

جامعة الجزائر 2

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في
التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى
الربو

رسالة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العملي

إشراف الأستاذ:

أ.د. دوقة أحمد

إعداد الطالبة:

نورتي باحت أمال

السنة الجامعية: 2017-2018

كلمة الشكر

الحمد و الشكر لله تعالى كما يستحق وجهه الكريم أن يحمد و يشكر الذي

وفقني لإتمام هذا العمل

ثم أتقدم بالشكر الجزيل و كل التقدير والاحترام إلى الأستاذ المشرف

الدكتور أحمد دوقة الذي لم يبخل علي بتوجيهاته و نصائحه القيمة الذي

دامت طيلة فترة انجاز هذه الدراسة

كما أشكر كل من ساعدني من قريب أو من بعيد

و أخص بالذكر كل أفراد العينة فردا فردا على قبولهم المشاركة في هذه

الدراسة و التي ما كانت لتتم بدونهم

شكرا

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى مصدر الحب و الدفء و العنان، إلى من ساندتني ووقفت إلى جانبي في كل اللحظات خاصة الصعبة منها، إلى أغلى ما أملك في الوجود، إلى التي أمدتني بكل القوة التي سمحت لي بمواصلة هذه الدراسة، إلى أمي الغالية.

إلى مصدر القوة، من وقف إلى جانبي في كل فترات حياتي وأمدني بالقوة و الإرادة وعلمني روح المثابرة والاستمرار رغم كثرة العراقيل، أبي العزيز.

إلى كل ما أملك في هذه الدنيا والديا العزيزان حفظهما الله

إلى زوجي العزيز نور الدين الذي رافقتني خطوة بخطوة في هذا العمل أتقدم له بشكري و امتناني و تقديري لكل جهد بذله لي في هذا العمل النور و إلى كل أفراد عائلته الكريمة.

إلى من كانوا دائما إلى جانبي و ساعدوني على الاستمرار في انجاز هذه المذكرة بالأفعال و التشجيع و المرافقة إخوتي الأعزاء: راضية التي ألهمتني القوة والإرادة و الشجاعة، شفيق الذي ساعدني طيلة مدة العمل بالدعم والمراجعة و التدقيق، إلى رشيد، توفيق و عائلته الصغيرة

أشكركم جزيل الشكر

إلى أساتذتي بالجامعة و زملائي بالعمل و طلبتي شكرا جزيلاً على كل شيء

الفهرس

1.....مقدمة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1-الإشكالية4
- 2-الفرضيات.....11
- 3-أهداف الدراسة12
- 4-أهمية الدراسة.....12
- 5-تحديد المفاهيم.....13
- 5-1-تعريف الضغط.....13
- 5-2-تعريف الاكنتاب.....15

الفصل الثاني

الربو

- 18.....تمهيد
- 1- تعريف الربو.....18
- 2- أعراض الربو.....19
- 2-1-خصائص نوبة الربو.....20
- 2-2-أنواع نوبات الربو.....21
- 3-تصنيف الربو.....23
- 3-1-تصنيف حسب خطورة الربو.....23
- 3-2-تصنيف حسب المنشأ.....24

25.....	3-3- تصنيف حسب السن.....
26.....	3-4- أشكال مختلفة من الربو.....
27.....	4- أسباب الربو.....
27.....	4-1- عوامل وراثية.....
27.....	4-2- عوامل غير وراثية.....
30.....	5- مضاعفات الربو.....
31.....	6- وجهات النظر المفسرة لدور العوامل النفسية في الربو.....
31.....	6-1- وجهة نظر المدرسة السيكوسوماتية للربو.....
33.....	6-2- وجهة نظر المدرسة التحليلية للربو.....
33.....	6-3- وجهة نظر المدرسة السلوكية المعرفية للربو.....
35.....	7- علاج الربو.....
35.....	7-1- الأدوية المخصصة للوقاية.....
36.....	7-2- الأدوية المخففة للأعراض.....
36.....	7-3- العلاج في حالة نوبة ربو عادية.....
36.....	7-4- العلاج في حالة نوبة ربو حادة.....
36.....	7-5- العلاج في حالة نوبة ربو تحسسي.....
39.....	8- مراقبة الربو.....
41.....	8-1- تقنية التربية الهوائية لمرضى الربو.....
41.....	8-2- المعارف المتعلقة بمرض الربو.....
42.....	9- خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث

الضغط

44.....	تمهيد.....
44.....	1- تطور مفهوم الضغط.....

- 2- تعريف الضغط.....45
- 3-تعريف الضواغط.....48
- 4-النظريات المفسرة للضغط.....49
- 4-1-النموذج التقليدي.....49
- 4-2- نظرية (Selye) للضغط.....50
- 4-3-النظرية المعرفية للضغط.....52
- 5-مصادر الضغط.....57
- 6-أعراض الضغط.....59
- 6-1-الأعراض المعرفية.....59
- 6-2-الأعراض الانفعالية.....60
- 6-3-الأعراض الفزيولوجية.....61
- 6-4-الأعراض السلوكية.....62
- 6-5-الأعراض الخاصة بالعلاقات الاجتماعية.....63
- 7-علاقة الضغط بالاضطرابات النفسية والجسدية.....63
- 7-1-علاقة الضغط بالاكتئاب.....64
- 7-2-علاقة الضغط بالربو والأمراض المزمنة.....65
- 7-3-علاقة الضغط بالاكتئاب والأمراض المزمنة معا.....69

71.....8- خلاصة الفصل

الفصل الرابع

الاكتئاب

73.....تمهيد

74.....1- تعريف الاكتئاب

76.....2- تصنيف الاكتئاب

76.....2-1- تصنيف الاكتئاب حسب الشدة والمدة

78.....2-2- تصنيف الاكتئاب حسب المنشأ

78.....2-3- تصنيف الاكتئاب حسب السن

80.....2-4- تصنيف الاكتئاب حسب نوع اضطراب المزاج

80.....2-5- تصنيف حسب أسباب الاكتئاب

82.....3- أعراض الاكتئاب

84.....3-1- أعراض نفسية

85.....3-2- الأعراض المعرفية

86.....3-3- أعراض جسمية

87.....3-4- أعراض الاكتئاب حسب Beck

88.....4- النظريات المفسرة للاكتئاب

88.....	1-4-التناول الطبي
89.....	2-4-التناول التحليلي
91.....	3-4-التناول السيكوسوماتي
92.....	4-4-التناول السلوكي
93.....	5-4-التناول المعرفي
95.....	6-4-التناول العائلي
96.....	5-علاج الاكتئاب
96.....	5-1-العلاج الطبي للاكتئاب
100.....	5-2-العلاجات النفسية
107.....	6-علاقة الاكتئاب بالربو والضغط
111.....	خلاصة الفصل

الفصل الخامس

العلاج المعرفي السلوكي

113.....	تمهيد
113.....	1-تعريف العلاجات المعرفية السلوكية
115.....	2-أهداف العلاج السلوكي المعرفي
116.....	3-العلاج السلوكي

117.....	1-3-التقنيات السلوكية.....
124.....	4-العلاج المعرفي.....
125.....	4-1- إعادة البناء المعرفي
127.....	4-2-تعديل الأفكار التلقائية.....
128.....	4-3-تحديد المخططات وتعديلها.....
129.....	5-العلاج المعرفي السلوكي.....
129.....	5-1-تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.....
130.....	5-2-العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.....
132.....	5-3-نماذج العلاج المعرفي السلوكي.....
137.....	6-التعامل مع الربو.....
137.....	6-1-التربية العلاجية للربو.....
138.....	6-2-التعامل مع الانفعالات.....
139.....	6-3-العلاج المعرفي السلوكي للربو.....
141.....	7-تقنيات تسيير الضغط.....
141.....	7-1-التربية العلاجية للضغط.....
142.....	7-2-تقييم الضغوطات والاستجابة للضغط.....
143.....	7-3-تقنيات تسيير الضغط.....
147.....	خلاصة الفصل.....

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الإجراءات الميدانية للدراسة

151.....	تمهيد.....
----------	------------

151.....	1-الدراسة الاستطلاعية.....
152.....	2-منهج الدراسة.....
154.....	3-المجتمع وعينة الدراسة.....
157.....	4-أدوات جمع البيانات.....
157.....	4-1-الاستبيان.....
158.....	4-2-مقياس Beck للاكتئاب.....
161.....	4-3-مقياس Levenstein لإدراك الضغط.....
163.....	5-المعالجة الإحصائية.....
163.....	6-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.....
164.....	6-1-أهداف البرنامج العلاجي.....
166.....	6-2-خصائص البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.....
168.....	6-3-خطوات تطبيق برنامج علاجي.....
202.....	7-خلاصة الفصل.....

الفصل السابع

عرض و تحليل النتائج

205.....	تمهيد.....
205.....	1-عرض وتحليل النتائج.....
	1-1-فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية.....
209.....	1-2-فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.....
222.....	1-3-استمرارية تأثير البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغط و الاكتئاب في القياس التتبعي.....
232.....	1-4-دراسة حجم تأثير البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب.....

240.....	2-الخاتمة
242.....	3-الاقتراحات
244.....	المراجع
255.....	الملاحق

فهرس الجداول

39.....	جدول رقم (01): ملخص الاجتماع الدولي حول علاج مرض الربو
97.....	جدول رقم (02): الأدوية المضادة للاكتئاب
106.....	جدول رقم (03): مختلف العلاجات النفسية للاكتئاب وخصائصها
143.....	جدول رقم (04): طريقة التقييم الذاتي للضغط
145.....	جدول رقم (05): العلاقة بين الأفكار الآلية والانفعالات
153.....	جدول رقم (06): التصميم التجريبي للدراسة
154.....	جدول رقم (07): توزيع أفراد مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية حسب الجنس
155.....	جدول رقم (08): توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب السن
156.....	جدول رقم (09) : توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب المستوى التعليمي
156.....	جدول رقم (10): توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب الحالة المدنية
157.....	جدول رقم (11): توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب المهنة
160.....	جدول رقم (12) الدرجات الفاصلة لمقياس Beck للاكتئاب
161.....	جدول رقم (13) البنود المباشرة لمقياس Levenstein لإدراك الضغط

- جدول رقم (14) البنود الغير مباشرة لمقياس Levenstein لإدراك الضغط.....161
- جدول رقم (15) مراحل تطبيق البرنامج العلاجي.....182
- جدول رقم (16) الخطوات المفصلة للجلسات العلاجية.....183
- جدول رقم (17): نتائج اختبار Shapiro-wilk لدراسة الاعتدالية.....206
- جدول رقم (18): نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات القبلية للضغط لدى
المجموعتين التجريبية والضاغطة.....207
- جدول رقم (19): نتائج اختبار Mann-Whitney للفروق بين القياسات القبلية
للاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضاغطة.....208
- جدول رقم (20): نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات القبلية والبعدي للضغط
لدى المجموعة التجريبية.....209
- جدول رقم (21): نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات القبلية والبعدي للضغط
للمجموعة الضابطة.....210
- جدول رقم (22): نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات البعدي للضغط لدى
المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.....213
- جدول رقم (23): نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين القياسات القبلية والبعدي للاكتئاب
لدى المجموعة التجريبية.....223
- جدول رقم (24): نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين القياسات القبلية والبعدي
للاكتئاب للمجموعة الضابطة.....223

جدول رقم (25): نتائج اختبار (t) للفروق بين القياس البعدي للاكتئاب لدى

المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.....226

الجدول رقم (26): نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين القياس البعدي والتتبعي للضغط

لدى المجموعة التجريبية.....233

الجدول رقم (27): نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين القياس البعدي والتتبعي

للاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.....236

الجدول رقم (28): نتائج اختبار Cohen فيما يخص حجم أثر البرنامج العلاجي

على الاكتئاب والضغط.....238

جدول رقم (29): نسبة الاستشفاء لدى أفراد المجموعة التجريبية.....239

فهرس الأشكال

شكل رقم (01): نموذج Lazarus & Folkman للتقييم المعرفي للتعامل مع الضغط...54

شكل رقم (02): علاقة الضغط بظهور مرض الربو66

شكل رقم (03): نموذج Cohen & Herbert (1994) لطرق ارتباط الضغط بالربو.....68

شكل رقم (04): علاقة الضغط بالاكتئاب حسب نموذج Holahan et Moos.....109

الشكل رقم (05): علاقة الضغوط بالاكتئاب.....110

شكل رقم (06): دوامة الضغط.....142

شكل رقم (07): المنهج التجريبي بقياس قبلي و بعدي مع مجموعة ضابطة.....152

ملخص الرسالة:

اهتمت الدراسة الحالية بالتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو، لهذا الغرض تم تطبيق مقياس Beck للاكتئاب ومقياس Levenstein لإدراك الضغط على عينة من مرضى راشدين مصابين بالربو تم توزيعهم إلى مجموعة الضابطة تضم (20) فردا ومجموعة تجريبية والتي تضم (20) فردا طبق عليهم البرنامج العلاجي المقترح من طرف الباحثة، والذي يركز على علاج Beck للاكتئاب وعلاج Meickenbaum للتحصين ضد الضغط ونموذج D'zurilla & Goldfreid للتدريب على حل المشكل.

بعد إجراء المعالجة الإحصائية توصلت النتائج إلى تحقق كل فرضيات الدراسة مبيّنة بذلك فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية و ذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة من جهة، و بمقارنة القياسات القبلية والبعديّة من جهة أخرى. كما تبين أن أثر العلاج بقي مستمرا بعد نهايته بشكل ايجابي و قوي من خلال نتائج القياس التتبعي ما يؤكد فعالية العلاج بشكل عام.

Resumé

La présente étude a comme objectif l'évaluation de l'efficacité d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental, en utilisant l'échelle de dépression de Beck et le questionnaire de stress perçu de Levenstein, qui ont été appliquées sur un échantillon d'adultes asthmatiques représentés sur un groupe témoin de 20 individus et un groupe expérimental de 20 individus, sur les quels on a appliqué un programme thérapeutique inspiré de la thérapie cognitive de Beck et le modèle "stress inoculation training" de Meickenbaum, et sur la résolution de problème de D'zurilla & Goldfreid

Après l'analyse statistique, les résultats obtenus ont confirmés les hypothèses de l'étude, indiquant l'efficacité du programme thérapeutique dans l'amélioration de la gestion du stress et de la dépression pour le groupe expérimental, et cela par la comparaison des mesures entre le pré-test et post-test et le suivi test, d'une part, et la comparaison avec le groupe témoin d'autre part. On a également constaté que l'effet de ce programme thérapeutique est resté positif et fort même après un mois et demi de la dernière séance, ce qui confirme en général l'efficacité de la thérapie.

مقدمة :

يعتبر الربو من بين الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا في عصرنا الحالي، وهو يمثل مشكل صحة عامة في الجزائر، حيث يصيب هذا المرض المسالك الهوائية المتمثلة في القصبة والشعب الهوائية محدثا انسداد لا يسمح بتدفق الهواء إلى الرئتين، مما يؤدي إلى عسر في التنفس وانقباض الصدر مع نوبات من السعال والصفير، وغالبا ما ينتهي المطاف بالمريض في الاستعجالات الطبية، كما يتأثر الربو بشكل كبير بالضغط فقد يكون هذا الأخير مصدرا له، مما يزيد من تعقيد الحالة الصحية والنفسية للمريض.

ويعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية التي تنتج عن الإصابة بالأمراض العضوية، فالمرض العضوي إذا ما كان خطيرا أو مزمنا كالربو فإنه يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، وذلك يرجع إلى الأفكار السلبية التي تظهر نتيجة هذا المرض، فعادة ما يمثل المرض أحد الأزمات الصدمية التي يتعرض لها الفرد بسبب الاضطرابات والتغيرات التي تطرأ عليه، والتي ترتبط بفكرة العجز والتعبية والخوف من تطور الحالة إلى الأخطر، فتزداد شدة الاكتئاب نتيجة الضغوط التي تنشأ من المرض الجسمي.

انطلاقا مما سبق تظهر أهمية دراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن مرض الربو، حيث يتوجب على المريض التعامل معه بفعالية تساعده على التخفيف من الضغط والاكتئاب، و قد تم اختيار هذا الموضوع بالنظر إلى مدى الانتشار الواسع للربو و المعانات النفسية للمرضى، الأمر الذي غالبا ما يدفعهم إلى عدم إتباع العلاج الدوائي بصفة منتظمة، مما يزيد من سوء حالتهم الصحية و ترددهم على الاستعجالات الطبية بشكل كبير.

في هذه الدراسة يتم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه لمرضى الربو بهدف التخفيف من شدة الضغط والاكتئاب لديهم، حيث يتضمن البرنامج العلاجي تقنيات معرفية وسلوكية منها إعادة البناء المعرفي، تقنية حل المشكل والاسترخاء.

وبغرض دراسة هذا الموضوع تم تقسيم البحث الحالي إلى سبعة فصول حيث خصصت

الفصول الخمسة الأولى للجانب النظري، حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى طرح الإشكالية والفرضيات إضافة إلى أهداف وأهمية الدراسة مع تحديد المفاهيم التي تركز عليها، أما الفصل الثاني فيتناول الربو من حيث تعريفه مع التطرق إلى أعراضه، أشكاله العيادية، العوامل المسببة فيه، مضاعفاته إضافة إلى عرض مختلف النظريات المفسرة له وكيفية علاجه، بينما تناول الفصل الثالث الاكتئاب من حيث تعدد تعاريفه، أعراضه، مختلف النظريات المفسرة له وعلاجه، ويتعلق الفصل الرابع بموضوع الضغط النفسي حيث يتم التطرق إلى التطور التاريخي لمفهوم الضغط، تعريفه، مختلف النظريات المفسرة له، مصادره، أعراضه، إضافة إلى تناول العلاقة الموجودة بين الضغط ومرض الربو من جهة والعلاقة بين الضغط والاكتئاب من جهة أخرى، أما الفصل الخامس فتم تخصيصه للعلاجات المعرفية السلوكية من تعريفها، تحديد بعض النماذج العلاجية المعرفية السلوكية، إضافة إلى تحديد مختلف التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية من إعادة البناء المعرفي وحل المشكل و الاسترخاء و التي يركز عليها البرنامج العلاجي المطبق في هذه الدراسة، وذلك بهدف التعامل مع الضغط والاكتئاب المصاحبين للمرض المزمن المتمثل في الربو.

في حين يضم فصلين الأخيرين الجانب الميداني حيث يتم تخصيص الفصل السادس لمنهجية البحث من دراسة استطلاعية، وصف لمكان إجراء الدراسة، خصائص مجتمع وعينة الدراسة، وأدوات القياس المستخدمة في جمع البيانات المتمثلة في مقياس بيك للاكتئاب، مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، مع وصف للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق من هذه الدراسة، إضافة إلى عرض مختلف التقنيات الإحصائية المستعملة في المعالجة الإحصائية، أما الفصل السابع فتم تخصيصه لعرض النتائج المتحصل عليها، تحليلها ومناقشتها على ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

أخيرا يتم عرض خاتمة البحث مع تقديم بعض التوصيات والاقتراحات التي من شأنها أن تفتح المجال أمام تعميق البحث في هذا الموضوع.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- تحديد المفاهيم

1-الإشكالية :

يعتبر الربو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا في عصرنا الحالي، فهو يمثل مشكل صحة عامة في الجزائر، حيث تتراوح نسبة انتشاره بين 2 و 3 % من المجتمع وذلك حسب تقدير سنة 1992. (Ait Khaled ,1992). ويعرف على أنه "التهاب القصبات الهوائية المزمن الذي يتميز بضيق المجاري التنفسية، والتي يمكن إرجاعها إلى وضعها الطبيعي ولو جزئيا بالأدوية أو بدونها، مع زيادة في حساسية القصبات الهوائية وتهيجها بسبب العديد من المثبرات، وينتج عن هذه الحساسية انقباض في العضلات اللاإرادية وتورم الغشاء المخاطي".(حرب عطا الهدفي، 2005: 169)

وظهور المرض بشكل مفاجئ، يشكل دائما اختلال الحياة العادية للفرد، حيث تهتز صورة الفرد لذاته بفقدان الصحة الجيدة، فيصعب عليه تقبل المرض، وينتج عن هذا الأمر اضطرابات نفسية كالإكتئاب، خاصة إذا ما كان المرض مزمنًا لا يعطي فرصة لعلاج شاف تماما. (Soumaille. S, 2001)

فحسب (Steptoe 2007)، غالبا ما يرافق الإكتئاب الأمراض الجسدية فانتشاره بين المصابين بمختلف الأمراض يتراوح بين 15% و 61% خاصة إذا كان المرض خطيرا ومزمنًا، وبينت أكثر من مائة دراسة تناولت العلاقات بين الانفعالات السلبية كالقلق والإكتئاب مع الأمراض المزمنة، أن الإكتئاب كان الأكثر ارتباطا بها. (Bruchon-Schweitzer, 2014) كما أن هناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة ترتبط بحدوث الإكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مصاحبة لها، هذا يعني أن كل شخص مصاب بمرض جسدي، لابد أن يشعر نتيجة ذلك بالحزن والكآبة وهذا يضعه في حالة تهدد صحته البدنية والنفسية. (الشربيني.ل، 2001)

وبينت دراسة (Polonsky 1990) أن الاضطرابات السيكوسوماتية كالسكري والربو تعد من الاضطرابات التي تصيب من 8% إلى 12 % من مجموع الأمراض التي تصيب الناس، وبأن هؤلاء المرضى يعانون من الإحباط والضغط والإكتئاب. (مختار علي، 2001)

في نفس الصدد بينت دراسة Mac Sweeny أن المريض بالربو يتعرض إلى الاكتئاب أكثر من تعرضه إلى اضطرابات نفسية أخرى كالقلق، حيث يتسبب هذا الاكتئاب في انخفاض مردوديته بشكل عام، مما يتولد عن ذلك تقدير واطئ للذات، ويظهر الاكتئاب في هذه الحالة كعامل يزيد من حدة الربو أو كمفجر له. (Ferber. C. et al, 1991). و على الرغم من الارتباط الوثيق لمرض الربو بظهور الاكتئاب، إلا أن المرض يشكل بدوره موقفا ضاغطا يحاول المريض التعامل معه بطريقة الخاصة، والتي قد تساعده على التخفيف من شدة الاكتئاب أو العكس فقد تساهم في تعقيدها، حيث يرى Lazarus (1988) بأن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعتبر المؤشر الأول على الصحة النفسية والجسدية، وليس الضغط في حد ذاته. (Cottraux, C.1990)

وبين عبد الستار (2002) "أن الضغط النفسي وإن لم يكن مرضا فإنه يمهد للإصابة بكثير من الاضطرابات الصحية بجانبها النفسي والبدني، وأن هناك طائفة كبرى من الأمراض النفسية تلعب الضغوط دورا أساسيا في إحداثها وتفاقم أعراضها، كما أن هناك قطاعا كبيرا من الأمراض العضوية يلعب فيها الضغط النفسي الدور المهم نفسه". (مسعودي، 2010: 85). وغالبا ما تظهر الأمراض السيكوسوماتية بسبب الضغط النفسي أو قد يزيد هذا الأخير من حدتها، هذا ما تناولته عدد من الدراسات محاولة إظهار العلاقة بين الأمراض والضغط النفسي، حيث يرتبط عدد من هذه الأمراض السيكوسوماتية باستجابة غير متكيفة للضغط، و تظهر هذه الاستجابة عندما يكون الحدث الضاغط شديدا ومتكررا ويُدرك على أنه يفوق قدرات الفرد على المواجهة، من بين هذه الأمراض الضغط الدموي، وأمراض الحساسية. (العيسوي، 2000)

كما يساهم الضغط المزمن في خفض من فعالية الغدة الكظرية مخفضا بالتالي من إنتاج الهرمونات الكظرية المضادة للالتهابات والمضادة للحساسية، الأمر الذي قد يجعل حدوث نوبة الربو أكثر احتمالا نتيجة لهذا الضغط. (شيخاني.س، 2003)

كما أوضحت عدة دراسات والأبحاث، أن الضغوط النفسية والمواقف والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد، تقوده إلى العديد من الاضطرابات المعرفية والانفعالية والسلوكية والسيكوسوماتية و التي يمكن أن تعوق الفرد وتجعله غير قادر على القيام بدوره ومسؤولياته في المجالات الاجتماعية والأسرية والمهنية. (عبد العزيز مفتاح.م، 2010)

فالربو من الأمراض السيكوسوماتية التي تتأثر بشكل كبير بالضغط، فقد توصلت الدراسات إلى حقيقة مفادها أن الضغوط النفسية لها علاقة وطيدة بظهور الربو لدى الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض، ومنها دراسة (Levitan (1985 و (Teiramaa (1986 التي تؤكد كل منها على وجود ارتباط بين الضغوط الانفعالية وظهور الربو، كما بين (Boyce et al (1977 مع (Meyer et Haggerty (1962 بأن الزيادة في ضغوط الحياة تؤدي إلى أمراض تنفسية حادة عند الراشدين والأطفال على السواء، ومنه فإن هذه الضغوط تمثل عوامل تنبؤية دالة لظهور الربو، و يبدو أن التفاعل بين العامل الوراثي والضغط النفسي يؤثر في ظهور الربو. (Klinnert et al,1994)

هذا يعني أن رغم إصابة الفرد بالربو إلا أن نوعية استجابته لهذه الوضعية هي التي تحدد مدى تأثيرها على الجانب النفسي، أي الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها كالاكتئاب والضغط النفسي من جهة والجانب الجسدي المتمثل في كيفية تطور مرض الربو من جهة أخرى، فيزداد الاكتئاب نتيجة للضغوط التي يخلفها المرض الجسمي، لكن الأفراد لا يستجيبون للضغوط بطريقة واحدة. (عبد الستار، 1998)

حيث يرى Lazarus أن الفروق الفردية في التوافق السيكلولوجي مع المرض تتحدد بشكل كبير بنوع الاستجابة التي يبديها المريض في التعامل مع الضغط الناتج عن وضعية المرض والمعبر عنها بإستراتيجيات التعامل. (Folkman,1984). في هذا الصدد وضح (Vitaliano, Russo, et al (1990 كيف أن استراتيجيات التعامل التي تتمحور حول الانفعال تنبأ باكتئاب شديد وذلك في حالة تقييم الفرد للأحداث على أنها مولدة للضغط.

كما أن المصابين بأمراض مزمنة يعانون من الضغط النفسي و إن اختلفت طريقة تعاملهم مع المرض ومتطلبات العلاج وهو الأمر الذي يؤكد (Lazarus 1981) إذ يرى في هذا السياق أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأفراد اتجاه المرض، هذا الاختلاف في التوافق النفسي يرتبط بشكل كبير بخصوصية الاستجابة للضغط الذي يكون المرض مصدرا له، فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية اعتاد عليها وهناك من لا يتقبلها بتلك الصفة و ذلك انطلاقا من عدة متغيرات تختلف من شخص لآخر، ومنها الموقف من المرض أي تقدير المريض لوضعية المرض الذي يعيشها، هذه المتغيرات ذات أهمية قصوى كونها المسؤولة عن تحديد الطريقة التي يتعامل بها مع مرضه ومع وضعية الضغط الناتجة عنه. (Valentiner et Moos, 1994)

بما أن عددا من الدراسات بينت أن نوع الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الأفراد هي التي تحدد فعاليتها في التخفيف من الضغط و الاكتئاب الذي يتعرض له المصابون بأمراض مزمنة، فإن التدخلات العلاجية النفسية قد تساعد هؤلاء الأفراد باستخدام استراتيجيات ناجعة في التعامل مع هذه الوضعية، و من بين النماذج العلاجية التي أثبتت فعاليتها في علاج الاكتئاب نجد العلاجات المعرفية السلوكية التي تضم تقنيات معرفية سلوكية متعددة ضمن برامج علاجية، حيث هدفت دراسة عيد العدوان (2014) إلى بناء برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري وخلصت إلى استنتاج مفاده أن البرنامج الإرشادي ذو فعالية في خفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية. (عيد العدوان، 2014). وقد قام Trobe (1998) بدراسة حول أثر التدخلات المعرفية السلوكية لمرضي مصابين بأمراض مزمنة بما فيها الربو، السرطان و السكري، فبعد تقديم العلاج السلوكي المعرفي لهذه الفئات المرضية استخلصت الدراسة أن التحسن في شدة الاضطرابات النفسية المصاحبة للربو والسرطان كان أفضل من تحسن في شدة هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة للربو والسرطان. (خميس، 2011)

و منه يمكن القول أن الربو كمرض مزمن يرتبط بعدة اضطرابات نفسية كالاكتئاب والضغط النفسي، الأمر الذي يزيد من تعقيد حالة المريض الجسمية والنفسية، وبهدف مساعدته على التعامل بشكل فعال وتبني سلوكيات ايجابية تساعده على التعامل بشكل

إيجابي مع هذه الوضعية فقد طبقت الباحثة برنامج علاجي معرفي سلوكي بهدف التخفيف من الضغط النفسي والاكتئاب لدى المريض المصاب بالربو والمستوحى من العلاج المعرفي لبيك، التحصين ضد الضغط لميكنيوم و نموذج دزوريلا وقولدفريد للتدريب على حل المشكلة، هذه العلاجات تركز على تقنيات إعادة البناء المعرفي، نموذج حل المشكل والاسترخاء ، حيث بينت عدة دراسات مدى فعالية هذه التقنيات في التخفيف من الضغط والاكتئاب.

في البداية العلاج ثم الاعتماد على التربية العلاجية لتعريف العميل بمرض الربو و ما يتعلق به من أعراض واضطرابات نفسية مصاحبة له كالضغط والاكتئاب، ما يكسبه معلومات على حالته الصحية والنفسية، حيث يرى (Meyer & al (2001 أنه كلما ارتفع مستوى المعارف التي يكتسبها المريض حول مرضه تقل عدد المرات التي يلجأ فيها إلى الاستعجالات الطبية، فينتقل بذلك إلى فئة المرضى المصابين بربو خفيف، كما أن التصورات التي يحملها مرضى الربو حول مرضهم مكتسبة من تجربة المرض ومن البيئة التي يعيشون فيها ومن التعليم والتكوين الذي يكتسبونه، فنتدخل بالتالي في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يلجؤون إليها للتقليل من حدة الضغط والتوتر الذي يشعرون به نتيجة الوضعية الضاغطة. (هدبيل.ي، 2009)

فيما يخص فعالية تقنية إعادة البناء المعرفي، فقد أجرى Kelly & Lahey دراسة هدفت إلى معرفة دور الأفكار الخاطئة كوسيط بين الاكتئاب وضغوطات الحياة والتكيف لدى عينة تكونت من (286) طالبا جامعيًا، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين الأفكار الخاطئة والاكتئاب. (خليل الشريف،2013). كما يؤكد Ellis على أن الأفكار اللاعقلانية تعد أساس الاضطرابات النفسية وإدراك الأحداث على أنها ضاغطة ويقوم نموذجها في العلاج المعرفي السلوكي على تعديل ومجادلة الأفكار للتغلب على الضغوط. (جاد.م، 2006)

وتوجد العديد من البحوث التي تؤكد أهمية معتقدات الفرد وأفكاره اللاعقلانية في إدراك وتفسير المواقف على أنها ضاغطة والتي تؤثر بدورها على مستوى الصحة النفسية والتعرض للمشاعر الاكتئابية. (Benjamin & al 2005). حيث يؤكد (Cottraux & al (2001 بأن الفرد عندما يعاني من قلق أو اكتئاب يفكر بطريقة سلبية و غير منطقية و ذلك بصفة

منتظمة، وبمساعدة المعالج يمكنه أن يتعلم كيف يتعرف على أفكاره و مشاعره السلبية ثم تعديلها، وعندما تعدل المشاعر والمعارف المؤلمة يمكن أن يصبح العميل أكثر إنتاجية و أن يحترم نفسه و يعيش بطريقة أفضل.

أما عن فعالية تقنية حل المشكل فيرى (Cottraux 2001) أن خطوات حل المشكل تهدف إلى تعديل التقدير المعرفي للضغوطات والآليات المعرفية التي ينتج عنها سوء تسيير الضغط. (Cottraux. J, 2001). و بينت في نفس السياق دراسة(Terry 1994) بأن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تنقص من التوتر لدى الفرد أو تقضي على الضغط، كما أن اللجوء إلى هذه الإستراتيجية له علاقة ارتباطيه سالبة مع القلق والاكتئاب. (Schweitzer, MB, 2001)

كما يقدم نموذج حل المشكل لكل من(D'Zurilla et Goldfried 1971) وصفا لنموذج خاص بحل المشكل ينطبق على المشاكل من النوع الاجتماعي، الشخصي والمعرفي، حيث يعبر مصطلح مشكل عن وضعية العجز و الاستجابات الفورية من طرف الفرد، بينما يعبر مصطلح حل المشكل عن العمليات السلوكية أو المعرفية لتوفير مجموعة من الاستجابات البديلة ذات الفعالية التي يمكن للفرد بواسطتها التعامل مع الوضعية المتسببة في المشكل.

أما فيما يخص فعالية تقنية الاسترخاء فقد توصلت دراسة (Cleveland 1996) لعلاج الاضطرابات النفسية المترتبة بالإصابة بمختلف الأمراض السيكوسوماتية ومنها سوء الوظيفة التنفسية، حيث استخدم الباحث أسلوب العلاج السلوكي المعرفي بالاسترخاء لعلاج القلق النفسي، وأسلوب العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب، فتوصل إلى تحسن الاضطرابات المصاحبة لاضطراب التنفس.(خميس، 2011). و للاسترخاء عدد من الفوائد، حيث يشعر الفرد بالاسترخاء والهدوء، وتخففي العديد من الأعراض البدنية الدالة على التوتر، ما يساعد على تحسين حالة الفرد الصحية، و تتسم أساليب الاسترخاء بفعالية كبيرة، بالإضافة إلى أنها تعتبر أساليب سهلة التعلم. (هيرون، 2005)

وهدفت دراسة خميس (2011) إلى التعرف على مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق لدى المصابين بالربو، وذلك على عينة قوامها (11) مريض مصاب بنوبات الربو، وقد دلت النتائج على فاعلية تقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة القلق لدى

مرضى الربو، كما أظهرت النتائج فاعلية تقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة القلق باختلاف مدة الإصابة بالمرض. (خميس، 2011)

وإستخدم (Meichenbaum 1974) التقنيات المعرفية لتطوير إجراءات التحصين ضد الضغط أو ما يطلق عليها مهارات المواجهة والتي تمكن الفرد من التعامل مع المواقف الضاغطة المستقبلية، فإن التدريب على التحصين ضد الضغط يهتم أكثر من مجرد تعليم الأفراد مهارات تكيفيه معينة، بل صمم لتهيئة العملاء على التدخل ودفعهم إلى التغيير والتعامل مع مواضيع مثل المقاومة والانتكاس، ويتألف التدريب على التحصين ضد الضغط من الجمع بين المعلومات المتوفرة، النقاش على أسلوب سقراط، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلة، التدريب على الاسترخاء، و صممت هذه التقنية لتعليم مهارات التكيف التي يمكن تطبيقها على المشاكل الحالية والمستقبلية. (كوري، 2013)

انطلاقاً من الدراسات التي أجريت في مجال العلاجات المعرفية السلوكية للضغط والاكنتاب المصابين للربو كمرض مزمن ومنها أهم البرامج العلاجية المعروفة في هذا المجال كالعلاج المعرفي لبيك، التحصين ضد الضغط لميكبوم ونموذج حل المشكل لدزوريلا وقولدفريد قامت الباحثة باقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي مستوحى من هذه العلاجات ويرتكز على تقنيات معرفية سلوكية منها إعادة البناء المعرفي، حل المشكل والاسترخاء بهدف التخفيف من الضغط والاكنتاب لدى المرضى المصابين بالربو .
و بناء على ما سبق يمكن طرح التساؤلات التالية :

1-هل للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس القبلي والقياس البعدي)؟

2-هل للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة؟

3-هل للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الاكنتاب لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس القبلي والقياس البعدي)؟

4-هل للبرنامج العلاجي فعالية في خفض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة؟

5-هل يستمر تأثير البرنامج العلاجي المقترح من حيث شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس البعدي والقياس التتبعي)؟

6-هل يستمر تأثير البرنامج العلاجي المقترح من حيث شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس البعدي والقياس التتبعي)؟

2-الفرضيات:

من خلال الإطار النظري للبحث والنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة تم صياغة فرضيات الدراسة الحالية على النحو الآتي:

1-للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس القبلي والقياس البعدي).

2-للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

3-للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس القبلي والقياس البعدي).

4-للبرنامج العلاجي فعالية في خفض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

5-يستمر تأثير البرنامج العلاجي المقترح من حيث شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس البعدي والقياس التتبعي).

6- يستمر تأثير البرنامج العلاجي المقترح من حيث شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية (بمقارنة القياس البعدي والقياس التتبعي).

3- أهداف الدراسة:

يمكن تلخيص الأهداف التي تسعى لتحقيقها هذه الدراسة في النقاط التالية:

- بداية تهدف الدراسة الحالية إلى اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي، للتخفيف من شدة الضغط و الاكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالربو يركز على تقنيات إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء وحل المشكل وهذا بهدف التعامل بفعالية أكبر مع المرض والاضطرابات النفسية المصاحبة له من ضغط و اكتئاب.
- التأكد من مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للتخفيف من شدة الضغط والاكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالربو ، من خلال القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة.
- تقييم مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بعد نهاية العلاج الذي يستمر مدة ثلاثة أشهر للمجموعة التجريبية.
- اقتراح برنامج علاجي يمكن تطبيقه في المصالح الطبية الخاصة بمرضى الربو من طرف المختصين النفسانيين العاملين بها لمساعدة المرضى للتخفيف من شدة الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الربو كالضغط النفسي والاكتئاب، الأمر الذي يساعدهم على تقبل المرض و إتباع العلاج الدوائي بانتظام و فعالية.

4- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية هذه الدراسة الحالية في النقاط التالية:

- يعتبر مرض الربو مشكل صحة عمومية نظرا لانتشاره الكبير في الجزائر، مما تتطلب إنشاء مصالح استعجاليه خاصة به، إضافة إلى تواجد ما يدعى "بمدرسة الربو" على مستوى عدد من المصالح الطبية الخاصة بهذا المرض تضم مختصين نفسانيين، ومنه فان اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي قد يساهم في مساعدة المريض على تقبل المرض وتبني استراتيجيات تتمحور حول حل المشكل، مع تصحيح الأفكار الآلية المرتبطة بالمرض وتعلم تقنية الاسترخاء، و ذلك بهدف التخفيف من شدة الاكتئاب و الضغط لديهم و التعامل بشكل

أكثر فاعلية مع العلاج مما ينقص وتيرة اللجوء إلى الاستجابات و التعقيدات الطبية التي يمكن تجنبها.

-تتكون عينة الدراسة في أشخاص راشدين مصابين بالربو، وفي هذه المرحلة العمرية غالبا ما يكون للفرد مسؤوليات عليه القيام بها على أكمل وجه من الجانب العائلي أو المهني أو التعليمي، فبمساعده على تخطي الاكتئاب والضغط النفسي المصاحبين للمرض تتحسن حالته الصحية والنفسية ما يجعل منه منتجا، مستقلا و فعالا في مجالات حياته المختلفة وليس تابعا لغيره بحاجة إلى مساعدة دائمة.

- إن اقتراح برنامج علاجي للتخفيف من حدة الاضطرابات المصاحبة للربو، يمكن تطبيقه من طرف المختصين النفسانيين في فترة زمنية محدودة، يساهم في تكفل أفضل للمرضى في مدة زمنية تعتبر نسبيا قصيرة.

-يشكل الربو وضعية ضاغطة للمريض مما يساهم في ظهور اضطرابات نفسية كالاكتئاب، هذا ما يؤدي إلى سوء الحالة النفسية و سوء التوافق النفسي مع المرض، الأمر الذي يساهم في تقليل فعالية العلاج الطبي، وتتمثل فعالية البرنامج العلاجي في مساعدة المريض على التخفيف من الضغط والاكتئاب، ما يساعده على تقبل المرض وتحسين العلاج الطبي كونه يصبح طرفا فعالا فيه.

5-تحديد المفاهيم:

تتمثل المفاهيم التي يركز عليها هذا البحث في الضغط والاكتئاب كاضطرابات نفسية ترتبط بمرض الربو، والعلاج المعرفي السلوكي المرتكز على تقنيات معرفية وسلوكية أبرزها إعادة البناء المعرفي، نموذج حل المشكل و الاسترخاء.

5-1- تعريف الضغط:

يواجه الإنسان في حياته الكثير من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، تكون مهددة له، كالتعرض لمرض مزمن، ويتميز السلوك البشري بطبيعته الدينامية الملائمة لظروف الحياة المتقلبة والمتغيرة بشكل دائم، فقد يضطر الفرد إلى إحداث تعديلات في جوانب البيئة ذاتها للتقليل من الضغوط المفروضة عليه، والقيام بعملية التكيف وفي حالة

عجزه عن ذلك، يزداد احتمال إصابته بالأمراض النفسية والجسدية. (Weiten, 2000)، وهذه الأحداث والمواقف الضاغطة تجعل الفرد يعاني من الإحباط والاكتئاب والقلق وغيرها من الانفعالات السلبية الأخرى والتي أصبحت تمثل ركيزة في الاضطرابات السيكوسوماتية. (عبد العظيم حسين، 2006)

وقد اقترح Lazarus et Folkman (1984) نظريتهم حول الضغط المتمثل في التفاعل المتواجد بين الفرد والبيئة، مع إعطاء أهمية للشعور بالتحكم لتعديل استجابات الضغط، بالتالي لا يمكن اعتبار الضغط كعامل ضاغط في حد ذاته أو فقط كنتيجة واستجابة تهديد معين، بل هو يتوسط التفاعل الدينامي للوضعيتين، ويساهم ذلك التفاعل في الحفاظ على توازن الفرد بفضل مجموعة من السياقات البيولوجية النفسية التي تنظم العلاقة بين الفرد والبيئة، فهذه السياقات ترتبط بشكل وثيق بالوضعيات الجديدة وإدراك الفرد لها ولقدراته على مواجهتها. (Boudarene. M, 2005)

4-2-1- التعريف الإجرائي للضغط:

بالنسبة لهذا الدراسة يتم تناول الضغط المصاحب لمرض الربو وذلك بالتركيز على ما يقيسه مقياس ليفنستين لإدراك الضغط على عينة من مرضى الربو الراشدين، و الذي تم تطبيقه على ثلاثة مراحل و المتمثلة في:

-مرحلة القياس القبلي: ويتم ذلك في بداية الدراسة لتحديد أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.

-مرحلة القياس البعدي: يستخدم في هذه المرحلة مقياس ليفنستين على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لقياس مدى فعالية البرنامج العلاجي للتخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية.

-مرحلة القياس التتبعي: حيث يطبق لقياس مدى استمرار فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية.

4-1- تعريف الاكتئاب :

يعرف الاكتئاب من المنظور المعرفي على أنه اضطراب يطبعه الخلل المعرفي الذي يظهر على أفكار الشخص، اعتقاداته وتنبؤاته، كما يفسره بيك على انه افتقاد للتعزيز الإيجابي، بحيث أن المعارف السلبية لا تمثل السبب المباشر في ظهوره، إنما هناك عوامل أخرى تساهم في ذلك كالاضطراب المعرفي ومنبهات الحياة الحالية إضافة إلى التاريخ الشخصي (Cottraux, J, 1990)، كما يمكن للاكتئاب أن يكون سببا في ظهور بعض الأمراض العضوية أو كمجرد عرض مصاحب لها، في هذه الحالة تظهر أهمية القيام بتشخيص المرض العضوي المتسبب في هذه الأعراض الاكتئابية لأن العلاج الفعال لهذا المرض قد يساهم في تحسن الحالة الاكتئابية أو اختفائها. (Lechemia, D, 1995)

ترتكز نظرية بيك على الثلاثية المعرفية التي تشمل:

-النظرة السلبية للذات : ينظر المكتئب إلى نفسه على أنه فرد غير كفيء.

-النظرة السلبية للعالم الخارجي: ينظر المكتئب إلى العالم الخارجي على أنه مليء بالعراقيل التي تعيق مسار مشاريعه المستقبلية.

-النظرة السلبية للمستقبل: يكون المكتئب غير متفائل بما ينتظره في المستقبل.

(J. Cottraux, 1990)

4-1-1- التعريف الإجرائي للاكتئاب:

يتم في هذه الدراسة تناول الاكتئاب المصاحب لمرض الربو، و ذلك بالرجوع إلى ما يقيسه مقياس بيك للاكتئاب الذي تم تصميمه من طرفه سنة 1961 في صورته الأولية التي ضمت 21 مجموعة من الأعراض وفي مرحلة ثانية أعدّ بيك صورة جديدة تتكون من 13 مجموعة من العبارات تعتبر صورة مختصرة للمقياس الأصلي، والتي تم استخدامها في الدراسة الحالية.

تضم هذه العبارات أهم الأعراض الاكتئابية منها : الحزن، الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالذنب، فقدان الشهية، التشاؤم الشعور، بالفشل، عدم الرضا، عدم حب الذات، إيذاء الذات، التردد، تغيير صورة الذات، صعوبة العمل و التعب.

الفصل الثاني

الربو

- 1- تعريف الربو
- 2- أعراض الربو
- 3- تصنيف الربو
- 4- أسباب الربو
- 5- مضاعفات الربو
- 6- وجهات النظر المفسرة لدور العوامل النفسية في الربو
- 7- علاج الربو
- 8- مراقبة الربو

تمهيد

يمثل مرض الربو أحد أهم المشاكل الصحية على المستوى العالمي نظرا لانتشاره الكبير، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية (OMS,2005) أن هذا المرض يمس بين 100 إلى 150 مليون شخص في العالم، كما يبلغ عدد الوفيات بسببه أكثر من 180 ألف حالة في العام. (هدبيل.ي، 2009)

أما بالنسبة إلى الجزائر فقد انتشر مرض الربو في السنوات الأخيرة بدرجة كبيرة جدا، حيث بينت دراسة بوكاري (2005) أن انتشار مرض الربو في الجزائر يصل إلى 4% من مجموع سكان الجزائر أي أكثر من مليون شخص. (Boukari, 2005)

يشترك مصطلح الربو الشعبي من كلمة Asthme باللغة اليونانية، والتي تعني تنفس قصير أو تنفس بجهد، كما استعمل هذا المصطلح لعدة قرون ليشير إلى تنفس صعب، إلا أن تسمية الربو تعد تعبيراً وصفياً فقط لا يتم الإشارة فيه إلى الأسباب المؤدية للإصابة به . (معريش.أ، 2000)

1-تعريف الربو:

يمكن القول أن شخصا مصاب بالربو، عندما يواجه صعوبة في التنفس،سواء عند الإجهاد أو عند الراحة، و تكون قوية أو خفيفة، ويعتقد البعض أن الربو حالة تصيب الأطفال فيما يظنّ آخرون أنها قد تصيب أشخاصا من كافة الفئات العمرية. كما يظن البعض أن الربو مشكلة بسيطة تطرأ من حين إلى آخر، وتحتاج إلى علاج متقطع، فيما يرى آخرون أنها مشكلة خطيرة ومستدامة تحتاج إلى علاج مستمر .

في الواقع، يمكن أن يكون ما سبق ذكره صحيحا، و ذلك لكثرت العوامل التي تساهم في الإصابة بمرض الربو، فهو مرض يحير المختصين لشدة تعقيده و بالتالي يصعب التوصل إلى تعريف محدد له.(أيرس.ج،2015)

في حين يجتمع معظم المختصين على فكرة أن الربو عبارة عن التهاب القصبات الهوائية، هذا الالتهاب يصيب أكثر من نصف المصابين بالربو بشكل دائم، ما يسبب في إعاقة المريض عن مزاولة أعماله اليومية بشكل طبيعي، كما أن معظم تعاريف الربو تركز على أعراضه المتمثلة في سعال جاف، ضيق في القفص الصدري، صوت الصفير مع

تنفس قصير، كما يتم ذكر أسبابه في بعض التعاريف والمتمثلة غالباً في العوامل الوراثية، نمط الحياة والمشاكل البيئية، المحيطة والعاطفية.

كما يرتبط تطور الربو بطريقة تعامل المريض معه في المرتبة الأولى خاصة رد الفعل جراء التشخيص الأول، فيترتب على ذلك نوعية الكفالة المتحصل عليه.
(Ridgway. R, 1998)

يعرف الربو كذلك على أنه ضيق يحدث في الشعب الهوائية نتيجة لزيادة الإفرازات المخاطية و انسداد القنوات الهوائية، و الشعبات الدقيقة، و يعود هذا الشعور بالضيق في التنفس إلى مرور الهواء في القنوات الضيقة المقفلة، خاصة أثناء الزفير محدثاً بذلك صفيراً يسمع عن بعد يعرف به مريض الربو، ويكون مصحوباً بسعال شديد ينتهي بطرد الإفرازات المتجمعة ليرتاح المريض على إثرها، كما يظهر المرض عموماً على شكل نوبات متقطعة تزول بعد فترة مدتها تطول أو تقصر حسب الحالة، كما قد تزول بعد تناول أدوية موسعة للشعب الهوائية أو بدون علاج، و كثيراً ما تتدلح النوبات أثناء الليل، فتقلق المريض وتمنعه من النوم. (معريش. أ، 2000)

ويبقى أفضل تعريف للربو هو كونه حالة تنتج عن التهاب المسالك الهوائية التي تصبح أكثر حساسية اتجاه عوامل محددة (مثيرات) والتي تؤدي إلى ضيق المسالك الهوائية، ما يحد من تدفق الهواء عبرها فيسبب انقطاعاً في النفس، تعرف هذه الحالة بفرط الاستجابة القصبية. (أيرس.ج، 2015)

2- أعراض الربو:

خلال عملية التنفس العادية لا ينتبه الشخص للحركة الخفيفة التي يقوم بها الصدر حيث يسمح باستنشاق الهواء الغني بالأوكسجين وإخراج الهواء المحمل بثاني أكسيد الكربون، تتم هذه العملية بشكل طبيعي لأن الرئتين و جدار الصدر تتداعى نحو الداخل، والمسالك العصبية تراقب مستويات الأوكسجين وثاني أكسيد الكربون في الدم وتساهم في توسع الصدر والرئتين لفتحهما.

ترتبط هذه العملية البسيطة بدخول الهواء إلى الرئة والخروج منها عبر نظام القصبات الهوائية دون مقاومة، ولكن المشكلات تظهر حين تضيق الأنابيب القصبية، ما يصعب من تدفق الهواء، وغالباً ما تضيق الأنابيب القصبية الأصغر في حالة الربو، والتي تنتهي

بالحوصلات الهوائية، حيث ينتقل الأوكسجين إلى الأوعية الدموية التي تغطي سطح هذه الحوصلات فيخرج ثاني أكسيد الكربون، وحين تضيق الأنابيب القصبية في حالة النوبة يتراجع تدفق الهواء عبرها بسرعة، ولتجاوز هذا العائق يتعين على عضلات الصدر أن تعمل بشكل أقوى لإدخال الهواء وإخراجه بالمعدل الضروري للحفاظ على مستوى الأوكسجين، ويلاحظ المريض ذلك حين يضطر إلى بذل جهد أكبر حتى يتنفس، كما يشعر بانقطاع في النفس.

غالبا ما يصعب تشخيص الإصابة بالربو بسبب الخلط بين أعراضه و أعراض أمراض تنفسية أخرى، ولا يمكن القيام بالتشخيص بشكل حاسم إلا بعد مراجعة السجل الطبي للمريض و إخضاعه للفحوص اللازمة. (أيرس.ج، 2015)

يعتبر الصفير وانقطاع النفس العرضان الأكثر تمييزا للربو، وعادة ما يصيبان المريض بشكل متقطع، و يكون ذلك سواء كردة فعل لمثير معروف أو من دون سبب معروف، ولكن يمكن الإصابة بانقطاع في النفس من دون حدوث صفير.

كما يعتبر السعال أحد أعراض الربو، فقد يكون سعالا جافا أو سعالا مرفقا بالبلغم، يحدث غالبا في الليل أو عند ممارسة التمارين الرياضية، وقد يشخص خطأ الشخص الذي يسعل بسبب الربو بأنه مصاب بالتهاب القصبات الحاد، فتعالج أزمات التهاب القصبات الحاد بتناول المضادات الحيوية التي لا تنفع في معالجة الربو، وعلى الطبيب والمريض أن يفكرا فورا في احتمال الإصابة بالربو بعد تكرر السعال، سواء كان مرفقا بصفير وانقطاع في التنفس أم لا. (أيرس.ج، 2015)

من أهم ما يميز أعراض الربو هي النوبات الربوية والتي من خصائصها ما يلي:

2-1- خصائص نوبة الربو:

إن اندلاع أزمة الربو عند المريض تكون مسبقة بأعراض تشير بقدم الخطر وتتمثل هذه الأخيرة في تعب عام وأستينيا (Asthénie)، اضطرابات الجهاز الهضمي، كثرة العطس، آلام في الرأس، وغالبا ما تكون بداية ظهور الأزمة ليلا فتمر بمرحلتين أساسيتين و هما:

2-1-1- المرحلة الجافة :

-تتمثل في إحساس المريض بثقل ونوع من الصعوبة في التنفس حيث أن القفص الصدري يتمدد ويتقلص بصعوبة.

-كما يبذل المريض جهدا كبيرا لإخراج الهواء مما ينتج عنه صوت صفير إضافة إلى كثرة التعرق والقلق.

-يلاحظ بالعين المجردة نوع من الجذب على مستوى الأضلاع و ذلك بسبب التمدد والتقلص للمساحة الجلدية الموجودة بين كل ضلع والضلع الذي يليه، كما يبدو بأن القفص الصدري قد أصبح ممتدا وأخذ شكلا هندسيا أسطوانيا.

-عند دق الصدر بالأصابع يصدر صوت يشبه صوت الرنين.

-يتغير لون الشفاه والأصابع ليميل نوعا ما إلى الأزرق، وهذا ما يعبر عن انخفاض نسبة الأكسجين في الدم مع ارتفاع نسبة ثاني أكسيد الكربون.

-باستعمال السماعه يلاحظ صوت غرغرة موزعة على مساحة الرئتين.

2-1-2- المرحلة الرطبة: بعد مرور ساعات من بداية النوبة يلاحظ ما يلي:

-سعال متواصل يجلب خلاله المريض من صدره قطعا على شكل صفائح تسمى
Cristaux de Charcot - Leyden

-عند وضع السماعه على مساحة الصدر، خاصة على المنطقة التي توجد تحتها القصبات الهوائية، يسمع صوت يشبه صوت الحمام.

-بعد يوم أو يومين من انقشاع أزمة الربو تكون حالة المريض عادية ولا يلاحظ عليه شيئا من الأعراض السالفة ذكرها، ما عدى نوع من الإرهاق العام، فالفحص الطبي يعطي نفس نتائج الشخص السليم. (بوزيت. م، 1999)

بالتالي يمكن القول أن الخاصية الأساسية للربو هي " التنفس بجهد شاق " مع حدوث صوت كالصفير، وتبدأ أعراض الربو عن طريق نوبات عسر التنفس ووجود سعال جاف و صفير في التنفس مع صعوبات في حالة الزفير، حيث يلاحظ على المريض سهولة في استنشاق الهواء مع صعوبة أثناء الزفير لدرجة تجعله يشعر بالضيق والاختناق.
(معريش. أ، 2000)

2-2- أنواع نوبات الربو:

تتعدد أنواع نوبات الربو فهي غالبا ما تحدد حسب شدتها ومنها:

2-2-1- النوبة الخفيفة: إن نوبة الربو الخفيفة تظهر على شكل صعوبة في التنفس خاصة عند الشهيق مصاحبة بصوت صفير رئوي، سعال شديد أو متكرر مع خروج مادة

نخامية مصفرة، وهي في العادة تتجاوب مع الأدوية الموسعة للقصبات الهوائية، وهي تمر بالمرحلتين الجافة و الرطبة.

2-2-2- النوبة الحادة: صعوبة التنفس تكون جد شديدة، وهي تتصاحب مع تسارع دقات القلب، مع تقلص وتشنج عضلات الرقبة إضافة إلى تصبب العرق، مع تغيير لون الأظافر والشفاه إلى لون يميل إلى البنفسجي (M. André, 2007). كما يبدو الصدر متضخما ومنتفخا مع تواجد الجسم ككل في حالة تشير إلى الجهد المبذول من أجل التنفس، غالبا ما لا يستطيع المريض أن يستلقي في فراشه، فيجلس في وضع منحني الظهر، ويصبح منهكا من المقاومة، كما أن الجهد الذي يبذله في مثل هذه الحالة يحتاج إلى ذلك النوع من الطاقة التي تلزم المرء أن يبذلها في عمل مهمة شاقة، وربما يشعر أنه على وشك الاختناق. (معريش. أ، 2000)

2-2-3- نوبة ربو بدون أعراض: يوجد عدد من نوبات الربو تمر بدون ملاحظتها، حيث تظهر على شكل أعراض تنفسية قليلة الشدة، في هذه الحالة تظهر خطورة التعرض إلى نقص الأكسجين في الدم، كما تظهر نوبات أخرى على شكل سعال متفرق بعد بذل جهد بدني أو أثناء الليل أو في الساعات الأولى للصباح مع ظهور صفير رئوي أو صعوبة تنفس مفاجئ. (M.André, 2007)

2-2-4- نوبة ربو مستمرة: يلاحظ هذا النوع من النوبات عموما عند أشخاص تتعدى أعمارهم 40 سنة، ويظهر هذا النوع بطريقة فجائية عند شخص لم تكن له أي سوابق عن هذا المرض، كما بإمكانه أن يظهر عند شخص كان يعاني من الربو منذ أمد طويل، يلاحظ على هذا المريض أنه يعاني من ضيق في التنفس سواء كان جالس أو قائما أو ماشيا، فهو في هذه الحالة يشبه حالة العجز التنفسي المزمن. (بوزيت. م، 1999)

من خواص النوبات أنها بشكل عام تحدث في المساء وفي الليل حيث تؤدي بالمريض إلى الاستيقاظ من النوم من أجل تجنب مرورها إلى مرحلة الخطورة، بعد أن يجتاز المريض هذه النوبات التي قد تستمر من دقائق إلى ساعات وهذا حسب خصوصيات كل مريض، يبدو وكأنه شفي تماما بعد مرور النوبة، وفي الحالات الأكثر خطورة والتي يكون الانسداد فيها حادا ومتوصلا يستمر لعدة أيام وأسابيع ولا يكون التحسن فيها كاملا، كما يمكن أن تحدث النوبات أثناء التعرض للانفعال و القلق. (معريش. أ، 2000)

2-2-5- كيفية تأثير الربو في المسالك الهوائية:

تتقلص عضلات جدران المسالك الهوائية أثناء أزمة الربو، ما يسبب ضيق قطرها الداخلي، كما يؤدي ازدياد إفراز المخاط والتهاب البطانة الداخلية للمسالك الهوائية إلى ضيق أكبر ويتم ذلك عبر مراحل:

-أولاً: تتورم الطبقة الوسطى من المسلك الهوائية. (الطبقة دون المخاطية.)

-ثانياً: تنتج الغدد المخاطية مزيداً من الإفرازات التي يجهد السعال لإخراجها من المسالك الهوائية.

ثالثاً: تتقلص العضلة الطرية نتيجة إخراج مواد من الخلايا الملتهبة، وتؤدي هذه الآثار الثلاثة إلى تضيق المسالك الهوائية. (أيرس.ج، 2015)

3- تصنيف الربو:

توجد حالياً العديد من التصنيفات للربو أو أشكال عيادية منها تلك التي تنسب إلى Jaques Vialatte ومن أحدثها تلك التي انبثقت عن الاجتماع الدولي سنة (1992) والتي صنفت الربو حسب خطورته. (معريش. أ، 2000)

3-1- التصنيف حسب خطورة الربو:

3-1-1- الربو الخفيف: يكون المريض عرضة للنوبات بمعدل نوبة كل ثلاثة أشهر ويبقى بعدها خالياً من أعراض المرض، وبالفحص لا تبدو عليه آثار هذه الأزمات إلى وقت حدوثها، كما يقتصر علاج المريض عموماً على موسعات الشعب الهوائية فقط عند الضرورة.

3-1-2- الربو المتوسط أو المعتدل: يصاب المريض بنوبة حادة كل شهر بالإضافة إلى علاج النوبات يطلب من المريض أخذ علاج وقائي بصفة متواصلة ودائمة نظراً لوجود سعال وضيق مستمرين في التنفس بين النوبات.

3-1-3- الربو الخطير أو الحاد: هذه الحالة هي أشد الحالات خطورة وتتميز بضيق تنفس دائم، يحتاج فيها المريض لعناية متخصصة ورعاية كاملة، تجبر الطبيب المعالج إلى تقديم وصفة طبية، غالباً ما تؤثر على العائد المالي للعائلة لأنها تحتوي على موسعات الشعب الهوائية والإسترويدات عن طريق الاستنشاق والفم، و عدم علاج هذه الحالة يؤدي إلى هبوط في القلب وقصر في التنفس. (معريش. أ، 2000)

كما تعتبر هذه الحالة من المضاعفات الحادة التي تصيب مريض الربو، هي أزمة تدوم 48 ساعة أو أكثر وتتميز بعدم الاستجابة للعلاج العادي، فهذه الأزمة الحادة تشبه إلى حد كبير أزمة العجز التنفسي الحاد ويمكنها أن تؤدي بحياة صاحبها بين لحظة و أخرى. (بوزيت. م ، 1999)

3-2- التصنيف حسب المنشأ:

3-2-1- الربو خارجي المنشأ: يبدو أن عدة عوامل تتسبب في ظهور الأعراض الأولى للإصابة بالربو، فلدى الراشدين يبدأ الربو غالباً نتيجة الإصابة بالزكام أو عدوى فيروسية، كما أن التعرض لمادة ما في مكان العمل هو سبب شائع للإصابة بالربو، وعادة لا يتم الانتباه لها، إضافة إلى التعرض لعثّ الغبار الذي يظهر بين خيوط النسيج أو ما يسمى بالقرديات، فحجمها صغير وتعيش في السجاد والفرش وغيرها من الأثاث و ألعاب الفرو، ففرش واحد قد يحتوي على نحو مليوني عثة غبار، كما تتسبب جيفها وبرازها في ظهور المرض، ويمكن القول أن مسببات الحساسية هي العوامل الأبرز التي تؤدي إلى الإصابة بالربو بشكل عام.

فحين يتعرض شخص مهياً للمرض إلى بروتين موجود في براز القرديات لفترة من الوقت، تصبح خلايا الدم البيضاء حساسة اتجاه هذه المادة الغريبة، وعند استنشاق هذا البروتين تحدث ردة فعل اتجاهه في بطانة القصبة الهوائية، ما يؤدي إلى التهاب المسالك الهوائية، يحدث الالتهاب تهيجا في البطانة، مما يضيق القصبات الهوائية وبالتالي ظهور أعراض الربو .

كما قد تساهم عوامل أخرى أيضا في الإصابة بالربو كالتدخين في الحمل والتعرض للتدخين السلبي في الطفولة. (أيرس.ج،2015)

تحدث نوبات الربو بشكل خاص أثناء فصل الخريف والشتاء، و ذلك غالبا ما يكون بسبب طلع الزهور و هذا ما يعرف بالربو الموسمي، أما النوع الغير موسمي فينشأ بسبب الحساسية لريش الطيور، الأتربة، العفن، المواد المضرة الأخرى التي تظهر في البيئة باستمرار.

بعض المصابين بهذا المرض لهم حساسية كذلك لبعض الأنواع من الأدوية التي تثير نوبة الربو لديهم إذا تناولوها كالبنيسلين (Pénicilline) والأسبرين (Aspirine)، هؤلاء المرضى غالبا ما يكونون راشدين وعلى وعي بحالات الربو لديهم. (معريش. أ، 2000) هذه العوامل المحيطة تعرف باسم "المحسسات" أي مسببات الحساسية، وتعتبر سبب مباشر في النوبة الربوية حيث يكون رد الفعل سريع بعد التعرض لهذه للمحسسات في مدة لا تتجاوز دقائق فقط وهذه هي الصورة الأكثر انتشارا، كما توجد بعض الحالات تظهر فيها النوبة بعد عدة ساعات وهذه الحالات قليلة. (Ridgway.R, 1998)

3-2-2- ربو داخلي المنشأ : هو قليل الانتشار ويرتبط عموما بكثرة التعففات التنفسية التي تصاحبه وعدم وجود أي محسس مسؤول عن ظهوره (معريش. أ، 2000). كما يتميز بنوبات متتالية، تتدلع هذه الحالة أحيانا أثناء فترات الإصابة بالتهاب الشعب الهوائية، وغالبا مت يظهر عند الأشخاص الكبار في السن دون سوابق مرتبطة بالحساسية. (Faouani. F, 1998)

كما يعتبره بعض المختصين من أصل وراثي لأنه يندلع من داخل المريض، وهناك كذلك من يربطه بتغيرات الطقس كالبرودة أو ارتفاع درجة الحرارة ما يسبب زيادة سرعة التنفس إضافة إلى تأثير القلق، فكل هذه الأمور تتسبب في نقص كمية الأكسجين. (Ridgway. R, 1998)

3-2-3- الربو المختلط: هذا النوع من الربو يلعب فيه كل من العاملين السابقين دورا هاما في حدوثه، والحقيقة أن التمييز بين هذه الأنواع يبقى صعبا وغير دقيق. (معريش. أ، 2000) **3-3- تصنيف حسب السن:**

3-3-1- الربو عند الرضيع والطفل : إن مرض الربو يبدأ في أي فترة من العمر، لكن يلاحظ أن تقريبا نصف الحالات أي 50% تظهر قبل سن العاشرة (10)، ومن هذه النسبة يكون 80% قبل سن الخامسة (05)، كما أن الرضيع ليس مستثنى من هذه الإصابة، مما دفع المختصين إلى إطلاق مفهوم جديد وهو " ربو الرضيع " والذي يطرح إشكالية كبيرة في تشخيصه، نتيجة تعدد الأمراض التي من الممكن أن تسبب أعراض متشابهة في مثل هذا السن، الشيء الذي يستوجب على الطبيب أن يكون يقظا في إمكانية إصابة الرضيع به، لأن هذه الأعراض تنتهي بعلاج الحالة المسببة لها، و يتميز " ربو الرضيع " بكونه كثير الإفراز. (معريش. أ، 2000)

3-3-2- الربو عند الراشد: غالبا ما يكون ربو الراشد خارجي المنشأ متعلق بالحساسية التي يتم اكتشافها بعد فحص جلدي، حيث يتم فيه التعرف على المحسسات المسببة للربو منها القرديات، غبار طلع الأزهار، ريش وجلد الحيوانات.

(Crétani.B, Aubier.M, 1998)

3-3-3- الربو في سن متأخرة: أحيانا يظهر الربو بطريقة فجائية في سن الشيخوخة مصاحبا بنفس الأعراض التي يعاني منها شخص مسن مصاب بالربو منذ زمن طويل، و في حالة ما إذا استمر الربو مع المريض إلى سن الشيخوخة فإنه يعاني من أزمات متقطعة، الأمر الذي يوصله إلى الإصابة على مستوى القصبات الهوائية مع حدوث صعوبة مزمنة في التنفس، وهذا يحدث بسببه التعفن المتكرر للغشاء الذي يبطن المجاري التنفسية.

(بوزيت. م ، 1999)

3-4- أشكال مختلفة من الربو:

3-4-1- الربو المتعلق ببذل جهد كبير: تظهر نوبات الربو عند بذل مجهود كبير حيث تمثل نسبة هذا الشكل من الربو من 40% إلى 90% ، وهو يتمثل في ظهور الأعراض المرتبطة بصعوبة التنفس وذلك بعد التوقف عن بذل الجهد بمدة تتراوح بين 5 إلى 10 دقائق والتي تختفي بدورها تلقائيا بعد 30 أو 40 دقيقة.

إن فقدان القصبات الهوائية للماء وبرودتها أثناء بذل الجهد إضافة إلى التغيير الذي يحدث بعد التوقف عن بذل هذا الجهد و ارتفاع درجة الحرارة بشكل مفاجئ في القصبات الهوائية، يؤدي إلى ظهور الأعراض بشكل مباشر، في حين تكون الوقاية جد سهلة والمتمثلة في أخذ موسع القصبات الهوائية قبل بداية التمارين الرياضية أو بذل جهد كبير.

(F. Roux ; M. Fournier, 1997)

3-4-2- الربو المهني: يعتبر هذا النوع خارجي المنشأ متعلق بمولدات الحساسية، وهو يظهر أثناء تواجد الشخص في مكان عمله وتختفي الأزمات أثناء العطل أو عطل نهاية الأسبوع، تكون المحسسات المتواجدة بمكان العمل السبب المباشر في ظهور الأزمة، ومن بين الأماكن التي يمكن أن تساعد في ظهور هذا النوع من الربو نجد المخبزة لتواجد الدقيق، محلات دهن السيارات، عيادة البيطري لتواجد جلود وريش الحيوانات، عند قاعات الحلاقة وذلك لتواجد مواد وصبغات مختلفة. (M. André, 2007)

4- أسباب الربو:

الربو مرض معقد، غير محدد المنشأ ومتغير الخواص والعناصر، يعتبر إلتهاب القصبات الهوائية قاسمه المشترك الأساسي، و يقف وراء هذه الإصابة عوامل عديدة منها:

4-1- العوامل الوراثية:

تدخل العامل الوراثي في ظهور الربو معترف به منذ القدم لكن إلى غاية يومنا هذا لا يوجد دليل قاطع على ذلك، لهذا السبب تم الربط بين الإصابة بالربو والعوامل الإستعدادية خاصة منها الجينات، وتبقى الأبحاث في بدايتها من أجل الفهم الصحيح للعوامل الوراثية للمرض، كما لوحظت عائلات بأكملها مصابة بمرض الربو، كما أن للمصاب بالربو أقرباء مصابون بأنواع مختلفة من الحساسية كحمى القش، التهاب الأنف وغيرها.

إن نسبة إصابة الطفل بالربو تقدر بحوالي 50% في حالة ما إذا كان أحد الوالدين مصاب بالمرض، بينما ترتفع هذه النسبة إلى 80% في حالة إصابة الوالدين معا. (معريش.أ، 2000)

وهناك دراسات عديدة اهتمت بهذا العامل، فقد ظهر حديثا أن هناك مجموعة من الكروموزومات التي تتدخل في مراقبة المرض (Foucaud. J, 2005). رغم ذلك فإن المختصين ليسوا متأكدين من التفاصيل الدقيقة للطريقة التي يتفاعل فيها العامل الوراثي مع العوامل الأخرى، خاصة العوامل المحيطة البيئية حيث أن احتمال الإصابة بالربو خاصة الحساسة تختلف من بلد إلى آخر، كما قد يرتبط بالفترة من السنة التي يولد فيها الطفل، حيث أن الأطفال الذين يولدون في فصل الربيع معرضون لتطوير ربو تحسسي فيما بعد. (Ridgway. R, 1998)

4-2- العوامل غير الوراثية:

إن العوامل الوراثية لا تكفي لتطوير ربو بدون تدخل عامل أو أكثر من ذلك و التي تكون مساعدة و جد فعالة في ظهور الإصابة بالربو ونذكر من بينها:

4-2-1- مولدات الحساسية: تصيب الحساسية فئة من الأشخاص إثر استنشاق محسسات فيصابون بمرض الربو، وتتم الاستجابة لتعرض الشخص لمولدات الحساسية حسب السيرورة التالية:

يحتوي كل عضو من أعضاء الجسم على نهايات عصبية مزدوجة أي مكونة من الجهاز السمبتاوي والجهاز الباراسمبتاوي وكل جهاز يعمل بصفة مضادة للجهاز الآخر، ويعتمد التيار العصبي في الجهاز الودي أو السمبتاوي على مواد كيميائية أهمها المواد الأدرينوجية والنوادرنيرجية المرخية لعضلات القصبات الهوائية، أما الجهاز الباراسمبتاوي فإنه يعمل على الأستيل كولين لتمرير السيالة العصبية إلى أعضاء الجسم ومن خصائص مادة أستيل كولين أنها تعمل على تقليص العضلات الملساء للقصبات الهوائية، وتنبيه الغدد اللعابية ومخاطية الأنف فيحدث ضيق التنفس، ولدى المرضى يكون الجهاز الباراسمبتاوي مسيطر على الجهاز السمبتاوي، في حين أن العامل النفسي كحالات القلق تعمل على توتر الجهاز الباراسمبتاوي. (ياحي. م ، 2000)

ويعتبر رحيق الأزهار من أكثر مسببات الحساسية شيوعاً، كما أن الحيوانات وخصوصاً القطط والخيول هي مسببات محتملة لأزمات الربو، ويحصل ذلك لأن التعرض لمسبب الحساسية يؤدي إلى إنتاج الجسم المضاد للحساسية Ige ، و إلى سلسلة أحداث تزيد إلتهاب المسالك الهوائية، وتجعل الأعراض أكثر سوءاً، ويؤدي التعرض إلى مسببات الحساسية لفترة طويلة إلى الإصابة بأعراض أكثر استدامة و مزمنة. (أيرس.ج، 2015)

4-2-2- العوامل المساهمة: هناك عوامل أخرى تساهم بشكل فعال في ظهور نوبات الربو ونجد من بينها:

- التدخين أو التعرض للغازات المنبعثة من السجائر في الوسط العائلي خاصة.
- التعفنات الفيروسية التنفسية حيث نجد أن الشخص قد تعرض إلى العديد من الالتهابات التنفسية إضافة إلى الإصابات بالفيروسات لهذا ينصح الأطباء إعطاء الرضيع حليب الأم على الأقل مدة ثلاثة إلى ستة أشهر الأولى. (معريش. أ ، 2000)
- سن اليأس عند المرأة.
- الأدوية التي تتسبب في اندلاع أزمة الربو كالبنسلين وبعض مضادات التهاب المفاصل، أدوية مضادة للتشنج، بعض المهدئات، المنومات، إضافة إلى بعض الأدوية المضادة للسعال.

-بعض المأكولات كحليب البقر، بعض الأسماك الغنية بالزيوت، البيض، بعض المكسرات كالقوّل السوداني وبعض الفواكه كالقراولة، فهذه المواد قد تسبب أزمات جد شديدة. (بوزيت. م، 1999)

4-2-3- العامل النفسي: كان يعتقد في السابق أن الربو هو مرض عصابي، ولكن اليوم تبين أن العوامل العاطفية هي مثيرات وليس مسببات للمرض، فقد تزيد ارتعاش المسالك الهوائية، ما يزيد من خطر التعرض لأزمات. (آيرس.ج، 2015)

ظهرت الدراسات حول العلاقة بين الربو و العامل النفسي منذ عدة عقود ففي سنة 1923 توصلت دراسة Marx إلى أن الأفراد الذين لديهم قابلية للمرض إذا تعرضوا إلى اضطرابات نفسية يمكن أن تزيد شدة التشنجات و بزيادة حدتها يمكن أن يحدث الربو، كما يرى Moos (1923) أن العامل النفسي هو أساسي في ظهور مرض الربو. (Cain.J,1990). كما أن الضغط النفسي يخفض من فعالية الغدة الكظرية، مخفضا بالتالي إنتاج الهرمونات الكظرية المضادة للالتهابات والمضادة للحساسية التي قد تجعل حدوث نوبة الربو أكثر احتمالا. (شيخاني. س، 2003)

كما يفرز الجسم في مختلف وضعيات الضغط هرمونات منها الأدرينالين والكورتيزول، والتي من المفروض أن تزيد من فعالية الجسم، لكن في حالة ما إذا كان الخوف أو القلق هي العوامل المفجرة، فهذا لا يزيد من نشاط الجسم الذي لن يستعمل هذه الهرمونات، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة نبضات القلب، ارتفاع الضغط الدموي وأضرار أخرى جسدية، كما يمكنها أن تثير النوبة الربوية. (Ridgway, R. 1998)

وبين Merazek أن التعرض للضغط يسبب سلسلة من الانقباضات العصبية للقصبات الهوائية، فأعراض الضغط يمكنها أن تنتج نوبة ربو لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد. وبالتالي فالضغط يعتبر من أهم أسباب ظهور الربو، في حين تبقى العلاقة المباشرة بين الضغط وظهور الربو لم يتم تحديدها بشكل مفصل. (Ridgway. R, 1998)

مع ذلك نجد أن هذا الضغط الانفعالي الذي يمكنه أن يتسبب بانقباض شعبي حادا، لا يزول إلا باللجوء إلى الأدوية، إضافة إلى العلاج النفسي الذي يكون ضروريا في مثل هذه الحالة. (معريش. أ، 2000)

كما يمكن للاكتئاب أن يظهر كرد فعل يرتبط باستعدادات جسمية ونفسية وكذلك لأحداث ضاغطة كالتعرض لمرض جسدي (Lechemia. D, 1995)، فهو يظهر مصاحباً لأمراض جسمية مزمنة كالربو. (Cottraux.J, 1990) ، ويظهر مرض الربو، يجد الشخص نفسه أمام معاناة تتسبب في ظهور أفكار سوداء. (Soumaille.S, 2001) انطلاقاً مما سبق يمكن القول بأن مرض الربو مرتبط بشكل وثيق بالجانب النفسي للمريض، فسواء كان الضغط الذي يتعرض إليه المريض سبباً في ظهور الأزمة أو كنتيجة لها، فلخصوصية المرض في حد ذاته كونه مزمناً يترتب عليه ظهور اضطرابات نفسية كالحالات الاكتئابية.

