمشاكل الآخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	١٠	.٤٣٧	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢٣	.٤١٦	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٦	.٤٤٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٤٩	.٥١٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦٢	.٣٩٢	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٣٢) ان جميع معاملات الارتباط بنود فكرة الانزعاج لمشاكل الآخرين بالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية للاختبار تتراوح ما بين ٠,٣٩٢ ، ٠,٥١٤ وجميعها معاملات ارتباط موجبة عند مستوى دلالة ٠,٠١

جدول (٣٣)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية

الحلول المثالية والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	١١	.٥٢٦	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢٤	.٤٥٥	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٧	.٤١٧	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٥٠	.٤٨٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦٣	.٥٣٧	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٣٣) ان جميع معاملات الارتباط بالدرجة

الكلية للفكرة اللاعقلانية للاختبار تتراوح ما بين ٠,٤١٧ ، ٠,٥٣٧ . وجميعها

معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) .

جدول (٣٤)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (مصدر واحد للسعادة) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	١٢	.٤٦٥	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢٥	.٣٤٢	دالة عند مستوى ٠,٠٥
٣	٣٨	.٤٨٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٥١	.٤٠٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦٤	.٤١٦	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٣٤) ان جميع معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار تتراوح ما بين (.٣٤٢ ، .٤٨٩) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (.٠٠١ ، .٠٠٥)

جدول (٣٥)

معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للفكرة اللاعقلانية (القسوة في التعامل مع الاخرين) والدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	١٣	.٤٧٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٢	٢٦	.٥١٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
٣	٣٩	.٤٢٧	دالة عند مستوى ٠,٠١
٤	٥٢	.٥٠٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
٥	٦٥	.٤٥٨	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٣٥) ان جميع معاملات الارتباط بنود فكرة القسوة في التعامل مع الاخرين بالدرجة الكلية للفكرة اللاعقلانية تتراوح ما بين ٠.٤٣٧ ، ٠.٥١٣ . وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

ثانيا : قام الباحث بحساب صدق الاختبار من خلال إيجاد معامل الارتباط بين كل عبارة من الاختبار والدرجة الكلية للاختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال

جدول (٣٦)

معامل الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية لاختبار الأفكار

اللاعقلانية للأطفال

م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	.٣٥٦	.٠١	٢٣	.٣٤٦	.٠٥	٤٥	.٣٤٧	.٠٥
٢	.٤٥١	.٠١	٢٤	.٣٩٧	.٠١	٤٦	.٣٦٠	.٠١
٣	.٢٩٢	.٠٥	٢٥	.٤٠٧	.٠١	٤٧	.٣١٧	.٠٥
٤	.٦٥٦	.٠١	٢٦	.٦٠٨	.٠١	٤٨	.٣٣١	.٠١
٥	.٢٨٨	.٠٥	٢٧	.٦٦٩	.٠١	٤٩	.٥٩٩	.٠١
٦	.٤٦٣	.٠١	٢٨	.٣٢٢	.٠٥	٥٠	.٤٦٧	.٠٥
٧	.٢٩١	.٠٥	٢٩	.٣٥٦	.٠١	٥١	.٢٩٩	.٠١
٨	.٥٠٨	.٠١	٣٠	.٣٦٣	.٠١	٥٢	.٤١٤	.٠١
٩	.٢٧٩	.٠٥	٣١	.٤٨٤	.٠١	٥٣	.٦١٢	.٠١
١٠	.٣٠٤	.٠١	٣٢	.٦١٨	.٠١	٥٤	.٤٣٢	.٠١
١١	.٥٢٧	.٠١	٣٣	.٤٣٥	.٠١	٥٥	.٤٨١	.٠١
١٢	.٤٨٦	.٠١	٣٤	.٥٥٩	.٠١	٥٦	.٣٢٦	.٠٥
١٣	.٥٥٧	.٠١	٣٥	.٥٦٣	.٠١	٥٧	.٦٢١	.٠١
١٤	.٢٨٩	.٠٥	٣٦	.٦٣٤	.٠١	٥٨	.٥١٧	.٠١
١٥	.٥٨١	.٠١	٣٧	.٥٧٧	.٠١	٥٩	.٣٧٣	.٠١
١٦	.٥٢٣	.٠١	٣٨	.٧٩٠	.٠١	٦٠	.٣٣٦	.٠٥
١٧	.٣٣١	.٠٥	٣٩	.٥٥٢	.٠١	٦١	.٤٤٩	.٠١
١٨	.٤١٠	.٠١	٤٠	.٤٦١	.٠١	٦٢	.٥٤٧	.٠١
١٩	.٥٧٢	.٠١	٤١	.٣١٩	.٠٥	٦٣	.٣٢٨	.٠٥
٢٠	.٣٤٢	.٠٥	٤٢	.٣٠٨	.٠٥	٦٤	.٤٧٠	.٠١
٢١	.٣٩٢	.٠١	٤٣	.٤١٨	.٠١	٦٥	.٤٩٢	.٠١
٢٢	.٤١٧	.٠١	٤٤	.٤٧٣	.٠١			

يتضح من جدول (٣٦) أن جميع معاملات الارتباط بين عبارات الاختبار والدرجة الكلية للاختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال تتراوح ما بين ٠,٢٧٩ ، ٠,٦٦٩ وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ ، ٠,٠٥ ، ثالثا : صدق الاتساق الداخلى وتم التحقق من ذلك بحساب معاملات الارتباط لدرجة كل بعد من الأفكار اللاعقلانية الثالث عشر والدرجة الكلية للاختبار

جدول (٣٧)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للابعد الفرعية (الأفكار اللاعقلانية) والدرجة الكلية للاختبار (الأفكار اللاعقلانية للأطفال)

م	الأفكار اللاعقلانية	معامل الارتباط لكل فكرة لاعقلانية بالدرجة الكلية للاختبار	مستوى الدلالة
١	المبالغة فى طلب الاستحسان	٠.٥١٥ *	دالة
٢	الكمال الشخصى	٠.٦٢٨ *	دالة
٣	الناوم القاسى للذات والآخرين	٠.٣٧٤ *	دالة
٤	توقع الكوارث	٠.٦٤٨ *	دالة
٥	عدم الضبط الانفعالى	٠.٤١٢ *	دالة
٦	القلق الزائد	٠.٦٢٤ *	دالة
٧	تجنب المشكلات	٠.٥٦٢ *	دالة
٨	الاعتمادية	٠.٤٥٧ *	دالة
٩	الاحساس بالعجز بسبب الماضى	٠.٦٢١ *	دالة
١٠	الانزعاج لمشاكل الآخرين	٠.٥٧٧ *	دالة
١١	الحلول المثالية	٠.٤٧٤ *	دالة
١٢	مصدر واحد للسعادة	٠.٣٤٦ **	دالة
١٣	القسوة فى التعامل مع الآخرين	٠.٣٣٢ **	دالة

❁ مستوى الدلالة $0.01 = 0.354$ ❁❁ مستوى الدلالة $0.05 = 0.273$ ،
ويتضح من الجدول (٣٧) ان معاملات الارتباط التي حصل عليها الاطفال افراد
العينة المستخدمة وعددهم ٥٠ طفل على كل فكرة لاعقلانية في الاختبار
المستخدم والدرجة انكليه للاختبار ككل مرتفعة وتتراوح ما بين (٣٣٢. الى
٦٤٨.) وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة احصائيا وهذا يؤكد الترابط
والتماسك بين وحدات الاختبار مع بعضها البعض ويشير الى دقته وثباته ايضا

ثانياً: ثبات الاختبار

تم حساب ثبات الاختبار المستخدم في الدراسة بطريقتين هما

١- طريقة إعادة الاختبار ٢- طريقة التجزئة النصفية

١. طريقة إعادة الاختبار

استخدم الباحث حساب ثبات الاختبار بطريقة إعادة الاختبار -Test-
Retest على عينة قوامها ٥٠ طفل من الاطفال ممن تتراوح اعمارهم بين
(١١- ١٤) من طلاب مدرسة العباسية الاعدادية وقد اجري الاختبار مرتين
بفارق زمني قدره أسبوعين وقد تم استخراج معاملات الارتباط بين درجاتهم
الخام بين التطبيقين بطريقة بيرسون

(فؤاد السيد ، ١٩٧٩ : ٥٢٤)

وفيما يلي معاملات الثبات التي حصل عليها الباحث على ابعاد اختبار

الافكار اللاعقلانية بطريقة إعادة الاختبار

جدول (٣٨)

يوضح معاملات الثبات على اختبار الافكار اللاعقلانية للاطفال والافكار
اللاعقلانية المتضمنة فيه $n = ٥٠$

م	الافكار اللاعقلانية	معامل الثبات	مستوى الدلالة
١	المبالغة في طلب الاستحسان	.٧٣٠	دالة عند ٠,٠١
٢	الكمال الشخصي	.٧٩٣	دالة عند ٠,٠١
٣	اللوم القاسى للذات والآخرين	.٦٨٠	دالة عند ٠,٠١
٤	توقع الكوارث	.٨٨٤	دالة عند ٠,٠١
٥	عدم الضبط الانفعالى	.٨٥٨	دالة عند ٠,٠١
٦	القلق الزائد	.٧٢٢	دالة عند ٠,٠١
٧	تجنب المشكلات	.٧٤٣	دالة عند ٠,٠١
٨	الاعتمادية	.٨٦٣	دالة عند ٠,٠١
٩	الاحساس بالعجز بسبب الماضى	.٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
١٠	الانزعاج لمشاكل الآخرين	.٨٧٢	دالة عند ٠,٠١
١١	الحلول المثالية	.٨٧٥	دالة عند ٠,٠١
١٢	مصدر واحد للسعادة	.٦٨٩	دالة عند ٠,٠١
١٣	القسوة فى التعامل مع الآخرين	.٦٤٦	دالة عند ٠,٠١
	درجة المقياس ككل	.٨٢٤	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من جدول (٣٨) ان جميع معاملات الثبات بطريقة اعادة الاختبار تتراوح ما بين (٠,٦٤٦ الى ٠,٨٨٤) وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على قوة الاختبار وصلاحية لاختبار .

٢. الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

قام الباحث بإيجاد معامل الثبات لاختبار الافكار اللاعقلانية للاطفال

بمعادلة سبيرمان وبراون Cpearman & Brown

وتعتمد الطريقة الى تجزئة الاختبار الى جزئين بحيث يتكون الجزء الاول من الدرجات الفردية للاختبار ويتكون الجزء الثانى من الدرجات الزوجية للاختبار وحساب معامل الارتباط التتابعى (الدرجات الفردية بالدرجات الزوجية) (فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩: ٥٢١-٥٢٣)

جدول (٣٩)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاختبار الافكار اللاعقلانية للاطفال وفقا

لمعادلة سبيرمان وبراون ن = ٥٠

م	الافكار اللاعقلانية	معامل الثبات	مستوى الدلالة
١	المبالغة فى طلب الاستحسان	.٦٤٦	دالة عند ٠,٠١
٢	الكمال الشخصى	.٦٩٨	دالة عند ٠,٠١
٣	اللوم الخاص للذات والآخرين	.٥٨٧	دالة عند ٠,٠١
٤	توقع الكوارث	.٧٩٥	دالة عند ٠,٠١
٥	عدم الضبط الانفعالى	.٧٧٨	دالة عند ٠,٠١
٦	القلق الزائد	.٦٥٨	دالة عند ٠,٠١
٧	تجنب المشكلات	.٦٧٣	دالة عند ٠,٠١
٨	الاعتمادية	.٧٨٨	دالة عند ٠,٠١
٩	الاحساس بالعجز بسبب الماضى	.٧٤٩	دالة عند ٠,٠١
١٠	الانزعاج لمشاكل الآخرين	.٧٨٥	دالة عند ٠,٠١
١١	الخطول المثالية	.٧٩٢	دالة عند ٠,٠١
١٢	مصدر واحد للسعادة	.٦٠٩	دالة عند ٠,٠١
١٣	القسوة فى التعامل مع الآخرين	.٥٩٢	دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول (٣٩) ان جميع معاملات الثبات لاختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال بأفكاره اللاعقلانية الثالثة عشر بطريقة التجزئة النصفية وفقا لمعادلة سبيرمان وبراون تتراوح ما بين ٥٨٧ ، ٧٩٥ . وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) وهذا يدل على ان معاملات الثبات الاختيار المستخدم فى الدراسة جميعها معاملات ذات دلالة إحصائية عالية .

(٣) اختبار اليأس للأطفال : إعداد الباحث

اعد الباحث هذا الاختبار بهدف الحصول على بيانات توضح درجة اليأس التى تتعلق بالطفل المكتتب وهى تشمل مجموعة من العبارات تغطى جوانب اليأس لدى الطفل المكتتب وتستخدم لدى عينة الدراسة وجد الباحث قلة فى الاختبارات التى توضح اليأس لدى الأطفال باللغة العربية وقد تم الاستعانة عند إعداد الاختبار التى تناولت جانب اليأس بما يلى :

(١) مقياس الشعور اليأس اعداد مایسة احمد النیال ١٩٩٨

وهو يتكون من ٢٠ بندا ويعنى هذا المقياس بتقدير مستوى الشعور باليأس ، والقنوط ، فقدان الرجاء ، الإحباط الشديد و عدم توقع الخير ، توقع الشر ، التشاؤم ، والأسوأ دائما ، ندرة التفاؤل ، سوء الحظ ، السخط ... الخ

(٢) مقياس بيك لليأس إعداد بيك ترجمة عبد الرقيب احمد البحيرى ١٩٨٩

صمم هذا المقياس فى الاصل لقياس الاتجاهات السالبة نحو المستقبل

(٣) قائمة بك للاكتئاب اعداد بك ترجمة غريب عبد الفتاح

وهى قائمة لتقدير الاكتئاب وتشمل ٢١ بندا

(٤) مقياس اليأس للاطفال اعداد كازدين kazdin etal 1988

وهو يتكون من بعدا الاتجاه السالب نحو المستقبل ويتكون من ٩

عبارات والثانى بعد الاتجاه السالب نحو الحاضر ويتكون من ٨ عبارات

وتناول الباحث مقياس اليأس للاطفال kazdin عند وضع الاختبار

بإضافة بعد اخر وهو بعد اليأس ويتكون من ٨ عبارات ويتم الإجابة عليهم بنعم

او لا

تم الاطلاع على الدراسات التي تناولت اليأس مثل دراسة Beck etal 1993 Minkoff etal ، دراسة عبد الرقيب احمد البحيرى ١٩٨٩ ونظرا لندرة البحوث فى حدود علم البحث التى تتعلق باعداد اختبار اليأس للاطفال لذا رأى الباحث اعداد اختبار فى هذا المجال ومن خلال الاطلاع على كل ما سبق تم تحديد ابعاد الاختبار وذلك تناول الباحثة اختبار kazdin etal 1988 بالدراسة من خلال اضافة بعد ثالث للاختبار وهو بعد اليأس

(١) صياغة عبارات الاختبار

تكون الاختبار فى صورته المبدئية من ٢٥ عبارة تم توزيعها على ثلاث

أبعاد الاختبار للاختبار

— يتكون البعد الأول (اليأس) من ٩ عبارات

— يتكون البعد الثانى الاتجاه السالب نحو المستقبل من ٩ عبارات

— يتكون البعد الثالث الاتجاه السالب نحو الحاضر من ٧ عبارات

وروى عند إعداد وصياغة العبارات ما يلى :

(١) أن تكون الألفاظ والعبارات بسيطة وسهلة وليست غريبة او غامضة بالنسبة لإفراد العينة .

(٢) صياغة العبارات بصورة لا توحى بإجابات معينة ولا تتضمن إلا فكرة واحدة حتى لا يحدث سوء فهم لدى الأطفال عند الإجابة

(٣) تجنب العبارات التى لا لزوم لها أو غير ضرورية

(٢) عرض على المحكمين

قام الباحث بعرض الاختبار بصورته الأولية على ١٠ من المحكمين المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية والضبط النفسى (سيرد ذكر أسمائهم فى ملحق رقم ٦) بهدف الحكم على صدق عبارات الاختبار واتساقها فى كل جانب من جوانب اختبار اليأس والتعرف على مدى مناسبة العبارة من حيث مناسبة أو غير مناسبة والتعديل الذى يراه مناسباً ، وكذلك ارتباط العبارة بالبعد من حيث إنها مرتبطة أو غير مرتبطة .

قام المحكمين بتعديل بعض العبارات غير المفهومة مثل :

(طفولتى مليئة بالتعاسة) إلى (أنا طفل تعيس)

(اوقات السارة فى حياتى تكون أقل من الاوقات السينة) إلى (اوقات الفرخ فى حياتى تكون أقل من الاوقات الحزن) .

طريقة اجراء القياس

قام الباحث بترتيب أسئلة الاختبار دائريا لكى لا يتمكن الطفل معرفة الهدف المرغوب قياسه ويتكون الاختبار فى صورته النهائية من ٢٥ عبارة وتتم الإجابة على الاختبار من خلال نعم او لا

إعداد تعليمات الاجابة على الاختبار

ان اعداد التعليمات الاختبار هو دليل للطفل فى الاجابة على العبارات الاختبار وطريقة الاجابة على عباراته وأمثلة توضيحية لكيفية الإجابة إضافة الى ملاحظات عامة تطلب من الطفل الإجابة بصراحة ودقة على كل الأسئلة وعدم ترك عبارة دون الاجابة عليها كما تضمنت الملاحظات سرية الإجابات وأهمية التعاون مع الباحث اذا ان نتائج الاجابة تستخدم فى أغراض البحث العلمى

التجربة الاستطلاعية

قام الباحث باجراء تجربة للعينة الاستطلاعية محددة على الاختبار حيث تم اختبار ٥ من الاطفال المكتئبين من المترددى على مركز الطب النفسى تتوفر فيهم خصائص العينة التى سوف تستخدم فى الدراسة الاصلية وقد اوضحت التجربة بصفة عامة ان عبارات الاختبار ارقام (٢ ، ١١ ، ١٧ ، ٢٥) تحتاج الى اعادة صياغة وبناء على ذلك قام الباحث بتعديل صياغة العبارات غير المفهومة

طريقة التطبيق

تم تطبيق الاختبار بطريقة فردية على عينة الدراسة الكلية واستغرق زمن تطبيق الاختبار حوالى ١٠ دقائق

طريقة التصحيح

تم صياغة عبارات الاختبار التي تبلغ عددها (٢٥) عبارة موزعة على ٣ ابعاد
البعد الاول . الياس ويتكون من (٩) عبارات
البعد الثاني . الاتجاه السالب نحو المستقبل ويتكون من ٩ عبارات
البعد الثالث . الاتجاه السالب نحو الحاضر ويتكون من ٧ عبارات
الاستجابة على العبارات تكون (نعم) او (لا)
فالعبارات السلبية للياس توضع (نعم) بدرجة واحدة (لا) بدرجتين
العبارات الايجابية للياس توضع (نعم) بدرجتين (لا) بدرجة واحدة
ولقد صمم الاختبار ووضعت العبارات بحيث تشير الدرجة المرتفعة الى ارتفاع
درجة اليأس لدى الاطفال

الشروط السيكومترية له :

اولا : صدق الاختبار

- ١- الصدق المنطقي
- ٢- صدق البناء او التكوين ويتكون
١- معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي اليه
ب- معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للاختبار
٣- التجانس (الاسان الداخلي)
وهو معاملات الارتباط بين الابعاد الاختبار والدرجة الكلية للاختبار

١- الصدق المنطقي

الاختبار يتكون من (٢٥) عبارة كما هي موزعة على الأبعاد الثلاثة
قدم الاختيار الى ١٠ محكمين من اساتذة علم النفس ، الصحة النفسية ، الطب
النفسى (سيذكر اسمائهم فى الملاحق رقم ٦) بهدف الحكم على صدق مضمون
عبارات الاختبار حيث تم حساب النسبة المئوية للاتفاق مع المحكمين على كل
عبارة تم حساب النسبة المئوية للمواقف مع كل عبارة بدرجة لا تقل عن ٩٠%
من اتفاق المحكمين على صدق العبارات وأصبح الاختبار مكونا من ٣ ابعاد

٣- الصدق البنائي او التكوين

اتبع الباحث اسلوب صدق البناء او التكوين للتحقق من صدق الاختبار .
ثم التحقق من صدق الاختبار من خلال تطبيقه على عينة تتكون من ٥٠ طفلاً
عمرهم من ١١ الى ١٤ عام في المرحلة الإعدادية من مدرسة العباسية الإعدادية
وتم التحقق من صدق البناء او التكوين وذلك على النحو التالي :

١- تم التحقق من صدق الاختبار بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة
والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمى إليه ، معامل الارتباط لكل عبارة والدرجة الكلية
للاختبار

ثانياً : صدق الانساق الداخلي ، وتم التحقق من ذلك بحساب معاملات الارتباط
لدرجة كل بعد من الابعاد الثلاثة الدرجة الكلية للاختبار
اولاً : ويتضمن معاملات الارتباط بين العبارات المنظمة لكل بعد الدرجة الكلية
للبعد بطريقة بيرسون person (فؤاد البهي السيد ، ١٩٧٩)

جدول (٤٠)

معاملات الارتباط بين العبارات لبعدي الياس والدرجة الكلية لبعدي الياس ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعدي الياس	مستوى الدلالة
١	٢	.٤٩٤	دالة عند ٠.٠١
٢	٥	.٣٨٢	دالة عند ٠.٠١
٣	٨	.٦٢٩	دالة عند ٠.٠١
٤	١١	.٤٥٧	دالة عند ٠.٠١
٥	١٤	.٢٨١	دالة عند ٠.٠٥
٦	١٧	.٤٥٤	دالة عند ٠.٠١
٧	٢٠	.٣٦٥	دالة عند ٠.٠٥
٨	٢٣	.٢٧٩	دالة عند ٠.٠١
٩	٢٥	.٣٨٦	دالة عند ٠.٠١

مستوى الدلالة عند ٠.٠١ = .٣٥٤ . مستوى الدلالة عند ٠.٠٥ = .٢٧٣ .

ويتضح من الجدول (٤٠) ان جميع معاملات الارتباط بنود ابعاد الياس بالدرجة الكلية لبعء الياس تتراوح ما بين (٢٧٩ . الى ٦٢٩ .) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى (٠.٠١ - ٠.٠٥)

جدول (٤١)

معاملات الارتباط بين العبارات لبعء الاتجاه السالب نحو المستقبل والدرجة الكلية للبعء ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعء الياس	مستوى الدلالة
١	١	.٣٥٦	دالة عند ٠.٠١
٢	٤	.٢٩٣	دالة عند ٠.٠٥
٣	٧	.٤٢٦	دالة عند ٠.٠١
٤	١٠	.٤٥٧	دالة عند ٠.٠١
٥	١٣	.٤٣١	دالة عند ٠.٠١
٦	١٦	.٣٨٣	دالة عند ٠.٠١
٧	١٩	.٢٨٧	دالة عند ٠.٠٥
٨	٢٢	.٥٠٦	دالة عند ٠.٠١
٩	٢٤	.٥٧١	دالة عند ٠.٠١

مستوى الدلالة عند ٠.٠١ = ٣٥٤ . مستوى الدلالة عند ٠.٠٥ = ٢٧٣ . ويتضح من جدول (٤١) ان جميع معاملات الارتباط بنود ابعاد الاتجاه السالب نحو المستقبل والدرجة الكلية للبعء تتراوح ما بين (٢٨٧ - ٥٧١ .) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى (٠.٠١ - ٠.٠٥)

جدول (٤٢)

معاملات الارتباط بين العبارات لبعء الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية

للبعء ن = ٥٠

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعء	مستوى الدلالة
١	٣	.٤٨٨	دالة عند ٠,٠١
٢	٦	.٤٠٧	دالة عند ٠,٠١
٣	٩	.٤١٠	دالة عند ٠,٠١
٤	١٢	.٥٠٧	دالة عند ٠,٠١
٥	١٥	.٥٥٢	دالة عند ٠,٠١
٦	١٨	.٤١٧	دالة عند ٠,٠١
٧	٢١	.٤٥٧	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من جدول (٤٢) ان جميع معاملات الارتباط بنود ابعاد الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية للبعء تتراوح ما بين (.٤٠٧ - .٥٥٢) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى (.٠١)

(٢) قام الباحث بحساب صدق الاختبار من خلال استخدام معامل الارتباط بين كل عبارة من الاختبار بالدرجة الكلية للاختبار الياس للأطفال

جدول (٤٣)

معامل الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية للاختبار الياس للأطفال

م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	.٤٩٨	.٠٠١	١٤	.٦١٨	.٠٠١
٢	.٤٤٣	.٠٠١	١٥	.٥٤١	.٠٠١
٣	.٤٠٧	.٠٠١	١٦	.٤٧٨	.٠٠١
٤	.٣٣٧	.٠٠٥	١٧	.٦٧١	.٠٠١
٥	.٣٣١	.٠٠٥	١٨	.٥٩٢	.٠٠١
٦	.٥٢١	.٠٠١	١٩	.٤٥١	.٠٠١
٧	.٥٠٩	.٠٠١	٢٠	.٥٦٥	.٠٠١
٨	.٤٣٩	.٠٠١	٢١	.٤٠٣	.٠٠١
٩	.٣٧٦	.٠٠١	٢٢	.٥١٦	.٠٠١
١٠	.٣٤٣	.٠٠٥	٢٣	.٤٣٦	.٠٠١
١١	.٦١٥	.٠٠١	٢٤	.٤٨١	.٠٠١
١٢	.٢٩٦	.٠٠٥	٢٥	.٥١٣	.٠٠١
١٣	.٤٧٨	.٠٠١			

ويتضح من الجدول (٤٣) أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية للاختبار الياس للاطفال تتراوح ما بين ٠,٢٩٦ ، ٠,٦٧١ وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ ، ٠,٠٥ .

(٣) صدق الاتساق الداخلى

جدول (٤٤)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للابعد الفرعية الثلاث والدرجة الكلية للاختبار الياس للاطفال

م	ابعاد اختبار الياس للاطفال	معامل الارتباط لكل بعد بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	الياس	.٤١٥	٠,٠١
٢	الاتجاه السالبة للمستقبل	.٥٤٨	٠,٠١
٣	الاتجاه السالبة للحاضر	.٤٨٧	٠,٠١

ويتضح من الجدول (٤٤) ان معاملات الارتباط التى حصل عليها الاطفال افراد العينة المستخدمة وعددهم ٥٠ طفل على كل بعد فى الاختبار المستخدم والدرجة الكلية لاختبار الياس للاطفال لكل مرتفعة تتراوح ما بين (.٤١٥ - .٥٤٨) وجميعها ارتباط موجب ودالة احصائيا وهذا يؤكد الترابط والتماسك بين وحدات الاختبار مع بعضها البعض ويشير الى دقته ، وعن ثباته ايضا

ثانياً: ثبات الاختبار

تم حساب ثبات الاختبار المستخدم فى الدراسة بتلات طرق هما

١- اعادة الاختبار ٢- التجزئة النصفية

٣- معامل الفا

١- طريقة اعادة الاختبار

استخدم الباحث حساب ثبات الاختبار بطريقة اعادة الاختبار على عينة قوامها ٥٠ طفلاً ممن تتراوح اعمارهم ما بين (١١ - ١٤) عام من مدرسة العباسية الاعدادية وقد اجرى الاختبار مرتين بفارق زمني قدره أسبوعين وقد تم استخراج معاملات الارتباط بين درجاتهم بين التطبيقين الأول والثاني وفيما يلي معاملات الثبات التي حصل عليها الباحث على ابعاد اختبار الياس للاطفال بطريقة اعادة الاختبار

جدول (٤٥)

يوضح معاملات الثبات على ابعاد اختبار الياس للاطفال

م	ابعاد اختبار الياس للاطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
١	الياس	.٧٠٤	٠,٠١
٢	الاتجاه السالبة نحو المستقبل	.٦٧٢	٠,٠١
٣	الاتجاه السالبة نحو الحاضر	.٧٥٤	٠,٠١

ويتضح من جدول (٤٥) ان جميع معاملات الثبات بطريقة اعادة الاختبار تتراوح ما بين (.٦٧٢ - .٧٥٤) وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى (.٠١) مما يدل على قوة الاختبار وصلاحيته .

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية

قام الباحث بايجاد معامل الثبات لاختبار الياس بمعادلة سبيرمان وبراون وتعتمد الطريقة الى تجزئة الاختبار الى جزئين بحيث يتكون الجزء الاول من الدرجات الفردية للاختبار ويتكون الجزء الثاني من الدرجات الزوجية للاختبار وحساب معامل الارتباط التتابعى (الدرجات الفردية والدرجات الزوجية) (فؤاد

البهى السيد ١٩٧٩ : ٥٢١ - ٥٢٣)

جدول (٤٦)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاختبار الياس للاطفال وفقا لمعادلة

سيبرمان براون ن = ٥٠

م	ابعاد اختبار الياس للاطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
١	الياس	.٦٩١	٠,٠١
٢	الاتجاه السالبة الى المستقبل	.٦٥٢	٠,٠١
٣	الاتجاه السالبة الى الحاضر	.٧١٥	٠,٠١

يتضح من الجدول (٤٦) ان جميع معاملات الثبات لاختبار الياس للاطفال بطريقة التجزئة النصفية وفقا لمعادلة سيبرمان وبراون تتراوح (٦٥٢ - ٧١٥) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) وهذا يدل على ان معامل الثبات للاختبار عالية

٣- الثبات بطريقة معامل الفا

استخدام معامل الفا يلاشى عيوب بعض طرق الثبات الاخرى (رمزية الغريب ١٩٨٥ . ٦٥٣ - ٦٧٦) ولذلك استخدام معامل الفا لكرونياح لحساب ثبات الاختبار ، ومعامل الفا اداة احصائية حساسة لاختطاء العينة والقياس لذلك يعتبر معامل الفا من افضل طرق لحساب الثبات

جدول (٤٧)

يوضح ثبات الاختبار وثبات كل بعد من ابعاده باستخدام معامل ثبات الفا

م	ابعاد الاختبار الياس للاطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
١	الياس	.٦٥٤	٠,٠١
٢	الاتجاه السالبة نحو المستقبل	.٥٩٨	٠,٠١
٣	الاتجاه السالبة نحو الحاضر	.٦٢٧	٠,١

يتضح من الجدول (٤٧) ان جميع معاملات الثبات لاختبار الياس للاطفال باستخدام معامل الفا تتراوح ما بين (.٥٩٨ - .٦٥٤) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة ٠.١ وهذا يدل على ان معامل الثبات للاختبار ذو دلالة عالية

(٤) مقياس تقدير الذات

فاروق عبدالفتاح موسي ، محمد احمد الدسوقي ١٩٩١

اعد هذا المقياس في الاصل (س - كوبر سميث) s.cooper smith بعنوان

self - esteem inventory من صورتين (أ) (ب)

الصورة (أ) الطويلة والصورة (ب) قصيرة وقد ذكر كوبر سميث ان معامل

الارتباط بين الصورتين (٠,٨٨) ولذا يمكن الاقتصار علي استخدام الصورة

القصيرة في البحوث التي تجري علي تقدير الذات توفير الوقت والجهد .

المقياس الحالي مؤسس علي الصورة القصيرة وقد قام باقتباسية

وإعداده فاروق عبدالفتاح موسي ، محمد احمد الدسوقي يتكون الاختبار من ٢٥

عبارة تقابلها كلا منها زوجان من الأقواس أسفل كلمتي "تنطبق" و " لا تنطبق "

وعلي المفحوص ان يستجيب لكل عبارة بوضع علامة (X) بين القوسين

الموجودين أسفل الكلمة التي يري إنها تنطبق عليه ولا توجد إجابات صحيحة

وإجابات خاطئه ويمكن اعتبار ان الإجابة صحيحة إذا عبر بها الفرد عن شعوره الفعلي بصدق .

يستخدم هذا الاختبار في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية أي كما يري نفسه يتضمن الاختبار ٩ عبارات موجبة اذا أجاب عنها المفحوص بـ (تنطبق) يعطي درجة علي كل منهما ام اذا أجاب بـ (لا تنطبق) فلا يعطي درجات كما يتضمن الاختبار ١٦ عبارة سالبة اذا اجاب عنها المفحوص بـ (لا تنطبق) فانه يعطي درجة علي كل منها . واذا اجاب بـ (تنطبق) لا يعطي درجات . وتحسب درجة الفرد في هذا المقياس من مجموع درجات العبارات التي تدل علي اتجاه تقدير الذات المرتفع .

(فاروق موسي / محمد الدسوقي ، ١٩٩١ ، ٨)

ثبات الاختبار

طبق الاختبار علي عينة من البنين والبنات في الصفوف من الأول الإعدادي حتي الثالث الثانوي .

بلغ حجم العينة الكلية ٥٢٦ فردا منهم ٣٧٠ من البنين ، ١٥٦ من البنات ثم حسب معامل الثبات بتطبيق معادلة كيورد -ريتشارد بيرسون رقم ٢١ kr21

$$r_{11} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{m(m-1)}{n^2} \right)$$

r_{11} = معامل الثبات

n = عدد العبارات المقياس

m = المتوسط الحسابي للدرجات

e^2 = تباين الدرجات

وقد بلغ معامل الثبات في حالات البنين وحدهم، والبنات وحدهن والبنين

والبنات معا كما هو موضح بالجدول التالي

جدول رقم (٤٨)

معاملات الثبات فى حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بتطبيق معادلة كيورد

- ريتشارد سون ٢١

العينة	معامل الثبات
البنين	.٧٤٢
البنات	.٧٧٣
العينة المشتركة	.٧٩٧

كما حسب ثبات الاختيار بطريق التجزئة النصفية وذلك بحذف العبارة رقم (١٣) وحساب معامل الارتباط بين درجات افراد العينة فى الأسئلة النصف الاول من الاختبار الفقرات ارقام (١ - ١٢) ودرجات النصف الثانى من الاختبار الفقرات ارقام (١٤ - ٢٥) وكانت النتائج بالنسبة لنصف الاختبار وبالنسبة للاختبار كله كما فى الجدول التالى .

جدول (٤٩)

عاملات الثبات فى حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بطريق التجزئة النصفية

العينة	معامل الثبات نصف الاختبار	معامل ثبات الاختبار كله
البنين	.٨٤٧	.٩١٨
البنات	.٨٨٣	.٩٣٨
العينة المشتركة	.٨٩١	.٩٤٢

يلاحظ ان معاملات الثبات التى امكن الحصول عليها بطريقة التجزئية النصفية اعلى من المعاملات التى أمكن الحصول عليها بطريق المعادلة ٢١ وذلك

لان الطريقة الأخيرة أكثر تشددا وتشير الدراسات الأجنبية ان معاملات ثبات الاختبار تمتد من ٠,٧٠ الي ٠,٨٨ بالنسبة للمرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية وبالنسبة للبنين والبنات ايضا
(براوات prawat ١٩٧٩ ، فاروق موسى ، محمد الدسوقي ١٩٩١ ، ١١)

صدق الاختبار

١- صدق المحكمين

عرضت نسخ من الاختبار علي عشرة محكمين من العاملين في مجال علم النفس التربوي والقياس النفسي كل علي حدة - وطلب منهم تحديد :

أ- ما إذا كانت العبارة تنتمي إلي قياس تقدير الذات

ب- ما إذا كانت العبارة موجبة ام سالبة

وأظهرت النتائج ان جميع فقرات الاختبار تنتمي الي تقدير الذات علي اعتبار ان النسبة المئوية لاتفاق المحكمين علي انتماء أي فقرة الي تقدير الذات لم تقل عن ٨٠ % من نسبة اتفاق المحكمين علي احتواء المقياس علي تسع عبارات موجبة وست عشر عبارات سالبة .

العبارات الموجبة هي أرقام ٤ ، ٥ ، ٨ ، ٩ ، ١١ ، ١٤ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢٤ اما العبارات السالبة فهي باقي العبارات المقياس .

٣- الصدق التجريبي

قام الباحثان (فاروق موسى ، محمد الدسوقي) باختبار الصدق التجريبي للاختبار بحساب معامل الارتباط بين درجات عينة من الطلاب والطالبات (ن = ١٥٢ ، ٨٨ علي الترتيب) في هذا الاختبار درجاتهم في مقياس تقبل الذات الناتجة من تطبيق اختبار مفهوم الذات والدرجات الأخيرة هي الفرق بين تقدير الذات الواقعية وتقدير الذات المثالية وكانت معاملات الارتباط التي امكن الحصول عليها كما في الجدول رقم (٥٠) التالي :

جدول (٥٠)

معاملات الارتباط بين درجات البنين والبنات والعينة المشتركة في اختبار تقدير الذات واختبار مفهوم الذات

معامل الارتباط	العينة
٠,٨٤٦	البنين
٠,٩١٧	البنات
٠,٨٨٧	العينة المشتركة

(٥) مقياس المهارات الاجتماعية للصغار اعداد / محمد السيد

عبد الرحمن ١٩٩٨ (ssi) Social skills inventory

وضع هذا المقياس ماتسون وآخرون تحت عنوان تقييم ما تسوق

للمهارات الاجتماعية للصغار

Matson evaluation of social skills with young sters (messy)

وتكونت في صورته المبدئية من ٩٢ عبارة طبقت على ٧٤٤ طفلاً بمدارس دينية وعامة

ويمكن تقسيم هذه العينة الى مجموعتين :-

١- عينة التقدير الذاتي وهم الأطفال الذين يجيبون على المقياس بانفسهم وعددهم ٤٢٢ طفلاً (٢١٢ ذكور - ٢١٠ اناث) تتراوح اعمارهم بين ٤ - ١٨ سنة

بمتوسط ١١,١٩ سنة

ب- عينة تقدير المعلم هم الأطفال الذين حدد المعلمون مستواهم في المهارات الاجتماعية وعددهم ٣٢٢ طفل (١٧٦ ذكور - ١٤٦ اناث) وتتراوح اعمارهم

بين ٤ - ١٥ سنة بمتوسط ٧,١٩ سنة

وتتضمن عبارات المقياس مدى واسع من انماط السلوك اللفظي وغير

اللفظي التي تركز على الكفاية الشخصية للطفل ووضع الباحث في اعتباره

مختلف التعريفات التي تتناول المهارات الاجتماعية كما قام بمراجعة المقاييس

المختلفة في مجال سلوك الأطفال والاستفادة بها مثل : بروفيل سلوك الطفل
child behavior profile الذى وضعه اشـنـيبـاك (1978)
behavior problem checklist القائمة المشكلة السلوكية
إعداد كواى وبترسون (1975) quay & petrson ومقياس كونور لفرط
الانفعالية والنشاط connors hyperactivity اعداد كونور 1969
connor وتطبيق المقياس على عينة التقرير الذاتى قام باصطحابهم الى مجرات بعيدة عن
الضوضاء والقى التعليمات عليهم وتاكد من فهمهم لها جيدا ثم بالقاء الاسئلة
وكان يترك فترة كافية لاختبار إجابة من الإجابات الخمس المعده بطريقة ليكرت
أما العينة الثانية (عينة تقرير المعلم) فقد قام معلومهم تقريبا عنهم خلال فترة
الدراسة والإجابة على بنود المقياس

وبعد اسبوعين من تطبيق المقياس تم إعادة تطبيق مرة أخرى على
العينة الأولى كما قام المعلمين بإعادة تقديراتهم على نفس الأطفال مرة أخرى
وحيث معاملات الارتباط بطريقة بيرسون بين درجتى البند الواحد فى التطبيق
واستبعدت البنود قلت قيمة معاملاتها الارتباطية فى العينة من ٠,٥٠ والتي قلت
معاملات الارتباط فى العينة الثانية عن (٠,٥٥) فاختصرت البنود إلى ٦٢ بندا
فى المقياس التقرير الذاتى ٦٤ بندا فى مقياس تقرير العلم ، ثم قام بإجراء تحليل
عاملى لدرجات البنود وتدور المحاور بطريقة فاريمكس لكايزر فأعطت خمسة
عوامل على مقياس التقرير الذاتى وعاملين فقط لمقياس تقرير العلم ، وتعامل مع
هذه العوامل كإبعاد مستقلة للمقياس .

تعديل المقياس واستخدامه فى الدراسة الحالية .:

نظر لاختلاف عينه الدراسة الحالية عن العينة الاصلية التى قنن عليها
ماتسون هذا المقياس فى كثير من النواحي ، ونظرا لتباين الواضح فى عدد
البنود فى العوامل الخمس التى تم استنتاجها من التحليل العاملى فقد قام الباحث
يعمل تعديلين اساسيين هما .

البعد الاول :- جعل الإجابة على البنود ثلاثية (دائما - احيانا - نادرا) بدلا
من الإجابة الخماسية التى استخدمها ماتسون وذلك لصعوبة تطبيقها
على اطفال عينة الدراسة على ان تعطى الاجابة دائما (درجتان)

والإجابة أحيانا (درجة واحدة) والاجابة نادرا (صفر) إذا كانت العبارة موجبة الاتجاه أى تعبر عن مستوى وتقع من المهارة الاجتماعية كالعبارة (انظر إلى الناس وإنا أتحدث اليهم) اما اذا كانت العبارة سالية الاتجاه او تعبر عن نقص فى المهارة الاجتماعية تعطى الإجابة درجاتها على النحو التالى (دائما) صفر ، احيانا (درجة واحدة) نادرا (درجتان) كالعبارة (اعاير الاطفال الاخرين بعيوبهم وأخطائهم) مثلا وبذلك تدل الدرجة المرتفعة فى أى بعد أو المقياس ككل على ارتفاع المهارة الاجتماعية والعكس بالنسبة للدرجة المنخفضة .

التعديل الثانى : وهو تصنيف هذه البنود تحت عدد من المقاييس مستفيدا من ذلك من التحليل العاملى فى دراسة ماتسون ، ومن الملاحظات الشخصية على نتائج هذا التحليل ، حيث يمكن ان تندرج بنود المقياس تحت اربعة انواع من المهارات الاجتماعية هى المباداة بالتفاعل ، التعبير عن المشاعر السلبية ، الضبط الاجتماعى والانفعالى ، التعبير عن المشاعر الاجابية .

وقدم الباحث تعريفا اجرائيا ككل مهارة والبنود التى تقيسها وطلب من خمس أساتذة فى علم النفس التحقق من انتماء البند للمهارة الى يقيسها،اعتبرت البنود منتمية لبعدها ما إذا ازدادت درجة الاتفاق بين المحكمين عن ٨٠ ٪ وكان عدد البنود موزعا على النحو التالى : المباداة والتفاعل (١٤ بندا) التعبير عن المشاعر السلبية (٢٣ بندا) الضبط الاجتماعى والانفعالى (١٣ بندا) التعبير عن المشاعر الايجابية (١٢ بندا)

تم تطبيق المقياس على عينه تتكون من ١٢٧ طفلا من الذكور متوسط أعمارهم ١١,٣٧ سنة وانحراف معيارى ١,١١ .

