



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الأروطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر
تخصص علاجات نفسية

أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان

تحت إشراف: د. طباس نسيمة

من إعداد الطالبة: مكاوي يمينة

لجنة المناقشة

جامعة وهران

رئيسة

أ. لصق حسنية

جامعة وهران

عضوا مناقشا

أ. محرزي مليكة

جامعة وهران

مشرفة و مقررة

أ. طباس نسيمة

2015-2014

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى حبيبتي و صديقة دربي و دافعي الوحيد في هذه الدنيا و محمستي في دراستي من الابتدائي إلى الجامعة أُمي الغالية "الزهرة" و هي زهرة حياتي التي لن أنسى وقفها إلى جانبي و أسأل الله أن يحفظها لي و يطيل عمرها.

و إلى أخواتي العزيزات نادية و حياة و نبيلة و أزواجهم علي و عباس و قديرو و أطفالهم وائل و حسام و نزيه و الضيف الجديد قصي و بشرى و ملاك و الذين لن أنسى أيضا فضلهم علي و وقفهم إلى جانبي في السراء و الضراء، و إلى أخي المعاق أحمد أطال الله في عمره و حفظه لنا.

و إلى خالاتي العزيزات و أزواجهم، و أخوالي و زوجاتهم، و أبنائهم و بناتهم من الكبير إلى الصغير.

و إلى الصديق "وحيد" و صدق الذي قال الصديق وقت الضيق.

و إلى كل من وقف إلى جانبي في هذه المذكرة و ساعدني حتى و لو بالابتسامة.

و أتمنى الشفاء لكل مريض و العزاء لكل أسرة فقدت عزيزا عليها جراء هذا المرض القاتل.

و إلى جميع دفعتي في هذا الماستر (العلاجات النفسية) و إلى الذين أعرفهم و لم يتسنى لي ذكرهم.

و الله ولي التوفيق لكل باحث و أخصائي و معالج يخفف من الاضطرابات النفسية لهته الفئة و غيرها.



شكر و تقدير

اللهم لك الحمد حتى ترضى و لك الحمد بعد الرضا و لك الحمد كما تحب و ترضى
و صلى الله على سيدنا محمد و على آله و صحبه أجمعين
أما بعد: يقول عزوجل في محكم تنزيله:
" و اشكروا نعمة الله إن كنتم إياه تعبدون" النحل 114
فما لي إلا أن أتوجه إلى ربي بالحمد و الشكر الجزيل
الذي وفقني لأتمم هذه الدراسة على أكمل وجه
أتقدم بخالص الشكر و العرفان إلى من تلقيت منها مبادئ البحث العلمي في هذه الدراسة
و التي سخرت لي جزءا من وقتها و لم تبخل علي بالإرشاد و النصائح
الدكتورة المؤطرة " طباس نسيمة"
و إلى رئيسة المشروع الدكتورة "محزري مليكة"
و إلى كل الأساتذة الأفاضل
الذين ساهموا في تدريسنا، و تعبوا معنا لنصل إلى ما نحن عليه
و إلى الأساتذة المناقشين
الذين بلا شك يثيرون هذا العمل بالنقد البناء و أيضا الاستفادة من خبراتهم و توجيهاتهم
و الشكر لكل من يقرأ هذا البحث المتواضع.



الكلمات المفتاحية:

البرنامج، العلاج المعرفي السلوكي، الاكتئاب، الطفل، السرطان، الذات.

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى " أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان "، وقد قامت الدراسة على حالة واحدة، و التي كان مصاب بسرطان الرئة.

إشكالية البحث:

إن مرض السرطان من الأمراض السيكوسوماتية التي تؤثر في نفسية الإنسان خصوصا الأطفال الذين هم مقبلين على الحياة، و يخلق لديهم عدة اضطرابات نفسية و من بين الاضطرابات التي سنتناولها في هذه الدراسة هو الاضطراب الاكتئابي الذي يزيد من تدهور الحالة و عدم استقرارها، و للتخفيف من حدة هذا الاضطراب يجب التكفل بهذه الفئة، و إخراجها من هذه الحالة التي يسببها هذا المرض، و هذا بعد الفحص النفسي و التشخيص و منه تطبيق أحد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي و معرفة مدى فعاليته للتخفيف من حدة الاضطراب الاكتئابي لذا طرحنا الإشكالية التالية و هي:

هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان؟

فرضية البحث:

للعلاج المعرفي و السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

المنهج العيادي:

و للتحقق من صحة الفرضية فقد اعتمدنا في دراستنا هذه المنهج العيادي و الذي هو دراسة لحالة فردية بشكل معمق من خلال جمع قدر كاف من المعلومات، عن طريق أدوات معينة تفرضها تقنية دراسة الحالة، و نذكر من بينها ما يهمننا في الدراسة الحالية: المقابلة العيادية، الملاحظة العلمية، و الاختبار الاسقاطي.

و ذلك من أجل فهم الحالة بشكل واضح و تقييمها، فاعتمدنا على منهج دراسة الحالة.

و قد استخدمنا في دراسة الحالة التي قمنا بها على الأدوات التالية:

الملاحظة و المقابلة النصف الموجهة و الموجهة.

اختبار فحص الهيئة العقلية.

اختبار هاملتون لأعراض الاكتئاب.

الاختبار الاسقاطي لرسم الشخص.

وتم تطبيق البرنامج العلاجي المتكون من تقنيات معرفية سلوكية (تعديل الأفكار التلقائية، المراقبة الذاتية).

نتائج البحث:

وقد تم تطبيق المقياس النفسي قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، فقبل العلاج كان الطفل المصاب بمرض السرطان مكونا عن نفسه أفكار سيئة و شعورا بالذنب و الدونية و الكراهية و الحزن و كانت درجة الاكتئاب "27" درجة و هو اكتئاب شديد جدا و بعد تطبيقنا أحد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي و قدمنا اختبار هاملتون لأعراض الاكتئاب و قارناه بنتائج الاختبار القبلي فقد لاحظنا فرقا شاسعا حيث الاختبار البعدي كانت درجته "7" درجة و هي الحالة الطبيعية للفرد أي لا يوجد اكتئاب فقد تغيرت عنده تلك الأفكار السلبية التي كونها عن نفسه و عن محيطه و منه نستنتج صحة الفرضية القائلة:

للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

قائمة المحتويات

- الإهداء أ
- الشكر ب
- ملخص البحث ج
- قائمة المحتويات هـ
- مقدمة ح

الفصل الأول: مدخل الدراسة

- إشكالية البحث 2
- أهمية البحث 3
- أهداف البحث 4

الجانب النظري

الفصل الثاني: السرطان

- تمهيد 7
- 1- تعريف السرطان 7
- 2- لمحة تاريخية حول السرطان 8
- 3- عوامل الإصابة بالسرطان عند الأطفال 9
- 4- مراحل تطور السرطان عند الطفل 10
- 5- أنواع السرطان 12
- 6- أهم الطرق و وسائل العلاج 14
- الخلاصة 15

الفصل الثالث: الاكتئاب

- تمهيد 17
- 1- تعريف الاكتئاب 17
- 2- أعراض الاكتئاب 18

20.....	3- أسباب الاكتئاب عند الطفل
20.....	4- تصنيفات الاكتئاب
21.....	5- المحكات التشخيصية للاكتئاب الرئيسي
22.....	6- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب
27.....	الخلاصة

الفصل الرابع: الطفولة

29.....	تمهيد
29.....	1- تعريف الطفولة
30.....	2- تعريف نمو
31.....	3- مراحل نمو الطفل
32.....	4- نظريات النمو المفسرة
36.....	الخلاصة

الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي

38.....	تمهيد
38.....	1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
39.....	2- أسس و مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
39.....	3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي
40.....	4- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي
41.....	5- فنيات العلاج المعرفي السلوكي
47.....	الخلاصة

الجانب التطبيقي:

الفصل السادس: منهج البحث أدواته و إجراءاته

50.....	تمهيد
50.....	1- المنهج العلمي

50.....	2- المنهج العيادي
52.....	3- أدوات البحث
52.....	1-3- دراسة الحالة
52.....	2-3- الملاحظة
53.....	3-3- المقابلة العيادية
54.....	4-3- اختبار فحص الهيئة العقلية
54.....	5-3- الاختبارات النفسية
57.....	4- مكان إجراء الدراسة الميدانية
58.....	5- البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

الفصل السابع: دراسة الحالة

60.....	1- مواصفات الحالة المدروسة
60.....	2- اختبار الهيئة العقلية
62.....	3- الاختبار النفسي للحالة قبل العلاج
65.....	4- تفاصيل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للحالة
72.....	5- الاختبار النفسي للحالة بعد العلاج
75.....	6- تحليل اختبار رسم الشخص
80.....	7- ملخص الحالة

الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشة الفرضيات

82.....	عرض النتائج و تفسيرها
83.....	الاستنتاج العام و مناقشة الفرضية
84.....	الخاتمة
85.....	التوصيات و المقترحات
86.....	قائمة المراجع
91.....	قائمة الملاحق

المقدمة:

إن المرض بصفة عامة يؤثر على الإنسان سواء كان خطيرا أو أقل خطورة و بصورة كبيرة، حيث يتركه مهموما و في حالة يأس و تفكير دائم في كيفية التخلص منه، فالسرطان مرض سيكوسوماتي خطير يصيب الأشخاص في مختلف المراحل العمرية للفرد، و تختلف أنواعه حسب درجة و نوع الإصابة به. و من بين الفئات العمرية الطفولة، هذه الفئة أردنا أن نسلط عليها الضوء و على استجابة الأطفال للمرض و مخلفاته على الصحة النفسية و التي تنجم عن الصدمة النفسية عند اكتشاف المرض و عن الآلام و المعاناة الناتجة عنه، و كذلك الفحوصات و العلاجات و الاستشفاء و التي تمثل وضعية جديدة تغير مجرى حياة الطفل. و هذه الآثار السلبية تقف حاجزا أمام حاجات الطفل الأساسية و متطلبات المرحلة، فيخلق لديه مجموعة من المشاكل النفسية التي تعرقل حياته اليومية و تمنعه من الاستمتاع بحيوية الطفولة كباقي الأطفال.

و من بين الاضطرابات النفسية التي قد يسببها هذا المرض الاضطراب الاكتئابي، الذي يزيد من حالة الطفل أكثر تدهورا، فيصبح حزينا و أكثر انطواء و عزلة عن المجتمع، و عدوانيا بسبب تقلبات مزاجه، و من كل هذا فهو يحتاج إلى تكفل نفسي مثله مثل العلاج الطبي، و بما أن العلاج المعرفي السلوكي قد حقق نتائج ملموسة في علاج حالات الاكتئاب الذي يغير صورته الذاتية و تشوه تفكيره، فاخترنا هذا العلاج لكونه الأنسب كما بينت الدراسات و البحوث.

فهذا العلاج أنجح العلاجات حيث يهدف إلى إقناع المريض بالتخلي عن الأفكار السلبية التي تراوده، و مساعدته على تعديلها و إحلال مكانها أفكار تساعد على التأقلم و العيش بطريقة مريحة، حيث تمكنه من تجاوز المواقف الصعبة التي يسببها مرض السرطان، و أيضا تعليمه كيفية الاعتماد على نفسه في تجاوز المواقف الصعبة و التي تدخله في حالة من الحزن الشديد.

و قسمنا دراستنا إلى جانبين الجانب النظري و الجانب الميداني، حيث شمل الجانب النظري الفصل الأول المشكلة و اعتباراتها و فيه تحديد الإشكالية، و تحديد الفرضيات، أهمية الدراسة، و الهدف منها.

و الفصل الثاني عرضنا فصل السرطان، و تضمن تمهيد للفصل، ثم التعريف بالسرطان، و لمحة تاريخية حول السرطان، و عوامل الإصابة به عند الأطفال، و أيضا مراحل تطور السرطان عند الطفل، و أنواعه، و أهم الطرق و وسائل العلاج الممكنة، ثم الخلاصة.

أما الفصل الثالث تطرقنا إلى الاضطراب الذي يتسبب به هذا المرض الخطير ألا وهو الاكتئاب، و تضمن تمهيدا للفصل، و من ثمة تعريف الاكتئاب، أعراض الاكتئاب، أسباب الاكتئاب، تصنيفات الاكتئاب، و التشخيص ثم النظريات المفسرة للاكتئاب، ثم الخلاصة.

و الفصل الرابع فصل الطفولة و يتضمن تمهيدا للفصل، و من ثمة تعريف الطفولة و تعريف النمو، مراحل نمو الطفل، و النظريات المفسرة، و أخيرا الخلاصة.

و في الفصل الخامس تطرقنا العلاج المعرفي السلوكي و فيه تمهيدا للفصل، و تعريف العلاج المعرفي السلوكي، و أسس و مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، ثم أهدافه، و دور الأخصائي الذي يقوم به في العلاج العرفي السلوكي، و لا ننسى فنيات العلاج المعرفي السلوكي و الخلاصة.

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن الفصول التالية:

الفصل السادس تضمن منهج البحث أدواته و إجراءاته، و الخطة العلاجية .

الفصل السابع يتضمن دراسة الحالة و الشرح المفصل للجلسات العلاجية، و ملخص الحالة.

و الفصل الثامن يتضمن من عرض النتائج وتفسيرها، الاستنتاج العام و مناقشة الفرضية، الخاتمة، التوصيات و المقترحات.

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1- إشكالية البحث

2- أهمية البحث

3- أهداف البحث

إشكالية البحث:

يعتبر مرض السرطان من أكثر الأمراض السيكوسوماتية شيوعا في عصرنا الحالي و أشدها خطورة، حيث أنه ينتج عنه استئصال جزء من جسم الإنسان أو إلى موته المحتم، و بهذا تتأثر نفسية المريض و خصوصا إذا مس هذا المرض شريحة من الأطفال، حيث يكون جسم الطفل لا يزال في طور النمو و لذا يكون جهاز مناعته ليس قادرا على مواجهة المرض بصفة كلية، إذ أنه يسلبهم حياتهم ببطء و يقتلهم تدريجيا و حتى أن هذه الإصابة لديها آثار نفسية، و التي تؤثر في تكوين شخصية الطفل و نموها نموا صحيحا، لذا و في دراستنا هذه سنتطرق إلى مدى تأثير هذا المرض على التوظيف النفسي للطفل خصوصا ظهور الاضطراب الاكتئابي، الذي يدفع الطفل بتدهور حالته الصحية أكثر و عدم التعاون في أخذ العلاج الدوائي بصفة منتظمة، و أيضا يؤثر بصفة غير مباشرة في عدم تأثير الدواء في المريض و هذا ما يسبب انتكاس حالته و عدم تحسنه من مرضه، و أيضا مدى معاناته و ألمه اللذان يؤثران أيضا على عائلته، و هذه الفئة تحتاج إلى تكفل نفسي و مواظبة على إخراجها من حالته النفسية التي سببها له هذا المرض الخطير، و هذا بعد الفحص النفسي و من ثمة التشخيص الدقيق للاضطراب الاكتئابي و محاولة تطبيق احد تقنيات العلاج السلوكي المعرفي للتخفيف من معاناته و أثر الاضطراب الاكتئابي.

فالسلكيون يرون أن الاكتئاب كحصوله لتجارب الفشل الموروثة للإحباط و يرى المعالجون أن عكس عملية التعلم باستعمال الأفعال المعززة لنفسها إيجابيا سيؤدي بالنهاية إلى تعديل السلوك الاكتئابي و بالتالي إلى تحسن الاكتئاب.

فقد طور ليونينسون (1974) برنامجا و هو التدريب على النشاط فالإكتئاب ينتج عن انخفاض في التقدير الإيجابي للاستجابات و زيادة الخبرات المنفرة كما افترض أن الافتقار الأساسي في خبرة الشخص قد ينتج عن البيئة أو لعدم ملائمة المهارات للحصول على المعززات و تقليل الخبرات المنفرة.

و قد وصف هوبرمان و ليونينسون (1985) نموذجا حيث تم تحديد دور الأفكار و المشاعر و تفاعلها المشترك بشكل واضح و مع ذلك فقد أصرا على أن المشاعر و الأفكار مرتبطة بالاكتئاب يمكن تعديلها بشكل فعال عن طريق تغيير السلوك و أيضا اقترح بلاك و هيرسين و هيملهوك (1981) برنامجا شاملا للتدريب على المهارات الاجتماعية كعلاج للاكتئاب و يتضمن السلوك التوكيدي مثل رفض الطلبات الغير منطقية، التعبير عن عدم الموافقة، و المفاوضات.... و أيضا يدخل على المهارات الإيجابية كالتقدير، الإبداء بالإعجاب و التعبير عن المشاعر و الوجدان..... و هذه المهارات تقدم في مجموعة من المواقف التي تشمل تفاعل الغرباء و الأصدقاء و أفراد الأسرة، في العمل و الدراسة..... الخ و أيضا يستخدم

المعالج (النمذجة و الممارسة الموجهة، و لعب الأدوار) مع الاختبار في بيئة طبيعية للتأكد من المهارات. محمد محروس الشناوي و آخرون (1998،317).

و يترافق مع العلاج السلوكي المعرفي الذي كان من أنجح العلاجات في الاكتئاب طريقة أرون بيك و الذي يركز على علاج الأعراض لدى مرضى الاكتئاب. و هنا يفترض بيك أن الاكتئاب ينتج عن اعتقادات أو مخططات عقلية غير تكيفية و خاطئة التي تؤدي إلى سلسلة من الأفكار التلقائية الغير منطقية ذات طبيعة سلبية و الغرض من العلاج المعرفي يقتضي إعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل أكثر منطقية و واقعية و ليعدل الأفكار التلقائية السلبية. محمد محروس الشناوي و آخرون (1998،319).

من خلال ذلك يمكن لنا صياغة التساؤل الأساسي لإشكالية البحث على النحو التالي:

هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان؟

و من هنا يمكن لنا طرح الفرضية الآتية:

للعلاج المعرفي و السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في كونه يعالج موضوعا هاما، و أيضا في قدرته على تعديل الجانب المعرفي و السلوكي للأطفال المصابين بالسرطان و التخفيف من حدة الاضطراب الاكتئابي الناجم عن هذا المرض، كما أن العلاج يتميز بكونه لا يتطلب مدة زمنية طويلة تعرض المريض أو أهله إلى الإرهاق المادي و المعنوي بإجراءات علاجية و تعليمات معقدة، و منه سنقوم بالفحص النفسي للطفل لتشخيص الاضطراب الاكتئابي و أيضا تطبيق اختبار اسقاطي و من ثمة نحاول التكفل بالطفل و ذلك بتطبيق تقنية من تقنيات العلاج النفسي و المتمثلة في العلاج المعرفي السلوكي و هذا لمعرفة آثاره في التخفيف من اضطراب الاكتئاب والذي وجوده يؤثر سلبا في التعافي من مرضه و زيادة تدهور حالته الصحية أكثر و ذلك من أجل تغيير في سلوك الطفل و بنيته المعرفية.

و بما أن العلاج المعرفي السلوكي له قابلية في علاج اضطراب الاكتئاب و متعدد التقنيات فقد ارتأينا الأخذ بعين الاعتبار محاولين تطبيق تقنياته على حالة طفل مصاب بالسرطان له اضطراب اكتئابي.

أهداف البحث:

ككل بحث و دراسة نخوضها لها أهداف يتوق الباحث التوصل إليها فأهدافنا لهذا البحث هي:

- التعرف على مدى فعالية و ايجابية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال المصابين بمرض السرطان و ذلك للتخفيف من حدة الاكتئاب الذي يسببه لهم هذا المرض.
- محاولة التكفل النفسي للطفل المريض و التخفيف من معاناته.
- إلى جانب ذلك اكتساب خبرة في كيفية تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف من الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

الجانب النظري

الفصل الثاني: السرطان

تمهيد

1- تعريف السرطان

2- لمحة تاريخية حول السرطان

3- عوامل الإصابة بالسرطان عند الأطفال

4- مراحل تطور السرطان عند الطفل

5- أنواع السرطان

6- أهم الطرق و وسائل العلاج

الخلاصة

تمهيد:

يعتبر السرطان من بين الأمراض السيكوسوماتية الأخطر، ذلك أنه لا يزال يستقطب الأطباء والعلماء والباحثين والبيولوجيين حيث أنه يعج بالغموض، إذ أنهم لم يتوصلوا إلى العلاج النهائي والشافى لهذا المرض.

غالبا ما يصاحب هذا المرض الخبيث فكرة الموت، وهذا نظرا لخطورته واستحالة علاجه خاصة إذا كان في مرحلة متقدمة، وإضافة إلى ذلك انتشاره السريع والغير منتظم، وهو ما يزيد من صعوبة علاجه من طرف الأطباء.

1- تعريف السرطان:

هو تغير في الخلايا العضوية حيث تصبح تعيش حياتها معاكسة للقوانين العادية للجسم، وتتميز بتكاثرها السريع واضطرابها وعدم انتظامها مقارنة مع الخلايا العادية وذلك تصبح خبيثة وغريبة عن الجسم.

يعتبر السرطان ورم خبيث طاغي ينتج الخلايا الغير واقفة تحت رقابة الاقتسام الخلوي، تكاثر خلوي في غير محله. يسبب تسمم خلوي أو موت طبيعي للخلايا، هذا التكاثر الغير المنتظم يحدث بواسطة حوادث عشوائية أو خلل في الجينات للتنظيم الايجابي للانقسام الخلوي، أو فقدان الجينات للتنظيم السلبي للانقسام الخلوي، ويعتبر مرض السرطان من أخطر الأمراض التي إذا ما أصاب جسم الإنسان أفنكه وأدى به إلى الموت، ذلك لأن العلماء والمهتمين بالجانب الطبي لم يتمكنوا لحد الآن من إيجاد الحلول أو العلاجات الشافية للسرطان، سيما وأن له عدة أنواع وأشكال وهذا ما يتطلب تنوع الوسائل والطرق العلاجية على حسب نوع السرطان والمنطقة المتواجد فيها، والأسوء من الأمر أن مرض السرطان لا يخص منطقة واحدة بل يبدأ بالانتشار والزحف نحو الأعضاء المجاورة وبالتالي يحكم قبضته على الجسم ليضعف مناعته مما يجعل الجسم يتجه رويدا نحو الموت المحتم وعلى هذا الأساس يطلق على مرض السرطان اسم الداء وهذا راجع لخطورته الشديدة وغالبا ما يقترن السرطان بكلمة الموت. زكي خالد (1968).