5- مضاعفات الربو:

الربو هو عبارة عن انسداد معمم للمسالك الهوائية، قابل للارتداد، وهو ناتج عن واحدة أو أكثر من الآليات المتمثلة في انقباض العضلات المحيطة بالشعب مما يضيق قطرها، التهاب وانتفاخ الأغشية المبطنة للشعب الهوائية وتراكم الإفرازات المخاطية داخل المجاري التنفسية.

ومن بين مسببات الانسداد أيضاً نجد زيادة في حجم العضلات الشعبية، تضخم الغدة المخاطية، وجود إفرازات سميقة ولاصقة و تضخم الحويصلات الرئوية مع تسرب الهواء، وإلى غاية الآن لم يتم التعرف بدقة على أسباب هذه الاضطرابات، إلا أن كل المعلومات المتراكمة تشير إلى أن جهاز المناعة والجهاز اللاإرادي يلعبان دوراً هاماً في هذا المرض . (Faouani.F, 1998)

مع ظهور كل هذه التغيرات تحدث نوبات الربو بشكل متكرر، لكنها نادراً ما تعرض حياة المريض إلى الخطر، إلا أنه قد توجد حالات وفاة ناجمة عن عجز تنفسي، إضافة إلى مضاعفات الأخرى لنوبة الربو و هي تتمثل فيما يلي:

-نوبات ربو شديدة : هي نوبات مصحوبة بانسداد شديد في الشعب لا تستجيب للعلاجات الاعتيادية و تحدث دون أسباب ظاهرة أو إثر خطأ علاجي (كالإكثار من مولدات السمبتاوي والمسكنات)، إضافة إلى الانفعالات العنيفة، إصابات على مستوى الشعب والرئتين وكذلك تغيرات الطقس، كل هذه العوامل يمكن أن يساهم في ظهور هذه الحالة، بداية هذه النوبات الشديدة لا تختلف عن النوبة العادية، إلا أن العسر الزفيرى يكثر شيئاً

فشيئاً وتزيد خطورته وكذا تسارع وتيرة القلب والرئتين (النبض والتنفس)، فيتغير لون المريض إلى الزرقة، وقياس حجم الغازات في الدم قد يدل على مستوى الربو الخطير أو المعقد، حيث يصل الحجم الزفيري الأقصى في الثانية من 10% إلى 15% مقارنة مع المعدل الطبيعي.

-الريح الجنبية : تكون ناجمة عن تمزق فقاعة عند المصابين بانتفاخ الرئة، كما يمكن أن يحدث أثناء النوبة مسببة مضاعفات مثل انتفاخ المنصف أو الانتفاخ تحت جلدي.

-همود الرئة : ناتج عن وجود سداة من الإفرازات الشعبية، غالبا ما تتمركز في الفص الوسطي الأيمن للرئة.

-تمدد الشعب الهوائية واتساعها. (Faouani.F,1998)

6- وجهات النظر المفسرة لدور العوامل النفسية في الربو:

على الرغم من تعدد وجهات النظر التي ناقشت موضوع الربو إلا أن السبب الحقيقي لحدوثه يبقى مجهولاً، هذا ما يدفع إلى الحديث عن وجود عوامل نفسية تلعب دور مهم في تفجيره، لأنه عند ظهور المرض لا يمكن تبادى تأثير العوامل النفسية وذلك نظراً للتأثير المتبادل بين الإصابة الجسدية والنفسية. (Thomas,1990) ، فهذه العوامل النفسية تلعب دور سببي في ظهور مرض الربو، كما أن هناك دراسات بينت أنها تلعب دوراً في زيادة حدة الربو. (Roux .R, 1997) ، ولذلك حاولت العديد من النظريات النفسية إظهار العلاقة بين مرض الربو كونه مرضاً مزمناً و الجانب النفسي للمريض، ومن بين وجهات النظر هذه نجد:

6-1- وجهة نظر المدرسة السيكوسوماتية للربو:

ترى النظرية السيكوسوماتية أن الإنسان في تطوره يخضع لتنظيم مستمر للوظائف من الأقل إلى الأكثر تعقيداً، هذه العملية لا تتم بسهولة تامة نظراً لتأخر التحاق بعض الوظائف بالتنظيمات الجديدة و ذلك نظراً لتعرض الفرد إلى صدمات، فينتج إثر ذلك ما يسمى بالثبوت الذي يعتبر موقعا للإصابة اللاحقة، كما يعتبر موقعا لتخزين الطاقة الحيوية، فعند وصول عملية النكوص إليها تكون أكثر مقاومة لحركة التخريب التي ستجد حداً عندها، ثم يعاد التنظيم العام للفرد فيعود بالتالي إلى حالته الأولى، هذه الإصابات تتميز بكونها محدودة عند وظائف معينة متكررة أي الإصابة بنوع من الأزمات كما هو الحال في مرض الربو. (Marty.P,1991 p12)

وحسب النظرية السيكوسوماتية لا يتم النظر إلى المريض نظرة جامدة، تقتصر فقط على فترة ظهور المرض، وإنما تتابعه في مختلف مراحل حياته، أثناء مرضه وفي فترة توازنه النفسي والجسدي.

فإذا كانت غريزة الحياة بما فيها الدفاع من أجل البقاء عن طريق التنازل، تكون بمثابة عامل مساعد على استقرار التوازن النفسي-الجسدي، فإن غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير الذات، تعتبر بمثابة عامل مهدد لهذا الاستقرار وبالتالي فإن هيمنة غريزة الحياة تؤدي إلى التوازن والصحة الجسدية الجيدة، في حين تؤدي هيمنة غريزة الموت إلى اختلال التوازن وتدهور الصحة الجسدية. (الناقلي، 1992)

كما يمكن القول بأن نوبة الربو وما يصاحبها من اختناق يؤدي إلى اضطراب التوازن النفسي-الجسدي أي بين غريزة الموت وغريزة الحياة، بحيث تهيمن غريزة الموت، وهذا الاضطراب إنما ينجم عن الوقفات النكوصية التي تسبق النوبات بسبب معاناة نفسية ما يدفع بالرغبة " الذبانية " إلى الظهور أي الرغبة في العودة إلى وضعية الجنين في بطن الأم. وتفصيل ذلك أن النكوص النرجسي يترافق بجرح نرجسي بسبب إحساس المريض بأن جسده تخلى عليه، فينشأ عن هذا الوضع حالة تمرد نرجسي تتمثل بتغليب غريزة الموت، بهذا يكون الاضطراب النفسي-الجسدي قد وصل إلى أقصاه، مما يؤدي إلى تجسيده بنوبة أو مجموعة النوبات تبعا لحدة المعاناة والنكوص الذي تسبب، ومن هنا قول Alexander "إن النوبة بمثابة احتجاج أمام التهديد بالانفصال عن الأم أو بديلتها، وهي صرخة موجهة لها حتى لا تتركه".

كما يرى P. Marty أن الربو مرض تكون الإصابة به مقتصرة على الأشخاص المصابين بالعصابات السلوكية والعصابات الطبيعية وعلى هذا الأساس يقسم أمراض الحساسية عامة، بما فيها مرض الربو إلى ثلاثة أنواع:

-الحساسية الأساسية: وتنشأ عند العصائبيين السلوكيين، الذين يعانون نقصا في تنظيم جهازهم النفسي، والنسبة المئوية لهؤلاء المرضى تكون منخفضة، وتتجم هذه الحالات أساسا عن عوامل نفسية ويكون دور المحسسات فيها ثانوي.

-الحساسية المتراوحة: حيث تتراوح شخصية المريض بين قطبين الأول ذو طبيعة هستيرية تقليدية والثاني ذو طبيعة سلوكية، وهؤلاء المرضى يشكلون 65% من مرضى الحساسية.

-**الحساسية الطبيعية:** وتنتشأ لدى المصابين بالعصاب الطبيعي مع أعراض هستيرية واضحة، ولدى هؤلاء تكون الحساسية على علاقة مباشرة بالانفعالات النفسية. (الناقلي، 1988)

6-2- وجهة نظر المدرسة التحليلية للربو:

يرجع علماء التحليل النفسي مرض الربو وسبب ظهوره، إلى حرمان الفرد من الأم، أو بشكل معاكس نتيجة العناية المفرطة به وذلك على حساب استقلال شخصيته، أو كذلك إلى إهماله والقسوة عليه من طرف الأم دائماً، مما ينتج عن ذلك موجات القلق، الرعب والإحباط التي بإمكان الفرد أن يعاني منها ولا تعد نوبات السعال وحشجة في الصدر إلا رموزاً تدل على الشعور بالخيبة و الحاجة لطلب للأم.

كما يرجع (Alexander 1950) الاضطرابات السيكوسوماتية إلى صراعات لا شعورية، فمن شأن الشخص الواحد إذ يمر بسلسلة من الصراعات المختلفة أن يعاني من تغير في نوعية الاضطراب السيكوسوماتي الذي يعاني منه، ويؤكد أن الربو هو عبارة عن صرخة استتجاد مكبوتة، وقد ربط (Spitz 1951) و (Gerard 1953) بين نوعية الاضطراب السيكوسوماتي عند الأطفال و شخصية الأم، فأكد جيرارد مثلاً أن أمهات الأطفال يتسمن بشخصية اعتمادية كثيرة المطالب، قليلة العطاء و إن تكن دون استثناء، جذابة و ودودة اجتماعياً. (بيك. آ، 2000)

كما بينت دراسة (Sifneos 1973) و (Apfel et Sifneos 1979) أن هناك علاقة بين العامل النفسي و العامل الجسدي في إحداث مرض الربو، و قد حاولوا توضيح أن هناك خلل في الوظيفة التخيلية لمريض الربو وأن غياب الميكانزمات العقلية الدفاعية الخاصة بمواجهة الصراعات المعتادة يتسبب في تأثير النزوات على الجسد و الذي يعتبر كمخرج للضغوطات الداخلية. (Foucaud. J, 2005)

6-3- وجهة نظر المدرسة السلوكية المعرفية للربو:

رغم دراسة الأسباب النفسية لظهور مرض الربو من طرف المنظور السيكوسوماتي إلا أن أصحاب المنظور السلوكي قدموا عدداً معتبراً من المعطيات فيما يخص هذا المرض، حيث يرى Trunbull أنه إذا كانت الاستجابة بالنوبة الربوية متبوعة بانخفاض في درجة القلق، أو تسمح بتجنب بعض الآلام، في هذه الحالة تصبح النوبة شديدة المقاومة للانطفاء، كما يرى أيضاً أن هذه النوبة تعبر عن استجابة تجنب بدلاً من كونها عنصراً فطرياً

لاستجابة انفعالية. كما يرى Wolpe أنه ما دامت النوبات الربوية تبدو كاستجابة شرطية للقلق أو لمولدات حساسية معينة أو أيضا لتجنب وضعية معينة فإنه يمكن اللجوء إلى تقنيات الإشراف بهدف إزالة حساسية الفرد للمنبهات الشرطية التي كانت السبب في حدوث النوبة.

في حين يرى (Levenson 1979) أنه يمكن للعوامل الانفعالية أن تلعب دورا هاما في تفجير نوبات الربو أكثر من العوامل ذات الطبيعة الحساسية، وقد بين أن ذلك يستلزم استجابة خاصة، حيث توصل إلى أن استجابة مرضى الربو اتجاه مختلف الضغوطات تتمثل في المقوية التنفسية، في حين تكون استجابة الغير رويين اتجاه الضغط تتمثل في الإيقاع القلبي. (آيت حمودة. ح، 1999)

قد أثبتت العلاجات السلوكية فعاليتها في ضبط الأسباب التي تحدث صعوبات تنفسية عند المصاب بالربو، ومن بين التقنيات العلاجية التي يتم استخدامها تقنية نزع الحساسية المنتظم، حيث يطلب من المريض أن يتخيل المادة المحسسة وهو في وضعية استرخاء لمدة من الوقت، ثم تزداد شدة تعرضه لها تدريجيا وفي مرحلة أخرى يتم تعريضه للمحسسات بشكل مباشر حتى يألها ويزول أثرها، كما يتم استخدام تقنيات الاسترخاء وذلك بغية إعادة توزيع الطاقة على الجسم بشكل متوازن، وإلى إزالة التشنجات العضلية التي تتركز في الصدر عند مريض الربو.

وتشير الأبحاث إلى أن الاسترخاء يؤدي إلى الحد من إفراز مادة الأدرينالين، مما يقلل من انعكاس الانفعال النفسي على الصعيد الجسدي، كما أن الاسترخاء يتطلب من المريض تركيز تفكيره على جسده بمعزل عن العالم الخارجي، مما يخلصه من آثار الصراعات النفسية. (النايلسي، 1988)

كما يرى أصحاب المنظور المعرفي أن تقييم الفرد لوضعية ما على أنها مهددة لموارده وتعرض حياته للخطر، يجعله يستجيب استجابة انفعالية. (Folkman, Lazarus, 1986) فالمصاب بمرض الربو وفقا لهذا المنظور يدرك من خلال احتكاكه بمحيطة عامة ومحيط المصابين بنفس الإصابة بصفة خاصة، خطورة هذه الإصابة و تأثيرها على مختلف جوانب حياته، الشيء الذي يجعله يحول هذا المؤشر المحيطي للإصابة إلى معلومات وأفكار قابلة

للتطبيق، و التي تتجلى في سلوك انفعالي، فظهور هذه الاستجابة لا يرجع فقط للعلاقة بين الفرد ومحيطه، وإنما هي ناتجة عن مجموعة أفكار خاصة بالمصاب بالربو ومعتقداته وآرائه وتفسيراته لما يجري في محيطه.

وكون مرض الربو مرضا خطيرا يجعله يأخذ المرتبة الأولى ضمن قائمة مؤثرات المحيط الخارجي، وعليه فالاختبار الذاتي للمريض يقع عليه، مما يجعل استجابته وثيقة الصلة بالمرض وموجهة بشكل خاص نحو التخفيف من الانفعالات المترتبة عنه، بالتالي فإن ظهور الاضطراب النفسي عند المصاب بالربو هو نتيجة لخلل في عملياته المعرفية، بمعنى أن طرق التفكير المشوهة المرتبطة بخطورة إصابته تؤدي إلى تشوه في إدراك الواقع، هذا كله يقود إلى نشأة أحاسيس مزعجة ومشكلات سلوكية. (أزروق، 1997)

7- علاج الربو:

يحتاج المصاب بالربو كغيره من المصابين بالأمراض المزمنة إلى علاج متواصل خلال عدة سنوات، أو قد تكون طوال حياته، مما يجعل مرض الربو يطرح مشاكل عديدة، كمشكلة التكاليف، التنظيم في الكفالة، كما تتمثل أهم الأهداف العلاجية للربو في التقليل من حدة وعدد النوبات، مع التقليل من استعمال واستهلاك الأدوية الموسعة للقصبات الهوائية. رغم أن العلاج لا يمنع حدوث النوبات بصفة نهائية، إلا أنه يقلل من معدل حدوثها بدرجة كبيرة جدا لذا يجب البدء في العلاج مبكرا بعد التشخيص قبل أن تتفاقم الحالة ويصعب علاجها، ويتم العلاج باستعمال عدد من الأدوية منها على شكل أقراص وحقن وبخاخات للاستنشاق. (معريش. أ، 2000)، وهي تستعمل في معظمها لغرضين أساسيين أولهما للوقاية و ثانيا للتخفيف من الأعراض.

7-1- الأدوية المخصصة للوقاية:

يتمثل دورها في حماية المادة النخامية المبطنة للقصبات الهوائية للتأكد من عدم تكاثفها عندما يتعرض المريض لنوبة وهي تأخذ لمدة طويلة لكي تظهر فعاليتها، وتوجد هذه الأدوية على شكلين هما ستيرويبيد للاستنشاق واستيروبيد عن طريق الفم ومن بينها Tilade و Intal (André. M, 2007)، كما تعمل هذه العقاقير على تخفيف الالتهاب في المسالك الهوائية

مخففتا من تهيجها، وعلى عكس البخاخات المسكنة، يتعين استخدام هذه العقاقير بشكل منتظم، مرتين في اليوم عادة، حيث أن الاستخدام اليومي يقي من تكرار النوبات. (أيرس.ج،2015)

7-2- الأدوية المخففة للأعراض:

تعتبر هذه أدوية سريعة الفعالية وتؤخذ بمجرد بداية ظهور أعراض النوبة، حيث تستهدف العضلات المحيطة بالقصبات الهوائية، وأغلبها تستعمل عن طريق الاستنشاق فتعمل على إرخاء وتوسيع القصبات الهوائية، و يتم وصف الدواء للمريض حسب شدة النوبة كما يلي:

7-3-العلاج في حالة نوبة ربو عادية: يتم استعمال بخة أو اثنين من دواء موسع للقصبات الهوائية عن طريق الاستنشاق، وفي حالة عدم فعالية الجرعات يمكن للطبيب أن يطلب من المريض البقاء في المستشفى، كما أن العلاج القاعدي لهذه الحالة من الربو يتمثل في مادة الكورتيكويد الفعالة عن طريق الاستنشاق، و يمكن إضافة أدوية موسعة للقصبات الهوائية للاستعمال الطويل المدى، مع العلم أنه في بعض الحالات قد يصف الطبيب مضادات الالتهاب خاصة بالقصبات الهوائية والتي تعرف بمضاد اللوكوتريين (Anti-Leucotriènes) و يتم تناولها عن طريق الفم .

7-4- العلاج في حالة نوبة الربو الحادة: يتم وصف دواء الكورتيكويد عن طريق الفم على شكل أقراص، فإن استعمال هذا الدواء يساهم بتوفر كفاءة أحسن للربو حيث يعمل على تقليل تكرار النوبات.

7-5-العلاج في حالة نوبة الربو التحسسي : يتم استعمال الأدوية التالية:

-أدوية مضادة للحساسية (Antiallergiques) والمتمثلة في مضادات الهيستامين (Antihistaminiques) و يستحسن استعمال هذا الدواء قبل الأزمة أو بمجرد بدايتها، إضافة إلى استعمال كورتيكويد عن طريق الفم أو الحقن ويكون ذلك في بداية الأزمة، مع استعمال مضادات حيوية (Antibiotiques) في حالة تفاقم الالتهاب على مستوى القصبات الهوائية، وأدوية جديدة مضادة للالتهاب (Anti- inflammatoires) المسماة بمضادات اللوكوتريين والتي تحد من عمل مادة اللوكوتريين (Leucotriènes) على القصبات الهوائية.

كما توجد أدوية جديدة تدعى مضادات IgE (Anti IgE) المستخلصة عن طريق البيوتكنولوجيا الجديدة، ويقتصر استخدامها على النوبات الخطيرة وذلك بسبب تكلفتها الباهظة. (André. M, 2007)

إضافة إلى الموسعات القصيبية (Broncho- dilatateurs) التي تعمل على إرخاء العضلات في جدران المسالك الهوائية، ما يسمح بفتح المسلك الهوائي ليدخل الهواء ويخرج بسهولة أكبر، ما يعني تسهيل عملية التنفس، وتعطى هذه العقاقير في بخاخات يكون لونها عادة أزرق أرمادي، وثمة أنواع مختلفة من البخاخات.

في معظم الأحيان، يتعين استخدام البخاخات المسكنة عند الإصابة بالأعراض وليس بشكل منتظم، ولكن الذي يعاني من ربو بالغ الشدة قد يحتاج إلى استخدامها بشكل منتظم، بعد استشارة الطبيب.

يعتبر استنشاق عقاقير الربو الطريقة الأفضل لتسكين حدة الربو أو الوقاية من الأزمات، فالبخاخ يوزع العقار بسرعة عبر المسالك الهوائية ليخفف من الأعراض، وتوجد بعض الأدلة التي تشير إلى أن الجرعات الكبيرة من الستيرويد قد تعيق بشكل بسيط النمو عند نسبة صغيرة من الأطفال، ولكن غالبا ما تعود عملية النمو لتكتمل ليصل الطفل إلى طول طبيعي مع بلوغه سن الرشد.

تتوفر كذلك عقاقير جديدة مثل أوماليزوماب (أكسولير) والذي يهدف إلى إبطال تأثير الجسم المضاد لحساسية الغلوبولين المناعي (IgE)، ويستعملها المريض مرة واحدة كل ثلاث أسابيع و ذلك على شكل حقنة، هذا العلاج مخصص للمرضى الذين يعانون من ربو ناتج عن حساسية مرتفعة، حيث يمنح هذا العقار أملا كبيرا للأشخاص الذين يعانون من الربو الحاد، إلا انه لا يعطى للمرضى الذين يعانون من المرض بشكل معتدل. (أيرس.ج، 2015)

أما النظام المتبع في الجزائر وفق الإجماع الوطني الصادر في 1992 و الذي تم فيه تحديد قائمة الأدوية الأساسية لعلاج الربو على المستوى البعيد، فان الأدوية الأساسية للربو تتمثل في مضادات الالتهاب وموسعات القصبات الهوائية، وهي متوفرة حسب مختلف طرق الاستعمال، في حين يفضل اختيار طريقة الاستنشاق كلما أمكن ذلك، لأنها تسمح بوصف العقاقير بمقادير خفيفة ونتائجها تكون ذات فعالية قصوى مع التقليل من التأثيرات السلبية

الجانبية. (Faouani. F, 1998)

إذا يمكن القول أن الطريقة الأمثل لتجنب تفاقم نوبة الربو تتمثل في علاجها عن طريق تناول أدوية ستيروبيدية مستنشقة، رغم أن ذلك لا يعالج المشكل من جذوره لكنه يساهم في التخفيف من الأعراض، لكن هذه الأدوية تبقى جد مهمة لعلاج نوبات الربو. (Ridgway. R, 1998)

ورغم ذلك فإن التكفل الناجح لمرض الربو يتوقف على عوامل أخرى منها:

-حماية المريض من مسببات الحساسية كالرطوبة، غبار المنازل، غبار الطلع.

-تلقيح المريض ضد هذه المؤثرات الجانبية.

-مكافحة الالتهابات عامة بمضادات كورتيكوستيرويدية.

-النصح بممارسة الرياضة لتقوية العضلات المساهمة في عملية التنفس وبالتالي مكافحة ضيق التنفس.

-مكافحة القلق المزمن المصاحب للمرض بأدوية مضادة للاكتئاب (Anti dépresseurs)

ومنه يمكن القول أن العلاج معقد ويشمل مكافحة القلق الذي يمهد للإصابة بالحساسية، والتي بدورها تؤدي إلى زيادة القلق، لهذا يستحسن مرافقة العلاج الدوائي بالعلاج النفسي، ما يساعد على التخفيف من شدة المرض. (ياحي. م، 2000)

إلى جانب أهمية العلاج الدوائي، يلعب البعد النفسي دورا هاما في تطور المرض، حيث يتأثر المريض والمحيطين به يتأثرون نفسيا، سواء بنقص الثقة، الشعور بالخوف، الغضب، الإحباط و الاكتئاب ، أمام هذه الحالة تعتبر المساندة نفسية للمريض ولأسرته في مستوى عال من الأهمية. (معريش. أ، 2000)

وفيما يلي جدول يبين مختلف علاجات الربو حسب حدة النوبات وهو يلخص ما جاء في الاجتماع الدولي حول علاج مرض الربو (1992)، محددًا خصائص كل نوبة و نسبة الإصابة بكل نوع من أنواع النوبات بين مرضى الربو بشكل عام إضافة إلى كفاءة الرئتين والعلاج.

جدول رقم : (01) يبين ملخص الإجماع الدولي حول علاج مرض الربو

نوع الربو	الربو الخفيف	الربو المتوسط	الربو الحاد
خصائص النوبة	-أعراض قليلة وقصيرة -الحالة بين النوبات عادية	-نوبات متوسطة : أقل من واحدة في الأسبوع -أعراض مزمنة	-أكثر من نوبة في الأسبوع -أعراض في الليل والنهار
نسبة الإصابة بين مرضى الربو	75%	20%	05%
كفاءة الرئتين :القيمة المتوقعة	أكثر من 80 %	ما بين 60 % و 80 %	أقل من 60%
كفاءة الرئتين : الاضطرابات اليومية	أقل من 20%	ما بين 20% و 30%	يزيد عن 30%
العلاج	-استعمال موسعات القصبات الهوائية أقل من 3 مرات في الأسبوع +/- كيتوتيفان	-موسعات القصبات الهوائية + إنتال +ستيروبيد عن طريق الاستنشاق عند الإجابة للإنتال +/-التيوفيلين طويل المفعول	-موسعات القصبات الهوائية+الستيروبيد المستنشق + الستيروبيد عن طريق الفم على شكل أقراص

(معريش. أ، 2000، 78-79)

8- مراقبة الربو:

قد تساعد خطة إدارة الربو الكثير من المرضى على التعامل مع مرضهم، وتحتوي هذه الخطة على مجموعة من الإرشادات حول ما يجب فعله سواء في مختلف مراحل المرض، فيجب التعامل مع الإنسان "كشخص كامل متكامل"، وليس فقط كمجرد "حالة ربو" حيث يجب أن يناقش الطبيب معه الأسلوب الطبي الذي يؤمن به، و عند اختلاف الطبيب

والمريض في الرأي، يمكن التوصل إلى اتفاق تسوية، ليبقى الهدف الأساسي هو السيطرة على الربو، أو تخفيف من أعراضه إلى مستوى يعتبره المريض مقبولاً. (أيرس.ج،2015) حيث تهدف إدارة الربو، إلى جعل المريض يتحكم بالربو، وقد يكون ذلك سهلاً بالنسبة للأشخاص الذين يستعملون الدواء من حين إلى آخر، لكن بالنسبة بالمرضى الذين يعانون من درجة أشد من الربو يجب أن يتوصلوا مع الطبيب إلى خطط علاجية محكمة.

رغم كون الربو حالة فردية، أي أن ما يناسب مريض ما قد لا يناسب الآخر، إلا أنه تم وضع إرشادات عامة لمساعدة الأطباء والمرضى على القيام بأعمالهم، وقد طور هذه الإرشادات مجموعة من الخبراء، بحيث تعتبر هذه الإرشادات سهلة التطبيق، وباتت يستخدمها عدد متزايد من الأطباء والمرضى المختصين في أمراض التنفس، فهي تستند إلى مجموعة من الخطوات التصاعديّة الهادفة إلى التحكم بالربو، و إلى مجموعة من الخطوات المهدئة ما يجعل المرض تحت السيطرة، الأمر الذي يساهم في استخدام جرعات أخف من الدواء.

هنا تظهر أهمية الإجراءات الوقائية ومساعدة الذات، فهي تشمل التحكم بمسببات الحساسية، ومن المهم جداً تفادي بعض العقاقير التي قد تسبب الحساسية أو تزيدها سوءاً مثل الأسبيرين، والعقاقير المضادة للالتهاب التي لا تحتوي على ستيرويد. (أيرس.ج،2015)

يعتبر مصطلح مراقبة الربو حديثاً نسبياً في الميدان العلمي حيث تم تعريفه من طرف الهيئة العالمية للربو التي تنشط مع العاملين في مجال الرعاية الصحية والمسؤولين في الصحة العامة في كل أنحاء العالم للحد من انتشار معدلات الإصابة بالمرض و تقليص عدد الوفيات، كما تعمل على تحسين نوعية الحياة بالنسبة لمرضى الربو وذلك بالتركيز على الربو المراقب الذي يساعد المريض على المراقبة و التحكم الفعال في المرض، الأمر الذي يمكنه من:

- تجنب وجود الأعراض المتعبة للربو في النهار مع عدم الاستيقاظ بالليل.
- أن تكون للمريض حاجة ضئيلة إلى استعمال الدواء أو عدم استعماله نهائياً.
- القدرة على ممارسة مختلف نشاطات الحياة اليومية ليكون فعالاً و نشطاً.
- كما تكون النتائج الوظيفية للرئة عادية DEP أو قريبة من المتوسط.

-تجنب حدوث نوبات ربو قوية. (Boulet.L,P,2016)

8-1- تقنية التربية الهوائية لمرضى الربو :

تلعب تقنية التربية الهوائية دور كبيراً في علاج مرضى الربو حيث تستعمل لتحسين التنفس و التقليل من النوبات و الوصول بالمرضى إلى درجة من التوازن وهي تجرى على ثلاثة مستويات، والمتمثلة في إخراج الهواء الموجود في القصبات الهوائية حتى لا يحد من قوة الزفير، و التنفس بشفاه مغلقة مع الزفير بشدة و مدة أطول.

كما تحتل التربية الهوائية دوراً أساسياً في الأمراض التنفسية الحادة و هدفها الأساسي تصحيح التشويه الذي يظهر نتيجة النوبات المتكررة على القفص الصدري، و تقليل عسر التنفس الذي يعاني منه المريض للوصول إلى وضعية أفضل في وقت الراحة و التمرين، زيادة النتائج القياسية في التنفس (التحمل و السرعة)، مع تصحيح التشويه الذي يظهر على القفص الصدري و زيادة الأمل في الحياة. (Sergysels, 1983)

8-2- المعارف المتعلقة بمرض الربو:

أصبح موضوع المعارف المتعلقة بالأمراض و أثرها على سلوك الفرد المرتبط بالصحة موضوع تناولته العديد من الدراسات، خاصة منذ ظهور مدارس التربية العلاجية التي تولى الاهتمام إلى المريض كعنصر في العملية العلاجية وتزوده بكل ما يحتاج من تصورات ومعارف متعلقة بالمرض، و لقد أقيمت دراسات عديدة لدى مرضى السكري حول العلاقة بين المعارف وتسيير المرض والتحكم فيه، حيث وضح الباحثان Coates و Boore أن تحسين المعارف المتعلق بالمرض له علاقة دالة إحصائياً مع التسيير الجيد للمرض. (Coates & Boore, 1996)، كما توصل باحثين آخريين إلى أنه عندما يكون مستوى المعارف المتعلقة بمرض الربو ضعيفة يكون لها أثر سلبي على تسيير المرض بحيث يمكنها أن تصل بالمريض إلى الموت بسبب نوبة ربو. (Dikinson ; J & al, 1997)

كما أن نقص مستوى المعارف حول المرض قد يوصل المريض إلى البقاء في المستشفى لفترات طويلة، الأمر الذي يحدد نوع الحياة و الامتثال للعلاج، إذ أن مستوى منخفض من المعارف يترجم بالتسيير غير الملائم للمرض، و لقد وضحت العديد من الدراسات هذه النتيجة، حيث توصلوا إلى وجود علاقة سلبية بين المستوى المرتفع للمعارف حول المرض و زيادة عدد المرات التي يلجأ فيها المريض إلى الاستعجال

الطبية. (Meyer & al, 2001)، و هناك أيضا دراسات عديدة أوضحت أثر المستوى الضعيف للمعارف المتعلقة بالمرض على نوع الحياة، إضافة إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين المستوى المنخفض للمعارف وتقليص نشاطات المريض. (Osman & al, 1994) في حين توصلت عدد من الدراسات إلى وجود علاقة بين عدم الامتثال للعلاج والمستوى المنخفض للمعارف المتعلقة بالمرض من جهة، وعلاقة بين التصورات السلبية للعلاج ومستوى ضعيف لاستعماله من جهة أخرى. (Meyer & al , 2001)

9- خلاصة الفصل :

يعتبر الربو مرضا معقدا ومتشعبا بسبب تعدد أعراضه و اختلاف شدتها، إضافة إلى تنوع أشكاله العيادية وأسباب ظهوره، الأمر الذي يجعل العلاج يختلف من حالة إلى أخرى وذلك حسب تعدد العوامل السابق ذكرها، وبما أن الربو مرض مزمن فإنه يؤثر ويتأثر بالجانب النفسي للمريض، مما يتسبب في ظهور عدة اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب الأمر الذي يزيد من سوء الحالة الصحية.

فلا يمكن توفر كفاءة جيدة للربو إذا لم يتم الأخذ بعين الاعتبار الجانب الجسدي والنفسي للمريض في آن واحد، فيكون العلاج الدوائي مصاحبا بكفالة نفسية تساعد المريض على تقبل مرضه وتجاوز الاضطرابات النفسية الذي يتسبب فيها هذا الأخير، فالتعرف على المرض عن طريق التربية العلاجية يساعد بشكل كبير على التفريق بين أعراض الضغط والاكتئاب من جهة و أعراض الربو من جهة أخرى، وذلك من أجل التحكم الجيد في المرض، كما أن التدخل العلاجي السلوكي المعرفي عن طريق التربية الهوائية و الاسترخاء يهدف للتحكم بشكل أفضل في المرض والتعامل معه بشكل ايجابي وفعال، وكذا الاضطرابات النفسية التي تصاحبه كالضغط والاكتئاب، والتي سوف يتم التطرق إليها بشكل مفصل في الفصل الثالث المخصص للضغط و الرابع المخصص للاكتئاب.

الفصل الثالث

الضغط النفسي

- 1- تطور مفهوم الضغط
- 2- تعريف الضغط
- 3- تعريف الضواغط
- 4- النظريات المفسرة للضغط
- 5- علاقة الضغط بالاضطرابات النفسية والجسدية

تمهيد:

يواجه الفرد خلال حياته الكثير من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها وقد تكون مهددة له، كالتعرض لمرض مزمن، أو فقدان شخص عزيز وغيرها من الأحداث الضاغطة، و التي تعد من العوامل المؤثرة بشكل كبير على صحته، حيث بين (Service 1979) أن الضغط يؤدي إلى استجابات وتغيرات نفسية شديدة يكون لها الأثر السلبي على الصحة العقلية والجسمية للفرد. (شويخ، أ، 2007)

رغم أن السلوك البشري بطبيعته الدينامية الملائمة لظروف الحياة المتقلبة والمتغيرة بشكل دائم، فقد يضطر الفرد إلى إحداث تعديلات في جوانب البيئة ذاتها للتقليل من الضغوط المفروضة عليه، والقيام بعملية التكيف وفي حالة ما إذا عجز عن ذلك، يزداد احتمال إصابته بالأمراض النفسية والجسمية. (Weiten, 2000)

كما أن الأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد أصبحت تؤثر على علاقاته بالبيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث جعلته يعاني من الإحباط والاكتئاب والقلق وغيرها من الانفعالات السلبية الأخرى والتي أصبحت تمثل ركيزة في الاضطرابات السيكوسوماتية. (عبد العظيم حسين، 2006)

ويبقى تعريف مفهوم الضغط أمرا صعبا إلى غاية يومنا هذا رغم التأثير الكبير للضغط على الفرد من الناحية الجسمية والنفسية، كما أن الاستعمال الواسع والمفرط له ساهم في إعطائه صبغة غامضة وغير إجرائية، فالمعنى الذي يعطي للضغط يختلف حسب الإطار الذي يستعمل فيه، و فيما يلي نظرة تاريخية لتطور هذا المصطلح بغاية إعطاء صورة أوضح له.

1- تطور مفهوم الضغط:

مازال يعاني موضوع الضغط من صعوبة في تعريفه رغم الدراسات العديدة التي تناولته، بينما يساعد إلقاء نظرة تاريخية لتطوره بشكل كبير في تحديد معالمه، حيث كان يعتبر هذا المفهوم في بداية استعماله كعامل مسؤل على مشقة أو قوة توجه نحو الفرد، وبعد ذلك وبفضل أعمال (Cannon 1935) توجه هذا المفهوم ليدل على الحفاظ على التوازن الذي سماه أوميوستازيا (Homeostasie).

بعد ذلك استعمل (Selye 1975) مفهوم الزمرة العامة للتكيف، حيث اعتبر في البداية أن حدوث الضغط يكون نتيجة تهديد خارجي، ليضيف في مرحلة لاحقة فكرة الدور المرضي الذي يلعبه الضغط، و ذلك لا يكون فقط عن طريق العامل الخارجي المتمثل في الضواغط، و إنما عن طريق الاستجابات الدفاعية التي يستثيرها، و مع تطور أبحاثه في هذا الموضوع، أصبح الضغط يعبر عن مجموعة دينامية تتكون عن طريق الحدث الضاغط من جهة، والآثار المترتبة عنه من جهة أخرى.

انطلاقاً من أعمال سيلبي أنشأ (Lazarus et Folkman 1984) نظريتهم حول الضغط، والذي يعتبر على أنه التفاعل المتواجد بين الفرد والبيئة، مع التركيز على أهمية الشعور بالتحكم لتعديل استجابات الضغط.

كما ظهر نموذج (Cox et Mackay 1978) التفاعلي، والذي يعتبر قريب من نموذج لازروس، حيث يتم التأكيد على مفهوم "المتطلبات المدركة" و"قدرات الفرد المدركة" في تنظيم دينامية الضغط، ليتم بالتالي إعطاء الطابع التكيفي للتفاعل بين الفرد والبيئة. و ظهر في فترات لاحقة مصطلح جديد والمتمثلة في استراتيجيات التعامل، والتي أعطت توجهها جديداً ساهم في إخراج الضغط من صبغته الفزيولوجية التي كان محصوراً فيها، كما ساهم في تأسيس علاقة بين المتطلبات المفروضة من البيئة الاجتماعية خاصة وظهور الأمراض، و بتواصل الأبحاث في هذا المجال ظهر تيار العلوم العصبية الذي ساهم في فهم أفضل للعلاقة الموجودة بين العوامل البيولوجية والعوامل النفسية الاجتماعية للضغط، وعليه لا يمكن اعتبار الضغط في هذه الحالة كعامل ضاغط في حد ذاته أو كنتيجة واستجابة لتهديد معين، بل كعامل وسيط بين الوضعيتين في تفاعلها الدينامي والذي يساهم في الحفاظ على توازن الفرد بفضل مجموعة من السياقات البيولوجية والنفسية التي تنظم العلاقة بين الفرد والبيئة، كما أن تلك السياقات ترتبط بشكل وثيق بالوضعيات الجديدة وبإدراك الفرد لها ولقدراته على مواجهتها.

(M. Boudarene, 2005)

2- تعريف الضغط:

من الصعب دراسة وفهم ظاهرة ما دون تحديد مفهومها أو تعريفها، حيث أن التعريف الدقيق للمفاهيم المرتبطة بها يسهل من عملية فهمها ويساعد على قياسها والتعامل معها

بفعالية وإيجابية. فنظرا لشيوع مصطلح الضغط الذي يستخدم على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس وغيرها من المجالات، تعددت الآراء حول تعريفه، ومنه لا يوجد تعريف جامع متفق عليه حول تعريف الضغط والكشف عن الأبعاد المختلفة له، و فيما يلي عدد من التعاريف التي حددت خصائص هذا المفهوم:

يرجع (Smith 1993) المعنى الاشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني، فكلمة الضغط (Stress) مشتقة من الكلمة اللاتينية (Stictus) وهي تعني الصرامة وتدل على الشعور بالتوتر والضييق، أي أن الضغط يشير إلى مشاعر القلق و الضيق التي يتعرض لها الفرد في ظروف متعددة. (عبد العظيم حسين، 2006)

قد أدى الاختلاف بين الباحثين في تعريف الضغط إلى جعل بعضهم يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى القوة التي تقع على الفرد وتسبب له الشعور بعدم الارتياح والضييق، لكن وقع غموض بخصوص ما إذا كان الضغط يشير إلى سبب الاستجابة أو يشير إلى الاستجابة ذاتها.

حيث يعرف (Selye 1956) الضغط على أنه الاستجابة غير النوعية للجسم لأي مطلب، كما أنه يعبر عن الطريقة اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي مطلب (عسكر، 2000)، في حين ينظر بعض الباحثين إلى الضغط على أنه نتاج تفاعل الفرد مع البيئة وأنه يحدث عندما تتجاوز مطالب البيئة قدرة الفرد على التعامل معها. (عبد العظيم حسين، 2006)

كما يعرف الضغط على أنه حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثا يدركونها على أنها تهدد وجودهم النفسي والجسمي، ويكونون غير متأكدين من قدرتهم على مواجهتها. (جمعة سيد يوسف، 2000)، ويمكن القول أن الفرد قد تعرض لضغط معين عندما يواجهه حدث جديد يدرك أنه يصعب عليه مواجهته، في هذه الحالة يظهر الضغط على شكل تباين بين المتطلبات المفروضة من الوضعية الجديدة كما يدركها الفرد ومدى إدراكه لقدراته على الاستجابة، لينجم عن ذلك شعور بفقدان التحكم، فتنتج عن هذه الوضعية تغيير مصحوب بأعراض فزيولوجية ونفسية، الأمر الذي يدل على اختلال التوازن الداخلي للفرد، و تنتوع هذه الأعراض حسب طبيعة الحدث وحسب القدرات التي يمتلكها كل فرد. (M. Boudarene, 2005)

أما (Lazarus et Folkman 1984) فيعرفان الضغط بأنه يمثل علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، يتم تقييمها على أنها تفوق موارده وتعرض صحته للخطر. (عبد العظيم حسين، 2006)، كما يرى لازروس وآخرون أن الضغط هو عبارة عن مجموعة من الاستجابات التي تثيرها العوامل المحيطة، فيتم تقييم الحدث الضاغط بشكل ذاتي، حيث أن الضغط يكمن في التفاعل بين البيئة والفرد، فتحدث استجابة الضغط حين يقيم هذا الأخير الوضعية ما على أنها تفوق موارده وقد تهدد كيانه وذلك كنتيجة لفقدان التوازن بين المتطلبات (الداخلية أو الخارجية) من جهة، وموارده لمواجهة هذه المتطلبات من جهة ثانية. (Paulhan, 1994)

في حين يرى (Cox 1990) أن الضغط هو نتيجة الصراع بين المطالب المفروضة على الفرد وقدراته على التعامل معها، حيث يفكر الفرد في المطلب ويفكر في قدراته، وأن اختلال التوازن بين الطرفين يسبب ظهور الضغط و بالتالي يمكن القول أن الضغط ينتج عن تفاعل الفرد مع بيئته سواء كانت هذه البيئة داخلية أو خارجية، فيظهر عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدرته على تلبية هذه الحاجات.

قد أوضح (Cohen 1998) في نفس الاتجاه أن الضغط النفسي هو علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، حيث يتم تقدير هذه البيئة من طرف الفرد بأنها مهددة و تجاوز قدراته التكيفية مما قد يؤثر على صحته الجسمية و النفسية مع إدراكه بعدم القدرة على مواجهة المواقف التي تتطلب استجابة فعالة. (Delvaux & Razavi,1998)

في حين يعرف (Schafer 2000) الضغوط على أنها إثارة العقل والجسد، ردا على مطالب مفروض عليهما، يوضح هذا التعريف أن الضغوط موجودة دائما وتشمل كل أعضاء الجسم، الأفكار والمشاعر ويمكن القول أن الضغط هو حالة من التوتر الجسدي والنفسي، والتي تحدث للفرد عندما يتعرض لأحداث ومواقف تستلزم منه مطالب تكيفية، قد تفوق إمكانياته، وأن استجابة الضغط للحدث الواحد تختلف من فرد لآخر، حيث يتوقف ذلك على مدى إدراك الفرد لقدرته على السيطرة والتحكم في الموقف، وذلك في ضوء إمكانياته الشخصية وخبراته وما يتوفر لديه من مصادر. (عبد العظيم ح، 2006) أما حسب (Walker 2001) فان الضغط يكون نتيجة تعرض الشخص لصعوبات ومشكلات ترهقه و تفوق طاقته على التحمل، و قد يهدد صحة الإنسان وسلامته ذلك أنه

يولد ردود فعل جسمية أو سيكولوجية على المدى القصير و المدى الطويل، و يستخدم هذا المصطلح أحيانا كمرادف للقلق إلا أنه يشمل أبعاد إضافية.(جمال الخطيب،2001) يؤثر الضغط النفسي المتكرر على صحة الفرد و راحته، وقد يعيق أعماله وحياته الاجتماعية، كما أن الضغط النفسي المتكرر والمستمر والشديد يضعف الفرد الذي يصعب عليه أن يواجه العوامل التي تسبب هذا الضغط أو يعالجها، هذا من جهة و من جهة أخرى تتوقف الطريقة التي يتبعها كل واحد لمواجهة الضغط النفسي على مميزات شخصيته، والتي عادة ما تملي عليه ردة فعله إزاء مصاعب الحياة اليومية، وعلى المحيط الخارجي.(ويلكنسون.غ، 2015)

يمكن القول أن العامل المشترك بين التعاريف السابقة الذكر، يتمثل في المشقة التي يتعرض لها الفرد في حياته نتيجة المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة، أي نتيجة تفاعله بالبيئة المحيطة به، حين يقدر هذه الوضعية على أنها تهدد صحته و تتجاوز موارده الشخصية وإمكانياته، وأنه لا يملك القدرة على إحداث استجابة مناسبة وفعالة.

3- تعريف الضواغط:

تعتبر الضواغط مجموعة من الأحداث التي تفرض مطالب على الفرد أو المجموعة أو المنظمة، فالضواغط البسيطة ينتج عنها استجابة ضغط معتدلة، أما الضواغط الشديدة فينتج عنها استجابات تزيد من الضغط، فهذه المتطلبات هي التي تحدد نوعية الضغط، وتسميتها بالضواغط لا تعني بالضرورة أنها ذات طبيعة فيزيائية، فالانفعالات كالحب، الكره، الغيرة، الخوف والأفكار تؤدي بدورها إلى تغيرات في خصوصيات الضغط.

(Paulhan, Bourgois, 1998)

يركز بعض الباحثين على تعريف وتصنيف الضواغط حسب خصوصيتها المختلفة مثل تكرارها، حدتها، شدتها، والمدة التي تستغرقها، إضافة إلى القدرة على التنبؤ بها قبل ظهورها، لذلك تم التمييز بين عدة أنواع من الضواغط منها: الضواغط الحادة، المزمنة واليومية.

-الضواغط الحادة: تكون مدتها قصيرة ومرتفعة الشدة وقليلة في معدلات تكرارها كحوادث المرور مثلا.

-الضواغط المزمّنة: يمكن أن تكون طويلة أو قصيرة المدة، كما أنها قد تكون مرتفعة أو منخفضة الشدة مثل عدم الشعور بالأمان في العمل.

-الضواغط اليومية: تكون محددة وقصيرة المدة ومنخفضة الشدة. (عبد العظيم حسين، 2006)، كما يتم تصنيف الضواغط حسب ما إذا كانت عائلية، اجتماعية، مهنية أو مرتبطة بالفرد ذاته.

-الضواغط المتعلقة بالفرد: غالبا ما تكون مرتبطة بحالته الصحية، و ذلك عند إصابته بإعاقة أو مرض يهدد سلامته الجسدية.

-الضواغط العائلية: أحيانا تكون العائلة سببا في نشوب صراعات دائمة تحدث ضررا كبيرا، فهي قد تمر بتغيرات حاسمة تؤثر سلبا على أفرادها مثل تعرض أحد الآباء أو الأبناء إلى مرض خطير، كذلك الفراق أو الموت.

-الضواغط المهنية: توجد أربعة عوامل قد تشكل ضواغط شديدة على الفرد من الجانب المهني كنوع العمل، العلاقات ضمن العمل، المسيرة المهنية و العلاقة بين العمل والعائلة.

-أما بالنسبة الضواغط المتعلقة بالمدرسة فهي ترتبط غالبا بالعلاقة مع المعلم، العلاقة مع الزملاء ونتائج التحصيل الدراسي.

-الضواغط الاجتماعية: فهي أحداث بيئية تنشأ غالبا من خلال العلاقات الاجتماعية والمهنية و الزوجية، المستوى الاقتصادي للفرد.

إضافة إلى ذلك تعتبر الضواغط المتعلقة بالتلوث و الضجيج من الضواغط المزمّنة وتوجد ضواغط أخرى حادة كالتعرض إلى حادث أو اعتداء، فمن المهم تحديد أثر هذه الضواغط على الفرد وطريقة إدراكه لها. (Bruchons et Boujut,2014)

4- النظريات المفسرة للضغط :

4-1-النموذج التقليدي:

من بين المشكلات الكثيرة التي يواجهها الباحثون العاملون في مجال الضغط مشكلة إيجاد تعريف محدد ودقيق لمفهوم الضغط وذلك بسبب اختلاف الاتجاهات والأطر النظرية التي اهتمت بدراسته.

لقد كان لأعمال برنارد Bernard أثر جد مهم في تطور الأبحاث حول مفهوم الضغط، حيث استعمل مصطلح الوسط الداخلي الجسمي والوسط الخارجي (خارج الجسم) مع أخذه بعين الاعتبار التفاعل والتوازن بين الواسطين، حيث يتطلب استقرار الوسط الداخلي للجسم استخدام ميكانيزمات الضبط الذاتي، فهي توفر التوازن وتعمل على بقاءه واستمراره.

وفي الثلاثينات من القرن العشرين قام Cannon (1935) بتحديد دقيق لهذه الميكانيزمات و التي سماها " أوميوستازيا " (Homeostasie)، حيث أعطى أهمية كبيرة لدور الجهاز الودي ودور الأدرينالين للحفاظ على حالة الأوميوستازيا أمام تغير الظروف المحيطة والوضعية المهددة لكيان الفرد، كما تطرق إلى مفهوم المواجهة أو الفرار (Fight or flight) كشرط مهم للتكيف والبقاء على قيد الحياة، كما يرى أن هناك أعراض معاشية، فيزيولوجية كزيادة وتيرة التنفس سرعة دقات القلب التي غالبا ما تصاحب الانفعالات المتولدة عن وضعية ضاغطة، من جهة أخرى هناك استجابات دفاعية موجهة إلى تنشيط مصادر الجسم من أجل التوافق والتكيف مع الظروف الجديدة، كما يعطي كانون أهمية كبيرة إلى المدة التي تستغرقها هذه الأحداث الضاغطة. (M. Boudarene, 2005)

4-2- نظرية (Selye) للضغط:

أخذ مفهوم الضغط أهمية كبيرة في الوسط العلمي بفضل أعمال (Selye 1975) ، حيث لاحظ معاناة الأفراد من اضطرابات جسمية متعددة، كفقدان الشهية، انخفاض الطموح، فقر الدم وغيرها من الأعراض التي سماها بزملة أعراض الشعور بالاعتلال ذلك لأنه وجد تشابه بين هذه الأعراض عند عدد كبير من الأفراد، بالإضافة إلى الأعراض المرتبطة بمختلف الأمراض التي يعانون منها، فتوصل بالتالي إلى أن هذه الأعراض تظهر كاستجابة للتعرض لخطر معين أو ضغط نفسي مستمر.

انطلاقا من ذلك قدم سيلبي نظريته المعروفة " بزملة التكيف العام " لوصف وتفسير استجابة الفرد لمصادر الضغط وتتكون هذه الاستجابات من ثلاثة مراحل وهي : مرحلة الإنذار، مرحلة المقاومة ومرحلة الإنهاك.

4-2-1- مرحلة الإنذار: عندما يتعرض الفرد فجأة لمصدر الضغط ولا يتمكن من التكيف معه فإن استجابته تحدث في طورين:

- طور الصدمة: حيث تكون الاستجابة الداخلية للمنبه المهدد فورية ومن ثم يستجيب الفرد بأعراض متنوعة مثل: انخفاض الحرارة، ارتفاع ضغط الدم وأعراض أخرى.

- مواجهة طور الصدمة: و هو يشتمل على تنشيط الغدد، فيزداد إفراز هرمون الأدرينالين لمواجهة الخطر وتعتمد هذه المرحلة على إدراك الفرد لمصدر الضغط، ومنه تتغير استجابات الجسم استعدادا لمواجهة المصدر، و ذلك من خلال إشارات الإنذار التي تحمل في مضمونها الضغط والتهديد، فالاستثارة الجسمية تحدث كاستنفار الجسم لمصادره لمواجهة هذا التهديد، لكن مع استمرار هذا التهديد، يدخل الجسم في المرحلة الثانية. (أ.شويخ، 2007)

4-2-2- مرحلة المقاومة: مع استمرار التعرض للضغط، تستمر التغيرات الجسمية بدرجة أقل من مرحلة الإنذار، لكنها تظل تعمل بمستوى أكثر ارتفاعا من المستوى الطبيعي، في هذه المرحلة يسعى الجسم إلى إعادة تخزين للطاقة المفقودة وإصلاح ما أصاب الجسم، ومنه يصبح الفرد معتادا لهذا التهديد، لكن مع استمرار الضغط لفترة أطول، يدخل الكائن الحي في المرحلة الثالثة من مراحل زملة التكيف العام.

4-2-3- مرحلة الإنهاك: نظرا لكون مصادر الجسم محدودة في مواجهة مصدر الضغط، فإنها تكون أكثر عرضة للشعور بالعجز عن التغلب على مصدر الضغط، أو قد يقوم الجسم بعملية التكيف لكن بعد استنزاف كل طاقته، وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف. (السيد عثمان.ف، 2001)

رغم الإسهام الهام لأعمال سيلبي في تفسير الضغط النفسي بفضل أبحاثه وملاحظاته التي قام بها حول الضغط، فإنه لم يتمكن من إعطاء تعريف واضح له، وذلك لأن المفهوم بحد ذاته ليس واضحا، كما أن اعتبار الضغط كظاهرة تتميز بالانسجام والتناغم بين أبعادها وعواملها، يجعل من الصعب التوصل إلى تعريف ملائم، هذا ما يفسر التعديلات العديدة التي أجراها سيلبي على تعريفه لمفهوم الضغط، كما أن هذا الوضع أدى إلى ظهور العديد من الأعمال محاولة إعطاء تعريفا أشمل وأدق لمصطلح الضغط، ومن أبرزها تلك التي قام بها لازروس بهدف التوصل إلى إيجاد تعريف للضغط.

4-3- النظرية المعرفية للضغط :

تدرج نظرية (Lazarus (1984 ضمن التناول المعرفي، فقد وضع نموذجاً مع Folkman لتفسير الضغط، وذلك في إطار العلاقة بين الفرد والبيئة والتقييم المعرفي، ويرى لازروس أن أساليب المواجهة للضغوط تتحدد من تقييم الفرد للموقف. كما يعرف كل من (Folkman & Lazarus (1984 الضغط على أنه علاقة خاصة بين الفرد والمحيط الذي يتم تقييمه من طرف الفرد على أنه يفوق مصادره ويهدد راحته. (Lazarus, Folkman, 1984)، يرتكز نموذج هذين الباحثين على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد، فالضغوط تحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة، وإذا كانت مصادر المواجهة التي يستند إليها الفرد في التعامل مع الحدث الضاغط كافية وملائمة فلن يحدث الضغط والعكس صحيح. (حسين.ع، 2006)

4-3-1- نظرية التقييم المعرفي:

قام لازروس وفولكمان (1980-1988) باختبار الطريقة التي يتعرض لها الفرد لأحداث المواقف الضاغطة وإدراكه لها وتقييمه المعرفي مع الحكم على مدى التهديد الذي تشكله هذه المواقف على سلامته، فالتقييم المعرفي يلعب دوراً هاماً في فهم كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط والتعامل معه. (عوض.ر، 2001)، ويعرّف (Arnold (1960 التقييم بأنه العملية المعرفية التي تتوسط المنبه والاستجابة الانفعالية، كما يعرفها لازروس وفولكمان (1966) بأنها الآليات التي يستخدمها الفرد لإعطاء معنى لمواقف الضغط. (Lazarus et Folkman, 1988)

يحدث الشعور بالتهديد من خلال إدراك الموقف وإدراك التأثير الضار له، و يتأثر هذا الإدراك بالمعرفة السابقة للأفراد وبالمعتقدات والقيم، فإدراك التهديد ليس بالإدراك البسيط لعناصر الموقف، ولكنه عبارة عن حكم واستدلال ناتج من الخبرات السابقة، فعملية التقييم المعرفي إذا هي عملية عقلية، تسعى لتحقيق هدفين هما :

- إدراك ما إذا كان الموقف مهدداً أم لا لتكيف الفرد وتسمى هذه العملية بالتقييم الأولي.
- حصر المصادر المتوفرة لدى الفرد لمواجهة التهديد المدرك والتصدي له وتسمى هذه العملية بالتقييم الثانوي. (Chabrol, Challanan, 2004)

يقوم الفرد حسب نموذج لازروس وفولكمان بتقييم الموقف الضاغط في البداية، ثم يقوم بتقييم مصادره الشخصية وقدراته على التعامل مع هذا الموقف، بعد ذلك يلجأ لاستخدام استراتيجيات التعامل، وذلك من خلال تفاعل بين الموقف الضاغط والفرد ذاته، لتبدأ العملية مرة أخرى، فاستراتيجيات التعامل تعتبر كمحاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة بصرف النظر عن فعاليتها، وذلك في ضوء المتغيرات الشخصية والمصادر المتاحة للفرد إضافة التي خصائص الموقف في حد ذاته، إذ أن الاعتقادات الشخصية لدى الفرد تحكم تقييمه وأسلوب تعامله مع الموقف الضاغط، وهذا يعني أن التقييم المعرفي واستراتيجيات التعامل تتوسط العلاقة بين الفرد والبنية الضاغطة. (عبد العظيم حسين.ط، 2006)

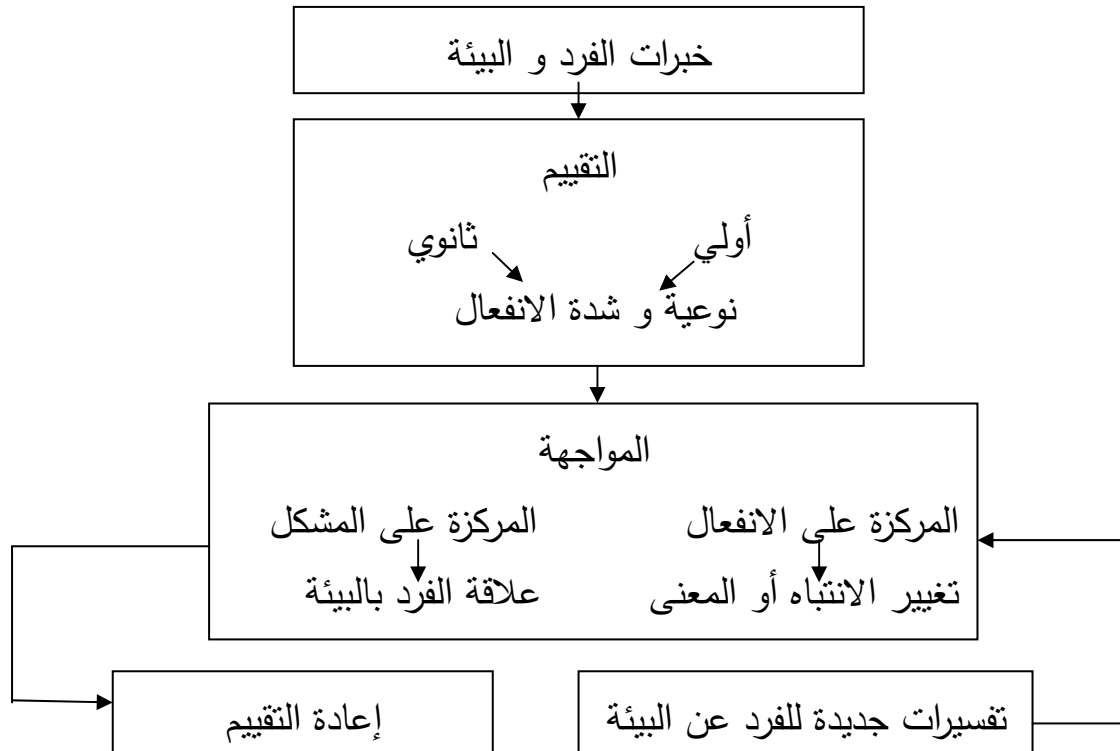
يمثل التقييم المعرفي لوضعية ضاغطة سياق معرفي يستطيع الفرد من خلاله تقييم الوضعية على أنها مهددة وبالتالي يتم اختيار طبيعة التعامل مع هذا الوضع، وتتضمن عملية التقييم المعرفي ما يلي:

4-3-1-1-عملية التقييم الأولي: تهدف هذه المرحلة إلى تقديم معنى للموقف الذي يتعرض له الفرد، وتساعد خبرته ومعرفته السابقة على تقييم هذا الموقف وإعطاءه معنى، فبالنسبة لفولكمان (1986) يعتبر التقييم الأولي عملية تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أو الحدث، أما Cox (1987) فيرى أن هذه العملية تسعى للإجابة على التساؤلين التاليين: ماذا يعني هذا الموقف للفرد؟ وهل سيصبح هذا الموقف مثيراً للضغط أو لا؟ (Cox, 1995). خلال التقييم الأولي يرى الفرد ما يمكن أن يشكل تهديد من خلال وضعية معينة، فيمكن أن يتعلق الأمر بفقدان، تهديد أو تحدي، فطبيعة التقييم تساهم باختلاف شدة الانفعالات، فبالتالي ينتج عن تقييم التهديد أو الفقدان انفعالات سلبية كالغضب أو الخوف في حين تقييم التحدي مثلاً ينجم عنه انفعالات ايجابية كالحماس والفرح. (Paulhan, Bourgois, 1998)

4-3-1-2-التقييم الثانوي: في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى إمكانياته على مواجهة الموقف الضاغط، فعندما يتلاءم كل من تقديره لمطالب الموقف وإمكانياته على مواجهته فلا يشعر بالضغط، في حين يختبر مستوى كبير من الضغط عندما يعكس تقييمه فجوة بين إمكانياته ومطالب الموقف أو المحيط، وخاصة عندما يدركها المطالب

على أنها تفوق الإمكانيات المتوفرة لديه لمواجهة الموقف الضاغط. كما تتضمن مرحلة التقييم الثانوي محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف والتغلب عليه، فبعد أن يقوم الفرد بتقييمه الأولي للموقف من ناحية تهديد هذا الموقف له، يقوم بالتخطيط لكيفية مواجهته معتمداً على مجموعة من العوامل بما فيها عوامل خارجية متعلقة بطبيعة الحدث نفسه وعوامل داخلية متعلقة بالفرد كذكائه، شخصيته، ثقافته وخبراته السابقة (يخلف، 2001). وحينما يدرك الفرد الحدث بأنه مهدد وضغط يدخل مباشرة في مرحلة التقييم الثانوي وذلك بجمع المصادر المتاحة لمواجهة اعتماده على التقييم أولي وثانوي، فيقرر حينها أي من استراتيجيات التعامل سيستخدم في مواجهة التهديد. (شويخ، أ، 2007)

إعادة التقييم: يرى لازروس وزملاؤه (1983) أن عملية المواجهة عملية مستمرة وليست موقفاً منعزلاً، فالأفراد يقومون باستمرار بإعادة تقييم السبل المختارة لمواجهة الضغوط التي تهدد سلامتهم. وعندما تحدث التغيرات في الطريقة التي اختارها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط أو عندما تتغير المشكلة فإنه يعيد تقييم الموقف وأسلوب مواجهته.



الشكل رقم (01) يبين نموذج Lazarus & Folkman للتقييم المعرفي في التعامل مع الضغوط (عوض. ر، 2001، 67)

4-3-2- العوامل المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة :

إن عملية التقييم في النظرية المعرفية للضغط والمقاومة تتأثر بمجموعة من العوامل، فمنها ما يتعلق بالفرد ذاته، ومنها ما يتعلق بالوضعية وسيتم التطرق فيما يلي إلى العوامل المتعلقة بالفرد والوضعية الضاغطة.

4-3-2-1-العوامل المتعلقة بالفرد: يتمثل الضغط حسب لازروس وفولكمان (1984) في التفاعل بين الفرد والبيئة حيث يقيم الموقف من طرف الفرد على أنه يفوق موارده و يهدد كيانه، فتعرّف الفرد على قدراته الخاصة للتحكم في الموقف يعتبر عامل معرفي يمكن أن يعدل العلاقة بين الضغط والانفعالات، وهذا الاعتقاد في إمكانية التحكم في الحدث يرتبط حسب فولكمان (1984) وكوهان (1989) بتقييم الفرد لموارده الشخصية والاجتماعية. (Paulhan, Bourgois, 1998)

و تتجسد هذه الخصائص الشخصية فيما يلي :

-**المعتقدات:** قد تساهم بعض المعتقدات الدينية في أن يفسر الفرد موقف ما على أنه وضعية امتحان روحاني فعليه تقبله كما هو، أو بالعكس كأن يؤمن بقدرته على التحكم في الموقف، وهذا ما يدعوه روتر (1966) بمركز التحكم الداخلي، حيث يرى لازروس وفولكمان (1984) أن الأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى أسباب داخلية يمكن التحكم فيها يستعملون أكثر استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل مقارنة بالأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى أسباب خارجية يصعب عليهم التحكم فيها. (Dantzer, Schweitzer, 1994)

-**القدرة على التحمل:** هي ميول ثابتة في الفرد يدرك من خلالها قدرته على تحمل المتطلبات الخارجية، وهي ترتبط بمفهوم " التحكم في أحداث الحياة "، فالفرد الذي بإمكانه التحمل لديه القدرة على تحمل الضغوط النفسية والاجتماعية بفعالية أكبر مقارنة بالآخرين.

-**القلق كسمة:** يعتبر عامل مستقر في الشخصية، حيث يتميز بميول عامة للقلق ولإدراك الوضعيات على أنها مهددة، فالأفراد الذين يتميزون بقلق-سمة ضعيف، يدركون المواقف الضاغطة على أنها تشكل تهديدا أقل، كما يتمتعون "بتحكم مدرك" مرتفع مقارنة بالأفراد الذين يتسمون بقلق-سمة مرتفع.

فبالنسبة للاروس وفولكمان (1984)، فإن العوامل الشخصية تؤثر بشكل أكبر على إدراك الوضعية عندما تكون جديدة أو غامضة، حيث يقوم الفرد في هذه الحالة باستنتاجات مبنية أساسا على قدراته الشخصية لإعطاء معنى لما يحدث له.

4-3-2-2-العوامل المرتبطة بالوضعية: تتمثل خصائص الوضعية الضاغطة في طبيعة الضواغط، مدتها وشدتها، فهي تؤثر خاصة على التقييم الأولي للوضعية الضاغطة، كما تساهم في تحديد نوعية استراتيجيات التعامل التي يستخدمها الفرد بعد ذلك لمواجهة هذه الوضعية حسب مدى خطورتها ومدتها.

فعادة ما يستعمل الفرد استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكل عندما يكون من الممكن التحكم في الوضعية، أما إذا كانت هذه الوضعية غير قابلة للتحكم فيها أو تغييرها، فعادة ما يستعمل الفرد استراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال. (Paulhan, Bourgois, 1998)

كما وضع لازروس وفولكمان (1984) ثلاثة عوامل أساسية تتعلق بالوضعية وتؤثر على عملية التقييم الأولي، وتتمثل في :

-**عامل الحداثة:** إن الوضعية التي لم يسبق للفرد أن صادفها من قبل تؤدي به إلى اللجوء للقيام بمجموعة من الاستدلالات يستنبطها من معلوماته ومعارفه العامة ليقوم بتقييم تلك الوضعية، والوضعية الجديدة لا تشكل ضغط للفرد إلا إذا ارتبطت بوجود خطر أو ضرر معين، وعندها تصبح الوضعية نفسها مصدر تهديد.

-**القابلية للتنبؤ:** يشكل عامل القابلية للتنبؤ محورا هاما في البحوث الخاصة بمفهوم الضغط، وذلك أن الصدمات أو المواجهات التي يتمكن الفرد من التنبؤ باحتمال حدوثها، يمكنه تجنبها بطريقة أفضل من تلك التي لا يتمكن التنبؤ بوقوعها مسبقا.

-**عدم التأكد من وقوع الحدث:** في هذه الحالة يخضع الحدث لمبدأ الاحتمالات، ويظهر الدور الذي يلعبه هذا العامل في عملية التقييم بصفة بارزة في الحالات العويصة من المرض الجسدي، حيث يشكل عدم التأكد من وقوع الحدث عنصر ضاغطا و مصدرا مهما لقيام الخطر أو التهديد. (Lazarus, Folkman, 1984)

-**المصادر الاجتماعية:** أو السند الاجتماعي، المتمثل في مدى مساعدة الأفراد المحيطين بالفرد كالعائلة والأصدقاء في مواجهة الصعوبات التي يتعرض لها.

كما أُقيمت دراسات عديدة في هذا المجال منها دراسة (Cohen et Edward 1989) التي بينت أن غياب السند الاجتماعي في حياة الفرد أو انخفاضه يعرضه للضغط، في حين إذا كان السند الاجتماعي مرتفع فيساعد ذلك في ارتفاع إدراك الفرد لقدرته على التحكم، مما يضعف استجابات الضغط ويساعده على المواجهة. فالعوامل المحيطة لها تأثير كبير على تقييم الفرد لقدرته على التحكم في الوضعية، الأمر الذي يحدد نوعية استراتيجيات التعامل التي يستعملها، ما يجعل منها سياقات متغيرة ومؤقتة، من الصعب اعتبارها كعامل ثابت في الشخصية. (Paulhan, Bourgois, 1998)

5- مصادر الضغط:

تتمثل مصادر الضغط النفسي في الظروف المرتبطة بالتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات والتي تستلزم نوعاً من التوافق عند الفرد، فينتج عن ذلك آثار جسدية ونفسية، فرغم أن الضغوط جزء من حياة الفرد، إلا أن مصادرها تختلف من فرد إلى آخر. (عثمان، 2001). وتعتبر مصادر الضغط غير محدودة وغير مرتبطة بنوع معين من المثيرات وهذا ما أدى بالعديد من الباحثين للقيام بمحاولات لتصنيفها.

حسب لازروس فإن أهم الضغوط التي تواجه الفرد في حياته اليومية تتمثل فيما يلي :

- المشاغل الصحية كالإصابة بمرض عضوي، القلق حول العلاج الطبي والتأثيرات الجانبية للأدوية.

- انشغالات شخصية، منها الوحدة والخوف من مواجهة المسؤوليات.

- انشغالات مرتبطة بالعمل، تتضمن عدم الرضا الوظيفي، انخفاض الدافعية، العلاقات السلبية مع زملاء العمل.

- انشغالات حول المستقبل، منها الضمان الوظيفي، احتمال تدهور الحالة الصحية والتقاعد.

- المسؤوليات المالية، مثل سداد القروض، الديون.

- مشكلات بيئية، تتضمن المشكلات الاجتماعية والأخلاقية، الضجيج وحركة المرور. (عسكر، 2000). وأضاف لازروس أن المنبهات الجسمية والعصبية يمكن أن تشكل أحد

مصادر الضغط من خلال استخدام الآليات النفسية الاجتماعية لتفسير هذا المنبه.

و من بين هذه التصنيفات نجد تصنيف (1980) Evert et Girdano اللذان يميزان بين نوعين من مصادر الضغط وهما:

-مصادر نفسية اجتماعية: وهي تصبح مصدرا للضغط وفقا لتقييم الفرد لها.
-مصادر حيوية وراثية: تشمل الاستجابات الجسمية والعصبية والوراثية. (شويخ.أ. 2007)
كما أن مصادر الضغط ليست كلها سلبية وضارة، لذلك تم تمييز نوعين من مصادر الضغط هما:

-مصادر الضغط السارة: ويعد هذا النوع من الضغوط الصحية، و تؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل أعباء منصب جديد أو ترقية تتطلب مهارات محددة.
-مصادر الضغط غير السارة: يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، بحيث تؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، و تعرف بالضغط المحدث للمرض، مثل وفاة شخص عزيز أو الإصابة بمرض مزمن.

كما نجد تصنيف (1977) Cohen و Lazarus، الذي يميز بين ثلاثة فئات كبرى للضغوط وهي:

-الأحداث الصدمية: وهي حوادث مفاجئة وعنيفة كالكوارث الطبيعية، الحروب، و التي تتسم بإحداثها للضيق والقلق كما يعاني كل فرد من هذا الضغط بدرجة تختلف عن الأفراد الآخرين الذين تعرضوا لنفس الحوادث، التي تفوق طاقة الأفراد وقدراتهم.
-الضغوط الشخصية: تكون هذه الأحداث قوية وشديدة ومن أسبابها الإصابة بمرض مزمن، وفاة شخص عزيز.

وقد وضح (1996) Bell et al أن الخصائص المميزة للضغوط الشخصية تتمثل في:
-أنها تؤثر على عدد قليل من الأفراد، وأحيانا يمكن التنبؤ بها أو توقعها.
-يحدث أشد تأثير لها وأقصاه في بداية وقوع الحدث.
-يمكن مواجهتها بمجرد انتهاء أسوء الفترات وإن كان هذا لا ينطبق دائما على جميع الحالات.

علما بأن لازروس أشار إلى أنه لكي يكون لمصدر الضغط تأثير قوي لابد أن يحمل في طياته مفهوم التهديد، ولذلك فقد وضع شرطين أساسيين لتوفر خاصية التهديد في الحدث وهما:

-التوقع والتوجه للمستقبل.

-مساهمة العمليات المعرفية كالإدراك، التعلم، الذاكرة، الحكم والتقدير.

تساهم العملية المعرفية بشكل كبير في إدراك الموقف كمصدر للتهديد، فكلما كان الجهد المبذول للتصدي للمنبه مرتفعاً زاد توقع الضرر، و تتميز الأحداث المهددة من حيث النوع والشدة فمن حيث النوع نجد مثلاً المهددات الجسمية، الآلام، فقدان عزيز وما يترتب على ذلك من اضطرابات نفسية، أما من حيث الشدة فهي تحدد وفقاً للضرر المتوقع، فكلما كان توقع الضرر مرتفعاً، كان التصدي له مرتفعاً وبالتالي درجة التهديد تكون مرتفعة. (أ. شويخ 2007)

6- أعراض الضغط:

تسبب شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها إلى ظهور كثير من التأثيرات السلبية على الفرد، فالفرد المعرض للضغط يعاني من اضطرابات متعددة وآثار سلبية في مختلف جوانب شخصيته، كما أن أعراض الضغط النفسي عديدة وتظهر على عدة مستويات، منها الجسدي، الانفعالي، الذهني، السلوكي والاجتماعي، فهي تظهر مع استمرار المصادر المسببة للضغط ولا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأفراد بنفس الشكل، لهذا اهتم الباحثون بدراسة التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط، فيما يلي وصف لبعضها:

6-1 - الأعراض المعرفية:

تؤثر الضغوط على العديد من الوظائف العقلية فتصبح غير فعالة فتظهر بعض الأعراض التالية:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز مع ضعف قوة الملاحظة.
- تدهور الذاكرة حيث تقل قدره الفرد على الاسترجاع والتعرف فتزداد الأخطاء.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.
- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات.
- الأحكام الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين.
- اضطراب التفكير، حيث يسود التفكير النمطي الجامد للفرد بدل التفكير الابتكاري.

إن هذه التأثيرات السلبية على الصحة النفسية والجسدية تختلف من فرد لآخر، وذلك باختلاف الأحداث الضاغطة واختلاف الأفراد أنفسهم وباختلاف المجالات التي تظهر فيها. (عبد العظيم حسين، 2006)

6-2-الأعراض الانفعالية:

يستجيب انفعاليا الفرد عندما يكون تحت تأثير الضغط ، حيث بين لازروس (1993) أن الانفعالات غير السارة أكثر شيوعا من الانفعالات السارة أثناء موقف الضغط، في حين حدد Woolfalk et Richardson (1987) عددا من الاستجابات الانفعالية الشائعة عند الأفراد في مواقف الضغط و من أهمها:

-الغضب والهيجان: إن الضغط ينتج مشاعر وانفعالات متباينة تتراوح بين الغيظ البسيط والهيجان غير المسيطر عليه، كما يعد الإحباط الناتج عن الضغط المولد الأساسي للغضب الشديد.

-توقع الضرر، القلق والخوف: فالضغط يولد القلق والخوف أكثر من استجابات انفعالية أخرى.

