

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

التحليل الكيفي لنتائج الدراسة.

استخلاص نتائج الدراسة.

توصيات الدراسة.

بحوث مقترحة.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في خفض اكتئاب المراهقين، وكذلك التعرف على فعالية العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية؟ وأيضاً نتبع استمرار أثر البرنامج العلاجي، والعلاج الطبي على عينة الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج لمدة شهر.

وفي ضوء ذلك حددت الباحثة عدة فروض تسعى للتحقق منها؛ ولذا فقد قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على العينة في صورة سيكومترية تجريبية بغرض استخلاص نتائج الدراسة في صورة كمية. ثم يتبع ذلك تحليل كافي لنتائج الدراسة حيث تقوم الباحثة بعرض نتائج لدراسة حالة متعمقة من حالات الدراسة التجريبية بصورة كيفية لتوضح الأسباب التي أدت إلى حدوث التغيير لهذه الحالة، والكشف والتغيرات والديناميات التي طرأت عليها بعد تعرضها للبرنامج العلاجي وتتناول الباحثة في هذا الفصل عرض النتائج المتعلقة بفروض الدراسة حيث تقوم الباحثة بعرض ومناقشة وتفسير نتيجة كل فرض من فروض الدراسة على حدة وذلك في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري والدراسة الميدانية التي قامت الباحثة بتطبيقها.

عرض نتائج فروض الدراسة وتفسيرها: نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي في جميع متغيرات الدراسة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات لأيزنك، ومقياس قوة الأنا، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس العمليات الأسرية على كل من المجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك بعد تطبيق برنامج العلاج الأسري على المجموعة التجريبية، واختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط، وتم حساب قيمة كاً للمجموعتين التجريبية والضابطة لجميع متغيرات الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (١/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في جميع متغيرات الدراسة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الأسري

مستوى الدلالة	قيمة كا ^٢ الجدولية	قيمة كا ^٢ المحسوبة	درجة الحرية	الوسيط	العدد		المتغيرات
					ضابطة	تجريبية	
دالة	٣,٨٤ (*) ٦,٦٤ (**)	٨	١	١٧,٥	٤	٤	الاكتئاب
دالة		٨	١	١٧,٥	٤	٤	تقدير الذات
دالة		٨	١	٣٨	٤	٤	قوة الأنا
دالة		٨	١	٤٣,٥	٤	٤	المناخ الأسري
دالة		٨	١	٥٦	٤	٤	العمليات الأسرية

يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^٢ المحسوبة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمتغير الاكتئاب أكبر من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على أن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية وهذه النتيجة تؤكد على الدور الذي تلعبه الأسرة في خفض الاضطرابات الاكتئابية لدى أبنائها المراهقين، وبذلك فالباحثة لا تقبل الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل الذي يشير إلى "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمتغير الاكتئاب" وتستخلص النتيجة التي تشير إلى فاعلية برنامج العلاج النفسي لأسري في خفض مستوى الاكتئاب للمراهقين المكتئبين مما يؤكد على كفاءة وفاعلية العلاج الأسري في علاج اكتئاب المراهقين.

كما يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^٢ المحسوبة للمجموعتين التجريبية والضابطة في متغير تقدير الذات أكبر من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية، مما يدعو الباحثة إلى رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل واستخلاص نتيجة مؤداها "فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين في المجموعة التجريبية".

وأيضاً يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا^٢ المحسوبة للمجموعتين التجريبية والضابطة في متغير قوة الأنا أكبر من قيمة كا^٢ الجدولية عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير قوة الأنا لصالح المجموعة التجريبية. مما يدعو الباحثة إلى رفض الفرض الصفري، واستخلاص نتيجة مؤداها "فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في رفع قوة الأنا للمراهقين المكتئبين".

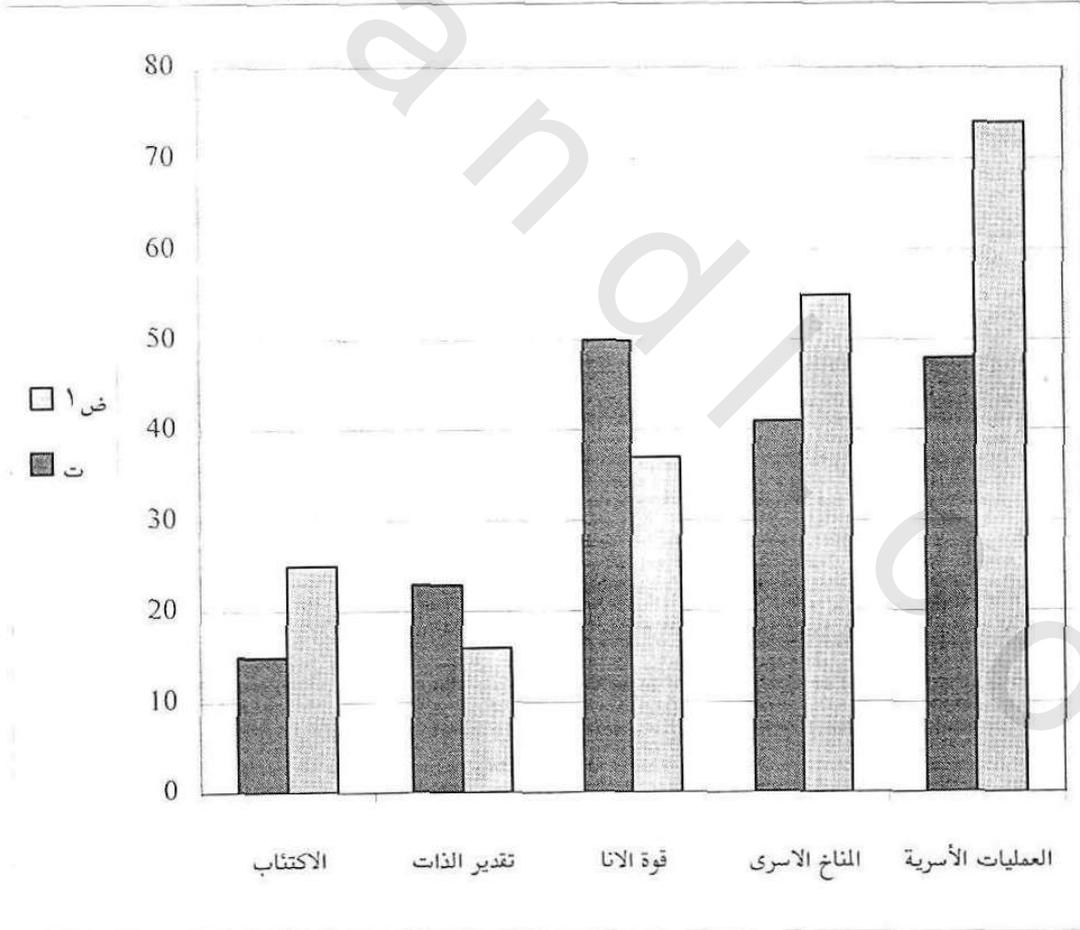
(*) تشير إلى مستوى الدلالة عند ٠,٠٥.

(**) تشير إلى مستوى الدلالة عند ٠,٠١.

وكذلك يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمجموعتين التجريبيّة والضابطة في متغير المناخ الأسري أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبيّة ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي للمناخ الأسري.

وأخيراً يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمجموعتين التجريبيّة والضابطة في متغير العمليات الأسرية أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبيّة ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمتغير العمليات الأسرية.

مما سبق تستخلص الباحثة أنه تم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل الذي ينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبيّة ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبيّة"، ويمكن للباحثة استخلاص نتيجة عامة تؤكد فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في خفض مستوى الاكتئاب، ورفع تقدير الذات، ورفع درجات قوة الأنا، وخفض المناخ الأسري المرضي، وكذلك خفض درجات العمليات الأسرية المرضية للعينة التجريبيّة، وذلك بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض لبرنامج العلاج الأسري، والشكل البياني التالي يوضح دلالة هذه الفروق.



شكل رقم (١/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة التجريبيّة ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة".

وللتأكد من هذا الفرض تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات ومقياس قوة الأنا، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس العمليات الأسرية على المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده للتعرف على دلالة الفروق بين القياسين، ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط على القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية وتم حساب قيمة χ^2 كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (٢/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة

المتغيرات	العدد		الوسيط	درجة الحرية	قيمة χ^2 المحسوبة	قيمة χ^2 الجدولية	مستوى الدلالة
	القياس القبلي	القياس البعدي					
الاكتئاب	٤	٤	٢١,٥	١	٨	٣,٨٤	دالة
تقدير الذات	٤	٤	١٦	١	٨	٦,٦٤	دالة
قوة الأنا	٤	٤	٣٧	١	٨		دالة
المناخ الأسري	٤	٤	٤٣	١	٨		دالة
العمليات الأسرية	٤	٤	٥٧,٥	١	٨		دالة

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمتغير الاكتئاب أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في متغير الاكتئاب. وهذا يشير إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يدل على أن البرنامج كان فعال في علاج الاكتئاب وأن تعديل العلاقات الأسرية وأساليب التواصل وأداء الوظائف الجيد في الأسرة كان له دور إيجابي في علاج الاكتئاب لدى أفراد العينة التجريبية كما ظهر في القياس البعدي.

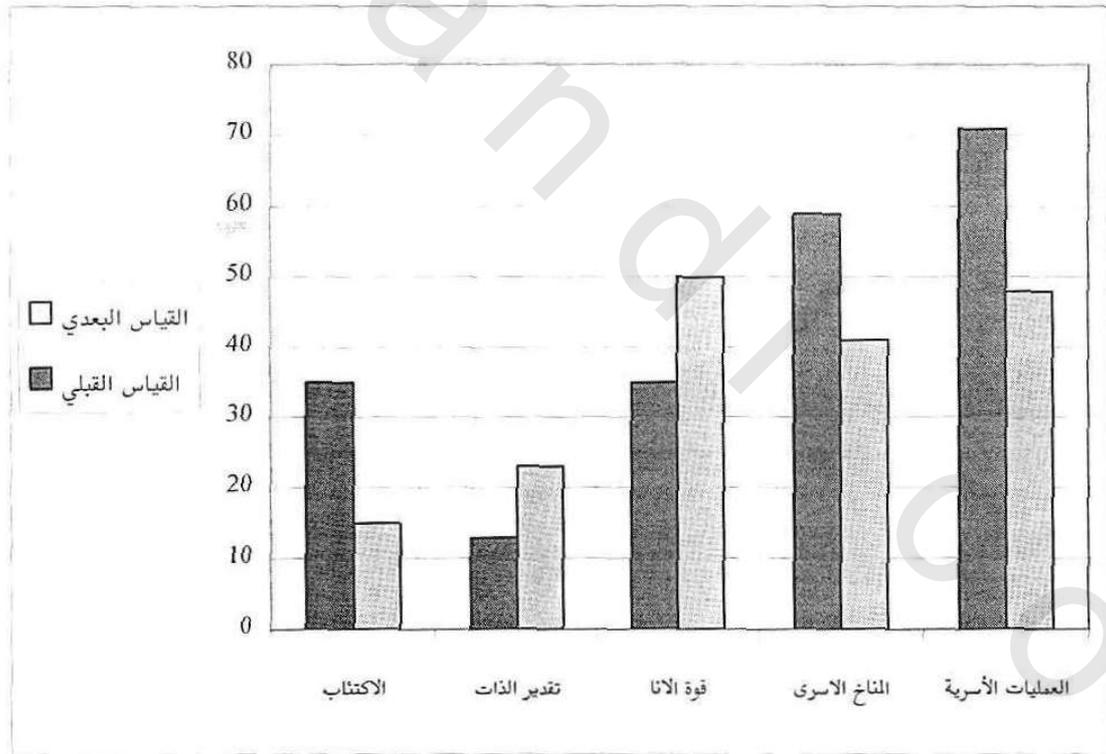
يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في متغير تقدير الذات، وبذلك ترفض الباحثة الفرض الصفري مما يدل على أن برنامج العلاج النفسي الأسري كان له دور فعال في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمتغير قوة الأنا أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في متغير قوة الأنا.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير المناخ الأسري أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)، مما يدل على عدم صحة الفرض الصفري بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في متغير المناخ الأسري؛ مما يدل على أن البرنامج كان له دور إيجابي في تحسين المناخ الأسري لأسر المراهقين المكتئبين.

وكذلك يتضح من الجدول أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير العمليات الأسرية أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في متغير العمليات الأسرية، وهذا يشير إلى دور برنامج العلاج الأسري في علاج العمليات المرضية في الأسر المضطربة.

وبذلك يمكن للباحثة أن ترفض الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل والذي ينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة لصالح القياس البعدي"، ويمكن أن نستخلص النتيجة الآتية: "فاعلية برنامج العلاج الأسري في علاج اكتئاب المراهقين ورفع تقديرهم لذاتهم، وتقوية الأنا لديهم، وتحسين المناخ الأسري المضطرب، وعلاج العمليات الأسرية المرضية"، والشكل البياني التالي يوضح دلالة هذه الفروق:



شكل رقم (٢/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة

وحيث إن نتائج هذا الفرض تتفق مع نتائج الفرض الأول فسوف تتناول الباحثة نتائج هذين الفرضين معاً.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول والثاني:

أسفرت نتائج الفرض الأول عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية.

كما أسفرت نتائج الفرض الثاني عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة وذلك لصالح القياس البعدي.

وبذلك تتفق نتائج هذين الفرضين على: "فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في علاج اكتئاب المراهقين ورفع تقديرهم لذواتهم، وتقوية الأنا، وتحسين المناخ الأسري المرضي، وعلاج العمليات الأسرية المرضية". وتقوم الباحثة بمناقشة وتفسير فاعلية برنامج العلاج الأسري مع كل متغير من متغيرات الدراسة.

متغير الاكتئاب:

ويمكن أن تستخلص الباحثة من نتائج هذه الفروض نتيجة واحدة مؤداها أن "برنامج العلاج النفسي الأسري ساهم بفاعلية في خفض الاكتئاب للمراهقين (عينة الدراسة التجريبية)، حيث أشارت نتائج الفرض الأول إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج وبين المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج في القياس البعدي للاكتئاب، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية. كما أشارت نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وترجع الباحثة هذه الفروق إلى برنامج العلاج الأسري، حيث إن برنامج العلاج النفسي الأسري قد حقق نجاحاً وفاعلية كبيرة في خفض درجة اكتئاب المراهقين.

وتتفق هذه النتيجة مع فروض النظريات ذات التوجه النسقي؛ حيث تفترض أن المرض النفسي ناتج عن خلل في وظائف الأسرة واضطراب في العلاقات الأسرية؛ أي أن هذه النتائج تدعم فروض نظرية الأنساق الأسرية وتؤديها بصورة عملية.