2- لمحة تاريخية حول السرطان:

عرف السرطان منذ آلاف السنين فقد أثبت وجود أورام عند قدماء المصريين بعد فحص مومياء تعود إلى الأسرة الفرعونية الخامسة أي 2900 سنة قبل الميلاد، و قد دونت خصائصه بالخط الهيروغليفى، و أما عند اليونان فإنهم أطلقوا على السرطان تسمية (karcinos) أي (crabe) و هذا راجع لوجود تشابه بين هذا الحيوان البحري و بين خصائص هذا المرض، فالأرجل المتعددة للحيوان ترمز لخاصية الانتشار و القبض على الفريسة و هذا يرمز إلى إحكام المرض على الجسم وصفه hippocrate منذ 400 سنة قبل الميلاد سرطان الجلد و كذلك الجهاز الهضمي و قد حددت أعراض منها:

النحافة- الأنيميا- أما في العالم العربي الإسلامي نجد الطبيب العربي (ابن زهد) اهتم سرطان المعدة أثناء وجوده في السجن حيث درسه عند سجين كان معه أثناء فترة السجن.

أما الطبيب و الفيلسوف (ابن عباس) فإنه يقول أن على الجراح إزالة كل ما حول السرطان حتى لا تبقى جذور الورم في الجسم، ثم بعد العملية يجب وضع قطعة القماش المبلل بالمبيد لتجنب التلوث، و كذلك لتضميد الجرح.(هونكة ، فؤاد حسن علي،1986: 151).

أما القرن 14 فقد صنف الجراح الفرنسي اندرواز خصائص السرطان بدقة متناهية دون أن يتطرق إلى عوامل ظهوره، و نشر الطبيب ramazini أول دراسة على الأورام السرطانية مدعمة بعوامل اجتماعية و هذا عندما لاحظ ارتفاع سرطان الثدي عند الراهبات بسبب العذرية. و بعده اهتم الطبيب parcinlipot بسرطان كيس الصفن SCAOTUM عند منظمي المدافن فاعتبر الغبار سبب السرطان، و قد كشف العالم hudchinson سنة 1877 عن الدور الذي تلعبه بعض الأدوية للإصابة بمرض السرطان و هذا بعد أن استعمل أحد المرضى دواء مستحضر، ثم حتى النصف الثاني من القرن 18 تقدم raspail لوصف الخلية. و العالم الطبيب LAELNEC قدم دراسة تشريحية و عيادية لمعرفة خصائص الخلية السرطانية. و بهذا يكون السرطان قد عرف منذ القدم من خلال مختلف الدراسات و الأبحاث حوله و كل ما قدم من بحوث و استفسارات تجعله أكثر وضوحا. (gnetrin et .japnes ;141-161).

3- عوامل الإصابة بالسرطان عند الأطفال:

إن تحول الخلية السليمة إلى خلايا سرطانية عملية معقدة ناتجة عن تفاعل عوامل وراثية داخلية و أخرى خارجية محيطية.و من خلال ملاحظات الأطباء الباحثين في المستشفيات و المراكز الصحية الخاصة بعلاج الأطفال المصابين بالسرطان فإنهم صنفوا عوامل إصابة الطفل بالسرطان على ما يلي:

1- العوامل الجينية: تحدد مدى قابلية الطفل للإصابة بالسرطان و هنا عدة ملاحظات عيادية أثارت الانتباه حول العوامل الجينية.

- ظهور السرطان في نفس العضو عند توأمين حقيقيين.
- تميز بعض العائلات بأنواع معينة من السرطان خاصة سرطان الدم عند طفلهم.

قد ساهمت التقنيات الهندسة الوراثية في الكشف عن الترابط الوثيق بين ظهور أنواع السرطان و التشوهات الصبغية فقد برهن العالم (Gorgeyunis) من جامعة مينوسيت على وجود تشوه في الكرموزومات عند المصابين بسرطان الدم. و حسب (weinberg) سنة 1982 فإن الجينات المسببة للسرطان هي جينات طبيعية كانت ضرورية للجسم في مرحلة النمو الجنيني لكنها أصبحت بعد النمو دون فائدة فيحتمل أن مادة مسرطنة (فيروس أو مادة كيميائية) قد ساعدها على استعادة نشاطها مما يجعل الخلايا تنقسم بصورة غير طبيعية و بالتالي ظهور السرطان لدى الطفل.

2- العامل الهرموني: يعتقد الأطباء أن استعمال الأمهات للهرمون المتكرر للهرمونات الجنسية الاستروجان قصد العلاج ينتج عنه ورم خبيث في الرحم و هذا ما لوحظ حيث ظهرت الأورام في المهبل و عنق الرحم عند الطفلة التي استعملت أمها هذه الهرمونات منذ 15 إلى 20 سنة.

3- عوامل مرتبطة بالمحيط: المقصود بالمحيط الوسط الطبيعي الذي يعيش فيه الطفل و أيضا مختلف الظواهر الاقتصادية الذي يتأثر بها خلال مراحل نموه و التي قد تكون عاملا مساهما في ظهور السرطان عند الطفل من أبرز هذه العوامل:

***الإشعاع:** أهم أثر لإثبات أثر الإشعاع على الإصابة بالسرطان جاء بعد ملاحظة حالات سرطان الدم عند أطفال مدينتي هيروشيما – ناكازاكي و هما المدينتين اللتان حدث فيهما انفجار القنبلة النووية و هذه الحالات ظهرت من 6 – 8 سنوات.

***مواد كيميائية:** ربط الباحثون الأمريكيون Elisabeth James Miller في 1947 بين السرطان و مواد موجودة في المحيط و أثبتنا أن هذه المواد ليست مسلطنة إلا عندما تنتقل إلى الجسم.

أجريت بهذا الصدد أبحاث مخبرية على الفئران أكدت أن القرص المتكرر لمواد معينة كيميائية يسبب سرطان بعد فترة كمون غير محددة.

- ***الفيروسات و الميكروبات:** يعتبر الباحثان oang et enneman سنة 1902 أول من اهتم بأثر التأكد من الخاصية المسرطنة 1960 و يربط سرطان الكبد و فيروس تليف الكبد hepatitis وهذا نادر عند الأطفال. كما لاحظ الباحثون وجود علاقة بين ظهور السرطان على مستوى المثانة و جرثوم bilharize في بعض الدول.
- 4- عوامل اقتصادية:** يشكل المستوى الاقتصادي عاملا مساعدا على ظهور أنواع خاصة من السرطان. حيث سوء التغذية مثلا له علاقة بالارتفاع الكبير لسرطان الكبد عند الأطفال في بعض مناطق افريقيا الجنوبية الفقيرة.
- 5- عوامل نفسية:** لقد اهتم العديد من الباحثين بالعوامل النفسية بغية الوصول إلى علاج نفسي وقائي أو علاج تخيفي بالنسبة للمصابين بالسرطان خاصة في الطور النهائي. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997: 112).
- 4- مراحل تطور السرطان عند الطفل:**

إن داء السرطان كأى مرض له مراحل تميزه و يحدد بها و من خلال هذه المراحل يصبح منتشرا في معظم أجزاء الجسم مما يضعفه و يربك وظائف خاصة في جسم الطفل الذي يعتبر ذو مقاومة ليست شديدة و على هذا الأساس فمراحل تطور السرطان عند الطفل:

- الورم: زيادة في حجم منطقة ما من النسيج الخلوي أو لعضو من الأعضاء و هذه الزيادة ناتجة عن تضاعف الخلايا طبقا لنظام عشوائي فوضوي عجز العلماء عن الوصول إلى معرفة علمه و ميكانيزماته.
 - السرطان: يتكون السرطان عندما تتسرب الخلايا المصابة و تتطور الأنسجة المجاورة من الجسم و هذا ما يخلق توضعات METASTASE أي السرطان.
- 5- مراحل تطور السرطان بعد التمييز (الورم سرطان):**

1/ الورم الخبيث ذو إصابة متمركزة: و هذا يكون خاصة بعضو من أعضاء الجسم و هنا الخلايا تتضاعف بشكل غير منتظم و عشوائي مخالفة للقانون الوراثةي، و ميزته الأساسية في هذه المرحلة هي المقاومة و الهجوم على الأنسجة المجاورة و بالتالي هدم و فناء هته الأنسجة المجاورة و بهذا يتكون الورم أي أنه نتيجة تضاعف هائل و سريع للخلايا الصغيرة. و في هذه المرحلة تختلف الأورام على حسب تمركزها في الأنسجة فمثلا: هناك سرطان داخلي يصيب الأحشاء. مثلا: سرطان خارجي يصيب الجلد و الأغلفة و السرطان عامة يصيب الأعضاء كذلك و تخلف أنواعه على حسب طبيعة النسيج الذي يكون موضعا للتكاثر الغير طبيعي للخلايا.(بشار شكري فلاجيان، 40-41).

2/ الأورام الكبيرة ذات الإصابة الزاحفة: هناك أورام في طور النمو و أخرى تنمو بسرعة و أما أخرى فإنها تتطور ببطء لكن كلها تشترك في خاصية الزيادة في الجسم و

التي تنتشر على شكل غطاء DAPPE ذلك أن الخلايا السرطانية الأولية (الأولى أورثت الخلايا عملها الفوضوي) و بذلك ينمو الورم و يصبح صلبا و ينتشر في أماكن أخرى مجاورة له و ينمي جذوره لكن هذه الأنسجة المهاجمة تدافع عن نفسها و يكون هذا الدفاع على شكل التهاب بحيث العقد اللمفاوية للمناطق المصابة تكون لنفسها خط دفاعي ثاني و هذا بالتضخم حيث تقلل نوعا ما من انتشار و زحف الورم، لكن هذا لمدة قصيرة فقط.

في هذه المرحلة من التطور السرطان تكون الإصابة مركزية يتم فيها ارتفاع حجم الورم الأولي و الذي يكون نقطة البداية للأوجاع التي يحس بها الطفل الناتجة عن تقليصه للأعصاب المجاورة للاضطرابات الوظيفية التي تظهر حسب طبيعة العضو المتضرر.

3/ مرحلة التضاعف ذات الإصابة النهائية المعممة:

هذه المرحلة يصبح الخط الدفاعي اللمفاوي ذو فعالية ضعيفة جدا، و سوف تنعدم هذه الفعالية عندما تتفرع الخلايا السرطانية في الورم الأصلي و تهاجر اتجاه أعضاء أخرى مجاورة و التي تكون حولها التمرکزات السرطانية و تتطور على شكل أورام ثانوية أو توضعات و التي تكون محتفظة بنفس خصائص الورم الأصلي.

و في هاته المرحلة يصبح السرطان إصابة معمقة و يكون زحف و انتشار السرطان مرفوقا بتغيرات عنيفة للحالة العامة للجسم، مصحوبا بحالة أنيميا و تسمم و مضاعفات أخرى مختلفة كالحمى و القيء المستمر و غيرها مما يخلق ضعف عام للجسم و كذلك نحافة عامة عند الطفل أي حالة Cachexie total و هذا الضعف العام و الانهيار يؤدي في النهاية إلى الموت الذي يكون تدريجيا. (بشار شكري فلاجيان، 40-41).

6- أنواع السرطان:

يتخذ السرطان عدة أنواع في الجسم و هذا يتحدد على حسب طبيعة العضو المصاب و على هذا الأساس فأنواع السرطان الممكنة الظهور نجد منها ما يلي:

1- سرطان الجلد: عند إصابة الطفل بسرطان الجلد، فإن حالته تسبق لحالة ما قبل السرطان، و تتميز هذه الحالة بعدد من الجروح الجلدية و التي تكون واضحة في المناطق الجلدية المتعرضة كأشعة الشمس مثل: الوجه، العنق، اليدين، ثم تتطور و تؤدي إلى ظهور ورم إلا أن الأطباء و الباحثون يستبعدون تعميم هذا القول ذلك لأنهم قالوا بإمكانية وجود جروح عند الطفل التي قد لا تكون لها خلفية مرضية خطيرة مستقبلاً.

2- سرطان العظام: هذا النوع من السرطان الأورام الخبيثة للهيكل العظمي هي مجموعة من الخلايا التي تولد و تخلق في مختلف أنسجة الهيكل العظمي منها العظام و له أنواع هي:

- سرطان (الأورام الخبيثة)، Les ostéosarcomes، L'ostéosarcome،
L'ostéosarcome periostal، pecostal، Les myélosarcomes.

سرطان الدم: و هنا يتميز دم الطفل بالابيضاض بصفة عامة، و يتميز بالعبور الغير طبيعي للعناصر البيضاء في الد، و كذلك التضاعف الفوضوي و الهائل لعدد الكريات البيضاء حيث يصبح من 50 إلى 5000 و في هذه الحالة فموت الطفل محتم. (زكي خالد، 1968).

3- سرطان على مستوى الجهاز العصبي: هذا النوع ينتشر بكثرة عند الأطفال، و يكون متوضعا في المناطق العليا حيث gliome يمثل 80% من هذا النوع و من أهم أعراضه céphalée تغيرات في الطبع عند الطفل حالات القيء المستمرة، و السقوط باستمرار و حالة الفشل و الخمول.

4- سرطان الغدة الدرقية: يصيب النساء لكنه تبين أنه ممكن أن يظهر عند الفتيات في سن 15 سنة هناك أنواع أخرى من السرطان غير هاته التي ذكرناها و من هذه الأنواع نجد:

سرطان الرئة و الجهاز التنفسي الذي يسببه غازات سامة مثل الأورانيوم و غبار الحديد، و يكون ضيق في القنوت التنفسية و تآكل الرئتين مما يؤدي إلى الاختناق و لكنه نادر عند الأطفال لهذا لم نتطرق إليه للشرح، و كذلك سرطان الجهاز الهضمي و هو ينتشر عند الكبار و خاصة الرجال، ولذلك هو الآخر لم نتطرق إليه لأن اهتمامنا كان السرطان الخاص بالأطفال و قد وضع العلماء نسبا مئوية لمختلف أنواع السرطان عند الطفل، و الجدول التالي يبين ذلك:

النسبة المئوية	صيغة الورم
35%	سرطان الدم
25%	الورم المخي الخبيث
15%	سرطان الكلى
10%	الخلايا العصبية
10%	العظام
5%	أورام أخرى

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن سرطان الدم هو الأكثر ظهوراً عند الأطفال و يعتبر من أخطر السرطانات لأنه يؤدي بالطفل المصاب إلى الموت المحتم. (مجلة علمية طبية، 1988: 346-347).

7- أهم الطرق و وسائل العلاج:

إن نسبة علاج السرطان تبقى ناجحة عند الأطفال كلما كان العلاج مبكرا لكن إذا انتشر هذا الداء في مختلف أنحاء الجسم أصبح علاجه مستحيلا و أدى ذلك إلى موت الطفل مهما تلقى من علاجات في مرحلته الأخيرة و من أبرز طرق العلاج نجد ما يلي:

1/ العلاج الكيميائي: هدفه هو القضاء على الخلايا السرطانية دون تعريض المريض إلى الخطر هذه الأدوية تميت الخلايا السرطانية و ذلك بالطرق التالية توقيف عادي للبروتينات AND و ARN أو تخريب سلاسل ADN الذي يصبح غير معروف الخلية أو توقيف الانقسام الخلوي بها.

2/ العلاج بالأشعة: نستعمل هنا الأشعة x في هدم الخلايا السرطانية و بهذا تخلق كف عملية التضاعف الفوضوي للخلية وأصبحت هذه الطريقة تستعمل بكثرة في السنوات الأخيرة ذلك أنها تعتبر من أنجح الطرق لعلاج الورم.

3/ العلاج عن طريق الجراحة: أول ما يخطر على بال الأخصائي أمام حالة السرطان عند الطفل هو الجراحة أو استئصال الورم السرطاني، غير أن هذا العلاج لا يعطي نتائج إيجابية في كل الحالات خاصة إذا كانت إصابة الطفل متطورة و في أطوارها النهائية زيادة إلى وجود أنواع من سرطان لا يمكن علاجها عن طريق استئصال كحالة أبيض الدم hodking ذلك أن الإصابة ليست متمركزة في عضو واحد.

كما أن بعض الحالات الجراحية تكون سببا في ظهور السرطان أو تطوره بالإضافة إلى أن حالة الجراحة لا تستعمل إلا كآخر حل عند فشل كل الطرق الأخرى.

4/ مكافحة السرطان عن طريق مناعة الجسم: تمكنت مختبرات "لاروشي بسرتنغ" الفرنسية من مادة الأنتروفين و التي هي عبارة عن مادة بروتينية تم تركيبها طبيعيا داخل جسم الإنسان و خاصة في حالة الإصابة بالالتهابات الفيروسية بكميات كافية عرفت باسم (ألفا) أنتروفيرون. لقد قام البروفيسور الفرنسي "ميشال بوراون" أخصائي في أمراض السرطان بالتعاون مع زملائه من الأطباء باختبار هذه المادة على 34 مريض يعانون من أخبث أنواع السرطان leucement أو المعروف باسم leukocyte tuch و الذي يعتبر لحد الآن من الأمراض التي لا يفيد معها أي دواء، و بعد مرور فترة حوالي 4 أشهر أعلن البروفيسور borone أن النتيجة جاءت مذهلة و غير متوقعة، فقد لاحظ أن الخلايا عادت إلى حالتها الطبيعية و نقصان كثير من خلايا سرطان ابيضاض. (T.tavenier.L.lizeaux ;1994 : 146).

الخلاصة:

ينشأ السرطان لدى الأطفال بنفس المواضع حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال و من جهة أخرى تختلف الأورام عند الأطفال عنها عند الكبار. و لا تنتهج سلوكا مشابها بشكل دائم، و لا تتم معالجتها بنفس الخطط العلاجية كما أنها للعلاجات بنفس الوتيرة إضافة إلى انتشارها السريع و أيضا لها معدلات الشفاء قياسية مقارنة بأورام الكبار و هذا إذا عولجت بسرعة و بصفة منتظمة. و تظهر الفروقات الرئيسية بمعدلات الشفاء لدى الأطفال من 75% إلى 90% أما عند الكبار فبنسبة 60% و يعتقد أن الفرق ناتج عن حقيقة أن أورام الأطفال أكثر استجابة و حقيقة أن الأطفال أكثر تحملا للعلاجات المكثفة لإصرارهم على العيش و تخطي هذه المحنة.

الفصل الثالث: الاكئاب

تمهيد

1- تعريف الاكئاب

2- أعراض الاكئاب

3- أسباب الاكئاب عند الطفل

4- تصنيفات الاكئاب

5- المحكات التشخيصية للاكئاب الرئيسي

6- النظريات المفسرة لاضطراب الاكئاب

الخلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض النفسية انتشارا خصوصا في عصرنا الذي هو حالة من الحزن الشديد المستمر نتيجة ظروف أليمة، و قد يعبر عن شيء مفقود، و إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه، حيث أن الأعراض تختلف من شخص إلى آخر فهو يكون اضطرابا تدريجيا و مستمرا يبدأ بالحالات القريبة من السواء ثم يتصاعد إلى حالات تتطلب العلاج النفسي و سوف نتطرق إليه محاولين توضيح أنواعه و أعراضه.

1- تعريف الاكتئاب:

و يصف " جيمس كالات" (1992) الشخص المكتئب بقوله: يشعر الشخص المكتئب بالخوف و الكدر و قلة الحيلة و فقدان الأمل، و يكون الأفراد المكتئبون عموما خاملين و يعبرون عن شعورهم بعدم السعادة و يبدو ذلك في تعابير وجوههم. كما أنهم يعانون من اضطرابات النوم فهم ينامون أكثر من الشخص الطبيعي و يستغرقون وقتا أطول للخلود للنوم. و قد يستيقظون مبكرا عن المعتاد بشكوى النوم غير المريح و عادة لا يمكنهم العودة للنوم ثانية مع شعور بالخمول أثناء النوم". زيزي ابراهيم (2006: 29).

أما عسكر (1998) فيعرف المشاعر الاكتئابية بأنها: خبرة يعايشها الفرد بالكآبة و الانقباض مصحوبة بمشاعر اليأس و الفشل و انخفاض مستوى النشاط الذهني و البدني مع بغض الأعراض الاكتئابية، مثل: اضطراب النوم و البكاء بدون سبب و الشعور بالخوف، شريطة ألا تستمر هذه الحالة لأكثر من أيام قليلة على أن يعاود الفرد نشاطاته المعتادة. " عسكر (1998: 132-133).

في حين يعرف "أحمد عكاشة" (1998) الاكتئاب على أنه: " اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي، وإحساس بالرضا، و عدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، و اليأس في مواجهة المستقبل، و فقدان القدرة على النشاط، و وجود صعوبة في التركيز، و الشعور بالإرهاق التام مع اضطراب في النوم و الشهية. أحمد عكاشة (1988: 112).

و يعرف الاكتئاب إجرائيا بأنه زملة الأعراض المؤلمة و المحزنة التي يشعر بها الطفل و التي تتضح من خلال وصفه لحالته المرضية بالحزن و اليأس و الهبوط و بأنه شخص سيء كثير الخطأ يكره ذاته و لا يتقبل شكله، فقد متعة الحياة و لذتها و فقد شهيته للطعام و أصبح أكثر قلقا و أرقا، و صار أكثر شعورا بالوحدة و أكثر عجزا عن انجاز الأعمال المدرسية و يتضح ذلك من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس الاكتئاب للأطفال. محمد السيد عبد الرحمان (1998: 17).

إن وجود الاكتئاب عند الطفل معترف به في الدليل التشخيصي الثالث للأمراض النفسية، و يميز بين مظاهر اكتئابية و متلازمة الاكتئاب.

أن الإحساس بالاكتئاب مثله مثل القلق جزء من تجربة الحياة و يظهر هذا الإحساس عندما يشعر بصعوبة في وجود حل لصراع نفسي يبعث الإحساس بالاكتئاب عند الإحساس بالعجز على الوصول إلى بعض الأهداف الشخصية، الإحساس بالاكتئاب يعبر عن فقدان الأمل بينما القلق يعبر بالأخص على الحيرة. يساعد الإحساس بالاكتئاب الأطفال و الكبار على التخلي على رغبات لا يمكن تحقيقها، أهداف مستحيلة، أهداف تفوق الإمكانيات الآتية و تدعو إلى البحث عن نشاطات أخرى و أشياء في المتناول، لكن غالبا ما يضطر الشخص إلى التخلي عن شهواته و طموحاته.