-الحزن: تحت تأثير الضغط يظهر الحزن، حيث يتسبب في زيادة الإحباط. بالرغم من أن الاستجابات الانفعالية تمثل جانبا من النشاط النفسي المعتاد في حياة الأفراد، والذي يؤدي دورا حيويا في سلوكهم، إلا أن Janis(1993) يحذر من الاستجابة الانفعالية الشديدة، حيث يمكن أن تؤدي إلى تضرر الذاكرة وتشتت الانتباه واضطراب في إصدار الأحكام مع صعوبة اتخاذ القرارات. (Weiten, 2000)

كما تظهر الأعراض أخرى نجد منها سرعة الاستثارة، زيادة الشعور بالعجز واليأس، عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك، انخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس، بالإضافة إلى ذلك فإن الضغوط تؤثر في الحالة المزاجية للفرد، فالأحداث غير السارة تستثير حالة المزاج السلبي والتي تنعكس على شكل تعب وإجهاد مع الشعور بالضيق، في حين الأحداث الصدمية التي يمر بها الأفراد تؤدي بهم إلى المعانات من مجموعة أعراض مختلفة والمتمثلة في أعراض ضغوط ما بعد الصدمة. (عبد العظيم حسين، 2006)، و كذلك ظهور نوبات اكتئاب، العدوانية واللجوء إلى العنف، مع الشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق المهني (علي عسكر، 2003). إضافة إلى ظهور

الآثار والأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية و التي وتتمثل في عدم الثقة غير المبررة بالآخرين مع الميل إلى لومهم و تبني سلوك و اتجاه دفاعي اتجاه الآخرين، أو التفاعل معهم بشكل آلي يطغى عليه البرود. (عبد العظيم حسين، 2006)

كما تتعدد المظاهر النفسية للضغط النفسي، فقد تظهر على شكل إحساس بالضيق، الكآبة وفقدان الاهتمام، فرط النشاط مع عدم الاستقرار مع فقدان الصبر، الغضب وظهور صعوبات الكلام، الخمول، السلبية إضافة إلى التعب والإرهاك. (عبد الله، 2001)

6-3- الأعراض الفزيولوجية:

أكدت الدراسات أن الضغط الشديد يحدث تغيرات جسمية كزيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم والشعور بانقباض المعدة، و قد أوضح (Lipowski 1984) أن الضغط المزمن يولد تغيرا على شكل مرض أو اختلال الأعضاء الجسمية ومنه تنتج ما سماه بالأمراض السيكوسوماتية. (شويخ.أ، 2007)

كما أن الضغوط تؤثر سلبا على النواحي الفزيولوجية للفرد، بحيث تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد والجهاز العصبي وتتمثل هذه الأعراض الجسمية في إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم، مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والتنفس وزيادة نسبة السكر في الدم، مع ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم هذا ما قد يؤدي إلى تصلب الشرايين و التعرض للأزمات القلبية. (حسين.ع، 2006)

بالتالي فإن الضغط النفسي يحدث تغيرات في إفراز الهرمونات التي تسيطر على المحور الوطائي النخامي الكظري، حيث يسيطر الجزء الأول من هذا المحور (أي الهيپوثالاموس)، على الغدة النخامية في الدماغ التي تحت الغدة الكظرية، فعلى سبيل المثال تؤدي في حالات الضغط النفسي الشديد كميات من هورمونات التوتر الكظرية في الدم كالأدرينالين، إلى ردة الفعل المتمثلة في "قاتل أو اهرب" والتي تترافق عادة مع حالات المفاجأة و القلق فينتج عنها ارتفاع معدل ضربات القلب و ضغط الدم، ارتفاع سكر في الدم، التعرق، الاحمرار، فقدان الشهية، اضطراب النوم وتراجع النشاط الجنسي، فيفرز الجسم الأدرينالين (إبينيفرين) كردة فعل إزاء أي تهديد جسدي أو حركة مخيفة. فهذا الهورمون يؤثر بطرق مختلفة على الجسم بهدف تمكين الفرد من الاستعداد لمواجهة الموقف كما يجب.

تجمع بعض أجزاء المخ كالهيبوتلاموس واللوزة العصبية (أميغدال)، معلومات من المحيط والذاكرة فتسمح بتقييم أهمية الحالة التي تثيرها الضغط النفسي، كما تحتّ الهيبوثالاموس على إفراز المزيد من هورمون الكورتيزول من الغدد الكظرية عند الشعور بهذا الضغط.

أما في حالات الضغط النفسي المزمن، فإن التغيير المستمر في إفراز هرمون الضغط النفسي الذي تفرزه غدد الجسم يسهم في إضعاف الصحة، فيسبب على سبيل المثال الاكتئاب، قرحة في المعدة، ضعفا في المناعة مع قابلية للإصابة بأمراض فيروسية وأمراض القلب، وتغيير في أعراض بعض الأمراض أو تعطيل فعالية بعض العلاجات. ويؤدي الضغط النفسي المتكرر الذي يصيب الإنسان في مقتبل العمر إلى استجابة مفرطة للأنظمة النخامية والكظرية، وقد تصل الأمور إلى زيادة إفراز الهورمون إلى معدلات قد تؤثر على أعضاء الجسم المختلفة ومناطق الجهاز العصبي المركزي الضعيفة.

وتلعب ردود الفعل الجسدية دورا في تعامل الفرد مع الموقف الضاغط و ذلك على شكل "القتال أو الفرار"، فيرتفع نبض القلب و ضغط الدم، و تزيد وتيرة التنفس، وتصبح حاسة النظر والسمع والشم أكثر تيقظا، كما تختلف الأعراض الجسدية كما ونوعا من شخص لآخر. (ويلكنسون. غ ، 2015)

كما تظهر أعراض أخرى على مستوى الجهاز الهضمي كاضطراب في الهضم مما يتسبب في الغثيان، القيء، الإسهال، عسر الهضم، مع ظهور آلام مختلفة على مستوى الرأس وفي أعضاء مختلفة من الجسم، مع الشعور بالدوار، الارتعاش، مع تمل اليدين والقدمين و ظهور بعض الأمراض المرتبطة بالضغط كمرض الربو، مرض السكري، الصداع، القرحة المعدية وأمراض الجلد. (شيخاني.س، 2008)

6-4-الأعراض السلوكية:

تتنوع الاستجابات السلوكية للفرد في مواقف الضغط، فقد تكون عبارة عن الاستجابات المواجهة، المتمثلة في سعي الفرد للتحكم في مطالب الناتجة عن مصادر الضغط سواء لخفضها أو تحملها، كما قد تكون هذه الاستجابات في شكل عدائي لفضي أو جسمي نحو الآخرين أو نحو الذات، كما قد تكون هذه الاستجابة السلوكية تجنب لمواجهة

الضغط، وهو ما وصفه Seligman بسلوكات خطيرة تؤدي الذات كالتدخين، تعاطي المخدرات، تناول الكحوليات، أو الأكل بشراهة وغيرها من السلوكات الناتجة عن الضغط. (Weiten, 2000)

6-5-الأعراض الخاصة بالعلاقات الاجتماعية:

تتمثل هذه الأعراض في عدم الثقة غير المبررة بالآخرين، لوم الآخرين، نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، التهكم والسخرية من الآخرين، تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات، تجاهل الآخرين، التفاعل معهم بشكل آلي أي تفاعل يميزه البرود وصعوبات في الاتصال. (عسكر، 2003)

كما تتغير الاستجابات عند الشعور بالضغط النفسي من شخص إلى آخر في شكل كبير، فغالبا ما يرفض البعض البقاء وحيدا ويلجأ إلى العائلة والأصدقاء للحصول على الدعم المناسب، في حين ينزوي البعض الآخر ويصاب باللامبالاة وكأنه فقد الاهتمام بالآخرين، فيرفض دعواتهم معتقدا أن هذه الدعوات لن تسبب له إلا المزيد من المشاكل، علاوة على ذلك فهم يبحثون دوما عن الأمان وقد يفقدون القدرة على اتخاذ القرارات. (ويلكنسون.غ، 2015)

7- علاقة الضغط بالاضطرابات النفسية والجسدية:

غالبا ما يتم تناول موضوع الضغط وفق نظرتين مختلفتين، فحسب وجهة النظر الأولى يتم اعتباره بمثابة العامل المفجر والمسرع للعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية ، فكثيرا ما يعتبر كقطرة الماء التي أفاضت الكأس، وذلك في حالة ما تكون الشخصية مستعدة ومهيأة للوقوع في الاضطرابات، وبالتالي فأي حدث ك وفاة شخص عزيز، أو صدمة عاطفية يعتبر حدثا ضاغطا، ويساهم في ظهور بعض الأعراض على شكل تناذر مرضي، أما وجهة النظر الثانية فلا يعتبر الضغط على أنه عامل محدد للمرض بل على أنه استجابة نفسية وبيولوجية محدثة اضطرابات متعددة في العضوية. (عبد الله، 2001)

ويقصد بالعوامل المفجرة تلك المتسببة في حدوث الاضطرابات بشكل مباشر، و هي في الواقع ضغوط نفسية ذات مصادر متنوعة تعمل على تهيئة الفرد للاستجابة للضغط. (عبد الله، 2001)

هناك العديد من الدراسات التي تناولت بالدراسة علاقة الضغط بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب، ودراسات أخرى ركزت على علاقة الضغط بالأمراض الجسمية ومن بينها مرض الربو، إضافة إلى دراسات تمحورت حول علاقة الضغط بالاكتئاب والأمراض الجسمية معا ومنها مرض الربو.

تتعرض صحة الفرد اليوم إلى الكثير من الأخطار بسبب سلوكه، نمط حياته وتصرفاته من جهة، والمتطلبات اليومية للحياة الاجتماعية والمهنية وصعوبات التوافق من جهة أخرى، ومن الصعب على الإنسان المعاصر أن يهرب من التزاماته ومشكلاته فتكون النتيجة أن يستمر في حالة من الانفعال الداخلي، مشكلا حملا على الأعضاء الداخلية بكل نتائجه السلبية على الصحة الجسدية والنفسية للفرد وهنا ينشأ الضغط، فالضغط هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من استجابات تكيفية.

والتعرض للضغوط جزء من الحياة اليومية للفرد، لكن قد يصاب بأمراض جسمية عندما يكون هناك عدم توازن بين المتطلبات البيئية وقدرات الفرد على مواجهتها أي أنها تتعدى إمكانياته للتعامل معها، أو عجزه عن تبني سلوكيات توافقية ملائمة، في هذا السياق أكد Selye بأنه يجب على الإنسان المعاصر أن يتحكم في الضغط ويتعلم كيف يواجهه بتكيف وإلا سيكون عرضة للمرض وللموت المبكر. (آيت حمودة، 2006)

7-1- علاقة الضغط بالاكتئاب:

يتسبب الضغط النفسي في ظهور بعض الاضطرابات النفسية، أو يزيد من حدتها، وهذا ما تناولته عدد من الدراسات التي حاولت تسليط الضوء على العلاقة المتواجدة بين الضغط النفسي وظهور بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب.

حيث يرى (Stewart 1985) بأنه يمكن اعتبار الاكتئاب كنمط للاستجابة النفسية البيولوجية للمواقف الضاغطة، فالإكتئاب في واقعه يرتبط ارتباطا وثيقا بالمواقف الضاغطة الداخلية والخارجية، تلك التي تخلق نوعا من فقدان تقدير الذات التي جانب العديد من العوامل التي تدفع الفرد للتعرض للإكتئاب. (أبو زيد، 2001)

ولقد أكد عدد من الباحثين منهم (Ferrari et al 1987)، و (Serwant 1996) على العلاقة بين استجابة الفرد للعوامل المحيطة وظهور حالات الاكتئاب والقلق لديه، وغالبا ما يتم اعتبار ظهور الاكتئاب كاستجابة أو رد فعل للحدث صدمي الذي يعتبر

كعامل مفجر مهم، رغم ذلك يبقى استعداد الفرد يلعب دور في ظهور الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب.

و إن فكرة السببية بين الضغط وظهور الاكتئاب دفع عدد من الباحثين منهم (1995) Ravindram، (1996) Brown، (1996) Servant إلى رفض التفرقة بين مصطلح اكتئاب داخلي المنشأ ومصطلح اكتئاب خارجي المنشأ، واستدلوا على ذلك بالوجود الدائم لأحداث خارجية متسببة في ظهور الاكتئاب داخلي المنشأ المسمى بالاكتئاب ثنائي القطب (اكتئاب هوسي). ويضيف (1995) Kendler أن العامل الوراثي الجيني المتدخل في ظهور اكتئاب ثنائي القطب (داخلي المنشأ) هو كذلك مسؤول عن استجابة الفرد لأحداث الحياة، وأن هذه الاستجابة تتأثر بخصائص المحيط إلى جانب العوامل النفسية الاجتماعية للفرد، كما يؤكد (1997) Baylé على وجود علاقة وطيدة بين أحداث الحياة وظهور الاكتئاب. (M.Boudarène, 2005)

في هذا الصدد أشار (1995) Champion & Power إلى أن أحداث الحياة المهددة والصعوبات المزمنة تساهم في ظهور الأعراض الاكتئابية، فالأحداث الحياتية السلبية مثل المرض بمثابة متغير مستقل يؤدي إلى صعوبات اجتماعية مزمنة وأعراض اكتئابية. (فايد، 2000)

وقد أجرى Brown دراسة على 458 امرأة تعاني من كل أشكال الاكتئاب فأظهرت النتائج أن 68 % من المكتئبات قد عايشت حوادث مؤلمة خلال ثلاث أسابيع قبل الإصابة بالاكتئاب مقابل 30 % لدى غير المكتئبات خلال نفس الفترة، لذلك فإن للأحداث الحياتية الضاغطة دور محدد في تعجيل ظهور الاكتئاب و تفاقمه. (Gorwood, 2003)

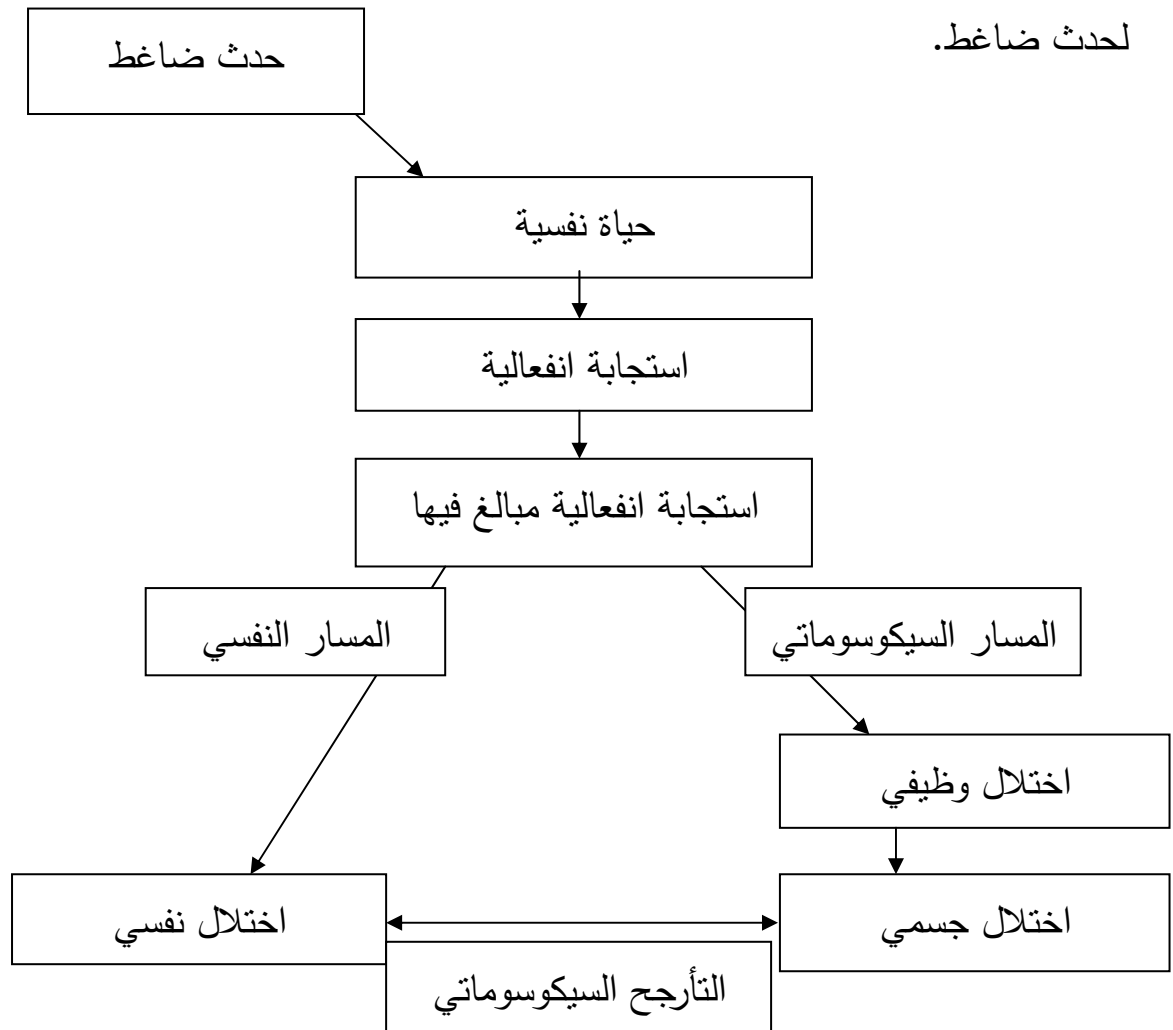
7-2- علاقة الضغط بالربو والأمراض المزمنة:

بينت دراسات عديدة دور الضغط في ظهور الأمراض، خاصة الأمراض السيكوسوماتية والأمراض التي تبدوا أسبابها غامضة، كما لاحظ عدد من الباحثين منهم (1988) Gold, Chrousos & Dautzer (1995) Strataki & Chrousos أن الأفراد الذين تعرضوا إلى ضغط مزمن لفترات طويلة تظهر عليهم اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية. (M.Boudarene, 2005)

غالبا ما يسبب الضغط النفسي بظهور الأمراض السيكوسوماتية، فقد قامت العديد من الدراسات بإظهار العلاقة بين الأمراض المزمنة والضغط النفسي، حيث ترتبط هذه الأمراض باستجابة غير متكيفة للضغط، خاصة إذا كان الحدث الضاغط شديداً ومتكرراً، يدركه الفرد على أنه يفوق قدرات على المواجهة، ومن بين هذه الأمراض نجد الضغط الدموي، القرحة المعدية وبعض أمراض الحساسية. (العيسوي، 2000)

قد يرتبط ظهور الاضطرابات الجسمية والنفسية المزمنة بحدث معين، حتى وإن لم يكن هو العامل مفجر. فلا يمكن فهم ظهور المرض إلا إذا تم الأخذ بعين الاعتبار التاريخ الشخصي للفرد وظروف حياته العائلية والاجتماعية، فالمتطلبات الشاقة والصعوبات طويلة المدى والدائمة تمثل قاعدة للمرض.

والمخطط التالي يبين دور المسار النفسي والوظيفي لظهور المرض بعد التعرض



شكل رقم (01) يبين علاقة الضغط بظهور المرض. (M.Boudarene,2005)

لتفسير علاقة الضغط بالمرض وضع (Cohen 1979) ثلاثة نماذج أساسية خاصة بتصنيف وضعية الضغط وكيفية الاستجابة لها وهي كالتالي:

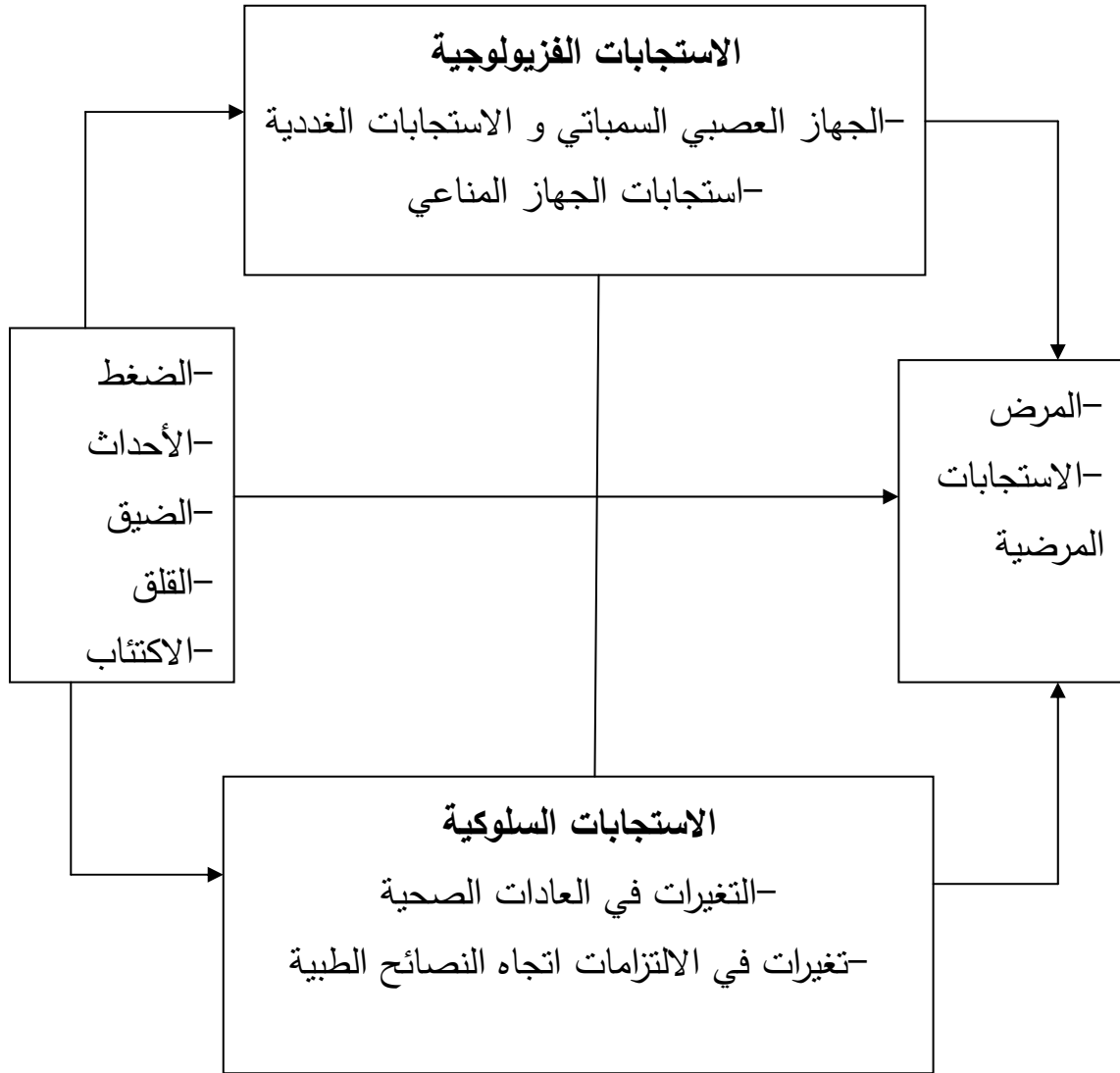
- **نموذج الاستسلام والتخلي:** فالضغط حسب هذا النموذج يمثل ظاهرة تتميز بالشعور بالعجز واليأس وإحساس الفرد بعدم القدرة على مواجهة هذه التغيرات، سواء لفترات قصيرة أو طويلة كما أن طرق المواجهة التي كانت تستعمل في الماضي تبدو غير مجدية لذلك يظهر المرض.

- **نموذج تراكم التغيرات الحياتية:** يشير هذا النموذج إلى أن تراكم الأحداث السارة أو المؤلمة تتطلب من الفرد جهوداً للتوافق، والتي تفرض على الفرد زيادة في مستوى النشاط، واستمرار مثل هذا النشاط يحدث آثاراً على العضوية فيجهد لها، وينتج عن ذلك مقاومة أقل للمرض.

- **نموذج تقييم الوضعية الضاغطة:** يأخذ هذا التناول بعين الاعتبار عوامل أخرى تتوسط العلاقة بين الضغط والمرض مثل الاستعداد البيولوجي، السوابق المرضية، التقدير المعرفي الذي يعطيه الفرد للموقف، الدعم الاجتماعي وإستراتيجية المواجهة المستعملة تجاه الوضعية. (آيت حمودة، 2006)

وضع (Cohen & Herbert 1994) نموذج يفسر طرق ارتباط الضغط بالمرض حيث اعتمدا في ذلك على عدة دراسات منها دراسة (Lazarus & Folkman 1984) ودراسة (Cohen & Edwards 1989) و أعمال (Williamson & Cohen 1991) فينشأ الضغط حسب هذا النموذج عندما يقيم الفرد الموقف كتهديد عليه أن يستجيب له، لكنه يدرك أنه لا يملك استجابات مواجهة ملائمة وذات فعالية مباشرة أمام هذه الحالة، فتظهر عليه حالات انفعالية سلبية كالقلق والاكتئاب، والتي بدورها تؤثر على الصحة الجسدية بصفة مباشرة من خلال عمليات بيولوجية، أو من خلال الأنماط السلوكية التي تزيد من خطر الإصابة بالمرض أو الوفاة، و يؤكد هذان الباحثان بأن الضغط ليس العامل السببي الأول لنشأة المرض، بل يمكن اعتباره أحد العوامل المساهمة في ظهوره، إضافة إلى الموارد الاجتماعية والفردية، حالة التغذية، المناعة، وجود تاريخ مرضي، عوامل وراثية والأنظمة البيولوجية.

فيما يلي عرض لمخطط لنموذج Cohen Herbert (1994) يفسر الطرق التي تربط الضغط بالمرض.



شكل رقم (03): يبين نموذج Cohen Herbert (1994) يفسر الطرق التي تربط الضغط بالمرض (Herbert & Cohen, 1994: 327-330)

ويعتبر الربو من الأمراض السيكوسوماتية التي تتأثر بشكل كبير بالضغط فقد توصل الباحثون لحقيقة مفادها أن الضغوطات النفسية لها علاقة وطيدة بظهور الربو لدى الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض، كما قدمت عدد من الدراسات منها

دراسة (1985) Levitan و (1986) Teiramaa نتائج تدعم ذلك و تؤكد الارتباط بين الضغوط الانفعالية وظهور مرض الربو.

كما بين كل من (1977) Boyce et al مع (1962) Meyer et Haggerty بأن الزيادة في ضغوط الحياة تؤدي إلى أمراض تنفسية حادة عند الراشدين والأطفال على السواء، ومنه فإن عوامل الخطر النفسية كالضغوط تمثل عوامل تنبؤية دالة لظهور الربو لدى الأطفال ذوي الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض، ويبدو أن التفاعل بين العامل الوراثي والضغط النفسي يؤثر في ظهور الربو. (Klennert et al, 1994)

وبينت دراسات أخرى لكل من (2000) Moyer و (1998) Wright أن للضغط النفسي دورا كبيرا في تفاقم مرض الربو و قد يشكل سببا مباشرا للإصابة به، كما تعتبر الغلوبينات المناعية من النوع E (IgE) مهمة لحالات الربو وأمراض الحساسية، حيث توصل العديد من الباحثين مثل (1984) Kiocolt-glaser et Halvorsen و (1987) Vassend إلى وجود ارتباط إيجابي بين الضغط ومستويات (IgE). (آيت حمودة، 2006)

يتمثل مرض الربو في اضطراب التنفس، يتميز بالانقباض المؤقت للقصبة الهوائية، واحتمال الإصابة بنوبة الربو يستند إلى فرط نشاط العضلات الشعبية التي تقبض وتنقلص لدى التعرض لمسببات الحساسية أو المؤثرات أخرى، ويساهم الضغط المزمن في خفض فعالية الغدة الكظرية مخفضا بالتالي إنتاج الهرمونات الكظرية المضادة للالتهابات والمضادة للحساسية، الأمر الذي يجعل حدوث نوبة الربو أكثر احتمالا. (سمير شيخاني، 2003)

7-3- علاقة الضغط بالاكتئاب والأمراض المزمنة معا:

من بين آثار الضغط على الفرد ظهور أنواع من الأمراض الجسمية كارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب و الربو، كذلك تساهم في ظهور الاكتئاب و غيره من الاضطرابات النفسية، حيث تعتبر الأحداث أو الضواغط المرتبطة بالانفصال والخسارة المادية أو الاجتماعية كعامل مفجر للاكتئاب.

تعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية أعراض عضوية ناتجة عن الضغط، ويعتبر هذا الأخير حسب (DSM III R) كمتغير مستقل في الاضطراب النفسي ذلك أن أحداث

الحياة المثيرة للضغط قد تقوم بدور هام في ظهور بعض الاضطرابات النفسية عامة وأعراض القلق والاكتئاب خاصة، ومنه فهي تعتبر بمثابة متغيرات نفسية اجتماعية تساهم في اختلال الصحة لدى الفرد.

في هذا الصدد أشار (1980) Bensabat بأن الضغط هو مرض الحضارات الحديثة ناتج عن طلب مفرط للتكيف، فقد أصبح الضغط إحدى الأسباب الأولى للموت، والمرض وإنهاك العضوية فهو يسبب ارتفاع ضغط الدم، قرحة المعدة، الاكتئاب، أمراض قلبية، الصداع، والعديد من الأمراض السيكوسوماتية، هذا ما دفع سيلبي Selye إلى التحذير من مخاطر الضغط في قوله: "يجب على الإنسان التحكم في الضغط يتعلم كيف يواجهه بتكيف وإلا سوف يكون عرضة للمرض و الموت المبكر". (آيت حمودة، 2006: 103)

وبين (1995) Champion et power أن أحداث الحياة المهددة والصعوبات المزمنة ذات أهمية في سرعة ظهور الأعراض الاكتئابية، فالأحداث الحياتية السلبية كالبطالة والمرض تعتبر بمثابة متغير مستقل، وغالبا ما تكون ذات شدة كبيرة فتؤدي إلى صعوبات اجتماعية مزمنة وأعراض اكتئابية شديدة في المستقبل. (فايد، 2000)

و من جهة أخرى يزداد الاكتئاب نتيجة الضغوط التي تنشأ من المرض الجسمي، فقد تبين أن المرضى بمختلف الأمراض يتعرضون للاكتئاب أكثر من غيرهم، وهذا لا ينطبق بنفس الدرجة لدى كل الأشخاص، حيث تؤدي بعض الأمراض المرتبطة بالغدد والهرمونات أكثر من غيرها إلى الإصابة بالاكتئاب. (عبد الستار، 1998)

كما أسفرت بعض بحوث إلى وجود عوامل بيولوجية، نفسية اجتماعية تجعل من الربو في حد ذاته اضطراب مثير للقلق، ويمكن لمجرد الإصابة بالربو أن تولد لدى المرضى قابلية مرتفعة لتطوير اضطراب القلق، فيما ومن الدراسات التي اهتمت بالجوانب النفسية البيولوجية للربو و منها دراسة (1985) Strunk ، (1986) Baron

و(1988) Sitzman et Dudley فقد بينت بوضوح دور العوامل الانفعالية في الربو بالإضافة إلى تأثيرها في علاج هذا المرض، وإن كثيرا ما يتزامن ظهور القلق بالتعرض لمرض الربو، ودعمت هذه الملاحظة من خلال أثر الإيحاء على النوبات الربوية مما وضح وجود ارتباط بين المزاج والوظيفة التنفسية، ويضيف (1988) Yellowlees & al

أن هناك انتشار للقلق والاكتئاب لدى مرضى الانسداد المزمن للمسالك التنفسية

وبالأخص الربو نظرا لخوف هؤلاء المرضى من تعرضهم للاختناق وضيق التنفس خاصة عند تواجدهم في مكان ما بمفردهم ودون جهاز توسيع الشعب الهوائية.

(Yellowlees & Kalucy, 1990)

خلاصة الفصل:

بناء على ما تقدم في هذا الفصل تظهر أهمية النظرية المعرفية للضغط والتي ساهمت في تطوير البحوث في هذا المجال الذي يتصف بالشمولية والغموض، بالتالي يظهر أن الضغط لا يكمن في الحدث نفسه أو الفرد ذاته وإنما يكمن في التفاعل بين الفرد والمحيط، حينما يتم تقييم وضعية معينة على أنها تفوق موارده وتهدد كيانه، في هذه الحالة تحدث استجابة الضغط كنتيجة لفقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية أو الخارجية والموارد التي يستخدمها الفرد لمواجهتها، كما تتميز هذه المتطلبات أو الضغوط بعدة خصائص تؤثر على شدة الاستجابة، كحدتها، تكرارها، شدتها والمدة التي تستغرقها.

فالفرد في حياته يتعرض إلى الكثير من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها كالتعرض لمرض مزمن كما هو الحال بالنسبة للربو الذي يرتبط بشكل وثيق بالضغط و باضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب.

وبالتالي يمكن القول أن الضغط يساهم في ظهور الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وبعض الأمراض السيكوسوماتية كالربو، كما يمكنه أن يكون نتيجة للإصابة بالمرض المزمن كالربو و الذي يترتب عليه ظهور اضطرابات نفسية نتيجة عدم قدرة الفرد لمواجهة والتعامل مع مصدر الضغط، وهذا ما يدفعنا إلى تخصيص الفصل الرابع لأحد أهم الاضطرابات النفسية التي لها ارتباط وثيق بالربو كمرض مزمن من جهة، و الضغط النفسي من جهة أخرى و المتمثل في الاكتئاب.

الفصل الرابع

الاكتئاب

- 1- تعريف الاكتئاب
- 2- تصنيف الاكتئاب
- 3- أعراض الاكتئاب
- 4- النظريات المفسرة للاكتئاب
- 5- علاج الاكتئاب
- 6- علاقة الاكتئاب بالربو والضغط

تمهيد :

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في العالم و هو يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر. (يحي عبد المنعم،2014) و يؤكد (2007) Steptoe أن الاكتئاب غالبا ما يرافق الأمراض الجسدية، فيمثل انتشاره من 15% إلى 61% من مجموع المرضى المصابين بالأمراض المزمنة و الخطيرة، كما أن عملية تحليل أكثر من مائة دراسة أجريت على العلاقات بين الانفعالات السلبية (العصبية، والقلق، والاكتئاب) والأمراض المزمنة، كشفت أن الاكتئاب كان أكثر الاضطرابات النفسية ارتباطا بهذه الأمراض، حيث أن مرضى الاكتئاب لديهم على الأقل مرض جسدي واحد سواء كان الصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم، ألام مزمنة، أمراض الجهاز التنفسي، السكري أو الأمراض القلب والأوعية الدموية، كما بين كل من ميكرز وآخرون (2013) و نيكولسون وآخرون (2009) أنه من الممكن جدا أن تكون السببية بين الاكتئاب والصحة الجسمية "معكوسة" أي أن كل واحد يؤثر في الآخر. (Bruchon-schweitzer, 2014)

ويمكن اعتبار الاكتئاب كمرض خطير حيث يموت 15% من مجموع المكتئبين بسبب الإنتحار (S. Soumaille, 2001)، أما في الجزائر فقد أجرى (Kacha(1998 بتحقيق على مستوى المركز النفسي الاجتماعي بالجزائر العاصمة، على مستوى مصلحة الاستعجالات السيكاترية، فتوصل إلى أن أكثر الجداول الإكلينيكية تواترا هي حالات القلق و ما يتعلق بنوبات الهلع و نوبات القلق ، والاضطرابات الكبرى للمزاج كالاكتئاب الشديد وما يصاحبه من خطر انتحاري إضافة إلى محاولات الانتحار، كما أجريت دراسة من طرف (Belaid (1995 بنفس المركز أظهرت أن الاكتئاب من بين التظاهرات السيكاترية الأكثر تواتر لدى الأشخاص المسنين، حيث ترجع هذه الأعراض الاكتئابية إما إلى سوابق سيكاترية، أوعدم قبول الشيخوخة، كما قد تعزى إلى فقدان الاستقلالية والتبعية، الترمل والشعور بالوحدة وظهور أمراض مزمنة متعددة.(آيت حمودة،2006)

1- تعريف الاكتئاب :

يحمل مصطلح الاكتئاب أكثر من معني، فقد يكون أحد التقلبات المزاج المعتادة نتيجة موقف ما يدعو الفرد إلى الشعور بالحزن والأسى، كفراق صديق أو خسارة مالية، ويكون الاكتئاب أحيانا مصاحبا للإصابة بأي مرض عضوي، حيث يشعر الفرد بالكآبة لإصابته بهذا المرض، و على العموم يبقى أهم وصف للاكتئاب كونه كأحد أكثر الأمراض النفسية المعروفة (الشربيني، 2012: 10)، حيث يتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض جسدية.

ويركز عبد الستار (1998) على وضع حدود فاصلة بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي في تعريفه، حيث يذكر أن الاكتئاب ليس مجرد الشعور بالحزن المؤقت على وفاة عزيز أو ذلك الهبوط في المزاج الذي يملكنا من الحين إلى الآخر، وهو ليس مجرد إحساس بوحدة تزول بزيارة صديق، عندما يذكر الاكتئاب يذكر معه الكثير من خصائص الاضطراب بما فيها المزاج العكر والتشاؤم، الشعور بالهبوط، العجز وبطء عمليات التفكير، بطء التذكر وانتقاء الذكريات الحزينة، حيث يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية والجسمية والمنغصات، وهذا ما يميز الاكتئاب المرضي الذي أصبح اليوم بالإمكان التعرف عليه وعلاجه نفسيا بكفاءة عالية. (يحي عبد المنعم، 2014)

وشهدت السنوات الأربعون الماضية زيادة في حالات الاكتئاب نتيجة تغير أسلوب الحياة، فقد أصبحت الحياة اليومية لكثير من الناس جد مرهقة، و يؤدي هذا للإرهاق إلى الاكتئاب الذي يعتبر مرضا يصيب الذهن والجسد معا، لذلك تظهر أعراض نفسية وجسدية على المكتئبين، إلا أن طبيعتها الحقيقية تختلف وتتوحد من شخص إلى آخر، فتظهر جلية لدى البعض و البعض الآخر لا تبدو عليهم أي أعراض، ولكن سلوكهم يبدو غريبا بعض الشيء. (مكنزي، 2015)

وبالتالي يبدو من الصعب وضع تعريف موحد وشامل للاكتئاب، وهذا راجع لاختلاف وتعدد التناولات النظرية له، حيث أن كل واحدة من هذه النظريات النفسية حاولت وضع تعريف خاص به وذلك وفق المنظور الذي تعتمده في تفسيرها له.

حيث ترى مدرسة التحليل النفسي أن أسباب الاكتئاب ترجع إلى التجارب المتعددة المعاشة في الطفولة، والمرتبطة خاصة بالعلاقة مع الوالدين والأم بشكل خاص وذلك بسبب غيابها لفترة معينة أو لفقدانها، فالتثبيت في مرحلة من مراحل النمو الأولى تسمح

بظهور العدوانية الموجهة نحو الذات مع تقدير سيء للذات، وذلك أمام أي تجربة فقدان حقيقي أو خيالي للموضوع، فحينها يتم توجيه اللوم والعدوانية نحو الذات والتي كانت لتوجه في الأصل نحو الموضوع المفقود فيظهر الاكتئاب (Dumas,2002). و تضيف Klein أن المعانات التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة. (الشرييني،2001)

أما بالنسبة للمنظور المعرفي، فيعرف (Beck et Burns (1987) الاكتئاب بأنه "أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد وفقدان الحب وكرهية الذات والشعور بالتعاسة، فقدان الأمل، عدم القيمة، نقص النشاط و الاضطراب المعرفي المتمثل في النظرة السلبية للذات، انخفاض تقديرها و تشويه المدركات مع تحريف الذاكرة وتوقع الفشل مع نقص الفاعلية العقلية". (يحي عبد المنعم،2014: 31)

كما تركز تعاريف أخرى على أعراض الاكتئاب، حيث تعتبر هذا الأخير على أنه خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن، التشاؤم، الإحباط، فقدان الاهتمام والشعور بالفشل، وعدم الجدوى من انجاز أي شيء إضافة إلى فقدان الإحساس بالرضا، التردد في اتخاذ القرارات، مع إيذاء الذات واحتقارها، فقدان الشهية، مشاعر الذنب والإرهاق مع تأخر الاستجابة للمثيرات المحيطة. (راغب، 2003)

بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي DSM5 قد يكون الاكتئاب "كعرض ثانوي لمرض أساسي مثل الفصام أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، يشعر فيه المريض بالحزن وتحقير الذات واضطرابات النوم وفقدان الشهية أو زيادتها، وقد تكون الأعراض السابقة مرض مستقل بذاته وغير مصحوب بأمراض نفسية أخرى".(السيد ابراهيم وآخرون،2016: 63)، وهو يعبر أيضا عن الاستجابة لمرض طبي خطير أو إعاقة، حيث يتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تعتبر مناسبة للموقف المرتبط بالخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، هذا القرار يتطلب حتما الخبرة العيادية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الاكتئاب في سياق الخسارة. (الحمادي،2014)

انطلاقاً من التعاريف السابقة للاكتئاب، يظهر جلياً صعوبة إيجاد تعريف موحد وشامل، حيث تركز بعضها على المزاج الاكتئابي والبعض الآخر تربط هذا المزاج الاكتئابي بأعراض جسمية ووظيفية، كما قد ترجع صعوبة تعريفه إلى تعقد أسبابه وأعراضه، وهذا ما سيتم التطرق إليه فيما يلي.

1-1-1-التعريف الإجرائي للاكتئاب: بالنظر إلى ما يتناسب مع موضوع هذا البحث يتم تحديد الاكتئاب بالرجوع إلى ما يقيسه اختيار Beck للاكتئاب والذي يتضمن ثلاثة عشر مجموعة من العبارات تضم أهم الأعراض الاكتئابية منها : الحزن، الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالذنب فقدان الشهية ، التشاؤم الشعور، بالفشل، عدم الرضا، عدم حب الذات، إيذاء الذات، التردد، تغيير صورة الذات، صعوبة العمل، التعب.

2- تصنيف الاكتئاب:

إن تصنيفات الاكتئاب عديدة، بتعدد الأطر النظرية التي تناولته بالدراسة، فمنها من تصنفه حسب الشدة أو المنشأ، حسب السن، الأعراض أو الأسباب.

2-1-1-تصنيف الاكتئاب حسب الشدة والمدة:

2-1-1-1- الاكتئاب الخفيف: عند الإصابة بالاكتئاب الخفيف، يعاني المرء من تعكر المزاج من وقت إلى آخر، وعادة ما يبدأ المرض بعد حدث مرهق، فيسيطر القلق على المريض ليصبح محبطاً، و غالباً ما تكون تغيرات أسلوب الحياة كافية للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

2-1-1-2- الاكتئاب المتوسط: عندما يصاب المرء بالاكتئاب المتوسط، يكون مزاجه متعكر بشكل دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، علماً أن هذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر، ولا تسبب التغيرات التي تطرأ على أسلوب الحياة وحدها هذا النوع من الاكتئاب، فغالباً ما يحتاج المرء عند إصابته بالاكتئاب المتوسط إلى مساعدة طبية.

2-1-1-3- الاكتئاب الشديد: يعتبر الاكتئاب الشديد مرضاً يهدد حياة الإنسان ويترك على الجسم أعراضاً شديدة، لذلك يشعر المكتئب اكتئاباً شديداً بأعراض جسدية، وتراوده التوهّمات و الهلوس، ولا بد أن يراجع المكتئب اكتئاباً شديداً الطبيب بأسرع وقت ممكن تفادياً لخطر الإقدام على الانتحار. (مكزي، 2015)

2-1-4 الاكتئاب المتكرر: يستعمل المختصون هذا المصطلح عند تكرار مراحل الاكتئاب في حياة الشخص، فعندما يُشفى شخص معين من الاكتئاب المتوسط ليعاني بعد سنوات من الاكتئاب الخفيف، يقول الأطباء أنه يعاني من الاكتئاب المتكرر الخفيف حالياً.

2-1-5 الاكتئاب المزمن: يستعمل المختصون مصطلح الاكتئاب المزمن للحديث عن اكتئاب دام لفترة طويلة من الزمن، إلا أن ذلك لا يعني أن هذا الاكتئاب شديد أو خطير، وعادة ما يستعمل هذا المصطلح للدلالة عندما يستمر الاكتئاب لأكثر من سنتين.

2-1-6 الاكتئاب المستعصي: يستعمل المختصون هذا المصطلح عادة للدلالة على اكتئاب لم يُشفى المريض منه تماماً رغم تناول الأدوية المضادة للاكتئاب .

2-1-7- الاكتئاب الارتكاسي(التفاعلي): يستعمل هذا المصطلح بطريقتين: إما للدلالة على اكتئاب ينتج عن حدث ضاغط كفقدان الوظيفة ولا يدوم لفترة طويلة من الزمن، في هذه الحالة يكون الاكتئاب نوعاً من أنواع المبالغة قصيرة الأمد نتيجة استجابة طبيعية أمام مصيبة معينة، وإما للدلالة على اكتئاب شديد ظهر نتيجة أحداث الحياة المرهقة. وقد يعيش الأشخاص المعرضون للاكتئاب صعوبات حياتية ضاغطة بعد تعرضهم للمرض، والسؤال الأهم عند حصول ذلك هو هل كان الاكتئاب فعلاً ردة فعل على الضغط النفسي؟ هذا ما يصعب على الأخصائيين تحديده، كما يستعمل مصطلح الارتكاسي (تفاعلي) للدلالة على اكتئاب لا يمنع صاحبه من التفاعل مع الظروف الاجتماعية والاستمتاع بها. (مكنزي، 2015)

2-1-8- الاكتئاب العصابي: يستعمل هذا المصطلح لوصف النوع الخفيف من الاكتئاب الذي يتميز بتعكر المزاج من حين إلى آخر، وغالباً ما تسوء حالة المصاب بهذا النوع من الاكتئاب في المساء، كما يصعب على المرء عند الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب الاستيقاظ صباحاً بعد قضاء ليلة من نوم متقطع في المقابل، وقد ينام بعض الأشخاص بطريقة مفرطة، في هذا الصدد يكون استعمال مصطلح عصابي خطأً، لاسيما وأن وصف الاكتئاب العصابي لا يستعمل كثيراً في أيامنا هذه، وفي الحقيقة ما هو اسم آخر للاكتئاب الخفيف. (مكنزي، 2015)

2-1-9-الاكتئاب الذهاني: يعتبر الاكتئاب الذهاني اكتئابا شديدا، ويشعر الأشخاص الذين يعانون منه بعدد من الأعراض الجسدية، وقد ينفصلون عن الواقع، فتراودهم التوهيمات أو الهالوس، ويحتاج الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الذهني إلى علاج طبي بشكل دائم. (مكنزي، 2015)

2-2- تصنيف الاكتئاب حسب المنشأ :

2-2-1 الاكتئاب داخلي المنشأ: لم تحدد أسباب الاكتئاب داخلي المنشأ، وهو في العادة حالة شديدة تترك على المرء أعراضا جسدية، منها فقدان الوزن والشهية، الاستيقاظ المبكر، تعكر المزاج في الصباح وفقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية الحميمة، ولا يتخلص المرء من هذا الاكتئاب إلا بعد الخضوع لعلاج ملائم، في الحقيقة قد تثير الأعراض عينها الاكتئاب لدى بعض الأشخاص بعد تعرضهم لأحداث مرهقة، وهنا تكمن المشكلة في استعمال هذه الطريقة لتعريف الاكتئاب، إضافة إلى ذلك لا يعني عدم قدرت المريض على تحديد حدث مرهق بعينه كمثير للاكتئاب، أن الاكتئاب غير موجود. (مكنزي، 2015)

2-2-2- الإكتئاب خارجي المنشأ: تضم كل من الاستجابة الاكتئابية والاكتئاب العصابي، حيث يتميز كل منهما بخصائص عيادية، تجعل هذه الأنواع متميزة ومنفصلة عن الاكتئاب الميلانخولي، حيث لا تحتوي على أعراض ذهانية كالهالوس والهذات، رغم ذلك فهي تشكل حالات اكتئابية حادة.

2-3- تصنيف الاكتئاب حسب السن :

2-3-1- الاكتئاب عند الطفل: رغم إصابة الأطفال بالاكتئاب، إلا أن مظاهر المرض تبدو بصورة مختلفة عن الكبار، وتزيد فرص تعرض الأطفال للاكتئاب إذا كان احد الوالدين أو كل منهما مصاب باضطراب نفسي مثل الاكتئاب أو الإدمان أو عندما يتعرض الطفل للقسوة والعقاب والحرمان الشديد، ولخبرات أليمة تؤثر في حالته النفسية، فيظهر الاكتئاب لدى الأطفال في صورة أعراض جسدية واضطرابات سلوكية مع أنه لا يستطيع التعبير عن شعور بالحزن والكآبة عن طريق اللغة، ومن هنا فإن التركيز يكون على المظاهر الجسدية والسلوكية للطفل، والتي تدل على وجود خلا قد أصاب حالته النفسية، ومن الأطفال من تظهر عليه علامات مثل التبول اللاإرادي بعد أن كان يتحكم في التبول أو من تظهر لديه عيوب في النطق والكلام مثل اللجاجة بعد أن كان يتكلم

بطريقة طبيعية، ومنهم من يشكو من الآم المعدة أو القيء أو ضيق التنفس، وكلها أعراض جسدية تقابل أعراض الاكتئاب في الكبار. (الشربيني، 2012)

2-3-2- الاكتئاب لدى المراهقين: تعد مرحلة المراهقة من المراحل التي تظهر فيها حساسية شديدة و ذلك مع البلوغ نظرا لتغيرات البدنية والنفسية والاجتماعية التي تصاحبها، ومنها بداية ازدياد النمو البدني وتغيرات في الشكل والحجم للفتيان والفتيات علي حد سواء نتيجة لإفراز الهرمونات، وقد تظهر بعض الصعوبات والمشكلات النفسية في هذه المرحلة نتيجة لميل المراهقين إلي العناد والاستقلالية، كما قد تظهر بعض أعراض الاكتئاب.

2-3-3- الاكتئاب عند المسنين: هناك عوامل أسرية واجتماعية ونفسية تؤدي إلى زيادة فرصة الإصابة بالاكتئاب في المرحلة السنية التي تعقب التقاعد عن العمل أي ما بعد 60 سنة، وتتميز هذه الفترة من العمر بحدوث الكثير من الخسائر المادية والانحدار في الوظائف البدنية والاجتماعية نتيجة لظروف العمل، حيث أن مرحلة التقاعد بالنسبة للذين يقومون بأعمال رسمية تتميز بحدوث الكثير من الأمراض والمشكلات الجسدية نتيجة لتقدم العمر والإجهاد الذي يصيب أعضاء الجسم، كما أن الناحية الاجتماعية تتأثر نتيجة لظروف الحياة بالنسبة للمسنين الذين تزيد احتمالات فقد الأهل والأقارب والأصدقاء المقربين لهم بسبب الوفاة أو المرض.

وتختلف صورة الاكتئاب النفسي عند المسنين عن غيرهم حيث يعاني المسنون من الأعراض النفسية والبدنية والسلوكية للاكتئاب بالإضافة إلى بعض المظاهر الأخرى التي تحدث مع السن المتقدم مثل تدهور الذاكرة ، والنسيان ، وعدم الإدراك ، وفقدان الحماس والرغبة والمبادرة في بدء أي عمل، وعدم الإقبال على أي محاولة للتخلص من الاكتئاب، مع الاستسلام الكامل للمرض. (الشربيني، 2012)

ومن بين الاضطرابات التي تشبه الاكتئاب في أعراضها نجد الإدمان على الخمر والمخدرات بحيث يمكن للأشخاص المدمنين بالعودة إلى الحالة الطبيعية بعد العلاج بمضادات الاكتئاب، هذا ما يدل على تواجد خلقية اكتئابية لهذه الحالات كما هو الحال بالنسبة للاكتئاب المقنع الذي لا تظهر أعراضه المرضية بشكل واضح سواء للفرد الذي

يعاني منه أو المحيطين به، بل تظهر على شكل شعور بالضيق، الضجر والتوتر، وقد يلجأ صاحبها لتغطية هذه الأعراض إلى الإدمان أو المخدرات. (راغب، 2003)

2-4-التصنيف الاكتئاب حسب نوع اضطراب المزاج:

يتم تقسيم الاضطرابات الوجدانية إلى فئتين رئيسيتين، فئة الاضطراب الاكتئابي وحيد القطب والاضطراب ثنائي القطب، ففي الاضطراب وحيد القطب يكون اضطراب المزاج دائما من النمط الاكتئابي، أما الاضطراب ثنائي القطب فيتميز بأطوار من المزاج الاكتئابي أو حالات الإثارة الهوسية الشديدة. (جميل رضوان، 2009)

2-4-1-الاكتئاب ثنائي القطب: يستعمل مصطلح الاكتئاب، أو الاضطراب ثنائي القطب حاليا للدلالة على مرض الاكتئاب الهوسي، يتأرجح مزاج الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب ما بين الجيد والسيئ، فتتراوح حالتهم ما بين الاكتئاب الخفيف والاكتئاب الشديد، وعندما تصل حالة الأشخاص المصابين بهذا النوع من الاكتئاب إلى حدّ الهوس، يكون المريض مبتهج لا يحتاج إلى النوم أو الطعام كعادته وتتنابه مشاعر جيدة بشكل عام، إضافة إلى ذلك يكون المريض مليء بالطاقة والحيوية، ويتكلم بسرعة ويشعر أن الأفكار تتسارع في رأسه، لذلك يقوم بأحكام ضعيفة، وقد تراوده بعض التوهّمات والهلاوس.

2-4-2-الاكتئاب أحادي القطب: يستعمل مصطلح الاكتئاب أحادي القطب للدلالة على الاكتئاب الذي يعاني منه معظم الناس، وهو المزاج المتعكر وليس المزاج الهوسي. (مكنزي، 2015)

2-5- التصنيف حسب أسباب الاكتئاب:

يختلف هذا التصنيف حسب اختلاف الأسباب المؤدية لظهور الاكتئاب ومنها:

2-5-1-اكتئاب ما بعد الولادة: تعتبر فترة ما بعد الولادة فترة حرجة، فالإكتئاب ما بعد الولادة ينبغي أن لا يتم خلطه مع الشعور المؤقت بالتعب وعدم فهم متطلبات الرضيع، فهذا الأمر تشعر به كثير من النساء بعد أيام قليلة من الولادة (تقريبا 50%)، أما اكتئاب ما بعد الولادة فيشمل جل أعراض الاكتئاب الحقيقي من المدة والأعراض والعواقب والذي يبدأ في الشهر التالي للولادة. (Briffault et al,2007)

تعرض الأم لهذا الاكتئاب ينتج عنه معاناة شديدة إضافة إلى ظهور خلل في العلاقة الأولى بين الأم والطفل الأمر الذي يؤثر سلبا على نموه العاطفي، فقد بينت إحدى الدراسات في سويسرا أن 60% من النساء اللواتي تعرضن لاكتئاب ما بعد الولادة، كانت قد واجهن مشاكل عديدة أثناء الحمل كالحداد، صعوبات عائلية، غياب الزوج، هذه الصعوبات ساهمت في ظهور هذا النوع من الاكتئاب لديهن، هذه الحالة غالبا ما تحدث بعد ولادة الطفل الأول، حتى ولو كان مرغوبا فيه. (S.Soumaille, 2001)

2-5-2- اكتئاب سن اليأس: يظهر هذا النوع من الاكتئاب لدى المرأة بعد انقطاع الدورة الشهرية، الأمر الذي يمثل صدمة هرمونية تتسبب في تغيير كبير في معدل الهرمونات التناسلية، هذا التغيير يؤثر بشكل مباشر على المزاج. (بومال.س، 2004)

2-5-3- الاكتئاب الموسمي: استعمل هذا المصطلح أساسا للدلالة على مرض الاكتئاب الذي يصيب الفرد في فترة معينة من السنة بسبب انخفاض معدل أشعة الشمس مع اقتراب فصل الشتاء وتراجع ساعات النهار، ويشعر المصابون بالاضطراب الموسمي برغبة شديدة في تناول الكربوهيدرات و/أو الشوكولاتة وبحاجة شديدة إلى النوم.

2-5-4- الاكتئاب المتكرر قصير الأمد: اكتشف الأطباء حديثا هذا النوع من الاكتئاب الذي يتمثل باكتئاب شديد يصيب المرء ويدوم بضعة أيام فقط في وقت معين. (مكزي، 2015)

2-5-5- الاكتئاب المصاحب لمرض مزمن: غالبا ما يصحب الاكتئاب المرض الجسمي، لدرجة أنه أحيانا يحدث تداخل بين أعراضهما، فتشكل الإصابة بمرض مزمن اضطراب سيرورة الحياة العادية للفرد، فلا يمكن تقبل فقدان الصحة الجيدة بين يوم وآخر، ما يترتب عنه تزعزع صورة الذات، فالمسار المؤدي إلى تقبل الوضع الجديد غالبا ما يكون مؤلما ويؤدي إلى حالة من الاكتئاب خاصة إذا كان المرض مزمنا لا يتيح فرصة للشفاء التام. (S.Soumaille, 2001)

2-5-6- الاكتئاب التخفي: هذا النوع من الاكتئاب هو وصف لأعراض الاكتئاب، ويشير إلى الاكتئاب الذي يرافقه تباطؤ الحركة الذهنية والجسدية وتضعف فيه القدرة على التركيز، وعندما يشتد هذا النوع من الاكتئاب، يستحيل على المصاب الحركة أو الكلام أو تناول الطعام، وقد تصل به الأمور إلى حد الموت جوعا.

2-5-7-الاكتئاب الجزئي: يشير هذا المصطلح إلى الاكتئاب الخفيف الذي يلزم الإنسان، وقد يبدو الاكتئاب واضحا في حياة الإنسان أحيانا، وقد يختفي أحيانا أخرى، إلا أن الأطباء يرفضون تشخيص حالة معينة بالاكتئاب الجزئي إلا إذا عانى منه المريض لأكثر من شهرين في سنتين، ومن أبرز أعراض هذا النوع من الاكتئاب التردد وفقدان الاعتزاز بالنفس، ويعتبر العلاج النفسي علاجا فعالا أكثر من الدواء.

2-5-8-الاكتئاب المقنع: يؤكد الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب أنهم لا يشعرون بالاكتئاب، على الرغم من ظهور عدد من الأعراض الظاهرة التي تشير إلى الإصابة به، فتراهم يعانون من مرض جسدي يسبق تشخيص الإصابة بالاكتئاب، وتتنوع أعراض هذا الاكتئاب بين ألم في الصدر أو اضطراب في النوم، وقد يتحسن المصاب عند تناوله دواء مضاد للاكتئاب. (مكزي، 2015)

3-أعراض الاكتئاب :

الاكتئاب عبارة عن اضطراب انفعالي يظهر على شكل تناذر عيادي يسيطر عليه المزاج الاكتئابي، فقد اتفق معظم الباحثون على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والذي يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها مفهوم الزملة الاكتئابية، وسوف يتم التطرق فيما يلي إلى أهم الأعراض التي يتم من خلالها تشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM5 :

أ/ يجب تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، فعلى الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما مزاج منخفض أو فقد الاهتمام أو المتعة.

1-مزاج منخفض: مزاج منخفض معظم اليوم تقريبا، ويكون هذا العرض بشكل يومي فيعبر عنه إما ذاتيا مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس، أو يلاحظ من قبل الآخرين.

2-فقدان الاهتمام أو المتعة: مع انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم و بشكل يومي، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3- فقدان واضح للوزن بدون حمية، أو زيادة في الوزن، حيث يلاحظ التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر و ذلك نتيجة انخفاض الشهية أو زيادتها.

4- أرق أو فرط في نوم بشكل يومي تقريبا.

5- هياج نفسي حركي أو خمول، تقريبا كل يوم حيث يكون ملاحظ من قبل الآخرين.

6- تعب أو فقد الطاقة تقريبا كل يوم.

7- شعور بانعدام القيمة أو شعور مفرط بالذنب، وهو ليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا، يظهر ذلك بشكل يومي تقريبا.

8- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، يكون بشكل يومي تقريبا وذلك إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

9- أفكار متكررة عن الموت وليس مجرد الخوف من الموت، أو تفكير انتحاري متكرر، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب/ تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ج/ لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

تشكل المعايير أ و ب نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار "أ"، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب، على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر ردود فعل مناسبة للوضعية، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، هذا القرار يتطلب حتما الخبرة العيادية للتشخيص المبني على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة. (الحمادي، 2014)

من أهم مظاهر وعلامات الاكتئاب النفسي حالة الحزن والآسى والمشاعر الوجدانية السلبية التي تسيطر علي الإنسان عند إصابته بالاكتئاب وتحت وطأة هذه الحالة يعاني

الفرد من شعور قوى بالانحطاط النفسي والبدني وعدم القدرة علي الاستمتاع بالحياة وتكون القاعدة العامة في هذه الحالة كما يذكر علماء النفس هي فرط الهبوط في الهمة والتباطؤ في كل شيء، وهذه القاعدة تنطبق تقريبا علي كل مرضي الاكتئاب.

يميل الشخص الذي يعاني من الاكتئاب النفسي إلى العزلة وقلة النشاط وعدم الإقبال علي الحياة بصفة عامة، ويلاحظ على مرضي الاكتئاب أنهم يميلون إلي اليأس وعدم الإقبال علي القيام بأي عمل مع بطئ الحركة، ويشمل ذلك هبوط وظائف الجسم الحيوية، كما يتكلم المريض بصوت منخفض ونبرة حزينة ولا يتحدث بصورة تلقائية، ويرد بصعوبة علي الآخرين إذا طلب منه ذلك، ويخلو التعبير المصاحب للكلام من الإيماءات والإشارات التي تصاحب عادة الحديث مع الآخرين. (الشربيني، 2012)

كما يسبب الاكتئاب تباطؤ في جميع مجالات الحياة اليومية سواء من الجانب عاطفي، الجانب المعرفي، الجانب الجسدي، فالإكتئاب هو مرض يؤثر على كل الفئات (بغض النظر عن العمر، والجنس، المستوى الاجتماعي ...)، على عكس الاعتقاد الشائع أن الإكتئاب ضعف في الشخصية، فالإرادة وحدها ليست كافية للخروج منه، خصوصا وأن هذا المرض يسبب الشعور بتقدير سلبي للذات مع سيطرة الأفكار السلبية، فيما يلي بعض أعراض الإكتئاب والتي يمكن أن تساعد على التعرف عليه بشكل أفضل، مع العلم أن شخص واحد قد لا تجتمع فيه كل هذه الأعراض مجتمعة. (Briffault et al, 2007)

3-1-1- أعراض نفسية:

3-1-1- المزاج الإكتئابي: على الرغم من استخدام مصطلح الإكتئاب، إلا أن هذا لا أن كل مكتئب يعاني من تعكر المزاج، فقد يصاب البعض بالقلق، في حين يفقد آخرون الإحساس، ويعاني البعض الآخر من تعكر المزاج، إلا أنهم يقصدون الطبيب يتحدثون عن أعراض جسدية لا يجدون لها تفسيراً، أو عن تغيرات سلوكية، غالباً ما يكون المزاج الإكتئابي الذي يصيب المكتئب أقوى منه لدى الشخص المثبط أو على الأقل الحزين، ويظهر الإكتئاب في شكل شعور دائم بالحزن والفراغ والضياع والخوف.

3-1-2- انعدام اللذة: عادة ما يمنع المزاج المتعكر الفرد من الاستمتاع بما يقوم به، وقد يفقد الاهتمام بالهوايات التي تعود على ممارستها، فتختفي المتعة، وهذا ما يطلق عليه انعدام اللذة، في بعض حالات الإكتئاب المعتدلة قد يسوء المزاج في المساء أكثر

منه في فترات الصباح، فتمضي الأيام على نحو جيد، إلا أن هذه النوعية من الأيام تبقى معدودة مقارنة بالأيام السيئة، كما قد يستمتع برفقة الآخرين، في حال الإصابة بالاكتئاب متوسط، ولكن فجأة يشعر بالخيبة من دون سابق إنذار أو سبب، وغالبا ما يرافق المزاج المتدني رغبة في البكاء مع بعض الشعور بالانزعاج أو من دونه. (مكنزي، 2015)

3-1-3- الحزن الشديد: في الاكتئاب غالبا ما يكون الحزن مؤلم، غير مفهوم و كثيرا ما يرافقه بكاء دون سبب مع الشعور باليأس.

3-1-4- فرط الحساسية العاطفية: الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب تتفاعلون بحساسية كبيرة لحالات الحياة اليومية، وفي الوقت نفسه، قد يكون لديهم الشعور بفراغ داخلي وعدم الشعور بأي شيء.

3-1-5- الشعور بالوحدة و بعدم القيمة: هذه الانطباعات ترافق الشعور بعدم حب الآخرين.

3-1-6- القلق: القلق هو عرض شائع في حالة الاكتئاب، هذا الخوف يكون بدون سبب محدد ويظهر في الجسم على شكل ضيق في الصدر، وعدم الراحة في التنفس، وآلام مختلفة خاصة في البطن. (Briffault et al, 2007)

3-2- الأعراس المعرفية:

3-2-1- التباطؤ الفكري: في حالة الاكتئاب يصبح من الصعب التفكير والعثور على الكلمات ليتكلم بطلاقة، فبالنسبة للمكاتب يصبح العالم معقدا، صعب التكيف معه، ولمواجهة ذلك يجب القيام بجهد أكبر لإنجاز المهام التي لا تتطلب عادة التفكير فيها طويلا.

3-2-2- انخفاض الانتباه والتركيز والذاكرة: عندما يعاني الفرد من الاكتئاب يصبح التركيز و الانتباه في أمر بسيط صعبا.

3-2-3- احتقار الذات و الشعور بالذنب: الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يعتقد أنه بلا قيمة كما يتهم نفسه بأنه المسؤولة عن الأحداث المؤلمة التي يواجهها والمشاعر غير السارة التي يشعر بها، فيصعب عليه طلب المساعدة لاعتقاده بأن العلاج يمكن أن يغير شيئا.

3-2-4- الأفكار السلبية: يفسر الشخص ما يحدث في حياته وآراء الآخرين فيه بشكل سلبي، هذا التشاؤم الدائم يؤثر في الأشخاص المحيطين به. (Briffault et al,2007) كما تدفع هذه الأفكار الفرد إلى رؤية العالم بشكل سلبي، وتتألف هذه الأفكار السلبية من ثلاثة عناصر:

- الأفكار السلبية كأن يقول المكتئب: "أنا فاشل في عملي"
- توقعات عالية وغير معقولة كأن يقول: "لن أكون سعيدا يوما إلا إذا أحبني الجميع واعتقدوا أنني ناجح في عملي"
- أخطاء في التفكير: التوصل إلى استنتاجات سلبية و التركيز على تفاصيل سلبية لظرف معين مع تجاهل الأمور الجيدة، والتوصل إلى استنتاجات سلبية وذلك بالاستناد إلى حوادث بسيطة ليصل إلى استنتاج مفاده أنه السبب وراء حدوث بعض الأحداث التي لا دخل له بها. (مكزي،2015)

3-2-5- أفكار حول الموت: ترتبط أفكار المكتئب بشكل عام بالموت، وهي ترتبط بمشاعر فقدان القيمة والخسارة، كما ترتبط هذه الأفكار السوداء بحالته المرضية حيث تختفي بعد تناول العلاج. (Briffault et al,2007)

3-3- أعراض جسدية:

3-3-1- التعب: يشعر الشخص باستمرار بنقص الطاقة حتى من دون بذل أي جهد خاص، هذا الإحساس يزيد من الشعور بالإحباط والألم المعنوي والجسدي، ومن خصائص هذا الإرهاق الاكتئابي هو أن حتى الراحة والنوم لا يخفف من ذلك.

3-3-2- الكف النفسي الحركي: الاكتئاب يبطئ جميع الحركات، و بالتالي فان الفرد بحاجة إلى مزيد من الوقت لاستكمال المهام المعتادة، هو لا يملك القوة فان العواطف والأفكار والأفعال كلها متباطئة. (Briffault et al,2007)

3-3-3- اضطراب النوم: يكون النوم في كثير من الأحيان سيئا، أقل عمقا، قصيرة جدا ولا يساعد في استرجاع الطاقة، غالبا تميزت الصحوة في وقت مبكر، فلا يستطيع بعدها العودة إلى النوم، وفي حالات أخرى يكون النوم بالعكس زائدا.

3-3-4-اضطرابات الشهية: غالبا ما تتخفف الشهية حيث يبدو الطعام بدون طعم، فيبدأ بفقدان الوزن، وغالبا ما تكون هذه علامة هامة لتأسيس تشخيص الاكتئاب، وعلى عكس ذلك، أحيانا تظهر زيادة في الشهية والتي يمكن أن تؤدي إلى زيادة الوزن.

3-3-5-المشاكل الجنسية: الجنس هو وظيفة البيولوجية وعلائقية، فهذين البعدين يتأثران بشكل كبير بالاكتئاب، مما يتسبب في تضرر الحياة الجنسية.

3-3-6-أعراض جسدية متعددة: قد يصاحبه الاكتئاب آلام متعددة مثل صداع، آلام المفاصل، المشاكل في الجهاز الهضمي واضطراب مؤشرات وظائف معينة من الجسم كضغط الدم، اضطراب أو انقطاع الطمث. (Briffault et al,2007)

يعتبر الشعور بالألم والضغط أكثر الأعراض شيوعا بين المكتئبين وغالبا ما تصاحب هذه الأعراض آلام في الرأس، الوجه، الظهر والصدر والأمعاء، وغالبا ما يقصد الناس قسم الطوارئ في المستشفيات نتيجة ألم في الصدر معتقدين أنه ألم بالقلب، في حين أن مشكلتهم الأساسية تنحصر في الاكتئاب، لكن ذلك لا يعني أن هذا الألم كاذب، إنما هو ألم حقيقي ينتج عن هذا الاكتئاب.

3-3-7-الاكتئاب المقنع: لا يشعر المكتئبون جميعا بالإحباط، حتى أن بعضهم يؤكد أنهم لا يشعرون بالاكتئاب، إلا أنهم يقصدون الطبيب ويتحدثون عن أعراض جسدية تشير إلى الاكتئاب كالألم والصداع أو التعب، لا يكشف الفحص الجسدي أو المعاينة عن أسباب هذه الأمراض الجسدية، فيقرر الطبيب أن الأدوية المضادة للاكتئاب هي العلاج الأفضل. (مكنزي،2015)

3-4-4-أعراض الاكتئاب حسب Beck:

يصنف بيك الأعراض الاكتئابية في المظاهر التالية:

3-4-1-المظاهر الانفعالية: مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع و المرح مع التقليل من قيمة الذات.

3-4-2-المظاهر المعرفية: و تتمثل في تكوين صورة سلبية عن الذات، وتوجيه اللوم إلى الذات، تضخيم المشكلات، عدم القدرة على الحسم و استهزاءات للحط من قيمة الذات.

3-4-3-المظاهر المتعلقة بالدوافع: وتتمثل في شلل يصيب الإرادة والرغبة وتزايد الرغبات الاتكالية.

3-4-4-المظاهر الجسمية: وتتمثل في التعب بسرعة وبسهولة، وفقدان الليبدو والشعور بالأرق، إن مفتاح تشخيص الاكتئاب هو التغير في النواحي النفسية والبيولوجية، وهذا التغير الذي يشمل الانفعالات والوجدان والسلوك، كما يشير إلى أن المزاج الاكتئابي هو العرض الأساسي والغالب في أكثر من 90% من مرضى الاكتئاب، كما أن الإحساس بالذنب ولوم الذات عاملان مشتركان أيضا بالنسبة إليهم. (عبد المنعم، 2014)

4- النظريات المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب وأسباب ظهوره، فإن التساؤلات حوله تختلف وتتنوع باختلاف الأطر النظرية، فمنها ما يركز على العوامل النفسية الدينامية مثل التحليل النفسي، ومنها ما يركز على العوامل البيئية الاجتماعية ومنها ما يركز على الإدراكات المعرفية كالمنظور المعرفي، ومن بين أهم النظريات التي تناولت موضوع الاكتئاب نجد ما يلي :

4-1- التناول الطبي :

يرجع حسب هذا المنظور أسباب الاكتئاب إلى عوامل مختلفة ومنها: العوامل البيولوجية والوراثية والبيوكيميائية.

-العوامل البيولوجية: نتجت عن عدة دراسات أقيمت على مكنئين راشدين حول سيرورات التعديل والتنظيم النوروبولوجي والتي يمكن أن تمثل أعراض بيولوجية لاضطرابات المزاج، لكن الأبحاث لم تتوصل بعد إلى الجزم بأن الإستنارات البيولوجية تتسبب بشكل مباشر في اضطرابات المزاج قبل سن الرشد. (Dumas, 2002)، كما تؤدي الجينات دورا مهما في الاكتئاب، إلا أن الجينات التي تشترك في هذه العملية كثيرة، ويعجز العلماء عن فهم طريقة عملها بدقة، لكنهم تمكنوا من تقديم دليل صغير يثبت إمكانية وراثية معظم علامات الاكتئاب، إلا أن الاضطراب يتفاقم وفقا للأمر التي يمر بها الفرد في حياته، قد لا ينشأ الاكتئاب بسبب إصابة الوالدين أو الإخوة بالاكتئاب، إلا أن احتمال الإصابة به ستزداد من دون شك، وهذا الاحتمال سيكون أكبر لو كانوا توأم و أصيب أحدهما بالاكتئاب، في الحقيقة يصعب وضع أرقام تحدد هذا الخطر لأن أهمية الجينات تختلف

باختلاف أنواع الاكتئاب، إذ يبدو الدور الذي تؤديه في حالات الاكتئاب الصعبة أكثر أهمية من ذلك الذي تؤديه في الحالات المتوسطة، وتزداد أهميتها لدى الصغار المكتئبين أكثر منه لدى الكبار في السن، وعادة ما تفقد هذه الجينات هذا الدور المهم لدى فئة بسيطة من الاضطراب ثنائي القطب، حتى وإن بين تاريخ العائلة حالات اكتئاب سابقة يبقى الاكتئاب بحاجة إلى بعض الأحداث الحياتية الضاغطة لتحتته وتثيره. (مكنزي، 2015)

كما بينت عدة دراسات منها دراسة (Duffy 1997) أن اضطرابات المزاج تصيب عادة أكثر من فرد واحد من العائلة ذاتها، كما بينت دراسة (Kendler 1986) أن انتشار الاكتئاب عند التوائم المتشابهة يكون أربع أضعاف انتشاره عند التوائم الغير متشابهة وبالتالي يظهر أن العامل الوراثي يلعب دور سببي مهم في ظهور الاكتئاب رغم ذلك لم تفصل الدراسات التي أقيمت حول الاكتئاب بين العوامل ذات الطبيعة الوراثية وتأثير المحيط والبيئة في ظهور هذا الأخير. (Dumas, 2002)

4-2- التناول التحليلي :

من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب والتأنيب الذاتي وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة، مع وجود أنا أعلى متطرف وشديد الصرامة، فقد بينت النظرية الفرويدية وجهة نظر مفادها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة، ولهذا طور فرويد مفهوم اللاشعور لكي يبين أن الأمراض النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لاشعوري رمزي، لكل ما يحدث خلال السنوات الستة الأولى من العمر، ولهذا يرى المحلل النفسي أن التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي، ما هي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية، أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور.

أما عن الاكتئاب، فإننا نجد أن النظريات المبكرة من التحليل النفس تنظر له بصفته نتاجا للتفاعل بين الدوافع أو الرغبات والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب والخسارة في العام الأول من العمر، وقد عبر أبراهام عن هذه النظرة التحليلية للاكتئاب،

وفق نظريته التي تتبلور حول العلاقة مع موضوعات الحب، هذه العلاقة التي يوفر لها المحللون النفسيون قسطا وافرا من الاهتمام تحت فئة ما يسمى بدراسة العلاقة بالموضوع. فعندما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية وإشباع حاجته للحب، فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات، لهذا يجد أن الاكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب، ولكنه غضب يتحول بسبب آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها إلى الاكتئاب.

وقد كشف فرويد (1917) في بحثه "الحداد والميلانكوليا" عن كثير من أوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي، فالالاكتئاب عادة ما يحدث ويشد إثر وفاة موضوعات الحب أو عند فقدانها بالهجر والخسارة، وهذه النوبات من الاكتئاب التي تتفجر وتشتد بعد وفاة أو فقدان موضوعات الحب، هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاة والفقْدان، مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات (عبد الستار 1998). وكانت دراسات فرويد من بين الدراسات الأولى للاكتئاب حيث ترجع أسبابه إلى تجارب متعددة في الطفولة، تكون مرتبطة خاصة بالعلاقة مع الوالدين وخاصة الأم. (Dumas, 2002)

كما ساهمت أعمال Klein (1937) في هذا الموضوع و ذلك من خلال دراستها التحليلية للراشدين والأطفال، وعلى إثرها طرحت نظرية خاصة بالمرحلة النفسية للرضيع، وهي ترى أن أي خلل يؤدي إلى ضعف في التكوين النفسي وهشاشته أمام الاكتئاب، فحسب نظرية Klein يمر الطفل في نمو النفسي العادي عبر وضعيتين أساسيتين وهما الوضعية الشبه فصامية-اضطهادية والوضعية الاكتئابية، حيث يرتبط الرضيع في الوضعية الشبه فصامية - اضطهادية بعلاقة مع الموضوع الجزئي المتمثل في " ثدي الأم " الذي يوجه له كل حبه وعدوانيته في هذه الوضعية تكون التصورات النفسية منشطرة إلى موضوع "جيد" وموضوع "سيء"، ثم تليها الوضعية الاكتئابية، حيث تدرك صورة

الثدي وصورة الأم على أنها موضوع متكامل، فيتم توجيه الحب والعدوانية لموضوع واحد، في هذه المرحلة يظهر قلق فقدان الموضوع المستخدم المتمثل في الأم فيظهر الاكتئاب. تمثل هذه المرحلة اكتساب أساسي، لأنها تؤدي إلى الإدماج الجيد لنا مع صلابة القواعد النرجسية والتي يرافقها تأنيب الضمير، الأمر الذي يسمح بمراقبة جيدة للعدوانية، فال فشل الجزئي للسيرورة المؤدية إلى الوضعية الاكتئابية يحدث اكتئاب مرضي. (Philippe.M, Serge.S, 2003)

كما يرجع (1973) Bowlby في تناوله لنظرية الارتباط المستوحاة من التحليل النفسي، أسباب ظهور اضطرابات المزاج إلى نوعية الارتباط بالموضوع الأول المتمثل في الأم، حيث يرى أن الأطفال الذين لم تربطهم منذ الشهور الأولى علاقة قوية مع الأم سواء لأنها لم تتمكن من إعطائه العناية والعاطفة التي يكون بحاجة إليها، في سن مبكر يظهرون صعوبات شديدة في التأقلم، الشيء الذي يساهم في ظهور اضطرابات مرضية فيما بعد، من بينها هذه الاضطرابات المزاج والأعراض الاكتئابية. (Dumas, 2002)

مما سبق يمكن القول أنه رغم تعدد تفسير الاكتئاب ضمن نظرية التحليل النفسي إلا أنها بقيت محتفظة بفكرة أساسية كان لها الأثر في إثراء البحث العلمي، ومن ثم إلقاء الضوء على بعض ميكانزمات وعوامل الاكتئاب، ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين وموضوعات الحب المبكرة على ظهور الاكتئاب وتطوره، فقد وجهت النظرية التحليلية للاكتئاب النظر لدور الحرمان المبكر من الأبوين، وآثاره العميقة في إثارة مشاعر الاكتئاب المبكر. (عبد الستار 1998)

4-3- التناول السيكوسوماتي :

يعتبر الاكتئاب الأساسي حسب Pongy من العلامات الأولى التي تسبق ظهور المرض لدى الفرد السيكوسوماتي، يكون التشخيص فيه صعب وهذا لغياب الأعراض المألوفة في الاكتئاب الكلاسيكي، فهو يقاس على أساس غياب الأعراض الواضحة لدى الاكتئاب، وغيابها يدل على وجوده، والذي ينتج عنه عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات والعواطف للشخص فيظهر المرض السيكوسوماتي. (Pongy,2003)

أما Marty(1966) فيعرف الاكتئاب الأساسي على أصل المنشأ أو السببية التي أدت إلى ظهوره، فهو يرجعه إلى غياب البيبدو النرجسي، وفقدان الموضوع الخارجي، الذي قد يكون الفرد تابع له، أما على أساس النشاط العقلي فهو يتميز بغياب أو إلغاء الحياة الحلمية والحياة الهوامية، وهو يفسره كذلك على أساس الموقعية الأولى، أي عدم قيام قبل الشعور بعمله وهذا خاص بالعاطفة، فيوجه الاهتمام نحو استثمار كلي لواقع.

