

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأروطوفونيا



مذكرة تخرج لنيل الماستار في علم النفس العيادي

تخصص علاجات نفسية

دور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب
لدى كبار السن (دراسة عيادية في مركز المسنين)

تحت إشراف الأستاذة

كبداني خديجة

من إعداد الطالبة

صراش مليكة

اللجنة المناقشة

جامعة وهران

جامعة وهران

جامعة وهران

جامعة وهران

رئيسة اللجنة

مشرفة

مناقشة

مناقشة

أ . طباس نسيمة

أ . كبداني خديجة

أ . محرزى مليكة

أ . زروالي لطيفة

السنة الجامعية : 2015 - 2016

الإهداء :

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ وَصَلَاةٍ وَسَلَامٍ عَلَى رَسُولِ اللَّهِ ﷺ

الحمد لله وبتوفيقه أعددت هذه المذكرة وبفضل رضاه وصلت إلى هذا المستوى

أهدي هذه المذكرة بدرجة الأولى إلى أمي الحبيبة رحمها الله والى أبي حفظه الله وأطال في عمره و إلى عائلتي وخاصة جدتي و أخواتي وخالي الحبيب و كذلك جميع زميلاتي في مشواري الدراسي الجامعي والى كل طلبة ماستار 2علاجات النفسية وكل من ساعدني

وساندني ويقدر عملي المتواضع

الشكر:

أقدم بالشكر بداية إلى الله سبحانه وتعالى على توفيقني ثم إلى أستاذة كبداني خديجة التي تشرف على تأطيري في مذكرة التخرج وكل الأساتذة الذين أكن لهم فائق الاحترام والتقدير وكذلك مشرفين على دار الأشخاص المسنين الذين استقبلوني بصدر الرحب وتلقيت المساعدة والمساندة منهم ، و إلى كل من أفادني بكلمة و ساندني خاصة معنويا ، و إلى اللجنة الموقرة الذي أحترمهم ، أستسمح و أتأسف على كل من لم أذكرهم

المخلص:

تم التطرق في الدراسة إلى المقدمة و الإشكالية التي تأسست حول دور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب عند كبار السن و ذلك في الفصل الأول مدخل إلى الدراسة وتم تحديد كلمات مفتاحية (كبار السن ، الاكتئاب ، العلاج المعرفي السلوكي) و عرض الجانب النظري ففي الفصل الثاني تضمن كبار السن (الشيخوخة) ، الفصل الثالث تضمن الاكتئاب ، الفصل الرابع تضمن العلاج المعرفي السلوكي ثم تم التطرق إلى الجانب التطبيقي بتحديد الإجراءات المنهجية ففي الفصل الخامس الذي تضمن حدود الدراسة و أهم الوسائل المستعملة (دراسة الحالة ، نموذج دراسة الحالة ، الملاحظة العلمية، المقابلة الإكلينيكية و تقنيات العلاج المعرفي السلوكي كما تم تحديد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي و محتوى جلساته أما الفصل السادس ففيه تقديم الحالة و تفصيل في دراسة الحالة المدروسة والجلسات العلاجية ، في الفصل السابع تم التطرق إلى عرض النتائج ومناقشتها التي أسفرت نتائج الحالة المدروسة إلى تخفيف الاكتئاب لديها بالاعتماد على نتائج اختبار بيك و نتائج القياس القبلي والبعدي و المتابعة وعلى تقنيات العلاج المعرفي السلوكي (التعزيز ، إعادة البناء المعرفي ، تعديل أخطاء التفكير و توازن الأفكار) و تعديل الأفكار السلبية للحالة ، ثم مناقشة وتحليل الفرضيات و قائمة المراجع والملحق (اختبار بيك)

كلمات المفتاحية : كبار السن ، الاكتئاب ،العلاج المعرفي السلوكي.

فهرس المحتويات :

أ.....	الاهداء
ب.....	الشكر
ت.....	ملخص البحث
ث.....	فهرس المحتويات
1.....	مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

4.....	الإشكالية
4.....	الفرضيات
4.....	أهمية البحث
4.....	أهداف البحث
5.....	دوافع اختيار الموضوع
5.....	تحديد المفاهيم الإجرائية
6.....	الدراسات السابقة

الفصل الثاني: كبار السن (الشيخوخة) :

8.....	تمهيد
8.....	1- تعريف كبار السن (الشيخوخة)
8.....	2-المشكلات خاصة بكبار السن
9.....	3-مكانة كبار السن بين العائلة التقليدية والعائلة الحديثة الجزائرية
10.....	4- اثنين مليون مسن يلازمهم القلق و الاكتئاب
10.....	الخلاصة

الفصل الثالث: الاكتئاب

12.....	تمهيد
12.....	1-تعريف الاكتئاب
12.....	2- أعراض الاكتئاب عند المسن
13.....	3-تشخيص الاكتئاب
15.....	الخلاصة

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي:

17.....	تمهيد
17.....	1-أساسيات العلاج المعرفي السلوكي
17.....	2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي
17.....	3-أهداف العلاج المعرفي السلوكي
18.....	4- الفنيات أو التقنيات العلاج المعرفي السلوكي
18.....	5-سيرورة العلاج المعرفي السلوكي
18.....	6-التعاون بين المعالج و المريض
19.....	7-تقنيات les 4 R
19.....	الخلاصة

الجانب التطبيقي :

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية :

22.....	-تمهيد
22.....	1-حدود الدراسة
22.....	2-أهم الوسائل المستعملة في البحث
27.....	3- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
30.....	4- محتوى الجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

الفصل السادس : تقديم الحالة

- 1-دراسة الحالة 33
- 2-جلسات العلاج المعرفي السلوكي.....36

الفصل السابع : عرض النتائج و مناقشتها

- 1-النتائج القياس القبلي و البعدي و المتابعة لاختبار بيك.....50
- 2 -عرض نتائج الجلسات العلاجية و تقنيات العلاجية 50
- 3-مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج.....51
- الخاتمة 53
- قائمة المراجع 54
- الملحق (اختبار بيك).....57

تعد مرحلة المسنين إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية والاجتماعية و النفسية ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن مع أسرته و مجتمعه بوجه العام وتؤثر على حالته النفسية والاجتماعية أهمها الاكتئاب (علي، 2012 ،ص 11)

يرى عبد المنعم عاشور (2001) بأن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى المسنين حيث يصيب الاكتئاب الشديد 3 بالمائة ممن هم فوق الستين كما تصيب الأعراض الاكتئابية 27 بالمائة من المسنين في المجتمع، وتزيد هذه الأرقام كثيرا بالنسبة للمسنين المقيمين في المؤسسات أو المحجوزين في المستشفيات. و يوصف اكتئاب الشيخوخة بأنه الاكتئاب الذي تظهر أعراضه لأول مرة بعد عمر الستين عاما فأكثر ، ولا تختلف أعراضه في الجوهر عن أعراض الاكتئاب الذي يصيب غير المسنين ولكن الاختلاف يكمن في التغيرات المرتبطة بمرحلة الشيخوخة. (نفس المرجع،ص 98) .

ويحتاج كبار السن المكتئبين إلى العلاج النفسي والمستعمل حاليا هو العلاج المعرفي السلوكي وهذا ما سأحاول تناوله في هذه الدراسة المتمثلة في الاكتئاب عند كبار السن مع تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ومعرفة مدى نجاح هذا العلاج على فئة المسنين المكتئبين ومدى تجاوبهم مع العلاج خاصة الماكثين بدار العجزة و لهذا الغرض تم التطرق إلى جانبين ، الجانب النظري و الجانب التطبيقي ، تضمن الجانب النظري أربع الفصول ، تم تخصيص الفصل الأول ليتضمن المدخل إلى الدراسة و احتوى أهمية وأهداف البحث ، دوافع اختيار الموضوع ، تحديد المفاهيم الإجرائية ، بالإضافة إلى إشكاليات وفرضيات البحث و الدراسات السابقة للموضوع ، تضمن الفصل الثاني أهم الجوانب الأساسية لكبار السن ، و الفصل الثالث تم فيه الاكتئاب ،الفصل الرابع تم التطرق فيه إلى العلاج المعرفي السلوكي أما الجانب التطبيقي تم التطرق في الفصل الخامس إلى الإجراءات المنهجية و أهم الوسائل المستعملة في البحث ، البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي و محتوى جلساته ، و الفصل السابع تضمن النتائج القياس القبلي و البعدي والمتابعة لاختبار بيك ، عرض النتائج الجلسات العلاجية و مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج ثم الخاتمة وقائمة المراجع و الملحق (اختبار بيك)

الجانب النظري

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

تمهيد

الإشكالية

الفرضيات

أهمية البحث

أهداف البحث

دواعي اختيار الموضوع

تحديد المفاهيم الإجرائية :

كبار السن

اكتئاب

العلاج المعرفي السلوكي

الدراسات السابقة

تمهيد :

تم التطرق في الفصل الأول الإشكالية و الفرضيات البحث ، المفاهيم الإجرائية و الوسائل المستعملة في البحث .

الإشكالية : "يكون للفراغ الذي يحدث عقب التقاعد من العمل أسوأ أثر في الحالة النفسية لكبار السن ، فالحرمان من العائد المادي و الأدبي للعمل قد يكون البداية للتدهور العقلي و النفسي ، وقد تأتي مع ذلك المشكلات الصحية و كأن كل الأشياء يجر بعضها البعض ، وقد لوحظ أن المسنين الذين يعيشون داخل دور الرعاية التي تقدم لهم خدمات كاملة ويقوم على خدمتهم أعداد كبيرة من العاملين يشعرون أكثر من غيرهم بوطأة الفراغ القاتل الذي يؤدي إلى تدهور صحتهم البدنية و قدرتهم العقلية . و يشكو المسنون من انفضاض الناس من حولهم مما يجعلهم يعيشون في عزلة قاتلة و اكتئاب". (الشريبي ، 2001 ، ص 159)، هنا يكمن دور المعالج المعرفي السلوكي في مساعدة المسن على التغلب على مشاعر الاكتئاب لديه وتعديل الأفكار السلبية و إعادة تدريبه ليفكر بشكل أكثر منطقية وتوضيح أنماط التفكير التلقائية هذا ما يدفعنا إلى طرح الإشكالية التالية : هل يساعد العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب عند كبار السن الماكثين بمركز المسنين؟

هل للعلاج المعرفي السلوكي دور في تعديل الأفكار السلبية لدى المكتئبين كبار السن الماكثين بمركز المسنين ؟

الفرضيات : يساعد العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب عند كبار السن الماكثين بمركز المسنين .

العلاج المعرفي السلوكي دور في تعديل الأفكار السلبية لدى المكتئبين كبار السن الماكثين بمركز المسنين.

أهمية البحث:

تكمن أهميته في اظهار أهمية كبار السن مع تركيز على العلاج المعرفي السلوكي و دوره في العلاج المكتئبين كبار السن و خاصة تخفيف الاكتئاب عند كبار السن الماكثين بدار العجزة .

أهداف البحث:

إبراز دور و أهمية علاج سلوكي معرفي في مساعدة هذه الفئة .

معرفة أسباب حقيقية للاكتئاب عند هذه فئة .

إبراز أهمية و دور فئة كبار السن في المجتمع و تركيز على دوافع اكتئابهم .

اختيار أحسن وأسهل السبل لمساعدتهم وتخفيف اكتئاب لديهم .

دوافع اختيار الموضوع:

إن اختيار أي موضوع البحث يخضع بدرجة الأولى إلى الدوافع الذاتية و أخرى الموضوعية

الدوافع الذاتية : ميولي ذاتية لهذه الفئة و رغبتي دائمة باحتكاك بها

الدوافع الموضوعية : يتمثل في البحث من أجل الوصول إلى فهم موضوعي للاكتئاب عند هذه الفئة خاصة مع إبراز أهمية و فعالية علاج سلوكي معرفي عند مكتئبين كبار السن .

تحديد المفاهيم الإجرائية :

كبار السن (مرحلة الشيخوخة):

حالة يصبح فيها الانحدار من القدرات الوظيفية و البدنية و العقلية واضحا ، يمكن قياسه و على آثاره تكون العمليات التوافقية ، و في السن الخامسة والستين عاما ينتشر التلف الحسي و الحركي ، إلا أن المسنين حقيقة هم عادة الأشخاص الأكبر سنا من ذلك ، يعانون من التدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية . (ميلادي، 2006، ص 10).

الاكتئاب :

يرى روكلين أن الاكتئاب هو الحالة المزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة ، الحزن ، التشاؤم ، نقص النشاط و تتضمن الاضطرابات الاكتئابية طبقا للاختلالات النفسية ، التي تختلف عن التكرار ، المدة والشدة . (فايد ، 2001 ، ص 61)

العلاج السلوكي المعرفي :

يعرفه جون كوترو على أنه تطبيق علم النفس العلمي في العلاج (cottraux ; 2011 ; p3)

الدراسات السابقة :

اهتمت دراسات الشيخوخة في الماضي على دراسة الجوانب السلبية في مرحلة الشيخوخة أي نواحي الضعف و النقص في هذه المرحلة أما دراسات الحديثة فإنها تهتم بالجوانب الايجابية أيضا فتدرس الأمور التي يؤديها الشيوخ أفضل من الشباب كما تدرس الأمور التي يعجز عن القيام بها هؤلاء الشيوخ (عيسوي، 1993، ص 107- 108).

دراسة أنانثارمان 1980 حول مفهوم الذات و التوافق عند المسنين حيث تكونت 170 من المسنين تراوحت أعمارهم بين (55- 89 سنة) استخدمت فيها الباحثة مقياس الرضا عن الحياة لها فجرت متواصلة إلى أن الأشخاص الذين يعتبرون أفضل من حيث التوافق و لديهم مفهوم الذات الايجابي ، أما الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم فعالين صريحين متشككين فهم يعانون من عدم القدرة على التوافق و لديهم مفهوم الذات (فايزة، 2011 ، ص 7).

كما قامت سهام راشد 1983 بدراسة على عينة من المسنين المقيمين بمؤسسة إسكندرية مصر ، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود العلاقة الموجبة بين الإصابة ببعض الأمراض النفسية ، الاجتماعية وتقدم في العمر ، كما أوضحت أن الوسواس ،الاكتئاب ، القلق ، الهستيريا ، الوحدة ،العزلة ،المشاكل الاجتماعية ووقت الفراغ من العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة لكبار السن (ميلادي، 2006، ص 68- 69).

