

□ التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفي □
السلوكي على الإضطرابات المختلفة

يعد العلاج المعرفى السلوكى من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعاً فى الوقت الراهن فى تناول مختلف الإضطرابات حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجى إلى كافة الإضطرابات تقريباً، ويعتبر تناوله للبعض منها من التطورات الحديثة التى شهدها هذا الإتجاه العلاجى .

وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية وذلك فى علاج مختلف الإضطرابات، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة إحتتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى . وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم إستراتيجيات للمواجهة يتم تدريب العميل عليها خلال البرنامج، ويتمكن بمقتضاها من مواجهة ما قد يصادفه بعد ذلك من عقبات ومشكلات . كما أنه يركز من ناحية أخرى على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التى يتضمنها أى إضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجى لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالي نجد هناك تنوعاً فى الاستراتيجيات المستخدمة بين الإستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات الإنفعالية والإستراتيجيات السلوكية . كما أنه يركز على حدوث تغير فى السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والإعتقادات المختلة وظيفياً التى تكمن خلف هذا السلوك وتعدهى المسئولة فى الأساس بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك .

وسوف نلقى بمزيد من الضوء على ذلك من خلال تناولنا للتطبيقات الإكلينيكية المختلفة للعلاج المعرفى السلوكى على العديد من الإضطرابات وذلك خلال

الفصول التالية التى يتضمنها الباب الحالى . وتمثل تلك الإضطرابات فى الإضطرابات الإكتئابية، وإضطرابات القلق، والإعاقات الجسمية، وإضطراب صورة الجسم، والآلام المزمنة، وإضطرابات الشخصية، والإضطرابات الذهانية، والتخلف العقلى.



الإضطرابات الإكتئابية

الإكتئاب

تؤكد الدراسات الحديثة أن العصر الذى نعيشه هو عصر الإكتئاب إذ توجد فى حياتنا اليومية العديد من الإنفعالات التى تمثل فى مجملها أشكالاً للحزن. وتندرج الإنفعالات العامة التى نمر بها كالحب والفخر والإزدراء والحزن والفرح وغيرها تحت خمسة أنواع من المشاعر هى الحب والسعادة والغضب والحزن والخوف.

ويعتبر الإكتئاب هو أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وإنتشاراً فى الدول المتقدمة، ويمثل أحد إضطرابات الوجدان. ويشير الوجدان mood إلى الحالة الإنفعالية الداخلية الدائمة للفرد فى حين تشير العاطفة affect إلى التعبير الخارجى الوقتى للمحتوى الإنفعالى. ويعتبر الوجدان المكتئب أحد ثلاث حالات للوجدان إذ هناك حالتان غيره هما الوجدان العادى أو السوى والوجدان المرتفع كما فى حالات الهوس. ويظهر المرضى ذوو الوجدان المكتئب نقصاً فى الطاقة والحيوية والإهتمام، وتسود مشاعر الذنب لديهم، ويجدون صعوبة فى التركيز، ويفقدون شهيتهم للطعام، وتتأهبهم أفكار عن الموت والإنتحار إلى جانب حدوث تغيرات سلبية فى مستوى النشاط والقدرات المعرفية والحديث والوظائف النمائية المختلفة كالنوم والشهية والنشاط الجيسى والإيقاعات البيولوجية الأخرى تؤثر سلباً على أدائهم الوظيفى فى جوانب الحياة المختلفة.

وقد ساد فى علم أمراض النفس تصنيف الإكتئاب على أنه يتضمن ثلاثة إضطرابات هى الوجدان المكتئب، والزملاات الإكتئابية، والإضطراب الإكتئابى. ويتم من خلال الوجدان المكتئب depressed mood التركيز على الحالة الوجدانية والنظر إلى الإكتئاب كعرض. ويشير ذلك الوجدان المكتئب إلى وجود الحزن أو

التعاسة أو المشاعر الكئيبة لفترة غير محددة، إلا أنه لا يشير إلى وجود أو عدم وجود أعراض أخرى كضعف الشهية أو الأرق على سبيل المثال. أما الزملات الاكتئابية فتدل على وجود مجموعة من الأنماط السلوكية والإنفعالات ذات الصلة بالإكتئاب والتي إتضح إحصائياً أنها تحدث معاً فى نموذج محدد بمعدل يتجاوز الصدفة دون إرجاع أى نموذج معين للطبيعة أو لتلك الأسباب المسئولة عن هذه الأعراض المترابطة. وتتم رؤية الفروق بين الأفراد فى إطار من الانحرافات النوعية على مستويات الأعراض المرضية. ويعنى الإضطراب الإكتئابى تطور الإكتئاب إلى إضطراب نفسى لا يتضمن فقط وجود زملاات محددة من الأعراض المترابطة، بل إن تلك الأعراض ترتبط أيضاً بمستويات دالة من الأسى والعجز، كما ترتبط بدرجة كبيرة من الضعف فى الوظائف الحيوية للفرد. إلا أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية قد جمع فى طبعته الرابعة DSM - IV التى صدرت عام ١٩٩٤ بين الإضطرابين الأول والثانى فى إضطراب واحد يسمى الإضطراب الإكتئابى البسيط أو عسر الوجدان dysthymia يمثل صورة من الإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder أقل فى حدتها وتستمر لفترة زمنية طويلة وربما غير محددة، وتتميز بالأعراض المزمنة وغير الذهانية، وتعنى الكآبة والأسى وتعكير المزاج وإحتقار الذات إلى جانب زملة الأعراض السلوكية المصاحبة.

طبيعة الإضطراب الإكتئابى

مما لاشك فيه أن الإكتئاب يكاد يكون هو العرض الأكثر شيوعاً بين المترددين على الأطباء النفسين، وقد يتراوح فى شدته بين الإنخفاض المؤقت فى الروح المعنوية، وهى حالة يتعرض لها الجميع فى مواجهة ما يصادفونه من عقبات معتادة وهو النوع البسيط من الإكتئاب والذى كان يعرف سابقاً بإسم الإكتئاب العصابى، إلى حالة عذاب من الإستسلام واليأس التى قد تؤدى بالفرد إلى الإنتحار وهو ما كان يعرف فى السابق بإسم الإكتئاب الذهانى. والفرق بين نوعى الإكتئاب هذين هو

فرق في الدرجة حيث يمتد الإكتئاب عبر متصل من الشدة، ونادراً ما يحدث دون مقدمات أو عوامل مرسبة.

ويعرف ستور Storr الإكتئاب بأنه مفهوم لحالة إنفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن الشديد، وتأخر الإستجابة، والميول التشاؤمية، وقد يصل به الأمر إلى الميل للإنتحار. وهو بذلك مركب من الأعراض المتزامنة والمترابطة. ويرى زهران أن الإكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لأعراضه أو حالته تلك. ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الإكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إن لم تعالج في بداية الأمر، فيشكو الفرد أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة مع إنكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش في يأس وجزع وإنقباض. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الإكتئاب ويشعر بفقدان الأمل، ويتخلل الخوف والرعب كل حياته، ويصيبه الإرتباك الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلباً، ويضطرب سلوكه، ويشعر بعدم الأهمية وإحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات، وهو مايفسح المجال للأفكار الإنتحارية. كذلك تظهر في الحالات الشديدة أو الذهانية بعض الضلالات أو الهذات، كما تظهر أعراض فسيولوجية مختلفة كاضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكوابيس، وفقدان الشهية، ونقص الوزن دون إتباع رجميم، والإمساك، والضعف الجنسي وإضطرابات الطمث. كما تظهر إلى جانب الحزن والكآبة واليأس أعراض سلوكية على المريض منها ضعف القدرة على العمل، وعدم الإهتمام بالملبس والمظهر مع حدوث هبوط في مستوى النشاط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي، أو العكس فتحدث الإثارة والتهييج والإضطراب وزيادة الحركة والصراخ، والتفكير في الإنتحار والإقدام عليه.

وإذا كانت الدراسات التي تناول المظاهر الإكتئابية خلال مرحلة المراهقة تركز

على ثلاثة مكونات أساسية هي المزاج الإكتئابى، والزميلات (الأعراض المرضية) الإكتئابية، والإضطراب الإكتئابى وهو ما أشرنا إليه من قبل، فإن هذه المكونات تقسم مجموعة مشتركة من الأعراض التى تعكس مشاعر سلبية ولكنها تختلف فى مدى تضمينها لأعراض القلق، والمشاكل الجسمية Somatic والتكريز المشوش، وفى مدة وشدة الأعراض التى تتضمنها. وتتداخل هذه المكونات الثلاثة معاً كثلاثة مستويات للظواهر الإكتئابية فى نموذج هرمى ومتتابع، ويفترض أن تكون العوامل الوسيطة هى المسئولة عن تلك العلاقات التى تنشأ بين هذه المستويات الثلاثة.