أما على أساس الجهاز النفسي فقد يكون راجع إلى كون ميكانيزمات الدفاع غير فعالة فيحل محلها ما يسمى بالتفكير العملي، ليحدث فيما بعد المرض السيكوسوماتي. (Smadja. C , 1998)، فقد أعطى Marty شبكة قراءة للاقتصاد السيكوسوماتي يتمحور حول مفهوم العقلنة الذي يعتبر جد هام في تفسير مفهوم الاكتئاب الأساسي، وميّز بين نوعين من الاكتئاب، الأول هو اكتئاب بأعراض معبر عنها وملاحظة والمسمى بالاكتئاب المعبر عنه، أما الثاني بدون أعراض واضحة والذي يسمى اكتئاب بدون تعبير. (Smadja. C ,2001)

4-4- التناول السلوكي:

توجد نظريات متعددة للاكتئاب مستوحاة من الاشرط، و يعتبر نموذج العجز المكتسب من النماذج الأكثر استعمالا، حيث يرى أصحاب النظرية السلوكية أن الاكتئاب مكتسب ومتعلم شأنه شأن أي سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس الاشرط الكلاسيكي، كذلك يمكن فهم ذلك السلوك المكتسب والمتعلم على أساس الاشرط الإجرائي والذي يرى أن نوع ومعدل الأحداث البيئية هي العوامل الأساسية للاكتئاب. (عبد المنعم.ي، 2014)

انطلاقا من نظرية الاشرط بين الباحثين أن غياب أحداث سارة إيجابية في المحيط تفقد الفرد فعاليته، وبالتالي يميل بالتدرج إلى الخمول والحزن فأى سلوك لا يتلقى ردود فعل إيجابية ينطفئ، في نفس الوقت كثرت الأحداث السلبية تظهر على المكتتب ظاهرة انطفاء السلوك وذلك بسبب فقر التعزيزات الاجتماعية الإيجابية في حين تبقى التظاهرات الاكتئابية معززة، الشيء الذي يسمح بالإبقاء على السلوك، فغياب التعزيز قد يكون بسبب غياب الشخص المدعم (في حالة فقدان أو حداد مثلا) أو فقدان سلوك كان من قبل مدعما ومعززا (كظهور مرض معين) أو بسبب فقدان الأشخاص المدعين له لفعاليتهم. (Cottraux. J, 1999)

ويقدم Lewinsohn & al مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى إيجاد تفاعلات تقل فيها معدلات التعزيز الايجابي أو تزداد فيها معدلات الخبرات الصعبة للفرد والأسباب المفترضة لذلك هي:

-بيئة الفرد نفسها قد تقل فيها المدعمات الايجابية و قد تزيد فيها جوانب العقاب.
-نقص مهارة الفرد في إلتماس المدعمات الايجابية المتوفرة في بيئته.
-يمكن أن تكون فعاليات الأحداث غير السارة قد زادت. (يحي عبد المنعم، 2014)
فالنظرية السلوكية وخاصة المتعلقة بالتعلم تتناول بالدراسة اضطرابات المزاج في المجال العلائقي، ونوعية العلاقة التي تربط الفرد مع المحيط فتظهر هذه الاضطرابات لنقص التجارب الايجابية والمشجعة في الحياة اليومية مما يجعل الفرد يميل إلى الانعزال والانطواء، الشيء الذي يسمح بظهور الأعراض الاكتئابية، فعدة دراسات بينت بوضوح أن الظاهرة الاكتئابية بصفة عامة مرتبطة بعدة أنماط سلوكية مضطربة وهي تظهر غالبا في أنماط اجتماعية ونفسية غير مشجعة، لكن من الصعب الجزم بأن هذه الخصائص السلوكية والعلائقية مرتبطة باضطرابات المزاج والاكتئاب فقط، حيث بينت دراسات أخرى أن هذه الخصائص تعد من الأسباب المباشرة لظهور اضطرابات أخرى كالقلق والاضطرابات السلوكية. (Dumas, 2002)

4-5-التناول المعرفي :

تم تطوير النظرية المعرفية انطلاقا من أعمال Beck بداية من 1959 والذي انطلق بدوره من مدرسة التحليل النفسي حيث اهتم بتفسير أحلام أفراد مكتئبين وقرنها بأحلام مجموعة ضابطة، فتوصل إلى عدم وجود فروق بينهما من ناحية ظهور العدوانية ضد الذات أو مواضيع مرتبطة بتأنيب الذات، في حين توصل إلى أن أحلام المكتئبين كانت تعبر عن نظرتهم للعالم في حالة اليقظة، بالتالي أظهرت هذه دراسة دور هذه السياقات المعرفية المتواجدة في الشعور وما قبل الشعور، فأصبح الاكتئاب محور أعماله التالية. (J. Cottraux, 2001)

ينظر بيك إلى الاكتئاب بوصفه تنشيطا لثلاثة أنماط معرفية رئيسية تؤدي إلى نظرة الفرد إلى نفسه وإلى مستقبله بصورة سلبية ويسمي تلك الأنماط بالثالوث المعرفي المتمثل فيما يلي:

-نظرة المكتئب السلبية إلى نفسه: إذ يعتبر الفرد ناقص الكفاءة، يعاني من القصور والنبذ وهو يميل إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة، فيزيقية أو عقلية أو خلقية، أنه بسبب هذه النقائص يميل إلى رفض نفسه بل ويعتبر أن هناك الكثير من الخصائص التي تنقصه وبدورها تحقق له السعادة أو القناعة.

-الفرد المكتئب يفسر بشكل سلبي أغلب الخبرات التي يمر بها: فهو يميل إلى أن يرى عالمه يتطلب منه أموراً غير معقولة أو أن تصرفات الآخرين موجهة ضده.

-نظرة الفرد المكتئب إلى الحياة و المستقبل بصورة سلبية: فهو يتوقع أن متاعبه الحالية دون نهاية، و لا يرى أمامه غير المصاعب و الحرمان و الإحباط وهو يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال.

وكلما أصبح هذا الثالوث مسيطراً كان المريض أكثر اكتئاباً، وتظهر عليه أعراض غير معرفية للاكتئاب، لأنه يشعر أنه منبوذ فيشعر بالحزن، كما يبدو أن المطالب كلها مملة ومن المحال تجاوزها، فيريد الهروب من كل هذه المطالب تجنباً لمثل هذه المشاعر التي تزداد بصورة مستمرة وتتحد مع مشاعر العجز وعدم الإحساس بالقيمة. (يحي عبد المنعم، 2014)

وبصفة عامة تبحث النظرية المعرفية عن أسباب اضطرابات المزاج في الطريقة التي يتم بها تحليل المعلومات العاطفية، العلائقية والاجتماعية، فيرى (Beck 1979) بأنه يوجد محتوى خاص ومحدد للإجابات العاطفية والسلوكية المتمثلة في المخططات المعرفية، ففي حالة الاكتئاب توجد مخططات ذات طابع اكتئابي والتي تدفع الفرد للوقوع في هذه الحالة، إضافة إلى التباطؤ النفسي الحركي، فالمشاعر الاكتئابية تعد نتيجة للمعاني التي تعطيها المخططات المعرفية للأحداث المعاشة من طرف الفرد وبالتالي فاستجابته هذه لا تكون بسبب الأحداث في حد ذاتها بل للمعاني والتفسيرات التي تعطيها للحدث. (Cottraux, 2001)

حيث أن الأفراد المكتئبين يرتكبون أخطاء آلية في طريقة تفكيرهم الشيء الذي يدفعهم لتفسير ما يحدث لهم بصفة سلبية، إضافة إلى تعميم تجاربهم التي توصلهم إلى استنتاجات خاطئة ليس لها أساس مع تقبلهم للحكم السلبي للمحيطين بهم، بهذه الصفة تظهر اضطرابات المزاج. (Dumas, 2002)

و بين نموذج (1975) Seligman أن أصل اضطرابات المزاج ترجع إلى التجارب المتكررة للعجز المكتسب في مواجهة التحديات التي يواجهها الفرد، هذه التجارب (سواء كانت واقعية أو مدركة على أنها كذلك) تدفع الفرد إلى توقع أن رد فعله يكون عاجز على التأثير في مجرى الأحداث التي تميز حياته اليومية، ومع الوقت تظهر عليه إسنادات اكتئابية. هذا النموذج الذي يركز أساسا على إسناد معظم الأحداث السلبية إلى أسباب داخلية ثابتة وعامة، وهذا يشجع التشاؤم والسلبية والانطواء على الذات الشيء الذي يسبب الأعراض الاكتئابية، فكما هو الحال لنظرية Beck تعترف نظرية Seligman بأنه إضافة إلى الإسناد توجد عدة متغيرات تؤثر على طبيعة الاضطراب والفترة التي يظهر فيها، ورغم أن Beck و Seligman طوروا نظريتهما كل واحد على حدة إلا أنها تلتقي في عدة نقاط مشتركة، حيث قدمت كل واحدة منهما فرصة لبحوث أخرى جد فعالة في هذا المجال، ومعظم هذه الأعمال تبين أهمية المتغيرات المعرفية في تناول ظاهرة الاكتئاب. (Dumas, 2002)

4-6- التناول العائلي :

حسب (1992) Dadds et al و (1986) Burbach et Borduir يوجد عدد معتبر من الدراسات لا ترتبط بنظرية معينة، بل تخضع لطبيعة العلاقات داخل العائلة، خاصة تلك التي يعاني فيها أحد الوالدين من الاكتئاب وغالبا ما تكون الأم، فأثبتت هذه الدراسات أن الأشخاص الذين يعيشون في مثل هذه العائلات يعانون من نقص في الاتصال وفي الجانب العلائقي بصفة عامة، الأمر الذي يعرضهم بشكل كبير إلى تطوير أعراض الاكتئاب، خاصة إذا تعلق الأمر بالأطفال والمراهقون، فإن العلاقات العائلية غالبا ما تكون مضطربة في هذه العائلات مع وجود مستوى مرتفع من اتصال سلبي ونقص عاطفي، يتم التعبير عنه سواء بالانعزال وفقدان السند المتبادل، أو على شكل كثرة الغضب أو سلوكات أخرى مشابهة. (Dumas, 2002)

مما سبق يظهر أن كل نظرية تركز على جانب محدد من حياة الفرد، فنظرية التحليل النفسي ركزت على الصراع القائم بين الهو والأنا والأنا الأعلى، كما تركز على دور عدم الإثباع في المرحلة الفمية للطفل كونها أحد الأسباب الرئيسية في إصابة الإنسان بالاكتئاب والدور المهم الذي يلعبه فقدان الوالدين موضوع الحب في سن مبكرة،

أما النظرية السلوكية فإنها ركزت على حاضر الفرد، و بينت أن الفرد يكون له رد فعل للتدعيم الايجابي أو السلبي ، بينما ركزت النظرية المعرفية على جانب التفكير وأهميته في نشأة المرض و ظهور الانفعالات.

5- علاج الاكتئاب :

يختلف العلاج المقترح للاكتئاب سواء كان من وجهة النظر الطبية أو النفسية و ذلك باختلاف المدارس التي تناولته بالدراسة، ومن بين أهم علاجات الاكتئاب نجد:

5-1- العلاج الطبي :

قد تنتج أعراض الاكتئاب عن انخفاض مستويات بعض المواد الكيميائية في الدماغ ولفهم أسباب هذه الظاهرة، لا بد من إلقاء نظرة عن قرب على الدماغ وطريقة عمله، فالدماغ يتألف من مليارات الخلايا العصبية، ولتتمكن الخلايا العصبية من التعاون يتعين عليها أن تتواصل بينها، وهذا ما تقوم به مواد كيميائية تعرف باسم الناقلات العصبية التي غالبا ما يكون الخلل على مستواها.

5-1-1- الأدوية المضادة للاكتئاب:

عندما يصاب المرء بالاكتئاب تطرأ في الجسم عدد من التغيرات الجسدية تطال وظائفه اليومية، وتساعد الأدوية المضادة للاكتئاب على إعادة الأمور إلى طبيعتها، فغالبا ما يكون مستوى الناقلات العصبية منخفضا في حالات الاكتئاب، ويعتقد أن الأدوية المضادة للاكتئاب تزيد كمية الناقلات العصبية في التشابك العصبي لتتمكن الخلية العصبية من العمل بشكل جيد، بمرور الوقت تزيد كمية الناقلات العصبية التي ينتجها الجسم بنفسه بشكل طبيعي، وبالتالي يمكن الاستغناء عن الأدوية المضادة للاكتئاب (مكنزي،2015)، وتعمل هذه الأدوية على مستوى مراكز في الدماغ المتخصصة في تنظيم المزاج فتعيد نسبة بعض المواد الكيميائية إلى مستواها الطبيعي فتنحس نفسية المريض تبعا لذلك وتخف الكآبة. (يحي عبد المنعم،2014)

كما تتعدد أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب، فبعد أزمة اكتئاب أولى، قد ينصح الطبيب بتناول الدواء لمدة ستة أشهر إضافية ليتأكد من أن الوضع لن ينتكس مجددا، كما ينصح بتناول هذا الدواء لفترة أطول في حال تكرار نوبات الاكتئاب .

5-1-2-أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب:

توجد أنواع متعددة من مضادات الاكتئاب، حيث يخص كل نوع من الأدوية نوع الاكتئاب الذي يعاني منه المريض، و فيما يلي بعض أنواع مضادات الاكتئاب:

5-1-2-1-الأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات:

تطلق هذه التسمية على هذا النوع من المواد الكيميائية نظرا إلى بنيتها الثلاثية التي تشكل سلسلة جانبية أشبه بالدراجة ثلاثية العجلات، وتزيد هذه المواد الكيميائية من كمية الناقلات العصبية التي تنتقل بين خلايا الدماغ بمنع الخلايا التي تفرزها من إعادة امتصاصها، و تبدو هذه الأدوية فعالة جدا في حالات الاكتئاب المتوسطة أو الشديدة التي تسبب متاعب في النوم وفقدان الشهية و إثارة عصبية أو تخلف، علما أن نتائجها تبدأ في غضون أسبوعين، حيث تتعدد أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات، وتظهر كلها نتائج فعالة من دون أن يخلو الأمر من بعض الآثار السلبية لبعض الأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات، و فيما يلي أهم هذه الأدوية:

جدول رقم (02) يبين بعض الأدوية المضادة للاكتئاب. (مكنزي، 2015: 77)

أدوية غير مهدئة ثلاثية الحلقات	أدوية مهدئة ثلاثية الحلقات
-إيميرامين	-أميتريبتيلين
-لوفيرامين	-كلوميبرامين
-نورترىبتيلين	-دوزولوبين
	-دوكسبين
	-تريميبرامين

تعتبر الأدوية ثلاثية الحلقات أدوية قوية، وهي على غرار الأدوية القوية الأخرى قد تترك آثارا جانبية على الجسم، إلا أن بعض الأنواع الجديدة ومنها لوفيرامين لا يترك إلا القليل جدا من الآثار الجانبية و قد لا تظهر هذه الآثار على الجميع.

5-1-2-2-الأدوية المضادة للاكتئاب الشبيهة بالأدوية ثلاثية الحلقات:

تتعدد أنواع الأدوية التي تشبه الأدوية ثلاثية الحلقات من دون أن تتميز بالبنية ثلاثية الحلقات، وبالتالي لا يطلق عليها تسمية الأدوية ثلاثية الحلقات و منها:

-الميانسيرينو الذي لا يترك إلا بعض الآثار الجانبية باستثناء تأثير على مخ العظم، الأمر الذي حال دون استعماله في كثير من الأحيان.

-الترازادون لا يترك إلا القليل من الآثار الجانبية، على الرغم من أنه قد يسبب انتصابا مستمرا مؤلما لدى الرجال.

-الميرتازابين يعتبر دواء مضادا للاكتئاب يسبب اضطرابات في الدم، لذلك يتعين على المرضى استشارة الطبيب في حال لاحظوا ارتفاعا في درجة الحرارة أو احتقانا في الحلق، أو أي علامة التهاب أثناء تناول هذا الدواء، إضافة إلى ذلك، قد يزيد هذا الدواء من الشهية، وبالتالي من الوزن.

5-1-2-3-المثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين المعروفة بSSR:

تعمل هذه الأدوية تماما كالأدوية ثلاثية الحلقات إذ تمنع الناقلات العصبية من العودة إلى الخلايا التي تفرزها، إلا أنها لا تؤثر إلا في نوع من الناقلات وهي السيروتونين، تعتبر هذه الأدوية مضادة للاكتئاب، وقد أثبتت التجارب أنها تترك بعض الآثار الجانبية أقل من تلك التي تتركها الأدوية ثلاثية الحلقات، فعلى غرار الأدوية ثلاثية الحلقات لا بد أن يتوخى المرء الحذر في حالات الصرع وأن يدرك أنها تسبب متاعب معوية في البداية بالإضافة إلى إمكانية الإصابة بالإسهال والدوار والتقيؤ، كما تسبب أيضا صداعا وتعبا وقلقا، لكن على الرغم من ذلك عندما تصل الأمور إلى جرعات إضافية تعتبر هذه الأدوية أكثر أمانا من الأدوية ثلاثية الحلقات.

تعتبر مثبطات أحادي أمين الأوكسديز المضاد للاكتئاب مثبطات أحادي أمين الأوكسديز أول دواء طوره الإنسان لمعالجة الاكتئاب، يزيد هذا النوع من الأدوية المضادة للاكتئاب كمية الناقلات العصبية في التشابك العصبي، إذ تمنع مادة تعرف باسم أحادي أمين الأوكسديز من تدميرها، لكن يؤثر هذا الدواء أيضا في باقي أعضاء الجسم، أنه يتعين على الأشخاص الذين يتناولون هذا النوع من الأدوية أن يلتزموا بالنظام الغذائي منخفض التيرامين.

5-1-3-أدوية أخرى مضادة للاكتئاب:

5-1-3-1-1- تريبتوفان: يعتقد أن هذا الدواء يأتي بنتائج فعالة إذ يزيد من كمية الناقلات العصبية التي تنتجها خلايا الدماغ، وتوجد هذه المواد الكيميائية في النظام

الغذائي الذي يتحول إلى سيروتونين، هو نسبيا ضعيف ولكن يمكن استعماله بالتزامن مع أنواع أخرى من مضادات الاكتئاب.

5-1-3-2-فلوياتيكسول: يستعمل هذا الدواء لعلاج الأمراض النفسية، ولكن ثبت أنه دواء جيد مضاد للاكتئاب عندما يتناول المريض جرعات منخفضة منه.

5-1-3-3-فينلافاكسين: يعمل هذا الدواء المضاد للاكتئاب تماما كالمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين، ويسبب هذا الدواء طفحا جليدا، لذلك يتعين على المريض الذي يصاب بطفح بسبب هذا الدواء أن يعلم الطبيب مباشرة مخافة أن يكون هذا الطفح دليلا على حساسية خطيرة .

5-1-3-4-ريبوكسيتين: يمنع هذا الدواء امتصاص نوع واحد من الناقلات العصبية ألا وهو النورادرينالين.

5-1-3-5-ليوثيرونين: يعتبر هذا الدواء هرمونا يستعمل لعلاج الأشخاص الذي يعانون من هبوط درقي، ويستعمل الأخصائيون هذا الدواء في المراكز المتخصصة بالتزامن مع علاجات أخرى يتبعها أشخاص يعانون من اكتئاب حاد.

5-1-3-6-دولكستين: يعتبر هذا الدواء مضادا جديدا للاكتئاب يعمل كالمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين، ويشبه إلى حد ما الريبوكستين إذ يمنع امتصاص النورادرينالين (نوريبينيفرين) .

يتعين على المريض أن لا يتوقف عن تناول الأدوية المضادة للاكتئاب من دون طلب استشارة اختصاصي بسبب أعراض الامتناع التي قد تحصل.

5-1-4-المهدئات:

نادرا ما تستعمل هذه الأدوية لعلاج الاكتئاب، فهي ترمي عادة إلى منع ظهور الاكتئاب في حال كان المرء معرضا لذلك، وذلك بالمحافظة على استقرار مزاجه.

5-1-4-1-الليتيوم: يساعد الليتيوم على المحافظة على استقرار الخلايا والمزاج، ويبقى الأشخاص المصابون باضطراب ثنائي القطب أقل عرضة للانتكاس في حال تناولوا الليتيوم، ويساعد هذا الدواء أيضا على منع الإصابة بالاكتئاب لدى الأشخاص الذين سبق وعانوا من حالات اكتئاب شديدة متكررة، ويوقف هذا الدواء الانتكاس أو يجعل مدته أقصر و أقل حدة مع تباعد زمني بين الواحدة و الأخرى.

5-1-4-2-كاربامازين: يعتبر هذا الدواء مهدئا آخر يمكن استعماله مع الليثيوم أوبديلا يتناوله الأشخاص الذين لا يستطيعون تناول الليثيوم لسبب أو لآخر.

5-1-4-3-فالبروات الصوديوم: يستعمل هذا الدواء لمعالجة الصرع ويعمل على تهدئة المزاج، ولم يكن هذا الدواء يستعمل في الماضي إلا في حال لم يعط الليثيوم أو الكاربامازين نتيجة مرضية، إلا أن الأطباء يفضلون اليوم هذا الدواء على غيره.

كما قد يستعمل الاختصاصيون الأدوية التي تستعمل لمعالجة بعض الظروف التي تؤثر في الدماغ، كالصرع والتي تساعد على تهدئة المزاج، ومنها لاموتريجين وغابابنتين وتوبرامات، كما يستعمل هرمون التيروكسين أحيانا لعلاج الأشخاص الذين يتأرجح مزاجهم بين البهيج والمتعكر، وتستعمل هذه الأدوية فقط في حال لم تقدم الأدوية الشائعة كالليثيوم والصوديوم فالبروات والكاربامازين نتائج فعالة.

5-1-5-علاج الاكتئاب الذهاني:

قد يفقد الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب شديد علاقتهم بالواقع فتصيبهم التوهومات والهلاوس، وفي هذه الحالة يصف الطبيب نوعين من الدواء: دواء يؤثر في الاكتئاب ودواء يؤثر في التوهومات والهلاوس أي مضاد للذهان. (مكنزي،2015)

5-1-6-العلاج بالصدمات الكهربائية:

هو عبارة عن تمرير تيار كهربائي ضعيف يؤدي إلى تنشيط خلايا الدماغ و يتم في حالة التخضير الكامل حتى لا يشعر المريض بأي ألم، و هذه الطريقة من أجدى علاجات الاكتئاب و أقلها آثارا جانبية. (يحي عبد المنعم،2014)

5-2- العلاجات النفسية:

إن العلاجات النفسية بمختلف أشكالها جد مهمة وضرورية فهي مكملة للعلاج الكيميائي للاكتئاب، تتعدد أنواع العلاج النفسي وتعتمد على نظريات متعددة، فإن نتائج العلاج السلوكي المعرفي، تبدو فعالة لمعالجة الاكتئاب المتوسط، أما الاكتئاب الشديد فغالبا ما لا يستفيد المريض من العلاج النفسي وحده، فيحتاجون إلى تناول بعض أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب، عدا عن ذلك يحتاج المكتئبون الذين يفكرون بالانتحار إلى مساعدة طارئة و إلى نقلهم إلى المستشفى.

أما في حال ما ترافق الاكتئاب مع التوهم والهلوسة، ينصح بتناول أدوية مضادة للاكتئاب مع بعض الأدوية الخاصة وأدوية مضادة للذهان لمعالجة هذه الحالة وأعراضها. (مكنزي، 2015)

وقد أثبتت علاجات الاكتئاب المختلطة (كيميائية ونفسية) جدارتها، فإن ترافق العلاج الكيميائي بالعلاج النفسي يعطي نتائج أحسن وفعالية أكبر، و فيما يلي سيتم التطرق إلى أهم العلاجات النفسية للاكتئاب :

5-2-1- العلاج الإسنادي :

يتمثل في المرافقة النفسية للمكتئب، وهو يعتبر أساس كل علاج للاكتئاب فالمعالج يشجع ويرافق المكتئب، كما يساعده على تحسين تقديره لذاته والتشبث بالثقة بالنفس والأمل، و يركز هذا العلاج على الإصغاء والتفهم، فالمعالج يصغي بكل إمعان لمعاناة المكتئب بدون إصدار أي حكم أخلاقي على ما يقوله محاولا كسب ثقته، مخصصا له كل وقت الحصة للإصغاء والحوار، فالتعبير اللفظي هو أهم ما يميز هذا العلاج مع تفهم مشاعر المكتئب ومعاناته، فالعميل يشارك في العلاج بصفة إيجابية ونشطة، وهذا يساعد في تحسن علاقته بالمحيطين به نتيجة علاقة الثقة التي تربطه بالمعالج، مع الحرص على إعطاء قيمة إيجابية كبيرة وتقدير لكل عمل إيجابي يقوم به المكتئب، و يكون هذا النوع من العلاج فعالا في الحالات الاكتئابية الخفيفة حيث يركز على مايلي :

-بناء علاقة ثقة وتفهم مع المكتئب.

-الوصول بالمكتئب لتقبل مرضه.

-إعطائه معلومات حول المرض مع التخفيف من تأنيب الذات.

-مساعدته على التعرف على قدراته لمواجهة صعوبات الحياة اليومية.

-تشجيعه ولفت انتباهه إلى التغيرات الإيجابية التي تحدث أثناء فترة العلاج.

(S. Soumaille, 2001)

5-2-2- العلاجات التحليلية:

يعتقد المحللون النفسيون أن المتاعب التي يعاني منها الفرد تأتي نتيجة مشكلات أصابته في الماضي لم يتمكن من معالجتها أو تخطيها، ويشير هؤلاء المحللون إلى أن الفرد قد مر بظروف سابقة يرفض الاعتراف بها أو يتجاهلها أو يحاول أن ينساها، إلا

أنها تبقى محفورة في عقله، لاسيما عندما يواجه ضغطا أو ضعفا معين، ومن ضمن هذه الظروف فقدان الأهل أثناء الطفولة حيث لا يتم التعبير عن الحزن فتحجب هذه المشاعر، وأثبتت التجارب أن التحليل النفسي طويل الأمد يمكن أن يساعد على معالجة هذا النوع من الاكتئاب بإظهار المشاعر السيئة ونقلها من اللاوعي إلى الوعي، وذلك بغية تجريبها من تأثيرها السيئ ومنعها من خلق متاعب تعكر صفو الحياة. (مكزي، 2015)

انطلاقا من نظرية التحليل النفسي، تم تعديل العلاج التحليلي ليتناسب مع الحالات الاكتئابية، فمدة العلاج أصبحت أقصر، كما أن المعالج يكون في حالة تفاعل مع المفحوص، وتتخلص أهم خصائص هذا العلاج فيما يلي :

-العودة إلى الماضي : المفحوص مدعوا من خلال العلاج التحليلي للاهتمام عن قرب بتوظيفه النفسي الداخلي، والهدف منه هو أن يصل إلى فهم كيفية ارتباط حالته الاكتئابية بخبرات سابقة حدثت في مختلف مراحل حياته، خاصة أثناء الطفولة والمراهقة، ويمكن التساؤل فيما إذا كانت حالة الاكتئاب الحالية لها علاقة بتكرار حالات فقدان والحداد التي لم يتم حلها.

يظهر الاكتئاب في بعض الحالات كمحاولات غير فعالة لمواجهة ضغوطات الحياة فيمكن دور المعالج في تنبيه المفحوص لسلوكاته الحالية كونها مرتبطة بالاشعور ويتم تكرار هذه الوضعية مع المعالج بفضل ميكانيزم التحويل ما يسمح بسياق التغيير للظهور.

- مقابلة وجه لوجه: العلاجات التحليلية القصيرة المدى هي صيغة مستوحاة من التحليل النفسي، مع غياب الأريكة وتعويضها بالمقابلة وجه لوجه، و يمكن في هذه الحالة للمعالج بالدخل والتفاعل مع المفحوص.

هذا النوع من العلاج يكون بمعدل حصة أو حصتين في الأسبوع، وغالبا تكون المدة النهائية للعلاج غير محددة، كما يمكن أن يكون مصاحب للعلاج الدوائي أو لوحده وذلك حسب درجة الاكتئاب وحدته، لكن رغم فعالية العلاجات التحليلية إلا أنها لا تتناسب مع كل الحالات بل يجب توفر بعض الشروط في المفحوص لكي تتناسبه، ويتم التأكد من هذه الشروط خلال المقابلات الأولى، من بين هذه الشروط :

-أن يكون المفحوص مستعد للتطرق إلى حالات الفشل السابقة التي تعرض لها.

- عليه أن يرغب في التغيير والمساهمة بصفة فعالة في العلاج.
- كما يجب أن يكون توظيفه النفسي صلب لدرجة يتحمل فيها إعادة النظر في مسائل تخصه شخصيا والهزات العاطفية التي يمكن أن تحدث أثناء العلاج.
(S. Soumaille, 2001)

5-2-3- العلاجات المعرفية السلوكية:

5-2-3-1- العلاج السلوكي:

يختلف هذا العلاج عن العلاج المعرفي من حيث أنه يركز على ما يفعله الفرد أكثر مما يركز على ما يفكر فيه، فيساعده على التخلص من الاكتئاب على صعيد التصرف أكثر منه على صعيد الأفكار، ويدفعه قدما فيضع بينه وبين الاستسلام حدا، ولا يخفى أن بعض الأشخاص يجدون في هذا النوع من العلاج أولى خطوات الشفاء. (مكزي، 2015)

5-2-3-2- العلاج المعرفي:

إن هدف العلاج المعرفي للمنظور الذي جاء به Beck هو تصحيح المفاهيم السلبية من خلال مهام معرفية، حيث يمكن لهذه المهام أن تكشف للمريض عدم صدق أفكاره، فأساليب العلاج تكون موجهة للعمليات العقلية المعرفية، فهي تهدف إلى التعرف على الأفكار غير الواقعية وتصحيحها وتعلم اقتحام المشاكل والتفوق عليها بخاصة تلك المواقف التي يعتقد بعدم إمكانية مواجهتها، والعلاج المعرفي يهدف إلى تنمية التفكير العقلاني والايجابي من خلال إعانة العميل على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب. (يحي عبد المنعم، 2014)

5-2-3-3- العلاج المعرفي السلوكي:

يجمع هذا العلاج عناصر العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتبر علاجا نافعا لحالات الاكتئاب المتوسط والخفيف، وأثبتت التجارب أن هذا العلاج قد يكون نافعا بقدر العلاج الذي يعتمد على الأدوية المضادة للاكتئاب ويحسن من حالة المريض، ويمكن للمريض الاعتماد على هذا العلاج وحده، إلا أن بعض الدراسات أظهرت أن دمج مع الأدوية المضادة للاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى نتائج أفضل.

يركز الاتجاه المعرفي على نظرة المكتئب إلى الجانب السيئ من الحياة، بوجود اعتقادات خاطئة حول نفسه والعالم المحيط به، وقد برزت هذه الاعتقادات بعد تجارب

سلبية خلال حياته خاصة أثناء الطفولة، فهذه الصورة الفكرية الصلبة والمتشائمة تساعد على ظهورها مرة أخرى بعض أحداث الحياة اليومية، ومن بين الأفكار الأساسية في العلاجات المعرفية والسلوكية نجد :

-**الأفكار البديلة:** والتي تعتبر فكرة أساسية في العلاجات المعرفية والسلوكية، وهي تظهر جد بسيطة، فبتغيير الأفكار الآلية الغير متكيفة التي يتبناها المكتئب يتحصل على تأثيرات إيجابية على المشاعر والسلوك، لكن أثناء العلاج الأمر لا يظهر بهذه السهولة حيث يصعب تغيير المعتقدات العميقة، في حين يكون الأمر الأهم هو جعل الفرد واعي بهذه الأفكار وأن يتقن لها ويدركها، كما أن الفرد المكتئب يعطي أهمية كبيرة للأفكار التشاؤمية، وسرعان ما سيعتبرها على أنها حقائق.

فالعلاجات المعرفية السلوكية تقترح في هذا الصدد العمل على الاعتقادات التي تسم حياة الفرد المكتئب وتدفعه لتفسير الأمور بشكل سلبي دائما فأمام المعالج سوف يواجه أفكاره الاكتئابية بالواقع، حيث يدرك بأن معظم اعتقاداته لا يمكنها أن تكون حقيقية وبالتالي سيحاول البحث عن أفكار أخرى تتماشى أفضل مع واقعه.

-**الملاحظة الذاتية** تعتبر أساس العلاج المعرفي، فعلى الفرد المكتئب أن يسجل في دفتر الملاحظة الذاتية وهو في البيت، وبالتالي سيفرق بين المشاعر التي انتابته والأحداث التي نبعت منها. فيدرك بذلك بعض الأخطاء المنطقية في التفكير، والتي سنحاول مع المعالج إيجاد حلول لها وتبني سلوكيات أفضل، تدوينه لهذه الملاحظات سيسمح له بإعادة النظر فيما يفعل وما يشعر به ويسمح له بأخذ المسافة عما يفعل، وهكذا يجد بنفسه وسيلة علاجية يمكن استعمالها في حالة عودة تلك الأفكار الآلية، وبالتالي يمكن القول بأن الملاحظة الذاتية هي وسيلة لمراقبة الأفكار والمشاعر التي تلعب دور كبير في الإبقاء على الاكتئاب. (S. Soumaille, 2001)

و قد تبنى بيك هذه التقنيات العلاجية المعرفية، حيث يرى بأن المريض استحدث رأيا عن نفسه، عن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ما يجعل عقله مغمورا بمعارف ومقدمات خاطئة، والنزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، ومن ثم فإن أهم أهداف العلاج المعرفي من وجهة نظر بيك هي تصحيح نمط التفكير لدى المكتئب، بالتعامل مع التفكير الغير منطقي، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق، والتعامل مع المشكلات

والمشاركة في تخفيفها معتمدا على عدة أسس، أهمها: المشاركة العلاجية، توطيد المصداقية مع المريض، واختزال المشكلة التي يعاني منها المكتئب ومعرفة كيفية تعلم حل المشكلة التي تواجهه، ومنه فان فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلائي وآخر تجريبي و ثالث سلوكي من خلال رصد عمليات التفكير غير السوي وملئ الفراغ المعرفي، وإيجاد بديل للأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، حمله على اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على ما يجب و لا بد فعله وصولا إلى رؤية الواقع بصورة ايجابية. (محمد عسل، 2008)

وبصفة عامة يتم تحديد أهداف لكل تقنية علاجية، والتي تنصب كلها في مساعدة العميل بأن يكون واعي بأفكاره الآلية السلبية، وبأن يعرف الرابط بين أفكاره ومشاعره وسلوكياته، ويتعلم كيف يتساءل حول أفكاره الآلية ويختبر فعاليتها، كما يضع تفسيرات أكثر واقعية لهذه الأفكار الآلية السلبية، وعندما تقترب نهاية مدة العلاج على المفحوص التعرف وتغيير المخططات المعرفية الغير فعالة. (Cottraux, 2001)

5-2-4- العلاج العائلي والعلاجات العلائقية:

يركز كلا العلاجين على الجانب العلائقي، ويطبق غالبا على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات نفسية، والأزواج في حالة ما إذا كان أحدهما مكتئب.

5-2-4-1- العلاج العائلي :

في حالة ما إذا كانت الاضطرابات العلائقية سبب ظهور الاكتئاب أو تساهم في إبقاءه، يكون العلاج العائلي واحد من العلاجات المقترحة، فالفكرة الأساسية، تتمركز حول العائلة، فهي غالبا ما تمر بمراحل حرجة (كميلاد طفل جديد، الدخول المدرسي، المراهقة، صعوبات في العلاقات الزوجية) هذه المراحل تتطلب مجهودات إضافية للتأقلم، فقد تظهر خلالها أعراض اكتئابية.

كما يمكن تطبيق العلاج العائلي في حالة إصابة أحد أفراد العائلة للاكتئاب ما يؤثر سلبا على الأعضاء الآخرين، في هذه الحالة يساعد العلاج المحيطين بالمكتئب بفهم طبيعة المرض، وتفهم حالة المريض مما يساعده في عدم تأنيب الضمير.

5-2-4-2- العلاجات العلائقية:

يتم فيها التركيز على التفاعل والاتصال (اللفظي أو الغير لفظي) لمختلف الأشخاص

المحيطين بالمريض عوض التركيز عليه فقط. (S. Soumaille, 2001)
5-2-4-3-علاج العلاقات الزوجية:

يعتمد على علاج الأزواج أحيانا لعلاج الأشخاص المكتئبين والذين يعيشون مع شريك سبق أن استفاد من علاج فردي قصير، ويساعدهم هذا العلاج على مناقشة مشاعرهم ومتاعبهم ليتمكنوا كزوجين من التغلب على الاكتئاب وفهم ما يدور من حولهم أكثر فأكثر، وتتألف جلسات علاج العلاقات الزوجية عادة من 10 إلى 20 جلسة على مدى ستة أشهر. (مكزي، 2015)

وفيما يلي جدول رقم (03) الذي يبين مختلف العلاجات النفسية للاكتئاب وخصائصها

أهم العلاجات النفسية للاكتئاب			
علاجات علائقية	علاجات تحليلية	العلاجات المعرفية السلوكية	
أن يكون مستعد في إعادة النظر لنوعية العلاقات التي تربطه بالمحيطين به	الاعتراف بأنه يلعب دور هام في ظهور الصعوبات مع القدرة على الدراسة الذاتية لميكانزمات الشعور	أن يكون مستعد لتطبيق المراقبة الذاتية مع القيام ببعض التمارينات بين الحصص	ما هو مطلوب من المفحوص
الاعتراف مرتبط بعدم الرضا و صعوبات علائقية	الاعتراف مرتبط بصراعات قائمة لم يتم حلها ترجع إلى الطفولة	يرتبط الاكتئاب بطريقة تفكير سلبية وتشاؤمية	الجانب النظري
-العمل على الحاضر و الوعي بالتلاعبات العلائقية -لعب الأدوار مع -تقنية حل المشكل	-العمل على الحاضر والماضي -إظهار سياقات دفاعية غير واعية بفضل التحويل نحو المعالج	العمل على الحاضر مع فحص الأفكار ومواجهتها بالواقع، التشجيع على تطوير طرق جديدة للتفكير والسلوك (مع فروض منزلية)	التقنية
تسهيل العلاقات بين الأشخاص مع تغيير الآليات العلائقية	أن يتعرف أكثر على نفسه -القيام بعمل الحداد اللازم التي لم يقم به من قبل	زيادة الثقة في النفس تحسين تقدير الذات	الأهداف
اكتساب سلوكيات علائقية جديدة	-التخلص من مشاعر طفيلية مرتبطة بخبرات طفولية صعبة أو حداد مؤلم	-تخفيف الأعراض -تغيير نمط التفكير السلبي والآلي	النتائج
نحو 20 حصة	قد يكون عدد الحصص محدود أو غير محدود	نحو 20 حصة	المدة

(S. Soumaille, 2001 : 119)

6- علاقة الاكتئاب بالربو والضغط :

تتسبب الإصابة بالأمراض العضوية حدوث الأعراض الاكتئابية، فمثلا تزداد هذه الأخيرة في فترة الطمث، كما يسبب نقص إفراز الغدة الدرقية في حدوث أعراض اكتئابية شديدة، إضافة إلى أن الإصابة بالأمراض المزمنة تساهم في الإصابة بالاكتئاب. (يحي عبد المنعم، 2014)

إن الضغوط الحياتية التي تتسبب في حدوث الاكتئاب في مرحلة الرشد هي تلك التي تمس من الفرد جوانب حساسيته واستهدافه الخاص، فتعرف بالأحداث المعجلة للاكتئاب والتي يتفق عليها العديد من الدراسات، كأنفصام علاقة هامة، الفشل في تحقيق هدف حيوي، العجز الجسمي المفاجئ وقد يحدث أي من هذه الأحداث اكتئابا إذا كان يعد في نظر الفرد أنه مهدد لحياته، ومثل هذه الأحداث أو الضغوط التراكمية تحد من المجال الشخصي بما يكفي لأن يمهد السبيل لحدوث الاكتئاب. (بيك، 2000)

كما أن هناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية المعروفة التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة و هي ترتبط بحدوث الاكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مصاحبة لها، هذا يعني أن أي شخص مصاب بمرض جسدي، لابد أن يشعر نتيجة ذلك بالحزن والكآبة ما يضع المريض في حالة تهدد الصحة البدنية والنفسية لديه كالأمراض المزمنة (الشرييني، 2001). و وصف الممارسون العياديون عددا من الاضطرابات التي تلعب فيها العوامل النفسية دورا هاما في ظهور الخلل الوظيفي أو المرض الجسدي، و التي قد تتمثل في هيئة حدث أو ظرف معين يشكل ضغطا، حيث أن الكثير من المرضى يعانون من مرض عضوي مؤكد وثابت غير أن وجود العامل النفسي يجعل عجزهم و معاناتهم تتجاوز كثيرا حجم هذا الاضطراب الجسمي، هذا ما يدل على أن هذا العجز والضغط الناجم عن عوامل محيطة ليس السبب الوحيد للخلل الطبي. فالمريض بسبب المرض والإجهاد يجتمع عليه الحرمان من مصادر إشباعه المعتادة و مرارة القلق المزمّن بغدو فريسة للاكتئاب. (بيك، 2000)

وهناك اضطرابات فزيولوجية تتضافر فيها العوامل النفسية والبنوية لتنتج الأمراض النفسجسمية والتي تنشأ و تتفاقم في حالات الإثارة الانفعالية إلى جانب الاضطراب الجسمي أولي، فالاضطرابات النفسية تؤدي إلى زيادة شدة هذا الأخير، وتتمثل هذه الفئة

في حالات الغطاء السيكولوجي كحالات صعوبة التنفس الشديد الناجمة عن مرض صدري تنفسي. (بيك، 2000)

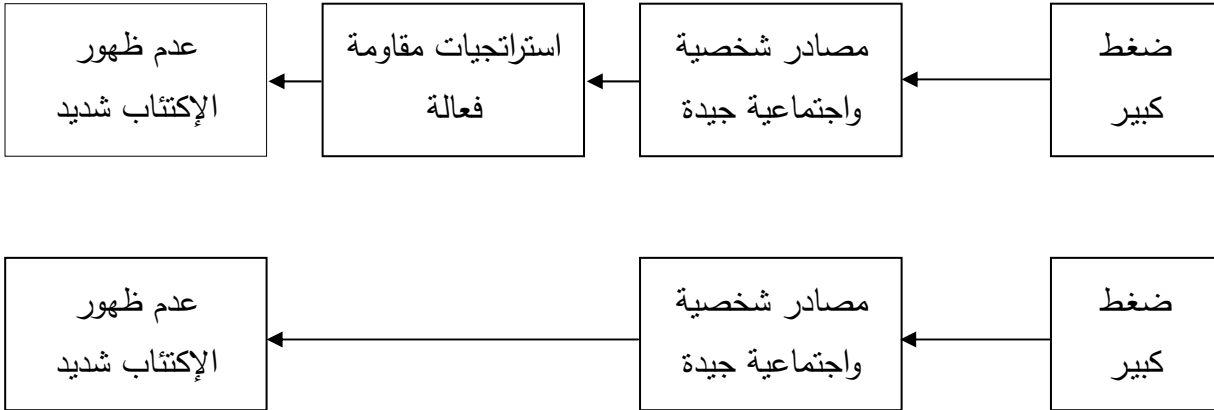
وقد أقيمت دراسة (Dudley et al (1964) على حالات تعاني من صعوبة مزمنة في التنفس فمن بين عشرين حالة معظمها يعاني من درن رئوي أو أمراض أخرى تسبب انسداد القناة التنفسية، تبين أنه لا توجد علاقة بين ضيق التنفس والإعاقة الفعلية لوظيفة الرئة، فعندما كان المرضى يغضبون أو يقلقون كاستجابة للضغوط الحياتية المعتادة كانوا يميلون إلى التنفس بشكل سريع محدثين بذلك ما يعرف بفرط التهوية hyperventilation فيحدث ضيق في التنفس، حيث لم يكن هناك علاقة بين صعوبة التنفس والقصور الوظيفي الفعلي. وتشير هذه الدراسة إلى أن صعوبة التنفس تتوقف على إدراك إشارات صادرة من الجهاز الرئوي، فقد كان لهؤلاء المرضى حساسية زائدة اتجاه التغيرات الجارية في الجهاز الرئوي القلبي، تلك التغيرات التي لا يعيرها الناس انتباهاً قد ترتبط بخطر الموت بالنسبة إلى هؤلاء المرضى، وانعكس ذلك في شعورهم الذاتي بالاكتئاب حيث يجدون أنفسهم ضمن حلقة مفرغة تتكون من قلق يؤدي إلى فرط التهوية و الذي يؤدي بدوره إلى صعوبة التنفس فيعود القلق للظهور من جديد. (بيك، 2000)

كما أن التعرض إلى المرض بشكل مفاجئ يشكل اختلال الحياة العادية للفرد حيث تهتز صورة الفرد لذاته بفقدان الصحة الجيدة، فلا يتمكن من تقبل المرض فيتبع هذا حتماً باضطرابات نفسية كالاكتئاب خاصة إذا ما كان المرض مزمناً لا يعطي فرصة لعلاج شاف تماماً. (S. Soumaille, 2001)

ويمكن القول أنه عندما يتعرض الفرد للضغط النفسي، فإن جسمه يفرز مجموعة من الهرمونات منها الكورتيزول، حيث يعمل الكورتيزول والهرمون الموجه لقشرة الكظر مع الأدرينالين (أبينيفرين)، فيشعر الفرد بالخوف والقلق ويصبح الجسم مستعداً لمواجهة مصدر الضغط النفسي وما إن تخطى الظروف المسببة للضغط النفسي، حتى تعود مستويات هذه الهرمونات لدى معظم الناس إلى طبيعتها، ولكن في حالة الاكتئاب يكون النظام شديد النشاط، و بالتالي لا تتبع مستويات الكورتيزول النمط الاعتيادي. (مكزي، 2015)

و طور كل من (Holahan et Moos (1991) نموذجاً يرتبط فيه العوامل المسببة للضغط ومصادرها (شخصية أو إجتماعية) وتأثيرها على الاكتئاب، فقد درسا

الاكتئاب كمتغير يحدد عملية عدم تأقلم سيء، فقد بينت دراستهما أن المصادر الشخصية والسند الاجتماعي يؤثران بصفة مباشرة أو غير مباشرة على سياقات أو استراتيجيات التعامل وهذه الأخيرة تحدد ظهور الاكتئاب بسبب عدم قدرة الفرد على استعمال استراتيجيات تعامل فعالة وذلك لعدم توفر مصادر شخصية أو اجتماعية كافية. حيث يبين المخطط التالي كيفية تسبب الضغط في ظهور الاكتئاب أو عدم ظهوره



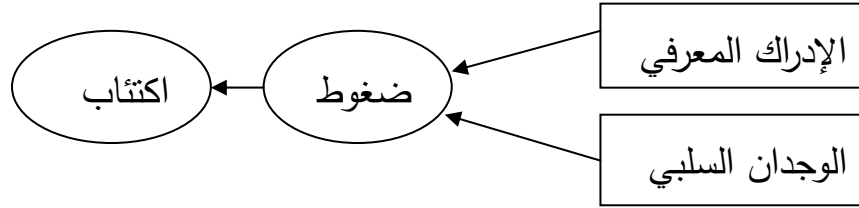
شكل رقم (04) يبين علاقة بالضغط بالاكتئاب بحسب نموذج Holahan et Moos.

(H. Chabrol – S. Callahan, 2004 : 119)

إن أمراض العصر الحالي والتي تتسبب في الكثير من المعاناة والآلام لأعداد متزايدة من الناس، هي في الأصل مرتبطة تماما بالحالة النفسية، ففي البداية تكون هناك بعض الضغوط النفسية، ينشأ عنها صراعات وانفعالات داخلية لا يتم التعبير والتنفيس عنها في وقتها، وينتج عن عدم التعبير عن هذه الانفعالات والصراعات الداخلية تغيير وخلل في وظائف أجهزة الجسم وأعضائه، فتبدأ الشكوى من أمراض العصر المعروفة التي تنتشر في عالم اليوم وتسبب العجز والمعاناة، وتشير إحصائيات أن ما يقرب من ثلث المرضى الذين يعانون من الآلام يترددون على الأطباء من مختلف التخصصات في حين أنهم يعانون من حالات نفسية، والثلث الثاني من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية بالإضافة إلى الأمراض العضوية، أما الثلث الأخير من المرضى الذين يعانون من أمراض جسدية حقيقية فإن حالتهم أيضا تتطلب رعاية نفسية حتى يتم علاجهم على الوجه الأكمل. (الشربيني، 2012)

ويوجد اتجاهين رئيسيين في تفسير العلاقة بين الضغوط والاكتئاب كونه أحد آثارها الانفعالية، الأول يتبناه أصحاب الاتجاه المعرفي في تفسير الاكتئاب أمثال بيك ولازاروس و اليس، والذين يؤكدون على أن الأسباب الرئيسية لاكتئاب الفرد تكمن في المعارف المشوهة والأفكار السلبية وأساليب الفرد غير التكيفية، والتي يدرك الفرد من خلالها ويفسر الأحداث البيئية على أنها مهددة وتفوق قدرته على المواجهة، فيتكون لديه توقعا سلبيا للأحداث واعتقادا بعدم الكفاءة ونقص التحكم، فيتبنى استراتيجيات غير فعالة لمواجهة ضغوط الحياة كالتجنب و لوم الذات و الوحدة.

أما الاتجاه الثاني فيشير إلى دور الوجدان السلبى في إدراك الأحداث على أنها ضاغطة، توجد دلائل بحثية تؤكد دور الشخصية ذات الوجدان السلبى في إدراك الضغوط حسب (Christine & Jerr 1993) ، والوجدان السلبى يتحدد من خبرات الفرد السلبية ومدى تعرضه لأحداث سيئة تفوق في مجملها خبراته الإيجابية.



يبين الشكل رقم (05) علاقة الضغوط بالاكتئاب (جاد محمود، 2006)

ويشير كل من (Sheldon et al 1993) إلى أن الوجدان السلبى يمثل الذاكرة الانفعالية المرتبطة بالأحداث الضارة التي تعرض لها الفرد، وأن الحزن والتشاؤم واليأس وانخفاض التوقع الإيجابي والاتجاهات السلبية نحو الذات تعد سمات أساسية لذوي الوجدان السلبى. (جاد محمود، 2006)

فغالبا ما يرافق الاكتئاب حسب، (Steptoe 2007) الأمراض الجسدية، ونسبة الانتشار الاكتئاب ملاحظة لدى المرضى يختلف من 15% إلى 61% خاصة إذا كان المرض خطيرا أو مزمنا. وبعد تحليل عدة مقالات التي نشرت في المجلات العلمية بين سنوات 1995 و 2007 من طرف (Rudisch et Nemeroff 2003) تبين أنه في حالة وجود مرض جسمي فان الاكتئاب يصيب بين 14% إلى 50% من المرضى الذين

يعانون من نوبة قلبية حادة، و بين 5% إلى 44% من الذين يعانون من السكتة الدماغية، و 8% إلى 52% من مرضى السكري، 14% من مرضى الربو، و بين 20% إلى 50% من مرضى السرطان، و 13% إلى 17% من المرضى الذين يعانون من التهاب المفاصل الروماتزمي أو هشاشة العظام. وشمل المسح الصحي العالمي 245404 شخص من البالغين في ستين بلدا، فبين أن نسبة انتشار الاكتئاب (نوبة اكتئاب حسب ICD-10) قدرت بـ 3.2% في المائة من عدد السكان العام وبين 9.3% إلى 23% من المرضى الذين يعانون من واحد أو أكثر من الأمراض الجسدية المزمنة، كما بين (2007) Moussavi et al أنه في حالة ما إذا أصيب الفرد بمرض جسدي كمرض السكري، الربو، التهاب المفاصل أو الذبحة الصدرية ورافق ذلك الاكتئاب، إضافة إلى تواجد ظروف اجتماعية-اقتصادية صعبة، فإن أكثر ما يؤثر سلبا على الحالة الصحية العامة هو الاكتئاب المصاحب للمرض الجسدي. (Bruchon-Schweitzer & al, 2014)

8- خلاصة الفصل :

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وهو غالبا ما يرتبط بأمراض مزمنة كالربو، فأمام التعرض لهذا المرض الذي يعتبر كحدث ضاغط، يحاول المريض التعامل معه وطلب المساعدة النفسية بغاية الخضوع إلى علاج يكون فعالا في التخفيف من الضغط من جهة وشدة الاكتئاب من جهة أخرى، والذي يعتبر كرد فعل لعدم التوازن النفسي، فلكي يتقبل المريض بالربو وضعية فقدان الصحة الجيدة عليه السير في طريق مؤلمة يصاحبها الاكتئاب، لكنه قد يجد في العلاج السلوكي المعرفي وسيلة تساعد على التقبل وعلى التخفيف من الاكتئاب والضغط معا، و هذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل الخامس المخصص لمختلف للعلاجات السلوكية المعرفية وبالخصوص البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الموجه إلى عينة من مرضى الربو المعرضين للضغط والاكتئاب.

الفصل الخامس

العلاج المعرفي السلوكي

- 1- تعريف العلاجات المعرفية السلوكية
- 2- أهداف العلاج السلوكي المعرفي
- 3- العلاج السلوكي
- 4- العلاج المعرفي
- 5- العلاج السلوكي المعرفي
- 6- التعامل مع الربو
- 7- تقنيات تسيير الضغط

تمهيد

بعدما تم التطرق في الفصول السابقة لمرض الربو و ما يترتب عليه من اضطرابات نفسية كالاكتئاب و الضغط النفسي ، خصص هذا الفصل للعلاجات المعرفية السلوكية التي تعتبر أحد طرق العلاج النفسي الأكثر فعالية في علاج مثل هذه الاضطرابات النفسية، مع التطرق إلى بعض التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية للضغط والاكتئاب، منها الاسترخاء وتقنية حل المشكل إضافة إلى إعادة البناء المعرفي.

1-تعريف العلاجات المعرفية السلوكية:

يعرف Freeman العلاج المعرفي السلوكي بأنه "يهدف لتصحيح المفاهيم الخاصة بالسلوك الغير متكيف، وهو يضم اتجاهين أساسيين هما الاتجاه المعرفي والاتجاه السلوكي، حيث يهتم الأول بالجوانب المعرفية والثاني يركز على الجوانب السلوكية" (علي حسين زيدان وآخرون، 2016: 255)، وهو منهج علاجي مبني، تكون مدته عموماً قصيرة، ويعتبر موضوع العديد من الدراسات في علاج المرضى، خصوصاً أولئك الذين يعانون من الاكتئاب. (Chassot et al, 2006)

إن الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية قائمة على نظرية التعلم السلوكية من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية معرفية حيث تعطي الجانب المعرفي مركزاً مهماً في الحدث النفسي، كما تطلق على الأولى تسمية العلاج السلوكي وعلى الثانية العلاج المعرفي، وبالنظر إلى هاتين الطريقتين العلاجيتين المختلفتين كمفاهيم، فهما لا تستخدمان اليوم مع بعضهما بانتظام فحسب وإنما هما مدموجتان، حيث يتعلق الأمر بالعلاجات المعرفية السلوكية، وبتضح ذلك في الجمع بينهما في صيغة واحدة، كما يظهر ذلك من مجموعة التقنيات العلاجية التي تجمع الأسلوبين معاً، مع التركيز على أن الفرد يتأثر بالمشورات الموجودة في محيطه و يؤثر فيها، وهذا ما يمثل التفاعل المستمر بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية. كما يعتمد العلاج المعرفي بشكل عام على الافتراض القائل بأن الأفراد لا يضطربون بسبب الأحداث وإنما بسبب المعاني التي يعطونها لهذه الأحداث، و هذه المعاني والتفسيرات تختلف لدى الفرد الواحد باختلاف المواقف.

كما أن هناك العديد من الأساليب التي يمكن إدراجها ضمن العلاج المعرفي السلوكي ومنها: علاج Ellis العقلاني الانفعالي وعلاج Meichenbaum للتعديل المعرفي

السلوكي، نموذج Goldfried لحل المشكلات، العلاج المعرفي السلوكي الذي وضعه Beck، ويتفق المعالجون على اختلاف أساليبهم في أن الاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية وافتراسات خاطئة يتبناها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. (السقا، 2009)

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أكثر العلاجات النفسية الفعالة لعلاج عدة اضطرابات كالخوف، اضطرابات القلق و الاضطرابات المزاجية، فهو يهدف إلى تعليم العميل كيف يصح أفكاره اللاتكيفية، والتحكم في أعراضه، وتسيير مرضه، وعلى العميل أن يستعمل أيضا بطريقة مستقلة هذه الاستراتيجيات لتسيير تطور مرضه، وذلك يعد الحل الأمثل في العلاج، ويجب أن يكيف مضمون العلاج المعرفي السلوكي متناسبا مع أعراض العميل، ويتم تحديد مدة العلاج وعدد الحصص في بداية العلاج.

تتميز العلاجات المعرفية والسلوكية بصياغة أهداف ملموسة موجهة نحو المشكل وتكون محددة في الزمن، وتسمح الكفالة في العلاج بتفكيك وتوضيح وترتيب المشاكل التي يواجهها العميل، هذا الترتيب التسلسلي يتولد عن أثر هذه المشاكل في الحياة اليومية بطريقة تسلسلية وعن الصعوبات التي تعترض العميل قصد حلها.

إن للعلاجات المعرفية السلوكية نماذج مستنبطة من نظريات التعلم التي تتضمن الاشتراط الكلاسيكي وتعمل به، كما أنها تهتم بالأفكار التلقائية، ومخاطبات العميل لذاته التي تشكل الترجمة الإكلينيكية للمخططات المعرفية، و التي تتجلى في بنية معرفية تربط بين المعلومات المتعلقة بالذات والآخرين و المستقبل، حيث تشكل هذه المخططات نسقا اعتقادي من شأنه أن يتسبب في سلوكات مرضية، ولهذه الاعتقادات خصائص فهي إما فاعلة أو كامنة حسب مستويات تلاؤمها مع الحالة التي يجب على الشخص إدارتها. (Raphaël. T et al, 2012)

يعمل العلاج المعرفي السلوكي على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج و العميل تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للعميل عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة و اعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام

الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها العميل وما يترتب عليها من ضيق وضغط، وبنفس المنطق يتحمل العميل مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية. (عادل عبد الله محمد، 2000)

2- أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

تتضح أهمية البرنامج السلوكي المعرفي في فعالية أساليبه وفنياته العيادية، و هي قصيرة المدى مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى، ويتم من خلال البرنامج السلوكي المعرفي القيام بالأساليب التالية :

- تدريب العميل على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
 - تدريب العميل على المراقبة الذاتية للأفكار السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير.
 - تدريب العميل على استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية.
 - تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام إعادة البناء بوضع أفكار إيجابية بدل الأفكار السلبية.
 - تدريب العميل على فنية الاسترخاء.
 - تدريب العميل على تطبيق هذه المهارات كواجب منزلي. (حامد الغامدي، 2007)
- من خلال ما سبق، نلاحظ أن العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى تبصير العميل على فهم سلوكه الغير متكيف وطبيعة بنية معتقداته ووجدانه، اللذان يؤثران على هذا السلوك، بعدها تستخدم أساليب مختلفة حسب الضرورة والحاجة، وبعد التدريب في إطار حصص علاجية، يطلب من العميل تطبيق هذه المهارات كواجب منزلي ومناقشتها أثناء الحصص والخروج بنتائج سلوكية يحققها هذا الأخير بالتعاون مع المعالج. (Le Compte, 1993)
- وتتمثل الأهداف الأساسية التي تميز الحصص العلاجية السلوكية المعرفية في السلوكات، أي ما يجب القيام به وماذا يجب تغييره عند المفحوص، الوجدان، المعارف والمعتقدات، تأكيد الذات والفعالية الذاتية وحل المشكل. (Laroche, 2004)
- كما يهدف العلاج المعرفي أيضا إلى:
- إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي أن يعتدل الطرفان الآخران.

-تعليم العميل كيف يحدد ويقيم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

-تعليم العميل تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية.

-تدريب العميل على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية.

-تحسين المهارات الاجتماعية العميل من خلال تعليمه حل المشكلات.

-تدريب العميل على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكه وطريقته المعتادة في التفكير باستخدامها خلال الحوار الداخلي (السقا، 2009)

ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي تقنيات متعددة منها تقنيات مستوحاة من العلاج السلوكي و أخرى تقنيات من العلاج المعرفي.

3-العلاج السلوكي:

قبل التطرق إلى العلاج المعرفي السلوكي لا بد من الحديث عن العلاج السلوكي لأنه يسبقه في النشأة ويفسر جانبا معتبرا منه، حيث تطور هذا النوع من العلاج على أسس التعلم من الإشراف الكلاسيكي، و هو ينص على أن الاستجابات الانفعالية يتم تعلمها أو تحريضها شرطيا، إذ تستعمل فيها نفس أسس التعلم المتمثلة في الملاحظة، التقليد و التعزيز.

تتمثل تقنيات العلاج السلوكي في أن يقوم المعالج بالتعرف على السلوكيات التي تحتاج إلى تغيير ومن ثم يمد المريض بطرق خاصة للقيام بهذا التغيير. ومن أهم التقنيات السلوكية نجد تقنية الملاحظة الذاتية، المكافئة الذاتية، النمذجة ولعب الأدوار، كما أثبتت تقنية نزع الحساسية المنتظم بالتعرض للمثير فعاليتها في علاج القلق والخوف والفوبيا.

و يضم العلاج السلوكي عدة أساليب و طرق علاجية تهدف جميعا إلى إحداث تغيير ايجابي لحياة الفرد، القضاء على الاضطرابات السلوكية و تحقيق السعادة والرفاهية للفرد. ويقصد بالعلاج في هذه الحالة محاولة تغيير وجدان أو سلوك أو أفكار الفرد إلى ما هو أفضل، حتى يتمكن من مواكبة أحداث الحياة بفاعلية أكبر، كما يقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة و التي يمكن أن نلاحظها من خلال التصرفات والأفعال وردود الأفعال، كما يقصد بها كذلك الاستجابة غير الظاهرة الخفية كالمشاعر والأفكار.

3-1- التقنيات السلوكية:

تستند النظرية السلوكية على افتراض أساسي يؤكد على أهمية العمليات العقلية أو الترميزية في تنمية السلوك المرضي و الإبقاء عليه و تعديله أيضا. كما أن للعلاج السلوكي أدوات و أساليب كثيرة تهدف كلها إلى مساعدة الفرد على التخلص من كل سلوك غير مرغوب وتبني السلوك المرغوب، مع استبدال العادات الضارة بالعادات الأكثر توافقا وتكيفاً، ومن أهم هذه الأساليب الاشرط الكلاسيكي الذي وضعه Pavlov، نزع الحساسية المنتظم، أسلوب Skinner للاشرط الإجرائي، تقنية Jacobson للاسترخاء ، العائد الحيوي المرتجع، الضبط الذاتي و حل المشكلات. (ممدوح مختار علي، 2001)

تستخدم التقنيات السلوكية ضمن نسق العلاج المعرفي السلوكي حيث يتم استخدام أساليب واستراتيجيات سلوكية مباشرة لاختبار التصرفات والأفكار المختلة وظيفيا مثل العجز، العزلة، الملل والكسل، وذلك من خلال جعل العميل يجرب السلوك الذي يتجنبه أو يخافه، مما يتيح التحدي المباشر للأفكار اللاتكيفية.

كما يعتبر التدريب على الاسترخاء من بين أهم التقنيات السلوكية إضافة إلى التدريب على توكيد الذات، التدريب على جدولة نشاطات المهارات الاجتماعية، و على استخدام المقياس المزدوج، مقياس تشتت الانتباه، تطبيق الواجبات المتدرجة و حل المشكلات. و أهم التقنيات السلوكية نذكر ما يلي:

3-1-1-جدولة النشاطات: من خلالها يطلب المعالج من العميل أن يسجل في سجل أداء يومي أو أسبوعي ما قام به في كل ساعة من اليوم، وأن يعطي نسبة لكل فعالية من حيث الإتقان والرضا بمقياس من صفر إلى عشرة، حينما يقدم سجل النشاط لأول مرة، يطلب من العميل عادة أن يعد سجلا للنشاطات الأساسية دون محاولة إجراء أي تغيير وتتم مراجعة المعطيات في جلسة العلاج التالية.

3-1-2-نسبة الإتقان والرضا: في هذه الحالة يطلب المعالج من العميل تسجيل درجة الإتقان والرضا على الاستمارة بمقياس مئوي مؤلف من خمس أو عشر درجات، و هذا الأمر يساعده على إدراك النجاحات الجزئية التي يحققه في انجاز بعض المهام المطلوبة منه، مع تسجيل درجة رضاه على هذا الأداء.

3-1-3- المهام المتدرجة: وتستخدم هذه التقنية عندما يواجه العميل، عملاً يبدو له صعباً ويتم ذلك بتجزئة الهدف السلوكي إلى خطوات صغيرة متتابعة، يمكن تنفيذها خطوة واحدة في كل مرة وصولاً إلى الهدف المحدد، و غالباً ما تقترح الواجبات المتدرجة من طرف المعالج للأفراد المصابين بالاكتئاب، وذلك يكون على شكل نموذجي كأسلوب حل المشكلات و بعض الأساليب المعرفي كأسلوب طرح الأسئلة السقراطي وتسجيل الأفكار، و الهدف من تطبيق هذه التقنيات هو تجديد نشاط العميل وتركز طاقته بصورة منتجة ليتحسن مزاجه.

3-1-4- التدريب على المهارات الاجتماعية: في حالة ما إذا كان بعض العملاء يفتقرون إلى مهارات محددة فإن من واجب المعالج مساعدتهم على اكتساب هذه المهارات، والتي قد تبدأ من إلقاء التحية بالشكل المرغوب حتى التدريب على مهارات الحوار والتواصل.

3-1-5- التدريب على توكيد الذات: تعتبر هذه التقنية مفيدة مع العملاء المكتئبين والقلقين، وذلك بالتركيز على التعبير عن مشاعرهم، وآرائهم تعبيراً مباشراً وبأسلوب مقبول اجتماعياً، و هي تساعد على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفعالية والنجاح عندما يدخل الفرد في علاقات اجتماعية مع الآخرين، فلا يكون ضحية لموقف خاطئ من صنع الآخرين ودوافعهم في مثل هذه المواقف.

3-1-6- تثبت الانتباه: يعتبر الإلهاء مهارة إزاحة وليس منهجاً لتغيير التفكير غير الواقعي، وهو يعتبر من النشاطات البديلة كالاستماع إلى المذياع، حل كلمات متقاطعة، القيام بالرياضية، كما يمكن لهذه النشاطات الهاء العميل و ابتعاده عن الأفكار الاكتئابية ولو بشكل مؤقت.

3-1-7- مواجهة الواقع: أحياناً لا بد من توسيع مجال استخدام بعض التدريبات السلوكية إلى خارج غرفة العلاج، في هذه الحالة يستطيع المعالج الذهاب مع العميل إلى الموقع والوضعية التي يخشاها، كالذهاب إلى مطعم أو إلى موقع التسوق في حالة الفوبيا الاجتماعية، فالتعرض للحياة العملية يمكن أن يربط بين التدريب داخل المكتب وخارجه وبين الواجب المنزلي والتجربة عن طريق الخيال. (السقا، 2009)

3-1-8- العلاج بالتعرض: يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه انخفاض شدته، فالتعرض يتخذ عدة أشكال كالتعرض التخيلي والتعرض

المتدرج، والتعريض في الواقع، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة العميل. كما يوجد أنواع أخرى من التعريض كالتعويض بطريقه مباشرة للموقف الذي يسبب القلق، و يتمثل الهدف من هذه التقنية هو التأثير على الأعراض السلبية للقلق والعمل على إطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى. (Thomas.H, & al, 1994)

كما يمكن أن يكون التعرض بشكل متدرج، حيث يطلب من العميل في البداية التفكير في الشيء أو الوضعية سبب المشكل، أو النظر إلى صورة تمثله، هذا ما يعرف بالتعرض الغير مباشر، بعدها يطلب من العميل التقرب تدريجيا من الوضعية المسببة للمشكل حتى يتمكن من لمس الشيء أو التواجد في الوضعية المسبب للخوف أو القلق (Rector.N, 2010). ويمكن أن يطبق التعريض دفعة واحدة، ويتكون من خطوات تبدأ من مواجهة المثير الأقل شدة إلى غاية الوصول إلى المثير الأكثر شدة، كما يتم استخدام الاسترخاء مع هذا النوع من التعريض، ويفضل عدم الانتقال من مواجهة مثير إلى مثير آخر إلا بعد التأكد من معاشه المريض للمثير الأول. (محمد سعفان، 2003)

3-1-9- التعريض الميداني أو التخيل: في هذا النوع من التعريض يتم تصور الموقف عن طريق الخيال بدلا من مواجهته واقعا والإبقاء عليه حتى التعود عليه وإضعاف القلق، وفي حالة استخدام التعرض الميداني والتعرض التخيلي معا في الجلسات العلاجية يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم التعرض الميداني، فبالتعريض المتدرج للمخاوف تتناقص شدة القلق حيث يدرك العميل أن هذه المخاوف مبالغ فيها وهي غير عقلانية، ويعرف هذا السياق "بالتعود". (ناصر المحارب، 2000)

3-1-10- الاسترخاء: تكمن أهمية الاسترخاء في إمكانية تطبيقه على المرضى أو على الأشخاص الذين لا يعانون من أي مرض، لأنه يعمل على تطوير الصحة النفسية والتغلب على السلوكيات السلبية، ويهدف الاسترخاء أيضا إلى اكتساب حالة من الهدوء والراحة في فترة قصيرة مع التحكم في الشد الزائد في المواقف المسببة للضغط. (Payne, 2000)

تكمن أهمية الاسترخاء في فوائد متعدد و منها ما يلي:

-الفوائد الفزيولوجية: يساعد الاسترخاء العميل في تحسين بعض الوظائف الحيوية منها التنفس بشكل عميق وبطيء، و بالتالي يخفض معدل ضربات القلب، و تسترخي العضلات، مما يخفض مستوى حامض اللاكتيك في الدم فيتحقق توافق أفضل بين موجات الدماغ.

-الفوائد البدنية: زيادة طبيعية لضغط الدم، الحفاظ على معدل طبيعي للوزن، التخلص من الأرق، تأخير ظهور التعب، الوعي المبكر بتوتر العضلات وتحقيق القدرة على الاسترخاء.

-الفوائد النفسية: الشعور بالهدوء، تطوير الصحة العقلية، تطوير الثقة بالنفس وتقدير الذات، تطوير التوافق بين العقل والجسم، عدم الاستجابة للمثيرات السلبية، ادراك أفضل للدافعية، تطوير الانتباه، التركيز ، والذاكرة وخفض القلق وتوتر والسلوك السلبي.

(عبد المجيد. م، 2005)

يعتبر تعلم الاسترخاء أمر جد مهم، فالضغط الممارس على العضلات لا يتم التخلص منه إلا في حالة الاسترخاء حيث يرى (Boureau 2004) أنه لكي يصل المريض إلى الاسترخاء التام و يستفيد منه بشكل جيد يأخذ وقتاً معتبراً، فالهدف هو ممارسة الاسترخاء دون مساعدة المعالج، فمع التمرين يصبح من السهل على العميل للوصول إلى حالة استرخاء تام و فعال.

ويمكن تطبيق الطرق المختلفة للاسترخاء انطلاقاً من سن ستة سنوات ومنها تقنية Jacobson للاسترخاء التدريجي أو تقنية Schultz للاسترخاء.

3-1-10-1- فرط التهوية والربو: تعتبر الاستجابات الناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية الناتجة عن القلق أساس المرض العضوي النفسي المنشأ، ولاسيما حالات الربو، ومنه تبرز أهمية علاج التغذية البيولوجية الراجعة (العلاج الفزيولوجي النفسي) للتحكم في استجابات الجملة الإعاشية.

عند معانات المريض من قلق عصابي و ربو قصبي لا يمك القول أن اضطرابه النفسي هو السبب المباشر لظهور مرض الربو، مع ذلك أظهرت العلاجات السلوكية فعاليتها في علاج بعض الأمراض السيكوسوماتية كالربو. (Broeck.N & al, 2012)

3-1-10-2- التنفس البطني العميق: يجري التدريب على التنفس البطني العميق بهدف ردع استجابة الضغوط و ذلك بالعمل على إفراز هرمون الأندروفين المهدئ، فيصبح الفرد أكثر وعياً بأفكاره المرتبطة بالضغوط، والغرض من التنفس العميق هو السماح لكرات الدم

بتنشيط الجسم والتقاط الأكسجين من الرئتين وحمله عبر الجسم إلى كل خلية وعصب وعضو وعضلة، وما أن تطلق خلايا الدم الأكسجين حتى تلتقط ثاني أكسيد الكربون وتعيده إلى الرئتين للتخلص منه، ما يؤدي إلى تهدئة العقل والشعور بالسلام الداخلي (مريم، 2006). و تتم ممارسة التنفس البطني باعطاء المعالج التعليمات التالية للعميل:

- اجلس في مكان هادئ وركز على تنفسك دون تغييره، ضع يد واحدة على صدرك، والأخرى على بطنك (الحجاب الحاجز) وتنفس بشكل طبيعي، إذا كان صدرك يتحرك وليس بطنك، فهذه الطريقة تعتبر خاطئة فالعكس هو الذي يجب أن يكون.
- الآن ستحاول التنفس عن طريق الأنف.

- عند الاستنشاق عد إلى ثلاثة، وعند الزفير عد إلى عشرة واستعمل عبارة "استرخي".
- يعتبر التنفس العنصر الأساسي في الاسترخاء، فتعلم كيفية إتقانه سيساعدك على التحكم بشكل أفضل في عقلك ومشاعرك. (Broeck.N & al, 2012)

يتم تعليم العميل تمارين الاسترخاء خلال الجلسة العلاجية، أو إعطاءه شريطا مسجلا صوتيا مناسباً له حيث يمكنه من ممارسة هذه التدريبات لوحده. (السقا، 2009)
3-1-11- أسلوب التغذية الراجعة: هي عملية التفاعل التعبيري الحر التي يكسب من خلالها الفرد قسطاً هائلاً من المعلومات المتعلقة بحالته المرضية ومشكلته التي يعاني منها، فهي معلومات متنوعة يتقاسمها العميل مع المعالج في إطار التفاعل الذي يتم أثناء الحصة العلاجية، أو مع الجماعة العلاجية التي ينتمي إليها والتي يشاركها العلاج.