هدفت الدراسة التي قامت بها الغربي 1983 إلى تحديد العلاقة بين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة ، وما يرتبط بها من تغيرات جسمية و اجتماعية و رضا المسن عن حياته و تقبله للآخرين من حوله . و قد تكونت عينة الدراسة من 27 فردا أحيلوا إلى المعاش من عملهم ، ممن تراوحت أعمارهم من 59 إلى 67 سنة . و انتهت النتائج إلى وجود علاقة ايجابية دالة بين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة ، ومقدار الرضا عن الحياة ،و تقبله لذاته و تقبله للآخرين . (بركات ، 2010 ، ص 117)

دراسة ورتز 2001 عن العلاقة بين الاكتئاب في الشيخوخة و مؤشرات جودة الحياة و مستوى النشاط والمساندة الاجتماعية وخلص إلى وجود ارتباط سالب بين اكتئاب الشيخوخة وجودة الحياة أي نظرة المسن السلبية للحياة تؤثر عليه و تعرضه للإصابة بالاكتئاب ، و العلاقة أيضا بين اكتئاب الشيخوخة و مستوى النشاط والمساندة الاجتماعية و الاستقلال الذاتي باعتبار أن مستوى النشاط والمساندة الاجتماعية و الاستقلال الذاتي مؤشرات للحياة جيدة فإذا لم تتوفر أصيب المسن بالاكتئاب ، استخدام تلك المتغيرات كمنبئات الاكتئاب لدى كبار السن (علي ، 2012 ، ص 84).

الفصل الثاني: كبار السن (الشيخوخة) :

تمهيد

1- تعريف كبار السن (الشيخوخة)

2-المشكلات الخاصة بكبار السن

3-مكانة كبار السن بين العائلة التقليدية والعائلة الحديثة الجزائرية

4-اثنين مليون مسن يلازمهم الفراغ و الاكتئاب

الخلاصة

تمهيد :

تعتبر مرحلة الشيخوخة آخر مرحلة عمرية يمر بها الإنسان ، وكل مرحلة عمرية لديها خصائصها وصفاتها المميزة والمنفردة بها وسيتم تطرق إلى أهم النقاط في الشيخوخة

1-تعريف كبار السن :

يرى اتششر 1985 أن الشيخوخة "مرحلة طبيعية من مراحل الحياة لا يمكن لأحد أن يتفادها والشيخوخة لا تعني الزيادة في العمر وإنما تشمل التغيرات الجسمية و النفسية والاجتماعية ". (علي ، 2012 ، ص 32). "و تختلف المصطلحات المستخدمة لوصف كبار السن اختلافا كبيرا ، حتى في الوثائق الدولية فهي تشمل كبار السن ، المسنين ، الأكبر سنا وفئة العمر الثالث و الشيخوخة ، كما أطلق مصطلح فئة العمر الرابعة للدلالة على الأشخاص الذين يزيد عمرهم على 80 عاما ، و تستخدم الأمم المتحدة مصطلح كبار الأشخاص الذين يزيد عمرهم على 80 عاما ، و تستخدم الأمم المتحدة مصطلح كبار السن وهو التعبير الذي استخدم في قرار الجمعية العامة 5 / 47 و 98 / 48 . ووفقا للممارسة المتبعة في الإدارات الإحصائية للأمم المتحدة ، تشمل هذه المصطلحات الأشخاص البالغين من العمر 60 سنة فأكثر (تعتبر إدارة الإحصائيات التابعة للاتحاد الأوروبي أن كبار السن) هم الذين بلغوا من العمر 65 سنة أو أكثر ، حيث أن سن 65 هي السن الأكثر شيوعا للتقاعد ". (نفس المرجع ، ص 37).

لقد بدأ الاهتمام في السنوات القليلة الأخيرة بالمسنين إلى جانب احتفال العالم في عام 1982 بالعام الدولي للمسنين و تحيي الجزائر على غرار دول العالم اليوم الدولي للمسنين المصادق للفتاح من أكتوبر (فايزة ، 2011 ، ص 3).

2-المشكلات الخاصة بكبار السن :

المشكلات السيكولوجية : ترتبط المشكلات النفسية في الغالب بعدم التكيف مع التغيرات العمرية فالمسنون تنتابهم مشاعر الوحدة ، الفراغ ، الخوف من المستقبل ، فقدان حب الآخرين ، فقدان الأبناء والأهل ، الاضطرابات النفسية و العقلية الشديدة كالعته (خرف الشيخوخة) و الاكتئاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى الانتحار في بعض الأحيان (دهيمي ، بت ، ص 10) .

كما يعد الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر حدوثا بين المسنين ومعدل الانتشار الاكتئاب من 15 إلى 20 بالمائة بين بالغي السن 65 عاما و يبلغ 30 بالمائة بين المرضى المحجوزين بمركز العجزة (فايزة ، 2011 ، ص 74).

3-مكانة كبار السن بين العائلة التقليدية و الأسرة الحديثة الجزائرية:

3-1-مكانة كبار السن في العائلة التقليدية الجزائرية :

العلاقات السائدة في هذه العائلة ذات صلات عميقة و متبادلة و متكاملة ، حيث يعتمدون على نمط المعيشة الجماعي و العملية الاقتصادية المشتركة تحت قيادة رب العائلة و الذي غالبا هو المسن الذي يساعد على ترابط العائلة ووضوح القيادة و التبعية و هي العائلة الموسعة تعيش في أحضانها عدة أسر زواجية تحت سقف واحد ، و السلطة فيها ترتبط بالقيم و التقاليد و غالبا تتركز في أيدي كبار السن ، فالسن في هذه العائلة يعتبر من محددات المكانة الاجتماعية للفرد ، فكلما تقدم الإنسان في العمر كلما زادت قيمته و ارتفعت مكانته داخل العائلة ، و تمنح الأولوية ، السيطرة ، الرئاسة و قيادة الرأي لكبار السن كونهم المصدر الأساسي للخبرة ، الدراية و الحنكة ، بالإضافة إلى توقييرهم و احترامهم ، فوجود المسن في العائلة يعد قوة تزيد من التماسك و الترابط بين أفرادها ، فهو حلقة الترابط بين الأجيال المتتابة و الرابطة الروحية و القاسم المشترك بين الماضي و الحاضر و الذاكرة التاريخية و الثقافية للعائلة . (نادية، 2008 ، ص 95-96) .

إن التغيرات السياسية و الاقتصادية التي يمر بها المجتمع أحدث تغييرا على مستوى الأسرة ، كما أن التحديث و التمدن جرف الأسرة إلى تحولات سريعة مست مختلف جوانب الحياة الاجتماعية، حيث تأثرت بنية العائلة الجزائرية لهذا التغير الذي قلب العديد من الاعتبارات ، و من جراء هذا التغيير أصبحت العائلة الجزائرية تختلف عما كانت عليه في الماضي بنويوا و وظيفيا (نعيمة، 2004 ، ص 42) .

3-2- مكانة كبار السن في العائلة الحديثة أو النووية الجزائرية :

تتميز العائلة الحديثة بتقلص حجمها نتيجة للتغيرات الكبيرة التي حدثت في المجتمع ككل ، كما فقدت جزءا كبيرا من وظائفها الوقائية في حالات العجز و الشيخوخة ومع التغيرات (انتشار التعليم وما ترتب عنه تغير في بعض القيم المرتبطة بالمكانة الاجتماعية لبعض أفراد الأسرة بالإضافة إلى خروج المرأة إلى العمل واتجاه أفراد الأسرة نحو التخصص في مهن جديدة) أدى إلى تغير كبير في المراكز و المكنات التي يشغلها كبار السن داخل الأسرة ، حيث تحول الأب الأكبر من الوضع المسيطر إلى وضع

يتميز بالعدالة والتساوي ، ويرجع شنيدر التغيير في دور ومكانة المسن داخل الأسرة الحديثة إلى عامل التصنيع حيث يرى أن الصناعة كان لها دور في التأثير غير المباشر على هذه المكانة و ذلك من خلال تأثيرها على نظام الأسرة، و تطور إيديولوجية الاستقلال الذاتي للأسرة الحديثة أدى إلى الصراع بين رغبتها في تحقيق أكبر قدر من النجاح و الرفاهية و بين الاهتمام بالأباء و الأجداد من كبار السن ، ولعل ما يشعر به المسنون من بأس و إحباط لآمالهم على حد تعبير ولنسكي ، و ما يشعر به الشباب من الذنب لهو دليل قاطع على عجز الأسرة عن الوفاء بحاجيات كبار السن فيها (نادية، 2008، ص 97 إلى 99)

4- اثنين مليون مسن يلزمهم الفراغ و الاكتئاب :

كشف التقرير أنجزته وزارة التضامن الاجتماعي حول وضعية الأسرة الجزائرية بالأرقام واقع المسنين في الجزائر ، وأشار إلى أن عدد من المسنين في الجزائر يتجاوز المليونين و يصل بالضبط إلى حدود 2.530.713 نسمة من ضمنها أكثر من مليون و 255 ألف رجل مقابل مليون و 275 ألف امرأة و حسب هذا التقرير يقصد بالمسنين كل من تجاوز 60 سنة و تتأرجح معاناة المسنين بين إهمال السلطات العمومية و بين تغير مكانتهم في المجتمع ، مع ارتفاع معدلات الحياة ، واقع المسنين يزداد سوءا بالجزائر ، حيث بدأت الجزائر تشهد ارتفاع حالات الزهايمر و غيرها من الأمراض التي تؤكد انعزال المسنين و ابتعادهم عن الحياة اليومية الفاعلة ، فالمدن الكبرى تضم غالبية المسنين في مقدمتها العاصمة التي تضم ما يقارن 268 ألف مسن في حين ولاية وهران تضم 115 ألف مسن هذه الأرقام تضع الولايتين في مقدمة ولايات الوطن من حيث تمركز المسنين مع التأكيد على الغالبية العظمى ممن يوضعون في خانة الماكثين بالبيت ، هذا مع تسجيل قلة المرافق الخاصة بالمسنين حتى بقلب العاصمة حيث لا يجدون مكانا يجمعهم بأقرانهم (سامية ، 2010-07-10)

الخلاصة :

مرحلة الشيخوخة آخر مرحلة تحمل التغيرات الفسيولوجية و البدنية و الاجتماعية تؤثر على حياة الإنسان ووظائفه كما تم التطرق إلى دور ومكانة كبير السن في المجتمع الجزائري بصفة خاصة في العائلة التقليدية وفي العائلة النووية الحديثة .

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد

1-تعريف الاكتئاب

2- أعراض الاكتئاب عند المسن

3-تشخيص الاكتئاب

الخلاصة

الاكتئاب :تمهيد :

يعرف الاكتئاب على أنه حالة انفعالية أو نفسية التي تؤثر على حياة الإنسان ونشاطاته اليومية وظهرت عدة تعاريف و نظريات مفسرة للاكتئاب ما جعله محل الاهتمام عدة العلماء مع تركيز على الاكتئاب عند كبار السن .

1-تعريف الاكتئاب1-1-التعريف اللغوي للاكتئاب :

حسب الرازي هو "سوء الحال والانكسار من الحزن" (عبد الصاحب، 2011، ص 97).

2-1-تعاريف الاكتئاب :

أ- يعد الاكتئاب في العصر الحالي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى الإنسان في كل أنحاء العالم ، وسمى كل من أرسطو وأبو قراط الاكتئاب بملينخوليا ، و التي تشير حرفيا إلى سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض .(علي ، 2012 ص 94).

ب- حسب بيك : " هو التوقعات السلبية بشأن الذات و العالم و المستقبل تؤدي إلى انفعالات اكتئابية" (عبد الصاحب، 2011، ص 98)

3-1-تعريف الإجرائي : من الناحية اللغوية يمثل الحزن وهو من الاضطرابات النفسية الحالية

الشائعة يتمثل في الخبرة الوجدانية الذاتية تظهر في مجموعة من الأعراض نتيجة توقعات السلبية للذات والعالم الخارجي و المستقبل .

2-أعراض مرض الاكتئاب عند المسن : فقدان الاهتمام على الاستمتاع بأي شيء و الشعور الدائم

بالضيق ، عدم الرغبة في الحياة مع الأفكار السوداء التي تسيطر مثل التفكير في الموت ،عدم المقدرة على بذل المجهود أو القيام بأي نشاط ،فقدان الشهية للطعام مع اضطرابات النوم ،حدوث أحلام وكوابيس مزعجة ليلا ،قد يحدث الانطواء و البكاء للمسن المريض دون سبب مع التوتر و القلق ،وقد يسبب كل هذا بعضا من الأمراض العضوية التي قد يصيب القلب أو الجهاز الهضمي ومن الممكن أن تصل هذه الاضطرابات إلى إهمال الذات وعدم الاهتمام بالمظهر العام وهذا المؤشر غير صحي للحالة المرضية .

(كمال ، ميلادي ، ، 2014، ص 60).

3-تشخيص الاكتئاب :**1-3 التشخيص:**

تشخيص الاكتئاب في المسنين مشكلة ، إذ يلزم اكتشاف الحالات المخفية والتفرقة بين أنواع الاكتئاب المختلفة ، حتى يتسنى وصف خطة العلاج الصحيح . و يتطلب هذا وعياً كبيراً من المهن العاملة مع المسنين . وحتى الآن نشكو من أن نسبة صغيرة فقط من المسنين المكتئبين يتلقون فعلاً علاجاً سليماً ونريد أن نصح هذا الوضع . و لكن مما يدعو للتفاؤل في مجال الاكتئاب في المسنين هو أن حزمة ممتازة من العلاجات متوافرة و عالية الفاعلية والجدوى ، و تشمل العلاجات الدوائية ، النفسية ، الاجتماعية والأسرية . (عاشور، 2009، ص14).

2-3 تشخيص الاكتئاب حسب DSM4 :**النوبة الاكتئابية الجسيمة Major Depressive Episode**

A- وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد من الأعراض على الأقل إما **(1)** مزاج منخفض أو **(2)** فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تتضمن الأعراض الناجمة بصورة جلية عن حالة طبية عامة، أو الأوهام غير المنسجمة مع المزاج أو الهلوس.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو حزينا دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً (ويستدل على ذلك بالرواية الذاتية أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد الوزن البارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب الوزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(4) الأرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو التعويق، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

(6) التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً).

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما معبر عنه ذاتياً أو ملاحظ من قبل الآخرين).

(9) أفكار معاودة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو التفكير الانتحاري معاود بدون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- لا تحقق الأعراض معايير النوبة المختلطة.

C- تسبب الأعراض الضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

D- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام العقار، تناول الدواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور الدرقية).

E- لا تُعطل الأعراض بصورة أفضل من خلال الفقد، أي، بعد فقد عزيز، إذ تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتصف باختلال وظيفي كبير أو انشغال مرضي بانعدام القيمة أو التفكير الانتحاري أو أعراض ذهانية أو تعويق نفسي حركي. (حسون ، 2004 ، ص 113- 114)

3-3-التشخيص الفارقى مع الاكتئاب عند كبار السن :

في المسنين توجد غالباً صعوبة في تحديد ما إذا كانت الأعراض المعرفية مثل صعوبة التوجه اللامبالاة ، صعوبة التركيز و فقدان الذاكرة ، يمكن تفسيرها أفضل على أنها عته الشيخوخة أو أنها نوبة

اكتئابية أساسية ، وتقييم طبي دقيق و تقييم بداية الاضطراب ، و التتابعات المؤقتة للأعراض الاكتئابية والمعرفية و كذلك تحديد مجرى العملية المرضية و الاستجابة للعلاج كل ذلك مفيد في تمييز النوبة الاكتئابية الأساسية عن عته الشيخوخة . في عته الشيخوخة يكون هناك عادة تاريخ قبل المرض لانخفاض في التوظيف المعرفي ، بينما في حالة النوبة الاكتئابية الأساسية هناك احتمال كبير في أن يكون الشخص لديه توظيف معرفي طبيعي يبدأ انخفاضه مع ظهور حالة الاكتئاب لديه . (إبراهيم ، 2006 ، ص 51) .

