

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة.

عينة الدراسة.

أدوات الدراسة:

- مقياس الاكتئاب لبيك.
- مقياس قوة الأنا.
- مقياس تقدير الذات.
- مقياس المناخ الأسري.
- مقياس العمليات الأسرية.
- برنامج العلاج النفسي الأسري.

إجراءات الدراسة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل الرابع الطريقة والإجراءات

مقدمة:

ساهمت الدراسات السابقة والتراث النظري في تحديد العديد من الجوانب الإجرائية للدراسة الحالية؛ حيث أفادت هذه الدراسات في تحديد عينة الدراسة، وتحديد أدوات الدراسة، وكذلك المنهج المستخدم والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحقيق فروض الدراسة الحالية، وكذلك تحديد الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي.

وفيما يلي تستعرض الباحثة وصفاً للمنهج المستخدم في الدراسة وتحديداً للمتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، وكذلك تلقي الضوء على التصميم التجريبي للدراسة، كما تستعرض وصفاً لعينة الدراسة من حيث إجراءات اختيارها وتجانسها في متغيرات الدراسة في الاكتئاب وتقدير الذات وقوة الأنا والمناخ الأسري والعمليات الأسرية.. ثم تعرض الباحثة أدوات الدراسة بصورة مفصلة.. وأيضاً تستعرض الباحثة إجراءات الدراسة وجزءاً مختصراً عن البرنامج العلاجي وجلساته، حيث يتم عرض البرنامج بصورة مفصلة في ملاحق الدراسة، وفي النهاية تستعرض الباحثة الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة بيانات الدراسة لاستخلاص النتائج، وفيما يلي تقوم الباحثة بإلقاء الضوء على هذه الجوانب بصورة تفصيلية.

أولاً: منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج التجريبي Experimental method وذلك للتعرف على أثر البرنامج المطبق على أسر المراهقات في تخفيض اكتئاب المراهقات، وأما المنهج التجريبي لهذه الدراسة فإنه يقوم على التصميم التجريبي الآتي: مجموعة تجريبية، ومجموعتين ضابطين وتمثل المتغيرات المستقلة Independent variables في البرنامج العلاجي (برنامج العلاج النفسي الأسري) المراد قياس تأثيره.

أما المتغيرات التابعة Dependent variables فتتمثل في:

- استجابات المراهقات المكتئبات على مقياس الاكتئاب.
- التغيرات الحادثة في تقدير الذات للمراهقات المكتئبات.
- التغيرات التي طرأت على قوة الأنا للمراهقين المكتئبين.
- التغيرات الحادثة في المناخ الأسري وفي العمليات الأسرية كما يوضحها المراهقات المكتئبات على المقياسين.

ويستند التصميم التجريبي إلى ما يلي:

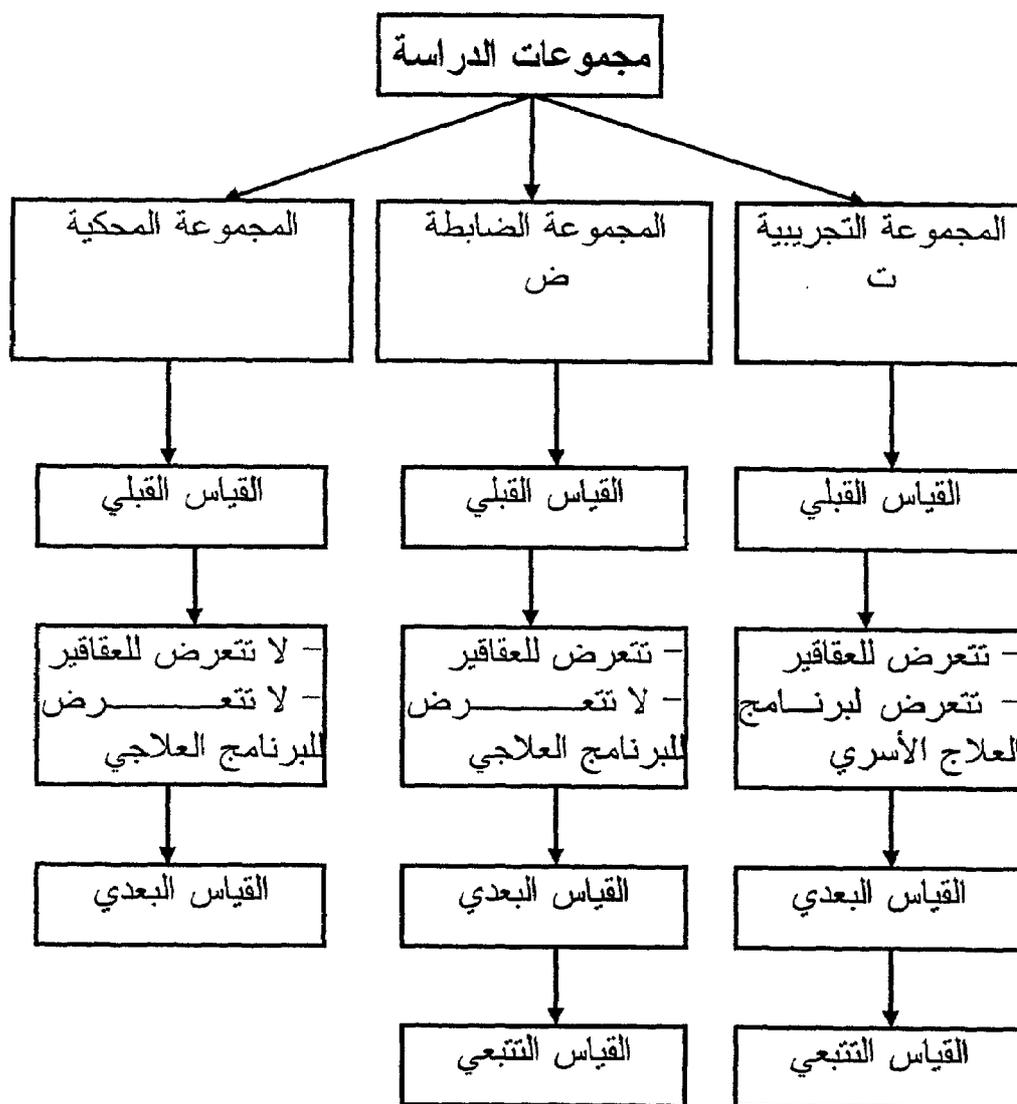
القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية وللمجموعتين الضابطين، والقياس التتبعي لتتبع أثر العلاج للمجموعة التجريبية، وقد تم اختيار العينة طبقاً للشروط المحددة وتم تقسيمها بالشكل التالي:

١- المجموعة التجريبية: تتكون من أربع أسر مريضة وتتعرض لبرنامج العلاج النفسي الأسري مع علاج المراهقات بالعقاقير تحت إشراف الطبيب النفسي المعالج.

٢- المجموعة الضابطة: تتكون من أربع أسر مريضة تتعرض فيها الابنة المكتئبة للعقاقير فقط، ولا تتعرض الأسر لبرنامج العلاج الأسري.

٣- المجموعة المحكية: تتكون من أربع أسر سوية بها أربعة مراهقات أسوياء لا يتعرضوا للبرنامج العلاجي ولا للعقاقير.

والشكل التالي يوضح التصميم التجريبي لهذه الدراسة.



شكل رقم (١/٤)

يوضح التصميم التجريبي المستخدم في الدراسة

وفي الشكل السابق يتضح أنه تم إجراء قياس قبلي للمجموعات الثلاثة في متغيرات الدراسة، ثم تعرضت المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج النفسي الأسري ولم تتعرض المجموعتان الأخرتان للبرنامج، ثم تم إجراء القياس البعدي للمجموعات الثلاثة لنفس المتغيرات، ثم تم إجراء قياس تتبعي للمجموعة التجريبية للتأكد من استمرار أثر البرنامج وكذلك للمجموعة الضابطة للتأكد من استمرار أثر العلاج الطبي بالعقاقير في مرحلة المتابعة.

ثانياً: مجموعات الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر برنامج علاج نفسي أسري للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب، ولذا تم اختيار عينة من المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب النفسي وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي ومن المترددين على عيادة المراهقين بالعيادة النفسية الخارجية بطب قصر العيني - جامعة القاهرة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٤-١٩) سنة بمتوسط عمري (١٦,١) سنة وقد تم اختيار العينة بطريقة عمدية وفقاً لشروط محددة حددتها الباحثة، وتمثلت شروط اختيار العينة المريضة بالاكتئاب في الشروط التالية:

- ١- أن يكون أفراد العينة في مرحلة المراهقة في العمر الزمني من (١٤-١٩) سنة بمتوسط زمني (١٦,١) سنة.
- ٢- التأكد من وجود نفس درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة وذلك وفق التشخيص الطبي والنفسي. (اكتئاب تفاعلي)
- ٣- التأكد من خلو أفراد العينة من أي أمراض عضوية أو اضطرابات عقلية ويتم ذلك بإشراف الطبيب النفسي المعالج.
- ٤- يتم التأكد من أن الاكتئاب الذي يعاني منه المراهقين لأسباب نفسية غير عضوية non organic وليس له أي أساس جيني أو عصبي أو هرموني ويتم التأكد من ذلك عن طريق الطبيب النفسي المعالج.
- ٥- أن تكون درجة إزمان المرض (الاكتئاب) واحدة عند أفراد العينة وذلك طبقاً لبداية ترده على العيادة النفسية بحيث لا يقل عن ثمانية أشهر.
- ٦- أن يقبل المراهق وأسرته من البداية مبدأ التدخل بالعلاج النفسي الأسري.

وقد تم اختيار العينة على مرحلتين:

المرحلة الأولى:

تم اختيار المجموعة المكتتبه من العيادة النفسية بالقصر العيني، وكانت هناك صعوبة في الحصول على الحالات، فبدأت الباحثة في استطلاع حالات الاكتئاب المترددة على العيادة النفسية لمدة شهر ونصف حتى تم اختيار العينة التي تستوفي الشروط المحددة

سابقاً، وقد تم اختيار ١٠ حالات موضع الدراسة من ٢٨ حالة اكتئاب، حيث تم الاستبعاد حالات الاكتئاب المختلط مع أمراض أخرى.. وحالات الاكتئاب المترددة على العيادة منذ أكثر من سنة، وكذلك تم استبعاد حالات الاكتئاب الذهاني، ونوبة الاكتئاب العظمى، كما أن هناك بعض المراهقين المكتئبين رفضوا تدخل الأسرة في العلاج، وهناك بعض الأسر رفضت الاشتراك في العلاج.

ثم انسحبت حالتين من العشر حالات فأصبحت المجموعة المكتئبة ٨ حالات، وقد تم تقسيم الحالات الثمانية من أسر المراهقات المكتئبات تقسيماً عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تتعرض لبرنامج العلاج النفسي الأسري بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير الذي يتعرض له المراهقة، والمجموعة الثانية هي المجموعة الضابطة التي يتعرض فيها المراهقة لتناول العقاقير ولا تتعرض الأسرة لأي برنامج علاجي.

المرحلة الثانية:

تم اختيار المجموعة السوية التي لا تعاني من الاكتئاب من كلية رياض الأطفال من الصف الأول من الكلية؛ حيث تم تطبيق المقاييس على ثمان حالات، وتم اختيار أربع حالات وفقاً للمحكات التي حددتها الباحثة وهي:

- أن تكون المجموعة في نفس المرحلة العمرية للعينة المريضة التي تم اختيارها من (١٤-١٩) سنة ومن نفس النوع (إناث).
- أن تكون المجموعة سوية، ويتم التأكد من ذلك بعد تطبيق مقاييس الدراسة على الحالات للتأكد من أنها سوية ولا تعاني من أي اكتئاب.
- أن تكون هذه الحالات تعيش مع أسرها، وكانت هذه الحالات الأربعة تمثل المجموعة المحكية للمجموعتين السابقتين التجريبية والضابطة؛ حيث تمثل هذه المجموعة معيار Standard نقيس على أساسه مدى اقتراب كل مجموعة من المجموعتين المكتئبتين إلى حالة السواء.

وعلى هذا الأساس تم تقسيم عينة الدراسة النهائية إلى ثلاث مجموعات موزعة كالتالي:

- ١- مجموعة تجريبية: وهي مكونة من أربع أسر بها مراهقات مكتئبات، وتتعرض لبرنامج العلاج النفسي الأسري، ويتعرض المراهق للعقاقير.
- ٢- مجموعة ضابطة: وهي مكونة من أربع أسر بها مراهقات مكتئبات، ويتعرض المراهقات المكتئبات للعقاقير فقط، بينما لا تتعرض الأسرة لأي برامج علاجية.
- ٣- المجموعة المحكية: وهي مكونة من أربعة مراهقات أسوياء يعيشون مع أسرهم ولا يتعرضون لأي برامج علاجية أو أي علاج طبي.

حجم العينة وتقسيمها من حيث النوع:

تمثلت عينة الدراسة في ١٢ مرافقة منهم ٨ مرافقات مكتئبات مع أسرهن ويمثلن المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، و ٤ مرافقات سويات يمثلن المجموعة المحكية.

ومجموعات الدراسة كلها من الإناث، وقد تم هذا دون قصد من الباحثة، فحين تم اختيار المجموعة المكتئبة وفقاً للشروط المحددة لم تحدد الباحثة متغير النوع، وإنما العينة التي استوفت الشروط، وقبلت أسرها مبدأ التدخل العلاجي ببرنامج العلاج الأسري كانت مكونة من أسر بها مرافقات مكتئبات، أما العينة السوية فقد اختارتها الباحثة عن عمد من الإناث السويات لتكافئ العينة المريضة من حيث النوع.

وصف المجموعات من حيث العمر الزمني:

حددت الباحثة المرحلة العمرية لعينة الدراسة، وهي مرحلة المراهقة من ١٤-١٩ سنة وذلك وفقاً لما حدده التراث النظري، وقد لاحظت الباحثة صعوبة الحصول على عينة المراهقين المكتئبين الذين يعانون من الاكتئاب التفاعلي في هذه المرحلة العمرية؛ حيث إن معظم المترددين من هذه المرحلة إما كانوا من حالات اكتئاب الأكثر حدة مثل نوبة الاكتئاب العظمى أو الاكتئاب ثنائي القطب، أو كانوا يشكون من أعراض أخرى واضحة، مثل: الفشل الدراسي، أو التبول اللاإرادي.. إلخ ولا يذهبون للعلاج لمجرد الاكتئاب التفاعلي؛ حيث إن أسرهم تعترف بالأعراض الواضحة التي تؤثر على أدائهم في حياتهم العملية.

وقد تراوح العمر الزمني لأفراد العينة ما بين ١٤-١٩ سنة. بمتوسط زمني قدره ١٦,١ سنة وانحراف معياري قدره (٢,١)، وقد قامت الباحثة بحساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعتين الأخرتين في متغير السن للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاثة.

جدول رقم (١/٤)

يوضح تكافؤ مجموعات الدراسة في متغير السن

المجموعة	العدد	متوسط العمر	الانحراف المعياري	الوسيط	درجات الحرية	قيمة كا ^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠٥	قيمة كا ^٢ المحسوبة	الدلالة
التجريبية	٤	١٦,٥	٢,٠٦	١٨	٢	٥,٩٩	٠,٧٥	غير دال
الضابطة	٤	١٦,٢٥	٢,٢٢					
المحكبة	٤	١٨,٥	١,١٢					

يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^٢ المحسوبة أقل من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأعمار الزمنية للمجموعة التجريبية والمجموعتين الأخرتين؛ أي أن المجموعات متكافئة من حيث السن.

كما قامت الباحثة أيضاً بالتأكد من تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغيرات الدراسة الحالية؛ حيث قامت الباحثة بحساب الفروق بين المجموعتين في كل متغير من متغيرات الدراسة للتأكد من عدم وجود أي فروق بينهما قبل تطبيق البرنامج. أما بالنسبة للمجموعة المحكية فقد تم تطبيق المقاييس عليها أيضاً في القياس القبلي، للتأكد من أن العينة سوية غير مريضة بالاكئاب وتعيش في مناخ أسري مستقر إلى حد ما لتصلح هذه العينة أن تكون معيار السواء Standard للمجموعتين الأخيرتين التجريبية والضابطة. أما التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمحكية فكانت محدداته مقصورة على المرحلة العمرية والنوع، وعلى أن هذه المجموعة تعيش مع أسرها فقط، وهذه هي المحكات التي تم على أساسها اختيار المجموعة المحكية.

وفيما يلي تعرض الباحثة الجداول التي توضح دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغيرات الدراسة.

جدول رقم (٢/٤)

يوضح تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع متغيرات الدراسة

المتغيرات	العدد		الوسيط	درجة الحرية	قيمة كا ^١ المحسوبة	قيمة كا ^٢ الجدولية	مستوى الدلالة
	تجريبية	ضابطة					
الاكتئاب	٤	٤	٢٩,٥	١	صفر		غير دال
تقدير الذات	٤	٤	١١	١	صفر		غير دال
قوة الأنا	٤	٤	٣٢	١	٠,٥٣٢	٣,٨٤ ٦,٦٤	غير دال
المناخ الأسري	٤	٤	٥٤	١	٠,٥٣٢		غير دال
العمليات الأسرية	٤	٤	٦٩,٥	١	صفر		غير دال

يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^١ المحسوبة لمتغير الاكتئاب أقل من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغير الاكتئاب مما يدل على أن هناك تكافؤاً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الاكتئاب على مقياس بيك للاكتئاب.