ويعمل الإكتئاب عند إصابته للأفراد فى مرحلتى الطفولة أو المراهقة على إعاقة النمو الإنفعالى والإجتماعى العادى أو السوى، ويسبب أوجه قصور ذا دلالة فى وظيفة الذات وفعاليتها، وفى العلاقات بين الشخصية. كما يؤدي إلى إنخفاض فى معدل التوافق الإجتماعى فى المراهقة، ويرتبط إلى جانب ذلك باضطرابات الشخصية. وفى هذه الحالة الأخيرة تقل إستجابة المريض للبرامج العلاجية المختلفة، ويقل أداؤه الإجتماعى، وينخفض معدل تواصله مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس معها سوء التوافق الإجتماعى، ويصبح المريض أقل شعوراً بالرفاهية والسعادة، وأقل قدرة على مسايرة الآخرين أو مسايرة أحداث الحياة اليومية.

وقد يضل الشخص الذى يعانى من الإكتئاب فى تشاؤمه وفى شعوره بالشقاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الإنتحار. ويرى هولدن (1986) أن معدل الإنتحار قد تزايد بين الشباب ثلاث مرات خلال العقود الأخيرة، ومعظم هؤلاء الشباب من الذكور البيض ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٢٤ سنة. كما لاحظ أن زيادة تعاطى الكحوليات والمخدرات بين هؤلاء الشباب يعتبر عاملاً وثيق الصلة بالإنتحار، إلا أنه يعد عرضاً للمشكلة أكثر من كونه تفسيراً لها. وإلى جانب ذلك هناك جذور نفسية إجتماعية، وإنفعالية، وبيولوجية للإنتحار بين الشباب. ويرى فيفر (1986) أن ذلك قد يرجع جزئياً إلى تغير العوامل الإجتماعية كزيادة الحراك، وإرتفاع معدلات الطلاق، والعنف الذى تعرضه وسائل الإعلام، وزيادة أعداد المراهقين.

وعندما يقدم شخص ما على الإنتحار فمن المحتمل بالنسبة لنا أن نعتقد أن لديه
جينات شاذة هي المسؤولة عن ذلك (Mendlewicz, 1985)، وأنه كان يحتاج إلى
رعاية طبية من الإكتئاب (Noll et. al, 1985)، كما أن لديه معتقدات مشوهة
ومختلة وظيفياً عن النجاح والفشل (Sacco & Beck, 1985; Weiner, 1985)،
وأنه يفتقر إلى المهارات اللازمة للتوافق مع نفسه ومع الآخرين والتكيف مع
البيئة (Billings & Moos, 1985) أو أنه قد فشل في تكوين شبكة من العلاقات
الإجتماعية الناجحة (Cohen & Syme, 1985)، بمعنى أننا حينما نواجه الأخطار
في طريق الحياة أو الحرية أو تحقيق السعادة فإن الخطأ بطبيعة الحال لا يمكن أن
يكون كما يرى شيفر وبرينان (1991) Shaver & Brennan في المجتمع أو في
المعايير الثقافية السائدة بل يكون في أنفسنا.

ويرى أكيسكال (1983) Akiskal أنه وفقاً للتصنيف الذى قدمه
سكيندر Schneider للشخصية الإكتئابية هناك سبع مجموعات من السمات تميز
تلك الشخصية، هي:

- ١ - الهدوء، والإنطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم.
- ٢ - الحزن، والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع والإمتاع.
- ٣ - نقد الذات، ولوم الذات وتوبيخها، وإزدراء الذات أو الحط من قدرها.
- ٤ - الشك، والنقد الزائد، وصعوبة إرضائها (كشخصية).
- ٥ - الضمير الحى، والمسئولية، والتنظيم الذاتى.
- ٦ - النزعة أو الميل للقلق.
- ٧ - الإنشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة، والنقائص الشخصية لدرجة المتعة المرضية.

هذا وتنظر النظرية المعرفية - والمعرفية السلوكية بعد ذلك - إلى الإكتئاب بوصفه

إضطراباً فى التفكير، وأن الأعراض الإكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، فيرتبط الوجدان والسلوك مع العنصر المعرفى. ومن ثم ينظر بيك Beck إلى الإكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالث المعرفى أو الإكتئابى triad هى الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل أى المفهوم السلبى للذات، والتفسير السلبى للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويتضمن ذلك أفكاراً عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والإنهزام، والحرمان، والوحدة، واليأس ومن ثم تتحرك أعراض الإكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. وطبقاً للنموذج المعرفى فإن موقفاً غير سار من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولوماً للذات تودى بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور باليأس والوحدة إلى جانب تناقص الأداء بشكل واضح.

وأوضحت الدراسات التى أجريت وفقاً لهذا النظرية أن الانحراف والتشويه المعرفى لدى الإكتئابيين يظهر فى تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، وتحريف الإدراك إذ يرى مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بماهم عليه وليس بما هى عليه، إلى جانب تحريف الذاكرة حيث يكثر نسيان المعلومات الإيجابية المرتبطة باللذة والسرور ويقل نسيان المعلومات السالبة المرتبطة بالألم وعدم السرور والتوقعات السلبية. ومن الجدير بالذكر أن الدراسات التى أجريت على الإكتئاب تتناول الإكتئاب أحادى القطب، وبعد أن كان الأمر يقتصر على دراسة الإكتئاب البسيط تطور الحال إلى دراسة الإكتئاب المزمن والإكتئاب الحاد، وقام بيك Beck بتعديل نموده فى الإكتئاب كما تمت الإشارة إلى ذلك من قبل. كذلك فقد قدم وصفاً لأعراض ومظاهر الإكتئاب بشكل واضح وذلك فى أربع مجموعات مميزة تمثلت فى المظاهر الإنفعالية، والمعرفية، والدافعية، والجسمية تضم كل منها مجموعة من الأعراض لاتنفصل عن بعضها أو تستقل ولكنها تتداخل مع بعضها البعض بطريقة أو بأخرى. ومن أمثلة ما تتضمنه المظاهر الانفعالية من أعراض المزاج المكتئب، والحزن، والتعاسة، والشعور بالذنب، والهجر، واليأس،

والكآبة، والشعور بالذلل والخزن، والمشاعر السلبية نحو الذات، وعدم الرضا، وفقد الروابط الإنفعالية كفقد التأثير فى الآخرين وأنشطتهم وفقد الإهتمام على سبيل المثال. أما المظاهر المعرفية فمنها التقييم الذاتى المنخفض أو السلبى والعزو إلخاطئى وتشوش التفكير، وتدنى القدرات المعرفية، وعدم القدرة على إتخاذ القرارات مع التردد وعدم الحسم. وتتضمن المظاهر الدافعية العديد من السلوكيات مثل السلبية والدافعية النكوصية، والتجنب والإنسحاب والإعتماد الزائد ومحاولات الإنتحار. أما المظاهر الجسمية فتتضمن فقد الشهية، وإضطرابات النوم، وسرعة التعب والإجهاد، وفقد الاهتمام بالجنس، والشعور بالخمول وإنخفاض مستوى النشاط والطاقة والحيوية.

والى جانب ذلك فقد أعد بيك Beck قائمة للإكتئاب تضمنت إحدى وعشرين فئة من الأعراض والإتجاهات هى المزاج، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، ولوم الذات، والرغبات الإنتحارية، ونوبات البكاء، والهيجان، والإنسحاب الإجتماعى، والتردد، وتحريف أو تشويه صورة الجسم، والكف عن العمل، وإضطراب النوم، وسرعة التعب، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والمشكلات الجسمية، ونقص الطاقة الجنسية.

تشخيص الإضطراب الإكتئابى

يُنظر إلى الإكتئاب عامة على أنه مجموعة أعراض متزامنة و مترابطة أى أنه مركب من الأعراض تظهر فى وقت واحد. ويعرض دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤ لنوعين أساسيين من الإضطرابات الإكتئابية أحادية القطب unipolar هما الإضطراب الإكتئابى البسيط أو عسر الوجدان dysthymia والإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder الذى يضم نمطين فرعيين هما الإضطراب الإكتئابى الشديد ذو النوبة

الواحدة Single episode والإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى . recurrent وقد كانت الدراسات التى أجريت قبل صدور هذا الدليل فى طبعته الرابعة المشار إليها سلفاً تتناوله فى ضوء وجود مرحلة مرضية تتوسط هذين النوعين من الإضطرابات الإكتئابية تعرف بالزملة الإكتئابية Syndrome كما أوضحنا من قبل . وفى ضوء DSM - IV يمكن تمييز الإضطراب الإكتئابى وفقاً للمحكات التالية :

أولاً: الإضطراب الإكتئابى البسيط Dysthymic disorder

يتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وعلى مدى معظم الأيام وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين . أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل . وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية :

- ١ - ضعف الشهية للطعام أو الإفراط فى تناول الأكل .
- ٢ - الأرق أو الإفراط فى النوم .
- ٣ - إنخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب .
- ٤ - إنخفاض تقدير الذات .
- ٥ - ضعف القدرة على التركيز ووجود صعوبة فى إتخاذ القرارات .
- ٦ - الشعور باليأس .