و عند كثرة و كثافة تجارب الفشل و الرفض و عليه تعزز الانفعالات الاكتئابية يبرز الإحساس بالعجز، نستشعر الحالة بأكثر بساطة بالخجل، الإحساس بالذنب، الحزن و الألم، و يثبت عندها أثر الاكتئاب. Richard cloutier (1990)

2- أعراض الاكتئاب:

إن المكون الرئيسي في الاضطراب الاكتئابي هو الحالة الانفعالية الحادة مما يجعل المكتئب يتصف بالأعراض التالية:

- يشعر المريض بالأسى و الحزن، و تنتابه نوبات البكاء و التوتر، و فقدان الموضوع المحبب للآت، و هو غالبا ما يصاحبه الإحساس بالذنب و كثيرا ما يستغرق في التفكير بالموت، فيشعر بالعجز و اليأس و يلوم ذاته و يستخف بها.
- إن شخصية المكتئب تتميز بالانسحابية و الرغبة في الاختفاء و الابتعاد عن الآخرين، و كثرة الإخفاقات و الشكوى حول البدن، و انطفاء الميل نحو العمل، و شعوره بالإعاقة و يكون طبعه حاد، و غالبا ما تكون اهتماماته قليلة و يميل إلى الابتعاد عن النشاطات المهمة.
- يشكو المكتئب من الإحساس بالضيق الانفعالي و فقدان الشهية، و نقص الوزن، و يكون قلقا على صحته و ثروته و يعاني من الخوف و عدم الاستقرار و يزداد الخوف و الاضطراب عنده و يردد كلمات تدل على فقدان الأمل و الحيرة و يعاني من فقدان الذات بحيث يرفض الطعام و يلوم ذاته.
- ينتشر عند الشخصية المكتئبة الرغبة في الانتحار، و قد يقوم المريض بمحاولة الوصول إلى ذلك.
- يصاب المكتئب في الحالات الشديدة بجفاف العين حيث يعاني من الإمساك و يكون نبضه سريع و يكون تنفسه غير عميق و يقل لديه البول و يضطرب النوم و تتكرر نوبات الأرق.
- يلاحظ عند شخصية المكتئب البطء في الكلام و التفكير و صعوبة في التركيز، و الاعتقادات الخيالية الغير منطقية و التقليل من قيمة النجاح، و

تضخيم الفشل، و تقدير الذات المنخفض، و كره الذات و عدم الرضا و الاعتماد على الغير.

- يشعر المكتئب بالعدائية اتجاه الآخر و يميل إلى الكذب كعملية تعويضية لما يعانیه من متاعب انفعالية و من سماته كذلك التذبذب بين النرجسية و تحقيق الذات، و السلوك المضاد للمجتمع و القلق الاجتماعي و القابلية للنبذ. بغيجة لياس(2005-2006: 191-195).

و لقد اهتم الكثير من المختصين في تحديد أعراض الاكتئاب من خلال دراسات لعينات مختلفة، و ثم من خلال تحديد الخبرات المؤدية إلى الاكتئاب النفسي، و توصلت على إثرها بناء عدد من المقاييس و الاختبارات النفسية التشخيصية من أجل الوصول إلى تحديد الأعراض التي تتصف بها الشخصية الاكتئابية و في ما يلي عرضا لتلك النماذج:

قدم "اسكواب" مجموعة من الأعراض الذي يتميز بها الاكتئاب و هي:

1- الأعراض الجسمية للاكتئاب: و هي الإرهاق الكسل، اضطرابات في أعلى البطن (سوء الهضم)، الصداع فقدان الشهية للطعام، اضطرابات أسفل البطن (الإمساك)، نقص الوزن و الهزل، الضيق و ألم الصدر، خفقات القلب، الألم العام، فقدان الشهوة الجنسية، و اضطرابات البول.

2- الأعراض النفسية للاكتئاب: و تتمثل في:

الأرق، القلق، المزاج الاكتئابي، البكاء و الصراخ الشديد، الشعور بالوحدة، الشعور بالذنب، الشعور بالضجر، التشاؤم، التردد و التذبذب، اليأس و العجز، كره الذات، الشعور بالفشل، الأفكار الانتحارية، الشعور بالعقاب، و اليأس.

و قد دعم بيك Beck صحة النتائج التي توصل إليها المختصون في علم النفس، و تمكن من تنظيم تلك النتائج و استطاع أن يحدد الأعراض الاكتئابية في فئات محددة، و اعتبرها الخصائص الأساسية لمرض الاكتئاب، و هي كما يلي: الخوف، التشاؤم، الإحساس بالفشل، عدم الرضا، الإحساس بالذنب، توقع العقاب، كره الذات، لوم الذات. بغيجة لياس(2005-2006: 159).

الأفكار الانتحارية، البكاء، الانسحاب الاجتماعي، التردد و عدم الحسم، تغيير صورة الجسم، صعوبات العمل. بغيجة لياس(2005-2006: 195).

***أعراض الاكتئاب عند الطفل (5-6 سنوات - 12-13 سنة):**

يكتسب الطفل شيئاً فشيئاً و سائل متنوعة أكثر تطوراً للتعبير عن معاناته الاكتئابية، و في هذه المرحلة العمرية تركز دراسة الأعراض على قطبين:

1/ من جهة المظاهر المباشرة المرتبطة بالمعاناة الاكتئابية مصحوبة أحيانا باستحراق الذات، و معاناة نفسية مباشرة معبر عنها ب: (لا أستطيع، لم أتمكن، لا أعرف، أنا تعبان....).

2/ من جهة ثانية نلاحظ غالبا تصرفات مرتبطة بالاحتجاج و الصراع ضد التأثيرات الاكتئابية.

و تصبح الاضطرابات السلوكية عادية: غضب، اندفاع(تهور) و عدواني، سرقة متكررة، الكذب، سلوكيات خيالية، الهروب. Julien deajura (331: 1984).

3- أسباب الاكتئاب عند الطفل:

يبدو الاكتئاب عند الطفل بنقص النوم أو اضطراب، مع بلادة الشعور بالخطر المحقق، و يترافق أحيانا بالشعور بالذنب و تأنيب الذات و لومها، مع نقص الشهية للطعام و نقص الوزن.

و من أهم فقد الأبوين، فقد وجد "براون" عند دراسته مجموعات من المصابين بالاكتئاب أن نسبة 41% منهم فقدوا أحد الأبوين، فكما وجد أن فقدان الأم له أثر أكبر من فقدان الأب. و أن أثره سوف يستمر في جميع الأعمار في إحداث الاكتئاب و أما فقدان الأب فله تأثيره أيضا و خاصة بين السن الخامسة و الرابعة عشرة من العمر. و من أسباب الإصابة بهذا الاضطراب أيضا تكرار تعرض الطفل للأمراض البدنية: فالربو، و التهاب اللوزتين المتكرر و الزكام و الأم البطن الناتجة عنه، و السل الرئوي و الكسور، و حوادث السيارات، و الصرع و غيرها من الأمراض تؤدي إلى ظهور الاكتئاب.

و يمكن لبعض الأمراض العضوية أو الأدوية تسبب حالات الاكتئاب عند الطفل كالأمراض الناتجة عن اختلال أو قصور الغدد الصماء و السل و فقر الدم و الأدوية الروتيزونية. موفق هاشم صفر الحلبي(2000: 316-317).

4- تصنيفات الاكتئاب:

تتميز الصورة المرضية للاكتئاب بأنها جد معقدة، و يمكن تقسيمها و تصنيفها في أشكال مختلفة و متنوعة، و تتصف بعدد كبير من الأعراض الجسدية و النفسية غير المتجانسة التي تظهر مع بعضها البعض. و يصعب الاتفاق على تصنيف نظام موحد للاضطرابات الاكتئابية، و إن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسية العامة، ففي الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM.IV الصادرة عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA، تصنف الاضطرابات الاكتئابية ضمن طائفة الاضطرابات الوجدانية التي تشمل على طائفة الاضطرابات وحيدة القطب و طائفة الاضطرابات ثنائية القطب. و تحتوي طائفة وحيدة القطب على فئة الاكتئاب الأساسي major depression (في الفئة التصنيفية رقم 296)، و اضطراب عسر المزاج dysthymic disorder، الذي كان يسمى في السابق العصاب الاكتئابي (في الفئة

التصنيفية رقم 300.4) و اضطراب اكتئابي غير محدد بدقة (في الفئة التصنيفية رقم 311) و هناك تقسيمات فرعية تتضمنها كل فئة من الفئات. و في الدليل العاشر ICD.10 الصادر عن منظمة الصحة العربية WHO تم تصنيف الفئات المذكورة سابقا بشكل مختلف قليلا فالإكتئاب الأساسي صنف تحت الفئة التصنيفية "طور اكتئابي خفيف" تحت رقم (F32.XX) و اضطراب انتكاسي تحت رقم (F33.XX) و صنف اضطراب عسر المزاج في الفئة التشخيصية رقم (F34.1)، و في حين وضع التصنيف اضطراب اكتئابي غير محددة بدقة كشكلين من أشكال " الطور الاكتئابي الخفيف و الاضطراب الاكتئابي الانتكاسي" تحت رقم (F32.9)(F33.9). بغيجة لياس(2005-2006: 175).

5- المحكات التشخيصية للإكتئاب الرئيسي:

يشخص الإكتئاب الرئيسي، وفقا للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM-IV على النحو التالي:
أ/- وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية تكون متواجدة معا للفترة أسبوعين على الأقل مع وجود تغير عن الأداء السابق، و على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون:

*المزاج المكتئب * أو فقدان الاهتمام أو السعادة.

(1) مزاج مكتئب معظم اليوم، و تقريبا كل اليوم.

و عند

الأطفال و المراهقين نلتمسه في سرعة التهيج أو سهولة الاستثارة أكثر من كونه حزنا.

(2) انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة معظم الوقت، و تقريبا.

(3) نقص أو فقدان جوهري في الوزن بدون إتباع برنامج للرجيم أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا.

(4) أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريبا.

(5) هياج أو تأخر نفسي حركي كل يوم تقريبا.

(6) تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.

(7) الإحساس بعدم القيمة أو مشاعر الذنب المبالغ فيها و غير المناسبة كل يوم تقريبا (تأنيب الذات أو الشعور بالذنب ليس فقط لكونه مريضا).

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، عدم القدرة على اتخاذ قرار، كل يوم تقريبا. بغيجة لياس(2005-2006: 175).

(9) انخفاض التحصيل الدراسي و الجناح و الإدمان و عدم النضج الانفعالي و الاجتماعي.

(10) أفكار متكررة عن الموت، و التفكير و الانتحار دون خطط محددة، أو محاولات انتحارية أو خطط محددة لتنفيذ الانتحار.
ب/- أن لا تقبل الأعراض محكات النوبة المختلطة.
ج/- أن تحدث الأعراض معاناة و أسى نفسي واضح من الناحية الإكلينيكية، أو عجز في الأداء الاجتماعي و الوظيفي أو أية مجالات أخرى ذات أهمية.
د/- أن لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لعقار (دون استخدام العقاقير الطبية)، أو حالة طبية عامة على سبيل المثال نقص في نشاط الغدة الدرقية.
هـ/- لا تحدث هذه الأعراض كمظهر للحداد بسبب فقدان شخص عزيز. زيزي إبراهيم (2006: 46-47).

6- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب:

هناك خطان أساسيان للنظريات المفسر للاكتئاب هما خط التفسيرات البيولوجية و خط نظريات علم النفس، و وفقا لهذه التفسيرات يتبنى أصحاب كل منظور منحنى علاجي يتفق و رؤيتهم النظرية للمفهوم و الأسباب التي تقف وراء حدوث الاضطراب. في البداية لا يمكن القول بأن نظرية واحدة يعينها هي الصحيحة في تفسير الاكتئاب بل أنه التكامل بين أكثر من توجه قد يضيف فهما أفضل و أعمق و بالتالي تقديم علاج أنجح لمرضى الاضطرابات الاكتئابية. زيزي إبراهيم (2006: 57).

و فيما يلي عرض وجيز لتوجهات النظريات في تفسير الاضطراب الاكتئاب:

1- التفسيرات البيولوجية:

1-1- التفسير الوراثي:

تتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب فيركز التفسير الوراثي في نشأة الاكتئاب على الاستعداد الوراثي لدى الفرد و الذي بدوره يفسر نسبة 30% من حدوث الاكتئاب الأساسي. ولد يحي حورية (2008-2009: 141-142).
و يفترض هذا النموذج إمكانية انتقال الأعراض الاكتئابية من خلال الجينات الوراثية.

في هذا الصدد يؤكد "هالجين halgin" و "وايتبورن whitbourne" (1993)، كما أكد "كيندال kendall" و آخرون (1995) دور الوراثة في الإصابة بالاكتئاب و يؤكدون أيضا أنها ليست العامل الوحيد. زيزي إبراهيم (2006: 57)

2-1- التفسير الكيميائي البيولوجي:

يرجع هذا التفسير إلى نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلى الاختلال في توازن البوتاسيوم و الصوديوم عند المكتئبين، و وجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ و خاصة توزيع العناصر الأمينية و هي عبارة عن موصلات عصبية

و تشمل أنواع منها الدوبامين، و السيروتونين، و النوربينيفرين، و يشير التفسير الكيميائي البيولوجي إلى أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى التوازن في العناصر الأمينية. عبد الستار إبراهيم (1998: 104-105).

2- التفسيرات النفسية:

1-2- نموذج التحليل النفسي: (النظرية السيكودينامية):

- **كارل أبراهام:** يعرف أبراهام حالة الاكتئاب التي يشعر بها الراشد بأنها عملية ترجيع لخبرة مشابهة (أي خبرة حزن أو اكتئاب سابقة) فد خبرها الشخص عندما كان طفلاً، و هو يرى أن أهم أسباب الاكتئاب هو فقدان الحب و الاستجابة المؤلمة لهذا الفقدان أو الحرمان.
- **سيجموند فرويد:** يرى فرويد أن الشخص المكتئب تصيح لديه مشاعر عدوانية تجاه ذاته بدلا من توجيهها نحو الموضوع الذي تسبب له في حالة الاكتئاب أو تسبب له في خلق المشاعر العدائية، و تحريك شحنتها الانفعالية. و يرى فرويد أن الحزن يختلف عن الاكتئاب الميلانخولي و هو أن الأول يتسم بضياح أو فقدان الموضوع ما ينتج عنه إحساس بان العالم قد أصبح خاويا و لكن ليس هناك وقوع في عمليات كيفية تقدير الذات أو اتهامها، أما في حالة الاكتئاب الميلانخولي فغن هناك ضياح أو فقدان انفعاليا لموضوع ما يرجع إلى خيبة أمل مرتبطة بعدة عوامل، و هذا و يرى فرويد أن رد الفعل الاكتئابي ليس مناورة قصدية أو تعمدية لإيذاء الشخص المحبوب، و أقرب وجود تفاعل بين الاكتئاب و الكراهية و الانتحار.
- **ميلان كلاين:** ترى كلاين أن كل طفل في نموه الطبيعي يذهب من خلال نمطين من ردود الأفعال هما:
 - ***الوضع الأول:** و يسمى الفصامي البارانوي و هو يصف اتجاه الطفل نحو الإحباط الذي تسببت فيه الأم.
 - ***الوضع الثاني:** و يسمى الوضع الاكتئابي و يحدث عندما ينمو ضمير الطفل و يشعر بالذنب اتجاه غضبه من أمه، و ترى كلاين أن الطفل عندما تقوم بإرضاعه فإنه يعرض ثدي أمه و لبنها، و كل شيء في عقله يترجمه إلى حب و أمان. و مع ذلك فإنه يشعر الطفل بخيالات و نبضات تدميرية اتجاه ثدي أمه تتسبب في شعوره بالضياح، و بهذا جعلت كلاين الكراهية في المقام الأول يليها حالة الضياح.
- **سبيتز:** يرجع سبيتز الاكتئاب إلى عملية انفصال الطفل عن أمه خلال حياته البكرة، و ذلك من خلال ملاحظاته للأطفال الرضع بالمستشفيات المنفصلين عن أمهاتهم و ما يصاحب ذلك من عمليات ديناميكية مثل الانسحاب و غير

ذلك، و يطلق سببتهز على هذا النوع الاككتئاب الاتكالي. مدحت عبد الحميد (2000: 63-66).

2-2- النظرية السلوكية:

يرى مناظري الاتجاه السلوكي أن تفسير السلوك مرتبط بخفض التدعيم الايجابي، و الذي يكون من نتائج الأراض التي حددها "لفيسون LEWENSON" و آخرون (1979)، و تتمثل: بالشعور بعدم الارتياح، و انتقاص من قيمة الذات و الشعور بالذنب، و الإحساس الفعلي بالإرهاق، و الانعزال الاجتماعي و الشكوى من البدن و انخفاض معدل السلوك. و يرى أن تكرار تجارب و أحداث العقاب تكون سببا في ظهور الاككتئاب و من أهم الأحداث العقابية الخلافات الزوجية و مشاكل العمل. و يتحدد هذا التدعيم بمعدل و كيفية تفاعل الشخص مع بيئته، و لقد أظهرت دراسات كذلك أن حدوث التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبي (الأحداث المنفرة التي تتمثل في المشاكل و ضغوطات الحياة) كل منهما مستقل عن الآخر، يفترض أن تؤدي إلى حالات الاككتئاب و الإحباط، إما لنقص الدعم الإيجابي أو زيادة في العقاب.

و يرى "لفينسون" أن الدعم الذي يستعمله الفرد يتوقف على ثلاثة حالات هي:

- عدد المثيرات المدعمة لذلك الشخص.
- وجود التدعيم في البيئة.
- المهارة اللازمة في الحصول على الدعم، ربما لا يكون قادرا على إحداث تدعيم لهذه المهارات.

ففي بعض الأحيان لا يعرف الأفراد كيف يحصلون على التدعيم و بالتالي فإنهم ينسحبون إلى داخل أنفسهم، و مثل هذا الانسحاب هو المتوقع أو يستسلمون لما تصيبهم أحداث مؤلمة. لياس بغيجة (2005-2006: 199-205).

و لقد أوضح "ليفينسون" و "لبيت" في دراسة لهما إن الاككتئاب ناتج عن نقص في المعززات و التدعيم الايجابي، حيث وجد أن مجموعة الطلبة المكتئبين كانت أقل انشغالا بالنشاطات السارة ذات الطابع المرح، مع المجموعة السليمة أو العادية، كما أنهما توصلا إلى نتائج تتساوى مع فرضية الانطفاء التي ترى المكتئبين يقاومون التدعيم، و إنهم لا تنقصهم مصادر المتعة، و مع ذلك فقد وجد الباحثان أن مزاج الشخص يتغير تبعا لعدد الأحداث السارة و غير السارة التي تمر بها. و إنه حتى في حالة المصابين بالاككتئاب الحاد إذا ما تعلموا خفض تكرار الأحداث الغير السارة، فإنهم سيظهرون ارتفاعا في المزاج.

و هناك إضافة أخرى على أن الاكتئاب قد يكون نتيجة نقص في مهارة الحصول على التعزيز، الاجتماعي إلى أن المكتئبين أقل خبرة أو مهارة في التفاعل مع الآخرين و أنهم أكثر احتمالاً لأن يثيروا في الآخرين ردود فعل سلبية ضدهم.

أما "سكنر" فيرى أن الاكتئاب ناتج عن الانطفاء الذي يحدثه عدم وجود التعزيزات الاجتماعية الإيجابية و يترتب عليه نقص المعلومات الإيجابية، و عليه فإن عزلة المصاب تزيد من حدتها مما يدعم الحالة الاكتئابية. ولد يحي حورية (2008-2009: 145).

3-2- النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب ينتج – بشكل أساسي- من ميل الفرد للنظر إلى نفسه و المستقبل و العالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة، و هذه النظرة المشوهة للنفس و المستقبل و العالم يطلق عليها الثالث السلبي. ينظر الشخص المتشائم إلى نفسه على أنه ليس كفئاً، و غير قادر و غير مرغوب فيه، و هو يتوقع الفشل و النذب و عدم الرضا. و على هذا الأساس يدرك كل خبراته على أنها تؤكد توقعاته السلبية تلك. و كل أعراض اضطراب الاكتئاب من وجدانية و سلوكية و دافعية، كلها ينظر إليها على أنها نتيجة مباشرة لذلك التنظيم المعرفي السلبي. صمويل تامر بشرى (2007: 32-33). فالنظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تستند إلى أن أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم و سلوكهم بالسلب أو بالإيجاب، و أن هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة و الانفعال و السلوك، و نتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة أو التصورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سلبية و سلوكيات معوجة أو مضطربة، هذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد في نظر المعرفيون هو المسئول الأول عن حدوث الاكتئاب.

تتلخص الفكرة الأساسية لدى أصحاب النظرة المعرفية في أن نظرة الشخص المكتئب التشاؤمية فيها تشويه لواقعه. و عليه يفترض أن لدى المكتئب تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي السلبي و تأكيده. النظرية المعرفية أيضاً تفترض أن ذلك التنظيم المعرفي يتكون و يتطور نتيجة لخبرات الشخص، كما أن هناك أناس مستهدفين و معرضين للاكتئاب، و أن ذلك التنظيم المعرفي السلبي المستهدف للاكتئاب يظل في حالة كمون، حتى يتم استثارته بالضغوط المختلفة، أو ما يسمى بالعوامل المعجلة و التي يكون الشخص حساساً تجاهها. و على الرغم من أن النظرية المعرفية تعطي أهمية للعوامل النفسية و المعرفية في نشأة الاكتئاب و تطوره، إلا أنها تعترف بدور العوامل التفاعلية للعلاقات بين الأشخاص، من حيث تأثيرها على تطور حالة

الاكتئاب و ثباته. و يشير "كوين" إلى أن الشخص المكتئب و سلوكه يتركب
أثراً سلبياً لدى الآخرين يعبر عنه بالنبذ الاجتماعي، الأمر الذي يسهم في تفاقم
حدة الاكتئاب و شدته.

و يجد هذا الاتجاه معارضة لدى الباحثين الذين يرون أن الشخص المكتئب قد
يلجأ إلى الآخرين لمساعدته، الأمر الذي يزيد من قوة الدعم الاجتماعي، و
بالتالي تنخفض حدة الاكتئاب. صمويل تامر بشرى (2007: 32-33).
و لذلك نجد أن العلاج النفسي المبني على النظرية المعرفية لنشأة الاكتئاب
يؤكد أهمية دور الآخرين في علاج المكتئب، حيث أنهم يوفر له المجال و
الفرصة لاختيار رأيه فيهم، و بالإضافة إلى ذلك يسهم الآخرون في التخفيف
حدة الضغوط التي قد تجعل الفرد مستهدفاً للاكتئاب. صمويل تامر بشرى
(2007: 35).

الخلاصة:

يشكل الارتياح النفسي جزءا مهما من الوضع الذي يعيشه الطفل، و خاصة عند الطفل المريض الذي ليس كغيره من الأطفال، فظهور الاكتئاب قد يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للطفل المصاب بالمرض، لذلك على الأخصائي النفسي أن يتدخل بشكل سريع للتشخيص المبكر و التكفل به من خلال علاجه و إخراجة من الحالة التي هو فيها كي تتحسن حالته الصحية.

الفصل الرابع: الطفولة

تمهيد

1- تعريف الطفولة

2- تعريف نمو

3- مراحل نمو الطفل

4- نظريات النمو المفسرة

الخلاصة

تمهيد:

لمرحلة الطفولة أهمية خاصة في حياة الفرد ذلك لأنه في مرحلة الطفولة توضع البذور الأولى لشخصية الطفل و يتكون الإطار العام له و يكون لهذا الأثر الأكبر في تشكيل شخصية الطفل في المراحل اللاحقة حيث تتم فيها نموه الجسمي و العقلي و الانفعالي و الاجتماعي، فهي مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها الطفل و تشمل الطفولة المبكرة التي تمر عبر السنوات الثالثة و الرابعة و الخامسة و الطفولة الوسطى التي تمر في السنوات السادسة و السابعة و الثامنة و الطفولة المتأخرة من 9 إلى 12 سنة، لكن مرحلة الطفولة من أخطر المراحل التي يتشكل فيها سلوك الفرد مستقبلا و أن ما يظهر على الفرد مستقبلا من مشكلات سلوكية هو نتيجة لطفولة خاطئة حيث تعتبر الأسرة هي المعطى الأول و المؤسسة الأولى التي تمد الطفل بكل التفاعلات، و هي بذلك قد تكون المسؤولة عن الصحة النفسية السوية للطفل أو تكون مسؤولة عن الأمراض النفسية و السلوكيات الخاطئة للطفل بسبب معاملتها مع الطفل، و عليه سنقدم في هذا الفصل تعاريف عن الطفولة و النمو، المراحل التي يمر بها الطفل للنمو، وكذا النظريات المفسرة لذلك.

1/ تعريف الطفل:

لغة: الصغير أو الشيء الرخص الناعم يستخدم اسما مفردا أو اسما جمعا. المنجد في اللغة و الإعلام (1998: 10).

و الطفل جمع في كل شيء يقال هو يسعى لي في أطفال الحاجات أي فيما صغر منها.

اصطلاحا:

يرى الريماوي: أن الطفولة مرحلة عمرية من دور حياة الكائن الإنساني تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة.

و يشير فيليب أريس: أن الطفولة مصطلح حديث نسبيا فالأطفال في القديم كانوا يعيشون بيننا و يرتدون نفس الطراز من الملابس و عليهم أن يتصرفوا كالكبار و لم يكن معروفا أن للطفولة خصائصها و حاجاتها و أعراضها و فرصها كالخيال و اللعب، فدورة حياة الكائن الإنساني كانت تنقسم إلى 3 مراحل: الرضاعة، و ما قبل البلوغ و البلوغ. محمد عودة الريماوي(2003: 45).

و يرى حامد زهران 1982: أن الطفولة الفترة التي يقضيها الإنسان في النمو و الترقى حتى يبلغ مبلغ الراشدين و يعتمد على نفسه في تدبير شؤونه و تأمين حاجاته الجسدية و النفسية و يعتمد فيها الصغار على ذويهم في تأمين بقائهم و تغذيتهم و حماية هذا البقاء، فهي فترة قصور تكوين و تكامل في آن واحد.

بينما منير محمد عماد الدين إسماعيل 1986: فيعتبر الطفولة مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة فيها توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ لها مطالبها الحياتية و المهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل، أنها وقت خاص للنماء و التطور و التغيير يحتاج فيها الطفل إلى الحماية و الرعاية و التربية. فتيحة كركوش (2008: 15، 16).

و يعرفه nobert sillamy: الطفولة مرحلة من حياة الإنسان تبدأ من مرحلة الولادة إلى مرحلة المراهقة من وجهة علم النفس الحديث، الطفل لا يعتبر كراشد لجهة للمعارف و الأحكام فالطفولة مرحلة هامة للتحويلات من الولادة إلى الرشد و تخرجه دائرة الحيوانية و تطول مدة الطفولة عند الإنسان إلى غاية 25 سنة.: manciaux M et al (2003,74).

2/ تعريف النمو:

من خلال تعاريف القاموس الجديد نجد أن النمو هو الزيادة، و فعل نمى، نماء، و نميا الحديث: شاع. و نمى الماء: ارتفع، نمى الحيوان: سمن، زاد، ارتفع و كل هذه المرادفات لها دلالة في توضيح مفهوم وعمليات النمو بصورة عامة و عند الإنسان بصورة خاصة.

و في معناه الخاص بالفرد، النمو هو عدد من التغيرات التي تطرأ على الفرد في مجالات متعددة من حياته: تطور عضوي، عظمي، كيميائي، تطور فكري، تطور نفسي، اجتماعي و ثقافي.

إن النمو هو انتقال من مستوى أدنى إلى مستوى أرقى هذا ما يجعل " ن. سيامي " يعرفه " كتطور تدريجي من مستويات بسيطة إلى مستويات معقدة".

هكذا نستطيع اعتبار النمو كعملية تمايز تدريجي و إضافة معلومات و إعادة تنظيم أي تعقيد أكثر فأكثر في المعارف و المهارات و الإمكانيات. بدرة معتصم ميموني (2010: 12).

3/ مراحل الطفولة:

- 1- **مرحلة الطفولة الأولى:** من الميلاد إلى ثلاث سنوات و تمتد هذه المرحلة من عملية الولادة و بعدها أي انتقال الجنين من الاعتماد الكلي على الأم عن طريق الحبل السري أي الاستقلال النسبي و نجد أن نسيج المعى يتعلقان بمحيط الأم إذ ينتظر الطفل من الأم حضورا و حنانا و تتميز هذه المرحلة بسرعة متناهية في النمو و النضج، و من أهم خصائص هذه المرحلة ظهور الأسنان المؤقتة في الشهر السادس، تنمو العضلات في الحجم و تزداد القدرة على التحكم في العضلات الكبيرة و يزداد الوزن من 3 كغ إلى 9 كغ نهاية السنة الأولى، يتعلم الرضيع بواسطة النشاط و الممارسة و التدريب و التقليد و يخضع تعلمه إلى قوانين التعلم الشرطي، و يبدأ فهم الصور خلال العام الثاني و يكون الذكاء حسي حركي. مريم سليم (2006: 131).
- 2- **مرحلة الطفولة المبكرة من 3 إلى 6 سنوات:** و نسمي هذه المرحلة بمرحلة ما قبل المدرسة و تمتد من بداية السنة الثالثة من عمر الطفل إلى سن 6 سنوات و أطلق فرويد على هذه المرحلة اسم المرحلة القضيبية و سماها اريكسون مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب كما سماها بياجيه ما قبل العمليات و تبعا للنمو الأخلاقي يصطلح عليها كوليرج مصطلح الولد الطيب مقابل البني الطيبة، و انطلاقا من الأساس البيولوجي النمائي سميت هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التمدرس و من الأساسي التربوي يمكن تسمية طفل هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التمدرس و من خصائص هذه المرحلة: سرعة النمو الجسمي، استمرار النمو اللغوي، التحول إلى مرحلة الاعتماد على نفسه، التحول من الرضاعة إلى تناول الأطعمة الصلبة، الميل إلى الحركة، نمو المهارات العضلية الحركية، السيطرة على أعضاء الجهاز الإخراجي و تنظيم عمليات قضاء الحاجة. علي فاتح الهنداوي (2002: 193).
- و تتميز هذه المرحلة بمجموعة من مطالب النمو و هي مبدأ تحقيق الفرد لحاجاته و إشباعها، تتميز انفعالات الطفل في هذه المرحلة بالحدة و تعرف بمرحلة عدم التوازن حيث يكون الطفل سهل الاستثارة و ينشأ عند الطفل في هذه الفترة مفهوم ذاته و كذلك الإحساس بالذات و إدراكها. محمد مصطفى (1972: 117).
- 3- **مرحلة الطفولة المتوسطة من 6 إلى 9 سنوات:** في هذه المرحلة يبسط النمو الجسمي مقارنة بالمعدلات السابقة و اللاحقة أيضا مع العلم أنه توجد فروق فردية ملحوظة بين الذكور و الإناث في مجالات الوزن، الطول، القوة، يستمر نمو العضلات مع زيادة سيطرة العضلات الكبيرة بينما لا تتم السيطرة على العضلات الصغيرة إلا في سن 8 كما لوحظ في هذه المرحلة نمو المهارات الأساسية التي تساعد على القراءة و الكتابة و التركيز و الانتباه و التذكر أما التفكير يكون محسوسا. رمضان محمد القذافي (2000: 292).

4- مرحلة الطفولة المتأخرة من 9 إلى 12 سنة: و ينظر إليها الكثير من العلماء على أنها الفترة المكملة لفترة الطفولة الوسطى و يصطلح على هذه المرحلة أيضا ما قبل المراهقة لأن ما تحمله هذه المرحلة من تغيرات ما هو إلا استعداد للوصول إلى غاية البلوغ و تمهيدا للوصول إلى المراهقة و البعض الآخر يطلق عليها اسم مرحلة الاستعداد للمراهقة و تتميز هذه المرحلة بخصائص يمكن حصرها كالاتي: الهدوء الملاحظ، التوازن في الانفعالات، تعلم المهارات اللازمة بشؤون الحياة، تظهر على الطفل نشاطات حركية معقدة و تزداد عند الطفل في هذه المرحلة رغبة الاحتكاك بأكبر منه سنا لاكتساب الخبرات و ظهور الضمير الاجتماعي و الضبط الداخلي. علي فاتح الهنداوي (2000: 296).

4/ نظريات النمو:

نظرية فرويد:

يؤكد فرويد على الدور الحاسم لسنوات الطفولة المبكرة و المتأخرة في إرسال الخصائص الأساسية لبناء الشخصية، و تحدد كل مرحلة من النمو خلال السنوات الخمسة الأولى من حيث أسباب الاستجابة من جانب منطقة محددة من الجسم، و هذه المنطقة هي التي تحقق الإشباع الجسمي، و هي تبدأ من السنة الأولى من العمر إلى البلوغ، و مراحلها هي:

1/ المرحلة الفمية: هي تستمر قرابة عام يكون الفم فيها هو المنطقة الرئيسة للنشاط الدينامي، حيث أن الطفل يستمد لذته و إشباعه من المص، كمص الثدي-الرضاعة- الأصبع أو أي شيء يقع في يديه، و هنا يكون للفم خمس وظائف:

- تناول الأشياء بالفم و هو نموذج للاكتساب.

- الإمساك بالأشياء و هو نموذج للتصميم و التثبيت.

- العض و هو نموذج للنبذ.

- إطباق الفم بعبر عن الرفض.

2/ المرحلة الشرجية : من سنة إلى ثلاث سنوات و هي مرحلة نمو شحنات مضادة حول وظائف الإخراج، حيث يستطيع بالاحتفاظ بالبراز أو إخراجه في أي وقت و مكان، و هنا يحاول أن يعرف عن ذاته بمقاومة السلطة الخارجية (الأولياء) و يظهر الأنا عندما يحاول الطفل مخالفة الأوامر، و لكنه يطيع حتى لا يخسر حب الأولياء و يبرز بذلك دور الأنا الأعلى.

3/ المرحلة القضيبية: من ثلاث إلى خمس سنوات حيث تصبح الأعضاء التناسلية هي المنطقة الشهوية الأساسية، و هنا يشعر بلذة عند اللعب بأعضائه التناسلية، و يتعلم أحداث

هذه الإحساسات كلما أراد بالإثارة اليدوية، و تظهر أيضا مخاوف الإحصاء عندما يكتشف أن البنت ليس لديها عضو و يخاف فقدانه، أما عند الإناث فتتميز بالجسد القضيبى و الغيرة و الرغبة في امتلاك العضو. و في الرابعة يبحث الولد عن لذته في الجنس الآخر، فيجد لذته عند أمه و يبغض والده و العكس بالنسبة للبنت، إلا أن الطفل يكبت هذه الكراهية في اللاشعور و يظهر حب في المستوى الشعوري و هذا ما يسمى عقدة اوديب. و مع نهاية هذه المرحلة تتأسس الشخصية (الهو- الأنا - الأنا الأعلى).

4/ مرحلة الكمون: من الخامسة إلى سن البلوغ 12 سنة، و تسمى سنوات الهروب من الناحية الديناميكية، حيث أن الطفل لا يهتم بالجنس الآخر و لا يحسمه و هذا بفضل آلية الكبت، و يهتم بالجانب المحيط به من القوانين الاجتماعية و الثقافية، و يحاول اكتساب مهارات و الخبرات و التكيف مع الأسرة و المجتمع الخارجي.

5/ المراهقة و البلوغ: في هذه المرحلة تعود تلك الانفعالات التي كانت مكبوتة و بشكل أكبر و يحاول بذلك التحرر من سلطة الوالدين، و تكوين صداقات و علاقات خارجية و يهتم بالجنس الآخر لبحث عن شريك حياته. خليل ميخائيل معوض (ص 99)

نظرية واطسن (1878-1958):

هو صاحب نظرية التعلم السلوكية في مدرسة علم النفس و هو يركز على عمليات التعلم و دورها في نمو الفرد و في تكوين شخصية و ذلك نتيجة اكتسابه مجموعة معقدة من العادات خلال مراحل العمر من بين السلوكيين الذين أحدثوا تغيرات جذرية في علم النفس.

فقد أبرز دور البيئة و أثره في تشكيل الفرد و رأى أنه يمكن رفع مستوى الخطأ عن طريق البيئة: أعطوني مجموعة أطفال أصحاء أسوياء، و أن سأختار أحدهما جزافا، ثم أدربه و أخرج منه ما أريد مهندسا، طبيبا، محاميا، عالما، فنانا، أو شحذا أو لصا...

و ذلك بصرف النظر عن أصله أو انتماءه أو استعداداته الوراثية. و فقا لواطسن فإن النمو يتقدم من خلال مراحل متتالية، و لكنه عملية مستمرة باكتساب تدريجي لأنماط سلوكية جديدة و عادات، و جميع الميول و القيم الاتجاهات يتعلمها الإنسان، و يرى أن أبسط الأفعال المنعكسة لدى الإنسان هو الفعل المنعكس في المص. خليل ميخائيل معوض (ص 100)

نظرية جون بياجيه:

هو الرائد الذي تبنى وجهة نظر النمو المعرفي، و قد قسم بياجيه النمو إلى 4 مراحل كل مرحلة تزداد عن سابقتها:

1/ المرحلة الحسية الحركية: ميلاد حتى سنتين: هي مرتبطة كلية بإشباع الرغبات الجسمية للطفل، و يستخدم فيها حواسه الاكتشاف و اكتساب المهارات، التعرف على البيئة من خلال الأفعال المنعكسة التي يولد بها الطفل كمص الإصبع- الرضاعة، و بذلك يكسب الطفل حاجة أولية بالذات الآخرين، و يتعلم أن الأشياء تستمر بالبقاء عندما تكون أمام عينيه، و يتعلم التنسيق بين الأفعال و الأنشطة الحركية إدراكه الحسي.

2/ المرحلة ما قبل العمليات: سنتين إلى 8 سنوات: هي الفترة ظهور الوظائف الرمزية كاللغة- الصورة- اللعب- المحاكاة فهو يستجيبون للأحاديث و الأشياء طبقا لظهور الموضوعات أمامهم، و أفكارهم تتمركز حول الذات أي رغباتهم و أفكارهم و إصغاء الحياة على المجندات، فالطفل يضيف الحياة على لعبته و يظن أن الأشياء ذات إحساس – و يتعلمون بعض المهارات كترتيب و العد مع العجز عن إدراك العلاقات القابلة للعكس.

3/ مراحل العمليات المحسوسة: 7 سنة – 11 سنة يستخدم الأطفال عمليات معرفية و هي جزء أساسي للتفكير المنطقي، حيث تصبح لديهم ميول بالمظهر، و يفهمون العلاقة بين الأشياء و الأحداث، و يصبحون أكثر براعة في ملاحظة سلوك الآخرين و احراك بعض القضايا المنطقية و الحسابية و مهما يكن فإن هذه العمليات يجب أن تكون قائمة على الملموس أي يكن مشاهدة رموزها و الإحساس بها.

4/ مرحلة العمليات الأساسية: 6 سنوات – 12 سنة فما فوق: في هذه المرحلة التفكير المجرد فتصبح الأفكار أكثر تجريدا و تنظيما حيث يعتمد على الملاحظة و تصبح الأفكار منطقية و يعتمد إلى اعتبار كل الاحتمالات و الافتراضات عند معالجة مشكلة ما، و يتجه نحو المثالية، و تجنب الاستنباط للوصول إلى حاجات مناسبة و حلول مناسبة. خليل ميخائيل معوض (ص 101)

نظرية إريكسون:

تمزج هذه النظرية القليل النفسي و التصورات النفسية الاجتماعية و يحدد فيها إريكسون و مراحل عملية النمو، و يعتبر الطفل متكيفا أن تميز سلوكه بالنواحي الإيجابية في المرحلة التي يمر بها دون النواحي السلبية.

1/ فمية حسية: من 0 إلى سنة و تسمى مرحلة الثقة و نقصها عدم الثقة، حيث أن الطفل يقول لديه إحساس بالثقة من خلال يتولد من خلال إهمال الطفل و إهمال تلبية رغباته: جوع- الملل- البكاء و معاملته برودة و قسوة.

2/ شرجية عضلية: من سنة إلى 3 سنوات هي مرحلة الاستقلال الذاتي و يقابله الشعور بالشك و العار حيث يتعلم الطفل تحقيق الاستقلالية عند الوالدين فيتعلم الانضباط و

الملاحظة الذاتية: مشي- قضاء حاجته، فإذا تعامل الأولياء مع الطفل بتساهل في بعض سلوكياته السلبية، فيشعر بالاستقلالية و الفردي، أما إذا عومل بقسوة فإنه يتكون لديه شعور بالعار و العجز و الشك في قدراته.

3/ حركة جنسية: من 3 إلى 5 سنوات هي مرحلة المبادرة في الاكتشاف و تروية الفضول و الأسئلة لدى الطفل، فإذا تمكن من الحصول على أجوبة لفضوله، فإن ذلك يعزز له ثقته و روح المبادرة أما إذا فشل في ذلك فسوف يشعر بالذنب الذي يجعله حزينا و قلقا.

4/ الكمون من 6 إلى 11 سنة تطابق الدخول المدرسي :إذا نجح الطفل و تمكن من اكتساب مهارات جديدة تشجيع و اهتمام الآخرين له، يولد لديه الشعور بالتفوق و الاجتهاد، و تعرض للنقد و الفشل المستمر في المدرسة يؤدي إلى الشعور بالنقص و الخوف من أي معلومة جديدة، و هذا الشعور يتولد لدى الطفل في هذه المرحلة و ينتقل إلى المرحلة اللاحقة.

5/ مرحلة البلوغ و المراهقة: من 12 إلى 18 سنة تقابل هذه المرحلة المراهقة و هي مرحلة الذاتية و الهوية في مقابل ذلك فتجاوز هذه الأزمة يكون إما شخصية إيجابية أو مضطربة.

6/ الرشد المبكر: إنها مرحلة التآلف و تكوين علاقات اجتماعية جديدة حيث يكون النجاح استعدادا للفتح أما الفشل في إنشاء علاقات يؤدي إلى العزلة و عدم الثقة بالنفس و الخوف من أي مواقف جديدة.

7/ الرشد: مرحلة التوالد في مقابل العمود، يلجأ إلى توطيد علاقات عن طريق الزواج و التوليد و الإنجاب، قد يؤدي رسوب العلاقة إلى جمود في الحياة الانفعالية.

8/ النضج: مرحلة تكامل الأنا و الذات في مقابل الشعور باليأس أو الخيبة و هذا يرجع الخبرات و التجارب التي يعيشها الفرد و مدى تجاوزه للأزمات. خليل مخائيل معوض (ص102).

الخلاصة:

عرضنا في الفصل أربعة نظريات في النمو و رأينا أنها تختلف عن بعضها في الافتراضات المختلفة عن طبيعة النمو و العوامل المدعمة له و التي اعتمدت هذه التعريفات إلى بحوث عديدة، و قد أكدت المظاهر المختلفة للنمو.

إن علماء النفس المعاصرون يؤكدون أنه لا يمكن لنظرية واحدة فقط أن تفسر لنا جميع مظاهر التحويل و النمو، إن كل نظرية من هذه النظريات يمكن لها أن تساهم بطريقة أو بأخرى تفسير سيكولوجية النمو عند الطفل.

الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

- 1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- 2- أسس و مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 4- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي
- 5- فنيات العلاج المعرفي السلوكي

الخلاصة

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي حديث نسبيا، و هو يدمج بين فنيات العلاج السلوكي و العلاج فنيات العلاج المعرفي، و يتعامل مع الاضطرابات النفسية و المشكلات معرفيا و انفعاليا و سلوكيا، و هذا الاتجاه يقدم منطق العلاج و يشرحه للمريض و إقناعه بضرورة الالتزام في العلاج و قيامه بالدور المناط به، و العلاج المعرفي السلوكي يتطور بتطور الأحداث و التغييرات و تقنياته عديدة قد تفوق 40 تقنية.

و يعد الاضطراب النفسي بالنسبة للمعالج المعرفي السلوكي في الأساس اضطرابا في التفكير، حيث يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة و تفسيراته لها و إعطاء المعاني لخبراته المتعددة، و يكون بالتعاون مع المعالج و العميل، كما يتسم بالتنظيم، و يتحدد بوقت معين.

1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلال تحديد و تقييم و تتابع السلوك و يركز على تطور و تقييم السلوك و تكيف السلوك و أيضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي، و يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية كالقلق و الاكتئاب و العدوان و غيرها من الاضطرابات، و يستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص و يشمل ذلك الأطفال و المراهقين و الكبار. زينب شقير (2002: 215).

كما يعد العلاج السلوكي المعرفي محادثة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك باستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل التعامل مع السلوك، و أن العلاج السلوكي المعرفي يمثل السلوكية المنهجية التي تتمثل بالتطورات الحديثة في علم النفس التجريبي و هي تتضمن الأساليب المعرفية و السلوكية معا. أبو عطية و محمود (2005: 27).

يعرفه الخولي هشام عبد الرحمان بأنه " أحد أساليب العلاج النفسي السلوكي و يتضمن عددا من الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية، و يتم هذا المنحنى العلاجي بأنه يتعامل مع العديد من الاضطرابات من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعفية، و الانفعالية، لهذه الاضطرابات بغرض تعديل المكونات المشوهة منها و العمل على تحويلها إلى مكونات أكثر ملائمة و صحية". الخولي (2008: 68).

و يعرفه عبد الستار " هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد و تقييم و تتابع السلوك، و يركز على تطور و تكيف السلوك، و أيضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي، و يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل: القلق و الاكتئاب و

العدوان و غيرها من الاضطرابات و يستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص و يشمل ذلك الأطفال و المراهقين و الكبار". عبد الستار (1978: 264).

مما سبق يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد العلاجات النفسية الحديثة نسبياً، يمزج بين العلاجين السلوكي و المعرفي لتعديل السلوك، و بذلك يستعمل عدة فنيات سلوكية و معرفية لتعديل المشكلات النفسية كالقلق و العدوان و الاكتئاب و يطبق على كل الفئات العمرية.

2- أسس و مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يركز على التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشيط و هذا ما يجعل العلاج ناجح.

التركيز على فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله.

التأكيد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية و تنظيم و تقرير السلوك المكتسب.

التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد. زينب شقير (2002: 215).

و هناك عدة مبادئ تتمثل فيها أسس و هي:

إن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات و السلوك.

إن الاضطراب و الانفعال ينشأ من التفكير المنحرف المؤدي إلى سلوكيات غير ملائمة.

الاضطراب الوجداني يمكن بمجرد تغيير التفكير. مصطفى بظاظو (2011: 123).

العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التوصل إلى الحلول المناسبة.

أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.

الاتجاهات و التوقعات و الأنشطة المعرفية لها دور أساسي في إنتاج و فهم السلوك و تأثيرات العلاج و التنبؤ بها.

أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. عبد الله عادل (2000: 30).

3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

مواجهة أفكار المريض و إقناعه بضرورة الإحلال للأفكار السلبية التي يساعده فيها المعالج لإيجاد بدائل لهذه الأفكار التلقائية، نقول له مثلاً:

ما دليلك على إيمانك بهذه المعتقدات أو الفكرة التي تعتقدها.

و هل لديك بعض الأوقات التي لا تأتي لك فيها هذه الأفكار.

و إذا كان لديك تلك الأوقات فما هي استنتاجك وقتها.

مساعدة المريض أن يعيد تقييمه لأفكاره الأولية التي هي في حقيقتها لا شيء، و الفكرة البديلة هي أكثر واقعية.

نعلم المريض كيف يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة و معتقداته المختلفة وظيفيا و التي تعرضه لخبرات مشوهة.

تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات لدى المريض و التي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك و الانفعالات.

إدراك المريض العلاقة بين تفكيره و سلوكه و مزاجه مما يدفعه لتغيير تفكيره.

تعليم المرضى مهارات خاصة بكيفية التحكم و الإرادة الجيدة لذاتهم كهدف و لتنمية المشاركة الاجتماعية كهدف آخر. مصطفى بظاظو (2011: 126).

و يشير حسين فايد، أن الغرض من العلاج المعرفي السلوكي، هو مساعدة العميل على تغيير الطريقة التي يفكر بها و الطريقة التي يسلك بها، فالغرض تصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم "حديث الذات" الخاص بالشخص و بالتالي تغيير سلوكه و طبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة و بالتالي يمكن للعميل من تقييم مساهمته الخاصة في مشاكله و تعليمه سلوكيات صحيحة. حسين فايد (2008: 96).

4- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي:

يؤدي الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي عددا من الأدوار فهو يعمل كمرشد و مشخص و معلم، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي و يركز على عملية الأفكار التي يعتقد أنها ترتبط بالسلوك و اعتقادات الشخص التي تعتبرها هي المصدر الرئيسي للمشكلة فدوره كمرشد يتمثل في تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل و التعاون مع الفرد في محاولة لحل مشكلته فتوليد الأفكار الجديدة و تزويده بالاقتراعات و إعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار و إيجاد هذه الفرص المناسبة لتدريبه، و دوره كمشخص حيث يجمع المعلومات عن الفرد من متعددة و يدمج المعلومات التي حصل عليها لتحديد طبيعة الاضطراب و التخطيط للتدخل المناسب، و دوره كمعلم حيث يعني بالتدريب على المهارات و تعليم العميل كيف يحل نماذج التفكير المشوه أو المنحرف و يضع بدلا منها نماذج متكيفة. مجلة كلية الأدب (2009).

1- فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

تنقسم إلى ثلاث أقسام و هي:

- فنيات معرفية:
كالتعليم النفسي، و المناقشة، التعرف على الأفكار اللاعقلانية و تعديلها، إعادة البناء العرفي، العلاج الموجه بالاستبصار، المقابلة العيادية، المراقبة الذاتية، التحكم الذاتي و التدريب على حل المشكلات و التعبير عن الذات بطريقة لفظية، فنيات البناء المعرفي.
- فنيات انفعالية:
النمذجة، لعب الدور، الحوار و المناقشة، الوعظ العاطفي.
- فنيات سلوكية:
الاسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الاشتراط الإجرائي كالتعزيز و العقاب، اشتراط التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض، منع الاستجابة... الخ.

و هي كما يلي:

- 1/ **التحكم الذاتي: self control** الإقرار بأنشطة إيجابية و تحديد أهداف و أخذ خطوات اتجاه الأهداف، و يتم بعدة عمليات و من خلالها يتم التغيير و التعديل.
 - مراقبة رؤية الذات: يلاحظ الفرد سلوكياته و مواقف ظهورها و أسبابها و الملاحظات المرتبة على سلوكه و الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.
 - تقييم الذات: و يتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحكات الداخلية أو المستوى السائد للسلوك.
 - تدعيم الذات: هي تلك المكافئات التي يتلقاها الفرد من نفسه لذاته و العقاب بأي صورة من الصور.
- 2/ **التدريب على أسلوب حل المشكلات:** إعداد برنامج لتدريب المرضى على حل المشكلات بهدف تحديد المشكلة و تحديد نوعية الاستجابات البديلة و توقع النتائج المختلفة لكل بديل، ثم اختيار الاستجابة الأكثر احتمالاً.
- 3/ **التعبير عن الذات بطريقة لفظية:** هنا يتم التركيز على الأخطاء و الأفكار الخاطئة التي يحدث فيها الفرد نفسه و يتم تعليم المريض التوقف عن أحاديثه و الذاتية غير الملائمة و تعليمه في الوقت نفسه عبارات إيجابية.

4/ إعادة البناء المعرفي: حيث يسجل العميل أفكاره السلبية مما يساعد على قدرته على اختبار الواقع ولها عدة أهداف:

*جعل العميل قادرا على مراقبة أفكاره و أحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي.

*اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبي، بحيث إن تمكن من تسجيل الأفكار البديلة فهذا يساعده في مبادئه بينه و بين أخطاء تفكيره.

*العلاج البديلي: يشجع العميل لإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول، و كذلك إمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير عندما يتعرض لمشكلات أخرى.

5/ التدريب المعرفي: يعطي للفرد إيجابيات بحسب الصعوبة و مصدرها بل و يساعد على اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تخيل المريض إتمام المهمة بنجاح و شعوره بإنجاز بعض الأشياء.

6/ التدريب على إعادة العزو: العميل هنا يرجع تأثير الأحداث على نفسه و إلى الظروف المحيطة به، و هذا بهدف تدريب العميل على رؤية نتائج عزوه على سلوكه و كيف حدث تقدم في سلوكه.

7/ جدول الأنشطة السارة: عادة تستخدم هذه الجداول في علاج و تشخيص الاكتئاب و غيرها من الاضطرابات النفسية فهي تقوم بدورها في قياس النقص في ممارسة النشاط كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته من خلال إقرار الفرد بنفسه على أثر ممارسته للأنشطة و قدرته على تسجيلها.

8/ النمذجة: من خلال النمذجة يستطيع العميل تعلم الكثير من المهارات الاجتماعية و من الممكن اكتساب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعي، و من خلال التعرف على النماذج السوية و الاقتداء بها، فتعرض على العميل النماذج المرغوبة تعلمها في سلوكهم من خلال قصص يعرضها المعالج بالشرح و التعليق حيث يتم في حوار بين المعالج و الأطفال بحضور المعلمة أو الأم بحيث النموذج المطلوب مثلا بطل القصة الذي يلقي الإثابة على سلوكه المتصف بالإيجابية و هو شخص عدواني، جيد في انتباهه مطيع و يهتم المعالج بإثابة بطل القصة حتى يعزز سلوكه عند باقي الأطفال ثم يطلب من الطفل تقليد السلوك فوراً و يتم بأربع مراحل:

*عمليات الانتباه.

*عمليات الاحتفاظ: القدرة على الحفظ، و الفرد لا يتأثر بالسلوك النموذج المشاهد إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

*عمليات الأداء الحركي: أي الممارسة ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس، و يتم التكرار حتى يتم التعلم أو ما يسمى لعب الدور بمعنى التغذية المرتدة.

*عمليات الدفاعية: أي لا بدمن توفر الأسباب الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة.

9/ المناقشة و تبادل الحوار: بعد الانتهاء من سرد القصة يقوم المعالج بتبادل الحوار بحضور و مشاركة الأم المعلمة بحيث يستخدم المعالج المناقشة طوال الجلسات لأن لها أهمية في التواصل اللفظي و الاجتماعي و الانفعالي بينه و بين الأطفال و مع أوليائهم مع التوصية و المتابعة بالمواصلة في المنزل، لأن الحوار يحقق الإيجابية بين أفراد المجموعة و يقلل فرص النسيان عندما يظهر سلوك غير صحيح، و يتعلم الطرق و المنافسة و النشاط و الحيوية خاصة و لأن الأطفال يركزون على الأحداث التي تثير انتباههم و خيالهم و أن يسألهم المعالج ما ينبغي فعله من طرف أفراد القصة.

10/ التمثيل و لعب الدور: يستخدم المعالج لعب الدور لأنه يتيح الفرصة للتنفس الانفعالي و تفريغ الشحنات و العدوانية المكبوتة فضلا عن هذا ينمي اتجاهات اجتماعية مرغوبة، و ينمي العمل الجماعي و يتم هذا من خلال تمثيل موقف اجتماعي معين كما أنه حقيقة يحدث و المعالج يقوم بالطرق الأخرى في التفاعل، و يتم تكرار الدور حتى التعلم مسترشدا بالتعليمات.

11/ التعزيز التدعيم: و هو أن نعزز السلوك المرغوب فيه و نشجعه و هذا ما يسمى التعزيز الإيجابي و بالعكس إذا أردنا إيقاف سلوك غير مرغوب فيه نسعى إلى عدم تعزيره لئتم التوقف عن السلوك غير السار، و توجد معززات مادية كالحلوى و الطعام قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية، و توجد معززات اجتماعية: كالاتسامة و النظر في للطفل من خلال سلوك جيد نقدم له الاهتمام و غداء الحب الودي للطفل من خلال حمله و تقبيله و كذلك تنفيذ رغبات الطفل و الامتثال لها، و توجد معززات نشاطية مثل مشاهدة التلفزيون و الخروج لنزهة و لعب الكرة.

12/ الواجبات المنزلية: و هي مجموعة من السلوكيات و المهارات التي يؤديها العميل في المنزل أو المدرسة يتم تحديدها في نهاية كل جلسة و يتم تقديمها مع بداية الجلسة الثانية، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج و تتم بصورة تدريجية من الأسهل إلى البسيط إلى السلوك المركب و لا ينتقل إلى السلوك الآخر حتى ينجح السلوك السابق، و يتم اختيار نوع الواجبات بما يناسب مع هدف العلاج ويكون مع استخدام المعززات. عبد الستار (1978: 265).

13/ التدريب التوكيدي: وجد أن القلق يتعارض مع التوكيد فلا يمكن أن يكون الإنسان قلقاً و توكيدياً في نفس الوقت، من ذلك حالات الشعور بالخلج و الحياء و الانسحاب و الهدف من التوكيد هو مساعدة المريض و تدريبه لاكتساب المهارات الضرورية لاتجاه هذه المهارات الاجتماعية و عدم الخوف و عدم الكف أو القمع في المواقف. العيسوي(2001: 245).

14/ فنية تحديد الأفكار التلقائية و العمل على تصحيحها: و المقصود الأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تسبق أي انفعال غير سار، و ما يميز هذه الأفكار أنها تأتي بسرعة و بصورة تلقائية و غير معقولة و تكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، و تكون ذات صفة سلبية لحدث معين مما يؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة، و هدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار و تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، و لهذا يطلب من المريض أن يسجل يومياً على ورقة تلك الأفكار التلقائية، التي تمر بذهنه و هذا جزء من العلاج. ضيف الله الغامدي(2013: 71).

15/ فنية المتصل المعرفي: في هذه الفنية نطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مع الآخرين، مثلاً المريض الذي يرى نفسه أو يعتقد أنه عديم الفائدة، نطلب منه أن يعرف ما يقصد بعديم الفائدة و نطلب منه أيضاً أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة بداية من الصفر بالمائة عديم الفائدة تماماً، إلى مئة بالمائة فعال جداً، و هذه الفني مفيدة جداً في استبدال الأفكار التلقائية و الاعتقادات الأساسية. ضيف الله الغامدي (2013: 176).

16/ فنية الجدل المباشر: هذا الأسلوب يفيد عندما يكون للمريض شعور بالانتحار، فالمعالج هنا يعمل بسرعة و بشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس و تكون المواجهة المباشرة فعالة في الموقف الذي يتدخل فيه المعالج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض رغبة في عملية العلاج، فالنقاش الحاد في جوهره من الأدوات الخطيرة لأنه من الصعب أن نعطي جدلاً مقنعاً دون أن نسبب للمريض نوعاً من الدونية و الضيق و الهزيمة و بلا نقاش تتحول إلى نزاع معرفي. ضيف الله الغامدي (2013: 177).

17/ فنية صرف الانتباه: و هذه الفنية في العلاج المعرفي السلوكي تستخدم لأهداف معينة و محددة مثلاً نطلب من شخص يعاني القلق أن يقوم بعمل أو سلوك ما حيث يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن الفرد إذا اهتم و ركز على هذه الأعراض تزداد سوءاً، و يستخدم المعالج هذه الفنية في بداية العلاج و هذا كي يشعر المعالج أنه باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها و هذه خطوة مهمة في العلاج، كما يمكن للمعالج المعرفي السلوكي أن يستخدم فنية صرف الانتباه في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية، و من أساليب صرف الانتباه ما يلي:

- التركيز على شيء معين بحيث يتدرب العميل على أن يركز في شيء ما و يصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة و الأجوبة عليها " أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه؟".

الوعي الحسي: هنا يتدرب العميل على ملاحظة محيطه باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، الشم باستخدام الأسئلة التالية: " ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة، خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟". ضيف لله الغامدي (2013: 183، 185).

18/ الاسترخاء العضلي: و هي عبارة عن تمارينات يصبح المريض من خلالها بين حالتي التوتر العضلي و الاسترخاء العاطفي، فهي تضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسمي. عبد الستار (1978: 268).

19/ الاسترخاء التدريجي "التقدمي": يرتبط هذا الأسلوب بإدموند جاكسون الذي يلقب بأب الاسترخاء و هو عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية بالجسم – الجسم و اليدين و الذراعين و العضلة في أعلى الذراعين، الرأس و الوجه و الرقبة، و الصدر و البطن و الجزء السفلي من الظهر، و الفخذ و الأرداف و الساق و القدمين و هي كما يلي: "استلقاء الفرد على ظهره أو الجلوس على الكرسي مع وجود سند للرأس و القدمين ملامستين بكاملهما لأرضية المكان و يقوم الفرد بشد المجموعة العضلية ككل أو بشكل منفرد من 5 إلى 7 ثوان تتبعه فترة ثبات للعضلة المشدودة تستغرق الزمن نفسه أو أقل قليلا ثم إرخائها لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 ثانية و يكرر الأداء لمرة واحدة على الأقل، و إذا استمر التوتر يمكن مده إلى 05 مرات و يمكن البدء من الرأس إلى القدمين أو العكس، و يوصى أن يزاول الفرد الاسترخاء التقدمي مرة أو مرتين من 15 إلى 20 دقيقة كل مرة و مع أنه يمكن القيام بالاسترخاء التدريجي مع فتح العينين إلا أنه يفضل أن يغلق الفرد عينيه لعزل المثيرات التي تقع في محيطه". علي عسكر (2003: 190).

20/ التحكم بالعادة: صمم أسلوب التحكم بالعادة لتقليل أو إيقاف العادات الغير مرغوب فيها مثل بلل الفراش، و نتف الشعر و قضم الأظافر، و اللججة، و ما إلى ذلك. فمثلا العملاء الذين يشدون شعرهم و ينتفونه يطلب منهم أن يطبقون قبضتهم أو يمسكون شيئا ما عندما ينتابهم إحاح الشد. و يتطلب هذا النوع من التدخلات إبداعا من كل من المعالج و العميل لتطوير طرائق جديدة لتحكم بالعادة.

21/ تكاليف الاستجابة أو العقاب و المكافأة: هذا التدخل هو أحد طرائق التحكم الذاتي، حيث يوافق العميل على جزاء أو عقاب ما في حالة لم يقوم بعمل سلوك معين، فعلى سبيل

المثال، العميل الذي يرغب في الإقلاع عن التدخين، يوافق على منح بعض المال لأقل الأفراد المقربين إليه (استبعاد المقربين جدا) لو قام بالتدخين.

22/ المراقبة الذاتية و التسجيل: عادة ما تكون المراقبة الذاتية و تسجيل التقدم عن طريق العميل ذات فائدة، و جزءا مهما من العلاج المعرفي السلوكي، و تعتبر يوميات الواجب المنزلي، و المذكرات اليومية مناسبة و مهمة بشكل خاص، حيث تمكن المعالج من مناقشة التقدم، و كذلك أي صعوبات يمكن أن تكون ظهرت للعميل خلال أداء المهام بين الجلسات.

23/ التحكم بالمنبه: يشمل التحكم في المنبه، تغيير البيئة لذلك فلا يكون سهلا أن يقترب العميل أو يتعرض للمنبه، فمثلا: العميل الذي يهدف للإقلاع على التدخين سيقوم بإبعاد السجائر، المطفأة، و الثقاب عن متناول يده، و سيتجنب مؤقتا أصدقائه المدخنين. و الطالب الذي يهدف للتركيز على دراسته استعدادا للامتحان، سوف يبعد المشتتات عن مكان استذكاره، مثل حاسوب الألعاب، و التلفزيون و الهاتف، و ما إلى ذلك من مشتتات، و إضافة إلى ذلك سيتأكد من أن البيئة المحيطة تساعد على جودة الاستذكار باستخدام ضوء مناسب و مكتب، و سطح مستوي ما للعمل عليه و ما إلى ذلك. محمود عيد مصطفى (2008: 185، 187).

24/ أسلوب الزيادة: يستخدم هذا الأسلوب في حالة ما إذا كان العميل قلقا من حدث مستقبلي محتمل، و يبدو و كأنه صعب المنال، و يكون المعتقد الأساسي صعب التحديد، و يتم إعطاء تعليمات للعميل أن يتخيل الموقف المخيف ظاهرا و حقيقيا، و واقعيًا، و يكون مساعدا للعميل في الوصول للسبب الأساسي للخوف و القلق، و من الملائم في بعض الأحيان أن نطلب من العميل أن يزيد من المنظر بصريا أسوأ النتائج المحتملة، و هما يبدأ كلمن المعالج و العميل في التفكير في كيفية التعامل مع الموقف، تبعا لذلك يطلب من العميل أن يكرر التمرين مستخدما طرائق المواجهة الجديدة التي طورها، و غالبا ما يدرك العميل أن أسوأ مخاوفه غير محتملة الظهور، و لو حدث ذلك فإنها تكون غير مهددة للحياة و يمكن التعامل معها. محمود عيد مصطفى (2008: 181).

الخلاصة:

إن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية، و خاصة الاكتئاب و أمراض القلق و الرهاب الاجتماعي، و بالفعل قد أثبت هذا العلاج المعرفي السلوكي جدارته و فاعليته في مختلف اضطرابات الاكتئاب بل و في بعض الاضطرابات النفسية و العقلية، و خاصة أنه يحتوي على عدة أساليب و بالتالي شأنه أن يتلاءم مع مختلف الاضطرابات و الأمراض و مختلف الشخصيات و قد أثبت نجاحه بدرجة كبيرة كما تثبت الدراسات العربية الأجنبية و العربية خاصة في تخفيض حدة الاكتئاب، و في الدراسة الحالية نستخدم بعض الفنيات في البرنامج العلاجي على الحالات التي تتم عليها الدراسة.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس: منهج البحث أدواته و إجراءاته

تمهيد

1- المنهج العلمي

2- المنهج العيادي

3- أدوات البحث

3-1- دراسة الحالة

3-2- الملاحظة

3-3-المقابلة العيادية

3-4-اختبار فحص الهيئة العقلية

3-5-الاختبارات النفسية

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية

5- البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

تمهيد:

نتناول في هذا الفصل الجانب المنهجي للدراسة الميدانية و الذي هو الأهم من حيث التطبيق و الأدق، و التي نهدف من خلالها إلى معرفة الخطة المنهجية المتبعة في الدراسة بعد التطرق إلى الجانب النظري للموضوع، و نذكر في هذا الفصل المنهج المتبع في الدراسة، و كذلك الأدوات التي استخدمت في الدراسة، ثم الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية.

1- المنهج العلمي:

هو مجموعة القواعد العلمية و المنطقية بها يتمكن الباحث من تفكيك و تركيب و ربط المعلومات بالموضوعية، و به تنسج الأفكار و تعرض التصورات المجسدة لها في السلوك و الفعل. و المنهج العلمي بناء فكري على أسسه تبني النظريات و تترايط و تصاغ و به يتم إظهار المتغيرات الصريحة و الضمنية و نستكشف العلاقات بين المستقل منها و التابع و المتداخل، و منه تستمد الطرق التي تنتهج من أجل تحقيق الأهداف العلمية. عقيل حسين عقيل (57، 58).

2- المنهج العيادي:

يعرف المنهج أو المنهجية: " بأنه طريق إجرائي مركب متكامل، يعتمد على الباحث للوصول إلى حقيقة جديدة ينشدها للتغلب على مشكلة تستهويه أو غامضة بالنسبة إليه، أو ليثبت لنفسه أو لمجتمعه حرجا علميا، اجتماعيا أو سلوكيا علميا". محمد حمدان (2001: 30).

و يعرف منهج البحث على أنه: "التصميم أو الخطة التي يضعها الباحث للحصول على البيانات و تحليلها، بغرض الوقوف على طبيعة المشكل من المشكلات". أبو علام (2004: 4).

فقد اتبعنا في دراستنا المنهج العيادي الذي يركز في جوهره على دراسة الفرد بشكل معمق، و هذا تماشيا مع موضوعنا حيث أننا من خلال هذا المنهج نتعرف على المعلومات الدقيقة فيما يخص المعاش النفسي للطفل، و كل ما يخص حالة

الطفل، و بما أن المنهج العيادي يركز جوهره على دراسة الفرد بشكل معمق، فإنه يعتمد بدوره على تقنية دراسة الحالة التي تهدف إلى فهم الحالة موضوع الدراسة من خلال تجميع أكبر و أدق عدد ممكن من المعلومات التي لا تجمع بصورة عشوائية، بل عن طريق أدوات الدراسة و وسائل معينة نعطي لكل معلومة معنى و مغزى من جمعها. محمد حسن غانم (2006: 204).

و في هذا الصدد يؤكد العالم "جوليان روبير": " بأن تقنية دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر و أدق قدر ممكن من المعلومات ليتمكن من التقييم و الحكم على المريض، و المتضمنة طبيعة المشكلة، ظروفها، صاحبها، اتجاهاته، و غاياته و خبراته المؤلمة التي تعرض لها". الخالدي (2006: 78).

و عليه يتضح لنا أن المنهج العيادي هو دراسة لحالة فردية بشكل معمق من خلال جمع قدر كاف من المعلومات، عن طريق أدوات معينة تفرضها تقنية دراسة الحالة، و نذكر من بينها ما يهمننا في الدراسة الحالية: المقابلة العيادية، الملاحظة العلمية، و الاختبار الإسقاطي.

و ذلك من أجل فهم الحالة بشكل واضح و تقييمها، فاعتمدنا على منهج دراسة الحالة.

3- أدوات البحث:

أدوات البحث هي الوسائل التي يستخدمها الباحث في استقصاءه، أو حصوله على المعلومات المطلوبة من المصادر المعينة من بحثه. محمد زيدان حمدان (1998: 9).

ترتكز دراستنا الحالية على المنهج العيادي بإتباع تقنية دراسة الحالة، والتي تتحقق باستخدام الوسائل التالية: المقابلة و الملاحظة و الاختبارات الإسقاطية.

3-1- دراسة الحالة:

ترتكز دراسة الحالة على وصف الشخص أو الظاهرة موضوع الدراسة و التعرف على تتابع الأحداث التي يقع السلوك في محيطها و الحالة التي يمكن دراستها قد تكون فردا أو أسرة أو مؤسسة أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعا محليا بعينه. محمود عبد الحليم (2003: 213).

3-2- الملاحظة:

الملاحظة العلمية هي تلك التي يقوم فيها العقل بدور كبير من خلال ملاحظة الظواهر و تفسيرها، و إيجاد ما بينها من علاقات، و لهذا فهي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات. فاطمة عوض صابر (2002: 143).

و يعرفها "صالح بن محمد العساف": أنها أداة من أدوات البحث، تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة بحثه، فهي تعني الانتباه المقصود، و الموجه نحو سلوك فردي، أو جماعي معين بقصد متابعة و رصد تغيرات ليتمكن من وصف السلوك و تحليله. صالح محمد العساف (1995: 400).

و عليه فالملاحظة أداة أساسية في البحث، و التي تعتمد على حواس الباحث التي تمكنه من ملاحظة سلوكيات أفراد العينة، و التعرف على الخصائص الظاهرة للفرد.

3-3- المقابلة العيادية:

تعد المقابلة تكتيكا واسع الانتشار في تقويم الشخصية، و يمكن من خلال المقابلة الكشف عن الكثير من جوانب السلوك الظاهر و المضمرة، و تقوم عادة من خلال تبادل لفظي بين القائم بالمقابلة و العميل الذي تم معه المقابلة، و أهم ما يجب أن تتسم به المقابلة الأمانة و الصدق. محمد الطيب و آخرون (1997: 211).

و يرى محمد حسن غانم 2006 المقابلة بأنها: "علاقة هامة و أساسية سواء كانت في البحث، أو التشخيص أو العلاج." محمد حسن غانم (2006: 126).

كما نجد ميخائيل معوض 2003 يقول عن المقابلة البحثية: "بأنها تهدف إلى جمع البيانات من فرد أو أفراد بقصد دراسة مشروع أو مشكلة معينة، و ذلك عن طريق التبادل اللفظي بين الشخص القائم بالمقابلة و المفحوص، بحيث تمكن الباحث من الحصول على المعلومات التي يرغب في الوصول إليها. خليل ميخائيل معوض (2003: 23).

إذن المقابلة هي العلاقة هامة و أساسية تركز على المحادثة بين الباحث و المفحوص يهدف من خلالها للوصول إلى أغراض محددة، سواء في البحث أو العلاج أو التشخيص و عليه اعتمدنا في دراستنا على المقابلة البحثية التشخيصية.

و بما أن المقابلة تعتمد على دراسة الأعراض العادية التي يعاني منها المفحوصون، و من خلال التبادل اللفظي بين الباحث و المفحوص يتحصل على معلومات، و بيانات تساعده في تحديد الأعراض و وصفها بدقة ووضوح.

و اختيارنا المقابلة كأداة مباشرة مع حالة موضوع الدراسة، الأمر الذي يمكننا من الحصول على مؤشرات و ردود أفعال غير لفظية توضح مشاعر و استجابات من إيماءات، و شدة الصوت، و حركة الأيدي، و غيرها.

و المقابلة عدة أنواع و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على المقابلة النصف الموجهة، و التي فيها يوجه الباحث مجموعة من الأسئلة أين يتم تحديد المحاور التي تناولها من حيث المضمون و أيضا ترك المجال للمريض أن يحكي لنا المريض ما يريد.

3-4- اختبار فحص الهيئة العقلية:

قد وضع هذا الاختبار من طرف الدكتور نصره قويدر (1978)، حيث يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها و الحركية، بما في ذلك معلومات حول محيط الفرد عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية و يحتوي على:

الاستعداد و السلوك العام.

النشاط الفكري.

المزاج و العاطفة.

محتوى التفكير.

القدرة العقلية.

الحكم و الاستبصار. طباس نيسمة (2005: 121،122).

3-5- تعريف الاختبارات النفسية:

هي طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر، أو هو أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف معين من حيث ظروف التطبيق و مواد الاختبار و طريقة التصحيح فيمكن بذلك جمع بيانات عن السلوك في أسلوب مقنن منظم نستطيع من خلاله التعميم على مواقف الحياة و التنبؤ بالسلوك في المواقف المرتبطة به.

2-3-1- الاختبار الإسقاطي projective test:

وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار من الخصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجاته و دوافعه و رغباته و تفسيراته الخاصة دون أن يفتن لما يقوم به من تفريغ وجداني.

2-3-2- الاختبارات الموضوعية:

هي اختبارات تقيس سلوك الأفراد بشكل إجمالي و موضوعي و تستخرج الأعراض التي تسبب الأمراض و المشاكل و تعممها و تطبيقها يكون على عينة كبيرة من أفراد المجتمع و تكون على شكل استبيانات أو اختبارات تحصيلية و تكون موضوعية أي لا تميل إلى الرأي الذاتي الذي فيه نوع من التحيز. حسين مصطفى عبد المعطي (1998: 271، 270).

• اختبار رسم الشخص:

يرى Hammer أن المرضى النفسيين يستطيعون التعبير عن أنفسهم بدرجة أكثر سهولة من خلال وسائل الاتصال الفنية عن الوسائل اللفظية، كما أكدت العديد من الدراسات أن فنية الرسم عادة ما تختزل الطريق بالوصول إلى اللاوعي حيث الخبرات المتصارعة، كما رأَت "ماكوفر" أن الفرد الذي يشرع في عمل رسم الشخص يكون خاضعا لكل الجوانب الشعورية و اللاشعورية لصورة جسمه، موادها أن القائم بالرسم سوف يعكس مفهومه عن ذاته و صورة جسمه في رسمه.

• قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب:

أعد ماكس هاملتون (صاحب مقياس القلق) قائمة لتشخيص مرض الاكتئاب و تقدير شدته، فمن خلال المقابلة التي يجريها فاحص متمرس تعطى درجة لمختلف الأعراض و عددها 17 عرضا.

و تتراوح الدرجة من صفر إلى أربع: فهناك أعراض تتراوح درجتها من صفر إلى اثنين، و أخرى درجتها من صفر إلى أربعة وفق الجدول التالي:

الأعراض التي تتراوح درجاتها من صفر إلى اثنين	الأعراض التي تتراوح درجاتها من صفر إلى أربعة
صفر= لا توجد أعراض.	صفر= لا توجد أعراض.
1= أعراض طفيفة.	1= أعراض طفيفة.
2= توجد أعراض واضحة.	2-3= أعراض متوسطة.
	4= أعراض حادة

و تستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقا للمعايير التالية:

(من صفر إلى 7) لا يوجد اكتئاب.

(من 8 إلى 13) اكتئاب بسيط.

(من 14 إلى 18) اكتئاب متوسط.

(من 19 إلى 22) اكتئاب شديد.

(من 23 فما فوق) اكتئاب شديد جدا. www.cbtarabia@com

الخصائص السيكومترية لمقياس هاملتون:

1- الثبات:

و يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة و الاتساق و استقرار نتائجه، فيما لو طبق

على عينة الأفراد في مناسبتين مختلفتين، مقدم حفيظ (1993، 102).

ويقاس بعدة طرق منها طريقة إعادة الاختبار و التي اعتمدها في دراستنا.

بالنسبة للمقياس تم حساب الثبات بالطريقة التالية: اخترنا طريقة إعادة الاختبار

لمقياس الثبات، و حسبنا معامل الارتباط بيرسون، ثم استخرجنا الصدق عن

طريق الثبات.

و نتيجة الثبات المتحصل عليها 0.88 بالنسبة لمقياس الاكتئاب و هذا يعني ان

"ر" دال و بالتالي الاختبار ثابت.

2- الصدق:

يعرف الصدق على أنه قدرة الاختبار على قياس ما وضع لقياسه. بشير
معمرية(2007: 101).

و استخرجنا الصدق من خلال حساب جذر الثبات حيث أن الصدق الذاتي هو
الجذر التربيعي للثبات.
الصدق الذاتي:

في بعض الأحيان يستخرج الصدق من الثبات و ذلك لوجود ارتباط قوي بين
الاختبار و ثباته، و أن الاختبار الصادق يكون دائما ثابتا، حيث:

معامل الصدق = $\sqrt{\text{الثبات}}$ الطيب (1998: 293).

ومنه توصلنا إلى النتيجة التالية: الصدق بالنسبة لمقياس هاملتون للاكتئاب هو:
0.93.

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية:

4-1- الحدود الزمنية: تمت الدراسة الأساسية في حدود شهرين من 2015-03-22
إلى 2015-05-24.

4-2- الحدود المكانية:

لقد تمت الدراسة في المؤسسة الإستشفائية للأمير عبد القادر و هو محاذي لمركز
المعوقين بالطريق الرابط بين وهران و تلمسان.

تأسس خلال العهد الاستعماري و كان خاص بمرضى السل و خلال الاستقلال
أصبح مركزا لليتامى من أبناء الشهداء، ثم تحول إلى وظيفته الأولى أي خاص
بمرضى السل و في سنة 1973 أصبح عبارة عن أصح عبارة عن مصلحة لمعالجة
الأطفال.

فهو يعتبر الوحيد على مستوى الغرب الجزائري، و هو مكون من طابق و آخر
تحت أرضي.

5- البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:

و هو برنامج علاجي مقترح يتأسس على قواعد علمية، أسسه و فنياته تتكون من العلاجين المعرفي و السلوكي، من أجل تطبيقها و تحقيق الهدف، لفائدة حالة الدراسة التي يطبق عليها البرنامج المخطط له، و هي من الأطفال المصابين بمرض السرطان.

و البرنامج كما يعرفه نوري القمش بأنه "الخطة التي تهدف إلى تنمية قدرات الطفل و إكسابه مجموعة من المهارات و الأنشطة و السلوكيات وفقا لما يتناسب مع عمره الزمني و مستوى نموه يتخلل ذلك عمليات التقويم المستمدة للتعرف على مدى التحسن في قدرات الطفل" القمش (2011: 368).

الخلفية النظرية للبرنامج:

ترجع أساليب العلاج المعرفي السلوكي إلى ثلاث نظريات هامة و هي: نظرية KELLY، و نظرية بيك BECK، و نظرية أليس ELLIS، و النظريات الثلاثة ترفض نظرية التحليل النفسي و ترفض الدور الدينامي اللاشعوري، و تنسب السلوكيات الحالية إلى المعرفة و ليس إلى الأسباب الماضية. و العلاج السلوكي المعرفي يهتم بالعمل حيث يبحث في الخلل للوظائف المعرفية، و تهدف التدخلات العلاجية به إلى تغيير الأخطاء المعرفية، لأن العلاج المعرفي السلوكي يرى كثيرا من الاستجابات الوجدانية و السلوكية، و الاضطرابات تعتمد إلى حد كبير من معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد على نفسه و عن بيئته، و بالتالي البرامج العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي تصمم لتساعد العميل على أن يصبح واعيا بما يدور معرفيا داخله، و يتعلم كيف يلاحظ و يتعرض و يتعرف أيضا على المواقف الأكثر خطورة ليستعد لها. إلهام عبد الرحمان (2009: 204).

أما المراقبة الذاتية أكدت عدة دراسات أن لها أهمية كبيرة لمدى نجاح المهارات الأخرى و من بين الدراسات دراسة هاركل 2000، ودراسة متشنبوم 1997، و دراسة سترينبرج 1999، كما أنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه

في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، كما تساعد على الاحتفاظ بالهدف و معرفة ما تم إنجازه، و اتخاذ القرار في التقدم نحو الهدف. سارة القحطاني (2009: 88).

إجراءات البرنامج:

- 1- ينفذ البرنامج على يد الطالب.
- 2- يستهدف البرنامج الأطفال المصابين بمرض السرطان ممن يعانون باضطراب اكتتابي بمستشفى الأمير عبد القادر بوهران.
- 3- يقدم البرنامج أساليب العلاج المعرفي السلوكي بما يتناسب مع حالة الدراسة في موضوع البحث.
- 4- يتم تقديم البرنامج وفق مخطط علاجي يتوافق مع الاضطراب النفسي للحالة.

خطة البرنامج:

يقوم الباحث بإجراء مقابلة عيادية لجمع المعلومات و هذا قبل تطبيق البرنامج العلاجي، ثم بعد التشخيص و هذا وفقا للأدوات المستعملة و طبقا إلى DSM VI TR، ثم تطبيق أحد الاختبارات الإسقاطية (اختبار الشخص)، و بعد ذلك تطبيق البرنامج العلاجي المكون من التقنيتين و هي كما يلي: تعديل الأفكار التلقائية، المراقبة الذاتية.

و بعد ذلك نقوم بالمتابعة التقنية من أجل تقييم فعالية البرنامج العلاجي.

الفصل السابع: دراسة الحالة

1- مواصفات الحالة المدروسة

2- اختبار الهيئة العقلية

3- الاختبار النفسي للحالة قبل العلاج

4- تفاصيل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للحالة

5- الاختبار النفسي للحالة بعد العلاج

6- تحليل اختبار رسم الشخص

7- ملخص الحالة

1- مواصفات الحالة المدروسة:

الحالة "جمال الدين" من ولاية معسكر، عمره 12 سنة، يدرس في السنة الثانية متوسطة من أسرة متوسطة مكونة من ذكرين و بنتين، الأب لا يعمل و الأم أستاذة في قطاع التربية.

مكان إجراء المقابلة: تم إجراء المقابلة بمستشفى مكافحة الأورام السرطانية الأمير عبد القادر، في جناح الأطفال في الغرفة التي يشغلها المريض.

2- اختبار فحص الهيئة العقلية:

الاستعداد و السلوك العام: الحالة "جمال الدين" يبلغ من العمر 12 سنة، طفل متوسط القامة، أشقر البشرة، نحيف الجسم، ذو مزاج كئيب و خجول قليلا، و يتحدث بصوت منخفض.

الهيئة: الحالة هندامه نظيف و يهتم بمظهره.

النشاط الفكري: يمتاز في التلقائية في التعبير عن انفعالاته و أفكاره، فليديه قدرة على إيصال أفكاره و إحساساته فلا يعاني من أي تشويش أو قطع في محتوى الكلام و التفكير.

المزاج و العاطفة: من خلال الملامح يبدو حزينا و مستاء لا يضحك إلا قليلا، يتكلم مع المرضى الذين معه في الغرفة أحيانا، خجول و مهذب في الكلام و حتى في معاملته مع الآخرين، و إنه في اليوم الأول من المقابلة بكى حزنا و تعبيراً على الوضع الذي يعيشه و كي يوصل لنا ما مدى معاناته.

محتوى التفكير: كانت لغته واضحة، و لا يجد الصعوبة في التعبير و الحديث معنا، كما أنه مجتهد في الدراسة و يستوعب كل ما نقوله له، و كلامه منطقي لا يوجد أي خلط في الأفكار.

القدرة العقلية: الزمان، المكان و أيضا التعرف على الأشخاص و الأشياء و كل ما حوله، لا يوجد أي اضطراب من هذه الناحية فذاكرته قوية و جيدة، حيث كان مركزا في الجلسات العلاجية.

الحكم و الاستبصار: "جمال" واعي بالموقف الذي يعيشه، و المرض الذي أصابه لكنه مكتئب و حزين لما آل إليه، و يتمنى الشفاء العاجل و الخروج من الحالة التي هو فيها، و هو سريع التأثر بالذي يدور حوله.

3- مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب قبل بدء العلاج:

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
4	<p>المزاج الاكتئابي: الابتئاس و الغم و التشاؤم بشأن المستقبل , مشاعر الحزن , الرغبة في البكاء 0 - لا يوجد 1 - الحزن 2 - البكاء من حين لآخر 3 - البكاء بشكل مستمر 4 - أعراض حزن شديد</p>	صفر - 4
3	<p>تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب: 0 - لا يوجد 1 - لوم النفس و الشعور بأنه خيب ظن الآخر بِنفيه 2 - أفكار بشأن أنه مذنب و خاطئ 3 - مرضه الحالي عقب نزل به , ضلالات بشأن ارتكابه أثاما مع الإحساس بالذنب 4 - هلاوس بشأن الإحساس بالذنب</p>	صفر - 4
0	<p>الانتحار: 0 - لا يوجد 1 - يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش 2 - يتمنى الموت 3 - أفكار بشأن الانتحار 4 - محاولات انتحار</p>	صفر - 4
2	<p>العمل و اهتمامات الحياة: 0 - لا يوجد صعوبات 1 - مشاعر بالعجز و عدم القدرة , فتور الهمة , غير حاسم و لا يستطيع اتخاذ القرار 2 - فقدان الاهتمام بأي هوايات , نقص الأنشطة الاجتماعية 3 - نقص الإنتاجية 4 - عدم القدرة على العمل</p>	صفر - 4
2	<p>التكاسل و التثاقل: بطء التفكير و الكلام و النشاط , اللامبالاة و الذهول 0 - لا يوجد 1 - بطء طفيف أثناء المقابلة 2 - تثاقل و تكاسل واضح خلال المقابلة 3 - صعوبة إجراء المقابلة 4 - الذهول الكامل</p>	صفر - 4
1	<p>القلق النفسي: 0 - لا يوجد 1 - التوتر و سهولة الاستثارة 2 - الانشغال و القلق بالأمور التافهة 3 - التوجس و توقع الشر</p>	صفر - 4

	4 - المخاوف	
3	<p><u>القلق الجسدي :</u> أعراض معدية معوية : أرياح و عسر الهضم , قلبية : خفقان و صداع , تنفسية</p> <p>0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - متوسطة 3 - شديدة 4 - معيقة</p>	4 - صفر
2	<p><u>توهم المرض :</u> 0 - لا يوجد 1 - الانشغال الزائد بالجسم 2 - الانشغال بالصحة 3 - سلوك متشكك 4 - ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض</p>	4 - صفر
1	<p><u>الأرق :</u> في بداية الليل (صعوبة في الدخول في النوم) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر</p>	2 - صفر
1	<p><u>الأرق :</u> في منتصف الليل (نوم منقطع) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر</p>	2 - صفر
1	<p><u>الأرق :</u> في آخر الليل (الاستيقاظ أبكر من المعتاد , و عدم القدرة على النوم مجددا) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر</p>	2 - صفر
0	<p><u>اليليلة و الارتياح :</u> عدم الاستقرار (فرك الأيدي و التمشي جيئة و ذهابا) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر</p>	2 - صفر
1	<p><u>أعراض جسدية :</u> معدية معوية : فقدان الشهية , الإحساس بثقل في البطن 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة</p>	2 - صفر
2	<p><u>أعراض جسدية عامة :</u> ثقل في الأطراف أو الظهر أو الرأس , آلام غير محددة في الظهر , فقدان الحيوية و سهولة التعب 0 - لا يوجد 1 - بسيطة</p>	2 - صفر

	2 - شديدة	
0	<u>أعراض جنسية :</u> فقدان الرغبة الجنسية ، اضطرابات الطمث 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	صفر - 2
1	<u>الاستبصار :</u> 0 - لم يفقد استبصاره 1 - فاقد للاستبصار جزئيا 2 - فاقد للاستبصار	صفر - 2
2	<u>نقص الوزن :</u> 0 - لا يوجد 1 - قليل 2 - واضح أو شديد	صفر - 2

مجموع الدرجات = 27

و حسب سلم الدرجات لمقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب فإن الحالة جمال عنده
اضطراب اكتئابي شديد جدا

4- تفاصيل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للحالة:

الجلسة الأولى:

كان الهدف منها التعرف على المريض و جمع المعلومات الأولية و التعرف على الوضعية التي يعيشها المريض، و قد استغرقت الجلسة 45 دقيقة.

عند مقابلتنا له بدأت بالتعريف عن تخصصي و مهمتي من هذه الدراسة على مرضى السرطان.

كما تم طرح الأسئلة الخاصة بالحالة و جمع المعلومات الأساسية، و هل بدأ العلاج كيف يشعر من خلال دخوله على المستشفى، فأول ما رأنا و جلسنا معه و بدأنا في التحدث إليه بشأن المرض و عن حياته انهمر بالبكاء و اشتكى لشدة ألمه وقال : " علاه غي أنا ربي عطاني هاد المرض، أنا ما درت في حياتي والو و ما غضبتش ربي" فهنا حاولنا التخفيف قليلا عنه و بينا له أننا سنساعده في تجاوز المحنة التي هو فيها، و اتفقنا على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

كان الهدف من الجلسة تقديم الاختبار النفسي و هو اختبار الشخص، الوقت المستغرق 45 دقيقة.