و يتم التركيز أثناء عملية التغذية الراجعة على مجموعة من العناصر منها الاهتمام بسلوك الفرد، الاهتمام بالملاحظات عوض التأويلات و التركيز على الوصف بدل إصدار الأحكام، مع استخدام عبارات مثل "أقل" أو "أكثر" لوصف مواقف محددة و واقعية والمفيدة عوض التركيز على ما هو مثالي. (أبو زيد، م، 2008)

3-1-12- أسلوب حل المشكل: يشير هذا المفهوم إلى قدرة الفرد على إدراك عناصر الموقف أو المشكل وصولاً إلي وضع خطة محكمة لحله، و الجدير بالذكر أن بعض الأفراد قد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشاكل و مواقف صعبة نتيجة لنقص مهارات التدريب علي حل المشكلات لديهم، و بالتالي يقفون أمام مشكلاتهم عاجزين عن إيجاد الحلول المناسبة لها، فيضيع الكثير من الوقت و الفرص التي هم في أمس الحاجة إليها،

وتتبعكس آثار ذلك على تقديرهم لذاتهم، فتتراكم المشكلات عليهم مما يجعلهم عرضة للإحساس بالضغط، وفي ضوء ذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة، كونها تهدف إلى تنمية مهارات حل المشكلة لدى الأفراد حتى يمكنهم التعامل مع هذه المشكلات و إيجاد الحلول الملائمة لها، كون أن الضغط يحدث نتيجة عدم قدرة الفرد على حل مشكلاته بفعالية، و ذلك لنقص في مهارات حل المشكلة فيعانون من الفشل في التعامل مع الضغوط مقارنة بالأفراد الذين لديهم مهارات أفضل في هذا المجال. (عبد العظيم حسين.ط و عبد العظيم حسين.س، 2006)

كما تفيد هذه التقنية العملاء الذين يفتقرون لمهارات في حل مشكلاتهم، وذلك عن طريق تعليمهم سلسلة من الخطوات التي تساعدهم على التفكير في المشكلات والحلول، ولمساعدتهم على التأقلم مع مشكلاتهم بطريقة بناءة أكثر. (السقا،2009)

وعرّف (D'zurilla & Goldfried (1971) مصطلح "حل المشكل" بأنه "عملية سلوكية وتكون إما ظاهرة معبر عنها بشكل صريح و مباشر وإما ذات طبيعة معرفية، وتمتاز هذه العملية السلوكية بصفتين أساسيتين بحيث توفر مجموعة من الاستجابات البديلة ذات الفعالية القوية التي يتمكن الفرد بواسطتها من التعامل مع الوضعية الإشكالية كما ترفع من احتمال القدرة على انتقاء الاستجابة الأكثر فعالية من بين البدائل المتعددة. (بومصباح وآخرون، 2017)

3-1-13-الواجبات المنزلية: يعتبر الواجب المنزلي جزءا مكملًا للعلاج المعرفي لبيك (1979) وليس اختياريًا، فهو يساعد العميل على تطبيق ما تعلمه في الحصص العلاجية طيلة الأسبوع، فالواجب المنزلي الجيد يعطي فرصًا أكثر للعميل لكي يعلم نفسه من خلال رصد أفكاره و مشاعره و تصرفاته، وكذلك لاختبار أفكاره ومعتقداته حتى يستطيع تعديلها. من بين الواجبات المنزلية نجد:

-التنشيط السلوكي: هو مهم خاصة بالنسبة للمرضى الخاملين، وقد يشمل ممارسة نشاطات جديدة أو تطبيق إجراءات عملية منبثقة من خلال المشاكل التي تم طرحها، وغالبا ما يؤدي إلى حل المشكلة المباشرة مع تسجيل تحسن في المزاج.

-رصد الأفكار التلقائية: ليتم رصد الأفكار التلقائية يطرح العميل السؤال التالي: " ما الذي يدور في رأسي الآن؟" فكلما لاحظ العميل تغيرا في مشاعره يسجل ذلك في سجل الأفكار

المعطلة أو التلقائية، و يشرح المعالج العميل أن رصد هذه الأفكار يؤدي في الواقع إلى زيادة الإحباط إذا لم يحاول أن يجيب عليها بطريقة ايجابية تكيفية.

-العلاج بالقراءة: عند القراءة العميل إلى مقال علمي يتمحور حول مشكلته، يقوم بتسجيل ردود أفعاله، و الأمور التي يوافق عليها و تلك التي لم يوافق عليها، إضافة إلى الأمور التي يريد أن يستفسر عنها.

-مراجعة الجلسة العلاجية السابقة: يساعد ذلك على تثبيت ما تعلمه العميل خلال الجلسة، حيث يمكنه تسجيل الأفكار السلبية إضافة إلى الاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة.

-الإعداد للجلسة العلاجية القادمة: هذا أمر طبيعي لمعظم العملاء و لا يتطلب عادة إلزام من المعالج، بحيث يتوقعون ما سوف يسألهم في بداية كل جلسة.

-يمكن للمعالج الطلب من العميل القيام بواجبات منزلية متنوعة حسب هدف الجلسة ومنها: . إعداد قائمة الأهداف التي يتوقعها من خلال الجلسة الأولى.

. إعداد قائمة أفكار ايجابية.

. تقييم الأفكار الآلية و الاستجابة لها.

. صياغة الأفكار و المعتقدات السلبية.

. في النهاية يوجه العمل لمنع الانتكاس وإنهاء العلاج و ذلك عن طريق تنظيم المذكرات العلاجية مثلا والاستجابة للأفكار الآلية حول إنهاء العلاج.

. تطوير الخطط لمواجهة الصعوبات المستقبلية.

تكن أهداف العلاج في الجلسة الثانية في مساعدة العميل على أن يختار مشكلة وهدفا معينا للتركيز عليه والتعرف على الأفكار التلقائية، مع التطرق إلى ماضي العميل و حاضره وذلك وفق المنظور المعرفي.

وفي الحصة الأخيرة يبدأ العميل بالشعور بالتحسن، حينها يركز المعالج في العمل على تفادي الانتكاسات، فيدعم الواجب المنزلي ما تعلمه العميل في جلسات العلاج ما يزيد من الإحساس بالكفاءة. (بيك.ج، 2007)

4-العلاج المعرفي:

يعتبر Beck (1979) من أشهر رواد العلاج المعرفي، و يشكل هذا العلاج دليلا جامعا يطبق على كل عميل، لأنه يستوجب مسبقا تحليلا دقيقا وعميقا لكل حالة فردية مما يسمح باختيار التقنية العلاجية المناسبة، كما يتميز العلاج المعرفي بأسلوب علاجي ذات طابع استقرائي وتساهمي.

يعتبر العلاج المعرفي للاكتئاب علاجا نفسيا منظما وبنويا يهدف إلى تحسين أعراض الاكتئاب ومساعدة العميل على تعلم طرق ومناهج أكثر فعالية لمواجهة المشاكل والصعوبات المساهمة في اكتأبه، فهو علاج يركز على المشاكل النفسية والوضعيات الخارجية التي تساهم في معاناة العميل، وبما أن النظرية المعرفية تربط المشاكل النفسية بأخطاء في التفكير ما يجعل العلاج المعرفي يطبق على التقييمات الخاطئة للمشاكل، على التفكير القائم على أسس ومقدمات هشة وخاطئة، وعلى الاستنتاجات الخاطئة، فبمساعدة العميل على تطبيق الفكر السليم والمنطقي بطريقة إمبريقية وواقعية على مشاكله، يقوم المعالج المعرفي بإعطائه الأدوات الضرورية لحل مشاكله أو مواجهتها بفعالية تؤدي إلى تكيفه السليم.

تتضمن تقنيات النظرية المعرفية تحكم العميل في أفكاره الآلية والسلبية واللاعقلانية بعد تعرفه عليها، وتعويضها بأفكار إيجابية وبالتالي يتعلم مواجهة وحل مشاكله بالتعويض التدريجي للأفكار المشوهة حول الذات.

لقد أثبت العلاج المعرفي فعاليته في معالجة مختلف الاضطرابات، فهو أحيانا أكثر فعالية من العلاج الدوائي في معالجة الاكتئاب وكذلك القلق المعمم، فوبيا الأماكن الواسعة، هجمات الرعب، الإدمان على التدخين واضطرابات الشهية والتغذية، وفي بعض الحالات كان العلاج المعرفي أكثر فعالية مقارنة بأشكال أخرى من العلاجات. (بوزيد. أ، 2015)

وأكدت دراسات كثيرة في الولايات المتحدة الأمريكية على نجاح نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب والمتضمنة لعدد من الطرق والأساليب لتعليم العميل كيفية مواجهة الضغط و التعامل معه بهدف التغلب على الأعراض الاكتئابية. (مختار علي، 2001)

وقد ارتبطت مناهج وطرق العلاج المعرفي تدريجيا بمناهج العلاج السلوكي وكانت نتيجته ما يدعى بالعلاج المعرفي السلوكي، و من أهم التقنيات العلاجية المعرفية ما يلي:

4-1- إعادة البناء المعرفي:

تستخدم هذه التقنية للحد من عملية اجترار الأفكار التي تعمل على استمرار المشكلة، وهي مهمة خاصة في بداية العلاج ، وذلك قبل أن يتدرب المريض على إيجاد بدائل لهذه الأفكار التلقائية السلبية، وتساهم هذه التقنية في الحد من تكرار الأفكار السلبية، فهي بذلك تحسن مزاج العميل ما يساعده على حل مشكلته، كما تفترض الصيغة الأصلية لنموذج الاكتئاب في العلاج المعرفي السلوكي لبيك (1979) أن الأفراد المكتئبين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم، عن المستقبل و عن العالم، هذه المخططات تستثير معارف آلية لتكيفية معينة في مواقف معينة، ويعمل العلاج المعرفي السلوكي على تحديد الأفكار اللاتكيفية ليتم تعديلها بعد ذلك. (هوفمان.اس جي،2012)

ويرى (Seaward 1997) بأن الأفكار أو المنبهات التي تصل العقل قد تكون سلبية أو إيجابية أو تتوسط الطرفين، وهذا ما يطلق عليه الإدراك الحسي، و تلعب تقنية إعادة بناء الإدراك المعرفي دورا هاما في إعادة بناء الأفكار من الحالة السالبة إلى الحالة الموجبة أو المحايدة، كما تعمل على مساعدة الأفراد في التخفيف من التوتر النفسي من خلال تصحيح التصورات، وتندرج هذه التقنية ضمن العلاج العقلاني لاليس والعلاج السلوكي المعرفي لبيك. (كوري،2013)، و ليتم تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها يستعمل المعالج عدة تقنيات معرفية و سلوكية و من بينها ما يلي:

4-1-1- الحوار السقراطي: ويعد الحوار السقراطي من أكثر تقنيات العلاج المعرفي استخداما في طرح الأسئلة ويسمى كذلك بالاكشاف الموجه، و لا يوجد شكل محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، فيجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه في صياغة الأسئلة المتتالية التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا.

4-1-2- التخيل: يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن الأفكار حينما لا تجدى الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما ينتج عن التساؤل السقراطي كما محدودا من الأفكار التلقائية، وقد يتمكن بعض العملاء من استخدام التخيل بتوجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلا أن يطلب إليه بأن يتخيل نفسه في وضعية مزعجة، ثم يصف الأفكار التي راودته، وغالبا ما يدرك العميل في هذه الوضعية أن

أفكاره غير منطقية، فالمطلوب في هذه الحالة هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة مع إعادة صياغتها في الحاضر.

4-1-3- لعب الدور: في الغالب يكون لعب الدور أكثر فائدة من التخيل، وذلك بعد الحصول على وصف واف للسلوك الذي تبناه العميل أمام موقف معين، وعندها يقوم يقوم العميل بلعب بدوره، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل العميل دور المعالج، في حين يلعب هذا الأخير دور العميل. (السقا، 2009)

كما تستخدم هذه التقنية كأسلوب أساسي في عمليات "توكيد الذات"، ويمكن استعمالها بشكل فردي أو جماعي، ويستوجب اللجوء إلى الاسترخاء وأسلوب "فقدان الحساسية المنتظم" قبل تطبيق طريقة "لعبة الأدوار" في حالة ما إذا كان العميل يجد صعوبة في مواجهة الآخر خاصة في العلاج الجماعي. ويعتمد المعالج بمساعدة العميل على تحديد "وضعيات المشكلة" وترتيبها قبل تطبيق تدريجي من الأسهل تنفيذا إلى الوضعيات الأكثر تعقيدا. (Cottraux, 2001)

ينتمي أسلوب لعب الدور لنظرية Bandura في التعلم الاجتماعي، وهو أسلوب تعليمي إرشادي يتيح للعميل بأن يقوم بأداء أنماط سلوكية نموذجية، في جو نفسي ملائم، يقدم الدعم والمساندة، ويتركز هذا الأداء على تعلم السلوك الجديد أمام مواقف معينة، وتستخدم هذه الفنية في إكسابه أنماط سلوكية إيجابية، وتعلم مهارات اجتماعية، كما تستخدم في التخلص من المشكلات، ومواجهة المواقف والأشخاص بشكل أفضل، وفي التدريب على تحمل الضغوطات والإحباط، وتجنب التسرع والاندفاع، والتحكم في الذات و تساهم تقنية لعب الدور في إعادة البناء المعرفي من خلال انتقال أثر خبرات الدور وقلب الدور. (بومجان.ن، 2016)

4-1-4- الرسم الكاريكاتوري: عندما لا يستطيع العميل تحديد أفكاره يتم الطلب منه رسم شكل كاريكاتوري على شكل وجه حزين معبر، ويطلب إليه صياغة بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزينا وكتابتها ضمن مربع أمام الوجه. ويتيح مثل التقنية للعميل بتكوين فكرة عما يزعجه بالفعل، حيث تكون الأفكار التي يضعها العميل في عقل الشكل الكاريكاتوري هي الأفكار التي تستولي عليه.

4-1-5- سجل الأفكار: يطلب إلى العميل في هذه الحالة أن يدون الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج، ويسمى هذا الأسلوب بالأعمدة الثلاث إذا تحتوي الاستمارة على ثلاثة أعمدة، يقدم العمود الأول وصفا للحالة، أما العمود الثاني فيقدم قائمة بالأفكار التلقائية، والعمود الثالث يضم الاستجابة الانفعالية، وقد وسع Beck أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفا من خمسة أعمدة، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا.

4-1-6- مناقشة الحوار الداخلي: أخذت هذه التقنية من أسلوب Meichenbaum في العلاج المعرفي، حيث يؤكد على أهمية الحوار الداخلي للفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثم سلوكه، وخلال العلاج يتدرب العميل على التحدث إلى ذاته بطريقة بناءة.

4-2- تعديل الأفكار التلقائية: ليس هناك في العادة فصل تام في العلاج المعرفي السلوكي بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها، و غالبا ما تكون العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية كافية للبدء بالتغيير الحقيقي.

4-2-1- إيجاد البدائل: يرى العديد من الأفراد أنهم فقدوا كل الخيارات، و هذا ما يحدث لدى المقدمين على الانتحار، فإنهم يرون الخيارات والبدائل المتوافرة لهم محدودة جدا لدرجة أن الموت يبقى الخيار الأسهل و الأبسط لديهم، ويتطلب إيجاد البدائل العمل سوية مع العميل.

4-2-2- تفحص الدليل: يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والعميل بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأن العميل غالبا ما يقدم دليلا يدعم اعتقاده متجاهلا معلومات جد مهمة، ومركزا على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة.

4-2-3- الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية: يساعد هذا الأسلوب العميل على أن يقيم بنفسه ما إذا كان يبالغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أم لا، و أكثر الأسئلة التي يطرحها العميل هي مثلا "ماذا لو لم أستطع فعل الأمر" .

4-2-4- التدريب المعرفي الاستطلاعي: وتستخدم هذه التقنية للمساعدة في الكشف المسبق للأفكار التلقائية السلبية، وفي تدريب العميل على تطوير معرفيات أكثر تكيفا وملائمة، ويكون ذلك بطلب من العميل أن يستخدم الأفكار البديلة في وضع مشكلي جديد، ويراقب انفعالاته المترافقة مع هذا السلوك الجديد، يساعد ذلك على تحديد العقبات المحتملة المعرفية والسلوكية التي ستعيقه في تنفيذ هذه التقنية في المستقبل.

وتعتبر الجلسة العلاجية المكان المثالي للتدريب على العديد من السلوكيات إذ يقوم المعالج بدور المدرس والموجه الذي يقدم تغذية راجعة مباشرة على الأداء مقدما الاقتراحات المحسنة للسلوك الجديد، و يمكن استخدام تقنية لعب الدور لتحقيق ذلك.

4-2-5- التفكير بتدرجات الرمادي: تقوم هذه الطريقة على تحفيز العميل على التفكير المتعدد وعدم الاقتصار على فكرة "أسود أو أبيض" كأن يقول العميل "إنني إنسان فاشل، لا أفعل شيئاً صحيحاً على الإطلاق، إنني" مجرد خاسر" و على المعالج توضيح أفكار العميل المتطرفة والمشوهة والتي غالباً ما تؤدي إلى القلق والاكتئاب، و ذلك بأن يقيم العميل الأشياء ضمن مجال محدد من صفر إلى مئة، وعندما لا تحدث الأشياء كما كان يأمل، يمكن أن يقول لنفسه: "إنني فاشل بمقدار محدد، إنني أفعل أشياء صحيحة وأشياء غير صحيحة" أو أن يقول "إنني خسرت إلى حد ما".

4-2-6- طريقة دلالات الألفاظ الينبغيات: يسود عند عدد كبير من العملاء نمط من التفكير بالينبغيات، وتعتبر طريقة دلالات الألفاظ طريقة فعالة لمقاومة عبارات الينبغيات هذه فبدلاً من أن يقول العميل لنفسه عندما يكون منزعجاً " يجب أن أفعل هذا " أو " كان يجب ألا أرتكب ذلك" ، يتم تدريب العميل على أن يستخدم طريقة دلالات الألفاظ للرد على كل فكرة سلبية تدور في رأسه وذلك باستبداله مفردات لغوية تعطي انطباعاً أقل انفعالاً وأقل إزعاجاً على العميل. مثل عبارات " سيكون لطيفاً لو..".

4-3- تحديد المخططات وتعديلها: تعد عملية تحديد المخططات وتعديلها أصعب إلى حد ما من تغيير الأفكار التلقائية السلبية لأن هذه المعتقدات الجوهرية تتميز بعمق أكثر وربما أبعد بكثير عن وعي العميل وتكون قد تعززت عادة عبر سنوات من التجارب الحياتية. ويمكن للعديد من التقنيات التي تم ذكرها في تعديل الأفكار التلقائية أن توظف توظيفاً ناجحاً في العمل العلاجي على مستوى المخططات مثل: إجراءات المنهج السقراطي في طرح الأسئلة والتخيل و لعب الأدوار وتسجيل الأفكار، و ذلك بهدف الكشف عن المخططات ذات التكيف السيئ.

وحيثما يكتسب العميل الخبرة في تمييز الأفكار التلقائية، تبدأ أنماط متكررة بالظهور مما قد يوحي بجوهر المخططات الأساسية، وارتباطها مع الأفكار التلقائية و هنا يمكن أن يستخدم المعالج طريقة التربية العلاجية لشرح مفهوم المخططات أو المعتقدات المحورية ومن

ثم يبدأ العملاء بتمييز مخططاتهم الأساسية، وقد يتطلب تعديل المخططات اهتماما كبيرا داخل جلسات العلاج وخارجها. (السقا، 2009)

5-العلاج المعرفي السلوكي:

لقد تم مزج تقنيات العلاج المعرفي والسلوكي في العلاج المعرفي السلوكي وأثبت هذا الأخير فعاليته في علاج مختلف الاضطرابات النفسية، كنوبات الهلع و الفوبيا والوسواس القهوي والأرق وكذلك الاكتئاب، كما أظهر النمط المعرفي السلوكي في العلاج أنه أكثر فعالية من العلاجات التقليدية. (Dobson & Khatri,2000)

5-1-تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

يمر تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بأربعة مراحل، حيث تتميز المرحلة الأولى كونها مرحلة التعارف تمهيدا للعلاج، وتبادل المعلومات بين المعالج والعميل مع تقديم الإطار العام للبرنامج العلاجي وأهدافه، أما المرحلة الثانية فهي ترمي إلى تقديم الخطة العلاجية من خلال تقديم المفاهيم النظرية والمهارات العلاجية، في حين تهدف المرحلة الثالثة إلى تقديم البرامج والتقنيات والإجراءات وطريقة ممارستها، أما المرحلة الأخيرة فهي تعتبر المرحلة العلاجية بحد ذاتها، و يركز العلاج السلوكي المعرفي على خصائص أهمها "الآن وهنا"، مع انتقاء المشاكل الواقعية التي قصد العميل من أجلها العلاج، ليتم بعد ذلك اختبار افتراضات علاجية موضوعة بالتعاون بين المعالج والعميل. (INSERM, 2004)

يقدم المعالج في الحصة الأولى سواء في العلاج الجماعي أو العلاج الفردي تفسيرات حول طريقة إجراء العلاج، يتم حينها تقديم المعالج للعميل وترتيب تواريخ الحصص العلاجية وكذا تسيير الغياب في الحصص و التأكيد على السرية، و هي عناصر هامة لحسن سير العلاج وفاعليته، بعد ذلك يقدم العميل نفسه ويوضح بإيجاز عن وضعه المعيشي وعن الإطار الذي يظهر فيه مشكله وظروفه، ليتم في نهاية الحصة تفسير شامل لأهداف العلاج. (Villemure & Bushnell, 2002)

بعد تحديد الأهداف يقترح عليه المعالج واجبا منزليا خاص به يتضمن ملاحظته لذاته وما يحدث له وللآخرين عندما يلتقي تلك الصعوبات (في حالة ما إذا كان العلاج جماعي)، كما تنقسم الحصص الموالية إلى ثلاثة فترات يتم من خلالها مناقشة أحداث الأسبوع التي مر بها العميل، وتوضيح استراتيجيات جديدة كي يستخدمها في مواجهة وضعيته ثم يتم

مناقشة الواجب المنزلي، من هذا المنطلق يلاحظ أن العميل لا يتطرق مع معالجه القدرات والكفاءات التي يمكن إبرازها من خلال العلاج النفسي المعرفي السلوكي فقط بل يتم توضيح الحدود والموانع التي تعرقل تطور العلاج، يهدف هذا الجهد العلاجي إلى الوصول بالعميل نحو تقبل تدريجي لحالته ومن ثمة قبول العلاج والخوض في مراحل وطرقه حتى الوصول إلى تحسن وضعيته الصحية. (Gurny, M. et al ; 2009)

تتنوع الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية، فقد تم تقسيم الأساليب و المناهج العلاجية المعرفية السلوكية من طرف (Mahoney & Arnakoff (1978 إلى ثلاثة تقنيات، إعادة البناء المعرفي، العلاج باستخدام مهارات المواجهة والعلاج باستخدام حل المشكلات. (موسى والدسوقي، 2013)، ويعتبر اتجاه Beck في العلاج المعرفي السلوكي أحد النماذج الثلاثة الأساسية، حيث يتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، واتجاه Meichenbaum الذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك. (عبد الله، 2000)

5-2- العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج الذي يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، و على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا هاما في الاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى. (عبد الستار، 2008)

كما يمثل العلاج المعرفي السلوكي مجموعة فاعلة من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات، كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات، مما يساعد العملاء على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي، و إحلال طرق تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقا.

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للعميل عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها، وما يترتب عليها من ضيق واكتئاب. (عادل محمد، 2000)

ويعتبر تحديد أهداف البرنامج العلاجي خطوة أساسية يتم في ضوئها تحديد محتواه والفنيات العلاجية المستخدمة فيه، والهدف هو عبارة عن توضيح ما سوف يكون عليه سلوك

المشاركين في البرنامج بعد اكتسابهم الخبرات والمهارات المختلفة، و هو بهذا يعني وصف للسلوكيات المتوقعة والتغيرات المراد إحداثها للمشاركين نتيجة إكسابهم لهذه المهارات. (حسين.ط، 2004)

ولتحقيق أهداف العلاج يستخدم المعالج مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية، ويمكن تعليم هذه التقنيات للعملاء لتساعدهم في الاستجابة بطريقة فعالة أكثر.

يحتاج المكتئبون عموماً إلى نوعين من التقنيات المعرفية و السلوكية، ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات السلوكية والمعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمكتئب، ومهارات المعالج ومدة العلاج، وأهداف المعالجة، فالمعالج يشكل طريقته في العلاج تبعاً لحاجات نوعية العميل في وقت معين و هناك قاعدة تقول أنه كلما زادت شدة الاكتئاب زادت التدخلات السلوكية وبالعكس كلما انخفضت شدة الاكتئاب زادت التدخلات المعرفية، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للمكتئبين ذوي الرغبات الانتحارية إذ يجب استخدام التقنيات المعرفية وتطبيقها منذ البداية ودون انتظار. (السقا.ص، 2009)

ويمكن استخدام العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب مع كل أنواع الاكتئاب، وفي حالات الاكتئاب الشديدة قد يستخدم إلى جانب العلاج الدوائي، ولكن بصورة عامة تكون نتائج هذا النوع من العلاج أفضل إذا كان مريض الاكتئاب على استعداد للمشاركة الجادة في عملية العلاج والقيام بما يطلب منه من قبل المعالج، يركز هذا الأخير في بداية العلاج على إقامة علاقة تعاونية ويعرف العميل على النموذج المعرفي، فتستخدم جداول الأعمال، التغذية الرجعية و التربية العلاجية لبناء الجلسات كما يتم التركيز على شكلين من الاختلال الوظيفي المتمثلان في التفكير المشوه معرفياً، العجز عن التعلم، وضعف الأداء الوظيفي للذاكرة، كما يتم تخصيص جهد خاص للمكتئب في إنقاص درجة اليأس أيضاً فهي تعتبر خطوة هامة في إعادة تنشيط المكتئب، وتزويده بالطاقة.

تتم مقاومة مشاكل التعلم ووظائف الذاكرة بالإجراءات السابقة الذكر، وبأساليب التعلم مثل كتابة الواجبات المنزلية، فتكون التدخلات العلاجية من قبل المعالج حسب قدرة المريض بحيث تعمل على تشجيع التعلم لديه، و تعتبر الأساليب السلوكية كجدولة النشاطات كمادة أولى في العلاج المعرفي أما الجزء الأوسط من المعالجة فيتم تكريسه لتسجيل الأفكار التلقائية والمشوهة، وكذلك استنباط المعتقدات أي المخططات وتوظيفها لعكس الثالث

المعرفي السلبي نحو الذات، العالم، المستقبل . كما يتم تعليم المريض بشكل نموذجي كيف يحدد التشوهات المعرفية مثل التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج، وأن يستخدم تقنيات مثل إيجاد البدائل، ويستمر العمل في استنباط واختبار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمكتئب، وأنه قد أدرك المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي.

قبل نهاية العلاج يقوم المعالج بمساعدة العميل على مراجعة ما تم تعلمه أثناء سياق المعالجة، ويقترح عليه التفكير مسبقا بالظروف المحتملة التي يمكن أن تكون السبب في عودة الاكتئاب، ويأخذ احتمال الانتكاس بعين الاعتبار حيث يتم تطوير استراتيجيات حل المشكل والتي يمكن أن يتم توظيفها في حالات مستقبلية تؤدي إلى الاكتئاب. (السقا، 2009)

5-3- نماذج العلاج المعرفي السلوكي:

5-3-1- نموذج بيك:

يعد النموذج الذي قدمه بيك من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعا، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد ضمن مفهوم "هنا والآن" كسبب في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، فترجع أسباب الاضطراب النفسي لدى الأفراد وفقا لنظرية Beck إلى ثلاثة عوامل :

- نظرة العميل السلبية إلى نفسه، وإلى قدراته، وشعوره المرتفع بالنقص.

- نظرة العميل السلبية لحياته، خبراته اليومية وتفسير تصرفات الآخرين على أنها موجهة له.

- نظرة العميل السلبية والتشاؤمية إلى المستقبل وإلى قدراته

يرجع بيك تفسير ما يعانيه العميل من اضطراب إلى التشوهات المعرفية، كما يرى أن الشخصية تتكون من مخططات وأبنية معرفية تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو.

(حسين.ط، حسين.س 2006)

ويعتبر المعنى الخاص للحدث بالنسبة لبيك جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له. ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات

العميل لأفكاره، وخلال عملية العلاج يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف إلى التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة وظيفيا للعميل وتشخيصها ودحضها وتجريبها وتعديلها بمساعدة العميل محدثة تغيرا في كيفية رؤيته لذاته وللعالم وللمستقبل .

على العميل أن ينمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات و تبني طرق ووسائل جديدة لحل المشكلات، فالمعالج لا يستطيع أن يحل للعميل كل مشكلة تزعجه، بل على هذا الأخير أن "يتعلم كيف يتعلم" وقد أطلق بيك على هذه العملية "التعلم الثاني". ويعتمد العلاج المعرفي على التفاعل النشط بين المعالج و العميل وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى العميل مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعي بعيدا عن إصدار الأحكام. كما يعتمد في تنفيذ الإستراتيجية المعرفية العلاجية على مزيجا خاصا من التقنيات السلوكية والمعرفية المبنية على طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية، كما يعد الواجب المنزلي جزءا مهما من العملية العلاجية بهدف زيادة مستوى النشاط لدى المكتئب من جهة و لاختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته المفترضة من جهة ثانية، ويستخدم لذلك جداول نشاط يومي وأسبوعي، وجداول الإتقان والرضا. (السقا،2009)

وتتحدد التحريفات المعرفية التي من شأنها أن تؤدي إلى الفشل في مواجهة المواقف الضاغطة والتوافق معها في عدة أنواع كما يلي:

- التفكير بطريقة الكل أو لا شيء أي التفكير في الحصول على كل شيء أو لا شيء.
- التهويل والتضخيم، ويعني تحميل الأمور أكثر مما تستحق.
- القفز إلى الاستنتاجات، ويعني التوصل إلى استنتاجات خاطئة دون وجود أدلة تدعمها.
- التعميم الزائد، ويعني تفسير جميع الأحداث في ضوء قاعدة واحدة.
- التفكير الثنائي، ويعني التفكير بشكل بعيد عن الوسطية أي أبيض و أسود.
- التجريد الانتقائي، ويعني التركيز على جانب واحد من الموقف وإغفال الجوانب الأخرى فيه، فهذه التحريفات المعرفية تتوسط العلاقة بين الأحداث والشعور بالضغط و تؤثر سلبا على أسلوب تعامل الفرد مع الحدث الضاغط. (حسين.ط وحسين.س،2006)

كما لا يستغرق العلاج المعرفي السلوكي فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 15 و20 جلسة تركز في الحالات المتوسطة إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعيا على الأقل لمدة 4 الى 5 أسابيع، ثم مرة أسبوعيا لمدة 10 إلى 11 أسبوعا، وغالبا ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة على فترات، للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية العميل، ويخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريبا باستثناء الجلسة الأولى التي تتطلب ضعف هذا الوقت، وبذلك يكون العلاج المعرفي السلوكي علاجا نشطا تعاونيا، توجيهيا تعليميا، قصير الأمد، أهدافه واضحة ومحددة (سقا.ص، 2009)، كما يستعمل المعالج خلال العلاج المعرفي السلوكي تقنيات متنوعة من بينها ما يلي:

- لعب الدور والدور المعكوس.
- النمذجة وأسلوب الفكاهة .
- مهاجمة الشعور بالخجل والدونية، ومهاجمة المشاعر السلبية بشكل عام.
- الواجبات المنزلية.
- أساليب الاشتراط الإجرائي مثل التعزيز والعقاب والتشكيل.
- أسلوب التدريب على الاسترخاء.
- أسلوب التعريض، وقد يكون تخيليا أو تعريض واقعي. (دبور والصابي، 2007)

5-3-2- نموذج Meichenbaum للتدريب على التحصين ضد الضغط:

تعد طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، طورها ميكنبوم بهدف مواجهة مواقف الضغط بشكل عام، وبشكل خاص تحت مظهر المواجهة، و حظي التدريب القبول والانتشار بين العاملين في هذا المجال. (برودا، 2009). وأخذ مصطلح التحصين ضد الضغط من العلوم الطبية، فهو يسعى لإعطاء المريض إحساسا بالسيطرة على مخاوفه وذلك عن طريق تعليمه مهارات متنوعة لمواجهةها (النوايسة، 2013).

وقد ذكر (Meichenbaum & Turk (1976 أن التحصين ضد الضغوط يشبه التحصين الطبي الذي يؤدي إلى الحماية من المرض، فالتحصين ضد الضغوط يزود الفرد بالمهارات التي تمكنه من التعامل مع المواقف الضاغطة المستقبلية، وكما في التحصين الطبي فإن مقاومة الشخص تصبح أفضل عندما يتعرض لمثير قوي بما فيه الكفاية بحيث

يؤدي بالشخص إلى استخدام دفاعاته دون أن يكون من القوة بحيث يتغلب على هذه الدفاعات. (حمدي، 1999)

وقد استخدم ماكينبوم التقنيات المعرفية لتطوير إجراءات التطعيم ضد التوتر (التحصين ضد الضغط) وهي عبارة عن تطعيم السلوكيات والمظاهر النفسية تماما كالتطعيم للمناعة المستخدم على المستوى البيولوجي، فالتحصين ضد الضغط يعمل على تكوين أجسام مضادة سيكولوجية أو ما يطلق عليها مهارات المواجهة والتي تمكن الفرد من التعامل مع المواقف الضاغطة المستقبلية، فيطرح أمام الأفراد أوضاعا تحمل مثيرات توتر ولكن بدرجة خفيفة ويطلب منهم التعامل مع هذه الأوضاع بأساليب ناجحة ليساعد ذلك تدريجيا لتطوير نوع من التحمل لمثيرات أعنف في المستقبل. هذا النوع من التدريب مبني على فرضية أن كل فرد يستطيع التأثير على قدراته للتأقلم مع التوتر والضغط عن طريق تعديل معتقداته وحديثه مع نفسه وعن أدائه أمام المواقف الضاغطة، وإن التدريب على التطعيم ضد التوتر يهتم بأكثر من مجرد تعليم الأفراد مهارات تكيفيه معينة، بل صمم لتهيئة العملاء على التدخل ودفعهم إلى التغيير والتعامل مع مواضيع مثل المقاومة والانتكاس (كوري، 2013). وتتألف تقنية التحصين ضد الضغط من ثلاثة مكونات:

- تعريف العميل بطبيعة الموقف الضاغط، وردود أفعاله اتجاهه.
 - جعل العميل يتدرب على مهارات التكيف الجسمية والمعرفية.
 - مساعدة العميل على استخدام مهارات التكيف في مواجهة المواقف الضاغطة في الواقع.
- (بومجان. ن، 2016)

ويؤكد ماكينبوم على الدور الذي تلعبه أحاديث الذات السلبية في حدوث الضغط والاضطراب الانفعالي للفرد، فما يقوله الناس لأنفسهم يحدد الاستجابات السلوكية التي يقومون بها، و أفضل وسيلة للتغلب على أحاديث الذات السلبية هو أن يكون الفرد على وعي بهذه الأفكار والأحاديث السلبية التي يرددها لنفسه عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد والضرر، لأن الإحساس بالضغط هو نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا، أي أن الطريقة التي يدرك بها الفرد الأحداث الضاغطة تتأثر إلى حد كبير بما يقوله لنفسه من أفكار مع تقديره لإمكانياته ومصادره التي يستخدمها في التعامل مع الضغط، و منه يمكن القول أن أحاديث الذات السلبية تجعل الفرد يشعر بعدم الكفاءة والخوف عند تعرضه للمواقف الضاغطة،

وتشجيع الفرد على تحدي ومواجهة الأحاديث الذاتية السلبية وإعادة صياغتها بطريقة إيجابية تعتبر فنية مفيدة في إدارة الضغوط. (حسين .ط وحسين.س، 2006)

5-3-3-5 علاج Ellis العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعتبر ألبرت إيليس من أهم رواد الاتجاهات المعرفية السلوكية في العلاج النفسي، ولقد اقترن اسمه بالعلاج الانفعالي السلوكي، فقد أطلق إيليس على نمودجه تسمية العلاج العقلاني و ذلك سنة (1955)، و في سنة (1961) أطلق عليه مصطلح العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيرا في عام (1993) أطلق على أسلوبه تسمية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

يرى إيليس أن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة وغير المنطقية ومن ثم لا بد من مساعدة الأفراد في التغلب عليها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية، و يضيف أن الاعتقادات لدى الفرد تتكون من جزأين وهما:

5-3-3-5-1 الأفكار اللاعقلانية: تعتبر هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغوط، حيث تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكه وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير مرنة في طبيعتها وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج انفعالية سلبية، فيعبر عنها الفرد على شكل "ينبغيات"، مثل قوله "يجب أن"، "ينبغي أن"، والفرد الذي يقع تحت وطأة الضغوط النفسية يجد نفسه يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة، وهذا التفكير الكمالي يتحول إلى مصدر للاضطراب النفسي بسبب مخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

5-3-3-5-2 الأفكار العقلانية: تكون منطقية ومتسقة مع الواقع وتساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي والتحرر من الاضطرابات الانفعالية كما تؤدي بالفرد إلى الإبداع والإنجاز والإيجابية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (عوض، 2006)

ويستند العلاج في تفسيره للاضطراب النفسي حسب نموذج إيليس حيث يذكر وولف (2007) أن النموذج العقلاني الانفعالي السلوكي (ABC) يعطينا أداة ذات قيمة حتى نفهم مشاعر العميل، أفكاره، الأحداث ثم السلوك. (كوري، 2013)

6- التعامل مع الربو:

إن فهم مرض الربو وحده لا يكفي للتعامل معه بشكل أفضل، فيجب على الفرد أن يطور استراتيجيات للتحكم الذاتي تتمركز حول الوقاية من النوبات والتعامل معها و ذلك بغاية تقليل آثارها على حياته اليومية.

إذا حاول المريض أن يسير مرضه بشكل فعال مع مراقبة الأعراض بشكل دقيق، فذلك يكون بمساعدة الجداول اليومية التي يسجل فيها كل ما يطرأ عليه من أعراض، مع قياس القدرة التنفسية بواسطة جهاز DEP، فهذه الجداول تضم كل ما يحدث له من مواقف الحياة اليومية التي تتزامن مع ظهور أعراض النوبة و حدثها، وهذا ما يساعد على ربط العلاقة بين المواقف التي يتعرض لها و أعراضه التنفسية، ويساعده على فهم التداخل بين العوامل الخارجية المسببة للنوبة مثل المحسسات و المواقف الضاغطة التي يتعرض لها.

إذا لم يتمكن المريض من قياس ذروة الجريان الأعضمي (DEP)، يضع مدرج من خمس درجات تبدأ بنقطة (0) ما يشير إلى غياب أي صعوبة في التنفس إلى غاية نقطة (5) التي تشير إلى أقصى صعوبة في التنفس والمتمثلة في النوبة.

يتم قياس DEP بقياس عدد لترات الهواء الذي يخرج من الرئتين في الدقيقة، و يتم ذلك بإخراج الهواء بأقصى طاقة و أسرع وقت ممكن، حيث يتم حساب ثلاث محاولات من خلال جهاز (Débit Mètre) ، ثم يقوم بحساب المتوسط لثلاث محاولات أو الأخذ بأحسن نتيجة متحصل عليها، فإذا لاحظ المريض باختلاف يصل إلى 20% من المتوسط الذي تعود الحصول عليه في الحالات العادية خارج النوبة يدل هذا على وجود خلل.

يلاحظ المريض أنه توجد دائماً علاقة بين النوبات و مواقف الحياة اليومية التي يتعرض لها و مدى إتباع العلاج بشكل منتظم، كما أنه يتعلم كيف يوازن كمية الدواء المستخدم مع حدة الأعراض التي يعاني منها، هذا التعلم يساعده على تحكم أفضل في المرض، و بالتالي ينقص حدة الضغط لديه. (Broeck.N & al, 2012)

6-1- التربية العلاجية للربو:

إن الشرح الجيد للتشخيص والتعريف بالمرض هو أساس تجاوب المريض للعلاج وتقبله و ذلك بتخصيص عدة حصص لإعطاء المعلومات الكافية، فالشرح الشفهي وحده لا يكفي

بل يجب مرافقته بأشكال وصور ومقالات حيث يتمكن من إعادة قراءة المعلومات ومناقشتها من جديد.

تناول الدواء عامل مهم وأساسي في العلاج بكل ما يرافقه من مضاعفات، فاستخدام الدواء يكون بطريقة مدروسة، حيث يتم شرح الوصفة للمريض بدقة ويمكن للمختص النفسي أن يساعد المريض في فهم كيفية تناول الدواء بمساعدة الطبيب وذلك برسم مخططات ليكون الفهم جيدا، و خاصة إذا تعلق الأمر بالأطفال فيتم شرح السلوكيات التي تساعدهم على الحفاظ على صحة أفضل، مع إعطاء بعض النصائح في حالة القيام بجهد كبير كالرياضة مثلا، في هذه الحالة يخبر المعالج المريض بأن لا يتوقف بشكل مفاجئ بل عليه التوقف بشكل تدريجي مع أخذ الأدوية الموسعة للقصبات كوقاية، كما عليه التعلم كيف يتنفس أثناء النوبة وبين النوبات مع تعلم الاسترخاء، ليقوم بعد فترة من التعلم بهذه الخطوات وحده.

6-2- التعامل مع الانفعالات:

غالبا ما ينتج عن التعرض للنوبات مخاوف متعلقة بصوبة التنفس أو بإمكانية حدوث النوبة في أي وقت، في هذه الحالة يمكن تعليم المريض تقنية نزع الحساسية المنتظم بحيث يتم تحديد المواقف المسببة للقلق ثم ترتيبها من الأقل تأثير إلى الأكثر تأثير، ليتم في المرحلة الثالثة التعرض لتلك المواقف سواء عن طريق الخيال أو التجربة في الواقع، مع مساعدته على التخفيف من القلق بالإيحاء الذاتي والتحكم في التنفس والاسترخاء.

يشرح المعالج للمريض كيفية اللجوء إلى سلوك هادئ ومركز حول حل المشكلة، ويبين له أهمية الطريقة التي يحدث نفسه بها أثناء تعرضه لنوبة و حتمية الابتعاد عن الأفكار المبالغ فيها مثلا كأن يقول: "أن أكون مريض بالربو هذا أمر مقلق، ولكنني أعلم ما يجب علي فعله وبالتالي سيتحسن الوضع". أو أن يقول: " أعلم أن هناك أشخاص يموتون بالربو و لكن الأمر قلما يحدث إذا تناول المريض دواءه بطريقة جيدة و منتظمة"، والهدف من هذه التقنية ليس حذف القلق نهائيا، و إنما التخفيف منه لدرجات يمكن التعامل معها بشكل فعال، كما على المريض أن يتعلم كيفية التنبيه للإشارات الأولى التي تنبؤ ببداية النوبة ليكون التدخل سريع و فعال. (Broeck.N & al, 2012)

6-3- العلاج المعرفي السلوكي للربو :

مع تغير نمط الحياة الحديثة وتعقدتها وزيادة حدة المنافسة تزداد الأمراض السيكوسوماتية حدة وإنتشارا حيث أصبحت تعرف بأمراض العصر، وهي ترجع لأسباب نفسية أو أزمات اجتماعية وانفعالية بينما تتخذ أعراضها شكلا جسميا، وتأتي هذه المجموعة من الأمراض كدليل قاطع على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدث التأثير المتبادل بينهما ومن هذه الأمراض ذات النشأة النفسية مرض الربو، لذلك يحتاج الفرد أن يدرّب نفسه على الاسترخاء والهدوء والبعد عن الانفعالات الحادة. (العيسوي 2000)

وأجرت Moore (1965) أول دراسة علاجية سلوكية للربو، حيث استخدمت فيها ثلاثة أنواع من العلاج السلوكي، وقامت بمقارنة بين عينة ضابطة وتجريبية، النوع الأول تمثل في التنشيط المعاكس أو إزالة التحسس وفق طريقة ولبى Wolpe و النوع الثاني تمثل في العلاج الاسترخائي، و النوع الثالث شمل الاسترخاء مع الإيحاء.

أخذت الدراسة بعين الاعتبار تبدل عدد النوبات الربوية اليومية، وذروة الجريان الأعظمي للهواء المستنشق وخلال الأسابيع الربعة الأولى من العلاج كان التحسن يشمل الفئات الثلاثة التي عولجت بالأساليب الثلاثة التي ذكرت، إلا أن الفئة التي عولجت بالتنشيط المعاكس استمرت تحسنها بينما تراجع التحسن في الفئتين المتبقيتين.

وبعد ثمانية أسابيع من بدأ العلاج كانت النتائج الأفضل في صالح فئة التنشيط المعاكس حيث انخفض القلق الذي يعتبر العامل الفعال في ظهور نوبات الربو، و منه يتضح أن التعامل مع الربو القسبي يبدأ أولا في التأكيد من أن القلق قد يتسبب في ظهور نوبات الربو، وإذا كان الأمر كذلك فيتعين إجراء التحليل السلوكي لمعرفة العوامل المسببة للقلق أي المنبهات المثيرة لاستجابات الربو. (الحجار.م، 1999)

وخلال الثلاثين سنة الماضية تم التركيز من خلال الدراسات النفسية على التحكم في المرض، أغلب البرامج المقترحة والتي تم تجربتها تضم مجموعة من السياقات أو الإجراءات التي تتركز على التربية العلاجية، التحكم في الذات، تبني العلاج، تأقلم العائلة مع المرض وتطوير مهارات انفعالية و اجتماعية، حيث تعد أغلب نتائج هذه البرامج ايجابية سواء من الجانب الصحي، النفسي أو الاجتماعي، فعلى الجانب الجسدي مثلا، نلاحظ أن المرضى الذين يتناولون أدويتهم بانتظام و بصفة صحيحة تنقص لديهم الأعراض، كما ينقص اللجوء

إلى الاستجابات. (Broeck.N & al, 2012)، كما تسمح التربية العلاجية من التخفيف من أثر الأزمة التي يعاني منها العميل كما يمكنه المضي قدما في التعامل مع مرضه.

يرمي العلاج إلى تعليم العميل سبل التعامل مع حالته، فهو بذلك يصبح مسيرا فعالا لمرضه، ويستند المعالج في المرحلة الإعلامية ببعض الأدوات المصورة والمخطوطة ليساعد العميل على فهم حالته، وفي المرحلة الثانية المتعلقة بالإرشاد يعمل على تحسيس العميل بأهمية تعاونه في العملية العلاجية، أما التربية العلاجية فقد يتم خلالها توضيح حاجيات العميل وتوظيف السبل التي يستخدمها للتكفل الذاتي بحالته.

يندرج العلاج في هذا المجال ضمن استراتيجيات نفسية تربوية وسلوكية معرفية، أسسها التعليم والإرشاد والتربية العلاجية، و هي عناصر يستفيد منها العميل فيتعلم سبل التكيف مع حالته المرضية، وفي الجانب السلوكي المعرفي يلجأ المعالج إلى طرق التعامل مع الضغط واستخدام الاسترخاء كأداة وتقنية ناجعة في هذا المسعى. (Van Rillaer, 1992)

يتميز الاكتئاب حسب (Mischel 1979)، بالتصدع أو غياب التحفيزات المعرفية الموجبة مما ينتج عنه إدراك أكثر واقعية لطبيعة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها و لا يمكن التنبؤ بها، وهذا ما يطلق عليه الحقيقة الاكتئابية، فتعتبر الضغوط مثير شائع للاكتئاب، سواء كانت الضغوط المزمدة أو الضغوط الحادة، و حتى الضغوط الشخصية.

إن الأحداث السالبة، المآسي و الخسارة الشخصية لا يمكن تجنبها في حياة الفرد، فمن الطبيعي المرور بخبرة أحداث انخفاض المزاج أو الشعور المؤقت بالاكتئاب عند وقوع هذه الأحداث و مع ذلك ينمي القليل من الأفراد اعتلالا عقليا و يمرون بالاكتئاب نتيجة هذا. لكن ما يميز الأفراد المكتئبين عن غير المكتئبين ليست خبرات الضغوط ذاتها، و لكن استجابتهم لهذه الضغوط، يعتبر الاكتئاب بشكل عام نتاج استراتيجيات التعامل اللاتكيفية مع الضغط، و مع وجهة النظر السلبية عن الذات و عن العالم و عن المستقبل و التركيز الشديد على المظاهر السالبة للمثير (هوفمان، 2012). و لهذا السبب يعتبر اكتساب العميل لتقنيات تسيير الضغط أمر جد هام في التعامل مع المواقف الضاغطة بفعالية أكبر تساهم في التخفيف من الاكتئاب، وفيما يلي عدد من التقنيات السلوكية المعرفية المساعدة على التسيير الفعال للضغط.

7- تقنيات تسيير الضغط:

يرتكز تسيير الضغط على العديد من التقنيات المعرفية والسلوكية كحل المشكلات، وتسيير الانفعالات، إدارة الوقت، تأكيد الذات والاسترخاء، و يرتكز المبدأ العام لتسيير الضغط على ثلاث خطوات و المتمثلة في تقديم المعلومة و التربية العلاجية، وتقييم المشكل والاستجابة للضغط مع تطبيق التقنيات.

7-1- التربية العلاجية للضغط:

يتم اقتراح شرح للضغط بطريقة بسيطة على شكل أمثلة ملموسة مع تقديم الطابع العادي للضغط (كونه يؤثر في الجميع و عليهم العيش مع القليل من الضغط، فهو يساعد في التكيف من جهة، كما يمكن أن تكون عواقبه سلبية على الصحة من جهة أخرى)، فيمكن اللجوء إلى استخدام عدد من التقنيات للحد من استجابات الضغط سواء الفزيولوجية، المعرفية والسلوكية.

يقترح المعالج المعلومات اللازمة والتربية العلاجية حول المبادئ الأساسية لاستجابة الضغط في بداية العلاج بشكل عام، لكنه يستمر طوال فترة العلاج و ذلك حسب تقدم الحالة.

تعتبر التربية الصحية الخطوة الأولى، سواء للعمل الفردي أو جماعية، وتوجد العديد من نماذج التربية العلاجية المقدمة للمرضى الذين يعانون من القلق أو من أعراض وظيفية أو لعلاج عدد من الأمراض التي يساهم الضغط في زيادة حدتها.

كما تتيح التربية العلاجية فرصة للعمل على عوامل معينة خارجية و داخلية مرتبطة بالفرد، وهي تتكيف بشكل جيد مع المرضى الذين يبحثون عن حل عملي و ملموس لمشكلتهم ويتدخل المعالج في هذه الحالة على مراحل:

- الاعتراف بالشكوى، فمن الضروري ترك المريض يعبر عن شكواه، وتوقعاته، وطلباته، وإدراكه للمشكلة وعدم اقتراح أجواب تقنية بسرعة كبيرة.

- يجب أن يتناسب تدريجيا مع مشكلته ويشعر في نفس الوقت بالتفهم من طرف المعالج.

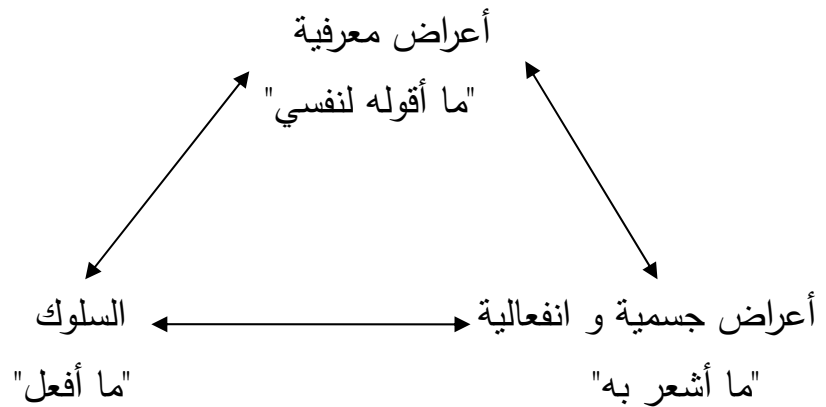
- إقامة الصلة بين التوتر والقلق وشعوره بالانزعاج بوضع كلمات، ومن الضروري إعادة الصياغة واقتراح التغيير.

- عرض التقنيات حيث يقدم المعالج حقيقة الرهان العلاجي للتغيير كما يحدد قواعد اللعبة.

-قراءة الكتب ومنشورات العلمية للمساعدة الذاتية مفيد جدا، فإنه يسمح للعميل بفهم المعلومات، وكسب الوقت.

ويبدأ التحالف العلاجي مع العميل في تعريف توقعاته وأهدافه، ومن المناسب وضع العميل في مركز التغيير، بتحفيظه وتشجيعه بينما يساعده المعالج على صياغة مشكلته. وهناك طريقة جيدة لتقديم التقنيات هي أن تبدأ من مبدأ النموذج المعرفي لدوامة الضغط في مواجهة أي وضعية ضاغطة (ضغوط الحياة اليومية كازدحام المرور أو تأخير مثلا)، ويقترح المعالج مخططا لتمييز مختلف الأبعاد الجسدية، النفسية، المعرفية والاستجابة الانفعالية للضغط.

و يبين الشكل رقم (06) الطريقة التي تسير بها دوامة الضغط.



شكل رقم (06) يبين دوامة الضغط (Servant, 2009 : 111)

7-2- تقييم الضغوط والاستجابة للضغط:

لدى العديد من المرضى صعوبات في الربط بين الشعور بالضييق والضواغط، فعليه أن يتعلم بأن يضع اسم لكل عرض، و فهم آليات الضغط والعتور على حلول ملموسة لتطبيقها، فيتم مساعدة المريض على تقييم نفسه، وعلى إدراك رد فعله للضغط وفق مستويين للتقييم، أولهما يتمثل في تحديد الضواغط و الثاني يرتبط بتقييم الاستجابة للضغط، و يتم ذلك باستخدام جداول بعدة أعمدة يمكن مساعدة العميل كما يبينه الجدول رقم (04).

الجدول رقم (04) يبين طريقة التقييم الذاتي للضغط

السلوكيات	الأفكار	الانفعالات	الوضعية الضاغطة
(ما أقوم به)	(ما أقوله لنفسي)	(ما أشعر به)	تقييم العميل

ومن المهم جدا وضع أهداف من طريق تحليل شامل للوضعية مع تحديد مصادر الضغط وترتيبها حسب أولوياتها، لإجراء تحليل أولي ولتأييد بعض الخيارات، ومن المناسب ترك وقت للعميل لاسترجاع موارده عوض اقتراح عدد من الخيارات، ما قد يتسبب بظهور المقاومة من طرف العميل.

7-3- تقنيات تسيير الضغط:

تسمح تقنيات تسيير الضغط بالتغيير على عدة مستويات خلال العلاج وهي كالتالي :

- على مستوى الضواغط و ذلك من خلال العمل على المحيط الخاص بالعمل بهدف حل المشكل.

- على مستوى الاستجابة للضغط من خلال تعزيز التحكم في الاستجابات الجسمية (باستعمال الاسترخاء)، النفسية (بالعلاج المعرفي)، العاطفية (بإدارة الانفعالات) و السلوكية (باستخدام تقنيات تأكيد الذات، وإدارة الوقت و تغيير السلوك).

يرافق المعالج العميل في تنفيذ مختلف التقنيات، ومن المهم جدا إثبات فعالية كل تقنية تم تطبيقها بحيث لا يطغى الجانب النظري والتعميم، بل يجب يرتبط العلاج بالواقعية والموضوعية. وتهدف هذه التقنيات إلى مواجهة العناصر المختلفة المكونة لاستجابة الضغط والحد من الاستجابات الفزيولوجية، السلوكية، الانفعالية والمعرفية.

وفيما يلي مختلف التقنيات المعرفية السلوكية المقترحة لتسيير الضغط:

- تقنيات تركز على الاستجابات الفزيولوجية للضغط وهي تتمثل في التحكم في التنفس، الاسترخاء العضلي التدريجي، استرخاء العضلات عن طريق الإيحاء، التغذية الرجعية الحيوية biofeedback de VFC (تناسق ضربات القلب).

- تقنيات تركز على الاستجابات المعرفية للضغط وهي تتمثل في التقييم الذاتي للأفكار، إعادة البناء المعرفي و التعريض للأفكار.

• تقنيات تركز على الاستجابات العاطفية للضغط وتتمثل في التقييم الذاتي للانفعالات، التعريض للانفعالات (الاستحضار والتخيل)، تحريض المشاعر الإيجابية، تقنية الوعي التام (pleine conscience)، التغذية الرجعية الحيوية (الاتساق العاطفي).

(Servant.D, 2012)

• تقنيات تركز على الاستجابات السلوكية تتمثل في حل المشكل، إدارة الوقت وتأكيد الذات.
7-3-1- الاسترخاء العضلي: إن التقنيات المستوحاة من طريقة Jacobson مقترحة في معظم العلاجات المعرفية السلوكية اضطرابات القلق، وقد تم اقتراح تقنية من طرف Öst تدعى الاسترخاء التطبيقي والذي يعتبر بمثابة أداة حقيقية للتعامل مع حالات القلق في الحياة اليومية. (Öst, 2000)

7-3-2- تسيير الاستجابات الفزيولوجية للضغط: تعتبر تقنيات الاسترخاء هي أحسن التقنيات المساعدة في السيطرة على الاستجابات الفزيولوجية ومساعدة العميل في مواجهة الضغط، كما توجد العديد من التقنيات الخاصة بالاسترخاء (Servant, 2009). والهدف منها هو التوصل إلى حالة من الاسترخاء النفسي والجسمي، (أي التحكم في التنفس، وتيرة و معدل ضربات القلب) ما يسمح بتخفيف أعراض الضغط والتحكم فيها، إضافة إلى ذلك يسمح بتعديل الجانب المعرفي والانفعالي. وأهم التقنيات التي تمت دراسة فعاليتها نجد التحكم في التنفس، والاسترخاء العضلي و التأمل، و تقنية الوعي التام (la pleine conscience) تقنية التصور (la visualisation) التي يمكن أن تقترن بالتغذية الرجعية الحيوية لتنظيم وتيرة ضربات القلب.

7-3-3- تسيير الاستجابات النفسية للضغط:

ويستند مبدأ العلاج المعرفي على مبدأ مفاده أن العميل يستخدم استراتيجيات سيئة التكيف، سواء في التعامل مع الضغط أو القلق، ويقترح تعديل هذه الاستراتيجيات اللاتكيفة من خلال العمل على أفكار العميل و معتقداته.

و يتم ذلك حسب المبادئ التالية:

- أن يقوم العميل بتحليل الاستراتيجيات التي استعملها في مواجهة الضغط.
- تحديد هذه الاستراتيجيات بدقة من خلال تسجيل الأفكار والمعتقدات.

• مساعدته على تغيير هذه الأفكار والمعتقدات من أجل تكيف أفضل مع الوضعية الضاغطة.

و لمساعدة العميل في جمع هذه البيانات، يمكنه استخدام الجدول رقم (05).

جدول رقم (05) يبين العلاقة بين الأفكار الآلية و الانفعالات

النتائج	الأفكار العقلانية	الانفعالات	الأفكار الآلية الأوتوماتيكية	الوضعية الضاغطة
أعد تقييم درجة اعتقادك للفكرة الآلية	أكتب الفكرة العقلانية التي تجيب بها على الفكرة الآلية	حدد الانفعال: حزين عدواني قلق	قم بكتابة الفكرة تلقائية التي جاءت قبل ظهور العاطفة أو بعدها	صف حدث معين الذي تتسبب في ظهور مشاعر سلبية
حدد و قيم المشاعر الناتجة	قيم درجة الاعتقاد بالاجابة العقلانية	قيم درجة الاعتقاد للفكرة الآلية	قيم شدة العاطفة	حدد الأفكار، الذكريات أو الأحلام ، المتسببة في إنتاج العاطفة السلبية

7-3-4- تسيير الاستجابات الانفعالية للضغط:

إن تحديد المشاعر السلبية التي يشعر بها العميل في الوضعية الضاغطة، يؤدي إلى محاولة للتحكم فيها، فالمشاعر المرتبطة بالخوف والغضب والحزن جد شائعة لدى الأفراد الذين يطلبون العلاج النفسي، بالتالي يقوم المعالج في مساعدتهم على الشكل التالي:

• تحليل محتوى هذه المشاعر والطريقة التعبير عنها، حيث يتم شرح شرعية وجودها، مع إمكانية التعبير عنها بشكل مختلف و متكيف.

• تحليل عواقب هذه المشاعر على راحة الفرد وعلى بيئته مع تحديد المزايا والمساوى التي تنطوي عليها.

• وصف أنماط عاطفية أخرى يمكن التعبير عنها في ظروف مماثلة.

• تحليل العواطف التي تظهر بعد فترة معتبرة من الأزمة (مثل الشعور بالأسف بعد الغضب).

• توضيح أن الاستجابات الانفعالية للضغط يمكنها أن تكون متعارضة أحيانا.

7-3-5- تسيير الاستجابات السلوكية للضغط:

يسبب الضغط في عدد من السلوكيات السلبية بشكل مباشر أو غير مباشر، فإنها غالبا ما ترتبط بالعلاقات مع الآخرين، إدارة الوقت و نمط الحياة، ويسمح التحليل المفصل للسلوك (كل ما يتعلق بطريقة ظهوره وعواقبه) باقتراح تغيير عن طريق اختيار سلوك أكثر ملائمة في مواجهة الضغط وهو يتم حسب ما يلي:

• فيما يخص إدارة الوقت يلاحظ لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوطات شديدة سوء ترتيب أولوياتهم، وذلك نتيجة وضعهم لمتطلبات جد عالية، فيقدم المعالج في هذه الحالة بعض الاقتراحات لإدارة الوقت بفعالية أكبر ومنها تخطيط و تنظيم للوقت، أخذ الوقت الكافي لتناول الوجبات الغذائية، تحديد وقت للراحة و لو كان قصيرا على الأقل مرة واحدة في الأسبوع.

• كما يمكن أن يؤدي استخدام بعض المواد السامة كمحاولة لتخفيض الضغط أو إهمال بعض السلوكيات الايجابية إلى نتائج سلبية، فيحاول المعالج مساعدة العميل على تبني نمط حياة أفضل و ذلك بالتأكد من النوم بشكل كاف و ممارسة نشاط بدني بانتظام إضافة إلى تطوير أنشطة ترفيهية و التقليل من استهلاك الكحول والتبغ و القهوة.

• تعديل استجابات الضغط، فبمجرد أن يفهم العميل الآليات الخاصة باستجاباته يقوم المعالج بمساعدته على تعديلها، حيث تتم مناقشة هذه الوضعيات خلال الجلسات مع تحديد واجبات خارجها.

7-3-6- التدخل العلاجي للضغط:

تتمثل الخطوة الأولى والأكثر منطقية في التدخل العلاجي للضغط في تعديل البيئة المحيطة المشجعة على الضغط، لكن من المستحيل في الواقع تغيير جميع الحالات والوضعيات الضاغطة فهي جد معقدة، وتتعلق غالبا بالشخصية والمحيط الخارجي. وبالإضافة إلى ذلك، قد يجد المعالج صعوبة في تعديل مشكل يتطلب تغييرات خارجية، كتحسين ظروف العمل أو النزاعات الشخصية وغيرها من الحالات المرتبطة بالعلاقات

الإنسانية، فالمنهج المتبع أمام هذه الحالة هو تكيفي أكثر وذلك أمام وضعيات كالمرض، الانفصال والموت. وتهدف تقنية حل المشكل لمساعدة العميل في تحديد الضغوطات الخاصة به وتبني استراتيجيات سلوكية ومعرفية للحد من آثاره السلبية، و تتمثل الخطوات الرئيسية فيما يلي:

- تحديد المشاكل التي تسبب الضغط.
- ترتيب المشاكل حسب الأولويات.
- التركيز على مشكلة واحدة في كل مرة.
- التعرف على الموارد التي يمتلكها العميل للتعامل مع المشكلة.
- زيادة الشعور بالسيطرة على المشاكل.
- تسليط الضوء على عوامل المقاومة.
- وضع استراتيجية مكيّفة و فعالة.
- تعلم طريقة منهجية للتغلب على المشاكل الحالية وذلك بتغيير طريقة العميل في التفكير وتغيير سلوكه مع القيام بتقييم النتائج.
- معالجة مشاكل أخرى بإتباع نفس المنهجية في حل المشكل الأول.
- تعلم طريقة للتعامل مع المشاكل المستقبلية. (Servant.D, 2012)

8- خلاصة الفصل:

في الأخير يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي يشمل مجال واسع من التقنيات سواء تلك المستوحاة من العلاج السلوكي أو العلاج المعرفي والتي ساهمت في إثراء مجال العلاج النفسي، كما بينت فعاليتها مع عدد كبير من الاضطرابات منها الاكتئاب إضافة إلى اقتراح طرق فعالة في التعامل مع الضغط النفسي، كما ساعدت المعالجين في مدهم باختيارات متنوعة من التقنيات التي تمكنهم من استعمالها مع كل حالة حسب خصوصيتها. وللتعامل مع الضغط يقترح المعالج مجموعة من التقنيات السلوكية، المعرفية والانفعالية التي تسمح للعميل للحد من عواقبه، بالتدخل مباشرة على الضغوطات أو بشكل غير مباشر وذلك حسب طبيعة هذه الضغوطات، وذلك إما بإيجاد الحلول، وإما عن طريق اللجوء إلى الموارد الشخصية أو المحيطية. وتكون بداية العلاج بتقديم التربية العلاجية التي تهدف بدورها إلى مساعدة العميل على إدراك بطريقة أكثر تكيفا لمختلف المطالب الداخلية

والخارجية، ما يساعد على التحليل الجيد للوضعية، والتعرف على الاستجابات الفزيولوجية، والآليات المعرفية، الانفعالية والسلوكية.

ويقوم المعالج بعد ذلك باختيار الأدوات العلاجية المناسبة والفعالة، حيث يأخذ بعين الاعتبار مشاعر وقيم وتوقعات العميل، فتنشأ علاقة علاجية جيدة تسمح للعميل بالمساهمة الفعالة في تطبيق استراتيجيات تكيفية وفعالة في التخفيف من الضغط والاكنتاب، حيث يتم تدريبه على مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية لمساعدته على تحديد الأفكار الآلية التي ترتبط بالانفعالات السلبية، وذلك بهدف تغييرها وتعويضها بأفكار أكثر واقعية وموضوعية للاستجابة بطريقة أكثر فعالية، ما يساهم في التخفيف من الضغط والاكنتاب المصاحبين للأمراض المزمنة كالربو.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الإجراءات الميدانية للدراسة

- 1- الدراسة الاستطلاعية
- 2- منهج الدراسة
- 3- المجتمع وعينة الدراسة
- 4- أدوات الدراسة
- 5- المعالجة الإحصائية
- 6- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

تمهيد:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى الربو، ولتحقيق هذه الأهداف اتبعت الباحثة مجموعة من الإجراءات المنهجية المبينة خلال هذا الفصل والذي يضم الدراسة الاستطلاعية و المنهج المتبع مع تحديد خصائص عينة البحث و كيفية اختيارها، ثم التطرق لأدوات جمع البيانات المتمثلة في مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، وطريقة جمع البيانات بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، إضافة إلى تحديد التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات من أجل اختبار الفرضيات.

1-الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بالدراسة الاستطلاعية لتحقيق هدفين أساسيين، يتمحور الأول حول تطبيق أدوات جمع البيانات المتمثلة في الاستبيان الخاص بجمع المعلومات حول أفراد عينة الدراسة، إضافة إلى مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، والتأكد من مدى إمكانية تطبيقهما على مرضى الربو الممثلين لعينة الدراسة، مع قياس الثبات الخاص بكل مقياس، و قد تم ذلك على مستوى المؤسسة العيادة المتعددة التخصصات 08 ماي 1945 والعيادة المتعددة التخصصات مجاهد مصطفى ببوزريعة، فجاءت النتائج كالتالي:

-فيما يتعلق بمقياس بيك تم تطبيق النسخة العربية لغريب عبد الفتاح غريب، وتم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية فبينت نتائج ألف كرومبخت بوجود ثبات عال قدر ب0.84.

-أما فيما يتعلق بمقياس ليفنستين لإدراك الضغط، فقد استعملت الباحثة النسخة العربية التي قامت بترجمتها آيت حمودة لاستخدامها في دراستها تحت عنوان دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة الجسدية و النفسية سنة 2016، حيث قامت بحساب التوافق الداخلي على عينة من أفراد يعانون مرض الربو وأمراض مزمنة أخرى باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود تماسك قوي قدر ب0.90، كما أظهر قياس الثبات باستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني قدر بثمانية أيام على وجود معامل ثبات مرتفع قدر ب0.82، في حين قامت

الباحثة فيما يتعلق بالدراسة الحالية قياس ثبات المقياس على عينة تقدر بـ69 مريض بالربو، وذلك باستخدام كرومبخت ألفا الذي قدر بـ 0.86 ما يبين ثبات عالي.

أما بالنسبة للهدف الثاني من القيام بالدراسة الاستطلاعية فتمثل في تطبيق البرنامج العلاجي بصورته الأولية على مجموعة من مرضى الربو تحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط، وذلك بهدف تحديد معالم البرنامج العلاجي من حيث عدد الحصص و المدة الزمنية لكل جلسة، وتحديد التعليمات بدقة وبصفة موحدة، بحيث يستطيع كل أفراد المجموعة استيعابها باختلاف مستواهم التعليمي، مع تجريب مدى فعالية وسائل الإيضاح المتمثلة في الرسومات و الأشكال والبيانات المستخدمة خلال التربية العلاجية التي تناولت مختلف مفاهيم الدراسة، من مرض الربو، الضغط، الاكتئاب وطرق و خطوات الاسترخاء، مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الرجعية الخاصة بكل فرد من المجموعة خلال الجلسات و عند مناقشة الواجبات المنزلية، و على ضوء ذلك تم تحديد الصورة النهائية لخطوات تطبيق البرنامج العلاجي.

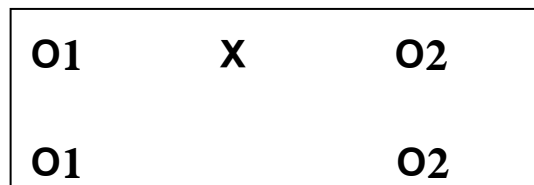
قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي على ستة حالات تحصلوا على درجات عالية على مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط ضمن حصص فردية، وقد استغرقت هذه العملية مدة أربعة شهور و أسبوعين بالنسبة لكل حالة، فقد جرت من 02 سبتمبر 2015 إلى غاية 26 سبتمبر 2016 بمعدل حصة كل أسبوع لكل حالة.

2-منهج الدراسة:

يتمثل منهج هذه الدراسة في المنهج التجريبي الذي يضم قياس قبلي وبعدي ومجموعة ضابطة، يتميز هذا المنهج بوجود قياس بعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، في حين يتم التجريب على مستوى المجموعة التجريبية، ليكون بعد ذلك قياس بعدي لكلا المجموعتين، وهو غالبا ما يستخدم في حالة ما إذا أراد الباحث تقييم التغيير الذي تحدثه التجربة المتمثلة في أي نوع من المعالجة، وهو يتبع ما هو مبين في الشكل رقم (07)

الشكل رقم (07) يبين المنهج التجريبي بقياس قبلي و بعدي مع مجموعة ضابطة

(Vallerand.R.J et coll,2003)



قامت الباحثة في الدراسة الحالية تطبيق مقياس Beck للاكتئاب ومقياس Levenstein للضغط المدرك للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة، ثم بعد ذلك تم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية و الذي يشمل 12 جلسة، بمعدل ستين دقيقة لكل واحدة منها، ليتم تطبيق القياس البعدي لمقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط بعد مرور 12 أسبوع من التطبيق الأول على كلتا المجموعتين الضابطة و التجريبية، لتقوم الباحثة بالقياس التتبعي بعد شهر و أسبوعين من القيام بالقياس البعدي للمجموعة التجريبية.

تتمثل متغيرات الدراسة في البرنامج العلاجي كمتغير مستقل، أما المتغير التابع فيتمثل في درجات مجموعتي الدراسة على مقياس ليفنستين لإدراك الضغط النفسي ودرجات مجموعتي الدراسة على مقياس بيك للاكتئاب.

ويمكن تلخيص التصميم التجريبي الخاص بهذه الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يبين التصميم التجريبي للدراسة

المجموعات	القياس القبلي	المعالجة التجريبية	القياس البعدي	القياس التتبعي
المجموعة التجريبية	تطبيق القياس القبلي: مقياس بيك للاكتئاب مقياس ليفنستين لإدراك الضغط	تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	تطبيق القياس البعدي: مقياس بيك للاكتئاب مقياس ليفنستين لإدراك الضغط	تطبيق القياس التتبعي: مقياس بيك للاكتئاب مقياس ليفنستين لإدراك الضغط
المجموعة الضابطة	تطبيق القياس القبلي: مقياس بيك للاكتئاب مقياس ليفنستين لإدراك الضغط	عدم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	تطبيق القياس البعدي: مقياس بيك للاكتئاب مقياس ليفنستين لإدراك الضغط	عدم تطبيق القياس التتبعي لعدم تطبيق البرنامج

3- المجتمع و عينة الدراسة:

يتمحور موضوع هذه الدراسة حول مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى الربو، بالتالي يتمثل مجتمع الدراسة في أشخاص مرضى بالربو راشدين يعالجون على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببوزريعة، و تم اختيار عينة الدراسة في البداية بطريقة عشوائية بين المرضى المقبلين على العلاج و ذلك في الدراسة الاستطلاعية و تم ذلك على أساس:

-الجانب الطبي: والمتمثل في التشخيص الطبي المتخصص في الأمراض التنفسية وذلك لتحديد تشخيص الربو.

-الجانب الوثائقي: المتمثل في الملفات الطبية التي تحدد التشخيص الخاص بكل مريض. كما تركز تحديد خصائص مجموعة الدراسة على السن الذي يتراوح بين 18 سنة إلى غاية 55 سنة حيث تم التعامل مع مرضى راشدين، و حسب الدرجة المتحصل عليها في القياس القبلي لمقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط، فبعد تطبيق مقياسين على 105 مريض بالربو، تم انتقاء الأشخاص الذين تحصلوا على درجات مرتفعة تؤكد وجود إدراك للضغط و درجات تبين وجود اكتئاب بسيط فما أكثر، وذلك دون أن يتناول العميل أدوية مضادة للاكتئاب، فتوفرت الشروط في 40 مريض بالربو قسموا إلى مجموعتين بطريقة عشوائية، فضمت المجموعة التجريبية 20 مريض بالربو، في حين ضمت المجموعة الضابطة 20 مريض بالربو.

و يبين الجدول التالي توزيع أفراد مجموعتي الدراسة حسب الجنس

جدول رقم (07): يبين توزيع أفراد مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية حسب الجنس

النسبة المئوية	المجموع	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الجنس
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
47.5%	19	55%	11	40%	08	ذكور
52.5%	21	45%	09	60%	12	إناث
100%	176	100%	20	100%	20	المجموع

يوضح الجدول رقم (07) أن المجموعة التجريبية تشمل 20 فرداً أي ما يعادل 50% من مجموعة الدراسة و هي تتوزع حسب الجنس كالتالي 60% إناث و 40% ذكور، كما تمثل المجموعة الضابطة نسبة 50% من مجموعة الدراسة وهي تتوزع حسب الجنس بـ 47.5% ذكور و 52.5% إناث.

يبين الجدول التالي توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب السن. جدول رقم (08) : يبين توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب السن

الفئة العمرية	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	
19 – 23	05	25%	03	15%	08
24 – 28	07	35%	05	25%	12
29 – 33	04	20%	05	25%	09
34 – 38	01	5%	02	10%	03
39 – 43	01	5%	01	5%	02
44 – 48	01	5%	02	10%	03
49 – 53	01	5%	02	10%	03

يوضح الجدول رقم (08) أن أغلبية المصابين بربو في المجموعة التجريبية تتراوح أعمارهم بين 19 و 33 سنة و أكبر نسبة تقدر بـ 35% من المجموع الكلي لهذه المجموعة و هي تتراوح بين 24 سنة و 28 سنة، و تتراوح أعمار أغلبية المصابين بربو في المجموعة الضابطة بين 24 و 28 سنة و 29 و 33 سنة حيث تمثل كل فئة 25% من المجموع الكلي لهذه المجموعة الثانية.

أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي فيبين الجدول رقم (09) ما يلي:

جدول رقم (09) : يبين توزيع أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة حسب المستوى التعليمي

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المستوى التعليمي
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
05%	01	05%	01	ابتدائي
20%	04	25%	05	متوسط
50%	10	40%	08	ثانوي
25%	05	30%	06	جامعي
100%	20	100%	20	المجموع

يبين الجدول رقم (09) أن المستوى التعليمي لكلا المجموعتين يتراوح بين المستوى الثانوي و المقدره نسبته بالنسبة للمجموعة التجريبية بـ40% و بالنسبة المجموعة الضابطة بـ50% من جهة والمستوى الجامعي من جهة أخرى بنسبة تقدر بـ30% للمصابين بربو في المجموعة التجريبية ونسبة تقدر بـ25% للمصابين بربو في المجموعة الضابطة.

ويظهر الجدول رقم (10) توزيع أفراد مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية ما يلي:
جدول رقم (10): يبين توزيع أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة حسب الحالة المدنية

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الحالة المدنية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
50%	10	65%	13	أعزب
45%	09	30%	06	متزوج
00%	00	05%	01	مطلق
05%	01	00%	00	أرمل(ة)
100%	20	100%	20	المجموع

يبين الجدول رقم (10) فيما يخص الحالة المدنية أن أغلب أفراد العينة من المجموعتين غير متزوجين حيث تقدر نسبة العزوبية بالنسبة للمجموعة التجريبية بـ 65% وبالنسبة للمجموعة الضابطة بـ 50%، تليها نسبة المتزوجين بـ 30% من المصابين بالربو من المجموعة التجريبية و 45% من المصابين بالربو من المجموعة الضابطة. جدول رقم (11): يبين توزيع أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب المهنة

المهنة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
طالب	07	35%	04	20%
عامل	10	50%	14	70%
غير عامل	03	15%	02	10%
المجموع	20	100%	20	100%

يوضح الجدول رقم (11) أن أغلب أفراد مجموعة الدراسة ككل من العمال حيث تقدر بـ 50% بالنسبة للمجموعة التجريبية و بـ 70% بالنسبة للمجموعة الضابطة، في حين تمثل نسبة الطلبة نسبة معتبرة تقدر بـ 35% بالنسبة للمجموعة التجريبية ، وتقدر بـ 20% بالنسبة للمجموعة الضابطة، بينما تمثل نسبة البطالة بـ 15% بالنسبة للمجموعة التجريبية و بـ 10% بالنسبة للمجموعة الضابطة.