ويشير ديفيد ميكلوويتز Miklowitz, David J. (1994) إلى أن "الاضطراب الذي يصاب به الفرد يعتبر ناشئاً عن خلل وظيفي في الأسرة ككل، ولذلك تفترض النظريات النسقية أن تغير الأسرة من الأعلى إلى الأسفل سوف يعمل على تعديل سلوك أفراد الأسرة والذين تظهر لديهم أعراض المرض النفسي، وتهتم نظرية الأنساق الأسرية بأشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية ومنها على سبيل المثال الاكتئاب؛ حيث يُنظر إليه باعتباره اضطراب مزاجي حدث نتيجة خلل بالأسرة ككل، وعندما لا تتسم الأسرة بالثبات والاستقرار بسبب الأحداث الضاغطة في دورة الحياة الأسرية، فإن ذلك يؤدي ذلك إلى ظهور المرض لدى أحد أفراد الأسرة (المريض المحدد أو كبش الفداء) للتخفيف من مرضية الأسرة وعدم ثباتها واستقرارها، وكطريقة لإعادة توازن النسق (استعادة التوازن الحيوي للأسرة مرة أخرى)، ويؤكد البنائيون على أن الاكتئاب والمرض النفسي لدى أحد أفراد الأسرة بصفة عامة يحدث كنتيجة مباشرة للأبنية الهرمية الأسرية غير السوية ذات الخلل الوظيفي، ومن ثم فإن تخفيض وعلاج الأعراض يكون من خلال التركيز على

الأبنية الأسرية المرضية، وبذلك فالبنائيون يعملون من أعلى لأسفل" (Miklowitz, David, J. 1994: 373-376). وعلى هذا الأساس نجد أن المعالجين الأسريين والنظريات النسقية تُرجع أسباب المرض النفسي بصفة عامة والاكنتاب بصفة خاصة إلى خلل وظيفي في الأسرة.

ويهتمون بإعادة بناء الأسرة من خلال معالجة التسلسل الهرمي للأسرة وإعادة بناء التحالفات وتقوية أفراد الأسرة الذين هم في مراكز ضعف، ويبدأ العلاج الأسري من أعلى أي من الشخصيات صاحبة النفوذ والهرمية ليعدل في استجابتها وسلوكياتها متوجهاً لأسفل وهم أضعف الأعضاء في الأسرة.

كما يشير محمود الزيايدي إلى أن "علاقات المريض الحالية ليست سوى تفسير منذ أن كان طفلاً حتى أصبح منغمساً في مجال علاقات شخصية متبادلة مع الأسرة مما أدى إلى نمو اضطرابه الانفعالي". (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤١٢)

• ونظراً لأن برنامج العلاج الأسري يعتبر علاجاً أسرياً، فقد ركز على الأسرة وعلى العوامل الأسرية المضطربة والخلل الوظيفي داخل هذه الأسر، والتي تؤثر في حدوث الاكنتاب، ومن العوامل الأسرية الهامة التي ركز عليها البرنامج في علاج اكنتاب المراهقات العلاقات الأسرية المضطربة، وحل المشكلات البينشخصية والصراعات بين أفراد الأسرة، وتحسين الأداء الوظيفي للأسرة؛ حيث أشارت نتائج بعض الدراسات إلى "أهمية العلاقات الأسرية وتأثيرها المباشر وغير المباشر في حدوث الاكنتاب للمراهقين". (Broder, Rebecca Joan, 1996) كما أوضحت النتائج "أهمية العلاقة بين الأم والمراهق ومالها من تأثيرات حيث أنها أكبر منبئ بالأعراض الاكنتابية للمراهق وأن العلاقات والتفاعلات بين الوالدين معاً تترك تأثيراتها غير المباشرة على الابن، وتكمن هذه التأثيرات في دخوله المثلث المرضي مع الوالدين وما يترتب عليه من اضطرابات نفسية تصيب المراهق"، (Pool, Elsa Rae, 1993) ويتفق مع هذه النتيجة دولارز مارسيشينو (Marchsano, Dolores, 1993)؛ حيث يشير إلى أن العلاقة بين الأب والأم، وكذلك العلاقة بين الوالدين والابن كلها متغيرات تؤثر في اكنتاب الأبناء.

وقد توصلت نتائج دراسة أخرى إلى أن "ضعف البناء الشخصي والمتمثل في العلاقات بين الأشخاص من عوامل السقوط في الاكنتاب، وأن تجنب حل مشكلة العلاقات البينشخصية يؤدي إلى زيادة أعراض الاكنتاب". (Davila, Joanne, 1993) وقد أشارت نتائج دراسات أخرى كثيرة إلى "وجود علاقة دالة بين الخلافات والصراعات الأسرية والاكنتاب، وتأثير الصراعات (صراع بين الوالدين، وصراع المراهق مع الوالدين) على اكنتاب المراهق، وأن الحماية الزائدة توفر بيئة غير آمنة، وإدراك الارتباط غير الآمن في الأسرة يسهم بدرجة كبيرة في اكنتاب المراهقين" (Booth, Ronald, E. 1994, Brown, Margret, B., 1995, Goodness, Kelly, 1996, Morales, Alejandra, 1999).

• كما ركز البرنامج العلاجي على رفع تقدير الذات للابن المراهق وتقديم أساليب تدعيم إيجابية بغرض تحسين أساليب التواصل وطرق التفاعلات وتعديل العلاقات

المضطربة بهدف تخفيض الاكتئاب؛ حيث أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن "وجود الصراع ونقص التدعيم الحميم من الأسرة للمراهق وبصفة خاصة من الوالدين - يكون مصحوباً بزيادة الاكتئاب؛ فانخفاض تدعيم الأسرة للابن المراهق قد يؤدي إلى تعرض الابن المراهق للاكتئاب، وزيادة الدعم المباشر من الأسرة يرتبط بكفاءة الذات العالية للمراهق، وقد ركزت نتائج هذه الدراسات على أهمية التدعيم المباشر من الأسرة للمراهق؛ حيث إنه يرفع من كفاءة الذات، وينمي إدراك المراهقين لدورهم في الأسرة تنمية إيجابية" (Mendel Dana 1993, Lyons Janice 1994, Lewis, Marian 1995 Goodness, Kelly 1996)

- كما أن العينة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج الأسري ظهر لديها أثناء تطبيق البرنامج ضغوط ومشكلات أسرية، وكان اكتئاب المراهقين ما هو إلا استجابة لهذه الضغوط والمشكلات؛ ولذلك فقد ركز البرنامج على تدريب هذه الأسر على كيفية مواجهة الضغوط والتعامل مع المشكلات بإدراكات جديدة مما كان له دور في نجاح البرنامج في علاج هذه العينة هذا فضلاً عن أن نظريات الأنساق تشير إلى أن الأسرة هي المسببة للمرض حتى وإن لم يشك أفراد العينة من الضغوط الأسرية فالأسرة مسهمة في حدوث الاكتئاب؛ وذلك لأن الأبناء يعيشون في بيئة غير آمنة ومضطربة تسببت في إصابة الأبناء بالمرض النفسي.

- وأيضاً ركز البرنامج على علاج بعض العمليات المرضية اللاسوية في الأسرة والتي تخفف من اكتئاب المراهقين حيث أشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أن العمليات المرضية التي تحدث داخل الأسرة هي التي تُنبئ بحدوث المرض النفسي للمراهق؛ حيث إن نماذج العلاقات الأسرية غير المستقرة تنبئ بحدوث الاكتئاب، وأن وجود نقص في الحدود والروابط بين أفراد الأسرة قد يؤدي إلى نمو أعضاء في الأسرة مصابين بالاكتئاب، ومن أشهر العمليات المرضية الأسرية التي تؤثر في الاكتئاب عملية التثليث؛ حيث أثبتت الدراسات "وجود علاقة دالة بين اكتئاب الطفولة والمثلث المرضي للطفل؛ حيث يلعب التثليث دوراً مهماً في الاضطرابات النفسية بصفة عامة والاضطرابات الوجدانية بصفة خاصة" (Marchesno, Dolores, 1993; Bougere, Alan, 1992; Lyons Janice, 1994; O'connor Thomas, 1995; Pool, Elsa, 1993)

وكذلك فإن عملية كبش الفداء وما لها من أثر في اضطراب العلاقات الأسرية وتمزقها تؤثر في حدوث الاكتئاب (Yahav, Rivka et al, 2002) وبذلك فإن تركيز البرنامج على علاج هذه العمليات يسهم في علاج الاكتئاب.

- وأيضاً تعرض البرنامج لإكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية؛ حيث تم تدريب الأسرة على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل، ومن ثم تعمل على خروج المراهق من وحدته وعزلته، وكذلك إيجاد أنشطة مشتركة بين المراهق وبين أسرته ليشارك أسرته في حياتها الاجتماعية التي قد انسحب منها من قبل وكان لذلك دور كبير في خفض درجة الاكتئاب لدى المراهق؛ حيث إن المكتئب يكون لديه فقر في المهارات الاجتماعية تجعله غير قادر على التعامل بفاعلية مع الآخرين والتواصل الجيد معهم وتبادل المشاعر

الإيجابية " حيث إنه في مواقف التفاعل الاجتماعي السليم والصحي تكتسب العلاقات الاجتماعية نجاحها وقيمتها من حرص كل الأطراف على تكرار التواصل بالآخرين، وخلق الفرص لتحقيق المزيد منه، ولكي تحقق العلاقات الاجتماعية هذا الهدف يجب أن تكون لها جاذبية تكفي لخلق هذا الحرص المتبادل لتكرارها أي لابد أن تتحقق لكل الأطراف الداخلية في التفاعل والتواصل الاجتماعي بعض المكاسب بما فيها المكاسب النفسية كالشعور بالتقدير أو أننا موضع اهتمام". (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٥٠)

والفرد المكتئب هو أكثر الأفراد الذين يحتاجون إلى الحصول على هذا العائد، حيث إنه يحتاج إلى الشعور بالتقدير من قبل المحيطين، وإكساب المهارات الاجتماعية للأسرة وإيجاد فرص للتفاعل الاجتماعي هي أنسب المواقف ليشعر فيها المراهق بذاته.

• كما ركز البرنامج على بعض الفنيات الهامة التي تم تطبيقها أثناء الجلسات العلاجية مما كان له أثر فعال في خفض الاكتئاب، من أهمها إعادة التشكيل Reframing، وهذه الفنيات ساعدت على بناء أنماط جديدة من التفاعلات لهذه الأسر، وكذلك ساهمت في إعادة تحديد المشكلة بشكل يجعلها محددة وقابلة للحل، وكذلك إدراك المواقف والمشاكل والصراعات بشكل مختلف عن قبل، ومن أكثر الفنيات التي ساهمت في علاج الاكتئاب فنية التدخل المتناقض Paradoxial Intervention، ويتم خلالها تشجيع استمرارية العرض وتغيرات الأسرة حول هذا العرض، كما أن أساليب تعديل السلوك باستخدام أساليب التدعيم Reinforcement، وأسلوب التغذية المرتدة Feedback كان لها دور كبير في تعديل سلوكيات أفراد الأسرة معاً وتغيير طرق تفاعلاتهم المعتادة وأساليب تواصلهم التي كانت تؤثر في اكتئاب المراهقين، وقد ساعدت هذه الفنيات في تغيير البناء والوظيفة لهذه الأسر إلى الشكل الإيجابي؛ حيث أستخدمت أساليب التدعيم الإيجابي في رفع الأسرة لتقدير الذات للابنة المكتئبة مما ساعد في خفض الاكتئاب، كذلك استخدمت الباحثة فنية الكرسي الخالي والتي اتاحت لكل فرد من أفراد الأسرة أن يعبر عن مشاعره تجاه باقي الأفراد في الأسرة وبعد هذا التدريب تم الانتقال إلى درجة أعلى من التعبير عن المشاعر من خلال أسلوب المواجهة بين أفراد الأسرة.

• كما اهتم البرنامج العلاجي بالعمل على تنمية إدراك المراهق لكفاءة وقدرة أسرته، وحل مشكلاته كمدخل لتنمية الثقة بين المراهق المكتئب وأسرته عن طريق تغيير تفاعلاتهم وطبيعة علاقاتهم المضطربة.

وكذلك تضمنت جلسات البرنامج بعض المحاولات لاستجداء تعاطف كل منهم نحو الآخر، والتعبير عن المشاعر الإيجابية المشتركة بينهم سعياً لمحاولة إعادة التماسك الأسري المفتقد في هذه الأسرة عن طريق تقوية روابط معينة وكسر روابط أخرى بهدف تحسين الأسرة وإعادة بنائها وأدائها الوظيفي بشكل مختلف عن ذي قبل. وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج الدراسات الحديثة التي أثبتت كفاءة وفاعلية العلاج النفسي الأسري في علاج اكتئاب المراهقين (Raymond Gallope, 1987, Edelstien, Karen, 1993)

Carr-1997، سلامة منصور، Diamond, Guy & Siqueland Lynne. 1995, Alan, 2000, Stern, s. Richard, 2003, Eskridge Laura, 2004)

وبذلك يمكن تلخيص ما سبق في أن برنامج العلاج الأسري قد ساهم بفاعلية في علاج اكتئاب المراهقين؛ وذلك لأن البرنامج اهتم بعلاج الأسباب التي أدت إلى هذا الاكتئاب، وقد تم تحديد هذه الأسباب بناءً على نظريات الأنساق في تحديدها لأسباب الاكتئاب، وكذلك الدراسات السابقة التي حددت دور العوامل والمتغيرات الأسرية التي تؤثر في الاكتئاب، وأخيراً بناءً على رؤية الباحثة للحالة وأسرتها وما تم ذكره من أسباب أدت إلى هذا الاضطراب من وجهة نظر الأسرة.

وعلى هذا الأساس ركز البرنامج في البحث عن الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب، ووظفت الباحثة فنياته وأدواته لتحقيق أهدافه مما كان له أثر إيجابي في علاج اكتئاب المراهقين وعلاج أسرهم من مرضيتهم.

ومن التفسير السابق الذي قدمته الباحثة لهذه النتيجة يمكن أن نستخلص أن هناك عوامل كثيرة ساهمت في نجاح برنامج العلاج النفسي الأسري في خفض اكتئاب المراهقين من أهمها:

- طبيعة برنامج العلاج الأسري للمراهقين المكتئبين؛ حيث إنه يهتم بتخفيض اكتئاب المراهق عن طريق توزيع المسؤوليات بين أفراد الأسرة لمساعدة الأسرة على تحسين أدائها لوظائفها، وكذلك تعديل بناء الأسرة المضطرب والذي يكون أساسه وجود علاقات أسرية مضطربة لذلك فقد ركز البرنامج بفنياته المختلفة على تحقيق هذا الهدف، حيث اهتم بتعديل العلاقات وإكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية الهامة التي تحسن من كفاءة هذه العلاقات.

- كما أن هناك دلائل تشير إلى وجود ارتباط بين العلاقات الأسرية وحدوث الاكتئاب عند المراهقين، وقد عرضتها الباحثة باستفاضة في فصل الدراسات السابقة، وبالتالي فإن علاج السبب سوف يؤدي إلى تخفيف العرض، خاصة وأن المراهقين المكتئبين (عينة الدراسة) كانوا يشكون من ضغوط ومشكلات أسرية.

- كما أن النظريات النسقية والدراسات التجريبية التي أجريت في هذا المجال قد دعمت فعالية وكفاءة العلاج الأسري في علاج الاكتئاب، مما ساهم في وضع أساس لهذه الدراسة.

- وأيضاً أشارت النظرية السلوكية في تفسير ظاهرة الاكتئاب إلى أن الاكتئاب ينشأ من التدعيم السالب من البيئة المحيطة والنقص في المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق التوافق، وانفقت هذه النظرية في تفسيرها للاكتئاب مع المداخل البين شخصية التي فسرت أن الأفراد المكتئبين يسعون وراء الحصول على التعزيز من الآخرين فهم يستخدمون أعراض اضطرابهم لانتزاع ردود أفعال محددة من الآخرين وهذه المداخل تشير إلى أن المراهق المكتئب يفقد الدعم ويسعى للحصول عليه.