الخلاصة :

فالالاكتئاب كاضطراب يصيب المسن في مرحلة الشيخوخة ، عليه معرفة مصدره و تجاوزه و ممارسة نشاطاته اليومية كما اعتاد أن يقوم بها .

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

1- أساسيات العلاج المعرفي السلوكي

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي

3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي

4- الفنيات أو التقنيات العلاج المعرفي السلوكي

5- سيرورة العلاج المعرفي السلوكي

6- التعاون بين المعالج و المريض

7- تقنيات Les 4R

الخلاصة

تمهيد :

من بين العلاجات الفعالة التي أثبتت فعاليتها في الاكتئاب هو العلاج المعرفي السلوكي وسيتم التطرق إلى هذا العلاج وأهم النقاط الرئيسية فيه

1-أساسيات العلاج المعرفي السلوكي :

أ-تعريف السلوك :

هو "أي نشاط يصدر عن كائن حي سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها و قياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر ". (صالح ، 2014 ، ص 182)

ب- تعريف المعرفة : هي فعل يركز على اكتساب و تنظيم و استعمال العلم حول الذات والعالم الخارجي. (cottraux; 2011 ;p4)

ج- تعريف الانفعالات:

توصف الانفعالات من خلال الإحساسات الجسدية للذة أو الانزعاج الذي يتوافق مع التغيرات الفسيولوجية بالاستجابة على المثيرات المحيطة . تغييرات في الانفعال – الظواهر الجسدية لها أثر في الظواهر العقلية (اللذة ، الحزن ، القلق ، الخوف ، الاشمزاز و الغضب) حسب تفسير الوضعية . (cottraux ;2011 ; p 5)

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

"هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد و تقييم و تتابع السلوك ، يركز على تطور و تكيف السلوك ، وأيضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ، و يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق والاكتئاب و العدوان و غيرها من الاضطرابات ، ويستخدم في تعديل السلوك كل الأشخاص و يشمل ذلك الأطفال و المراهقين والكبار " (شقيير ، 2002 ، ص 215) .

3-أهداف العلاج المعرفي السلوكي: تم تلخيصها في الأتي :تصحيح صورة الواقع ،مساعدة

المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته وتعليمه كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير الأسباب ونشوء استجاباتها الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف بالإضافة إلى توضيح أن التغيير المعرفي لديه أهمية رئيسية في العلاج ، كما يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية (غير السوية) بشكل مستمر (الغامدي ، 2013 ، ص 158)

4-الفتيات أو التقنيات العلاج المعرفي السلوكي : تنقسم الفتيات إلى ثلاث الأقسام :

1- الفتيات المعرفية : تعرف على الأفكار اللاعقلانية و تعديلها ، إعادة البنية المعرفية ، المراقبة الذاتية

2-الفتيات الانفعالية : مثل النمذجة ، لعب الأدوار ...

3-الفتيات السلوكية :الاسترخاء ، الواجبات المنزلية ، التعزيز ، العقاب ،التحصين التدرجي ، التعريض ... (شقيير ، 2002 ، ص 215 - 216) .

5-سيرورة العلاج المعرفي السلوكي: (le déroulement de TCC)

يتمثل في التحليل الوظيفي وهو ملاحظة السلوك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة و لا يتوقف في جوانب سطحية لكن يبحث عن ما هو معزول و منفرد أو مشاكل مفتاحية التي منها حلول وتعدل بطريقة دائمة ومهمة للسلوك ، البعد التاريخي لكسب الاضطراب يدرس جيدا كما يدرس المعالج الأفكار ، الصور العقلية والحوار الداخلي الذي غالبا ما يرافق سلوكات ثم تحديد هدف العلاج و يقوم المعالج والمريض تدريجيا بصياغة فرضيات مشتركة حول أسباب الاضطرابات وعوامل انفجارها و بعدها يتم إبرام عقد علاجي يتضمن الهدف والعلاج ، تحديد المشاكل بعبارات واقعية وتطبيقية ،يكون تعاون علمي مع المعالج وتطبيق برنامج العلاج باستعمال مبادئ و تقنيات محددة سابقا مع المريض و يطور المعالج لدى المريض قدرة على تنظيم ذاتي للسلوكات و أخيرا تقييم نتائج العلاج حيث يتم التقييم بمقارنة القدرة المتكررة قبل – أثناء و بعد العلاج ، المتابعة على الأقل سنة بعد العلاج بصفة عامة و يكون التقييم بعد شهر – 6 أشهر وسنة .(cottraux ; 2011 ; p6)

6-التعاون بين المعالج والمريض (le rapport collaboratif):

على المعالج أن يكون empathique (التركيز حول حقيقة المريض) ;authentique على المعالج جعل المريض يشعر بالراحة للتعبير عن مشاعره و أحاسيسه الخاصة .

Chaleureux دافء و تكون العلاقة مبنية على الدفاء من خلال الاتصال البصري ، نبرة الصوت تعابير الوجه و الجسد

Professionnel مهني و تكون العلاقة مهنية فعلى المعالج تحديد قدراته وكفاءاته .كل هذا يولد نمط علائقي حقيقي يسمح بالتحالف العلاجي . (makota , 2012 , p 4-5)

7-تقنيات Les 4 R

1-إعادة الصياغة : Reformulation من خلال كلمات المريض والقدرة على انعكاس معاشه .

2-إعادة السياق :recontualisation وتكون فيه الأسئلة مفتوحة ، أين ؟ ، متى ؟، كيف ؟، مع من ؟

3-التلخيص résumé : الطلب من المريض إذا أمكنه تلخيص الأمور الخاصة به .

4-التدعيم : renforcement من خلاله يتم تشجيع المريض (makota ; 2012 ; P8)

الخلاصة:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات المستعملة حاليا والتي أثبتت فعاليتها في عدة اضطرابات بالاعتماد على تقنيات سلوكية ،معرفية و انفعالية مناسبة لكل الاضطراب.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية :

-تمهيد

1-حدود الدراسة

2-أهم الوسائل المستعملة في البحث

3- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

4- محتوى جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

تمهيد :

سيتم التطرق في الجانب التطبيقي إلى الوسائل المستعملة في البحث .

1-حدود الدراسة :

الحدود الزمانية : 24- 02 -2016 إلى 17- 04 - 2016

الحدود المكانية : دار الأشخاص المسنين بوهران

مكان إجراء البحث: تم إجراء بحث ميداني في دار الأشخاص المسنين بوهران .

منهج البحث : تم الاعتماد على منهج العيادي الذي يتأسس على دراسة الحالة ، متمركز على الملاحظة العلمية والمقابلة العيادية و اختبار بيك للاكتئاب ، كما تضمنت دراسة الحالة الواحدة أنثى تبلغ من العمر 60 سنة الماكثة بدار الأشخاص المسنين بوهران من خلال تطبيق مراحل و تقنيات العلاج المعرفي السلوكي .

2-أهم الوسائل المستعملة في البحث :

2- 1دراسة الحالة : هي الإطار الذي يتم فيه تنظيم كل البيانات و المعلومات من قبل الأخصائي الإكلينيكي ، كما يقوم برصد النتائج التي حصل عليها الفرد (الحالة) و ذلك عن طريق : الملاحظة في المواقف ، مقابلة التاريخ الاجتماعي ، الاختبارات السيكولوجية و الفحوص الطبية (بور ، 2014 ، ص 27).

نموذج دراسة الحالة :

1-البيانات المميزة للحالة

2-الخلفية التاريخية

أ-بيئة العمل

ب- التاريخ الشخصي

ج- التاريخ المهني

د- التاريخ الطبي

3-نشأة و تطور المرض

4-المظهر الحالي و السلوك العام

5-القدرة على التركيز

6-محتوى التفكير

7- الحالة الانفعالية

8-الوظائف الحسية و القدرات العقلية

9- الاختبارات السيكولوجية

10-الفحوص الطبية و المعملية

ب- النمط العائلي

ج- التاريخ التعليمي

د-التاريخ الجنسي و الزواجي

هـ-الاهتمامات والعادات (شقير، 2002 ،ص 62).

2-2: تعريف الملاحظة :

تعني الملاحظة هي المراقبة لرصد ما يحدث و تسجيله كما هو ، و يميل بعض المحدثين من العلماء أن يمتد معنى الملاحظة حتى تشمل على الطرق المستخدمة في استنارة أنواع من السلوك الذي يهتم الباحث معرفته ودراسته . لكن هذه الاستنارة تعد خروجاً على المواقف الطبيعية المراد دراستها ، لأنها افتعال لأحداث و تدخل في مجرى الحياة الطبيعية ، وقد يكون لتدخل الباحث بهذه الصورة أثر في اختفاء بعض الظواهر، و ظهور ظواهر أخرى تبعد الموقف كله عن الموضوعية المطلوبة لنقاء الظاهرة و خلوها من الشوائب والتحيز. (شقير ، 2002 ، ص 63)

3-2 تعريف المقابلة الإكلينيكية : أوضح (عطوف ياسين) أن العالم (الين روس) يعرف المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، الشخص الأول هو الأخصائي ، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون المساعدة الفنية محورها (الأمانة) و بناء العلاقة العلاجية الناجحة ، فليس هدف المقابلة هو إصاق المريض بالصفات أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة وإنما الهدف هو كشف عن ديناميات السلوك المرضى قبل أي اعتبار و يتوقف نجاحها في تقديرنا على قدرة الأخصائي في بناء العلاقة الدافئة والمشجعة بينه و بين المريض و هي علاقة ثقة . (نفس المرجع ، ص 75)

4-2 اختبار بيك للاكتئاب : (موجود كملحق) : يحتوي الاختبار على 21 فئة ، كل واحدة منها تتضمن الأعراض و الاتجاهات خاصة للاكتئاب . وقد استخدمت أرقام تبدأ من صفر إلى 3 لتوضح مدى شدة الأعراض . و توجد في عديد من العبارات عبارتان من العبارات البديلة على نفس المستوى وتعطي نفس الوزن من الدرجات ، و هاتان العبارتان المتكافئتان ، قد أشير إليهما بالحروف الأبجدية التالية : أ – ب (موسى ، 1998 ، ص 37 ، 38).

نتائج قائمة بيك :

درجة الاكتئاب	مستوى الاكتئاب
أقل من 10 درجات	لا يوجد الاكتئاب
من 10- 18 درجة	الاكتئاب بين خفيف إلى متوسط
من 19- 29 درجة	الاكتئاب بين متوسط وشديد
من 30- 63 درجة	اكتئاب شديد

(أبو فايد ، 2010 ، ص 37).

جدول ثبات وصدق قائمة بيك في المجتمع الجزائري :

الثبات والصدق	الطريقة المستعملة	العينة	درجة معامل الارتباط
معاملات الثبات	/	/	/
معاملات الصدق	إعادة الاختبار	33 مفحوص	0,864
	الصدق التلازمي	52 مفحوص	0,759

(جمال ، 2014 ، ص 77).

2- 5 تقنيات المعتمدة في العلاج المعرفي السلوكي:

و بتركيز على تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب عند كبار السن تم استخدام تقنيات التالية :

1- التدعيم الذاتي :

إن تدعيم الذات أو مكافأتها هو إحدى الخصائص الهامة العلاج المعرفي السلوكي ، حيث تظهر أهمية التدعيم الذاتي في تزويد المريض المكتئب مثلا مستويات من السلوك المرغوب و التغيير في الناحية المعرفية والفكرية لديه . و يمكن للمعالج أن يدعم الذات المريض من خلال : إمداده بتفسير عقلائي لأفكاره اللاعقلانية

-توضيح الأنشطة المدعمة التي يمكن لمريض أن يمارسها

-توجيه المريض لأحراز مزيد من التقدم كأن يقول لنفسه : " أنا لست فاشلا ، إنما أنا لدي قوة كما لدي ضعف " (بظاظو ، 2013 ص 114).

2- إعادة البناء المعرفي :

تفترض هذه الطريقة أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة أنماط من التفكير غير متكيف وتكون مهمة العلاج هي إعادة بناء الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف ، ويتم إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض بناء على مجموعة من القواعد و الإجراءات التي من شأنها تقوم على افتراض أن تغيير العوامل المعرفية سيترتب عليه تغير في سلوك المريض. (نفس المرجع، 2013، ص 117)

خطوات إعادة البناء المعرفي:

1-تحديد الأفكار و المواقف المكربة (التي تسبب كربا للفرد)

2-تحديد الاستجابة أو سلوك الوجداني الذي يتبع الأفكار

3-العمل على تقليل الأفكار المزعجة و استبدالها بالتفكير العقلاني أو المرغوب فيه (الزراد ، سعد ، 2014 ، ص 596).

3-تعديل أخطاء التفكير: حيث قال برتراند راسل 1930 في كتابه "عن الطريق إلى السعادة" و

يعرض فيه بعض الأفكار التي أسهمت في حركة تعديل التفكير الحديثة و كالمثال على هذا يذكر راسل

أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلوص والهدوء إذا ما حاول – عند الشعور بالخوف من شيء معين أن يتخيل أسوأ النتائج و أن يركز الذهن فيها و أن يقنع نفسه بأن ليس في هذا نهايته . (إبراهيم ، 1980 ، ص 187) سيتم الاعتماد على تقنية تعديل أخطاء التفكير ومراحلها :

أ-تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية :-الخبرة أو الموقف المباشر هو الذي يرتبط حدوثه بالحالة الانفعالية السيئة التي يشعر بها . (إبراهيم ، 1998 ، ص 317).

و هي الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليانسة أو المكتنبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب (إبراهيم ، الدخيل ، إبراهيم ، 1993 ، ص 105) .

ب - تسجيل الحوار الذاتي و تفسير الآلي للموقف:

تسجيل الحوارات التي تدور بالذهن و التفسيرات المختلفة لها (إبراهيم ، 1998 ، ص 318).

ت-تحديد التفسيرات السلبية :

و تتضمن التفسيرات العقلانية و غير العقلانية فالتفسير العقلاني هو تفسير ملائم للصحة النفسية . أما التفسير اللاعقلاني فهو على العكس يثير الإزعاج يضخم من مشاعر الإحباط و اليأس فهو يمهد السبيل للكثير من التصرفات غير الملائمة للموقف بما فيها الغضب الشديد ، العدوان ، العزلة ، الاكتئاب و القلق (نفس المرجع ، ص 319).

ث-تسجيل المشاعر التي تتمك نتيجة للتفسير العقلاني :النتائج الانفعالية و الأحاسيس غير المرغوب فيها التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيرات الخاطئة . (نفس المرجع ، ص 323)

ج- تسجيل النتائج السلوكية التي نتجت عن التفكير اللاعقلاني:

أهم السلوكات غير المرغوب فيها : العدوان ، الاحتقار و الأرق . (نفس المرجع ، ص 324)

ح-دحض الفكرة السلبية و تنفيذها و اكتشاف ما فيها من خطأ :

بعد تحديد الفكرة أو مجموعة أفكار المسؤولة عن اضطرابه على أن يعيشها بكل قوة و أن يتصور أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج (إبراهيم ، الدخيل ، إبراهيم ، 1993 ، ص 112).