وإلى جانب ذلك يلاحظ أنه خلال فترة الإضطراب التى تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين أنه يجب ألا تختفى تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين ، وألا تحدث نوبة إكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد تلك على ألا ترجع تلك الأعراض إلى إضطراب إكتئابى شديد أو أى نوبة هوسية ، أو إضطراب ذهانى ، أو إلى آثار فسيولوجية

مباشرة لمادة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة. كذلك فإن هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق النفسى، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح فى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنيًا أو فى أى مجال هام آخر. ويعرف هذا الإضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادية والعشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بدايته متأخرة.

ثانياً: الإضطراب الإكتئابى الشديد **major depressive disorder**

ويضم هذا الإضطراب نمطين فرعيين يمكن تناولهما على النحو التالى:

أ - النوبة الواحدة **Single episode**

وتتطلب وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على مدى أسبوعين على أن يحدث ذلك كل يوم تقريباً، ويؤدى ذلك إلى حدوث تغير فى الأداء الوظيفى للفرد عما كان عليه سابقاً على أن يكون أحد هذه الأعراض هو الوجدان المكتئب **depressed mood** أو فقد الإهتمام أو المتعة. وتمثل تلك الأعراض فيما يلى:

١ - الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وذلك كل يوم تقريباً كما يتضح إما من التقارير الذاتية (الشعور بالحزن أو الفراغ)، أو من ملاحظات الآخرين (يبدو كثير البكاء). ويمكن أن يظهر ذلك بين الأطفال والمراهقين على هيئة وجدان يتسم بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج.

٢ - إنخفاض واضح فى مستوى الإهتمام بكل الأنشطة تقريباً وذلك لمعظم اليوم مع إنخفاض مستوى متعة الفرد بها كما يتضح أيضاً من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين.

٣ - نقص الوزن بشكل كبير على الرغم من عدم إتباع أى رجميم، أو حدوث زيادة فى الوزن (على أن يمثل هذا التغير سواء بالزيادة أو النقص أكثر من ٥% من وزن الجسم خلال الشهر السابق)، أو ضعف الشهية للطعام أو زيادتها.

- ٤ - الشعور بالأرق أو الإفراط فى النوم.
- ٥ - التهيج (الإثارة) الحس حركى أو الإعاقة والتأخر والبطء (وليس المشاعر الذاتية للإستياء أو التأخر والبطء).
- ٦ - فقد الطاقة والحيوية وسرعة الشعور بالتعب.
- ٧ - الشعور بعدم القيمة أو الجدوى والشعور المفرط بالذنب.
- ٨ - ضعف القدرة على التفكير أو التركيز إلى جانب التردد وعدم الحسم.
- ٩ - تكرار أفكار عن الموت لانتقصر فقط على الخوف من الموت، وتكرار أفكار عن الإنتحار دون وجود خطة محددة للقيام به، أو الإقدام على الإنتحار فى ضوء خطة محددة لذلك.

ويجب أن تؤدى هذه الأعراض إلى حدوث ضعف أو تدهور فى مستوى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى مجال هام آخر بشرط ألا ترجع تلك الأعراض إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة ما كإساءة إستخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) عامة كحدوث قصور فى وظائف الغدة الدرقية مثلاً. كما أنها لا تعود إلى مشاعر الحرمان كفقد شخص عزيز أو حبيب. وتستمر تلك الأعراض على مدى أكثر من شهرين متتاليين وتسبب خللاً أو تدهوراً واضحاً فى الأداء الوظيفى للفرد مع إنشغال كبير بعدم القيمة أو الجدوى، أو بالأفكار الإنتحارية، أو بالأعراض الذهانية، أو بالإعاقة الحس حركية.

ب - الإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى recurrent

ويتطلب هذا الإضطراب توفر عرضين على الأقل من الأعراض التسعة السابقة. ولكى تعتبر تلك النوبات مستقلة يجب أن تنقضى فترة شهرين متتاليين على الأقل بين كل نوبة والأخرى لاتنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد. كما لا يجب أن تعود تلك النوبات الإكتئابية الشديدة إلى أى إضطراب فصامى، وألا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية. كذلك يجب ألا ترجع إلى الآثار الفسيولوجية

المباشرة لمادة معينة كإساءة استخدام عقار ما، وألا تعود إلى حالة طبيعية عامة.
وجدير بالذكر أنه إذا إستمرت تلك الأعراض تنطبق على الفرد لمدة عامين
متتاليين على الأقل فإن ذلك يعرف بالإضطراب الإكتئابى الشديد المزمن Chronic.

الصياغات المعرفية السلوكية للإكتئاب

يتفق العديد من الباحثين على أن الإكتئاب أحادى القطب يعد بمثابة ظاهرة
متعددة العوامل تتضمن تفاعلاً معقداً ودينامياً بين المتغيرات الإجتماعية والبيولوجية
والفسيولوجية أى بين الجوانب المعرفية والسلوكية والوجدانية والدافعية وشخصية
الفرد. وتميل النماذج المعرفية السلوكية للإكتئاب فى ضوء هذا التعقيد إلى التأكيد
على دور أنماط التفكير المختلفة وظيفياً فى تطور وإستمرار زملة الأعراض
الإكتئابية. وتفترض تلك النماذج وجود حلقة مفرغة تضم المعرفة والوجدان
والسلوك تسبب الإكتئاب. فعندما تسيطر على الفرد فكرة ما مثلاً كأن تكون (أنا
خاسر) وذلك كإستجابة لحدث معين غير مفضل من أحداث الحياة يمكن أن تتولد
عنها مشاعر عدم الإرتياح dysphoria أو اللامبالاة وفنور الشعور. apathy وبالتالي
يمكن لتلك المشاعر أن تثير الإنسحاب أو تؤدى إلى بذل الجهد من جانب الفرد
حتى يتجنب تلك المواقف التى تتضمن المخاطرة والمواجهة، كما يمكن لهذا السلوك
أن يعزز ذلك الإعتقاد الأساسى الذى يحط من قدر الذات أو ينتقص من شأنها.

هذا وقد تم تحديد عدد من المستويات التى قد يحدث عندها التفكير المشوه أو
المختل وظيفياً حال حدوث الإكتئاب، ومن أهمها الأفكار الأوتوماتيكية والتى تعد
بمثابة أفكار أو صور تحدث بشكل لاإرادى وذلك كجزء من مجرى الشعور
ومحتواه علماً بأن محتوى تلك الأفكار الأوتوماتيكية يكون سلبياً. وقد لاحظ
بيك Beck ثلوثاً سلبياً للمعارف الإكتئابية يتضمن أفكاراً تحط من قدر الذات (أنا
فاشل)، ورؤية سلبية عن العالم (سوف يقوم الآخرون بإلحاق الأذى بى إذا ما
أعطيتهم الفرصة لذلك)، ونظرة متشائمة إلى المستقبل (لن تسير الأمور بشكل
أفضل). وعلى الرغم من أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعكس بناء مشوهاً

للواقع، ومن ثم يتسم بالسلبية، فإنها مع ذلك تميل إلى أن تحمل فى طياتها تصديقاً غير قابل للمناقشة من جانب الأفراد المكتئين حيث يعتبرونها أشياء بديهية، وبالتالي يفترض أن تلعب تلك الأفكار دوراً هاماً فى تطور وإستمرار الكرب الإنفعالى.

ومن المفترض أن يعكس محتوى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية إكتمال الإختلال الوظيفى الذى يحدث عند مستوى تجهيز المعلومات. ولذا فإن بيك Beck يركز فى نموذجه عن الإكتئاب بشكل خاص على أخطاء المنطق والتفكير التى تحدث بشكل منتظم والتى تبلغ ذروتها فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن أمثلة هذه الأخطاء التعميم الزائد كأن يقوم الفرد مثلاً «لقد رسبت فى هذا الإختبار وعلى ذلك سأرسب فى كل الإختبارات ومن ثم فأنا فاشل»، وثنائية التفكير أو مايعرف بالأبيض والأسود فى التفكير بمعنى أن يكون الشيء إما كذا أو كذا دون وسط كأن يقول الفرد مثلاً «إذا حصلت على أكثر من ٨٠% فى الإختبار أكون ناجحاً وإن لم يحدث ذلك أكون فاشلاً»، والإستنتاج الإعتباطى كأن يقول الفرد مثلاً «إنه لم يبتسم فى وجهى إذن فهو يكرهنى». وفى الوقت ذاته توجد هناك نماذج أخرى تولى أهمية كبيرة للدور الذى تلعبه عمليات العزو اللاتواؤمية فى هذا الصدد، وكذلك للدور الذى تلعبه ميكانيزمات التنظيم الذاتى فى التخفيف من فينومونولوجيا الإكتئاب.

ومن المعتقد أن عمليات التفكير الإكتئابية تعكس عملية الإبقاء على المكونات البنائية لنسق تجهيز المعلومات. وفى هذا الصدد تلقى الأبنية الذاتية أو المخططات العقلية أهمية خاصة، وتعد الأبنية المعرفية الذاتية بمثابة مجموعات من المعارف التى تشير إلى الذات، والتى يتم إشتقاقها تجريبياً، وتتنظم حول أفكار عامة وتعمل كمرشد لعملية تجهيز البيانات الداخلة وتسهل من إستدعاء أو إسترجاع المعلومات التى تتطابق مع تلك البنية. ويتم تخزين المعلومات التى ترتبط بالبنية المعرفية فى الذاكرة طويلة المدى وذلك على هيئة قضايا عامة، وإعتقادات، وإفتراضات، وأحكام، وقواعد للتقييم الذاتى. ويمكن أن يكون لدى الأفراد عدد من الأبنية

المعرفة الذاتية المختلفة والتي يظل معظمها كامناً حتى تثيره أحداث ترتبط بها من ناحية الموضوع أو الفكرة. وطبقاً للإتجاه المعرفى السلوكى يرتبط الإكتئاب بإثارة الأبنية المعرفية الذاتية التى تنتظم حول الموضوعات السلبية. ويمكن لهذه الأبنية المعرفية الذاتية أن تؤلف مجموعات من الإفتراضات غير المفضلة التى تتعلق بالذات (دائماً ما أفضل)، والتقييم الذاتى الذى لايشبع غرور الفرد (أنا أدنى من الآخرين درجة ومنزلة)، والقواعد المطلقة والصارمة التى تحكم تقييم الفرد لذاته (إذا فشلت جزئياً فى أداء عمل ما فسوف أكون فاشلاً كلية أو تماماً).

وعلى ضوء ذلك يتمثل الهدف النهائى للعلاج المعرفى السلوكى فى إحداث التغيير على المستوى البنىوى للمعرفة. ويعكس هذا الهدف إفتراضاً نظرياً بأن التغيير البنىوى سوف يعجل بحدوث تغير ملازم فى التجهيز المختل وظيفياً للمعلومات إلى جانب تغير فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن هذا المنطلق يتم تخصيص المراحل الأولى من العلاج المعرفى السلوكى لتحديد، وتمثيل، وتعديل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، بينما تركز الجهود العلاجية التالية على تحديد وتعديل التجهيز المختل وظيفياً للمعلومات. أما المراحل الأخيرة من العلاج فغالباً ما يتم التركيز خلالها على التعامل مع تلك الأبنية المعرفية السلبية المستهدفة.

العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

يعد العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الإستخدام بين مرضى الإكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا الإضطراب. وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازى على الأقل فاعلية العلاج بالعقاقير فى علاج الإضطرابات الإكتئابية، كما أكدت نتائج الدراسات التتبعية أن له فاعليته الأفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى النفسية أو الطبية وفى مقدمتها العلاج بالعقاقير.

وجدير بالذكر أن العلاج المعرفى السلوكى يركز على المتغيرات المعرفية ويتناولها

كأهداف للتغير العلاجي، ومع ذلك فإن التغير المعرفي يمكن أن يتم من خلال تلك التدخلات العلاجية التي تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفي الإكتسابي. وقد تلعب التدخلات السلوكية الدور الأكبر في حدوث التغير المعرفي حيث يعمل التغير السلوكي في حد ذاته على إعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التي تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك، ومن ثم يؤدي إلى حدوث تغير متزامن على المستويين الوجداني والمعرفي. كما أن زيادة مستويات النشاط قد تثير تدفق الأفكار الأوتوماتيكية التي يمكن تناولها من خلال بعض الإستراتيجيات المعرفية، وقد يعمل أيضاً على مواجهة أفكار الفرد الهازمة للذات (لا أستطيع أن أقوم بعمل أى شيء). وعلى نفس المنوال نلاحظ أنه في تلك الحالات التي يظهر فيها الإكتئاب على شكل أنماط سلوك تجنبيه كالإنسحاب الإجتماعي مثلاً تلعب التدخلات العلاجية السلوكية كمهام التعريض exposure مثلاً دوراً هاماً في فقد الحساسية للمثيرات ومواجهة التوقعات المأسوية من جانب المريض والتي قد تتمثل في إعتقاد الفرد مثلاً أن الآخرين سوف يضحكون عليه.

ومن هذا المنطلق وعلى العكس من العلاج السلوكي البحت للإكتئاب نلاحظ أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم إستراتيجيات سلوكية بهدف تناول المعارف المرتبطة بالإكتئاب. وسوف نعرض في النقاط التالية لعدد من تلك الإستراتيجيات السلوكية التي تتم الإستعانة بها عند إستخدام العلاج المعرفي السلوكي وذلك لتحقيق الغرض الذي أشرنا إليه سلفاً. ومن هذه الإستراتيجيات ما يلي:

١ - جدولة النشاط **activity Scheduling**

وتستخدم هذه الإستراتيجية في المراحل الأولى من العلاج، وتتضمن أول خطوة فيها تحديد خط قاعدي base line لأنشطة المريض والوجدان المصاحب لها، ثم يقوم المريض في الخطوة الثانية بسرد المهام والمسئوليات وخاصة تلك الأنشطة السارة التي يمكن أن تتضمنها الجداول. ويتبع ذلك تحديد جدول يومي يعمل المريض وفقاً له، ويحدد الوقت الذي سيقوم خلاله بأنشطة معينة.

ويجب أن تتضمن تلك الأنشطة أحداثاً تبعث على السرور وأخرى تبرز سيطرته على تلك الأحداث. كما يجب أن يتعلم المرضى القيام بالمراقبة الذاتية لسلوكهم مع تحديد الدرجة الفعلية للسرور والسيطرة على الأحداث في ضوء تلك الأنشطة التي يتضمنها الجدول.

٢ - المهام المتدرجة graded tasks

وتنبثق هذه المهام بطبيعة الحال من جداول النشاط التي يتم إعدادها، وتعتمد بصفة أساسية على التدرج بحيث يبدأ المريض بتلك المهام التي تتسم بأنها هي الأسهل، ثم ينتقل منها إلى المهام الأصعب فالأصعب بالنسبة له. ولا يقف الأمر عند هذا الحد أى عند تناول المهمة بكليتها، بل إنه من الممكن أن تتم تجزئة المهمة إلى وحدات أصغر، فإذا كان المطلوب من المريض أن يقوم بتنظيف المنزل على سبيل المثال يصبح من الممكن أن نقوم بتجزئته تلك المهمة إلى مكونات أصغر على النحو الذى يتضمن فيه كل مكون القيام بتنظيف إحدى الغرف وترتيبها مثلاً، وهكذا حتى يتم إنجاز المهمة على الشكل المطلوب.

٣ - التعزيز الذاتى Self - reinforcement

ويعنى ذلك أن يقوم الفرد بمكافأة نفسه على نجاحه فى إنجاز أهداف معينة، وهو ما يجعل هذه الفنية وسيلة هامة وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكى ولتحقيق الأهداف المرجوة. كما يمكن لهذه الفنية أيضاً أن تعمل بالنسبة للأفراد المكتئبين الذين يرون أنفسهم على أنه لاقيمة لهم كسلوك مضاد، إلى جانب أنه يمكن من خلالها أيضاً القيام بتدعيم وتعزيز التغير على المستوى المعرفى. ويمكن فى سبيل إنجاز هذه المهمة أن نستفيد من جدولة الأنشطة وتدرج المهام.

ومع تقدم المريض فى العلاج بشكل ملائم يبدأ التركيز بشكل أكبر على المهام المعرفية. وعند هذه المرحلة يتم التركيز على تلك الفنيات التي تستهدف الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وما يقابلها من تشويهاات معرفية. يلى ذلك التركيز على تلك الفنيات التي يتم من خلالها تناول الإعتقادات الجوهرية والإتجاهات والإفتراضات

التي يعتقد أن تلعب دوراً هاماً في بداية حدوث النوبة الإكتئابية وإستمرارها. وعند هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض أن ينظر إلى أفكاره الأوتوماتيكية على أنها فروض علمية تخضع للفحص والتمحيص بغرض التحقق من صحتها وصدقها، وألا ينظر إليها على أنها منطقية وصحيحة. وتعرف هذه الفنية بإسم تصميم التجارب. *designing experiments* فإذا كان المريض ينظر إلى نفسه مثلاً على أنه فاشل بسبب عدم تمكنه من أداء مهمة معينة بدرجة نجاح كبيرة، نطلب منه أن يحدد المطلوب من أي فرد في مكانه هذا، وما يجب أن يقوم به، وأن نستعرض مستوى أداء بعض المحيطين به في المهام المشابهة، وكيف ينظرون إلى أنفسهم، ثم يعرض بعد ذلك لمستوى الأداء المتوقع منهم في المهام التالية إلى أن يدرك أن ما فعله بالنسبة للمهمة التي كان يؤديها يعد شيئاً عادياً بالنسبة للكثيرين، وأن الأمر لم يكن أبداً كما كان يعتقد هو، وهكذا. وجدير بالذكر أنه يتم من خلال هذه الفنية وضع نظام أولويات لتناول تلك الأفكار والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً التي يعتقد المريض في صحتها وصدقها ويأخذها كأمر بديهي.

وإذا كانت الأفكار الأوتوماتيكية ذات طبيعة مطلقة على نمط إما أن يكون الشيء أبيضاً أو أسوداً دون وجود بديل ثالث بينهما، فإنه بإمكاننا أن نتخلص من ذلك عن طريق إستخدام فنية تعرف بإسم تفعيل الأبنية السلبية *Operationalizing negative constructs* تستند مبدئياً على تحديد الفكرة (أنا فاشل)، ثم يتم وضع محكات معينة نتمكن بواسطتها من الحكم على مدى صحة تلك الفكرة (الفاشل هو الشخص الذي يفشل تماماً في إنجاز كل ما يطلب منه من أعمال). يلي ذلك وضع قائمة تشبه المقياس وذلك على غرار نموذج ليكتر *Likert* نقيس من خلاله مدى فشله في أداء المهام التي تم تكليفه ليقوم بها، ثم نقوم بعد ذلك بتصحيح إستجاباته على تلك القائمة وسنجد أنه قد أنجز بطبيعة الحال بعض المهام حتى وإن لم يكن أداؤه على ما يرام، إلى جانب أنه لم يؤد بعضها الآخر، ومن ثم فلن ينطبق عليه ذلك المحك الذي تم الإتفاق عليه مسبقاً، وبالتالي لا يمكن أن يكون

فاشلاً من هذا المنطلق. وبنفس الطريقة يمكن أن نتقل إلى أى أفكار مشوهة أخرى أو أى إعتقادات مختلة وظيفياً، وأن ندرجه على القيام بذلك بنفسه.

وإلى جانب ذلك يمكن أن نستخدم فنية أخرى هى فنية تحليل النواتج Consequential analysis عن طريق الاستعانة بالسؤال (ماذا يحدث لو . . . ؟) كأن يوجه المعالج للمريض سؤالاً كالتالى: ماذا يحدث لو شعرت بالقلق؟ ثم يقوم بعد ذلك بتحليل ما يذكره المريض، ويوضح له مدى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ويطلب منه أن يقوم بتحويل تلك المسلمات التى يعتقد فيها وفى صحتها إلى فروض علمية يقوم بفحصها والتحقق من صحتها وصدقها. كذلك يمكن إستخدام فنية إعادة العزو reattribution حيث غالباً ما ترتبط الأفكار الأوتوماتيكية بأنماط عزو لاتواؤمية. وفى هذا الإطار يقدم وليامز (1992) Williams إجراء يقوم من خلاله المرضى بتخيل حدث سلبى إفتراضى، ويقوم بعزو سبب حدوثه بذلك الشكل إلى عوامل معينة من وجهة نظره. ويعمل المعالج على تقديم تفسيرات بديلة معقولة للموقف، ثم يتم تقييم الموقف ككل. يلى ذلك تطبيق هذه الفنية على أحداث واقعية مع مساعدة المريض على تحديد أنماط العزو اللاتواؤمية التى يقوم باستخدامها، ثم العمل على تطوير بدائل معقولة ومقبولة للموقف.

وبعد الإنتهاء من ذلك يتم التركيز على العناصر المعرفية الأكثر دوماً وإستمراراً كالإعتقادات والإنجاهات والقواعد التى تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإكتئاب وذلك بالرجوع إلى جذورها فى خبرات الفرد المبكرة، وهذا بطبيعة الحال لايتعارض بأى حال من الأحوال مع الخبرات الراهنة للفرد التى تعرف بكل من (هنا) و(الآن). وكما يتضح من ذلك فإن تلك الفنية تشبه إلى حد كبير ما يتم خلال عملية التحليل النفسى من الرجوع إلى الخبرات المبكرة للفرد للتعرف على العوامل التى أسهمت فى تشكيل الإضطراب وحدثه لكنها تختلف عن ذلك حيث تهدف إلى التعرف على الجذور التاريخية لأبنية الفرد المعرفية التى تتعلق بالإضطراب حتى يمكن توجيه الجهود التى يتم بذلها فى الوقت الراهن لعلاج الإضطراب نحو تلك الأبنية المعرفية، ومن ثم فهى تتفق إلى درجة كبيرة مع تلك

الفنية التي قدمها يونج (١٩٩٠) Young والتي تعرف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية وتعرف هذه الفنية التي نعرض لها هنا بإسم الإستكشاف التاريخي historical exploration وتعمل تلك الفنية على تحقيق اللاتمركز من جانب المريض حيث تساعده على أن يتجاوز نطاق خبراته ويكتشف أن العالم ليس كما يتصور هو، ومن ثم يكتشف أن أفكاره ليست بديهية كما كان يعتقد. وإذا كانت الإعتقادات بالنسبة للمريض تشكل على هيئة قواعد لايمكن الخروج عليها حتى يمكنه من وجهة نظره أن يحقق الكمال وهو الأمر الذى يسعى جاهداً إلى تحقيقه، ومن أمثلة تلك الإعتقادات (سيرفضك الآخرون إذا ما إرتكبت أى خطأ)، فإن من أهم الفنيات التي تستخدم فى تلك الحالة فنية خرق القواعد وعدم الإمثال لها rule - breaking وبطبيعة الحال لا تمثل تلك القواعد التي يتم خرقها القواعد التي تنظم حياة الناس فى المجتمع وتحكم علاقاتهم ببعضهم البعض، ولكنها كما قلنا تمثل تلك القواعد العامة التي تشكل فى ضوئها إعتقادات المريض. وهنا يطلب المعالج من المريض أن يقوم عن عمد بخرق تلك القاعدة فلا يمثل لها ولا يوليها أى إهتمام من جانبه، فيعمل على إرتكاب خطأ بسيط ويرصد رد فعل الآخرين لذلك، وسوف يجد أن رد الفعل هذا ليس كما كان يعتقد ولن يرفضه الآخرون على الإطلاق لمجرد قيامه بإرتكاب مثل هذا الخطأ البسيط، وهو الأمر الذى من شأنه أن يضعف من مثل هذه الإعتقادات.

وإلى جانب تلك الفنيات السابقة يمكن إستخدام إستراتيجيات للمواجهة تقلل من احتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى منها مراقبة الذات، وتقييم الذات، والتعزيز الذاتى وهو ما سبق تناوله من قبل خلال هذا الكتاب. وإضافة إلى ذلك يتم إستخدام التدريب على المهارات الإجتماعية Social Skills training حيث يتسم الأفراد المكتئين بقصور فى مهاراتهم الإجتماعية، وعلى ذلك يجب أن يتم تدريبهم على تلك المهارات المطلوبة للدخول فى علاقات إجتماعية معقدة. ويتضمن ذلك التدريب على تكنيكات المحادثة، والتخطيط للأنشطة الإجتماعية، وإستراتيجيات تكوين الصداقات. كما يتم أيضاً إستخدام

فنية زيادة الأنشطة السارة increasing Pleasant activities حيث يتم حث المريض على زيادة عدد تلك الأنشطة التي تبعث على البهجة والسرور بالنسبة له والتي يمكنه أن يقوم بها والتي تتضمن التفاعلات الاجتماعية الإيجابية والأنشطة غير الاجتماعية. وحتى يتمكن المريض من تحقيق ذلك يتم تدريبه على كيفية وضع أهداف واقعية، ووضع خطة معينة لتحقيق التغيير السلوكي، ومكافأة نفسه عند إنجاز أى خطوة بنجاح. كذلك هناك فنية أخرى يجب أن يتم اللجوء إليها فى هذا الصدد وإستخدامها هى فنية خفض حدة القلق anxiety reduction حيث غالباً ما يحدث تلازم مرضى بين القلق والإكتئاب، وقد يعوق هذا القلق تعلم مهارات جديدة، كما قد يعوق الإستجابة فى المواقف الاجتماعية، ويقلل من تمتع الفرد بالأنشطة السارة التى يتم حثه على زيادة عددها. وعلى ذلك يتطلب الأمر خفض حدة ذلك القلق والذي يمكن أن نستخدم تدريبات الإسترخاء فى سبيل تحقيق ذلك الغرض.

ومن ناحية أخرى يلعب التدريب على مهارات حل المشكلات - Problem Solving على مساعدة المريض كى يواجه تلك العقبات التى تعترضه وذلك بشكل واقعى ومقبول، ويقلل من احتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجى، ولذا يسمى ذلك التدريب إلى جانب التدريب على المهارات الاجتماعية بتكنيكات الوقاية من حدوث إنتكاسة بعد العلاج. relapse prevention techniques. هذا ويفضل أن يتم تخصيص آخر جلستين فى البرنامج لتدريب الأفراد المكتسبين على التخطيط للمستقبل Future planning وكيفية الإستفادة من المهارات التى تدرب عليها وتعلمها وذلك فى التنبؤ بما يمكن أن يواجهه من مشكلات، وفى إعداد نفسه لمواجهة تلك المشكلات وحلها، وهو الأمر الذى يساهم أيضاً بقدر كبير فى خفض معدلات احتمال حدوث إنتكاسة مستقبلاً.

ويمكن الإستفادة من عدد من المقاييس النفسية فى هذا الصدد من بينها المقاييس التالية :

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory الذى أعده بيك وآخرون (١٩٦١). Beck et. al. وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥)، ويتألف من إحدى وعشرين عبارة تقيس مدى شدة الإكتئاب وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى ثلاث درجات.

- مقياس هاملتون للإكتئاب Hamilton Rating Scale For Depression الذى أعده هاملتون (١٩٦٧) Hamilton ويقيس شدة الإكتئاب ويحدد المكونات الوجدانية والمعرفية والسلوكية للإكتئاب إلى جانب ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالحمول وذلك من خلال سبع عشرة عبارة تمثل كل منها عرضاً مرضياً. ويتم التقدير على مقياس متدرج من خمس درجات تتراوح بين صفر (لا يوجد) إلى أربع درجات (شديد).

- مقياس الإكتئاب الذى أعده مؤلف هذا الكتاب (١٩٩٧) فى ضوء محكات التشخيص الواردة فى كل من DSM - III - R و DSM - IV والذى يتألف من أربع وخمسين عبارة يجب عنها بالموافقة على أحد إختيارين (تنطبق) و(لا تنطبق).

- مقياس إستراتيجيات المواجهة Coping Strategies Scale الذى أعده بيكهام وآدمز Beckham & Adams (١٩٨٤) ويتألف من ١٣٩ إستراتيجية مختلفة لمواجهة الإكتئاب والضغط والمرض. ويقرر المريض ما إذا كان قد قام بأى من هذه السلوكيات على مدى الأسبوعين السابقين أم لا، وكيف كانت مشاعره بعد ذلك من خلال إستجابته على مقياس متدرج من ثلاث نقاط (أفضل - أسوأ - لم تتغير).

- إستبيان الأفكار الأوتوماتيكية The Automatic Thoughts Questinnaire الذى أعده هولون وكندال (١٩٨٠) Hollon & Kendall وهو عبارة عن تقرير ذاتى من جانب المريض يحدد من خلاله مدى تكرار ثلاثين فكرة ترتبط بالإكتئاب وذلك خلال الأسبوع السابق.

- مقياس اليأس Hopelessness scale الذى أعده بيك وآخرون (١٩٧٤). Beck et. al.

- مقياس بيك لمفهوم الذات Beck self - Concept test والذى قام بإعداده بيك وآخرون (١٩٩٠). Beck et. al.

أهم الملامح المميزة للعلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

هناك عدد من السمات التى تميز تناول العلاجى المعرفى السلوكى للإكتئاب وتسهم بدرجة كبيرة فى تفرد هذا الأسلوب وربما تفضيله فى بعض الأحيان على سواه، من أهمها ما يلى:

١ - الإمبريقية التعاونية Collaborative empiricism

وتعنى دخول كل من المعالج والمريض فى علاقة تعاونية علاجية وتعاونهما معاً فى سبيل تحقيق التغير العلاجى وقيام كل منهما بدور فاعل فى هذا الصدد. ومن ثم يعد ذلك من النقاط الأساسية التى تميز العلاج المعرفى السلوكى عن غيره من العلاجات النفسية الأخرى. وجدير بالذكر أن هذا المصطلح يؤكد على سمتين أساسيتين هما:

أ - يقوم المعالج فى ضوء هذا الإتجاه بعمل تعاقدات تعاونية مع المريض بحيث يعمل كل منهما بغرض تحديد تلك المشكلات التى تواجه المريض، وتناولها، وإختيار الإستراتيجيات التى تعمل على إحداث التغيير، ثم تنفيذ تلك الإستراتيجيات وتقييمها.

ب - يشجع المعالج مرضاه على تصوير أفكارهم وكأنها فروض علمية يمكن التحقق من صدقها ومدى صحتها إمبريقياً.

ومن هذا المنطلق يفترض أن يحدث التغير العلاجى ولو جزئياً على الأقل نظراً لأن المريض أثناء تعاونه مع المعالج يعمل باستمرار على توفير الفرص التى يمكنه من خلالها مقارنة أفكاره وما تتضمنه من توقعات وإفراضات وإعتقادات بالنتائج

الفعلية التي يتم تحقيقها. وإلى جانب ذلك يركز العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي على دور الدحض المنطقي في تدعيم حدوث التغيير المعرفي.

٢- استخدام الأسئلة:

ويمثل استخدام الأسئلة إحدى المهارات العلاجية التي تميز العلاج المعرفي السلوكي. ويحدد بيك (١٩٧٩) Beck في هذا الإطار عدداً من الوظائف التي تؤديها عملية توجيه الأسئلة خلال العلاج من بينها تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والإعتقادات التي يرونها أموراً بديهية لاتقبل النقاش إلى فروض تقبل التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل من عملية التجريب وطرح البدائل من جانب المريض، وهو ما يمثل لب عملية حل المشكلات وما يرتبط بها من مهارات والتدريب عليها. كما يمكنها أيضاً أن تعزز من عملية التعاقد العلاجي التعاوني التي يقوم المعالج من خلالها بمساعدة المريض في التركيز على مشاغله أى ما يشغله من أمور يمكن أن تسبب له مشكلات حالية أو لاحقة، ومساعدته على إكتشاف مدى صحة إعتقاداته، وتحديد محكات يمكنه بموجبها أن يعمل على تقييم تلك الإعتقادات، وأن يقوم بإختبار النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال.

٣- التركيز على (هنا) و(الآن): Here - and - now focus

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعتراض تلك الحلقة المفرغة للمعرفة والوجدان السلوك التي يعتقد أنها تعمل على الإبقاء على الزملة الإكتئابية وتطورها وإستمرارها. ولذلك فهو يركز على (هنا) و(الآن) مؤكداً بذلك على الموقف الراهن والوقت الراهن والأعراض الحالية التي تبدو على المريض. ولايعنى ذلك التركيز على أمور غير هامة ولا ترتبط بالموضوع على الرغم من أن الإتجاهات والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً لاتكون وليدة اللحظة الراهنة ولكنها تستند بطبيعة الحال إلى خبرات سلبية مبكرة أى حدثت فى وقت سابق من حياة الفرد وقد يعود ذلك كما ترى مدرسة التحليل النفسى أو الإتجاه السيكودينامى إلى مرحلة الطفولة حيث هناك إتجاه علاجي معرفي سلوكي يعمل على تحقيق التغيير

البنوي من خلال إكتشاف الأحداث النمائية التي ترتبط بالتفكير المشوه أو المختل وظيفياً والتعرف عليها، ويعمل بالتالى على أن يركز على تلك الابنية المعرفية خلال العلاج حتى يتم إحداث التغير المرغوب فيها. ويعمل التركيز على (هنا) و(الآن) على تحديد المكونات المعرفية التي تلعب دوراً هاماً فى الإبقاء على الأداء الوظيفى الإكتسابى. وبالتالي فإن مشاغل المرضى وإهتماماتهم هى التى تشكل المادة الخام التى يتم بمقتضاها توجيه التركيز أثناء عملية العلاج فيتم بالتالى نقل التركيز من واحد منها إلى الآخر بحسب مقتضيات الموقف. كذلك تدرج فى هذا الإطار أفكار ومشاعر المريض تجاه المعالج والعملية العلاجية، وهذه بلاشك تلعب دوراً هاماً فى سير العملية العلاجية برمتها.

٤ - إستخدام الواجبات المنزلية:

من الجدير بالذكر أن كلاً من المعالج والمريض يعملان معاً أثناء العملية العلاجية على تحديد تلك الواجبات التى يمكن أن يؤديها المريض بين الجلسات والتى تتم فى المنزل وتعمل على تعزيز ما تم تعلمه والتدريب عليه خلال جلسات العلاج. وقد يتضمن الواجب المنزلى فى الجلسات الأولى من البرنامج الإبقاء على قيام المريض وإستمراره فى التسجيلات اليومية للوجدان والسلوك والأفكار المختلة وظيفياً والتى يمكن أن تتم بأكثر من طريقة واحدة من بينها كتابة المذكرات اليومية وتدوينها بشكل مستمر ومتناسق يتم الإتفاق عليه مع المعالج. ومن خلال الإمبيريقية التعاونية التى يركز عليها هذا الأسلوب العلاجى تأخذ الواجبات المنزلية شكل التجارب السلوكية التى يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة أفكار المريض وإعتقاداته وإفترضاته وصدقها. ومع التدريب على كل مهارة جديدة أثناء العلاج كالتوكيدية assertiveness مثلاً (التدريب على السلوك التوكيدى) يتضمن الواجب المنزلى تطبيق تلك المهارة على مواقف حياتية واقعية مع تنوع هذه المواقف. وبالتالي يمثل إستخدام تلك الواجبات المنزلية مكوناً متكاملأ فى هذا الأسلوب

العلاجى له أهميته وله دوره الفاعل فى حدوث التغير العلاجى . وحتى تحدث الإستفادة الكاملة من تلك الواجبات ويتحقق الهدف من إستخدامها يجب أن يقوم المعالج بمراجعة تلك الواجبات خلال عشر دقائق فى بداية الجلسة العلاجية التالية مما يتيح له الفرصة كى يتعرف على كيف الأداء فيها، ويكتشف ما قد يحدث خلالها من أخطاء، ويعمل على تصويبها، ويتأكد من أن أداء المريض فيها قد كان بالشكل المطلوب مما يساعد على حدوث تقدم ملحوظ فى العلاج وبالتالي تحقيق نتائج أفضل .

٥ - التوجه قصير المدى : Short - term orientation

يتم تطبيق البرنامج العلاجى على أساس قصير المدى بحيث لايزيد عدد الجلسات عن عشرين جلسة وذلك لعلاج حالات الإكتئاب الشديد . ويعمل هذا التوجه قصير المدى على زيادة دافعية كل من المريض والمعالج للإستمرار فى توجيههم المتمركز حول المشكلة التى يتعاملان معها . كما أن ذلك يزيد من أهمية وضع صياغة معرفية سلوكية واضحة للمشكلة من جانب المعالج، وقيام المريض بالتعاون مع المعالج فى سبيل تحقيق الخطة العلاجية المستهدفة وذلك خلال هذا المدى القصير حتى يتم التغير المنشود .

دراسات تطبيقية

وسوف نستعرض خلال هذا الجزء بعضاً من الدراسات الحديثة التى تم إجراؤها فى ضوء هذا الإتجاه العلاجى وذلك خلال السنوات العشر الماضية، كما سنوضح من خلالها ما تم إستخدامه فيها من إجراءات وفتيات علاجية وأهم ما توصلت إليه من نتائج .

وفى هذا الإطار تناول صلاح الدين عراقى (١٩٩١) العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج من يعانون من الإكتئاب العصابى من طلاب الجامعة حيث تم إختيار عينة الدراسة من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للإكتئاب، وتم تقسيم العينة المختارة إلى أربع مجموعات تتضمن كل

منها عشرة طلاب (مجموعتين تجريبيتين إحداهما للذكور والأخرى للإناث، وكذلك الحال بالنسبة للمجموعتين الضابطتين). وطبق على المجموعتين التجريبيتين برنامجاً علاجياً إستغرقت جلساته اثنا عشر أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً. وركزت جلسات البرنامج منذ البداية على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل، والتعريف بالعلاج، والواجبات المنزلية، وتسجيل الأفكار المختلة وظيفياً، وإعطاء العملاء كتيب التغلب على المشكلات الذي أعده بيك، ودراسة المشكلات وإختزالها، وإستعراض المواقف المسببة للإنفعالات الكدرة، وإستنباط الأفكار المتعلقة بالحزن، وعمل قائمة بالإتجاهات والإفتراضات التي تجعل الفرد حزناً، ومناقشة المعارف الناشئة عن وجدان كدر، وتسجيل التحريفات المعرفية الشائعة والأحداث المهمة فيها، وتسجيل الأفكار التي تركز على «يجب» ومناقشتها، وإستعراض التفسيرات البديلة، والتغذية الرجعية، ومناقشة الأهداف المستقبلية. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطتين بعد العلاج فى أعراض الإكتئاب لصالح المجموعتين التجريبيتين، كما وجدت فروق دالة بينهما أيضاً فى نفس الإتجاه بعد إنتهاء فترة المتابعة وذلك بعد مرور شهرين على إنتهاء البرنامج العلاجى. وقد دلت النتائج على إنخفاض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، ولم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث من المجموعتين التجريبيتين بعد العلاج ولا بعد إنتهاء فترة المتابعة. كما دلت نتائج الدراسة التتبعية على إستمرار التحسن وزوال الأعراض الإكتئابية.

وتناولت دراسة هشام عبد الله (١٩٩١) أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعى من خلال التعرف على الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالأعراض الإكتئابية وإستخدام فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى فى تعديل الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، ومن ثم خفض حدة الإكتئاب وصدمة ضغوط الحياة. وتكونت عينة الدراسة الإمبريقية من ٤٧٥ طالباً وطالبة طبق عليهم مقياس ضغوط الحياة، والقائمة المعرفية التى أعدها بيك، وإستييان

الأحكام التلقائية السلبية، ومقياس التقدير الذاتى للإكتئاب، وتوصلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين درجة الأحكام التلقائية السلبية ودرجات شدة أعراض الإكتئاب، وكذلك وجود علاقة موجبة دالة بين درجات ضغوط الحياة ودرجات شدة أعراض الإكتئاب. أما عن أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فقد تم إختيار عينة للدراسة العلاجية من بين العينة السابقة مكونة من عشرة طلاب وعشر طالبات ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقاييس الدراسة، وتم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما ضابطة وتضم خمسة طلاب وخمس طالبات، والأخرى تجريبية وتضم أيضاً خمسة طلاب وخمس طالبات طُبّق عليها برنامج علاجي مؤسس على مفاهيم إليس Ellis ويتكون من إثنتى عشرة جلسة علاجية تدور حول شرح هدف البرنامج، وشرح نظرية ABC وتوضيح الأفكار اللاعقلانية التى أوردتها إليس، وإستخدام عدة فنيات علاجية تضمنت التحويل، وإشباع الطالب، ولعب الأدوار، والإقناع المنطقى، والدحض والحث والتشجيع، والتخلى عن المطالبة، والواجبات المنزلية، وضبط الذات. وتوصلت الدراسة إلى التأكد من فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى تعديل الأحكام التلقائية (الأوتوماتيكية) السلبية وجوانب التشويه المعرفى لدى المجموعة العلاجية بعد العلاج. كما وجدت فروق دالة بين المجموعة العلاجية والمجموعة الضابطة بعد العلاج فى كل من مقياس الأحكام التلقائية السلبية، ومقياس التشويه المعرفى فى الإكتئاب، ومقياس شدة أعراض الإكتئاب، ومقياس ضغوط الحياة، وكانت الفروق لصالح المجموعة العلاجية. ولم توجد فروق دالة بين الجنسين داخل المجموعة العلاجية فى المتغيرات السابقة. كما أظهرت نتائج الدراسة الإكلينيكية على حالتين من داخل المجموعة العلاجية فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى الفردى فى تعديل المتغيرات المرتبطة بالإكتئاب.

وأجرى بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema دراسة على عينة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات وجدانية منهم ١٦٨ مريضاً يعانون من إكتئاب حاد MDD أو إكتئاب بسيط dysthymia أو إكتئاب مزدوج أى يجمع بين البسيط والحاد معاً (٨٩ مريضاً يعانون من اضطراب إكتئابى

خالص، ٧٩ مريضاً يعانون من تلازم مرضى بين الإكتئاب والقلق). وللتأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإكتئاب تم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعتين ضمت الأولى ٩٨ مريضاً تلقوا برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وضمت المجموعة الثانية ٦٨ مريضاً تلقوا برنامج العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج بالعقاقير وذلك باستخدام مضادات الإكتئاب. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، وتم خلالها إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين مرضى الإكتئاب الخالص وأولئك الذين يعانون من التلازم المرضى بين الإكتئاب والقلق، وهو ما يؤكد فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج كل من الإكتئاب والقلق، وأنه لم يتحسن مرضى الإكتئاب المزدوج بنفس القدر الذى تحسن به مرضى الإكتئاب الحاد، إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة. كذلك أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى فقط والمرضى الذى تلقوا العلاج المعرفى السلوكى إضافة إلى العلاج بالعقاقير.

كما تناول بروبست وآخرون (١٩٩٢) Propst et . al فعالية العلاج المعرفى السلوكى قياساً بنسخة معدلة من نفس البرنامج العلاجى ذات محتوى دينى تم إعدادها فى ضوء التعاليم الكاثوليكية والبروتستانتية وذلك لعلاج مجموعتين من مرضى الإكتئاب الحاد، تضم إحدهما المرضى المتشددين دينياً (ن = ١٩)، وتضم الثانية مرضى غير متشددين (ن = ٢٠)، إضافة إلى مجموعة ثالثة (ن = ٢٠) كمجموعة ضابطة لم يتلق أعضاءها أى علاج فيصبح بذلك عدد أفراد العينة ٥٩ مريضاً متوسط أعمارهم ٤٠ سنة. وتم تحديد المحتوى الدينى للبرنامج بعد مراجعة مائتين من رجال الدين المسيحي الكاثوليك والبروتستانت. هذا وقد إستغرق تطبيق البرنامج ١٨ أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات

المنزلية. وتمت نصف الجلسات فى مركز دينى تابع لمدرسة دينية فى حين تم نصفها الآخر فى المعمل، وكان نصف المعالجين من المتشددىن دينياً ونصفهم الآخر من غير المتشددىن. وتم تقسيم أفراد كل مجموعة من المجموعتين التجريبيتين إلى مجموعتين فرعيتين ليصبح عدد المجموعات التجريبية بذلك أربع مجموعات على النحو التالى:

أ- المجموعة الأولى: وتتلقى برنامجاً ذا محتوى دينى ويشرفه على العلاج أحد المعالجين المتشددىن دينياً.

ب- المجموعة الثانية: وتتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج متشدد دينياً.

ج- المجموعة الثالثة: وتتلقى برنامجاً ذا محتوى دينى ويشرف على العلاج معالج غير متشدد دينياً.

د- المجموعة الرابعة: وتتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج غير متشدد دينياً.

وأوضحت النتائج فعالية برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة الإكتئاب الحاد مع تفوق فى فاعلية البرنامج ذى المحتوى الدينى للمرضى المتشددىن دينياً، يليه البرنامج العادى للمرضى غير المتشددىن دينياً وذلك قياساً بالمجموعة الضابطة. أما أفضل المجموعات الفرعية فكانت مجموعة المرضى المتشددىن دينياً الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفى السلوكى ذا التوجه الدينى وكان يقوم على علاجهم معالج متشدد دينياً (المجموعة الأولى). كما أدت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى (العادى أو الدينى) فى علاج الإكتئاب الحاد لدى أفراد هذه العينة إلى تحقيقهم لدرجة كبيرة من التوافق النفسى (الشخصى والإجتماعى) قياساً بأعضاء المجموعة الضابطة التى لم يتلق أعضاءها أى علاج.

وفى دراستهما التى قارنا فيها بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والعلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعقاقير وذلك لعلاج الإكتئاب الحاد على عينة (ن = ٣٢) تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٢ سنة بمتوسط ٣٣,٨ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت كل منهما ستة عشر مريضاً وخضعت لأحد البرنامجين فقط. وتألف البرنامج العلاجى للمجموعتين من عشرين جلسة على مدى إثني عشر أسبوعاً بواقع جلستين أسبوعياً فى الأسابيع الثمانية الأولى، ثم جلسة واحدة فقط أسبوعياً فى الأسابيع الأربعة الأخيرة. وتم إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. وإضافة إلى ذلك كان المرضى بالمجموعة الثانية التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعقاقير يتم مقابلتهم مرة واحدة أسبوعياً من جانب الطبيب النفسى فى جلسة تركز على معلومات عن جرعات الدواء والآثار الجانبية له، كشف النتائج التى توصل إليها جونز وبولوس (١٩٩٣) Jones & Pulos عن حدوث تحسن فى حالة المرضى فى المجموعتين وإختفاء معظم الأعراض المرضية بدرجة كبيرة، إلا أن الفروق بين نتائج كلا الأسلوبين لم تكن دالة، وهو ما يعنى أن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده فى علاج الإكتئاب الحاد لا تختلف عن فاعليته إذا ما أضفنا إليه العلاج بالعقاقير. ويتفق سترافنسكى وآخرون (١٩٩٤) Stravynski et. al مع هذه النتيجة فى دراستهم التى أجروها على عينة ضمت ٢٤ مريضاً بالإكتئاب الحاد إنسحب منهم ستة مرضى لتصبح بذلك العينة النهائية للدراسة ١٨ مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت المجموعة الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى إستغرق خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، فى حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجى مضافاً إليه عقار إميرامين imipramine كعقار مضاد للإكتئاب. وتم إستخدام مقياس بيك للإكتئاب، ومقياس هاملتون Hamilton للإكتئاب، ومقياس اليأس تم تطبيقها جميعاً قبل تطبيق البرنامج العلاجى وبعده، حيث كشفت النتائج

عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد العينة فى التطبيقين القبلى والبعدى لصالح التطبيق البعدى، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين ترجع إلى الأسلوبين العلاجيين المستخدمين. وعند متابعة ستة عشر مريضاً منهم بعد ستة شهور أوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى علاج الإكتئاب الحاد، وأن إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجى لم تكن له أى آثار دالة.

هذا وقد وجد تيز وآخرون (١٩٩٤) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت ٦٢ مريضاً، منهم ٢٢ مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم ٣٨,١ سنة، ٤٠ مريضاً متوسط أعمارهم ٣٧,٩ سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا جميعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله إستخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من أقرانهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية مرتفعة وبالتالي كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون (١٩٩٤) Organista et. al ضمت ١٧٥ مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على حدوث تحسن لدى هؤلاء المرضى. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض مرتفعة للإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

وإلى جانب ذلك فقد كشفت نتائج الدراسة التي أجراها جاكوبسون وهولون (١٩٩٦) Jacobson & Hollon على مرضى الإكتئاب الحاد المترددين على المعهد القومى للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية والتي هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير وذلك فى علاج الإكتئاب الحاد والمتضمن فى برنامج علاج الإكتئاب بالمعهد، كشفت الدراسة عن نتائج تتناقض مع ماكشفت عنه الدراسات الأخرى إذ أوضحت أن العلاج بالعقاقير يعد هو الأفضل فى علاج الإكتئاب الحاد قياساً بالعلاج المعرفى السلوكى.

تعليق عام

بعد أن تناولنا الإضطرابات الإكتئابية وطبيعتها والمحكات التشخيصية للإكتئاب وفقاً لما ورد فى DSM - IV والنموذج المعرفى للإكتئاب وكيفية إستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد، وبعد إستعراض التراث السيكلوجى الخاص بالإكتئاب نلاحظ أن دراسة الإكتئاب لانزال تحظى بالنصيب الأكبر من البحث والدراسة، وربما يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجى كان يهدف فى الأصل إلى علاج الإكتئاب، كما أن تلك الدراسات قد طورت من تناولها للإكتئاب وإمتد نطاق الإهتمام ليشمل الإكتئاب الحاد بعد أن كان مقتصرأ على الإكتئاب البسيط فقط.

ويتضح من نتائج تلك الدراسات أنها تكاد تجمع على أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأسلوب الأفضل لعلاج الإضطرابات الإكتئابية المختلفة، وأن إضافة العلاج بالعقاقير إليه لم يؤد إلى أى آثار دالة باستثناء دراسة جاكوبسون وهولون (١٩٩٦) Jacobson & Hollon التي أوضحت أن العلاج بالعقاقير يتفوق على العلاج المعرفى السلوكى فى علاج حالات الإكتئاب الحاد. كذلك فقد كانت أكثر الفنيات العلاجية إستخداماً فى تلك الدراسات هى المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية.

وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات فى مجملها تدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الإضطرابات الإكتئابية إجمالاً حيث كشفت عن إنخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات. وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجى بما يضمه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال، ويؤدى نجاح تنفيذه حتماً إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكى المرغوب، ويؤدى بالتالى إلى قدرة الفرد على إستعادة توافقه من جديد..