4- أدوات جمع البيانات :

من خلال هذه الدراسة تم استعمال استبيان لجمع المعلومات الخاصة بعينة الدراسة إضافة إلى مقياسين المتمثلين في مقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط.

4-1- الاستبيان:

صممت الباحثة استبيان يتكون من نوعين من الأسئلة بعضها مغلق تتطلب من المجيب وضع علامة (X) في الخانة " نعم " أو " لا" والبعض الآخر عبارة عن أسئلة مفتوحة تتوزع هذه الأسئلة إلى أربعة محاور أساسية وهي كالتالي:

-البيانات الشخصية و الاجتماعية، حيث تسمح بجمع معلومات عن خصائص عينة الدراسة الحالية من حيث الجنس، السن، الحالة المدنية، المستوى الدراسي و مدى وجود

أمراض أخرى إضافة إلى الربو، مع تحديد ما إذا كان العميل يتناول أدوية أخرى ما عدى تلك الخاصة بالربو خاصة الأدوية المضادة للاكتئاب، إضافة إلى عدد نوبات الربو التي انتابته خلال شهر قبل تطبيق البرنامج العلاجي وعدد المرات التي لجأ فيها إلى الاستعجالات في نفس الفترة. (أنظر ملحق رقم 01)

إن استغلال بيانات هذا الاستبيان يساعد الباحثة بالتعرف على خصائص مجموعة الدراسة.

4-2- مقياس بيك للاكتئاب :

تم تصميم هذا المقياس من طرف بيك سنة 1961 تحت اسم مقياس الإكتئاب لبيك (Beck depression inventory) (BDI)، وهو مقياس يزود الباحث والمعالج النفسي بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى العميل.

نشر هذا المقياس لأول مرة في صورته الأصلية سنة 1961 والتي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض، حيث تتشكل كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربع عبارات تعكس مدى شدة الاضطراب، فاستخدمت أرقام تتدرج من 0 إلى 3 لتشير إلى درجة هذه الشدة، ثم اختبر هذه الدرجات بعد ملاحظات عيادية منظمة ومكثفة للمظاهر الواضحة للاكتئاب، وفي مرحلة ثانية أعد بيك صورة جديدة تتكون من 13 مجموعة من العبارات والتي تعتبر صورة مختصرة للمقياس الأصلي، حيث قدر الارتباط بين الصورتين الأصلية والمختصرة بمعامل ارتباط قدره 0,96، وتتكون الصورة الحالية لمقياس بيك على العبارات التالية: 1-الحزن. 2-التشاؤم. 3-الشعور بالفشل. 4-عدم الرضا. 5-الشعور بالذنب. 6-عدم حب الذات. 7-إيذاء الذات. 8-الانسحاب الاجتماعي. 9-التردد. 10-تغير صورة الذات. 11-صعوبة النوم. 12-التعب. 13-الشهية.

تتمثل هذه العبارات في أعراض اكتئابية، كما أنها تتركز في نفس الوقت على المحتوى المعرفي. (غريب عبد الفتاح غريب، 1985)

4-2-1- مميزات مقياس بيك :

- تتمثل مميزات مقياس بيك في العناصر التالية :
- أعد المقياس لمقياس الاكتئاب وليس أي اضطراب آخر.
- تسهل الإجابة عليه من طرف العميل.

- ينحدر من النظرية المعرفية للاكتئاب لبيك.
- لا يتطلب مهارات وكفاءات عالية من الفاحص.
- يساعد على الحصول على درجات كمية عند قياس الاكتئاب.
- يستخدم بغرض التشخيص واختبار مدى فعالية العلاج.
- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة.
- يتميز بمعامل صدق وثبات عاليين بإجماع مختلف الدراسات التي أجريت حول صلاحيته.

4-2-2- كيفة تطبيق المقياس :

إن مقياس بيك للاكتئاب قابل للتطبيق الفردي والجماعي، إذ تحتوي كراسة الأسئلة الخاصة به على تعليمات مفصلة توضح كيفية الإجابة وكيفية تسجيلها على نفس الكراسة، ففي حالة تطبيق المقياس بشكل فردي يطلب الباحث من العميل قراءة التعليمات الواردة في كراسته الأسئلة ثم البدء في الإجابة، أما إذا طبق المقياس بشكل جماعي في هذه الحالة يطلب منهم بعد توزيع كراسات الأسئلة التي تضم اسم المفحوص، سنه، مستواه التعليمي، وتاريخ الإجابة، أن يقرأوا التعليمات لأنفسهم في الوقت الذي يتولى فيه الباحث قراءة التعليمات بصوت مرتفع حتى يزول الغموض أو الالتباس مع عدم تحديد مدة الإجابة. (غريب عبد الفتاح غريب، 1985)

و يستخدم مقياس الاكتئاب لبيك أساسا لتقييم شدة الاكتئاب، و يستخدم مع المرضى و مع الأسوياء أيضا، ويمكن تطبيق المقياس في البيئة العربية ابتداء من 15 سنة فما فوق، و من خلال هذه الدراسة تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على مجموعة الدراسة من مرضى مصابين بالربو و التي تنقسم إلى مجموعة تجريبية و مجموعة ضابطة، و ذلك خلال القياس القبلي و البعدي للمجموعتين و القياس التتبعي بالنسبة للمجموعة التجريبية. (أنظر الملحق رقم 02)

4-2-3- طريقة تنقيط المقياس :

تتضمن الصفحة الأولى من ورقة الإجابة التعليمات التفصيلية التي توضح طريقة الإجابة على المقياس، و يسجل المفحوص إجابته على نفس ورقة الأسئلة.

يكفي أن يطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة بالصفحة الأولى من ورقة الإجابة ثم البدء في الإجابة على المقياس، و يفضل أن يعاون الفاحص المفحوص في قراءة عبارات المقياس لو تطلب الموقف ذلك، يستغرق تطبيق المقياس بين 5 إلى 7 دقائق ولا يوجد وقت محدد للإجابة على المقياس.

خلال التطبيق يطلب من المفحوص أن يضع دوائر حول رقم العبارة التي تصف حالته و ذلك في كل مجموعة عبارات بما في ذلك العبارة رقم (0)، على أن تكون العبارة المختارة هي أكثر العبارات الأربع التي تصف بطريقة أفضل حالته، ويتكون المقياس من ثلاثة عشر مجموعة من العبارات، تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات متدرجة من (0) إلى (3) يتم الوصول إلى الدرجة الكلية للمقياس بجمع الدرجات التي يحصل عليها العميل في المجموعات الثلاثة عشر، حيث تتراوح الدرجات على المقياس ككل بين (0) و(39) درجة هي الحد الأقصى التي يمكن أن تصل إليه شدة الاكتئاب باستخدام هذا المقياس. (غريب عبد الفتاح غريب، 2007)

ليتم تقدير شدة الاكتئاب يستعمل أسلوب الدرجات الفاصلة كما يوضحه الجدول التالي
جدول رقم (12) يبين الدرجات الفاصلة لمقياس بيك للاكتئاب

مدلول درجة الاكتئاب	درجة الاكتئاب
لا يوجد اكتئاب	0-4
اكتئاب خفيف	5-7
اكتئاب متوسط	8-15
اكتئاب حاد	16 فما فوق

لإعطاء فكرة للفاحص بوجود درجات مختلفة من الاكتئاب عن طريق تحديد فئات لدرجات الاكتئاب كما حددها Beck et Beadmesderfer(1974) حيث تبين الدرجة التي تتراوح بين 0 و4 إلى عدم وجود اكتئاب في حين تشير الدرجة التي تتراوح بين 5 و7 إلى وجود اكتئاب خفيف، أما الدرجة التي تتراوح بين 8-15 فتشير إلى وجود اكتئاب متوسط، و ابتداء من الدرجة 16 فما فوق تشير إلى اكتئاب حاد. (Vera,L,2011)

من خلال البحث الحالي استخدمت الصورة العربية لمقياس Beck المكيفة من طرف غريب عبد الفتاح غريب (1985)، و قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية على عينة من مرضى الربو قدرت بـ 69 مريض بالربو فبينت نتائج ألف كرومبخت وجود ثبات عال قدر بـ 0.846

3-4- مقياس Levenstein لإدراك الضغط:

صمم من طرف ليفنستين و آخرون (1993) لقياس مؤشر إدراك الضغط، ويشمل المقياس على 30 عبارة، تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة وغير المباشرة. (الملحق رقم 03). و تتمثل طريقة تنقيط البنود المباشرة كما يلي:

يبين الجدول التالي رقم (13) البنود المباشرة لمقياس Levenstein لإدراك الضغط

15	14	12	11	9	8	6	5	4	3	2	البنود المباشرة
30	28	27	26	24	23	22	20	19	18	16	

البنود المباشرة تضم 22 عبارة المتمثلة في العبارات رقم 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30.

تنقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدأ) إلى اليسار (عادة)، وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف.

1-تقريباً أبدأ: نقطة واحدة.

2-أحياناً: نقطتان.

3-كثيراً: ثلاثة نقاط

4-عادة: أربع نقاط

أما الجدول التالي فيبين البنود الغير مباشرة.

يبين الجدول التالي رقم (14) البنود الغير مباشرة لمقياس Levenstein لإدراك الضغط

30	25	21	17	13	10	07	البنود الغير مباشرة
----	----	----	----	----	----	----	---------------------

تشمل البنود غير المباشرة على 8 عبارات منها العبارات رقم 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29. وتنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبدأ) إلى اليسار (عادة)، على النحو التالي:

- 1- تقريباً أبدأ نقطة واحدة أربع نقاط
- 2- أحياناً نقطتان ثلاثة نقاط
- 3- كثيراً ثلاثة نقاط نقطتان
- 4- عادة أربع نقاط نقطة واحدة

حيث يتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية:

مجموع القيم الخام - 30

مؤشر إدراك الضغط =

90

(Levenstein et al, 1993)

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من صفر (0) الذي يدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط إلى واحد (1) ما يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط. (حكيمة آيت حمودة، 2005)

4-3-1- ثبات وصدق المقياس:

4-3-1-1- الصدق: لقد تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط، فأظهر وجود ارتباط قوي مع سمة القلق يقدر بـ 0.75، ومع مقياس cohen إدراك الضغط يقدر بـ 0.73، بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0.56 مع مقياس الاكتئاب، وارتباط ضعيف يقدر بـ 0.35 مع مقياس القلق الحالة. (Levenstein et al, 1993)

و من خلال دراسة آيت حمودة تحت عنوان دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة الجسدية و النفسية سنة 2016،

قامت بدراسة صدق المقاييس بطريق الصدق الظاهري.

فبعد ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية للمقياس على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار وعناية، وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها. (آيت حمودة، 2006)

كما قامت بحساب التوافق الداخلي على عينة من أفراد يعانون مرض الربو وأمراض مزمنة أخرى باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود تماسك قوي قدر بـ 0.90

4-3-1-2-الثبات: كما أظهر قياس ثبات المقياس لنفس الدراسة باستعمال طريقة تطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني يقدر بـ 8 أيام ووجود معامل ثبات مرتفع يقدر بـ 0.82، في حين قامت الباحثة فيما يتعلق بالدراسة الحالية بقياس ثبات المقياس على عينة تقدر بـ 69 مريض بالربو ممن قصدوا المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من أجل العلاج الطبي ، وذلك باستخدام كرومبخت ألفا الذي قدر بـ 0.86 ما يبين ثبات عالي.

5- المعالجة الإحصائية :

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى الربو، و لاختيار صحة فرضيات البحث المطروحة لجأنا إلى مجموعة من التقنيات الإحصائية وهي كالتالي :

1- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، النسب المئوية وذلك ضمن تقنيات الإحصاء الوصفي.

2- تقنيات الإحصاء الاستدلالي المتمثل في اختبار " ت " " t test " لمجموعتي الدراسة الضابطة و التجريبية، المعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات. قانون Cohen (d) لدراسة قوة أثر فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو.

6- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج الذي يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، وعلى طرق علاجية تعطي

المعارف مركزا هاما في الاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى.
(عبد الستار إبراهيم، 2008)

كما يمثل العلاج المعرفي السلوكي مجموعة فاعلة من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات، كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات، مما يساعد المرضى على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي، و إحلال طرق تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقا.

كما يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للعميل عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها، وما يترتب عليها من ضيق واكتئاب.
(عادل محمد، 2000)

ويرتكز البرنامج العلاجي للدراسة الحالية على تقنيات معرفية وسلوكية تساعد مرضى الربو على التعامل بشكل فعال مع المرض والضغط والاكنتاب المرافقين له والتخفيف من شدتهما، ومن هذه التقنيات نجد تقنية إعادة البناء المعرفي، حل المشكل و الاسترخاء إضافة إلى تقنيات أخرى تساهم في حسن تطبيق هذه التقنيات الثلاثة السابقة الذكر.

6-1- أهداف البرنامج العلاجي:

إن تحديد أهداف البرنامج تعتبر خطوة أساسية يتم في ضوءها تحديد محتواه والفنيات العلاجية المستخدمة فيه، والهدف هو عبارة عن توضيح ما سوف يكون عليه سلوك المشاركين في البرنامج بعد اكتسابهم الخبرات والمهارات المختلفة، و هو بهذا يعني وصف للسلوكيات المتوقعة والتغيرات المراد إحداثها للمشاركين نتيجة إكسابهم لهذه المهارات. (حسين، 2004)

من خلال البرنامج العلاجي المقترح يتم تطبيق عدد من التقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية على مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية للدراسة بهدف التعامل بصفة فعالة للتخفيف من الضغط و الاكتئاب، و ذلك أثناء الجلسات العلاجية وخارجها.
و فيما يلي وصف لأهداف تطبيق البرنامج المقترح خلال الدراسة الحالية:

-مساعدة مرضى الربو على الوعي بحالتهم النفسية التي ترتبط بظهور نوبات الربو لديهم، وتحسين الحالة الصحية، بالتعرف أكثر على المرض والتصرف بفعالية بمجرد بداية النوبة الربوية عوض التصرف بسلبية وسطحية ما يزيد من خطورتها، فيتطلب الأمر حينها التنقل إلى الاستعجالات الطبية في كل مرة.

-تزويد مجموعة البحث التجريبية بمعلومات حول مفهوم الضغط النفسي، مع وصف دقيق لأعراضه، مصادره وعلاقته بمرض الربو من حيث تشابه الأعراض والتأثير المتبادل بينهما، إضافة إلى تحديد مفهوم الاكتئاب و أعراضه و طرق التعامل معه.

-مساعدتهم على الوعي و إدراك العلاقة بين الحديث الذاتي السلبي و استجابات الضغط لديهم، ثم العمل على تغييرها بحديث ذاتي ايجابي.

-إبراز الدور الهام الذي يلعبه الاسترخاء في الوعي باستجابات الفيزيولوجية للضغط وطرق التخلص منه، و يتم ذلك بالتدريب على خطوات الاسترخاء المتمثلة في التنفس العميق والاسترخاء العضلي و الاسترخاء الذهني و بالتحديد تقنية المكان الآمن، وتشجيعهم على تطبيقه بشكل يومي.

-التركيز على التنفس العميق و إظهار العلاقة بين الطرق الخاطئة في التنفس و اندلاع نوبات الربو خاصة تلك التي تستثيرها المواقف الضاغطة، مع التركيز على التنفس العميق في بداية النوبة الربوية لمساعدة المريض على الحد من شدتها.

-تحديد مفهوم الاكتئاب وعلاقته بالربو و الضغط، و كيف أن الأفكار الخاطئة والآلية تؤثر على استمرار الاكتئاب وسوء الحالة الصحية نتيجة ذلك، فبعد تحديدها يقوم المريض بالربو بتعويضها بأفكار أكثر منطقية وواقعية.

-تدريب أفراد مجموع البحث على تقنية حل المشكل للتعامل مع المرض من جهة والضغط و الاكتئاب المصاحبين له من جهة أخرى بفعالية أكبر، و ذلك من حيث التخطيط لحل المشكلات، تطبيق القرارات و التأكد من فعاليتها في كل مرة، عوض التركيز على الانفعالات السلبية والتجنب الذي يساهم في تأزم حالتهم الصحية و النفسية.

-مرافقة أفراد المجموعة التجريبية أثناء تعلمهم مختلف التقنيات حسب تسلسل مدروس وتشجيعهم على تطبيقها خارج الحصص العلاجية، و يتم ذلك عن طريق الواجبات المنزلية التي تحدد في نهاية كل جلسة وتناقش في بداية الجلسة الموالية، و هذا خلال كل

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك بهدف التعرف على مدى استيعابهم للتقنية وطريقة تطبيقها من جهة، ومن أجل دفعهم إلى التصرف بإيجابية عوض السلبية والتجنب التي يتميز بها المكتئب من جهة أخرى.

6-2- خصائص البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج العلاجي المقترح من طرف الباحثة تم بناءه بالعودة إلى ما جاء في الدراسات السابقة التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى أفراد مصابين بأمراض مزمنة، إضافة إلى ذلك استندت الباحثة على نماذج مهمة في مجال العلاج النفسي المعرفي السلوكي والمتمثلة في نموذج بيك لعلاج الاكتئاب و نموذج ميكنبوم للتحسين ضد الضغط، إضافة إلى تطبيق نموذج D'zurilla & Goldfreid للتدريب على حل المشكل، وذلك من أجل بناء برنامج للتخفيف من الضغط والاكتئاب معا لدى المجموعة التجريبية المتكونة من مرضى مصابين بالربو،

6-2-1- العلاج المعرفي لبيك:

يعتبر اتجاه بيك في العلاج المعرفي السلوكي أحد النماذج الثلاثة الأساسية، حيث يتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه إليس في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، واتجاه ميكنبوم. (عبد الله، 2000)، كما تفترض الصيغة الأصلية لنموذج الاكتئاب في العلاج المعرفي السلوكي لبيك (1979) أن الأفراد المكتئبين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم، عن المستقبل و عن العالم، هذه المخططات تستثير معارف آلية لا تكيفية معينة في مواقف معينة، يتقدم العلاج المعرفي السلوكي من خلال تحديد و تحدي المعارف اللاتكيفية و في النهاية من خلال استكشاف وتصحيح المعتقدات اللاتكيفية والمخططات، فقد تبين أن تصحيح المعارف والمعتقدات الآلية واللاتكيفية تعتبر أيضا من الاستجابات الانفعالية المصاحبة لها. (هوفمان، 2012)

و يشير بيك إلى أن الاضطرابات النفسية لدى الأفراد لا تنشأ من الأحداث ذاتها وإنما تنشأ من الأفكار والتفسيرات والمعاني الخاطئة التي يعطيها الفرد للموقف والتي لا يكون على وعي بها لأنها تحدث بطريقة تلقائية، و على ذلك يرى بيك أن الضغط هو استجابة يقوم بها الفرد نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته، أو مشكلة ليس لها حل تسبب له

إحباطا وتعوق اتزانها، أو موقف يثير لديه أفكار عن الشعور بالعجز واليأس، كما يرى بيبك أن الأفكار التلقائية السلبية تؤدي إلى التشويه المعرفي وأن هذه التحريفات والتشويهاة المعرفية تؤدي إلى الضغط وتزيد من الصعوبة في مواجهة المواقف الضاغطة، وتسير عملية العلاج المعرفي في عدة خطوات وهي:

-مراقبة وتحديد الأفكار التلقائية، وفي هذه النقطة يطلب المعالج من العميل مراقبة أفكاره التلقائية السلبية و أن يسجل هذه الأفكار وما يتولد عنها من مشاعر وسلوكيات في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها.

-مقاومة الأفكار التلقائية والاعتقادات والتحريفات المعرفية، ويتم ذلك من خلال فحص وتحديد منطقيتها، حيث أن الهدف من العلاج المعرفي تغيير أساليب التفكير المختلفة وظيفيا واستبدالها بأساليب تفكير أكثر إيجابية، ومنطقية والتي يصاحبها تغير في الانفعالات والسلوكيات غير الملائمة للعميل. (حسين وحسين، 2006)

فيما يخص الدراسة الحالية استخدمت الباحثة خطوات العلاج المعرفي لبيبك لعلاج الاكتئاب بالتأكد على العلاقة بين الأفكار الآلية و المشاعر السلبية مع مراقبة الأفكار الآلية و تعديلها باستخدام تقنية إعادة البناء المعرفي.

6-2-2- التحصين ضد الضغط لميكنبوم:

يقترح (Meichenbaum 1977) في التقنية التي وضعها تحت مصطلح التحصين ضد الضغط تعريض العميل للمواقف الضاغطة في الواقع وعن طريق الخيال، مع تعديل الاستجابات باستخدام التقنيات المختلفة كالاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، الإدارة الانفعالات. (Servant, 2012)

يعتبر التحصين ضد الضغط أسلوب شمولي يستخدم مهارات متعددة سلوكية ومعرفية تؤدي إلى تحسن في مستوى التكيف العام للفرد، ويهتم بتعديل الأحداث المعرفية أي الحوار الداخلي والأفكار الآلية، لأنها تؤدي إلى تشتيت انتباه الفرد عن المهمة والانشغال بتوقع الفشل وما ينتج عنه من خسارة في تقدير الآخرين وتقدير الذات والمركز الاجتماعي، بالإضافة إلى تركيز الانتباه على ردود الفعل الجسمية وعلى النقد الذاتي والشك بالقدرة وبإمكان النجاح والإحساس بعدم الكفاءة (حمدي، 1999)، ويتألف التدريب على التحصين ضد الضغط من الجمع بين المعلومات المتوفرة، النقاش على أسلوب

سقراط، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلة و التدريب على الاسترخاء، هذه المقاربة قد صممت لتعليم مهارات التكيف التي يمكن تطبيقها على المشاكل الحالية والمستقبلية، وآمن ميكينوم بأن التدريب على التحصين ضد الضغط يمكن استعماله لأهداف وقائية وعلاجية مع مجتمع كبير وعريض من الناس الذين عاشوا تجارب التوتر والضغط. (كوري، 2013)

من خلال الدراسة الحالية تم تطبيق التقنيات المرتبطة بالتحصين ضد الضغط والمتمثلة في ثلاثة مراحل وهي مرحلة تحديد المفاهيم المرتبطة بالضغط ثم يليها تطبيق المهارات و التقنيات التي تساعد على مراقبة الحديث الذاتي السلبي واقتراح حديث ايجابي و إعادة البناء المعرفي، حل المشكلة و التدريب على الاسترخاء ، و أخيرا تطبيق هذه التقنيات خلال الجلسات و خارجها.

6-2-3- تقنية D'zurilla & Goldfreid للتدريب على حل المشكلة الاجتماعية :

عرف (1971) D'zurilla & Goldfried مصطلح " حل المشكل " بأنه عملية سلوكية إما ظاهرة معبر عنها بشكل صريح و مباشر و إما ذات طبيعة معرفية، و تمتاز هذه العملية السلوكية بصفتين أساسيتين بحيث توفر مجموعة من الاستجابات البديلة ذات الفعالية القوية التي يتمكن الفرد بواسطتها من التعامل مع الوضعية الإشكالية كما ترفع من احتمال القدرة على انتقاء الاستجابة الأكثر فعالية من بين البدائل المتعددة. (بومصباح و آخرون، 2017)

6-3- خطوات تطبيق البرنامج العلاجي:

بدأت الباحثة بدراسة استطلاعية بهدف التقرب من مجتمع الدراسة والتأكد من إمكانية تطبيق مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، إضافة إلى تحديد خطوات البرنامج العلاجي، و في مرحلة ثانية تم تطبيق البرنامج العلاجي بصورته النهائية على أفراد المجموعة التجريبية خلال أربعة مراحل و المتمثلة في مرحلة القياس القبلي ثم مرحلة تطبيق العلاج ثم مرحلة القياس البعدي و في أخيرا مرحلة المتابعة.

6-3-1- الدراسة الاستطلاعية:

خلال الدراسة الاستطلاعية التي أجريت على 06 حالات مشكلين المجموعة التجريبية، حيث تم تطبيق البرنامج العلاجي بصورته الأولية و ذلك بهدف تحديد الصورة

النهائية له من حيث عدد الحصص و المدة الزمنية لكل جلسة، وتحديد التعليمات بدقة وبصفة موحدة، و التأكد من ملائمة وسائل الإيضاح المتمثلة في الرسومات و الأشكال والبيانات المستخدمة خلال التربية العلاجية، و تحديد بشكل دقيق أهداف كل جلسة والتقنيات المستعملة فيها، و مباشرة بعد ذلك تم تطبيق البرنامج العلاجي على عشرين فرد مصاب بمرض الربو و الممثلين للمجموعة التجريبية خلال فترة زمنية دامت من 03 أكتوبر 2016 الى غاية 19 جويليا 2017 بمعدل جلسة كل أسبوع لكل حالة مدتها بين 60 دقيقة و 90 دقيقة.

6-3-2- محتوى البرنامج العلاجي:

استخدمت الباحثة في البرنامج العلاجي المقترح على مرضى الربو مجموعة من التقنيات والأساليب المعرفية السلوكية التي تتمثل في تقنية الاسترخاء، تقنية إعادة البناء المعرفي، حل المشكل، الرقابة الذاتية، الواجبات المنزلية، التغذية الراجعة، التساؤل السقراطي، لعب الأدوار و تقنية المحاضرات، وذلك بشكل فردي خلال ثلاثة عشر جلسة.

6-3-2-1- تقنية الاسترخاء:

لقد انتشر التدريب على الاسترخاء وأصبح واسع الاستعمال كأسلوب يساعد على التكيف مع الضغوطات التي يواجهها الفرد في الحياة اليومية، وهذا الأسلوب يهدف إلى استرخاء عضلات الجسم والذهن وهو أسلوب سهل تعلمه (كوري، 2013)، وتقوم هذه الفنية على مسلمة مفادها أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة للقلق، فالشخص لا يمكن أن يكون مسترخيا وقلقا في نفس الوقت فالنقيضان لا يجتمعان، بمعنى أن استجابة الاسترخاء تعمل على منع ظهور استجابة القلق والضغط. (حسين.ط وحسين.س 2006)، كما أن معظم البرامج التي تهدف إلى التحكم وضبط الضغوط النفسية تتضمن التدريب على مختلف تقنيات الاسترخاء، إن لم تكن المحور الرئيسي فيها، وهي تعتمد بشكل كبير على التنفس البطني العميق، للتحكم في التنفس أمام المواقف الضاغطة و الذي غالبا ما يكون تنفس سريع نابع من الصدر، ليضع الفرد في حالة فرط التهوية، و من خلال الدراسة الحالية تم الاعتماد على تقنية استرخاء مستوحاة من تقنية جاكوبسن و التي تتضمن ثلاثة مراحل بداية بالتنفس العميق البطني تم الاسترخاء العضلي و أخيرا الاسترخاء الذهني المتمثل في تقنية المكان الآمن.

6-3-2-1-1-التنفس العميق: إن ممارسة التحكم في عملية التنفس يهدئ ويلطف طاقة الفرد، كما أنه يولد الشعور بالراحة النفسية والاطمئنان ويسمح بالتحكم في التفكير. (لارينونة، 2017)

كما يلعب فرط التهوية الرئوية الدور الأساسي في شعور الفرد بالاستجابات الفيزيولوجية للضغط، فعندما يتصاعد القلق يحدث عند بعض الأفراد تزايد في سرعة التنفس بفعل فرط التنبيه للجملة العصبية الودية، مما يؤدي إلى حدوث فرط التهوية الرئوية hyperventilation ويترتب عن هذه الحالة النشطة من فرط التهوية الرئوية حدوث اضطرابات فيزيولوجية مرافقة تأخذ صورة الأعراض التالية: ضيق التنفس، الدوار، الشعور بالخدر الجسمي في الأطراف، تسارع ضربات القلب والارتعاش، إن هذه الأعراض ذاتها تعد منبهات جديدة فتصبح إشرافية بعد التعرض للنوبة الأولى، فيفسرها الفرد على أساس أعراض منذرة مهددة لحياته. (الحجار، 1999)

تعلم الاسترخاء و التنفس العميق يشكل عامل جد مهم و مساعد لتحسين التنفس والتعامل بشكل أفضل مع التوتر و القلق المرتبط بنوبات الربو، هذا التعلم بحاجة إلى عدد من الحصص المخصصة له وذلك بتقنيات سلوكية. لما يكون سبب تفجير النوبة هو فرط في التهوية، على المريض أن يتعلم كيف يخفض وتيرة التنفس إلى أقصى حد حتى يتباطىء تنفسه، فيتعلم أن يخرج الهواء من الفم مع الاحتفاظ بالشفاه شبه مغلقة حتى يتم خروج الهواء بشكل بطيء، كما يمكن إعطاء أمثلة لشرح ذلك كأنه يتنفس في أنبوب رقيق أو أنه يخرج الهواء أمام شمعة بدون أن يطفئها. (Broeck.N & al, 2012)

قبل البدء في تمارين التنفس مع شخص ما، يجب شرح ماذا نعني بفرط التنفس وما يجب القيام به في هذه الحالة، بحيث يشتكي الإنسان أحيانا من الإحساس بالاختناق، على الرغم من أن رئتيه وقلبه يعملان بشكل طبيعي، فيشعر بالقلق والضغط وقد يشعر بتتميل على مستوى الأيدي و الشفاه، إضافة إلى شعور بالضيق في الصدر و الدوار إضافة إلى تسارع ضربات القلب، هذه الاضطرابات تنتج عندما يتنفس الفرد أكثر من اللازم أو بشكل سيئ، فكلما حاول التنفس أكثر كلما شعر بالسوء، فأمام هذه الوضعية على الفرد أن يقوم بسلوك بسيط يمكنه المساعدة بشكل كبير للتنفس بشكل صحيح والمتمثل فيما يلي:

-التنفس ببطء وعمق مع الانتظار قليلا قبل التنفس مرة ثانية.
-التنفس باستعمال البطن والحجاب الحاجز حيث ينتفخ البطن عوض أن ينتفخ الصدر والأضلاع، ويتم التدريب على التنفس العميق لتصحيح فرط التنفس بإتباع بعض خطوات بسيطة ويستمر تمرين التنفس حوالي 5 دقائق حيث يقدم المعالج التعليمات التالية:
-استلقي على الأرض و أغمض عينيك ثم ضع كلتا يديك على بطنك، يمكنك أن تشعر بالدفء على مستوى بطنك، الآن استنشق الهواء وأنت تنتفخ بطنك، أخرج الهواء وأنت تفرغ بطنك ، مرة ثانية استنشق الهواء و أنت تنتفخ بطنك، ثم أخرج الهواء و أنت تفرغ بطنك حتى يعود إلى حجمه العادي مع الزفير. ركز اهتمامك للحظة على وتيرة ارتفاع وانخفاض البطن و أشعر بمدى الاسترخاء و الثقل على مستوى كل جسمك، ستبدأ بالشعور بالراحة، فبعد القيام بهذه التمارين ستشعر بالثقل والراحة والدفء. الآن تنفس بهدوء، وسأبدأ بالعد ثم قم بتحريك قدميك وساقيك، ابدأ بتحريك اليدين والذراعين، حرك رأسك، افتح عينيك و انظر إلى السقف ثم تمتد كلياً، حتى أطراف الأصابع.
(Argyll & al,1997)

6-3-2-1-2-الاسترخاء العضلي: قد بين جاكوبسن (1938) العلاقة بين حالة الضغط النفسي والتوتر العضلي، حيث يتمثل مبدأ استرخاء العضلات في وضع مجموعة من العضلات في حالة توتر ثم التركيز على الشعور بالاسترخاء على مستوى نفس العضلات، تتعرض مجموعات مختلفة من العضلات بالتتابع لهذا الشد و الإرخاء للحصول على انخفاض التوتر في مختلف عضلات الجسم، فالاستجابة عامة للاسترخاء يتم الحصول عليها في كل من الجانب الفسيولوجي والنفسي (Servant.D, 2012) . وإن التقنيات المستوحاة من طريقة جاكوبسن مقترحة في معظم العلاجات المعرفية السلوكية.(Öst، 2000)، حيث يتم استرخاء العضلي التدريجي على ثلاث مراحل:
• المرحلة الأولى المعروفة باسم الاسترخاء العام هو يخص الجسم كله ليحدث حالة من الاسترخاء والهدوء، وكلما يتكرر التمرين يمكن للعميل الوصول إلى حالة من الاسترخاء في وقت أقصر من خلال استعمال أقل عدد من العضلات.
• تستمر المرحلة الثانية في التعلم من خلال قبض عدد من العضلات و استرخاء في الجانب المقابل من الجسم.

• المرحلة الثالثة تتوافق مع الاسترخاء العضلي التطبيقي، فبعد أن يتقن ممارسة الاسترخاء في وقت قصير، يقوم العميل باستخدامه في الحياة اليومية، عندما يشعر بتوتر عضلي أو نفسي، فيقوم بذلك في المنزل مع معرفة كيفية التكيف أساليب الاسترخاء اعتمادا على ظروف وأعراض القلق. (Servant.D, 2012)

كما أن تقنية الاسترخاء المقترحة في الدراسة الحالية مستوحاة من تقنية جاكوبسن تم تطويرها من طرف فرقة بحث تعمل مع اللاجئين مكلفة من طرف منظمة الصحة العالمية، و التي تم نشرها في كتاب تحت عنوان الصحة العقلية للاجئين سنة 1997. (أنظر الملحق رقم 08)

تستند هذه التقنية في المرحلة الأولى على التنفس العميق البطني لتمر إلى المرحلة الثانية والتي تركز على مبدأ شد و إرخاء العضلات بداية من الجهة اليمنى ثم اليسرى، والبداية تكون بالقدمين ثم عضلات الحوض لتليها عضلات اليدين و الكتفين ثم الرقبة وأخيرا يتم إرخاء الرأس ليعم الاسترخاء كل أعضاء الجسم، وفي المرحلة الثالثة و الأخيرة يتم تطبيق الاسترخاء الذهني المتمثل في البحث عن المكان الآمن عن طريق التخيل.

نظرا لكون أعراض النوبة في الربو تشبه إلى حد كبير أعراض الضغط النفسي، فيضن المريض أنه ستحدث له نوبة ربو، الأمر الذي يزيد من حدة الضغط لديه، و يبقى هكذا في حلقة مفرغة، و لتخفيف هذا الضغط و كسر هذه الحلقة المغلقة يتم تطبيق الاسترخاء على مرضى الربو الممثلين المجموعة التجريبية لهذه الدراسة و تدريبهم على التحكم في التنفس وتسيير الضغط بفعالية أكبر.

6-3-2-1-3-الاسترخاء الذهني (تقنية المكان الآمن): هي تقنية تعتمد على الخيال، وهي إحدى تقنيات الاسترخاء، حيث تعتمد على قدرة التخيل تقترح بعد الاسترخاء العضلي كاملا أو في صورته المختصرة، يطلب من العميل تخيل نفسه في مكان آمن، هادئ و مريح حيث يشعر بالراحة و الاطمئنان. (أنظر الملحق رقم 09)

يختلف الأفراد كثيرا في اختيارهم للمكان الآمن و يترك له الخيار في هذا المجال، يمكن تثبيت الفكرة عن هذا المكان بإعطائه اسم أو عنوان و ذلك للإشارة إليه لاحقا، ويتدرج التمرين بتفعيل جميع الحواس باتجاه هذا المكان الآمن المتخيل، حيث يطلب المعالج تدريجيا من العميل تركيز الحاسة إلى الظواهر الحسية المناسبة في هذا المكان

بتفعيل جميع الحواس و تركيزها سويًا إلى المكان الآمن، فيتكون تلقائياً شعور بالأمان والراحة لدى العميل، ويطلب منه حينها تركيز انتباهه في هذا الشعور و تطويره و من نشره في جميع نواحي الجسم. (Argyll & al, 1997)

تلقت الباحثة تدريب على تقنية الاسترخاء المستخدمة خلال هذه الدراسة على يد الطبيب العقلي مصطفى المصري سنة 2000 بهدف تطبيقها خلال دراسة حول فعالية العلاجات النفسية في الجزائر، و قد استخدمتها بشكل منتظم منذ هذا التاريخ إلى يومنا الحالي في الكفالة النفسية العيادية، ونظراً للنتائج الإيجابية المتحصل عليها في كل مرة قامت باختيار هذه التقنية لتطبيقها مع مرضى الربو ممثلين للمجموعة التجريبية.

6-3-2-2- تقنية إعادة البناء المعرفي :

تستخدم تقنية إعادة البناء المعرفي للمساعدة في الكشف مسبقاً عن الأفكار التلقائية أكثر تكيفاً وملائمة، ويكون ذلك بطلب من العميل أن يستخدم الأفكار البديلة في وضع مشكلي جديد، ويراقب انفعالاته المترافقة مع هذا السلوك الجديد، و يساعد ذلك على تحديد العقبات المحتملة المعرفية والسلوكية التي ستعيقه في تنفيذها في المستقبل، حيث تعتبر الجلسة العلاجية المكان المثالي للتدريب على العديد من السلوكيات إذ يقوم المعالج بدور المدرس والموجه الذي يقدم تغذية راجعة مباشرة على الأداء مقدماً الاقتراحات المحسنة للسلوك الجديد، ويمكن استخدام تقنية لعب الدور السلبية، وفي تدريب العميل على تطوير معرفيات لتحقيق ذلك. (السقا، 2009)، وتستعين تقنية إعادة البناء المعرفي بالعديد من الإستراتيجيات كالتساؤل السقراطي، وتسجيل الأفكار ويتم استخدامه في أنواع عديدة من العلاجات، وأثبت عدد من الدراسات كفاءة كبيرة في استخدام العلاجات المستندة إلى إعادة البناء المعرفي. (Harvey, 2002)

كما حدد Cormier & Cormier (1991) خطوات إعادة البناء المعرفي بما يلي:

و تشمل تقنية إعادة البناء المعرفي أربع خطوات و هي كالتالي:

- تحديد الإدراكات المنطوية على المشكلات، المعروفة باسم الأفكار التلقائية التي تمثل وجهات نظر سلبية عن الذات أو العالم أو المستقبل.

- تحديد التحريفات الإدراكية في الأفكار الآلية.

- الجدل العقلاني للأفكار التلقائية مع الحوار السقراطي.

-تحضير رد منطقي على الأفكار الآلية. (Hope, 2010)

6-3-2-2-1-مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها: يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي للتعرف على الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية أو المشوهة، إن أقوى طريقة لتعريف العميل على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعالية، أو يمكن أن يطلب المعالج من العميل أن يتذكر موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه، و من بين أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها نجد:

أ- الحوار السقراطي: ويعد من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة، ويسمى أيضا الاكتشاف الموجه، حيث يعتمد المعالج على خبرته بصياغة الأسئلة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا. (السقا، 2009)

استخدمت الباحثة أسلوب التساؤل السقراطي مع أفراد المجموعة التجريبية قصد مساعدتهم على تصحيح أفكارهم عن أنفسهم و عن مرض الربو والتحكم في الانفعالات المصاحبة له وبذلك تعديل السلوك تجاه وضعيتهم الصحية .

ب- لعب الدور: يلجأ المعالج في الاتجاه السلوكي المعرفي إلى أسلوب لعب الأدوار أثناء تطبيق برنامجا علاجي، فهي طريقة تقوم في أساسها وضع العميل في موقف ينطوي على مشكلة حقيقية قصد التوصل إلى فهمها وإيجاد حل لها بمشاركة العميل، كما تمثل طريقة لعب الأدوار وسيلة حية للكشف عن المشاعر والانفعالات وطرق حل المشكل. (الحيلة، 2002)

لجأت الباحثة إلى لعب الأدوار كأسلوب سلوكي معرفي بغرض مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على فهم بعض السلوكيات غير المكيفة، والتدريب على الاستجابات الانفعالية المرغوبة اتجاه المشكلات التي يتعرضون لها والمرتبطة بحالتهم الصحية والنفسية، كطريقة تطبيق التنفس العميق و الاسترخاء، إضافة إلى بعض الوضعيات الضاغطة و الأفكار السلبية المصاحبة لها و المرتبطة بالاكنتاب.

ج- سجل الأفكار: هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداما لتحديد الأفكار التلقائية ويمكن أن يطلب من العملاء أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة،

تسمى كل واحدة منها طبقا لعدد الأعمدة، وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالبا حالما يبدأ العميل بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية، ويطلب إليه في هذه الحالة أن يدون الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج، ويمكن أن يحدد العميل بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود و الأفكار التلقائية في العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضا لكشف الأفكار التلقائية، حيث تعد هذه التقنية ناتجا ثانويا لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بالتساؤل "إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟" وتعود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة، ويمكن أن يضيف المعالج أو ينقص من عدد الأعمدة بحسب الحاجات النوعية للعميل ويقدر فهمه للأفكار التلقائية وللعلاقة بين المعرفيات السلبية والشعور غير السار والسلوك غير المثمر. (أنظر الملحق رقم 11)

د-مناقشة الحوار الداخلي: هذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنبوم في العلاج المعرفي، فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثم سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للعميل ليقول لنفسه في حوار داخلي "إنني عديم القيمة"، وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح، وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه، فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعال، وبسبب النتائج السلوكية والانفعالية السلبية لتفكير العميل السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه "إنني عديم القيمة، وهذا ما ذكره ميكنبوم في علاجه" أن يتدرب العميل على التحدث إلى ذاته بطريقة فعالة .

6-3-2-2-2-تعديل الأفكار التلقائية:

ليس هناك عادة فصل تام في العلاج المعرفي السلوكي بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها، ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالبا ما تكون كافية للبدء بالتغيير الحقيقي، فالملاحظ من خلال هذه الدراسة أن معظم مرضى الربو لديهم أفكار آلية و مشوهة عن المرض مثلا أن يقول أحدهم: "أنا مريض بالربو و لا أستطيع القيام بأي عمل" يصعب علي إيجاد عمل مع مرضي "أنا محكوم علي بأي أفضي حياتي في المستشفيات" وغيرها من الأفكار التي تهول من المرض و تعتبره سبب

في عجز تام يمنعه من مواصلة حياته، فبعد تحديد هذه الأفكار و التعرف عليها يعمل مريض الربو على تغييرها بأفكار أكثر واقعية و منطقية لا تجعل منه شخصا عاجزا وسلبيا بل إنسان يتعرف على قدراته الحقيقية و يقوم باختيارات في الحياة تتناسب مع هذه القدرات. (أنظر الملحق رقم 10)

أ- **إيجاد البدائل:** يرى العديد من الأفراد أنفسهم وكأنهم قد فقدوا كل الخيارات، وتتضمن هنا التقنية المعرفية العمل سوية مع العميل لإيجاد بدائل أخرى.

ب- **تفحص الدليل:** هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي في العلاج المعرفي، فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج و العميل بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأنه غالبا ما يقدم دليلا يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلا معلومات أخرى رئيسة، ومركزا على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة، وعند ذلك يسأل العميل " ما الدليل على هذه الفكرة؟" لأننا غالبا عندما نشعر بأننا لسنا على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف.

ج- **الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية:** وتسمى بأسلوب افتراضي " ماذا لو" ويساعد هذا الأسلوب العميل على التقويم بنفسه فيما إذا كان يبالغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل العميل أسئلة سلبية مثل " ماذا لو لم أستطع " " ماذا لو توقفت عن التنفس " فلا يعطي وقتا لأسئلة مشابهة حرفيا ولكن بشكل إيجابي مثل: "ماذا لو نجحت " "ماذا لو استطعت" إنه يبحث عن إجابة، أو عن وجهات نظر بديلة بشكل مثالي.

د- **إعادة عزو الصفات:** عادة ما تكون الصفات المنسوبة إلى أحداث الحياة في حالة الاكتئاب مشوهة في الاتجاه السلبي إذ يقوم المكتتبون بلوم أنفسهم على أحداث الحياة غير السارة، وإعطاء معنى عام للحوادث المحددة وغير المتوقعة، و يعتقدون أن الحالة السلبية ستدوم إلى ما لا نهاية، وقد وجد أن التشوهات السلبية لدى المكتتبين تكمن في العزو الداخلي الذي يقود الفرد إلى انخفاض في تقدير ذاته كالعبرة الشائعة بين المكتتبين "هذا ما جنيته على نفسي"، وعلى الرغم من أن المرء لا يستطيع أن ينفي هذا تماما، إلا أنه من غير المرجح أن يكون شخصا واحدا بمفرده مسئولا عن كل خلل يحدث في علاقة

ما، لذلك يكون التدخل العلاجي هنا في إعادة توزيع المسؤولية بين كل الأطراف ذات الصلة بالأزمة.

هـ- **المزايا و المساوي:** يختلف أسلوب تحليل المزايا والمساوي عن الأساليب المعرفية الأخرى، لأنه يتعامل مع الأفكار السلبية للعميل من منظور التحريض، وغالبا ما يؤدي ذلك إلى الشك بصحة المخططات، وإيجاد تفسيرات بديلة لهذه الأفكار السلبية بأن يطلب المعالج من العميل إعداد قائمة بالمزايا والمساوي.

و- **تقنية الرقابة الذاتية:** يقصد بالرقابة الذاتية في العلاج السلوكي المعرفي قيام العميل بالملاحظة الذاتية وتسجيل ما يقوم به في مدونة أو نماذج معدة مسبقا من طرف المعالج وفقا لطبيعة المشكل المطروح للمعالجة، كما أن على المعالج أن يحرص على المبادرة بهذه الفنية السلوكية المعرفية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم حتى يتمكن من التعرف على مشكلات العميل بشكل يسمح له إعداد صياغة لها وتصميم الجانب العملي للخطة العلاجية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن هذا الأسلوب يؤدي في الغالب إلى خفض معدل تكرار السلوك الخطأ وغير المرغوب فيه، كتسجيل أعراض الضغط والأفكار المرتبطة بالاكنتاب و كذا مدى تكرار نوبات الربو و عدد المرات التي لجأ فيها إلى الاستعجالات. (السقا،2009)

6-3-2-3- تقنية حل المشكلة الاجتماعية لدزوريلا و قولفيد:

وصف (Nezu & D'zurilla (1990،2001) طرق التدريب على حل المشكلة ومراحلها حيث يمكن تطبيق البرنامج التدريبي في الإطار الفردي أو الجماعي، وهو يتم عبر ثمانية وحدات، التي غالبا ما يتم تحقيقها في عدد من الجلسات التي تتراوح ما بين 10 و 16 جلسة، يتم إجراؤها أسبوعيا (مرة في الأسبوع) وتدوم الجلسة من ساعة إلى ساعة ونصف، ويتم تحقيق الوحدات الثمانية التالية المتمثلة في البناء الأولي، (جلسة واحدة)، الاتجاه نحو المشكلة (جلسة أو جلستين)، التحكم في الانفعالات أثناء حل المشكلة (جلسة أو جلستين)، تحديد وصياغة المشكلة (جلسة أو جلستين)، وضع البدائل (جلسة أو جلستين)، أخذ القرار (جلسة أو جلستين)، تنفيذ الحل و التحقيق (جلسة أو جلستين)، و أخيرا التعميم (جلسة أو جلستين). خلال كل موعد أسبوعي وبعد الانتهاء من تمرين حل المشكلة، تختم الجلسة بتمرين الاسترخاء بغرض تعليم المفحوص طريقة

تخفيض الضغط أثناء حل المشكلة و ذلك لتسهيل أداء حل المشكلة حسب ما اقترحه دزوريلا وزملاؤه خلال سنوات 1990، 1999، 2001، 2004، حيث يتم تعليم المفحوص واحدة من طرق تخفيض الضغط (سايل، 2011)

تم تطبيق هذه التقنية خلال هذه الدراسة على مرضى الربو بإتباع هذه الخطوات من تحديد مفهوم المشكل، تأسيس الحلول و البدائل مع اقتراح استراتيجيات ووسائل لحل المشكل وتحديد مساوئ و مزايا هذه الاقتراحات، ليتم بعد ذلك على اتخاذ القرار و تنفيذه ثم التحقق منه في الأخير.

6-3-2-4- أسلوب التغذية الراجعة:

تعد التغذية الراجعة من الأساليب الأكثر شيوعا في البرامج العلاجية ، يتم من خلال هذا الأسلوب إبداء الآراء والانطباعات الخاصة بالعمل بكل ما جرى ويجري أثناء الحصص من حوار ومشاهدة لفيديوهات واستماع لمحاضرات يقدمها المعالج، يمكن اعتباره أسلوب تقييم لمميزات وفوائد وعيوب ومساوئ ملاحظة خلال الحصص العلاجية، تعتبر التغذية الراجعة من أهم القواعد في العلاج السلوكي المعرفي التي تمكن الفرد أو الجماعة العلاجية وكذا المعالج من الاستفادة من رصد سير أفراد المجموعة ومتى تقدمهم، للمعالج أن يختم كل حصة علاجية بتغذية راجعة قصد تصحيح بعض المواقف والمفاهيم ودعم الأفراد. (أبو زيد، 2008).

استخدمت الباحثة في الجلسات العلاجية تقنية التغذية الراجعة قصد رصد وتقييم الأفكار والانفعالات وكذا السلوك الخاطئ وتعديله بالسلوك والمعتقد الصحيح والاستجابات المكيفة للحالة الصحية لدى حالات المجموعة التجريبية، و يتم ذلك حتى أثناء الحصص المخصصة للتربية العلاجية و مختلف التقنيات الأخرى للنظر في مدى استيعاب أفراد المجموعة التجريبية لها و كيفية تطبيقهم لما تدربوا عليه.

6-3-2-5- أسلوب المحاضرات:

من أهداف هذا الأسلوب تغيير اتجاه المرضى في ما يتعلق بنظرتهم لمواضيع معينة تتعلق بصحتهم أو منظورهم لتلك المواضيع، حيث يكون أعضاء الجماعة العلاجية متجانسين من حيث مشكلاتهم واضطرابهم. (برزون.ح، 2013).

استخدمت الباحثة أثناء المحاضرات وسائل خاصة الغرض منها اطلاق العميل على موضوع المحاضرة، تتمثل في الكتب والفيديوهات، والمخططات والرسومات البيانية وغيرها من الوسائل المتوفرة لديه، تساعد هذه الوسائل في فهم وضعيته وحسن التعامل معها. إن تدريب على حل المشكلات ومناقشتها يصبح أكثر نجاعة كلما سخرت له الوسائل الملموسة، وتلك هي الغاية الأخرى من استخدام أسلوب المحاضرات بدعم هذه الوسائل، فهي تتضمن معلومات يحتاج إليها العميل لفهم أفضل لحالته الراهنة و المشاكل التي يعاني منها، إضافة إلى كيفية التعامل معها.

6-2-3-6- تقنية الواجب المنزلي:

تساعد الواجبات المنزلية الأفراد على التفكير في مواضيع لها علاقة مباشرة بمشكلاتهم والشعور بها وبذلك القيام بالسلوك الملائم والأكثر عقلانية، إذ يمكن تطبيقها فردياً أو جماعياً، داخل المجموعات أو خارجها. (عبد العظيم. ط وعبد العظيم. س، 2006)، حيث يتعلم العميل من خلال الواجب المنزلي ملاحظة وتحليل مشاكله وإعادة النظر فيها بموضوعية ومدى انعكاساتها عليه، قصد إعادة بناء وتصميم سلوك بديل يكتسب عن طريق التمرينات المنجزة في الحصص العلاجية بعد التشجيع والتوجيه المستمر، فتعتبر تقنية الواجب المنزلي من الأساليب الأساسية التي يستخدمها المعالج السلوكي المعرفي في العلاج.

تلعب هذه الفنية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، إذ أنها التقنية الوحيدة التي يبدأ بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وذلك يؤثر في طريقة أداء العميل في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً، وهي تضم النقاط التالية:

- إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة العميل.
- تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.
- توضيح كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب العميل لهذه الإجراءات.

- مراجعتها في بداية كل جلسة.
 - تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية.
 - فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض العملاء.
- (الغامدي، 2013)

استخدمت الباحث في هذه الدراسة أسلوب الواجب المنزلي مع الحالات بغرض تدريبهم على تحديد أفكارهم الآلية، و اقتراح أفكار أكثر منطقية، والقيام بتمارين الاسترخاء بانتظام في المنزل، و من بين الواجبات المنزلية المقترحة على مرضى الربو أيضا، إعداد قائمة أهداف في الجلسة الأولى، تحضير قائمة أفكار ايجابية، تقييم الأفكار الآلية و الاستجابة لها، تسجيل الحديث الذاتي السلبي مع تغييره بحديث ايجابي وفي النهاية يوجه العمل لمنع الانتكاس و إنهاء العلاج مثل تنظيم المذكرات العلاجية والاستجابة للأفكار الآلية حول إنهاء العلاج مع تطوير الخطط لمواجهة الصعوبات المستقبلية.

6-3-2-7- التحليل الوظيفي:

لكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاكتئاب و ضع Cottraux شبكة التحليل الوظيفي (SECCA) التي تجمع العناصر التالية: منبه، مشاعر، معارف الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات، سلوك و التوقعات، هذه الشبكة التي هدفها تطبيقي تحتوي على جزء آني (حالي) والذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار، وتوقعات وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي). كما تحتوي على جزء تاريخي الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل. (Cottraux, J 1995)

6-3-2-8- التربية العلاجية:

إن الغاية من التربية الصحية أو ما يعرف كذلك بالتنقيف الصحي هي بناء علاقة طيبة بين الطاقم المعالج من جهة و المريض و عائلته من جهة أخرى تساعده على فهم مرضه و كيفية التدبير الذاتي للمرض بحيث تقل عدد الاستشفاء فيستطيع المريض أن يعيش حياة طبيعية أو شبه طبيعية، و يتضمن التنقيف الصحي شرح بكلمات بسيطة مفهومة غير اختصاصية تعريف الربو و تحديد درجات النوبات من النوبة الحادة التي

تتطلب التنقل إلى المستشفى، والنوبة الخفيفة، وما يجب فعله أمام كل حالة. (سليمان بدور.ح، 2004)

إضافة إلى تقديم الشرح بمصطلحات بسيطة لمرض الربو، كما تم تناول موضوع الضغط والاكئاب بنفس الطريقة مع الاستعانة بمخططات و صور تساهم في إيصال المعلومة التي تكون مبسطة ومفيدة خاصة فيما يتعلق بعلاقة الضغط بالربو و التشابه بين الأعراض في كلتا الحالتين، نفس الأمر بالنسبة للربو و الاكئاب.

6-3-3- تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي:

لقد تم تطبيق البرنامج العلاجي في فترة بين 03 أكتوبر 2016 إلى غاية 19 جويليا 2017 على المجموعة التجريبية المشكلة من 20 مريض بالربو، و قد مر تطبيق العلاج على عدة مراحل فبعد القياس القبلي طبق البرنامج مدة ثلاثة أشهر لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية لتقوم بالقياس البعدي، ثم قامت الباحثة بتحديد جلسة المتابعة بعد شهر و أسبوعين من نهاية العلاج من أجل القياس التتبعي.

6-3-3-1- مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يبين الجدول رقم (15) مراحل تطبيق البرنامج العلاجي بصفة عامة و الذي يضم أربعة مراحل تتمثل في:

- المرحلة التمهيديّة.
- المرحلة الثانية يتم من خلالها تقديم التربية العلاجية المتمثلة في تحديد مختلف المفاهيم التي تركز عليها الدراسة و تحديد التقنيات العلاجية.
- المرحلة الثالثة يتم تطبيق التقنيات العلاجية أثناء الجلسات وخارجها.
- تضم المرحلة الرابعة تطبيق القياسات البعدية
- أما المرحلة الخامسة فيتم خلالها تطبيق القياسات التتبعية و ذلك بعد شهر و أسبوعين من نهاية البرنامج العلاجي.

و يبين الجدول رقم (15) مراحل تطبيق البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	المحتوى	مراحل البرنامج
3-2-1	<p>-التعارف وإقامة علاقة ثقة بين المعالج و العميل.</p> <p>-التمهيد للبرنامج.</p> <p>-تبادل المعلومات.</p> <p>-التطرق إلى المشكل الحقيقي المتمثل في الضغط و الاكتئاب المصاحبين للربو.</p> <p>-تقديم الإطار العام للبرنامج الإطار المكاني و الزماني للتدخل العلاجي (المدة عدد الحصص و التركيز على الحضور المنتظم).</p> <p>-شرح بصفة عامة خطوات البرنامج العلاجي و ذكر التقنيات المستعملة.</p> <p>-تقديم المفاهيم النظرية للربو، الضغط والاكتئاب ضمن التربية العلاجية.</p> <p>-تحديد الأهداف.</p> <p>-العقد العلاجي.</p>	المرحلة الأولى
6-4	<p>-تقديم الخطة العلاجية.</p> <p>-تحديد التقنيات العلاجية.</p>	المرحلة الثانية
7 إلى 11	<p>-تقديم البرنامج العلاجي والتقنيات المعرفية و السلوكية للضغط والاكتئاب و تقديم طريقة ممارستها.</p>	المرحلة الثالثة
12	<p>-القياس البعدي تقييم نتائج البرنامج العلاجي.</p>	المرحلة الرابعة

13	-قياس تتبعي قصد تقييم البرنامج ومدى استمرار فعاليته بعد شهر وأسبوعين.	المرحلة الخامسة
----	---	-----------------

بغرض تحقيق أهداف الدراسة الحالية، يمر تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي بخمسة مراحل و هي كالتالي:

6-3-1-1-3-1-المرحلة التمهيديّة: يتم من خلالها التعارف، تمهيد العلاج، تبادل المعلومات بين المعالج و العميل، و تقديم الإطار العام للبرنامج العلاجي وأهدافه مع الاتفاق على العقد العلاجي، و هي يضم الحصص الثلاثة الأولى.

6-3-1-3-2-المرحلة المعرفية: التي ترمي إلى تقديم الخطة العلاجية، ذلك بتقديم المفاهيم النظرية والمهارات العلاجية من خلال التربية العلاجية حول المفاهيم المرتبطة بالربو كمرض مزمن وما يصاحبه من اضطرابات نفسية كالاكتئاب والضغط ، و تضم الحصص الثانية و الثالثة.

6-3-1-3-3-المرحلة السلوكية: وهي المرحلة السلوكية التي هدفها تقديم البرامج والتقنيات والإجراءات وطريقة ممارستها.

6-3-1-3-4-المرحلة التقييمية: في المرحلة التقييمية يتم فيها القياس البعدي لتقييم نتائج البرنامج العلاجي.

6-3-1-3-5-المرحلة التتبعية: تعتبر المرحلة الأخيرة وهي المرحلة التتبعية حيث يتم تطبيق القياس التتبعي قصد تقييم البرنامج و مدى استمرار فعاليته بعد شهر وأسبوعين من نهاية العلاج.

و يبين الجدول رقم (16) مراحل تطبيق العلاج بالتفصيل حسب معطيات كل جلسة.

يبين الجدول رقم (16) الخطوات المفصلة للجلسات العلاجية

الجلسة	الموضوع	أهدافها	التقنيات	مدة الجلسة
الأولى	تمهيد و تعارف	-التعارف و إقامة علاقة ثقة بين المعالج و مجموعة. البحث التجريبية.	-المناقشة	'60

		<p>-تبادل المعلومات.</p> <p>-التمهيد للبرنامج مع تحديد عدد الحصص و مدة كل واحدة و التأكيد على الحضور المنتظم.</p> <p>-مناقشة نتائج القياس القبلي.</p> <p>-تحديد المشكل الحقيقي المتمثل في الضغط.</p> <p>والاكتئاب المصاحبين للربو.</p> <p>- تحديد الأهداف.</p> <p>-العقد العلاجي.</p> <p>-الواجب المنزلي (قائمة الأهداف و التوقعات من العلاج).</p>		
60'	<p>التحليل الوظيفي مناقشة</p> <p>-التغذية الرجعية</p> <p>- التنفس العميق</p> <p>-تقييم محتوى الجلسة</p>	<p>-مناقشة الواجب و تصحيح التوقعات.</p> <p>-القيام بالتحليل الوظيفي .SECCA</p> <p>-مناقشة التشخيص.</p> <p>-شرح بصفة عامة خطوات البرنامج العلاجي و ذكر التقنيات المستعملة.</p> <p>-التدريب على التنفس العميق.</p> <p>-الواجب المنزلي (التنفس العميق).</p>	<p>التشخيص</p> <p>التربية العلاجية</p>	<p>الثانية</p>

<p>90'</p>	<p>المحاضرة المناقشة النمذجة (في التدريب على التنفس) استعمال الكمبيوتر، المخططات والأشكال والرسومات البيانية -التغذية الرجعية -تقييم محتوى الجلسة</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي والتأكيد على التدريب الصحيح للتنفس البطني العميق. -شرح دقيق للربو و الضغط و العلاقة بينهما مع تحديد الأعراض و الأسباب و أنواع و علاج كل واحد منهما، إضافة إلى تحديد وجه التشابه بين أعراض النوبة وأعراض الضغط. -التعرف على استجابات الضغط. -تحديد التقييم الأولي والتقييم الثانوي ل Lazarus - أهمية إدراك المواقف الضاغطة. -شرح مفهوم الاكتئاب وعلاقته بالربو مع تحديد أعراضه،أسبابه،أنواعه وعلاجه. -- دور الأفكار الخاطئة في تعزير الاكتئاب. - التدريب على التنفس العميق البطني و فرط التهوية -واجب منزلي (تدوين</p>	<p>التربية العلاجية التنفس العميق فرط التهوية</p>	<p>الثالثة</p>
------------	--	---	---	----------------

		أعراض النوبة إذا وجدت واستجابات الضغط والاكنتاب في موقف معين خلال الأسبوع و قائمة أفكار ايجابية).		
60'	-محاضرة - مناقشة -مراقبة الحوار الذاتي -التدريب على الاسترخاء العضلي بالنمذجة -التغذية الرجعية -تقييم محتوى الجلسة	-مناقشة الواجب المنزلي. -علاقة الحديث الذاتي السلبى باستجابات الضغط. -علاقة الأفكار الخاطئة بالمشاعر السلبية. -التدريب على الاسترخاء العضلي. -الواجب المنزلي (التدريب على الاسترخاء و تحديد حديث ذاتي في موقف ضاغط)	مراقبة الحديث الذاتي	الرابعة
	-تقنية المراقبة الذاتية -العمود الثلاثي ABC -الحوار السقراطي -لعب الأدوار -تقنية الاسترخاء -تقييم محتوى الجلسة	-التدريب على الحديث الذاتي الايجابي مقابل كل حديث ذاتي سلبي. -الوعي بالأفكار الآلية اللاتكيفية، تحديدها ومناقشتها -إظهار العلاقة بين الفكرة الآلية الانفعال و السلوك. الاسترخاء العضلي. -الواجب المنزلي(ملء سجل الأفكار السلبية و تطبيق	-اقتراح حديث ذاتي ايجابي -إعادة البناء المعرفي -الاسترخاء	الخامسة

		الاسترخاء مع تحديد حديث ذاتي و تعويضه بالحديث الذاتي الايجابي).		
60'	<ul style="list-style-type: none"> -تقنية المراقبة الذاتية -العمود الثلاثي ABC -الحوار السقراطي تقنية الاسترخاء -التغذية الرجعية -تقييم محتوى الجلسة 	<ul style="list-style-type: none"> -مناقشة الواجب المنزلي. -تحديد الأفكار الآلية. المرتبطة بالتقييم الذاتي، تقييم الآخرين. -تحديد التحريفات الإدراكية في الأفكار الآلية المرتبطة بالضغط والاكئاب. -المهام المتدرجة. - الاسترخاء العضلي وظيفة منزلية (تطبيق المهام المتدرجة و تحديد الأفكار الآلية المستعصية و تطبيق الاسترخاء). 	<ul style="list-style-type: none"> -إعادة البناء المعرفي. -الاسترخاء 	السادسة
60'	<ul style="list-style-type: none"> -سجل الأفكار المختلة وظيفيا - تقديم قائمة الأفكار المشوهة ليبيك -تحديد المشكل: بتفحص الدليل. الحوار السقراطي. الإقلال من الصيغة الكارثية للمشكل 	<ul style="list-style-type: none"> -مناقشة الواجب المنزلي. -تحضير أفكار منطقية مقابلة للأفكار الآلية التي تم تحديدها. -تناول مفهوم المشكل المرتبط بمرض الربو و ما يرافقه من ضغط و اكتئاب وتحديده بدقة بالتعريف به وصياغته. -الاسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> -إعادة البناء المعرفي -حل المشكل -الاسترخاء 	السابعة

	<ul style="list-style-type: none"> - لعب الأدوار - الاسترخاء العضلي - التغذية الرجعية - تقييم محتوى الجلسة 	<ul style="list-style-type: none"> - الواجب المنزلي (تحضير أفكار منطقية مقابلة للأفكار الآلية و تحديد المشكل المرتبط بموقف معين وتطبيق الاسترخاء) 		
60'	<ul style="list-style-type: none"> - تفحص الدليل - استخلاص المزايا و المساوئ - لعب الأدوار - الحوار السقراطي - التغذية الرجعية - تقييم محتوى الجلسة 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي. - تحضير أفكار منطقية. - تعديل التشوهات المعرفية. - تأسيس حلول و بدائل للمشكل (اقتراح استراتيجيات ووسائل لحل المشكل). - الاسترخاء العضلي. - الواجب المنزلي (تطبيق الاسترخاء واقتراح حلول لمشكل مرتبط بموقف خلال الأسبوع) 	<ul style="list-style-type: none"> - إعادة البناء المعرفي - حل المشكل - الاسترخاء 	الثامنة
60	<ul style="list-style-type: none"> - المناقشة - لعب الأدوار - المساوئ و المزايا - الاسترخاء المختصر - التغذية الرجعية - تقييم محتوى الجلسة 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي. - تحديد الأفكار الآلية. - المستعصية و وضع استجابات ايجابية. - تغيير الدلالات اللفظية (الينبغيات). - تحديد المساوئ و المزايا - اتخاذ القرار فيما يخص المشكل و تنفيذه. - تطبيق تقنية الاسترخاء 	<ul style="list-style-type: none"> - إعادة البناء المعرفي - حل المشكل - الاسترخاء 	التاسعة

		المختصر. الواجب المنزلي (تطبيق القرار و تطبيق الاسترخاء المختصر)		
'60	-المناقشة -سجل الأفكار - استخلاص المزايا و المساوي -التغذية الرجعية	-تغيير الحديث الذاتي. السلبى بحديث ذاتي ايجابي. -تحديد الأفكار الآلية. وتغييرها بأخرى منطقية -تطبيق الحل المقترح والتحقق منه في عملية حل المشكل. -الاسترخاء المختصر. -الواجب المنزلي (تسجيل التغيير الملاحظ على مستوى الأفكار الانفعالات و السلوك والقيام بالاسترخاء)	مراجعة التقنيات المعرفية والسلوكية	العاشرة
'60	-المناقشة -التغذية الرجعية -الاسترخاء المختصر -تقييم مدى تطبيق التقنيات المعرفية السلوكية التي تضمنها البرنامج	-التحكم في استجابات الضغط باستخدام الاسترخاء العضلي للاستجابات الفيزيولوجية الانفعالية والسلوكية وتغيير الاعتقادات والأفكار الآلية المرتبطة بادراك الضغط و الاكتئاب. -التوجه إلى حل المشكل بطرق فعالة و اكتساب مهارات جديدة لاتخاذ القرارات	-مراجعة التقنيات المعرفية السلوكية -التحضير لعدم الانتكاس -التحضير لنهاية البرنامج	الحادية عشر

		<p>و تطبيقها.</p> <p>-تحضير منع الانتكاس بعد انتهاء البرنامج العلاجي</p> <p>التذكير بأن الجلسة القادمة ستكون الأخيرة.</p> <p>-التدريب على الاسترخاء مع التأكيد على استمرار تطبيقه بانتظام.</p> <p>-تطبيق الاسترخاء الذهني المتمثل في تقنية المكان الآمن.</p> <p>-واجب منزلي (الاسترخاء، تلخيص ما تم تقيمه أثناء العلاج، تقييم البرنامج العلاجي ككل حسب ما تم تطبيقه في الحياة اليومية واستمارة الأفكار السلبية حول انتهاء العلاج).</p>		
'90	<p>-المناقشة</p> <p>-عرض بيانات تلخص التقنيات العلاجية</p> <p>-التغذية الرجعية</p> <p>-الاسترخاء</p> <p>-القياس البعدي</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>-التذكير بالتقنيات العلاجية.</p> <p>-مناقشة فعاليتها.</p> <p>-ضرورة الاستمرار في تطبيقها في الحياة اليومية.</p> <p>-الاسترخاء المختصر وتقنية المكان الآمن.</p> <p>-التقييم العام للعلاج بملء</p>	<p>-نهاية البرنامج</p> <p>تحضير لعدم الانتكاس</p> <p>تعميم ما تم تعلمه في الحياة اليومية</p> <p>-القياس البعدي</p>	<p>الثانية عشر</p>

		<p>استمارة تقييم العلاج. -تطبيق المقاييس في القياس البعدي. -تحديد موعد جلسة القياس التتبعي بعد شهر و أسبوعين -الواجب المنزلي (تطبيق الاسترخاء بخطواته الثلاث المتمثلة في التنفس البطني والاسترخاء العضلي و تقنية المكان الآمن، تطبيق تقنية حل المشكل على موقف من الحياة اليومية)</p>		
'90	<p>-مناقشة -القياس التتبعي</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -التذكير بالتقنيات العلاجية. -تقييم مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي بعد مدة شهرين من نهاية العلاج القياس التتبعي . -الحث على مواصلة تطبيق الاسترخاء و تقنية مواجهة الأفكار الآلية بالأفكار المنطقية و تقنية حل المشكل أمام مختلف مواقف الحياة اليومية والتعامل بشكل فعال مع مرض الربو ومنع الانتكاس.</p>	<p>بعد شهر وأسبوعين القياس التتبعي</p>	<p>الثالثة عشر</p>

يبين هذا الجدول أهم الخطوات المتبعة خلال الجلسات الثلاثة عشر بشكل عام، وفيما يلي سيتم تفصيل هذه الخطوات حسب كل جلسة.

6-3-3-2- سيرورة الجلسات العلاجية:

6-3-3-1- الجلسة الأولى:

من أهم أهداف العلاج المعرفي هو جعل العملية العلاجية مفهومة عند المعالج والعميل، و لتسهيل هذه العملية على المعالج أن يجعل العلاج فعالا بقدر الإمكان، كما أن عليه تعريف العميل بالوسائل العلاجية المتاحة، حيث أن معظم العملاء يشعرون بالراحة حينما يعرفون ما هو المتوقع من العلاج و ما هو المطلوب منهم.

فبعد القيام بالقياس القبلي من طرف الباحثة تم تحديد أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، هذه الأخيرة استفاد أفرادها من 13 جلسة علاجية.

جرت الجلسة الأولى بعد تطبيق القياس القبلي الذي حدد الدرجات التي تحصل عليها أفراد المجموعة التجريبية و التي تتميز كلها أنها درجات عالية على مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، فالتشخيص الدقيق للحالة يعتبر عامل أساسي في الخطة العلاجية بالتالي يحدد المعالج مستوى العلاج المعرفي الذي سوف يكون ملائما، لهذا الغرض قامت الباحثة بدراسة التحليل الوظيفي لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية لتحديد المشكل المتعلق بالضغط والاكتئاب بشكل أدق، هذا ما يساعد على تكوين مفهوم عام للخطة العلاجية.

كما أن الأهداف الأساسية للجلسة الأولى تمثلت في تأسيس علاقة ثقة بين مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية و الباحثة مع تهيئتهم للعلاج المعرفي ومناقشة نتائج القياس القبلي و جمع معلومات إضافية عن مشاكلهم و متاعبهم واستخدامها لعمل قائمة أهداف، كما قدمت الباحثة معلومات عن النموذج المعرفي و العملية العلاجية، و بالتالي تم التمهيد للبرنامج مع تحديد الإطار العام للعلاج من حيث عدد الحصص ومدة كل واحدة و التأكيد على الحضور المنتظم، مع التركيز على المشكل الحقيقي المتمثل في الضغط والاكتئاب المصاحبين للربو، و بالتالي تم تحديد الأهداف المباشرة للبرنامج العلاجي والاتفاق في الأخير على العقد العلاجي.

في نهاية الجلسة بدأ التحضير للجلسة الثانية وذلك عن طريق تحديد الواجب المنزلي المتمثل في تحضير قائمة الأهداف و التوقعات من العلاج لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، مع تقديم ملخص للجلسة و استيضاح نتائجها بالتركيز على التغذية الرجعية. و تميزت الجلسة الأولى بتأسيس العلاقة العلاجية والتحالف العلاجي وتشجيع العميل على الانخراط في عملية العلاج و ترسيخ الأهداف، كما أن الجلسة العلاجية الأولى لها أهداف متعددة تتمثل في صقل المفهوم المكون عن وضعية المبحوث وتهيئته لعمل العلاج المعرفي وتعليمه عن ماهية هذا الأخير وعن طبيعة مرضه مع تقديم الأمل.

6-3-3-2-الجلسة الثانية:

هدفت الجلسة الثانية إلى تحديد التشخيص والتطرق إلى صعوبات التنفس ضمن التربية العلاجية لمفهوم مرض الربو، فبعد استقبال أفراد المجموعة التجريبية تم مناقشة الواجب المنزلي وتصحيح التوقعات الخاصة بكل فرد عن ما يهدف إليه البرنامج العلاجي فعليا، ثم قامت الباحثة بالتحليل الوظيفي SECCA و ذلك بهدف التعرف بشكل أفضل على كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية و لتحديد التشخيص بشكل أدق، ثم بعد ذلك تم مناقشة التشخيص مع شرح لخطوات البرنامج العلاجي و ذكر التقنيات المستعملة بشكل عام بغية تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج.

قبل نهاية الحصة خصص وقت للحديث عن مرض الربو و الدور الكبير الذي يلعبه التنفس في هذه الحالة، لذلك تم التدريب على التنفس العميق، حيث تمحور الواجب المنزلي حول تطبيق تمارين التنفس العميق في المنزل يوميا إلى غاية الجلسة الثالثة. و بشكل عام يمكن القول أن الجلسة الثانية تتخذ شكلا أو تصميميا معينيا سوف يتكرر في الجلسات التالية، تنتهي بتلخيص نهائي للجلسة مع الاعتماد على التغذية الرجعية.

6-3-3-2-الجلسة الثالثة:

ضمت الجلسة الثالثة التركيز على التربية العلاجية، فبعد تقييم الواجب المنزلي المتمثل في التدريب على التنفس العميق من حيث ما تعلمه مرضى الربو والطريقة التي تم بها تطبيق التمرين مع تصحيح الأخطاء التي وقعوا فيها من خلال التطبيق في المنزل بهدف التمكن الجيد من تقنية التنفس العميق التي تعتبر ركيزة هامة في تعلم الاسترخاء فيما بعد إضافة إلى استعماله في بداية نوبات الربو مع الشرح الدقيق لماهية مرض الربو

من خلال التربية العلاجية للربو، أعراضه، أسبابه و طرق علاجه إضافة إلى التأكيد على أهمية التنفس الصحيح لتجنب النوبات أو للحد من شدتها وذلك عن طريق المحاضرة والمناقشة إضافة إلى لعب الأدوار والنمذجة خاصة فيما يتعلق بتطبيق تقنية التنفس العميق.

من جهة أخرى تم التأكيد على التشابه الكبير بين أعراض نوبة الربو و أعراض الضغط المصاحب للمرض، و كيف أن كل واحد يؤثر في الثاني و يزيد من حدته، وذلك باستخدام مخططات و أشكال و صور بيانية تدعم هذه الفكرة إضافة إلى التدريب على تقنية فرط التهوية و التي تهدف إلى تبيان بشكل عملي كيف أن التنفس الخاطئ ينتج عنه استجابات فيزيولوجية سريعة تشبه ما يشعر به مرضى الربو أثناء النوبة و أثناء التعرض إلى مواقف ضاغطة، مع التعامل بحذر شديد مع تقنية فرط التهوية مع مرضى الربو و التأكد من استقرار حالتهم الصحية.

كما تركزت التربية العلاجية على تحديد أعراض الاكتئاب و أسباب و علاقته بمرض الربو، في هذه المرحلة التأكيد لأفراد المجموعة التجريبية على أهمية التطرق إلى العلاقة بين الربو والضغط مع أهمية إدراك المواقف الضاغطة و التعرف على مختلف استجابات الضغط ثم تحديد التقييم الأولي والتقييم الثانوي لكل موقف من جهة، و دور الأفكار الخاطئة في تعزيز الاكتئاب من جهة أخرى، وبأنهم وجدوا أجوبة على عدة أسئلة كانت إلى غاية هذه المرحلة بدون أجوبة و كلها ترتبط بحالات الحزن و الاكتئاب لديهم، دون التفكير في العلاقة بين هذه الانفعالات و الأفكار السلبية بمرض الربو و حالة الضغط التي تضعهم فيها.

قبل نهاية الجلسة تم تحديد الواجب المنزلي المتمثل في تدوين أعراض النوبة إذا وجدت واستجابات الضغط والاكتئاب في موقف معين خلال الأسبوع ضمن جدول المراقبة الذاتية وتحضير قائمة أفكار ايجابية مرتبطة بالتعامل مع المرض و الضغط والاكتئاب، وفي الأخير يتم تقييم محتوى الجلسة بالرجوع إلى التغذية الراجعة و التقييم الذاتي (أنظر الملحق رقم 05).