• كما أن طبيعة مرحلة المراهقة والتي يبحث فيها المراهق عن هويته وتحقيق ذاته ويعاني فيها من العديد من الصراعات، ويكون له مطالب واحتياجات نفسية معينة تحتاج إلى إشباع، كل هذه العوامل - تجعل المراهق يدرك الأمور بشكل انفعالي وبالتالي فإن العلاقات الأسرية المضطربة والبيئة الأسرية غير الآمنة والمناخ السائد في الأسرة يؤثر بشكل كبير في شخصيته؛ ولذلك عندما يتدخل البرنامج العلاجي لإصلاح هذه البيئة والصراعات وإصلاح العلاقات الأسرية المضطربة فإن المراهق يكون أكثر حساسية لتقبل هذا الشكل الجديد من العلاقات، والمتمثل في المناخ الديمقراطي والعلاقات الأسرية المستقرة مما يجعله يدرك أسرته بشكل جديد وهذا يخفف من اكتنابه، هذا بالإضافة إلى استبصار الأسرة بطبيعة المرحلة النمائية يجعلها تراعي إشباع الحاجات النفسية للمراهق، مما يحسن من طبيعة العلاقات الأسرية ويقلل من حدوث الصراعات التي تزيد من الاكتئاب، فشعور المراهق بتقدير والديه له تقديراً إيجابياً، وتقديم الدعم الكافي له يجعله يحسن من نظرتة لذاته، وبالتالي يخفض من اكتنابه.

فالعلاج الأسري يزيد من قدرة الوالدين على فهم ابنهم المراهق ويساعد المراهق على حل مشاكله مع والديه؛ حيث إنه يركز على مشكلات العلاقات بينهم أكثر من المشكلات السلوكية اليومية مما يزيد من تعاطف الجانبين معاً (المراهق ووالديه) وهذا مدخل مهم وأساسي في علاج أسرة المراهق المكتئب.

• كما أنه من واقع الخبرة الميدانية أثناء قيام الباحثة بتطبيق برنامج العلاج الأسري على أسر المراهقين المكتئبين لاحظت الباحثة أنه كلما تحسنت العلاقات الأسرية وتغيرت إلى الاتجاه الإيجابي، ظهر حماس واستعداد عالٍ من المراهقات المكتئبات في الاستمرار، خاصة عندما تتحسن العلاقة مع الشخصية المؤثرة في المراهقة، أي الشخص صاحب السلطة وذو النفوذ والهرمية في النسق الأسري والذي تتخذ منه المراهقة موقفاً دفاعياً.

"ففي إحدى حالات الدراسة التجريبية كانت العلاقة مضطربة بين البنت ووالدتها صاحبه النفوذ والهرمية.. وكانت البنت المكتئبة منسحبة من الحياة الاجتماعية الأسرية تماماً وكانت العلاقة بينهم تتسم بعدم الثقة وسوء الظن والخوف وعدم الاحترام مما أدى إلى انسحاب البنت المكتئبة من الحياة الاجتماعية بصفة عامة، وعندما تحسنت علاقة هذه الابنة المكتئبة مع والدتها واستعادت ثقتها بوالدتها وغيرت الأم من طبيعة علاقتها مع ابنتها ظهرت نتائج غير متوقعة أكثر من مجرد تخفيض الاكتئاب عند هذه الابنة حيث تحولت الأم إلى دور الصديقة لابنتها التي تدفعها للمشاركة في الحياة الاجتماعية، وذلك بعدما تغيرت الابنة مع والدتها وبدأت تكشف لها عن أسرار خاصة بها وكانت سبباً في انسحابها من الحياة الاجتماعية بصفة عامة.

فكان الهدف الأساسي هو تخفيض الاكتئاب عند هذه الابنة المراهقة، إلا أن الباحثة لاحظت أن الأم أصبحت أكثر توافقاً وبدأت تتخذ خطوات نحو الاقتراب من ابنتها ويزداد تعاطفها معها دون تخطيط من الباحثة لتطور هذه الخطوات.

وهذا يشير إلى أن البرنامج العلاجي ما هو إلا نقطة بداية في تحول مسار العلاقات المضطربة التي تتغير وتتحول إلى الأفضل بناءً على التغيير الأساسي وكأن هذه التغييرات في البناء مترتبة على بعضها عندما يحدث تغير في أساس البناء يترتب عليه تغير في البناء الأسري كله.

متغير تقدير الذات:

تشير النتائج إلى: "فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في رفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات؛ حيث ساهم برنامج العلاج الأسري بفاعلية في رفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات، وكان رفع تقدير الذات لدى المراهقات هو مفتاح علاج الاكتئاب في هذه الدراسة؛ حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية دالة بين انخفاض تقدير الذات وحدوث الاكتئاب". (Guarino, Mary, 1994، راوية محمود دسوقي، ١٩٩٥، Booth, Ronald 1994; Goodness, Kelly, 1996).

كما أن معظم الدراسات الفردية والأسرية التي اهتمت بعلاج الاكتئاب ركزت على رفع تقدير الذات للمكتئبين؛ حيث أكد التراث النظري على العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات المنخفض، وفسرت النظريات أسباب نشأة الاكتئاب في ضوء انخفاض تقدير الذات بصورة مباشرة.

فنظرية التحليل النفسي أرجعت سبب الاكتئاب إلى فقد موضوع الحب، وإدراك الذات لقلّة حيلتها وعدم قدرتها على تحقيق أهدافها وطموحاتها، مما يؤدي إلى تقدير ذات سلبي ويبدأ المكتئب في توجيه العدوان نحو ذاته واتهام الأنا والإحساس بالدونية، فانقراض المكتئب الحب والتقدير هو السبب الرئيسي في الاكتئاب، أما النظريات المعرفية فقد فسرت الاكتئاب في ضوء التشوية المعرفي للثالوث المعرفي، وفيه يدرك المكتئب أفكاراً ومعتقدات سالبة عن ذاته وقدراته وإمكاناته وكفاءته، ويعزو أي فشل إلى نقص في قدراته. كما أن نظرية التحكم في الذات أشارت إلى أن المكتئب يفقد القدرة على التحكم الإيجابي في الذات ومن ثم يلجأ إلى معاقبة الذات وتقييمها سلبياً أما نظريات التدعيم والنظريات البين شخصية فترجع أسباب الاكتئاب إلى انقراض التدعيم الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض تقدير الذات وتقييمها سلبياً.

ويشير ريتشارد سوين (١٩٧٩) إلى أن "الاضطرابات الوجدانية تصنف من الناحية السلوكية تحت ما يسمى بأنظمة تدعيم الذات المنفردة والتي تتميز باصطناع معايير عالية لتقويم الذات، ومثال ذلك الأشخاص الذين تفشل عندهم الثقة بالذات إلى حد شديد، والذين يحاولون الانتحار وكذلك المكتئبون، ويؤكد أن الاختلاف قد ينشأ عن تعلم سابق قديم في تاريخ الشخص تعلم كان الفرد يثاب فيه على الالتجاء إلى المعايير الصارمة الشديدة عند تقدير الذات". (ريتشارد سوين، ١٩٧٩: ٨٨٤)

وبذلك فإن ارتفاع تقدير الذات قد يؤدي إلى علاج الاكتئاب وهذا ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة؛ حيث أثبتت نتائج هذه الفروض أن برنامج العلاج النفسي الأسري قد حقق فعالية في رفع تقدير الذات ومن ثم في علاج الاكتئاب.

وُرجع الباحثة رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين إلى برنامج العلاج الأسري حيث إنه اهتم بمتغيرات وعوامل أسرية تؤثر في مفهوم الذات.

ومن المعروف أن الأسرة تسهم بشكل كبير في تشكيل شخصية المراهق وتقديره لذاته؛ حيث إن بناء مفهوم الذات يتكون داخل الأسرة من خلال أساليب التواصل الجيدة وأساليب التدعيم الإيجابية وعمليات التنشئة الاجتماعية الجيدة والصحيحة، وحيث إن هذه الدراسة تعرضت للأسر المريضة التي ساهمت في ظهور الاكتئاب لدى أحد أبنائها وساهمت في انخفاض تقدير الذات لدى هؤلاء الأبناء، فكان اهتمام برنامج العلاج الأسري بتقدير الذات للأبناء في هذه الأسر المريضة يسير وفقاً للخطوات التالية:

- اكتشاف مواطن الضعف والخلل داخل هذه الأسر والتي أثرت على اكتئاب أحد الأبناء وتقدير ذاتهم المنخفضة.
- تحديد العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة، وربطها بتقدير الذات المنخفض لدى الأبناء.
- استبصار الأسرة بهذا الخلل، وبعلاقته باكتئاب الابن المراهق، وأنها كانت سبباً في حدوثه.
- تقديم بعض الإرشادات التي تساعد الأسرة في تصحيح مفهوم الذات باتباع عدد من الخطوات البنائية التي تسهم في تصحيح مفهوم الذات لدى أبنائها، وإكسابهم بعض المهارات الاجتماعية التي تسهم في رفع تقدير الذات لأبنائها.
- عمل تطبيقات عملية وتدريبات للأسرة لممارسة المهارات والإرشادات لتطبيقها بصورة إيجابية في الحياة الأسرية الطبيعية.
- وأخيراً التركيز في تفاعلات الأسرة على أساليب التواصل وأساليب التدعيم الجيدة التي ترفع من تقدير الذات لدى أبنائها.

أي أن برنامج العلاج الأسري بدأ من الجانب المرضي الذي تطبقه الأسرة المريضة، وعمل على تصحيحه حتى انتهى إلى ممارسة السلوك السوي الذي يُحسن من سلوكيات هذه الأسرة ويساهم في تشكيل ذات إيجابية جديدة.

ومن أهم مواطن الخلل وجوانب الضعف التي ظهرت عند أسر المراهقين المكتئبين وساهمت في خفض تقديرهم لذواتهم كانت أساليب التواصل السلبية، والتي ظهرت فيها رسائل نفسية تتصف بالرفض والإهمال والنبذ واللوم والتأنيب، وأساليب التدعيم السلبية والتي ظهرت من خلال تكليف الأبناء بأعمال تفوق قدراتهم، والتدعيم السلبي والنقد المستمر على عدم استطاعتهم وأحياناً مقارنةهم بالآخرين الأكثر الذين يتميزون بأنهم أكثر منهم في القدرة، هذا بالإضافة إلى المناخ الأسري المليء بالصراعات والتوتر، والعلاقات الأسرية المضطربة كل ذلك ساهم في ظهور تقدير ذات منخفض واكتئاب لدى الأبناء.

وقد بينت العديد من الدراسات الدور الذي تلعبه التنشئة الأسرية في تكوين مفهوم الذات، فقد أشار ستانلي كوبرسميث Stanly Copper Smith إلى أن أساليب المعاملة الوالدية في تنشئة الأطفال تؤثر في نمو مفهوم وتقدير الذات لديهم، كما أن تقدير الذات المرتفع لدى الأطفال مرتبط بشدة بالقبول الوالدي وبالحب والحنان تجاه الأبناء، كما أشار كابلان Caplan وبوكورني Pokorny إلى أن الأطفال الذين عاشوا في بيوت متصدعة لديهم مفاهيم سلبية عن الذات، كما انتهى سمرلين Sumarlin إلى وجود ارتباط موجب بين استخدام الوالدين لأسلوب التقبل والدفء ومفهوم الذات الموجب لدى الأبناء بوجه عام ومفهوم الذات الاجتماعية بوجه خاص" (أحمد السيد إسماعيل، ١٩٩٣: ١٠٥-١٠٧).

وهذا يؤكد أن الأسرة تسهم بدور كبير في رفع أو خفض تقدير الذات لأبنائها حيث إن هذا يتوقف على عوامل أسرية كثيرة تتحكم في تقدير الذات للأبناء.

كما أن العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة من مثلث مرضي ورابطة مزدوجة وكبش فداء ولأنسنة وغيرها ساهمت في خفض تقدير الذات لدى الأبناء ومن ثم في حدوث الاكتئاب؛ ولذلك فقد ركز البرنامج على تشجيع أنماط أفضل من التواصل تتضمن رسائل نفسية إيجابية، وتقديم الدعم الاجتماعي للمراهق، وإعادة تشكيل العلاقات الأسرية المضطربة وعلاج العمليات المرضية؛ مما كان له أثر في رفع تقدير المراهق لذاته.

وتشير جانيت روزيلو وبيرنال Rossello Jennette & Bernal Guillermo إلى أن "هدف علاج الاكتئاب هو تمكين المراهق من إدراك الدور الجديد على أنه إيجابي، واستعادة تقدير الذات عن طريق تدعيم كيفية التعامل مع الموقف الجديد ومتطلباته، وتدعيم قدرة الفرد على حل مشاكله بنفسه، وتشجيع اكتساب مهارات اجتماعية جديدة للدور الجديد، كذلك مراجعة الدعم الاجتماعي الذي تقدمه الأسرة للمراهق، فإذا كان نظام الدعم ضعيفاً فإن هناك خطوات تتخذ لتقويته وإذا ما وجد أن نظام الدعم كفاً فإن التركيز ينصب على المحافظة على قوته، وتتركز الفكرة في أنه كلما كان نظام الدعم قوياً، كلما كان ذلك أيسر لمواجهة المواقف الصعبة والتغلب على الاكتئاب. (Rossello Jennette, et al, 1999).

ويشير ماهر محمود (١٩٨٨) إلى أن هناك خطوات لتصحيح مفهوم الذات، وهي:

- ١- إشباع الحاجات الأساسية والحاجات الثانوية عند الفرد بالطرق المشروعة.
- ٢- عدم تكليف الفرد للقيام بالأعمال التي تفوق قدراته وإمكاناته، وعدم إرغامه على إنجاز أي عمل يكون فوق طاقته وقدراته.
- ٣- مساعدة الفرد على التخلص من إحساسه بالدونية وتأنيب النفس وإيلاء الذات في جو من المحبة والموودة المشحون بالانفعالات الإيجابية والعواطف البناءة وعلى أسس من التسامح والتقبل والصبر، دون توجيه أي لوم له.

٤- محاولة غرس الثقة في نفس الفرد وتشجيعه على تعميقها، وإشعاره بأنه قادر على إنجاز ما يُطلب منه في حدود إمكاناته وطاقاته، وبأنه غير مطالب بأكثر مما يقدر عليه.

٥- خلق الدافعية للإنجاز عند الفرد، مع تعزيزها بوسائل متباينة للتدعيم من مكافآت مادية وعينية وعبارات استحسان وامتنان". (ماهر محمود عمر، ١٩٨٨: ٤٨٢)

وقد سعت الباحثة في البرنامج العلاجي إلى استبصار الأسرة بهذه الخطوات وبدورها في تحقيقها وتطبيقها في الحياة الأسرية مع الابن المراهق؛ مما كان له أثر في رفع تقدير الذات لدى المراهق.

كما أن وجود مناخ أسري مضطرب وعمليات أسرية غير سوية تمارسها الأسرة مع أبنائها في وجود قوة أنا ضعيفة لدى هؤلاء الأبناء خاصة وأنهم في مرحلة المراهقة.. المرحلة التي يبحثون فيها عن تحقيق ذاتهم وتكوين هويتهم في وسط هذا الاضطراب والمناخ المرضي الذي يؤثر في تقدير الذات المنخفض وحدث الاكتئاب لذلك فإن نجاح البرنامج في علاج العمليات المرضية في الأسرة وإصلاح المناخ الأسري المضطرب كان له أثر في ارتفاع تقدير الذات لدى المراهقين وعلاجهم من الاكتئاب.

قوة الأنا:

أشارت النتائج إلى: "فاعلية برنامج العلاج الأسري في رفع درجة قوة الأنا للمراهقين المكتئبين".

أي أن برنامج العلاج الأسري قد أثر على ارتفاع درجات الثبات الانفعالي عند المراهقين المكتئبين، وارتفاع درجة توافقهم مع ذاتهم وإحساسهم الإيجابي بالرضا. فالبرنامج عمل على تقوية الأنا في القيام بوظائفها؛ مما ساعد على الشفاء وقصر مدة العلاج، وترجع الباحثة تحول اتجاه الأنا - من أنا ضعيفة عند الفرد المكتئب إلى أنا قوية قادرة على القيام بوظائفها النفسية - إلى برنامج العلاج النفسي الأسري حيث أثر البرنامج العلاجي على اتجاه قوة الأنا.

حيث إن المشكلة الأساسية هي وجود أنا ضعيفة عند الفرد المكتئب تصل إلى حالة الاستسلام واليأس؛ مما يؤدي إلى أنها تفقد قدرتها على القيام بوظائفها في حل الصراعات، فيقع الفرد المكتئب فريسة لهذه الصراعات، كما أن وجود أنا أعلى صارم وقاسي يجعل الفرد المكتئب يشعر بالذنب ولوم واتهام الذات وعقابها بصورة مستمرة.

كما أن دفاعات الأنا لها نظيرها وهي الأعراض الإكلينيكية، فإذا نجحت في الحفاظ على الأنا بصفة عامة فيمكن أن تقول أن الموقف تم تعويضه أو توازنه جيداً well compensated أما إذا كانت الدفاعات غير مناسبة اختلت عملية التعويض أو التوازن، وينفتح الطريق أمام العمليات المرضية. (علاء الدين كفاي، ١٩٨٩: ١٢٩)

هذا بالإضافة إلى الأنا في أضعف مراحلها نتيجة نقص الطاقة عند المراهق كما أن صراعاته تؤدي إلى ضعف الأنا نتيجة أنه مازال يستمد تقديره لذاته من الأسرة كما أن

الصراعات التي يمر بها الفرد أثناء مرحلة المراهقة بحثاً عن تكوين هوية، وإنشاء أنا إيجابي وتحقيق الذات، ولكن قلة حيلة الأنا في تحقيق طموحاتها وأهدافها يؤدي إلى ضعف تقدير الذات لدى الفرد المكتئب.. لذلك فكان دور برنامج العلاج الأسري لرفع درجات قوة الأنا للمراهقين المكتئبين هو تقوية دفاعات الأنا لتصبح أكثر قوة ولتستطيع مواجهة صراعاتها، وقد تم ذلك من خلال البرنامج العلاجي في عدة نقاط وهي:

- إعادة تنظيم انفعالات المراهق المكتئب، وقد تم ذلك في جلسات عن (تحالفات مع المراهق – وجلسة لتعبير المراهق عن اكتئابيه – جلسة لتنمية توكيدية المراهق) وتم خلال هذه الجلسات إتاحة الفرصة للمراهق المكتئب للتعبير عن مشاعره المكبوتة، ومحاولة تخفيف قسوة الأنا الأعلى الباعثة على مشاعر الذنب عنده، ومحاولة تأكيد نفسه في المواقف الأسرية المختلفة عن طريق تنمية توكيديته، وكذلك إتاحة الفرصة لأفراد الأسرة للتعبير عن مشاعرهم الإيجابية تجاهه ليرى ويدرك المراهق المكتئب نقاط قوته كما يدرك نقاط ضعفه.

- التركيز مع أفراد الأسرة على استخدام أساليب التدعيم الإيجابية مع الابن المكتئب، وتدريبهم على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لتحسين العلاقة بين أفراد الأسرة وبين المراهق، وإعادة تشكيل العلاقة بين أفراد الأسرة وبين الابن المكتئب مرة أخرى عن طريق كسر الروابط الضعيفة والتي تؤثر في اضطراب الابن المراهق، وتقوية الروابط القوية التي تدعم سلوكيات المكتئب الإيجابية وتشعره بوجوده وانتمائه لهذه الأسرة.

- علاج العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة مع هذا الابن، وتؤثر في اضطرابه، بحيث تغير الأسرة من طريقتها المعتادة في تفاعلها مع الأبناء بصفة عامة ومع الابن المكتئب بصفة خاصة، وتعديل من أساليب تواصلها، مما يؤثر في تعديل العلاقات الأسرية المضطربة والتي تؤثر في اكتئاب الابن، والذي ينتج عنه ضعف الأنا وقلة حيلتها في حل الصراعات التي تواجهها.

- كما أن استبصار الأسرة بطبيعة مرحلة المراهقة والصراعات التي تمر بها، وتدريب الأسرة على كيفية إشباع الحاجات النفسية للمراهق، ومساعدته على مواجهة صراعاته خاصة وأن المراهق يبحث عن أنا إيجابي وتكوين هوية، وتدريب أفراد الأسرة بما فيهم المراهق على مهارة حل المشكلة بصفة خاصة، تجعلهم أكثر قدرة ووعي لإدراك الأمور بشكل مختلف وبأكثر من رؤية للمشكلة الواحدة.

وبذلك فقد ساهم البرنامج العلاجي في تقوية دفاعات الأنا لمواجهة الصراعات التي يمر بها المكتئب، من خلال تحسين مهارات الاتصال مع الأبناء المراهقين عن طريق التدعيم والمشاركة، وعلاج العمليات الأسرية المرضية، وتعديل العلاقات الأسرية المضطربة، وتدريب الأسرة على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية التي تساعد على إعادة تشكيل العلاقات وتوجيه الأسرة لإشباع الحاجات النفسية للابن المراهق، وكذلك إتاحة الفرصة للابن المكتئب أن يعبر عن طاقاته ومشاعره المكبوتة والتي غالباً ما يوجهها نحو الذات ونحو الأنا مما يزيد من إحساسه بالدونية ومشاعر بالذنب؛ حيث إن تفرغ المراهق لإنفعالاته ومشاعره سواء في الجلسة الفردية مع الباحثة أو في الجلسات

الأسرية مع أفراد أسرته كان له دور في تدريب المراهق المكتئب على التعبير عن مشاعره والتعبير عن التوكيدية والثقة بالنفس التي يفنقدها هذا المكتئب.

وبذلك فإن تحسين البرنامج العلاجي للمناخ الأسري المضطرب، وعلاج العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة، والأداء الوظيفي الجيد للأسرة، ورفع تقدير المراهق لذاته، كل هذه العوامل ساهمت في تحسين قدرة الأنا في القيام بوظائفها والمتمثلة في حل الصراعات التي تواجهها، وفي الإحساس بالرضا، وفي تحقيق التوافق مع الذات ومع الأسرة ومع المجتمع، فقد ساهمت هذه العوامل في تغيير اتجاه الأنا لدى الفرد المكتئب من أنا ضعيفة إلى أنا قوية تؤدي وظائفها على نحو جيد، ومن ثم ثبات انفعالي لدى المراهق.

وتدعم هذه النتيجة نتائج إحدى الدراسات، والتي تشير إلى أن "السياق الأسري والتوافق الاجتماعي يتوسط نمو الأنا، وتقدير الذات". (Diamond, Guy & Siguland, 1995) أي أن البناء الأسري الجيد يعمل على تحسين قدرة الأنا في القيام بوظائفها؛ مما يترتب عليه تحسين رؤية المراهق لذاته ويؤدي إلى توافقه الاجتماعي.

وأثناء الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة ظهرت بالفعل الصراعات التي يعاني منها هؤلاء المراهقات المكتئبات، والتي لم يتمكنوا من حلها، مما يدل على وجود أنا ضعيفة لم تستطع حل هذه الصراعات، وظهرت استجاباتهم في مشاعر اليأس والاستسلام والإحباط حتى وصل إلى إصابتهم بالاكتئاب، ولكن ظهر مع هذه الحالات دور الحيل الدفاعية أو ميكانزمات الدفاع؛ حيث لعبت دوراً واضحاً في سلوك هؤلاء المكتئبات، وهذا يشير إلى أن ضعف الأنا وعدم قدرتها على حل الصراعات جعلها تحاول حل هذه الصراعات بشكل مؤقت أو تسكنه فترة معينة لحل الموقف، ومن أكثر الحيل الدفاعية التي لجأت إليها الأنا لهؤلاء المكتئبات كانت التعويض والتبرير والنكوص وأحياناً العدوان الموجه نحو الأسرة؛ ففي حالتين من حالات الدراسة لجأت الأنا عندهم لميكانيزم النكوص والارتداد لمرحلة سابقة أو لعادة قديمة فقد ارتدت إحدى حالات الدراسة إلى عادة قديمة في الطفولة وهي التبول اللاإرادي، ولا توجد أي عيوب عضوية مسئولة عن هذا التبول كما عادت الحالة الثانية إلى سلوكيات طفلية واضحة في طريقة الكلام وفي الصراخ والبكاء وهذه الاستجابات هي استجابات طبيعية لفقدان الحب والاهتمام من قبل أسرته ورد فعل ناتج عن كثرة الصراعات والضغوط والمشكلات الأسرية المؤثرة عليهم.

وعندما تدخل البرنامج العلاجي لإصلاح العلاقات المضطربة وتوجيه الأسرة لتدعيم ومشاركة بناتهم، وأتاح الفرص للتعبير عن المشاعر الإيجابية والتقبل كان له أثر في زوال العادات والسلوكيات الخاطئة التي قام بها هؤلاء المراهقات حيث بدأت هذه السلوكيات في الانطفاء بصورة تدريجية، فكلما قلت الصراعات وازداد التعبير عن الحب والاهتمام نحو هؤلاء المكتئبات قلت هذه العادات حتى كادت أن تنتهي بعد ست شهور ولكنها لم تنتهي تماماً ولكن ظهرت بصورة قليلة.

وقد يرجع ذلك إلى أن العلاقات الأسرية تحتاج إلى وقت كبير لتظهر التغييرات الحادثة.. كما أن هؤلاء المكتئبات يحتاجون إلى الاطمئنان إلى أن الضغوط والمشكلات

والصراعات الأسرية التي يعانون منها قد انتهت وزالت تماماً حتى تنتهي وتزول هذه العادات نهائياً.

متغير المناخ الأسري:

أسفرت النتائج عن أن "برنامج العلاج النفسي الأسري ساهم بفاعلية في تحسين المناخ الأسري المضطرب لأسر المراهقين المكتئبين" وكان فعالاً في تغيير الأبعاد المرضية التي أدت إلى اضطراب المناخ الأسري (اللائسنة - الحب المصطنع - الأسرة المدمجة - المناخ الوجداني غير السوي).

وقد لاحظت الباحثة أن أكثر العمليات المرضية التي أدت إلى وجود مناخ أسري مضطرب وظهرت مع عينة المراهقين المكتئبين هي عملية اللائسنة حيث ظهرت بنسبة مرتفعة مع الحالات الأربع في الدراسة التجريبية يليها الحب المصطنع ويترتب على ذلك تأثير المناخ الوجداني في الأسرة بالاضطراب.

وعند التركيز على علاج عملية من العمليات المرضية التي ظهرت بوضوح مع الحالة المرضية، نجد أن باقي العمليات تتأثر وتتغير في تحسين المناخ الأسري بصفة عامة.

وُرجع الباحثة نجاح برنامج العلاج الأسري إلى أن البرنامج كان يهدف إلى تحسين المناخ الأسري وعلاج العمليات المرضية التي تؤدي إلى اضطراب هذا المناخ.

كما تُرجع الباحثة تحسن المجموعة التجريبية في المناخ الأسري والتي تعرضت لبرنامج العلاج الأسري إلى الأسباب التالية:

- خصص برنامج العلاج الأسري جلسات خاصة لكل حالة من حالات الدراسة لعلاج أكثر العمليات الأسرية التي تؤثر في المناخ الأسري وتجعله مضطرب وتؤثر في اكتئاب الابن. فُحصت جلسات لعلاج (عمليات اللائسنة - الحب المصطنع - المناخ الوجداني غير السوي) وهي أكثر العمليات التي تكررت عند المراهقين المكتئبين وهو ما أتضح في القياس القبلي لمقياس المناخ الأسري.

وقد تكون هذه العمليات هي الأكثر ظهوراً عند المكتئبين نتيجة لارتباط هذه العمليات بتقدير الذات المنخفض، فعلمية الحب المصطنع يشعر فيها المكتئب بافتقار الحب الحقيقي وأن ما يظهر داخل الأسرة مجرد مشاعر مصطنعة تظهر على السطح لتخفي وراءها صراعات وخلافات أخرى.

كما أن عملية اللائسنة تجعل المكتئب يشعر بالدونية وبأنه لا قيمة له وأنه كأي شيء ليس له أي قيمة، كما أن الإهانات الموجهة له من الأسرة تجعله يدرك ذاته بصورة منخفضة فهذه العملية من أكثر العمليات المرضية تأثيراً في نفسية المراهق وهذا ما لاحظته الباحثة من ردود أفعال المراهقات المكتئبات تجاه هذه العملية المرضية، خاصة وأنها تلغي وضع ومكانة ودور الابن المراهق داخل أسرته بل وتلغي صفة إنسانيته مما يترك تأثيراً سلبياً كبيراً في شخصيته.

لذلك فتم تخصيص جلسات في برنامج العلاج الأسري لعلاج هذه العمليات المرضية والتي تؤثر في اضطراب المناخ الأسري.

• ففي جلسة علاج اللاأنسنة ركزت الباحثة فيها على إساءة المعاملة التي تستخدمها الأسرة مع المراهقة المكتئبة (الإساءة اللفظية) المتمثلة في عبارات وألفاظ يذكرها أفراد الأسرة ويرددونها بصفة مستمرة، أو (الإساءة النفسية) والتي تظهر من خلال طرق وأساليب تفاعلاتهم مع هذه الابنة.

وفي هذه الجلسة ركزت الباحثة على ربط أساليب المعاملة غير الإنسانية والتي تقوم بها الأسرة باكتئاب الابنة، وقد عرضت الباحثة بعض العبارات اللفظية والأساليب التي استخدمتها الأسرة في تفاعلها مع الابنة المكتئبة، وذلك كما ظهر في تسجيلات لمواقف تفاعلاتهم وربطها بالاستجابات والسلوكيات التي تقوم بها هذه المكتئبة، وأن هذه المعاملة القاسية هي السبب الرئيسي في دخول ابنتهم في دائرة المرض، بل السبب في هذه السلوكيات التي تسلكها هؤلاء البنات المكتئبات وترفضها الأسرة، وباستخدام فنيات التغذية الراجعة وأساليب التدعيم وإعادة التشكيل تحاول الباحثة أن تجعل الأسرة تتخلى عن أساليب المعاملة التي تمارسها أو تعدلها بأساليب معاملة أكثر إنسانية.

وقد ظهر أثناء الدراسة الميدانية أن حالات الاكتئاب عينة الدراسة تعاني من هذه العملية؛ مما يجعلهم في صراع مع ضغوط الأسرة المفروضة عليهم، وقد ظهرت استجابة الأبناء في صور استسلام ويأس، ولكنهم كانوا يقاومون هذه المعاملة غير الإنسانية حيث إنهم كانوا يبحثون عن أساليب معاملة أفضل.. ولكنهم بحثوا عنها خارج أسرهم، بحثوا عما يعرضهم عن كل ما يفتقدونه داخل أسرهم.

فلجأت حالة من حالات الدراسة والتي تعاني من الاكتئاب وتشكو من الضغوط والمشكلات الأسرية ومن أساليب معاملة الأسرة لها بقسوة لجأت إلى حل لتعويض ما تفقده في هذه الأسرة وهو الهروب، هربت سعياً للبحث عن أناس آخرين يقدرونها ويعاملونها بصورة أفضل، مبررة ذلك بقولها: "أبحث عن عمل أحقق منه ذاتي، وأجد من يعرف قيمتي ويقدرها".

وفي الحالة الثانية التي تعاني من نفس المعاملة غير الإنسانية مع أسرتها كان الحل الذي لجأت إليه هو إقامة علاقة حب وصداقة مع شاب أكبر منها دون علم أسرتها، مبررة ذلك بقولها: "إنه يحبني ويخاف علي أكثر من أي حد ثاني وهيتجوزني وأعيش معه". ومن هنا يظهر أن تأثير هذه العملية على تقدير الذات عند الأبناء تأثير فعال جداً فهي تدمر تقديرهم لذواتهم لذلك فهم يلجئون لأساليب تعويضية لتعويض النقص الذي يشعرون به بعيداً عن أسرهم التي يؤسوا من إيجاد حلول معها؛ لذلك فعملية اللاأنسنة كانت من أكثر العمليات ارتباطاً بظهور الاكتئاب.

كما أن عرض نماذج هذه الحالات يوضح أن علاج الابن بمفرده لا جدوى منه لأنه مجرد حامل لاضطراب الأسرة وأن التغيير الذي يحدث لا بد أن يحدث مع الأسرة كلها لتغيير من طرق تفاعلاتها مع هذا الابن وهذا يدعم استخدام العلاج الأسري لعلاج مثل هذه العمليات المرضية.

كما ظهرت عملية الحب المصطنع في إحساس هؤلاء المكتئبات بأنه حب مشروط بشروط الطاعة كما عبروا عنها في عباراتهم بقولهم: "أمي بتحبني لما تكون عاوزة مني حاجة أو أي مصلحة" أو "لما تسمعي الكلام وتبقي كويسة هأحبك" وكان الأسر تعبر بوضوح عن هذه العملية، لذلك يشعر الأبناء بافتقار الحب والمشاعر الحقيقية؛ مما يترك تأثير نفسي سيئ عليهم ويشعرهم بافتقار الأمان والحب في هذه الأسر.

ومما لا شك فيه أن تواجد هذه العمليات في أي أسرة يجعل مناخها الوجداني العاطفي غير سوي، ويجعل الجو السائد في هذه الأسرة جو مشحون بالانفعالات الحادة ويفتقد الدفء والتقبل والمحبة والتسامح فيؤثر في طبيعة علاقاتهم، ويفسح الطريق للاضطرابات النفسية للظهور في هذا المناخ المضطرب.

- كما ركز البرنامج بفتياته المختلفة على تعديل الاضطراب وتحسين المناخ الأسري المضطرب؛ حيث ركزت فنية إعادة التشكيل على إعادة تشكيل العلاقات المضطربة بين أفراد الأسرة، وتكوين روابط قوية تدعم العلاقات الإيجابية السوية وكسر للروابط الضعيفة التي تؤثر في وجود مناخ أسري مضطرب، وأيضاً فنية إعادة التمثيل ورقص البالية الأسري ولعب الأدوار وتبادلها ساعدت في تجسيم هذه العملية بصورة واضحة وإظهارها في مواقف التفاعل لاستبصار الأسرة بها ثم إبراز طرق تعديلها وإصلاحها من خلال إعادة تمثيل نفس المواقف ولكن بالشكل الذي يتمنى أفراد الأسرة أن يصبحوا عليه، بالشكل الإيجابي الذي يساعد على التغلب على الأدوار القهرية المدمرة لأدوار أخرى، وإبراز أدوار أخرى أفضل، كما أن إعادة تمثيل طرق الاتصال الخاطئة في مواقف التفاعل وإعادتها مرة أخرى بصورة أفضل يسهم في كشف مواطن الخلل في أساليب التواصل بين أفراد الأسرة وتحسينها إلى الأفضل، وكذلك أساليب التغذية الراجعة وأساليب التدعيم الإيجابي ساعدت في التأكيد على العلاقات الأسرية السوية والتخلي عن الاضطرابات التي تفسد هذه العلاقات.

- أيضاً ركز البرنامج على تحسين طرق التفاعل وأساليب التواصل بين أفراد الأسرة عن طريق إكسابهم المهارات الاجتماعية المختلفة التي تحسن من كفاءة التفاعل مثل (مهارات التواصل، ومهارة حل المشكلة، ومهارات المناقشة، ومهارات التفاوض) حيث إنها من أكثر المهارات الاجتماعية التي تؤثر على المناخ الأسري وافتقار هذه المهارات يعمل على وجود مناخ أسري مضطرب مما يساعد على ظهور العمليات المرضية.

- وأيضاً ركز البرنامج على تحسين الأسرة لأدائها الوظيفي والذي يظهر في تقصير أفراد الأسرة في واجباتهم ومسئولياتهم نحو الآخرين؛ مما يؤدي إلى الخلافات والصراعات والمشاحنات التي تعمل على اضطراب المناخ الأسري، ولذلك عمل البرنامج على إعادة توزيع الأدوار والمسئوليات بين أفراد الأسرة.

- كما تعرضت جلسات البرنامج لمناقشة اكتئاب المراهق وعلاقته بالمناخ الأسري المضطرب والجو العام السائد في الأسرة، وأثر هذا المناخ المرضي على الأبناء، ومدى مساهمة الأسرة في بناء هذا الاضطراب.

- وأخيراً قدم برنامج العلاج الأسري من خلال جلساته فرصاً لكل فرد من أفراد الأسرة للتعبير عن مشاعره تجاه الآخرين، والتعبير عن المشاعر التي يفقدونها ويتمنى أن تتواجد مع أسرته، بهدف تحسين المناخ الوجداني غير السوي داخل هذه الأسرة والعمل على إيجاد مناخ أسري سوي تسوده المشاعر الإيجابية؛ حيث إن امتلاك أفراد الأسرة لأنوات التعبير الجيد عن المشاعر الإيجابية، والعمل على المشاركة الوجدانية والتعاطف يعمل على إصلاح العلاقات الأسرية المضطربة، ومن ثم يعمل على وجود مناخ أسري أكثر سوءاً.

كل هذه العوامل السابقة التي عرضتها الباحثة كانت من الأسباب أو الاحتمالات التي تدعم فعالية برنامج العلاج النفسي الأسري في تحسين المناخ الأسري المضطرب.

وقد توصلت نتائج إحدى الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين المناخ الأسري المضطرب بأبعاده المرضية (اللائسنة، الحب المصطنع، الأسرة المدمجة، المناخ الوجداني غير السوي) وبين التوافق النفسي والاجتماعي للمراهقين، فالمناخ الأسري المضطرب له دور كبير ومؤثر في سوء التوافق النفسي والاجتماعي للمراهقين (عفاف عبدالمحسن، ٢٠٠٢).

متغير العمليات الأسرية:

أسفرت النتائج عن أن برنامج العلاج النفسي الأسري ساهم بفاعلية في علاج العمليات الأسرية المرضية للمراهقين المكتئبين، وقد ظهر ذلك بوضوح من خلال تأثير برنامج العلاج الأسري على العمليات المرضية التي يعاني منها المراهقين المكتئبين (التبادلية الكاذبة، التعمية، المثلث المرضي، كبش الفداء، الرابطة المزدوجة، الانحرافات والانقسامات داخل الأسرة).

وترجع الباحثة التغيير الحادث للمجموعة التجريبية إلى فاعلية البرنامج في علاج هذه العمليات المرضية وذلك للأسباب التالية:

- أن برنامج العلاج الأسري يتعامل مع الأسرة ككل وليس مع الفرد المكتئب بمفرده وهذا جعل التحكم في تغيير الممارسات الخاطئة التي تمارسها الأسرة وتعديل سلوكيات أفرادها أمراً سهلاً حيث إن الأسرة جميعها تخضع للعلاج، ومن ثم يمكن علاج العمليات الأسرية المرضية التي تمارسها الأسرة.
- كما أنه تم تخصيص جلسات لعلاج العمليات المرضية، وكل عملية من هذه العمليات التي ظهرت عند حالات الاكتئاب تم عمل جلسة لها بحيث تستبصر الأسرة بهذه العملية المرضية والطريقة التي تمارسها بها، وتقدم الباحثة نماذج من هذه الممارسات الخاطئة والتي تم تسجيلها من خلال تفاعلات الأسرة السابقة في الجلسات ثم ربط هذه العملية المرضية بسلوك الأبناء وخاصة باكتئاب المراهق، وباستخدام أساليب التدعيم والتغذية الراجعة، ورقص البالية الأسري وإعادة التشكيل تحاول الباحثة تعديل هذه الممارسات والسلوكيات الخاطئة التي تمارسها الأسرة ومن ثم تعالج الأسرة من مرضيتها ويترتب على ذلك علاج المراهق من اكتئابه.

- كما أن إعادة تشكيل العلاقات بين أفراد الأسرة وتحسين أساليب الاتصال وطرق التفاعل الخاطئة، وتحسين الأسرة من أدائها لوظائفها، ووضع قواعد لتحكم هذه العلاقات كان من العوامل الهامة التي ساهمت في تهيئة الأسرة وتقبلها لعمليات التغيير.

كما أن أسلوب لعب الأدوار أو تبادل الأدوار من خلال فنية إعادة التمثيل للمواقف والتفاعلات الأسرية كان له دور كبير في علاج العمليات المرضية؛ حيث إن هذه العمليات المرضية تظهر نتيجة سوء في الأداء الوظيفي لهذه الأدوار، أو تنتج عن تعارض في أداء الأدوار أو تصارع الأدوار خاصة في (أدوار المثلث المرضي ودور كبش الفداء)، وهذه الفنية جعلت كل فرد من أفراد الأسرة يرى الدور الآخر ويتخيل نفسه في مكان الآخر، ويتعاطف معه ويفكر فيما يمكن عمله إذا تواجد مكانه، وهذا يحث أفراد الأسرة على المشاركة وتقليل الصراعات والتخفيف من حدة التوتر في علاقاتهم المضطربة.

- كذلك فإن تركيز البرنامج على اكتساب الأسرة مهارات اجتماعية كان مؤثراً في تغيير طرق تفاعلات أفراد الأسرة معاً، ومن ثم علاج العمليات المرضية الأسرية.

• كما أن هناك دافع قوي ساعد على نجاح البرنامج وإثبات فعاليته مع هذه الأسر، وهذا الدافع لم تجده الباحثة وإنما استغلت وجوده الطبيعي مع هذه الأسر بالضغط عليه، وهو السبب الذي جاءت الأسر من أجله للعلاج، فكل أسرة من الأسر التي جاءت للعلاج ووافقت على تدخل الباحثة بالبرنامج العلاجي كان لديها دافع يضغط عليها وتخشى من عواقبه، والغريب في الأمر أن هذا الدافع لم يكن مرض بناتهم بالاكنتاب، وإنما ظهر في السلوكيات المرفوضة التي لا تقبلها أسرة هؤلاء البنات (مثل هروب الابنة المكتتبة من أسرته، أو بحث البنت المراهقة الأخرى عن صديق خارج الأسرة بحثاً عن الحب والصدقة، أو ظهور تبول إرادي عند البنت المكتتبة كأسلوب للتمرد ورفض لوجودها داخل هذه الأسرة ولعلاقة والديها المضطربة، أو شكوى البنت المكتتبة من حالات الإجهاد والتعب والصداع المستمر دون وجود أي سبب عضوي). كانت هذه الأسباب التي ضغطت على الأسرة خوفاً على بناتهم خاصة وأنهم بنات وليسوا أولاداً، وهذه السلوكيات يرفضها المجتمع الشرقي وتخاف كل أسرة على بناتها من تطور هذه الأمور لأكثر من ذلك.

وقد لاحظت الباحثة أن أكثر العمليات المرضية تواجداً عند المراهقين المكتتبين هي عمليات كبش الفداء والمثلث غير السوي والتعمية والرابطة المزدوجة، وربما يرجع ذلك إلى أن المكتتب يشعر بأنه ضحية ولا يد له في ذلك، ولا يوجد أي دور يستطيع أن يقوم به، لذلك فهو يقبل دور الضحية أو ما يسمى بدور كبش الفداء لتهدئة الصراعات داخل الأسرة.

أما ما يحدث داخل المثلث المرضي فهو يرجع إلى طبيعة التفاعلات المرضية داخل الأسرة والتي تظهر وجود تحالفات مرضية، وتظهر في تحالف طرفين ضد طرف ثالث وهكذا، كما أن التعمية هي تزييف للمشاعر وتغطيتها من أجل تجنب الصراع

الحقيقي وكأنه ميكانيزم يلجأ إليه المراهق أو أفراد الأسرة لتجنب الصراع الحقيقي أما الرابطة المزدوجة فهي تظهر اضطراب في وسائل الاتصال بين المراهق وأسرته.

وطبيعة العلاقات المضطربة والمناخ السائد في الأسرة هي التي تفصح عن وجود عمليات مرضية؛ حيث يظهر اضطراب هذه العلاقات العمليات اللاسوية التي تمارسها الأسرة مع أبنائها، وقد أوضحت نتائج إحدى الدراسات أن هناك علاقة بين الاكتئاب وبعض العمليات المرضية، فقد توصل دولارز مارشيسانو Marchesano, 1993, Dolores إلى وجود علاقة دالة بين اكتئاب الطفولة والتوافق الزوجي والمثلث المرضي للطفل حيث أظهرت نتائج دراسته أن الأطفال المكتئبين إكلينيكيًا كانوا أكثر دلالة من الأطفال غير المكتئبين في العلاقة المثلثة المرضية مع والديهم، وأن آباءهم كانوا أقل قدرة في التوافق الزوجي.

وترتبط عملية التثليث بنشأة المرض النفسي، وهي عملية لها أثاث تجريبي يمكن إثباته وتلعب دوراً هاماً في المشكلات النفسية والسلوكية، وهي عملية متعددة الأبعاد وتساعد مفاهيم العلاج الأسري في تحديد عملية التثليث ومن ثم تسهم في علاجها. (Calvin Richie, 1986)

وبذلك يتضح أن العمليات الأسرية المرضية لها دور في اضطراب العلاقات الأسرية وسوء الأداء الوظيفي داخل هذه الأسر، والذي يؤثر في ظهور المرض النفسي لدى الأبناء، ويحتل المثلث المرضي دوراً مهماً في اضطراب العلاقات الأسرية ومرض الأبناء؛ حيث إن الابن المريض هو الذي يقع فريسة المثلث المرضي.

وقد أشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أن "هناك مساحات من الخلل والاضطراب الوظيفي في أسر المراهقين المعرضين للخطر أو المعرضين للإصابة بالمرض النفسي، وأن هناك علاقة دالة بين نشأة المرض النفسي لدى أحد المرضى المراهقين وبين العمليات والصراعات المرضية التي تحدث داخل الأسرة، والتثليث المتعلق بنشوء المرض النفسي، وكبش الفداء والتفاعلات الكاذبة والزائفة وال فشل في الحفاظ على مركزية الأسرة واستقرارها، والانفصال الزوجي والانحراف الأسري، كل هذه الأنماط المرضية قد ظهرت لدى الأسر ذات الخلل الوظيفي والتي يعاني أبنائها المراهقون من اضطرابات نفسية، ولذلك فيجب أن يعتمد أي مدخل علاجي لمريض نفسي مراهق على نظام مرجعي تشخيصي يشير إلى تغير في العلاقات الأسرية المعرضة للخلل الوظيفي والمرض النفسي، ومدخل العلاج الأسري هو أنسب المداخل لعلاج مثل هذه العمليات المرضية واضطراب العلاقات الأسرية". (Lonescu, Aurelia, 1985)

وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية؛ حيث إن تركيز برنامج العلاج الأسري في هذه الدراسة على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة وتحسين الأداء الوظيفي للأسرة واستبصار الأسرة بالعمليات والممارسات الخاطئة ومحاولة تصحيحها كان له أثر كبير في نجاح البرنامج في علاج هذه العمليات المرضية وبالتالي علاج الأبناء من الاكتئاب.

كما أشارت الدراسات إلى دور كبش الفداء في حل الصراعات الأسرية وتخفيف اضطراب العلاقات الأسرية، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن أن "هناك علاقة بين

الأعراض المرضية التي يعاني منها الأبناء، سواء كانت أعراض داخلية أم خارجية وبين إدراك الأبناء؛ لكونهم ملامين من قبل أعضاء الأسرة عن الصراعات الأسرية المختلفة أو بمعنى آخر هناك علاقة بين دور كبش الفداء الأسري الذي يتقمصه أحد الأبناء وبين إدراك هذا الابن بأنه هو المسئول عن هذه الصراعات الأسرية، ولذلك فهو يتقبل دور كبش الفداء لحل هذه الصراعات؛ حيث أن هؤلاء الأبناء قد تعرضوا بشكل كبير للوم الوالدين أكثر من غيرهم.. وقد تنمو وتتطور المشاكل في هذه الأسر نتيجة لتنشيط الأدوار القاسية للتفاعل الأسري، خاصة عند تعرضهم لمواقف ضاغطة أو مشاكل صعبة الحل فيصبح أعضاء الأسرة مقيدون بكيفية تفاعلهم مع المشكلة، وبعضهم مع بعض ويؤدي ذلك إلى تخليد الشعور بأدوار الذنب والوم القاسية الخاصة بالتفاعل وبدور كبش الفداء في الأسرة. والعلاج الأسري يعتبر أنسب وسيلة لعلاج هذه التفاعلات المضطربة؛ حيث يرى المعالج الأسري أن قيود الأسرة هي المشكلة وليس الشخص الذي تظهر عليه أعراض كبش الفداء في النسق الأسري (Lonescu Aurelia, 1985, Selekman, Mathew, 1992, Bowling, Stephanie et al, 2002, Yahav, Rivka et al, 2002).

وهذا يتفق مع ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية من دور كبش الفداء الأسري مع حالات الاكتئاب، وربما يرجع ذلك إلى أن الشخص المكتئب يشعر بالذنب والدونية وتقدير ذات منخفض ويعزو أسباب الفشل عزواً داخلياً، وهذا ما يحاول الآباء إلصاقه بالابن المكتئب من خلال اللوم الموجه منهم للتخفيف من حدة الصراعات الأسرية وللحفاظ على التوازن المرضي في الأسرة. كما أن أساليب الاتصال الخاطئة في الأسرة أظهرت عملية الرابطة المزدوجة ودورها في الاكتئاب؛ حيث عبر المراهقون المكتئبون عن معاناتهم مع أسرهم من هذه العملية من خلال شعورهم بتناقض أفعال وأقوال والديهم وخاصة تناقض استجابات الوالدين السلوكية، الذي يظهر في سلوكيات الوالدين مع الابن المراهق ومشاعرهم نحو أبنائهم؛ حيث يشعر الأبناء بتعارض مشاعر الآباء مع أفعالهم وسلوكياتهم.

ومن أكثر عمليات التواصل التي تبرز الرابطة المزدوجة هي التواصل بين الأم والطفل، وقد أجريت دراسة "للتعرف على الاستجابات المعرفية والانفعالية وما وراء التواصل" لدراسة "التناقضات الدقيقة" في هذه الاستجابات، ووجدت نتائج الدراسة أن التناقض الدقيق في الرسائل أكثر ضغطاً وتعقيداً وإثارةً للاستجابات التي توضح نقص الاتساق بين أفراد الأسرة فيما وراء التواصل، أو بمعنى آخر يظهر هذا التناقض وجود اضطراب وخلل في عمليات الاتصال داخل الأسرة" (Roy, Leena et al, 1986).

ومما لا شك فيه أن أساليب الاتصال هي الأداة الرئيسية في حدوث التفاعلات، ولذلك فوجود خلل في طرق الاتصال يؤثر في التفاعلات الأسرية، ومن ثم يؤثر في اضطراب العلاقات الأسرية ويترتب على ذلك ظهور المرض النفسي.. لذلك فقد ركز البرنامج العلاجي على بناء مهارة التواصل الجيد بين أفراد الأسرة؛ لأنها تشكل الأساس في علاج هذه الاضطرابات النفسية، كما ركز على استبصار الأسر بهذه الاضطرابات والعمليات المرضية وخاصة اضطرابات التواصل لتسهيل عملية التغيير بعد ذلك، وقد أوضح بيرلز في نظريته للتفاعل الاجتماعي أن "الوعي هو الأساس الوحيد للاتصال بين الذات والآخر، وبالتالي تحقيق التفاعل الاجتماعي؛ حيث يرى بيرلز أن الوعي الذي هو أساس الاتصال والتفاعل يتكون من ثلاثة طبقات، وهي: وعي بالذات، ووعي بالعالم،

ووعي بما بين هذا وذاك أي المنطقة الوسطى، وهي منطقة الأخاييل التي تمنع الشخص من أن يكون على اتصال إما بنفسه أو بالعالم، ويجب أن نعمل على زيادة اتصال الفرد بنفسه وبالعالم بدلاً من أن يكون على اتصال بأخاييله وأنحيازاته وتوجساته" (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ٢٢٨).

ومن هنا يظهر أهمية وعي المكتئب وأسرته بعملية اضطراب التواصل ثم نبدأ في علاج هذا الاضطراب، والعمل على زيادة الاتصالات الإيجابية بينهم، فالهدف هو تحقيق الاتصال الكامل السوي بين الفرد المكتئب وبين أسرته وبين أفراد الأسرة بعضهم مع بعض ليعمم بعد ذلك بين الأسرة والعالم الخارجي.

وعملية علاج اضطرابات التواصل ومنها عملية الرابطة المزدوجة والتي تحدث على مستويين مختلفين من التواصل، وغيرها من اضطرابات التواصل من العمليات الأساسية التي تسهم في علاج الاكتئاب؛ حيث إن المكتئب يفتقد مهارات التواصل بل ويحتاجها ليشعر بذاته ويتفاعل مع الآخرين؛ حيث "يشكل الاتصال والملاطفة والتقدير متصلًا يمثل جوانب مختلفة من حاجة إنسانية أساسية هي حاجة الإنسان إلى الآخرين، والحاجة إلى التقدير يمكن إشباعها ببساطة عن طريق تلقي الاعتراف من جانب الآخرين بوجود الفرد بصور عديدة" (لويس كامل مليكة، ١٩٩٦: ٢٨٢).

وبذلك يتضح أن تركيز برنامج العلاج الأسري على إكساب الأسرة مثل هذه المهارات وعلاج العمليات المرضية الأسرية والتي تؤثر في اكتئاب الأبناء كان من أهم العوامل التي ساعدت على نجاح البرنامج في علاج الاكتئاب.

والنظرية البنائية لمنوشن في علاج الاضطرابات النفسية للأبناء تدعم ما توصلت إليه الباحثة من نتائج؛ حيث حددت هذه النظرية أن علاج الاضطرابات النفسية يتم بإعادة تنظيم نظام الأسرة أو إعادة بناء النسق الأسري، ويتم ذلك عن طريق إزالة العناصر المرضية من هذا النظام، وتحسين الأسرة من أدائها الوظيفي، وتصحيح الأدوار الأسرية "قالهم عند البنائيون هو إعادة تنظيم نظام الأسرة عن طريق إزالة العناصر المرضية من هذا النظام، ولتحقيق هذا الهدف يأخذ المعالج دور الخبير الذي تنحصر مهمته في تشخيص هذه العناصر المرضية في نظام الأسرة ويتدخل لتصحيحها، ويستخدم هنا غالباً إعطاء التعليمات والتوجيهات المباشرة لدفع الأسرة إلى أنماط جديدة من التفاعل" (محمود الزياي، ١٩٨٧: ٤٣٧).

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في جميع متغيرات الدراسة".

وللتأكد من هذا الفرض تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، ومقياس قوة الأنا، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس العمليات الأسرية على المجموعة الضابطة، والتي تعرضت للعلاج الطبي بالعقاقير فقط ولم تتعرض للبرنامج، وقد تم تطبيق المقاييس قبل وبعد البرنامج، وللتعرف على دلالة الفروق بين القياسين قامت

الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط على القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة، وتم حساب قيمة χ^2 كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (٣/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في جميع متغيرات الدراسة

المتغيرات	العدد		الوسيط	درجة الحرية	قيمة χ^2 المحسوبة	قيمة χ^2 الجدولية	مستوى الدلالة
	القياس القبلي	القياس البعدي					
الاكتئاب	٤	٤	٢٦	١	٨		دال
تقدير الذات	٤	٤	١٢	١	٢	٣,٨٤	غير دال
قوة الأنا	٤	٤	٣٤	١	٢	٦,٦٤	غير دال
المناخ الأسري	٤	٤	٥١	١	صفر		غير دال
العمليات الأسرية	٤	٤	٦٩	١	صفر		غير دال

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب أكبر من χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري، ويدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب لصالح القياس البعدي.

كما يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في متغير تقدير الذات أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى قبول صحة الفرض الصفري ويدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير تقدير الذات. أي أن متغير تقدير الذات في القياس البعدي للمجموعة الضابطة لم يتغير بدرجة إحصائية دالة عن القياس القبلي.

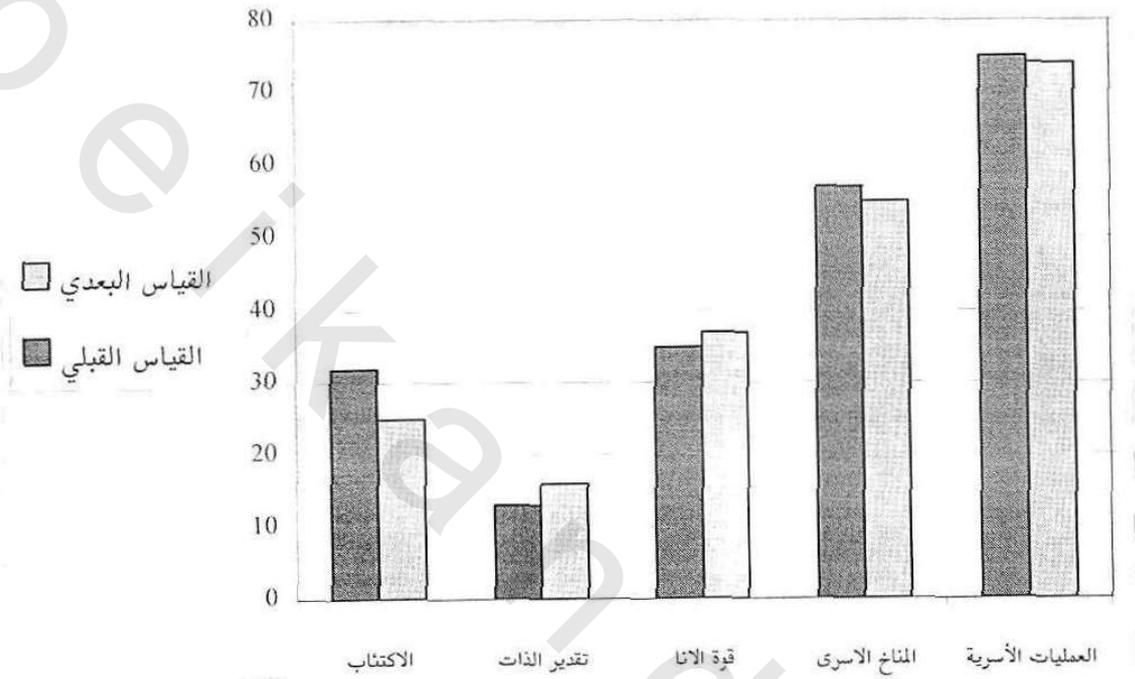
ويتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) في متغير قوة الأنا مما يدل على قبول صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير قوة الأنا؛ أي أن تناول العقاقير لم يؤثر في متغير قوة الأنا للمراهقين المكتئبين.

وأيضاً يتضح من الجدول أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير المناخ الأسري أصغر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) مما يدل على قبول الفرض الصفري حيث ثبت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير المناخ الأسري. أو بمعنى آخر أن تعرض المجموعة الضابطة لتناول العقاقير لم يؤثر في تحسين المناخ الأسري.

أما بالنسبة لمتغير العمليات الأسرية فيتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يدل على صحة الفرض الصفري حيث يشير ذلك إلى أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير العمليات الأسرية؛ أي أن

تأثير العقاقير وحدها لعلاج العمليات المرضية الأسرية لم يكن كافياً، لذلك فلم تترك تأثيراً في القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير العمليات الأسرية.

وعلى هذا الأساس يمكن أن نستخلص نتائج هذا الفرض في أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب، في حين لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في باقي متغيرات الدراسة (تقدير الذات، وقوة الأنثى، والمناخ الأسري، والعمليات الأسرية)، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (٣/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في جميع متغيرات الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لنفس المجموعة في باقي متغيرات الدراسة".

وهذه النتيجة تشير إلى فعالية العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية، في حين أنه لم تثبت فعاليتها في رفع تقدير الذات، ورفع قوة الأنثى، وتحسين المناخ الأسري المرضي، وعلاج العمليات الأسرية المرضية. وسوف تتناول الباحثة مناقشة وتفسير كل نتيجة من هذه النتائج:

النتيجة الخاصة بمتغير الاكتئاب:

والتي تشير إلى فعالية العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية؛ حيث حدث نسبة تحسن في تخفيض الأعراض الاكتئابية عند المراهقات المكتئبات في المجموعة الضابطة والتي خضعت لتأثير العقاقير فقط، والذي ظهر في الفروق بين القياسين البعدي والقبلي لهذه المجموعة، وذلك يدل على أن العقاقير كانت فعالة في خفض الاكتئاب عند المراهقات.

وهذه النتيجة تتفق مع تفسير المدخل البيولوجي للاكتئاب، والذي يرجع أسباب نشأة الاكتئاب إلى اضطراب وخلل وظيفي في مناطق معينة في المخ، أو اضطراب في الناقلات أو الموصلات العصبية نتيجة قصور في العناصر الأمنية وبصفة خاصة نقص في النورابنفرين (NE) المسئول عن إفراز الأدرينالين، وإن هذا القصور أو الخلل الوظيفي هو المسئول عن أعراض الاكتئاب التي تظهر لدى المرضى؛ لذلك يلجأ الأطباء النفسيين إلى العلاج بالعقاقير الذي يعمل على زيادة مستوى العناصر الأمنية، ومن ثم تخفيض الاكتئاب أو زيادة نسبة الموصلات العصبية في المخ، وخاصة النورادرينالين والسيرتونين والدوبامين والتي تنخفض نسبتها أثناء الاكتئاب.

والعقاقير وسيلة فعالة في تخفيض الأعراض الاكتئابية وعلاج الاكتئاب، وهناك العديد من الدراسات الحديثة التي أثبتت "فعالية استخدام العقاقير الحديثة في تخفيض الاكتئاب، خاصة أنه في الفترة الزمنية الأخيرة تم اكتشاف عقاقير أكثر فاعلية وأقل في الآثار الجانبية مثل عقار البروزاك Prozac". (Martin, Andrew, 1998; Walling, D. Anne, 1999; Zoltan, Rihmer, 1999; Yapke Michael, 2001)

وعلى هذا الأساس نستطيع الحكم بأن هناك استجابة جيدة للعلاج الطبي والعقاقير المضادة للاكتئاب، ومن المعروف أن تأثير العلاج بالعقاقير أسرع من أي علاج نفسي آخر؛ حيث تظهر نتائجه في فترة زمنية أسرع من الفترة التي يستغرقها أي علاج نفسي آخر، "والعلاج الكيميائي كما يعرف الأطباء النفسيون ليس علاجاً، ولكنه ضبط للأعراض، ولا يعتبر بديلاً عن العلاج النفسي والاجتماعي القائم على تدريب المهارات الشخصية والاجتماعية" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٦٠).

وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار العلاج بالعقاقير مرحلة أولى، وهذا يتطلب علاج نفسي آخر بمصاحبة العلاج بالعقاقير، ويشير أحمد عكاشه (١٩٩٨) إلى أن "خلط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو أحسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب، خاصة للوقاية من النكسة" (أحمد عكاشه، ١٩٩٨: ٣٨١).

وذلك ربما يرجع إلى أن العلاج بالعقاقير بمفرده لا يفي بكل أعراض العلاج، فزوال الأعراض أو تحسنها ليس معناه أنه حدث شفاء، وإنما البحث في أسباب المرض وعلاجه بقي الفرد من النكسة للمرض مرة أخرى، كما يعمل على علاج جوانب القصور في الجوانب النفسية والاجتماعية الأخرى.

والعلاج بالعقاقير يتطلب أن يخضع مرضى الاكتئاب لتأثير العقاقير فترة زمنية طويلة، ومتابعة مع الطبيب النفسي، وتناول الجرعات المناسبة كما يحددها الطبيب، وخفض هذه الجرعات الدوائية بصورة تدريجية إلى أن يتوقف استعمال العقاقير، وإذا لم يلتزم المرضى بالمتابعة مع الطبيب وتناول الجرعات بالصورة المحددة قد يكونون عرضة للانتكاس مرة أخرى.

وفي استقصاء لعدد من البحوث اتضح أن المكتئبين بالمقارنة بغير المكتئبين، يعانون من اضطراب العلاقات الاجتماعية في الأسرة والعمل حتى بعد علاجهم من الاكتئاب بالوسائل الطبية الكيميائية؛ أي أن العلاج الطبي باستخدام العقاقير لا يؤدي وحده وبمفرده إلى علاج جوانب القصور في السلوك الاجتماعي وتحسين العلاقات. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٥١)

ويمكن القول بأن الاكتئاب "مرض معاود"، ومن ثم ينبغي على المرضى أن يستمروا في تعاطي العلاج لمدة لا تقل عن ستة شهور وقد تستمر سنة كاملة عقب التخلص من حالة الاكتئاب، فقد لوحظ ارتفاع نسبة حدوث الانتكاس بين المرضى الذين توقفوا بسرعة عن تعاطي مضادات الاكتئاب (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ٢٠٢).

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير علاج فعال في الاكتئاب؛ حيث ثبتت كفاءته وتأثيراته على مرضى الاكتئاب، إلا أن "الفاعلية الكيميائية لأحد العقاقير لا تعكس بالضرورة القصور العضوي؛ فقد أقر الباحثون أن هذه العقاقير قد تكون فعالة في تخفيض الاكتئاب ولكن استنزاف النورابنفرين قد يكون هو السبب في الاكتئاب أو قد يكون نتيجة لخلل واضطراب في وظائف الجهاز العصبي، فمثلاً الاسبرين يسكن الصداع، ولكن الصداع لا ينتج عن استنزاف الأسبرين في المخ". (Ingram, Rick, E. 1994: 21). وبذلك يمكن أن نستنتج أن العقاقير فعالة في علاج الاكتئاب، على الرغم من صعوبة تأكيد دورها بشكل مستقل في الاضطرابات الوجدانية حيث لا يمكن قياسها بشكل مباشر، ولكن ما يتم هو قياس تأثيراتها بشكل غير مباشر.

متغير تقدير الذات:

أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في متغير تقدير الذات؛ مما يدل على أن العقاقير لم يكن لها تأثير وفعالية في رفع تقدير الذات، على الرغم من أنه ثبت إحصائياً فعاليتها في خفض الأعراض الاكتئابية، وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات أشارت إلى وجود علاقة دالة بين الاكتئاب وتقدير الذات المنخفض، إلا أن العقاقير لم تثبت فعاليتها في التأثير على متغير تقدير الذات؛ أي أن تأثير العقاقير غير فعال في رفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات على الرغم من فعاليتها في خفض الأعراض الاكتئابية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة على النحو التالي:

- أن العقاقير تعمل على خفض أعراض الاكتئاب، ويتم ذلك عن طريق علاج الخلل أو الاضطراب الوظيفي في مناطق معينة بالمخ، ويظهر تأثير ذلك بوضوح في تقليل الأعراض البدنية أو العضوية للاكتئاب، مثل الشكاوى الجسمية والآلام العضوية

ومستوى النشاط الحركي والوظائف البيولوجية، والتي تظهر في اضطرابات الأكل واضطرابات النوم أما متغير تقدير الذات فقد يكون تأثير العقاقير عليه تأثيراً ثانوياً أو تأثيراً غير مباشر، بمعنى أن العقاقير تؤثر بصورة مباشرة في خفض الأعراض العضوية للاكتئاب، من ثم يترتب عليه خفض الأعراض الأخرى والمتعلقة بالجوانب النفسية والمعرفية.

• كما أن تقدير الذات Self-esteem هو اتجاه نحو تقبل الذات والرضا عنها واحترامها، ويظهر انخفاض تقدير الذات عند المراهق المكتئب في مشاعر الذنب واتهام ولوم الذات والغزو الداخلي لأسباب الفشل وتقييم الفرد المنخفض لذاته؛ لذلك فهناك عوامل أخرى يمكن أن تؤثر في تقدير الذات وهذه العوامل هي العوامل النفسية والاجتماعية والمعرفية، فتغير أساليب التفكير وتعديل الأفكار والمعتقدات الغير منطقية للفرد المكتئب عن ذاته يُحسن من رؤيته لذاته، واستخدام أساليب تدعيم إيجابية مع المكتئب، وإجراء تعديل في الذات المثالية Ego-Ideal للفرد المكتئب ولأسرته يُسهم في تعديل نظرتهم لقدراتهم وإمكاناتهم، ومن ثم يرفع من تقديره لذاته؛ أي أن تقدير الذات عملية مكتسبة من الأسرة ومن البيئة المحيطة وليست عملية وراثية أو فسيولوجية أو كيميائية ترجع إلى خلل وظيفي في المخ أو أي نقص في الأمينات أو اضطراب هرمونات في الجسم، وعلى هذا الأساس فإن أسباب انخفاض تقدير الذات أسباب نفسية اجتماعية، ومن ثم فالتحكم فيها يكون بالأساليب النفسية أكثر من الأساليب الطبية لذلك فتأثير العلاج النفسي الأسري أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير في رفع تقدير ذات المكتئب.

متغير قوة الأنا:

أشارت إحدى نتائج هذا الفرض إلى أن تأثير العقاقير غير فعال في رفع درجات قوة الأنا أو تقوية الأنا لدى المراهقات المكتئبات.

وهذه النتيجة منطقية إلى حد كبير حيث إن العقاقير يمكنها أن تتحكم في أعراض عضوية أو بدنية ناتجة عن خلل وظيفي أو اضطراب هرموني؛ لذلك فقد تحكمت بالفعل في خفض الأعراض الاكتئابية، ولكن لا تمتلك العقاقير الفاعلية والكفاءة اللازمة لتؤثر على الأنا للقيام بوظائفها وتغيير اتجاهها من أنا ضعيفة إلى أنا قوية قادرة على حل الصراعات التي تواجهها؛ حيث إن وظائف الأنا تتمثل في:

- الإحساس بالرضا والشعور بالكفاية نتيجة إشباع رغباتها.
- التوفيق وحل الصراعات بين رغبات الهو والقواعد التي يفرضها المجتمع وبين إشباع هذه الرغبات في وجود أنا أعلى قاسي.
- تحقيق التوافق مع الذات.
- تحقيق التوافق مع الأسرة ومع المجتمع.

والأنا عند الفرد المكتئب ضعيفة لا تستطيع القيام بهذه الوظائف؛ ولذلك فهي تحتاج إلى أساليب نفسية واجتماعية لتقوية دفاعات الأنا لتستطيع أن تقوم بدورها، وتأثير العقاقير لن يكفي لحسم هذه الصراعات أو إكساب الأنا القدرة التي تمكنها من القيام بهذه الوظائف.

ويدعم هذا النتيجة السابقة الخاصة بمتغير تقدير الذات والتي أشارت إلى عدم فاعلية العقاقير في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين؛ حيث إن تقدير الذات وقوة الأنا متغيرين بينهم علاقة ارتباطية دالة، فكلما ارتفعت درجات قوة الأنا في القيام بوظائفها كلما ارتفع تقدير الذات وتحقق التوافق مع الذات.

ويشير لويس مليكة (١٩٩٦) إلى أن "البيئة الاجتماعية للفرد تؤثر في حالات الأنا لديه، ويظهر ذلك بطريقتين مختلفتين فهي تحدد أولاً برمجة حالة الأنا "المحتوى"، كما أن الظروف الاجتماعية تسهم ثانياً في تحديد حالة الأنا التي تشحن انفعالياً، ويؤكد فرويد أن الفرد لا يقوم بتنشئته وتدريبه المجتمع، ولكن يقوم بذلك الأشخاص الذين يمثلون ذلك المجتمع من خلال برمجتهم لما يصح عمله، وما يتوقع منهم طبقاً لقوانين المجتمع، ويقصد بحالة الأنا كما يعرفها بيرن "أنها نظام متماسك من المشاعر وما يرتبط بها من أنماط سلوكية". (لويس مليكة، ١٩٩٦: ٢٨٧)

وبذلك فإن التأثير على هذه العملية تأثير نفسي واجتماعي حيث أن هذه الجوانب الاجتماعية والنفسية هي التي تشحن الأنا انفعالياً وتغير من اتجاه الأنا، أما العقاقير فقد تؤثر في تهدئة الانفعالات، ولكنها لا تتمكن من التأثير أو التحكم في شحن الأنا للقيام بوظائفها.

متغير المناخ الأسري:

أشارت هذه النتيجة إلى أن: "تأثير العقاقير غير فعال في تحسين المناخ الأسري للمراهقات المكتئبات".

وهذه النتيجة يمكن تفسيرها في ضوء أن المناخ الأسري المضطرب ظهر اضطرابه من خلال مجموعة من العمليات المرضية الأسرية، وهذه العمليات هي (اللائسنة، الحب المصطنع، الأسرة المدمجة، والمناخ الوجداني غير السوي).

وهذه العمليات علاجها يحتاج إلى تعديل في أساليب التواصل، وتغيير في طرق التفاعل وأساليب المعاملة داخل الأسرة، وتعديل في بعض الأدوار، وتحسين الأداء الوظيفي في الأسرة، وتعديل في العلاقات الأسرية المضطربة، وتكوين روابط جديدة أكثر إيجابية، وإكساب أفراد الأسرة القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية نحو الآخرين بحيث يكون أساس هذه العلاقات العواطف والمشاعر الإيجابية والدفاء والتقبل والتسامح ليسمح بعلاج هذا المناخ من اضطرابه، ونعمل على وقايته من أي مرض يصيبه، وكل ما يتم تغييره بهدف تعديل سلوكيات أفراد الأسرة وعلاقتهم ببعضهم يتعلق بجوانب نفسية واجتماعية .. وما زال حتى الآن لم يثبت أن العقاقير لها دور وتأثير على تعديل مثل هذه الجوانب، فلم يمتد تأثير العقاقير إلى تعديل العلاقات الأسرية المضطربة والمناخ الأسري المرضي.

متغير العمليات الأسرية:

أشارت النتيجة الخاصة بمتغير العمليات الأسرية إلى أن: "تأثير العقاقير غير فعال في علاج العمليات الأسرية المرضية للمراهقات المكتئبات".

فافتقاد المكتئب لمهارة تكوين علاقات اجتماعية ناجحة، وافتقاده للشعور بالبيئة الأسرية الآمنة غير المضطربة، وافتقاده إلى الشعور بالتقدير من قبل أسرته، والتأثير النفسي السلبي الذي تتركه ممارسات الأسرة الخاطئة من خلال العمليات المرضية الأسرية التي تمارسها الأسرة مع المراهق، وطبيعة هذه العمليات الأسرية غير السوية تحتاج إلى تعديل في الأسباب التي تسبب هذا الاضطراب، ولا تحتاج إلى تسكين مؤقت للانفعالات التي تزيد من حدة الصراع؛ لذلك فتأثير العقاقير يكون غير مجدي في علاج مثل هذه العمليات المرضية والتي تخص تفاعلات الأسرة الخاطئة، فالعقاقير لا تعمل على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة، ولا تعمل على تحسين التواصل بين أفراد الأسرة ولا تساعد في تبادل المشاعر الإيجابية بينهم، ولا تستطيع أن تعدل في الأداء الوظيفي لأفراد الأسرة أو في تخلي بعض أفراد الأسرة عن أدوار يقومون بها أو تضغط على الأسرة في تغيير طرق تفاعلاتها مع أبنائها، لذلك ظهرت عدم فاعلية هذه العقاقير في علاج مثل هذه العمليات الأسرية المرضية.

كما أن طبيعة العمليات الأسرية المرضية والمتمثلة في (المتلث المرضي، وكبش الفداء، والرابطة المزدوجة، والتعمية والتبادل الكاذب والزائف بين أفراد الأسرة، وجمود الأدوار) تكشف عن أساليب تفاعل وأنماط تواصل خاطئة، وتكشف عن خلل واضطراب واضح في العلاقات بين أفراد الأسرة وسوء الأداء الوظيفي لها، ومثل هذه العمليات لا تحتاج إلى عقاقير لعلاجها بقدر ما تحتاج إلى تدخل نفسي واجتماعي لوضع أسس وقواعد تسهم في التغيير وتعديل سلوكيات هؤلاء الأفراد داخل النسق الأسري؛ بل وإعادة بناء هذا النسق.

حول نتائج الفرض الأول والثالث:

لقد أسفرت نتائج الفرض الأول عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي للاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية؛ مما يدل على فاعلية برنامج العلاج الأسري في خفض اكتئاب المراهقين.

كما أظهرت نتائج الفرض الثالث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة في الاكتئاب مما يدل على فاعلية العقاقير في خفض الأعراض الاكتئابية.

إلا أن هناك فروقاً بين التحسين للمجموعة التجريبية والضابطة في متغير الاكتئاب فنسبة التحسن للمجموعة التجريبية أعلى من نسبة التحسن للمجموعة الضابطة، وذلك كما يتضح من الدرجات الخام للمجموعتين في القياس البعدي للاكتئاب، وكما يتضح في درجة التغير بين القياسين القبلي والبعدي لكل مجموعة والجدول التالي يوضح الفروق بين نسبة التحسن (درجة التغير) عند المجموعتين.

جدول رقم (٤/٥)

يوضح الفروق بين نسبة التحسن درجة التغير عند كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب

المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية				درجة التغير درجات الاكتئاب
النسبة المئوية	درجة التغير	بعدي	قبلي	النسبة المئوية	درجة التغير	بعدي	قبلي	
%٠,٢	٦	٢٤	٣٠	%٠,٥٥	١٦	١٣	٢٩	الاكتئاب
%٠,٢٢	٧	٢٥	٣٢	%٠,٥٥	١٨	١٥	٣٣	
%٠,٢٦	٧	٢٠	٢٧	%٠,٦٤	١٨	١٠	٢٨	
%٠,٢٨	٨	٢١	٢٩	%٠,٥٧	٢٠	١٥	٣٥	
	٢٨			٢٢				

ويتضح من الجدول السابق أن نسبة التحسن أو درجة التغير عند المجموعة التجريبية أعلى من درجة التغير عند المجموعة الضابطة في متغير الاكتئاب.