في هذه الجلسة تم تقديم الاختبار و التعرف عليه، و طلبنا من جمال الدين أن يرسم لنا شخصا، لكن الطفل كان مترددا و جاوبنا انه لا يعرف الرسم و لكن بعد التوضيح و إقناعه أن هذا سيفيدنا في العلاج تقبل أن يرسم لنا، لكن في الحقيقة كان مريضا فقد انتكس و رجع إلى حالته السابقة حيث انه رسم لنا لإقناعنا و بين لنا أنه مستعد للعلاج و ذلك بعد الحديث و إليه عن مدى فائدة هذا الرسم و أنه سيساعدنا على تخطي هذا المرض و الحالة النفسية التي هو فيها.

الجلسة الثالثة:

الهدف من هذه الجلسة هو تشخيص و معرفة الاضطراب النفسي الذي يعيشه الطفل من خلال المرض الذي أصابه بتقديم مقياس هاملتون للأعراض الاكتئابية.

في هذه الجلسة شخصنا الاضطراب الذي يعيشه المريض من خلال مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب، حيث طرحنا عليه عدة أسئلة تتعلق بالمقياس و حاولنا إعطاء كل عرض العلامة المناسبة و الحساب، ومنه معرفة إذا ما كان عنده اضطراب اكتئابي و مدى شدة، و لا ننسى عودتنا إلى المرجع DSM VI TR الذي هو المرجع المعتمد الذي يعطينا نوع الاضطراب حسب الأعراض التي جمعناها من خلال أدوات البحث.

الجلسة الرابعة:

كان الهدف من الجلسة تقديم البرنامج العلاجي الذي سنتبعه، الوقت المستغرق هو 30 دقيقة.

قدمنا البرنامج العلاجي و الفوائد التي يعطيها له للتخفيف عنه من الصعوبات التي يواجهها و تجاوز كل ما هو سيء، و أنه مجموعة من التقنيات التي يواجهها الفرد في حياته لتبديل أفكاره و تغيير صورته عن نفسه و عن الحياة.

و أيضا أنه يشجع الفرد على تخطي الصعاب، و التخفيف من الحزن و الضغط الذي يسببه له المرض، و تحرير ذهنه من الأفكار السيئة التي تراوده دوما بشأن الحياة، و أيضا كي يتمكن من السيطرة على مواقف اليأس و الحزن و الكتابة التي تنتابه في كل حين جراء المرض و أيضا الأدوية، و كذلك توعده على المستشفى لحين يشفى.

الجلسة الخامسة:

الهدف منها تعريف الاكتئاب و تعليمه تقنية مراقبة الذات، الوقت المستغرق 30 دقيقة.

حيث حاولنا تعريف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد و الانطواء على النفس، و انعدام الثقة بالذات، و كما أنه لا يساعد على الشفاء لكي يعود إلى حياته الطبيعية و دراسته و أهله.

أما فيما يخص المراقبة الذاتية طلبنا منه تحضير كراس صغير خاص يستعمله لتسجيل المواقف التي تنتابه فيها حالة الحزن و الاستياء و الكآبة و لماذا و ما السبب في ذلك، و هذا في كل الأيام و تتم مناقشتها في الحصة المقبلة.

الجلسة السادسة:

الهدف مناقشة المواقف التي سجلها المريض أي المراقبة الذاتية، و أيضا التعرف على ما الذي تعنيه الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، الوقت المستغرق 45 دقيقة.

من حيث الملاحظات التي سجلها المريض فيما يخص المراقبة الذاتية هي:

1: أنه كلما خرج مريض من المستشفى تنتكس حالته و يشعر بالحزن الشديد لبقائه و عدم إعطائه الطبيب تصريح بالخروج.

2: يشتكي من الأكل بدون ملح و الذي يتسبب بفقدان وزنه لأنه لا يستطيع أكله.

3: الإبر و التحاليل تؤلمه و تزعجه.

4: عدم خروجه من المستشفى و أنه أطال مكوثه بها.

بعد تسجيله لحالات الحزن و الاستياء التي تنتابه و أسبابها بدأنا في الشرح أن الخروج الذي يقدمه الطبيب للمرضى الذين معه هو مؤقت، لأنهم يتبعون نصائحه و يساعدون أنفسهم لكي يتجاوزون مع العلاج، و كان هدفهم الوحيد هو الشفاء و الرجوع إلى أصدقائهم و دراستهم، كما أن الأكل بدون ملح لكي لا يزود له الطبيب دواء آخر و أن الدواء الذي يأخذه لا يتجاوز مع الأكل المالح، و كثرة التحاليل ما هي إلا اطمئنان على أنه يتحسن و يتجاوز مع العلاج أم لا، و يجب أن يقاوم الألم حتى يتجاوز المرحلة الصعبة التي هو فيها، و حين يتبع التعليمات و يأخذ بعين

الاعتبار ما يقال له فسوف يخرج إلى البيت و يرى عائلته، و كلما كان أحسن كان وقت المغادرة أقرب.

أما عن الأفكار السلبية هي تلك الأفكار التي تسيطر على عقل الإنسان دون أن يعرف، و على هذا يصبح أكثر تأثراً بما يدور حوله و لا يستطيع مباشرة حياته بشكل جيد فتظهر اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب.

الجلسة السابعة:

التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية و تسجيلها و تعلم كيفية تعديلها و التخلص منها، و معرفة ما الذي أنجزه في فترة غيابنا، الوقت المستغرق 50 دقيقة.

في هذه الجلسة تعرفنا على الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي تراوده و تجعله متوتراً و تصيبه بالحزن الشديد و الكآبة، فالأفكار التي كانت تراوده هي:

1: إن الله أعطاه هذا المرض و هو صغير و هو لم يعيش حياته إلا القليل و أن الله لا يحبه لهذا مرض هكذا، و أنه اقتراف إنما لهذا أنزل الله عليه هذا العقاب.

2: قال لنا أنه لن يشفى و سيظل مريضاً و يبقى على حالته خصوصاً عندما انتكس قبل بدأ العلاج و رجع إلى الحالة التي دخل بها إلى المستشفى.

3: يحس أن الموت قريب منه و أن الله غاضب منه لهذا سيفتله هذا المرض.

و عندما تعرفنا على هذه الأفكار لسلبية التي تراوده، باشرنا في مساعدته في تعديلها و تغييرها لكي يطمئن أكثر و يعمل جهده الاستجابة مع العلاج.

فبدأنا بالتوضيح أن الأطفال الذين يخرجون من المستشفى، خروجهم يكون مؤقتاً و ذلك لأنهم يتبعون تعاليم الطبيب، لا سيما و هم يتجاوبون مع العلاج، و الله يحبه و يعطي المرض للصغير و الكبير ليختبر صبره و قوة تحمله و إن الله يبتلي من يحب و من يشاء، فكم من مريض كان أكثر منه مرضاً و أصغر سناً شافاهم الله، بدليل أن هناك من معه في الغرفة اصغر سناً منه و هم متقبلون للمرض، فليس هو الوحيد

المريض في هذه الدنيا هناك الكثيرون، و هم صابرون على ما كتبه الله لهم، و أن فكرة الموت التي تراوده غير صحيحة فبفضل الدواء و العلاج سيشفى، و أن هذه الفكرة خاطئة و هي تجعله حزينا، فكلما فكر هكذا تدهورت حاله أكثر، و أطل البقاء في المستشفى.

و قلت له أنه كلما راودته فكرة سيئة و كان في مزاج معكر، يجب عليه أن يتفاهل و يفكر في أشياء جميلة تسعده، و لكي لا يبقى متضايقا عليه أن يشغل نفسه بأشياء يحبها مثلا كالمطالعة و الرسم، ألعاب الفيديو، و إن كانت حالته تسمح فهناك ألعاب في الحديقة يمكنه أن يلعب مع أصدقائه.

الجلسة الثامنة:

الهدف منها مراجعة المراقبة الذاتية و فحص الأفكار التلقائية السلبية.

حيث تم مراجعة و مناقشة المراقبة الذاتية، حيث بعد تحدثنا معه رأينا أن مواقف الضيق و الحزن بدأت تقل، و بدأ يتحسن و يتجاوب مع العلاج و أصبحت الابتسامة تملأ وجهه، لكنه بقي مستاء قليلا و حدثنا أنه لم يخرج و اشتاق إلى البيت و المدرسة، فحمسته بالأكل و المواظبة على الأدوية و كذا يجب أن يكون في حالة استقرار نفسي، فمهما تناول الدواء و حالته النفسية غير مستقرة فسيرجع من نقطة الصفر و قارنا له حالته عندما دخل إلى المستشفى و حالته الآن و كيف أصبح أحسن فقال لي: " دروك راني غايا و غادي ندير كلشي باش نبرا و نولي لدارنا و قرايتي و عند صحابي و انتي تعاونيني".

أما حين حدثناه عن إذا كانت هناك أشياء و أفكار تزعجه فرد بأنه مرتاح نوعا ما و أن تلك الأفكار التي كانت تراوده قلت فالدليل على تحسن صحته و تخفيف الأدوية و التحاليل عنه.

الجلسة التاسعة:

الهدف منها مناقشة المراقبة الذاتية و كيف تعامل مع المواقف الصعبة التي واجهته.

عندما ناقشنا المراقبة الذاتية رأينا أن المواقف التي كانت تنتابه من حزن و خمول و انطواء على الذات بالكاد انعدمت فأصبح يشارك في النشاطات التي تحضرها الجمعية المتواجدة في المستشفى و في ذلك اليوم وجدناه فرحا أكثر من اللازم لأن الطبيب وقع له مدة خروج.

و أما عن المواقف الصعبة فتحسن عن السابق فأصبح كل ما مرض أو غضب يتمالك نفسه و يقاوم حتى لا يرجع إلى الحالة السابقة و بفضل ذلك قال أنه سيخرج اليوم.

الجلسة العاشرة:

الهدف منها معرفة وقع الإجازة على نفسية المريض و ما إذا كان هناك أفكار أوتوماتيكية يمكن تعديلها.

بعد رجوعه من البيت كان جمال الدين أكثر نشاطا و حيوية من ذي قبل حتى في وجهه كان مرتاحا فبدأ يحكي لنا ماذا فعل عندما ذهب إلى بيتهم، و قال لي: "قعدت نقلق في ماما باش نولو لسبيطار باش نكمل الدوا و نريح و نولي مع صحابي نقرا و نلعبو في رحبا".

و من هنا تبين أن الطفل جمال بدأ يتجاوب أكثر مع العلاج و أصبح متأقلا مع وضعه و متقبلا لمرضه و يحاول الشفاء بأقصى سرعة ممكنة.

و في الجانب الآخر سألناه كيف يشعر و هل هناك أفكار تزعه يمكننا تعديلها، فوجدنا أن تلك الأفكار السيئة التي كانت تسيطر عليه و تشعره بالضيق و الحزن تلاشت و لم يعد لها أي أثر و مكان في عقله وحياته، لا سيما يشعر بالاستياء أنه انقطع عن الدراسة.

فبيننا له أن صحته الآن أهم من الدراسة، لأنه حين يدرس يجب أن يكون في كامل قوته و صحته البدنية، و لا بأس لو أعاد السنة فالعمر طويل و أن السنة لو ذهبت فسوف يجتهد و يعوض ما فاتته في العام القادم و أكيد أنه سيكون قد شفي، و أن هنا

في المستشفى هناك أساتذة يدرسونهم و سيمنحونهم ما يثبت أنه متفوق و أنه كان يدرس و أجرى الامتحانات، ففرح و أعطيناه أملا و أدخلنا السرور إلى قلبه، فابتسم و اقتنع الذي وجهناه له.

و من ثمة أوصيناه على أن يثابر كي يصبح أكثر تقبلا للمرض و أكثر صلابة من ذي قبل.

الجلسة الحادية عشر:

الهدف منها إعادة مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب، الوقت المستغرق 45 دقيقة.

فأعدنا طرح الأسئلة التي تتعلق بالمقياس و تسجيل الإجابات، و أيضا مقارنتها بالاختبار القبلي الذي أجريناه في الجلسات الأولى، و من ثمة رؤية الفرق و معرفة مدى قابلية العلاج و نجاحه مع المريض جمال الدين.

الجلسة الثانية عشر:

الهدف منها تقييم البرنامج العلاجي و ما قدمه من فوائد و نتائج إيجابية.

خصصنا هذه الجلسة لتقييم البرنامج و ما هي الأشياء التي تغيرت في يومياته و كانت النقاط المسجلة كالآتي:

فذكر لنا كيف تعلم التخلص من الأشياء المزعجة و الأفكار السيئة، و أن يقوم بالأعمال كالمطالعة و خروج الأصدقاء و التهاور معهم لطرد الضيق و الحزن، و أيضا ذكر لنا كيف أصبح أكثر تواملا مع الذين من حوله حيث أن في السابق كان قليل الكلام و التواصل، و قال لنا أنه يجب أن يشكر الله و يحمده على كل شيء قدمه له حتى و لو مرض، و هذا المرض لا يجب أن يعيقه من تحقيق ما يتمناه، و عليه أن يرتاح نفسيا كي لا تتدهور صحته أكثر و يشفى بسرعة.

طلبنا منه أن يواصل التفكير بإيجابية أكثر و لا يتضايق، و إن انزعج أن يطرد هذا الانزعاج بشتى الوسائل المفيدة له و التي يحبها أيضا.

5- مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب بعد تطبيق العلاج:

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
0	<p>المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشاؤم بشأن المستقبل , مشاعر الحزن , الرغبة في البكاء 0 - لا يوجد 1 - الحزن 2 - البكاء من حين لآخر 3 - البكاء بشكل مستمر 4 - أعراض حزن شديد</p>	صفر - 4
0	<p>تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب : 0 - لا يوجد 1 - لوم النفس و الشعور بأنه خيب ظن الآخر بنفسه 2 - أفكار بشأن أنه مذنب و خاطئ 3 - مرضه الحالي عقب نزل به , ضلالات بشأن ارتكابه أثاما مع الإحساس بالذنب 4 - هلاوس بشأن الإحساس بالذنب</p>	صفر - 4
0	<p>الانتحار : 0 - لا يوجد 1 - يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش 2 - يتمنى الموت 3 - أفكار بشأن الانتحار 4 - محاولات انتحار</p>	صفر - 4
0	<p>العمل و اهتمامات الحياة : 0 - لا يوجد صعوبات 1 - مشاعر بالعجز و عدم القدرة , فتور الهمة , غير حاسم و لا يستطيع اتخاذ القرار 2 - فقدان الاهتمام بأي هوايات , نقص الأنشطة الاجتماعية 3 - نقص الإنتاجية 4 - عدم القدرة على العمل</p>	صفر - 4
1	<p>التكاسل و التثاقل : بطء التفكير و الكلام و النشاط , اللامبالاة و الذهول 0 - لا يوجد 1 - بطء طفيف أثناء المقابلة 2 - ثقاقل و تكاسل واضح خلال المقابلة 3 - صعوبة إجراء المقابلة 4 - الذهول الكامل</p>	صفر - 4
0	<p>القلق النفسي : 0 - لا يوجد 1 - التوتر و سهولة الاستثارة 2 - الانشغال و القلق بالأمور التافهة 3 - التوجس و توقع الشر</p>	صفر - 4

	4 - المخاوف	
1	القلق الجسمي : أعراض معدية معوية : آرياح و عسر الهضم , قلبية : خفقان و صداع , تنفسية 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - متوسطة 3 - شديدة 4 - معيقة	صفر - 4
2	توهم المرض : 0 - لا يوجد 1 - الانشغال الزائد بالجسم 2 - الانشغال بالصحة 3 - سلوك متشكك 4 - ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض	صفر - 4
0	الأرق : في بداية الليل (صعوبة في الدخول في النوم) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	صفر - 2
0	الأرق : في منتصف الليل (نوم متقطع) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	صفر - 2
1	الأرق : في آخر الليل (الاستيقاظ أبكر من المعتاد , و عدم القدرة على النوم مجددا) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	صفر - 2
0	اليليلة و الارتياح : عدم الاستقرار (فرك الأيدي و التمشي جينة و ذهابا) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	صفر - 2
1	أعراض جسمية : معدية معوية : فقدان الشهية , الإحساس بثقل في البطن 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	صفر - 2
0	أعراض جسمية عامة : ثقل في الأطراف أو الظهر أو الرأس , آلام غير محددة في الظهر , فقدان الحيوية و سهولة التعب 0 - لا يوجد 1 - بسيطة	صفر - 2

	2 - شديدة	
0	<u>أعراض جنسية :</u> فقدان الرغبة الجنسية , اضطرابات الطمث 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	صفر - 2
0	<u>الاستبصار :</u> 0 - لم يفقد استبصاره 1 - فاقد للاستبصار جزئيا 2 - فاقد للاستبصار	صفر - 2
1	<u>نقص الوزن :</u> 0 - لا يوجد 1 - قليل 2 - واضح أو شديد	صفر - 2

مجموع الدرجات = 7

و حسب سلم الدرجات لمقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب البعدي فإن الحالة جمال
أصبح في حالة طبيعية



جمال الدين النياس

6- تحليل اختبار رسم الشخص للحالة:

في تقديمنا للاختبار و بعد طرح التعليمية، تردد المريض في الرسم و صرح لنا أنه لا يعرف الرسم، و حاول أن ينقل لنا شكلا من الأشكال التي كان يلونها، لكننا أخذنا منه الكراسة و أعدنا شرح التعليمية و تبسيطها له أكثر و أقتنعنا بأن يرسم لنا شخصا من مخيلته، فحينها بدأ بالرسم و قد استغرق 30 دقيقة.

أخذ جمال الدين الورقة عموديا، و بدأ يفكر ثم رسم الوجه أولا، فرسم العينين اللتان كانتا ضيقتين قليلا و ذلك يشير إلى الانطواء ثم لون القرنية باللون البيني و الذي يدل على الكف و الحزن و المزاج المعكر لأن جمال في ذلك الوقت كان مريضا فهو رجع إلى حالته السابقة التي دخل بها إلى المستشفى، ثم رسم الأنف به فتحتان و الذي يدل على أن هناك خوف من الإخفاء و عدوان و غضب لدى المريض، و من ثمة الفم فرسمه صغير و لونه بالأحمر الذي يرمز إلى أن هناك انطواء حاد على الذات و غضب و عدوان على العالم الخارجي، و أيضا أعطاه شكلا أنثوي و هذا يتعلق باهتمامات جنسية و أن عنده رقة و مرهف الإحساس، و بعدها أخذ يكمل باقي الوجه فرسم الذقن و اللحية و الشعر و هذا يشير أن لدى المفحوص دافع قوي أن يكون قويا و أن يثبت ذاته، و تعني اللحية و الشعر إلى أن هناك اهتمامات جنسية و ميول ذكورية و حاجات حسية لديه لأنه اقترب من مرحلة المراهقة، فهو هنا يحاول إثبات جنسه و شخصيته، و بعدها رسم الأذنين اللتان توحيان على أن هناك لدى المفحوص حساسية من النقد و فضولية لما يقول الأطباء يفحصونه و يطمئنون على تطور حالته، و كان الرأس كبيرا و يرمز على أن هناك نشاط فكري و الدليل على ذلك تفوقه في الدراسة و حبه لها و أيضا تفكيره الكثير في الخروج من المستشفى وشفاءه، ثم راح يرسم أعضاء الجسم السفلية و رسم العنق و هنا يشير إلى طموح لدى المفحوص للشفاء من المرض و الرجوع إلى الحياة الطبيعية و الدراسة مع أصدقائه.

ثم رسم الكتفين اللتان كانتا غير بارزتين توحى إلى أن هناك ضعف و اتكال و الحاجة إلى سند ز مساعدة من العالم الخارجي (الأم)، و رسم اليدين قصيرتين و نحيفتين يدلان على الافتقار إلى الانجاز و العجز على قضاء حاجاته، فكانت واحدة أفقية تدل على الضغط في المحيط و الحاجة إلى الحركة بينما الأخرى كانت مطوية مما يدل على رفض الطفل جمال للمرض، ففي هذه اليد استعمل الطفل الممحاة عدة مرات و الذي يشير إلى أن هناك حصر و صراع دائم مع تقبله للمرض، حيث أنه رسم أصابع الأيدي و هذا دليل على أن هناك عدوان لدى المفحوص.

ثم رسم الأرجل اللتان تمكناهما من الاتصال بالمحيط فإنهما تحمل مسؤولية إضافية تتمثل في تدعيم و توازن الجسم و في عمل الحركة المكانية له، إلا أنهما كانتا صغيرتين و قصيرتين و هذا يشير إلى أن هناك نقص في الاتصال و إحساسه بعدم الأمان من المرض و خوفه الدائم و أيضا عدم الدينامية، و بالنسبة للباس فكان عادي و ذلك يشير إلى الاهتمام بالمظهر الخارجي و البحث على التكيف الاجتماعي، فالسروال و القميص يشيران إلى الاهتمام الجنسي و الجانب العاطفي، و رسم خط الوسط فهو لديه ما هو أعلى هي منطقة الصدر التي تضخم ملامح الجسم الأولية التي تمثل القوة البدنية و المنطقة السفلية إلى منطقة النشاط الجنسي مع اشتراك الرجلين دلالة القوة الجنسية على مستوى أكثر رمزية، و الحذاء يدل على العضو الذكري، و في الأخير رسم القبعة و التي تمثل التناقض من جانب التكيف الاجتماعي و الوعي الجنسي الذي بدوره يدل على اقتراب مرحلة المراهقة.

الرسم كان أعلى الورقة و يميل إلى الجهة اليمنى و ذلك دليل على تفاؤل المريض و مقاومته للمرض و اهتمامه بالمستقبل و ذلك بالشفاء و الرجوع إلى الحياة الطبيعية، و حجم الرسم كان صغيرا و الذي يشير إلى أن هناك تردد عند المفحوص و هروب من مشاكل الجسم (مرض السرطان) فكأنه قزم يحتاج إلى دعامة و سند يساعده على تجاوز الحنة التي هو فيها، و تعبير عن الأنا المنكمشة و الطاقة المنخفضة لديه نتيجة للمرض الذي أنهك جسمه. و حين رسم بدأ من اليمين إلى

اليسار و ذلك يرمز إلى مرحلة نكوصية و التي تعود إلى الانعكاسات المرضية التي يواجهها (السرطان)، و هنا تشوه للجسم واضح مما يكشف لنا مدى الاضطراب النفسي و تأثيره على صورته و عدم تحمله للمرض.

جاء الخط رقيقا و الذي يدل على الصراع المرضي و عدم الثقة و الحساسية المفرطة اتجاه العالم الخارجي (الأطباء)، فالشخص الذي رسمه كان واقفا موجها للأمام و ذلك سلوك هروبي لعدم مواجهة المجتمع بالمرض، و لم تكن هناك أية حركة في الرسم كان جامدا و ذلك يوحي أن هناك قلقا واضحا يمنع توازن الشخص.