١١٥ طفلة متوسط أعمارهن ١١,٠٨ وانحراف ١,١٩ سنة

الصورة النهائية للمقياس

يتكون المقياس فى صورته النهائية من ٥٧ بندا بعد ان استبعدت البنود الخمسة التى لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجاتها ودرجة

البعد التي تنمتى إليه طبقا لنتائج الاتساق الداخلى (جدول ٥٢) وتوزع بنود المقياس على الابعاد الاربعة الاتية :

(١) المباداة بالتفاعل :-

وتعرف بانها قدرة الطفل على بدء التعامل من جانبه مع الاطفال الاخرين لفظيا او سلوكيا كالتعرف عليهم او مد يد العون لهم او زيارتهم او تخفيف آلامهم او اضاكهم مثال ذلك (اساعد الاصدقاء الذين يتعرضون لضرر او اذى) ويتكون البعد من ١٣ بندا ارقامها ١١-١٢-١٧-٢٠-٢١-٢٥-٢٨-٣١-٣٣-٣٩-٤٣-٥١-٥٢

(٢) التعبير عن المشاعر السلبية

وتعرف بانها قدرة الطفل على التعبير عن المشاعر لفظيا او سلوكيا كاستجابة مباشرة او غير مباشرة لانشطة الاطفال الاخرين التي لا تروق له مثال ذلك (اعتدى على الاخرين واسبهم عندما اغضب منهم) ويتكون هذا البعد من ٢١ بعدا ارقامها ١-٦-١٠-١٣-١٤-١٦-١٨-١٩-٢٢-٢٣-٢٦-٢٧-٣٤-٣٥-٣٧-٤٤-٤٥-٤٩-٥٠-٥٦-٥٧

(٣) الضبط الاجتماعى الانفعالى

وتعرف بانها قدرة الطفل على التروى وضبط انفعالاته فى المواقف التفاعل مع الأطفال الآخرين وذلك فى سبيل الحفاظ على روابطة الاجتماعية معهم مثال ذلك

(اغضب بسهولة) عبارة سلبية ويتكون هذا البعد من البند ارقامها : ٢ - ٣ - ٤ - ٥ - ٧ - ٣٠ - ٣٢ - ٤١ - ٤٧ - ٥٣ - ٥٤

(٤) التعبير عن المشاعر الايجابية

ويعرف بانها قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من خلال التعبير عن الرضا عن الاخرين ومجايلتهم ومشاركتهم الحديث واللعب وكل ما يحقق الفائدة للطفل ولمن يتعامل معه مثال ذلك (انظر الى الناس وان أتحدث اليهم - اشعر بالسعادة عندما يفعل اى شخص عمل جيد) ويتكون هذا البعد من ١٢ بندا ارقامها ٨-٩-١٥-٢٤-٢٩-٣٦-٣٨-٤٠-٤٢-٤٦-

صدق المقياس

١- الصدق الظاهري :-

يتمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري حيث اظهر المحكمون على المقياس موافقه على ارتباط البنود بابعادها كما يتميز المقياس بوضوح تعليماته وسهولة صياغتها وسهولة صياغة البنود وقصرها وتمنعها بدرجة جيدة من الوضوح

٢- صدق المقارنة الطرفية :

يتمتع المقياس بدرجة جيدة من القدرة التمييزية بين مرتفعي ومنخفضي المهارة الاجتماعية حيث تم حساب قيمة ت دلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات ال ٢٧ % من الوسيط فكانت الفروق كلها دالة احصائيا عند .٠١ سواء لابعاد المقياس او الدرجة الكلية كما يوضحها الجدول الاتي :

جدول (٥١)

صدق المقارنة لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار ن = ٢٢

قيمة (ت) ودالاتها	الارباعى الاعلى		الارباعى الادنى		المهارات الاجتماعية للصغار
	ع	م	ع	م	
*٦,٦٩	٣,١٩	١٧,٢١	٣,١١	١٠,٣٦	المباداة بالتفاعل
*٦,٨٣	٤,٦١	٢٩,٤٨	٤,٩٧	١٩,٢٣	التعبير عن المشاعر السلبية
*٦,٢٤	٣,٥١	١٦,٣٣	٣,٧٠	٩,٢٨	الضبط الاجتماعى والانفعالى
*٣,٣٤	٣,٨٧	١٦,١٣	٤,١٠	١١,٩٦	التعبير عن المشاعر الايجابية
*٧,١٨	١١,٢٧	٧١,١٩	١٠,٣٧	٤٨,٩٣	الدرجة الكلية للمقياس

ن = ٢١ على التوالى

ن = ٢٢

* دالة عند .٠١

هذا بالإضافة لما يتمتع به المقياس من صدق موضوعى وصدق ذاتى
وما اكدت الدراسات الاجنبية عليه

ثبات القياس

استخدمت طريقتنا الاتساق الداخلى واعادة الاختبار للتحقق من مدى ثبات

المقياس

١- الاتساق الداخلى للمقياس :

عندما تم حساب معامل الارتباط بين درجات بنود المهارات الاجتماعية
والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى اليه هذه البنود لعينة التقنين اسفر ذلك عن
حذف بنود لم تكن ارتباطتها دالة احصائيا وبذلك اصبح العدد النهائى للبنود ٥٧
بندا موزعة على اربعة ابعاد وكما يوضح ذلك (جدول ٥٣) التالى ارقام البنود
المحذوفة وهى ١-١٨-١٩-٣٥-٦

جدول (٥٢)

الاتساق الداخلي لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	.٠٨	غير دالة	٢٣	.٢٧	.٠١
٢	.٣٤	.٠١	٢٤	.٥٨	.٠١
٣	.٢٩	.٠١	٢٥	.٣٣	.٠١
٤	.٥١	.٠١	٢٦	.٣٠	.٠١
٥	.٣٢	.٠١	٢٧	.٣٨	.٠٥
٦	.٣٦	.٠١	٢٨	.٤٣	.٠١
٧	.٣٩	.٠١	٢٩	.٣٩	.٠١
٨	.٤٤	.٠١	٣٠	.٥٤	.٠١
٩	.٤٠	.٠١	٣١	.٥٦	.٠١
١٠	.٣٦	.٠١	٣٢	.٢٨	.٠٥
١١	.٤١	.٠١	٣٣	.٥٠	.٠١
١٢	.٤٨	.٠١	٣٤	.٥١	.٠١
١٣	.٥٠	.٠١	٣٥	.٠٤	غير دالة
١٤	.٥٨	.٠١	٣٦	.٥٠	.٠١
١٥	.٤٥	.٠١	٣٧	.٤٩	.٠١
١٦	.٥٠	.٠١	٣٨	.٥٥	.٠١
١٧	.٣٦	.٠١	٣٩	.٤٥	.٠١
١٨	.١٤	غير دالة	٤٠	.٥٧	.٠١
١٩	.١٩	غير دالة	٤١	.٤١	.٠١
٢٠	.٣٨	.٠١	٤٢	.٦٣	.٠١
٢١	.٤٧	.٠١	٤٣	.٦٥	.٠١
٢٢	.٣٩	.٠١	٤٤	.٥١	.٠١

تابع جدول (٥٢)

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
٤٥	.٣٩	.٠١	٥٤	.٤٠	.٠١
٤٦	.٢٥	.٠٥	٥٥	.٥٧	.٠١
٤٧	.٤١	.٠١	٥٦	.٤٦	.٠١
٤٨	.٤١	.٠١	٥٧	.٥١	.٠١
٤٩	.٣٤	.٠١	٥٨	.٣٢	.٠١
٥٠	.٥٠	.٠١	٥٩	.٤٢	.٠١
٥١	.٥٢	.٠١	٦٠	.٣٣	.٠١
٥٢	.٤٨	.٠١	٦١	.٤٥	.٠١
٥٣	.٦٤	.٠١	٦٢	.٢٠	غير دالة

وبعد حذف البنود الموضحة تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس فكانت كلها دالة احصائيا عند .٠١ وكذلك قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس وابعاده باستخدام طريقة لكرونباخ فكانت كل معاملات القياس مناسبة وتحقق ثبات المقياس كما يوضحها الجدول الآتي

جدول (٥٣)

الاتساق الداخلى ومعامل الثبات بطريقة لكرونباچ لمقياس المهارات الاجتماعية
للصغار

المهارات الاجتماعية للصغار	معامل لكرونباچ	قيمة (ر) بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس	مستوى الدلالة
المبادرة بالتفاعل	.٧١	.٥٣	.٠١
التعبير عن المشاعر السلبية	.٧٦	.٦٠	.٠١
الضبط الاجتماعى الانفعالى	.٧٠	.٥٨	.٠١
التعبير عن المشاعر الايجابية	.٧٠	.٥٤	.٠١
الدرجة الكلية للمقياس	.٧٦	-	-

١- طريقة اعادة التطبيق

تم إعادة تطبيق المقياس (بعد حذف البنود غير المرتبطة بإبعادها) على عينة التقنين بعد مرور ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول وبحساب معامل الارتباط بني درجات الأطفال فى التطبيق الأول والثانى كانت كلها دالة إحصائيا عند .٠١ ومرتفعة إلى حد يؤكد تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات وكانت قيمتها .٧٣ ، .٧٦ ، .٧٤ ، .٨٥ ، .٨١ . للأبعاد والدرجة الكلية على التوالى

(٦) جداول الأنشطة والاحداث السارة . (القائمة المصرية للأنشطة السارة)

إعداد احمد محمد عبد الخالق - محمد نجيب احمد الصبوة ١٩٩٦ .
قام الباحثين بتكوين قائمة مصرية للإحداث السارة واعتمد الباحثين
علي التعارف علي الأنشطة الشائعة بين عينة من طلاب الجامعة من الجنسين
وترتيبها حسب اولوية كل بند منها وذكر الباحثين ان قائمة الإحداث السارة التي
أعددها الباحثان " ماكفيلامي ، ولونيسون " أعوام ١٩٧٢ ، ١٩٧١ ، ١٩٧٦ من
أفضل الأدوات السلوكية التي جري تصميمها لتمثيل هذا النمط من الأدوات ،
وتتطلق هذه الأداة من افكار نموذج " لونيسون " النظري للاكتئاب ، وهو النموذج
الذي يتعامل مع مرضي الاكتئاب باعتباره نقصا او فقداناً للتدعيم الموجب
المشروط للاستجابة وكان الهدف من تقيم قوائم الاحداث السارة هو تقدم التدعيم
الخارجي الموجب الذي يتلقاه الفرد .

وبدأ إجراء تكوين القائمة من خلال

١- السؤال مفتوح النهاية

جري توجيه سؤال مفتوح النهاية لطلاب الجامعة المصرية من الجنسين
(للعينة الكلية = ٢٦٧ ، الطلبة = ١٣٧ ، الطالبات = ١٣٠ ، وذلك في جلسات
جماعية ضم كل منها اعدادا مناسبة وكان السؤال ينص علي الاتي :-
" اذكر اكبر عدد ممكن من الأنشطة السارة او الإحداث البهيجة او الأعمال أو
الهوايات التي تشعر بسعادة شديدة عندما تمارسها او تقوم بها " ونتيجة لهذا
السؤال أمكن الحصول علي ٢٦٧ قائمة فرديه .

٢ - وعاء البنود

جري تفرغ قوائم الإجابات التي حصل عليها من الطلاب ردا علي
السؤال المفتوح الذي ورد في الفقرة السابقة ، وحذفت الإجابات المكررة في كل
قائمة علي حدة ، وكذلك الإجابات شديدة الخصوصية ، وبعض الاجابات التي

تشمل طرفا للمعايير الاجتماعية والأخلاقية والشرعية فوصل عدد البنود الي ٢٧٧ بندا .

٣- صياغة البنود وتنسيقها

وفقا لمنهج تحليل المضمون في تحديد فئات الإجابات اجري تلخيص التداخل الموجود بين بعض البنود ثم أعيدت صياغة بنود أخرى من البنود التي قام الطلاب بوضعها وإقرارها في قوائم إجاباتهم لتكون واضحة في معناها مستقيمة في معناها فوصل عدد البنود وفقا لتطبيق الخطوات السابقة الي ٢٢٦ بندا تمثل الصيغه المطولة للقائمة لدي الجنسين معا .

٤- الصيغه المطولة للقائمة

وضعت قائمة واحد للجنسين معا وروعي في هذه القائمة ان يشمل كل بند منها نشاطا واحدا من الأنشطة السارة وفقا لادراكات الطلاب لها ومن ثم يمكن النظر الي التكرارات التي حصل عليها كل بند علي انها تمثل معدلات انتشاره بين العينة الطلاب المصريين من الجنسين وستقاس معدلات الانتشار بمؤشر النسب المئوية للتكرارات .

٥- الصيغه المختصرة للقائمة

بالنظر في الصيغه المطولة للقائمة تبين ان بعض البنود في كل منها قد حصل علي تكرارات شديدة الانخفاض وصنعت في بعض الأحيان الي نسبة ١% فكان من المناسب استبعاد مثل هذه البنود ونظائرها ولا شك ان استبعاد بعض البنود يقلل من طول القائمة وهذا امر مرغوب عمليا خاصة للقوائم الطويلة ونتج عن هذا الإجراء تكوين صيغه مختصرة للقائمة المطولة .

ولان هناك طرقا عديدة لاستبعاد بعض البنود واستبقاء بعضها الاخر وكلها طرق تحكيمية فقد تقرر اختبار البنود المائة الاولى ذوات اعلي تكرار لدي العينة الكلية (الذكور والإناث معا) وكان لتطبيق هذا المعيار التحكيمي بعض المزايا أهمها أمكان المقارنة بين الجنسين وحتى لا يرهق القارئ في متابعه هذه المقارنة وجري حساب الثبات لهذه القائمة المختصرة .

وكذلك كان التعامل مع التكرارات الاولى (الخام) يجري باسلوبين هما حساب بالنسبة المئوية لكل بند علي حدة والمقارنة بين الذكور والاثاث وفقا لهذه

النسبة المئوية ثم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموع البنود التي قام باختبارها افراد العينة من الجنسين كل علي حدة فضلا عن استخراج قيمة(ت).

٦- معاملات الثبات

حسبت معاملات ثبات قائمة الإحداث السارة لكل من الطلبة (ن = ٢٥) والطالبات (ن = ٢٥) العينة الكلية (ن = ٥٠) وجرى ذلك باستخدام طريقة القسمة النصفية . ثم صحح الطول بمعادلة (سبيرمان - براون) وكان معامل الثبات لدي الطلبة = ٠,٩٤ والطالبات = ٠,٨٨ والمجموعه الكلية = ٠,٩٢ ، وكلها معاملات مرتفعة .

٧- حساب الصدق

لم يتيسر للباحثين حساب صدق تلازمي أو تنبئ للقائمة المصرية للإحداث السارة مع ذلك فان مثل هذا القوائم (كفائمة موني للمشكلات مثلا) يقرر صدقها عادة علي أساس المضمون أو المحتوي ويشير فحص مضمون هذه القائمة إلي إنها تشتمل علي بنود تعد ممارستها محلية للسور والسعادة وذلك كما قررت نسبة غير قليلة من عينة كبيرة الحجم من طلاب من الجنسين .

تطبيق الأداة

طبقت قائمة الإحداث السارة في صيغتها النهائية في هذه الدراسة في جلسات جماعية تراوح عدد الافراد في كل منها بين ٣٠ و ٤٠ طالبا وطالبة وذلك في اماكن دراستهم وكانت الجلسة تستغرق ما بين ١٥ - ٣٠ دقيقة .

التحليل الاحصائي للبيانات

حسب النسبة المئوية للتكرارات البنود في قائمة الأنشطة السارة لدي العينات الثلاث (الكلية - الذكور - الإناث) كما تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لقائمة الأنشطة السارة لدي العينة الكلية ثم لدي عينة الذكور فعينة الاناث .

جدول (٥٤)

المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) للدرجة الكلية على قائمة الأنشطة السارة
(الصيغه المطولة) لدي عينه البحث وقيمة (ت)

العينات	ن	قائمة الأنشطة السارة لدي		قيمة ت	دالاتها
		ع	م		
الكلية	٢٦٧	٣٢,٤٠	٦٣,٥١	٢,٦٨	**٠,٠١
الذكور	١٣٧	٣١,٩٩	٦٧,٩٥		
الاناث	١٣٠	٣١,٩٦	٥٧,٤١		

* ت تكون دالة عند ٠,٠٥ اذا كانت قيمتها ١,٩٦

** تتكون دالة عند ٠,٠١ اذا كانت قيمتها ٢,٥٨

النتيجة البارزة في جدول (٥٤) ان الفروق جوهر في احصائيا بين متوسطي الذكور والاناث عند مستوي ٠,٠١ حيث حصل الذكور علي متوسط درجات اعلي من الاناث ومن الممكن تفسير هذه النتيجة علي ضوء السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه افراد العينة كما يرتبط بادوار الجنس المنوطة بكل منهما فمن الواضح ان لدي الذكور حرية اكبر بالمقارنة الي الاناث في ممارسة أي نشاط من أي نوع تقريبا يرون انهم ليستمدون من السرور والسعادة علي حين ان حرية الاناث في هذا السياق تعد اقل من نظيرتها لدي لذكور .

(٧) مقياس ستانفورد - بينيه القدرات المعرفية (الصورة

الرابعة) اعداد لويس مليكه ١٩٩٨

هي الصورة المقتنة من المقياس على البيئة العربية والتي قام باقتباسها واعدادها لويس كامل مليكه بداية من سنة ١٩٩٤ واستمر في

تقنيها وتفتيحها ،وهى الصورة الأكثر شيوعا وهى المستخدمة حاليا فى اغلب المؤسسات البحثية فى مصر .

قبل هذه الصورة العربية للمقياس حاول الباحث امين محمد صبرى (١٩٩٥) تقنين المقياس على البيئة المصرية وذلك بمحاولة منه لاختيار صلاحية اختيار المفردات للتقييم المعرفى ومحاولة استخراج المعايير الخاصة بالمقياس واختيار ثبات وصدق المقياس واجرى دراسته على مائتى طفل من اطفال ما قبل المدرسة (من سنتين إلى خمسة سنوات) وقد تمكن الباحث من تأكيد صدق وثبات المقياس واستخراج المعايير ولكن ليس للمقياس الكلى ولكن لبطارية مختصرة من المقياس اشتملت على ثمانية اختبارات فقط وتحسب هذه المحاولة الاولى لتقنين المقياس على البيئة المصرية .

(امين محمد صبرى ، ١٩٩٥)

وقد استخدمت الدراسة الحالية الصورة العربية التى قام بتقنيها واقتباسها نوبس كامل ملكيه وفيما يلى وصفا كاملا لهذه الصورة العربية من مقياس ستانفورد - بينيه للقدرات المعرفية (الصورة الرابعة) فى مجاله الأربعة وما يحتويه كل مجال معرفى من اختبارات فرعية معرفية مختلفة وهى كالتالى

أ. وصف المقياس :

تمثل الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد - بينيه تطويرا جوهريا فى قياس القدرات المعرفية حيث تتألف هذه الصورة من مجموعات متنوعة من انماط الفقرات وقد وضع كل نمط من الفقرات فى اختبار مستقل بذاته ، وكل مجموعة من الاختبارات تقيس مجالا من مجالات القدرة المعرفية الأربعة المتضمنة فى النموذج النظرى ،ومن خلال هذه المجالات يمكن الحصول على الدرجة المركبة التى تمثل العامل العام ، وعلى ذلك تتألف البطارية الكاملة للمقياس من خمسة عشر اختبارا فرعيا وكل اختبار يقيس او يشترك فى قياس أحد العوامل الرئيسية فى النموذج النظرى .

(Rosenthal 1998,p359)

ب - مكعبات يقوم الفاحص بعرض النمط المعين فى كل فقرة مستخدما مكعبا واحدا او أكثر ويطلب من المفحوص تقليد الفاحص فى تصميمات تتزايد فى الصعوبة (الفقرات ٧-٤٢) وقد يعكس الأداء التحليل البصرى ، والتوقف بين الجزء والكل والتصور المكانى والقدرة التخطيطية والتناسق البصرى - الحركى وقد يتأثر الداء بضغط الوقت واللياقة اليدوية .

٦- النسخ Copying ويشتمل على نوعين من الفقرات :

أ - تقليد المفحوص للنماذج التى يقوم الفاحص بعملها من مكعبات خضراء (برج ، كوبرى ، نماذج مسطحة) (الفقرات من ١ - ١٢) .

ب - يطلب من المفحوص ان يرسم فى المواقع المحددة فى كراسة الإجابات اشكالا تبدأ بخط راسى وتشمل شكلا كرويا وحروفا أبجدية وأشكالا هندسية مختلفة (الفقرات من ١٣ - ٢٨) وقد يعكس الأداء الإدراك البصرى ، والتخيل البصرى ، التصور المكانى ، التناسق البصرى - الحركى وقد يتأثر الأداء بالانتباه واللياقة اليدوية .

٧- المصفوفات Matrices

٢٦ مصفوفة تشبه مصفوفات رافين من أشكال هندسية وحيوانات وأشخاص وخطوط بكل منها جزء ناقص يطلب من المفحوص ان يختار الجزء المناسب لتكملة المصفوفة من بين عدة بدائل ، وقد يعكس الإدراك والتحليل والتخيل البصرى والتصور المكانى والاستدلال الاستقرائى ، قد يتأثر الأداء بالمرونة .

٨- ثنى وقطع الورق Paper Folding Cutting ١٨ فقرة شبيهة بفقرات نفس الاختبار فى المقياس القديم . ولكن مع التمثيل الفعلى فقط فى الفقرتين التدريبيتين أما باقى الفقرات فانها تتكون من رسوم توضح مكان الثنى والقطع ويطلب من المفحوص تحديد الشكل الصحيح للورقة بعد فردها من بين خمسة رسوم ، وقد يعكس الإداء البصرى ، التصور المكانى والاستدلال الاستقرائى ، وقد يتأثر الاداء بالمرونة .

- الاستدلال الكمى Quantitative Reasoning

وفيما يلي وصف مختصر لاختبارات المقياس والقدرات التي يقيسها كل اختبار .

١- الاستدلال اللفظي Verbal reasoning

١- المفردات "Vocabulary" يتكون من (٤٦) مفردة تبدأ بمفردات مصورة (الفقرات من ١-١٤) ثم مفردات لفظية تطبق شفها (الفقرات من ١٦ - ٤٦) وهو اختبار لاستدعاء المعرفة للكلمة التعبيرية وقد يعكس الأداء عليه ارتقاء اللغة التعبيرية وتكوين المفهوم والذاكرة بعيدة المدى ذات المعنى .

٢- الفهم Comprehension

وتبدأ بفقرات يطلب فيها من المفحوص الإشارة إلى أجزاء الجسم فى صورة الطفل ، ثم تتلوها أسئلة فهم عام من نوع أسئلة اختبارات انهم فى مقياس وكسلر للذكاء ، وقد يعكس الأداء ارتقاء المفردات والفوم اللفظي والتعبير اللفظي .

٣- السخافات Absurdities

٣٢ فقرة مصورة من نوع الفقرات المألوفة فى المقياس القديم ، ويعكس الأداء الإدراك البصرى والقدرة على التمييز بين التفاصيل الأساسية وغير الأساسية والتعبير اللفظي .

٤- العلاقات اللفظية Verbal Relations

١٨ فقرة يطلب فى كل منها من المفحوص ذكر اوجه الشبه بين ثلاث اشياء واختلافها عن شئ رابع ، وقد يعكس الأداء ارتقاء المفردات وتكوين المفهوم والتمييز بين التفاصيل الأساسية وغير الأساسية ، الاستدلال الاستقرائى ، التعبير اللفظي ، والذاكرة بعيدة المدى ذات المعنى .

— الاستدلال المجرد / البصرى

Abstract / Visual Reasoning

٥- تحليل النمط Pattern Analysis

ويشتمل على نوعين من الفقرات

أ — لوحه الأشكال المألوفة فى المقياس القديم مع القطع الكاملة والمقسمة إلى أجزاء (الفقرات من ١-٦) .

٩- الاختبار الكمي Quantitative ويشتمل على ثلاثة أنواع من الفقرات :
أ - فى الفقرات من ١ - ١٢ يعرض الفاحص مكعبا أو أكثر يشبه زهر الطاولة على المفحوص ويطلب منه وضع مكعب أو أكثر به نفس عدد النقاط الظاهر على سطح المكعب التى يعرضها الفاحص أو تكمل طبقا لقاعدة - تسلسل مكعبات الفاحص .

ب - فى الفقرات من ١٣ - ٣٠ يطلب من المفحوص عدة أشياء فى صورة أو تقدير مواقع أو اطوال أو كسور أو نسب مئوية

ج - فى الفقرات من ٣١ إلى ٤٠ يجيب المفحوص على مسائل حسابية متنوعة يقرأها الفاحص وقد يعكس الأداء معرفة حقائق العداد ومهارات الحساب ومعرفته المفاهيم الرياضية والخوارزميات والقدرة على تحليل مشكلات الكلمة .

١٠ - سلاسل الاعداد Number Series

(٢٦ فقرة) سلاسل اعداد او كسور او مقاطع من اعداد وحروف ابجدية يطلب من المفحوص اكتشاف القاعدة فى كل منها وتكملة السلسلة بعددين او كسرين او مقطعين طبقا لها وقد يعكس الأداء السهولة العديدة والمفاهيم الرياضية والحسابية والاستدلال الاستقرائى وقد يتاثر الاداء بالمرونة .

١١- بناء المعادلات Equation Building

(فقرة ١٨) يطلب من المفحوص ان يبني من كل فقرة من فقرات الاختبار معادلة مثلا $532 = + / = 3+2 = 0.5$ ويتضمن هذا الاختبار معرفة المفاهيم الرياضية ، السهولة العديدة ، والقدرة على فرض بنيه على مادة مقدمة جزافيا ، الاستدلال والمرونة .

Short - Memory الذاكرة قصيرة المدى

١٢ - تذكر نمط من الخرز Bead Memory واختصارا (تذكر الخرز) خرز من البلاستيك من اشكال واللوان مختلفة (اسطوانة ، هرم ، قرص ، كرة - ابيض وازرق واحمر) وقاعدة مثبت عليها عامود من البلاستيك تدخل فيه قطع الخرز التى تعرض على المفحوص بصورة فى

نمط الإشكال والألوان المختلفة ، وقد يعكس الأداء المهارة فى التحليل البصرى ، التحليل البصرى ، الذاكرة البصرية واستراتيجيات التجزئة او الجمع فى انساق ، وقد يتعرض الأداء لتأثير الانتباه والمرونة والمهارة اليدوية .

١٣- تذكر الجمل Memory For Sentences

(٤٢ فقرة) يعيد المفحوص الجمل التى يقولها الفاحص وهى جمل تتزايد فى الطول والصعوبة وقد يعكس الأداء الذاكرة السمعية القصيرة المدى وتذكر المواد ذات المعنى والفهم اللفظى وقد يتأثر الأداء أيضا بالانتباه .

١٤- تذكر الأرقام Memory For Digits

(١٤ فقرة) بالإضافة إلى إعادة الأرقام بالعكس (١٢ فقرة) وقد يعكس الأداء الذاكرة السمعية قصيرة المدى واختبار التسلسل والتجزئة واستراتيجيات الربط فى انساق وإعادة التنظيم وإعادة التناول على مستوى تمثيلى للمادة المستدعاة (تذكر الأرقام بعد عكسها) وقد يتأثر الأداء بالانتباه .

١٥- تذكر الأشياء Memory For Objects

(١٤ فقرة) تعرض فى كل فقرة على المفحوص صورة لمجموعة أشياء ويطلب منه الإشارة إلى شيئين (أو أكثر) فيها سبق عرضهما عليه فى بطاقات منفصلة وقد يعكس الأداء الذاكرة البصرية ، الإدراك البصرى ، التحليل البصرى ، استراتيجيات التسلسل ، والتجزئة او الربط فى انساق . قد يتأثر الأداء بالانتباه .

(ب) تطبيق المقياس :

يتطلب تطبيق مقياس ستانفورد - بينيه أن يكون الفاحص على ألفة بالمقياس وأن يتسم بالحساسية نحو حاجات المفحوص ويتعين أن تتوافر ثلاثة شروط لضمان الحصول على نتائج دقيقة من عملية الاختبار وهى :

١- اتباع الإجراءات المقننة وبغير ذلك يصعب التأكد مما تعنيه النتائج وان تكون هذه الإجراءات مألوفة تماما للفاحص حتى يستطيع أن يركز اهتمامه بالمفحوص وإشعاره بالاطمئنان .

٢- قيام علاقة طيبة بين الفاحص والمفحوص ، فقد تكون الإجراءات المتبعة دقيقة ولكنها تفشل في الحصول على أحسن مجهود ممكن من المفحوص .

٣- التصحيح الدقيق لاستجابات المفحوص على أساس من المعرفة التامة بقواعد التصحيح ، وهي المعرفة التي تمكن الفاحص أيضا من الاستفسار في مواقف الاستفسار .

وفيما يلي مراحل تطبيق وتصحيح المقياس :

أ) يبدأ الفاحص بتطبيق اختبار المفردات بوصفه اختبار لتحديد المسار من أجل تحديد المستوى المدخل لكل الاختبارات الباقية ، ويتم تحديد المستوى الذي نبدأ منه اختبار المفردات من خلال العمر الزمني حيث يبدأ الفاحص بتطبيق المفردات المقابلة لعمر المفحوص وبناء على نتائج تطبيق اختبار المفردات يتحدد المستوى المدخل لباقي اختبارات المقياس على أساس نقطة الالتقاء بين أعلى زوج من الفقرات طبق على المفحوص في اختبار المفردات والعمر الزمني للمفحوص .

ب) يقوم الفاحص بتحديد المستوى القاعدي ، ومستوى السقف لكل اختبار فرعي حيث يتحدد المستوى القاعدي بنجاح الفرد في أربع فقرات من مستويين متتاليين ، ويتحدد مستوى السقف بفشل المفحوص في ثلاث أو أربع فقرات من مستويين متتاليين وهي النقطة التي يتوقف عندها تطبيق الاختبار الفرعي .

ج - يتم جمع عدد المفردات التي فشل المفحوص في الإجابة عنها وتطرح من رقم أعلى فقرة طبقت على المفحوص وبذلك يتم الحصول على الدرجة الخام لكل اختبار فرعي .

د - يتم تحويل الدرجة الخام لكل اختبار فرعي إلى درجة عمرية معيارية مقابلة وذلك بمتوسط ٥٠ ، وانحراف معياري ٨ .

هـ - يتم جمع الدرجات العمرية المعيارية للاختبارات الفرعية المكونة لكل مجال من المجالات الأربعة ثم تحويل إلى درجة عمرية معيارية للمجال بمتوسط ١٠٠ ، وانحراف معيارى ١٦ .

و - للحصول على الدرجة المركبة الكلية يتم جمع الدرجات العمرية المعيارية للمجالات الأربعة ثم تحول إلى درجة مركبة بمتوسط ١٠٠ ، وانحراف معيارى ١٦ .

يتم الحصول على الدرجات العمرية المعيارية فى (د ، هـ ، و) من خلال الجداول المعدة لذلك بدليل المقياس حسب عمر المفحوص .

(ج) ثبات المقياس

تشير النتائج المبدئية لثبات المقياس على البيئة المصرية باستخدام معادلة كيودر ريتشاردسون إلى ارتفاع نسبي لمعامل الثبات فقد تراوحت معاملات الثبات من ٠,٨٢ لتذكر الأرقام ، ٠,٨٥ للعلاقات اللفظية إلى ٠,٩٧ لتذكر الموضوعات ، ٠,٩٥ لكل من تحليل النمط والفهم ، ٠,٩٤ للمفردات ، وذلك فى عينات تراوحت أحجامهم من ٣٨٠ ، ٦٦٠ تلميذ (فى اختبار المفردات) وكانوا جميعا تحت سن ٢٣ سنة ، أما معامل ثبات الإعادة فقد كان أقل نسبيا إذ تراوح على مجموعة من أطفال مرحلة ما قبل المدرسة (ن = ٣٠ طفلا) من ٠,٥٣ للنسخ ، ٠,٨٦ لتذكر الجمل إلى ٠,٦٤ للاستدلال المجرد البصرى ، ٠,٦٦ للاستدلال الكمى ، ٠,٨٧ للدرجة المركبة .

(لويس مليكه ١٩٩٨ ، ص ١٨٤)

(د) صدق المقياس

تتعدد وتتوعد الشواهد على صدق المقياس إذ يتوفر للمقياس الصدق الظاهرى بوصفة مقياسا للذكاء او القدرات المعرفية كما ان للمقياس أكثر من نوع واحد من صدق المركب فتتدرج متوسطات الفئات العمرية المختلفة فى نسق واضح تتزايد المتوسطات تدريجيا من مرحلة عمرية إلى أخرى .

(لويس مليكه ١٩٩٨ ، ص ١٨٤)

وقد قامت فاتن صلاح ١٩٩٩ بدارسة للتحقق من الصدق التلازمى للمقياس وقد أثبتت الدراسة صدق المقياس فى التمييز بين الأفراد ذوى صعوبات التعلم والمتأخرين دراسيا والمعاقين عقليا وبين عينة التقنين (الأسوياء) فقد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥ ، ٠,٠١ ، ٠,٠٠١) بين هذه المجموعات فى الدرجة المركبة والدرجات العمرية انمعيارية للمجالات الأربعة ، والاختبارات الفرعية .

كما قامت سامية بكرى ٢٠٠٠ بدارسة للتحقق من الصدق التمييزى للمقياس بين المتفوقين والمتوسطين والمتأخرين دراسيا وقد ثبت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الثلاث مجموعات فى الأداء على المقياس . وقامت عزة ضاحى ٢٠٠٠ بدارسة الصدق التنبؤى للمقياس وذلك درجات التحصيل للمواد الدراسية المختلفة وقد تبين ارتفاع معاملات الارتباط بينهم .

وقام أيهاب محمد خليل ٢٠٠١ بحساب صدق التكوين الفرضى للمقياس وتبين وجود علاقات موجبة دالة بين الدرجة المركبة ودرجات المجالات والاختبارات الفرعية للمقياس فى المجموعات العمرية المختلفة كما أتضح له وجود بنية عاملية خاصة بكل مجموعة من المجموعات العمرية تجمع بين الاختبارات الفرعية للمقياس .

(٨) استثمارة تحديد المستوى الإجتماعى . الثقافى إعداد (فائزة بوسف

عبد المجيد، ١٩٨٠)

وتتضمن الاستثمارة ما يلى :-

أ) البيانات الأولية وتشمل :-

(الأسم ، المدرسة ، الفصل ، الجنس (ذكر ، أنثى) ، تاريخ الميلاد ، السن)

ب) مستوى تعليم الأب :-

ويتدرج إلى ست مستويات وهى (أمى ، يقرأ ويكتب ، أقل من ثانوى ، ثانوية عامة او ما يعادلها ، جامعى ، ماجستير أو دكتوراه) وتتحصر الدرجات التى يحصل عليها المبحوث فى هذا البند من (١-٦) متدرجه من الأدنى إلى الأعلى .

(ج) مهنة الأب أو وظيفته بالتفصيل :-

ولقد تم تصنيف المهن تبعا للتصنيف الذى وضعه (عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠) وتنحصر الدرجات التى يحصل عليها المبحوث فى هذا البند من (١ - ٧) متدرجة من الأدنى إلى الأعلى وفيما يلى نبين " تصنيف المهن " (أ.د عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠) .

تم وضع نموذج تفصيلى (لتصنيف المهن) وذلك سعيا نحو مزيد من الدقة والموضوعية فى تصنيف مهن الوالدين ، ويتضمن هذا النموذج نماذج للأعمال التى تصنف فى كل مستوى ، فهى بعد مناقشته خمسة حكام لهذا التصنيف وأقرارهم له ، وقد أمكن الحصول على معاملى ثبات مرتفع ، مما يدعوا إلى الثقة فى أماكن الحصول على تقدير موضوعى لمستويات المهن بوجه عام ، ومهن الوالدين لعينة البحث بوجه خاص .

.. وفيما يلى بيان بتصنيف المهن التفصيلى :-

١- العمال غير المهرة :-

مثل : بائع متجول ، عتال ، فران ، خفير ، عربجى ، أرزقى .

٢- العمال أنصاف المهرة :-

مثل : نقاش ، جزمجى ، منجد بلدى ، قهوجى - طباخ - مكوجى - فراش او ساعى بمدرسة - عسكري بالجيش أو البوليس أو المطافى - الخ او عامل فى محل - نجار غير فنى - نحال - صياد - عامل تصليح تليفونات - عامل حصرى - بناء - جنائنى - تمرجى .

٣- العمال المهرة :-

مثل : فنى التليفونات - صايغ - خراط - عامل طباعة - سمكرى أفرنجى - براد فنى - منجد أفرنجى - ترزى أفرنجى - محصل بالنقل العام - صف ضابط من عريف إلى رقيب اول - اسطى تصليح زجاج - ممرض - حلاق .

٤- الكتابيون والمساعدون الفنيون - واصحاب محلات الفنية وتجار التجزئة :-

مثل : باشكاتب - فنى معمل - مقالو انفار - صاحب جال (بقالة ،

خضار ، حلاق ، ترزى ، منجد ، خردوات ، مطبعة صغيرة) متعهد توريد اغذية

— قومسيونجى ، مدرس ابتدائى — من الاعيان ، سائق ، مساعد مصور او
مخرج بالسينما او التلفزيون — طرف — صول .
٥ — القائمون بالاعمال الإدارية وشبة المهنية :—

مثل : مهندس — صيدلى — طبيب — ضابط حتى راند — محام — مخرج
او ممثل السينما او المسرح — مأمور ضرائب — مدرس ثانوى — مدرس
إعدادى .

٦ — رجال الإدارة والمهنيون :—

مثل : كل المهن بالفقرة السابقة (مهندس — صيدلى — طبيب — ضابط
من مقدم إلى عقيد) مدير إنتاج بمصنع — مدير إدارة .

٧ — الوظائف التنفيذية والمهنية العليا :—

مثل : نائب رئيس الجمهورية — مستشار رئيس الجمهورية — وزير — رئيس
مجلس إدارة — سفير — مستشار فنى او تجارى او عسكرى او قضائى بالخارج
— مدير شركة — مدير عام او ما يوازيها من الدرجات الحكومية والعسكرية —
استاذ كرسى بالجامعة او مركز للبحوث . (عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠) .
د — مستوى تعليم الأم :—

ويتدرج إلى نفس المستويات الستة الخاصة بالمستوى التعليمى للأب .

هـ — مهنة الأم او وظيفتها بالتفصيل :—

ولقد تم تصنيف المهن الخاصة بالأم تبعا للتصنيف الذى وضعه عبد

الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠

و — إجمالى عدد الأخوة

ز — عدد أفراد الأسرة

ح — الترتيب الميلاد داخل الأسرة

ط — إجمالى دخل الأسرة

ولكننا لم نضع إجمالى دخل الأسرة فى الاعتبار وذلك نظرا لعدم دقته ،

وعدم ضرورته فى تحديد المستوى الإجتماعى — الثقافى .

٣) الأساليب الإحصائية المستخدمة

- استعان الباحث بالعديد من الأساليب الإحصائية سواء في وصف العينة والتحقق من صدق وثبات الأدوات المعدة وتحقيق فروض الدراسة استخدم الباحث الطريقة اليدوية باستخدام الإلة الحاسبة ، كما استخدم الحاسب الالى عن طريق برنامج التحليل الاحصائى بواسطة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتي تتناسب مع هذه الدراسة ما يلى
- النسبة المئوية لعرض مواصفات عينة الدراسة
 - كأ^٢ للتجانس العينة فى المستوى التعليمى
 - معامل الارتباط لبيرسون للقيم الخام وذلك فى مراحل إعداد أدوات الدراسة وحساب الصدق والثبات فى مراحل التقنين .
 - اختبار ويلكوكسون وذلك لإجراء المقارنة بين القياس القبلى والبعدى والتتبعى لعينات الدراسة .
 - تحليل التباين (ANOVA) لتجانس العينة فى العمر الزمنى والقدرات المعرفية للمقارنة بين المتوسطات القبلىة والبعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعات التجريبية الأولى : التجريبية الثانية ، المجموعة الضابطة لبيان أثر البرامج العلاجية .
 - اختبار توكى للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الثلاث
 - مربع أيتا n^2 لحساب حجم التأثير بين المجموعات الثلاث فى البرامج العلاجية .
 - استخدم الباحث الرسم البيانى لمتوسط درجات المجموعات الثلاث فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى وأيضا فى التعرف على القدرات المعرفية .

ثالثا : برنامج العلاج المعرفى

قام الباحث بإعداد البرنامج العلاجى المقترح على ضوء نظرية أرون بيك (Beck) فى العلاج المعرفى . الذى يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيرها على الانفعالات والسلوك معا وإن الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب حالات التفكير العلاج المعرفى من جانب (ارون بيك) (Beck) ، يستند إلى النظرية التى مؤداها ان الامزجة النفسية والمشاعر السلبية تكون نتاجا لمعارف محرفه ، فالمرضى يستحدث رأيا سلبيا عن نفسه والعالم والماضى والحاضر والمستقبل ويكون عقله مغمورا بمعارف سلبية والتى تسمى تفكيرات اتوماتيكية لانها تحدث لارادية دون محاولة وغالبا دون وعى على سبيل المثال فى جميع الاجتماعات يخبر المريض نفسه اتوماتيكيا (أنا تقريبا لست مشوقا او ناجحا كهؤلاء الأفراد) ، ولان المريض يكون غير واعيا بالكيفية غير المعقولة لتواتر هذه التفكيرات السالبة ، فانه ياخذها وفقا للقيمة الظاهرية ويصبح مضطربا ومشاعره المؤلمة تباعا تقتعه بان ادراكاته عن نقد ذاته تكون صادقه ويبررها ويقول (اشعر بعصبية كذلك وياتنى اقل شانا من هؤلاء الناس) وهذا يوضح كيف اكون فى الواقع غير ملائم حتى انه يبدا فى ان يعزل نفسه وان يفصل نفسه بعيدا عن انشطته وعلاقته المعتادة .

(صلاح الدين العراقى ، ١٩٩١ ، ص ٢٩)

فمريض الاكتئاب ينظر إلى نفسه على انه الخاسر فهو يعتقد انه قد فقد شئ ذو قيمة جوهرية على سبيل المثال . علاقة شخصية ، أو انه اخفق فى انجاز ما اعتبره شيئا هاما ، هو ثانيا يتوقع نتيجة لاي نشاط يعهد إليه على أنه يكون سالبا أكثر من هذا ، فهو يتوقع مستقبلة كليا اصبح ناقص عن الانجاز ، وهو ثالثا يرى نفسه اقل شانا او قيمة ، وتعوزه الثقة وانه غير مرغوب فيه اجتماعيا ولذا فان مفاهيم المريض السالبة تسهم فى اعراض أخرى للاكتئاب ، على سبيل المثال الحزن ، السلبية ، عدم تقدير الذات ونقص فى المهارات الاجتماعية وارتفاع اليأس والرغبة فى الانتحار ولذلك فان التفكير السالب يعزز لدى المريض هذه الاعراض .

وضع بيك (Beck) الملامح الرئيسية للعلاج المعرفى الذى يرتكز على تأثير الأفكار فى الانفعالات والسلوكيات ويهدف إلى اقناع بأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هى إرجاء لسوء التكيف الذى يعيشه المريض أو يهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه للمريض ، وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملاءمة مما يودى إلى إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانف-الية لدى المريض.

أهمية البرنامج :

ترجع أهمية البرنامج إلى الاهتمام بالأطفال الذين يعانون من الاكتئاب وهم يعتبروا فئة مهمة فى المجتمع يجب الاهتمام بهم وتقديم الرعاية المناسبة لهم ، تتضح أهمية البرنامج الحالى من وضوح النظرية التى يقوم عليها ، باعتبارها طريقة فعالة فى علاج الاضطرابات النفسية المتنوعة عامه ، وفى علاج الإكتئاب خاصة وذلك كما أظهرتها الدراسات السابقة فى هذا المجال :

- سهولة تطبيقه خلال فترة زمنية قصيرة من الزمن .
- لا يتطلب تدريباً طويلاً وشاقاً
- أنه يصلح للتطبيق بصورة فردية
- أنه أسلوب فعال بمصاحبة الواجبات المنزلية ، جدول الأنشطة السارة

الهدف من البرنامج :

- هو بناء برنامج علاجى معرفى يساعد الأطفال المكتئبة فى تخفيض مدى الإكتئاب لديهم .
- التعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجى المعرفى فى التخفيف من مدى الاكتئاب لدى الاطفال .
- إعادة البناء المعرفى للأفكار السلبية والاتوماتيكية إلى أفكار إيجابية

— تدريب الطفل المكتئب على المواجهة الاجتماعية بدل الهروب منها ،
اكتساب مهارات إجتماعية جديدة تساعده على التعامل مع الاخرين
واكتساب مزيد من الاصدقاء واكتساب مهارة الاتصال بالآخرين .
— تدريب الطفل على تقليل من نقده للذات واكتساب درجة مرتفعة فى
تقدير الذات لديه .

خطوات إعداد البرنامج :

١- قام الباحث بدراسة نظرية ارون بيك سواء : ما كتبه هو ، أو ما كتبه
باحثون آخرون تبنو نظريته وأخذوا على عاتقهم مهمة البحث ، والتحقق
من النظرية ، سواء كانوا باحثين أجانب أو عرب أو مصريين .
قام الباحث بدراسة نظرية (ارون بيك) فى العلاج المعرفى لما توفر للباحث
من ابحاث ودراسات من خلال ما كتبه بيك مثل

Beck 1979,1989,1990,1991,1993,1996 ((Beck & Weishar
1995)) ((Rush & Beck 2000))

أو ما كتبه باحثون اخرون مثل

Mendlowitz etal 1999 , Bimaher etal 2000 , Bernstein etal
2000 , Weisz etal 1997 , King etal 1998 , Last etal 1998 ,
Vostanis etal 1996 .1998 , Wood etal 1996

ومن الدراسات التجريبية العربية التى اهتمت بنظرية بيك مثل

صلاح الدين العراقى ١٩٩١ ، أحمد أحمد متولى عمر ١٩٩٣ ، محمد توفيق

١٩٩٧ ، زينب محمود شقير ١٩٩٩ .

٢- عرض الباحث بعد الاعداد البرنامج بصورة المبدئية على السادة المشرفين

٣- عرض الباحث الصورة المبدئية على عشرة من المتخصصين فى مجال علم

النفس ، الصحة النفسية ، الطب النفسى .

— حيث طلب منهم إبداء الرأى فى :

— مدى مناسبة الفنيات المستخدمة فى البرنامج العلاجى .

— مدى مناسبة البرنامج للاطفال المكتئبين

- مدى مناسبة عدد الجلسات للبرنامج العلاجي
- مدى مناسبة الوقت المخصص لكل جلسة
- ٤- قام الباحث بإجراء التعديلات التي اقترتها مجموعة المحكمين وذلك قبل القيام بإجراء التجربة الاستطلاعية .
- ٥- قام الباحث بتطبيق البرنامج بصورته النهائية على العينة الأساسية للدراسة

مكان التطبيق البرنامج المقترح :

يتم تطبيق البرنامج العلاجي في إحدى غرف العيادة الخارجية مركز الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس .

* مدة التطبيق :

تم تطبيق البرنامج من اول يونيو ٢٠٠١ حتى نهاية سبتمبر ٢٠٠٢ بواقع جلستين أسبوعيا للطفل المكتتب .