ويمكن أن نلخص الجلسة الثالثة بأهمية التربية العلاجية في اكتساب مريض الربو لمعلومات مبسطة و عملية حول المرض الذي يرافقه في حياته اليومية دون معرفة الكثير

عنه، وأحيانا كثيرا حسب ما أدلى به عدد من المرضى أنهم عاشوا مدة سنوات مع مرض لا يعرفون عنه الكثير أو بالأحرى كانوا يحملون معلومات خاطئة جدا عنه و عن مدى خطورته و عن إمكانية التعامل معه بفعالية و ايجابية، وبالتالي تساعده هذه المعلومات على التعرف الأفكار المشوهة و إمكانية تصحيحها، و دورها الفعال في الإبقاء على المزاج الاكتئابي بل تزيد من حدته.

إن الجلسات التي تلي الجلسة الثالثة تبقى دائما على نفس الشكل و يتغير المحتوى على حسب الأهداف المسطرة من طرف الباحثة، فيساعد مريض الربو على التعرف وتصحيح الأفكار التلقائية، ويصمم مهام الواجب المنزلي و يقوم بتلخيص الجلسة، و كلما تقدم العلاج يكون انتقال تدريجي للمسؤولية من المعالج إلى العميل.

6-3-3-2-4- الجلسة الرابعة:

تمحورت الجلسة الرابعة حول مفهوم الضغط و كيفية التعامل معه باستخدام تقنية مراقبة الحديث الذاتي، حيث تم في بداية الحصة الرابعة مناقشة مدى أثر الحصة الماضية والأحاسيس المتعلقة بها كونها كانت جد غنية بالمعلومات حول مرض الربو وحول الضغط و الاكتئاب المرافقين له، كما تمت مناقشة الواجب المنزلي المستند على المراقبة الذاتية و تعلم كيفية ملاحظة و تدوين ما يحدث لمريض الربو أثناء النوبة من أعراض فزيولوجية و بين أفكاره ومشاعره في تلك الأثناء، فبالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية الذين لم يتعرضوا لنوبة ربو فقد قاموا بتسجيل ملاحظاتهم عن مواقف ضاغطة تعرضوا لها حيث شعروا خلالها باضطراب في التنفس لديهم، في هذه المرحلة استخدمت الباحثة تقنيات المحاضرة و المناقشة، كما بينت العلاقة بين علاقة الحديث الذاتي السلبي باستجابات الضغط، و ذلك بتعليمهم تقنيات تساعدهم على التعامل مع الضغط بفعالية أكبر بتعلم طرق مراقبة الحوار الذاتي أمام المواقف الضاغطة، فإضافة إلى الوعي بالحديث الذاتي السلبي تم التطرق في هذه الجلسة إلى التدريب على الاسترخاء العضلي بعد العمل على التنفس العميق في الجلسات السابقة و ذلك عن طريق النمذجة كخطوة أولى، ليمتدحور الواجب المنزلي حول إعادة تطبيق تمارينات الاسترخاء العضلي و تحديد حديث ذاتي في موقف ضاغط خلال فترة أسبوع.

و في نهاية الحصة ساعدت تقنية التغذية الرجعية في إعطاء تقييم عام لمحتوى الجلسة الرابعة.

6-3-3-2-5-الجلسة الخامسة:

ركزت الباحثة في الجلسة الخامسة على طرق تسيير الضغط و ذلك باقتراح تعديل الحديث الذاتي السلبي لدى مرضى الربو بتدريبهم على الحديث ذاتي ايجابي متعلق بمختلف الوضعيات الضاغطة المرتبطة بالربو، ثم في مرحلة ثانية تم التطرق إلى الأفكار السلبية الخاطئة بربط العلاقة بينها و بين المشاعر السلبية في خطوة من خطوات تقنية إعادة البناء المعرفي و ذلك بدفعهم إلى الوعي بالأفكار الآلية اللاتكيفية، تحديدها ومناقشتها مع إظهار العلاقة بين الفكرة الآلية والانفعال و السلوك، حيث لاحظت الباحثة الصعوبة التي واجهها مرضى الربو في التفريق بين الأفكار و المشاعر من جهة و تحديد شدة هذه المشاعر لما يتم إدراكها من جهة أخرى، لهذا الغرض اقترحت قائمة من المشاعر السلبية حيث يرى مريض الربو نفسه حزين، محبط، غير سعيد، قلق، مشغول، خائف، مرعوب، متوتر، غضبان، منفعل، متهيج، منزعج، خجلان، محرج، محبط، خائب الأمل، غيور، حسود، مجروح، متشكك.

وعند تحديد هذه المشاعر السلبية اقترحت الباحثة سلم من 0 إلى 100 يسجل فيه

أفراد المجموعة التجريبية شدتها حيث تمثل كل نسبة ما يلي:

صفر (0) تعني غياب المشاعر السلبية مع تسميتها.

25% تعني وجود بعض المشاعر السلبية.

50% تعني وجود بعض المشاعر السلبية بشكل متوسط.

75% تعني وجود بعض المشاعر السلبية شديدة.

100% تعني وجود أقصى حد ممكن من المشاعر السلبية.

ويتم استعمال هذا السلم في تحديد شدة المشاعر السلبية كمرشد في مختلف جلسات

العلاج

وقبل نهاية الجلسة تطرقت الباحثة إلى تقنية الاسترخاء العضلي من أجل التأكد من

التعلم الجيد لهذه التقنية من طرف أفراد المجموعة التجريبية وكذلك لمساعدتهم على

استرجاع الهدوء و الراحة بعد المجهود المبذول خلال الحصة، ليتم في الأخير تحديد

الواجب المنزلي الخاص بهذه الحصة و المتمثل في محاولة مليء سجل الأفكار السلبية (أنظر الملحق رقم 11) مع تحديد الحديث الذاتي السلبي أمام المواقف الضاغطة وتعويضه بالحديث الذاتي الايجابي، وتطبيق الاسترخاء خلال فترة الأسبوع الموالي، مع تقييم عام لما جاء في الجلسة، و يجدر الذكر أن عدد من التقنيات قد تم استعمالها لتحقيق أهداف هذه الجلسة و منها تقنية المراقبة الذاتية، العمود الثلاثي ABC (محددا الموقف ثم الأفكار تلقائية وفي العمود الثالث يسجل ردود الفعل من مشاعر، سلوك، استجابات فزيولوجية) ، إضافة إلى استعمال الحوار السقراطي، لعب الأدوار و تقنية الاسترخاء.

6-3-3-2-6-الجلسة السادسة:

خصت هذه الجلسة لتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي، فبمجرد مناقشة الواجب المنزلي الخاص بالحصة السابقة والمتعلق بتحديد الأفكار الآلية، تم التدريب على طرق التعرف على هذه الأفكار المشوهة و المرتبطة بالتقييم الذاتي وتقييم الآخرين، مع تحديد التحريفات الإدراكية في الأفكار الآلية المرتبطة بالضغط و الاكتئاب، و التأكيد على أهمية برمجة المهام المتدرجة للتعامل الفعال مع الاكتئاب، ليتم تطبيق الاسترخاء العضلي في نهاية الحصة مع تخصيص أهم ما جاء فيها من طرف أفراد المجموعة التجريبية، ثم اقتراح الوظيفة المنزلية لهذا الأسبوع و المتمثلة في تحديد مهام متدرجة وتطبيقها مع تسجيل الأفكار الآلية المستعصية إضافة إلى تطبيق الاسترخاء العضلي ككل أسبوع.

6-3-3-2-7-الجلسة السابعة:

خلال هذه الحصة تم العمل على تقنية إعادة البناء المعرفي مع بداية التطرق إلى تقنية حل المشكل، فبدأت الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي المقترح الأسبوع الماضي وخاصة الأمور التي استعصى تطبيقها على مرضى الربو خاصة في تسجيل الأفكار الآلية بتقديم قائمة الأفكار المشوهة لبيك (أنظر الملحق رقم 12)، ليتم بعدها تحضير أفكار منطقية مقابلة للأفكار الآلية التي تم تحديدها وذلك من طرف أفراد المجموعة التجريبية.

أما الجزء الثاني من الجلسة فقد خصص لشرح مفهوم "المشكل" المرتبط بمرض الربو وما يرافقه من ضغط و اكتئاب وتحديده بدقة، أي كيفية التعرف عليه و صياغته و ذلك باستخدام تقنية تفحص الدليل، الحوار السقراطي، الإقلال من الصيغة الكارثية للمشكل مع لعب الأدوار، فيما بعد تم تطبيق الاسترخاء العضلي ثم اقتراح الواجب المنزلي المرتبط بما قدم خلال الجلسة أي كيفية تحضير أفكار منطقية مقابلة للأفكار الآلية مع تحديد المشكل المرتبط بموقف معين وتطبيق الاسترخاء العضلي.

وفي الأخير تم تلخيص ما جاء أثناء الجلسة باستخدام التغذية الراجعة من طرف مرضى الربو مع تقييم محتواها.

6-3-3-2-8-الجلسة الثامنة:

كان موضوع هذه الجلسة يتمحور حول تقنيتي إعادة البناء المعرفي و حل المشكل، فبعد مناقشة مدى تطبيق الواجب المنزلي والعراقل المتعلقة به حول كيفية تحضير أفكار منطقية مقابلة للأفكار الآلية، مع تحديد المشكل المرتبط بموقف معين، استمر العمل على نفس النقاط المتمثلة في تحضير أفكار منطقية و تعديل التشوهات المعرفية المرتبطة بالضغط و الاكتئاب المصاحبين لمرض الربو، هذا فيما يخص تقنية إعادة البناء المعرفي، ليتم بعدها تأسيس حلول وبدائل للمشاكل التي تم تحديدها وذلك باقتراح استراتيجيات ووسائل لحل المشكل لاستخدام تقنيات تفحص الدليل، استخلاص المزايا والمساوي، لعب الأدوار و الحوار السقراطي.

قبل نهاية الجلسة تم تقييم ما جاء أثناء الجلسة باستخدام التغذية الراجعة من طرف مرضى الربو، ليتم بعدها تطبيق الاسترخاء العضلي و اقتراح الواجب المنزلي المرتبط بما سبق تقديمه والمتمثل في تطبيق الاسترخاء، واقتراح حلول لمشكل مرتبط بموقف خلال الأسبوع وتسجيل الأفكار الآلية المستعصية مع الاستمرار في تطبيق الاسترخاء العضلي.

6-3-3-2-9-الجلسة التاسعة:

من خلال هذه الجلسة استمر التركيز على تطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي و تقنية حل المشكل بتناول مراحل جديدة في تطبيقها حسب الأهداف المسطرة سابقا مع أفراد المجموعة التجريبية، فبدأت الجلسة كما هو معتاد بمناقشة الواجب المنزلي مع مساعدة مرضى الربو على تحديد الأفكار الآلية التي بقيت مستعصية و وضع استجابات ايجابية

و ذلك بتغيير الدلالات اللفظية المرتبطة بما ينبغي فعله و المتطلبات المبالغ فيها من طرف مرضى الربو، إضافة إلى تحديد المساوئ و المزايا و اتخاذ القرار فيما يخص المشكل الذي تم تحديده سابقاً، و تنفيذه فيما بعد و ذلك باستخدام تقنية لعب الأدوار. في هذه المرحلة قامت الباحثة باقتراح تقنية الاسترخاء المختصر بعد التأكد من أن الصورة الكاملة له تم استيعابها و تطبيقها بصفة صحيحة و فعالة. في الأخير تمت مناقشة ما جاء في الجلسة و تقييم محتواها مع تحديد الواجب المنزلي المتعلق بتطبيق القرارات المتخذة في وضعيات محددة خلال الأسبوع و تطبيق الاسترخاء المختصر.

6-3-3-2-10-الجلسة العاشرة:

مع اقتراب نهاية العلاج قامت الباحثة بتخصيص الجلسة العاشرة إلى مراجعة التقنيات التي تم التطرق إليها أثناء الجلسات السابقة، و ذلك بهدف التسيير الجيد للمرض والضغط و الاكتئاب.

فبعد مناقشة الواجب المنزلي تم التطرق إلى تقنية تغيير الحديث الذاتي السلبي بحديث ذاتي ايجابي للتعامل بصفة فعالة مع الضغط إضافة إلى تحديد الأفكار الآلية المرتبطة بالاكتئاب باستخدام سجل الأفكار الآلية وتغييرها بأخرى منطقية.

كما تم تطبيق الحل المقترح والمتعلق بمشكل محدد والتحقق من فعاليته، ليتم بعدها تطبيق الاسترخاء المختصر مع تقييم محتوى هذه الجلسة التي لخصت ما تم تقديمه من قبل و مدى استيعاب مرضى الربو و قدرتهم على تطبيق هذه التقنيات.

في الأخير حدد الواجب المنزلي المتمثل في تسجيل التغيير الملاحظ على مستوى الأفكار الانفعالات و السلوك، مع الاستعانة بسلم من 0 إلى 100 لتحديد شدتها في هذه المرحلة من العلاج مع تطبيق الاسترخاء المختصر.

6-3-3-2-11-الجلسة الحادية عشرة:

إضافة إلى مراجعة التقنيات المعرفية السلوكية التي تم التطرق إليها إلى غاية هذه المرحلة بدأ التحضير لعدم الانتكاس و لنهاية العلاج بشكل عام.

بدأت الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي ثم التأكيد على طرق التحكم في استجابات الضغط الفيزيولوجية الانفعالية والسلوكية باستخدام الاسترخاء العضلي، مع تغيير

الاعتقادات والأفكار الآلية المرتبطة بادراك الضغط والاكنتاب، و التوجه إلى حل المشكل بطرق فعالة مع اكتساب مهارات جديدة لاتخاذ القرارات و تطبيقها عوض اللجوء إلى التجنب بشكل مستمر، كما تم التركيز في هذه المرحلة على التحضير لمنع الانتكاس والتذكير بأن هذه الجلسة هي ما قبل الأخيرة، مع توضيح أهمية الاستمرار في تطبيق الاسترخاء العضلي بشكل مستمر و منتظم، واقترحت الباحثة تقنية الاسترخاء الذهني المتمثل في المكان الآمن (انظر الملحق رقم 09) الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية.

وتمثل الواجب المنزلي في هذه المرحلة في تلخيص ما تم تقديمه أثناء العلاج مع تقييم البرنامج العلاجي ككل حسب ما تم تطبيقه في الحياة اليومية لمرضى الربو، إضافة إلى ملء استمارة الأفكار السلبية حول انتهاء العلاج وتطبيق الاسترخاء المختصر مع الاسترخاء الذهني المتمثل في تقنية المكان الآمن.

وأخيرا تم تقييم مدى تطبيق التقنيات المعرفية السلوكية التي تضمنها البرنامج أثناء الجلسات و خارجها.

6-3-3-2-12-الجلسة الثانية عشرة:

خصت هذه الجلسة الأخيرة قبل جلسة المتابعة إلى تحضير نهاية البرنامج مع التركيز على تجنب الانتكاس، و محاولة تعميم ما تم تعلمه خلال الجلسات العلاجية في الحياة اليومية و ذلك بمناقشة الواجب المنزلي الذي قام به أفراد المجموعة التجريبية خلال الأسبوع الأخير، مع التذكير بالتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية الموجهة للتسيير الفعال للضغط والاكنتاب المصاحبين للربو، مع عرض بيانات تلخص هذه التقنيات و مناقشة فعاليتها مقارنة بما قاموا بتطبيقه خلال الفترة السابقة سواء أثناء الجلسات أو خارجها، مع التأكيد على ضرورة الاستمرار في تطبيقها في الحياة اليومية أمام مختلف الوضعيات الضاغطة التي سيتعرضون لها.

قبل نهاية الجلسة تم تطبيق الاسترخاء بكل مراحل من التنفس البطني العميق إلى الاسترخاء العضلي و الذهني.

ثم قام أفراد المجموعة التجريبية بملء استمارة تقييم العلاج (أنظر الملحق رقم 07)، ليتم بعدها تطبيق مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط ضمن القياس البعدي.

ثم قامت الباحثة بتحديد موعد جلسة القياس التتبعي بعد شهر وأسبوعين من هذه الجلسة، مع تحديد الواجب المنزلي المتمثل في تطبيق الاسترخاء بكل خطواته، تطبيق تقنية حل المشكل على موقف من الحياة اليومية مع الاستمرار بتحديد الأفكار الآلية واقتراح أفكار منطقية، دون الإغفال على الحديث الذاتي السلبي وتعديله باستمرار بحديث ذاتي ايجابي أمام مختلف مواقف الحياة اليومية وخاصة تلك المرتبطة بمرض الربو، مع طلب تصميم واجب المنزلي الخاص بكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية يقوم هو باختياره.

6-3-3-2-13-الجلسة الثالثة عشر:

بعد فترة قدرت بشهر وأسبوعين قامت الباحثة بجلسة المتابعة مع أفراد المجموعة التجريبية، فبعد مناقشة الواجب المنزلي المقترح مع التطرق إلى الصعوبات التي واجهها مرضى الربو ثم التذكير بالتقنيات العلاجية، مع تقييم مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي بعد مدة شهر وأسبوعين من نهاية العلاج.

في هذه المرحلة قامت الباحثة بالقياس التتبعي على المجموعة التجريبية، و أخيرا أكدت على أهمية مواصلة تطبيق الاسترخاء مع مواجهة الأفكار الآلية بالأفكار المنطقية، وتطبيق القرارات المتخذة لحل المشكل أمام مختلف مواقف الحياة اليومية للتعامل بشكل فعال مع مرض الربو بهدف منع الانتكاس.

6-3-4-تقييم البرنامج:

يستمر تقييم البرنامج منذ بدء الجلسات العلاجية إلى غاية نهايته و ذلك من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب و مقياس ليفنستين لإدراك الضغط خلال القياس القبلي والبعدي والتتبعي، إضافة إلى ذلك تم اللجوء إلى خطوات أخرى اتخذت طيلة فترة العلاج والمتمثلة فيما يلي:

-توزيع استمارة تقييم تظهر من خلالها وجهة نظر مرضى الربو حول الجلسات وانطباعهم حولها ومدى استفادتهم و ارتياحهم، وهذه الاستمارة تفيد الباحثة في المراجعة

المستمرة وتقييم ما جاء في الجلسة، ليتم بعد ذلك في بداية كل جلسة يتم مناقشة بعض النقاط التي تطرق إليها مرضى الربو في ملاحظاتهم وتقييمهم للجلسة السابقة، وقد تم توزيع هذه الاستمارة انطلاقاً من الجلسة الثانية وحتى الجلسة رقم الحادية عشر.

-توزيع استمارة تقييم البرنامج الجلسة الختامية تظهر من خلالها مدى استفادة أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج و مدى شعورهم بانخفاض مستوى الضغط النفسية انخفاض أعراض الاكتئاب بعد انتهاء الجلسات، وهذه الاستمارة تفيد الباحثة في قياس مقدار التحسن الذي تحقق لديهم و مقارنته بالأهداف المسطرة.

-إضافة إلى التقييم الذاتي الذي يسجله مرضى الربو حول تحديد شدة الانفعالات والمشاعر السلبية على سلم من 0 الى 100، و ملاحظة التحسن في كل حصة.

فبينت نتائج التقييم الذاتي إلى تحسن كبير سجله مرضى الربو سواء فيما يخص الضغط أو الاكتئاب، و الأمر الملاحظ هو الثقة التي اكتسبها أفراد المجموعة التجريبية في أنفسهم جراء اكتسابهم معلومات واضحة حول المرض و علاقته بحالتهم النفسية، إضافة إلى اكتسابهم تقنيات و مهارات ساعدتهم في تخطي عدد كبير من الصعوبات بعدما كان معظمهم يتجنب المشاكل المحيطة به و التي كانت تشعرهم بالعجز و الإعاقة ضناً منهم أن هذه حتمية افترضها عليهم مرض الربو. فكلما تقدم العلاج كان هناك انتقال تدريجي للمسؤولية، ومع اقتراب نهاية العلاج استطاع أفراد المجموعة التجريبية تخطي عدد كبير من المشاكل و الصعوبات مستخدمين أساليب مثل تحديد الأفكار الآلية و تعديلها مع تغيير الحديث الذاتي السلبي بآخر ايجابي، و قدرتهم على التخطيط لاتخاذ القرارات وتطبيقها لحل مختلف مشاكل المتعلقة بالمرض و بحياتهم اليومية، ويمكن القول أنهم اكتسبوا مهارات جديدة للتعامل مع المرض و الضغط والاكتئاب بصفة فعالة.

7- خلاصة الفصل:

يمكن القول أن الجانب التطبيقي تمثل في عدة خطوات منها الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة بهدف التقرب من مرضى الربو للنظر في مدى إمكانية تطبيق مقاييس الدراسة من جهة وإمكانية تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من جهة ثانية. و كمرحلة ثانية تم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية في ظروف حسنة، حيث استغرق تطبيق ثلاثة عشر جلسة مدة ثلاثة أشهر، و بعد فترة قدرت بشهر

و نصف قامت الباحثة بالقياس التتبعي للنظر في مدى استمرار النتائج المتحصل عليها خلال العلاج و بالتالي استمرار تحسن أفراد المجموعة التجريبية من حيث شدة الضغط والاكنتاب لديهم، و ساعد في ذلك إرادة أفراد مجموعة الدراسة و دافعيتهم و رغبتهم في تعلم تقنيات تساعدهم على التعامل بشكل أفضل مع الربو.

الفصل السابع

عرض و تحليل النتائج

1- عرض و تحليل النتائج

1-1- فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية.

1-2- فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

1-4- مدى استمرارية تأثير البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغط والاكتئاب في القياس التتبعي.

2-الخاتمة.

تمهيد:

سيتم خلال هذا الفصل عرض معطيات و نتائج الدراسة، فبعد القيام بالقياس القبلي وتطبيق البرنامج العلاجي على مجموعة الدراسة التجريبية، قامت الباحثة بالقياس البعدي للمجموعتين التجريبية و الضابطة، و بعد شهر و أسبوعين من نهاية البرنامج قامت بالقياس التتبعي للمجموعة التجريبية، ليتم جمع البيانات، تفرغها و تحليلها إحصائياً باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية SPSS بغرض اختبار فرضيات الدراسة، ثم تفسير هذه النتائج على ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا المجال، ليتم في الأخير اقتراح بعض التوصيات التي يمكن أن تكون مكملة لهذا الموضوع.

1- عرض و تحليل النتائج:

بعد إجراء القياس القبلي لمجموعتي الدراسة التجريبية و الضابطة باستخدام مقياس بيك للاكتئاب و مقياس إدراك الضغط الذي وضعه ليفنستين، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح على المجموعة التجريبية، ليتم في فترة ثانية القياس البعدي للمجموعتين باستخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط.

في المرحلة الثالثة تم إعادة تطبيق المقياسين على المجموعة التجريبية في القياس التتبعي، وذلك بعد فترة تقدر بشهر و أسبوعين من نهاية تطبيق البرنامج العلاجي.

قبل التطرق إلى عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى يجدر التنويه بأن هناك خطوات متعلقة بتكافؤ العينتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي، حيث تم اختبار الإعتدالية بتطبيق اختبار Shapiro-wilk للتعرف فيما إذا كانت التوزيعات معتدلة، فيتم استخدام اختبار معلمي، و إذا كانت التوزيعات غير معتدلة يتم استخدام اختبار لا معلمي، فكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): يبين نتائج اختبار Shapiro-wilk لدراسة الاعتدالية

الاعتدالية	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار	القياس
معتدل	0,900	0.97	قياس قبلي للضغط
معتدل	0,109	0.92	قياس بعدي للضغط
غير معتدل	0,013	0.87	قياس تتبعي للضغط
غير معتدل	0,009	0.86	قياس قبلي للاكتئاب
معتدل	0,076	0.91	قياس بعدي للاكتئاب
غير معتدل	0,006	0.85	قياس تتبعي للاكتئاب

يوضح الجدول رقم (17) نتائج تطبيق اختبار Shapiro-wilk لدراسة الإعتدالية و التي

جاءت كالتالي:

*فيما يخص القياس القبلي للضغط كانت قيمة الاختبار تساوي 0.97، ويعبر ذلك عن توزيع معتدل، و بالتالي يمكن استخدام اختبار (t) لاختبار الفروق.

*أما ما يخص القياس البعدي للضغط كانت قيمة الاختبار تساوي 0.92، وهذا يعبر عن توزيع معتدل، بالتالي يمكن استخدام اختبار معلمي المتمثل في (t) لاختبار الفروق.

*تحصلنا في القياس التتبعي للضغط على قيمة 0.87، ما يعبر عن توزيع غير معتدل، وعليه تم استخدام اختبار لا معلمي والمتمثل في اختبار Mann-Whitney (Z) لاختبار الفروق.

*و في ما يتعلق بالقياس القبلي للاكتئاب فتحصلنا على قيمة 0.86، هذا ما يبين على وجود توزيع غير معتدل، بالتالي يمكن في هذه الحالة استخدام اختبار لا معلمي والمتمثل في Mann-Whitney (Z) لاختبار الفروق.

*وفي القياس البعدي للاكتئاب تحصلنا على قيمة 0.91، أي أن التوزيع معتدل، و عليه تم استخدام اختبار معلمي المتمثل في (t) لاختبار الفروق.

*أخيرا تحصلنا في القياس التتبعي للاكتئاب على قيمة 0.85، و التي تعبر عن توزيع غير معتدل، مما جعلنا نستخدم اختبار لا معلمي المتمثل في Mann-Whitney (Z) لاختبار الفروق.

بعد تحديد الاختبارات التي يمكن تطبيقها لدراسة الفروق بين القياسات القبلية الخاصة بالضغط و الاكتئاب بين المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية، فقد تحصلنا على النتائج التالية:

أ-فيما يخص دراسة الفروق بين للقياسات القبلية للمجموعتين التجريبية و الضاغطة بما يتعلق بمتغير الضغط، فبعد تطبيق مقياس ليفنستين لإدراك الضغط، يوضح اختبار (t) عدم وجود فروق دالة بين القياسات القبلية للضغط بين المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية، حيث جاءت قيمة $t = 0.42$ عند مستوى الدلالة $\alpha > 0.05$ ، كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (18): يبين نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات القبلية للضغط لدى المجموعتين التجريبية و الضاغطة

المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t
المجموعة التجريبية	20	0.6365	0.08412	19	0.421
المجموعة الضابطة	20	0.6260	0.07308	19	

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (18) فانه لا توجد فروق بين القياسات القبلية فيما يتعلق بمتغير الضغط لدى المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية.

ب- أما فيما يخص دراسة الفروق بين القياسات القبلية الخاصة بالاكنتاب بين المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية بعد تطبيق مقياس بيك للاكنتاب، توضح نتائج اختبار Mann-Whitney عدم وجود فروق دالة بين القياسات القبلية للاكنتاب بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حيث تقدر قيمة $Z = 0.56$ على مستوى الدلالة $\alpha < 0.05$ كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (19): يبين نتائج اختبار Mann-Whitney للفروق بين القياسات القبلية للاكنتاب لدى المجموعتين التجريبية و الضابطة

المجموعات	العدد	المتوسط	قيمة z
المجموعة التجريبية	20	15.0	0.56
المجموعة الضابطة	20	12.5	غير دالة

يوضح الجدول رقم (19) عدم وجود فروق دالة في القياسات القبلية الخاصة بالاكنتاب بين العينة الضابطة و العينة التجريبية. ومن خلال ما سبق يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فيما يخص الضغط و الاكنتاب و ذلك خلال القياسات القبلية، بالتالي يمكن تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية و مقارنة النتائج المتحصل عليها بعد القياس البعدي لكلى المجموعتين الضابطة و التجريبية.

1-1-1-فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية:

بهدف دراسة فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية تم طرح فرضيتين تناولت كل واحدة ما يلي:

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات القبالية و القياسات البعدية للمجموعة التجريبية فيما يخص متغير الضغط.

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات البعدية للمجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية فيما يخص متغير الضغط.

1-1-1-1-الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية بمقارنة القياس القبلي والقياس البعدي، ومن أجل اختبار هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (t) للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية فيما يخص متغير الضغط، فتم التحصل على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): يبين نتائج اختبار (t) للفروق بين للقياسات القبالية و البعدية للضغط لدى المجموعة التجريبية

القياس	متوسط الفرق	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
القياس القبلي للضغط	0.35	0.091	19	17.50	0.01
القياس البعدي للضغط					

فيما يخص متغير الضغط يوضح اختبار (t) لعينة واحدة، وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$ بين القياس القبلي و البعدي فيما يخص العينة التجريبية، حيث كانت قيمة $t = 17.05$ عند $\alpha < 0.01$ ، ما يدل أن شدة الضغط انخفضت لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، و منه يمكن القول أن الفرضية الأولى التي تنص على فعالية البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغط لدى أفراد المجموعة التجريبية قد تحققت، أي أن التدخل العلاجي باستخدام تقنيات علاجية معرفية سلوكية ساهم في تخفيف شدة الضغط لدى المرضى المصابين بالربو الممثلين للمجموعة التجريبية في حين بينت نتائج اختبار (t) أنه لا توجد فروق لدى المجموعة الضابطة في شدة الضغط بين القياس القبلي و البعدي كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (21): يبين نتائج اختبار (t) الفروق بين للقياسات القبلي و البعدي للضغط للمجموعة الضابطة.

القياس	متوسط الفروق	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
القياس القبلي للضغط	- 0.009	0.062	19	-0.68	0.05
القياس البعدي للضغط					

بينت النتائج المبينة في الجدول (21) عدم وجود فروق بين القياس القبلي و القياس البعدي فيما يخص متغير الضغط لدى المجموعة الضابطة، حيث كانت قيمة $t = -0.68$ على مستوى الدلالة $\alpha > 0.05$ ، بما أنه لم يتم أي تدخل علاجي فان شدة الضغط لم تتغير بين القياس القبلي و البعدي.

من خلال ذلك يظهر أنه لم يطرأ على المجموعة الضابطة أي تغيير دال لعدم مشاركتهم في البرنامج العلاجي، وهذه النتيجة متوقعة لان الضغوط لا تتخفف دون التعامل بصفة فعالة و ايجابية معها باستخدام استراتيجيات فعالة للتخفيف من الضغوط، ومن جهة أخرى بينت النتائج انخفاض شدة الضغط لدى مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية، و يمكن إرجاع ذلك إلى فعالية البرنامج العلاجي الذي ارتكز على تقنيات معرفية سلوكية كإعادة البناء المعرفي، حل المشكل و الاسترخاء و التي تم التدريب عليها خلال كل فترة العلاج أثناء الجلسات، و من خلال الواجبات المنزلية التي ساعدت في تمكين مرضى الربو من تطبيق هذه التقنيات و تعميمها على المواقف الضاغطة المرتبطة بمرض الربو واستجابات الضغط و الاكتئاب المرافقة له، ثم تعميم استخدام هذه المهارات لمواجهة مختلف المواقف الضاغطة في حياتهم اليومية، و الاستمرار في تطبيق الاسترخاء و بصفة أخص التنفس العميق.

إن مرضى الربو يستجيبون لضغوط الحياة اليومية إضافة إلى الضغوط الناتجة عن المرض في حد ذاته، فأعراض الضغط تزيد من حدة الأعراض التنفسية الخاصة بنوبة الربو، و بالتالي فالتخفيف من الضغط يساعد على التعامل بشكل فعال مع المرض، حيث يرى كل من (1977) Boyce et al و (1962) Meyer et Haggerty بأن الزيادة في ضغوط الحياة تؤدي إلى أمراض تنفسية حادة. (Klinnert et al, 1994)، ومنه فان خضوع هؤلاء المرضى لبرنامج علاجي معرفي سلوكي يرتكز على تقنيات إعادة البناء المعرفي، حل المشكل و الاسترخاء، قد ساهم بتخفيف الضغط الذي كانوا يعانون منه قبل الخضوع للعلاج، حيث يبين (2001) Cottraux بأنه يمكن تطوير مهارات الفرد التكيفية من خلال تعليمه كيفية التعامل مع الوضعيات الضاغطة، وبالتالي فطريقة العلاج تتمثل في الكشف عن المشكل ثم تطبيق مهارات التدخل الملائمة من أجل القضاء على التوتر والضغط، لكي يتم فيما بعد تعميم تسيير الضغط في المواقف اليومية. (Cottraux, 2001)

و قد بينت دراسات عديدة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط ومنها دراسة (2003) Louise و دراسة (2005) MaQuillan التي أكدت على فعالية جلسات العلاج السلوكي المعرفي، في خفض أعراض الضغط وزيادة المهارات الشخصية في مواجهة الضغوط النفسية. (شامخ كريم.ب، 2013)

كما هدفت دراسة مهدي سلامة (1995) إلى اختبار مدى فعالية برنامج إرشادي يركز على التدريب التحصيلي ضد الضغوط، والعلاج العقلاني الانفعالي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين ، فأثبتت القياسات البعدية للضغوط النفسية و القياس التتبعي، فاعلية هذا البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الضغوط النفسية للمعلمين. (بومجان.ن، 2016)، كما هدفت دراسة بومصباح و آخرون(2017) إلى إظهار التحسن الذي يحققه العلاج المعرفي السلوكي في الوسط الاستشفائي في علاج مرض خطير هو الحمل العنقودي، من خلال حالة تعاني من قلق موت شديد تم تحديده من خلال مقياس قلق الموت إضافة إلى ضغط نفسي مرتفع، على هذا الأساس تم تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي معتمد على تقنية حل المشكل، فمع وجود اختلاف في درجة و حدة قلق الموت ودرجة و حدة الضغط النفسي المدرك في القياس القبلي و القياس البعدي، تحققت فرضية البحث التي تنص على أن العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل عمل على خفض الضغط النفسي وقلق الموت لدى الحالة التي تعاني من الحمل العنقودي. (بومصباح.ا،و آخرون، 2017)

1-1-2-الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، فبعد تطبيق مقياس ليفنستين لإدراك الضغط في القياس البعدي للمجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): يبين نتائج اختبار (t) للفروق بين القياسات البعدية للضغط لدى المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية.

مستوى الدلالة	قيمة t	درجة الحرية	الانحراف المعياري	متوسط الفرق	القياس البعدي للضغط
دالة عند 0.01	15.08	19	0.070	0.27	المجموعة التجريبية
		19	0.079	0.63	المجموعة الضابطة

بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم (22) وجود فروق دالة في القياسات البعدية بين المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية و ذلك بالنسبة لمتغير الضغط، حيث كانت قيمة $t = 15.08$ على مستوى الدلالة $0.01 < \alpha$ ، ومنه فان الفرضية الثانية قد تحققت و أن للبرنامج العلاجي فعالية في التخفيف من الضغط لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

يمكن القول أن التحسن الملحوظ على أفراد المجموعة التجريبية يعود إلى فعالية البرنامج العلاجي المقترح، حيث بينت النتائج انخفاض شدة الضغط لديهم و ذلك باكتساب استراتيجيات فعالة في التعامل معه، و تحويل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي ايجابي مع تحديد الأفكار الآلية المشوهة المرتبطة بالربو و الضغط المرافق له و تغييرها، إضافة إلى تحديد أهم المشاكل مع اتخاذ قرارات متعلقة بتبني استراتيجيات فعالة و تطبيقها في حل هذه المشاكل في الواقع، إضافة إلى تطبيق منتظم و مستمر لتقنية الاسترخاء والتي ساهمت بشكل كبير في التخفيف من الضغط و التوتر من الناحية الفزيولوجية و النفسية و العضلية، خاصة فيما يتعلق بتسيير الضغط أثناء نوبة الربو و التركيز فيها على التنفس العميق، علما أن معظم المرضى أكدوا أن نوبة الربو ترتبط بشكل كبير بالضغط مما يزيد من حدتها، مع ظهور فيض من الأفكار التي تهول الوضعية أكثر.

في هذه الحالة ساعد التدريب على الاسترخاء من التخفيف من الضغط بمجرد ظهور الأعراض الأولى لنوبة الربو، مع تغيير الحديث المهول للوضعية بحديث ايجابي يتمحور حول القدرة على التحكم في الوضعية بتناول الدواء بمجرد ظهور الأعراض الأولى للأزمة والاسترخاء مع تنفس بطني عميق، كما أن زيادة المعارف المتعلقة بالمرض و التعامل معه بفعالية و أهمية أخذ الدواء في الأوقات المناسبة، مع عدم التهاون و ترك الأعراض تتفاقم حتى يصبح المريض مجبرا على التنقل إلى المستشفى.

إن الربو يعتبر من الأمراض التي تتأثر بشكل كبير بالضغط، فقد توصلت الدراسات إلى حقيقة مفادها أن الضغوطات النفسية لها علاقة وطيدة بظهور الربو لدى الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية للتعرض إليه، ومنها دراسة (1985) Levitan و (1986) Teiramaa التي تؤكد وجود ارتباط بين الضغوط الانفعالية و ظهور مرض الربو. (Klinnert et al,1994)

كما قام عيد العدوان (2014) بتطبيق برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية لدى عينة من المصابين بالسكري تضم 30 شخصا قسموا إلى مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية وذلك بهدف التعرف على فاعليته، فأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، إذ انخفض مستوى كل من الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، فخلصت إلى استنتاج مفاده أن البرنامج الإرشادي ذو فعالية في خفض الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية (عيد العدوان، 2014)، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية بحيث ساهم تطبيق البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط لدى مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى العلاج.

خلال تطبيق البرنامج العلاجي عملت الباحثة على توفير جو من الثقة بالنسبة لكل فرد من المجموعة التجريبية مع التركيز على التربية العلاجية التي تناولت المفاهيم الأساسية المتعلقة بالمشكل و المتمثلة في مرض الربو، الضغط و الاكتئاب، مع تحديد دقيق لأعراض كل منهم، التداخلات بينها و الكيفية التي يؤثر بها كل واحد في الآخر، مع التركيز على التشابه بين أعراض الضغط والاكتئاب وأعراض نوبة الربو، والملاحظة المشتركة بين أفراد

المجموعة التجريبية أن معلوماتهم حول المرض و تأثيراته على الصحة النفسية كانت جد محدودة وأحيانا كثيرة كانت خاطئة كليا.

من خلال هذه المرحلة استطاع المرضى الإجابة على عدد كبير من الأسئلة التي تشغل بالهم منذ مدة طويلة، و هذا يتوافق مع بينه (Meyer & al, 2001) حيث أنه كلما ارتفع مستوى المعارف التي يكتسبها المريض حول مرضه تقل عدد المرات التي يلجأ فيها للاستعجال، و بالتالي ينتقل إلى فئة المرضى المصابين بربو خفيف، كما أن التصورات التي يحملها مرضى الربو حول مرضهم مكتسبة من تجربة المرض و البيئة التي يعيشون فيها و التعليم و التكوين الذي يكتسبونه، والتي تتدخل في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يلجئون إليها للتقليل من حدة الضغط و التوتر الذي يشعرون به نتيجة الوضعية الضاغطة. (هدبيل.ي، 2009)

إضافة إلى التربية العلاجية اعتمد البرنامج العلاجي على تقنية إعادة البناء المعرفي بحيث ظهرت فعاليتها في تخفيف الضغط لدى مرضى الربو المشكلين للمجموعة الضابطة وهذا ما أكدته عدة دراسات من بينها دراسة (Corley(1980 التي أكدت فعالية برنامج استخدم تقنيات التخيل العقلاني، إعادة البناء المعرفي و الاسترخاء العضلي في خفض مستوى القلق، بحيث تكونت عينة الدراسة من 100 طالب، فأشارت نتائج تحليلات التباين المتعدد إلى إن أسلوب إعادة البناء المعرفي كان فعالا في زيادة التفكير العقلاني، في حين أن التدريب على الاسترخاء العضلي التدريجي كان فعالا في خفض القلق. (خميس، 2011)

و يؤكد شكشك أن العلاج المعرفي يقوم على أساس مساعدة المعالج للعميل بأن يخفف من هول الأحداث و العواقب التي يتوقعها العميل و يقترح أسبابا بديلة، و يستخدم أسلوب إعادة الصياغة بحيث تقوده إلى فكرة ايجابية.(شكشك.أ، 2009)

كما بينت نتائج دراسة عوض (2001) فعالية العلاج المعرفي الانفعالي في تعديل المعارف والأفكار المشوهة والمرتبطة بالشعور بالضغط لدى المراهقين، وذلك من خلال تعديل عمليات التفكير والتدريب على تكوين أفكار ومعارف بديلة تتسم بالدقة والواقعية والنظرة الموضوعية للذات والعالم والمستقبل. (رجب عوض.ر، 2001)، و يضيف Ellis أن الأفكار اللاعقلانية تعد أساس الاضطرابات النفسية وإدراك الأحداث على أنها ضاغطة ويقوم نموذجها في العلاج المعرفي السلوكي على تعديل ومجادلة الأفكار من خلال التعامل مع المثير الخارجي، الأفكار اللاعقلانية، النتائج الانفعالية و السلوكية، تعديل الأفكار، مناقشة البدائل وإعادة التقييم فعالية العلاج في التغلب على الضغوط.(عبد الله جاد، 2006) فمعظم مرضى الربو يحملون أفكار مشوهة عن مرضهم و مبالغ فيها، حيث ينظرون إليه على أنه خطير جدا سيؤدي بحياتهم، و بأن الأدوية التي يتناولونها غير فعالة كون النوبات تتكرر رغم تناول الدواء، إضافة إلى أفكار جد خاطئة متعلقة بالأدوية التي تؤخذ عن طريق الاستنشاق ضنا منهم أنها تساهم في تدهور حالتهم الصحية، كما أن عددا من المجموعة الدراسة يتهاونون بشكل كبير في تناول الدواء و إتباع المواعيد الطبية فيجدون أنفسهم في مواقف جد حرجة تتطلب البقاء في المستشفى.

بالتالي ساهمت تقنية إعادة البناء المعرفي في التعرف على أغلب الأفكار الآلية المشوهة المرتبطة بالمرض و المساهمة بشكل كبير في تأزم أعراض الضغط و الاكتئاب لدى المرضى، و في مرحلة ثانية قام المرضى بتعديل تلك الأفكار المشوهة بأخرى أكثر منطقية مما ساهم بخفض التوتر و الضغط الناتج عن الوضعية المبهمة التي كانت ترتبط بالمرض لديهم.

وتوجد العديد من الدلائل البحثية التي تؤكد أهمية معتقدات الفرد و أفكاره اللاعقلانية في إدراك وتفسير المواقف على أنها ضاغطة والتي تؤثر بدورها على مستوى الصحة النفسية والتعرض للمشاعر الاكتئابية (Benjamin & al,2005). حيث بين (Mahoney 1994) أن العلاج السلوكي المعرفي سواء كان فرديا أو جماعي يهدف إلى مساعدة العملاء على إدراك العمليات المعرفية المشوهة و تعليمهم كيف يتعاملوا مع المواقف الضاغطة من خلال اللجوء إلى أساليب التعامل أكثر تكييفا(برزوان.ح،2013)

أما فيما يخص فعالية تقنية حل المشكل فتؤكد دراسة Susan (1984) على أن أسلوب المواجهة المتمركز على المشكلة يستخدم عادة عندما يتعرض الفرد لمشكلات صحية أو أحداثا حياتية وأن أسلوب المواجهة المتمركز حول الانفعالات يستخدم عادة لتخفيف الضغوط المرتبطة باضطراب علاقات الفرد مع الآخرين ، وتشير دراسة Rita (2001) أيضا إلى أن الأسلوب المتمركز حول المشكلة يقوم على تبني الفرد لاستراتيجيات التعامل الإيجابي مع تعديل أو استبعاد الحدث بما يضمن تخفيض حدة الضغط من خلال اشتراك الفرد في أنشطة جديدة أو حصوله على تعزيزات بديلة، وأن التعامل الإيجابي مع المشكلة يتضمن العديد من المهارات كمهارة الحصول على الدعم من الآخرين، التوجه الصحيح نحو المشكلة، مرونة الفرد في إدارة إمكانياته والحصول على معلومات تساعد في اتخاذ القرار. (عبد الله جاد. م، 2006)، حيث يرى Gillwitzer, 1999 بأن نوايا التنفيذ الفعال على أخذ قرارات محددة حول أين و كيف يبدأ الفرد في تغيير نفسه. (Ellis, 2001)

في هذا الصدد فإن التزام الفرد نحو أهدافه والتحكم في المواقف مع القدرة على اتخاذ القرار، والقدرة على المواجهة الفعالة للضغوط تلعب دورا هاما في التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة والشعور بالكفاءة. (عبد الله جاد. م، 2006)

يعتبر التعرض لمرض الربو كموقف ضاغط يؤثر سلبا على المرضى من الناحية النفسية والصحية، كما يعيقهم في الحياة اليومية مما يتسبب في عدة مشاكل سواء كانت مرتبطة بالمرض في حد ذاته أو فيما يتسبب فيه من ضغط و اكتئاب و تبعية للمحيط والطاقت الطبي و الدواء، كل هذه العوامل تم التطرق إليها مع أفراد المجموعة التجريبية من خلال تحديد مفهوم المشكل و ذلك أثناء تطبيق تقنية حل المشكل لذوريلا و قولدفريند، فتبين أن المرضى يربطون أغلب مشاكل الحياة اليومية بالمرض و عدم القدرة على القيام بواجباتهم و مسؤولياتهم اتجاه العمل أو العائلة، فبتطبيق خطوات تقنية حل المشكل استطاع أفراد المجموعة التجريبية على تحديد المشاكل الحقيقية المرتبطة بالربو و ما يصاحبه من أعراض الضغط و الاكتئاب وتعريفها بدقة مع اقتراح استراتيجيات و وسائل لحل المشكل ليتم فيما بعد اتخاذ القرار مع تطبيق الحل المقترح و التحقق فيما بعد.

ساهمت هذه التقنية في التعرف على مشاكل المرضى بشكل واضح و دقيق بعدما كان مبهما و جد متفرع، إضافة إلى ذلك ساعدهم التدريب على اتخاذ القرارات و تطبيقها بتخطي

عدد كبير من المشاكل من الأيسر إلى الأكثر تعقيدا حسب كل فرد من المجموعة التجريبية، و هذه النتائج المتحصل عليها تتوافق بشكل كبير على ما جاءت به عدد من الدراسات منها دراسة سايل (2011) التي أجريت على مدمنين في طور العلاج بهدف اختبار فعالية التدريب على حل المشكل لـ D'zurilla و على الاسترخاء في تخفيض درجة التأثير بمواقف الحياة الضاغطة للمدمنين، فبينت النتائج وجود فروق دالة بين نتائج القياس القبلي و نتائج القياس البعدي، بالتالي يظهر أن التدريب على حل المشكل و على الاسترخاء فعالية لدى المدمنين. (سايل، 2011)

كما أكد حسين (2006) أن التدريب على حل المشكلات هو فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف و الأحداث الضاغطة، و تقوم هذه الفنية على فرضية أن الضغط يحدث نتيجة لعجز الفرد و عدم قدرته على حل مشكلاته بفعالية، و أن الأفراد الذين يكون لديهم نقص في مهارات حل المشكلة يعانون الفشل في التعامل مع الضغوط و ذلك مقارنة بالأفراد الذين لديهم مهارات أكثر في هذا المجال (حسين. ع، 2006)، ويرى (Atkinson & al (1990) بأن هناك علاقة بين نوعية أساليب التعامل مع الضغط بالاضطرابات الجسمية والنفسية، فأسلوبي التعامل الرئيسيين المركز على المشكل و المركز على الانفعال لا يستويان في علاقتهما بالاضطرابات الجسمية و النفسية. (آيت حمودة، 2006)، وعلى صعيد آخر، يبين كل من (Aspinwall Taylor (1997) و (Carver&al (1989) أنه عادة ما تستدعي مجهودات تسوية الوضعية الضاغطة حل المشكل فيحاول الفرد التخلص من العامل الضاغط والتخطيط لحل المشكل بهدف تغيير الموقف، ويضيف كل من (Sheedy (1991) و (Epstein (1992) ، بأن الأشخاص الذين يمتلكون قدرة على حل المشكل ومواجهته مباشرة، لديهم ميل للشعور بضغط أقل وأعراض نفسية أقل من الآخرين. (Westen, 2000)

و بينت دراسات أخرى حول العلاقة بين المواجهة التي تركز على المشكل أي حل المشكل والصحة النفسية، منها أعمال لازروس وآخرون، التي أكدت بأن المواجهة التي تركز على المشكل على ارتباط إيجابي مع قياسات الصحة النفسية (Terry, 1994)، كما

يرى (2001) Cottraux أن خطوات حل المشكل تهدف إلى تعديل التقدير المعرفي للضغوطات والآليات المعرفية التي ينتج عنها سوء تسيير الضغط. (Cottraux, 2001) و توصلت دراسة (1991) Cohen et Loilliamsons إلى وجود ارتباط بين الضغوط وزيادة السلوك المرضي، حيث أسفرت النتائج وجود فرق دالة بين العاديين والمرضى في استعمالهم لإستراتيجية حل المشكل لصالح أفراد المجموعة العادية، فالمرضى أقل استعمالاً لهذه الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط، و تجدر الإشارة هنا إلى أن مخططات حل المشكل إستراتيجية تتدرج ضمن أساليب المواجهة التي تركز على المشكل حسب تصنيف لازروس وفولكمان، فهي جهود يبذلها الفرد للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة. (شريف، 2002)

بالتالي فان المرضى قليلا ما يلجؤون إلى استخدام استراتيجيات حل المشكل، و من خلال الدراسة الحالية يمكن القول أن التدريب على تقنية حل المشكل ساهمت بشكل كبير في تحديد المشاكل المرتبطة بالمرض و الضغط و تحديد استراتيجيات فعالة لاتخاذ القرار وتطبيقه لتخطيها بشكل فعال ساهم في التخفيف من الضغط لديهم.

فقد انطلق ميكينبوم صاحب العلاج التحصيني ضد الضغط من فكرة مفادها أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن التخلص من الضغوط تعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية، واستبداله بالتحدث الذاتي الايجابي مع التعود على الاسترخاء في المواقف الضاغطة. (بومجان.ن، 2016)

فقد اعتمد البرنامج العلاجي أيضا على تقنية الاسترخاء علما أنها تركز بشكل كبير على التنفس العميق ، وأن هذا الأخير يعتبر المشكل الرئيسي الذي يعاني منه كل مرضى الربو، حيث أثارت هذه التقنية اهتماما كبيرا من طرف أفراد المجموعة التجريبية و رغبة شديدة في تعلمها و تطبيقها، وقد تم ذلك عبر مراحل و التي تبدأ بالتعرف على طبيعة التنفس الخاص بهم في أوقات الراحة، والملاحظة التي اجتمع عليها كل العملاء أن طريقة تنفسهم بعيدا كل البعد عن التنفس البطني العميق، كما أن أغلبهم أظهروا تخوفا كبيرا من التركيز على التنفس لكي لا يتم استثارة نوبة ربو أثناء التمرين، وقد ساهمت الشروح

المرتبطة بالتنفس العميق و الاسترخاء في تغيير عدة أفكار مشوهة كانت مرتبطة بطريقة التنفس بشكل عام.

فتم تدريبهم على التنفس العميق و الاسترخاء العضلي و الاسترخاء الذهني المتمثل في المكان الآمن أثناء الجلسات و تم اقتراحها كوظيفة منزلية، و قد دام تطبيق الاسترخاء خلال كل فترة العلاج تقريبا، و تم التركيز على استخدام التنفس العميق أثناء نوبة الربو أو بمجرد التماس الأعراض الأولى لها، فقد ساعد ذلك حسب المرضى في التخفيف من حدة النوبات من جهة و من تخفيف وتيرة تكرار النوبات من جهة أخرى، فعدد كبير منهم لم يلجأ إلى الاستعجالات خلال فترة العلاج و المتابعة، وقد تم التأكد من ذلك عبر ملء استمارة تقييم الجلسات من طرف أفراد المجموعة التجريبية. (أنظر الملحق رقم 14)

في هذا الصدد توجد العديد من الدراسات التي بينت فعالية تقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغط و منها دراسة خميس (2011) التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق لدى المصابين بالربو، و ذلك على عينة قوامها (11) مريض مصاب بنوبات الربو، فقد دلت النتائج على فاعلية تقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة القلق لدى مرضى الربو. (خميس، 2011)، و تؤكد هيرون (2005) أن للاسترخاء عدد من الفوائد، فمن الفوائد البدنية سيشعر الفرد بالاسترخاء والهدوء، لذا تختفي العديد من الأعراض البدنية الدالة على التوتر، بالتالي سيساعد هذا في تحسين حالة الفرد الصحية، وتتسم أساليب الاسترخاء بفعالية كبيرة، بالإضافة إلى أنها تعتبر أساليب سهلة التعلم، إلا أنه يجب ممارستها بشكل ثابت حتى تصبح عادة. (هيرون، 2005)

كما يعتبر الرشيدى (1999) أن الاسترخاء فعال على المستوى السيكوسوماتي في تقليل الاستثارة المرتبطة بالضغط النفسية، فقدر من الاسترخاء في البرنامج اليومي للفرد يقلل إلى حد كبير من التأثيرات السلبية لهذه الضغوط و تجعله قادرا على التحكم فيها، فيجب ممارسة الاسترخاء يوميا كجزء من برنامج التحكم في الضغوط لتسهيل التوافق الجسمي، كما يكمن الدور الفعال للاسترخاء في تقليل الاستثارة المرتبطة بالضغط النفسية من خلال تقليل التوتر العضلي والوعي الجسدي الذي يساعد في الوقاية من الأمراض المرتبطة بالضغط، و يضيف الرشيدى بأن تطبيق مهارات الاسترخاء يوميا يقلل إلى حد كبير من التأثيرات

السلبية لهذه الضغوط و تجعل الفرد قادرا على التحكم فيها، و يضيف بأن تخطيط الأهداف و تحقيقها والحزم في اتخاذ القرار و حل المشكل و تحقيق أسلوب حياة أكثر صحة، تشكل الآليات التي تحقق تخفيف الضغوط و القدرة على إدارتها. (برزوان.ح، 2013)

وهدفت دراسة حدادحه (1991) إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشادي جمعي في حل المشكلات و الاسترخاء العضلي على ضبط التوتر النفسي، فتكونت عينة الدراسة من (30) طالبا من طلبة الصفين السابع والثامن الأساسي، حيث تم اختيار أفراد الدراسة الذين يعانون من التوتر النفسي بناء على درجاتهم على مقياس التوتر النفسي، و اعتبرت درجاتهم قياسا قلوبيا، ثم وزعوا عشوائيا إلى ثلاث مجموعات، مجموعة تجريبية أولى و تلقى أفرادها التدريب على برنامج إرشاد جمعي يتضمن أسلوب حل المشكلات، و مجموعة تجريبية ثانية تلقى أفرادها التدريب على برنامج إرشاد جمعي يتضمن الاسترخاء العضلي، و مجموعة ثالثة عملت كمجموعة ضابطة لم يتلق أفرادها أي نوع من أنواع المعالجة، و قد تم تدريب أفراد المجموعتين التجريبيتين لمدة عشر جلسات، و بعد انتهاء المعالجة مباشرة تم أخذ القياس البعدي للمجموعتين التجريبيتين و المجموعة الضابطة، و بعد أسبوعين من إنهاء المعالجة طبق القياس التتبعي، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبيتين و المجموعة الضابطة في القياس البعدي و القياس التتبعي لصالح المجموعتين التجريبيتين كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية الأولى و المجموعة التجريبية الثانية في مقياس البعدي و المقياس التتبعي، فيما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر النفسي، و أخيرا تبين أن معاملات الارتباط في المجموعتين التجريبيتين كانت أقل من معامل الارتباط في المجموعة الضابطة في كل من القياس القبلي و البعدي و القياس القبلي و التتبعي مما يدل على أن التحسن كان أكثر انتظاما في المجموعتين التجريبيتين مما هو عليه في المجموعة الضابطة. (خميس، 2011)

و يمكن القول أن دراسات عديدة توصلت إلى أن إثبات فعالية العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على تقنيات إعادة البناء المعرفي، حل المشكل و الاسترخاء في التخفيف من الضغط بصفة عامة، و لدى مرضى الربو و الأمراض المزمنة بصفة خاصة، و هذا يتوافق

مع النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة و التي بينت فعالية البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغط لدى مرضى الربو المشكلين للمجموعة التجريبية.

1-2-1-فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية:

بهدف دراسة فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية تم طرح فرضيتين المتمثلة في الفرضية الثالثة و الرابعة، حيث تناولت كل واحدة مايلي:

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات القبلية والقياسات البعدية للمجموعة التجريبية فيما يخص متغير الاكتئاب.

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات البعدية للمجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية فيما يخص متغير الاكتئاب.

1-2-1-الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للدراسة الحالية أن للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في خفض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية بمقارنة القياس القبلي والبعدى، ومن أجل اختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار ولكوكسن لدراسة الفروق، فتم التحصل على النتائج المبينة في الجدول رقم (23):

الجدول رقم (23): يبين نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين للقياسات القبلية والبعدي لالاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

مستوى الدلالة	قيمة Z	المتوسط	العدد	القياس
دالة عند 0.01	- 3.93	15	20	القياس القبلي للاكتئاب
		4.5	20	القياس البعدي للاكتئاب

فيما يخص متغير الاكتئاب يوضح اختبار ولكوكسن وجود فرق دال عند $\alpha < 0.01$ بين القياس القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية. حيث جاءت قيمة ولكوكسن $Z = -3.93$ عند مستوى الدلالة $\alpha < 0.01$ ، و جاءت القيمة سالبة لأن نتائج القياس البعدي أقل من نتائج القياس القبلي أي أن شدة الاكتئاب قد انخفضت في القياس البعدي وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي، ما يدل أن الفرضية الثالثة قد تحققت.

للتأكد بعدم وجود فروق بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والقياس البعدي، تم استعمال اختبار ولكوكسن فتم التحصل على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (24): يبين نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين للقياسات القبلية والبعدي لالاكتئاب للمجموعة الضابطة.

مستوى الدلالة	قيمة Z	المتوسط	العدد	القياس
0.05	-1.31	12.5	20	القياس القبلي للاكتئاب
		12.5	20	القياس البعدي للاكتئاب

توضح نتائج اختبار ولكس عدم وجود فروق دالة بين القياس القبلي و القياس البعدي فيما يخص الاكتئاب حيث كانت قيمة $Z = -1.31$ على مستوى الدلالة $\alpha > 0.05$ ، مما يدل على عدم وجود فروق في شدة الاكتئاب بين القياس القبلي و البعدي لدى المجموعة الضابطة، حيث لم يتم تطبيق البرنامج العلاجي و بالتالي لم يحدث أي تحسن فيما يخص شدة الاكتئاب لدى المجموعة الضابطة عكس المجموعة التجريبية التي انخفضت شدة الاكتئاب لديها، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح من طرف الباحثة.

فحسب مولدين وآخرون (1993) فإن أكثر من نصف المكتئبين الذين لم يدخلوا المستشفى بسبب الاكتئاب لديهم مرض واحد جسدي على الأقل، سواء كان أحد أمراض الجهاز التنفسي، ارتفاع ضغط الدم، السكري أو الأمراض القلب والأوعية الدموية . كما بين كل من ميجرز وآخرون (2013) و نيكولسون وآخرون (2009) أنه من الممكن جدا أن تكون السببية بين الاكتئاب والصحة الجسمية معكوسة أي أن كل واحد يؤثر في الآخر. (آيت حمودة، 2006)، هنا تظهر أهمية علاج الاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة ومنها الربو بهدف تحسين الصحة النفسية و الجسدية للمريض، في هذا الصدد من خلال الدراسة الحالية تبينت فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الاكتئاب لدى مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية، في هذا السياق بينت دراسة (Trobe 1998) أثر التدخلات المعرفية السلوكية لمرضى مصابين بأمراض مزمنة بما فيها الربو، السرطان و بالسكري، في تحسن شدة الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الأمراض ، وكان هذا التحسن واضح أكثر بالنسبة لمرضى الربو و السرطان مقارنة بمرضى السكري.(خميس، 2011)

وقام (Rush & Beck 1977) بمقارنة فعالية العلاج المعرفي المتمثل في تعديل الأفكار اللاعقلانية مع العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض مستوى الاكتئاب لدى مجموعة من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، وتم توزيع الأفراد على مجموعتين، الأولى تلقت تدريبا على العلاج المعرفي لمدة (15) جلسة، فيما تلقت المجموعة الثانية علاجا من

خلال العقاقير المضادة للاكتئاب ولمدة (11) أسبوعا وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، أشارت النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير في خفض مستوى الاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفي بشكل أفضل بعد مرور ستة أشهر من العلاج مقارنة مع العلاج بالعقاقير. (الشريف خليل ، 2013)، هذا ما يدل على أن العلاج المعرفي أثبت فعاليته في التخفيف من الاكتئاب، وهذا ما توصلت إليه أيضا دراسة عدائكة و حراوية (2017) على حالة متأخرة الإنجاب و ذلك بهدف التعرف على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب، باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، تلقت الحالة برنامجا علاجيا معرفي سلوكي تكون من 10 جلسات، تمت المقارنة بين نتائج القياس القبلي و نتائج القياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب، توصلت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب الناتج عن التأخر في الإنجاب. (عدائكة، حراوية، 2017)

و بالنظر إلى فعالية تقنية الاسترخاء في التخفيف من الاكتئاب قد تناولت دراسة Cleveland (1996) أسلوب العلاج السلوكي المعرفي بالاسترخاء لعلاج القلق النفسي، وأسلوب العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب المترتب على الإصابة بمختلف الأمراض السيكوسوماتية و منها سوء الوظيفة التنفسية، استمر تطبيق أسلوب الاسترخاء و العلاج المعرفي لتحسين القلق النفسي و الاكتئاب أربع أسابيع فبعد القياس البعدي للقلق و الاكتئاب توصلت النتائج إلى تحسن الاضطرابات المصاحبة لاضطراب التنفس بشكل نسبي مقارنة بمرض الايدز والاضطراب القلبي الوعائي. (خميس، 2011)

أما فيما يخص فعالية تقنية إعادة البناء المعرفي فقد قام Ohrt & Thorell (2006) بدراسة هدفت لعلاج الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية باستخدام أسلوب العلاج المعرفي، تألفت عينة الدراسة من (26) فردا يعانون من الاكتئاب، حيث تم تطبيق استبيان اضطراب الاتجاهات، ومقياس الأفكار الأوتوماتيكية، كاختبارين قبلين، وقد استمرت فترة العلاج لمدة ستة أسابيع، ثم أعيد تطبيق المقياسين كمقياس بعدي، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات

دلالة إحصائية بين الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية، كذلك أشارت النتائج إلى انخفاض مستوى الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية بدرجة كبيرة عند (19) فردا من أفراد العينة.

(الشريف خليل، 2013)

1-2-2-الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، فبعد تطبيق مقياس Beck للاكتئاب في القياس البعدي لدى المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية جاءت النتائج اختبار (t) كما هو مبين في الجدول رقم (25)

الجدول رقم (25): يبين نتائج اختبار (t) للفروق بين القياس البعدي للاكتئاب لدى المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية.

مستوى الدلالة	قيمة t	درجة الحرية	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	القياس البعدي للاكتئاب
دالة عند 0.01	8.38	19	1.70	4.80	المجموعة التجريبية
		19	5.20	15.05	المجموعة الضابطة

بينت النتائج المبينة في الجدول رقم (25) وجود فروق دالة في القياسات البعدية بين المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية و ذلك بالنسبة لمتغير الاكتئاب، حيث كانت قيمة $t = -8.38$ على مستوى الدلالة $\alpha < 0.01$ ، مما يدل على وجود فروق في شدة الاكتئاب بين المجموعتين الضابطة و التجريبية لصالح المجموعة التي تم تطبيق البرنامج العلاجي

عليها أي المجموعة التجريبية حيث انخفضت شدة الاكتئاب لديهم، فنستخلص أن الفرضية الرابعة قد تحققت.

يُصاحب الاكتئاب الأمراض المزمنة كما بينته عدة دراسات منها دراسة (Keefe & al, 2001) والتي أكدت أن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة لديهم مستويات عالية من المشكلات الانفعالية كالاكتئاب مقارنة بالمجموعات الضابطة (Keefe & al, 2001) ، كما أكدت دراسة (Colomba, 1994) أن مرضى السكري يعانون من الاكتئاب و ذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة. (ممدوح مختار علي، 2001) و لذلك فإن علاج الاكتئاب يساعد المريض على التعامل بشكل فعال مع المرض، و قد أثبت عدة دراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الاكتئاب، بدراسة الفروق بين مجموعات تجريبية و أخرى ضابطة كما هو الحال بالنسبة لدراسة عيد العدوان (2014) التي هدفت إلى بناء برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري و التعرف على فاعليته، حيث تكونت عينة الدراسة من (30) شخصا، قسمت إلى مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية، استخدمت في الدراسة مقياسي الضغوط النفسية، و مقياس رودولف للاكتئاب، تألف البرنامج الإرشادي من 20 جلسة، فبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، إذ انخفض مستوى كل من الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، وخلصت الدراسة إلى استنتاج مفاده أن البرنامج الإرشادي ذو فعالية في خفض الضغوط النفسية و الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية. (عيد العدوان، 2014)

ويرى (Cottraux, 2001) أن الأفراد الذين ليست لديهم فعالية في حل مشاكلهم اليومية ينظرون إلى هذه المشاكل بطريقة غير صحيحة، و بالتالي فإن الأساليب العلاجية المعرفية تهدف إلى تعديل المشاعر والسلوكيات من خلال التأثير على معارف العميل. (Cottraux.J 1995)

من هنا تظهر أهمية المعارف التي يكتسبها العميل من خلال التربية العلاجية، هذه الخطوة تساعد على التعرف بشكل دقيق على مرض الربو و على الضغط و الاكتئاب الذي يعيشه مريض الربو دون القدرة على الربط بين حالته النفسية و حالته الصحية، إضافة إلى تأثير كل جانب على الآخر، فإكتساب هذه المعلومات و مناقشتها يساعد على تحديد الأفكار الآلية المرتبطة بهذا الموضوع، لأن هذه الأخيرة تساهم بشكل كبير في ظهور الاكتئاب، حيث بينت دراسة (Ohrt & Thorell, 2006) وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية و الاكتئاب، و أشارت كذلك دراسة (Cramer & Kupshik, 2000) إلى مدى انخفاض مستوى الاكتئاب لدى الأفراد الذين دربوا على تعديل الأفكار اللاعقلانية، كما أجرى كل من Kelly & Lahey دراسة هدفت إلى معرفة دور الأفكار الخاطئة كوسيط بين الاكتئاب وضغوطات الحياة والتكيف لدى عينة تكونت من (286) طالبا جامعا وقد طبقت قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الخبرات الحياتية، فأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين الأفكار الخاطئة والاكتئاب، ووجود علاقة دالة إحصائيا بين قائمة الأفكار الخاطئة، ونتائج قائمة بيك للاكتئاب. (الشريف خليل، 2013)

فبعد مرحلة تحديد الأفكار الخاطئة حول الربو من جهة و الضغط والاكتئاب المصاحبين له من جهة أخرى، قام أفراد المجموعة التجريبية بتعديلها بأفكار أخرى أكثر منطقية و واقعية باستخدام تقنية إعادة البناء المعرفي.

يؤكد (Cottraux & al, 2001) بأن الفرد عندما يعاني من قلق أو اكتئاب فإنه يكون يفكر بطريقة غير منطقية، و سلبية بصفة منتظمة، وبمساعدة المعالج يمكنه أن يتعلم كيف يتعرف على أفكاره و مشاعره السلبية و تعديلها، و عندما تعدل المشاعر و المعارف المؤلمة يمكن أن يصبح العميل أكثر إنتاجية و يعيش بطريقة أفضل. (Cottraux.J & al, 2001) وبين ذلك (Maarcotte, 2005) في دراسة بعنوان العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب، تم إجراؤها على عينة من المراهقين (بين 11 و 18 سنة) الذين يعانون من الاكتئاب، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بأعراض الاكتئاب،

وأشارت النتائج ظهور أعراض واضحة للاكتئاب في مرحلة المراهقة، حيث يوجه المكتئبون أنفسهم بطريقة لاعقلانية، ويضعون على أنفسهم مطالب وواجبات غير واقعية، مما يسبب لهم الفشل ثم الاكتئاب، مقابل غير المكتئبين الذين يضعون شروطا ومطالب واقعية قابلة للإنجاز. (الشريف خليل، 2013)

و يرى (Cole 1991) أن العوامل المعرفية المتمثلة في الأفكار اللاعقلانية والتشوهات المعرفية والتفكير السلبي تمثل متغيرات وسيطة بين إدراك الفرد للأحداث البيئية والاستجابات الانفعالية الاكتئابية ، و أكدت نتائج دراسة رجب عوض (2001) على فعالية العلاج المعرفي الانفعالي في تعديل المعارف والأفكار المشوهة والمرتبطة بالشعور بالضغط لدى المراهقين، وذلك من خلال تعديل عمليات التفكير والتدريب على تكوين أفكار و معارف بديله تتسم بالدقة والواقعية والنظرة الموضوعية للذات والعالم والمستقبل، حيث يشير (Dorothy 1990) أن التقييم اللاعقلاني للقدرات يعد من أهم مصادر الضغط النفسي التي ترتبط بالاكتئاب. (عبد الله جاد، 2006)

أما (Mahoney 1994) فيبين أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة العملاء على إدراك العمليات المعرفية المشوهة و تعليمهم كيف يلاحظوا و يقطعوا سلسلة الأفكار الناجمة عن الانفعالات السلبية، و إنتاج أساليب مواجهة أكثر تكيفا (برزوان.ح، 2013)، حيث أكد كل من (Bergh & Chartrand, 1999) على أهمية العمليات الآلية في السلوك البشري. (Ellis, 2001)

إن العلاج المعرفي حسب شكشك (2009) ينحصر في تفصيل عدد من الخبرات المتصلة بالتعلم يعيشها العميل حتى يبتعد عن أسلوبه الأصلي في تفسير الأشياء الأمر الذي أدى إلى اضطرابه، و تتلخص الخبرات التي يمر بها العميل بمساعدة المعالج في أن يبحث عن أفكاره السلبية الآلية و يتعرف عليها، و أن يتعرف على العلاقة بين معارفه، وجداناته وسلوكه و كيف تتعامل الواحدة مع الأخرى و متى، و أن يفحص الأدلة التي تشير إلى الانحراف في تفكيره الآلي الذي أنتجه عند مواجهة مختلف المواقف، و عليه أن يستبدل هذه الانحرافات في تفكيره بترجمة أكثر واقعية للمعلومات التي تصله من البيئة بحيث تصبح معارفه أقرب إلى الحقيقة، ثم يشخص أي اعتقاد يؤدي بأفكاره إلى تشويه الحقائق و العمل على تصحيح هذه الأفكار المسبقة، و يساعد المعالج العميل على التخفيف من هول

الأحداث و العواقب التي يتوقعها و يقترح أسبابا بديلة فيستخدم أسلوب إعادة الصياغة بحيث تقوده إلى أفكار أكثر ايجابية. (شكشك. أ، 2009)

و فيما يخص تقنية حل المشكل بينت دراسة (Vitaliano & al, 1990) ، التي أقيمت على عينة غير سيكاترية بأن المواجهة التي تركز على المشكل تتبأ باكتئاب أقل بينما تتبأ المواجهة المركزة على الانفعال باكتئاب أشد وبالخصوص عند تقدير الفرد لضغوط بأنها قابلة للضبط والتحكم (Valentiner & al, 1994) ، وبضيف (Vitaliano 1992) بأن هناك ارتباط إيجابي بين استعمال المواجهة التي تركز على الانفعال والاكتئاب. (Hynes & Terry, 1998)

كما أسفرت دراسة (Billings & Moos 1994) على نتائج توضح أن اختيار إستراتيجيات المواجهة ترتبط بشدة الاضطراب لدى مرضى الاكتئاب ذلك أن المواجهة الفعالة ترتبط باضطراب أقل بينما ترتبط المواجهة التجنبية باكتئاب شديد، و في دراسة أخرى قام بها أيضا Billings & al بينت أن مرضى الاكتئاب أقل استعمالا لمواجهة حل المشكل وأكثر اعتمادا على إستراتيجيات تركز على الانفعال مقارنة بالمجتمع العام، كما أشارت دراسة (Moos & al 1983) في نفس هذا السياق بأن المواجهة التي تركز على المشكل على ارتباط نسبي باكتئاب ضعيف. (آيت حمودة، 2006)

و أوضح (Lazarus & Folkman 1986) بأن الأفراد ذوي أعراض اكتئابية شديدة أكثر استعمالا لإستراتيجيات ضبط الذات، التهرب- التجنب وأكثر تحملا للمسؤولية مقارنة بالأشخاص ذوي أعراض اكتئابية خفيفة في حين ترتبط الأعراض الاكتئابية لدى نفس العينة سلبيا بمخططات حل المشكل. (Lazarus & Folkman, 1986)

وتوصلت دراسة لكل من (Maes & Schlosser 1987) إلى أن هناك ثلاث أنواع من أساليب المواجهة يستعملها مرضى الربو عند تعريضهم للنوبات الربوية وهي إستراتيجية تهدف لتقليل أثر النوبة وأخرى للتأثير بصفة عقلانية على النوبة وأخيرا استعمال استجابات مواجهة انفعالية محضة، كما أظهرت دراسة (Parker & Endler 1990) أن من بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف مرضى الربو تبين أن الاستراتيجيات الانفعالية هي الأكثر تواترا، وأكدت دراسة (Maes 1987) أن مرضى الربو أكثر استعمال لإستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال في حياتهم اليومية وإن الاستجابة الانفعالية

لنوبة ربوية تنبؤ بنوعية حياة سيئة، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (1988) Yellowlees & al التي أجريت على (25) مريض بالربو اجتازوا نوبات ربوية شديدة وحديثة، أظهرت بأنهم يتميزون باستعمال إستراتيجيات مواجهة تركز على النفي والرفض تجاه حتى مرضهم.

كما بينت هذه الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يجدون صعوبة في حل مشاكلهم المرتبطة بوضعيتهم مما يزيد من حدة الاكتئاب لديهم، ومنه فان تدريب هؤلاء الأفراد على تقنية حل المشكل يساهم في تعليمهم لطرق تساعد على التعامل مع مشاكلهم بصفة فعالة مما يجعل شدة الاكتئاب لديهم تتخفف بشكل ملحوظ، وهذا ما أثبتته عدة دراسات و التي تتوافق مع نتائج الدراسة الحالية التي تنص أن تدريب مرضى الربو على تقنية حل المشكل ساعدهم على التصرف بفعالية أكبر مما ساهم في تخفيف الاكتئاب لديهم، ومن بين هذه الدراسات تلك التي قام بها كل من (Chabrol & Callahan 2004) أن العلاجات السلوكية المعرفية تهدف إلى تحسين اختيار الاستراتيجيات و تشجيع على مواجهة أكثر تكيفا. (آيت حمودة، 2006)، إضافة إلى دراسة (Galt 2000) التي تم من خلالها استخدام أساليب معرفية سلوكية، لمعرفة مدى فاعليتها في مساعدة الأفراد على التكيف مع أحداث الحياة، وتم استخدام مقياس حل المشكلات ومقياس بيك للاكتئاب، وأشارت النتائج إلى فاعلية الأساليب المعرفية السلوكية في تحسين مستوى التكيف، وخفض حدة الاكتئاب لدى الأفراد. (الشريف خليل، 2013)، و بينت في نفس السياق دراسة (Terry 1994) بأن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تنقص لدى الفرد من التوتر أو تقضي على الضغط، و اللجوء إلى هذه الإستراتيجية له علاقة ارتباطيه سالبة مع القلق و الاكتئاب. (Schweitzer, MB, 2001)

فبالنسبة لفعالية استراتيجيات المركزة على المشكل على الصحة النفسية والجسدية، فقد توصل (Katon 1990) إلى أن استراتيجيات حل المشكل تعد منبئا هاما بانخفاض الاكتئاب، خاصة عندما يدرك مصدر الضغط كحدث يمكن التحكم فيه.