خلاصة تحليل اختبار رسم الشخص:

من خلال تحليل اختبار رسم الشخص للمريض وجدنا أن لديه عدوانية، و خوف و قلق من المرض و أيضا حزن لعدم قدرته على الشفاء و الرجوع إلى حياته في بيته و مدرسته، و أيضا الخجل و النكوص جراء الانعكاسات المرضية، و هناك وعي جنسي و ذلك لاقترابه من سن المراهقة و التغيرات الفيزيولوجية التي بدأت تظهر، و لا ننسى التناقض في التكيف الاجتماعي و الوعي الجنسي، و من جهة أخرى كان يحاول أن يثبت ذاته و يطمح إلى الشفاء و التحسن و رجوعه إلى عائلته و أصدقائه و دراسته، و ذلك من خلال تقبله للحديث معنا و مثابرتة للتحسن و العلاج النفسي.

7- ملخص الحالة:

بعدما عرضنا الحالة والجلسات العلاجية اتضح لنا أن هناك بعض التغيرات الإيجابية و هذا من خلال المقارنة بين المقياسين القبلي و البعدي لمقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب فهناك فرق واضح في الدرجات المسجلة، و لا ننسى الحالة المتدهورة التي كان عليها قبل البدء بالتكفل النفسي و التي كانت جد متدهورة، و كان أكثر حزنا، فالمقياس القبلي كان للتشخيص حيث أوضح لنا في تأنيب الضمير حيث ذكر أن مرضه هذا نتيجة غضب مسلط عليه من الله بسبب إثم قام به، و أيضا لا ننسى DSM VI TR في التشخيص حيث أكد لنا نتائج الاختبار، أما في القياس البعدي فقد اختفت تلك الأفكار و أصبح أكثر تقبلا للمرض من ذي قبل و أكثر قوة لتخطيه، إذ عاد وجهه للضحك و أصبح مسيطرا على حزنه.

و ما يمكن استخلاصه أن المريض جمال أصبح أكثر تقبلا لحالته الصحية، فأصبح وجهه بشوشا بعدما كان عابسا و لا يقبل الكلام و الاجتماع مع الآخرين، فكان لا يأكل حيث أصبح وزنه في انخفاض مستمر وكان حزينا، و بفضل البرنامج العلاجي الذي منح للمريض فرصة تعلم الاعتماد على نفسه في التخلص من المواقف المزعجة و الأفكار السيئة التي تسبب له الاضطراب الاكتئابي، و خروجه من الانعزال و الوحدة و الانطواء الذي كان يدهور حالته أكثر فأكثر.

الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشة الفرضيات

1- عرض النتائج و تفسيرها

2- الاستنتاج العام ومناقشة الفرضية

3- الخاتمة

4- التوصيات و المقترحات

1- عرض النتائج و تفسيرها:

كانت نتائج الدراسة إيجابية فيما يخص هذا العلاج، و للوصول إلى هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار هاملتون لقياس أعراض الاكتئاب على الحالة قبل و بعد العلاج، فقبل العلاج كان ذلك للتشخيص و معرفة درجة الاكتئاب و التأكد من أن هناك اضطراب اكتئابي، و الذي كان سببه مرض السرطان، أما البعدي فكان لمعرفة أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

و توصلنا إلى النتائج التالية:

نوع الاكتئاب	درجة الاكتئاب	
اكتئاب شديد جدا	27	القياس القبلي
لا يوجد اكتئاب	7	القياس البعدي

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس هاملتون للاكتئاب وجدنا أن درجة الاكتئاب تتراوح 27 درجة و التي تمثل درجة اكتئاب شديد جدا.

و بما أن مقياس هاملتون يقيس شدة الاكتئاب من خلال الأعراض و التي قسمت إلى 17 بند حسب هاملتون، و كانت حول المزاج الاكتئابي، تأنيب الضمير، الانتحار، العمل و اهتمامات الحياة، التكاسل و التثاقل، القلق النفسي، القلق الجسمي، توهم المرض، الأرق، البلبلة و الارتياح، أعراض جسدية، أعراض جسدية عامة، أعراض جنسية، الاستبصار، نقص الوزن.

فان النتائج التي تحصلنا عليها من خلال هذا المقياس، ما هي إلا ترجمة للأعراض الظاهرة لدى الحالة، و التي كانت مرتفعة في كل من المزاج الاكتئابي، و تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب، القلق الجسمي، أعراض جسدية عامة و نقص الوزن.

و باقي الدرجات تراوحت ما بين المتوسطة و المنعدمة، و كانت الدرجات المتوسطة في العمل و الاهتمامات، القلق النفسي، الأرق، الأعراض الجسدية، و الاستبصار، أما المنعدمة فكانت في الانتحار و الأعراض الجنسية، البلبلة و الارتياح.

و بعدما طبقنا العلاج المعرفي السلوكي، أعدنا قياس الأعراض بنفس الطريقة فوجدنا الدرجة الكلية هي "7" و هي درجة عادية، و أن الأعراض بالكاد كانت منعدمة إلا عند التكاسل و التثاقل، القلق الجسمي، توهم المرض، الأرق، الأعراض

الجسمية و كذا نقص الوزن كانت متوسطة إلى بسيطة نوعا ما، و منعدمة في البنود الأخرى.

و من هنا نقول أن هناك فرق واضح و شاسع بين القياس القبلي و البعدي و ذلك يوضح لنا أن العلاج كانت له فاعلية كبير في تخفيض الاكتئاب عند المريض.

2- الاستنتاج العام و مناقشة الفرضية:

يظهر نجاح العلاج المعرفي السلوكي من خلال تراجع درجات الاكتئاب لدى الحالة من حالة اكتئاب شديد جدا إلى حالة طبيعية، كما انخفضت أو بالكاد انعدمت الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، و تعلم الطفل جمال استخدام التقنيات المتعلقة بمراقبة الذات و تعديل الأفكار السلبية و المعتقدات الخاطئة، فهي كانت تأثر على مزاجه و صحته باستمرار، و تشعره بالذنب على أنه اقترف خطأ و الله عاقبه بهذا المرض، و أيضا الدونية و الحزن و الكآبة المفرطة، و هذا يتجه مع الدراسات السابقة لبيك في تعديل الأفكار السلبية الأوتوماتيكية.

و أيضا دراسة ليونسون في تطوير برنامج التدريب على النشاط الذي يؤدي إلى انخفاض مستوى الاكتئاب.

و أيضا دراسة ألبرت باندورا بما يسميه بالفعالية الذاتية فمرد تلك الفعالية إلى مدى كفاءة الذات في مقاومة الأفكار اللاعقلانية و الخاطئة و الانهزامية.

و يظهر من النتائج التي توصلنا إليها تحقق فرضية البحث التي تقول أن للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

الختامة

مما سبق لنا عرضه في هذه الدراسة نستنتج أن للسرطان تأثير كبير على الصحة النفسية للمريض، إذ أنه يؤدي باختلال النظام و التوازن المزاجي و النفسي للطفل، و يترك أثرا سلبيا في حياته و تكوين شخصيته، إذ أنه يعيق نموه و إتمام حياته بشكل عادي، و أيضا شعوره بالذنب و الدونية لأنه مازال صغيرا و لا يستحق هذا المرض الخبيث، كما أنه يسبب له حالة من الانطواء و العزلة عن المجتمع و من حوله، و يصبح غير متقبل لحياته و الحالة التي أصبح عليها، و وجوده عند الأطفال بصفة كبير، إلا أن الدراسات تشير أن الاضطراب الاكتئابي يمكن أن يتغير بالعلاجات خاصة العلاج المعرفي السلوكي، الذي أثبت نجاحه في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الكثير من المرضى المصابين بالسرطان و ذلك نتيجة الصدمة من الخبر المحزن.

فقد بنيت نتائج الدراسة التي قمنا بها مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

كما خلصت الدراسة أن الأطفال يكون لهم تصور سلبي عن المستقبل و أنهم غير متقبلين للمرض، كما تكون نسبة الاكتئاب لديهم مرتفعة جدا بسبب هذا المرض الخبيث، فكلما كان التكفل النفسي و العلاج الطبي لمرضى السرطان أبكر و أكثر، كان الطفل أكثر تقبلا ز معايشة للمرض، حيث يستطيع مشاركة الذين من حوله نشاطاتهم، و يتعلم تعديل الأفكار و المعتقدات الخاطئة و السيئة، و مراقبة نفسه أكثر من الاكتئاب و الظروف التي تسبب له هذا الاضطراب الذي بدوره يؤدي إلى تدهور حالته الصحية أكثر، و كل هذه التقنيات من شأنها التخفيف و إخراجهم من حالة الاكتئاب التي هو فيها.

التوصيات والمقترحات

في إطار المقترحات نتوجه بمجموعة من المقترحات و التوصيات إلى الباحثين و الدارسين و كل المراكز المتخصصة في مكافحة الأورام السرطانية و الجمعيات أيضا بما يلي:

إقامة البحوث المكثفة حول هذه الفئة التي تكون ركيزة المجتمع و منبع الحياة و أيضا بحوث تدرس ما مدى وقع الصدمة على الأهل و كيف يمكن التكفل بهم نفسيا.

التكفل النفسي العميق لجميع الاضطرابات التي يسببها هذا المرض و إخراجهم من اليأس الذي أحيطوا به.

و لا ننسى التكفل النفسي أيضا لأسر المرضى جراء الصدمة من معرفة إصابة أطفالهم بهذا المرض.

توعية الأطفال المرضى اجتماعيا و نفسيا و أسريا و ثقافيا.

العمل على الترفيه المستمر عنهم و ذلك بإدراجهم في الأنشطة و إقامة الحفلات لهم و ذلك لفك العزلة و مساعدتهم في تقبل المرض أكثر.

قائمة المصادر

و المراجع

- المراجع باللغة العربية:

- 1- أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، مصر، (د ط)، 1998.
- 2- إلهام عبد الرحمان خليل، علم النفس الإكلينيكي المنهج و التطبيق، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع، ط1، 2009.
- 3- بشار شكري، فلابيجيان، انتصار الإرادة على السرطان، دون طبعة و دون سنة، كتاب منشور.
- 4- بشير معمريّة، القياس و تصميم الاختبارات النفسية، منشورات باتنيت، الجزائر، ط1، 2000.
- 5- بيتر رودل و آخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى، العلاجي المعرفي السلوكي المختصر، دار إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع، ط1، 2008.
- 6- بدرة معتصم ميموني، سيكولوجية النمو في الطفولة و المراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، 2010.
- 7- جمعية الطب النفسي الأمريكية، ترجمة د. تيسير حسون، مرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للأمراض العقلية 4، DSMIV TR، 2004، منشور، دمشق.
- 8- حسين مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، 1998.
- 9- خليل ميخائيل خليل معوض، سيكولوجية النمو و الطفولة و المراهقة، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر، (د ط)، 2003.
- 10- الخالدي أديب محمد، مرجع علم النفس الإكلينيكي الفحص و العلاج، دار وائل للنشر، الأردن عمان، ط1، 2006.
- 11- الخولي هشام عبد الرحمان، دراسات و بحوث في علم النفس و الصحة النفسية، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، ط1، 2007.
- 12- رجاء أبو علام، مناهج البحث في العلوم التربوية، دار النشر للجامعات، مصر، ط4، 2002.
- 13- رمضان محمد القذافي، علم النفس الطفولة و المراهقة، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، (د ط)، 2000.
- 14- كارين ماكوفر، ترجمة رزق سند إبراهيم ليلة، إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني منهج لدراسة الشخصية، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، (د ط)، 1987.

- 15- الريماوي محمد عودة، علم النفس النمو الطفولة و المراهقة، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان الأردن، ط2، 2008.
- 16- زكي خالد، علامات الخطر في الصحة و المرض، مؤسسة فرانكلين للطباعة و النشر، القاهرة، ط1، 1968.
- 17- زيزي إبراهيم السيد، العلاج المعرفي للاكتئاب، أسس النظرية و تطبيقاته العلمية و أساليب المساعدة الذاتية، دار غريب للطباعة و النشر، القاهرة، (د ط)، 2006.
- 18- شقير زينب محمود، علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، ط1، 2002.
- 19- صالح بن أحمد العساف، دليل الباحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكات، الرياض، ط2، 1990.
- 20- صموئيل تامر بشرى، الاكتئاب و العلاج بالواقع، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، (د ط)، 1998.
- 21- عقيل حسين عقيل، خطوات البحث العلمي، دار ابن كثير. كتاب منشور.
- 22- عسكر عبد الله، كراسة تعليمات و دليل استخدام استبيان الشاعر الاكثائية، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، (د ط)، 1998.
- 23- العيساوي عبد الرحمان، الموسوعة النفسية مجالات الإرشاد و العلاج النفسي، دار الراتب الجامعية، بيروت لبنان، ط1، 2001.
- 24- على فاتح الهنداوي، علم النفس الطفولة و المراهقة، دار الكتب الجامعية، الإمارات العربية المتحدة، ط2، 2002.
- 25- عادل عبد الله محمد، العلاج السلوكي المعرفي أسس و تطبيقات، دار الإرشاد شارع جواد حسني، القاهرة، ط1، 2000.
- 26- علي عسكر، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها الصحة النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق، دار الكتاب الحديث، ط3، 2003.
- 27- عماد إبراهيم الخطيب، أساسيات علم الأمراض، دار الباروزي العلمية للنشر و التوزيع، عمان، ط1، 1997.
- 28- غانم محمد حسن، علم النفس، المكتبة المصرية للطباعة و النشر و التوزيع، الاسكندرية، 2006.
- 29- الغامدي حامد بن أحمد ضيف الله، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة اضطرابات القلق، دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر، ط1، 2013.
- 30- فاطمة عوض صابر، ميرفت على خفاجة، أسس و مبادئ البحث العلمي، مكتبة و مطبعة الإشعاع الفنية، الاسكندرية، ط1، 2002.
- 31- فايد حسين، العلاج النفسي و أصوله و تطبيقاته أخلاقياته، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع ميدان الظاهر، القاهرة، ط1، 2008.

- 32- فتيحة كركوش، سيكولوجية طفل ما قبل المدرسة، نمو مشكلات مناهج و واقع، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، (د ط)، 2008.
- 33- مونكة، ترجمة فؤاد حسن علي، شمس العرب تسطع من الغرب.
- 34- محمد الطيب و آخرون، مناهج البحث في العلوم التربوية و النفسية، دار المعرفة الجامعية، مطبعة شركة الجمهورية الحديثة، ط1، 1997.
- 35- محمد زيدان حمدان، البحث العلمي في التربية و الآداب و العلوم، دار التربية الحديثة، (د ط)، 2001.
- 36- محمد زيدان حمدان، كيف تتجز بحثا دليل مبسط للباحثين في التربية و الآداب و العلوم، دار التربية الحديثة، سوريا، (د ط)، 1998.
- 37- محمد مصطفى زيدان، النمو النفسي للطفل و المراهق و أسس الصحة النفسية، المنشورات الجامعية الليبية، ليبيا، ط1، 1972.
- 38- محمد السيد عبد الرحمان، دراسات في الصحة النفسية الجزء الرابع، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، (د ط)، 1998.
- 39- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان، العلاج السلوكي الحديث أسسه و تطبيقاته، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، (د ط)، 1998.
- 40- مقدم عبد الحفيظ، الإحصاء و القياس النفسي و التربوي، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، 1993.
- 41- مريم سليم، علم النفس النمو، دار النهضة العربية، لبنان، ط1، 2006.
- 42- موفق هاشم صفر الحلبي، الاضطرابات عند الأطفال و المراهقين (أسبابها الوقاية منها و معالجتها)، مؤسسة الرسالة، لبنان، ط1، 2000.
- 43- محمود عبد الحليم منسي، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية و النفسية، دار المعرفة الجامعية القاهرة، 2003.
- 44- مدحت عبد الحميد أبو زيد، الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتري، دار المعرفة الجامعية مصر، 2001.
- 45- نوري القمش مصطفى، الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ط1، 2011.
- الرسائل و الأطروحات الجامعية:
- 46- بغيجة إلياس، رسالة لنيل الماجستير علم النفس الاجتماعي استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية (الكوبين) و علاقتها بمستوى القلق و الاكتئاب لدى المعاقين حركيا، جامعة الجزائر، 2005-2006.
- 47- السيد بظاظو اتسام مصطفى، برامج علاجية في تخفيف حدة القلق اضطراب الشخصية النرجسية لدى الراشدين، دكتوراه الفلسفة في التربية، الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، ط1، 2011، دكتوراه منشورة.

- 48- القحطاني سارة محمد عبد الله المعصوب، دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية لمؤسسة رعاية المشلولين بالطائف، رسالة ماجستير.
- 49- نسيمة طباس، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي و المرضي، المحاولات الانتحارية لدى الفتاة (مقاربة نسقية لأربع حالات)، 2006.
- 50- ولد يحي عودة حورية، رسالة لنيل الدكتوراه في تخصص علم النفس الاجتماعي، خبرات الإساءة في الطفولة و علاقتها بمظاهر اضطرابات الشخصية الحدية و المشاعر الاكتئابية و التفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة، جمعة الجزائر، 2008-2009.

- المجالات و المعاجم:

- 51- جسم الإنسان علم الصحة، مجلة علمية، 1988.
- 52- مجلة كلية الأدب بجامعة حلوان، ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف، ع يوليو 2009.
- 53- المنجد في اللغة و الإعلام في علم النفس الطفل، دار الشروق للنشر و التوزيع الأردن، (د ط)، 1998.
- #### - المراجع باللغة الفرنسية:

- 54- Julian de ajuriaguerra, psychopathologie de l'enfant, Masson, Paris, 2éme ED, 1984.
- 55- Manciaux M. et AL, enfance en danger, Fleurus, Paris, 2002.
- 56- Genetpin et japenes, lexique des termes médicaux et infinis.
- 57- Richard cloutier, andré renard, psychologie de l'enfant, gaetam morim, Paris, 1990.
- 58- R. Tavernier, L. Lizaux, science de la vie et de la terre, ED Bordas, 1994.
- 59- Sillamy N, dictionnaire encyclopédique de psychologie, Bordas, Paris, 1980.

- المواقع الالكترونية:

60- www.cbtarabia@com

قائمة الملاحق

الملحق الأول:



جمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des sciences sociales

المؤسسة الجزائرية المتخصصة في
توزيع المراسلات البريدية
في البريد الوارد
15-03-2015
تحت رقم 264

قسم علم النفس و الأرتوفونيا

وهران 15/03/2015

ماستير: علاج نفسي

إلى السيد (ة):
البريد الوارد
تحت رقم 264

تحية طيبة

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 260/94 المؤرخ في 19 ربيع الأول 1414
الموافق 1994/08/27 المتضمن التكوين و التربصات الخاصة بالأعمال الميدانية
لذا نرجو منكم السماح للطلبة الآتون أسماؤهم بقضاء.

- 1- تريض مدته.....
- 2- زيارة استطلاعية.....

و أنهى إلى علمكم أن الإشراف على هؤلاء الطلبة يقوم الأستاذ(ة):.....

تقبلوا منا فائق التحية و الشكر.

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....
- 4-.....
- 5-.....



Account
a affecter a see
Redhat

مدير المؤسسة

الملحق الثاني:

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
	<p>المزاج الاكتئابي: الابتئاس و الغم و التشاوم بشأن المستقبل , مشاعر الحزن , الرغبة في البكاء</p> <p>0 - لا يوجد 1 - الحزن 2 - البكاء من حين لآخر 3 - البكاء بشكل مستمر 4 - أعراض حزن شديد</p>	صفر - 4
	<p>تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب:</p> <p>0 - لا يوجد 1 - لوم النفس و الشعور بأنه خيب ظن الآخر بِنفيه 2 - أفكار بشأن أنه مذنب و خاطئ 3 - مرضه الحالي عقب نزل به , ضلالات بشأن ارتكابه آثاما مع الإحساس بالذنب 4 - هلاوس بشأن الإحساس بالذنب</p>	صفر - 4
	<p>الانتحار:</p> <p>0 - لا يوجد 1 - يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش 2 - يتمنى الموت 3 - أفكار بشأن الانتحار 4 - محاولات انتحار</p>	صفر - 4
	<p>العمل و اهتمامات الحياة:</p> <p>0 - لا يوجد صعوبات 1 - مشاعر بالعجز و عدم القدرة , فتور الهمة , غير حاسم و لا يستطيع اتخاذ القرار 2 - فقدان الاهتمام بأي هوايات , نقص الأنشطة الاجتماعية 3 - نقص الإنتاجية 4 - عدم القدرة على العمل</p>	صفر - 4
	<p>التكاسل و التثاقل:</p> <p>بطء التفكير و الكلام و النشاط , اللامبالاة و الدهول</p> <p>0 - لا يوجد 1 - بطء طفيف أثناء المقابلة 2 - ثقيل و تكاسل واضح خلال المقابلة 3 - صعوبة إجراء المقابلة 4 - الدهول الكامل</p>	صفر - 4
	<p>القلق النفسي:</p> <p>0 - لا يوجد 1 - التوتر و سهولة الاستثارة 2 - الانشغال و القلق بالأمور التافهة 3 - التوجس و توقع الشر</p>	صفر - 4

	4 - المخاوف	
	القلق الجسدي : أعراض معدية معوية : أرياح و عسر الهضم , قلبية : خلفان و صداع , تنفسية	صفر - 4
	0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - متوسطة 3 - شديدة 4 - معيقة	
	توهم المرض :	صفر - 4
	0 - لا يوجد 1 - الانشغال الزائد بالجسم 2 - الانشغال بالصحة 3 - سلوك متشكك 4 - ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض	
	الأرق : في بداية الليل (صعوبة في الدخول في النوم)	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	
	الأرق : في منتصف الليل (نوم متقطع)	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	
	الأرق : في آخر الليل (الاستيقاظ أبكر من المعتاد , و عدم القدرة على النوم مجددا)	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	
	اليليلة و الارتياح : عدم الاستقرار (فرك الأيدي و التمشي جينة و ذهابا)	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	
	أعراض جسمية : معدية معوية : فقدان الشهية , الإحساس بثقل في البطن	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	
	أعراض جسمية عامة : ثقل في الأطراف أو الظهر أو الرأس , الام غير محددة في الظهر , فقدان الحيوية و سهولة التعب	صفر - 2
	0 - لا يوجد 1 - بسيطة	

	2 - شديدة	
	أعراض جنسية : فقدان الرغبة الجنسية , اضطرابات الطمث 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	صفر - 2
	الاستبصار : 0 - لم يفقد استبصاره 1 - فاقد للاستبصار جزئيا 2 - فاقد للاستبصار	صفر - 2
	نقص الوزن : 0 - لا يوجد 1 - قليل 2 - واضح أو شديد	صفر - 2