* مدة كل جلسة : ٦٠ دقيقة

- عدد الجلسات البرنامج : ١٥ جلسة علاجية .
- العينة :- يتم التطبيق على الأطفال المكتتبين فى المرحلة العمرية من ١١ - ١٥ سنة

• الأدوات المستخدمة فى البرنامج

١- المحتوى العلمى للبرنامج الذى أعده الباحث البرنامج المستخدم فى هذه الدراسة هو برنامج مخطط ومنظم يستند على مبادئ وفنيات نظرية العلاج المعرفى (بيك) وهى تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية عند الطفل المكتتب ، ويتضمن البرنامج على مجموعة من الفنيات والانشطة ، بقصد مساعدة الاطفال المكتتبين على تخفيف من درجة الاكتئاب لديهم من

خلال تنمية بعض الجوانب الايجابية الخاصة بالعمليات المعرفية والسلوكية والمزاجية لديهم .

٢- قائمة الأفكار السلبية

إعدادها Williams 1992 ترجمة زينب شقير ١٩٩٩ بهدف التعرف على الأفكار السلبية التي تكون متسلطة على تفكير الطفل المكتئب ومساعدة الطفل على طرح أفكار إيجابية بديلة من الأفكار السلبية وذلك بالتشجيع على وضع هذه الأفكار البديلة ودعمها ودعم هذا الاسلوب من التفكير عندما يتعرض لمشكلات ممكن ان يواجهها .

٣- سجل الأفكار التلقائية

يعتبر سجل الأفكار التلقائية إداة هامة في العلاج المعرفى واحيانا تسمى السجل اليومي للأفكار غير الفعالة حيث يوفر للطفل المكتئب وسيلة لتحديد وتحليل أفكار التلقائية غير الفعالة وبالتالي إيجاد بدائل لها وذلك بان يقدم إلى الطفل سجل أفكار ويوضح المطلوب منه للطفل في المرحلة الأولى من العلاج ويجب قبل تقديم هذا السجل ان يتم التحدث مع الطفل المكتئب عن الأفكار التلقائية والتأكد من أنه يفهم المقصود من هذا السجل . ويتكون هذه السجل من سبعة من الاعمدة ويشمل على

(١) الموقف

(٢) الحالة النفسية

(٣) الأفكار التلقائية (صورة ذهنية)

(٤) الأدلة التي تدعم الفكر المؤثرة

(٥) الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة

(٦) الأفكار البديلة او الموزونة أو المعدلة

(٧) قيم حالتك النفسية الان

٤- جدول الأنشطة السارة

* النسق الذي تسيير عليه جلسات البرنامج العلاجي

في تتبع الباحث في جميع جلسات البرنامج الخطوات التالية :

- ١- مراجعة لموضوع الجلسة السابقة
- ٢- الملاحظة والاهتمام بانفعالات الطفل وأى اعراض تظهر عليه
- ٣- فحص الواجبات المنزلية وتقديم التغذية المرتدة
- ٤- تقديم التعزيز الاجتماعى - عند إتقان الاستجابة المطلوب أدائها
التعزيز الذاتى ، وذلك مكافأة الطفل ذاته عند إتقانه الاستجابة
المطلوب منه تعلمها .
- ٥- تقديم موضوع الجلسة واستخدام الفنيات العلاجية اللازمة
- ٦- تقديم الواجبات المنزلية عند إنهاء الجلسة .

فنيات العلاج المعرفى

١) إعادة التقييم المعرفى :

يعتمد المعالج على فنية إعادة التقييم المعرفى على أساس إحدى فنيات العلاج المعرفى وهذه الفنية تتألف بشكل أساسى من تحديد المعارف أو الاتجاهات اللاتوافقية وهذا التفكير يتم تقييمه بعد ذلك من جانب الطفل والمعالج لاختيار صدقه وذلك من خلال الخطوات التالية :

- ١- تحديد التتابع بين المعارف الاكتئابية والحزن .
- ٢- تحديد التتابع بين المعارف والدفعات الاكتئابية مثل عدم الاهتمام والإحساس بالفشل وكراهية الذات .
- ٣- فحص المعارف الاكتئابية
- ٤- فحص وتقييم وتعديل هذه المعارف
- ٥- تحديد التعميم الخاطئ
- ٦- تحديد المقدمات والمعارف البديلة

(٢) التدريب المعرفى :

تستخدم هذه الفنية للكشف عن المشاكل التى تعوق الطفل من أن ينفذ أنشطة موجهة الهدف . وعن طريق تخيل ذاته يتقدم خلال الخطوات المتضمنة للنشاط وجعله يقرر العقبات النوعية التى يتوقعها والصراعات التى تكون مستثارة أثناء تخيله النشاط .

(٣) العلاج البديلى :

حيث يشجع الطفل على إقرار أكبر قدر ممكن من الحلول ، وإمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير ، عندما يتعرض لمشكلات أخرى .

(٤) فنية العمود الثالث :

يساعد المعالج الفنى على أن يتحدى صدق تفكيراته المختلة وظيفيا وأن يجعل تقييم معتدل أكثر عن ذاته ، ويساعده على أن يبرز بدقة مقدرة الطفل على أن يحدد تفكيره السالب وأن يعين لماذا هى خاطئة أولا توافقية وذلك بأن يكتب تحت العمود (١) الموقف الذى يستخرج شعورا كدر أو محزن .
العمود (٢) التفكير الاتوماتيكي السالب .
العمود (٣) الاستجابة التصحيحية للتفكير السالب .

(٥) لعب الدور :

يقوم المعالج بدور الطفل كما يرى الطفل نفسه . حزين ، ضعيف ويتعلم الطفل أن يقوم بدور الناقد فإن الاتجاه الجديد سيتحول إلى خاصة دائمة مما يساعد الطفل على الدخول فى مواقف جديدة بثقة أكبر ، بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية التى سوف تسيطر عليه يتضمن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة .

٦) جدول الأنشطة السارة :

يتم استخدام هذا الجدول فى علاج تشخيص الاكتئاب من منطلق نظرية مؤداها أن الاكتئاب ما ينطوى عليه من أعراض على نقص فى النشاط العام ومن ثم فإن هذه الجداول بالإضافة إلى دورها فى قياس النقص فى ممارسة الأنشطة فهى عنصر مهم فى تقدير الاكتئاب بذاته وذلك عن طريق إقرار الطفل بنفسه لمدى مارسه اليومية للأنشطة وقدرته على تسجيلها أو ذلك بأن يقوم المعالج والطفل بالتخطيط اليومي للأهداف ويهدف إلى خفض التفكيريات والأنشطة السالبة وزيادة التفكيريات والأنشطة الموجبة وذلك على تقديم الجوانب الوجدانية وتقدير الذات .

وبسبب المعارف السالبة فإن الطفل لا يستطيع أن يستمتع بالأشياء وفشله فى أن يكامل خبراته السارة ، فهو يركز على الخبرات الفاشلة فقط والتي ترتبط بأفكاره عن نفسه وعن العالم المحيط به وذلك يكون إحساسه بالسرور ضعيف بسبب الأفكار السودوية المسيطرة على تفكيره ، ولذلك يطلب المعالج من الطفل أن يسجل المهام والأعمال التي يقوم بها وأن يضع تقدير للأعمال التي انجزها وذلك لكي يظهر للطفل المواقف التي يحقق فيها نجاح والتي يمكن أن تدخل السرور إليه .

٧) فنية المتصل المعرفى :

وفى هذه الفنية يطلب من الطفل المكتتب ان يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الاخرين ، على سبيل المثال يطلب من الطفل الذى لديه فكرة انه (شخص عديم الفائدة) ان يعرف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه ان يشير اين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة) (١٠٠ %) فعال جدا وهى عينة مفيدة فى استبدال الافكار التلقائية .

(٨) الواجبات المنزلية :

لكي يمكن الطفل من ان يعمم التغييرات الايجابية التي يكون قد انجزها مع المعالج ، ولكي تساعده على ان يثقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية ، ولكي تقوى وتدعم افكاره الجديدة ، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الاعمال وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالاهداف العلاجية ، وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية او سلوكية ، كان نطلب منه ان يدخل في سلسله من المواقف ثم يوجه إلى ان يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة ، ويمخن ان تكون معرفية كان نطلب منه ان يمارس بعض المهارات المعرفية مثل الاصغاء الايجابي واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الاخرين .

كذلك يحسن ان يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولترتبط بالاهداف القريبة والبعيدة للعلاج .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ١٣٢ : ١٣٣)

ويتم ذلك من خلال مناقشة الواجبات المنزلية مع الطفل وذلك في بداية كل جلسة على حدة لأن ذلك يساعد الطفل على تحقيق الأهداف من الجلسة يتم تصنيف الواجبات في إطار الواجبات المعرفية والسلوكية وعند استخدام الواجبات المنزلية يجب أن يكون واضح .

١- أن ترتبط تلك الواجبات المنزلية بالهدف الذي يريد تحقيقه فتعمل على الأفكار السلبية المسيطرة على الطفل وإبدالها بالأفكار الإيجابية .

٢- أن تحقق التعاون بين المعالج والطفل ذلك عند مناقشة الواجبات المنزلية .

٣- تساعد الطفل على تقييم الأفكار السلبية وأن يختار الأفكار الإيجابية المناسبة.

(جلسات البرنامج العلاجي المعرفي ملحق رقم ٩)

رابعاً : برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

قام الباحث بإعداد البرنامج العلاجي المقترح على ضوء نظرية البورت اليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي . الذي يرى أن الاضطراب الانفعالي والسلوك العصبي يعتبران نتيجة للتفكير غير العقلاني الذي يرجع في نشأته إلى التعلم المبكر غير العقلاني حيث يتبنى الفرد أفكار أو معتقدات تخلوا أساساً من العقلانية التي تقود الفرد إلى فهم وتفسير خاطئ للمواقف التي يواجهها.

ويتلخص أساس هذا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الفكرة التالية عندما تنشأ عن إحداث معينة (A) نتائج شديدة (C) فقد يبدو ان تلك الاحداث قد سببت هذه النتائج الانفعالية ، إلا أن الأمر إلا يكون كذلك في الواقع ، ذلك لان افكار الشخص ومعتقداته (B) تلعب دورا كبيرا وأساسيا في خلق هذه النتائج الانفعالية ، فاننا نستطيع تتبعها وارجاعها إلى الافكار والمعتقدات الاعقلانية لدى الشخص ، وعندما يتم تحدى وتحليل وفحص هذه الافكار والمعتقدات باسلوب عقلاني تختفى هذه النتائج السلبية .

وللعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ثلاث مراحل اساسية ، في الاولى يساعد المعالج الطفل المكتئب على تحديد وتعيين الصلة بين معتقداته وافكاره اللاعقلانية من جهة وانفعالاته المرضية غير الوظيفية واستجاباته السلوكية لان جهة أخرى في المرحلة الثانية يساعد المعالج الطفل المكتئب على الاستبصار المعرفي وذلك بان يتحدى هذه المعتقدات الخاطئة وتشجعه على ادراك قيمة المعتقدات والافكار العقلانية في فهم الذات وتقديرها .

اما المرحلة الثالثة فيساعد الطفل المكتئب على الاستبصار الانفعالي وفيها يصبح الطفل المكتئب قادرا على استدخال واستيعاب هذه الافكار العقلانية ، قادرا على التفكير والعمل بها ودمجها في حياته الانفعالية .

ويرى اليس أنه من خلال " تنمية التفكير العقلاني والتخلص من مطالب الكمال والتدريب على تصنيف المواقف وفهم النماذج A. B. C. ، وتفنيد هذه

العلاقة بين العناصر الثلاثة السابقة ، والتفكير فى ما يحدث به الفرد من أحداث هازمة للذات ، والتعبير الصريح عن الانفعالات فى مواقف تحيط بها المودة والثقة سوف تؤدى إلى التخلص من هذه الطرق اللاعقلانية ، وتنمية العقلانية فى التفكير كمطلب هام يسعى إليه (Ellis : 1987 , 39) .

ويستعين العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بجزء من الفنيات والاساليب السلوكية والمعرفية والانفعالية فتهتم الاساليب السلوكية بالتعزيز الذاتى والتعزيز الايجابى والواجبات المنزلية وتساعد الاساليب المعرفية التحليل المنطقى للافكار اللاعقلانية ومساعد الطفل على تنفيذ افكاره ومساعدته على تكوين افكار منطقية افضل ومن الاساليب الانفعالية لعب الدور ، النمذجة ، الحوار الذاتى وغيرها من الاساليب التى يجب ان تتصف بالمرح والدعابة .

أهمية البرنامج :

ترجع الطفولة إلى أهميتها بالنسبة للإنسان وأن الطفل عندما يصبح فى حالة من الصحة النفسية الجيدة بالتالى سوف يؤدى إلى وجود شبابا فى المستقبل يتميز بخصائص نفسية تساعد على بناء المجتمع وتحقيق رفاهيته .

الهدف من البرنامج :

- هو بناء برنامج علاجى عقلانى انفعالى سلوكى يساعد الأطفال المكتنبة على تخفيض مدى الاكتئاب لديهم ويتمثل الهدف من البرنامج فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى
- بيان مدى فاعلية العلاج الانفعالى السلوكى فى خفض الاكتئاب لدى الاطفال المشاركين فى البرنامج .
- تعميق معرفة الطفل بنفعالاته ومشاعره وذاته وتقديرها .
- معرفة الطفل المكتنّب بالافكار اللاعقلانية التى سيكتشفها تدريجيا عبر الجلسات العلاجية ، ومن ثم ضبطها ، واعاد تنظيمها ، وتحسين مسارها ايجابيا ، بغية الوصول إلى تحقيق الهدف من تخفيف حدة الاكتئاب لديهم .

- تعليم الاطفال التمييز بين الافكار اللاعقلانية والافكار العقلانية .
- تعميق اقناع الطفل بالمعتقدات العقلانية وتطبيقها فى مواقف الحياة ومحاولة اكتساب مهارات اجتماعية جديدة .

خطوات إعداد البرنامج :

- ١- قام الباحث بدراسة نظرية البرت اليس سواء : ما كتبه هو ، أو ما كتبه باحثون آخرون تبنو نظريته وأخذوا على عاتقهم مهمة البحث ، والتحقق من النظرية ، سواء كانوا باحثين أجانب أو عرب أو مصريين .
- قام الباحث بدراسة نظرية (البرت اليس) فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لما توفر للباحث من ابحاث ودراسات من خلال ما كتبه اليس مثل أو ما كتبه باحثون اخرون مثل

Eills 1977 , 1994 , 1996 , 1997 , 1999 ,

وما كتبه باحثون اجانب اخرون مثل

Edward & Will 1998 , Yves etal 2000 , Debrah & Mark 1998 , Ari etal 1998 , Marcotte 1996 , Comatta & Nogoshi 1995 , Moratte & Barom 1993 , Bernerd 1990 , Dryden 1990

ومن الدراسات التجريبية العربية التى اهتمت بنظرية اليس مثل إيهاب الببلاوى ٢٠٠١ محمد محمد أحمد ١٩٩٥ ، محمد حبيب مزنوق ١٩٩٦ ، محمد توفيق ١٩٩٦ ، محمود إبراهيم عبد العزيز ١٩٩٣ ، هشام عبد الله ١٩٩١ ، عماد محمد أحمد ١٩٩٠ ، ندى أديب ١٩٩٠ ، عبد اللطيف عمارة ١٩٨٥ .

- ٢- عرض الباحث بصورة المبدئية على المشرفين ثم على عشرة من المتخصصين فى مجال علم النفس ، الصحة النفسية ، الطب النفسى ، لإبداء الرأى والملاحظات فى

- مدى مناسبة الفنيات المستخدمة فى البرنامج العلاجى .

- مدى مناسبة البرنامج للاطفال المكتئبين

- مدى مناسبة عدد الجلسات للبرنامج العلاجى

- مدى مناسبة الوقت المخصص لكل جلسة

- ٣- قام الباحث بإجراء التعديلات التي أقرتها مجموعة المحكمين وذلك قبل القيام بإجراء التجربة الاستطلاعية .
- ٤- قام الباحث بتطبيق البرنامج بصورة النهائية على العينة الأساسية للدراسة

مكان التطبيق البرنامج المقترح :

تم تطبيق البرنامج العلاجي في إحدى غرف العيادة الخارجية مركز الطب النفسى بمستشفيات جامعة عين شمس .

*** مدة التطبيق :**

- تم تطبيق البرنامج فى الفترة من اول يونيو ٢٠٠١ حتى نهاية سبتمبر ٢٠٠٢ بواقع جلستان أسبوعياً للطفل المكتتب .
- * مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة
- * عدد الجلسات البرنامج ١٥ جلسة علاجية .
- * تم التطبيق على عينة من الأطفال المكتتبين فى مرحلة عمرية من ١١ - ١٥ سنة .

*** الأدوات المستخدمة فى البرنامج**

- ١- المحتوى العلمى للبرنامج الذى أعده الباحث
- ٢- جهاز تسجيل للاستعانة به فى تسجيل بعض المحاورات والمناقشات ثم إعادة سماعها وإدارة النقاش حول ما جاء فيها .
- ٣- بطاقة التسجيل اليومى للأفكار اللاعقلانية

*** النسق الذى تسيير عليه جلسات البرنامج العلاجي**

- أتبع الباحث الخطوات التالية :
- (١) مراجعة لموضوع الجلسة السابقة

- ٢) الملاحظة والاهتمام بانفعالات وأية أعراض تظهر على الطفل
- ٣) فحص الواجبات المنزلية وتقديم التغذية الراجعة
- ٤) تقديم التعزيز الاجتماعى - عند إتقان الاستجابة المطلوب من أدائها ، التعزيز الذاتى وذلك المكافأة الطفل لذاته عند إتقانه الاستجابة المطلوب منه تعلمها .
- ٥) تقديم موضوع الجلسة واستخدام الفنيات العلاجية اللازمة
- ٦) تقديم الواجبات المنزلية عند إنهاء الجلسة .

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

١) التخيل العقلاني الانفعالي

يستخدم المعالج اسلوب التخيل العقلاني الانفعالي السلوكي وهو احد اساليب الدحض والتفنيد حيث يطلب من الطفل ان يتخيل نفسه فى موقف من الانفعال الكدر الذى جاء به الى العلاج ، ثم يتخيل نفسه غير من هذا الانفعال الى انفعال اقل (مثل ان يغير من تقليل ذاته من خلال الاخرين الى تقدير ذات إيجابية من خلال الاخرين او أن يخش التجنب مثلا من الذهاب الى المدرسة او الذهاب إلى حفلة سيكون موضع اهتمام الجميع وسوف ينظرون إية ويطلب المعالج أن يتخيل كم مرة سوف ينظرون إلية والمدة التى سيظلون خلالها على ذلك ، كم مرة سوف يعودن للنظر إلية وسوف تكون النتيجة على أثر ذلك مشجعة على حضور مثل هذه المواقف وعدم تجنبها وفى كل مرة يساله المعالج عن شعوره ثم يعود فيطلب من أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من الانفعال مثل " أن ما سمعته من والديك ليس بدرجة السوء التى تصورها " وهنا يقول المعالج " انك عرفت لأن الطريقة التى تغير بها مشاعرك والمطلوب منك ولمدة اسبوع أو شهر مثلا ان تقزم بذلك التخيل العقلاني الانفعالي ، ان تتخيل نفسك فى الموقف الذى يسبب له الضيق ثم تتخيل نفسك وقد غيرت انفعالك إلى درجة اقل وهكذا حتى يصبح عادة عنك .

والتخيل العقلاني الانفعالي السلوكي له ثلاث اشكال

أ) حيث يطلب المعالج من الطفل تخيل صورة واضحة للموقف (الذى يشعر فيه بمشكلته الانفعالية مع حثهم على تغير الانفعال السلبي غير المناسب وغير المتكيف إلى انفعال مناسب ، ان الطفل المكتئب اثناء هذا السخيل الذى ينطلب منه تكراره كواجب منزلى ، إنما يغير الانفعال المرضى إلى انفعال مناسب بواسطة تغير معتقداته اللاعقلانية
ب) يتخيل الطفل المكتئب نفسه يشعر ويتصرف بطريقة مناسبة فى المواقف التى تنشأ قبل ان يحدث هذا الموقف فى واقع الحياة .
ج) يتخيل الطفل المكتئب نفسه بعد وقوع ما يكره مباشرة ثم بعد مرور ساعات وايام وشهور الخ وهذا النوع من التخيل يحث الطفل على تغيير معتقدات اللاعقلانية عندما يدرك اثناء تخيله انه يمكن ان يشعر بالسعادة مرة أخرى مرات بعد وقوع ما يكره .

٣) التحليل الذاتي العقلاني

هو أحد الأساليب المساعدة الذاتية التى يتعلم فيها الطفل بتسجيل الحدث A والأحاديث اللاعقلانية B . والمشاعر C مقارنتها فيما لو قام بإجراء تعديل على الحدث A والأحاديث B . المشاعر C هي عملية تتم تمهيد للاستعانة بها فى مرحلة الدحض والتقنية .

٣) الحوار الذاتي

يستخدم الحوار الذاتي الذى يقوم خلاله الطفل بتسجيل اعتقاداته اللاعقلانية على شريط كاسيت ويعمل من جانب آخر على تسجيل ذلك التنفيذ الذى يقوم به لتلك الاعتقادات ويقوم بالاستماع إليه باستمرار ويحدد ذلك إذا كان مقنعا أم لا ، وان من انجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة ان ننبه الطفل إلى الافكار او الاراء التى يرددتها بينه وبين نفسه ، يواجه بعض المواقف المهددة ، ان الاضطراب الذى

يصيب الطفل يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه ، ومع ما تقنع به ذاته من أفكار او حوادث .

ويمر الطفل من خلال حوارهِ الذاتي بالخطوات التالية

أ) نجد المرحلة الأولى يكون كلام الغير هو المتحكم والموجه لسلوك الطفل الصغير

ب) وفي المرحلة الثانية يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بنفسه بصوت مسموع ، يامر نفسه بان يفعل كذا او يتوقف عن ممارسة كذا او يتوقف عن ممارسة كذا .

جـ) ومع تكرار يصل الطفل إلى المرحلة الثالثة وهو التي يحدث التوجيه فيها بصورة تلقائية وغير مسموعة وفي هذه المرحلة يتحدث الطفل مع نفسه بصورة دائمة وصامتة ، التفكير اذن ينظم السلوك ونتائج السلوك تصبح مادة للتفكير اي ان هناك تعامل مستمر بين التفكير والسلوك ولتلك التغيرات قيمة عملية في إنها تلمح إلى الطفل بأن التفكير اللاعقلانية تكون إرادية أو طوعية ولذلك بوسعه أن يحولها بعيداً أو غيرها .

٤) النمذجة

من الأساليب التي يستخدمها المعالج بتوضيح النموذج وتوفير المعلومات التي يقوم الطفل بتحويل هذه المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر ، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير السلوك .

٥) الدحض والتفنيد للمعتقدات اللاعقلانية

تعتبر فنية الدحض واحدة من أكثر الطرق شيوعاً في العلاج العقلائي الاتصالي السلوكي ، حيث يناقض المعالج بقوة نشاط معتقدات الطفل اللاعقلانية ويعلمه كيفية القيام بهذه التحدي لوحده ، وذلك عن طريق المناقشة والشرح وتتم هذه العملية المليئة بالتحدي لنظام المعتقدات اللاعقلانية على مستويات

معرفية ، تخيلية ، سلوكية ، وذلك أن يساق المعالج الطفل على محض معتقداته ويحددها إذا كانت عقلانية أو لا عقلانية.

٦) الاسترخاء

يستخدم المعالج تمارين الاسترخاء مع الطفل ليساعده على تخفيف التوتر لديه الذي يكون ملازم للاكتئاب ، من الثابت ان الزيادة الشديدة فى التوتر العضلى تتوقف اساسا على شدة الاضطرابات الانفعالية خاصة عندما يواجه الفرد لمشكلات تتعلق بتوافقه ان التوتر العقلى الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق والنشاط البناء ، الانتاج ، والكفاءة الفعلية فالاشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناءا .
ولذلك نجد الاسترخاء بان توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر .

وفى حالات الاكتئاب النفسى تبين الدراسات القليلة بعض النتائج فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف فى النشاط الحسى والحركى والبطء فى الحركة ، (الكلام ، الاستجابة) الذى قد يوحى بانهم على درجة اقل من التوتر والاستثارة العضلية ، فان مقاومتهم بمجموعة من الافراد العاديين على مقاييس التوتر فى الجبهة والفكين والذراعين والقدمين بينت انهم اكثر توترا من الاسوياء

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ١٥٤ : ١٥٧)

وتمارين الاسترخاء تؤدي إلى انخفاض فى هذا التوتر وذلك لوقف كل الانقباضات والتقلصات العقلية المصاحبة للتوتر .

(٧) التعزيز الإيجابي

ويتضمن شفاء المعالج للطفل عند إتقانه للاستجابة المطلوبة منه أداءها ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أن الاستجابة التي يسعى للوصول إليها ستستخذ بالتدريج من استعمال هذا التعزيز .

(٨) التعزيز الذاتي

ويتضمن المكافأة الطفل لذاته عند إتقانه الاستجابة المطلوب منه تعلمها ، والتي يسعى هو للوصول إليها، مما يساعد على تشكيل هذه الاستجابة بالتدريج.

(٩) لعب الدور

وفيه يعبر الطفل عن اتجاد جديد او معتقد عقلاى مناسب وان يعيد ويكرر ذلك وعليه فان الاتجاه الجديد سيتحول إلى الغالب إلى خاصية دائمة مما يساعده على الدخول فى المواقف الجديدة بثقه اكبر ، بالاضافة إلى المشاعر الايجابية التى تسيطر عليه بعد ذلك تبعيه تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ، كما ان إداء الدور يساعد الطفل على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة للدور .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ١٣٢) .

(١٠) الواجبات المنزلية

يرى اليس 1993 Ellis ان المرضى الذين يطبقون ويمارسون ما تعلموه اثناء الجلسات العلاجية فى حياتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية سوف يستفيدون من جلسات العلاج العقلانى الانفعالى اكثر من اولئك الذين لا يفعلوا ذلك لذا يتمثل حث المرضى على إداء الواجبات المنزلية وكذا اساسيا فى العلاج

وتشير إبحاث اليس وبيرسوتز وزملائه إلى أن المرضى الذين يودون الواجبات المنزلية في اساليب العلاج ذات التوجه المعرفى يحققون نتائج علاجية أفضل من اولئك الذين لا يودونها ، لذا يعطى المعالج العقلانى الانفعالى اهتماما كبيرا لمفهوم الواجبات المنزلية ، ويبدل وقتا كافيا فى شرح الاسباب التى تجعل من الواجبات المنزلية ركنا أساسيا فى العملية العلاجية ، وفى شرح طبيعتها ومناقشتها معهم ومراجعة ادائهم لها ، مع الاهتمام بالعوامل والاسباب التى تعوق الاطفال عن القيام بالواجبات المنزلية ويعمل على التغلب عليها .

ويتم ذلك من خلال قيام الطفل على التدريب على محاولة أداء الخبرة المتعلمة ويتم مناقشة الواجبات المنزلية مع الطفل وذلك فى بداية كل جلسة على حده ، وأن يتم تقديم التعزيز الإيجابى بعد إنجاز الطفل للواجبات المنزلية .

(أنظر جلسات البرنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ملحق رقم ١٠)

الفصل السادس

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل السادس

نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة

هدف الدراسة الحالية هي تأكيد مدى فعالية برنامج العلاج المعرفى السلوكى من خلال برنامج العلاج المعرفى وبرنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى من (إعداد الباحث الحالى) فى خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأطفال المكتئبين من المترددين على مركز الطب النفسى مستشفيات جامعة عين شمس وإلى اى مدى يكون لهذه البرامج العلاجية ذو فعالية فى صورة تتبعية لعينة اندارسة بعد التطبيق لمدة شهرين على الاقل ، وقوفا على التأكد من مدى فعالية البرامج على المدى الطويل .

وفى ضوء ذلك حدد الباحث الحالى عدة فروض يسعى إلى التحقق منها لذى قام الباحث بتطبيق ادوات الدراسة والبرامج العلاجية على عينة الدراسة للوصول إلى نتائج يمكن مناقشتها .

وفيما يلى سنعرض نتائج الدراسة فى ضوء الفروض الأساسية لها

الفرض الاول

توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الاولى (مجموعة العلاج المعرفى) وفى درجات الاكتئاب فى القياس القبلى (قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفى) ، و متوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى مباشرة)

وللتحقق من هذا الفرض احصانيا قام الباحث باجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب وذلك بتطبيق اختبار قائمة العربية للاكتئاب قبل تلقى المجموعة التجريبية الاولى للعلاج المعرفى فى الاكتئاب وبعد تلقى المجموعة الاولى للعلاج المعرفى و كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٥)

جدول (٥٥)

معامل ويلكوسون لنفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتتاب

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
٠٠١	٢,٨١-	٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٥٥) ان هناك فروق دالة فى الاكتتاب بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوسون ٢,٨١ وهى دالة عند مستوى ٠٠١ و يتضح من نتيجة الجدول الاتى

توجد فروق فى درجة التحسن فى الاكتتاب بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد صحة الفرض الأول و هذا يؤكد على تأكيد العلاج المعرفى فى خفض الاكتتاب لدى المجموعة التجريبية الاولى حيث انخفض درجات الاكتتاب لدى الاطفال المكتتبين على قائمة العربية للاكتتاب بعد القياس البعدى

متوسط الاكتتاب قبل التطبيق البرنامج ٥٦,٤

متوسط الاكتتاب بعد تطبيق البرنامج ٣٧,٢

تفسير الفرض الأول

تتفق نتيجة الفرض الأول مع ما جاء بالدراسات السابقة وهى أن العلاج المعرفى (لبيك Beck) ذو فعالية من تخفيف أكتتاب الاطفال وذلك ما ظهر من دراسات سابقة مثل دراسة wood etal , feehan & vostonis 1996 , king etal 1998 , Brent etal 1997 , weisz etal 1996 , lasts

etal 1998 ,vostanis etal 1998 , Mendlowitz etal 1999 ,Bimaher etal 2000 , Bernistein etal 2000

فالعلاج المعرفى أسلوب علاجى يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات والسلوك معا وان الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب حالات التفكير .

ويقوم العلاج المعرفى على تغيير نماذج التحصيلات والتفكيرات ونماذج التفكير بحيث يساعد المريض على التغلب على المشاكل الانفعالية والسلوكية، ويقوم العلاج المعرفى على نظرية مؤداها أن السلوك والانفعال تتسبب جزئيا من العمليات المعرفية التى اى منها يمكن وضعها للتغيير .

ويستخدم مبادئ تعديل السلوك ليكتشف ما هى المعارف لدى المريض و اى معارف قد تكون سبب الاضطراب، بتغيير المعارف ينتج عنه تغيير فى السلوك وفى نفس الوقت فان تغيير السلوك ينتج عنه تغيير فى المعارف ، وهكذا حاله متبادلة بين المعارف والانفعالات والسلوك .

كما أظهرت الدراسات أن الشعور بالحزن قد يؤدي إلى تطور الأفكار السلبية أمر بالغ الصعوبة ،فانه قد لوحظ فى بعض الدراسات أن تغيير الحالة الانفعالية تؤدي إلى بروز الأفكار السلبية لديه، كما انه من الممكن اعتبار اختفاء الأفكار السلبية لدى مريض الاكتئاب بعد تحسن حالته نتيجة لاستخدامه مضادات الاكتئاب دون محاولة تعديل أو استبدال الأفكار السلبية ،مؤشرا آخر على أن الحالة الانفعالية تساعد على ظهور الأفكار السلبية لدى المريض أن الحالة الانفعالية قد تؤدي إلى التحيز فى التفكير فقد يكتسب أفكار المكتئب صبغة متشائمة حول نفسه وحول الناس والمستقبل .

الرؤية السالبة للاكتئابى لنفسه وعالمه ومستقبله ينظر إليها " بيك " Beck على إنها السبب فى المزاج المكتئب وفى شلل الإرادة وفى تجنب الرغبات وفى الرغبات الانتحارية وفى الإعتمادية الزائدة ،وكنتيجة للتأويل السالب للاكتئاب للخبرة قد يجعله يأخذ الاتجاه المحايد من قبل صديق او من قبل شخص محبوب كنبذه تامة .

وأيضاً النظرة السالبة للمستقبل لدى المكتتب تسبب له أن يتوقع باستمرار الأسوأ وحالته النفسية الحالية لا يكون متوقفاً لها أن تتحسن ، فالمريض المكتتاب يرى نفسه كأنه جرح من قبل والمستقبل كأنه استمرار لبؤسه. وقد يترتب على المكتتاب التفكير المختل وظيفياً ومن أهمها الأفكار الأوتوماتيكية والتي تعد بمثابة أفكار، أو صور تحدث بشكل لا إرادي ، وذلك كجزء من مجرى الشعور ومحتواه علماً بأن محتوى ذلك الأفكار الأوتوماتيكية يكون سلبيًا وعلى الرغم من أن هذه الأفكار أوتوماتيكية تعكس بناء مشوهاً للواقع ومن ثم يتسم بالسلبية فأنها مع ذلك تميل إلى أن تحمل في طياتها تصديقا غير قابل للمناقشة من جانب الأفراد المكتتبين حيث يعتبرونها أشياءً بديهية وبالتالي يفترض أن تنعب تلك الأفكار دوراً هاماً في تطور واستمرار الكرب الانفعالي

وجد الباحث صعوبة في تحديد الأفكار السلبية لدى الأطفال في بداية العلاج حيث وجد صعوبة عند بعض الأطفال في التعرف على هذه الأفكار فوجد الأطفال قد تعودوا على استخدام هذه الأفكار بصورة أوتوماتيكية ويعتقدون أنها معقولة ، واستخدم الباحث سجل الأفكار التلقائية وذلك السجل اليومي للأفكار غير فعالة وذلك للتعليم الطفل إليه تحديد وتحليل الأفكار التلقائية غير الفعالة والتأكد من فهم الطفل هذه الأفكار والمقصود بهذه الأفكار ومن وجهة نظره والهدف من قيام الطفل بتسجيل وكتابة هذه الأفكار وكتابة الأدلة التي تؤيده ، وكذلك التي تتعارض مع هذه الأفكار تساعد على خفض حدة الانفعالات السلبية ، وإيضاً تساعد كتابة الأفكار في تغييرها بشكل أفضل من أن يتذكرها الطفل ، وإيضاً كلما سجل الطفل عدد أكبر من السجلات الأفكار التلقائية كلما ساعد ذلك على التحسن وتعتمد الأفكار البديلة على الأدلة لأنها تساعد الطفل على فهم خبراته بطريقة تساعد على تقليل الالم النفسي وتزيد من عدم تعرض لها في المستقبل لأنها أكثر قابلية للتصديق للطفل

ونجد تغير هذه الأفكار يكون هو المفتاح الاساسي في المكتتاب وان يكون هذا التغير بشكل تدريجياً حيث ، وجد الباحث صعوبة لدى الأطفال في تعليم كل الأفكار نحن مع التدريب بدء التحسن في التعامل مع سجل التفكير وكانت البداية تعليم الطفل تحديد موقف الذي شعر بالضيق وعدم الارتياح فيه وان يحدد الحالة

النفسية وذلك بتسجيل الشعور والمشاعر الذى انتاب الطفل في هذا الموقف وان يوضع درجة يوصف بها هذا الشعور (الانفعال) ثم يقوم الطفل بتحديد اى شيء خطر في باله في هذا الموقف اذا كانت الأفكار على شكل صورة ذهنية فيجب وصفها بالكلمات

وتم تشجيع الطفل على استنباط ما يؤيده وكذلك ما يعارض الافكار المرتبطة بمشكلاته الانفعالية وتدفع الأفكار التلقائية السلبية للطفل إلى البحث والتركيز على المعلومات التى تؤيد ما توصل اليه من قرارات ، ويطلب من الطفل أن يقوم بعملية بحث جادة في ذاكرته بهدف استدعاء الخبرات التى لا تتسجم مع افكاره السلبية وفى معظم الحالات تكون النتيجة أن يتوصل الطفل إلى ما يدلل فعلا على أن ما توصل اليه من افكار سلبية لم تكن دقيقة الامر الذى يجعله يعيد النظر في هذه القرارات وبالتالي يكون قادرا على تصحيحها او استبدالها بأفكار اخرى .

ويقوم الطفل بعد ذلك بكتابة الفكرة البديلة وكذلك درجة التصديق بها ويقوم الطفل بعد ذلك باعادة تقويم الانفعالات التى كتبها وفى معظم الاحيان يكون هناك تغيرات ايجابية على الاكتئاب التى يشكو منه الطفل .

وجد الطفل المكتئب يقرر مجموعة من الأعراض او المشاكل التى تمثل معظمها . يظهر من الاضطراب ويكون على الباحث أن يوضح له شكواه الرئيسية او مشاكله الرئيسية مثل إحساس الأطفال بعدم الشعور والإحساس بالحب نجد الأطفال الاكتئابيين يعيشون انخفاضا في المشاعر الموجبة مثل الإحساس بالحب ، السعادة ، مشاعر المرح والدعابة . الخ ونجد بعض الأطفال يضحكوا بعض الصعوبات الشخصية ويقلل من قدراته على التغلب على تلك الصعوبات نتيجة لتلك التقييمات السلبية لنفسه ، وذلك انخفاض تقدير الذات لديهم فالطفل الاكتئابى يرى كل علاقاته وتفاعلاته بطريقة مطلقة مثل الأبيض او الأسود فقط فهو يرى علاقاته بالعالم من حوله بشكل سلبي وانه يضحك من هذا العالم ولذلك يشعر بعدم السعادة من خلال هذه العلاقة .

الفرض الثانى

توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الثانية (مجموع العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) فى درجات الاكتئاب فى القياس القبلى (قبل تطبيق البرنامج العقلانى الانفعالى السلوكى) ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد تطبيق برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى مباشرة) وللتحقق من هذا الفرض إحصائيا قام الباحث بإجراء معامل ويلكوسون لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب و ذلك بتطبيق اختبار القائمة العربية للاكتئاب قبل تلقى المجموعة التجريبية الثانية العلاج الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب وبعد تلقى المجموعة الثانية للعلاج الانفعالى السلوكى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٦)

جدول (٥٦)

معامل ويلكوسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى النفعالى السلوكى

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
٠.٠١	٢,٨١٤-	٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٥٦) ان هناك فروق دالة فى الاكتئاب بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى النفعالى السلوكى حيث بلغ معامل ويلكوسون ٢,٨١٤ وهى دالة عند مستوى ٠.٠١

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٥٦)

توجد فروق فى درجة التحسن فى الاكتئاب بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى عند مستوى ٠.٠١ . مما يؤكد صحة الفرض الثانى بما يدل على تحقيق تأثير العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تخفيف الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية الثانية حيث انخفاض درجات الاكتئاب لدى الأطفال المكتئبين على قائمة العربية للاكتئاب بعد القياس البعدى

١- متوسط الاكتئاب قبل التطبيق البرنامج ٥٧,٣

٢- متوسط الاكتئاب بعد التطبيق البرنامج ٣٨,٣

تفسير الفرض الثانى

تشير نتيجة الفرض إلى أنه توجد فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى فى تخفيف الاكتئاب لصالح القياس البعدى بعد تلقى المجموعة الثانية للعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة

منها دراسة Wood 1996 , Marcotte 1996 , Vostanis etal 1996 ,

Comatta & Nagoshi 1995 , Marrcotte & Bareom 1993

ويمكن تفسير نجاح برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بالنتائج التى توصلت إليها الدراسات السابقة من وجود علاقة دالة بين الاكتئاب والتفكير اللاعقلانى لدى الأطفال ومن هنا فان سبب أسلوب دحض الأفكار اللاعقلانية ونظام المعتقدات اللاعقلانية واستبدال الأفكار العقلانية بدل اللاعقلانية يعد علاجاً مناسباً لكثير من إشكال الاضطرابات النفسية والاكتئاب خاصة فى ضوء ما كشفت عند الملاحظة الميدانية من خلال تفشى وانتشار الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال مما يوضح الحاجة الماسة لاستخدام الأساليب العلاجية الفعالة لتغيير هذه الأفكار وذلك من خلال برامج للتعليم العقلانى الانفعالى وأسلوب دحض الأفكار اللاعقلانية التى تستند إلى نظرية العالم البرت أليس الذى يعتبر طريقة فى

الإرشاد والعلاج النفسي وتهدف هذه الطريقة العلاجية لتزويد المرض بالمهارات والفنيات اللازمة لإعادة بناء معتقدات من جديد .

ويؤكد اليبس على أن الناس يضطربون ليس بسبب الأحداث لكن بسبب نظام المعتقدات اللاعقلانية الذي يشكل تقيّماتهم لهذه الأحداث وتظهر بالتالى مشاعرهم وسلوكهم بالمبالغة والتهويل والجمود فيقفون إمام هذه الأحداث عاجزين عن التعرف بما في صالحهم .

(corey ,1997 .PP.319:320)

وفيما يتعلق بأسباب الاضطراب الانفعالى يرى اليبس إنها تجمع بين المصادر المعرفية الانفعالية والسلوكية والتي تنبع من المعارف او التفكير فحسب ولكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضا ،والى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر بالتفاعل بين استعداداتهم الفطرية والوسط الاجتماعى الخارجى الذى يعيشون فيه ومن ثم فهى تتأثر ببيئاتهم الاجتماعية والمادية كما إنهم نادرا ما يخبرون أفكار خالصة أو انفعالات خالصة أو سلوكيات خاصة ولكنهم يخبرون حالة معقدة من التفاعل الانسانى بين هذه المتغيرات الثلاثة ،وعلى ذلك يعد الفرد مسئولا بدرجة كبيرة عما يلحق به من اضطراب انفعالية حيث يقوم من الناحية الشعورية أو اللاشعورية وذلك بشكل واضح باختيار أن تضطرب نفسه واذا كان الأمر كذلك يصبح بإمكانه الا يسبب الاضطراب لنفسه وان يحقق ذاته وذلك اذا ما ابدى تفضيلا قويا لتحقيق الانجاز والموافقة والراحة ولكنه في ذات الوقت اذا ما قام بوضع مثل هذه التفضيلات في صورة واجبات مطلقة فانه يعود بنفسه مرة أخرى إلى الاضطراب

ويهدف التعليم العقلانى الانفعالى لتعليم الأطفال مهارات تفكير عقلانى بحيث يقومون بالتعرف على أفكارهم وانفعالهم بفاعلية أكثر ويكتسبون بالتالى رؤية واستبصار ويتعلمون أساليب مواجهة منطقية للتقليل من الاضطراب الانفعالى الذى عاشوا فيه بشكل عام خلال طفولتهم فالتعليم العقلانى الانفعالى يعد الجانب التعليمى للعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى والمستمد منه وهو متطابق معه فهو يركز على خبرات التنمى انسانية كوسائل للتعرف بطرق المواجهة العقلانية

ولقد وصف " كناوس " 1988 kanus وهو مؤسس التعليم العقلاني بأنه أسلوب يهتم بتعليم أساليب لدراسة وفهم الطريقة التي تؤثر بها الاتجاهات والمعتقدات والقيم على مشاعر والادراكات وتطبيق التعليم العقلاني الانفعالي تبرز فرضية أن التعليم العقلاني الانفعالي يزيد العقلانية ويؤدي إلى تناقص في الانفعالات والسلوكيات المضطربة ويزيد الانفعالات والسلوكيات السوية ولقد وضحت النتيجة الايجابية التي يحققها بان الأساليب التعليمية والفنيات العلاجية التي استخدمت في برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع عينة الدراسة من الأطفال الذين يعانون الاكتئاب قد أدت إحداث تغيير في درجة الاكتئاب لديهم .

ويعتبر التعليم العقلاني الانفعالي السلوكي المستمد من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي منهاجاً إنسانياً لمساعدة الأطفال المكتئبين على التعامل بموضوعية وبفاعلية أكثر مع اضطراباتهم وتؤكد نتائج الدراسة الدور العلاجي أن لعبة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة تعدل الأفكار والمشاعر والسلوكيات وبالتالي إحداث التغيير العقلي نحو العقلانية .

الفرض الثالث

توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس . تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) .

و للتحقق من هذا الفرض إحصائياً قام الباحث بأجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الأولى مجموعة العلاج المعرفي وذلك بتطبيق الأدوات اختبار تقدير الذات للأطفال، اختبار المهارات الاجتماعية للأطفال ، اختبار اليأس للأطفال ، اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال في القياس القبلي قبل تطبيق البرنامج العلاج المعرفي وتطبيق الاختبارات بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة

جدول (٥٧)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى تقدير الذات

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
.٠١	٢,٨١٢—	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة
		٥٥ —	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٥٧) ان هناك فروق دالة فى تقدير الذات بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨١ و هى دالة عند مستوى ٠.٠١ كما يتضح من نتيجة الجدول رقم (٥٧)

أن هناك فروق فى درجة التحسن فى تقدير الذات بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠.٠١ مما يؤكد الفرض بوجود فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى فى تقدير الذات وهذا يؤكد على تأثير العلاج المعرفى فى ارتفاع درجة تقدير الذات لدى الاطفال المكتئبين عنى مقياس تقدير الذات للاطفال بعد المقياس البعدى

متوسط درجة تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج يساوى ١٠,٩

متوسط درجة تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج يساوى ١٩,٩

جدول (٥٨)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
.٠١	٢,٨١٠-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة
		٥٥ -	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٥٨) ان هناك فروق دالة فى المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨١٠ وهى دالة عند مستوى ٠.٠١ كما يتضح من نتيجة الجدول رقم (٥٨)

توجد فروق فى درجة التحسن فى المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠.٠١ مما يؤكد صحة الفرض على وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدى فى المهارات الاجتماعية وهذا يؤكد على تأثير العلاج المعرفى فى ارتفاع درجة المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المكتئبين على مقياس المهارات الاجتماعية للاطفال بعد القياس البعدى

متوسط درجة المهارات الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج يساوى ٢٤,٩

متوسط درجة المهارات الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج يساوى ٤٢,٦

جدول (٥٩)

معامل ويلكوكسونم للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الياس

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
.٠١	٢,٨٣١	٥٥	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٥٩) ان هناك فروق دالة فى الياس بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨٣١ وهى دالة عند مستوى ٠.٠١

ويوضح من نتيجة الجدول رقم (٥٩)

وجود فروق فى درجة انخفاض الياس بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠.٠١ مما يؤكد مع تأثير العلاج المعرفى فى خفض الياس لدى الاطفال المكتئبين على مقياس الياس الاطفال بعد القياس البعدى

متوسط درجة الياس قبل تطبيق البرنامج يساوى ١٨,٥

متوسط درجة الياس بعد تطبيق البرنامج يساوى ١١,١

جدول (٦٠)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الافكار اللاعقلانية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
٠٠١	٢,٨١٦	٥٥	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٦٠) ان هناك فروق دالة فى الافكار اللاعقلانية بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨١٦ وهى دالة عند مستوى ٠٠١ ويتضح من نتيجة الجدول

وجود فروق فى درجة إنخفاض الافكار اللاعقلانية بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠٠١ مما يؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى فى درجة الافكار اللاعقلانية وهذا يؤكد على تأثير العلاج المعرفى فى خفض الافكار اللاعقلانية لدى الاطفال المكتئبين على اختبار الافكار اللاعقلانية بعد القياس البعدى

متوسط درجة الافكار اللاعقلانية قبل التطبيق يساوى ٥٢,٩

متوسط درجة الافكار اللاعقلانية بعد التطبيق يساوى ٣٠,٨

تفسير الفرض الثالث

تشير النتائج السابقة إلى وجود فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى للمجموعة الأولى فى تقدير الذات بعد تلقى العلاج المعرفى " بيك " وذلك

تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة Vostanis etal 1998 , Last etal 1998 , King etal 1998 , Feehan & Vostanis 1996 , Kahanatal 1990

اهتم الباحث بجدول الأنشطة بالاشتراك مع الأطفال المكتئبين مما يترتب عليه بأن الأطفال يعيشون في نقد أذات بسبب انسحابهم عن المجتمع والعزلة عنه وإنهم لا يتسموا بالنشاط ويبررون ذلك الانسحاب من المجتمع وعدم التفاعل معه بأنهم ليس لهم أهمية في المجتمع أو إنهم يشعرون بالعبء على الآخرين مما جعلهم في حالة من السلبية والانعزال ،ولذلك عمل الباحث على دفع الأطفال على ممارسة الأنشطة وكان في البداية يعطى للطفل بعض الأنشطة البسيطة التي تساعده على إنجازها حتى يشعر بالنجاح في أنجاز النشاط وبالتالي يكون لديه الدافعية لاداء أنشطة اخرى وبذلك يحقق لهم تقديراً إيجابياً للذات وكان الباحث يهتم بمحاولة الطفل ممارسة النشاط أن لن يفقد شيئاً إذا حاول إذا لم يستطيع الطفل لذاته لا يستطيع الإنسان أن ينجز كل الأشياء التي يخطط لها وبالتالي انه ليس الأسوأ في ذلك والتركيز على ما يقوم به الطفل المكتئب من أنشطة في حياته اليومية أهمية بالغة في مساعدته على التغلب على مرضه وليساعده على فحص أفكاره خاصة الافكار التي تركز على أن لا أستطيع عمل اى شيء وأيضاً يساعده النشاط على الاستمتاع والإحساس بالقدرة ومساعدة على التحكم في أمور حياته.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة حيث تحقق العلاج

المعرفى في تنمية المهارات الاجتماعية مثل دراسة , Liddle & Spece 1994

. Reed 1994

وترجع أهمية هذا البرنامج إلى أهمية المهارات الاجتماعية في حياة الأطفال حيث يعد تعلم هذه المهارات الأساسية لتحسين الكفاءة الاجتماعية التي تتضمن عنصرين متداخلين هما السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية ولا يخفى أن المشكلات المرتبطة بالأمراض النفسية ذات صلة بالمشكلات النفسية والاضطراب في هذه المهارات الاجتماعية عندما يحرم الطفل من خبرات الاتصال الاساسى ذى المعنى وهذا يفسر العلاقة الارتباطية بين الاضطرابات النفسية

والنقصان في المهارات الاجتماعية وقصور مهارات الاتصال وإقامة العلاقات بين الشخصية السوية القوية مثل مهارات تكوين الصداقات وحسن الحديث والإنصات والقدرة على حل المشكلات .

ويستند العلاج المعرفى على الاهتمام بالمهارات الاجتماعية وذلك من خلال الاهتمام بادراك الأطفال الذى يدل على سلوكهم والتي يمكن تعديله مثلها مثل السلوكيات الصريحة الظاهرة والتي يمكن ملاحظتها مباشرة ، ولذلك فان فنيات العلاج المعرفى التي تستخدم لتعديل السلوك الظاهر مثل النمذجة يمكن استخدامها أيضا مع السلوكيات غير المعلنة او الظاهرة مع العمليات الذاتية في التفكير او الحوار الداخلى وهذا ما يجعل المناهج المعرفية تتضمن العديد من الاستراتيجيات السلوكية كجزء مهم في العلاج (Dobson & Black 1988) .

أن جميع المناهج المعرفية السلوكية بما فيهم التدريب على المهارات الاجتماعية تنطلق من أساس يتضمن انه دائما وفي الامكان ، وضمن مخزون الفرد تستقر السنوكيات المستهدفة المرغوبة والفعالة كما إنها مبنية على نموذج التعلم محكم البناء ومنظم وإنها جميع تؤكد على دور الواجبات المنزلية وتضع المسئولية التغير على كاهل الطفل وتفترض دورا نشيطا للغاية للأطفال خلال الجلسات العلاجية وخارجها كما انها تستخدم انواعا من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لاحداث التغير . (corey. 1997.PP.318-319)

الفرض الرابع

توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الثانية (مجموع العلاج الانفعالى السلوكى) فى درجات المقاييس ، تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، الياس ، الافكار انلا عقلانية فى القياس القبلى (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) . وللتحقق من هذا الفرض احصائيا قام الباحث باجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ذلك

بتطبيق الادوات اختبار تقدير الذات للاطفال ، اختبار المهارات الاجتماعية للاطفال ، اختبار الافكار اللاعقلانية للاطفال فى القياس القبلى قبل تطبيق البرنامج العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى وتطبيق الاختبارات بعد تطبيق البرنامج العلاجى مباشرة

جدول (٦١)

معامل ويلكوسون للفروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى فى تقدير الذات

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
٠.٠١	٢,٨٤٢	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة
		٥٥	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٦١) ان هناك فروق دالة فى تقدير الذات بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى حيث بلغ معامل ويلكوسون ٢,٨٤٢ وهى دالة عند مستوى ٠.٠١

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٦١)

وجود فروق فى درجة التحسن فى تقدير الذات بين القياس القبلى والقياس البعدى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج المعرفى عند مستوى ٠.٠١ مما يؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى فى تقدير الذات وهذا يؤكد على تاثير العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى فى ارتفاع درجة تقدير الذات لدى الاطفال المكتئبين على مقياس تقدير الذات للاطفال بعد القياس البعدى

متوسط درجات تقدير الذات قبل التطبيق البرنامج يساوى ١٠,٥

متوسط درجات تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج يساوى ١٩,٦

جدول (٦٢)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة
التجريبية الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية

الدلالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط انرتب	ن	
.٠١	٢,٨١٤	صفر ٥٥	صفر ٥,٥٠	صفر ١٠ ١٠	الرتب السالبة الرتب الموجبة المجموع

يتضح من جدول (٦٢) ان هناك فروق دالة فى المهارات الاجتماعية
بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت
العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨١٤ وهى
دالة عند مستوى ٠.٠١

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٦٢)

توجد فروق فى درجة التحسن فى المهارات الاجتماعية بين القياس
القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج
العقلانى الانفعالى السلوكى عند مستوى ٠.٠١ مما يؤكد صحة الفرض بوجود
فروق بينهم وهذا يؤكد على تأثير العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تأثير
ارتفاع درجة المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المكتسبين على المهارات
الاجتماعية لدى الاطفال بعد القياس البعدي

متوسط درجات المهارات الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج يساوى ٢٦,٨

متوسط درجات المهارات الاجتماعية بعد التطبيق البرنامج يساوى ٤٣

جدول (٦٣)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة
التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في اليأس

الدالة	معامل ويلكوكسون	مبتوع الرتب	متوسط الرتب	ن	
٠٠١	٢,٨٣١	٥٥	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٦٣) ان هناك فروق دالة في اليأس بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨٣١ وهي دالة عند ٠٠١.

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٦٣)

بوجود فروق في درجة الانخفاض اليأس بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند مستوى ٠٠١. مما يؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة اليأس لدى الاطفال على اختبار الافكار اللاعقلانية بعد القياس البعدي

متوسط درجة اليأس قبل التطبيق يساوي ١٨,٣

متوسط درجة اليأس بعد التطبيق يساوي ١١

جدول (٦٤)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الافكار اللاعقلانية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
.٠١	٢,٨١٦	٥٥	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة
		صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٦٤) ان هناك فروق دالة في الافكار اللاعقلانية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٢,٨١٦ وهي دالة عند مستوى .٠١

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٦٤)

بوجود فروق في درجة الانخفاض الافكار اللاعقلانية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند مستوى .٠١ مما يؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة الافكار اللاعقلانية لدى الاطفال على اختبار الافكار اللاعقلانية بعد القياس البعدي

متوسط درجة الافكار اللاعقلانية قبل التطبيق يساوى ٥٣,٤

متوسط درجة الافكار اللاعقلانية بعد التطبيق يساوى ٢٨,١

تفسير الفرض الرابع

تشير نتيجة الفرض إلى أنه توجد فروق بين القياس القبلى والقياس البعدى لصالح القياس البعدى بعد تلقى المجموعة الثانية للعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى كما تتفق مع دراسة Marcotte 1996 .

ويتضمن العلاج العقلانى الانفعالى فى الدراسة الحالية أنواعا عديدة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التى تم تدريب الأطفال المكتسبين عليها بأسلوب الشرح والتوضيح والنمذجة ولعب الدور التغذيةى الراجعة وأقد تراوحت الفنيات من تدريب على نظرية A.B.C والتعرف على الأفكار اللاعقلانية الشائعة إلى الكشف عن ،تحديد الأفكار اللاعقلانية من خلال نماذج التحليل الذاتى العقلانى والتخيل العقلانى الانفعالى

لوصول إلى الأثر الانفعالى الايجابى الجديد وأيضاً بتكرار هذه التدريبات من خلال الواجبات المنزلية.

وباستخدام أساليب المواجهة المعرفية والانفعالية والسلوكية للمواقف المؤثرة والتى تعتبر الأفكار اللاعقلانية مسنولة من إحداث المشاعر المنضطربة المرتبطة بها هذا بالإضافة للتركيز على إشكال لوم الذات وتقليل من تقدير الذات زيادة استيعاب الأطفال للمفاهيم العقلانية المستندة إلى افتراض (اليس) ، حول أن العقلانية هى أساس تحقيق التوافق وان الإضطرابات النفسية والانفعالية ينجم عن التفكير اللاعقلانى .

وحيث أن الاضطرابات الانفعالية كما يقول (اليس) تنجم عن أسلوب التفكير لذا فمن المتوقع تأثير البرنامج علاجى مبنى على أساس تحدى واستبدال المعتقدات اللاعقلانية المختلة وظيفيا والمؤدية للمشاعر السلبية الحادة والذى يتأثر بارتفاع تقدير الذات وعدم لوم الذات والتقليل من الأفكار والمشاعر الهدامة المحبطة للذات وتشجيع وتعليم كيفية تحمل الإحباط والاسحاب والكآبة الذى يتميز به هؤلاء الأطفال المكتسبين من خلال البرنامج يمكن الوصول إلى أطفال على مستوى منخفض فى الاكتئاب ويتمتعوا بصحة نفسية ايجابية.

أن الذات يضطرب حسب مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بسبب المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالذات حيث يقوم الفرد بوضع مطالب إلزامية متعلقة بذاته وبالأخرين وبالعالم وعندما لا يتم إشباع وتحقيق هذه المطالب فإن الفرد يكتئب وينسحب ويشعر بانخفاض قيمته الذاتية وتسهم الخبرات التالية في اضطراب الذات مثل الفشل في تحقيق هدف مهم والقيام بالعمل بشكل غير كفاء وعدم الحصول على قبول واستحسان وتقدير وحب الآخرين المهمين التعرض للانتقاد والسخرية وعدم بذل مجهود كاف للوصول إلى مستوى أداء جيد .

(Ellis & Dryden, 1997:202)

وبالمقابل فإن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يضع البدائل الصحية لاضطرابات الذات من خلال تعريف وتعليم الأطفال المكتئبين لمجموعة من المعتقدات العقلانية المبنية على مفهوم تقبل الذات غير المشروط والذي تعزز مبادئ : عدم وضع تقديرات عامة للذات وأن الناس كائنات معرضة للخطأ وبالتالي لا يوجد شخص أفضل من الآخر .

ويوضح هذا المبدأ أن العلاج العقلاني الانفعالي واحد من أفضل العلاجات النفسية وتجنب التعميم فعندما يطبق الناس مفهوم تقدير الذات المشروط فهم يرتكبون أخطاء في التعميم المبالغ فيه فالطفل المكتئب يستدل على أنه فشل في تحقيق هدف ما ويقيم هذا الفشل بشكل سلبي ثم يستنتج أنه إنسان فاشل أي يقدر كل ذاته على أساس تقديره لجزء في ذاته إما في حالة تطبيق مبدأ تقدير الذات من خلال تقبل للذات غير المشروط فإن الفرد يبقى مستنتجا أنه فشل في تحقيق هدفه ويبقى يقيم هذا الفشل سلبيا لكن هذا يبرهن له أنه كائن بشري غير معصوم من الخطاء وهذا يعبر عن المنطق تماما .

نجد الطفل يعتقد أنه غير كفاء لأنه يتصرف في موقف اجتماعي بشكل غير ملائم ولذلك يعتقد أن الذات لديه ليس ذات تقدير ولذلك ينشأ لديه معتقد جامد غير مرن ويكون البديل تعديل هذا المعتقد بأخر بتقدير الذات غير المشروط وتقبلها وهو يعني تقبله لنفسه كإنسان عرضه للخطأ في موقف معين .

مثل الطفل الذى يعتقد انه يتصرف بشكل غير ملائم فى موقف مع زملائه ولكن يبدل المعتقد بشكل معتقد مرن انه يمكن أن يتعلم كيف يتصرف بشكل ملائم مع زملائه والإنسان يتعلم من أخطائه.

الفرض الخامس

لا توجد فروق متوسطة درجات افراد المجموعة التجريبية الاولى (العلاج المعرفى) ، فى درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج) وللتحقق من هذا الفرض احصائيا قام الباحث باجراء معامل ويلكوسون لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب وذلك بتطبيق قائمة العربية للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مباشر القياس البعدى وتطبيق الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق القياس البعدى (القياس التتبعى)

جدول (٦٥)

معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	.٣٦٠	٢٥,٥٠	٥,١٠	٥	الرتب السالبة
		١٩,٥٠	٤,٨٨	٥	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٦٥) انه لا توجد فروق فى الاكتئاب بين القياس القبلى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى حيث بلغ معامل ويلكوسون .٣٦٠ وهى غير دالة

ويتضح من نتيجة الجدول رقم (٦٥)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى درجة الاكتئاب وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد صحة الفرض بعدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى الأكتئاب لدى المجموعة التجريبية الاولى

تفسير الفرض الخامس

تشير نتيجة الفرض إلى استمرار التحسن لدى المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى وذلك يتفق مع دراسات Iasts etal 1998 , King etal 1998 , Vostanis etal 1999 , Binaher etal 2000 ويركز العلاج المعرفى على عملية إعادة البناء المعرفى والاطر التخطيطية لآساب الاطفال البصيرة وبالتالي تمييز وتغيير الافكار السلبية التى تمثل الاطر التخطيطية للاطفال المكتئبين فاسلوب الاطفال المكتئبين فى الشعور بالسلوك يتحدد بواسطة الكيفية التى يدركون ويشكلون بها خبراتهم (corey :1997.PP.337).

ولذلك تم بناء البرنامج العلاج المعرفى على اكتساب الخبرة التدريبيه فى العملية العلاجية لآساب الاطفال المكتئبين مهارات فى انشخصبة تجعلهم يغيرون آبنيتهم المعرفية نتيجة لتغير سلوكهم وبالتالي يعدلوا آحاديثهم الذاتية. كما أدت خبراتهم التدريب التى اكتسبوها من خلال البرنامج إلى ارتفاع المهارات الاجتماعية لديهم إلى اكتساب مهارة الإنصات السليم وفهم آراء الآخرين والضبط الذاتى بما يجعلهم أكثر قدرة وكفاءة فى إقامة علاقات طيبة مع المحيطين بهم وهذا ما جعل الآخرين من المحيطين بهم أن يقدم إليهم تغذية راجعة ايجابية وبالتالي بدا يختفى لديهم بعض المشكلات التى كانوا يعتقدون فيها مثل مشكلة إحساسهم بكرهية الوالدين أو آحداهم لهم أو أن لا احد يحبهم وهذا انعكس فى تعبير الاطفال المكتئبين عن أنفسهم خلال الجلسات عن تلقيهم كلمات الإعجاب والثناء من أفراد الأسرة وضح ذلك إثناء أدائهم للواجبات المنزلية يفترض العلاج المعرفى أن الفرد الذى يعانى من الاكتئاب يعانى من فقر فى

المهارات الاجتماعية الضرورية للأداء الشخصي ويكون وظيفة الباحث الاهتمام بهذه المهارات عن طريق تعليم نشط ومدروس وتعد خطوات محددة لسلوكيات مرغوبة ولذلك اهتم الباحث في البرنامج العلاج المعرفى الحالى بالمهارات الاجتماعية وذلك من خلال استخدام استراتيجيات الشرح والنمذجة للمهارة ولعب الدور وأداء الواجبات المنزلية للتدريب على المهارات التعليمية ونقل اثر التدريب للحياة الواقعية والتعزيز الذاتى ، التقييم الذاتى المراقبة الذاتية مما ساعدهم على الوصول إلى مرحلة اتخاذ القرار وزاد القدرة في التعامل مع البيئة الاجتماعية وحسنت عملية التفكير لديهم من خلال ردود فعل هذه المهارات على الأبنية المعرفية الخاصة بهم

الفرض السادس

لا توجد فروق بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الثانية (العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) فى درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى (بعد شهرين من تطبيق البرنامج) .
وللتحقق من هذا الفرض احصائيا قام الباحث باجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب وذلك بتطبيق القائمة بعد شهرين من التطبيق القياس البعدى (قياس التتبعى)

جدول (٦٦)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	.٤١٦	١٨	٤,٥	٤	الرتب السالبة
		٢٧	٥,٤٠	٥	الرتب الموجبة
				١	
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٦٦) انه لا توجد فروق فى الاكتئاب بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٠.٤٢ . وهى غير دالة ويتضح من الجدول رقم (٦٦)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى درجة الاكتئاب وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض بعدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية الثانية

تفسير الفرض السادس

تشير نتيجة الفرض إلى استمرار التحسن لدى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، وتتفق مع دراسات السابقة مثل Marcotte & Baron 1993 , Wood 1996 , Vostanis etal 1996 , Marcotte 1996 العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ليس هدفه مجرد إزالة أعراض المرض ولكن يحدث أيضا تغيرا عميقاً فى فلسفاتهم الاساسية فى الحياه ففى عملية المرض ليس فقط كيف يشعرون أفضل من خلال تخفيف الحالات

الانفعالية المضطربة مثل (القلق ، الاكتئاب ،) ولكن يوضح كيف يتحسنون بالتعرف على وإزالة الاعتقادات الجوهرية المحدثة للإضطراب والشعور بشكل أفضل يحدث غالباً حلاً مخففاً وقصير المدى لمشاكل المريض في حين أن التحسن يحدث غالباً حلاً فلسفياً ودائماً .

(Neenn & Dryden .1996 , pp 219)

وفي ضوء تلك البرنامج العقلاني الانفعالي استطاع دحض الافكار اللاعقلانية لدى الأطفال المكتئبين ، تلك الأفكار التي تتسم بعدم موضوعيتها المبنية على التوقعات السلبية السيئة وعلى المبالغة والتعميم ، أخطاء الحكم ، التي لا تتفق مع الامكانات الفعلية للطفل ، وتم ذلك من خلال الهجوم المتظم على تلك الافكار اللاعقلانية باستخدام اساليب الاقناع والدحض والتشجيع وغيرها من الفنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .

الفرض السابع

لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس ، تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي . وللتحقق من هذا الفرض إحصائياً قام الباحث بإجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الأولى مجموعة العلاج المعرفي وذلك بتطبيق الأدوات اختبار اليأس للأطفال ، اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال في القياس البعدي وتطبيق الاختبار في القياس التتبعي

جدول (٦٧)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى تقدير الذات

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	١,٥٠٨	٨	٤	٢	الرتب السالبة
		٢٨	٤,٦٧	٨	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٦٧) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى تقدير الذات حيث بلغ معامل ويلكوكسون ١,٥٠٨ وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (٦٧)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى تقدير انذات وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على عدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية الاولى

جدول (٦٨)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	١,٥٠٣	١٣	٤,٣٣	٣	الرتب السالبة
		٤٢	٦	٧	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

يتضح من جدول (٦٨) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية حيث بلغ معامل ويلكوسون ١,٥٠٣ وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (٦٨)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى المهارات الاجتماعية وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض بعدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى المهارات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية الاولى

جدول (٦٩)

معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الياس

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	٠,٩٠٥	١٢	٤	٣	الرتب السالبة
		٢٤	٤,٨٠	٧	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من الجدول (٦٩) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الياس حيث بلغ معامل ويلكوسون ٠.٩١ وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (٦٩)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى درجة الياس وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على انه لا توجد فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى الياس لدى المجموعة التجريبية الاولى

جدول (٧٠)

معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الافكار اللاعقلانية

الدالة	معامل ويلكوسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	١,٠٤٤	٣٧,٥٠	٦,٢٥	٣	الرتب السالبة
		١٧,٥٠	٤,٣٨	٧	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من الجدول (٧٠) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الافكار اللاعقلانية حيث بلغ معامل ويلكوسون ١,٠٤٤ وهو غير دال ومن الجدول الاتى

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الاولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الافكار اللاعقلانية وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض عدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى

تفسير الفرض السابع

وتشير نتائج الفرض إلى نجاح الأسلوب العلاجى فى إكساب المهارات الاجتماعية واستمرار تأثيره الايجابى على أفراد المجموعة التجريبية الأولى العلاج المعرفى فى فترة القياس التتبعى (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) أن الاحتفاظ بالآثر العلاجى يعود لأهمية الخاصة لتقوية الكفاءة الاجتماعية واكتساب المهارات والتعبير عن الذات التى تؤدى إلى تحسن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال .

فالعلاج المعرفى المستخدم فى الدراسة تضمن تعليما وتدريباً لمهارات معرفية وسلوكية للأطفال المكتسبين جعلهم قادرين على توظيف هذه المهارات فى تعاملهم مع الآخرين وأيضاً فى تعاملهم مع اضطراباً تهم الانفعالية .

الفرض الثامن

لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى درجات المقاييس ، تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، الياس ، الافكار اللاعقلانية فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى وللتحقق من هذا الفرض احصائياً قام الباحث باجراء معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وذلك بتطبيق الادوات اختبار تقدير الذات للأطفال ، اختبار المهارات الاجتماعية للأطفال ، اختبار الياس للأطفال ، اختبار الافكار اللاعقلانية للأطفال فى القياس البعدى وتطبيق الاختبار فى القياس التتبعى

جدول (٧١)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تقدير الذات

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	٠,٠٨٧	١٣,٥٠	٣,٣٨	٤	الرتب السالبة
		١٤,٥٠	٤,٨٣	٦	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٧١) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى تقدير الذات حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٠,٠٨٧ وهو غير دال

ويتضح من الجدول رقم (٧١) استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الثانية فى تقدير الذات وذلك بعد شهر من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على عدم وجود فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية الثانية

جدول (٧٢)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير		٢٣,٥	٥,٨٨	٤	الرتب السالبة
دالة	٠,٤١٦	٣١,٥	٥,٢٥	٦	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٧٢) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى ادى ان المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٠.٤٢ وهو غير دال ويتضح من الجدول الاتى

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المهارات الاجتماعية وذلك بعد شهر من انتهاء من تقديم العلاج والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على انه لا توجد فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى المهارات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية الثانية

جدول (٧٣)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى اليأس

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	٠,٧٠٧	١٣,٥٠	٤,٥٠	٣	الرتب السالبة
		٢٢,٥٠	٤,٥٠	٧	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٧٣) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى اليأس حيث بلغ معامل ويلكوكسون ٠.٧١ وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (٧٣)

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى اليأس وذلك بعد شهر من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على انه لا توجد فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى اليأس لدى المجموعة التجريبية الثانية

جدول (٧٤)

معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الافكار اللاعقلانية

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دالة	١,٨٤٧	٤٥,٥٠	٥,٦٩	٨	الرتب السالبة
		٩,٥٠	٥,٧٥	٢	الرتب الموجبة
				١٠	المجموع

ويتضح من جدول (٧٤) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الافكار اللاعقلانية حيث بلغ معامل ويلكوكسون ١,٨٥ وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (٧٤) استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وذلك بعد شهر من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجى والتقييم البعدى وهذا يؤكد الفرض على انه لا توجد فروق بين القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة التجريبية الثانية

تفسير الفرض الثامن

تشير نتيجة الفرض إلى استمرار التحسن لدى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وهذا يجعل العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يؤكد على تقبل تقدير الذات الذى يودى إلى العمل البناء للاستسلام واليأس فهو يشجع على البناء للتعلم من الأخطاء ويقلل من النزعة نحو الاضطراب النفسى فالاستسلام مبنى على فكرة انه لا يوجد ما نفعه لتحسين ذاتنا لذا فلا داعى للمحاولة وهذا ما ينقد فكرة تقدير الذات وتقبلها كما أن فلسفة تقدير الذات وتقبلها تودى إلى فروق ايجابية فى الطريقة التى تفكر ونشعر ونسلوك بها أمر صعب يتضمن عملا جادا ومن هنا يكون مساعدة الأطفال على رؤية اكتساب مفهوم تقدير الذات وتقبلها هو محاولة لاكتساب مهارة جديدة تم تعلمها واستمر فى التدريب عليها وأصبحت الآن سلوكا متقنا ويأتى المعتقد العقلانى من التحدى والدحض المتكرر لمعتقدات التقليل من قيمة الذات ومن خلال التعرف المتكرر بأسلوب منسق مع معتقدات تقبل الذات وتقديرها ومن هنا تبرز أهمية مساعدة الأطفال على فهم أهمية المواجهة القوية لأفكارهم المقللة للذات وقيمتها والتى يحملونها بشكل صارم .

(Ellis & dryden :1997:202-207)

وبذلك فقد ساعد البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي للأطفال المجموعة التجريبية الثانية على تحقيق تقدير للذات مرتفع ، حيث أصبح الأطفال قادرين على الحكم على ما يتعرض له من أحداث وعلى عقلانية التفكير او العقلانية وأصبح الطفل قادر على الإحساس بالواقع الخارجى المحيط به بشكل أفضل وارتقى تفكيرهم وبالتالي تطور عملية التفكير لديهم وهذا زاد من كفاءتهم وقدرتهم على التصرف وحسن العلاقة مع الآخرين ولقد عبر الأطفال عن ذلك من الواجبات المنزلية وجدول الأنشطة الذى يعبر عن ما تعلمه من البرنامج انه إنسان يفكر ويتصرف مثل الآخرين عند وقوعهم في الاضطراب كما كان إنسان لا يحب الاختلاط بالآخرين وكان يتسم بالانسحاب والبكاء المستمر أما الآن أصبح الطفل يقوم بعملية بالتغلب على الأفكار اللاعقلانية التى تكون مسنولة عن اضطرابه وأصبح لا يخاف التعامل مع الآخرين وأصبح بإمكانه التعبير عن رأيه و أفكاره بصورة عقلانية .

الفرض التاسع

يوجد تأثير دال بين المجموعات : المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، والمجموعة الثانية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، والمجموعة الثالثة الضابطة فى درجة الاكتئاب بعد القياس البعدى .

وللتحقيق من هذا الفرض إحصائيا قام الباحث باجراء تحليل التباين بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، المجموعة الثالثة التى لم تتلقى أى برنامج علاج معرفى سلوكى وذلك بتطبيق اختبار القائمة العربية للاكتئاب بعد التطبيق البرنامج القياس البعدى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى

جدول (٧٥)

نتائج تحليل التباين بين المجموعات الثلاث بعد تطبيق البرنامج القياس البعدى

مربع التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع ايتا
بين المجموعات	٢٩٢,٦٧	٢	١٤٦,٠٣٣		دالة	
داخل المجموعات	٧٦٣,٨٠	٢٧	٢٨,٢٨٩	٥,١٦	عند ٠,٠٥	٠,٣٢
المجموع	١٠٥٥,٨٦٧	٢٩				

ويتضح من الجدول السابق ان قيمة (ف) داله عند مستوى (٠,٠٥) وذلك لانه بالكشف عن قيمة (ف) الجدولية عند درجة حرية ٢ : ٢٧ عند مستوى (٠,٠٥) وجد انها ٣,٣٥ وحيث ان قيمة (ف) المحسوبة تساوى ٥,١٦٢ ، ودرجة التأثير كبيرة حيث بلغ مربع ايتا ٠,٣٢ .

إذا فهي دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٥ ونتيجة لوجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الثلاث للدارسة استخدم الباحث اختبار توكى لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات على النحو التالى .

كما يوضح الجدول نتائج اختبار توكى Tu Key Test لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للقياس البعدى من جانب الاطفال المكتتبين فى المجموعات الثلاث .

— متوسط القياس البعدى للمجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب تساوى ٣٧,٢ .

— متوسط القياس البعدى للمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب تساوى ٣٨,٣

— متوسط القياس البعدى للمجموعة الثالثة الضابطة فى الاكتئاب تساوى ٤٤,٣

جدول (٧٦)

نتائج المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكى بالنسبة للمتوسطات الحسابية
لتقدير القياس البعدى فى الاكتئاب بين المجموعات الثلاث

المجموعة الثالثة الضابطة	المجموعة الثانية علاج عقلاى	المجموعة الأولى علاج معرفى	المجموعة
٤٤,٣	٣٨,٣	٣٧,٢	المتوسط
٧,١	١,١	---	الأولى
٦	---	---	الثانية
---	---	---	الثالثة

ويتضح من الجدول (٧٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دال (٠,٠١) بين متوسطات المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى أى نوع من العلاج المعرفى السلوكى بعد القياس البعدى ، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دال (٠,٠١) بين متوسطات المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السنوكى بين متوسطات المجموعة الثالثة التى لم تتلقى أى علاج معرفى سلوكى فى القياس البعدى ، وايضا عدم وجود فروق داله بين متوسطات المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى .

ويتضح من الجدول رقم (٧٦)

عدم وجود فروق فى درجة التحسن لدى المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى بعد تطبيق القياس البعدى (بعد انتهاء العلاج مباشرة) ولكن يوجد فروق فى التحسن لصالح المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى عن المجموعة الثالثة التى تلقت العلاج الدوائى فقط .

تفسير الفرض التاسع

تشير نتيجة الفرض إلى تحسن المجموعات الثلاث التى تلقى العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فقد ولكن بدرجات متفاوتة وذلك يتفق مع دراسات Wood etal 1997 , Weisz etal 1997 , Marcotte & Baron 1993 , Iidde & Spemce 1990 , فحص دوبسون Dobson فى واحد من أكثر المراجعات شمولاً فى هذا الميدان نتائج ثمانية وعشرون دراسة واستخلص، منها ان علاج المعرفى (بيك) يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى الدوائى وأكثر فعالية من حالات عدم تلقى العلاج فى علاج الاكتئاب الاكلينكى كما استخلص أيضاً انه متفوق على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب على الرغم من أعترافه ان مقارنات تالية مطلوبة قبل أغلاق الحديث فى هذه القضية .

(براند ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢٩)

الفرض العاشر

يوجد تأثير دال بين المجموعة الثلاث المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة الضابطة فى درجة الاكتئاب بعد القياس التتبعى وللتحقق من هذا الفرض إحصائياً قام الباحث بإجراء تحليل التباين بين المجموعات الثلاث المجموعة الأولى التى تلقى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية التى تلقى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة التى لم تتلقى أى برنامج علاج معرفى سلوكى وذلك بتطبيق اختيار القائمة العربية للاكتئاب بعد التطبيق البرنامج القياس التتبعى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٧٧)

جدول (٧٧)

نتائج تحليل التباين بين المجموعات الثلاث بعد تطبيق البرنامج القياس التتبعي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع ايتا
بين المجموعات	٢٠١,٤٢	٢	١٠٠,٧١		دالة	
داخـل المجموعات	٣٨١,٣	٢٧	١٤,١٢	٧,١٣	عند ٠,٠١	٠,٣٥
المجموع	٥٨٢,٧٢	٢٩				

ويتضح من الجدول السابق ان قيمة (ف) داله عند مستوى (٠,٠١) وذلك لانه بالكشف عن قيمة (ف) الجدولية عند درجة حرية ٢ ، ٢٧ عند مستوى (٠,٠١) وجد انها ٥,٤٩ وحيث ان قيمة (ف) المحسوبة تساوى ٧,١٣ ، ودرجة التأثير كبيرة حيث بلغ مربع ايتا ٠,٣٥ .

إذا فهي دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ ونتيجة لوجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الثلاث للدارسة استخدم الباحث اختبار توكي لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات على النحو التالي .

ويوضح الجدول نتائج اختبار توكي Tu Key Test لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للقياس التتبعي من جانب الاطفال المكتئبين فى المجموعات الثلاث .

— متوسط القياس التتبعي للمجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى فى الاكتئاب تساوى ٣٧ .

— متوسط القياس التتبعي للمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الاكتئاب تساوى ٣٨,٦ .

— متوسط القياس التتبعي للمجموعة الثالثة الضابطة فى الاكتئاب تساوى ٤٥,١

جدول (٧٨)

نتائج المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكى بالنسبة للمتوسطات الحسابية لتقدير القياس التتبعى فى الاكتئاب بين المجموعات الثلاث

المجموعة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة
المتوسط	٣٧	٣٨,٦	٤٥,١
الأولى	--	١,٦	٨,١
الثانية	--	--	٦,٥
الثالثة	--	--	--

ويتضح من الجدول (٧٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دال (٠,٠١) بين متوسطات المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلق أى نوع من العلاج المعرفى السلوكى بعد القياس التتبعى ، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دال (٠,٠١) بين متوسطات المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بين متوسطات المجموعة الثالثة التى لم تتلقى أى علاج معرفى سلوكى فى القياس التتبعى ، وايضا عدم وجود فروق داله بين متوسطات المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى .

ويتضح من الجدول رقم (٧٨)

عدم وجود فروق فى استمرار درجة التحسن لدى المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بعد تطبيق القياس التتبعى (بعد شهرين من انتهاء العلاج) ولكن يوجد فروق فى استمرار التحسن لصالح المجموعة الأولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى عن المجموعة الثالثة التى تلقت العلاج الدوائى فقط .

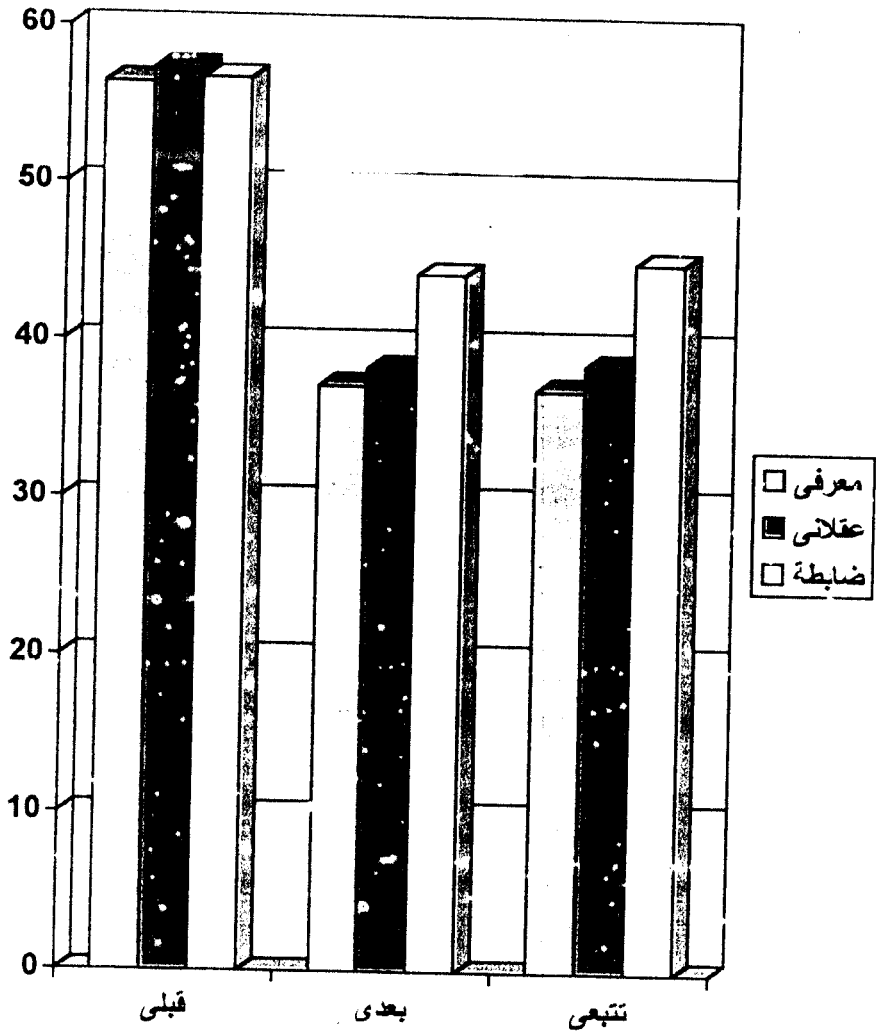
تفسير الفرض العاشر

تشير نتيجة الفرض إن كلا من العلاج المعرفى والعلاج الدوائى يؤديان إلى تغيرات معرفية متشابهة ، بمعنى أن الافكار والاتجاهات السلبية اصبحت أقل سلبية مع التحسن فى الحالة المزاجية ، دون اعتبار لنوع العلاج (Simons 1996 , Imber etal , 1979 , Zeiss etal , 1984.) وعلى أى الاحوال فبينما تبنى هذه التغيرات المعرفية بالتحسن بالجلسات العلاج المعرفى ، فانه لا يبدو انها لا تبنى بالتحسن ، عندما يستخدم العلاج الدوائى Derubeis etal لما يوحى أن الاداء المعرفى يلعب دوراً وسيطاً خلال فترة العلاج المعرفى ، ولكنه لا يلعب مثل هذا الدور خلال العلاج الدوائى .

وبينما تميزت عمليات التغير بين هذين الاسلوبين للعلاج ، إلا أنه يمكن استخدامها معا دون ضرر واضح (Hloon etal 1941) يضاف إلى ذلك نتائج دى روبيز وزملاءه (Derubeis etal 1990) تشير إلى أنه طالما أن كلا من عقاقير المضاد للاكتئاب والعلاج المعرفى يغيران الحالة المعرفية ، فانه استخدام الدواء لا يمكن اعتباره علاجاً فى حد ذاته فقط ، ولكن كقرين للعلاج المعرفى فى الحالات التى تواجه فيها صعوبات تحدى العناصر المعرفية السلبية .

(براندن ، ٢٠٠٠ ، ص ١٣١)

يوضح الشكل التالى رقم (٧) متوسط المقارنات بين المجموعات، الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى أى علاج نفسى فى الاكتئاب

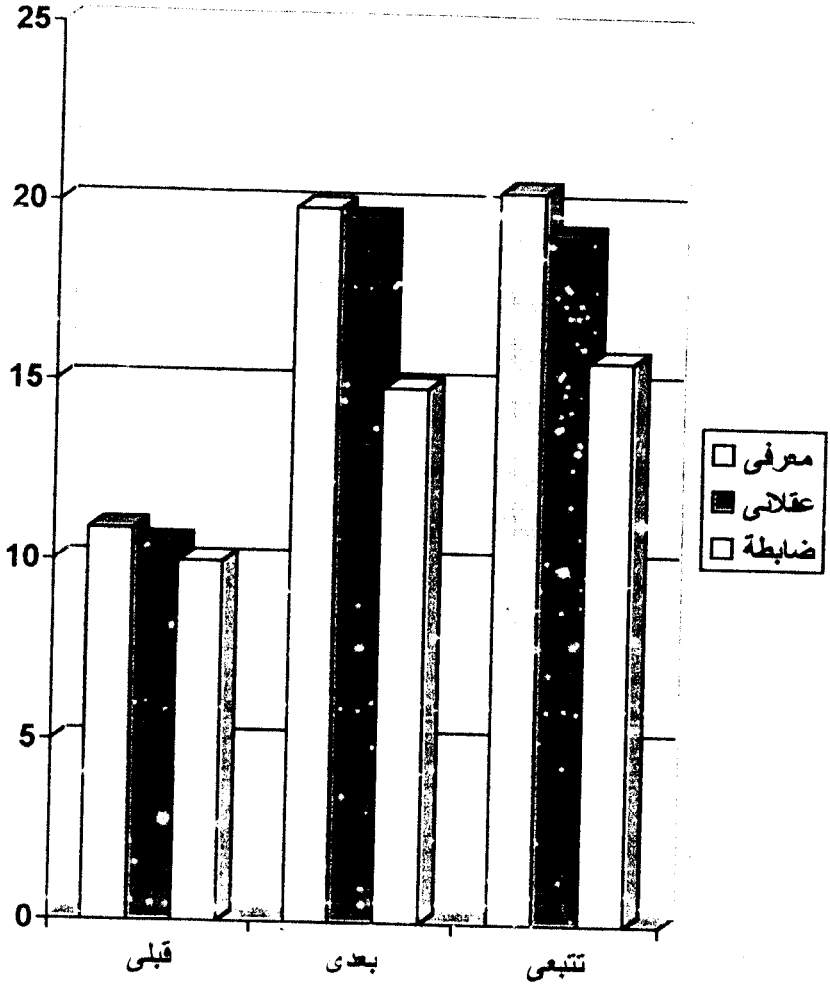


شكل (٧)

يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث في الاكتساب
في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

كما يوضح الشكل رقم (٧) أيضا متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى الاكتئاب ويشير الرسم البيانى إلى الاختلاف بين متوسط المجموعات الثلاث فى الاكتئاب فيشير العلاج المعرفى إلى انخفاض الاكتئاب فى القياس السبعى والقياس التتبعى وايضا يشير إلى انخفاض الاكتئاب فى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى وايضا يشير إلى انخفاض طفيف فى الاكتئاب فى القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة الثالثة التى لم تتلقى اى علاج ن نفسى مما يوضح مدى فاعلية العلاج المعرفى وايضا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إلى نجاحهم فى انخفاض الاكتئاب لدى الأطفال المكتئبين .

ويوضح الشكل (٨) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى تقدير الذات

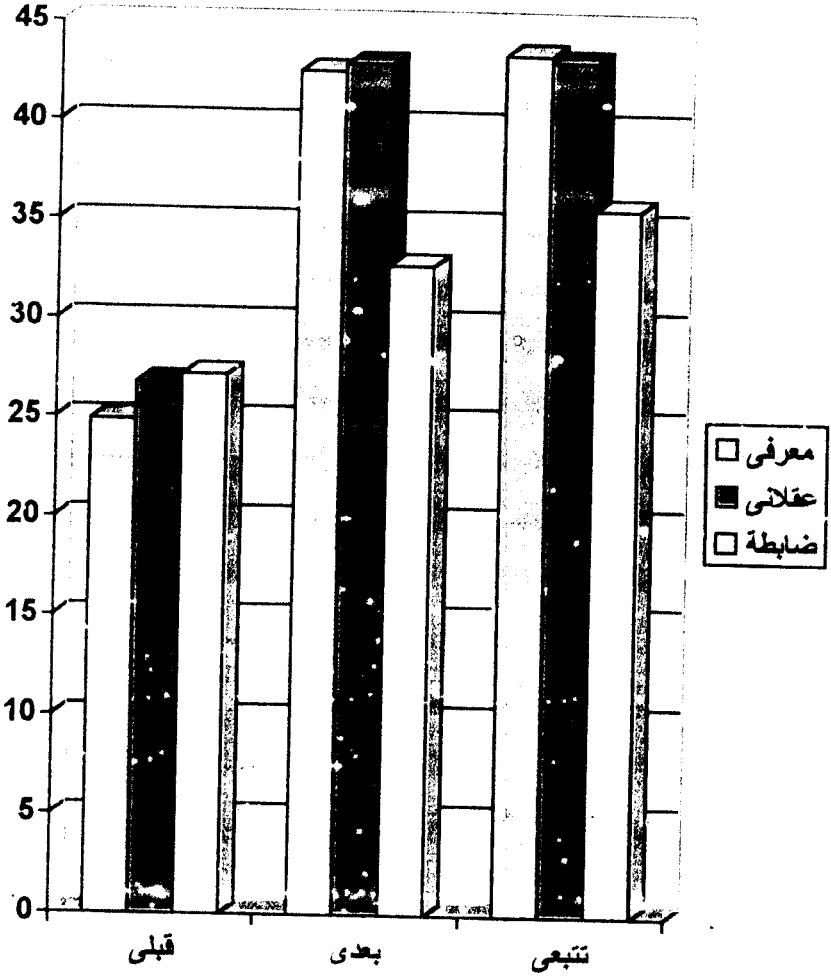


شكل (٨)

يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث في تقدير الذات في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

ويوضح الشكل (٨) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التي تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التي تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التي لم تتلقى اى علاج نفسى فى تقدير الذات ويشير الرسم البيانى إلى الاختلاف بين متوسط المجموعات الثلاث فى تقدير الذات فيشير العلاج المعرفى إلى ارتفاع تقدير الذات فى القياس البعدى والقياس التتبعى وايضا يشير إلى ارتفاع تقدير الذات فى المجموعة الثانية التي تلقت العلاج العقلانى الانفعالى وايضا يشير إلى ارتفاع طفيف فى تقدير الذات فى القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة الثالثة التي لم تتلقى اى علاج نفسى مما يوضح مدى فاعلية العلاج المعرفى وايضا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إنى نجاحهم فى ارتفاع تقدير الذات لدى الاطفال المكتئبين .

ويوضح الشكل (٩) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التي تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التي تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التي لم تتلقى اى علاج نفسى فى المهارات الاجتماعية

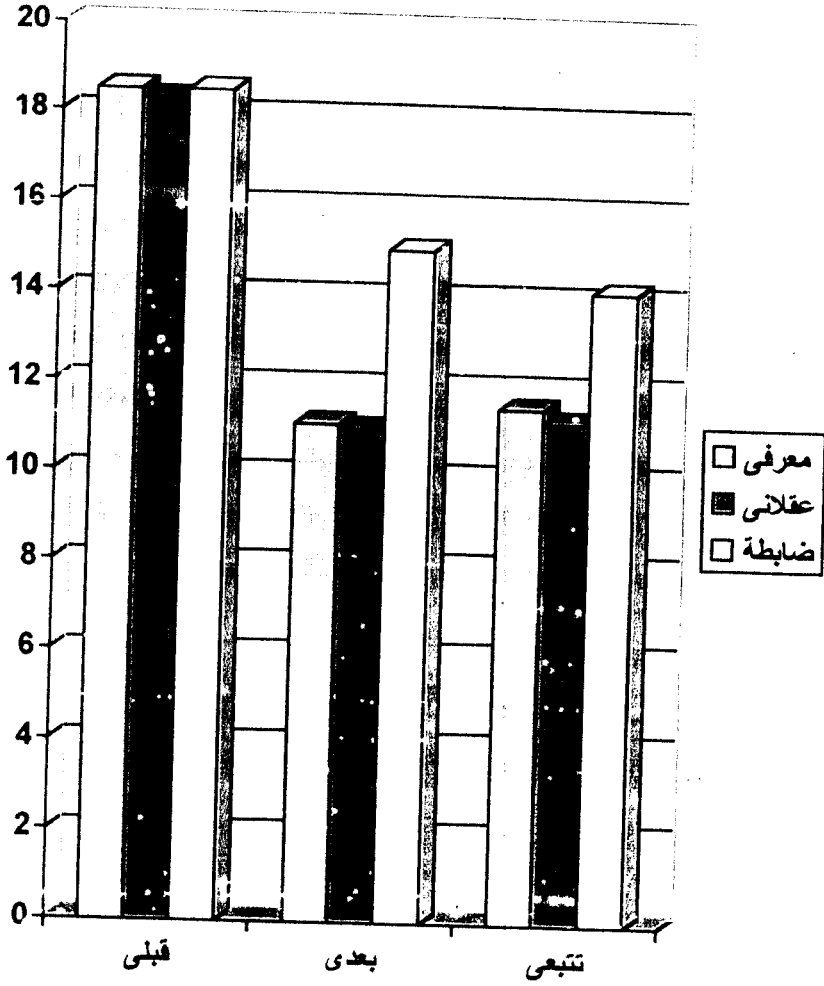


شكل (٩)

يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى المهارات الاجتماعية فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى

ويوضح الشكل (٩) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى المهارات الاجتماعية، ويشير الرسم البيانى إلى الاختلاف بين متوسط المجموعات الثلاث فى المهارات الاجتماعية فيشير العلاج المعرفى إلى ارتفاع المهارات الاجتماعية فى القياس البعدى والقياس التبعي وايضا يشير إلى ارتفاع المهارات الاجتماعية فى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى وايضا يشير إلى ارتفاع طفيف فى المهارات الاجتماعية فى القياس البعدى والقياس التبعي لدى المجموعة الثالثة التى لم تتلقى اى علاج ن نفسى مما يوضح مدى فاعلية العلاج المعرفى وايضا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إلى نجاحهم فى ارتفاع المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين .

ويوضح الشكل (١٠) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى اليااس

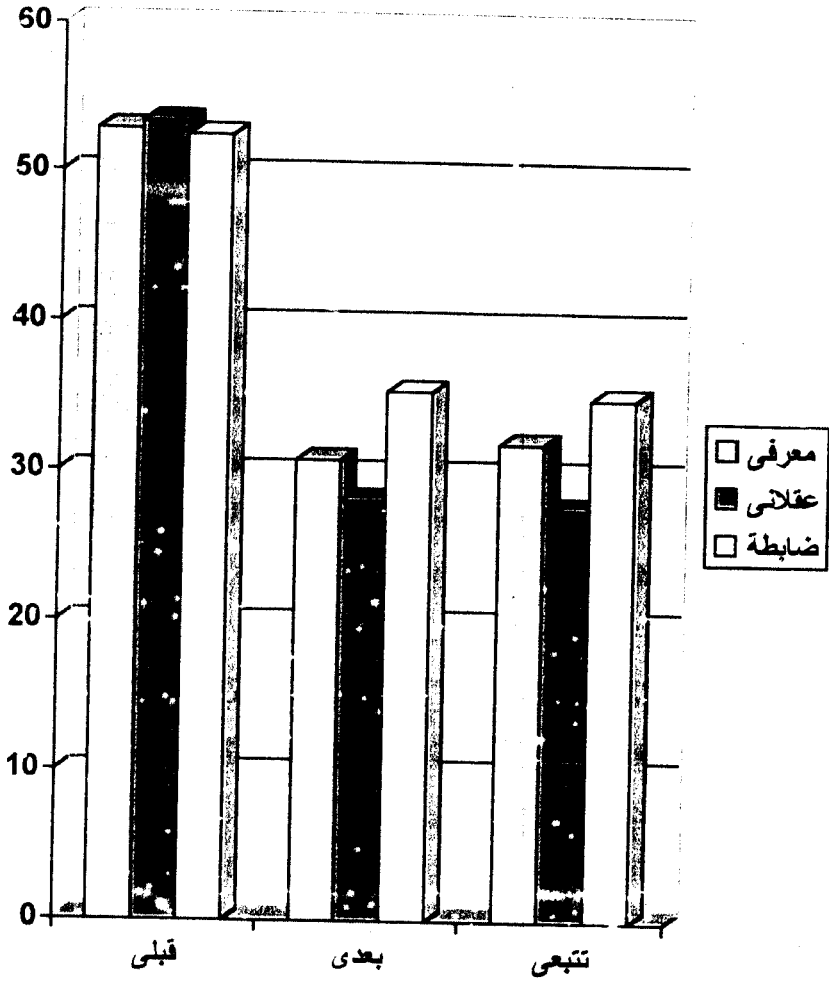


شكل (١٠)

يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث في اليأس
في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

ويوضح الشكل رقم (١٠) أيضا متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى الياس ويشير الرسم البيانى إلى الاختلاف بين متوسط المجموعات الثلاث فى الياس فيشير العلاج المعرفى إلى انخفاض الياس فى القياس البعدى والقياس التبعي وايضا يشير إلى انخفاض الياس فى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى وايضا يشير إلى انخفاض طفيف فى الياس فى القياس البعدى والقياس التبعي لدى المجموعة الثالثة التى لم تتلقى اى علاج ن نفسى مما يوضح مدى فاعلية العلاج المعرفى وايضا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إلى نجاحهم فى انخفاض الياس لدى الأطفال المكتئبين .

ويوضح الشكل (١١) متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى الافكار اللاعقلانية



شكل (١١)

يوضح المقارنة بين متوسطات المجموعات الثلاث فى الأفكار اللاعقلانية
فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى

ويوضح الشكل رقم (١١) أيضا متوسط المقارنات بين المجموعات الثلاث المجموعة الاولى التى تلقت العلاج المعرفى والمجموعة الثانية التى تلقت العلاج الانفعالى السلوكى والمجموعة الثالثة الضابطة التى لم تتلقى اى علاج نفسى فى الافكار اللاعقلانية ويشير الرسم البيانى إلى الاختلاف بين متوسط المجموعات الثلاث فى الافكار اللاعقلانية فيشير العلاج المعرفى إلى انخفاض الافكار اللاعقلانية فى القياس البعدى والقياس التتبعى وايضا يشير إلى انخفاض الافكار اللاعقلانية فى المجموعة الثانية التى تلقت العلاج العقلاى الانفعالى وايضا يشير إلى انخفاض طفيف فى الافكار اللاعقلانية فى القياس البعدى والقياس التتبعى لدى المجموعة الثالثة التى لم تتلقى اى علاج ن نفسى مما يوضح مدى فاعلية العلاج المعرفى وايضا العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى إلى نجاحهم فى انخفاض الافكار اللاعقلانية لدى الأطفال المكتئبين .

تعليق عام على النتائج

بالنظر إلى النتائج التى توصلت إليها الدراسة نجد أن جميع فروض الدراسة قد تحققت فى معظم جزئياتها وبذلك تكون قد تحققت الاهداف الهامة التى قامت من اجلها وقد تلخصت هذه النتائج فى مجموعة من الخطوط العريضة كما يلي :

وقد جاءت النتائج الدراسة الحالية لتؤكد كفاءة العلاج المعرفى السلوكى سوى العلاج المعرفى (بيك) والعلاج العقلاى الانفعالى السلوكى (اليس) وتقف نتائجها مع ما جاء فى العديد من نتائج الدراسات السابقة التى اكدت على أن العلاج المعرفى السلوكى هو طريقة ذات فاعلية فى تخفيف اضطراب الاكتئاب لدى الاطفال المكتئبين ويتفق ذلك مع دراسات

lewinsohen etal , 1990 joycox etal 1994, vostonis etal 1996 ,feehan& vostonis 1996 , wood etal 1996,weisz etal 1997 , Brent etal 1997 ,king etal 1998 , lasts etal 1998 ,vostonis etal 1998 , Mendlowitz etal 1999 ,Bimaher etal 2000 , Bernistein etal 2000

فى العلاج المعرفى أسلوب علاجى يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير فى عمليات التفكير حيث أنه من المعروف أن المعارف لها تأثيرها فى السلوك فتغير المعارف ينتج عنه تغيير فى السلوك وفى نفس الوقت فإن تغيير السلوك ينتج عنه تغيير فى المعارف مثل (التفكير - تقدير الذات) وهكذا ذهابا وإيابا فهذه حالة متبادلة بين المعارف والانفعالات والسلوك فالعلاج المعرفى يؤكد على دور التفكير فى اظهار الانفعالات والسلوك وأيضا له دور هام فى تغيير السلوك وفى تغيير الانفعالات والتفكير فالافكار الاتوماتيكية التى تحدث لدى الطفل المكتتب تكون ناتجة عن إحداث مزعجة إنفعالية تؤثر فى الطفل وكذلك الاعتقادات الخاطئة أو المختلة وظيفيا والتى لقبها بيك (Beck) تركيبات معرفية أو مخططات .

وفى العلاج المعرفى يساعد الباحث الطفل على تحديد المعارف السلبية المحرفة والتى تكون ناشئة عن اعتقادات مختلة وظيفيا هذه المعارف والاعتقادات توضع لتحليل منطقى من خلال الواجبات المنزلية يتعلم الطفل أن يحقق تفكيراً مرتبطاً بالواقع وذلك قام الباحث باستخدام الفنيات السلوكية والمعرفية ليساعد الطفل المكتتب على تعلم معرفة الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك وان يراقب تفكيراته السلبية وان يفحص الافكار المحرفة وان يحاول ربطها بالواقع وذلك كله نكى يصل الباحث إلى تغيير البنيان المعرفى للطفل المكتتب .

فالأعراض المتنوعة للاكتئاب مثل اليأس ، الحزن ، فقدان الشهية ، الاحساس بالفشل ، الاحساس بعدم الرضا الخ فالاعراض الاكتئابية تتغير كما اوضحت هذه الدراسة تباعاً فى النظام المعرفى لدى الطفل المكتتب .

ويرى الباحث أن استمرار تأثير العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى عند التقييم البعدى حيث يتم تدريب الطفل على التعامل مع الأفكار المرتبطة بالاضطراب وكذلك على التعامل مع ما قد يستجد من أفكار فى المستقبل مما يجعله قادراً على التعامل مع هذه الأفكار التى قد تنشأ لديه مستقبل نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية وفى ذلك يؤكد (اليس) أن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يحدث تغيرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد اقل اضطراباً فى الوقت

الحاضر وائل قابلية للاضطراب في المستقبل وتؤكد الدراسة على الكفاءة العلاجية التي يتمتع بها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى الأطفال ويبدو أن مفاهيم ومبادئه النظرية وأساليبه العلاجية تبدو مناسبة أيضا لهذه الفئة من الأطفال المكتئبين فالمعتقد الرئيسي الذي يستند إليه العلاج العقلاني الانفعالي يتضمن أن الفرد الذي يفكر بشكل عقلاني يستطيع أن يسيطر على انفعالاته وان يجعل نفسه عرضة للأفكار اللاعقلانية التي يمكنها أن تسيطر عليه وتساعد على ظهور الاضطراب وان برنامج العلاج العقلاني الانفعالي تسعى للوصول بالطفل إلى هذا المستوى العقلاني وذلك ضمن أساليب تعليمية وفنيات معرفية وانفعالية وسلوكية متعددة وهذا ما تم في هذه الدراسة الحالية حيث تم التركيز في الجلسات العلاجية الأولى على بناء علاقة مهنية مساعدة بين الباحث والأطفال المكتئبين كان يشجعهم على التحدث براحة وحرية وبمجرد أن تم التأكد من تشكيل التحالف التعاوني والعلاجي واصل الباحث على وضع أهداف رئيسية حيث يقوم الأطفال بتعين المعتقدات والمشاعر والسلوكيات التي يرغب في انتقاصها أو التقليل منها حيث يقوم الباحث بتوضيح كيف تؤدي المعتقدات اللاعقلانية للمشاعر والسلوكيات السلبية وعندما يدرك الأطفال أن معتقدات لاعقلانية تؤدي إلى انفعالات وسلوكيات مختلفة وظيفيا يقوم الباحث بتعرفهم لماذا يتمسكون بالمفاهيم الخاطئة القديمة بدلا من التخلص منها ويصمم الواجبات المنزلية بعناية تناسب الأطفال وجعلهم يستطيعون إنجازها بطريقة ايجابية وإحداث تغيير انفعالي لديهم والواجبات المنزلية يتم فحصها في الجلسات التالية ويتعلم الأطفال المكتئبين طرقا فعالة في دحض أفكارهم الهادمة للذات .

وباختصار فان العملية العلاجية تتضمن تعليم الأطفال النشاط وان إدانة الذات ولومها يعد أحد الأسباب الرئيسية للاضطراب الانفعالي وحدوث الاكتئاب .

يفسر ذلك بان الطرق المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي فيما يذكر (سامى هاشم ، ١٩٩٧ ، ٦٨) لا تستطيع فقط السيطرة على مشاعر عدم اللقاء بل السيطرة على الاحباط وعدم الارتياح فزيادة كم المعلومات التي يدركها الفرد عن نفسه يمكن أن تؤدي إلى زيادة حاجة الفرد إلى تعديل التحكم والسيطرة

، حيث ان وجود السيطرة والتحكم بصور كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب الجوانب الانفعالية على الجوانب الفعلية .

فالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف إلى تعليم الفرد الطريقة

العقلانية المنطقية في التفكير ، حيث يتميز التفكير العقلاني بأنه :

(١) يقوم على الواقع الفعلي وليس الوهم والخيال

(٢) يساعد الفرد على حماية نفسه .

(٣) يبعد الفرد عن المشاكل مع الآخرين

(٤) يحرر الفرد من الصراعات الانفعالية

(إيهاب البيلاوي ، ٢٠٠١ ، ص ٢٦٦)

أن هذه المدرسة العلاجية تسعى لإكساب الأطفال فلسفة عقلانية تساعدهم على حل مشاكلهم العقلية الحالية المتمثلة في الاكتئاب وعلى التعامل بنجاح من هذا الاضطراب في المستقبل فالعملية العلاجية من خلال هذا الأسلوب تجعل الأطفال يستخدمون مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي في مواجهة الاكتئاب فقط ولكنه أيضا مع الاضطراب الانفعالية الأخرى او مع مشكلات الحياة التي يمكن أن يواجهها في المستقبل فهم خلال العملية العلاجية تعلموا مهارات التعرف والكشف من التحديد ومناقضة ودحض المعتقدات اللاعقلانية بالعقلانية وباستمرار ممارستهم لتطبيق هذه المبادئ العقلانية .

فإنهم مع الزمن يطورون الفلسفة العقلانية المؤدية بهم للتغلب على العقبات التي يتعرضون لها مستقبلا وبذا يحافظون على استمرارية أنماط التفكير العقلاني لديهم والقائمة على التفكير العقلاني الصحيح وتراجع لديهم معظم المشاعر والسلوكيات المضطربة المسنولة من تفاهم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب والتي يمكن أن تظهر في شكل الكآبة والانسحاب وتقدير الذات المنخفضة الإحباط ولوم الذات وهذه جميعها مصدرها الأفكار اللاعقلانية المليئة بالجوانب المطلقة والتهويل وعدم التحمل ومن هنا فالعملية العلاجية بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تتجلى فعالية في اكساب الأطفال استبصار بالذات .

وبشكل اجمالى تكافؤ وتعادل بشكل تقريبي اسلوبى العلاج المستخدمين في الدراسة الحالية ويكن القول انها نجحت في اقتراح أسلوبيين علاجين لتخفيف الاكتئاب لدى الأطفال وان كان هناك تفوق لأسلوب العلاج المعرفى والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المحافظة على المكاسب العلاجية فى تخفيف الاكتئاب وتحسين تقدير أذات والمهارات الاجتماعية والتخفيف من اليأس اللاعقلانية وذلك كما أتضح فى المقارنات البعدية والتتبعية حيث لم توجد فروق دالة بين القياسيين البعدى والتتبعى لدى المجموعة التجريبية الاولى والمجموعة التجريبية ثنائية واحتياج العلاج الدوائى لدعم العلاج النفسى المستمر وذلك لحدوث الانتكاسه للأطفال للمجموعة التى تلقت العلاج الدوائى فقط فى القياس البعدى والقياس التتبعى وذلك تأكيد للدراسات التى أكدت على أهمية العلاج المعرفى السلوكى فى ظهور إثارة بعد فترة من تلقى العلاج واستمرار هذا التأثير فترة طويلة عن العلاج الدوائى مثل دراسة Dobson1989 / Derubeisetal 1990 / Clum, & Surts 1993 - Willams.1992 - Oei & Free 1995 أن أثر العلاج المعرفى السلوكى قياسا على اثر غيره من أنواع العلاج الأخرى يدوم فترة أطول ويتخذ المعالجون المعرفيون السلوكيون عدد من الإجراءات التى تساعد على ذلك من الأمور الهامة التى يحرص عليها المعالجون على التطرق لها من خلال العملية العلاجية أو بعض الصعوبات التى قد تواجه المريض مثل احتمال عودة الأعراض أو حدوث بعض الحوادث غير السارة خلال فترة العلاج أو بعد انتهاء العلاج فى محاولة منهم لمساعدة المريض على إدراك أن عودة الأعراض لا يعنى بالضرورة إنها سوف تستمر ويمكن للمعالج الاستعانة باستخدام المقاييس أو التقرير الذاتية للمريض لقياس حالته فى أوقات مختلفة سوف يتضح للمريض انه يحدث تحسن فى الأسابيع الأولى للعلاج ثم تسوء الحالة فى الأسابيع التالية ثم تتحسن بشكل ملحوظ فى الأسابيع الأخيرة هذه الطريقة تؤكد للمريض أن التحسن ياتى ثم عودة الأعراض أو عودة بعضها خلال فترة العلاج وليس هناك ما يبرر عدم حدوث ذلك (اختفاء الأعراض بعد ظهورها) بعد العلاج خصوصا بعد اكتساب المريض العديد من المهارات التى من الممكن استخدامها بعد انتهاء العلاج ولتعزيز قدرة المريض على ذلك

١- يؤكد المعالج للمريض كلما سنحت الفرصة على انه لعب دورا كبير في تحسن حالته (j.beck 1996)

٢- يشجع المعالج المريض على تسجيل النقاط المهمة في العلاج لتذكره و الاستفادة منها عند الحاجة

٣- يحرص المعالج على أن يكون نشاطه اكثر في بداية العلاج ثم يبدأ في تدريجيا في التقليل منه حتى يكون نشاط المعالج في نهاية العلاج يهدف تدريب المريض على أن يصبح معالجا لنفسه بعد نهاية العلاجى (wills& Sanders 1997)

ويمكن للمعالج أن يلتقى بالمريض مرة كل شهر على الأقل لمراجعة ومناقشة الأعراض التى يمكن الظهور ولمساعدة المريض في منع حدوث انتكاسة لحالته وترى من خلال نتائج الدراسة أن كفاءة العلاج المعرفى السلوكى مع العلاج الدوائى يمكن أن يحقق كفاءة عالية في علاج الاكتئاب وأفضل من العلاج الدوائى فقط ويقلل من حدوث انتكاسة للمريض مع مرور الوقت واستخدام العلاج النفسى والعلاج الدوائى من الأساليب المهمة في علاج الاكتئاب مع عدم التقليل من أهمية احدى الاسلوبين عن الآخر

التوصيات

فى ضوء إجراءات الدراسة الحالية وما توصلت إليه من نتائج وما قدمه من تفسيرات ، وما واجهه من صعوبات خلال تطبيق إجراءات الدراسة المبدائية، الباحث يعرض بعض التوصيات

(١) ضرورة الاهتمام بالدور الذى يلعبه الأخصائى النفسى والاجتماعى بالمدارس وذلك لما لهذا الدور من أهمية كبيرة فى تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للطالب .

(٢) يجب على الاخصائيين النفسيين القيام بمتابعة دورية داخل الفصول للتعرف على الطلاب الذين لديهم مشكلات نفسية من خلال إجراء بعض الاختبارات النفسية من الحين والآخر ، حتى يمكن مساعدتهم

قبل استفحال المرض النفسى لديهم ، ان الكشف عن الاضطرابات النفسية لدى الاطفال فى المدارس هى نقطة البداية لتقديم الخدمات الارشادية والعلاجية .

(٣) مساعدة الاباء والمعلمين على الاهتمام بتوفير أساليب مناسبة للتنشئة السليمة داخل المنزل والمدرسة .

(٤) يجب على إدارة المدارس إعداد رحلات ترفيهية وتنقيفة للتلاميذ تسمح لهم بالتنفس عما بداخلهم .

(٥) توجيه الابحاث والدراسات النفسية نحو دراسة الاساليب والطرف الفاعلة فى نشر مبادئ نظرية (بيك) فى العلاج المعرفى ، ونظرية (اليس) فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى من أجل توسيع دائرة الصحة النفسية .

(٦) العمل على تنمية وعى المجتمع من خلال الاجهزة الاعلام المسموعة والمرئية والمقروء على أهمية الاهتمام بالجوانب النفسية للاطفال وخاصة الاطفال المكتئبين مع تعريف المجتمع بالمراكز النفسية المتخصصة التى يمكنها ان تقدم المساعدة لهم .

البحوث المقترحة

فى ضوء ما أسفرت عند نتائج الدراسة الحالية ، واستكمالاً للجهد الذى بداته الدراسة الحالية يقترح الباحث إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات التالية


(٧) فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب لدى المراهقين فى المرحلة العمرية ١٥ — ١٨ سنة .


(٢) فعالية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المكتئبين فى مرحلة الطفولة المتأخرة .

(٣) دراسة مقارنة لمدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج باللعب فى تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة .

- ٤) فعالية برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية تقدير الذات لدى الاطفال المكتئبين فى مرحلة الطفولة المتأخرة (دراسة مقارنة بين الجنسين) .
- ٥) دراسة فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى فى تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة (دراسة مقارنة بين الجنسين) .

المراجع

المراجع العربية 

المراجع الاجنبية 

المراجع العربية

- (١) ابراهيم على ابراهيم (١٩٩١) : الافكار العقلانية واللاعقلانية في علاقتها بتقدير الذات دراسة في ضوء نظرية اليس للعلاج العقلاني الانفعالي لدى عينة من البنين والبنات بجامعة قطر مجلة البحث في التربية وعلم النفس العدد الاول المجلد الخامس يوليو ١٩٩١ كلية التربية جامعة المنيا
- (٢) إجلال محمد سرى (١٩٩٩) علم النفس العلاجي - القاهرة - عالم الكتب .
- (٣) احمد احمد متولى عمر (١٩٩٣) : مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة رسالة دكتوراه غير منشورة تربية . طنطا.
- (٤) أحمد السيد إسماعيل ، عابد عبد الله (٢٠٠١) : المبنى العاملين للقائمة العربية لاكتتاب الاطفال لدى عينة من طلاب التعليم العام وطالباته بمدينة مكة المكرمة مجلة علم النفس العدد السابع والخمسون السنة الخامسة عشر القاهرة الهيئة العامة للكتاب ص ١٣٤ - ١٥١ .
- (٥) أحمد عبد ربه نور (١٩٩٤) : الاكتئاب ، مفهومه واسبابه ومدى انتشاره ، مجلة الطب النفسي الاسلامى القاهرة ، عدد ٣٧ يناير ص ٤٤-٤٢ .
- (٦) احمد عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسى المعاصر القاهرة مكتبة الانجلو المصرية
- (٧) احمد عكاشة (١٩٩٨) : دعوه للسعادة كتاب اليوم الطبى مؤسسه اخبار اليوم العدد رقم ١٩٩
- (٨) احمد عكاشة (٢٠٠٠) : علم النفس الفسيولوجى ط ٩ مكتبة الانجلو المصرية
- (٩) أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١) أسس علم النفس ط ٢ الإسكندرية دار المعرفة الجامعية

- ١٠) احمد محمد عبد الخالق (١٩٩٩) : القائمة العربية لاكتتاب الاطفال .
عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات مجلة العلوم الاجتماعية مجلس
النشر العلمي الكويت المجلد ٣ العدد ٣ ظريف ١٩٩٩ : ١٠٣ - ١٢٣
- ١١) احمد محمد عبد الخالق (١٩٩١) : قياس الاكتتاب مقارنة بين اربعة
مقاييس مجلة دراسات نفسية ، المجلد الاول ، الجزء الاول رابطة
الاخصائين النفسيين المصرية (رانم) يناير ١٩٩١ ص ٧٩ - ٩٦
- ١٢) احمد محمد عبد الخالق ، سامر جميل رضوان (١٩٩٩) : تقنين مبدئي
للقائمة العربية لاكتتاب الاطفال على عينات سورية / المجلة التربوية .
مجلس النشر العلمي . جامعة الكويت العدد ٥٣ المجلد الرابع عشر .
خريف ١٩٩٩ .
- ١٣) أحمد محمد عبد الخالق ، محمد نجيب الصبوة (١٩٩٦) : الانشطة
والاحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر .مجلة العلوم
الاجتماعية جامعة الكويت المجلد الرابع والعشرون العدد الثالث ص
١٤٧ - ١٨٥ .
- ١٤) أمال عبد السميع باظة (٢٠٠١) الصحة النفسية القاهرة ط ٢ الأنجلو
المصرية .
- ١٥) أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٢) النمو النفسى للاطفال والمراهقين -
القاهرة الأنجلو المصرية .
- ١٦) أمال على ابراهيم وهبة (١٩٩٧) : دراسة الاكتتاب عند الاطفال من
حيث علاقته ببعض خصائص شخصية الامهات وضغوط الوالدية لديهن .
رسالة ماجستير غير منشورة التربية : عين شمس .
- ١٧) أمل محمد حسونة (١٩٩٥) : تقييم برنامج لاكتساب اطفال الرياض بعض
المهارات الاجتماعية رسالة ماجستير غير منشورة معهد الدراسات العالية
للطفولة . عين شمس .
- ١٨) امنة سعيد حمدان المطوع (٢٠٠١) :المهارات الاجتماعية والثبات
الانفعالي لدى التلاميذ ابناء الامهات الممتنبات ، رسالة ماجستير غير
منشورة ،معهد دراسات البحوث التربوية . جامعة القاهرة

- ١٩) أمين محمد صبرى محمد أمين (١٩٩٥) : بعض الخصائص السيكومترية لمقياس ستانفورد — بينيه المعدل لدى عينة من الاطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة رسالة ماجستير غير منشورة — كلية التربية — جامعة عين شمس .
- ٢٠) امينة ابراهيم شلبى (١٩٩٣) : اختلاف التفسير السلبي لدافعية الانجاز وتقدير الذات نحو الدروس الخصوصية لدى طلال المرحلة الثانويه رسالته ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة المنصورة .
- ٢١) انطونى ستور (١٩٩١) : فى العلاج النفسى ترجمة لطفى فطيم، القاهرة ، مكتبة النهضة العربية .
- ٢٢) انطونى ستور (١٩٩٦) : لعبقرية والتحليل النفسى : فرويد ويونج ومفهوم الشخصية فى تحرير بنيلولى مرى العبقرية : تاريخ الفكرة (ترجمة محمد عبد الواحد احمد ومراجعة عبد الغفارى مكاوى) الكويت سلسلة عالم المعرفة المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب ابريل ١٩٩٦ العدد ٢٠٨ ص ٣٢٣ : ٢٩٩ .
- ٢٣) اولتمانيز ، نيل ادافنيسون (٢٠٠٠) دراسة حالات فى علم النفسى المرضى ترجمة رزق سند ابراهيم ، القاهرة دار الحكيم للطباعة
- ٢٤) ايهاب البيلوى (٢٠٠١) قلق الكفيف — تشخيص وعلاجه — القاهرة دار الكتاب الحديث
- ٢٥) ايهاب محمد خليل (٢٠٠١) : المكونات العاملين لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة ، دراسة ارتقائية من سن ٢ إلى ٢٣ عاما رسالة ماجستير غير منشورة كلية الاداب جامعة عين شمس .
- ٢٦) باترسون . س. هـ (١٩٩٢) نظريات الاشداد والعلاج النفسى ترجمة حامد عبد العزيز الفقى ، الجزء الثانى ، الكويت دار القلم .
- ٢٧) بدر الانصارى (١٩٩٨) : الصورة الكويتية لقائمة (بيك) للاكتئاب المجلة التربوية المجلس النشر العلمى جامعة الكويت ٤٦ (١٢) ٧٠ — . ١١٢

٢٨) برندان ب براولى (٢٠٠٠) : علاج الاكتئاب مرجع في علم النفس
الكلينيكي للراشدين ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو
المصرية

٢٩) بشير معمريه (٢٠٠٠) : مدى انتشار الاكتئاب النفسى بين طلبة
الجامعة من الجنسين مجلة علم النفس ، العدد الثالث والعشرون يناير
فبراير مارس ٢٠٠٠ السنة الرابعة عشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب
القاهرة

٣٠) بكر فرج امام نمر (١٩٩٦) : مصدر الضبط مدى حالات الاكتئاب
والبارانويا ، رسالة ماجستير غير منشورة اداب . الزقازيق .

٣١) توفيق عبد المنعم توفيق (١٩٩٩) : المكونات العاملين للاكتئاب لدى عينة
من تلاميذ وتلميذات المرحلة الاعدادية بدولة البحرين ، المجلة التربوية
مجلس النشر العلمى جامعة الكويت العدد ٥٣ المجلد الثالث عشر ص -
١٧٣ - ٢٠٠ .

٣٢) جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ، (١٩٩١) : معجم علم النفس ،
والطب النفسى ، الجزء الرابع ، القاهرة دار النهضة العربية .

٣٣) جابر عبد الحميد . علاء الدين كفافى (١٩٩٠) : معجم علم النفس
والطب النفسى الجزء الثالث دار النهضة العربية القاهرة

٣٤) جابر عبد الحميد . علاء الدين كفافى (١٩٩٥) : معجم علم النفس .
الطب النفسى . الجزء السابع ، القاهرة دار النهضة العربية .

٣٥) جان سكوت ، مارك وليامز - أرون بيك (٢٠٠٢) (العلاج العرفى
والممارسة الاكلينيكية ترجمة حسن مصطفى عبدالمعطى - القاهرة -
مكتبة زهراء الشرق .

٣٦) جبر محمد جبر (١٩٩٤) : التشخيص الفارق ، دراسة حالبية فى
الاكتئاب النفسى مجلة علم النفس ، عدد ٢٩ يناير مارس ص ٧٨ .

٣٧) جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) : النظريات الحديثة فى تفسير الامراض
النفسية ، مراجعة نقدية ، القاهرة ، دار غريب

- ٣٨) جمعية سيد يوسف (٢٠٠٠) دراسات فى علم النفس الأكلنيكى — دار
غريب .
- ٣٩) جيمس ويليس ، جون ماركس (١٩٩٩) : الطب النفسى المبسط
ترجمة طارق بن على الحبيب النشر العلمى والمطابع . جامعة الملك سعود
. المجلة العربية السعودية
- ٤٠) جيهان رشتى (١٩٩٣) : الاسس العلمية لنظريات الاعلام ، القاهرة دار
النهضة العربية
- ٤١) حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١) : الصحة النفسية والعلاج النفسى
القاهرة عالم الكتب ط٤
- ٤٢) حسن إبراهيم عبد اللطيف (١٩٩٧) : الاكتئاب النفسى دراسة للفروق
بين حضارتين بين الجنسين ، دراسات نفسية المجلد السابع العدد الأول
ص ٣٩ — ٦٥ .
- ٤٣) حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨) : موسوعة على النفس العيادى
، علم النفس الاكلنيكى القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٤٤) حسين على فايد (١٩٩٧) : وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة
الاتا لدى متعاطى المواد المتعددة ، مجلة علم النفس عدد ٤٢ السنة ١١
الهيئة المصرية العامة للكتاب
- ٤٥) حسين على فايد (١٩٩٨) : الفروق فى الاكتئاب والياس وتصور الانتحار
بين طلبة الجامعة وطالبتها المجلد الثامن العدد الاول يناير ١٩٩٨ دراسات
نفسية ٤١-٧٨
- ٤٦) راوية محمود حسين دسوقى (١٩٩٥) : تقدير الذات وعلاقته بكل من
القلق وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطى الحشيش مجلة علم
النفس الهيئة العامة للكتاب العدد ٣٥ السنة التاسعة يوليو اغسطس
سبتمبر
- ٤٧) رشاد عبد العزيز موسى (١٩٩٣) : علم النفس المرضى دراسات فى
علم النفس القاهرة دار المعرفة

٤٨) رشيدة عبد الرؤف رمضان قطب (١٩٩٧) : الاكتئاب وعلاقته بالاضطرابات السلوك لدى التلاميذ العاديين وقاطنى دور الايواء مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق العدد ٢٨ ص ٩ : ٥٩ .

٤٩) رويين (١٩٩٣) : الاضطرابات المعرفية ترجمة محمد نجيب الصبوة القاهرة مركز النشر الجامعى

٥٠) ريبيرق (٢٠٠٠) : فحص الاكتئاب ، مرجع فى علم النفس، الاكلينكى للراشدين ترجمة صفوت فرج القاهرة مكتبة الانجلو المصرية

٥١) زينب محمود شقير (١٩٩٩) : مدى فاعلية بعض اساليب العلاج المعرفى السلوكى فى علاج بعض حالات الشدة العصبى من طالبات الجامعة ، دارسات نفسيه المجلد التاسع العدد الرابع ص ٥٥٧ : ٥١٩

٥٢) سامى عبد القوى على (١٩٩٦) : مقدمة فى علم الادوية النفسية مكتبة النهضة المصرية

٥٣) سامى محمد موسى هاشم (١٩٩٧) : فعالية الارشاد العقلالى الانفعالى مقترنا بالواجبات المنزلية فى علاج انخواف الاجتماعى ، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق العدد ٢٩ ، ص ٤١ - ٩٦

٥٤) سامية بكرى على (٢٠٠٠) دراسة مقارنة للصحة النفسية لمقياس ستانفورد - بينيه للذكاء - الصورة الرابعة بين المتفرقين والمتأخرين دراسيا من تلاميذ المرحلة الإعدادية - رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب - جامعة عين شمس .

٥٥) السعيد عبد الخالق عبد المعطى (٢٠٠٢) : قدرة مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) على التميز بين بعض الفئات الاكلينكية رسالة دكتوراه غير منشورة إداب عين شمس .

٥٦) سلوى عبد الباقي (١٩٩٢) : الاكتئاب بين تلاميذ المدارس ، دارسات النفسية رابطة الاخصائين النفسية المصرية يوليو ١٩٩٢ ل ٢ ج ٣ ٤٣٧ - ٤٧٩ .

٥٧) سليمان الريحانى (أ ١٩٨٧) : الأفكار اثلا عقلانية عند الامريكيين والاردنين ، دراسة غير ثقافية لنظرية اليس فى العلاج العقلى

- العاطفى،مجلة دراسات تربوية مجلد (١٤) عدد ٥ جامعة الاردن ص
١٠٢ - ٧٣
- ٥٨) سليمان الريحاني (ب ١٩٨٧) : الأفكار اللاعقلانية عند ظلية الجامعة
الاردنية وعلاقة الجنس والتخصص فى التفكير اللاعقلانى دراسات تربوية
- مجلد (١٢) عدد ٥ ص ١٠٣ - ١٢٤ .
- ٥٩) سهير فهيم الغباشى (٢٠٠٠) القلق والاكتئاب والشعور بالعجز مجلة
دراسات نفسية . المجلد العاشر . العدد الثانى
- ٦٠) سهير كامل أحمد (١٩٩٢) الانفصال عن الأسرة فى الطفولة وعلاقته
بمصدر الضبط والاكتئاب - دراسات نفسية - يناير ١ - ٢٤
- ٦١) السيد ابراهيم السمدونى (١٩٩٤) : مفهوم الذات لدى اطفال ما قبل
المدرسة فى علاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين دراسات نفسية يوليو
١٩٩٤ العدد الثالث
- ٦٢) شادية عبد العزيز مهدي (٢٠٠٢) : التصور البصرى الجسم لى
عينة من طالبات الجامعة "قياسه وتنميته" رسالة دكتوراه غير منشور كلية
البنات ، جامعة عين شمس .
- ٦٣) شادية مصطفى السيد مصطفى (٢٠٠٢) : مدى فاعلية برنامج ارشادى
فى خفض الاعراض النفسجسمية لى عينة من المراهقين رسالة ماجستير
غير منشورة كلية تربية ، عين شمس .
- ٦٤) شاكرا عبد الحميد (٢٠٠٣) الفكاهة والضحك ، روية جديدة ، عالم
المعرفة المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب الكويت العدد يناير
(٢٨٩) .
- ٦٥) شعبان جاب الله رضوان (١٩٩٣) : علم النفس الاجتماعى والصحة
النفسية فى زين العابدين درويس (محرر) علم النفس الاجتماعى اسسه
وتطبيقاته القاهرة مطابع زمزم ٢٢٧-٢٤٣
- ٦٦) صابر حجازى عبد المولى (١٩٩٩) : الصحة النفسية فى حياتنا اليومية
. مطابع اشروق . الفيوم .

- ٦٧) صبحى عبد الفتاح الكافورى (١٩٩٢) : تعديل السلوك العدوانى لدى الاطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعى باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، رسالة دكتوراه غير منشورة تربية طنطا
- ٦٨) صفوت فرج (١٩٩١) : مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالانبساط والعصابية دراسات نفسية ك ١ ج ١ ص ٧ : ٢٦
- ٦٩) صفية محمد جيدة (١٩٩٢) : مدى فعالية برنامج ارشادى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة عين شمس
- ٧٠) صلاح الدين عبد القادر محمد (١٩٩٩) : أثر الارشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فى تعديل الاتجاه نحو المرضى النفسى والمرضى النفسيين مجلة الارشاد النفسى العدد التاسع ، القاهرة جامعة عين شمس ص ١٦٥ - ٢٣٩ .
- ٧١) صلاح الدين عراقى محمد (١٩٩١) : العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج مرضى الاكتئاب العصابى رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بنها ، جامعة الزقازيق
- ٧٢) صلاح فؤاد محمد مكاوى (١٩٩٧) : فاعلية برنامج للعلاج بالتمنى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعى رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية جامعة عين شمس
- ٧٣) عادل صادق (١٩٩٨) : نار الالم لها علاج كتاب اليوم الطبى العدد ١٩٧ اغسطس ١٩٩٨
- ٧٤) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج المعرفى السلوكى (اساس وتطبيقات) القاهرة دار الرشاد
- ٧٥) عايدة على قاسم (١٩٩٧) : مدى فاعلية برنامج ارشادى فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال المعاقين عقليا ، رسالة دكتوراه منشورة كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- ٧٦) عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٢) : فى الصحة النفسية والعقلية . بيروت . دار النهضة العربية

- ٧٧) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٢) : بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من اطفال المرحلة الابتدائية بدولة قطر دراسة سيكومترية ، مجلة علم النفس . العدد ٢٤ السنة السادسة ١٩٩٢ الهيئة المصرية العامة للكتاب
- ٧٨) عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٩) : الياس والامتناب وعلاقتهما بالسلوك الانتحاري محل البحث فى التربية وعلم النفس جامعة المنيا العدد الأول المجلد الثالث ص ٤٩ - ٦٩ .
- ٧٩) عبد الستار ابراهيم (١٩٩٨) : الامتناب اضطراب العصر الحديث فهما واساليب علاجه . عالم ائمرفة المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب الكويت العدد نوفمبر ٢٣٩
- ٨٠) عبد الستار ابراهيم (٢٠٠٢) : ، الحكمة الضائعة الابداع والاضطراب النفسى والمجتمع عالم المعرفة العدد ٢٨٠ - ابريل ٢٠٠٢ المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب . الكويت
- ٨١) عبد الستار ابراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث ، دار الفجر للنشر والتوزيع و القاهرة
- ٨٢) عبد الستار ابراهيم ، عبد العزيز بن عبدالله الدخيل ، رضوان ابراهيم (١٩٩٣) ، العلاج السلوكى للطفل اساليبه ، ونماذج من حالته ، عالم المعرفة ، عدد ١٨٠ ، ديسمبر المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب الكويت
- ٨٣) عبد الفتاح دويدار (١٩٩٢) : المكونات العاملة والسيكومترية لمقياس الياس للاطفال في البيئة المصرية دراسات نفسية يناير ١٩٩٢ ك ٢ - ٥٥-٢٥
- ٨٤) عبد اللطيف خليفة (١٩٩٧) المهارات الاجتماعية في علاقتها بالقدرات الابداعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلبة الجامعة حوليات كلية الاداب جامعة الكويت - الحولية السابعة عشر الرسالة السادسة عشر بعد المائة

٨٥) عبد اللطيف يوسف عمارة (١٩٨٥) : العلاج العقلانى الانفعالى لبعض الافكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية - جامعة عين شمس

٨٦) عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٧) : فى الصحة النفسية ، داره الفكر العربى القاهرة

٨٧) عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى القاهرة مكتبة مدبولى ط٤

٨٨) عبدالله السيد عسكر (٢٠٠١) : الاكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص : القاهرة الانجلو المصرية

٨٩) عبلة محمد الجابر مرتضى (٢٠٠٢) : التحصيل الدراسى وعلاقته باسلوب " التروى / الاندفاع" عند مستويات مختلفة من القلق والذكاء لدى طالبات المرحلة الثانوية رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية البنات جامعة عين شمس .

٩٠) عز الدين جميل عطية (١٩٩٣) : الاغراءات المسببة للاكتئاب مجلة كلية التربية جامعة الازهر العدد التاسع والعشرون

٩١) عزة ضاحى هريدى (٢٠٠٠) أرتقاء الذاكرة قصيرة المدعى من سن ٢ إلى ٢٣ عام فى ضوء الصفحة النفسية للصورة الرابعة من مقياس ستانفورد - بينيه - رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب جامعة عين شمس

٩٢) عزيز حنا داود ، محمد عبد الظاهر الطيب ، فاطمة هاشم (١٩٩١) : الشخصية بين السواء والمرضى ، القاهرة ، الانجلو المصرية.

٩٣) علاء الدين كفاى (١٩٩٩) : الارشاد والعلاج النفسى الاسرى ، القاهرة دار الفكر العربى

٩٤) علاء الدين كفاى (١٩٨٩) : تقدير الذات فى علاقته بالتنشئة الوالدية والامن النفسى دراسة فى علية تقدير الذات ، المجلة العربية للعلوم الانسانية العدد ٣٠ ، المجلد ١٩ ، الكويت - جامعة الكويت .

٩٥) علاء الدين كفاى (١٩٩٧) : الصحة النفسية ط ٤ . القاهرة . هجر للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان

- ٩٦) علاء الدين كفاى (١٩٩٧) : علم النفس الارتقائى ، سيكولوجية الطفولة والمراهقة . القاهرة مؤسسة الاصاله
- ٩٧) على مرزوق محمد (٢٠٠١) : الصدق التنبوى للصورة الرابعة - لمقياس ستانفورد - بينيه فى الثانوية العامة والفنية والصناعية والسنة الاولى من الجامعة - رسالة ماجستير غير منشورة كلية الاداب - جامعة عين شمس .
- ٩٨) عماد محمد أحمد إبراهيم (١٩٩٠) : دراسة للتفكير اللاعقلانى من حيث علاقته بالقلق والتوجيه الشخصى لدى عينة من الشباب الجامعى ، رسالة ماجستير غير منشورة ، إداب ، الزقازيق
- ٩٩) عماد محمد مخيمر (١٩٩٧) : الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة فى العلاقة بين ضغوط الحياة واعراض الاكتئاب ، لدى الشباب الجامعى ، مجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٧ المجلد السابع ١٠٣ - ١٣٨
- ١٠٠) غريب عبد الفتاح (١٩٩٤) : اكتئاب اطفال المرحلة الابتدائية دراسة مقارنة للبنية العاسليه للاكتئاب بين مصر ودولة الامارات العربية ، دراسات نفسية المجلد ٤ ، العدد ٢ ص ٢١٩ - ٢٦٢ .
- ١٠١) غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠) : علم الصحة النفسية ، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية
- ١٠٢) غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٨) : دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب لدى عينة مصرية مجلة الصحة النفسية مجلد ٢٩
- ١٠٣) فؤاد أبو حطب ، أمال صادق (١٩٩١) : مناهج البحث وطرق التحليل الاحصائى فى العلوم النفسية والنربوية والاجتماعية ، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية
- ١٠٤) فؤاد البهى السيد (١٩٧٩) : علم النفس الأحصائى وقياس العقلى البشرى - ط ٣ دار الفكر العربى .
- ١٠٥) فائق صلاح عبد الصاق (١٩٩٩) : دراسة مقارنة للصحة النفسية لمقياس ستانفورد بينيه - الصورة الرابعة - بين ذو صعوبات والمتأخرين

- دراسيا والمعاقين عقليا ، رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الاداب -
جامعة عين شمس .
- (١٠٦) فاروق عبد الفتاح موسى ، محمد أحمد الدسوقي (١٩٩١) : اختبار تقدير
الذات للاطفال ط٤ القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .
- (١٠٧) فايضة يوسف عبد المجيد (١٩٨٠) : التنشئة الاجتماعية للأطفال وعلاقتها
ببعض سماتهم الشخصية وانشاقهم القيمة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ،
كلية الاداب ، جامعة عين شمس .
- (١٠٨) فتحى الشرقاوى (٢٠٠٣) : فى الصحة النفسية ، القاهرة ، دار اتون
للنشر
- (١٠٩) فتحى مصطفى الشرقاوى ، العارف بالله الغندور (٢٠٠١) : مقدمة فى
الاضطرابات النفسية للاطفال ، القاهرة ، دار تون للنشر
- (١١٠) فرانك ج. برونو ، (٢٠٠٠) : الأعراض النفسية ، ترجمة رزق سند
إبراهيم ، دار الحكيم للطباعة
- (١١١) فرج عبد القادر طه واخرون (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل
النفسى دار سعاد الصباح
- (١١٢) فريح عويد العنزى (١٩٩٧) : الاكتئاب وعلاقته بالحصيل الدراسى لدى
عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت ، المجلة التربوية
مجلس النشر العملى جامعة الكويت العدد ٤٥ المجلد الثانى عشر خريف
١٩٩٧ ص ١٥٧ - ١٨٠ .
- (١١٣) فريدة عبد الغنى السماحى (١٩٨٨) : دراسة مقارنة لاثر كل من العلاج
الجماعى عن طريق اللعب وبرنامج التدعيم الاجتماعى على سلوك
وديناميات الاطفال الاكثابين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، تربية ،
طنطا
- (١١٤) فيولا البيلاوى (١٩٨٢) : الشخصية وتعديل السلوك مجلة عالم الفكر
الكويت يوليو .

- (١١٥) قنبة سالم الجبلى ، فهد سعود اليحيا (١٤١٦ هـ ، ١٩٩٥) : العلاج النفسى وتطبيقاته فى المجتمع العربى ، الرياض ، الشركة الاعلامية للطباعة والنشر
- (١١٦) قدرى حفى ، محمد خليل (١٩٨٢) : القياس النفسى ، القاهرة ، دار جى جى للطباعة .
- (١١٧) لويس كامل مليكة (١٩٩٤) : العلاج السلوكى وتعديل السلوك ط٢ ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
- (١١٨) لويس كامل مليكة (١٩٩٨) : دليل مقياس ستنافورد - بينة الصورة الرابعة ، الطبعة الثانية ، دار النهضة المصرية
- (١١٩) لويس كامل مليكة (١٩٩١) : مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين دليل لمقياس ، دار النهضة المصرية
- (١٢٠) لويس كامل مليكة (١٩٩٤) : دليل مقياس ستنافورد . بينة الصورة الرابعة الطبعة الاولى ، دار النهضة العربية
- (١٢١) لويس كامل مليكة (١٩٩٧) : علم النفس الاكلينيكي " الجزء الاول " تقييم القدرات ، دار النهضة المصرية
- (١٢٢) لويس كامل مليكة (١٩٩٨) : جداول الدرجات المعيارية مقياس ستنافورد - بنية الصورة الرابعة ، دار النهضة المصرية
- (١٢٣) لويس كامل مليكة (١٩٩٨) : قياس وتقديم القدرات المعرفية فى حالات الصحة والمرض ، دار النهضة العربية
- (١٢٤) ليون تايلر (١٩٨٩) : الاختبارات والمقاييس ترجمة سعد عبد الرحمن ، محمد عثمان نجاتى . دار الشروق القاهرة ط٣
- (١٢٥) مایسة احمد النبال (١٩٩٨) : بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيرى فى ريف مصر وحضرها دراسة عاملية ومقارنة . مجلة علم النفس العدد الثامن والاربعون اكتوبر ، نوفمبر ، ديسمبر . ١٩٩٨ . السنة الثانية عشر الهيئة المصرية العامة للكتاب ٦٦-٩٤

- ١٢٦) مايكل ارجايل (١٩٩٣) : سيكولوجية السعادة - ترجمة فيصل عبد القادر يونس - مراجعة شوقي جلال - عالم المعرفة - المجلس الوطني للثقافة والاداب - الكويت العدد ١٧٥ يونيو .
- ١٢٧) مجدى احمد عبدالله (١٩٩٩) : علم النفس المرضى . دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية
- ١٢٨) مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩١) : دراسة تفاعلية عاملية لمفهوم الذات وتقدير الذات والتفكير الابتكارى لدى عينة من الاطفال بالصفين الخامس والسابع الاساسى ، مؤتمر السنوى للطفل المصرى ، مركز دراسات الطفولة المجلد الأول .
- ١٢٩) محمد أحمد غنيم (٢٠٠٢) : أثر المعتقدات اللاعقلانية والتخصيص الاكاديمى على الضغط النفسى للمعلمين " دراسة غير ثقافية فى مصر والسعودية " المجلة التربوية ، مجلس النشر العلمى جامعة الكويت " العدد ٦٤ المجلد السادس عشر ص ١٧٥ - ٢١٣ .
- ١٣٠) محمد احمد محمد ابراهيم سعيان (١٩٩٥) : فاعلية العلاج العقلانى الانفعالى في خفض مستوى الشعور بالذنب مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس العدد التاسع عشر جزء ٢ ١٩٩٥ ، ٢٣٧-٢٦٦
- ١٣١) محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : اختبار المهارات الاجتماعية ، ط ٢ القاهرة مكتبة الانجلو المصرية .
- ١٣٢) محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : دراسات فى الصحة النفسية - الجزء الثانى ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر .
- ١٣٣) محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٩) : موسوعة الصحة النفسية الكتاب الأول الجزء الثانى علم الأمراض النفسية والعقلية الاسباب الأعراض التشخيص العلاج القاهرة دار قباء .
- ١٣٤) محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكنتاب والياس لدى الاطفال دراسات فى الصحة النفسية (المهارات الاجتماعية الاستغلال النفسى ، الهدية) دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع الجزء الثانى

- ١٣٥) محمد توفيق على محمد (١٩٩٧) : فاعلية برنامج ارشادي لخفض
الاعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين رسالة دكتوراة (غير
منشورة) كلية البنات للاداب والعلوم والتربية جامعة عين شمس
- ١٣٦) محمد شحاته ربيع (٢٠٠٢) : أصول الصحة النفسية ط ٤ ، دار نبيل
للطباعة
- ١٣٧) محمد صهيب مزنوق (١٩٩٦) : الافكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض
متغيرات الشخصية لدى المراهقين رسالة ماجستير غير منشورة كلية
التربية جامعة عين شمس .
- ١٣٨) محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٩) : في الصحة النفسية مطبعة جامعة
طنطا
- ١٣٩) محمد قاسم عبد الله (٢٠٠٣) سيكولوجية الذاكرة ، قضايا
واتجاهات حديثة . عالم المعرفة المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب
الكويت العدد فبراير (٢٩٠) .
- ١٤٠) محمد محروس الشناوى (١٩٨٨) : الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة
وتبادل العلاقات الاجتماعية بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس في مصر
- ١٤١) محمد محروس الشناوى (١٩٩٤) : نظريات الارشاد والعلاج النفسى دار
غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- ١٤٢) محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : العلاج
السلوكى الحديث اسسه وتطبيقاته ، دار قباء
- ١٤٣) محمود إبراهيم عبد العزيز فرج (١٩٩٣) : دراسة فعالية الارشاد
العقلانى الانفعالى فى حل بعض مشكلات المراجعة المرحلة الثانوية -
رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية - جامعة عين شمس .
- ١٤٤) محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطب النفسى - النفس اسرارها
وامرضها ط ٣
- ١٤٥) مصطفى العدوى (٢٠٠١) : ازمة علم النفس السلوكى ، مجلة عالم
الاعاقة ، السعودية ، السنة الثالثة العدد ٢١ ، ص ٢٥

- ١٤٦) مصطفى زيور (١٩٧٥) : محاضرة في الأكتئاب النفسى ، الانجلو المصرية
- ١٤٧) مصطفى فهمى - محمد على القطان (١٩٧٩) : علم النفس الاجتماعى - نظرية تطبيقات عملية ، القاهرة - مكتبة الخانجي
- ١٤٨) معتز سيد عبد الله (٢٠٠٠) : بحوث في علم النفس الاجتماعى الشخصية المجلد الثالث دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة
- ١٤٩) ممتاز عبد الوهاب (٢٠٠١) : القلق والاكتئاب بداية المعاناة مع المرض النفسى كتاب الهلال الطبى العدد الخامس - يناير ٢٠٠١ دار الهلال
- ١٥٠) ممدوحة سلامة (١٩٨٨) : الخروج من الاكتئاب مجلة علم النفس العدد الثامن الهيئة العامة للكتاب
- ١٥١) المنجد في اللغة والاعلام (١٩٨٦) : دار الشروق بيروت ط ٣٣
- ١٥٢) ندى اديب الطيبة (١٩٩٠) : دراسة لفاعلية برنامج ارشادى لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الافكار اللامنطقية رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية العلوم التربية الجامعة الاردنية
- ١٥٣) نيفين مصطفى زيور .. (١٩٩٨) : الاضطرابات النفسية عند الاطفال والمراهق ، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية .
- ١٥٤) هشام إبراهيم عبد الله (١٩٩١) : اثر العلاج العقلانى الانفعالى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعى - رسالة دكتوراه غير منشورة - كلية التربية - جامعة الزقازيق .
- ١٥٥) يحيى الرخاوى (١٩٩٦) : الاكتئاب دار الغد للثقافة والنشر القاهرة .
- ١٥٦) يسرى عبد المحسن (١٩٩٤) : الاكتئاب اصبح مرض العصر - مجلة الطلب النفسى الاسلامى القاهرة - عدد ٣٧ - يناير ص ٣٤ .
- ١٥٧) يوسف عبد الصبور عبد اللاه (١٩٩٢) : المخاوف المرضية والاستجابة المرضية لدى الاطفال وعلاقتها بدرجة الوعى الدينى لديهم ، بحوث المؤتمر الخامس للطفل المصرى ، المجلد الثانى ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس ، ص ٦٨١ - ٦٩٥ .

References

- 158) Abdel - Khalek A .M (1993) :The construction and validation of the Arabic children's Depression inventory- European Journal of psychological assessment.9-(41),50
- 159) Abdel - latif , H - (1995): prevalence of depression among middle - school Kuwaiti students following the Iraqi invsion . psychological reports , 77 , 643 - 649
- 160) Abdel-Khalek.A.M(1996): Factorial structure of the Arabic children's Depression inventory among Kuwaiti subjects. Psychological Reports.78-p963-967
- 161) Abeug . F. Drescher , K .D. & Kubany . E.S (1994): Natural Disasters in f.n Dattilio and freeman(Eds) cognitive behavior appronches to crisis intervention . New York : Guilford
- 162) Alam & Kazdin (1994) Behavior modifiction in applied stting , bchmont, california dore sey, press
- 163) Amastasi Amme & Arlima susana , (1997) : psychological testing , prenticehal inerationl, lin seventh edition.
- 164) American psychiatric association (2000) Diagnostic criteria from (dsn .iv . TR) washington . Dc . APA
- 165) American psychiatric association (1994) Diagnostic and statisitcal manual of mental disorder , 4th ed (Dsn.iv) washington Dc. ApA
- 166) Aosenthal , becky . Kamphaus. Randy . W . (1988) interpretive table for test scatter on the stanford - binet intelligence scale : Fourthe Edition . Journal of psychokdcational . Assessment Vol . 6 No 4 pp 359 - 370 .
- 167) Ari.S.&David . H (1998): priming irrational beliefs in recovered - depressed people.j.Abnormal psychology ,107 (3)44-45
- 168) Arntz, A (1994): treatment of borderline personality disorder : a challenge for cognitive behavioral therapy journal Behaviour research and therapy . 32. 4. 419 - 430
- 169) Atkin son R, Fuchs.A pastors . J.G & Sunder j . T(1992): combination of very - low- calorie diet and behavior

- modification in the treatment of obesity *Am j . clim . Nutr . jui (! suup !)* : 1995 – 2025
- 170)Badaruddoza . A (1993)Inbreeding Depression and intelligence Quotient among North Indian children:*Behavior-Genetics,v0123(4)p343-347*
- 171)Bahri ,M H K kahled Em .& Wilson , Ak(1998): aming preadolesent sons of substance Abusing Fathers Current psychiatry . Ain Shams university vol 5 – no2. july 1999 125 – 132.
- 172)Baker.A(1990): The psychological impact of the intifade on paleslinian children in occupied west bank an Gaza: Am exploratory study,*American jornal of orthopsychiatry 60,(4)p496-505*
- 173)Beack . A . T , Rush . A . J . shaw B.f & Emery g: (1979) cognitive Therapy of depression , *Gulford , Newyoirk .*
- 174)Beck , A- T ., Wright, F.D -, Newman C.F., & liese, B (1993): cognitive therapy of drug abase , *New York : Gulford press*
- 175)Beck , At , Freeman A & Associates (1990): cognitive therapy of personality disorders . *New York : Guilford press 1996*
- 176)Beck .A.T., wright , F.D., Newman , C.f & liese. S .(1993): cognitive therapy of substance abuse . *New York Guilford press.*
- 177)Beck .j.s (1995): cognitive therapy : basics and beyond . *New York : Guil for press .*
- 178)Beck A (1991) Cognitive therapy : A30 year retrospective , *Americam psychologist vol .46 . no4 – p 368 – 375*
- 179)Bernard , Michael E. (1991): , *Using rational – Emotive therapy Effectively . plenum press , NewYork Kand London .*
- 180)Bernstein. GA ,Anderson.LK,Kektoner. Jn ,& Realmuto - Gn ,(2000): *Imipramine complinace in adolescents . j . Am. Acad. Child – adolesce - psychiatry : 39(3):284-291*
- 181)Birmaher.B,Brent.DA,kolko.D,Baughner.M,Bridge.j,Holde r.D,Iyerngar .S ,ulloa.RE(2000): clinical outcome after short - Term psychytherapy for adolescents with major depressive disorder – *Arch – Gen psychiatry057(1):29-36*

- 182) Blackburn . I & Twaddle , v. (1996) **cognitive thera in action : apraetitioneres casebook . london : souvenir press**
- 183)Blumberg . S . H, & Lzard . C . E (1985) : **Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year old children.journal of personality and social psychology49(1)pp194- 202**
- 184)Borkovec , T . & Costello , E . (1993): **Efficacy of applied relaxation and cognitive – behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorde journal of consulting and clinical psychology , 1993 , 6 1, 4, 611 - 619**
- 185)Brambilla , F., Draisci . A., Peirone , A., & Brunetta, N (1995) **combined cognitive behavioral : psycho phamacologiactal and nutritional therapy in- eating disorders Anorexia nervosa restricted type – Neuro psychobiology – 32 ,2 – 59 – 63**
- 186)Brent.D,Holder-D&Kolko. D (1997) : **Aclinical psychotherapy Trial for adolscent depression comparing cognitive , family, and supportive Treatments , Archives of General psychiatry,45 p877-885**
- 187)Buck , R (1991): **Temperament, social skills and the communication of emotion : A developmental interactionist view , in : D . Gelbert j. commoly (Eds.) , personality social skills and psychopathology : A individual Difference Approach , y .New York : plenum press 85- 105**
- 188)Bulik , C.M , Sullivian . P.F., Carter , F. A., Metntosh , V.V & Joyce . P. R. (1998) . **The role of exposure with response prevntion in the coginitive – behavior therapy . for bulimia nervose. Journal psychology medicine , 28 , 3 611- 623**
- 189)Bulter.u, Robson p& Gelder .M. (1990). **comparison of behavior therapyond cognitive behavior in the treatment of generalized ankiety disrder journal of consultingand clinical psychology .v 59 .pp 167 -175**
- 190) Burns , D & Nolen . H (1992) : **therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive**

- behavioral therapy : A structural equation model
journal of consulting and clinical psychology
60,3,441. 449.
- 191) Butler, G. Fennell, M. Robson, P & Gelder, M (1990):
comparison of behavior therapy and cognitive behavior
therapy in the treatment of generalized anxiety disorder.
journal of consulting and clinical psychology, v 59 .1 . pp
167 - 175
- 192) Buunk, B & Hoorens, v. (1992): social support and
stress : The role of social comparison and social exchange
processes. British Journal of clinical psychology, vol
.31.445.457
- 193) Carolyn S. Pataki M.D (2000) Mood disorders and
suicide in children and adolescents in Kaplan Sadock's
comprehensive textbook of psychiatry Lippincott Williams &
Wilkins. New York pp2740 - 5757
- 194) Cash, T. F & Grant, J, R (1996): cognitive
behavioral treatment of body image disturbances in .v
. Hincent et al (eds) sourcebook of psychological
treatment manuals for Adult disorders. New York .
Plenum Press
- 195) Catson, G. A & Kaslhan, J. H. (1988) :
phenomenology major depression from childhood
through adulthood : analysis of three studies .
American Journal of Psychiatry, 145
- 196) Chadwick, P & Lowe, C (1994) : A cognitive
approach to measuring and therapy, 32,3 .355.367
- 197) Clum, G. A. Clum, G & Surls, R (1993) A meta -
Analysis of treatment for panic disorder. journal of
consulting and clinical psychology, vol - 61 - no 2, p 317
- 326
- 198) Clum, G - A. Clum, G.A & Surls, R (1993): A meta -
Analysis of treatment for panic disorder. journal of
consulting and clinical psychology. v 61 . 2. 317 - 326 .
- 199) Comatta, C.D & Nohoshi, C.T (1995): stress depression
irrational beliefs, and alcohol use and problems in a college
student sample. J Alcoholism clinical and Experimental
Research, 19(1)142-146

- 200) Corey, G. (1991) : **case approach to counseling and psychotherapy (third edition) . pacific grove : brooks / cole**
- 201) Corey, Marianne Schneider & Cory, Gerald (1997): **Groups process and practice brooks L cole publishing company, pacific Grove .**
- 202) Cory, Gerald (1996): **Theory and practice counseling and psychotherapy. Books, cole publishing company, pacific Grove**
- 203) Culiman & Douglas et al (1987): **Relative prevalence and correlates of depressive Characteristics among seriously Emotionally Disturbed and nonhandicapped students: Behavioral Disorders, vol 12(2) p90-98**
- 204) Dancu, C. V. & Foa, R. B. (1992): **post – treatment , stress disorder im . A freeman and F.n Dattilio (EDS) comprehensive casebook of cognitive therapy . New York : plenum .**
- 205) Dattilio, F. M., Berchick, R. J. (1992): **panic and agoraphobia in a freeman and fm . Dettilio (Eds) comprehensive casebook of cognitive therapy New York : plenum .**
- 206) Dattilio, F. M. (1994): **Families in crisis in F.M .Dattilio and . A freeman (Eds) cognitive – behavior approaches to crisis intervention – New York : Guilford >**
- 207) Dattilio, F. M. & Padesky, C. A. (1990): **cognitive therapy with couples ,sara sota , f. I : professional resource Exchang . Inc .**
- 208) Dattilio, F. M. & Kendall, F. C. (1994) **cognitive – behavior strategies : Applications to panic disorder in crisis intervention . in . f.m Dattilio & A freeman (Eds) cognitive . behavior approaches to crisis intervention . New York : Guilford .**
- 209) Dattilio, Frank. N & Freeman, Arther (1994): **cognitive-behavioral Strategies in crisis intervention. The Guilford press, New yourk**
- 210) Davis, J. N. (1976): **overview : maintenance the rapy in psychiatry : A fective disorders american journal of psychiatry 133: 1-14**

- 211) Davison,G.C & Neale.J.M. (1996) : **Abnormal psychology newyork : wiley, 6th ed**
- 212)De wilde ,E. (1994): **social support , life events and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high for attempting suicide Adolescence , 29 , (133) , 49 - 60 .**
- 213) Deborah.A.S & Mark.W.D(1998) **Is belief in a just world rational? J. psychological Reports.83(2)423-426**
- 214)Denis, lewrencel (1996) **Enhancing self-esteem in the class room - second edition , poulchapman pubilsihing ltd . pc.p**
- 215)Dobson k - S (1989) **Meta - analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression journal of consulting and clinical psychology vol . 57 . no 3 . p 414 - 419 .**
- 216)Donahue, B , Acierno, R . Hersem , M & Hasseltiv (1995): **social skills training for depressed , visually impaired older adults , Behavior modification , 1904 , 379 - 424**
- 217)Donaldson.D,Spirito.A & Farnett.E(2000): **The role of perfectionism and depressive congitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempetes.jornal chld- psychiatry.Hum-Dev 131)2)p99-111**
- 218)Economou,M & Amglopoulos. N (1989): **Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high-school students. Journal Educational psychology, 9. pp331-337**
- 219)Edward .C.C ,& will .b.B(1998): **Irrational beieifs, optimism pessimism, and psychological distress:A preliminary exemination. j. of clinical psychology, 54 (2), 137-142**

- 220) Ellis – Albert (1990): **Rational and irrational beliefs in counselling psychology . journal of rational emotive and cognitive behavior therapy vol 8 (4) 221- 233**
- 221) Ellis , Albert & Dryden , windy (1997): . **the practice of rational Emotive Behavior therapy – springer publishing company , New York .**
- 222) Ellis , Albert & lange , Arthur (1997): **How to keep people from pushing your Buttons . A citadel press book , Sacaucus ,new Jersey .**
- 223) Ellis , Albert (1989) **The history of cognition in psychotherapy . in Comprehensive rlandbook of cognitive Therapy (eds) A . freeman . K.M . simon L.E beutler & Ar kowitz) Nesyork : Plenum Press –**
- 224) Ellis , Albert (1994) : **Reason Emotion in psychotherapy . A Birch lane press book .**
- 225) Ellis , Albert (1996) . **Better, deeper , and more enduring brief Therapy . The rational emotive behavior Therapy approach : newyork : Br unnes / mazel .**
- 226) Ellis , Albert (1999) **Why Rational – Emotive Therapy To Rational Emotive Behavior Therapy ? journal . fpsychotherapy . Vol (36) Nø 2 . P 154 – 159 .**
- 227) Ellis . Albert , (1997): **reason and emation in psychotherapy , new jersy : the citadel press .**
- 228) Ellis. Abert (1997) **Group Rational - Emotive cognitive- behavioral therapy , international journal of group psychotherapy . vol. 42, No 1 , pp63-80**
- 229) Ellis, Albert & Dryden, widny (1997): **the pracyice of Rational Emotive Behavior Therapy.Springer publishing company.New yourk**
- 230) Fairburn , C &, Cooper . p (1991): **Eating disorder . in cognitive behavior therapy for psychiatric probem s:a . practical guide ced . K .Hawton p .m . salkovskis , J . kirk D. m clark . pp . 227 – 314 . Oxford university press**
- 231) Fairburn, C-G Jones , R., peveier , R- C., Carr, S.D., Solomon ,R.A., o'Comor .M .E ., Burrton, j., & Hope .R.A : (1991) : **Three psychological treatments for bulimia nervosa . Archives of General Psychiatry , 48 – 463 –469 .**
- 232) Fauber.R,Forehand.R,long.N, & Burke.m (1987) : **relationship oe young Adolescent childrens Depression**

- inventory(C DI) scores to their social and cognitive functioning, *Journal of psychopathology Behavioral Assessment* 9(2)
- 233)Fitz Patrick.K.M(1993): Exposure to violence and presence of Depression Among low income,African-American youth, *Journal of consulting and clinical Psychology* .61,(3)pp528.531
- 234)Garner , D. (1992): *Bulemia nervose in A. freem and E. m Dattilio (Eds) comprehensive casebook of cognitive therapy* , New York . planun .
- 235) Geller . b, Cheestnut , E.c . , Miller, D . Price ,D .T & yates, E (1985): preliminary date on DSN . 111 associated features of major depressive disorder in children and adolescent . *american journal of psychiatry* ,145
- 236)Grosser & spafford (1995) *phisiological psychology dictionary . u.s.a mc grow – hill , imc .*
- 237)Groy.R.E (1987): Adolescent response to the death of a pation. *Journal of youth and Adolescent*, 16 (1)pp511-525
- 238)Hagga D & Davison G (1993) *An appraial of rational emotive therapy . abnormal of consultling and dincial psychology* , rol 61 no 2 p 2/5 220
- 239)Hanaa soliman , R.R sadek & R Mahfouz (1997) :. *Amixety , Depression , somatization psychitirc Morbidity in Rural ninia the Egyptian Journal of psychiatry july 1997 vol 20 1991 – 203*
- 240)Hodges.K & plow.j(1990) *intelectual Ability and Achievment in psychiatrically hospitalized children with conduct Anxiety and Affective Disorder . jornal of consulting and clinical psychology,v0158(5) p589- 595*
- 241) Hollon, S.D (1981) *comparisons and combinations with alterative approaches : in l.p rehm (ed) Behavior therapy for depression : pression : present status and future directions . new york : academic press*
- 242)Ian.h. gotlib & constance l . hamman (1992) *psychoigyical aspects of deprssion , england , johnwiley & sons ltd .*

- 243) Jack & Lytle (1991): **mental disorder its care and treatment** . London , Baitiere tindall
- 244) Jacobson , neil.S & hollon, steven .d (1996) : **cognitive behavior therapy versus pharmacbtherap : new that the juryss returned its verdict it is time to present the rest of the evidence . journal of consulting and clinical psychology , .64.1.74.80**
- 245) Jaycox .H., Reivich , K . j . , Gilham , H& Seligman . M.E. (1994): **prevention of depressive symptoms in school children – Behavior rosearch and therapy .32 , 801 – 816**
- 246) Jo seph . A , Durlak et al (1991) **Effectiveness of cognitive Behavior therapy, for maladpting children am eta amalysis journal of psychological bulletin vsl . 110.no 2 . pp 204 – 214**
- 247) jones , E.E , pulos , S.M (1993): **compating the process in psychodynamic and cognitive – behavioral therapies journal consulting and clinical psychology .v. 61 – 2.306. 316 .**
- 248) Jones,E& pulos,S (1993) : **comparing the process in p̄sychodynamic and cognitive behavioral therapies journal of consulting and clinical psychology ,.61.2 .306.316**
- 249) Kahn. J . S, Kehle . T . j, & Jenson , w . R (1990): **comparison of cognitive- behavicral, relaxation and self-modeling interventions for depression among middle-school students.School, psychology Review.2,196-211**
- 250) Kaslow .N .Rehm, L & Siegel,A (1984): **socal cognitive and cognitive correlates of depression in children, journal of Abnormal child psychology ,12(4) pp605- 620**
- 251) Kazdin A.E (1995): **Childhood deresso journal of child psychology and psychiatry , 31**
- 252) Kazdin, A.E , Rodgres. A, Colbus,D (1988): **the Hopelessness Scale for children:psychometric Characteristics and concurrent Validity.Journal of consulting and clinical psychology vol54(2)**
- 253) Kennedy.E,Spence .S .H & Hemsley.R(1989): **Am Examination of the relationship between childhood depression and social competence among primary school**

- children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* v01 30(4)
- 254) Kern p. A trozzolino, C. Wolfe .G. & Purdy .C. (1994):
combind use of behavior modification and very low –
calorie diet in weight loss and weight maintence .*Am . j –
med . sci* , may , 307 (5) 325 – 328
- 255) King.Nj, Tonge.Bj, Heyne.D, Pritchard.M, Rollings Young.D
, Myerson.N, Ollendick-Trl(1998):cognitive-behavioral
treatment of school-refusing children: A Controlled
evaluation: *j-Am-Acad- child- Adolesc-psychiatry*
37(4)395-403
- 256) Kingdom, D.G., & Turkington , D . (1991): the use of
cognitive – behavior therapy with a normalizing rationale
in schi zophrenia : preliminary report . *Journal of nervous
and mental disease*, 129 , 207 – 211
- 257) Kirk, J . (1991) . cognitive – behavioral assessment. In
cognitive behavior therapy for psychiatric problems : A
practical guideced K.Hawton, p . salkouskis . j .kirk and
D.M clark , pp 13- 51 – oxford university press .
- 258) Last.CG, Hansen.C, & Franco.N(1998):cognitive –
behavioral treatment of school phobia.*j--Am-Acad-child-
Adolesc-psychiatry*.37(4):404-411
- 259) Lehman. H.E (1997) :depression : somatic
treatment methods, complications, failures in g.usdin
(ed) *deprission : clinical biological and physiological
perspectives . new york : brunner mazel*
- 260) Lester.D & Gatto.j(1989).Self Destructive Tendencies
and Depression as predictors of suicidal Ideation in
Teenagers. *Journal of Adolescence* .12(2)pp221-230
- 261) Lewinsohn ,P , M , Clarke . G . N , & Hops .H(1990):
cognitive- behavioral treatment for depressed.
Adolescents .Behavior Theraby ,21,385-401
- 262) Lewinsohn.E.P(1994): Psychological Risk Factors for
future Adolescent suicide Attempts.*j.of consulting and
clinical Psychology*.62(2)pp297-305
- 263) Liddle.B & Spence.S.H (1990): cognitive- behavioral
therapy with depression primary school children: a
cautionarynote. *Behavioral psychotherapy*: 18,85-102

- 264) Lies , B.S & Franz, R.A . (1996) treating substance use disorders with cognitive therapy : lessons learned and implication for the future . inp .salkovskis (Ed) *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 470 – 508) new york Guilford press.
- 265) Lies . B. S (1994): psychological principles of substance abuse : A brief overview , *comprehensiva therapy*, 20 ,125-129.
- 266) Lies . B.S (1994): *Brief therapy, crisis intervention and the cognitive therapy of substance abuse – crisis intervention* , 1 (1) , 11 – 29
- 267) Lies B.S (1993): *the KUFP . five visit smoking program : An office – based smoking cessation protocol . Kansas Medicine . 94 . 294 – 298*
- 268) Maha abd el gane saad ahmed (1997) Prevalence of depressive symptoms and disorders in preparatory school children master. In
- 269) Manikam , Ramasamy etal (1995): *Adolescent Depression , Relationships of self-report to intellectual and Adaptive Functioning, research in Development disabilities v61 61 no5 p349-364*
- 270) Marcotte , D & Baron . P (1993): *Lefficacite dune strategie dintervention emotivo – ratienn elle aupres dadolesents depressife du milieu scolaire. canadian jornal of consulting ,27,77-92*
- 271) Marcotte.D (1996) *Irrational beliefs and depression in adolescence.j. Adolescence .31(124)935*
- 272) Margraph , j - & Schneider, S: (1991): *outcome and active ingredients of cognitive behavioral treatments for painc disoder paper presented at the meeting of the assocation for advancement of behavior therapy . NewYork . nov. 1991 .*
- 273) Mark S.L . (1997): . *Behavior therapy for obsessive – compu;sive disorder . a decade of progress . can . jo . pschriatary Dec . 42 (10) –1021– 1027*
- 274) Masi-G, Favilla.L, Mucci-M, Poli-P, Romano-R(2001): *Depressive symptoms in children and adolescents with dysthymic disorder psychopathology .34(1)p29-35*

- 275) Mehr, j (1983) : Abnormal psychology hald, rinehart and winston .london
- 276) Melean , p & hakstian, A.R (1979) : clinical depression : coparative efficacy of out . patient treatments journal of consulting and clinical psychology 47:813 - 836
- 277) Mendlowitz.SL, Manassis.K, Bradley.S, Scapillato, Mieizitis. S, Shaw.BF (1999): cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involmment. j-Am-Acad-child-Adolesc-psychiatry:38(10)1223-1229
- 278) Mesman.j & koot.H.M (2001): child- reported depression and anxiety in preatolence: I Associations with parent-and Teacher-erported problems. j. Am .Acad - child-Adolence . psychiatry-39(11): 1371-378
- 279) Mieizitis . s (1992) : Depression in school : An unmet challenge . in s . mieizitis (ed) creating alternatnes to depression in our schools : Assessment . intervention . prevention . seattle . Toronto : Hogrefe & Huber pub . 1-5
- 280) Miller .d & Cole. C (1998) : Effects of Social Skills training on an adolescence with comorbid conduct disorder and depression , child and family Behavior therapy 20 (1) . 35- 53.
- 281) Monteleone , , p ., Brombilla , E ., Bortolotti , F., Ferrara, C & May , M (1998) plasma prolactin response to D-Fenfluramine is flunted in bulimic patients with frequent bring episode . journal psychology medicine 28 , 4, 975-983 .
- 282) Morrison ,A p (1994): cognitive behavior auditory hallucinations without concurrent medications : a single case . behavior and cognitive psychotherapy , 22,3 .259-264 .
- 283) Muris. P , Merckelbach. H, Schmidt .H ,Gadet.B.B & Bogie .N(2001): Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioral inhibition in normal adolescents:Behav-Res-Ther-39(9) p1051-1061

- 284) Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (1999): **Abnormal psychology in a changing world**. New Jersey: Prentice-Hall, 3rd ed.
- 285) Oei, T.P. & Free (1995) **Do cognitive behavior therapies validate cognitive models of mood disorder? A review of the empirical evidence**. *International Journal of Psychology* vol 30. no 2 p 145-179.
- 286) Padesky, C.A. & Greenberger, D. (1995): **Clinician's guide to mind over mood**. New York Guilford press.
- 287) Peris, C. (1989): **Cognitive therapy with schizophrenic patients**. New York. Guilford press.
- 288) Peter, S. & Nicky, H. (1994): **A student's dictionary of psychology** a member of the Hodder headline group London.
- 289) Peterson, C. (1992): **Personality**: Harcourt. Brace. Jovanovich college publishers, New York.
- 290) Pomerantz, E.M. (2001): **Parent-child socialization: implications for the development of depressive symptoms**. *Journal of Family Psychology* .15 (3) p510-525
- 291) Rachman, S. (1997) : **The evolution of cognitive behavior therapy**. in *Frontiers of cognitive therapy* (ed. Salkovskis) pp. 1-26 New York: Guilford press
- 292) Rathus, S.A. (1987) : **Personality 3 edition**, Holt Rinehart and Winston, New York.
- 293) Reber, A.C. (1995) **The Penguin dictionary of psychology**. London: Penguin books, 2nd ed.
- 294) Reed, M. (1994) : **Social skills training to reduce depression in adolescents**. *Journal of Adolescence* .29 .114. 293-302
- 295) Reinecke, Mark.A., Dattilio, Frank. N. & Freeman, Arthur (1996) **Cognitive therapy with children and adolescents**. The Guilford press, New York
- 296) Reynolds, W.M. & Coats, K.I. (1986): **A comparison of cognitive behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescent** - *Journal of Consulting and Clinical Psychology* .54 653-660

- 297) Robicson, Nancy, M (1992) stanford - binet iv of course assessment v, may field publishing company, mopancy, mountain, californi
- 298) Rogers, Carl Clay, P.N (1975) : A statistical review of controlled trials imipramine and placebo in the treatment of depressive illness british journal of psychiatry . 127.699.603
- 299) Rosenhan, D. I, & Seligman, N, E.P (1995) : Abnormal psychology New York : w.w.Norton & comp., 3rd ed.
- 300) Rothbaum B.O & FOA E.B (1993): cognitive behavioral treatment of post - traumatic stress disorder : A behavioral approach to assessment and treatment, New York. pergmon.
- 301) Rush - A. J (2000) Mood disorders : Treatment of depression : in Kaplan & SaDpck's " comprehensive Textbook of psychiratry . Lippinco tt Williams & Williams Washington - P 1377 - 1385
- 302) Rush, A. J. & Beck (2000) cognitive - Therapy in Kaplan & sa Dock's " comprehensive ?Text book of psychiatry - lippicott . Williams & Williams Washington P. 2167 - 2178 .
- 303) Rutter, M (1990) psychological resilience and protective mechanisms, in: Rolf, J& other [Eds] in : Riskand protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press .
- 304) Salter, D & Platt, S, (1990): suicidal intent, Hopelessness and Depression in a parasicide population, the influence of social desirability and elapsed time, British journal of clinical psychology. Vol 29 .361 .371
- 305) Sapp, M. (1996): three treatments for reducing the worry and emotionality components of test anxiety with undergraduate and graduate college students : cognitive - behavioral hypnosis, relaxation therapy, and supportive counseling . journal of collegfe - student Development 1996, 37, 1 - 79 - 87 .
- 306) Schon, M (1976) : prophylactic and maintenance therapy in permanent affective

- disorders in d.m galland and g.m . simpson (eds)
depression : behavioral biochemical , diagnostic and
treatment concepts . new york : spectrum
publications.
- 307) Simons, b & Meller, m. G (1987): Adolescent Depression.
Journal social work. 32(4) pp 320-330
- 308) Spence , h . s (1994) : cognitive therapy with
children and adolescent , j of child psychology &
psychiatry 11 (2) pp 1191- 1227.
- 309) spencer , susan , h (1991) developments in the
assessment of social skills and social competes in children
, behavior change vol . 8 no 4. p 148.166
- 310) Spoto . M (1987) self.concept, social-skills and teacher
Ratings of behaviors predictors of depression in learning
Disabled children paper presented at the south
western, psychological Association 33rd, New Orleans, pp 16-
18
- 311) Stark, K. D. Reynolds, W. n, & Kaslow , N (1987):
comparison of the relative efficacy of self-control therapy
and behavioral-problem-solving therapy for depression
in children . journal of Abnormal child psychology, 15, 91-
113
- 312) Stratton & Hayes (1991) : a students dictionary of
psychology third edition , london , arnold .
- 313) Stromer , S. M : (1998) the cross gender
effects of an experimental media focused
psychoeducation program (body image) .
unpublished ph D thes : S, university of south florida ,
1998 (dis. Abs . in 1998 . vol. 11B , p 6080)
- 314) stuart sutherland (1991) : macmillan dictionary of
psychology , the macmillan press ltd , london and
basingstoke .
- 315) Sullivan, P . F ., Bulik , C . M, Fear , J. I., & pickering , A.
, (1998): outcome of amoxia nervosa : a case – contrd
study . Am . j . psychiatry 155, 7, 93 - 946
- 316) Sullivan, w & Engin , A (1986): Adolescent
depression. journal of school psycholog. 24(2) pp 103-109

- 317) Tarrrier. N. etal (1993): **Atrial of tono cognitive behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patient Outcome . British journal of psychiatry . 1993 , 162,524-532.**
- 318) Thase,m.e. reynolds .c.f , frank, e. , simons.a.d mcleary , j fasizka. A.l garamoni, g.q, jennings j.r , & kuprer, d.j (1994): **Do despressed men and women respond similary to cognitive behavior therapy . am j psychiatry . 15 . 4 .500 . 505**
- 319)Thiels . C. Schmitt, U . Treasure, J . Garthe , R . Troups , N (1998): **Guided self -change for bulimia nervosa incorporating use a self -caremanual**
- 320)Thyer , B . (1987) **Treating anxiety disorder : A guide for human service professionals london : sage .**
- 321)Vanoppen , p & Arntz, A (1994): **cognitive therapy for obsessivo compulsive disorder : journal Behaviour reseach and therapy , 32, 79 , 87**
- 322)Vostanis / p , Feehan.c & Grattan E (1998) **Two - year outcone of children treated for depression . Eur - child - adolese psychiartry . Vol . 6 No 1 P 12 - 18 .**
- 323)Vostanis.P, Feehan.C , & Grattan . E ,(1996A): **Treatment for children and adolescents with depression:lessons form a controlled trial.clinical child psychology and psychiatry,1,199-212**
- 324)Vostanis.P, Feehan.C, & Grattan.E,(1996 b): **A randomized controlled out patient trail of cognitive-behavioral treatment for children and adolescents with depression: mine-month follow-up.journal of Affective disorders,40,105-166**
- 325) Waggoner, rene R. (1998) : **cognitive behavior therapy and cognitive therapy for body image awareness in sixth grade females unpublished .Ph. D. thes is auburn university ,1998 (dis .abs. int . 1998 . vol . 59 . 11a , p. 4060)**

- 326) Walen , Susan , R : Digiuseppe , Raymond , & Dryden , Windy (1992): . **A practitiner' s Guide to rational – Emotive therapy , Oxford university press , New York . oxford**
- 327) Weisz.jR,Thurber.C.A & Sweeney.L.(1997): **brief Treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control and clinical enhancement Training,jornal of consulting and clinical psychology 65,703-707**
- 328) Williams . j . : (1992) **The pschological treatment of depression : A guide to the theory and prectice of cognitive behaviour Theory and practice of cognitive begaviour Therapy Lam don : Routledge.**
- 329) Williams J (1992) : **The psychological Treatment of depression . Newyork . R outledge .**
- 330) Wills .F & Sanders, D (1997) : **cognitive therapy transforming the image . London : sage.**
- 331) Wood.A,Harrington. R , & Moore .A (1996): **controlled trial of a brief cognitive- behavioural intervention in adolescent pationts with depressive disorders.journal of child psychology and psychiatry,37,737-746**
- 332) Wu.P,Hoven.C.W,Cohen.P,Liu.X,Moore.R.E,Tiet.Q,Okez ie.N,Wicks.j, & Bird,H.R(2001) **Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents.psychiatry serv.052(2)p189-195**
- 333) Wulsin , L.R (1996) : **depressive disorders in J.L jacobson & A.M .jacobson (eds) psychiatric secrets philadelphia PA : mosby (pp 74 . 79)**
- 334) Yang, B & Clum , G .(1994): **life stress, social support, and problem solving skills predictive of Depressive symptoms, Hopelssness , and suicide tdeation in an Asian student population. A test of model , suicide & life . theatening Behavior, vol .24 no 2 , p 127 – 139 .**
- 335) Yvess.L,Richard . B, Celine . H & Celine.L.L (2000) : **Anxiety Significant losses,Depression and irrational beliefs in first-offence shoplifters . Conandian jornal of psychiatry.45(1)63-65**

الملاحق

- ملحق رقم (١) اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال
- ملحق رقم (٢) اختبار اليأس للأطفال
- ملحق رقم (٣) اختبار تقدير الذات للأطفال
- ملحق رقم (٤) مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال
- ملحق رقم (٥) استماره تحديد المستوى الاجتماعي والثقافي
- ملحق رقم (٦) أسماء السادة المحكمين للبرامج ولادوات الدراسة
- ملحق رقم (٧) قائمة الأفكار السلبية
- ملحق رقم (٨) سجل الأفكار التلقائية
- ملحق رقم (٩) جلسات العلاج المعرفي
- ملحق رقم (١٠) جلسات العلاج العقلي الانفعالي السلوكي

المحلقة رقم (١)

اختبار الأفكار الالغقانية للأطفال

إعداد الباحث

إشراف

الأستاذ الدكتور / نجلاء المحلوى

الأستاذ الدكتور / فائزة يوسف عبد المجد

الدكتور / إيهاب عبد العزيز عبيد

الاسم :

السن :

السنة الدراسية :

المدرسة :

عزيزى الطالب :

بين يدك اختبار يتكون من مجموعة من العبارات تعبر عن بعض أفكارك.. يؤمن بها البعض أو يرفضها البعض.

أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع (✓) تحت العبارة (نعم) أو (لا) فى المكان المناسب فى ورقة الإجابة الذى يعبر عن موقفك فى كل منها .
لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة ، فأى أجابة تعبر صحيحة طالما أنها تعبر عن أفكارك .

راجيا التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل الصراحة والصدق والدقة ، وعدم ترك عبارة دون الإجابة عليها .

ولك خالص الشكر والتقدير

لا	نعم	العبارة	م
		أحب أن أكون عند حسن ظن الآخرين	١
		أخش دائما من الفشل	٢
		يجب لوم الآخرين بشدة عند التقصير فى أى مهمة يقوموا بها	٣
		أشعر بخطر دائم يهددنى	٤
		أعتقد أن الآخرين هم السبب فى شقائنا	٥
		أشعر بالتوتر الدائم	٦
		أنا أعتقد أننى لأستطيع تحمل المسئولية	٧
		أنا اعتمد على الآخرين	٨
		أعيش الماضى ولا أنظر للحاضر أو المستقبل	٩
		دائما أسعى إلى حل مشكلات الآخرين	١٠
		أسعى فى طلب الحلول الكاملة لحل المشكلات	١١
		أكون سعيد عندما أشاهد التلفزيون	١٢
		طلب المساعدة من الآخرين يشعرنى بالضعف	١٣
		أحب إرضاء الآخرين	١٤
		لدى شعور داخلى بنقص أحاول أن أعوضه	١٥
		أعتقد أنه لا يوجد شخص معصوم من الخطأ	١٦
		أتوقع الخطر عندما أكون سعيد	١٧
		أعتقد أن التعاسة ليست بسببى ولكن بسبب الآخرين	١٨
		أشعر بخيبة الأمل إذا وقعت فى أى خطأ لو تافه	١٩
		الطريق الوحيد لحل المشكلات هو الهروب منها	٢٠
		لا أستطيع أن اتخذ قرار لوحدى	٢١
		الماضى يسيطر على	٢٢
		لا أشارك الآخرين مشاكلهم	٢٣

م	العبارة	نعم	لا
٤٥	أعاقب دائما نفسي على أخطاء بسيطة		
٤٦	تحمل المسؤولية هدف من الاهداف التى أسعى لتحقيقه		
٤٧	اتخذ قرارى لوحدى		
٤٨	اهتم بالأحداث الحاضر أكثر من الأنداث الماضيه		
٤٩	أشعر بالتعاسه الشديده لما يواجهه الأخرين من مشكلات		
٥٠	عندى حل لكل مشكله		
٥١	لا أكون سعيد إلا إذا كنت مصدر إعجاب من حولى		
٥٢	المهم أن أكون محبوبا من الأخرين		
٥٣	أعتقد أنه لايمكن للفرد أن ينال حب كل الناس		
٥٤	أرهب نفسى فى تنفيذ الأشياء بشكل كامل		
٥٥	يجب أن يكون الحكم فورى وراذع لأخطاء الأخرين		
٥٦	أعتقد أنه لا يوجد مايدل على حدوث كارثه لى فى المستقبل		
٥٧	نجاحى يرتبط بى ونيس بالأخرين		
٥٨	أشعر بعدم القيمه إذا لم أقوم بأداء واجبى بالكامل		
٥٩	أتجنب دائما المواقف الصعبه		
٦٠	أنتظر مساعده الأخرين لى باستمرار		
٦١	انظر إلى المستقبل على أنه طريقى للنجاح		
٦٢	دائما أسعى لحل مشكلات الأخرين وأنسى مشاكلى		
٦٣	أحاول الوصول إلى الحل الكامل		
٦٤	أنا سعيد فى كل الظروف		
٦٥	أشعر بأن من يعارضنى فى الرأى لايجبى		

المحلق رقم (٢)

اختبار اليأس للأطفال

إعداد الباحث

إشراف

الأستاذ الدكتور / نجلاء المحلاوي

الأستاذ الدكتور / فائزة يوسف عبد المجيد

الدكتور / إيهاب عبد العزيز عبيد

الاسم :

السن :

السنة الدراسية :

المدرسة :

عزيزي الطالب :

بين يديك اختبار يتكون من مجموعة من العبارات تعبر عن بعض أفكارك.. يؤمن بها البعض أو يرفضها البعض.

أرجو قراءة كل من تلك العبارات وودع (✓) تحت العبارة (نعم) أو (لا) فى المكان المناسب فى ورقة الإجابة. الذي يعبر عن موقفك فى كل منها .
لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة ، فأى أجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك .

راجيا التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل الصراحة والصدق والدقة ، وعدم ترك عبارة دون الإجابة عليها .

ولك خالص الشكر والتقدير

م	العبارة	نعم	لا
١	أريد أن أكبر لأننى اعتقد أن الأحوال ستكون أحسن		
٢	أنا إنسان عاجز عن الحب		
٣	عندما أعجز عن تغيير الأحوال لصالحى أتوقف عن المحاولة		
٤	أتخيل أن حياتى ستكون سعيدة كما أتمناها عندما أكبر		
٥	كل شئ يحدث بسبب خطأ منى		
٦	عندما تصبح الأحوال سيئة أعرف أنها ستتحسن عن قريب		
٧	فى المستقبل سأفعل الأشياء التى أخطت لها		
٨	أتمنى لو أننى ميت		
٩	لدى وقت كافى لإنهاء الأشياء التى أريد فعلا أن أعملها		
١٠	حظى سئ ولا يوجد أى سبب يجعلنى أفكر أنه سيتحسن عندما أكبر		
١١	أنا طفل تعيس		
١٢	سأحصل على الكثير من الأشياء التى أتمناها أكثر من الأطفال الآخرين		
١٣	كل ما أستطيع أن أتوقعه بخصوص مستقبلى أشياء سيئة وليست حسنة		
١٤	لا أحد يحبنى		
١٥	لا تسير الأحوال بالطريقة التى أتمناها		
١٦	لا أظن أننى أستطيع فى المستقبل أن أحصل على ما أريده فعلا		

المحلّق رقم (٣)

إختبار تقدير الذات للأطفال

Coopersmith self - esteem inventory

دكتور محمد أحمد دسوقي
كلية التربية - جامعة الزقازيق

دكتور فاروق عبدالفتاح موسى
كلية التربية - جامعة الزقازيق

الإسم : العمر : الجنس : ذكر / أنثى

تعليمات

- ١ . يستخدم هذا الاختبارا فى تقدير الشخص لنفسه (بطريقة ذاتيه) .
- ٢ . يتكون الاختبار من ٢٥ عبارة يقابل كلا منها زوجان من الأقواس أسفل كلمتى " تنطبق " لانتطبق .
- ٣ . أقرأ كل عبارة ثم قرر :
(أ) إذا كانت العبارة تنطبق عليك ، ضع علامة (×) بين القوسين الموجودين أسفل تنطبق .
- (ب) إذا كانت العبارة لانتطبق عليك ، ضع علامة (×) بين القوسين الموجودين أسفل لانتطبق .
- ٤ . لاتوجد أجابات صحيحة وأجابات خاطئة ، فأى اجابتهو تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك فى نفسك بصدق .

تنطبق لانتطبق

مثال " أشعر بالسعادة عندما يزورنى صديق

- فإذا كان المفحوص يشعر بالسعادة فعلا إذا زاره صديق فإنه سوق يضع علامة (×) بين القوسين أسفل تنطبق وهكذا (×) ()
- إما إذا كان لايشعر بالسعادة إذا زاره صديق فإنه سوف يضع العلامة بين القوسين أسفل لانتطبق ، هكذا . () (×)

لا تقلب الصفحة حتى يؤذن لك



م	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
١	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر		
٢	من الصعب جدا أن اتكلم أمام زملاي في الفصل		
٣	توجد أشياء كثيرة نخصني أرغب في تغييرها أن أستطعت		
٤	يمكن أن أتخذ القرارات في أي موقف دون مشقة كبيرة		
٥	يفرح الآخرون بوجودي معهم		
٦	يمكن أن أتضايق بسهولة في المنزل		
٧	أن التعود على شئ جديد يستغرق مني وقتا طويلا		
٨	أنا محبوب بين زملاي الذين في نفس عمري		
٩	يراعى والداي مشاعري عادة		
١٠	يمكن أن استسلم بسهولة كبيرة		
١١	يتوقع والداي أشياء كثيرة مني		
١٢	من الصعب إلى حد ما أن أظل كما أنا		
١٣	تختلط كل الأشياء في حياتي		
١٤	يتبع زملاي أفكارى عادة		
١٥	رأبى عن نفسى منخفض		
١٦	في كثير من الأحيان أرغب في ترك المنزل		
١٧	في كثير من الأحيان أشعر بالضيق في المدرسة		
١٨	لست كذابا مثل كثير من الناس		
١٩	إذا كان لدى شئ أريد أن أقوله ، أنى أقوله عادة		
٢٠	يفهمنى والدى		
٢١	معظم الناس محبوبون أكثر منى		
٢٢	أشعر عادة كما لو كان والداي يدفعاى للعمل		
٢٣	لا ألقى تشجيعا في المدرسة في كثير من الأحيان		
٢٤	لا تضايقتى الأشياء عادة		
٢٥	لا يعتمد الآخرون على		

المحلق رقم (٤)

مقياس المهارات الاجتماعية للصغار

أعداد

دكتور / محمد السيد عبدالرحمن

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

الإسم : الجنس : ذكر (-) انثى (-)
مدرسة : الفصل :
شهر سنة
السنن :
التعليمات : -

- أمامك مجموعة من العبارات التي توضح الطريقة التي قد يستعملها الصغار ممن هم في مثل سنك مع زملائهم أو من هم أكبر أو أصغر سنا منهم ، وأمام كل عبارة ثلاثة أختبارات (دائما - أحيانا - نادرا) والمطلوب منك أن تختار إجابة واحدة فقط من هذه الأختيارات بحيث تدل على طريقة تعاملك مع الآخرين وتضع دائرة حول الأجابة التي تختارها
- ليست هناك أجابة صحيحة وأخرى خاطئة لان هذا ليس اختبارا ولا امتحانا فحاول أن تجيب بما يتفق مع ماتفعلة فعلا .
- لاترك أية عبارة دون أجابة .

مثال :

أخاف أن أتكلم مع الكبار دائما أحيانا نادرا
إذا كانت تخاف دائما أن تتحدث مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (دائما)
أما إذا كنت تخاف أحيانا أن تتكلم مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (أحيانا) كما
في هذا المثال .
وإذا كنت لا تخاف أن تتحدث مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (نادرا)

دائما — أحيانا — نادرا	١ أهتد الناس وأتصرف معهم بوحشية
دائما — أحيانا — نادرا	٢ أأضب بسهولة
دائما — أحيانا — نادرا	٣ أنا شخص مسيطر (أقول لأى شخص أعمل كذا ولا أقول بعد إذتك أعمل كذا)
دائما — أحيانا — نادرا	٤ عادة أكون حزين وكثير الشكوى
دائما — أحيانا — نادرا	٥ أتكلم وأقطع كلام الآخرين عندما يتكلمون
دائما — أحيانا — نادرا	٦ أأخذو أو أستأخدم حاجات الآخرين دون أستأذان منهم
دائما — أحيانا — نادرا	٧ أتفاخرا وأتباهى كثيرا
دائما — أحيانا — نادرا	٨ اتظرا إلى الناس وأنا أتحدث إليهم
دائما — أحيانا — نادرا	٩ لى أصدقاء كثيرين
دائما — أحيانا — نادرا	١٠ أعتدى على الأخرين وأسبهم (أشتمهم) عندما أأضب منهم
دائما — أحيانا — نادرا	١١ أساعد الأصدقاء الذين يتعرضون لضرر أو أذى
دائما — أحيانا — نادرا	١٢ أأعاب الأصدقاء وأضحكهم عندما يكونو زعلاتين لأأفف عنهم
دائما — أحيانا — نادرا	١٣ أنتظر للولاد الآخرين نظرة أحتقار وكراهية
دائما — أحيانا — نادرا	١٤ أشعر بالأأضب والغيرة عندما يفعل أى شخص عمل جيد
دائما — أحيانا — نادرا	١٥ أشعر بالسعادة عندما يفعل أى شخص عمل جيد
دائما — أحيانا — نادرا	١٦ أأعاب الأطفال الآخرين بعيوبهم وأأطائهم
دائما — أحيانا — نادرا	١٧ أأمدح الناس وأأبرهم بما فيهم من صفات طيبة
دائما — أحيانا — نادرا	١٨ أأذب لكى أأصل على ما أريد
دائما — أحيانا — نادرا	١٩ أأضايق الناس لكى أأجعلهم يأضون
دائما — أحيانا — نادرا	٢٠ عندما أرى شخص أأرفة أذهب إليه وأتحدث معه

دائما - أحيانا - نادرا	أعرض على الناس أن أساعدهم أو أقدم لهم خدمات	٣٩
دائما - أحيانا - نادرا	أشعر بالرضا والسعادة عندما أساعد شخص ما	٤٠
دائما - أحيانا - نادرا	أحاول أن أكون أحسن من أى شخصى آخر	٤١
دائما - أحيانا - نادرا	عندما أتكلم مع الآخرين فإبنى لا أخرج عن موضوع الكلام	٤٢
دائما - أحيانا - نادرا	أزور أصدقائى غالبا فى منازلهم	٤٣
دائما - أحيانا - نادرا	ألعب وجدى	٤٤
دائما - أحيانا - نادرا	أعشر بالوحدة (أننى وحيد)	٤٥
دائما - أحيانا - نادرا	أشعر بالأس والندم عندما أذى أى شخص	٤٦
دائما - أحيانا - نادرا	أحب أن أكون انقائد أو الزيم فى اللعب والعمل	٤٧
دائما - أحيانا - نادرا	أشترك فى الالعاب مع الأطفال الآخرين	٤٨
دائما - أحيانا - نادرا	أشترك فى المشاجرات كثيرا	٤٩
دائما - أحيانا - نادرا	أغير من (أحقد على) الناس الآخرين	٥٠
دائما - أحيانا - نادرا	أرد الجميل لمن يساعدى أو يقدم لى معروف	٥١
دائما - أحيانا - نادرا	أسأل الآخرين عن أخبارهم وأحوالهم	٥٢
دائما - أحيانا - نادرا	أبقى مع الآخرين لمدة طويلة حتى يملون منى	٥٣
دائما - أحيانا - نادرا	أفسر الأشياء بأكثر ما تحتمل (أعمل من الحبة قبة)	٥٤
دائما - أحيانا - نادرا	أضحك لما يقوله الآخرين من نكت أو قصص حميلة	٥٥
دائما - أحيانا - نادرا	أهم شئ عندى أن أكسب أو أفور على الآخرين	٥٦
دائما - أحيانا - نادرا	أذى الآخرين وأضايقهم عندما أريد توجيههم أو نقدهم	٥٧

المحلق رقم (٥)

استمارة المستوى الاجتماعي والثقافي

إعداد

الاستاذ الدكتور / فائزة يوسف عبد المجيد

- الأسم : () الجنس ذكر () أنثى ()
اسم المدرسة :
تاريخ الميلاد : / / ١٩ / السن :
الديانة :
سن الوالد الآن سنة
مستوى تعليم الأب () أمى () يقرأ ويكتب ()
شهادة أقل من الثانوى () ثانوية عامة أو مايعادلها ()
شهادة جامعية () دبلوم على أو ماجستير ()
مهنة الوالد بالتفصيل
سن الوالدة الآن سنة
مستوى تعليم الوالده () أميه () يقرأ ويكتب ()
شهادة أقل من الثانوى () ثانوية عامة أو مايعادلها ()
شهادة جامعية () دبلوم على أو ماجستير ()
مهنة الوالد بالتفصيل
ماعدد أخوتك إجمالى () الأخوة ذكور () أناث ()
عدد أفراد الأسرة ترتيب ولادتك
أجمالى دخل الأسرة

المحلق رقم (٦)

اسماء السادة المحكمين للبرامج والأدوات الدراسة

- ١ (الأستاذ الدكتور / حامد عبد السلام زهران
أستاذ الصحة النفسية — كلية التربية — جامعة عين شمس
- ٢ (الأستاذ الدكتور / رزق سند إبراهيم
أستاذ علم النفس — كلية التربية — جامعة عين شمس.
- ٣ (الأستاذ الدكتور / طارق أسعد
أستاذ الطب النفسى — كلية الطب — جامعة عين شمس.
- ٤ (الدكتور / عادل حسين
باحث بالمركز القومى للتقويم والامتحانات.
- ٥ (الأستاذ الدكتور / عادل سراج الدين
أستشارى الطب النفسى — مدير العيادات الخارجية — مركز
الطب النفسى — مستشفيات جامعة عين شمس .
- ٦ (الأستاذ الدكتور / عبدالفتاح صابر
أستاذ الصحة النفسية — كلية التربية — جامعه عين شمس .
- ٧ (الأستاذ الدكتور / محمد غانم
استاذ الطب النفسى / كلية الطب عين شمس .
- ٨ (الدكتور / محمد يوسف
مدرس علم النفس — كلية التربية الرياضية — جامعه حلوان .
- ٩ (الأستاذ الدكتور / مصطفى كامل اسماعيل
استاذ الطب النفسى — كلية الطب — جامعة عين شمس .
- ١٠ (الأستاذ الدكتور / نبيل عبد الفتاح حافظ
استاذ الصحة النفسية — كلية التربية جامعه عين شمس .

المحلق رقم (٧)

قائمة الأفكار السلبية

تأليف : (WILLIAMS : 1992) إعداد / زينب محمود شقير ١٩٩٩

- (١) يبدو لى اى جهد كأننى لا أفعل شيئاً
- (٢) أشعر بالتشاؤم تجاه المستقبل
- (٣) لدى العديد من الأشياء السيئة فى حياتى
- (٤) نظرتى للامام ضيقة جداً
- (٥) أشعر ان طاقتى مستنفذة وملتاشية
- (٦) انا لست ناجح مثل الاخرين
- (٧) يبدو لى كل شى لا جدوى منه وتافه
- (٨) يوجد فى شخصى العديد من الأشياء التى لا أحبها
- (٩) من الصعب جدا أن أتحسن
- (١٠) أنا مرهق تماماً
- (١١) المستقبل يبدو لى كسلسلة من المشكلات
- (١٢) لا أرضى عن الأشياء التى أقوم بادننها
- (١٣) قمت بارتكاب أخطاء عديدة فى حياتى
- (١٤) فى الواقع أن تركيزى يكون فقط بإبقاء عيناى مفتوحين
- (١٥) كل شى أفعلة يصبح شيئاً
- (١٦) أشعر بتباطؤ وثقل فى كل أنحاء جسمى
- (١٧) أنا أسف على الأشياء التى أفعلها
- (١٨) أشعر بالاكتئاب عند ضياع الأشياء
- (١٩) لا يوجد لدى أى أصدقاء حقيقيين
- (٢٠) لدى العديد من المشاكل
- (٢١) أتمنى لو كنت شخصا آخر
- (٢٢) أتضايق من نفسى عندما أتخذ قراراً شيئاً
- (٢٣) لا يتكون لدى انطباع جيد عن الآخرين
- (٢٤) المستقبل يبدو شيئاً
- (٢٥) أتمنى وجود بعض الأشياء السعيدة لتجعلنى أشعر بأننى أحسن

المطلق رقم (٨)

سجل الأفكار التلقائية

١ (الموقف : - مع من ؟ - ماذا كنت تفعل ؟ - متى كان ذلك ؟	٢ (الحالة النفسية : أ/ بما شعرت ب/ قيم كل شعور (٠ - ١٠٠%)	٣ (الأفكار التلقائية) صور ذهنية) أ/ بما كنت تفكر قيل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ضع دائرة على الفكرة (المؤثرة)	٤ (الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة	٥ (الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة	٦ (الأفكار البديلة / الموازنة أو المعدلة : أ/ أكتب فكرة بديلة أو معدنة للفكرة التي تثير الأنفعالات السلبية لديك ب/ قيم مدى تصديقك لكل فكرة بديلة (٠ - ١٠٠%)	٧ (قيم حالتك النفسية الآن : أعد تقييم المشاعر التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أى مشاعر جديدة

المطلق رقم (٩) جلسات برنامج العلاج المعرفى

الجلسة الأولى :

الموضوع :

تمهيد وتعارف والتعرف على البرنامج

الهدف :

- ١- إقامة علاقة بين المعالج والطفل وتحقق من خلال الألفة
- ٢- الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات
- ٣- التعريف بإجراءات والهدف ومحتويات البرنامج ومدته .

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

- فى هذه الجلسة يتم التعارف بين المعالج والطفل وذلك فى جو من الدفء والألفة والتقبل .
- شرح القواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات العلاجية يقوم المعالج بوصف المبادئ الأساسية للعلاج المعرفى والتدريب على المهارات، اللازمة .
- ان تأسيس العلاقة العلاجية هى المهمة الأولى للباحث ويتضمن ذلك الترحيب بالطفل ائمكتنب ، ويهتم الباحث أساسا فى هذه الجلسة بتشجيع الطفل على التحدث عن نفسه وقبول الطفل ومع التأكيد على هدف واحد يجب تحقيقه هو التغلب على الحزن المسيطر عليه ، وتعريفه ان العلاج المعرفى من الاساليب الفعالة فى علاج الاكتئاب .

الجلسة الثانية :

الموضوع

شرح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك

الهدف :

- ١- تعرف الطفل أنواع التفكير والانفعال والسلوك والعلاقة بينهم

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى :

فى هذه الجلسة يبدأ المعالج فى شرح التفكير ونشأتها وأن التفكير ذاتى وعلاقة التفكير بالموضوعات والأحداث ، وكيف يحدث التفكير نتيجة إدراك موقف معين ، وعناصر التفكير وأنواع التفكير والانفعالات والحالات الوجدانية وكيف يشعر الإنسان بالحب والكره والخوف والقلق والأمن والطمأنينة ويشعر بالحزن والكآبة والفرح أيضاً وعلاقة كل منهم من التفكير والانفعالات والسلوك والفرح أيضاً وعلاقة كل منهم من التفكير والانفعالات والسلوك وكيفية اكتساب السلوك وتأثيره بالتفكير والانفعالات مع ضرب الأمثلة المختلفة لكل منهم ، التدريب على أخذ الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة.

الجلسة الثالثة :

الموضوع :

مناقشة الأفكار السلبية والانفعالات الناتجة عنها والمواقف التى تحدث

منها

الهدف :

تعريف الطفل بالأفكار السلبية التى ترتبط بالاكتئاب والانفعالات الناتجة عنها

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

يركز الباحث على شرح العلاقة بين الأفكار السلبية والتى تؤدى إلى الاكتئاب وذلك كما ذكرنا فى الجلسة السابقة أن هناك علاقة وثيقة بين التفكير والانفعال والسلوك وأن الفكرة الإيجابية والسلوك الإيجابى والفكرة السلبية الخاطئة هى وراء الانفعال المؤلم والسلوك المضطرب ومع وجود الأمثلة على الأفكار السلبية لظهور الاضطراب وأعراض الاكتئاب لدى الطفل .

الراجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة الرابعة :

الموضوع :

رفع تقدير الذات المنخفضة والتوقعات السلبية

الهدف :

رفع تقدير الذات المنخفضة والتوقعات السلبية لدى الطفل .

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

وهنا يتم تركيز المعالج على تقدير الذات المنخفضة أو التوقعات السلبية لدى الطفل فعندما ينظر الطفل إلى نفسه على أنه ليس ذو قيمة .. فهو يعتقد أنه قد أخفى في أن ينجز ما يعتبره هام له . وهنا يجب على المعالج معرفة ما أخفق فيه والتعرف على مشاعره تجاه هذا الموضوع . ثم يتعرف على تفكيراته السابقة من هذا الموضوع التى تسبق مشاعره عندما يفكر فى ذلك الموضوع . وقد يكون إحساسه بإخفاقه فى هذا الموضوع راجع إلى خبرات مؤلمة سابقة أن يكون الاضطراب استجابة لهذه الخبرة فيوضح المعالج أنه بإخفاقه لهذا الموضوع لم ينقص ذلك من تقدير ذاته لأنه بإخفاقه لهذا الموضوع لا يعنى فقدته لذاته . ولكن شعوره بأنه أخفق للموضوع فقد ذاته ناتج عن تكوين تعميمات زائد مفرطة وعن تفكير محرف سلبى بأنه لا يمكن إقامة ارتباطات أخرى به . ويجب على المعالج أن يؤكد للطفل أن لديه إمكانيات يمكن أن يتبنى أفكار جديدة عن نفسه وتساعد على تكوين علاقات جديدة مع الآخرين . ويقوم المعالج بتدريب الطفل على استنتاج أفكار موجبة جديدة الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة الخامسة :

الموضوع :

مواقف الجمود الذاتى للطفل

الهدف :

١- مقاومة الجمود الذاتى للطفل

٢- مقاومة الحزن وعدم الرضا فقدان الإحساس بالفكاهة والرعاية

الزمن: ٦٠ دقيقة

المحتوى:

يسيطر على الطفل جمود ذاتى ناتج عن التفكيرات السلبية المسيطرة على انفعاله وسلوكه ويقوم المعالج بوضع جدول للأنشطة السارة التى تساعد على مقاومة جمودة الذاتى ويكون جدول النشاط متدرج المهام حتى يشعر الطفل بنجاح عقب قيامه بمهمة بسيطة دون إجهاد يفوق طاقته فى البداية.

وعندما يكون هناك الحزن وعدم الرضا واللامبالاه يقوم المعالج بتوجيه الطفل إلى نشاط وبشكل موجب يتم تعزيز النشاط ، وتذكر الأحداث السارة والموجية فى حياة الطفل والأنشطة التى كان بارعاً فيها ، ويركز الانتباه بعينه على الأنشطة التى تدعم الحالة النفسية والوجدان وتقدير الذات .

الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة السادسة :

الموضوع :

التعرف على الافتراضات الاكتئابية ، إعادة التقييم المعرفى

الهدف:

تقديم الدليل الذى يؤيد أو يناقض الافتراضات الاكتئابية

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى :

يهتم المعالج التعرف على المبررات الطفل التى جعلته يعتقد فى الافتراض الاكتئابى ويقدم التفسيرات السلبية للأحداث التى حدثت يقوم المعالج بالتعارف على الافتراضات الاكتئابية وتقييمها عن طريق " إعادة التقييم المعرفى " الذى يتألف عن تحديد المعارف والاتجاهات اللاتوافقية مثل بين المعارف الاكتئابية والحزن ، ونزعات الانتحار .. فحص المعارف الاكتئابية ، استكشاف وتقييم هذه المعارف ويستخدم المعالج " التدريب المعرفى " للكشف عن المشاكل التى تعوق المريض عن أن يتخذ الأنشطة الموجهة نحو الهدف وذلك عن طريق تخيل ذاته يتقدم خلال الخطوات المتضمنة فى النشاط ، وجعله يقرر الصعوبات

والعقبات النوعية التي يتوقعها والصراعات التي تكون مستثارة أثناء تخيله النشاط وبعد ذلك تناولها في إطار عادة تقييمها معرفيا ومناقشتها .
ويبدأ المعالج في استخدام العلاج البارح السار وذلك عندما يبدي الطفل بأنه لا يستمتع بأى شئ مطلقا وذلك بسبب وضعه المعرفى السالب وفشله في أن يكامل خبراته السارة ، فهو يركز على خبراته الفاشلة حتى تساوق مع أفكاره عن نفسه والعالم . وبالتالي فإن سروره يكون قصير الأمد لأن الخبرات الكندرة هي التي تكون حاكمة تفكيره وفي هذا يطالب المعالج الطفل أن يسجل منهجا أحداث اليوم وأن يضعها طبقا لدرجة الرضا التي يعيشها وأن يسجل تقديره للأداء والسرور الذي عاشه عند أداء أنشطة مختلفة وذلك لاختراق ..
الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة السابعة :

الموضوع :

التعرف على التفكرات الاتوماتيكية والتحريفات الإدراكية وتصميمها

الهدف :

١- التعرف على الأفكار الاتوماتيكية والتحريفات الإدراكية وتصميمها

٢- تحليل القواعد والاحتميات التي تحكم استجابات الطفل

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

يركز المعالج على خفض نشاط المخططات المسيطرة المختلفة وظيفيا وذلك عن طريق استكشاف العوامل الداخلية للتفكيرات والدوافع والمشاعر التي تسهم في قيام الاضطراب وهذا الأسلوب المعرفى يؤدي بالطفل إلى التعرف على التفكيرات الاتوماتيكية والتعرف على التحريفات الإدراكية وتصميمها وذلك من التعرف على الاعتقادات والافتراضات الكامنة والمعارف المختلفة وظيفياً .
الطفل المكتئب قد لا يعي التفكيرات الاتوماتيكية التي تسبق المشاعر الكنبية ولكن من خلال التدريب على ملاحظة تتابع الأحداث الخارجية واستجاباته لها ، فإن يزداد وعيه بهذه التفكيرات الاتوماتيكية وذلك من خلال إدراك فكرة والتركيز عليها وتقييمها بنفس القدر الذي يمكن للشخص التعرف على إحساس

مثل الألم والتفكير فيه . فيتم الطلب إلى الطفل أن يتلفظ الظروف التي يشعر فيها بالضيق أو الانزعاج (فنية العمود الثلاثي) وذلك بأن يكتب الطفل معارفه في أحد الأعمدة ثم يكتب (استجابة إيجابية) للمعارف في العمود التالي . وعمود آخر يكتب وصفا وجدانيا وسلوكيا وذلك لمساعدة الطفل على إعادة تعريف تخيلاته وتفكيراته المختلفة وظيفيا ويمكن عوننة الأعمدة على النحو التالي .
الموقف الانعالي ، التفكير الاتوماتيكي الاستجابة العقلانية ، النتيجة ، ويقوم المعالج بشرح هذا الشكل للطفل بعد أن يتفهم فكرة التفكير الاتوماتيكية إعطاء بعض الأمثلة عن المعارف المختلفة وظيفياً والاستجابات المعقولة وأيضاً يتعلم الطفل تقدير درجة خبراته الانفعالية والدرجة التي يعتقدها في التفكير الاتوماتيكي الواجب المنزلي بتسجيل الأفكار الخاطئة.

الجلسة الثامن :

الموضوع:

تعليم الطفل إعادة تعريف العمليات أو الأخطاء المعرفية التي تجعل التفكير الاتوماتيكية مختلفة وظيفياً .

الهدف:

١ - التعرف على الأخطاء المعرفية

٢ - التعرف على تفكيرات الاتوماتيكية المختلفة وظيفياً

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى:

تركز هذه الجلسة على الأخطاء المعرفية التي تجعل التفكير الاتوماتيكي مختلا وظيفياً وتجعل الطفل ينظر للمواقف المختلفة بشكل سلبي وبذلك يقوم المعالج باستخدام العلاج البديلي ، بدراسة تفسيرات بديلة لهذه الأخطاء المعرفية فالطفل المكتئب يظهر انحراف سلبياً منهجياً في تاويلاته وبسبب الاعتقاد في تفسيرات أخرى سلبية فإنه يكون غير قادراً على أن يعرف انحرافه ويشجع المعالج الطفل على ابراز أكبر قدر من الحلول ومع تطبيقها وتدعيم الأسلوب في التفكير الايجابي

الواجب المنزلي بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة التاسعة :

الموضوع :

التعامل مع المشاعر السلبية والتعب ، والفشل

الهدف :

التعامل مع مشاعر السلبية والتعب والفشل

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

يعبر انطفل عن مشاعر التعب وأن يفشل أو سوف يفشل فى أي شئ يحاوله فإن المعالج يستخدم جداول الأنشطة وهى تتم تصميمها لتناسب المرحلة الطفولة لكى يدفعه إلى الحركة والنشاط ويتعرف المعالج على الأسباب التى تؤدى إلى عدم نشاط ، ويتم تقديم النشاط بصورة متدرجة وفى حدود مقدرة الطفل ، وعندما يعبر الطفل عن مقاومته أو عدم قدرته على القيام بالنشاط : يطلب المعالج أن يترك المبررات وأن هذه المبررات يتم التعامل معها ومن هذه المبررات التى يمكن أن يقدمها الطفل المكتئب عن سلبيته أو مقاومته الاشتراك فى النشاط أن لا يستطيع أ، يفعل ذلك إذا ما حاول فإنه سوف يفشل ، إنه تعبنا ولا يستطيع فعل شئ .

ولذلك يستخدم المعالج التدريب المعرفى للكشف عن المشاكل التى تعوق الطفل على أن ينفذ الأنشطة المختلفة وذلك عن طريق تخيل ذاته يتقدم خلال الخطوات المتضمنة فى النشاط ، وجعله يقرر الصعوبات والعقبات النوعية التى يتوقعها والصراعات التى تكون مستثارة أثناء تخيله النشاط وبعد ذلك تناولها فى إطار إعادة تقييمها معرفيا ومناقشتها .

الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة العاشرة :

الموضوع :

التغلب على مشاعر اليأس ورغبة الانتحار

الهدف :

وضع بدائل للمشاعر اليأس ورغبة الانتحار

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

نجد الطفل يبرر عن اليأس بأنه يظل يأس تعيس ورغبة فى الانتحار ليتخلص من الحياة المؤلمة التى يحيها وأن المستقبل أسود مظلم ولا أمل فيه .
ويستخدم المعالج العلاج البديلى وذلك بأن يتفحص الطفل تفكيراته الاتوماتيكية إلى يتم اكتساب الموضوعية والواقعية عليها ، وذلك يقوم المعالج بمناقشة الأسباب هذا اليأس والتعاسة وأن يوضح ما هو اليأس بطريقة واضحة وبسيطة ومحاولة مشاركة الطفل فى تحديد هذا التعريف على تحديد الأفكار المعرفية السالبة .

وأيضاً يقوم المعالج بالحوار مع الطفل عن تعريف الانتحار والأسباب التى تؤدى إلى الانتحار وذلك لتغيير الأفكار الاتوماتيكية السلبية المسيطرة عليه اتجاه الانتحار الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة

الجلسة الحادية عشر :

الموضوع

إعادة صورة الجسم

الهدف :

تكوين صورة سليمة عن الجسم

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

الطفل تكون لديه صورة سليمة عن الجسم ويكون قلق بأفكار سلبية عن الجسم والوظائف الجسدية وهنا يكون المعالج أن يخفض التفكير السلبي عن الجسم مع ارتفاع معدل تقبل الجسم واحترام الذات وأنه للتخلص من التفكير السلبي المتعلق بعدم الرضا عن الجسم يطلب المعالج من الطفل التعبير عن الأفكار السلبية والتعبير عن المشاعر السلبية المرتبطة بهذه الأفكار ثم البحث عن أفكار بديلة متعلقة بعدم الرضا عن صورة الجسم ويمكن التعرف على عدم الرضا

عن صورة الجسم من خلال التفكير السلبي مثل (أنا جسمى نحيف وقبيح)
ولذلك يساعد المعالج فى التوجه نحو الواقع والتفكير النقدى الذى يتعلم فيه أن ،
تفكر من خلال النتائج دون الرجوع إلى الافتراضات القهرية السريعة والتي تؤثر
على المشاعر الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة الثانية عشر :

الموضوع :

عدم الاهتمام بالأعمال المدرسية

الهدف :

١- رفع الدافعية للعمل المدرسى

٢- الاستمتاع بالمدرسة وزيادة الأداء المدرسى الأساليب :

التدريب المعرفى

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى :

يركز المعالج على عدم اهتمام الطفل بالمدرسة حيث يبدي الطفل بعدم
الرغبة فى أداء الواجبات المدرسية وأن عمله المدرسى ضعيف فى المواد فى
المواد ولا يشعر بالمتعة فى المدرسة وأنه ليس لديه الرغبة فى الذهاب إلى
المدرسة ويجد المعالج مقاومة كبيرة من الطفل بسبب التفكيرات السلبية .

ويستخدم المعالج التدريب المعرفى للكشف عن المشاكل التى تؤدى
بالطفل بعدم الاهتمام بالمدرسة وذلك عن طريق تخيل ذاته يتقدم خلال الخطوات
المتضمنة فى النشاط ، وجعله يقرر الصعوبات والعقبات النوعية التى يتوقعها
والصراعات التى تكون مستثارة أثناء تخيله النشاط ، وبعد ذلك تناولها فى إطار
إعادة تقييمها معرفيا ومناقشتها .

الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة

الجلسة الثالثة عشر

الموضوع :

عدم الاهتمام الاجتماعى ، والتردد

الهدف :

١- زيادة الاهتمام الاجتماعي

٢- عدم التردد

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

الطفل بسبب وضعه المعرفي السالب يكون من الصعب عليه أن يعنى المعنى الموجب بالاهتمام بالجوانب الاجتماعية مثل أنا مش عايز أكون مع الناس أبدا ، والتردد مثل أن يركز أنا ما أقدرش أو لا أستطيع أن أقرر أو أحدد رأى فى الأشياء .

هذه الأفكار تكون محصنة بسبب فشله فى أن يكامل خبراته السارة ، فالطفل يركز على خبراته الفاشلة حتى تتساوى مع أفكاره عن نفسه والعالم فإن سروره يكون قصير الأمد لأن الخبرات الكدرة هى التى تحكم عالمه وتسيطر على تفكيره ولذلك يستخدم المعالج إعادة التقييم المعرفى من تحديد المعارف والاتجاهات اللائقفة على النحو الثانى ، تبين التابع بين المعارف الاكتابية والتجنب للآخرين (التردد) - تعيين التابع بين المعارف والدفاعيات مثل رغبة التجنب والتردد فحص المعارف الاكتابية استكشاف وتقييم وتعديل هذه المعارف تعيين التعميمات الزائدة تحديد الافتراضات الضمنية فحص وتعديل المقدمات والافتراضات القاعدية .

ويستخدم جدول الأنشطة لمساعدة الطفل للتغلب على فكرة التردد والتجنب وعدم الاهتمام الاجتماعي وعلى المعالج أن يستخدم تشكيله من الحوافز المقاومة محاولة الطفل التجنب وعدم الاهتمام الاجتماعي والتردد .

ويمكن استخدام لعب الدور لإحراز موضوعية اتجاه التردد والتجنب وعدم الاهتمام الاجتماعي فالمعالج يلعب دور المريض كما يرى نفسه ، غير كفؤ ضعيف ويتعلم الطفل بأن يقوم بدور الناقد لذلك الدور .

الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة

الجلسة الرابعة عشر

الموضوع :

تدريب على مهارات إجتماعية جديدة

الهدف :

تطوير فاعلية العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الاخرين

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

يركز الباحث على شرح الصعوبات الاجتماعية التي تواجهه الطفل فى حالات الاكتئاب وان المكتئبين يعانون من اضطرابات العلاقات الاجتماعية فى الاسرة وفى المدرسة ، وان اهتمام العلاج المعرفى يهتم بتدريب الطفل على المهارات الاجتماعية والتي تزداد صعوبة عند التعامل مع الغرباء وتمتد هذه الصعوبات لتشمل الاضطرابات فى عملية التواصل (لفظى) (غير لفظى) نجد أن المكتئبين يميلوا فى نبرات الصوت إلى الخفوت والوهن ، ويقل لديهم الكلام ونجد افتقاد إلى مهارة الدخول فى مواقف تفاعل إيجابى مع الاخرين ولذلك نجد ان فقر المهارات الاجتماعية يعرض الطفل المكتئب إلى الكثير من الاحباط والخبرات غير السارة التى تدفعه إلى المزيد من العزله وتزيد من شعوره بالكابة بسبب خوفه من تقييم الاخرين له سلبا ولذلك اهتم الباحث ان يشارك الطفل المكتئب من خلال استخدام لعب الدور الذى يتدرب على مشاهدة الباحث وخلال ما يقوله وان ينتبه إلى نبرات الصوت و اشاراته وتعبيراته .

الواجب المنزلى بتسجيل الأفكار الخاطئة .

الجلسة الخامسة عشر

الموضوع :

مراجعة شاملة لعملية التغير المعرفية والتقييم وإنهاء الجلسات

الهدف :

١- مراجعة شاملة للأفكار الإيجابية

٢- تطبيق المقاييس النفسية بهدف استخدام النتائج فى التقييم

٣- التعرف على رأى الطفل ومدى استفادة من البرنامج العلاجى

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

يتم فى هذه الجلسة يتم مراجعة للأفكار الإيجابية الجديدة ، التى اكتسابه الطفل من خلال الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجى المعرفى وتعرف على رأى الطفل فى مدى الاستفادة من البرنامج العلاجى .

يشرح الباحث للطفل انه سوفه يواجهه بعض الصعوبات وعليه المحافظة على مستوى النجاح فى مقاومة الافكار السلبية وانه قد تحدث بعض النكسات لفترات قصيرة وان يوضح له ان الشفاء الدائم يتطلب التحدى للأفكار السلبية والاتوماتيكية وتغيرها فى مواقف التحدث مع الاخرين

تطبيق المقاييس النفسية بهدف استخدامها فى عملية التقييم وأنها الجلسات على موعد بالمقابلة مرة أخرى بعد شهرين من نهاية الجلسات لإجراء التقييم البعدى للبرنامج العلاجى .

المحلق رقم (١٠)

جلسات البرنامج العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى

الجلسة الأولى:

الموضوع:

تمهيد وتعارف والتعرف على البرنامج

الهدف:

- ١- التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين المعالج والطفل
- ٢- الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات
- ٣- التعريف بإجراءات والهدف ومحتويات البرنامج ومدته .

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى:

- فى هذه الجلسة يتم التعارف الشخصى بين المعالج والطفل ويكون فى جو من الدفاء والألفة والتقبل .
- الاتفاق مع الطفل على مواعيد الجلسات
- شرح القواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات العلاجية - وأن الدور الرئيسى فى هذه الجلسات العلاجية يقع على عاتق الطفل وذلك من خلال المشاركة الفعالة داخل الجلسات ، والتدريب على المهارات اللازمة مثل [الحوار الذاتى الإيجابى والسلبى - التحليل الذاتى العقلاى الانفعالى - التخيل العقلاى الانفعالى - والأساليب المختلفة لدحض والتفنيد للأفكار اللاعقلانية] بالإضافة لأداء الواجبات المنزلية .

الجلسة الثانية :

الموضوع

كيفية عمل الأفكار — والانفعالات والسلوك

الهدف:

- ١- تعرف الطفل بدور الأفكار اللاعقلانية فى إحداث الاكتئاب
- ٢- تعريف الطفل بمفهوم الأفكار والانفعال والسلوك وعمل كل منهم

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى:

شرح الطفل عن الأفكار اللاعقلانية ودورها فى إحداث الاكتئاب دور هذه الأفكار اللاعقلانية بإحساسه الضيق — الحزن — وخيبة الأمل — واليأس
تقديم شرح لمفهوم الأفكار والانفعال والسلوك ، وتخليص نظرية ليس حول الحدث A ، والأفكار التقييمية (B) والمشاعر والسلوك (C) والتركيز على عرض الأمثلة التوضيحية لفهم النظرية ، وتقديم التعزيز الإيجابى وتقديم الواجب المنزلى على النموذج المتضمن استخدام A. B. C. فى وصف أفكار سليمة وإيجابية .

الجلسة الثالثة :

الموضوع:

التحليل الذاتى العقلانى الانفعالى

الهدف:

عرض لمفهوم التحليل العقلانى الانفعالى

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

فى هذه الجلسة يتم عرض لمفهوم التحليل العقلانى الانفعالى أى فحص الأفكار والأحداث الذاتية الانفعالية وشرح السلوك ومشاركة المعالج باستخدام النموذج لهذه الأفكار وتسجيل الحدث A والأحداث العقلانية B والسلوك C الواجبات المنزلية تسجيل خبرات سلبية وإيجابية .

الجلسة الرابعة :

الموضوع :

مفهوم الحديث الذاتى

الهدف :

شرح واستخدام الحديث الذاتى

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

تتضمن هذه الجلسة التركيز على مفهوم الحديث الذاتى وتقديم شرح مفصل لخصائص الحديث الذاتى ، مع تقديم النماذج وقيام الطفل بلعب الدور وتسجيل الأحداث اعتقاداته اللاعقلانية على شريط كاسيت وهى الأحداث سلبية تؤثر على انفعالات الطفل ثم الاستماع إليها مرة أخرى ويحدد ما إذا كان ذلك مقنعاً أم لا . إن الحل الوحيد لتغيير هذه الأفكار والأفعال هو تغيير الأحداث السلبية إلى أحداث إيجابية مع وضع أمثلة له .

ويقوم المعالج بتقديم النموذج للأحداث الإيجابية مع تقديم الواجب المنزلى على تسجيل الأحداث السلبية وإعادة الاستماع إليها .

الجلسة الخامسة :

الموضوع :

التدريب على الاسترخاء

الهدف :

استخدام الاسترخاء

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

فى هذه الجلسة تدريب الطفل على الاسترخاء وتدريبه على استخدام برامج الاسترخاء فى المنزل واستعان الباحث ببرنامج الاسترخاء اعداد عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ويتم ذلك من خلال الخطوات التالية .

(١) استلق فى وضع مريح عند بداية التدريب .. وتاكيد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات .

(٢) المكان الى سترقد عليه يجب ان يكون مريحا .. ولا توجد به اجزاء نافرة او ضاغطة على بعض اجزاء الجسم .

(٣) ليس بالضرورة ان تكون راقدا او نائما بل يمكن البدء فى التدريبات وانت جالس فى وضع مريح ..

(٤) ابدأ بتدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويفضل ان يكون الذراع كما فى الخطوات الاتية .

(٥) اغلق راحة يدك اليسرى باحكام وقوة

(٦) لاحظ ان عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد

(٧) افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وارخها وضعها فى مكان مريح على مسند الاريكة ، لاحظ ان العضلات أخذت تسترخى وتثقل .

(٨) كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الاولى .. والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد

راحة يدك اليسرى ، والى ان تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى . وانه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

(٩) كرر هذا التمرين (الشد والارخاء) مع بقية العضلات الأخرى
(١٠) بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع اعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة .. سيمكنك فى المرات التالية استغراق وقت اقل فى ذلك .

(١١) اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى فى مناطق معينة من الجسم فقط فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء .

(١٢) من المهم ان تستخدم قوة الايحاء والتركيز الفكرى لمساعدتك على الوصول إلى احساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة لهذا من المفيد ان تدرب التفكير على التركيز فى علميات الشد والاسترخاء العضلى بالطريقة السابقة إذا وجدت ان تفكيرك يهيم فى موضوعات أخرى ارجعة اراديا إلى الاحساس بالجسم .

(١٣) لاثياس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء فان التكرار من شأنه ان يمكنك من ضبط الجسم بابقائه فى حالة استرخاء ان عاجلا او اجلا .

الجلسة السادسة :

الموضوع :

الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية

الهدف :

الهدف التعارف على الأفكار اللاعقلانية

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى :

فى هذه الجلسة أهمية التعرف على الأفكار اللاعقلانية بهدف تعلم طرق استبدالها بأخرى عقلانية للوصول إلى سلوك أفضل ، والتعرف على التفكير اللاعقلانى من خلال مؤشرات ، حدة وتكراره وبقاء المشاعر السلبية مع استعراض لبعض الأفكار اللاعقلانية وعرض "معالج للنموذج وعرض الطفل لأفكار لاعقلانية أو لعب الدور فى عرض هذه الأفكار ، والوجبات المنزلية تسجيل المواقف المزعجة التى لها صلة بالأفكار اللاعقلانية .

الجلسة السابعة :

الموضوع :

مفهوم وأسلوب الدحض والتفنيد للأفكار اللاعقلانية تمهيدا لاستبدالها .

الهدف :

- ٣- توسيع فكرة الطفل على نموذج A. B. C. إلى F. E. D.
- ٤- تعلم الطفل أسلوب الدحض للأفكار اللاعقلانية والمراحل التى يمر بها

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

فى هذه الجلسة يوسع المعالج من نماذج أليس A. B. C. إلى D وهو الدحض والمجادلة للوصول إلى الأثر E (التغيير الانفعالى السلوكى) وبالتالي الوصول إلى نظرة عقلانية جديدة F إلى الأبد وذلك من خلال تناول ثلاث عشر فكرة اللاعقلانية فى الجلسات القادمة وكذلك توضح الصلة للمشاعر السلبية بالأفكار اللاعقلانية من خلال التمدجة ، وقيام الطفل بعب الدور لدحض الأفكار اللاعقلانية والمراحل التى تمر بها وتوضيح فائدة هذه الأفكار هل هى صحيحة وتقديم التعزيز الإيجابى ، والواجبات المنزلية تحديد الأفكار اللاعقلانية .

الجلسة الثامن :

الموضوع :

وصف وتنفيذ الفكرة اللاعقلانية الأولى : من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومؤيداً من جميع أفراد مجتمعه " .
دحض وتنفيذ الفكرة اللاعقلانية الثانية : يجب ان يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز في كل الجوانب الممكنة حتى يعتبر نفسه مستحقاً التقدير .

الهدف :

A. دحض وتنفيذ الفكر اللاعقلانية الأولى والثانية حسب نموذج سيس

. B. C. D. E. F.

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

وذلك لتوضيح الفكرة الأولى العقلانية لأنها تعبر عن هدف أو رغبة لا يمكن تحقيقها والفرد في تكريسه لجهوده في سبيل تحقيقها سوف يهمل أهدافا ورغبات أخرى مثل رغبته في أن يكون منتجا ومبتكراً ، وهذه أيضاً تساعد على أن يكون محبوباً من الآخرين لذلك فالشخص العقلاني يسعى إلى الاهتمام بجميع رغباته وأهدافه دون الإصرار على تحقيق رغبة واحدة أو هدف واحد على حساب الأهداف والرغبات الأخرى .

وذلك لتوضيح الفكرة الثانية اللاعقلانية ، لأن الفرد الذي يحاول تحقيقها سوف يشعر بالعجز ، ويفقد ثقته بنفسه ويعانى بشكل دائم الإحساس بالخوف من الفشل وصعوبة تحقيق النجاح . أما الشخص العقلاني يدرك أن الأفراد يختلفون فيما يتمتعون به من قدرات وكفاءات ، ويحاول الإنجاز في حدود إمكانياته ، ويستمتع بما ينجزه ، دون النظر إلى نفسه على انه عديم القيمة إذا لم يصل إلى الدرجة العالية من التقدير لإنجازاته.

ويتم وضع واجبات منزلية ولوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار

اللاعقلانية.

الجلسة التاسعة :

الموضوع :

١- دحض وتفنيد الفكر اللاعقلانية الثالثة

بعض الناس أشرار وخبثاء لذلك يجب أن يعاقبوا ويلاموا بشدة على سلوكهم الشرير أو الخبيث.

٢- دحض وتفنيد الفكرة اللاعقلانية الرابعة

أنها لكارثة أو مأساة عندما لا تحدث الأشياء كما ترغب لها أن تكون ، أو عندما تحدث على نحو لا تتوقعه .

الهدف :

A. دحض وتفنيد الفكرة اللاعقلانية الثالثة والرابعة حسب نموذج اليس

.B. C. D. E. F.

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

توضيح الفكرة اللاعقلانية الثالثة . لأنه من الخطأ وصف شخص بأنه سيئ أو شرير تماما ، فكل منا يملك جوانب إيجابية وأخرى سلبية ، وكل الناس غير معصومين من الخطأ واللوم والعقاب لا يؤديان إلى تحسين السلوك والشخص العقلاني يدرك أن هناك جوانب إيجابية في هؤلاء الناس ويتوجه إلى مساعدتهم لكي يقلعوا عن سلوكهم الشرير.

توضيح الفكرة اللاعقلانية لرابعة . وهذه فكرة لاعقلانية لأنه من الطبيعي أن يتعرض الفرد للإحباط من جراء فشله في محاولة تحقيق أهدافه ولكن من غير الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى الضيق والتوتر الشديد لأن الضيق والتوتر لن يغيرا من الأمور شيئاً ، والشخص العقلاني يدرك أنه من الواجب عليه تقبل نتائج الأمور كما هي وتجنب المبالغة في تصويرها على أنها فظيعة ومدمرة ، لأن مواقف الإحباط والفشل ليست مؤلمة وفظيعة بل قد تكون فرصة للنمو إذا عرف الفرد كيف يستفيد منها في المواقف القادمة .

الواجبات المنزلية لوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية

الجلسة العاشرة :

الموضوع :

١ - دحض وتفنييد الفكر اللاعقلانية الخامسة :
" التعاسة وعدم الإحساس بالسعادة سببها الظروف والأحداث الخارجية
والإنسان لا يملك القدرة على التحكم فى أحزانه واضطراباته .

٢ - دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية السادسة :
هناك أشياء خطيرة ومخيفة تبعث على الانزعاج والضيق ، وعلى الفرد
أن يتوقعها دائما ويكون على أهبة الاستعداد للتعامل معها ومواجهتها حين
وقوعها .

الهدف :

دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية الخامسة والسادسة حسب نموذج اليس

A.B.C.D.E.F.

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

توضع الفكرة اللاعقلانية الخامسة هذه الفكرة اللاعقلانية ، لأن الأحداث
الخارجية لا علاقة لها بما يعانیه الفرد من تعاسة وشقاء ، وهذه فكر لا عقلانية
، لأن الأحداث الخارجية وإدراكه لتوابعها وتقويمه لها وحكمه عليها ، هى التى
تنتج ردود فعله المضطربة ، والشخص العقلانى يدرك أنه على الرغم من أن
الإثارة أو المضايقة قد تأتى من الخارج ، إلا أنه قادر على تغيير ردود أفعاله
نحوها إذا ما أعاد النظر فى تعبيراته الذاتية وتصوراته الداخلية عليها توضح
الفكرة اللاعقلانية السادسة .

هذه الفكرة اللاعقلانية الآن التوقع المستمر لتأمر الخظيرة والمخيفة
يمنع التقويم الموضوعى لاحتمال وقوعها ، ويعطل التعامل الفعال معها حين
وقوعها ، فضلا عن أن التوقع لن يمنع حدوثها بل قد يجعلها تبدو أكبر من
حجمها الحقيقى ، والشخص العقلانى يدرك أم مواجهة بعض الأخطار أمر محتمل
، لكن لا يصورها على أنها كارثة ، لأنها فى الواقع ليس بالمفجعة .

الواجبات المنزلية لوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية .

الجلسة الحادية عشر :

الموضوع

١- دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية السابعة

" من الأفضل والأيسر أن يتجنب الفرد المشكلات والمسؤوليات لأن ذلك أسهل من مواجهتها "

٢- دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية الثامنة

" يجب أن يعتمد الفرد على الآخرين ، وينبغي أن يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد عليه بشكل دائم . "

الهدف :

دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية السابعة والثامنة . حسب نموذج سيس

A B. C. D. E. F.

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

توضح الفكرة اللاعقلانية السابعة هذه الفكر اللاعقلانية الآن تجنب الفرد لقيام بواجباته ومواجهته لمشكلاته يؤدي إلى تراكم مشكلات أخرى ، وإلى الشعور الفرد بعدم الرضا عن نفسه وفقدان ثقته بنفسه وشعوره بعدم الكفاءة ، والشخص العقلاني يدرك أن عليه القيام بواجباته دون تدمير أو شكوى ، ويدرك أن الحياة المتسمة بتحمل المسئوليات ، ومواجهة المشكلات إنما هي حياة جد ممتعة .

توضيح الفكرة اللاعقلانية الثامنة هذه الفكرة اللاعقلانية لأن الاعتماد على الآخرين يؤدي إلى فقدان الاستقلالية والفردية وتحقيق الذات ، وبقاء الفرد تحت رحمة الآخرين يؤدي إلى فقدان الشعور بالأمن والفشل في التعلم ، والشخص العقلاني يدرك أن بعض الأمور قد تكون محقوفة بالفشل ، وأن الفشل ليس شيئاً مراً بل هو فرض للنمو والتعلم .

الوجبات المنزلية لوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية .

الجلسة الثانية عشر :

الموضوع :

١- دحض وتنفيذ الفكرة اللاعقلانية التاسعة

" الأحداث والخبرات الماضية تحدد السلوك الحالى ، وتأثير الماضى قد لا يمكن تجنبه ، فإن كان هناك أمر ما قد أثر بشدة على حياة الفرد ، فإن هذا الأمر سوف يظل له نفس التأثير .

٢ - دحض وتنفيذ الفكرة اللاعقلانية العاشرة

" يجب أن يشعر الفرد بالحزن والتعاسة ، لما يعانيه الآخرون من مشكلات ومصاعب ."

الهدف :

دحض وتنفيذ الفكرة اللاعقلانية التاسعة والعاشرة حسب نموذج سيس

A B. C. D. E. F.

الزمن : ٦٠ دقيقة .

المحتوى :

توضح الفكرة اللاعقلانية التاسعة هذه فكرة لاعقلانية ، لأن ما خبره الفرد فى الماضى قد لا يكون مناسباً للمواقف الحاضرة ، فضلاً عن أن تكرار بعض الخبرات الماضية المؤلمة سوف يسبب معاناة وبعض الصعوبات التكيفية ، والواقع أنه بالرغم من صعوبة تغير ما سبق تعلمه ، إلا أن ذلك لا يعتبر أمراً مستحيلاً لذلك فإن الشخص العقلانى ، يدرك أنه على الرغم من أهمية الماضى فى تحديد الحاضر إلا أنه يمكن تلافى أخطاء الماضى ، وذلك عن طريق تحليل آثاره الحاضرة ، وفحص الأفكار اللاعقلانية المكتسبة التى تضطره إلى التعرف بصورة سيئة .

توضح الفكرة اللاعقلانية العاشرة وهذه فكرة لاعقلانية ، لأن انزعاج الفرد

لمشكلات الآخرين وتأثيره بمصاعبهم يؤدى إلى إهمال مشكلاته الخاصة

والتقصير فى القيام بواجباته التى تكون مصدراً آخر للتعاسة والانزعاج فضلاً

عن أن التعاطف مع الآخرين غالباً ما يكون بهدف مساعدتهم لأنها مشكلاتهم

وليس لعيش مشكلاتهم والانتراخ فيها . والشخص العقلانى لا يدع مشكلات

الآخرين تؤثر على استقراره وتوازنه الانفعالي ، ويتحلى بضبط انفعالاته إزاء ما يعانیه الآخرون ، لأنه سيكون بذلك أكثر فائدة مما لو كان حزينا أو كئيبا مثلهم .

الوجبات المنزلية لوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية

الجلسة الثالثة عشر

الموضوع :

١- دحض وتفنيـد الفكرة اللاعقلانية الحادية عشر

هناك حل واحد صحيح وكامل لمشاكل الفرد ، يجب الوصول إليه ، وإنما كارثة إذا لم يوجد هذا الحل .

٢ - دحض وتفنيـد الفكرة اللاعقلانية الثانية عشر

أن هناك مصدر واحد للسعادة وأنها لكارثة إذا ما غلق هذا المصدر أو

فقد

الهدف :

دحض وتفنيـد الفكرة اللاعقلانية الحادية عشر والثانية عشر حسب نموذج

A.B.C.D.E. F. اليس

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

توضح الفكرة اللاعقلانية الحادية عشر أن هذه فكرة لا عقلانية لأن هناك عدة حلول لكل مشكلة ولا وجود لحل واحد كامل . ثم التصورات الناتجة عن عدم الوصول إلى الحل الكامل هي تصورات غير واقعية ، ولا يوجد ما يبررها .

والشخص العقلاني يدرك أن لكل مشكلة عدة حلول ويختار الحل الممكن الواقعي منها ويتقبل نتائجه أياً كانت ، معترفاً أنه ليس هناك حل مثالي ، ولا وجود للمثالية أصلاً على أرض الواقع .

توضح الفكرة اللاعقلانية الثانية عشر أن هذه فكرة لا عقلانية لأن أوضحت أن السعادة يوحد الفرد من خلال مصدر واحد ولا يوجد مصدر آخر للسعادة وإذا لم يتوفر هذا المصدر فإنه سوف يتسبب له التعاسة ، الشخص

العقلاني يدرك أن للسعادة أبواب متعددة وأنه عندما لا يتوفر مصدر له لتحقيق السعادة فإنه يسعى أى مصادر أخرى كثيرة يمكن من خلال أن تحقق له السعادة. الواجبات المنزلية لوضع أفكار عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية .

الجلسة الرابعة عشر

الموضوع :

دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية الثالثة عشر
ينبغي أن يتسم الفرد بالرسمية والحدية فى تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانه محترمة بين الناس

الهدف :

دحض وتفنييد الفكرة اللاعقلانية الثالثة عشر حسب نموذج اليس

A.B.C.D.E. F.

الزمن : ٦٠ دقيقة

المحتوى :

توضح هذه الفكرة اللاعقلانية الثالثة عشر هذه فكرة لاعقلانية لأن الإنسان ينظر إلى ذاته على أن يجب أن يتسم بالحدية والرسمية عند تعامله مع الناس لكي يكتسب احترامهم وتقديرهم له ، والشخص العقلاني يدرك أن هناك جوانب إيجابية تتسم به يمكن إظهارها عند تعامله مع الناس يكفر يكتسب احترامهم وتقديرهم له .

الواجبات المنزلية وضع أفكار عقلانية لهذه الفكرة اللاعقلانية .

الجلسة الخامسة عشر

الموضوع :

مراجعة شاملة لعملية التغير العقلاني والتقييم وإنهاء الجلسات

الهدف :

٤- مراجعة شاملة للأفكار العقلانية

٥- تطبيق المقاييس النفسية بهدف استخدام النتائج فى التقييم

٦- التعرف على رأى الطفل ومدى استفادة من البرنامج العلاجي

الزمن : ٦٠ دقيقة

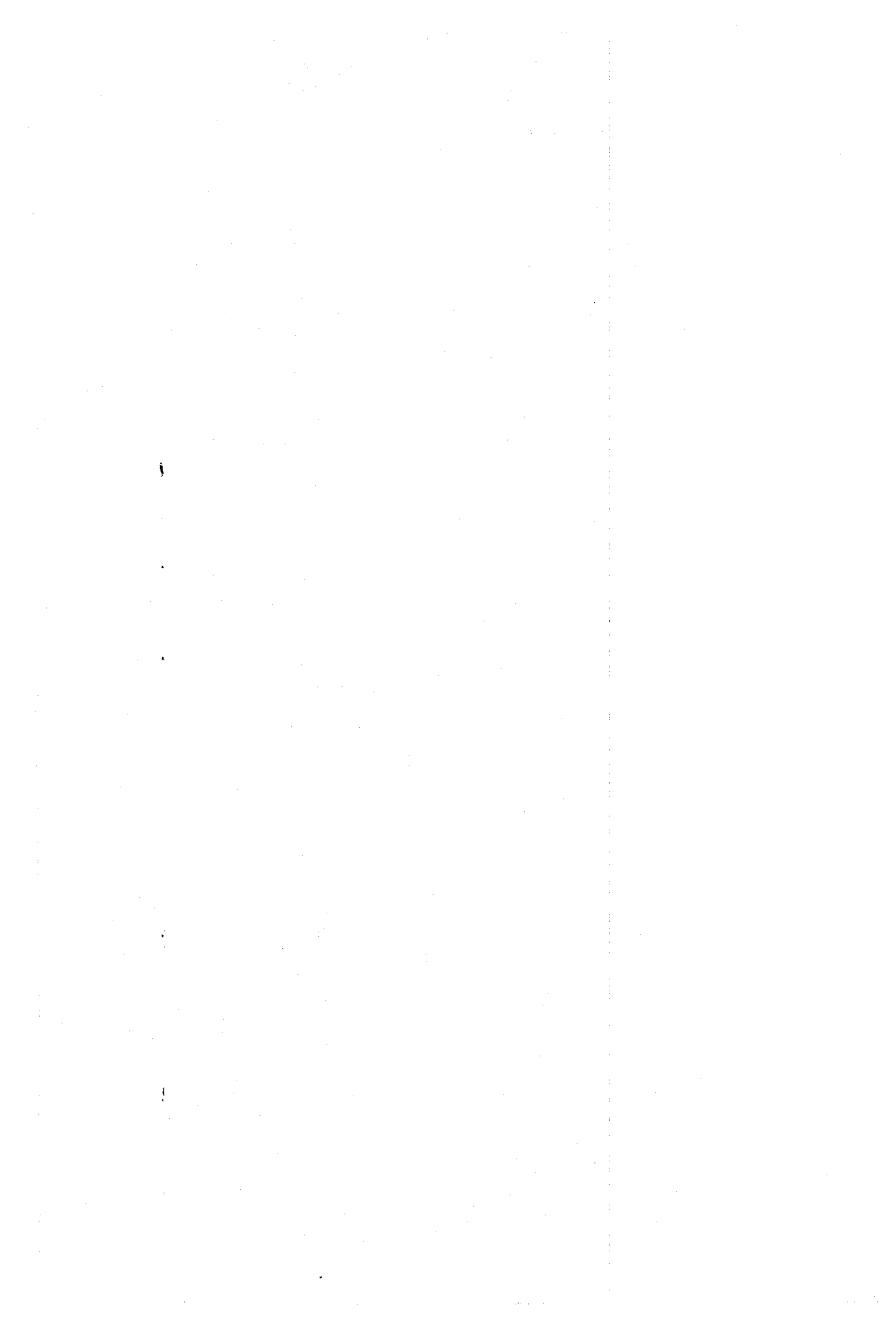
المحتوى :

فى هذه الجلسة يتم مراجعة شاملة لعملية التغيير العقلانى للأخطار
اللاعقلانى ومراجعة الأفكار العقلانية التى اكتسبها الطفل من خلال الجلسات
العلاجية وكان لها الأثر فى تخفيف الاكتئاب لديه . وتعرف على رأى الطفل
ومدى استفادته من البرنامج العلاجى .

تطبيق المقاييس النفسية بهدف استنادها فى عملية التقييم وأنها الجلسات على
موعد بالمقابلة مرة أخرى بعد شهرين من نهاية الجلسات لإجراء التقييم البعدى
للبرنامج العلاجى .

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة باللغة العربية
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.



مشكلة الدراسة

- هذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات الآتية
- (١) إلى أى حد يفيد أسلوب العلاج المعرفى، العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض أعراض الإكتئاب لدى الأطفال، وتحسين تقدير الذات و المهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس ؟
 - (٢) هل يمكن أن يستمر تأثير العلاج المعرفى، العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى المحافظة على ثبات التحسن فى خفض أعراض الإكتئاب الأطفال بعد فترة من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجى .
 - (٣) أى أسلوب من الأساليب العلاجية السابقة يمكن اعتباره أكثر فاعلية من غيره فى خفض أعراض الإكتئاب الأطفال ؟

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية

تبدو أهمية الدراسة الحالية فى توجيه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع وهم الأطفال المكتئبين المترددين على العيادة الخارجية لمركز الطب النفسى وهم فئة تحتاج إلى الرعاية النفسية إلى جانب الرعاية الطبية مثلما تحتاج إليها الشرائح الأخرى

من الناحية التطبيقية

فهى تتلخص فى توفير قدر من المعلومات حول فاعلية برنامج المعرفى السلوكى فتمثل فى برنامج العلاج المعرفى، برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المترددين على العيادة الخارجية لمركز الطب النفسى وضى معلومات هامة فى وضع خطط أو برامج إرشادية أو علاجية يمكن أن توضع لمعاونة الأطفال المكتئبين

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى استخدام منحنى علاج معرفى سلوكى فى

محاولة للتصدى للظاهرة

- (١) إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى من خلال فنيات برنامج العلاج المعرفى بيك (Beck) وفنيات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي . سلوكي

في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال

مقدمة

تعد مرحلة الطفولة مرحلة أساسية في حياة الفرد حيث يوضع في الطفولة أسس النمو النفسي للفرد في المرحل التالية،،، وتعطل الفرد في أي جانب من جوانب النمو يؤثر في جوانب النمو الأخرى حيث أن عملية النمو عملية متكاملة ،،، ومن هنا ينبغي الاهتمام بكل ما يتصل بنمو الطفل وكذلك فهم الاضطرابات التي يمر بها ومحاولة الأخذ بيده ومساعدته حتى يتغلب على مشكلاته .

ويمثل الأطفال القوة البشرية التي يقع عليها عبء المجتمع وتحدياته وبالتالي يجب، أن ينظر إلى المستقبل متمثلاً في سلامة بنائه الذي يعتمد على سلامة بناء هذه القوة فإذا تمتعت هذه الشريحة بصحة جسمية وعقلية نفسية عائلية فأننا نتوقع بناء اجتماعيا واقتصاديا قويا .

وقد عرف الإنسان الاكتئاب منذ أقدم العصور وربما يكون أقدم اضطراب طبي نفسي مسجل وينظر إلى الاكتئاب عبر التاريخ غالبا على أنه من أكثر الاضطرابات أو الأمراض النفسية شيوعا في كل الحضارات وهناك مسوغ كاف للاعتقاد بأنه أكثر الأسقام والعلل تدميرا للإنسان فهو الاضطراب الذي يرتبط بالانتماء برباط وثيق .

وقد تدعمت في السنوات الأخيرة وجهة النظر التي ترى أن الأطفال يخبرون حالات من الاكتئاب تشابه فيها زملة الأعراض لديهم من تلك التي توجد لدى الراشدين المكتئبين بما في ذلك : المزاج الاكتئابي الشكاوى الجسمانية (اضطرابات الشهية ، النوم ، الشعور بالإجهاد الخمول ، التدهور النفسي الحركي) بالإضافة إلى مشاعر فقدان القيمة واليأس ، وفقدان الاهتمام بالنشاطات العادية والأفكار الانتحارية .

وقد رأى جون بيرس وجود اضطراب الاكتئاب بين الأطفال المرضى بأمراض نفسية بنسبة ٢٣% من ٥٤٦ طفل في قسم الطب النفسي للأطفال.

إليس (Ellis) فى خفض أعراض الإكتئاب الأطفال وتحسن تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية والياس لديهم مع إعداد أدوات قياس من اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال للتعرف على الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال المكتئبين، الاختبار اليأس للأطفال للتعرف على درجة اليأس لديهم.

(٢) التعرف على القدرات المعرفية لدى الأطفال المكتئبين من خلال مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة.

حدود الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالعينة المشتركة فيها وهى تتألف من ٣٠ طفل فى المرحلة العمرية من ١١ - ١٥ سنة من المترددين على العيادة الخارجية مركز الطب النفسى مستشفيات جامعة عين شمس ممن يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبى والنفسى وقد تم تقسيمهم إلى ٣ مجموعات

مجموعة تجريبية أولى (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج المعرفى ٥ ذكور، ٥ إناث.

مجموعة تجريبية ثانية (ن = ١٠) تلقى أفرادها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكى ٥ ذكور، ٥ إناث

مجموعة ضابطه ثالثة (ن = ١٠) لم يطبق عليها أى برنامج معرفى سلوكى ٥ ذكور، ٥ إناث

الأدوات المستخدمة

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية وهى

(١) القائمة العربية لأكتئاب الأطفال إعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩١

(٢) اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال إعداد الباحث

(٣) اختبار اليأس للأطفال إعداد الباحث

(٤) مقياس تقدير أذات للأطفال إعداد فاروق عبد الفتاح موسى - محمد أحمد

دسوقى ١٩٩١

(٥) مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨

(٦) جدول الانشطة والإحداث السارة إعداد أحمد محمد عبد الخالق - محمد

نجيب الصبوة ١٩٩٦

(٧) مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة إعداد لويس كامل ملكيه ١٩٩٨

(٨) استمارة تحديد المستوى الاجتماعى والثقافى إعداد فايزة يوسف عبد المجيد

١٩٨٠

البرامج العلاجية

(١) برنامج العلاج المعرفى بيك (Beck) إعداد الباحث

(٢) برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إليس (Ellis) إعداد الباحث

فروض الدراسة

فى ضوء الإطار النظرى للدراسة الحالية ، وما اسفرت عنه البحوث والدارسات السابقة من نتائج ، يستخلص الباحث الحالى فروض دراسته وذلك كإجابات محتملة للتساؤلات التى إثارها مشكلة الدراسة كما يلى :

(١) توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى

(مجموعة العلاج المعرفى) ودرجات الاكتئاب فى القياس القبلى (قبل

تطبيق البرنامج العلاج المعرفى) ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى

(بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى مباشرة) .

(٢) توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الثانية

(مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) ومتوسط درجاتهم فى

القياسى البعدى (بعد تطبيق برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

مباشرة) .

(٣) توجد فروق دالة بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية الأولى

(مجموعة العلاج المعرفى) فى درجات المقاييس تقدير الذات ،

المهارات الاجتماعية ، الياس ، الافكار اللاعقلانية فى القياس القبلى

(قبل تطبيق البرنامج) ، ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد

تطبيق البرنامج مباشرة) .

(٤) توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ثنائية

(مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) فى درجات المقاييس ،

- تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية فى القياس القبلى (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) .
- ٥) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى فى درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى .
- ٦) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية فى درجات الاكتئاب فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى .
- ٧) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى فى درجات المقاييس تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى .
- ٨) لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية فى درجات المقاييس تقدير الذات ، المهارات الاجتماعية ، اليأس ، الأفكار اللاعقلانية فى القياس البعدى ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى .
- ٩) يوجد تأثير دالة بين المجموعات الثلاث المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة الضابطة فى درجة الاكتئاب بعد القياس البعدى .
- ١٠) يوجد تأثير دالة بين المجموعات الثلاث المجموعة الأولى العلاج المعرفى ، المجموعة الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، المجموعة الثالثة الضابطة فى درجة الاكتئاب بعد القياس التتبعى .

الأساليب الإحصائية

استعان الباحث بالأساليب الإحصائية منها :

— النسبة المئوية — معامل كآ — معامل الارتباط لبيرسون

— اختبار ويلكوكسون — تحليل التباين — اختبار توكى

— مربع إيتا — الرسم البيانى

النتائج

١. أظهرت النتائج الدراسية لوجود فروق إحصائية بين متوسط درجات متغيرات الدراسة في المجموعة التجريبية الأولى العلاج المعرفى والعقاقير معاً ، فى القياس القبلى القياس البعدى مباشرة فى تأثير فى خفض الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية وتحسين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية .
٢. أظهرت نتائج الدراسة لعدم وجود فروق إحصائية بين متوسط درجات المتغيرات الدراسية فى المجموعة التجريبية الأولى العلاج المعرفى والعقاقير معاً فى القياس البعدى والقياس التتبعى وهذا يدل على فعالية واستمرارية هذا العلاج .
٣. أظهرت النتائج الدراسة لوجود فروق إحصائية بين متوسط درجات متغيرات الدراسة فى المجموعة التجريبية الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى والعقاقير معاً فى القياس القبلى القياس البعدى مباشرة فى تأثير فى خفض الأكتئاب والأفكار اللاعقلانية واليأس وتحسين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية .
٤. أظهرت نتائج الدراسة لعدم وجود فروق إحصائية بين متوسط درجات متغيرات الدراسة فى المجموعة التجريبية الثانية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى والعقاقير معاً فى القياس البعدى والقياس التتبعى وهذا يدل على فعالية واستمرارية هذا العلاج .
٥. أظهرت النتائج تحسن المجموعات الثلاثى التى تلقت العلاج المعرفى مع العقاقير والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى مع العقاقير ، والعلاج بالعقاقير فقط على الترتيب فى القياس البعدى والقياس التتبعى .

“Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapeutic Program to Allivate Children’s Depression”

INTRODUCTION

The child is the main stage in the life of person , wher childhood shows the basis of psychological growth in the next stage persosons . IN any side from the growth sides which effect in other growth sides where the persons of growth is a complete one .Hence it ough to interest in every thing attached with child growth and understand disorders which child was experienced, moreover help him in overcoming his problems .

Children represent the human powers that carry he burden and challenges of society . so it should see future in its peace of structure which it depends one the peace of this power .IT this group engoyed greatly psychological , mental and physical health , use expect strong economy .

Man know depressionold ages ago it may be he old psychological medical disorder was recorded, depression was described as the most popular psychological diseases or disordders in all civilizations, there is enough known that depression is the most reasons which results in destruction of man , it is disorder that connects with suicides closely .

The point of view was supported in last years which cited children experience with cases of depression that are similar those which foun in depressed temper, physical complaining (disorders of appetite , sleep feeling of tired , laziness congitive psychological deterioration) besides the felling of desperation , lost of value and interesting of normal activities and suicidal ideas .

Subjects :-

The sample of thes study (30) shildren’s depression ageranging 11-15 yeares

The sample was from the out patient institute of psychiatry . ain shams university hospitals . The sample was divided in three

- group 1. ten children's depression were treated by cognitive thrapy program phramaco therapy together .
- group 11. the childe's depression were treated irrational emotive behavior therapy program and phramaco therapy together .
- group111 .the children's depres sion were teated with phramaco therap only .

materials :-

1. arabic children's depression inventory (1991) (prepared by – ahmed . m. abdel khalek)
2. irrational thoughts scale for children (prepared by the researcher)
3. hopelesness scale for children (prepared by the researcher).
4. self – esteem seale for children (1991) (prepared by Farouk Abd El fath – Mohamed Ahmed)
5. social skills sale for children (1998) (prepared by mohamed ABD el rahman
6. pleasant events and activites inventory (1996) (prepared by – ahmed M. abdel khalek) .
7. stamford binet interlligence scale (fourth edition) (1998) (preped bylouis k amel melika
8. measuring the social and culutral level (prepared by . faiza yousif abd el megid

programmers :

1. Beck's program of cognitive thereapys (prepared by the esaarcher .
2. Elli's program of rational emotive behavior therapy (prepared by the researcher) .

Hypothesis

- 1 . there is statistically significant differences between average scores in depression of the group tested by first group experimental cognitive therapy on testing before (befor therap) and (after the rapy immediate)
- 2 . there is statistically significant differences between average scores in depression of the group tested by second group exeperimental rational emotive begavior therapy on testing beforee (befor therapy) and after (after therapy immediate) .
- 3 . there is statistically significant differmeces between average scores in self - esteem social skills , hopelesmess , and irratiomal thoughts of the group tested by first group experimental cognitive therapy on testing befor (befor therapy) and after (after therapy immediate) .
- 4 . there is statistically significant differnces betwee average scores in self - esteem social skills , hopelesness, and irrational thoughts of the group tested by second group exeperimental rational emotive behavior therapy om testing before (before therapu) and after (after therapy immediate) .
- 5 . there is statistically significant non differences between average scores in deperssion thsted by first group experimental cognitive therapy on testin after (after therapy immediate) and follow up (after therapy for two month) .
- 6 . there is statistically significant non differences between average scores in deperssion thsted by second group experimental rational emotive behavior therapy on testin after (after therapy immediate) and follow up (after therapy for two month) .
- 7 . there is statistically significant non differnces between average scores in self - esteem social skills , hopelesess , and irrational thoufhts of the group tested by first group experimental cognitive therapy on testing after (after therapy) and follow up (after therapy for two month) .
- 8 . there is statistically significant non differnces between average scores in self - esteem social skills , hopelesess , and irrational thoufhts of the group tested by second group experimental rational

emotive behavior therapy on testing after (after therapy) and follow up (after therapy for two month) .

9 . there are significant effectiveness bvtween three groups cognitive therapy , cognitive therapy (rational emotive behavior therapy , and control group indepression on testing befor (befor therapy)

10. there are significant effectiveness bvtween three groups cognitive therapy , cognitive therapy (rational emotive behavior therapy , and control group indepression on testing (follow up)

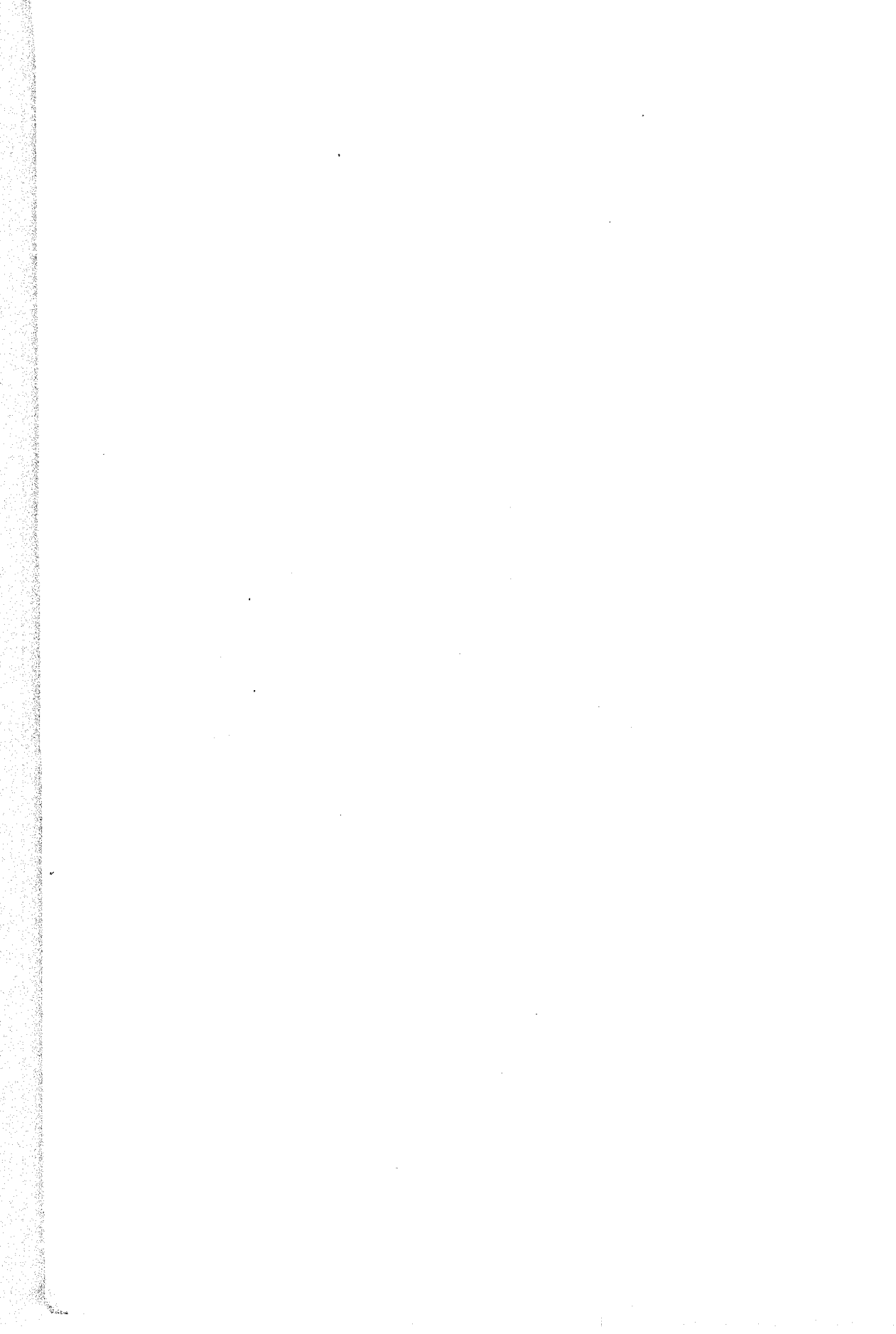
Statistical methods

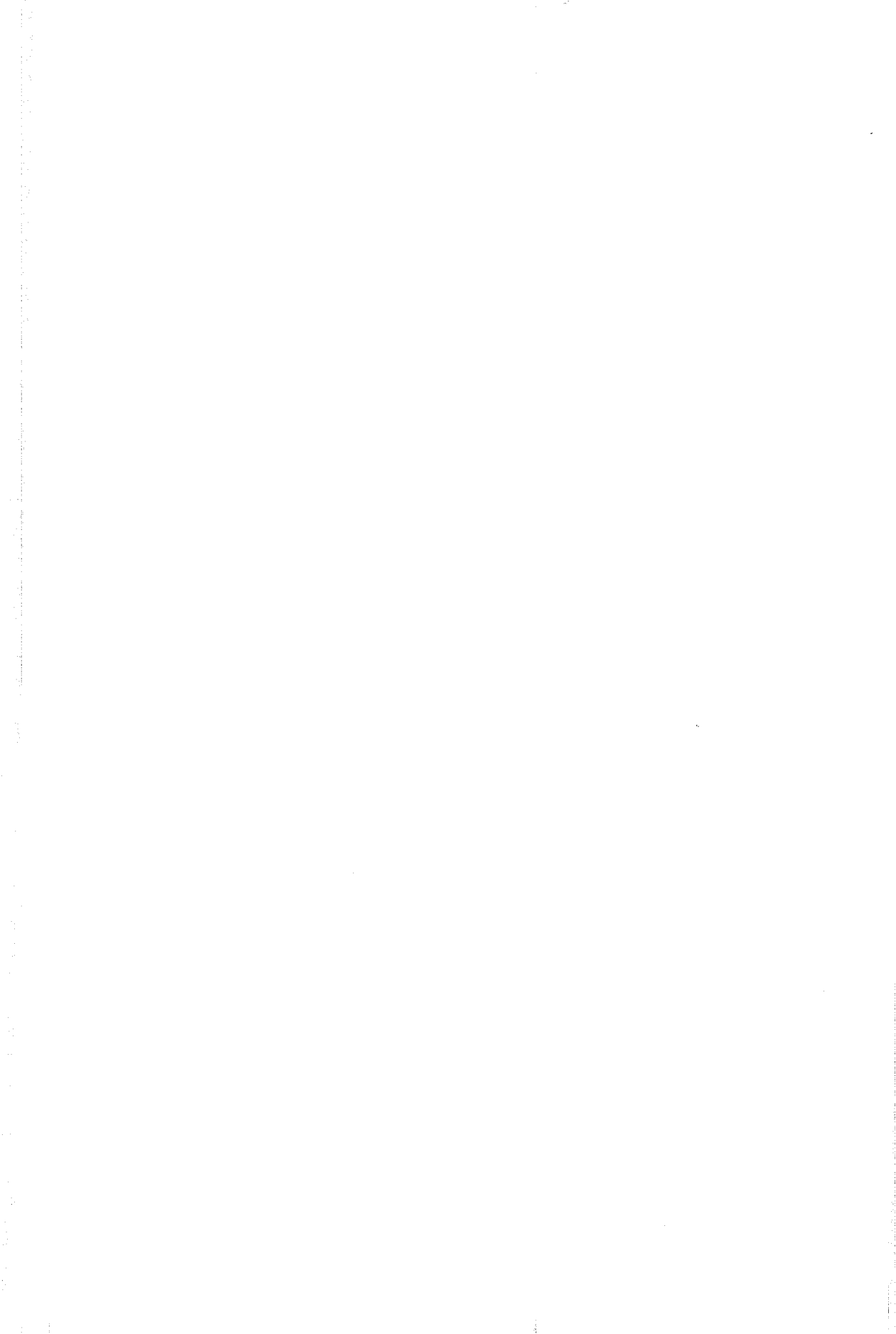
1. percentage
2. chisquare (X^2)
3. correlation coeffocoet
4. wilcom test
5. amalysis of variance
6. tukéy test
7. eta n ²

results of the stduy

1. there is statistically significant differences between average scorec of the group tested by the first group expermental . cognitive therapy and phramco therapy together in (before therapy) and (after therapy immediate) the treatment effect of alleviate of depression , irratiomal thoughts and hopelesmess, improvement of self . esteem and social skills .
2. there is statistically significant non differnces between querage scores of the grop tested by the first group expermental (cognitive therapy and pherinachotherepay toge ther on after therapy and testing follo up (after therapy for two month) .
3. there is statistically significant differences between average scorec of the group tested by second group exermental . rational emotive begavior therapy and phramco therapy to getner In (before therapy)and (after terapy imm edaiate) the treatment effect of alleviate of

- depression , irrational thoughts and hopelessness.
improvement of self – esteem and social skills .
4. there is statistically significant non differences between average scores of the group tested by the second group experimental rational emotive behavior thereapy and pharmacho therpay together on after therapy and testing folloup (after therapy for two month) .





Ain Shams University
Institute of Post graduate
Childhood studies
Department of Social
And Psychological studies

A Thesis

**“Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapeutic
Program to Allivate Children's Depression”**

For ph. D. degree from The Department of Social and
Psychological Studies

Preparation

Mohamed Said Salama Hndya

Supervisor

Prof. Dr.

Fayza Yousof Abdel-Majid

*Prof. of Psychology
Chairman of Social and
Psychological Studies Dept.
Ain Shams University*

Dr. Fayza Yousof
Dr.

Prof. Dr.

Naglaa M. El-Matalawy

*Prof. of Psychiatry
Faculty of Medicine
Ain Shams University*

Ehab M. Abdel-Aziz Eid

*Assistant Prof. of Childhood studies
Institute of Post-Graduate Childhood Studies
(Medical Department)
Ain Shams University*

Dr. Ehab

2003