فبعد تحديد الأفكار و المتغيرات الخاطئة ، يصبح الطريق ممهدا للقيام بدحض و تنفيذ للأراء الخاطئة حيث توضع في شكل أسئلة منطقية والهدف منها هو الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير و فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهي إلى اعتقادات واقعية ، فضلا عن النتائج الانفعالية والسلوكية

المعدلة و المعقولة و الدحض المستمر لأفكار الخاطئة مع إقناع (الذاتي أو من المعالج) يساعدنا على اكتشاف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تجد ، و باستمرارنا في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا بل إننا سنعمل على زيادتها و قوة تأثيرها ، و من ثم فإن التغيير في المعرفة غالبا ما تنعكس آثاره في مجال الفعل و الشعور و يحدث شيء من هذا القبيل في حالة الاكتئاب فكلما ازداد وعينا و تبصرنا بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة ، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة و احتمال تبنيها أسلوبا دائما و جديدا في الشخصية . (إبراهيم ، 1998 ، ص 324)

خ- التفسيرات و الأفكار العقلانية التي ظهرت بعد عملية التنفيذ والدحض :

التعديل الذي طرأ على التفكير نتيجة الدحض والتنفيذ ، و التفسير الجديد للموقف والتفسير الايجابي هو التفسير العقلاني الذي يدفع إلى الهدوء النفسي و التسامح و القيام بمحاولات نشطة للتغيير الظروف الخارجية السيئة . و إذا كانت عملية الدحض ناجحة فإن التفسيرات الناجحة تكون من النوع الايجابي والعقلي (نفس المرجع ، ص 325)

د- تسجيل المشاعر المصاحبة للتفسير العقلاني البناء :

يتمثل في المشاعر و الانفعالات الملائمة نتيجة لتفكير العقلاني و التي تساعد على التكيف (نفس المرجع، ص 325)

4-تقنية توازن الأفكار :

تقنية مفيدة من أجل الأفكار السلبية و الانتقادية ، و يمكن أن توازنها عن طريق تقديم بيان أكثر ايجابية عن النفس (1-draft depression ; 2012 ; p 22)

3-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

يطبق العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي ، جماعي ، ومع الزوجين أو عائلي ، جلساته المحدودة من 10الى 20 جلسة أسبوعيا لاضطرابات القلق و الاكتئاب ، و بعض الاضطرابات الشخصية ، مدة الجلسة من 30 إلى 60 د . (cottraux; 2011; p10)

أثناء كل جلسة المعالج ينظم الوقت و يلخص باستمرار النقاط المهمة ، وفي نهاية كل حصة يتم التغذية الرجعية للجلسة و يطلب من المريض تلخيص ما فهم من الجلسة العلاجية ، كما يوافق كلا من المعالج والمريض على محتوى الجلسة التي جرت و أي نقطة لم تناقش أثناء الجلسة تدون و تترك لحصة القادمة (cottraux ; 2001 ; p 169) تتضمن الجلسات :

الجلسة من الأولى إلى الخامسة: في الجلسات الأولى تتأسس على معرفة الانفعالات ، المؤثرات ، السير والاستطلاع المعرفي يسمح بعزل الحوارات الداخلية ، كما يوضح المعالج الصلة بين الأفكار ، الانفعال و السلوكات المكتنبة ، حسب الجدول التالي :

الوضعية	الانفعالات	الأفكار الأتوماتيكية
تحديد الحدث المنتج عن الانفعال	تحديد الانفعالات ، الحزن ، القلق . تقويم شدة الانفعال .	تحديد الأفكار الأتوماتيكية التي تصاحب الانفعال تقويم مستوى المعتقدات في الأفكار الأتوماتيكية من 0 إلى 8

(cottraux ; 2001 ; p 170)

أساليب التفكير تصنع الاضطراب :

" اللوم غير المتناسب : أن تلوم نفسك على شيء لست وحدك المسؤول عنه ، أو لوم الآخرين والتضخيم من دورك في المشكلات " (إبراهيم ، 2006 ، ص 337)
"قراءة المستقبل سلبيًا و حتميًا : التوقع السلبي للمستقبل و التصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة " .

(إبراهيم ، 1998 ، ص 170) .

الأفكار السلبية هي التي تظهر بشكل عفوي أطلق بيك عليها الأفكار الآلية (الأوتوماتيكية) ، هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة يطلق عليها المخططات التي لدى الفرد عن نفسه ، و عن عالمه ، و عن مستقبله ، هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفًا معينًا ، من خلال هذا التفسير تظهر الأفكار الآلية المعينة . هذه الأفكار تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف ، أو التحدث و يؤدي إلى الاستجابة الوجدانية ، طور بيك الطريقة العلاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار ، و المعتقدات لتشجيعهم على التفكير أكثر بواقعية ، والسلوك بشكل أكثر فعالية والشعور الأفضل نفسيًا (هوفمان اس جي ، 2012 ، ص 14)

فالاعتناء و الأفكار السلبية أي التفسيرات اللاعقلانية تؤدي إلى ما يسمى بالحلقة المفرغة أي التبادل السلبي والتأثر بين المتغيرين أو أكثر و إحدى الطرق الممهدة لكسر هذه الحلقة هي العمل على التحكم المباشر في الأفكار السلبية و إنقاصها (إبراهيم ، 1998 ، ص 329)

فهذه الدائرة المفرغة بين عدم النشاط ، العزلة الاجتماعية و الاكتئاب يمكن قطعها بفاعلية من خلال العرض البطيء و الدائم على المريض من الأنشطة السارة بطريقة إبداعية (هوفمان اس جي ، 2012 ، ص 176).

بين ليفنسون و زملاؤه (lewinsohn ; munoz ; youngren& zeiss ; 1955) أنه لكل حلقة مفرغة توجد لحسن الحظ الايجابية مثلا : يقوم الفرد بنشاط ايجابي (التنزه على الشاطئ مثلا) تشعر بأن التنزه يبعدك عن التفكير المتشائم ، و يساعد ذلك على التغيرات العضوية الصحية التي يتركها المشي و التنزه (إبراهيم ، 1998 ، ص 240).

جلسة من الخامسة إلى العاشرة : من بداية الجلسة 5 و في بعض الأحيان قبلها ، يبدأ المعالج بتعديل الأفكار الأوتوماتيكية و تقديم الأفكار الايجابية بديلة للأفكار السلبية ، العمل يكون على الوجه الخاص حول المسؤولية التي يضعها المريض على عاتقه و في الغالب يكون لديه تأنيب الضمير و اللوم على الأشياء لا يكون مسؤولا عنها. (cottraux ; 2001 ; p 171)

و يمكن الاستعانة بجدول تعديل الأفكار الأوتوماتيكية :

السلوك	الأفكار البديلة	الأفكار الأوتوماتيكية	الوضعية ، الانفعال
السلوك البديل المتكيف	وصف الأفكار المواجهة للأفكار الأوتوماتيكية	وصف الأفكار الأوتوماتيكية التي تنجم وتصاحب الانفعال	وصف الوضعية بدقة الذي ينتج عنها الانفعال مصاحب للوضعية

(Makota ;2012 ; p 80)

جلسة من العاشرة إلى العشرين : إعادة التوازن بين الأفكار السلبية والايجابية

(cottraux ; 2001 ; p 171)

توازن الأفكار : باعتماد على هذا الجدول يمكن تحليل الأفكار الحالة

الحادث	المشاعر و الأحاسيس	الأفكار في الذهن	أفكار أخرى متوازنة

(1-Draft depression ; 2012 ;p24)

جلسة نهاية العلاج و تأكيد العلاج : تكون النهاية العلاج بتأكيد على تقنيات المعرفية والسلوكية متعلمة ، واقتراح أن تكون هناك متابعة (cottraux ; 2001 ; p 173)

4-محتوى جلسات العلاج المعرفي السلوكي للحالة :

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة 1	24-02-2016	كسب ثقة الحالة ، إقامة علاقة تعاونية تحالف العلاجي ، تبسيط العلاج السلوكي المعرفي و تقنياته	الملاحظة ، المقابلة ، اختبار بيك (قياس قبلي)	50 د
الجلسة 2	02 25 2016	تحديد الأفكار السلبية و تحديد أساليب التفكير التي تصنع الاضطراب	الملاحظة ، المقابلة ، تقنيات 4R (إعادة الصياغة ،إعادة السياق)	50 د
الجلسة 3	-27-02-2016	كشف عن سبب العزلة و عدم التواصل مع الماكثات	الملاحظة ، المقابلة، 4R التحليل الوظيفي و شبكة سيكا	30 د
الجلسة 4	-28-02-2016	تحديد الأساليب البدنية واللفظية مرتبطة بالحالة و اقتراح النشاطات الاجتماعية عليها بهدف خروج من العزلة و تعزيز النشاطات .	الملاحظة أهم التقنية المقابلة ،تقنيات 4R التعزيز	35 د
الجلسة 5	-01-03-2016	التدريب على الاستجابة الملائمة (الاحتكاك البصري) .	الملاحظة،المقابلة تقنيات 4R ،تعزيز	30 د
الجلسة 6	-09-03-2016	تقديم الأفكار البديلة عن الأفكار الأوتوماتيكية	الملاحظة،المقابلة 4R إعادة البناء المعرفي	50 د
الجلسة 7	-13-03-2016	تقنية تعديل أخطاء التفكير لأساليب التفكير التي تصنع الاضطراب (لوم غير المتناسب ، قراءة المستقبل سلبيًا)	الملاحظة،المقابلة، 4R تعديل أخطاء التفكير	50 د
الجلسة 8	-14-03-2016	مواصلة مراحل التقنية تعديل أخطاء التفكير	الملاحظة،المقابلة 4R تعديل أخطاء التفكير	35 د

الجلسة 9	-16-03-2016	تحديد أفكار متوازنة مع الحالة	الملاحظة، المقابلة تقنيات 4R ، تقنية توازن الأفكار	40 د
الجلسة 10	-17-03-2016	القياس البعدي و إنهاء العلاج	الملاحظة، المقابلة تقنيات 4R خاصة (التلخيص) اختبار بيك	30 د
الجلسة 11	-17-04-2016	متابعة النتائج و تطورات الحالة	الملاحظة، المقابلة تقنيات 4R خاصة التلخيص ، اختبار بيك	50 د

الفصل السادس : دراسة الحالة

1-دراسة الحالة

2-الجلسات العلاج المعرفي السلوكي

1-دراسة الحالة :

1-البيانات المميزة :

الاسم واللقب : ح خ

السن : 60 سنة

الجنس : أنثى

الحالة الاجتماعية : مطلقة ولها بنتان

عدد الإخوة : 5

مرتبة : الثانية في العائلة

تاريخ دخول دار الرحمة : 2010-07-22 على أساس أنها تعيش ظروف صعبة

تاريخ دخول دار الأشخاص المسنين بوهران : 2015-05-15

2- الخلفية التاريخية :

أ-بيئة العمل : تحس الحالة بانسحاب اجتماعي و النبذ، حيث تخلت عنها عائلتها خاصة إختها بعد وفاة والديها وطلاقها من زوجها.

ب- التاريخ الشخصي : تعاني الحالة من العزلة ، اللوم عائلتها، فقدان الشهية ، عدم الاهتمام بالأمر الإيجابية في حياتها ، التشاؤم ، فقدان الرغبة والاهتمام بعمل أي شيء ، إحساس بالتعب.

ج- التاريخ المهني : لم يسبق للحالة العمل .

د- التاريخ الطبي : خضعت الحالة للعلاج الدوائي الذي تتناوله حتى الآن .

3-نشأة وتطور المرض : بدأ الاكتئاب منذ أن صار لديها مشاكل مع زوجها و ابتعادها عن ابنتيها اختلفت بمحاولة نسيان هذه التفاصيل في حياتها وبعد مدة قصيرة جاء أخوها لرؤيتها يمكن أن يكون العامل المفجر لذكريات الماضي ما جعلها تعود إلى عزلتها و اكتئابها .

4-المظهر الحالي و السلوك العام : التواصل شبه السهل معها أثناء المقابلات ، الصمت في بعض الأحيان ، العزلة ، فقدان الشهية ، عدم الاهتمام بالحياة و فقدان الرغبة في عمل أي شيء، التشاؤم الإحساس بالتعب و شكاوي الجسدية.

5- القدرة على التركيز : أثناء الجلسات تعاني الحالة في بعض الأحيان من شرود ذهني .

6- محتوى التفكير : لوم أخواتها ، الإحساس بالنبذ والانسحاب الاجتماعي ، عدوانية موجهة نحو الذات التفكير في معاناة الماضي ،نقص قيمة الذات .

7- الحالة الانفعالية : العزلة ، الحزن ،التشاؤم ، عدم الاهتمام بالأمور الايجابية .

8- الوظائف الحسية والقدرات العقلية : تعرف التوجه للمكان و الزمان الحالي .

9 – الاختبارات السيكولوجية :تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب الذي أكد وجود الاكتئاب لدى الحالة

10- الفحوص الطبية والمعملية : ليس لديها مرض عضوي طبي حاليا وفي هذه الأيام لم تخضع لأي فحوص الطبية .

ب- النمط العائلي : توفي والديها ولم يكنان يعانين من أي مرض عضوي أو نفسي

لديها 5 إخوة (3 بنات و 2 ذكور) توفي ذكر و أنثى و كانا مصابان بداء السكري وتقول هذا المرض وراثته في عائلتها حيث هناك عدد من الأفراد العائلة مصابون بهذا المرض .حاليا و منذ دخولها إلى دار الأشخاص المسنين لم يزورها أحد وفي الآونة الأخيرة زارها أخوها الذي طلق وتوفي ابنه اثر حادث في العمر عشرين . و لم ترى ابنتيها منذ 2010 .و ليس لديها أي علاقة بإخوتها الباقين.

ج – التاريخ التعليمي : لم تتعلم الحالة في المدرسة .

د- التاريخ الجنسي و الزوجي : تزوجت ثلاث مرات و طلقت ، و آخر زواجها طلقت الحالة من زوجها السابق بعض الخلافات و تلقي عدة إهانات وضرب الذي أخبرها بأنه سينزوج عليها بعد طلاقهما

هـ- الاهتمامات و العادات : الحالة في يومها تبقى طوال الوقت في غرفتها و تخرج منها إلا للحاجة نادرا ما تنظر إلى التلفاز ، و في بعض المرات تحضر الحفلات التي تقدمها المؤسسة بطلب من العاملين.

أضافت الطالبة بعض العناصر المهمة يتطلبها البحث :

الأبعاد الأساسية الملاحظة على الحالة :

البعد السلوكي الظاهري :

انخفاض مستوى الطاقة والمقدرة على النشاط حيث ترفض الخروج في الرحلات التي تقيمها المؤسسة والمشاركة في النشاطات التي تقام داخل المؤسسة كالخياطة ، الأرق فضلا عن الشكاوي الجسدية كالتعب بدون عمل أي شيء ، نقص الشهية للطعام وفي بعض الأحيان انعدامها .

الناحية الانفعالية والاجتماعية :

شعور بالنبذ والانسحاب الاجتماعي ، عدم الاهتمام خاصة من أخواتها ، الحزن ، التشاؤم ، الأفكار السلبية نحو الذات (لا أحد يهتم بي) الأفكار السلبية نحو عائلتها (لا أحد يسأل عني أو يزورني) .

- الاستبصار والحكم :

لديها صعوبة في التكيف في المؤسسة خاصة مع الماكثات ، أثناء المقابلات لم تكن في البداية تستوعب الظروف والعوامل التي تؤثر على حياتها ومع الوقت والعلاج صار لديها استيعاب بهذه الظروف .

- التشخيص : طبقا للأعراض الملاحظة على الحالة تم التشخيص على أنها تعاني من الاكتئاب استنادا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، وتم الاعتماد على التشخيص استنادا على الأعراض التالية :و احد على الأقل:

أ-مزاج مكتئب من خلال الحزن ، الإحساس بالقهر والنبذ

ب- فقدان الاهتمام والسرور فلا شيء يسعدها (الحالة لديها كلا العرضين (2)بالإضافة إلى خمسة الأعراض على الأقل من الأعراض الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1-مزاج مكتئب معظم الوقت و تعبر عنه الحالة ذاتيا حيث تشعر بالحزن والفراغ وتم ملاحظته من طرف الطالبة ، العزلة وعدم اختلاطها بالمقيمات .

2-انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها معظم الوقت حيث لا تذهب للرحلات الخارجية التي تقوم بها المؤسسة ، و لا تشارك في الورشات التي تقوم بها المؤسسة كالخياطة ليس لديها الرغبة في العمل أي شيء .

3-انخفاض الوزن و فقدان الشهية . (ففي بعض الأحيان لا أكل شيئاً و لا تكون لدي شهية للأكل)

4- الأرق حيث لم تكن تستطيع النوم أثناء الليل ما استدعى الطبيب العام أن يصف لها الدواء .

5-تعترف دائماً أثناء الجلسات أنها تحس بالتعب و لا تستطيع عمل أي شيء .

6-الإحساس بانعدام القيمة لعدم اهتمام عائلتها بها .

ب- لا تحقق الأعراض معايير النوبة المختلطة.

ت- تسبب الأعراض الضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في المجالات الهامة أخرى من الأداء الوظيفي، قد أثر ذلك على تواصلها مع الآخرين ، العزلة .

ث- لا تنجم الأعراض عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة للمادة (مثل سوء استخدام العقار، تناول الدواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور الدرقية).

ج- لا تُعطل الأعراض بصورة أفضل من خلال الفقد، أي، بعد فقد العزيم، إذ تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتصف باختلال وظيفي كبير أو انشغال مرضي بانعدام القيمة أو تفكير الانتحاري أو الأعراض ذهانية أو تعويق نفسي حركي. (الحالة الآن في استقرار من ناحية الذهنية ولا تعاني من اضطرابات الذهانية)

العلاج :خضعت الحالة إلى العلاج الدوائي و مازالت لحد الآن تتناول الأدوية :

Haldol ; nozinan ; parkinan

2-الجلسات العلاج المعرفي السلوكي :

أهداف العلاج العامة :تعديل الأفكار السلبية حول لوم الآخرين خاصة أخواتها، محاولة إخراجها من العزلة و تبادل الحديث مع الماكثات .

على مدى القريب :التخفيف من حزنها اليومي ، التجاوب والتواصل مع واحدة على أقل من الماكثات التي ترتاح لهن في المؤسسة ، تعديل الأفكار السلبية حول لوم عائلتها .

على مدى البعيد التجاوب مع كل الناس خاصة الماكثات بالمؤسسة .

مكان إجراء الجلسات :

أجريت كل المقابلات في غرفة الحالة حيث كونها تترتاح في هذا المكان وترفض مغادرتها إلا جلسة واحدة كانت في الحديقة المؤسسة وكانت بداية الجلسة الأخيرة في غرفة الجماعة تجلس فيها الماكثات لمشاهدة التلفاز.

محتوى الجلسات :**الجلسة الأولى: 2016-02-24 ، هدفها كسب ثقتها وتطبيق اختبار بيك للاكتئاب****(القياس القبلي)، مدة : 50 د**

تم التعرف على الحالة وكسب ثقتها وإقامة علاقة علاجية وتحالف علاجي ، شرحت الطالبة للحالة مفهوم العلاج المعرفي السلوكي مع تبسيط تقنياته لها ، وافقت على العلاج تكلمت الحالة عن زواجها الأخير (ابن خالها) في البداية كانت حياتهما عادية وأنجبت منه ابنتين ثم بدأت المشاكل وتغير ولم يعد ينفق عليها وبعد الخصومات العديدة و ذهابها إلى بيت والديها ثم اخبرها بعد مدة من الشجار انه سيطلقها و يتزوج عليها كما تذكرت ابنتيها اللتان لم تراهما منذ 2010 وتفكر في أخيها الذي طلق زوجته وتوفي ابنه في عمر 20 سنة ولم يزرها منذ دخولها إلى دار الرحمة بمسرغين و أتى ليزورها منذ عدة الأيام ما أسعدها من الناحية و أثر عليها سلبيا من الناحية أخرى كونها تذكرت ابنتيها و علمت أنهما كلاهما تزوجتا وتأسفت لأنها لم تحضر زواجهما ، كما تكلمت عن عائلتها التي لم تعد تهتم بها فبعد طلاقها تركت ابنتيها عند أبيهما و بعد مدة توفي والديها بحكم الكبر و منذ ذلك الوقت تغيرت حياتها و أصبحت تنتقل من مكان لآخر حتى دلها بعض الناس على دار الرحمة بمسرغين و المؤسسة نقلتها إلى دار الأشخاص المسنين بوهران ، فلا أحد يسأل عنها خاصة إخوتها ، كانت في بعض الأحيان لا تنام طوال الليل نتيجة تفكيرها المتواصل بمعاناتها السابقة و تقول افتقدت الدعم الاجتماعي و لا أحد من أخواتي وقف معي ، ما استدعى الطبيب العام أن يصف لها الدواء يجعلها تنام ، لا شيء يهمها وبالنسبة لها لا شيء جميل في هذه الحياة بالإضافة إلى نقص الشهية وفي بعض الأحيان انعدامها.

تحليل الجلسة الأولى :

كانت الحالة تبدو حزينة جراء الأحداث القاسية التي عاشتها ، تصمت في بعض الأحيان كما أنها تحن إلى ابنتيها ، تعيش الانسحاب الاجتماعي بسبب رفض العائلة وخاصة إخوتها الأفكار السلبية "لا شيء

يهما وبالنسبة لها لا شيء جميل في هذه الحياة" كما ليس لها أهداف، فكل الأيام بالنسبة لها مشابهة ، تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب الذي كانت نتيجته 43 و الذي يعني اكتئاب شديد.

الجلسة الثانية: 25- 02 - 2016 هدفها : تحديد الأفكار السلبية و أساليب التفكير التي

تصنع الاضطراب ،مدتها : 50 د

تم التوصل من خلال الجلسة أن أهم الأفكار السلبية للحالة تلوم أخواتها على ما حصل حيث كان عليهم أن يعتنوا بها ، " فبعدما كبرت فلا أحد صار يهتمه أمري" ، لا ألوم بناتي " الله غالب عليهم و ميقدروا يديرو والوا " كما انها تعيش في العزلة و تبقى في غرفتها طوال اليوم بالإضافة إلى أنها ترفض الخروج في الرحلات التي تقيمها المؤسسة قائلة : " رحنا معاهم خطرة و منبغيش نعاود نغدى " فعندما تقام حفلات في المؤسسة أحضر و لكن خارجها أرفض ، التفسير السلبي لما هو ايجابي حيث لا تعتبر شيء جميل في حياتها ، تم التطرق في الجلسة إلى أن الحالة لا تتواصل مع الماكثات في المؤسسة حيث تبقى في غرفتها طوال اليوم ولا تتواصل مع الآخرين وفي النادر تتكلم سوى مع واحدة من الماكثات و لا تشارك الماكثات في النشاطات التي يقومون بها كالخياطة وتم تحديد طريقة تفكيرها من خلال عدة أسئلة طرحت عليها لتحديد أساليب التفكير التي تصنع لها الاضطراب.

تحليل الجلسة الثانية:

ما لاحظته الطالبة أثناء الجلسة هو نظر المريضة إلى الأسفل، تعاني الحالة من شعور بالعزلة (بقاء في غرفتها وعدم التحدث مع الآخرين خاصة الماكثات) تعيش معاناة الماضي وعدم الاكتراث بالحاضر، التفسير السلبي لما هو ايجابي ، لوم عائلتها، الانسحاب الاجتماعي الملاحظ من الآخرين ، عدم الاهتمام بأي شيء (عدم المشاركة في نشاطات المؤسسة حيث هدف هذه النشاطات محاولة خلق نوع من الجو العائلي ، نشر روح المحبة ، تجاوز الصراعات الموجودة بين المقيمتات في حين أن الحالة لا تكثر بذلك) كما تم استعمال تقنية التلخيص في نهاية الجلسة للتأكد من أن الطالبة والحالة على نفس المستوى من الفهم تم تحديد الأفكار السلبية التالية باعتماد على الجدول التالي :

الوضعية	الانفعالات	الأفكار الأوتوماتيكية
العزلة و البقاء في غرفتها طوال الوقت	الحزن - الاكتئاب - التفكير السلبي	لا أتكلم مع الماكثات لكي لا يعرفون بقصتي و معاناتي وعند الخصام يسبونني بها . شدة الأفكار الأوتوماتيكية : 8
	شدة الانفعال : 8	

<p>تتجاهل أمور الايجابية بحياتها ، فعند سؤالها ما هو شيء جميل في حياتك : تقول : " لا شيء " كما أنها تتجاهل ذهابها إلى العمرة بصفته خبر سار . شدة الأفكار الأوتوماتيكية: 8</p>	<p>الحزن ، التشاؤم شدة الانفعال : 8</p>	<p>التفسير السلبي لما هو ايجابي</p>
<p>تلوم إخوتها الذين لم يعتنوا بها وتتذكر المعاناة التي عاشتها مع زوجها وخاصة قوله بأنه سيطلقها ليتزوج عليها، ترك بناتها شدة الأفكار الأوتوماتيكية: 6</p>	<p>تجاهل ما هو ايجابي، لوم وتأنيب أخواتها شدة الانفعال : 6</p>	<p>التفكير في معاناة الماضي</p>

تم تحديد أساليب التفكير تصنع الاضطراب :

اللوم غير المتناسب : لحد الآن مازالت تلوم أخواتها على المعاناة التي عاشتها وتقول هن لم يهتموا بي
قراءة المستقبل سلبيًا و حتميًا : " لا شيء في هذه الحياة جميل " .

الجلسة الثالثة : 27-02-2016 ، هدفها : الكشف عن سبب العزلة وعدم التواصل مع

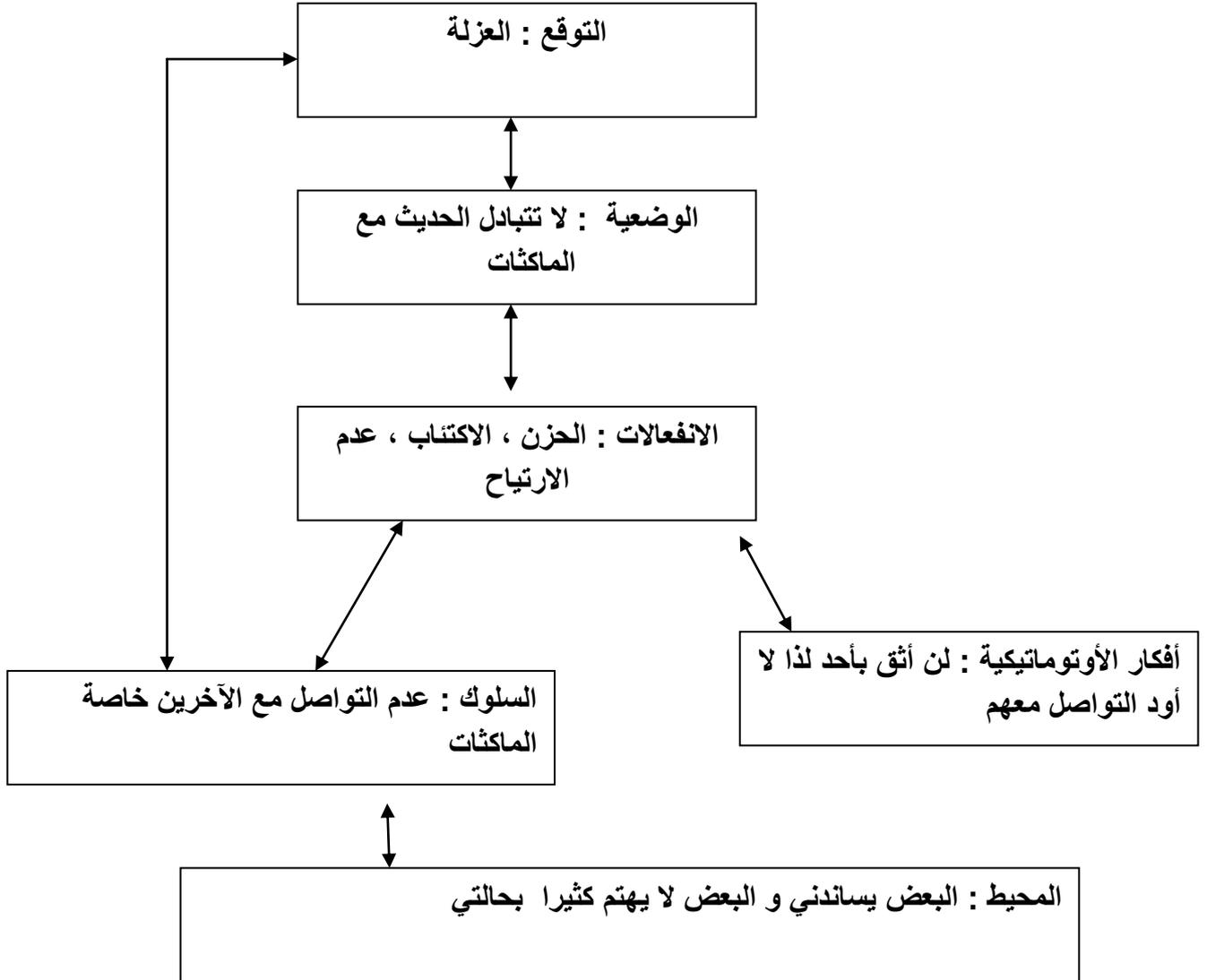
الماكاتات ، المدة : 30 د

في البداية أبدت الحالة اهتمامها بالعلاج بعد جلستين السابقتين ،من أهم الأعراض الموجودة لديها هي
العزلة ومن خلال تساؤلات الطالبة تم الوصول إلى أن هدف العزلة وعدم التواصل مع الماكاتات هو أنها
لا تثق بأي أحد حيث تقول لا أحد أوده أن يعرف بمعاناتي منهن.

كما تضيف أنهم كل واحدة منهن تفتشي أسرار الأخرى عندما يتخاصمن ، كما تريد أن تحافظ على
صفحتها البيضاء وعدم إفشاء أسرارها خاصة للماكاتات كونهن هم أكثر الأشخاص الذين تبقى معهن
طوال الوقت . " ملقبتش في عايلتي الخير نلقاه في هادوا لمنعرفهمش "

تحليل الجلسة الثالثة من خلال شبكة سيكا

التحليل التزامني :



2- التحليل التاريخي :

المعطيات البنيوية الممكنة :

جينية الوراثة : ليس للوالدين اضطرابات نفسية وعقلية .

شخصية : العزلة ، شعور بالوحدة ، و عدم الاهتمام بالآخرين .

الحوادث المسرعة و المعجلة في ظهور الاضطراب : لا تجد من يساندها ، رفض عائلتها لها ، الزيارة الأخيرة لأخيها التي تذكرت من خلالها ذكريات الماضي .

العوامل التاريخية الممكنة و المحافظة و المثبتة للسلوك : دخولها إلى دار الرحمة ثم انتقلت إلى دار الأشخاص المسنين بوهرا .

الجلسة الرابعة : 28-02-2016 : هدفها : تحديد الأساليب البدنية واللفظية المرتبطة

بالحالة ، مدتها : 35 د

ركزت الطالبة في هذه الجلسة على أهم الأساليب البدنية واللفظية التي تبديها الحالة أثناء الجلسة بالإضافة إلى سؤالها عن النشاطات التي تحبها و تحب فعلها و تستمتع عندما تقوم بها : ترى التلفاز ، سماع القران ، أستعمل السبحة للتسييح ، ثم اقتراح النشاطات الاجتماعية على الحالة بهدف الخروج من العزلة : تكلم مع بعض الماكثات واحدة أو اثنين التي تترتاح لهن ، التفكير في الأمور الايجابية ، الخروج في حديقة المؤسسة و المشي قليلا (حيث تبقى غالبا في غرفتها ولا تخرج منها)مدح الشخص عند الإعجاب بصفة معينة فيه ، شكر من ساعدك (الهدف هنا هو توطيد علاقاتها ببعض المحيطين)، المشاركة في النشاطات و الحفلات داخل وخارج المؤسسة كما تم تعزيز النشاطات التي تحبها بتأكيد مواصلة فعلها خاصة رؤية التلفاز و سماع القران مع مجموعة من الماكثات

الأساليب البدنية و اللفظية المرتبطة بالمهارة الاجتماعية :

الأسلوب	الطريقة الملائمة	الطريقة غير الملائمة	الطريقة العدائية
التواصل البصري	التواصل البصري بالشخص أثناء الحديث معه أو إليه	انكسار العين ، و عدم التقائها بعين الشخص	الحملة مقصودة في الشخص أثناء الحديث
التعبيرات الوجيهة	أن تكون ملائمة للموضوع أو الرسالة التي ينقلها	خالية من المعنى	التعبيرات العدائية بغض النظر عن موضوع الرسالة
الإيماءات	معتدلة و ملائمة للموضوع أو الرسالة	منعدمة ، متصلبة ، غير ملائمة للرسالة .	مفرطة و مسرفة في الحماسة
المسافة والوضع البدني	الجسم منتصب و على مسافة ملائمة مع انحناء بسيط في اتجاه آخر	وضع منحنى منكسر وعلى مسافة بعيدة	الجسم منتصب و على مسافة قريبة جدا أو بعيدة من الشخص مع انحناء مبالغ فيه نحو الشخص

شديد و عال وبنبرات واضحة ولكن متسلطة			
---	--	--	--

(إبراهيم ، 1998 ، ص 285)

تحليل الجلسة الرابعة: باعتماد على الجدول السابق تم تحليل الأسلوب الحالة :

الأسلوب	الحالة " خ "
التواصل البصري	في الجلسات الحالة تنتظر في الأسفل كثيرا و تصمت في بعض الأحيان.
التعبيرات الوجهية	خالية من المعنى .
الإيماءات	منعدمة في بعض الجلسات .
المسافة والوضع البدني	تبقى في غرفتها و أحيانا لا تتكلم مع الماكثات .

أهم وسيلة استعملت في هذه الجلسة هي الملاحظة

الجلسة الخامسة: 1 مارس 2016 ، الهدف : التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة ،

مدتها : 30 د التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة وهي الاستجابة البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعي بما في ذلك نبرات الصوت ، التقاء العيون ، تعبيرات الوجه و الحركة . (إبراهيم ، 1998 ، ص 288) فأهم ملاحظة مشتركة أثناء الجلسات السابقة (النظر نحو الأسفل و عيونها في الأرض) تم التدريب الحالة على الاستجابة الملائمة وهي النظر للشخص المقابل عند الحديث معه (الاحتكاك البصري) .

تحليل الجلسة الخامسة: شرحت الطالبة للمفحوصة الاستجابات البدنية الملائمة وتم تركيز على

النظر للشخص المقابل عند حديث معه (الاحتكاك البصري) و أكدت الطالبة للحالة أن عليها الانتباه لذلك وتشجيعها لفعله (تعزيز) في أي محادثة عادية .و تم تحديد النشاطات التي استجابت لها الحالة والمقترحة في الحصة السابقة من الطالبة و أهم النشاطات هي التحدث مع واحدة من الماكثات والجلوس معها فتقول هناك واحدة من الماكثات التي أرتاح لها ، المشاركة في النشاطات و الحفلات داخل المؤسسة ، الخروج من غرفتها لبعض الوقت .

الجلسة السادسة: 9 مارس 2016 ، هدفها : تقديم الأفكار البديلة عن الأفكار

الأوتوماتيكية ، مدتها : 50دتم التفصيل و المناقشة مع الحالة أفكار البديلة عن أفكار الأوتوماتيكية (التفسير السلبي لما هو ايجابي ، التفكير في معاناة الماضي ما يجعلها تشعر بالوم عائلتها) لم تكن

الحالة ترى سوى الأمور السلبية و لا تركز على الأمور الايجابية ، فعند سؤالها ما هو الشيء الجميل و الجيد في حياتك ؟ تجيب بقولها لا شيء كفكرة بديلة والتي تجاوزت معها الحالة هي أنها الآن تعيش في ظروف الأفضل حاليا ، بالإضافة إلى أنها عما قريب ستذهب إلى العمرة ، فهذه الأفكار لم تكن محل تفكيرها سابقا، و أكدت لها الطالبة أن عليها التفكير في الأمور الايجابية ، أما فكرة التفكير في معاناة الماضي تم لفت انتباه الحالة إلى أنها تعيش في الماضي وتفكر به دائما بغض النظر عن الحاضر ، فهي لا تهتم بالأحداث القريبة حاليا كأنها لا تعيش في سنة 2016 ، فالذي مضى ماضى وعليها النظر إلى الحاضر و أحداثه . (يتطرق العلاج المعرفي إلى الأفكار اللاعقلانية تشكلت نتيجة لتعلم في الماضي الناتج عن الاشرطات وتعويضها باشرطات جديدة كما أن العلاج المعرفي يذهب رأسا إلى المشكل الذي يعاني منه الفرد حاليا و يحاول إيجاد حلول عقلانية له . (علوي ، زغبوش، 2009، ص 72) و هذا ما حاولت الطالبة فعله مع الحالة.

تحليل الجلسة السادسة باعتماد على جدول تعديل الأفكار الأوتوماتيكية :

باعتماد على تقنية إعادة البناء المعرفي ، تم تحديد الأفكار البديلة

الوضعية ، الانفعال	الأفكار الأوتوماتيكية	الأفكار البديلة
التفسير السلبي لما هو ايجابي	لا شيء جميل في هذه الدنيا	التركيز على ذهابها القريب للعمرة
التفكير في معاناة الماضي	لوم وتأنيب العائلة	التفكير في الحاضر

الجلسة السابعة : 13 - 03 - 2016 هدفها : اعتماد تقنية تعديل أخطاء التفكير ، مدة

50 د هذه التقنية ستطبق في جلستين بالاعتماد على المراحل التي تم تحديدها مع الحالة .

1-تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية :

شعور بالنبذ والانسحاب الاجتماعي فلا أحد من أخواتها أو بناتها يسأل عنها سوى أخوها الذي أتى لزيارتها في الفترة الأخيرة (لم يزورها أحد منذ دخولها الي دار الرحمة) حيث لحد الآن مازالت تلوم أخواتها على المعاناة التي عاشتها (اللوم غير المتناسب)وتقول هن لم يهتموا بي وكل مرة تتذكر ما مرت به من الهم و تتذكر بناتها ما يجعلها تقول " لا شيء في هذه الحياة جميل " (قراءة المستقبل سلبيًا)

2 - تسجيل الحوار الذاتي و التفسير الآلي للموقف:قالت الحالة :أفكر طوال الوقت في معاناتي السابقة

عدم اهتمام عائلتي ووضعية الحالية لبناتي التي فعلا حرمت منهما .

3- تحديد التفسيرات السلبية**أهم التفسيرات اللاعقلانية السلبية للحالة :**

تلوم أخواتها على معاناتها السابقة.

4- تسجيل المشاعر التي تمتلك نتيجة للتفسير العقلاني :

أهم المشاعر التي تمتلك الحالة الحزن ، التشاؤم ، الانسحاب الاجتماعي من عائلتها (لا أحد يسأل عني) ، الأفكار السلبية نحو الذات (لا أحد يهتم بي) و اللوم عائلتها .

5- تسجيل النتائج السلوكية التي نتجت عن التفكير اللاعقلاني:

في الحالة أهم السلوكيات : التفكير الدائم بمعاناتها السابقة ، الاحتقار ذاتها .

تحليل الجلسة السابعة :

تم تبسيط مراحل تقنية تعديل الأخطاء التفكير للحالة حيث كانت الحالة متعاونة .

الجلسة الثامنة : 2016-03-14، هدفها : مواصلة مراحل التقنية ، مدتها : 35د**6- دحض الفكرة السلبية و تنفيذها و اكتشاف ما فيها من خطأ :**

في بداية الجلسة تم التطرق إلى ما حصل في الجلسة السابقة وتم طرح عدة أسئلة حول شعورها بلوم عائلتها وحاولت الطالبة توضيح لها أن هذا الشعور بيدها هي تعديله و إلى متى ستبقى في هذه الحالة وأن ما عاشته في الماضي ذهب ولن يعود ولا يمكن تغييره وعليها الاهتمام بالحاضر (من خصائص العلاج المعرفي السلوكي التركيز على هنا و الآن) وتم تبسيط لها بعض المفاهيم (الأفكار الخاطئة ، العلاقة بين السلوك ، المعرفة والانفعال) بالإضافة أن الشعور بالانسحاب الاجتماعي حيث زارها أخوها في الآونة الأخيرة و من خلاله عرفت أخبار ابنتيها و بعض عائلتها و هذه الزيارة عليها أن تتذكرها بالأمر الايجابية ، و لا تنظر إلى ماضيها ومعاناتها السابقة بل عليها النظر بايجابية حيث أنها حالياً تعيش في ظروف أفضل .

7- التفسيرات و الأفكار العقلانية التي ظهرت بعد عملية التنفيذ والدحض :

تقول الحالة أن ما قالتها الطالبة نحو الماضي الصحيح ، ما أصبحت أفكر فيه هو ذهابي إلى العمرة عما قريب وهو الشيء الجميل حالياً، و الآن أعيش في ظروف أحسن عما كنت عليه .

8- تسجيل المشاعر المصاحبة للتفسير العقلاني البناء :

أصبحت الحالة تبتسم أكثر مما كانت عليه وتقول علي التفكير في المستقبل حيث في المقابلات الثلاث الأولى لم تكن تقول كلمة المستقبل .

تحليل الجلسة الثامنة :

تم تطبيق تقنية تعديل أخطاء التفكير في الجلستين ، لقيت التجاوب من الحالة وأكدت الطالبة لها أن عليها أن تفكر بإيجابية، وعليها الخروج من الحلقة المفرغة التي تعيش فيها واستخدام هذه التقنية في أي فكرة تؤثر عليها.

الجلسة التاسعة: 2016-03-16 ، هدف : تحديد الأفكار متوازنة مع الحالة ، مدة : 40 د

أجريت هذه الجلسة في حديقة المؤسسة حيث وجدت الطالبة الحالة هناك و بدأت بتشجيعها على الخروج وعدم البقاء في غرفتها طوال الوقت (تقنية التعزيز) وهي من الاقتراحات التي قدمت للحالة في الجلسات السابقة وتم تحديد رأي الحالة في التقنيات التي استعملت معها (التعزيز ، إعادة البناء المعرفي تعديل أخطاء التفكير، تقنية توازن الأفكار).

تحليل الجلسة التاسعة :

الحادث	المشاعر و الأحاسيس	أفكار في الذهن	أفكار أخرى متوازنة
العزلة وبقاءها في غرفتها .	الانسحاب ، الوحدة .	لا أحد من الماكثات أوده أن يعرف بمعاناتي	التكلم والتواصل مع الماكثات التي تتراح معهن .
التفكير في معاناة الماضي .	النبذ ، الانسحاب الاجتماعي.	لا أحد من عائلتي اهتم بي سابقا ولا أحد زارني في دار الرحمة ودار الأشخاص المسنين .	الزيارة الأخيرة لأخوها هناك على الأقل أخوها الذي تذكرها و أتى لزيارتها .
التفسير السلبي لما هو ايجابي	الحزن ، عدم الارتياح	كل الأيام متشابهة و لا يوجد شيء جميل	الذهاب قريبا إلى العمرة
اللوم غير المتناسب .	لوم العائلة والتفكير	لا أحد يسأل عني ويهتم	الزيارة الأخيرة لأخوها

	السلبى .	بي من عائلتي .	
قراءة المستقبل سلبيًا .	لا يوجد شيء جميل .	لا توجد لدي أهداف و أمور أطمح لها .	انتظار الأمور الايجابية والتفكير في الذهاب القريب إلى العمرة .

الجلسة العاشرة : 17- 03 - 2016 هدفها القياس البعدي و إنهاء العلاج، مدتها :30

د في البداية تم تلخيص للحالة التقنيات التي استعملت معها و فائدة كل تقنية والتأكيد لها أن عليها تذكر ما حصل في الحصص للاستفادة منه في حياتها اليومية والوصول إلى الأفكار المنطقية ، تم تطبيق اختبار بيك (قياس بعدي)

تحليل الجلسة العاشرة :

كانت نتيجة اختبار بيك 17 والتي تعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط وتم إعلامها أن بعد شهر أي 17 - 04 - 2016 يتم تطبيق اختبار بيك و معرفة إذا كان هناك انتكاسات أو لا ؟ وعليها استعمال كل ما تعلمته في الحصص و استثماره في حياتها اليومية .

الجلسة الحادية عشر: 17 - 04 - 2016 هدفها : متابعة نتائج العلاج و تطورات

الحالة مدتها : 50 د

وجدت الطالبة الحالة في الغرفة الجماعية أين ترى الماكثات التلفاز في البداية رحبت الحالة بالطالبة وبعد سؤالها عن حالها و ما هي الأمور الجديدة في حياتها تكلمت الحالة بكل حماس مع الطالبة ، ثم تم الانتقال إلى غرفتها حيث تحدثت على أنها تطبق ما تعلمته في الجلسات خاصة تحديد الأفكار السلبية و تعديلها إلى أفكار منطقية وهذا ما يخفف من حزنها و ألامها ، و تنتظر تحديد موعد الذهاب إلى العمرة و تم تطبيق اختبار بيك .

تحليل الجلسة : تبدو الحالة مرتاحة نفسيا حيث وجدت الطالبة الحالة تشاهد التلفاز مع مجموعة

من الماكثات ومن الأنشطة الاجتماعية المقترحة في الجلسات السابقة مع الحالة ، وتم ملاحظة تجاوبها مع بعض الماكثات كانت نتيجة اختبار بيك 11 درجة الذي تعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط .

ملخص الجلسات : في الجلسة الأولى تم التعرف على الحالة و هدف هو كسب ثقتها و تطبيق اختبار

بيك للاكتئاب (القياس القبلي) مدة الجلسة : 50 د ومكان إجراء الجلسة : غرفة الحالة حيث ترفض

الخروج من غرفتها كما تم تبسيط مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي والتقنيات التي ستستعمل في العلاج بالإضافة إلى معرفة تفاصيل حياة الحالة خاصة الوضعية الحالية ودخولها دار الأشخاص المسنين بوهان وتطبيق اختبار بيك للاكتئاب الذي كانت نتيجته 43 و يعني الاكتئاب الشديد، ومن خلال ملاحظة الطالبة و كلام الحالة تم التأكد من أنها تعاني من العزلة و الانسحاب الاجتماعي و النبذ من العائلة . وفي الجلسة الثانية هدفها هو تحديد الأفكار السلبية وأساليب التفكير التي تصنع الاضطراب ، مدتها : 50 د تم التوصل إلى أن أهم الأفكار السلبية للحالة : العزلة والبقاء في غرفتها طوال الوقت ، التفسير السلبي لما هو ايجابي ، التفكير في معاناة الماضي و تحديد أساليب التفكير التي تصنع الاضطراب : اللوم غير المتناسب ، قراءة المستقبل سلبيًا و حتميًا .و في الجلسات القادمة اقترحت الطالبة لكل اضطراب تقنية معينة تتمثل في تقنية تعزيز النشاطات التي تحبها و اقتراح نشاطات أخرى للخروج من عزلتها ، تقنية إعادة البناء المعرفي (التفسير السلبي لما هو ايجابي ، التفكير في معاناة الماضي)، تقنية تعديل أخطاء التفكير (اللوم غير المتناسب ، قراءة المستقبل سلبيًا) و تقنية توازن الأفكار لكل الاضطرابات السابقة ،في الجلسة الثالثة كان هدفها هو الكشف عن سبب العزلة و عدم التواصل مع الماكثات مدتها 30 د تم تحليل العزلة من خلال شبكة سيكا، في الجلسة الرابعة كان هدفها تحديد الأساليب البدنية واللفظية المرتبطة بالحالة ،تعزيز النشاطات التي تحبها و اقتراح النشاطات الاجتماعية الأخرى، أهم التقنية التي استعملت هي التعزيز. في الجلسة الخامسة هدفها هو التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة و تم تحديد النشاطات التي استجابت لها الحالة و المقترحة في الحصة السابقة من الطالبة و أهم وسيلة استعملت في هاتين الجلستين هي الملاحظة في الجلسة السادسة تم الاعتماد على تقنية إعادة البناء المعرفي بالنسبة للتفسير السلبي لما هو ايجابي، التفكير في معاناة الماضي وفي الجلستين السابعة و الثامنة تم الاعتماد على تقنية تعديل أخطاء التفكير بالنسبة للوم غير المتناسب ، قراءة المستقبل سلبيًا ، في الجلسة التاسعة هدفها هو تحديد الأفكار المتوازنة مع الحالة مدتها : 40 د ، أجريت في حديقة المؤسسة بحكم أن الحالة كانت هناك قبل الجلسة وهي من الاقتراحات التي قدمت للحالة في الجلسات السابقة ، تم تشجيعها بالتعزيز على الخروج وعدم البقاء في غرفتها طوال الوقت ، أهم التقنية التي استخدمت هي تقنية توازن الأفكار. في الجلسة العاشرة (القياس البعدي) مدتها 30 د ، في البداية تم تلخيص التقنيات التي استعملت معها (التعزيز ، إعادة البناء المعرفي ، تعديل أخطاء التفكير، توازن الأفكار) والتأكيد أن عليها تذكر ما حصل في الحصة للاستفادة منه في حياتها اليومية ووصول إلى الأفكار المنطقية و تطبيق اختبار بيك الذي كانت نتيجته 17 و تعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط ، كما تكلمت الطالبة معها أن عليها مواجهة كل الوضعيات التي تواجهها في المؤسسة بمنطقية بحكم وجودها في دار الأشخاص المسنين ولا تترك مجالاً للحزن أن يؤثر عليها ليرجعها إلى وضعيتها السابقة وإعلامها بعد شهر ستكون هناك جلسة يطبق فيها اختبار بيك و معرفة إذا كان هناك

انتكاسات أم لا ؟ في الجلسة الحادية عشر (القياس المتابعة)، هدفها متابعة نتائج العلاج و تطورات الحالة مدتها 50د حيث وجدتھا الطالبة تشاهد التلفاز مع مجموعة من الماكثات و هي من الأنشطة الاجتماعية المقترحة في الجلسات السابقة مع الحالة وتم ملاحظة تجاوبها مع بعض الماكثات و أكدت للطالبة أنها تتذكر التقنيات و في بعض المرات تستخدمها في حياتھا اليومية ، كانت نتيجة اختبار بيك 11 درجة الذي يعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط .

الفصل السابع : عرض النتائج و مناقشتها

- 1- النتائج القياس القبلي و البعدي و المتابعة لاختبار بيك
- 2- عرض النتائج الجلسات العلاجية و التقنيات العلاجية
- 3-مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

1- النتائج القياس القبلي و البعدي و المتابعة لاختبار بيك :

القياس القبلي	القياس البعدي	القياس المتابعة
43 درجة	17 درجة	11 درجة
الاكتئاب شديد	الاكتئاب بين خفيف إلى متوسط	الاكتئاب بين خفيف إلى متوسط

2- عرض النتائج الجلسات العلاجية و التقنيات العلاجية :

سمحت الجلسات العلاجية بإقامة التعاون العلاجي و التجاوب من طرف الحالة ، حيث دل في البداية القياس القبلي على وجود اكتئاب شديد وبعد تحديد الأفكار السلبية تم اقتراح في الجلسات القادمة تقنيات تسمح بتخفيف الاكتئاب حيث تم تعزيز النشاطات التي تحبها الحالة بهدف إخراجها من العزلة و اقتراح نشاطات اجتماعية أخرى للتواصل خاصة مع الماكثات و التي تجاوبت معهم الحالة و من أهم النشاطات الخروج لحديقة المؤسسة و تبين ذلك في الجلسة العاشرة ، التكلم مع الماكثات في المؤسسة التي تتراح لهن و المشاركة في الحفلات داخل المؤسسة ، أما تقنية إعادة البناء المعرفي تمكنت الحالة مع الطالبة من تحديد أفكارها و تعديلها ، تقنية تعديل أخطاء التفكير طبقت في الجلستين السابعة و الثامنة حيث استوعبت الحالة الطريقة التي تفكر بها بالاعتماد على مراحل التقنية للوصول إلى الأفكار المنطقية ، ثم استخدام تقنية توازن الأفكار للاضطرابات السابقة و تم عرض الأفكار المتوازنة لكل اضطراب ، أظهرت نتائج القياس البعدي أن شدة الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط ما يدل على نقص مستوى الاكتئاب و هذا ما يهدف إليه البحث (تخفيف الاكتئاب) ، كما تم تحقيق أهداف قريبة للعلاج تمثلت في التخفيف من حزنها اليومي ، التجاوب و التواصل مع واحدة على الأقل من الماكثات التي تتراح لهن في المؤسسة ، تعديل الأفكار السلبية حول لوم عائلتها ، لكن من الصعب التنبؤ بالأهداف البعيدة متمثلة في التجاوب مع كل الناس خاصة الماكثات بالمؤسسة و كل هذا يعتمد على الحالة و مدى مواصلتها للتقنيات التي تعلمتها ، بحكم وجودها في دار العجزة تتدخل عدة عوامل التي عليها التحكم فيها ، في الجلسة الحادية عشر متابعة النتائج و تطورات الحالة حيث كانت نتيجة اختبار بيك (القياس المتابعة) 11 درجة الذي يعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط .

3-مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج :

تتمثل الفرضية الأولى في: يساعد العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب عند كبار السن الماكثين بمركز المسنين .

تبين من خلال الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي يساعد في تخفيف الاكتئاب لدى الحالة المدروسة و يظهر من خلال نتائج اختبار بيك للاكتئاب (النتائج القياس القبلي و البعدي والمتابعة) . حيث كانت نتيجة بيك في البداية 43 درجة و الذي يعني الاكتئاب الشديد و كانت تظهر على الحالة المدروسة عدة أعراض للاكتئاب حيث تشعر بالحزن و التعاسة لدرجة لا تحتمل ، تشعر باليأس من المستقبل ، تشعر بأنها شخص فاشل تماما ، تلوم نفسها على كل ما يحدث ، أما النتائج القياس البعدي هي 17 درجة و الذي يعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط وكانت النتائج القياس المتابعة هي 11 درجة و الذي يعني الاكتئاب بين الخفيف إلى المتوسط ما يدل على التحسن والتخفيف للاكتئاب لدى الحالة المدروسة . وقد ظهر من خلال النتائج الجلسات العلاجية للحالة المدروسة أن مستوى الاكتئاب انخفض الذي خدم هدف البحث باعتماد على البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي يتناسب مع اضطراب الحالة المدروسة.

أما الفرضية الثانية تتمثل في العلاج المعرفي السلوكي ودوره في تعديل الأفكار السلبية لدى المكتئبين كبار السن الماكثين بمركز المسنين. فللعلاج المعرفي السلوكي دور في تعديل الأفكار السلبية لدى الحالة المدروسة من خلال النتائج التقنيات التي استخدمت : التعزيز ، إعادة البناء المعرفي ، تعديل أخطاء التفكير ، توازن الأفكار فمن خلال التقنية التعزيز تم التأكيد على النشاطات التي تحبها داخل المؤسسة الدار الأشخاص المسنين واقتراح النشاطات الأخرى لإخراجها من عزلتها واندماجها مع الماكثات داخل المؤسسة ، و سمحت تقنية إعادة البناء المعرفي بتحديد الأفكار السلبية و تقديم الأفكار البديلة عنها ، كما تم تطبيق مراحل تقنية تعديل أخطاء التفكير لأساليب التفكير التي تصنع الاضطراب للحالة (لوم غير المتناسب ، قراءة المستقبل سلبيًا و حتميًا) بالإضافة إلى تقنية توازن الأفكار التي من خلالها تم تحديد الأفكار المتوازنة للحالة المدروسة .

ومن خلال هذه التقنيات تم تعديل الأفكار السلبية للحالة المدروسة والذي ظهر في الجلسات العلاجية للحالة وهذا ما بينته بعض الدراسات خاصة بالعلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب حيث يعطي تسهيلات علاجية فعالة ومانعة لحدوث التشويه أو التحريف المتداخل مع الاكتئاب . و تتناسب النتائج الحالة المدروسة المتمثلة في تحديد الأفكار السلبية ثم تعديلها مع ما وصل اليه "سافران و آخرون " أن الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي هو إحداث تغيير جذري في مستوى التركيب المعرفي لدى الفرد المكتئب ، وما لديه من الأفكار السلبية . و لذا تركزت الجهود المتوالية للعلاج في مراحله الأولى على

تعريف وتحويل و توظيف المعلومات ، ثم في المراحل التالية يتم إيقاف تخطيط الفرد لسلبية التي يتماهى فيها . (بظاظو ، 2013 ، ص 111- 112)

ورغم النتائج التي توصلت إليها من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يبقى العلاج الكيميائي في مثل هذه الحالات (الاكتئاب) ضروريا و لا يمكن استغناء عنه وهذا ما بينته الدراسات حيث إن العلاج الكيميائي المصحوب بعلاج النفسي ، يقوم على تعديل أساليب الشخص في التفكير و إدراكه لنفسه ولبينته (علاج معرفي) أفضل من العلاج الكيميائي البيولوجي بمفرده أو العلاج المعرفي بمفرده . لكن بنسبة التحسن و العلاج عند المقارنة بين المجموعتين تعرضنا لعلاج الكيميائي أو المعرفي المنفرد ، كانت في مصلحة العلاج السلوكي – المعرفي أي عندما نشجع المصاب بالاكتئاب على النشاط الايجابي و محاربة الأفكار الانهزامية و هذا هو فيما يبدو ما يجعل هذه الأنواع من العلاج النفسي تفوق مثيلاتها من العلاج الطبي – الكيميائي . (إبراهيم ، 1998 ، ص 100) .

وهناك دراسات حديثة (yapko 1997) قارنت العلاج الكيميائي بالعلاج النفسي السلوكي للاكتئاب فبينت أن العلاج الكيميائي باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب يتفوق على العلاج النفسي في الشهر الأول . حيث تخففي الأعراض بسرعة بعد تعاطي العقاقير ، أما بعد شهرين فإن الفروق تخففي لتتماثل نسبة الشفاء في مجموعتي العقاقير و العلاج النفسي سواء بسواء لكن تأثير العلاج النفسي يبدأ في التفوق على مثيله من العلاج العقاقير بعد مرور 12 أسبوعا أو أكثر ، بعبارة أخرى تظل نسبة التحسن في تزايد مستمر ، عندما يتعلم المريض أن يتولى بنفسه مسؤولية التوجيه الذاتي و عندما يتسلح ببعض الفنيات السلوكية التي تمكنه من مواجهة مشكلاته ومصيره ، فضلا عن هذا بينت هذه الدراسات أن نسبة الانتكاس تزيد نسبة 50 بالمائة إذا عولج المرضى بالاكتئاب باستخدام العلاج بالعقاقير بمفردها مما لو عولجوا باستخدام العقاقير مصحوبة بأي شكل من أشكال العلاج النفسي أو السلوكي . (نفس المرجع ، ص 101).

بينما تختلف دراسة الحالة المدروسة على دراسة (thomas R .Lynch ;2000) لعلاج اكتئاب المسنين الذين لديهم اضطراب في الشخصية وذلك باستخدام العلاج السلوكي الجدلي بالممارسة المعرفية والسلوكية لدى كبار السن ، و تم التدخل بهذه الطريقة بسبب ارتفاع معدلات و مخاطر الانتحار في صفوف السكان ، وتم الإشارة إلى كبار السن المكتئبين و المرضى باضطراب الشخصية تكون استجاباتهم أقل في علاج الاكتئاب بأسلوب العلاج السلوكي الجدلي (علي ، 2012 ، ص 159).

وتبقى نتائج نسبية بالنسبة للعلاج ،بحكم وجود الحالة المدروسة في المؤسسة حيث تدخل عدة العوامل على الحالة تحكم فيها في المؤسسة .

خلاصة القول و بعد استعراض ما تقدم ، يمكن القول أن للعلاج المعرفي السلوكي دور في تخفيف الاكتئاب لدى الحالة المدروسة و الماكثة بدار الأشخاص المسنين بالاعتماد على التقنيات السلوكية والمعرفية التي تجاوبت معها الحالة وكان هدف البحث تعديل الأفكار السلبية ، إخراجها من العزلة والحلقة المفرغة التي تعيشها داخل المؤسسة و تخفيف من اكتئابها و هذا ما ظهر في نهاية العلاج من خلال النتائج اختبار بيك والنتائج الجلسات العلاجية ، و يمكن في الأخير اقتراح بعض التوصيات أهمها الاهتمام بهذه الفئة و عدم تهملها باعتبارها جزء من المجتمع خاصة الماكثين بدار العجزة وتحسيسهم بقيمتهم و دورهم ، أثناء ملاحظة الطالبة لبعض الماكثات في دار الأشخاص المسنين بوهران أكثر شيء يحتاجونه الحنان والحب ، حيث يقبلون و يحضنون كل شخص يلتقونه . "الاهتمام بكبار السن الذين أدوا خدمات جليلة لمجتمعاتهم ، و قضوا زهرة شبابهم في سبيل أسرهم ومجتمعاتهم ولذلك فالواجب أن توجه العناية إلى مشكلات الشيخوخة والعمل على دراستها ووضع البرامج و الحلول العملية لها " (العيسوي،

1993 ، ص 107)

قائمة المراجع :

- 1- إسماعيل علوي ، بنعيسى زغبوش ، (2009) ، العلاج النفسي المعرفي مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية و التخفيف من المعاناة النفسية ، ط1 ، عالم الكتب الحديث ، الأردن .
- 2- أنسام مصطفى السيد بظاظو ، (2013)، برنامج علاجي لتخفيف الاكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق ، بدون طبعة ، اسكندرية ، مصر المكتب الجامعي الحديث
- 3- بيتر سوان بور ، (2014) ، البحث في دراسة الحالة ما هو ؟ لماذا ؟ و كيف ؟ دار المعرفة الجامعية لطبع، نشر ، توزيع ،إسكندرية .
- 4- ترجمة تيسير حسون ، (2004) ، المرجع السريع الى الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية جمعية الطب النفسي الأمريكية ، DSM4 TR الشفا للصحة النفسية والتربية ، دمشق.
- 5- حسين فايد ، (2001) ، العدوان والاكتئاب في العصر الحديث "نظرة تكاملية " ، ط1 ، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع ، إسكندرية
- 6- رشاد علي عبد العزيز موسى ، (1997) ، دراسات في علم النفس المرضي ، ط2 ، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع ، القاهرة .
- 7- زيزي السيد إبراهيم ، (2006)، العلاج المعرفي للاكتئاب ، بدون طبعة ،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة
- 8- زينب محمود شقير ، (2002) ، علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين ، ط1 ، دار الفكر للنشر و التوزيع ، عمان .
- 9- طارق كمال – عبد المنعم ميلادي ، (2014) ، الأمراض و الصحة النفسية (الوقاية والعلاج) مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية .
- 10- عباس محمود عوض ، (1999) ، المدخل إلى علم النفس النمو ، الطفولة ، المراهقة ، الشيخوخة ، بدون طبعة ،دار المعرفة الجامعية . الأزاريطة
- 11- عبد الرحمان محمد العيسوي ، (1993) ، علم النفس و الإنسان ، الدار الجامعية ، بدون طبعة ،بيروت ، www.al-mostafa.com
- 12- عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل ، رضوان إبراهيم ، (1993) ، العلاج السلوكي للطفل أساليبه و نماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، الكويت .
- 13- عبد الستار إبراهيم ، (1980) ، العلاج النفسي الحديث ، عالم المعرفة ، الكويت

- 14- عبد الستار إبراهيم، (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه عالم المعرفة ، الكويت .
- 15- عبد المنعم عاشور ، (2009) ، صحة المسنين كيف يمكن رعايتها ، بدون الطبعة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب سلسلة العلوم والتكنولوجيا ، القاهرة .
- 16- عبد المنعم ميلادي ، (2006)، الأبعاد النفسية للمسنن ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية .
- 17- علي عبد الرحيم صالح ،(2014)، المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية ، ط1، شفا بدران شارع العرب ، عمان
- 18- الغامدي حامد بن أحمد ضيف الله ،(2013) ،فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق ، ط1 ، دار الوفاء ،إسكندرية .
- 19-فاطمة سعيد احمد بركات ، (2010) ، علم النفس المسنين ، ط 1 ،مركز كتاب للنشر، القاهرة
- 20- فيصل محمد خير الزراد ، مراد علي عيسى سعد ، (2014) ، تعديل السلوك المبادئ و الإجراءات ، ط 1 ، دار الفكر ، عمان .
- 21- لطفي الشريبي،(2001) ،الاكتئاب : الأسباب – المرض والعلاج ، دار النهضة العربية ، بيروت .
- 22- محمد النوبي محمد علي ، (2012) ،الاكتئاب لدى المسنين الاتجاهات الحديثة في التشخيص و العلاج ، ط1 ،دار صفاء للنشر و التوزيع ،عمان.
- 23-منتهى مطشر عبد الصاحب ،(2011)، الشعور بالذنب و علاقته بالاكتئاب ، ط 1 ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان .
- 24- هوفمان اس جي ، (2012) ، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية) ، دار الفجر ، ط1 ، القاهرة .

مذكرات :

- 1- أمزيان نعيمة (2004) ، الآثار السوسيواقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث دراسة ميدانية على فئة المسنين ببلدية باب الوادي ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الديمغرافي ، جامعة الجزائر.
- 2- بلخير فايزة ، (2011) ، مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين : دراسة ميدانية على عينة من المسنين مقيمين بدار العجزة ، مذكرة لنيل ماجستير في علم النفس ، جامعة وهران السانبا

3- ريم محمود يوسف أبو فايد ، (2010) ، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي ، رسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في قسم علم النفس من كلية التربية في جامعة إسلامية ، غزة . الرابط الإلكتروني

[http:// library . iugaza. Edu. Ps/thesis/91773. pdf](http://library.iugaza.edu.ps/thesis/91773.pdf)

4- زينب دهيمي ، مداخلة حول التوافق الاجتماعي النفسي للمسن في الأسرة الحديثة دراسة ميدانية بمدينة بسكرة ، قسم علم الاجتماع ، تخصص علم الاجتماع الثقافي التربوي ، جامعة ورقلة .

5- كرماس جمال ، (2014) ، طلاق الوالدين و ظهور الاكتئاب لدى الأبناء المراهقين دراسة ميدانية لأربع حالات بثانوية زرقاني حسن (مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستير في علم النفس الأسري)، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد .

6- لعبيدي نادية ،(2008) ، المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية (دراسة ميدانية لعينة من مسني بلدية عين التونة) ، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع العائلي ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، الجزائر . [http : // these . univ-batna.dz](http://these.univ-batna.dz)

المقالات :

1- ح . سامية ، 10-07-2010 ، اثنان مليون مسن في الجزائر يلزمهم الفراغ والاكتئاب ، تم استرجاعها 2015-12-15 ، 51:14 ، WWW.djazairress.com/elhiwar/ ، الحوار

قائمة المراجع باللغة الفرنسية

- 1- Jean coutraux ; (2001); **les psychothérapies comportementales et cognitives** ; 3 ed ; Masson ; Paris
- 2- Jean coutraux ;(2011); **les psychothérapies comportementales et cognitives** 5 ed ;el sevier masson ; paris
- 3- Dr V . Boute ;(2012); **addictions et thérapie cognitivo-comportementale** pdf 12-02-2016 15 : 43
- 4- 1-draft depression و فقدان الهمة دليلك للمساعدة الذاتية (2012) ; pdf ; **camden and islington NHS foundation trust** 15h:59 -02 -12 2016

الملحق : اختبار بيك:

حدد بيك مجموعة من التعليمات عند تطبيق الاكتئاب حتى يمكن تقليل التأثير القائم بالمقابلة قدر الإمكان فينبغي أن يخير القائم بالمقابلة المريض بما يلي " يحتوي هذا المقياس على مجموعات من العبارات ، وسوف أقرأ لك كل مجموعة من هذه العبارات " و ما عليك إلا أن تختار العبارة من هذه العبارات في تلك المجموعة التي تصف حالتك النفسية اليوم ، و يمكن إعطاء المريض نسخة من المقياس و يخبره بأن " هذه النسخة لك من المقياس و عليك أن تتبني عند قراءة تلك العبارات " . ويجب على القائم بالمقابلة قراءة مجموعة العبارات في الفئة الأولى (ولا ينبغي قراءة الأرقام التي تظهر أمام كل عبارة من العبارات) وفي نهاية قراءة العبارات أي فئة يطلب من المريض تحديد رأيه و اختيار عبارة من تلك العبارات التي تصف حالته النفسية . و إذا حدد المفحوص اختياره عن طريق الاستجابة برقم من أرقام العبارات ، فيجب إعادة قراءة العبارة مرة أخرى المحددة بالرقم حتى يمكن تجنب سوء فهم المريض لاختيار العبارات (موسى ، 1998 ، ص 47)

1 الحزن	0	لا أشعر بالحزن
	1	أشعر بالحزن
	2	الحزن و الانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، أعجز عن الفكك منهما
	2 ب	أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة .
	3	أشعر بالحزن و التعاسة لدرجة لا تحتمل .
2 -	0	لا أشعر بالتشاؤم أو القلق على المستقبل
	1	أشعر بالتشاؤم أو القلق على المستقبل
	2 أ	لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل
	2 ب	لا أستطيع أن أبدا ان أتخلص من متاعبي
	3	أشعر باليأس من المستقبل ، و أن الأمور لن تتحسن
-3	0	لا اشعر ب إنني فاشل
	1	أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين
	2 أ	أشعر أنني لم أحقق شيئا له معنى أو أهمية
	2 ب	عندما انظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل .
	3	أشعر بأنني شخص فاشل تماما (أبا أو زوجا) .
4 -	0	لست سخطا

أشعر بالملل أغلب الوقت .	1	السخط و
لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل .	أ2	عدم الرضا
لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا) .	ب2	
أنني غير راض و أشعر بالملل من أي شيء .	3	
لا يصيبني إحساس خاص بالذنب أو الندم على كل شيء .	0	5 -
اشعر بأنني سيء أو تافه معظم الوقت .	1	الإحساس
يصيبني إحساس شديد بالذنب و الندم .	أ2	بالندم أو
أشعر بأنني سيء و تافه في كل الأوقات تقريبا .	ب2	الذنب
أشعر بأنني تافه و سيء للغاية .	3	
لا اشعر أن عقابا يحل بي	0	6 - توقع
أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي .	1	العقاب
أشعر بأن عقابا يقع علي بالفعل .	2	
استحق أن أعاقب .	أ3	
اشعر برغبة في العقاب .	ب3	
لا اشعر بخيبة الأمل في نفسي .	0	7 كراهية
يخيب أملني في نفسي .	أ1	النفس
لا أحب نفسي .	ب1	
أشمئز من نفسي	2	
أكره نفسي	3	
لا اشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.	0	8 - إدانة
أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي .	1	الذات
ألوم نفسي لما ارتكبت من أخطائي .	2	
ألوم نفسي على كل ما يحدث .	3	
لا تتتابني أي أفكار للتخلص من حياتي.	0	9- وجود
تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لن أنفذها .	1	أفكار
أفضل لي أن أموت .	أ2	انتحارية
أفضل لعائلتي أن تموت .	ب2	
لدي خطط أكيدة للانتحار .	أ3	

سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة .	3ب	
لا أبكي أكثر من المعتاد .	0	10- البكاء
أبكي أكثر من المعتاد .	1	
أبكي هذه الأيام طوال الوقت و لا أستطيع أن أتوقف عن ذلك .	2	
كنت قادرا على بكاء و لكنني الآن أعجز عن بكاء حتى إن أردت .	3	
لست منزعا هذه الأيام عن أي وقت مضى .	0	11-
أنزعج هذه الأيام بسهولة .	1	الاستثارة و
أشعر بالانزعاج و الاستثارة دائما .	2	عدم
لا تثيرني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك .	3	الاستقرار النفسي
لم أفقد اهتمامي بالناس .	0	12-
أنا الآن أقل اهتماما بالآخرين عن السابق .	1	الانسحاب
فقدت معظم اهتمامي و إحساسي بوجود الآخرين .	2	الاجتماعي
فقدت تماما اهتمامي بالآخرين .	3	
قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل .	0	13-
أؤجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل .	1	التردد
أعاني من صعوبة واضحة عند اتخاذ القرارات .	2	و عدم
أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة .	3	الحسم
لا اشعر بأن شكلي أسوأ من قبل .	0	14- تغيير
أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سنا و أقل جاذبية .	1	صورة
أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفرا (منفرة) و أقل جاذبية .	2	الجسم والشكل
أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) و منفرة (منفرة) .	3	
أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل .	0	15- هبوط
أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئا .	1أ	مستوى
لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل .	1ب	الكفاءة
أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء .	2	والعمل
أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق .	3	

16-	0	أنام جيدا كما تعودت .
اضطرابات النوم	1	أستيقظ مرهقا في الصباح أكثر من قبل .
	2	أستيقظ من 2-3 ساعات مبكرا عن ذي قبل ، و أعجز عن استئناف نومي .
	3	أستيقظ مبكرا جدا و لا أنام بعدها حتى إن أردت .
17-	0	لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد
و القابلية للإرهاق	1	أشعر بالتعب و الإرهاق أسرع من قبل .
	2	أشعر بالتعب حتى لو لم أفعل شيئا .
	3	أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء .
18-	0	شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل .
الشهية	1	شهيتي ليست جيدة كالسابق .
	2	شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
	3	لا أشعر بالرغبة في الأكل بالمرة .
19-	0	وزني تقريبا ثابت .
تناقص الوزن	1	فقدت أكثر من 3 كيلو غرام من وزني .
	2	فقدت أكثر من 6 كيلو غرام .
	3	فقدت أكثر من 10 كيلو غرام .
20 –	0	لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتى الجنسية .
تأثر الطاقة الجنسية	1	أصبحت أقل اهتماما بالجنس من قبل .
	2	قلت رغبتى الجنسية بشكل ملحوظ
	3	فقدت تماما رغبتى الجنسية .
21 –	0	لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق .
الانشغال على الصحة	1	أصبحت مشغولا على صحتي بسبب الأوجاع و الأمراض ، أو اضطرابات المعدة و الإمساك .
	2	أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر .
	3	أصبحت مشغولا تماما بأموري الصحية .

(إبراهيم ، 1998 ، ص 70 إلى 75)