(Valentiner, Halahan, Moos, 1994)، وأظهرت دراسة (Vitaliano & al 1985) أن هناك ارتباط إيجابي بين الاكتئاب والتفكير الخيالي والتي تعتبر كإستراتيجية

تجنبية وعلاقة سلبية بين المواجهة التي تركز على المشكل والاكنتاب (Lazarus & Folkman,1988). في نفس السياق بينت دراسة غربي (2009) على وجود علاقة ارتباطيه سلبية بين مستويات الاكنتاب و استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل، ما معناه أنه كلما قل استعمال إستراتيجيتي التخطيط لحل المشكل و المواجهة ممن طرف المصابين بمرض الربو لما زادت شدة الاكنتاب لديهم. (غربي.أ، 2009)

أما فيما يتعلق بتقنية الاسترخاء فقد درس (MC Quaid 1999) أثر اضطراب المزاج من القلق والاكنتاب على مرضي السكر وكوّن الباحث عينتين، الأولى تلقت العلاج الدوائي لمرضي السكر وقوامها أربعين مريضاً بمتوسط عمرهم 43 سنة كما تلقت العلاج السلوكي باستخدام العائد الحيوي، والثانية تلقت العلاج الدوائي للسكر فقط و قوامها (35) مريضاً بمتوسط عمرهم 38 سنة، وقام الباحث بتدريب المرضى على أسلوب العائد الحيوي في فترة 17 جلسة باستخدام تدريبات الاسترخاء وبعد هذه الجلسات استطاعت المجموعة الأولى أن تسحن من القلق والاكنتاب والمخاوف بنسبة 40%، كما استطاعت من خلال تخفيض القلق والاكنتاب خفض الجلوكوز بالدم لديهم. (MC Quaid,1999) ، وقام (David 1999) بدراسة على عينة تجريبية قدرت ب (32) مريضاً بالسكري الراشدين و طبق برنامجين من برامج التوجه السلوكي المتعدد المحاور، أحدهما يتمثل في العلاج المعتمد على الاسترخاء، و الثاني يتمثل في التحليل السلوكي لهذه السلوكيات، و دام هذا البرنامج مدة 6 أسابيع، بعدها مباشرة استطاع المرضى المصابين بالسكر أن يتحكموا في انفعالاتهم النفسية الضارة مما أثر ايجابيا على خفض نسبة الجلوكوز في الدم لديهم. (مختار علي، 2001)

1-3-مدى استمرارية تأثير البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغط والاكنتاب في القياس التتبعي:

بهدف دراسة استمرار تأثير البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من شدة الضغط والاكنتاب لدى المجموعة التجريبية تم طرح فرضيتين المتمثلة في الفرضية الخامسة والسادسة، حيث تناولت كل واحدة مايلي:

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات البعدية و القياسات التتبعية للمجموعة التجريبية للنظر في مدى استمرار انخفاض شدة الضغط حتى بعد نهاية البرنامج العلاجي.

-دراسة الفروق بين نتائج القياسات البعدية و القياسات التتبعية للمجموعة التجريبية للنظر في مدى استمرار انخفاض شدة الاكتئاب حتى بعد نهاية البرنامج العلاجي.

1-3-1-الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على استمرار تأثير البرنامج العلاجي المقترح من حيث انخفاض شدة الضغط لدى المجموعة التجريبية و ذلك بمقارنة القياس التتبعي بالقياس البعدي، فبعد تطبيق مقياس ليفنستين لإدراك الضغط في القياس البعدي و التتبعي للمجموعة التجريبية، جاءت النتائج اختبار ولكوكسن كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (26): يبين نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين للقياس البعدي و التتبعي للضغط لدى المجموعة التجريبية.

القياس	العدد	المتوسط	قيمة Z	مستوى الدلالة
القياس البعدي للضغط	20	0.27	-2.30	دالة عند 0.01
القياس التتبعي للضغط	20	0.24		

يوضح نتائج اختبار ولكوكسن وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس التتبعي بالنسبة إلى متغير الضغط، حيث كانت قيمة $Z = - 2.30$ على مستوى الدلالة $\alpha < 0.01$ لفائدة القياس التتبعي، ما يبين أن شدة الاكتئاب واصلت في الانخفاض حتى بعد انتهاء البرنامج العلاجي المقترح، أي أن الفرضية الخامسة قد تحققت.

إن التحسن الذي سجل لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج بقي مستمرا بعد فترة المتابعة التي دامت شهر و أسبوعين، ما يبين أن للبرنامج فعالية في التخفيف من الضغط أثناء فترة العلاج و بعده و ذلك كون أن مرضى الربو تم تزويدهم بمعلومات ومعارف حول مفهوم الضغط و تحديد أعراضه و طريقة التعامل معه باستخدام مهارات معرفية سلوكية الأمر الذي ساعدهم على تسيير الضغط بفعالية أكبر، هذه النتائج الايجابية التي شعر بها أفراد المجموعة التجريبية خلال فترة العلاج خاصة في الحصص الأخيرة شجعتهم على مواصلة استخدام مختلف هذه التقنيات للتعامل مع الوضعيات الضاغطة في حياتهم اليومية بعد نهاية العلاج، خاصة تقنية الاسترخاء و التفطن للحديث السلبي والأفكار الآلية المرتبطة بكل وضعية مع تبني حديث ايجابي و تغيير الأفكار المشوهة و المبالغ فيها إلى أفكار أكثر عقلانية و منطقية، و ظهرت نتيجة ذلك خلال القياس التتبعي حيث بينت النتائج أن شدة الضغط قد استمرت في الانخفاض بعد شهر و نصف من نهاية العلاج، كما بين (Bernstein 1997) أن تعلم بعض المهارات الايجابية في التعامل مع الضغوط يساهم بشكل فعال في مواجهة الضغوط المستقبلية، وهذا ما يفسر استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية. (بومجان. ن، 2016)

ومنه تظهر فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيف الضغط أثناء فترة العلاج و حتى بعد نهايته كما تأكد ذلك نتائج الدراسة الحالية، ففي هذا الصدد أقيمت عملية مسح مقارنة أجرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي اتضح من خلالها أن نسبة نجاح العلاج السلوكي المعرفي تجاوزت 80% من الحالات يقابل ذلك من 40% الى 50% فقط من حالات العلاج التحليلي، و نسبة الانتكاس في العلاج السلوكي المعرفي لا يتعدى 7% إلى 9% من الحالات. (الحجار.م، 2000)

وقام بارلو وزملاؤه (2002) على إعداد برنامج علاجي لاضطراب القلق العام يستغرق في المتوسط من 12 الى 15 ساعة على مدى 13 جلسة، وقدم هذا البرنامج لكل حالة مرضية منفردة على حده، وكانت خطتهم لعلاج اضطراب القلق العام ذات عناصر عديدة تنصب على كل جانب من الجوانب الثلاثة للقلق: الجانب الفزيولوجي (تم فيه التدريب على الاسترخاء العضلي)، البناء المعرفي و إعادة تكوينه على نحو ايجابي، الوقاية السلوكية من

الانزعاج السلوكي، و حل المشكلات و إدارة الوقت، حيث جاءت النتائج على النحو التالي، بالنسبة للمرضى الذين انهوا البرنامج العلاجي للقلق فقد انخفض مستوى القلق و الانزعاج لديهم نتيجة للتدخل العلاجي، واستمر أيضا انخفاض مستوى القلق في فترات المتابعة . (دافيد بارلو، 2002)، كما أجرى (Merti 2007) دراسة هدفت إلى تقييم فعالية برنامج علاجي يضم العلاج السلوكي المعرفي والاسترخاء بغرض خفض مستوى التوتر، وتحسين مستوى التكيف، تكونت عينة الدراسة من (19) فردا وزعوا على أربع مجموعات: المجموعة الأولى تلقت علاجا سلوكيا دون تطبيقه في البيت، والمجموعة الثانية تلقت علاجا سلوكيا مع تطبيقه في البيت، والمجموعة الثالثة تلقت علاجا سلوكيا معرفيا دون تطبيقه في البيت، والمجموعة الرابعة تلقت علاجا سلوكيا معرفيا مع تطبيقه في البيت، فأشارت النتائج أن المجموعتين الثالثة والرابعة اللتين تلقتا العلاج السلوكي المعرفي بغض النظر عن الممارسة أو عدم الممارسة في البيت، قد أظهرتا درجات منخفضة على مقياس التوتر، ودرجات مرتفعة على مقياس التكيف بالمقارنة مع المجموعتين الأولى والثانية اللتان تلقتا علاجا سلوكيا فقط، وقد استمر هذا الانخفاض لمدة أربعة شهور بعد المتابعة.(الشريف.خ، 2013)

و أكدت دراسات أخرى في هذا المجال نفس النتائج، حيث كشفت عدة دراسات منها دراسة (Lersen 1990) و (Cote & al 1994)، (Raichetal 1997) ، (Stromer 1988) ودراسة (Waggoner 1998) على أن العلاج المعرفي السلوكي يعد أقل الأساليب العلاجية في نسبة الانتكاس وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء البرنامج . (عبد الله عادل، 2000)

1-3-2-الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أن تأثير البرنامج العلاجي المقترح يستمر من حيث انخفاض شدة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية و ذلك بمقارنة القياس التتبعي بالقياس البعدي، فبعد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي و التتبعي للمجموعة التجريبية جاءت النتائج اختبار ولكوكسن كما هو مبين في الجدول رقم (27).

الجدول رقم (27): يبين نتائج اختبار ولكوكسن للفروق بين للقياس البعدي والتتبعي للاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

القياس	العدد	المتوسط	قيمة Z	مستوى الدلالة
القياس البعدي للاكتئاب	20	4.5	-3.74	دالة عند 0.01
القياس التتبعي للاكتئاب	20	2.0		

حسب ما جاء في الجدول رقم (26) تبين وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي و القياس التتبعي بالنسبة إلى متغير الاكتئاب بعد تطبيق اختبار ولكوكسن، حيث قدرت قيمة $Z = -3.74$ عند مستوى الدلالة $\alpha < 0.01$ لفائدة القياس التتبعي، ما يعني أن شدة الاكتئاب واصلت في الانخفاض حتى بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي، و أن الفرضية السادسة قد تحققت.

ففي هذا الصدد بين Smith & al أن الأفراد الذين تدربوا على الاسترخاء العضلي يمكنهم مواصلة تطبيق هذه التقنية بطريقة فردية، بحيث بينت دراسة تتبعية لمدة سنة بأن الأفراد الذين تعلموا مهارة الاسترخاء استمروا في ممارستها، أما الأفراد الذين تعلموا مهارات أكثر تعقيدا فقد توقفوا على الممارسة. (برزوان.ح، 2013)، ويؤكد (Conrad & al (2007) أن تأثير الاسترخاء العضلي لا يكون بالضرورة من خلال تقليص التوتر العضلي ولكن يكمن من خلال تأثير نفسجسمي أكثر شمولية. (Conrad et coll, 2007)

كما بينت عدة دراسات أجريت في هذا المجال و منها دراسة (Stromer 1998) ودراسة (Cash & Grant 1996) أن العلاج المعرفي السلوكي من أقل الأساليب العلاجية التي تحدث بعدها انتكاسات، كما أن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء البرنامج، (عادل عبد الله، 2000). ولقد قام (Rush & Beck 1977) بدراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض مستوى الاكتئاب لدى

مجموعة من الأفراد يعانون من الاكتئاب، حيث بينت النتائج فعالية العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير في خفض مستوى الاكتئاب، كما أشارت إلى أن العلاج المعرفي أكثر فاعلية بعد مرور ستة أشهر من العلاج مقارنة مع العلاج بالعقاقير. (الشريف، خ، 2013)

من جهته استخدم (Meichenbaum 1974) التقنيات المعرفية لتطوير إجراءات التحصين ضد الضغط والتي تمكن الفرد من التعامل مع المواقف الضاغطة المستقبلية، إن التدريب على التحصين ضد الضغط يهتم أكثر من مجرد تعليم الأفراد مهارات تكيفيه معينة، بل إن برنامج ماكينبوم صمم لتهيئة العملاء على التدخل ودفعهم إلى التغيير والتعامل مع مواضيع مثل المقاومة والانتكاس. (كوري، 2013)

من خلال كل ما سبق عرضه من دراسات اتضحت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب و ذلك بتطبيق عدد من التقنيات المعرفية السلوكية كإعادة البناء المعرفي، الاسترخاء و تقنية حل المشكل، حيث ظهرت فعالية كل واحدة منها في المساهمة في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة و اضطرابات نفسية كالاكتئاب، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية و التي بينت أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ساهم في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية، و ذلك بمقارنة نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية من جهة و بمقارنة نتائج القياس البعدي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من جهة ثانية، و إضافة إلى ذلك أكدت النتائج أن فعالية العلاج بقيت مستمرة حتى بعد انتهاء العلاج بمدة تصل إلى شهر وأسبوعين في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو .

إضافة إلى النتائج المتحصل عليها من الدراسة الإحصائية، بين الجانب العملي بصفة أخرى فعالية العلاج و منها ما قامت به الباحثة بدراسة قوة أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب.

1-4-دراسة حجم تأثير البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب:

لدراسة حجم أثر البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من شدة الضغط والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية قمنا بمقارنة نتائج القياس القبلي والقياس البعدي، بتطبيق اختبار d الذي وضعه Cohen فتوصلت إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (28) .

الجدول رقم (28): يبين نتائج اختبار d الذي وضعه كوهن فيما يخص حجم أثر البرنامج العلاجي على الاكتئاب و الضغط.

قيمة d	العدد	أثر البرنامج العلاجي
0.65	20	أثر البرنامج العلاجي بين القياس القبلي و القياس البعدي للضغط
2.65	20	أثر البرنامج العلاجي بين القياس القبلي و القياس البعدي للاكتئاب

بينت قيمة مقياس كوهن وجود أثر قوي جدا بالنسبة للاكتئاب بين القياس القبلي والقياس البعدي حيث جاءت قيمة $d = 2.65$ في حين بينت النتائج وجود أثر فوق المتوسط بالنسبة للضغط حيث جاءت قيمة $d = 0.65$.

كما أن فعالية البرنامج العلاجي ظهرت جلية من خلال استمارات الملاحظة الذاتية التي أجاب عليها أفراد المجموعة التجريبية كواجب منزلي يتضمن مدى شعورهم بأعراض الضغط والاكتئاب خلال الأسبوع الفاصل بين حصة و أخرى وتحديد شدتها على سلم من 0 الى 10، إضافة إلى ذلك كان المرضى بالربو يسجلون عدد المرات التي كانوا بحاجة إلى أخذ الدواء عن طريق الاستنشاق مع تحديد عدد المرات التي لجروا فيها إلى الاستعجالات الطبية بسبب نوبة الربو. (أنظر الملحق رقم 14)

من خلال مقارنة النسب المئوية الخاصة بنوبات الربو التي تعرض لها أفراد المجموعة التجريبية قبل، أثناء و بعد العلاج (أنظر الملحق رقم 15)، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (29): يبين نسبة الاستشفاء لدى أفراد المجموعة التجريبية.

فترة العلاج	قبل العلاج	خلال العلاج	خلال المتابعة
عدد مرات الاستشفاء	64	03	01
النسبة	%100	%4.68	%1.56

في بداية العلاج صرح أفراد المجموعة التجريبية خلال ملء استمارة الملاحظة الذاتية بعدد نوبات الربو التي تعرضوا لها خلال الشهر الأخير و التي استلزمت دخولهم للمستشفى في حالة استعجاليه قدرت بـ 64 مرة ما يمثل نسبة 100%، في حين تم اللجوء إلى الاستعجالات ثلاثة (3) مرات بالنسبة لكل أفراد المجموعة التجريبية خلال فترة العلاج ما يمثل 4.68% مقارنة بالنسبة المسجلة قبل بداية تطبيق البرنامج العلاجي، أما فيما يخص عدد مرات التي تم اللجوء فيها إلى الاستعجالات خلال فترة المتابعة فقد سجلت مرة واحدة ما يمثل 1.56%. هذا التحسن الملاحظ في الحالة الصحية لأفراد المجموعة التجريبية يتوافق مع التحسن في الحالة النفسية من حيث انخفاض شدة الضغط والاكتئاب كما بينته النتائج الإحصائية للدراسة الحالية، هذا ما يدل أن انخفاض شدة الضغط و الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية رافقه تحسن في الحالة الصحية للمرضى، و ذلك بانخفاض ملحوظ في عدد المرات التي لجئوا فيها إلى الاستعجالات الطبية بسبب نوبة الربو.

2-خاتمة الدراسة:

اهتمت الدراسة الحالية بالتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو، ولهذا الغرض تم تطبيق المنهج التجريبي باستخدام قياس قبلي وبعدي لمجموعتي الدراسة المتمثلة في المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج العلاجي المقترح عليها والمجموعة الضابطة، كما تم القيام بالقياس التتبعي بعد مدة شهر وأسبوعين عن نهاية العلاج.

من خلال النتائج المتحصل عليها تبين أن جميع الفرضيات المطروحة قد تحققت، ما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية، وذلك بدراسة الفروق بين القياسات القبليّة والقياسات البعدية من جهة، وبدراسة الفروق بين القياسات البعدية للمجموعة التجريبية و الضابطة من جهة أخرى.

كما بينت النتائج أيضا استمرار فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية حتى في فترة المتابعة، أي بعد شهر وأسبوعين من نهاية العلاج، و كان أثر هذا البرنامج العلاجي قويا، أي أن شدة الضغط و الاكتئاب قد انخفضت بشكل كبير، استمر هذا التحسن حتى بعد نهاية العلاج مما يؤكد فعالية العلاج بشكل عام، و قد توافقت نتيجة هذه الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات التي أجريت حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط و الاكتئاب.

فقد ارتكز البرنامج المقترح من طرف الباحثة على تقنيات معرفية سلوكية تم تطبيقها على مرضى الربو الممثلين للمجموعة التجريبية، وتم التغيير على المستوى المعرفي والانفعالي و السلوكي للمرضى، وذلك من خلال تغيير الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ايجابي وتحديد الأفكار الآلية مع التعرف على دورها في زيادة شدة الضغط و الاكتئاب، وتغييرها بأفكار أكثر منطقية و واقعية، الأمر الذي ساهم في عدم تهويل المواقف الضاغطة

و إدراك قدرتهم على التحكم فيها و التعامل معها بفعالية أكبر، و ذلك باستخدام خطوات حل المشكل للوصول إلى حلول ملموسة يمكن تطبيقها و التأكد من فعاليتها في كل مرة، مما يزيد من الشعور بالفعالية والكفاءة والثقة بالنفس في التعامل مع الربو، وقد أصبح من الممكن التعرف على الأعراض الأولى للنوبات مع تبني سلوك أكثر نجاعة و فعالية في التعامل معها من جهة، و في طريقة تناول الدواء في الوقت المناسب لتجنب اللجوء إلى الاستعجالات من جهة أخرى، إضافة إلى تطبيق الاسترخاء والتنفس العميق للحد من الأعراض الفيزيولوجية للضغط و التي تشبه بشكل كبير أعراض النوبة الربوية.

و بالتالي فان أفراد المجموعة التجريبية أدركوا مدى فعالية هذه التقنيات في تحسين حالتهم النفسية والصحية، الأمر الذي دفعهم إلى الاستمرار في تطبيقها حتى بعد نهاية الحصص المخصصة للعلاج، وهذا ما أكدوه خلال الحصة الخاصة بالقياس التبعي و ما أكدته النتائج أيضا، منه يمكن القول أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج العلاجي الذي كان فعالا في تخفيف الضغط و الاكتئاب لديهم، كما ساعدهم على التعرف بشكل أفضل إلى مرضهم وإلى حالتهم النفسية التي تأثرت جراء المرض، و التعرف على العلاقة الوثيقة بين الجانب النفسي والحالة الصحية الخاصة بهم، كما ساعدتهم التقنيات المعرفية والسلوكية على تخطي المشاكل المرتبطة بالمرض وذلك بتعديل الأفكار الخاطئة التي كان يشاظرها معظم مرضى الربو، و إيجاد حلول ملموسة و قابلة للتطبيق لوضعيتهم بهدف التعامل بشكل فعال مع المواقف الضاغطة الحالية والمستقبلية منها المرتبطة بالمرض و بحياتهم اليومية بشكل عام، والتي ينتج عنها ضغط كبير وحالة من الاكتئاب والأفكار السلبية التي بدورها تزيد من تأزم حالتهم النفسية و الصحية.

و منه يمكن القول أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ساهم في التخفيف من الضغط و الاكتئاب لدى مرضى الربو وساعدهم على التعامل مع هذه الوضعية بشكل فعال و ايجابي.

3-توصيات و اقتراحات:

على ضوء النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة والتي مفادها أن البرنامج العلاجي معرفي السلوكي المقترح ذو فعالية في تخفيف الضغط والاكنتاب لدى مرضى الربو خلال فترة زمنية نسبيا قصيرة، مع استمرار هذه النتائج الايجابية من انخفاض شدة الضغط والاكنتاب حتى خلال فترة المتابعة، هذا ما دفع الباحثة إلى اقتراح بعض النقاط التي لها علاقة بهذا الموضوع، ومن بينها ما يلي:

-نظرا لوجود عدد معتبر من الدراسات الأكاديمية التي بينت فعالية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في علاج عدد كبير من الاضطرابات النفسية، من المهم الاستفادة من ذلك بالاحتكاك مع المختصين النفسانيين العاملين على مستوى المستشفيات والعيادات على شكل دورات تدريبية أو حصص لتبادل الخبرة على مستوى الجامعة، والتي تشكل همزة وصل بين التطبيق في الميدان و بين الأعمال و البحوث الأكاديمية.

-المساهمة في التركيز على تدريب الطلبة والمختصين العياديين على تقنيات جد فعالة وسهلة الاستخدام كتقنيات الاسترخاء التي أكدت فعاليتها، مع التأكيد على حدود كل تقنية.

-خلال تطبيق البرنامج العلاجي للدراسة الحالية لاحظت الباحثة اهتمام كبير من طرف مرضى الربو بحصص التربية العلاجية والتي ساهمت في تعرفهم على المرض بشكل واضح من جهة وعلى استجاباتهم للضغط والاكنتاب المرافق للمرض من جهة ثانية، مما ساهم في تخفيف صورته المرعبة والمبالغ فيها، كما أدرك المرضى بوجود إمكانية للتعامل معه بفعالية، لهذا السبب فان توسيع استخدام التربية العلاجية في المصالح والعيادات المختصة بالأمراض المزمنة بشكل موسع ومنتظم، يساعد المرضى بالتعرف على المرض و التعامل معه بفعالية و ايجابية أكثر و خاصة إذا تم استخدامها في بداية تشخيص المرض العضوي للتخفيف من الأعراض النفسية السلبية المصاحبة له في أقصر مدة ممكنة.

المراجع

1-المراجع باللغة العربية

2-المراجع باللغة الأجنبية

1-المراجع باللغة العربية:

- 1-أبو زيد، مدحت عبد الحميد، (2001)، الاكتئاب، دراسة في السيكيوباتومتري، مصر، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 2-أبو زيد مدحت عبد الحميد، (2008)، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، القاهرة: دار المعرفي الجامعية.
- 3-أزروق فاطمة الزهراء، (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة الجزائر.
- 4-إسعادي. فارس، (2017)، مساهمة في دراسة أثر مرض الربو على التوافق المهني لدى العاملين في المؤسسات الصناعية، دراسة ميدانية بالمؤسسة الوطنية لصناعة الاسمنت بعين الكبيرة ولاية سطيف، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في السلوك التنظيمي و تسيير الموارد البشرية، قسنطينة: جامعة منتوري.
- 5-الحجار محمد، (2000)، تجرّتي مع العلاج النفسي السلوكي المعرفي على المجتمع السوري، طرابلس، لبنان: مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 44، المجلد 11.
- 6-الحجار محمد، (1994)، فن الإرشاد السريري، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 7-الحجار محمد، (1999)، الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي السلوكي، بيروت: دار النفائس، الطبعة الأولى.
- 8-الحمادي أنور، (2014)، الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس باللغة العربية، معايير DSM5، إعداد و توزيع أ. جهاد محمد حمد.

- 9- الحيلة محمد محمود، توفيق أحمد مرعي، (2002)، الألعاب التربوية وتقنيات إنتاجها سيكولوجيا تعليميا وعلميا، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
- 10- الخطيب جمال، سرحان وليد، حباشنة محمد، (2001)، الاكتئاب، عمان: دار المجدلوي للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
- 11- الرشدي، هارون توفيق، (1999)، الضغوط النفسية، طبيعتها، نظريتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها، مصر: جامعة الزقازيق للنشر.
- 12- السيد إبراهيم زيزي، محمد أحمد الشلبي، محمد ابراهيم الدسوقي (2016)، تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM4&DSM5، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 13- السيد عثمان فاروق، (2001)، القلق و إدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي، الطبعة الأولى.
- 14- الشربيني لطفي عبد العزيز، (2012)، الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.
- 15- الشربيني لطفي عبد العزيز، (2001)، الاكتئاب المرض و العلاج، الإسكندرية: منشأة المعارف.
- 16- العفيفي عبد الحكيم، (1990)، الاكتئاب و الانتحار: دراسة اجتماعية تحليلية، الدار المصرية اللبنانية للتوزيع.
- 17- العيسوي عبد الرحمن، (2000)، الاضطرابات النفسجسمية، لبنان، بيروت: دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى.
- 18- الغامدي حامد، (2007)، مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادة النفسية بمستشفى الصحة والرعاية بالطائف،

الرياض: مجلة أم القرى ، للعلوم التربوية والنفسية ، الرياض:المجلد 2 ، العدد الأول،
الرياض.

19-الغامدي حامد بن أحمد ضيف لله، (2013)، فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى
معالجة بعض اضطرابات القلق، الإسكندرية: دار الوفاء، الطبعة الأولى.

20-النبلسي محمد أحمد، (1988)، الربو عبد الطفل، بيروت: دار النهضة العربية
للطباعة والنشر.

21-النبلسي محمد أحمد، (1992)، مبادئ السيكوسوماتيك، تصنيفاته، الجزائر: دار
الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.

22-النوايسة فاطمة عبد الرحيم، (2013)، الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة،
عمان، الأردن :دار المناهج، الطبعة الأولى.

23-المحارب ناصر، (2000)، المرشد فى العلاج الاستعرافى السلوكى، الرياض: دار
الزهراء.

24-آيت حمودة حكيمة، (2006)، دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة فى تعديل
العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية النفسية، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه فى
علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة الجزائر.

25-آيت حمودة حكيمة، (1999)، العوامل النفسية الاجتماعية المساعدة على تطوير داء
الربو، دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية ومرضى الربو الحساسى، رسالة ماجستير
فى علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة الجزائر.

26-آيرس جون، ترجمة مزبودي هنادي، (2015)، الربو، الرياض: كتب طبيب العائلة،
دار المؤلف للتوزيع.

- 27-برزوان حسيبة، (2013)، فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للتخفيف من الضغط المهني و تنمية أساليب المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي لدى الشرطي الجزائري، أطروحة دكتوراه في الإرشاد النفسي و الصحة النفسية، الجزائر: جامعة الجزائر 2
- 28-بارلو دافيد، ترجمة صفوت فرج، (2002)، المرجع الإكلينيكي في الاضطرابات النفسية، مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- 29-برودا ميشال، سينف وولف جينج، ترجمة رضوان سامر جميل، (2009)، ممارسة العلاج النفسي: الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
- 30-بوزيت مراد، (1999)، مرض الربو، الجزائر: دار هومة للنشر والتوزيع.
- 31-بوزيد شهرة أنور السادات، (2015)، الكفالة النفسية لتلاميذ المرحلة النهائية من التعليم الثانوي وأثرها في خفض قلق الامتحان و زيادة التحصيل الدراسي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الإرشاد النفسي و الصحة النفسية، الجزائر: جامعة الجزائر.
- 32-بومال سيد، (2004)، علاج الإكتئاب بالوسائط الطبيعية: علاجات بديلة وتكميلية لاستعادة الصحة العاطفية، السعودية، الرياض: مكتبة جرير، الطبعة الثانية.
- 33- بومجان.نادية، (2016)، بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس إرشاد و توجيه، بسكرة: جامعة محمد خيضر.
- 34-بومصباح. ابتسام، شريفي.هنا، مهمل.آسيا، (2017)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في خفض الضغط النفسي المدرك و قلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي، دراسات نفسية ، الجزائر: دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات و الخدمات التعليمية، مجلد 8 العدد 14.

- 35-بيك أرون، ترجمة عادل مصطفى (2000)، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية. الطبعة الأولى. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة و النشر.
- 36-بيك جوديث، ترجمة طلعت مطر (2007)، العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. الطبعة الأولى. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- 37-جاد محمود، (2006)، السلوك التوكيدي كمتغير وسيط في علاقة الضغوط النفسية بكل من الاكتئاب و العدوان، مصر: المؤتمر العلمي الأول لكلية التربية العلمية جامعة المنصورة.
- 38-حسين. طه عبد العظيم، (2004)، الإرشاد النفسي: النظرية التطبيق التكنولوجيا، الأردن: دار الفكر، الطبعة الأولى.
- 39-حسين عبد العظيم. طه و حسين عبد العظيم. سلامة، (2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان: دار الفكر، الطبعة الأولى.
- 40-حمدي، نزيه، (1999)، فعالية تدريبات التحصين ضد الضغط النفسي في خفض المشكلات، مجلة جامعة دمشق، المجلد (15) العدد (04).
- 41-خميس محمد سليم، (2011)، الاسترخاء كآلية لاحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو، قسنطينة: مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، عدد 35 .
- 42-خليل الشريف بسمة عيد، (2013)، فاعلية برنامج توجيه جمعي يستند إلى نظرية اليس Ellis، في التفكير اللاعقلاني في خفض الاكتئاب و تحسين مستوى التكيف لدى طالبات الصف الأول الثانوي في مدينة عمان، كلية الآداب، جامعة عمان الأهلية، الأردن: اللقاء للبحوث و الدراسات، المجلد 16، العدد 1.
- 43-دبور عبد اللطيف ، الصافي عبد الحكيم، (2007) ، الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، عمان، الأردن: دار الفكر، الطبعة الأولى.

- 44- راغب نبيل، (2003)، أخطر مشكلات الشباب القلق، العنف، الإدمان، الاكتئاب، القاهرة - مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 45-رضوان سامر جميل، (2009)، في الطب النفسي و علم النفس الاكلينيكي، العين: دار الكتاب الجامعي.
- 46-علي حسين زيدان وآخرون، (2016)، نماذج ونظريات الممارسة المهنية في خدمة الفرد، القاهرة: دار السحاب.
- 47-سائل حدة وحيدة، (2011)، التدريب على حل المشكلات و على الاسترخاء لدى المدمنين على المخدرات في طور العلاج، فعالية التدريب، دراسات نفسية و تربوية، جامعة البليدة: مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية عدد 6.
- 48-سعفان محمد أحمد إبراهيم، (2003)، اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الخلفية النظرية، التشخيص-العلاج، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 49-السقا صباح، (2009)، العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية، دراسة عيادية شبه تجريبية، جامعة دمشق. على الرابط:
[http:// www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)
- 50-سليمان بدور حكمت، (2004)، مشاركة في دراسة عالمية لإعداد بروتوكول عالمي للربو في غرف الإسعاف، بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا المتخصصة في الأمراض الصدرية، سوريا: جامعة تشرين
- 51-سيد يوسف جمعة ، (2000)، دراسات في علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- 52-شامخ بسمة كريم، (2013)، أثر أساليب التكيف المعرفية و السلوكية في خفض الأعراض العصائية لدى مرضى القلب الجامعة المستنصرية كلية التربية قسم الإرشاد النفسي و التوجيه التربوي، بغداد: مجلة الأستاذ، المجلد 0 العدد 203 .
- 53-شريف ليلي (2002)، أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية، سوريا: جامعة دمشق.
- 54-شكشك أنس، (2009)، الأمراض النفسية و العلاج النفسي، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 55- شويخ هناء أحمد، (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية : مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، مصر، القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 56-شيخاني سمير، (2003)، الضغط النفسي، بيروت: دار الفكر العربي، الطبعة الأولى.
- 57-عبد الرحمان، محمد السيد، (2000)، علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الجزء الأول.
- 58-عبد الستار ابراهيم، (2008)، عين العقل: دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الايجابي، سلسلة الممارس النفسي، دار الكتاب للطباعة و النشر، الطبعة الأولى.
- 59-عبد الستار إبراهيم (1998)، الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت: مطابع الرسالة.

- 60- عبد الله محمد عادل ، (2000)، العلاج المعرفي السلوكي: أسس و تطبيقات، القاهرة: دار الرشاد للنشر و التوزيع.
- 61- عبد الله محمد قاسم، (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 62- عبد المجيد عبد العزيز محمد، (2005)، سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، القاهرة: مركز الكتاب لنشر و التوزيع
- 63- عبد المنعم يحي أحمد، (2014)، قلق الموت من السرطان: دراسات الطفولة و الصحة النفسية، القاهرة، مصر: المكتب العربي للمعارف، الطبعة الأولى.
- 64- عثمان فاروق السيد، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي، الطبعة الأولى.
- 65- عدائكة حراوية، (2017)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب عند المرأة المتأخرة في الإنجاب، دراسات نفسية، الجزائر: دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث و الاستشارات و الخدمات التعليمية.
- 66- عيد العدوان فاطمة، موسى عبد الخالق جبريل، (2014)، فعالية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية و الاجتماعية، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، المجلد 11 العدد 1.
- 67- عسكر علي، (2003)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها: الصحة النفسية في عصر التوتر و القلق، الكويت: دار الكتاب الحديث، الطبعة الثالثة.
- 68- عسكر علي، (2000)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، عمان: دار الكتاب الحديث، طبعة أولى.

- 69- عسل محمد خالد، (2008)، العلاج المعرفي السلوكي للنمط السلوكي (أ): المفاهيم- النظريات-التطبيقات العلاجية و الإكلينيكية، الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- 70- عطا الله الهدفي حرب، (2005)، كل ما تريد أن تعرفه عن الحساسية و الربو: الاسباب، الاعراض، الوقاية و العلاج، الرياض: مكتبة العبيكان .
- 71-1- عوض رقيقة رجب، (2001)، ضغوط المراهقين و مهارات المواجهة، مصر: النهضة المصرية.
- 71-2- غربي أمال، (2009)، علاقة استراتيجيات التعامل و الاكتئاب بمدة المرض لدى المصابين بالربو، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر
- 72- غريب عبد الفتاح غريب، (1985)، مقياس الاكتئاب، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 73- غريب عبد الفتاح غريب، (2007)، الاضطرابات الاكتئابية، التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس، مصر: المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد56، المجلد17.
- 74- فايد، حسين علي، (2000)، دراسات في الصحة النفسية، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الأولى.
- 75- كوري جيرالد، ترجمة الخفش سامح وديع، (2013)، النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الفكر، الطبعة الثانية.
- 76- مسعودي رضا، (2010)، بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجزائر: جامعة الجزائر2.
- 77- مفتاح عبد العزيز محمد، (2010)، مقدمة في علم نفس الصحة، عمان: دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.
- 78- مختار علي ممدوح، (2001)، العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس، مصر: جامعة طنطا.

- 79-مريم.رجاء، (2006)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض: دراسة شبه تجريبية في محافظة دمشق، رسالة دكتوراه في علوم التربية، سوريا: جامعة دمشق.
- 80-معريش، (2000)، خصوصيات مرض الربو لدى الأطفال، عين المليلة، الجزائر: دار الهدى.
- 81-مكنزي، ترجمة زينب منعم، (2015)، الاكتئاب، الرياض: الثقافة العلمية للجميع، الطبعة الثانية.
- 82-هدويل يمينة، (2009)، محددات استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الربو، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة الجزائر.
- 83-هوفمان اس جي، ترجمة مراد عيسى، (2012)، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع.
- 84-هيرون كريستين، (2005)، العلاج بالاسترخاء، الدليل العلمي، مصر: قسم الترجمة لدار النشر و التوزيع.
- 85-ويلكنسون غريغ، ترجمة زينب منعم، (2015)، الضغط النفسي، كتب طبيب العائلة الجزائر: دار نوميديا للطباعة و النشر و التوزيع.
- 86-ياحي م نصر الدين، (2000)، الضغط و القلق و الحالات العصبية، عين المليلة، الجزائر: دار الهدى.
- 87-يحي عبد المنعم، (2014)، قلق الموت من السرطان: دراسات الطفولة والصحة النفسية، القاهرة: المكتب العربي للمعارف، الطبعة الأولى.
- 88-يخلف، عثمان، (2001)، علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الدوحة، قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

2-المراجع باللغة الأجنبية:

- 1-Ait Khaled. N, (1992), l'Asthme de l'adulte, données actuelles, Alger : E.N.A.G édition.
- 2-André. M, (2007), Des allergies, Paris : First édition.
- 3-Argyll, De Yong.JT, De Girolamo.G, Orly.J, (1997), La santé mentale des réfugiés, Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- 4-Benjamin. L, Cris.R, John.RZ, (2005), Daily depression and cognitions about stress: evidence for a trait like depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study, journal of personality and social psychology.
- 5-Bolton. MB, Tilley. BC, Kuder. J, Reeves. T, Schultz. LR, (1991), the cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma, J. Gen intern Med.6
- 6-Boore.VE, Coates. JRP, (1996), Knowledge and diabetes self management, patient education and counseling.
- 7-Boudarene. M, (2005), Le stress entre bien être et souffrance. Alger : Berti édition.
- 8-Boukari.R, (2005). Enquête ISAAC, France: International studies of Asthma and allergies in childhood,
- 9-Boulet. LP (2016), Guide de poche pour le traitement et la prévention de l'asthme, pour les adultes et les enfants plus de 5ans, Canada: global initiative for Asthma.
- 10-Briffault. X, Caria. A, (2007), La dépression en savoir plus pour en sortir, France: Inpes.
- 11-Broeck. N, Van Riller. J, (2012), L'accompagnement psychologique des enfants malades, Paris: Odile Jacob .

- 12-Bruchon-schweitzer. M et Boujut. E, (2014), Psychologie de la santé, concepts, méthodes, et modèles, Paris: Dunod
- 13-Cain. J, (1990), Le champ psychosomatique, paris :PUF
- 14-Chabrol. N, Challanan. S, (2004), Mécanisme de défense et coping, Paris: Dunod.
- 15- Chassot. P, Piguet. V, Luthy. C, Cedraschi. C, (2006), Douleurs chroniques et thérapies cognitivo-comportementales, in le courrier de l'algologie, 5n°1, 1^{er} trim.
- 16-Cottraux. J, Burn. B, (1990), Thérapie cognitive de la dépression, Paris : Masson.
- 17-Cottraux. J, (1995), Les thérapies comportementales et cognitives, 2eme édition, Paris : Masson.
- 18-Cottraux. J, (1999), Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression, Paris: Doin éditeurs.
- 19-Cottraux. J, (2001), Les thérapies cognitives comment agir sur nos pensées, Paris: RETZ/ VUEF
- 20-Cox. T, (1995), Stress, coping and physical health, Broome, A, and Llewellyn, S, 2th edition, Health psychology: process and applications, London: Chapman & Hall.
- 21-Créstani, B., M. Aubier, (1998), Physiopathologie de la réaction inflammatoire dans l'asthme, Encycl, méd, chir. Pneumologie, Paris : Elsevier, 6-039-A-45.
- 22- Dantzer.R, Schweitzer.MB, (1994), Introduction à la psychologie de santé, Paris : P.U.F.
- 23- Delvaux, N , Razavi. D, (1998), La prise en charge Médico-psychologique du patient cancéreux, édition Masson.

24-Dikinson . J, Hutton. S, Atkin. A, Jones. K , (1997), Reducing asthma morbidity in the community: The affect if a targeted nurse run asthma clinic in an English general practice. Respir Med.91

25-Dumas. J, (2002), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 2ème édition de boek.

26-Ellis. A, (2001), Overcoming destructive beliefs, Feeling and behaviors, published by Prometheus books, New York.

27-Faouani. F, (1998), L'Asthme, fond documentaire, centre régional d'information et de documentation de la santé, Annaba, Algérie : (C.R.I.D.S).

28-Ferber. C, Pochat. M D, Lemoine. P, (1991), Troubles respiratoires, affections pulmonaires et psychiatrie, éd techniques, EMC.

29-Folkman. S, (1984), Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis, Journal of Personality and Social Psychology, vol 46 n° 4.

30-Folkman. S, Lazarus. R, (1986): Appraisal, coping, health status and psychological symptoms, Journal of personality and psychology, vol 50 n° 3.

31-Foucaud. J , Vironique. C, (2005), Psychologie de la santé : individu, famille et société, France: presses universitaires du Septentrion

32-Gilles. D, (2011), Se débarrasser du stress pour de bon, Paris : édition Eyrolles

33-Gorwood. PH, (2003), Stress un modèle biopsychosocial, Stress événement, individus et symptômes, édition screening.

34-Gurny. JM, Miller. WD, Low. RN, (2008), Mutinous appendiceal neoplasms: preoperative MR, staging and classification compared with surgical and histopathologic finding, Am.J Roentgenol

35-Harvey. L, Inglis. SJ, Espie. CA, (2002), Insomniacs reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. Behavior Research and Therapy.

36-Herbert.T, Cohen. S, (1994), Stress and illness, Encyclopedia of human behavior, vol 4

37-Hope. DA, Burns. JA, Hyes. SA, Herbert. JD, Warner. MD, (2010), Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. Cognitive Research and Therapy.

38-INSERM, (2004), Psychothérapie: Trois approches évaluées. Rapport. Paris : Les éditions Inserm.

39-Keefe. F.J, Lumley. M, Anderson. T, Lynch. T, Carson. KL, (2001), Pain and emotion: New research direction. Journal of Clinical Psychology.

40-Klennert. M, Mrazek. P, Mrazek. D, (1994), Early Asthma onset, the interaction between family stressors and adaptive parenting, Psychiatry, vol 57.

41-Laroche. F, (2004) Approche comportementale et cognitive de la douleur chronique, Paris: Edition L et C.

42- Lazarus. R, Folkman. S, (1986) , Appraisal, coping, health status and psychological symptoms, Journal of personality and psychology, vol 50 n° 3.

43- Lazarus. R, Folkman. S, (1988), The relationship between coping and emotion: implication for theory and research, Social science and medicine, vol 26 n°.

44- Lazarus. R, Folkman. S, (1984), Stress, appraisal and coping, New York: Springer Publishing.

45-Lecomte. J, (1993), La thérapie cognitive au service du bien être, Paris : in Sciences Humaines.

46-Lechemia. D, (1995), Les dépressions : de la prévention à la guérison, Alger : édition Dahleb.

47-Levenstein. S, Prantera. C, Varvo. V, Scribano. L , Andreoli. A, (1993), Development of the perceived stress questionnaire, a new tool for psychosomatic Research ", Journal of Psychosomatic Research, vol 37, N°1.

48-Marty. P, (1991), Mentalisation et psychosomatique, Paris: les empêcheurs de penser en rond.

49-MC Quaid.E, (1999), Biofeed Back and diabetes control, Journal of pediatric psychiatry.Vol 33 (04).

50-Mayer. IH, Sternfels. P, Fagan. JK, ford. JG, (2001), Characteristics and correlates of asthma knowledge among emergency department users. Harlem Asthma

51-Nafti. S, (1992), Guide pratique a l'usage du médecin généraliste, prise en charge de l'asthme de l'adulte, Alger : consensus national

52-Organisation Mondiale de Santé (2005), Chronic respiratory diseases bronchial asthma, de <http://w.w.w.who.int/resperatory/asthma/scope/en/indix/htm/>

53-Osman. LM, Abdalla. MI, Beattie. JA, Ross. SJ, Russell. IT, Friend. JA, Douglas. JG, (1994), Reducing hospital admission through computer supported education for asthma patients, Grampian asthma study of integrated care. (Grassic) BMJ.

54-Öst L-G, Breitholtz E, (2000), Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, Behavior Research and Therapy.

55- Paulhan. I et al, (1994), La mesure du coping, traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano et al (1985), Ann-Med-Psycholo n° 5.

56- Paulhan. I, Bourgeois. M, (1998), Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité, 2^{ème} édition, Paris : Nodule, P.U.F.

57-Payne.R , Donaghy. M, (2000), Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional. London: Churchill Livingstone.

58- Philippe. M, Serge. C, (2003), Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant; développement et introduction précoce, 3^{ème} édition, Paris :_Masson.

59-Pongy.P, Bareau.R, (2003), Psychosomatique et médecine, Edition Sauramps médical.

60-Raphaël. T et al, (2012), L'anxiété : cliniques, modèles et prise en charge, Dunod.

61- Rector. N, (2010), Le Trouble obsessionnel compulsif, guide d'information camh, Antario

62- Ridgway .R, (1998), L'asthme, édition Modus, Québec Canada

63-Roux. F, Fournier. M, (1997), Signes, formes, cliniques, diagnostic et pronostic de l'asthme, encycl – med – chir – pneumologie, Elsevier, Paris, 6-039-A-35.

64-Schweitzer. MB, Quintard. B, (2001), Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement, Paris :Dunod

65-Seligman.ME , Miller.WR, (1975), Depression and learned helplessness in man, Journal if abnormal psychology, Vol84 N03

66-Sergysels. O, (1983), La kinésithérapie respiratoire peut-elle pallier les répercussions fonctionnelles des broncho-pneumopathies chroniques obstructives, France : rev-Fr-mal-resp

67-Servant.D, (2009), La relaxation nouvelles approches, nouvelles pratiques, collection « pratique en psychologie », Paris, Elsevier Masson.

68-Servant. D, (2012), Gestion du stress et de l'anxiété, Elsevier Masson. 3eme édition.

69-Smadja. C, (1998), Logique Freudienne, in interrogation psychosomatique, France : revue Française de la psychanalyse n2.

70-Smadja. C, (2001), La vie opératoire, étude psychanalytique, Paris : édition PUF

71-Soumaille. S, Gilles. Birtschy, (2001), La dépression, Genève : édition médecine et hygiène.

72-Terry. DJ, Hynes. GJ, (1998), adjustment to a low- control situation: reexamining the role of coping responses , Journal of Personality and Social Psychology, vol 74, N°4.

73- Thomas. J, (1990), Les maladies psychosomatique, édition, Hachette.

74-Thomas. H, & al, (1994), Advances in clinical child psychology, Vorschau.

75- Valentiner. D P, Holahan. C. J, Moos. RH, (1994), Social support appraisals of event controllability, and coping: An integrative model, Journal of personality and social psychology, vol 66 n° 6.

76-Vallerand. R.J et coll, (2003), Méthodes de recherche en psychologie, Canada: Gaëtan Morin éditeur.

77-Van Rillaer Jacques, (1992), Gestion de soi, Bruxelles : mardaga.

78-Vera. L, Sarron. CM, (2011), L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, France : Dunod, 3eme édition.

79-Villemure & Bushnell, Villemure. C, Buschnell. MC, (2002) Cognitive modulation of pain, Pain,

80-Weiten, D, traduction Griette. C, Jouan. JL, (2000), Psychologie, pensée, cerveau et culture, Paris : De Boeck université, S.A.

81-Yellowlees. PM, Kalucy. R, (1990), Psychological aspects of asthma and the consequent research implication, Chest, vol, 97.

الملاحق

الملحق رقم (01) :

استمارة البيانات

الاسم و اللقب:

تاريخ الميلاد:

ما هي مدة مرضك بالربو؟

.....

ما هو عدد نوبات الربو خلال الشهر الماضي؟

.....

ما هي عدد المرات التي لجأت فيها إلى المستشفى خلال الشهر الماضي؟

.....

ما هي نوع أدوية الربو التي تتناولها؟

.....

.....

هل تتناول أدوية أخرى؟ نعم لا

إن وجدت ما هي بالتفصيل؟

.....

.....

.....

الملحق رقم (02) :

مقياس " Beck " للاكتئاب

التعليمية : إليك مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة 0 أو 1 أو 2 أو 3 والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم، إن وجدت أنه في المجموعة الواحدة تبدو لك عدة عبارات ملائمة فضع دائرة على الأرقام الموافقة أكثر، تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد أنك قد أجبت على كل المجموعات.

I-0- أنا لا أشعر بالحزن.

1- أنا أشعر بالحزن والكآبة.

2- أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أخرج نفسي من هذه الحالة.

3- أنا حزين أو غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

II-0- أنا لست متشائماً على وجه الخصوص، أو لست مثبط الهمة، فيما يتعلق بالمستقبل.

1- أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

2- أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.

3- أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

III-0- أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.

1- أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.

2- كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء، كل ما أستطيع أن أراه في حياتي، الكثير من الفشل.

3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد، والدة، زوج...)

IV-0- أنا لست غير راضي.

1- أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.

2- أنا لا أحصل على الإشباع والرضا من أي شيء بعد الآن.

3- أنا غير راضي عن كل شيء.

V-0- أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.

1- أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.

2- أنا أشعر بالذنب أو الإثم.

3- أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

VI-0- أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1- أنا فاقد الأمل في نفسي.

2- أنا مشمئز من نفسي.

3- أنا أكره نفسي.

VII-0- أنا لست لدي أفكار للإضرار بنفسي.

1- أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي لكن لا أنفذها.

2- أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.

3- لو استطعت لقتلت نفسي.

VIII-0-0 - أنا لم افقد اهتمامي بالناس.

1- أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

2- أنا فقدت أغلب اهتماماتي بالناس، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.

3- أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس، ولا أهتم بهم على الإطلاق.

IX-0-0 - أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل.

1- أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات.

2- أنا لذي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3- أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن.

X-0-0 - أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما اعتدت أن أظهر به من قبل.

1- أنا مشغول وقلق لأنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

2- أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.

3- أنا أشعر بأنني قبيح أو كرهه المظهر

XI-0-0 - أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

1- أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

2- يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

XII-0-0 - أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.

- 1- أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.
 - 2- أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.
 - 3- أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.
- XIII-0- شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.**
- 1- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.
 - 2- شهيتي أصبحت أسوء الآن.
 - 3- ليست لي شهية للأكل نهائيا.

الملحق رقم (03) :

مقياس Levenstein لإدراك الضغط (P.S.Q)

التعليمية: أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك وذلك خلال الشهر الماضي، أجب بسرعة دون مراجعة إجابتك.

البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
01				تشعر بالراحة
02				تشعر بوجود متطلبات لديك
03				أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق
04				لديك أشياء كثيرة للقيام بها
05				تشعر بالوحدة أو العزلة
06				تحد نفسك في مواقف صراعية
07				تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا
08				تشعر بالتعب
09				تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك
10				تشعر بالهدوء
11				لديك عدة قرارات لاتخاذها
12				تشعر بالإحباط
13				أنت مليء بالحيوية
14				تشعر بالتوتر
15				تبدو مشاكلك أنها ستتراكم
16				تشعر بأنك في عجلة من أمرك
17				تشعر بالأمن و الحماية
18				لديك عدة مخاوف
19				أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين
20				تشعر بفقدان العزيمة
21				تمتع نفسك
22				أنت خائف من المستقبل
23				تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها و ليس لأنك تريدها
24				تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم
25				أنت شخص خال من الهموم
26				تشعر بالإرهاك أو تعب فكري
27				لديك صعوبة للاسترخاء
28				تشعر بعبء المسؤولية
29				لديك الوقت الكافي لنفسك
30				تشعر أنك تحت ضغط مميت

الملحق رقم (04)

استمارة التقويم الذاتي في بداية العلاج

الاسم.....:

رقم الجلسة.....:

1- أعاني الآن من الشكاوى والأعراض التالية:

.....

2 -العوامل أو الظروف الحياتية الماضية التي ساهمت في نشوء مشكلتي هي:

.....

3 -السلوكات والآراء و الأفكار التي ساهمت في نشوء مشكلتي هي:

.....

4 -الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي:

.....

5 -المساعدة التي أتوقعها من العلاج النفسي هي:

.....

6 -الأدوية التي أتناولها في الوقت الراهن الكمية اليومية أو الأسبوعية هي:

.....

الملحق رقم (05)

استمارة تقييم جلسات البرنامج

الاسم.....:

رقم الجلسة.....:

* هل كانت المعلومات و التدريبات التي قدمت في الجلسة؟: نعم لا نوعا ما

1-مفيدة - نعم -لا -نوعا ما

2-واضحة - نعم -لا -نوعا ما

3-مألوفة - نعم -لا -نوعا ما

4-صعبة - نعم -لا -نوعا ما

5-سهلة - نعم -لا -نوعا ما

6-جديدة - نعم -لا -نوعا ما

7-مملة - نعم -لا -نوعا ما

ب /كيف كانت مشاعرك و انفعالاتك في هذه الجلسة؟ هل كنت :نعم لا نوعا ما

1-سعيدة - نعم -لا -نوعا ما

2-مرتاحة - نعم -لا -نوعا ما

3-راضية - نعم -لا -نوعا ما

4-متوترة - نعم -لا -نوعا ما

5-متضايقية - نعم -لا -نوعا ما

6-منزعجة - نعم -لا -نوعا ما

الملحق رقم (06)

استمارة التقويم الذاتي في نهاية العلاج

الاسم.....:

رقم الجلسة.....:

1 - كنت أعاني في بداية العلاج من الشكاوى والأعراض التالية :

.....

2 - التغيرات التي حصلت لي حتى الآن هي:

.....

3 - قدّم لي العلاج النفسي المساعدات التالية:

.....

4 - العوامل أو الظروف الحياتية الماضية التي ساهمت في نشوء مشكلتي هي:

.....

5 - السلوكات والآراء الأفكار التي ساهمت في نشوء مشكلتي هي؟

.....

6 - الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي ؟

.....

7 - الخطوات التالية و الأهداف التي أرغب في تحقيقها في العلاج النفسي؟

.....

8 - الأدوية التي أتناولها في الوقت الراهن أو الجرعة اليومية أو الأسبوعية هي :

.....

9 - المجالات الحياتية التي أشعر بأنها تحقق تقدماً لي في حالتي هي:

.....

10 - قارن شكاوى أو أعراض مرضك الحالي مقارنة ببداية العلاج من خلال النسبة

المئوية

تحسن الأعراض	الأعراض في البداية	ازدياد الأعراض سوءاً
0% الى 75%	100% الى 125%	150% الى 200%

الملحق رقم (07)

استمارة تقييم البرنامج العلاجي في الجلسة الختامية

الاسم:

الأسئلة

- 1- هل استطعت تحديد المواقف الضاغطة التي تمرّ بك؟
- 2- هل أصبحت أكثر معرفة بردود أفعالك على المواقف الضاغطة؟
- 3- هل تعلمت تحديد الحديث الذاتي السلبي المتعلق بالموقف (المشكلة)؟
- 4- هل تعلمت استبدال الحديث السلبي بالحديث الذاتي الايجابي؟
- 5- هل تعلمت أن تسترخي بسهولة عند مواجهتك لمواقف ضاغطة؟
- 6- هل تعلمت التخطيط للحلول الملائمة للمشكلة؟
- 7- هل استطعت تطبيق الحلول التي تم التخطيط لها؟
- 8- هل شعرت بانخفاض مستوى الضغط النفسي بعد انتهاء الجلسات؟
- 9- هل شعرت بتحسن مزاجك بعد انتهاء الجلسات؟
- 10- هل شعرت بتحسن حالتك الصحية بعد انتهاء الجلسات؟
- 11- هل شعرت بتحسن في تعاملك مع الربو؟
- 12- هل شعرت بأن البرنامج حقق لك الفائدة؟

الملحق رقم (08)

نص للتمرين على الاسترخاء

-أنت مستلق على الأريكة، عيناك مفتوحتان و أنت تنظر إلى السقف

-أغمض عينيك

-حس جسمك و أنت مستلق على الأريكة، حس بثقل وزنك عليها

-اضغط بقوة على الأريكة بكعب قدمك اليمنى

-حس عضلات ساقك اليمنى التي بدأت تتصلب و تشتد

-الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك و تنهد

-حس ساقك اليمنى التي بدأت تصير لينة و مسترخية

-ارفع قليلا ساقك اليمنى فوق الأريكة

-حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

-ساقك اليسرى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية على الأريكة بلا حركة

-انزل ساقك اليمنى من جديد إلى الأريكة

-حس ساقك اليمنى و هي تصير ثقيلة على الأريكة

-ساقك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ساقك اليمنى

-اضغط بقوة على الأريكة بكعب قدمك اليسرى

-حس عضلات ساقك اليسرى التي بدأت تتصلب و تشتد

-الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك و تنهد

-حس ساقك اليسرى التي بدأت تصير لينة و مسترخية

-ارفع قليلا ساقك اليسرى فوق الأريكة

-حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

-ساقك اليمنى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية على الأريكة بلا حركة

-انزل ساقك اليسرى من جديد إلى الأريكة

-حس ساقك اليسرى و هي تصير ثقيلة على الأريكة

-ساقك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفع في عضلات ساقك اليسرى

-الآن، اقبض عضلات مقعدك معا

-يمكن أن تحس أن الجزء الأسفل من جسمك بدأ يتصلب و يشتد

-الآن، حرر الضغط و تنهد

-حس الجزء الأسفل من جسمك و هو يصبح لينا و مسترخيا

-حس ثقل حوضك و هو مستلق على الأريكة

- اضغط يدك اليمنى بقوة على الأريكة
- حس عضلات ذراعك اليمنى وهي تتصلب و تشتد
- الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليمنى و تنهد
- حس ذراعك اليمنى وهي تصير لينة و مسترخية

- ارفع قليلا ذراعك اليمنى فوق الأريكة
- حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض
- ذراعك اليسرى لا تفعل شيئا فهي مستلقية بلا حركة
- انزل ذراعك اليمنى إلى الأريكة
- حس ثقل ذراعك اليمنى و هي مستلقية على الأريكة
- ذراعك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليمنى

- اضغط يدك اليسرى بقوة على الأريكة
- حس عضلات ذراعك اليسرى وهي تتصلب و تشتد
- الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليسرى و تنهد
- حس ذراعك اليسرى وهي تصير لينة و مسترخية

- ارفع قليلا ذراعك اليسرى فوق الأريكة
- حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض
- ذراعك اليمنى لا تفعل شيئاً فهي مستقلة بلا حركة
- انزل ذراعك اليسرى إلى الأريكة
- حس ثقل ذراعك اليسرى و هي مستقلة على الأريكة
- ذراعك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليسرى

- اضغط بكتفيك بقوة على الأريكة
- حس عضلات كتفيك و هي تتصلب و تشدد
- الآن، حرر الضغط الموجود في كتفيك و تنهد
- حس كتفيك و هما تصيران في حالة ليونة و استرخاء
- حس دفء و ثقل كتفيك

- اضغط برأسك بقوة على الأريكة
- حس عضلات رقبتك و هي تتصلب و تشدد
- الآن، حرر رأسك من الضغط و تنهد

-حس رقبتك وهي تعود من جديد لينة و مسترخية

-الآن، ارفع رأسك قليلا فوق الأريكة

-حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

-بقية جسمك لا تفعل شيئا

-الآن، انزل رأسك على الأريكة

-حس ثقل وتعب رأسك

-ضع يديك على بطنك

-حس بطنك وهي تصير دافئة

-مد ذراعيك على طول جسمك

-حس جسمك كله من حيث الدفاء، الوزن و الاسترخاء

-الآن انتهى التمرين...أرجو أن تبقى كذلك مدة دقيقتين أو ثلاث، واستمتع بشعور

الاسترخاء في كل جسمك.

-عندما تكون مستعدا لذلك، ابدأ بفتح عينيك ببطء، حرك أصابع يديك و أصابع قدميك،

يمكنك التثاؤب إذا شعرت بحاجة لذلك.

الملحق رقم (09)

تمرين تقنية المكان الآمن:

- * أغمض عينيك.
 - * خذ نفسا عميق، أخرج النفس من فمك ببطئ و استرخي.
 - * فكر في مكان تشعر فيه بالأمان و الراحة، ابحث في ذاكرتك عن مكان تشعر فيه بالأمان والراحة.
 - * عندما تجد هذا المكان أعط إشارة بطرف أصبعك.
- عندما يعطي الإشارة نواصل التعليمات**
- * حسنا، تخيل هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة.
 - * في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة تنظر حولك لترى أشكال و أشياء، ركز لترى هذه الأشياء.
 - * في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة تسمع أصواتا، مختلفة ركز أذنيك لتسمع هذه الأصوات.
 - * في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة قد تحس بطعم معين ركز لتتذوق هذا الطعم.
 - * في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة قد تشم رائحة أشياء مختلفة، ركز لتشم هذه الرائحة.
 - * في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة قد ترى أشياء تتحرك، ركز لترى هذه الحركة.
 - * في هذا المكان الآمن، حيث تشعر بالأمان و الراحة، ترى أشياء تشعرك بالأمان والراحة، وتسمع أشياء تشعرك بالأمان و الراحة، و تتذوق أشياء تشعرك بالأمان و الراحة، و كذلك رائحة تشعرك بالأمان و الراحة، ركز حواسك جميعها في تخيل هذا المكان.
 - عندما تركز حواسك في هذا المكان الآمن، الذي تشعر فيه بالأمان و الراحة، ينتابك شعور جميل و لطيف، ركز في هذا الاحساس، أشر بيدك إلى المكان من جسمك حيث يركز هذا الإحساس.

عندما يعطي الإشارة نواصل التعليمات

- * حسنا، ركز في هذا الإحساس الجميل واجعله يزيد و يكبر.
- * خذ نفسا عميقا، أخرج النفس من فمك ببطئ و اجعل هذا الإحساس الجميل يزيد و يكبر.
- * تابع التنفس، و مع كل زفير اجعل هذا الإحساس الجميل يزيد و يكبر و ينتشر في جميع جسمك.

أسئلة بعد انتهاء التمرين:

-لقد بدا لي أنك كنت مسترخيا تماما في هذا المكان الآمن، هل يمكن أن تعطي إسم لهذا المكان؟

-كذلك الشعور الذي كنت تحس به، هل كان مريحا؟ هل عندك اسم خاص لهذا الشعور؟

-في الحصة القادمة في هذه التقنية يستبدل اسم(مكان آمن) بالاسم الذي أعطاه العميل و كذلك (الإحساس الجميل) بالشعور الذي وصفه.

الملحق رقم (10)

سجل الأفكار التلقائية المعطلة (Beck et al 1979)

(بيك.ج، 2007)

التاريخ و الساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	1- ما تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التي أدت إلى هذه المشاعر؟	1- ما الأفكار التي دارت في رأسك؟ 2- كم كنت تعتقد في هذه الأفكار وقتها؟	1- ما المشاعر (حزن، قلق، غضب...) التي كنت تشعر بها حينها؟ 2- كم هي شدة هذه المشاعر على سلم من 0 إلى 100؟	1- اختبر التحريف الإدراكي الذي ارتكبته؟ 2- استخدم الأسئلة في الأسفل لكي تواف ما بين الاستجابة و الأفكار؟ 2- كم تعتقد في كل استجابة على سلم من 0 إلى 100؟	1- كم تعتقد الآن في الفكرة التلقائية؟ 2- ما المشاعر التي تحسها الآن؟ و ما شدتها من 0 إلى 100؟ 3- ما الذي ستفعله بعد ذلك؟

أسئلة تساعد على تكوين الاستجابة التكيفية:

1- ما الدليل على أن الفكرة حقيقية؟

.....

2- هل هناك تفسير آخر؟ ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أن أعيش به؟

.....

3- و ما أحسن الاحتمالات؟ و ما النتيجة الأكثر واقعية؟

.....

4- و ما تأثير اعتقاداتي على أفكاري التلقائية؟ و ما نتيجة إمكانية تغيير أفكاري؟

.....

5- ما الذي يجب علي فعله حيال ذلك؟

.....

6- اذا كان لك صديق أو صديقة في نفس الموقف و لديه أو لديها نفس الأفكار، فماذا أقول له أو لها؟

.....

.....

.....

الملحق رقم (11)

السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا ABC

الحالة أ	الأفكار التلقائية ب	الانفعالات ج	الاستجابات العقلانية	النتيجة
	أعط نسبة مئوية	أعط نسبة مئوية	أعط نسبة مئوية	أعط نسبة مئوية

الملحق رقم (12)

استمارة قائمة التشوهات المعرفية

1- التفكير بالكل أو لا شيء: إنك تنظر إلى الأشياء ضمن فئات مطلقة باللونين الأبيض

والأسود فإذا قصر أداؤك عن الكمال فإنك ترى نفسك فاشلا تماما

2- فرط في التعميم : إنك تستبقي السلبيات و تتجاهل الإيجابيات و تعتبر أي حدث سلبي

نموذجاً لهزيمة لن تنتهي.

3 -التصفية الذهنية :إنك تركز على السلبيات وتتجاهل الإيجابيات، فتصبح رؤيتك للواقع

كله مظلمة كنقطة حبر تلون كوبا كبيرا من الماء.

4-الانتقاص من المزايا الإيجابية: إنك تصر على أن إنجازاتك أو مزاياك الإيجابية لا

أهمية لها.

5-القفز إلى النتائج :إنك تقدم تفسيرات سلبية حتى ولم يكن هنالك حقائق محددة تدعم

استنتاجك دعما مقنعا.

آ -قراءة الأفكار :إنك تفترض أن الناس يتصرفون بردود فعل سلبية في حين لا يكون هنالك

أي دليل محدد على ذلك.

ب -التنبؤ :إنك تنتبأ بأن الأشياء سوف تثبت في النهاية أنها سيئة وتشعر بالفقاعة بأن

تنبؤك هذا هو حقيقة راسخة.

6 -التضخيم والإقلال :إنك تبالغ في أهمية الأشياء مبالغة لا تتناسب مع حقيقتها أو أنك

تنتقص من أهميتها انتقاصا بشكل غير ملائم حتى تبدو متناهية في الضآلة.

7 -الاستدلال الانفعالي :إنك تفترض بأن انفعالاتك السلبية تعكس بالضرورة حقيقة

الأشياء انني أشعر بأنني غبي فلا بد أن أكون كذلك حقيقة " أو " إنني لا أرغب بالقيام بهذا

الشيء لذلك سوف أؤجله"

8 -عبارات الوجوب " الينبغيات " : "إنك تنتقد نفسك أو الآخرين بكلمات مثل" يجب" "ينبغي"

"لا بد" "لا ينبغي" وما يماثلها وكأن ما يفترض أن تعاقب وتضرب بالسوط قبل أن يتوقع منك

فعل أي شيء . وعبارات الوجوب هي أيضا تدل على الذنب فتكون النتائج الانفعالية هي

الشعور بالذنب وحينما توجه عبارات الوجوب نحو الآخرين فإنك تشعر بالغضب والإحباط.

- 9 -التلقيب وسوء التلقيب :** إن هذا هو أقصى شكل من أشكال المبالغة في التعميم فبدلاً من أن تقول " : لقد ارتكبت خطأ " فإنك تقول " : إنني غبي " " أحمق " " خاسر. "
- 10 - العزو الشخصي :** إنك ترى نفسك السبب في بعض الأحداث الخارجية السلبية التي لا تكون في الواقع مسؤولاً عنها.

الملحق رقم (13)

استمارة دليل حل المشكلات

1- هل حددت الحدث المزعج تحديدا صحيحا؟

.....

2- هل أريد تغيير مشاعري السلبية حول هذه الحالة؟

.....

3- هل حددت أفكارى التلقائية كما ينبغي؟

.....

4- هل العبارات الصحيحة والمقنعة لاستجاباتي العقلانية تكشف عن أفكارى التلقائية؟

.....

الملحق رقم (14)

الرقابة الذاتية لظهور نوبة الربو

الأيام	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
9-8							
10-9							
11-10							
12-11							
13-12							
14-13							
15-14							
16-15							
17-16							
18-17							
19-18							
20-19							
21-20							
22-21							
23-22							
00-23							
01-00							
02-01							
03-02							
04-03							
05-04							
06-05							
07-06							
08-07							

الملحق رقم (15)
نسبة ظهور نوبات الربو

مرات الاستشفاء	قبل العلاج	خلال العلاج	خلال المتابعة
01	09	02	01
02	07	00	00
03	04	00	00
04	03	00	00
05	02	00	00
06	05	00	00
07	01	00	00
08	03	00	00
09	02	00	00
10	00	00	00
11	09	01	00
12	02	00	00
13	01	00	00
14	01	00	00
15	02	00	00
16	03	00	00
17	02	00	00
18	07	00	00
19	01	00	00
20	00	00	00
المجموع	64	03	01
النسبة	%100	%4.68	%1.56

الملحق رقم (16)

المعالجة الإحصائية

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PretestStress	,086	20	,200 ⁺	,978	20	,900
PosttestStress	,121	20	,200 ⁺	,922	20	,109
suiviStress	,202	20	,032	,872	20	,013
PretestDEP	,245	20	,003	,864	20	,009
PostDEPtest	,181	20	,086	,914	20	,076
SuiviDEP	,233	20	,006	,852	20	,006

T-Test

Group Statistics

	groupe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PretestSss	GE	20	,6365	,08412	,01881
	GC	20	,6260	,07308	,01634

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
	F	Sig.	t	df
Pretest Stress	,294	,591	,421	38
Equal variances assumed				
Equal variances not assumed			,421	37,272

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
PretestStress	Equal variances assumed	,676	,01050	,02492
	Equal variances not assumed	,676	,01050	,02492

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
PretestStress	Equal variances assumed	-,03994	,06094
	Equal variances not assumed	-,03998	,06098

Mann-Whitney Test

Ranks

groupe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PretestDEP GE	20	21,53	430,50
GC	20	19,48	389,50
Total	40		

Test Statistics^a

	PretestDEP
Mann-Whitney U	179,500
Wilcoxon W	389,500
Z	-,560
Asymp. Sig. (2-tailed)	,575
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,583 ^b

a. Grouping Variable: groupe

b. Not corrected for ties.

T-Test H1 groupe experimental

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PretestStress	,6365	20	,08412	,01881
PosttestStress	,2775	20	,07078	,01583

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PretestStress & PosttestStress	20	,309	,185

	Paired Differences			
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
Pair 1 PretestStress - PosttestStress	,35900	,09170	,02051	,31608

Paired Samples Test

	Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference			
	Upper			
Pair 1 PretestStress - PosttestStress	,40192	17,508	19	,000

NPAR TESTS

/WILCOXON=PretestDEP WITH PostDEPtest (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

Wilcoxon Signed Ranks Test H2 groupe experimental

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostDEPtest - PretestDEP Negative Ranks	20 ^a	10,50	210,00
Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
Ties	0 ^c		
Total	20		

a. PostDEPtest < PretestDEP

b. PostDEPtest > PretestDEP

c. PostDEPtest = PretestDEP

Test Statistics^a

	PostDEPtest - PretestDEP
Z	-3,930 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

T-Test groupe control

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PretestStress	,6260	20	,07308	,01634
PosttestStress	,6355	20	,07911	,01769

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PretestStress & PosttestStress	20	,670	,001

	Paired Differences			
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
Pair 1 PretestStress - PosttestStress	-,00950	,06211	,01389	-,03857

Paired Samples Test

	Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference			
	Upper			
Pair 1 PretestStress - PosttestStress	,01957	-,684	19	,502

NPAR TESTS

/WILCOXON=PretestDEP WITH PostDEPtest (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

Wilcoxon Signed Ranks Test groupe control

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostDEPtest - PretestDEP	Negative Ranks	12 ^a	9,63	115,50
	Positive Ranks	6 ^b	9,25	55,50
	Ties	2 ^c		
	Total	20		

a. PostDEPtest < PretestDEP

b. PostDEPtest > PretestDEP

c. PostDEPtest = PretestDEP

Test Statistics^a

	PostDEPtest - PretestDEP
Z	-1,314 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,189

T-Test H3 et H4

Group Statistics

groupe		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PosttestStress	GE	20	,2775	,07078	,01583
	GC	20	,6355	,07911	,01769
PostDEPtest	GE	20	4,80	1,704	,381
	GC	20	15,05	5,206	1,164

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
PosttestStress	Equal variances assumed	1,137	,293	-15,083	38
	Equal variances not assumed			-15,083	37,539
PostDEPtest	Equal variances assumed	8,779	,005	-8,368	38
	Equal variances not assumed			-8,368	23,027

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means				
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		
PosttestStress	Equal variances assumed	,000	-,35800	,02373		
	Equal variances not assumed	,000	-,35800	,02373		
PostDEPtest	Equal variances assumed	,000	-10,250	1,225		
	Equal variances not assumed	,000	-10,250	1,225		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
PostestStress	Equal variances assumed	-,40605	-,30995
	Equal variances not assumed	-,40607	-,30993
PostDEPtest	Equal variances assumed	-12,730	-7,770
	Equal variances not assumed	-12,784	-7,716

NPAR TESTS

/WILCOXON=PostestStress PostDEPtest WITH suiviStress SuiviDEP (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

Wilcoxon Signed Ranks Test H5 et H6

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
suiviStress - PostestStress	Negative Ranks	15 ^a	11,10	166,50
	Positive Ranks	5 ^b	8,70	43,50
	Ties	0 ^c		
	Total	20		
SuiviDEP - PostDEPtest	Negative Ranks	18 ^d	9,50	171,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	2 ^f		
	Total	20		

a. suiviStress < PostestStress

b. suiviStress > PostestStress

c. suiviStress = PostestStress

d. SuiviDEP < PostDEPtest

e. SuiviDEP > PostDEPtest

f. SuiviDEP = PostDEPtest

Test Statistics^a

	suiviStress - PostestStress	SuiviDEP - PostDEPtest
Z	-2,302 ^b	-3,745 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021	,000

groupe = GE

Statistics^a

		PretestStress	PostestStress	suiviStress
N	Valid	20	20	20
	Missing	0	0	0
Mean		,6365	,2775	,2415

groupe = GC

Statistics^a

		PretestStress	PostestStress	suiviStress
N	Valid	20	20	0
	Missing	0	0	20
Mean		,5850	,5875	

a. groupe = GC

groupe = GE

Statistics^a

		PretestDEP	PostDEPtest	SuiviDEP
N	Valid	20	20	20
	Missing	0	0	0
Median		15,00	4,50	2,00

a. groupe = GE

groupe = GC

Statistics^a

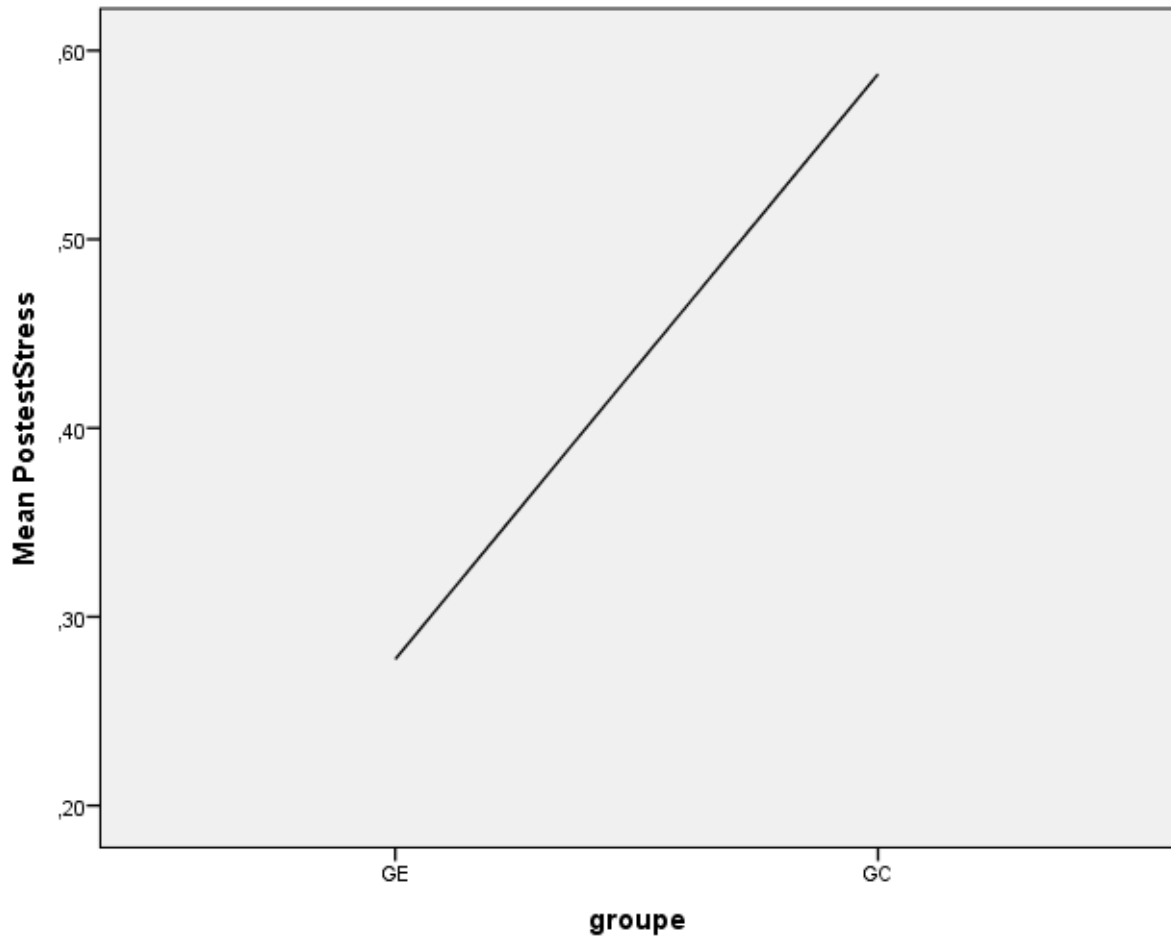
		PretestDEP	PostDEPtest	SuiviDEP
N	Valid	20	20	0
	Missing	0	0	20
Median		12,50	12,50	

a. groupe = GC

(d) قانون اختبار كوهان

$$Cohen, d = \frac{X_C - X_{c \times p}}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S^2 + (n_2 - 1)S^2}{n_1 + n_2 - 2}}}$$

رسم بياني يبين انخفاض شدة الضغط لدى افراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة



/LINE(SIMPLE)=MED(PostDEPtest) BY groupe.

رسم بياني يبين انخفاض شدة الاكتئاب لدى افراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة