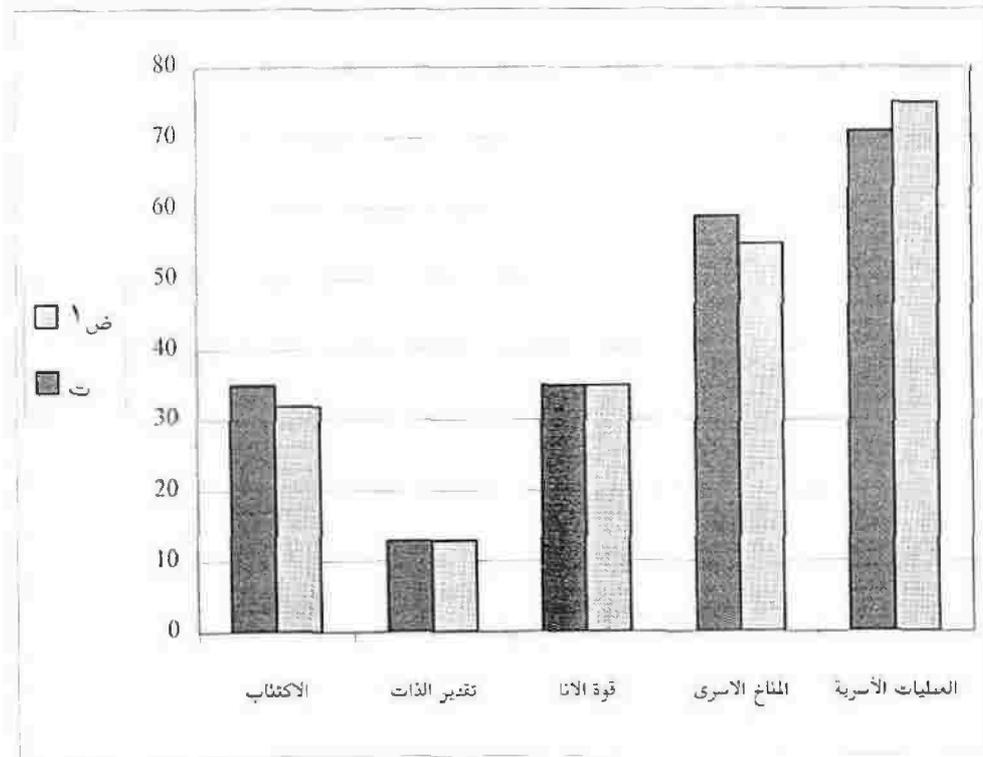
ويتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^٢ المحسوبة لتقدير الذات أقل من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغير تقدير الذات مما يدل على أن هناك درجة عالية من التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير تقدير الذات كما يقاس بمقياس أيزنك الثاني.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير قوة الأنا أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغير قوة الأنا مما يدل على وجود تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير قوة الأنا على مقياس قوة الأنا لبارون.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمناخ الأسري أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغير المناخ الأسري مما يدل على أن هناك تكافؤا بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المناخ الأسري.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للعمليات الأسرية أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغير العمليات الأسرية؛ مما يدل على أن هناك تكافؤا بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس العمليات الأسرية، وبذلك تكون المجموعتان التجريبية والضابطة متكافئتين في جميع متغيرات الدراسة.

والشكل البياني التالي يوضح تكافؤ المجموعتين في جميع متغيرات الدراسة.



شكل بياني رقم (٢/٤)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغيرات الدراسة

عينة التقنين:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس الدراسة على عينة مكونة من ٣٠ طالبة من طالبات الصف الأول بكلية رياض الأطفال جامعة القاهرة بمتوسط عمري (١٦,٥)، وذلك بغرض تحديد معايير للمقاييس غير المنشورة (مقياس تقدير الذات – مقياس المناخ الأسري – ومقياس العمليات الأسرية).

ثالثاً: أدوات الدراسة:

- ١- مقياس بيك للاكتئاب (د) BDI إعداد: غريب عبدالفتاح، هذا بالإضافة إلى تقرير الطبيب النفسي عن الحالة وفقاً لتشخيص (DSM-IV).
- ٢- مقياس تقدير الذات لأيزنك وويلسون (المقياس الثاني) إعداد: جابر عبدالحميد، وعلاء الدين كفاقي
- ٣- مقياس قوة الأنا لبارون. إعداد: علاء الدين كفاقي
- ٤- مقياس المناخ الأسري. إعداد: علاء الدين كفاقي
- ٥- مقياس العمليات الأسرية. إعداد: علاء الدين كفاقي
- ٦- برنامج العلاج النفسي الأسري. إعداد: الباحثة

وفيما يلي وصف مفصل لهذه الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب Beck depression inventory:

يعد بيك Beck, A. الطبيب النفسي الأمريكي هو المؤلف الأصلي لمقياس الاكتئاب (د)؛ حيث نشره لأول مرة عام ١٩٦١، وعُرف المقياس بعد ذلك بالاختصار (BDI) وقد أشار بيك إلى أن عبارات مقياس الاكتئاب اشتقت إكلينيكيًا من خلال مجموعة من المرضى الاكتئابيين.

"ويتكون المقياس الكامل من ٢١ عبارة، وتتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من (صفر-٣) وتم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الإكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين" (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ٦)

وقد استخدمت الباحثة في دراستها مقياس بيك للاكتئاب الذي أعده للعربية غريب عبدالفتاح (١٩٩٠)، حيث استخدم هذا المقياس على نطاق واسع في مصر سواء كأداة بحثية أو أداة إكلينيكية.

"ومقياس الاكتئاب لغريب عبدالفتاح يعد صورة مختصرة من المقياس الأصلي لبيك حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أن الصورة المختصرة ترتبط بالصورة الكلية للمقياس بدرجة مرتفعة.. ففي دراسة "بك وبك" وصل معامل الارتباط بين الصورتين (٠,٩٦) باستخدام عينة مختلطة من المرضى وغير المرضى النفسيين قوامها ٥٩٨ فرداً،

وفي دراسة أخرى وصل معامل الارتباط ما بين (٠,٨٩ - ٠,٩٧) وذلك باستخدام عينة مختلطة من المرضى وغير المرضى النفسيين قوامها ٩٣ فرداً. (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ٧)

ويتكون المقياس الحالي من ثلاثة عشر بنداً، هم:

١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الشعور بالفشل. ٤- عدم الرضا. ٥- الشعور بالذنب. ٦- عدم حب الذات. ٧- إيذاء الذات. ٨- الانسحاب الاجتماعي. ٩- التردد. ١٠- تغير صور الذات. ١١- صعوبة النوم. ١٢- التعب. ١٣- فقدان الشهية.

"ويستخدم مقياس الاكتئاب (د) أساساً لتقييم شدة الاكتئاب وخاصة وعندما أثبتت الدراسات حساسيته للتغيرات التي تصاحب محاولات العلاج الدوائي ووسائل العلاج النفسي المختلفة ويمكن استخدام هذا المقياس مع الأفراد الذين وصلوا إلى مستوى تعليمي يقابل السنة الثالثة الإعدادية، أي حوالي ١٥ سنة فما فوق (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ٧).

(أ) وصف المقياس:

يتكون المقياس الحالي من ١٣ بنداً أو عبارة تقيس ١٣ بُعداً، وقد سبق ذكرهم، ويتكون كل بند من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من (صفر-٣)، ويتم حساب وزن العبارة بالرقم الذي يشير إليها، وبذلك تتراوح درجة الاكتئاب ما بين صفر (أي لا يوجد اكتئاب) إلى الدرجة ٣٩، وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن يصل إليه الاكتئاب باستخدام هذا المقياس.

(ب) تطبيق المقياس:

على الرغم من أن مقياس الاكتئاب (د) كان قد صمم أصلاً للاستخدام بواسطة أخصائيين مدربين فإنه غالباً ما يمكن تطبيقه ذاتياً (Beck, et al, 1988: 79)

ويمكن إجراء مقياس الاكتئاب فردياً أو على مجموعة من الأفراد .. وتحتوي الصفحة الأولى من كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة ويسجل المفحوص إجابته على كراسة الأسئلة ذاتها (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ١٧).

وقد طبقت الباحثة المقياس على حالات الدراسة فردياً، فكانت الباحثة تقرأ العبارة بالاختيارات الأربعة، وعلى المريضة أن تختار العبارة التي تتناسب مع حالتها خلال الأسبوع الماضي وتضع دائرة حول رقم العبارة من الاختيارات الأربعة، وتم ذلك بعد أن قرأت الباحثة تعليمات الاختبار من كراسة الأسئلة على المريضة. وقد وجد معد المقياس أن تطبيقه يستغرق ما بين ٥-٧ دقائق.

(ج) تصحيح المقياس وتقدير الدرجة:

يتكون المقياس من ثلاث عشرة عبارة، تتكون كل منها من أربع عبارات متدرجة من (صفر-٣) ويطلب من المفحوص وضع دائرة حول الرقم الذي يصف حالته، ثم يقوم

المصحح بجمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص في الفئات الثلاثة عشر كما هي تحت الدوائر التي وضعها المفحوص، فإذا كانت الدائرة حول العبارة (صفر) فلي الفئة تحتسب درجة الفئة بصفر، وإذا كانت الدائرة حول العبارة رقم (١) في الفئة تحتسب درجة هذه الفئة بدرجة (١)، وإذا كانت الدائرة حول العبارة (٢) في الفئة تحتسب درجة هذه الفئة بـ (٢)، وإذا كانت الدائرة حول العبارة (٣) في الفئة، تحتسب درجة هذه الفئة بـ (٣) وهكذا، وتتراوح الدرجة على مقياس الاكتئاب (د) الحالي ما بين صفر (أي لا يوجد اكتئاب) إلى الدرجة ٣٩، وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن يصل إليه باستخدام المقياس (تشير إلى شدة الاكتئاب) (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ١٨).

تقنين مقياس الاكتئاب (د):

قام غريب عبدالفتاح بتقنين المقياس على البيئة المصرية للتأكد من صلاحيته، وذلك بهدف تحديد معاملات صدق المقياس، وتحديد معاملات ثبات المقياس، وتحديد معايير المقياس.

وقد تبين أن مقياس الاكتئاب BDI على درجة عالية من الصدق والثبات وذلك في صورته الأصلية أو في صورته العربية.

* صدق المقياس:

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) في البيئة العربية. ففي مصر تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب (د) ومقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية المتعددة الأوجه (MMPI) وقد استخدمت درجات ٤٣ شخصاً لهذا الغرض ووصل معامل الارتباط بين درجات هذين المقياسين إلى ٠,٦٠ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١.

وفي مجتمع الإمارات تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب (د) وبين مقياس الاكتئاب من مقياس (MMPI) لمجموعة تتكون من ٦٠ طالبة من طالبات جامعة الإمارات العربية، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى ٠,٥٢.

وبتضح من نتائج الدراسات العربية التي تناولت صدق مقياس الاكتئاب (د) أن المقياس على درجة عالية من الصدق في قياسه للاكتئاب (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ١٦).

* ثبات المقياس:

استخدم مُعد المقياس إلى العربية طريقتين في دراسته لثبات مقياس الاكتئاب (د)، وهما طريقة القسمة النصفية، وطريقة إعادة التطبيق. باستخدام طريقة القسمة النصفية، تم تجزئة المقياس إلى جزئين، الأول يتضمن الفئات الفردية، والثاني يتضمن الفئات الزوجية، وذلك لعدد ٥٠ فرداً من العاملين بالهيئة القومية للاتصالات الدولية المصرية، ووصل معامل الارتباط بين الجزئين الأول ٠,٧٧، وباستخدام معادلة "سبيرمان - براون" وصل معامل الارتباط إلى ٠,٨٧ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١.

وباستخدام طريقة إعادة التطبيق، استخدمت درجات ٣٣ شخصاً من البالغين؛ حيث تم تطبيق المقياس عليهم مرتين بفاصل زمني مقداره شهر ونصف الشهر، ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى ٠,٧٧ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١.

كما استخدمت طريقة إعادة التطبيق لدراسة ثبات مقياس الاكتئاب (د) في مجتمع الإمارات في أربع دراسات، وظهرت معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠,٠٠١ ومن ذلك يتضح أن معاملات الثبات السابقة لمقياس الاكتئاب (د) كلها تقع عند مستوى ٠,٠٠١ على وجه العموم؛ ولذلك فإن الدراسات الأجنبية والعربية توضح أن مقياس الاكتئاب (د) يتمتع بدرجة عالية من الثبات (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٠: ١٣-١٤).

* المعايير:

اختار مُعد المقياس نوعين من المعايير يعتبران من أكثر أنواع المعايير استخداماً وملاءمة للبيئة العربية، وهما المعايير المئينية والمعايير التائية؛ حيث وجد مُعد المقياس أن توفير نوعين من المعايير لمستخدمي المقياس سوف يتيح لهم الفرصة لاختيار أكثرهما صلاحية وملاءمة لأبحاثهم أو للعينات التي يتعاملون معها، وقد تضمنت عينة التقنين لدراسة معايير مقياس الاكتئاب عدد ١٦٨٦ فرداً منها ٩٥٥ طالبة، و٧٣١ طالباً من المدارس الثانوية، ومن الجامعات المصرية وقد استخدمت الباحثة درجات قائمة المعايير المئينية في المقارنة بين حالات الدراسة.

تقرير الطبيب النفسي عن الحالة وفقاً لـ DSM (IV):

كل حالة مرضية لها تقرير متابعة مع الطبيب النفسي، ويتضمن هذا التقرير:

- بيانات عامة عن المريضة (الاسم - السن - النوع - الحالة الاجتماعية - التوحد على الحالة - أول مرة سبق لها التردد على العيادة النفسية؛ أي علاج نفسي تلقته الحالة من قبل).
- تم جمع بيانات عن أي فرد في الأسرة سبق له الإصابة بالمرض النفسي (التاريخ الأسري للإصابة بالمرض).
- ثم وصف للأعراض التي تشكو منها الحالة.
- ثم تحديد الفترة الزمنية التي بدأت تشكو فيها الحالة من هذه الأعراض.
- ثم تشخيص الطبيب النفسي عن الحالة.

وقد جاء تشخيص الطبيب النفسي عن حالات الدراسة بأنه: اضطراب عسر مزاج Dysthmic disorder.

- العلاج الذي يقترحه الطبيب النفسي للحالة.

٢- مقياس تقدير الذات Self Esteem:

مقياس تقدير الذات هو مقياس فرعي مشتق من المقياس الثاني لأيزنك وويلسون للشخصية (Eysenk & Wilson Personality scale (2nd scal) وقد قام بترجمته كلٌّ

من جابر عبدالحميد، وعلاء الدين كفاقي ١٩٩٥، وقام كل من علاء الدين كفاقي ومايسة النيال بتقنيته وحساب صدقه وثباته في البيئة المصرية ويهدف هذا المقياس إلى قياس التوافق/ عدم الاتزان الانفعالي للشخصية *Emotional instability/ adjustment* ويتكون هذا المقياس من سبعة مقاييس فرعية كل مقياس فرعي منهم يتكون من (٣٠ بنداً) أي أن عدد بنود المقياس الأساسي (٢١٠ بنداً).

ويتكون مقياس إيزنك الثاني للشخصية من المقاييس الفرعية التالية:

Self esteem	- تقدير الذات
Happiness	- السعادة
Anxiety	- القلق
Obsessiveness	- الوسواس
Autonomy	- الاستقلالية
Hypochondriasis	- توهم المرض
.Guilt	- الشعور بالذنب

وقد استخدمت الباحثة المقياس الفرعي الأول من مقياس إيزنك الثاني للشخصية؛ وهو مقياس تقدير الذات.

(أ) وصف المقياس الفرعي تقدير الذات:

يتكون هذا المقياس الفرعي من ٣٠ بنداً ويقاس ثقة الأفراد بأنفسهم وتقديرهم لذواتهم ومدى فعاليتهم وكفاءاتهم؛ حيث إن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس يتميزون بتقدير ذات مرتفع، ويكون لديهم ثقة بأنفسهم، والأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة على هذا المقياس يكون تقديرهم لذواتهم منخفضاً ولا يتقون بأنفسهم؛ مما يؤثر على كفاءاتهم وفعاليتهم في حياتهم بصفة عامة.

"كما يظهر هذا المقياس أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أكفاً وفعالون، يميل الآخرون إلى تكوين علاقات إيجابية معهم. في حين يقوم ذوو الدرجات المنخفضة أنفسهم على هذا المقياس على أنهم أقل كفاءة ولا يتسمون بالجادبية، بينما يعاني ذوو الدرجات الأكثر انخفاضاً من عقد النقص" (علاء الدين كفاقي، ومايسة النيال، ١٩٩٥: ١٠٢).

(ب) تطبيق المقياس الفرعي تقدير الذات:

قامت الباحثة بتطبيق هذا المقياس بصورة فردية مع حالات الدراسة، وكان التطبيق يتم على النحو التالي: يوجد صورة من المقياس مع الباحثة وصورة أخرى مع المريضة، وبدأت الباحثة بقراءة تعليمات المقياس، ثم أوضحت الباحثة للمريضة أن هذا المقياس يحتوي على مجموعة من الأسئلة.. وكل سؤال أمامه ثلاث اختيارات يتطلب من المريضة إما الموافقة على هذا السؤال (√) أو الرفض (×) أو أنها لا يمكنها تحديد الإجابة بالقبول أو بالرفض، وفي هذه الحالة تضع علامة استفهام (؟)، وقد قامت الباحثة بقراءة كل سؤال من أسئلة المقياس مرتين على المريضة. وكانت المريضة تقوم بتحديد

استجابتها في الصورة الخاصة بها، وفي بعض الحالات كانت تستوضح المريضة معنى السؤال فكانت تقوم الباحثة بشرح المعنى المقصود منه، وقد استغرق تطبيق المقياس حوالي ١٠ دقائق مع كل حالة.

(ج) تصحيح المقياس الفرعي تقدير الذات وتقدير الدرجة:

تتدرج الإجابة على هذا المقياس على ثلاثة مستويات: نعم/ لا/ لا أعرف (؟) وهذا المقياس له مفتاح تصحيح خاص به، ويتم تقدير الدرجة فيه على أساس تُعطى (درجة) للأسئلة التي تم الإجابة عليها بـ(نعم)، ويُعطى (صفر) للأسئلة التي تم الإجابة عليها بـ(لا) و(٢/١ درجة) للأسئلة التي تم الإجابة عليها بعلامة الاستفهام (؟)، وقد روعي أثناء التصحيح البنود المعكوسة كما جاء في مفتاح التصحيح وتتراوح الدرجة على هذا المقياس من (صفر - ٣٠) درجة، وتشير الدرجة العالية إلى تقدير مرتفع للذات.

(د) تقنين المقياس الفرعي تقدير الذات:

قام علاء الدين كفاقي، ومايسه النيال بتقنين المقياس للتأكد من صلاحيته وذلك بهدف تحديد معاملات صدق وثبات المقياس.

* صدق المقياس:

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق المقياس الفرعي تقدير الذات؛ حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين المقياس الفرعي تقدير الذات (من مقياس ايزنك، وويلسون لعدم الاتزان الانفعالي/ التوافق للشخصية) ومقياس تقدير الذات من إعداد حسين الدريني وآخرين، وبلغ معامل الارتباط بين درجات هذين المقياسين إلى (٠,٦٣٧) وهو معامل ارتباط جوهري عند مستوى ٠,٠١ وذلك على عينة قطرية من تلميذات المرحلة الثانوية بلغ عددها ٣٠ تلميذة.

* ثبات المقياس الفرعي تقدير الذات:

استخدمت طريقة التجزئة النصفية لدراسة ثبات مقياس تقدير الذات، وذلك على عينة مصرية من تلميذات المرحلة الثانوية وكان عددهم ٣٠ تلميذة، وقد بلغ معامل الارتباط بين النصفين (٠,٧٨) وباستخدام معادلة سبيرمان - براون وصل معامل الارتباط إلى (٠,٤٨٥) وهو معامل ارتباط جوهري عند مستوى ٠,٠١.

وعلى هذا الأساس فإن المقياس الفرعي تقدير الذات يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات.

* المعايير:

قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري؛ وذلك لتحديد معايير لدرجات تقدير الذات حيث قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير الذات المشتق من المقياس الثاني لأيزنك وويلسون للشخصية على ٣٠ طالبة من المرحلة الأولى بكافة رياض الأطفال، وكان المتوسط الحسابي لدرجات الطالبات على مقياس تقدير الذات

١٨,٣ والانحراف المعياري ٣,٩ وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف درجات المقياس وفقاً لهذا المعيار:

- (صفر-١٤): ذوو تقدير الذات المنخفض.
- (١٤,٢-٢٢,٢): مدى متوسط يقع فيه تقدير الذات المعتدل أو المتوسط.
- (٢٣-٣٠): ذوو تقدير ذات عالي.

ويمثل هذا معيار الحكم على عينة الدراسة وتحديد مدى انتمائهم لأي فئة من فئات تقدير الذات.

٣- مقياس قوة الأنا لبارون Barron Ego-Strength Scale:

(مقياس التنبؤ بنجاح العلاج النفسي)

وضع بارون Barron هذا المقياس وهو مقتبس من اختبار مانيسوتا المتعدد الأوجه MMPI لإمكانية التنبؤ بنجاح العلاج النفسي.. وقد أعد علاء الدين كفاقي هذا المقياس بالصورة المختصرة للبيئة المصرية ١٩٨٢.

ويستخدم مصطلح قوة الأنا كبديل لمصطلح "الثبات الانفعالي Emotional Stability"، وقوة الأنا تشير إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية والعصابية هنا لا تعني المرض النفسي، ولكن تعني الاستعداد للمرض النفسي" (علاء كفاقي، ١٩٨٢: ٤).

وهذا المقياس يهدف إلى قياس قدرة الأنا على القيام بوظائفه، وكذلك التنبؤ بنجاح العلاج النفسي، "وكلما زادت درجة المريض على المقياس زاد احتمال شفائه، وقصرت مدة العلاج، وعلى ذلك فإن مقياس بارون لقوة الأنا بجانب قياسه لقوة الأنا كمتغير في الشخصية، فإنه مؤشر تنبؤي لمآل العلاج النفسي Prognosis (علاء الدين كفاقي، ١٩٨٢: ٥).

(أ) وصف المقياس:

بلغ عدد فقرات المقياس وبنوده ٦٤ فقرة منها ٢٤ فقرة تشير الإجابة عنها بنعم إلى اتجاه قوة الأنا، و ٤٠ فقرة تشير الإجابة عنها بلا إلى اتجاه قوة الأنا. وكلما زادت درجة الفرد على هذا المقياس كان دليلاً على قدرة الأنا عند هذا الفرد على القيام بوظائفه، وأن لديه استعداد عالٍ للشفاء، ومن خلال هذا المقياس يمكن التنبؤ بمدى فاعلية العلاج وجدواه.

(ب) تطبيق المقياس:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس قوة الأنا مع حالات الدراسة بصورة فردية؛ حيث بدأت الباحثة بقراءة تعليمات المقياس، ثم أعطت صورة من المقياس مع الحالة المرضية،

وكانت الباحثة تقرأ العبارة وعلى المريضة أن تجدد استجابتها بعلامة (√) أو (x) على المقياس مباشرة. وقد استغرق تطبيق المقياس مع الحالة الواحدة حوالي ١٥ دقيقة.

(ج) تصحيح المقياس وتقدير الدرجة:

تتدرج الإجابة على هذا المقياس على مستويين (نعم، ولا) وهذا المقياس له مفتاح تصحيح خاص به، ويتم تقدير الدرجة فيه على أساس تُعطي درجة لكل إجابة بنعم أو بلا حسب مفتاح التصحيح، وتتراوح الدرجة على مقياس قوة الأنا من (صفر - ٦٤) درجة، والدرجة العالية على هذا المقياس تمثل قوة أنا مرتفعة.

(د) تقنين مقياس قوة الأنا:

قام علاء الدين كفاقي بتقنين المقياس للتأكد من صلاحيته بهدف تحديد معاملات صدق المقياس وكذلك تحديد معاملات ثبات المقياس.

* صدق المقياس:

قام معد المقياس بحساب صدق مقياس قوة الأنا في قدرته على قياس ما وضع لقياسه.. وقد تم حساب صدق المقياس في أدائه لوظيفته الأولى، وهي قدرة الأنا على القيام بوظائفه أو قوة الأنا كمتغير في الشخصية، وقد تم حساب الصدق باستخدام طريقة صدق المحك الخارجي، وتم عن طريق فحص علاقة المقياس بمقياس العصابية لأيزنك، وكان الارتباط بينهما ٠,٤٢٢ وهو ارتباط دال عند مستوى ٠,٠١.

وأيضاً تم حساب الصدق لمقياس قوة الأنا مع قائمة ويلوبي التي تهدف لقياس قوة الأنا كمتغير في الشخصية، كما تعطي مؤشراً للتنبؤ بنجاح العلاج النفسي وكان معامل الارتباط بين المقياسين ٠,٤٧٩ وهو ارتباط دال عند مستوى ٠,٠١.

كما قام معد المقياس بحساب صدق التمييز الإكلينيكي للمقياس مع مقياس تحمل المسؤولية (المسايرة) من مقياس الإرشاد النفسي فوجد الارتباط بينهما سالباً وقد بلغ الارتباط بينهما (-٠,٢٨٤)، وهو ارتباط سلبي دال على مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس. (علاء الدين كفاقي، ١٩٨٢: ١٨)

* ثبات المقياس:

تم حساب ثبات الاستقرار بإعادة تطبيق المقياس بعد فاصل زمني مدته سبعة أسابيع بين التطبيقين على ١٠٦ طالب وطالبة، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٦٦٧ وكذلك قام معد المقياس بحساب الاتساق الداخلي للمقياس بالتجزئة النصفية، وكان معامل الارتباط بين الفقرات الفردية والفقرات الزوجية ٠,٤٦١، وباستخدام معادلة سبيرمان - براون وصل الارتباط إلى ٠,٦٣١ وهو معامل قريب من معامل إعادة التطبيق.

وقام الباحث بحساب ارتباط كل نصف من نصفي الاختبار بالاختبار كله، فكان معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية والدرجة الكلية على الاختبار ٠,٧٨٦ كما

كان معامل الارتباط بين درجات الفقرات الزوجية والدرجة الكلية على الاختبار ٠,٧٣٣.
(علاء الدين كفاقي، ١٩٨٢: ١٧-١٨)

* المعايير:

قام مُعد المقياس بتحديد معايير للمقياس، وهي المعايير المئينية والمعايير التائية، وبذلك يسهل على الباحثين تحديد درجات الأفراد ومقارنتهم معاً وفقاً لهذه المعايير، كما يمكن على أساسها التنبؤ بالمجموعة المرضية أو الحكم على استعدادهم لتقبل العلاج النفسي، وكذلك الحكم على قدرة الأنا عند هؤلاء الأفراد على القيام بوظائفها.

٤- مقياس المناخ الأسري Family climate:

قام علاء الدين كفاقي سنة ٢٠٠٠ بإعداد مقياس المناخ الأسري المضطرب وهذا المقياس يهتم بقياس المناخ المضطرب داخل الأسرة، ويتكون من أربعة مقاييس فرعية هي:

- اللانسنة.
- الحب المصطنع.
- الأسرة المدمجة.
- المناخ الوجداني غير السوي.

وهذه المقاييس الفرعية تمثل عمليات مرضية غير سوية تمارسها الأسرة وتساهم في اضطراب المناخ الأسري، وفيما يلي توضح الباحثة المقصود بكل عملية من هذه العمليات.

١- اللانسنة Dehumanizing:

"المقصود بها معاملة الشخص كشيء وتجريده من خصائصه الإنسانية والنظر إليه كأداة لتحقيق أهداف وليس كغاية في ذاته، كما أن اللانسنة أو التشيؤ تفقد الإنسان كثيراً من الحقوق التي يكتسبها باعتباره إنساناً" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٣٧).

٢- الحب المصطنع Affected love:

"يقصد به شعور المراهق بأن الحب الوالدي المقدم له هو حب مصطنع، فهو يشعر أن والديه لا يحبانه الحب الخالص، وهو قادر على اكتشاف أن هذا الحب ليس خالصاً لشخصه، وأنه حب مشروط بشروط الطاعة الكاملة وإلغاء إرادته الخاصة، وتصحيح أخطاء وانحرافات الآخرين.. وهذا الحب المصطنع يتطلب منه أن يتحمل أكثر مما يحتمل لإرضاء والديه" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٤).

٣- الأسرة المدمجة Enmeshed family:

"الأسرة المدمجة هي نسق مغلق يرتبط فيه كل أفراد الأسرة بشكل اندماجي، ولو حاول أحد أفرادها أن ينفصل ويستقل عنها فإن الأسرة كلها تقف ضده وتحاربه؛ لأن هذا

الانفصال يهدد النسق الكلي، وفي هذه الأسرة يحاول الوالدان أن يمنعا تحرر الابن من العلاقة الوالدية وفيها تختلط الأدوار وكل عضو يعرف استجابته كما يعرف استجابة الآخر حسب دوره". (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ١٤٣)

٤- المناخ الوجداني غير السوي **Abnormal Affective climate**:

"الأسرة التي تعيش مناخ وجداني غير سوي يحدث فيها نوع من التناقض بين ما يبدو على السطح وما يحدث في الداخل، فما يبدو على السطح يوحى بالهدوء والثبات والاستقرار ولكن هذا الهدوء لا يقوم على أسس قوية داخل الأسرة وعلى نوعية العلاقات بين أفرادها، وينتشر في جو الأسرة نوع من الموت الوجداني، ويصبح المنزل مكاناً فارغاً من العلاقات الإنسانية الدافئة" (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ١٦٠).

(أ) وصف المقياس:

يتكون مقياس المناخ الأسري من ٨٥ بنداً لقياس المناخ الأسري المضطرب، ويتكون هذا المقياس من أربعة مقاييس فرعية.. كل مقياس فرعي يقيس عملية من العمليات المرضية والسلوكيات والممارسات الشائعة التي تقيس الاضطراب داخل الأسرة، وكلما زادت درجة الفرد على هذا المقياس دل ذلك على أنه يعيش مناخاً أسرياً مضطرباً وغير مستقر، وكلما قلت درجة الفرد على هذا المقياس دل ذلك على أن الفرد يعيش في مناخ أسري سوي ومستقر غير مضطرب.

(ب) تطبيق المقياس:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس بصورة فردية مع حالات الدراسة حيث قرأت التعليمات أولاً ثم بدأت في قراءة كل عبارة من عبارات المقياس وكانت المريضة تحدد استجابتها في الصورة الخاصة بها وفي بعض الأحيان كانت المريضة تستوضح معنى عبارة ما، فكانت الباحثة توضح لها المعنى المقصود، وقد استغرق تطبيق المقياس مع الحالة الواحدة حوالي ٢٠ دقيقة.

(ج) تصحيح المقياس وتقدير الدرجة:

تتدرج الإجابة على هذا المقياس على مستويين هما (نعم)، و(لا)، ويتم تقدير الدرجة فيه على أساس تعطي (درجة) للبنود المقياس التي تم الإجابة عليها بنعم، و(صفر) للبنود التي تم الإجابة عليها بلا وذلك باستثناء العبارات المعكوسة حيث يتم تقدير الدرجة بأن تُعطي درجة للبنود التي تم الإجابة عليها بـ(لا)، وصفر للبنود التي تم الإجابة عليها بـ(نعم)، ويقوم المصحح بجمع الدرجات. وتتراوح الدرجة على مقياس المناخ الأسري ما بين (صفر إلى ٨٥) درجة وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن يكون فيه المناخ الأسري مضطرباً.

أما تقدير درجة كل مقياس فرعي فكانت تتم وفقاً لمفتاح التصحيح وللدرجات المرتفعة لهذا المقياس الفرعي.

(د) تقنين مقياس المناخ الأسري:

قام مُعد المقياس بتقنين المقياس للتأكد من صلاحيته في البيئة المصرية.

* صدق المقياس:

قام مُعد المقياس بحساب صدق المقياس بطريقتين: الطريقة الأولى هي الصدق المنطقي أو صدق المحتوى وذلك للتأكد من أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه. وقد تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين من كلية التربية بالإسماعيلية - جامعة قناة السويس، وكلية التربية النوعية - جامعة القاهرة، وكلية التربية - جامعة حلوان، وقد أبدى المحكمون آراءهم بأن المقياس يقيس ما وضع لقياسه، وذلك وفقاً للهدف من المقياس، وكذلك للتعريفات والمفاهيم المتضمنة في المقياس مع مراعاة تعديل بعض العبارات من حيث الصياغة ليسهل فهمها.. وقد تم إجراء هذه التعديلات، وأصبح المقياس بالفعل يقيس الهدف الذي وضع من أجله أما الطريقة الثانية التي استخدمها معد المقياس فكانت طريقة التجانس الداخلي أو تجانس المفردة، وتشير نادية شريف ومحمود إبراهيم (١٩٩٩) إلى أن المقصود بهذه الطريقة "الحصول على قيمة تقديرية للاتفاق بين مجموعة من المحكمين حول ما إذا كانت المفردة تقيس بعداً معيناً ولا تقيس أبعاداً أخرى، واستخدام معامل تطابق المفردة بالهدف".

وبالفعل تم التأكد من تجانس المقياس وترابطه وصلاحيته، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس، ومعامل التطابق هذا يعتبر محكاً نحكم في ضوءه على صدق محتوى المفردة من نتائج تقديرات المحكمين.

* ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا (α) لكرونباخ، وذلك على عينة مكونة من ٣٠٠ طالب وطالبة من كليات التربية بمحافظة القاهرة والإسماعيلية، وقد بلغ معامل ثبات مقياس المناخ الأسري ٠,٨، ويعتبر هذا المعامل للثبات مرتفعاً جيداً ويشير إلى صلاحية استخدام المقياس؛ حيث إنه يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

* المعايير:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس المناخ الأسري على ٣٠ طالبة من المرحلة الأولى بكلية رياض الأطفال؛ بهدف تحديد معايير للمقياس، وذلك لسهولة الحكم على عينة الدراسة من حيث المناخ السوي أو المضطرب، كما قامت الباحثة بحساب درجات معيارية لهم لتتمكن من مقارنة أفراد العينة.

وكان المتوسط الحسابي لدرجات الطالبات على مقياس المناخ الأسري ٣١,٦ والانحراف المعياري لهم ١٠,٦.

وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف درجات المقياس وفقاً لهذا المعيار إلى ثلاث

فئات:

- (٤٣-٨٥): مناخ أسري مضطرب (مرضي).
- (٢١-٤٢,٢): مناخ أسري (مستقر إلى حد ما).
- (صفر - ٢٠,٨): مناخ أسري (سوي ومستقر).

٥- مقياس العمليات الأسرية **Family Processes**:

مقياس العمليات الأسرية قام بإعداده علاء الدين كفاقي سنة ٢٠٠٠، ويهدف هذا المقياس إلى قياس العمليات المرضية والاضطرابات داخل الأسرة، وهذا المقياس مكون من مجموعة من العمليات المرضية كل عملية تقيس جانباً مرضياً في الأسرة. وعن طريق هذا المقياس يمكن الكشف عن درجة السواء أو الاضطراب داخل الأسرة. ويتكون مقياس العمليات الأسرية من ستة مقاييس فرعية هي:

١. التبادلية الكاذبة.
٢. التعمية (التزييف).
٣. المثلث غير السوي.
٤. كبش الفداء.
٥. الرابطة المزدوجة.
٦. بعض العمليات المرضية الأخرى (انقسامات في الأسرة - انحرافات في الأسرة - عزلة اجتماعية وثقافية).

١- التبادلية الكاذبة **Pseudo Mutuality**:

التبادلية الكاذبة أو التفاعل الكاذب أو التفاعل الخاطيء، وهي صورة من العلاقات العائلية القائمة على الكذب وتعرف بأنها "العلاقة العائلية التي لها مظهر سطحي قوامه تبادل العواطف والصراحة والتفاهم على الرغم من أن العلاقات في حقيقتها جافة وجامدة وغير شخصية" (جابر عبدالحميد، وعلاء كفاقي، ١٩٩٣: ٣٠٣٣).

٢- التعمية (التزييف) **Mystification**:

التعمية هي صورة من الصور المرضية للأسرة، وتتضمن المراوغة **Evasion** والإنكار **Denial** وليس القناع **Masking** والمقصود بها "نسبة مشاعر معينة إلى شخص، والإيحاء له بأن هذه المشاعر هي مشاعره الخاصة في الوقت الذي لم يشعر فيه هذا الشخص بهذه المشاعر مطلقاً، وذلك بهدف تغطية المشاعر الحقيقية من أجل تجنب الصراع الحقيقي". (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٥١)

٣- المثلث غير السوي **Perverse Triangle**:

هي صورة من صور التفاعلات الخاطئة والتي تتمثل في حدوث تحالفات خاطئة في الأسرة، وغالباً ما يسحب الزوجان (عندما لا يكون بينهما عاطفة صادقة ومشاعر متبادلة) أحد الأبناء ليكون معه مثلثاً ويكون هذا الطفل ضحية تفاعل خاطيء بين الوالدين، والنسق الأسري عادة يتضمن عدة مثلثات مرضية متداخلة معاً. (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٥٢)

٤ - كبش الفداء Scapegoating:

"اتخاذ كبش فداء هو العملية التي يزاح فيها الغضب والعدوان على شخص أو موضوع آخر عادة ما يكون أضعف أو أقل نفوذاً، ولا يكون مسئولاً عن إحباط الفرد" (جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاقي، ١٩٩٥: ٣٣٧٦).

وتمثل هذه العملية استغلال الطفل لصالح توترات الوالدين ولتوفير حل للمشكلات الوالدية المستعصية وإن كان حلاً غير سوي (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٥٤).

٥ - الرابطة المزدوجة Double bind:

"هي صورة من صور الاتصال الخاطيء في الأسرة؛ حيث إن الطفل في الأسرة مضطربة الاتصال يتعرض لرسائل متناقضة من والديه، والنموذج النمطي للمعاملة التي تخلق الرابطة المزدوجة هو أن يتلقى الطفل أمرين متعارضين. فيؤمر بأن يفعل شيئاً ثم يؤمر بطريقة أخرى ألا يفعل نفس الشيء" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٦١).

٦ - بعض العمليات المرضية الأخرى (انقسامات في الأسرة - انحرافات في الأسرة - عزلة اجتماعية وثقافية):

٦-١- الانقسامات في الأسرة: المقصود بها وجود كتكتلات أو مجموعات في الأسرة، فيحاول أحد الوالدين في الاستحواذ على عاطفة واهتمام الأبناء لينجح في صراعه مع الوالد الآخر.

٦-٢- الانحرافات في الأسرة: يتوافر الانحراف إذا كان الوالد أو أحد الإخوة له عادات خلقية أو ممارسات لا يرضى عنها المجتمع، فمن شأن ذلك أن يضم الأسرة كلها بالسوء واللاأخلاقية، ويؤثر في نظرة المجتمع إليها مما يؤدي إلى عزلة الأسرة.

٦-٣- العزلة الاجتماعية والثقافية للأسرة: إذا عُرف عن الأسرة بعض العادات والممارسات غير الطيبة في الأسر الأخرى فإنها تبتعد عنها، مما يجعل أفرادها يشعرون بالعزلة، وشعور الأسرة بالعزلة يعمل على نمو العمليات المرضية، واحتمال تنشئة الأسرة لأطفال مضطربين (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٥٦-١٥٧).

(أ) وصف المقياس:

يتكون هذا المقياس من ١٢٤ بنداً يقيس العمليات المرضية التي يمارسها أفراد الأسرة، ويتكون من ست مقاييس فرعية كل مقياس فرعي يقيس عملية من العمليات المرضية التي تؤدي إلى الاضطرابات داخل الأسرة، وكلما زاد درجة الفرد على هذا المقياس دل ذلك على وجود عمليات مرضية واضطرابات داخل الأسرة.. وكلما قلت درجة الفرد على هذا المقياس دل على أن السلوكيات والممارسات التي تسلكها الأسرة سوية لا يوجد فيها اضطراب، وبالتالي تكون العمليات عند هذه الأسرة عمليات سوية غير مرضية.

(ب) تطبيق المقياس:

تم تطبيق هذا المقياس مع حالات الدراسة بصورة فردية؛ حيث بدأت الباحثة بقراءة تعليمات المقياس ثم قراءة كل عبارة من عبارات المقياس، وكان على المريضة أن تحدد استجابتها بوضع علامة (✓) أو (×) في صورة المقياس الخاصة بها، وقد استغرق تطبيق مقياس العمليات الأسرية مع حالات الدراسة من ٣٠-٣٥ دقيقة.

(ج) تصحيح المقياس وتقدير الدرجة:

تدرج الإجابة على هذا المقياس على مستويين هما بـ(نعم)، بـ(لا) ويتم تقدير الدرجة فيه على أساس تُعطي درجة للإجابة بـ(نعم)، و(صفر) للإجابة بـ(لا) وذلك باستثناء العبارات المعكوسة حيث تعطي (درجة) للإجابة بـ(لا)، و(صفر) للإجابة بـ(نعم)، ويقوم المصحح بجمع درجات المقياس، وتتراوح الدرجة على مقياس العمليات الأسرية المرضية ما بين (صفر-١٢٤) والدرجة (١٢٤) هي الدرجة القصوى لمرضية الأسرة، ومعنى هذا أن هذه الأسرة مريضة وتعاني من العمليات المرضية الموجودة بالمقياس، أما بالنسبة لتحديد العملية المرضية نفسها فكان يتم على أساس الدرجة المرتفعة لهذه العملية، وذلك وفقاً لمفتاح التصحيح.

(د) تقنين مقياس العمليات الأسرية:

قام معد المقياس بتقنين المقياس للتأكد من صلاحيته وتحديد درجة صدقه وثباته.

* صدق المقياس:

قام معد المقياس بحساب صدق المقياس باستخدام طريقة صدق المحتوى؛ حيث عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين من كلية التربية بالإسماعيلية - جامعة قناة السويس، وكلية التربية النوعية - جامعة القاهرة، وكلية التربية - جامعة حلوان، وقد أبدى المحكمون آراءهم بأن المقياس يقيس ما وضع لقياسه وذلك وفقاً للهدف وللتعريفات الإجرائية الخاصة بالمقياس، كما استخدم طريقة التجانس الداخلي أو تجانس المفردة للتأكد من صدق الاختيار، وبالفعل تم التأكد من تجانس المقياس وترابطه وصلاحيته، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس، وبالفعل أتضح من معامل التطابق أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

* ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا (α) لكرونباخ، وذلك على عينة مكونة من ٣٠٠ طالب وطالبة من كليات التربية بمحافظة القاهرة والإسماعيلية، وقد بلغ معامل ثبات مقياس العمليات الأسرية ٠,٩٣، ويعتبر هذا المعامل للثبات مرتفعاً وجيداً ويشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

* المعايير:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس العمليات الأسرية على ٣٠ طالبة من المرحلة الأولى بكلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة، وذلك بهدف تحديد معايير للمقياس لسهولة التمييز بين الأسر المريضة والأسر السوية، وكان المتوسط الحسابي ٣٧,٨، والانحراف المعياري ٩,٤ أي يمكننا تصنيف درجات المقياس إلى فئات:

- (صفر-٣٦): لا تعتبر الأسرة مضطربة ويوجد فيها عمليات مرضية.
- (٣٦,٤-٥٥,٢): أسرة سوية مستقرة إلى حد ما حيث إن العمليات المرضية بها محدودة.
- (٥٦-١٢٤): أسرة مريضة بها عمليات مرضية.

ومقاييس الدراسة الحالية كلها تتناسب مرحلة المراهقة أي تتناسب عينة الدراسة. وقد سبق تقنين هذه المقاييس على البيئة المصرية وعلى نفس المرحلة العمرية، لذلك اعتمدت الباحثة على هذه المقاييس للوفاء بغرض الدراسة.

٦- برنامج العلاج النفسي الأسري Family Therapy Programme:

قامت الباحثة بإعداد برنامج علاج نفسي أسري لعلاج المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب التفاعلي، وقد تم تطبيق هذه البرنامج مع المجموعة التجريبية المكونة من أربعة أسر وكل أسرة بها مراهقة مكتئبة، وفيما يلي تستعرض الباحثة الجزء النظري الخاص بالبرنامج.. أما البرنامج فتعرضه الباحثة في ملاحق الدراسة بصورة أكثر تفصيلاً.

وتستعرض الباحثة العناصر التالية الخاصة بالبرنامج:

- مقدمة عن البرنامج.
- الأسس والفروض والمبادئ العلاجية التي بُني عليها البرنامج.
- مصادر إعداد البرنامج.
- أهداف البرنامج.
- أهمية البرنامج.
- الفئة المستهدفة من البرنامج.
- حدود تطبيق البرنامج (المجال المكاني - المجال الزمني).
- الوسائل المستخدمة في البرنامج.
- الفنيات المناسبة لتحقيق أهداف البرنامج.
- مراحل البرنامج.
- دور المعالج الأسري في البرنامج.
- إجراءات تنفيذ البرنامج.
- تقييم البرنامج.
- صعوبات تطبيق البرنامج.
- وأخيراً جدول يوضح توزيع جلسات البرنامج.

مقدمة:

يقوم البرنامج الحالي على المداخل النسقية في إرشاد وعلاج الأسرة وبصفة خاصة النموذج البنائي لمنوشن Structure Model، حيث إن هذا النموذج يهدف إلى إحداث تغيير في الأسرة في جانبين، هما:

١- البناء Structure.

٢- والوظيفية Function.

ويقصد بالبناء تكوين الأسرة والعلاقات الشخصية بين أفرادها، وطرق تفاعلاتها وأساليب تواصلها ..إلخ. أما الوظيفية فالمقصود بها أداء الأسرة لوظائفها وأدوارها والمسئوليات المطلوبة من كل فرد فيها، وهل تؤدي الأسرة وظائفها بشكل جيد، وبناء على ما تم تغييره في البناء والوظيفة يتم إعادة تشكيل النسق ومن ثم علاج اكتئاب المراهق.

والفكرة الأساسية التي يقوم عليها البرنامج هي أن التغيير في البناء والوظيفة يكون عن طريق التعرف على الأنماط المرضية وإزالة العناصر المرضية من النسق الأسري، ويترتب على ذلك تغيير في وظائف الأسرة، ومن ثم حدوث تغيير في القواعد التي تحكم التفاعلات الداخلية التي تتحكم في السلوك، وبالتالي يحدث تغيير في طبيعة العلاقات، ويتغير النسق الأسري ويكون الباب مفتوحاً لبناء الأسرة من جديد، حيث يمكننا أن نعيد ترتيب بناء الأسرة مرة أخرى لأن مشكلات الأسرة ناتجة عن البناء الأسري، ولا تحل إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.

الأسس والمبادئ العلاجية التي يقوم عليها برنامج العلاج النفسي الأسري:

يقوم البرنامج الحالي على مجموعة من الأسس والمفاهيم والاتجاهات والمنطلقات النظرية مستمدة من أصحاب التوجه النسقي وقائمة على المدخل النسقي في إرشاد وعلاج الأسرة. والمسلمة الأساسية التي يقوم عليها البرنامج هي أن الأسرة هي المسببة للمرض، ومن ثم فعلاج أحد أبنائها علاجاً فردياً يصبح دون جدوى ويترتب على ذلك علاج الأسرة كلها، وبالتالي يتم علاج أبنائها.

وقد أشارت العديد من الدراسات النظرية إلى التأكيد على هذه المسلمة وكذلك المنطلقات النظرية للمداخل النسقية حيث أشارت إحدى الدراسات إلى أن "مشكلات المراهقين ما هي إلا أعراض لسوء أداء النسق الأسري لوظائفه" (Bandooroff, Scott, 1993).

"كما أن العلاج الأسري جعل محور اهتمامه الأسرة ولم ينظر إلى العضو الذي حددته الأسرة كمريض على أنه فقط الشخص الذي يحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها؛ حيث إن الشخص الذي حددته الأسرة كمريض من قبلها ما هو إلا أضعف الحلقات في الأسرة والذي أفصحت الأسرة من خلاله عن مرضيتها وانحرافها. وإن الأعراض الفردية ليست إلا إفصاحاً عن اضطراب ووظائف العلاقات داخل الأسرة" (علاء كفاي، 1999: 370).

كما أشار سليفان إلى "أن فهمنا للاضطراب الانفعالي لا يكون بفهم الصراعات الداخلية بل بفهم طبيعة العلاقات الشخصية المتبادلة للمريض واستجاباته لها" (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤١٢)، ومن ثم فإن خلخلة النسق الأسري المضطرب وإحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة أكثر أهمية من التركيز على الديناميات النفسية لكل فرد فيها.

ومن أهم المبادئ التي يقوم عليها البرنامج مفهوم التوازن الهيموستازي الأسري Family homestasis لجاكسون Jackson، وقد "صور جاكسون هذا المفهوم بمثال لزوجة كانت تشكو من اكتئاب حاد وميول انتحارية، ومع استمرار العلاج بدأت الزوجة تبرا من اكتئابها، وتغيرت رؤيتها للحياة، وأصبحت تجد في كثير مما تقوم به هدفاً وأملاً ومعنى وتخلصت من دوافعها الانتحارية فانتحر الزوج. ويعلق جاكسون على ذلك بقوله إن الأسرة تشكل نظاماً دينامياً ثابتاً بين أعضائها، وخصائص هؤلاء الأعضاء وطبيعة التفاعل فيما بينهم يعملان على الإبقاء على هذه الحالة الثابتة، ومن ثم فعلاج العضو المريض وتغيير سلوكه لا بد وأن يخل بالتوازن القائم" (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٣٤).

وعلى هذا الأساس فإن علاج الابن المريض سوف يؤثر على التوازن القائم داخل الأسرة، والعكس صحيح؛ حيث إن علاج الأسرة كمنسق كلي واحد سوف يؤدي إلى علاج الابن المريض وأيضاً وقايته وتحسينه من الإصابة بالمرض مرة أخرى، وبالتالي فعلاج الأسرة المريضة سوف يحمي كل أبنائها من المرض.

مصادر إعداد البرنامج:

- ١- استندت الباحثة في بناء البرنامج إلى الأسس النظرية والفلسفية لنظريات العلاج النفسي الأسري بصفة خاصة المداخل النسقية في إرشاد وعلاج الأسرة وقد تبنت الباحثة أسساً وفروضاً، والنظرية البنائية لمنوشن.
- ٢- كما استفادت الباحثة من بعض الدراسات والبرامج العلاجية السابقة التي طبقت المنهج النسقي في العلاج الأسري، ومن أهم هذه الدراسات: دراسة ريموند جالوب Raymond A. Gallope (١٩٨٧) عن برنامج علاج أسري للاكتئاب، وكذلك البرنامج العلاجي الذي عرضته كارين إديلشتين Karen Edelstein (١٩٩٣) من خلال دراسة الحالة التي قامت بها في بحثها عن استخدام مدخل العلاج الأسري مع اكتئاب الطفولة والمراهقة، وكذلك النموذج العلاجي الذي قدمه جوي ديموند، وليوني سيكولاند Guy Diamond & Lynne Siqueland (١٩٩٥) عن العلاج الأسري للمراهقين المكتئبين، وركز فيه على مراحل العلاج والمهام العلاجية المتطلبة لكل مرحلة، وأيضاً النموذج الذي قدمه جوي ديموند وهوارد ليدل Guy diamond & Howard A. Liddle (١٩٩٩) وأوضح فيه استراتيجيات التدخل للتغير من خلال دراسته عن تحويل التفاعلات السلبية بين المراهقين ووالديهم من إطار علاقة المازق والأزمة إلى علاقة الحوار الإيجابي باستخدام مدخل العلاج الأسري. وكذلك برنامج علاجي للاكتئاب باستخدام العلاج الأسري قدمته ليسيانو لابات L'Abate Luciano (١٩٨٧) أوضحت فيه بعض التدريبات المهمة التي تخفف من درجة الاكتئاب وتساعد الأسرة على تحسين أدائها لوظائفها.

٣- كما استفادت الباحثة في تصميمها للبرنامج من الدراسات العربية التي استخدمت مدخل العلاج الأسري بصفة عامة مثل دراسة عبدالصبور سعدان (١٩٨٠) ودراسة نهلة أمين (١٩٩٤)، ودراسة سلامة منصور (١٩٩٧) وغيرها من الدراسات التي استخدمت مدخل العلاج الأسري في علاج بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية.

وأيضاً الدراسات العربية التي تناولت العلاج النفسي الفردي للاكتئاب، والتي تم عرضها في الفئة الثانية في فصل الدراسات السابقة وبصفة خاصة دراسات هشام عبدالله (١٩٩١)، وصلاح عراقي (١٩٩١)، وصلاح مكاي (١٩٩٧)، حيث أفادت الباحثة في التعرف على تدرج مراحل العلاج التي يمر بها المكتئب، ومدى استجابته للتدريبات والمهام المطلوبة منه، وكيفية تغيير أفكاره ومعتقداته ومدى استجابته لذلك لأنه على الرغم من اختلاف الأساليب العلاجية والمنطلقات النظرية لهذه البرامج وبين الأسلوب العلاجي للدراسة الحالية فإن هناك نقطة مشتركة بينهم وهي هدف هذه البرامج وهو علاج اكتئاب المراهقين.

كذلك من أهم مصادر إعداد هذا البرنامج الاطلاع على التراث النظري حيث تحدد من خلاله فنيات واستراتيجيات العلاج الأسري، وكذلك نظريات العلاج الأسري، ودور المعالج الأسري في العملية العلاجية، بالإضافة إلى التعرف على خصائص المراهقين وقدراتهم والتغيرات التي تطرأ عليهم.

وأيضاً استفادت الباحثة من التجربة العملية؛ حيث إن المقابلات المبدئية التي أجرتها الباحثة مع المراهقين المكتئبين حددت الإطار العام لكيفية التعامل مع هؤلاء المراهقين وأسرههم والمداخل المناسبة لهذه الأسر، وإقناعهم بمبدأ التدخل العلاجي.

أهداف البرنامج:

يتمثل الهدف الرئيسي لهذا البرنامج في التعرف على مدى فاعلية العلاج النفسي الأسري في خفض اكتئاب المراهقات. ويسعى البرنامج لتحقيق مجموعة من الأهداف الوسيطة سعياً لتحقيق الهدف الرئيسي، هي:

١- حدوث تغييرات في البناء والوظيفة وإعادة تشكيل العلاقات عن طريق:

(أ) تغيير أنماط التفاعل الخاطئة في الأسرة وتحسين طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة.

(ب) تعديل أساليب الاتصال الخاطئة.

(ج) تحسين أداء الأسرة لوظائفها.

٢- علاج العمليات المرضية التي تعاني منها الأسرة.

٣- رفع تقدير المراهقة لذاتها وتعليمها كيف يكون اتجاهات إيجابية نحو ذاتها.

٤- إكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية التي تُحسن من كفاءة التفاعل الاجتماعي للأسرة.

أهمية البرنامج:

تتبع أهمية البرنامج الحالي من أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث السابقة، والتي تناولت علاج الاضطرابات النفسية المتنوعة بصفة عامة، وفي علاج الاكتئاب بصفة خاصة باستخدام أسلوب العلاج الأسري الذي ثبت نجاحه وفعاليتيه في علاج مثل هذه الاضطرابات؛ حيث إنه يقلل من نسبة حدوث الانتكاس والعودة للمرض مرة أخرى، ويساعد على وقاية باقي أعضاء الأسرة من الإصابة بالمرض، وهذا يعطيه أهمية تفوق أهمية العلاج الفردي.

كما تتضح أهمية البرنامج الحالي من وضوح النظرية التي يقوم عليها وأهمية المداخل النفسية في علاج الأسرة باعتبارها طريقة فعالة وأساس ناجح ومؤثر في علاج كثير من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية.

كذلك تتضح أهمية تطبيق هذا البرنامج في التعرف على مدى فعاليته وتأثيره ومدى نجاحه أو فشله عند تطبيقه على الأسر المصرية والتعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه نجاح هذا البرنامج بحيث لو ثبت نجاحه وفعاليتيه، فإننا ندعو القائمين والمسؤولين على مراكز وعيادات العلاج النفسي إلى نشر هذا الأسلوب في العلاج.

وتتبع الأهمية الأساسية للبرنامج من أهمية الأسلوب العلاجي القائم عليه؛ وهو العلاج النفسي الأسري كاتجاه حديث في العلاج له تأثيرات فعالة، لذلك فنحن في حاجة إلى اختبار هذا الأسلوب العلاجي بطريقة عملية.

الفئة المستهدفة من البرنامج:

تم تطبيق البرنامج الحالي على مجموعة مكونة من أربعة أسر، كل أسرة بها مرافقة تعاني من الاكتئاب التفاعلي ومن المترددين على عيادة المراهقين بالعيادة النفسية الخارجية بطب قصر العيني - جامعة القاهرة، وممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٤-١٩) سنة وتم التأكد من الطبيب النفسي بأن هذا الاكتئاب الذي يعاني منه المراهقات (عينة الدراسة) يرجع لأسباب نفسية غير عضوية، وأن هذه الفئة خالية من أي أمراض عضوية أو اضطرابات عقلية، وفيما يلي جدول يوضح وصفاً للعينة التجريبية التي طبق عليها البرنامج.

جدول يوضح وصفا للعينة التجريبية التي طبق عليها البرنامج
جدول (٣/٤)

مسلل	رمز الحالة	النوع	السن	مستوى التعليم	الترتيب الميلادي	مستوى المعيشة ومصدر دخل الأسرة	عدد أفراد الأسرة	مهنة الأب ومهنة الأم ومستوى تعليمهما	المدة التي بدأت تشكو فيها من أعراض الاكتئاب	الأعراض التي تشكو منها الحالة	الدافع الذي ذهبت الأسرة من أجله للعلاج
الحالة الأولى	م.م.م	أنثى	١٩	أولى معهد كمبيوتر	السادس	- مستوى منخفض - مصدر الدخل: من محل عصير تركه الوالد.	١٠ أفراد ٩ أبناء والأم أما الأب فقد توفي	- الأب كان بائع عصير - غير متعلم وتوفي. - الأم لا تعمل وغير متعلمة	٩ شهور	- الشعور بالحزن والضيق الشديد. - العزلة والوحدة. - عدم التركيز. - قلة الأكل وكثرة النوم. - كثرة المشاكل الأسرية.	هروب الحالة من أسرتها ثلاث مرات في أقل من ٣ شهور
الحالة الثانية	م.ج.م	أنثى	١٤	أز هري إعدادي رسبت ٣ سنوات متتالية)	الخامس والأخير	- مستوى منخفض. - دخل من وظيفة الأب فقط.	٧ أفراد ٥ أبناء والأم والأب	- الاب غير متعلم حرفي - يركب صدف. - الأم غير متعلمة ولا تعمل	٨ شهور (من بداية السنة الدراسية الأخيرة)	- قلة التركيز. - البكاء والصراخ أحيانا. - إحساس بزهد وضيق وخنقة. - ضعف الشهية بشكل أدى لحدوث أنيميا. - كثرة النوم.	الفتل الدراسي والرسوب المتكرر.
الحالة الثالثة	ع.ج.ع	أنثى	١٥	أولى ثانوي	الأولى	- مستوى متوسط - دخل الأسرة من مرتب الزوجين	٤ أفراد ابن والأب والأم	- الأب متعلم بكالوريوس حقوق ويحمل موظف - والأم متعلمة بكالوريوس تجارة وتعمل محاسبة	١٠ شهور	- قلة الأكل بدرجة ملحوظة وتعاني من الأنيميا. - عزلة وحدة ليس لها أصدقاء. - ضيق وبكاء. - كثرة النوم. - قلة تركيز. - تشكو من معاملة والدها.	التبول اللاإرادي وأنيميا.
الحالة الرابعة	ر.ع.ف	أنثى	١٨	أولى معهد اجتماعية	الأولى	- مستوى متوسط. - دخل الأسرة من مرتب الزوج فقط.	٥ أفراد ٣ أبناء والأب والأم	- الأب متعلم تعليم متوسط يعمل موظف أمن بإحدى الشركات/والأم متعلمة إلى مرحلة الإعدادية ولا تعمل	٩ شهور	- الضيق والحزن والزهق. - إحساسها بالعزلة والوحدة. - تعب وإجهاد. - أرق وقلة نوم. - قلة التركيز.	اعراض تعسب وارهاق وإجهاد مستمر يعيقها عن أداء أي شيء ولا يوجد لها سبب عضوي.

حدود تطبيق البرنامج:

المجال المكاني: تم التطبيق في العيادة النفسية بطب القصر العيني جامعة القاهرة، وفي حجرة بمعهد الدراسات والبحوث التربوية بالدقي – جامعة القاهرة.

المجال الزمني: تم تطبيق البرنامج في فترة زمنية حوالي خمسة شهور؛ حيث تم مقابلة الأسرة الواحدة مرة واحدة في الأسبوع، وقد تم التطبيق في الفترة الزمنية ما بين ٢٠٠٤/٣/١ – ٢٠٠٤/٧/٢٥.

الوسائل المستخدمة في البرنامج:

استخدمت الباحثة جهازاً مسجلاً لتسجيل جلسات البرنامج لإعادة عرض أجزاء من هذه الجلسات مرة أخرى على الأسرة للاستفادة بها في عمل التغذية الراجعة للأسر Feedback في الجزء العلاجي.

الفنيات المناسبة لتحقيق أهداف البرنامج:

١ - جلسات الأسرة الإرشادية Family council meetings:

هي تكنيك مهم وأساسي في برامج الإرشاد والعلاج الأسري، وهي عبارة عن مقابلات أو لقاءات تجمع بين أفراد الأسرة والمعالج، ويتم تنظيم هذه الجلسات بترتيب مسبق مع أفراد الأسرة يتم فيه تحديد الوقت المناسب لمشاركة ومقابلة الأسرة بعضها مع بعض، ومكان المقابلة وإبراز القواعد التي تحكم الجلسة، وتتضمن هذه المقابلات موضوعات للمناقشة تقوم الباحثة بتحديدتها مسبقاً، وتشمل اهتمامات الأسرة – طبيعة علاقاتهم ببعضهم – ومشكلات الأسرة.. الخ.

وتهدف هذه الجلسات إلى الحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة قصيرة، وفرصة لجمع معلومات مهمة عن طريق الملاحظة داخل الأسرة (ملاحظة التفاعلات غير المباشرة، التواصل غير اللفظي... الخ) كما أنها تتيح فرصاً لأفراد الأسرة للتعبير عن أنفسهم، وتسهل عمليات الاتصال بينهم، وكذلك المشاركة الأسرية، وتعطي هيكلًا وشكلًا واضحًا ومترابطًا للأسرة، ويتم من خلالها التوضيح والشرح والتفسير وتقديم المبررات، وطرح الأسئلة، ومناقشة موضوعات مهمة في حياة الأسرة، وكذلك التوجيه والإرشاد والتصحيح والتعديل والتغيير في بناء الأسرة.

٢ - أساليب المناقشة Discussion Techniques:

(أ) المناقشة التأملية Reflective discussion:

وهي تدور حول الأفكار المتبادلة بين أفراد الأسرة لاستدعاء الحوادث والخبرات السابقة لتفسيرها، وتكوين قدر من الاستبصار بالمواقف الحالية للأسرة (عبدالصبور سعدان، ١٩٨٠: ٥٧).

"وتشمل أساليب المناقشة التأملية الإيجابية: طرح أفكار جديدة، والتوضيح، والتفسير، وتصحيح المشاعر، وربط الأحداث الحاضرة بالماضي". (عبدالناصر عوض أحمد جبل، ١٩٨٥: ٧٧)

٣- أساليب الملاحظة Observation Techniques:

(أ) أسلوب الملاحظة المباشرة Direct observation technique: وتتم في المواقف الطبيعية من خلال الأحداث اليومية العادية في الجلسة، وتلاحظها الباحثة عن طريق الجلسات الأسرية التي تجمع بين الباحثة وأفراد الأسرة.

(ب) أسلوب الملاحظة غير المباشرة Indirect observation technique: وتتم داخل الجلسات الأسرية، ولكنها محددة مسبقاً؛ حيث تتم الملاحظة من خلال مواقف تجريبية مصممة أو مضبوطة، مثل: لعب الأدوار بين أفراد الأسرة أو عن طريق إعادة تمثيل مواقف معينة لملاحظة نقاط معينة ومحددة تحددها الباحثة قبل إجراء الموقف.

٤- الجينوجرام The Genogram:

الجينوجرام فنية أساسية ومهمة للحصول على قدر كبير من المعلومات المهمة والمنظمة والرئيسية عن النسق الأسري.

"والجينوجرام كتكنيك غالباً ما تم استخدامه مبكراً في العلاج الأسري، وهو يعطي صورة بيانية لتاريخ الأسرة، فهو يكشف ويوضح الهيكل الأساسي والديموجرافي للأسرة من خلال الرموز، ويقدم صورة لثلاثة أجيال تحتوي على أسماء وتواريخ زواج وطلاق وموت وحقائق أخرى مرتبطة بها، وكذا كمية هائلة من البيانات وتحاليل للمعالج ولأعضاء الأسرة المبكرين في العلاج، ولقد تم تطوير الجينوجرام كأداة معلومات وفحص، وذلك من جانب المعالجين الأسريين" (Robert, Smith & others, et al, 1992)

وصورة شجرة العائلة توضح أصل العائلة وجذورها، حتى يمكن تجميع معلومات عن الأجيال المختلفة في الأسرة بصورة طبيعية، و"الخريطة الأسرية لها عدة أنماط؛ حيث يتم الطلب من الآباء بأن يقوموا برسم الخريطة الأرضية للأسرة (شجرة العائلة)، وهكذا يتم جمع المعلومات عبر الأجيال بشكل طبيعي؛ حيث إن نقاط المناقشة تؤدي إلى مواضيع ذات معنى متعلقة بماضي الفرد".

٥- صور الأسرة Family Photos:

الاطلاع على ألبوم صور الأسرة، خاصة الصور المهمة في حياة الأسرة تكتيك مهم جداً وله فوائد متعددة، فهو يكشف عن طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة، ومدخل للذكريات للتعرف على أحداث ماضية، وفرصة للتعرف على أجيال سابقة في الأسرة.

"ويتميز تكنيك صور الأسرة بتقديم ثروة من المعلومات عن توظيف الماضي والحاضر، والتغلغل في ألبوم صور الأسرة الجماعية يوضح الاستجابات (الشفوية وغير الشفوية) بالنسبة للصور والأحداث وغالباً ما تعتبر كاشفة؛ وتتطلب هذه الوسيلة سؤال الأعضاء بأن يحضروا صوراً مهمة للأسرة، ويناقشوا أسباب إحضارها، وأن يضعوا الصور التي تمثل الأجيال السابقة خلال المناقشة للصور، وهذه الفنية تجعل المعالج يرى بوضوح أكثر علاقات الأسرة وتقاليدها وهيكلها وقواعدها ونماذج الاتصال بينها" (Smith, Robert, et al, 1992).

٦- التمسير أو رسم المسارات أو الرسم الاستشفافي **Tracking**:

"أغلب معالجي الأسر البنائيون يستخدمون التمسير (رسم المسارات)؛ حيث يرى المعالجون البنائيون أن التمسير جزء جوهري في عملية ربطهم بالأسرة، وأثناء عملية التمسير يستمع المعالج باهتمام لقصص الأسرة، ويسجل بعناية الأحداث ونتائجها؛ حيث إن ما يحدث بين النقطة "أ"، والنقطة "ب" أو "ج" لإنشاء "د" يمكن أن يكون مساعداً عند تصميم التدخلات العلاجية. (Smith, Robert, et al, 1992)

٧- إعادة التشكيل أو إعادة الهيكلة **Reframing**:

"أغلب معالجي الأسرة يستخدمون إعادة الهيكلة كوسيلة لكل من الارتباط بالأسرة وإدراك المشاكل القائمة، وإعادة الهيكلة عبارة عن انتزاع شيء ما من ترتيبه المنطقي ووضعه في تصنيف آخر". (Smith, Robert, et al, 1992)

٨- تمثيل الأسرة **Family Sculpting**:

يعتبر تكنيك تمثيل الأسرة من الأدوات المهمة في التدخل العلاجي للأسرة؛ حيث إن تمثيل الأسرة لموقف معين أو إعادة تمثيل مواقف سابقة أو لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الأسرة يعطي الفرصة للتعرف على طبيعة العلاقات، وأنماط التواصل، وأداء الوظائف داخل النسق الأسري.

"ولقد تطور هذا الأسلوب بواسطة كل من ديوهل، وكانتور Duhl & Duhl Kantor، عام ١٩٧٣ ويقوم أسلوب تمثيل الأسرة من أجل إعادة إنشاء نسق الأسرة، ويمثل علاقات أعضاء الأسرة فيما بينهم في مدة زمنية محددة، وغالباً ما يكون البالغون ممثلين جيدين للأسرة متى تم منحهم فرصة للاتصال غير الشفوي للتعبير عن المشاعر والأحاسيس عن الأسرة". (Smith, Robert, et al, 1992)

٩- رقص البالية الأسري **Family Choreography**:

"في هذا الأسلوب تتعدى الترتيبات التمثيل المبدئي؛ حيث يُطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بوضع أنفسهم في مواقع توضح رؤيتهم للأسرة، ثم يظهرون كيف يريدون أن يصبح موقع الأسرة. ويطلب من أفراد الأسرة أن يعيدوا تمثيل أدوار أفراد الأسرة ويحاولوا جعلها السيناريو المفضل. إن هذا الأسلوب يساعد في تماسك الأسرة ويخلق موقف حي" (Smith, Robert, et al, 1992) وهذا التكنيك يساعد في الكشف عن وجهة

نظر أفراد الأسرة فيما يَتمنون أن يكونوا عليه، وكيف يريدون أن يصبح دور كل عضو من أعضاء الأسرة.

١٠ - الكرسي الخالي The empty chair:

"في هذا التكنيك يعبر شريك عن مشاعره للآخر (الكرسي الخالي)، ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار. إن التعبير عن المشاعر عن أسرة غائبة أو عن دور الآباء الغائب يمكن ترتيبها بين الآباء والأبناء باستخدام هذا الأسلوب" (Smith, Rebert, et al 1992)

١١ - الأيام الخاصة - والإجازات الصغيرة - والخروج الخاصة

Specialdays, Mini-Vactions, Special outings

"عندما يقضي أعضاء الأسرة وقتاً قليلاً كل مع الآخر يشعر أعضاء الأسرة بعدم التقدير والأمان لذلك فتخصيص وقت أكبر يشعرهم بتقدير كل منهم للآخر، ويمكن تجهيز وإعداد أيام للرعاية Caring days عندما يتطلب من الأزواج أن يظهروا الاعتناء بعضهم ببعض. والأوقات الخاصة بالرعاية والعناية يمكن ترتيبها بأفعال خاصة في العقل" (Smith, Robert, et al, 1992).

١٢ - أساليب بناء مهارة الاتصال

Communication skill-building techniques

"تعتبر نماذج ووسائل الاتصال من العوامل الرئيسية في الصحة النفسية للأسرة، ونماذج الاتصال الخاطئة من السهل ملاحظتها أثناء المقابلات العلاجية، وللتخفيف من أساليب الاتصال الخاطئة يجب التركيز مباشرة على بناء مهارة اتصال جيدة بين الزوجين أو بين أعضاء الأسرة. وفي بعض الظروف يحاول المعالج أن يعلم الزوج كيفية محاربة الخوف أو الإنصات أو قد ينصح باقي أعضاء الأسرة بطريقة التعبير عن أنفسهم مع البالغين. إن معالج الأسرة يبحث في نماذج الاتصال الخاطئة التي يمكن أن تمزق النسق الأسري". (Smith, Robert, et al, 1992)

١٣ - أساليب التدعيم Sustaining Techniques:

تتمثل في التعاطف - التدعيم - التشجيع - الواقعية، والتركيز يكون على أساليب التدعيم الإيجابية.

١٤ - التغذية الراجعة Feedback:

وعن طريق هذه الفنية تقوم الباحثة باسترجاع جزء معين في جلسات سابقة ومناقشة تقييمه وتعديل السلوك الذي حدث فيه.

١٥ - الواجبات المنزلية Homework:

وهي عبارة عن مهام معينة يقوم أفراد الأسرة بأدائها في المنزل وإحضارها أو مناقشتها في الجلسة التالية.

مراحل البرنامج:

البرنامج الحالي مقسم إلى ثلاث مراحل كل مرحلة لها أهداف محددة خاصة بها ومهام علاجية مناسبة لتحقيق أهداف البرنامج:

- ١- المرحلة المبدئية من العلاج تشمل ثلاث جلسات.
- ٢- المرحلة التشخيصية في العلاج تشمل خمس جلسات.
- ٣- المرحلة العلاجية "استراتيجية التدخل" تشمل ثلاث عشرة جلسة.

وهناك جلسة تمهيدية قبل المرحلة المبدئية، وجلسة للقياس التبعي بعد المرحلة العلاجية؛ أي أن عدد الجلسات المقترحة للبرنامج ٢٣ جلسة.

النظام العام لسير الجلسات:

يتم سير الجلسات بالشكل التالي:

- ١- عرض أهداف الجلسة.
- ٢- تحديد مكان ووقت الجلسة.
- ٣- إيضاح الفنيات المناسبة لتحقيق أهداف الجلسة.
- ٤- تحديد المهام العلاجية لما يتم داخل الجلسة.
- ٥- ثم إجراء الجلسة.

وفيما يلي عرض لمراحل برنامج العلاج النفسي الأسري:

المرحلة الأولى: المرحلة المبدئية من العلاج:

وتشمل هذه المرحلة ثلاث جلسات: هدفها: "التأسيس من أجل إصلاح العلاقات الأسرية". ويتحقق هذا عن طريق الأهداف التالية:

- التعرف على مدى استعداد الأسرة وتقبلها لفكرة العلاج وعقد الاتفاق.
- بناء الثقة والألفة بين الباحثة وأفراد الأسرة وتوضيح فكرة البرنامج العلاجي.
- التعرف على التاريخ الأسري، وجمع أكبر كم من المعلومات عن الأسرة.
- التعرف على المشكلة وطبيعة الصراعات والخلافات الأسرية في الأسرة.

- الاتفاق على طبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة عن طريق إعادة عرض المشكلة بالانتقال التدريجي من التركيز على اكتئاب المراهق إلى التركيز على طبيعة العلاقات البينشخصية بين أفراد الأسرة.

- تحديد ما نتوقعه الأسرة من نتائج للعلاج.

تتضمن هذه المرحلة بعض المهام العلاجية وهي:

- عمل جلسة تمهيدية فردية للعضو المريض بالاكتئاب للتعرف على الأسباب التي دفعته للعلاج، ولجمع بعض البيانات عن الأسرة وعن مدى موافقة الأسرة على مبدأ التدخل العلاجي.

- تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية على المراهق في القياسات القبلية.

- عمل تعاقد مع أفراد الأسرة وتحديد الهدف من العلاج، وأهمية تطبيق البرنامج ومدى الاستفادة منه أو مدى ما يحققه البرنامج لأفراد الأسرة، وإعطائهم فكرة عامة عن البرنامج، والشروط الواجب الالتزام بها في هذا التعاقد.

- تكوين علاقة طيبة تتضمن الثقة والألفة والتعاطف والتعاون بين الباحثة وأعضاء الأسرة، وبين المراهق وأفراد أسرته.

- تحديد أهداف برنامج العلاج النفسي الأسري للأسرة بصورة محددة إجرائياً ومدى قابليتها للتطبيق على أفراد الأسرة.

- التعرف على المشكلة كما يراها كل عضو من أفراد الأسرة، وتحديد المشكلة التي يشعر بها أفراد الأسرة خاصة فيما يتعلق بالعلاقات والتواصل بينهم.

- الاتفاق بين الباحثة وأفراد الأسرة على طبيعة المشكلة والصراعات التي تعاني منها الأسرة، وتوضيح أن الأسرة لها دور أساسي في علاج الابن، وأن نجاح العلاج يتوقف على مدى تعاون الأسرة مع الباحثة في البرنامج؛ لأنه توجد عوامل أسرية متداخلة هي التي تؤثر في مرض الابن، قد تكون مع الأم أو مع الأب أو مع الأخوات أو مع أفراد الأسرة جميعاً، وهذا ما سوف نتعرف عليه في جلسات البرنامج، وبذلك يتم الانتقال من التركيز على اكتئاب المراهق إلى التركيز على العلاقات البينشخصية.

- تحديد ما نتوقعه الأسرة أن يتحقق بعد نهاية العلاج.

الفنيات المستخدمة في المرحلة المبدئية من العلاج:

- جلسات الأسرة الإرشادية Family council Meeting
- أساليب الملاحظة غير المباشرة Indirect observation
- أساليب المناقشة التأملية Reflective dis cussion techniques
- الجينوجرام Genogram

المرحلة الثانية: المرحلة التشخيصية في العلاج:

يتم فيها التعرف على (طبيعة العلاقات – أنماط التواصل – أداء الوظائف) وتشمل هذه المرحلة خمس جلسات.

أهدافها:

- تحديد العوامل الأسرية المؤثرة في مشكلة المريض.
- تحديد العمليات المرضية التي تعاني منها الأسرة.
- التعرف على طبيعية العلاقات والتفاعلات في الأسرة (تحديد درجة تمايز الابن عن أفراد أسرته – تحديد الأنساق الفرعية – تحديد الهرمية – الحدود – القواعد...).
- التعرف على أنماط التواصل بين أفراد الأسرة. وتحديد أنماط الاتصال الخاطئة.
- التعرف على أداء الأسرة لوظائفها المختلفة، والأدوار التي يقوم بها كل فرد من أفراد الأسرة.
- استبصار الأسرة بمرض الاكتئاب وتأثيره وأسبابه.
- خلخلة النسق الأسري القائم ومواجهة الأسرة بأنها سبب في اضطراب المراهق، وأن أسباب هذا الاضطراب يرجع إلى طبيعة العلاقات بينهما، وبالتالي فإن علاجه يتطلب علاج الأسرة، وأن الأسرة مريضة وتحتاج إلى علاج.

المهام العلاجية للمرحلة التشخيصية من العلاج:

- جمع بيانات عن الأسرة للتعرف على العلاقات الأسرية عن طريق رسم شجرة العائلة أو خريطة الأسرة Family Genogram، والتعرف على علاقة الأسرة النووية بالأسرة الممتدة.
- تحديد المشكلات والصراعات والعمليات المرضية داخل الأسرة وطريقة تناولهم لحل هذه الصراعات والمشكلات.
- إجراء جلسات للأب والأم للتعرف على طبيعة العلاقة بينهما، ثم جلسات للأبناء، ثم جلسات أسرية للأسرة كلها للتعرف على طبيعة العلاقات بينهم.
- يُطلب من أفراد الأسرة أن يعبروا عن مشاعرهم نحو بعضهم بعضاً، وإعطاء الفرصة للمراهق (الابن المريض) لينفس عن غضبه وانفعالاته نحو أسرته.

- تحديد أنماط التواصل الخاطئة، وسوء أداء الأسرة لوظائفها المختلفة، وتحديد العمليات المرضية التي تعاني منها الأسرة من خلال مواقف التفاعل التي تحدث بين أفراد الأسرة.

الفنيات المناسبة للمرحلة التشخيصية:

Family council meeting	- جلسات الأسرة الإرشادية
Reflective discussion techniques	- أساليب المناقشة التأملية
Re-enactment	- إعادة التمثيل
The empty chaire	- الكرسي الخالي
Indirect observation	- أساليب الملاحظة غير المباشرة

المرحلة الثالثة: المرحلة العلاجية "استراتيجية التدخل" (إعادة بناء الأسرة):

وتتضمن هذه المرحلة ١٣ جلسة.

الأهداف الرئيسية التي تحققها مرحلة التدخل العلاجي:

- بناء تحالفات مع جميع أفراد الأسرة.
- تنمية توكيدية المراهق، ومناقشة اكتتابه مع جميع أفراد الأسرة.
- إعادة تشكيل العلاقة بين أفراد الأسرة، وتعديل سلوكيات الأسرة ويتم ذلك عن طريق:
 - (أ) تعديل العلاقات الأسرية المضطربة وأنماط التفاعل الخاطئة.
 - (ب) تحسين أساليب التواصل الخاطئة بين أفراد الأسرة.
 - (ج) تحسين أداء الأسرة لوظائفها وإعادة توزيع الأدوار والمسئوليات.
 - (د) تعديل بعض القواعد، وبناء قواعد جديدة تحكم العلاقات الأسرية.
 - (هـ) العمل على إعادة تعلق Reattachment كل فرد من أفراد الأسرة بالأسرة نفسها.
 - (و) بناء شبكات عمل من الأسرة الممتدة أو الأصدقاء لتشارك الأسرة الأصلية في مناقشة الموضوعات الخاصة بها.
- علاج العمليات المرضية للأسرة التي تم تحديدها في المرحلة التشخيصية.
- الارتقاء بالكفاءة، والمقصود بها تنمية كفاءات ومهارات اجتماعية معينة تساعد الأسرة في تحسين كفاءة التفاعل بينهم (مهارة التواصل، مهارة حل المشكلات، ومهارة المناقشة والحوار الإيجابي، مهارة التفاوض والمشاركة).

المهام العلاجية لهذه المرحلة:

- تحديد شكل العلاقات الأسرية بإدراك جديد عن طريق تعديل أنماط التفاعل الخاطئة ونماذج الاتصال، ومناقشة المشكلات والصراعات التي تواجهها الأسرة بالتركيز على:

(أ) طريقة التفاعل الخاطئة وطبيعة العلاقات المضطربة.

(ب) أنماط التواصل الخاطئة.

(ج) سوء أداء كل عضو في الأسرة لوظائفه المطلوبة منه.

- إعطاء الفرصة للمراهق لمناقشة ما يشكو منه وما يعانیه من الأسرة مع أفراد الأسرة مباشرة، وتشجيعه على المواجهة باستمرار مع أفراد أسرته، وتشجيعهم على أن يكونوا معززين ومدعمين للابن حيث إن هذا التعزيز يساعد الابن على التغيير.

- إعادة التفكير في المشكلة بأسلوب جديد، وإعادة تسميتها بأن هناك عمليات مرضية معينة تعاني منها الأسرة مثل (المثلث المرضي - كبش الفداء - التعمية أو التزييف - التبادلية الكاذبة - رابطة مزدوجة .. الخ) وهذه العمليات هي التي تؤثر في العلاقات والتواصل وبالتالي في وظائف الأسرة.

- إكساب الأسرة بعض المهارات البينشخصية الاجتماعية لتحسين كفاءة التفاعل بين أعضاء الأسرة مثل التفاوض والمشاركة في اتخاذ القرار داخل الأسرة وأساليب المناقشة الإيجابية.

- تدريب أعضاء الأسرة على مهارة حل المشكلات بحيث تحاول الأسرة التفكير في أي مشكلة بأسلوب جديد وبأكثر من طريقة بحيث يسهل عليها الوصول للحل المناسب المتوازن الذي يرضي جميع الأطراف.

- إكساب الأسرة مهارة التواصل الجيد، وتدريبهم على مهارات الاستماع، وأن يستمعوا بطريقة مدعمة غير مهاجمة، ومساعدة المراهق على الاتصال بطرق إيجابية مع الوالدين، وتشجيع الاستقلالية للمراهق، وكذلك تدريبهم على المناقشة والحوار الإيجابي البناء لسهولة عملية التواصل بينهم.

- علاج العمليات المرضية عن طريق تعديل أنماط التفاعل الخاطئة وتغيير طرق التواصل الخاطئة، وإدراك كل فرد لوظائفه المطلوبة منه في الأسرة، والقيام بواجباته نحو باقي أفراد الأسرة، وإعادة توزيع الأدوار والمسئوليات على كل فرد في الأسرة، وتحديد القواعد والحدود التي تحكم الأسرة لتكون واضحة للجميع.

- بناء شبكات عمل داخل الأسرة بين أفراد الأسرة النووية والمقربين إلى الأسرة - سواء من أفراد الأسرة الممتدة أو من الأصدقاء - لفتح قنوات اتصال ومناقشات بين أفراد الأسرة جميعاً لمناقشة أي موضوعات خاصة بالأسرة.

- تقديم دعم وتعزيز من الباحثة لأفراد الأسرة لدعم تماسك الأسرة وأداء كل عضو لوظائفه، وتدعيم المشاركة منهم وسعيهم للتغيير لتقوية وتدعيم النسق الاجتماعي الأسري.

- تطبيق الاختبارات والمقاييس في مرحلة القياس البعدي.

فنيات المرحلة العلاجية:

- | | |
|--|--|
| Family council meeting | ١- جلسات الأسرة الإرشادية |
| Reflective discussion techniques | ٢- أساليب المناقشة |
| Observation Techniques | ٣- أساليب الملاحظة |
| Re-enactment | ٤- إعادة التمثيل |
| The empty chair | ٥- الكرسي الخالي |
| Family choreography | ٦- رقص الباليه الأسري |
| Reframing | ٧- إعادة التشكيل (إعادة الهيكلة) |
| Homework | ٨- الواجبات المنزلية |
| Behavior modification | ٩- تعديل السلوك |
| | ١٠- الأيام الخاصة – الأجازات الصغيرة – الخروجات الخاصة |
| Special days – Mini vacations – special outings. | |
| | ١١- أساليب بناء مهارة الاتصال |
| Communication skill building techniques | |
| Tracking | ١٢- رسم المسارات أو التمسير |

المرحلة النهائية: مرحلة ما بعد العلاج:

أهدافها:

- التعرف على مدى نجاح البرنامج، وإلى أي مدى امتد أثره على أفراد الأسرة.
- تقييم أفراد الأسرة للبرنامج ومدى استجابتهم للتغيير، ومدى استجابة الابن المراهق للتغيير.
- معرفة إلى أي مدى تم تخفيض اكتئاب المراهق ورفع تقديره لذاته والتغيير الحادث له داخل الأسرة.

المهام العلاجية:

- مناقشة مع أفراد الأسرة حول التغيير الذي حدث لهم في طبيعة علاقتهم بعضهم ببعض وطريقة تواصلهم وأدائهم لوظائفهم، إلى أي مدى أثر البرنامج العلاجي عليهم.
- تطبيق الاختبارات والمقاييس لإجراء القياس التبعي للتعرف على أثر البرنامج.

دور المعالج الأسري في البرنامج:

دور المعالج الأسري كما أوضحت النظرية البنائية لمنوشن إيجابي وفعال ومباشر ومدير للمرحلة العلاجية، ومن هذا المنطلق فإن المعالج الأسري يقوم بعدة أدوار في البرنامج العلاجي تحددها الباحثة في النقاط الآتية:

١- مشجع ومدعم: حيث يشجع على التفاعل بين أعضاء الأسرة فيشجع بعض الأفراد على الدخول في المناقشات، يشجع أحد الأفراد على التعليق، ومدعم للابن المكتئب يرفع معنوياته، يشعره بالثقة ويزيل عنه مشاعر الإهانة أو الدونية التي يشعر بها من معاملة أسرته.

٢- منظم: منظم لمواعيد الجلسات وللموضوعات التي يتم مناقشتها، وإدارة المناقشات داخل الجلسة؛ فمثلاً يطلب من شخص أن يلتزم بالصمت ويطلب من الآخر الكلام، ومنظم لشكل الجلسة التي تجلسها الأسرة، ويعمل على إعادة تنظيم النسق الأسري وإعادة تنظيم العلاقات بين أفراد الأسرة.

٣- موجه: موجه ليغير من حالات سوء الأداء الوظيفي ومن البناء للأسرة، فيقوم بتحديد الأعراض والعمليات المرضية التي تعاني منها الأسرة، ويشرح ويوضح للأسرة طبيعة المشكلة والصراعات التي تواجهها الأسرة، ويوضح طبيعة الاكتئاب وطبيعة المرحلة النمائية للابن المراهق، ويوجه الأسئلة الهامة التي تساعد على تشخيص العمليات المرضية، ويوجه الأسرة لاكتساب مهارات معينة، كما يوجهها إلى إدراك الخلل والاضطرابات الموجودة فيها، ويقوم بإعطاء توجيهات للأسرة عن طرق التواصل الإيجابي وتحسين التفاعل وكيفية التغيير في الأدوار والوظائف التي تقوم بها الأسرة. وإعطاء تعليمات وتوجيهات مباشرة لدفع الأسرة إلى أنماط جديدة من التفاعل.

٤- ملاحظ ومراقب ومحلل للتفاعلات: فهو يراقب طرق التواصل والتفاعل بين أفراد الأسرة، ويلاحظ إدراك الرسائل ومدى اتساقها، ويحلل أنماط التفاعلات المختلفة التي تحدث بين أفراد الأسرة، ويلاحظ الحاجات التي يعاد بناؤها. كما أنه يمنح ويوفر فرصاً للتفاعل والحوار والمناقشة حتى يمكن ملاحظة تفاعلات الأسرة.

٥- هذا بالإضافة إلى المهام الأساسية التي يقوم بها:

- يلخص الجلسات.
- يسجل التكاليف المنزلية.
- يسجل ملاحظاته عن الأسرة.
- يشخص سوء الأداء الوظيفي للأسرة.

- يعمل على تقوية بعض الروابط بين أفراد الأسرة وكسر روابط أخرى لتحسين أداء الأسرة الوظيفي.
- يحدد خصائص النسق الأسري وطبيعة القواعد التي تحكم هذا النسق ومدى مرونتها ومدى وضوحها، والحدود بين الأنساق الفرعية.

إجراءات تنفيذ البرنامج (خطوات التطبيق):

- ١- تكوين علاقة ثقة وألفة بين الباحثة والأسرة ووضع قواعد وأسس للتعامل بها أثناء فترة التطبيق.
- ٢- التعرف على استبصار الأسرة بمرض الاكتئاب، وإعطاؤهم فكرة عن البرنامج العلاجي وما يحققه للأسرة.
- ٣- تحديد العمليات المرضية التي تعاني منها الأسرة، وتحديد العوامل الأسرية المؤثرة في مشكلة المريض، وتحديد نقاط الضعف التي يجب تعديلها في الأسرة، وتحديد أداء الأسرة لوظائفها المتنوعة.
- ٤- تعديل العلاقات بين أفراد الأسرة، وتحسين أساليب الاتصال وأنماط التفاعل، وتعديل اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم، ومناقشة أساليب التنشئة الوالدية.
- ٥- إكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية، وعلاج العمليات المرضية في الأسرة باستخدام فنيات العلاج الأسري.
- ٦- التعرف إلى أي مدى تم تخفيض الاكتئاب وتعديل المناخ الأسري المضطرب من خلال القياس البعدي.
- ٧- والتعرف إلى أي مدى امتد أثر البرنامج العلاجي من خلال القياس التتبعي بعد مرور شهر من التطبيق.

تقييم البرنامج:

قامت الباحثة بعرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس؛ للتأكد من صلاحيته وإمكانية تطبيقه مع أسر المراهقات المكتئبات، وكذلك للتأكد من مناسبة مضمون الجلسات في تحقيق أهداف البرنامج.. وأيضاً مدى مناسبة المهام العلاجية والفنيات المقترحة في تحقيق أهداف كل جلسة.

وقد أبدى السادة المحكمون (*) موافقتهم على البرنامج من حيث مضمون الجلسات والمهام العلاجية والفنيات ومناسبتها في تحقيق أهداف البرنامج. كما اقترح السادة المحكمون بعض الملاحظات والتعديلات التي ساهمت في تحسين وتعديل البرنامج إلى

(*) تم عرض قائمة بأسماء المحكمين الذين قاموا بتحكيم البرنامج في ملاحق الدراسة.

أفضل صورة ممكنة حيث تم الأخذ بها وتعديلها في الصورة النهائية للبرنامج والموجودة في ملاحق الدراسة.

ملاحظات السادة المحكمين:

- في الصورة المبدئية من البرنامج كان عدد جلسات المرحلة المبدئية من العلاج أربع جلسات وقد أبدى الأساتذة المحكمين آرائهم في أن هذه المرحلة هي مرحلة تمهيد ويمكن أن تتحقق أهدافها في جلستين فقط بدلاً من أربع جلسات حتى لا تشعر الأسرة بالملل من بداية البرنامج، ويجب ألا تقتصر توطيد العلاقة بين الباحثة والأسرة وبناء الثقة والألفة على المرحلة المبدئية فقط وإنما تستمر طوال فترة التطبيق ويجب أن تحاول الباحثة كسب صداقة الأسرة والاقتراب منها لتعطيها الأسرة الثقة والأمان ويسهل للباحثة السيطرة على كثير من الأمور داخل الأسرة. ولا بد أن تحدد الباحثة للأسرة العائد الذي سوف يعود عليها بعد تطبيق البرنامج بحيث تدرك الأسرة أن هناك هدف تكمل على أساسه البرنامج.

- كما أبدى المحكمون اتفاقهم على عمل تعاقد مع الأسرة من بداية البرنامج يحدد الأمور التي يجب أن تلتزم بها الأسرة ويفضل أن يوقع عليه كل فرد في الأسرة إن أمكن لإحساسهم بجدية البرنامج والتزامهم بحضور الجلسات.

- وأيضاً اقترحوا أن تكثف المرحلة التشخيصية من حيث عدد جلسات لأن سبعة جلسات في المرحلة التشخيصية يجعل الأسر تشعر بالملل وبأنه لا جدوى من هذا البرنامج فالأسرة من بداية البرنامج تنتظر العائد وتنتظر حل لمشكلاتها ولذلك فقد تتسحب الأسرة من هذه المرحلة لأنهم لم يجدوا أي تغيير حدث لهم أو لم تقدم حلول لمشاكلهم وقد اختصرت الباحثة عدد في جلسات المرحلة التشخيصية إلى خمس جلسات.

- كما وجه المحكمون الباحثة إلى أن مواقف التفاعل التي تتضمن الصراعات والخلافات يجب أن تكون تحت سيطرة الباحثة فتقوم الباحثة بتسجيل أنماط التفاعل أثناء هذه الصراعات، وعليها أن تسمع كل رأي على حدة ثم تعرض الآراء معاً وتتركهم إلى أن يصلوا إلى اتفاق وأثناء وصولهم إلى اتفاق تسجل الباحثة ديناميات التفاعل.

- في المرحلة العلاجية اقترح المحكمون دمج جلسات التحالف معاً فبدل من أن يكون هناك جلسة للتحالف بين الباحثة والنسق الوالدية وجلسة تحالف أخرى بين الباحثة والمریضة يمكن أن تكون جلسة تحالف واحد وتنقسم إلى جزئين لأن أهداف الجلستين واحدة وأيضاً جلسة تعبير المراهق عن اكتتابه وجلسة تنمية توكيديته يمكن أن تكون جلسة واحدة لأن أهداف الجلستين مشتركة.

- انفق المحكمون على أن فنية إعادة التشكيل Reframing مناسبة لجلسات إعادة تشكيل العلاقة وتسهم في إعادة البناء الأسري المضطرب، كما اقترحوا أن تخصص جلسة لمناقشة كل عملية مرضية تمارسها الأسرة لما لها من أهمية كبيرة ولتتمكن الأسرة من استيعاب التفاعل الخاطئ الذي تطبقه مع أبنائها.

- كما اقترح السادة المحكمون أن تركز الباحثة في مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة على مهارات التعبير والاستماع والتفهم، وتدريب الأسرة على كيفية التعبير عن المشاعر. وأيضاً أيد المحكمون ممارسة أساليب التدعيم الإيجابي مع الأبناء من رجل رفع تقديرهم لذاتهم
- اتفق السادة المحكمون على أن المهارات التي عرضت في البرنامج هي من أهم المهارات التي تجتاحتها الأسرة، واقتروا أن تكون جلسة حل المشكلات جلسة تدريبية يتم فيها تدريب أفراد الأسرة على حل المشكلات بأسلوب جديد يختلف عن طريقة حلهم المعتادة وتدريبهم على تطبيق هذا الأسلوب على مشاكل مختلفة ثم الانتقال بهم إلى تطبيق هذا الأسلوب على مشاكلهم التي يعانون منها.
- واقترح الأساتذة المحكمون أن تسجل تفاعلات الأسرة بكاميرا الفيديو وذلك لإمكانية مشاهدة تفاعلات الأسرة مرة ثانية وكذلك لعمل تغذية راجعة لبعض المواقف إلا أن الأسر رفضت التسجيل بالفيديو لخوفهم على تسجيل خصوصياتهم وقلقهم أن يشاهددهم أي فرد على شرائط الفيديو.

صعوبات تطبيق البرنامج:

واجهت الباحثة صعوبات ومعوقات كثيرة في الجزء العملي لهذه الدراسة أثناء تطبيق البرنامج العلاجي:

أولها: صعوبة الحصول على الحالات المرضية عينة الدراسة:

- فقد لاحظت الباحثة أن معظم المترددين على العيادة النفسية ويعانون من الاكتئاب تكون درجة اكتئابهم وقد وصلت لدرجة أكبر أو اكتئاب مختلط مع أمراض أخرى؛ مثل اكتئاب مع فصام، اكتئاب ذهاني، نوبات اكتئاب وهوس متكررة أما حالات الاكتئاب التفاعلي reactive depression فقد لاحظت الباحثة أن هذه الحالات لا تتردد كثيراً على العيادة النفسية إلا إذا كان هناك عرض واضح يعيق الحالة عن أدائها لدورها، وربما يرجع هذا لثقافة المجتمع؛ حيث إن أعراض الاكتئاب وحدها لا تكفي للذهاب إلى العيادة النفسية والعلاج، وهذا يظهر بوضوح في حالات الدراسة حيث إن كل حالة جاءت إلى العيادة بعرض واضح يعيقها عن أداء وظائفها.

- كما أن شروط اختيار العينة كانت عائقاً قيد الباحثة في الحصول على العينة؛ حيث تم استبعاد حالات كثيرة فمثلاً شرط أن يعيش المراهق مع أسرته أدى إلى استبعاد الباحثة لحالات تردت على العيادة وكانت تعيش مع الجدة لسفر الأهل، هذا بالإضافة إلى رفض بعض الأسر فكرة العلاج الأسري رغم توافر شروط العينة عليهم، حيث إنهم غير مقتنعين بهذه الفكرة يرون أن الابن هو الذي يحتاج لعلاج والأسرة ليس لها أي دور في العلاج أو مشكلة أخرى هي أن المراهق جاء للعلاج بدون علم أسرته ويرفض أن تشارك أسرته في العلاج.

ثانياً: عدم تعاون بعض المسؤولين مع الباحثة في تسهيل مهمة الباحثة في الحصول على حالات الدراسة:

- فرفض أصحاب العيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة توفير حالات للباحثة لأن المرضى المترددين على هذه الأماكن يحتاجون رعاية وخدمة خاصة تتناسب مع المقابل المادي الذي يدفعونه، ولا يوافقون على تجريب برنامج علاجي عليهم.

- أما هيئة التأمين الصحي فيتردد عليها حالات مريضة من المدارس وفي سن المراهقة (إعدادي - ثانوي) إلا أن المسؤولين رفضوا التعاون مع الباحثة زعماء بأن هذا المكان هو جهة علاجية وليست جهة بحثية أو محل تجارب لتجربة برنامج علاجي على الأولاد.

- أما مستشفى العباسية فتم إنشاء عيادة المراهقين حديثاً ولكن وجدت الباحثة أن معظم المترددين على العيادة النفسية في سن كبير عن المراهقة، ومستشفى أبو الريش للأطفال كانت معظم الحالات المترددة عليها تحت سن المراهقة، ولذلك لم تجد الباحثة غير القصر العيني للحصول على حالات الدراسة.

ثالثاً: بعد اختيار العينة واجهت الباحثة صعوبة إيجاد مكان لتنفيذ فيه جلسات البرنامج:

- ففي العيادة النفسية بالقصر العيني كان الأمر صعباً نتيجة كثرة المترددين على المكان وانشغال جميع الحجرات، ولذلك اضطرت الباحثة لتأخير مواعيد الجلسات بعد انتهاء العمل بالعيادة لتجد مكاناً تطبق فيه البرنامج، أما بالنسبة لمنزل أسر الحالات المرضية فقد رفضت الأسر أن يحدث العلاج في المنزل وذلك لأنهم لا يريدون أن يشعر أي شخص من المنطقة التي يسكنون بها أو المحيطين أو الجيران بأن ابنهم مريضاً نفسياً وتعالج - أو لضيق المكان وكان أفضل حل لهذه المشكلة هو تخصيص حجرة بمعهد الدراسات والبحوث التربوية بالدقي لإجراء الجلسات فيها مع الأسرة.

رابعاً: رفض الأسر أن تقوم الباحثة بتصوير الجلسات بكاميرا الفيديو:

- نتيجة لخوف الأسرة من أن يراها أحد، وأن هذا يقيدهم ولا يستطيعون الكلام بحرية، وأنه لا داعي لوجود كاميرا فيديو على الرغم من أنها كانت تسهل على الباحثة رصد تحركاتهم وسهولة تسجيل انفعالاتهم، وكانت تفيد بصورة أكبر في عملية التغذية الراجعة ولكن استجابة لرفض الأسرة قامت الباحثة بتسجيل الجلسات على جهاز تسجيل صغير الحجم وكان موجود في مكان ثابت بجانب الباحثة حتى لا يقلق أفراد الأسرة وقد بذلت الباحثة مجهود كبير لإقناعهم بتسجيل الجلسات على مسجل بسهولة تفرغها بعد ذلك وحتى تفرغ الباحثة للتركيز معهم.

خامساً: عدم انتظام أفراد الأسرة في حضور الجلسات في الموعد المحددة مما كان يطيل الوقت ويؤثر على عملية العلاج هذا بالإضافة إلى حضور بعض الأفراد المهتمين بالموضوع، وتجاهل أفراد آخرين الحضور.

سادساً: تسرب حالات من البرنامج العلاجي بعد ما وافقت الأسرة أن تدخل في البرنامج العلاجي وبدأت معهم الباحثة البرنامج انسحبوا زعماً بأن الابن قد تحسن وأصبح لا يحتاج لعلاج.

جدول رقم (٤/٤)

يوضح توزيع جلسات البرنامج وأهداف كل جلسة

رقم الجلسة	أهدافها
جلسة تمهيدية (في العيادة النفسية)	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على الأسباب التي دفعت المريض أو أسرته للعلاج. - إعطاء المراهق وأسرته فكرة عامة عن العلاج الأسري. - تطبيق مقاييس واختبارات القياس القبلي على المكتتب.
المرحلة المبدئية من العلاج:	
الجلسة الأولى (في العيادة النفسية)	<ul style="list-style-type: none"> - عمل تمهيد وتهيئة للأسرة بغرض التعارف وبناء الثقة والألفة وتقبل دور الباحثة وإقناعهم بالتعاون معها. - تحديد الهدف من العملية العلاجية. - عقد الاتفاق بين الباحثة وأفراد الأسرة. - إعطاء الأسرة فكرة واضحة عن برنامج العلاج النفسي الأسري. - وتوضيح الاستفادة العائدة على أفراد الأسرة من البرنامج.
الجلسة الثانية (في العيادة النفسية)	<ul style="list-style-type: none"> - التأكيد على بث الثقة وبناء الألفة مع أفراد الأسرة. - جمع معلومات عن الأسرة والتعرف على التاريخ الأسري لها. - التعرف على المشكلة كما يدركها كل فرد في الأسرة. - التعرف على طبيعة الصراعات والخلافات الخاصة بطبيعة العلاقات وأساليب التواصل بينهم. - إعادة عرض المشكلة بطريقة يتم فيها الانتقال من التركيز على اكتئاب المراهق إلى التركيز على طبيعة العلاقات البينشخصية بين أفراد الأسرة. - تحديد ما يتوقعه أفراد الأسرة من نتائج بعد نهاية فترة العلاج.
المرحلة المتوسطة من العلاج: المرحلة الين شخصية:	
الجلسة الثالثة (جميع أفراد الأسرة)	<ul style="list-style-type: none"> - إتاحة الفرصة للمكتتب لينفس عن غضبه وانفعالاته نحو أسرته. - التعرف على طبيعة العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة وأساليب التواصل التي يتواصلون بها مع بعضهم.
الجلسة الرابعة (بين الأب والأم فقط)	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على طبيعة العلاقة بين الأب والأم وطريقة تواصلهم معاً. - التعرف على مدى قيام كل منهما بوظائفه نحو الآخر ونحو الأبناء. - التعرف على طبيعة المشكلات التي تحدث بينهما وطرق مواجهتها. - التعرف على مدى اتفاقهم على أسلوب واحد في تربية الأبناء.
الجلسة الخامسة (الأبناء فقط)	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على طبيعة العلاقة بين الأبناء (الأخوة) وطرق تواصلهم معاً. - التعرف على مدى قيام كلا منهم بوظائفه المختلفة نحو بعضهم ونحو والديهم. - التعرف على المشكلات القائمة بينهم. وطبيعة المشكلات التي تحدث مع والديهم.. وطرق حلها. - التعرف على إدراك المراهق لأسرته.. وكذلك إدراك أخواته للأسرة. - التعرف على واجبات الأبناء نحو آباءهم.. وواجبات الآباء نحوهم.

أهدافها	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> - عمل مواجهة بين الآباء والأبناء لي طرح كل طرف رأيه أمام الطرف الآخر في طبيعة علاقاتهم ببعض. - التعرف على طبيعة العلاقة بين الآباء والأبناء وأساليب تواصلهم معاً. - التعرف على دور كل عضو في الأسرة في أدائه لوظائفه وواجباته وأوجه التقصير. - التعرف على طبيعة المشكلات التي تحدث بين الآباء والأبناء وطرق حلها. 	<p>الجلسة السادسة مع أفراد الأسرة جميعاً جلسة مواجهة (بين الآباء والأبناء)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - عمل خلخلة في النسق الأسري القائم وفي بناء الأسرة المضطرب عن طريق - تعبير كل فرد عن مشاعره وإحساسه نحو باقي أفراد الأسرة. - التعرف على الحدود والقواعد التي تحكم الأسرة وتحديد مشكلات الهرمية في الأسرة. - التعرف على الأنساق الفرعية للأسرة وأدائها لوظائفها. - تحديد العمليات المرضية الموجودة داخل النسق الأسري ومواجهة الأسرة بها. - توضيح الباحثة العمليات المرضية والمشكلات الموجودة داخل النسق الأسري. - توضيح الباحثة للأسرة سواء أداء النسق الأسري لوظائفه. - مواجهة الأسرة بأنها سبب في اكتئاب الابن ويمكن أن تسهم في علاجه. 	<p>الجلسة السابعة (جميع أفراد الأسرة)</p>
مرحلة التدخل العلاجي:	
<ul style="list-style-type: none"> - بناء تحالفات مع المراهق ومع الوالدين Alliance building. - بناء رابطة قوية مع المراهق، وتحديد أهداف العلاج الهامة له. - مشاركة كلا من المراهق، والوالدين في مهمة إعادة الارتباط بالأسرة. - تهيئة المراهق والوالدين لتعليم بعض المهارات الـبيـنـشـخـصـية الـمـفـتـقـدة لديهم. - إعطاء الوالدين فكرة عن مرحلة المراهقة. 	<p>الجلسة الثامنة مع المراهق/ مع الوالدين</p>
<ul style="list-style-type: none"> - عن التوكيديه Assertiveness والاكئاب Depression - تدريب المراهق على أن يعبر عن توكيديته وثقته بنفسه في المواقف التي يعجز فيها عن ذلك. - تدريب المراهق على أن يؤكد ذاته داخل الأسرة وفي المواقف الاجتماعية الهامة بالنسبة له. - تشجيع المراهق على مناقشة اكتنابه مع أفراد الأسرة. - مناقشة وتحليل المشكلات والصراعات التي يواجهها المراهق مع الأسرة. - مساعدة الوالدين على تقديم التعزيز الإيجابي للابن المراهق في المواقف التي تستدعي ذلك. - ربط اكتئاب المراهق باضطراب العلاقات في الأسرة والعمليات المرضية التي تمارسها الأسرة. 	<p>الجلسة التاسعة مع المراهق ثم مع المراهق وأسرته</p>

أهدافها	رقم الجلسة
جلسات إعادة تشكيل العلاقة Relational Reframing	
<p>إعادة تشكيل العلاقة بين الوالدين.</p> <ul style="list-style-type: none"> - مناقشة طبيعية العلاقة بين الزوجين، وتصحيح التفاعلات الخاطئة بينهما، وتحسين طرق التواصل بينهما، وتحسين أداء كل زوج لوظائفه نحو الزوج الآخر. - توجيههم إلى أن الاضطراب والخلل في علاقة الزوجين أدى إلى اضطراب الأبناء وتقديم بعض الإرشادات التي تسهم في علاج هذا الاضطراب. - تدريب الزوجين على ممارسة بعض المهارات المفقدة لديهم والتي تسهم في اضطراب العلاقة بينهما. - مناقشة أساليب المعاملة الوالدية التي يمارسها الوالدين مع أبنائهم. 	<p>الجلسة العاشرة بين الأب والأم فقط:</p>
<p>إعادة تشكيل العلاقة بين الأبناء:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مناقشة طبيعة العلاقات بين الأبناء، وتصحيح التفاعلات الخاطئة بينهم، وتحسين طرق التواصل بينهم، وتحسين أداء كل ابن لوظائفه نحو أخواته. - مناقشة طبيعة العلاقة وأنماط التفاعل بين الأبناء والآباء. - تدريب الأبناء على ممارسة بعض المهارات المفقدة لديهم والتي تسهم في اضطراب العلاقة بينهم. 	<p>الجلسة الحادية عشر مع الأبناء فقط</p>
<p>إعادة تشكيل العلاقة بين أفراد الأسرة</p> <ul style="list-style-type: none"> - تعديل أنماط التفاعل الخاطئة وأساليب التواصل الخاطئة سعياً لمحاولة تغيير العلاقات المرضية بين أفراد الأسرة. - مناقشة كل فرد من أفراد الأسرة في الوظائف المطلوبة منه وتصحيح للحقوق والواجبات والوظائف وإعادة توزيع الأدوار والمسئوليات الاجتماعية. - تحديد شكل للعلاقات الأسرية بإدراك جديد عن طريق تحديد بعض القواعد التي تحكم العلاقات الأسرية. 	<p>الجلسة الثانية عشر (مع جميع أفراد الأسرة)</p>
<p>جلسات علاج العمليات المرضية</p> <ul style="list-style-type: none"> - يتم مناقشة العملية المرضية التي تظهر في النسق الأسري ويتم توجيه الجلسة على حسب نوع العملية المرضية ولكن بصفة عامة يتم علاجها كالتالي: - استبصار الأسرة بالعملية المرضية وما تؤدي إليه من اضطراب في العلاقات وسوء في أداء الوظائف. - ثم تقديم بعض التدريبات للتقليل من ممارسة هذه العملية داخل الأسرة، وعمل تغذية مرتدة لهذه العملية المرضية. - ويتم مناقشة كل عملية في جلسة خاصة بها. 	<p>الجلسات أرقام: ١٣، ١٤، ١٥ حسب العمليات المرضية التي توجد في الأسرة الواحدة</p>
جلسات الارتقاء بالكفاءة Promoting competency	
<p>جلسة عن مهارة التواصل Communications skills</p> <ul style="list-style-type: none"> - تدريب أفراد الأسرة على ممارسة بعض مهارات الاتصال الإيجابي. - تدريب المراهق على التواصل مع أسرته بطريقة إيجابية. - زيادة وتحسين كفاءة التواصل بين المراهق وأسرته عن طريق عمل 	<p>الجلسة السادسة عشر (بحضور جميع أفراد الأسرة)</p>

أهدافها	رقم الجلسة
تغذية راجعة لبعض المواقف الأسرية المسجلة بينهم. - تقديم إرشادات للأسرة للمحافظة على التواصل بصورة إيجابية. - تشجيع التواصل مع أفراد الأسرة الممتدة، والأفراد الهامين للأسرة النووية.	
جلسة حل المشكلات A problem solving - تدريب أفراد الأسرة على أساليب حل المشكلات من أجل التغيير. - إعادة تسمية الأسرة لمشكلاتها والتفكير فيها بأسلوب مختلف. - التدريب على المواجهة copying في المواقف التي تتطلب ذلك واستخدام الأسرة لأساليب التعزيز في حل المشكلات.	الجلسة السابعة عشر (مع جميع أفراد الأسرة)
جلسة عن مهارات المناقشة Discussion skills - تدريب أفراد الأسرة على مهارات المناقشة وأسلوب الحوار الإيجابي البناء لسهولة عملية التواصل بينهم.	الجلسة الثامنة عشر (مع جميع أفراد الأسرة)
جلسة التفاوض Negotiation - التدريب على استخدام مهارة التفاوض بين أفراد الأسرة والمشاركة في اتخاذ القرار.	الجلسة التاسعة عشر (مع جميع أفراد الأسرة)
قياس بعدي. - تطبيق مقاييس واختبارات القياس البعدي.	الجلسة العشرين:
قياس تتبعي. - تطبيق مقاييس واختبارات القياس التبعي.	الجلسة الواحد والعشرين:

رابعاً: إجراءات الدراسة:

١- قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة وقد تم ذلك عن طريق مقابلة الباحثة للمراهقين المكتئبين المترددين على عيادة المراهقين بالعيادة النفسية الخارجية بطب القصر العيني جامعة القاهرة، وقد وجدت الباحثة صعوبة كبيرة في الحصول على عينة الدراسة حيث لاحظت الباحثة أن المراهقين المترددين على العيادة النفسية هم الذين وصلوا إلى درجة كبيرة من شدة وأزمان المرض فظهرت حالات قليلة خاصة وأن هناك شروط محددة أخرى لاختيار عينة الدراسة وقد قابلت الباحثة ٢٨ مراهقاً مكتئباً على مدى شهر ونصف وقد أختارت الباحثة منهم ٨ حالات هم الذين يتوافر فيهم شروط ومحددات اختيار العينة ثم انسحبت حالتين فأصبحت المجموعة المكتتبة ثمانية حالات وكانت هذه العينة هي التي تمثل مجموعة الدراسة المكتتبة. وقد تم تقسيم هذه المجموعة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين كل مجموعة أربع حالات.

٢- ثم قامت الباحثة باختيار عينة سوية تكافئ عينة الدراسة التجريبية في المرحلة العمرية، وفي النوع، وأن تعيش مع أسرها بشرط أن تكون هذه العينة سوية وغير مريضة بالاكئاب، وتم التأكد من ذلك بتطبيق مقاييس الدراسة عليها، وقد اختارت الباحثة أربع حالات من الصف الأول من كلية رياض الأطفال لتكون مجموعة محكية، وتكون بمثابة معيار Standard للسواء للمجموعتين التجريبية والضابطة،

وبذلك أصبحت العينة الكلية للدراسة مقسمة إلى ٣ مجموعات: عينة تجريبية، وعينة ضابطة، وعينة محكية.

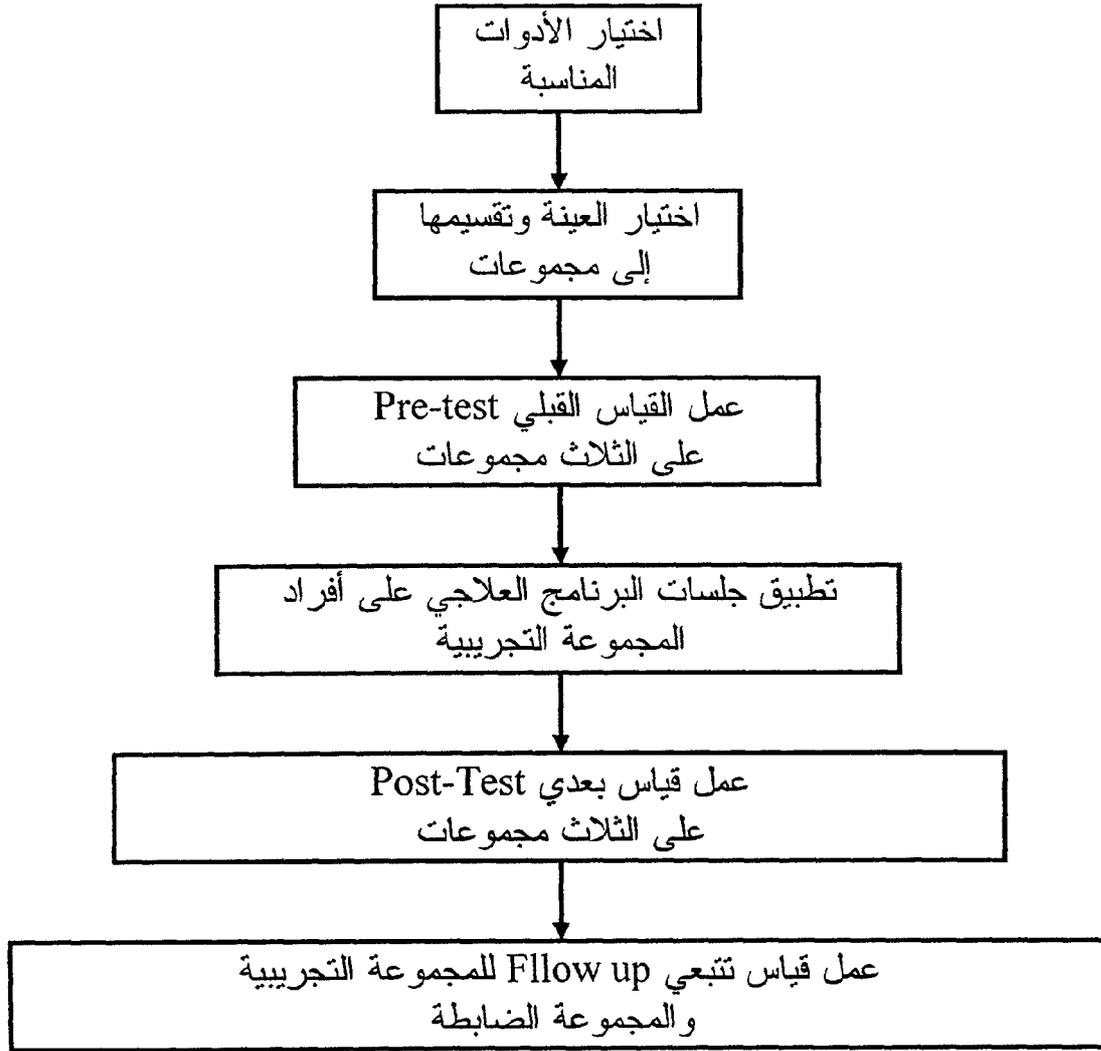
٣- تم تطبيق مقاييس الدراسة على الثلاث مجموعات في القياس القبلي Pre-Test في الفترة الزمنية من ٢٠٠٤/٢/٢٥ إلى ٢٠٠٤/٢/٢٩.

٤- تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وقد استغرقت فترة تطبيق جلسات البرنامج خمسة شهور بمعدل جلسة أسبوعياً تتراوح مدة الجلسة من ٦٠ دقيقة إلى ٩٠ دقيقة، وقد تم تطبيق البرنامج في الفترة الزمنية من ٢٠٠٤/٣/١ إلى ٢٠٠٤/٧/٢٥.

٥- ثم تم تطبيق مقاييس الدراسة على الثلاث مجموعات بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، ويهدف هذا القياس للتعرف على تأثير البرنامج في القياس البعدي Post test، وتم إجراء هذه القياسات في الفترة من ٢٠٠٤/٧/١٨ إلى ٢٠٠٤/٧/٢٥.

٦- تم تطبيق مقاييس الدراسة على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي، وذلك بغرض تتبع تأثير العلاج للمجموعة التجريبية، أو للتأكد من استمرار أثر برنامج العلاج الأسري على المجموعة التجريبية واستمرار أثر العقاقير على المجموعة الضابطة، وقد تم إجراء هذا القياس خلال الفترة من ٢٠٠٤/٨/٢٨ إلى ٢٠٠٤/٨/٣١ حيث يتم التعرف على استمرار أثر البرنامج عن طريق مقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس التبعي للمجموعتين. والتعرف على أيهما أكثر استمراراً وتأثيراً في متغيرات الدراسة.

وفيما يلي شكل يوضح إجراءات وخطوات الدراسة الميدانية:



شكل رقم (٣/٤)

يوضح الخطوات التي قامت بها الباحثة لإجراء الدراسة الميدانية

خامساً: الأساليب والإجراءات الإحصائية:

استخدمت الباحثة بعض الأساليب الإحصائية في إجراء الدراسة الحالية وفي استخلاص النتائج وتفسيرها، وسوف تقوم الباحثة باستعراض تلك الأساليب الإحصائية كما يلي:

- ١- حساب المتوسطات Means، ويتم حسابه عن طريق قسمة مجموع جميع الدرجات على العدد الكلي للدرجات.
- ٢- الانحراف المعياري Standard deviation، وفيه يتم قياس انحراف الدرجات عن متوسطها وإيجاد قيمة الانحراف المعياري نطبق المعادلة الآتية:

$$\frac{\text{مجم (س - م)'} }{ن - 1} = \text{التباين}$$

حيث ع الانحراف المعياري، س الدرجة الخام، م المتوسط الحسابي، ن عدد الأفراد.

وقد استخدمت الباحثة هذه الأساليب لتحديد معايير لبعض المقاييس غير المنشورة. أما الأسلوب الإحصائي المناسب للتعامل مع هذه العينات الصغيرة في الدراسة الحالية فهو استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية Non Parametric Test. وقد استخدمت الباحثة اختبار الوسيط The Median Test للكشف عن دلالة الفروق بين وسيطي عينتين صغيرتين أو للمقارنة بين عدد من العينات المستقلة، وكذلك استخدمت الباحثة الرسوم البيانية Graphical Presentation لإمكان إجراء المقارنات بين المجموعات المختلفة، وقد استخدمت الباحثة الأعمدة البيانية Bar Chart أما عن طريقة استخدام اختبار الوسيط فهي كالتالي.

اختبار الوسيط The Median Test:

يمكن استخدام اختبار الوسيط للمقارنة بين عينتين مستقلتين، وكذلك للمقارنة بين عدد من العينات المستقلة، وكذلك لمقارنة القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة. وقد استخدمت الباحثة هذا الأسلوب في المقارنة بين المجموعات: المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، والمجموعة المحكية، وكذلك الكشف عن دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية، وكذلك الفروق بين القياس البعدي والنتبعي للمجموعة التجريبية وطريقة حسابه كالاتي:

١- يتم دمج درجات العينات موضع المقارنة وكأنها درجات عينة واحدة.

٢- تُرتب درجات المجموعتين ترتيباً تنازلياً أو تصاعدياً.

٣- يستخرج وسيط درجات هذه العينة إما بوضع الدرجات من الأصغر إلى الأكبر أو العكس، ثم يستخرج الوسيط على اعتبار أنه تلك الدرجة التي يسبقها عدد من الدرجات يساوي عدد الدرجات التي تليها وتصنف درجات كل عينة كما كانت قبل الدمج.

٤- ثم يحدد عدد الأفراد الذين تقع درجاتهم فوق الوسيط، وكذلك يحدد عدد الأفراد الذين تكون درجاتهم مساوية للوسيط أو أقل وتصنف في صورة جدول مزدوج على النمط ٢×٢ كما بالجدول الآتي:

جدول رقم (٥/٤)

العينة	أعلى من الوسيط	أقل من أو يساوي الوسيط
الأولى	أ	ب
الثاني	ج	د
المجموع	أ + ج	ب + د

- ثم نستخدم قانون كا^٢ على الصورة الآتية:

$$\text{كا}^2 = \frac{n (أد - ب \times ج)^2}{(أ + ب) (ج + د) (أ + ج) (ب + د)}$$

درجات الحرية = (عدد الصفوف - ١) (عدد الأعمدة - ١)

في حالة وجود تكرارات في الجدول أقل من خمسة يتم تطبيق المعادلة المصححة للمعادلة السابقة على النحو الآتي:

$$\text{كا}^2 \text{ المصححة} = \frac{n (أد - ب \times ج - \frac{n}{4})^2}{(أ + ب) (ج + د) (أ + ج) (ب + د)}$$

حيث $\frac{n}{4}$ عدد أفراد المجموعة الكلية مقسوماً على ٢.
(محمود السيد أبو النيل، ١٩٧٨: ٢٥٤)