مما يدل على أن برنامج العلاج الأسري أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية، وربما يرجع ذلك إلى أن العلاج النفسي الأسري يركز على جوانب نفسية وأسرية تساعد على توافق الفرد وتوافق الأسرة، ويعمل على خلق بيئة آمنة صالحة تحمي أبناءها من الإصابة بالاكتئاب مرة أخرى؛ لأن العلاج الأسري يغير من أنماط التفاعل وأساليب الاتصال وطبيعة العلاقات، بل ويعالج العمليات والأساليب الخاطئة للتفاعلات الأسرية والتي تؤثر في اكتئاب الابن، كما أن برنامج العلاج الأسري قد ساهم في تحسين المناخ الأسري وعالج العمليات الأسرية المرضية داخل النسق الأسري؛ مما كان أثر في رفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات ورفع درجات قوة الأنا لديهن، وهذا كان له دور كبير في علاجهم من اكتئابهم في حين أن العقاقير لم تثبت فعاليتها في تحسين المناخ الأسري أو علاج العمليات الأسرية المرضية ولم تؤثر في رفع تقدير الذات وقوة الأنا للمراهقات وإنما ظهر تأثيرها فقط في خفض بعض الأعراض الاكتئابية وتدعم نتائج الفرض الخامس، والفرض السادس الفروق بين التحسين عند المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة حيث أظهرت النتائج اقتراب المجموعة التجريبية من حالة السواء في جميع متغيرات الدراسة في حين أن المجموعة الضابطة لم تصل إلى حد السواء في جميع متغيرات الدراسة.

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس التتبعي لجميع متغيرات الدراسة".

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، ومقياس قوة الأنا، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس العمليات الأسرية على أفراد المجموعة التجريبية (المراهقات المكتئبات اللاتي تعرضن لبرنامج العلاج الأسري) مرتين، مرة بعد تطبيق البرنامج، ثم قامت الباحثة بتطبيق نفس المقاييس مرة ثانية بعد

شهر من انتهاء البرنامج وكذلك تم تطبيق المقاييس على المجموعة الضابطة مرتين مرة في القياس البعدي ومرة أخرى في القياس التتبعي وذلك بهدف إجراء متابعة لامتداد أثر البرنامج على المجموعتين والمقارنة بينهما في القياس التتبعي الدراسة التجريبية، ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط على القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة، وتم حساب قيمة χ^2 كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (٥/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة (*)

المتغيرات	العدد (ن)		الوسيط	درجة الحرية	قيمة χ^2 المحسوبة	قيمة χ^2 الجدولية	مستوى الدلالة
	القياس البعدي	القياس التتبعي					
الاكتئاب	٤	٤	١٠	١	٤,٨	٤,٨	دال
تقدير الذات	٤	٤	٢٣	١	٤,٨	٣,٨٤	دال
قوة الأنا	٤	٤	٤٥	١	٤,٨	٦,٦٤	دال
المناخ الأسري	٤	٤	٣٦,٥	١	٨		دال
العمليات الأسرية	٤	٤	٣٩,٥	١	٨		دال

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير الاكتئاب أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) مما يشير إلى عدم صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في متغير الاكتئاب".

كما يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير تقدير الذات أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وعلى هذا الأساس ترفض الباحثة الفرض الصفري حيث ثبت إحصائياً أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في متغير تقدير الذات لصالح القياس التتبعي".

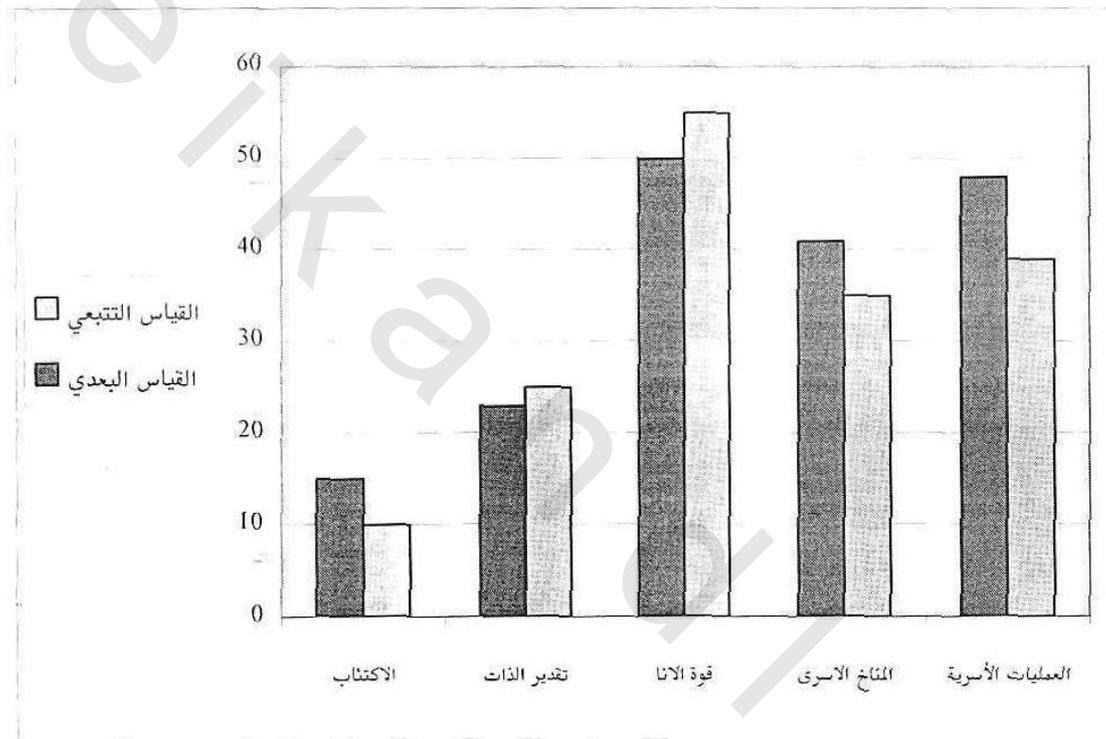
ويتضح أيضاً من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير قوة الأنا أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى عدم صحة الفرض الصفري حيث "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في متغير قوة الأنا لصالح القياس التتبعي".

وكذلك يتضح من الجدول أن قيمة χ^2 المحسوبة للقياسين البعدي والتتبعي للمناخ الأسري أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على عدم صحة الفرض الصفري حيث ثبت أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في متغير المناخ الأسري لصالح القياس التتبعي".

(*) جدول الدرجات الخام في ملاحق الدراسة.

ويتضح أيضا من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير العمليات الأسرية أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يؤدي إلى رفض الفرض الصفري؛ حيث ثبت عدم صحته ويمكن الوصول إلى نتيجة مؤداها "أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في متغير العمليات الأسرية". وهذا يؤكد على امتداد أثر البرنامج في علاج العمليات المرضية الأسرية حتى بعد انتهاء البرنامج.

ومن عرض نتائج هذا الفرض يتضح امتداد أثر برنامج العلاج النفسي الأسري على أفراد المجموعة التجريبية لمدة شهر بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وذلك في جميع متغيرات الدراسة: حيث كانت الفروق لصالح القياس التتبعي، والشكل البياني التالي يوضح دلالة هذه الفروق:



شكل رقم (٤/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرابع:

تدل نتائج هذا الفرض على استمرار أثر برنامج العلاج الأسري في جميع متغيرات الدراسة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، وتناقش الباحثة استمرار أثر برنامج العلاج الأسري على كل متغير من متغيرات الدراسة على حدة.

امتداد أثر برنامج العلاج الأسري في علاج الاكتئاب:

وُرجع الباحثة استمرار أثر البرنامج في علاج الاكتئاب لعدة أسباب.

أولاً: تركيز برنامج العلاج الأسري على الأسباب المؤدية للاكتئاب وعلاجها وليس مجرد تركيزه فقط على زوال الأعراض الاكتئابية، وذلك كما يحدث عند تناول العقاقير بمفردها حيث يظهر تأثيرها في اختفاء بعض الأعراض فقط، ولذلك فالتركيز على علاج الأسباب الحقيقية يقي من احتمال حدوث الانتكاس مرة أخرى للمرض، ويشير دون جاكسون في هذا الصدد إلى أن "العلاج الأسري يركز على العلاقة بين أعضاء الأسرة فهو يتسم بكونه تفاعلي ولذلك فهو يعمل على العلاج والوقاية؛ حيث إنه يقلل احتمالية الانتكاس والعودة إلى المرض مرة أخرى، وبذلك يمتد أثره لفترات طويلة، ويعتبر علاج طويل الأمد". (Ray Wendel, 1992)

ثانياً: كما ترجع الباحثة امتداد أثر البرنامج إلى شهر بعد نهاية العلاج إلى كفاءة برنامج العلاج الأسري في تحقيق أهدافه؛ حيث إن البرنامج عمل على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة، وتم ذلك من خلال مواقف التفاعل المختلفة؛ وحيث إن عملية التفاعل الاجتماعي هي عملية دينامية وتظهر فيها التفاعلات من خلال أساليب التواصل بين أفراد الأسرة، لذلك فعندما يركز البرنامج العلاجي على تحسين أساليب التواصل فهو لن يغيرها تماماً حيث إن الأسرة لم تتغير فجأة من ممارسة الأساليب الخاطئة إلى ممارسة أفضل الطرق لممارسة أساليب التواصل الجيد؛ وإنما مرت عملية التحسين والتعديل بمراحل. حيث بدأت الأسرة تدرك أن هناك أساليب وعمليات خاطئة تمارسها.. ثم تدرك أبعاد الخطأ في هذه العمليات وتأثيرها والربط بين العمليات المرضية التي تمارسها وسلوكيات الأبناء المضطربة ثم تبدأ في التخلي عن هذه الممارسات والأساليب الخاطئة في تفاعلاتها وطرق تواصلها ثم تبدأ تتعلم أساليب جديدة أكثر إيجابية لتحل محل الأساليب الخاطئة وتدرك مدى إيجابياتها في علاج اضطرابات الأبناء، ثم تتدرب الأسرة على ممارسة هذه الأساليب الجديدة وتطبيقها في مواقف تفاعل مصطنعة في البرنامج العلاجي.. وأخيراً تطبق الأسرة المهارات والأساليب التي اكتسبتها في حياتها الأسرية الطبيعية وتمارسها بشكل طبيعي، وترتبط بين ممارستها لهذه الأساليب والاستجابات العائدة عليها ليسهل تطبيقها في مواقف تفاعل أخرى أي أن تأثيرات العلاج الأسري تظهر على المدى الطويل.

حيث أنها تحتاج إلى وقت لتظهر التغيرات في أنماط التفاعل وتدعم هذه النتيجة نتائج إحدى الدراسات والتي اهتمت بمقارنة تأثيرات العلاج الأسري والعلاج النفسي الفردي حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاج الأسري النسقي أفضل من العلاج النفسي الفردي (معرفي سلوكي) في فترة المتابعة حيث ظهرت فاعليته في تحسين الصراعات الأسرية، وحل مشكلات العلاقة بين الابن والوالدين وعلاج الخلل الوظيفي الأسري، وأن تأثيرات العلاج الأسري ظهرت في فترة المتابعة فقط لأن تأثيرات العلاج الأسري يتطلب فترة أطول من الوقت للسماح بحدوث تغييرات في أنماط التفاعل الأسري المعقدة لذلك فمن المنطقي أن تظهر تأثيرات العلاج الأسري في فترة المتابعة أفضل من القياس البعدي مباشرة (Kolko, David et al, 2000).

ومن الملاحظ أن تعديل التفاعلات وأساليب التواصل وإكساب الأسرة مهارات اجتماعية يتم وفقاً لمنظور السلوكية في تعديل السلوك.. وقد لاحظت الباحثة بالفعل تقارب المنظورين السلوكي والبنائي في طرق تعديل السلوك.. بل والأكثر من ذلك أن النظرية البنائية استعانت بفنيات من النظرية السلوكية لتطبيقها في تعديل السلوك، وقد يكون ذلك له

دور كبير في تعديل سلوكيات أفراد الأسرة في مواقف التفاعل المختلفة وفقاً للنظرية البنائية.

ولذلك فعندما يحسن البرنامج العلاجي من أساليب التواصل، ويكسب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل بين أفرادها، فإن ذلك سوف يؤثر على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة، وبذلك يعتبر البرنامج العلاجي هو بداية لمراحل تغيير.. فهو بمثابة حجر الأساس الذي يتشكل على أساسه البناء الأسري الجديد، وحيث إن العلاقات الإنسانية تتغير وتتعدّل بصورة تدريجية فإن الأسر تحتاج وقتاً لتطبيق ما تدرّبت عليه من مهارات وتمارسه في حياتها الأسرية بشكل طبيعي، ولكي يتم إعادة تشكيلها فهي تحتاج أن تربط العلاقة بين الإدراكات الجديدة التي تكونت لديها بالاستجابات الجديدة في الأسرة، والمتمثلة في تخفيف حدة الصراعات أو العلاقات المضطربة، كل هذه الأمور توضح أنه إذا كان التغيير المبدئي الذي حدث للأسرة تغييراً حقيقياً وجوهرياً فإن ذلك سوف يترتب عليه تغييرات أفضل فيما بعد، وكلما مر الوقت وازدادت مواقف التفاعلات بين أفراد الأسرة دعمت تلك المواقف هذه التغييرات الإيجابية بل وزادت من تغييرات أكثر إيجابية مترتبة عليها. وهذا يشير إلى استمرار أثر البرنامج في علاج الاكتئاب والوقاية من الانتكاس والعودة للمرض مرة أخرى.

ثالثاً: وترجع الباحثة امتداد أثر البرنامج أيضاً إلى أن البرنامج العلاجي يتعامل مع الأسرة ككل، وهذا بالطبع يختلف عما إذا كان البرنامج يتعامل مع الفرد المكتئب فقط حيث إنه عندما يعالج البرنامج الفرد المكتئب بمفرده وبمعزل عن أفراد أسرته فإن هذا الفرد بعد العلاج سوف يعود مرة أخرى إلى الأسرة المضطربة الغير آمنة للابن المكتئب؛ مما يزيد من احتمال عودته للمرض مرة أخرى، أما العلاج الأسري فهو يوفر البيئة الأسرية الآمنة التي تساعد المكتئب على الشفاء التام وتقلل من احتمال عودته للمرض مرة أخرى بل إنها تعمل على وقاية باقي الأبناء وتحصينهم من الإصابة بالمرض النفسي.

وتؤيد هذه النتيجة دراسة جوي ديموند حيث أشارت نتائج دراسته إلى برنامج العلاج الأسري ساهم في تحسين درجات الاكتئاب عند المراهقين، وأن المراهقين الذين تحسّنوا في فترة العلاج حققوا تحسناً أعلى في فترة المتابعة مما أدى إلى تقليل نسبة العودة والانتكاس للمرض مرة أخرى" (Diamond, Guy & Siqueland, Lynne, 1995).

كما أنه من العوامل التي ساهمت في امتداد أثر البرنامج في علاج اكتئاب المراهقين أن البرنامج ركز على بعض العمليات التي تترك أثراً في أذهان أفراد الأسرة يكون من الصعب نسيانها فركز على الجوانب التدريبية العملية لأفراد الأسرة، وقدم تدريبات معينة لأفراد الأسرة من خلال مواقف تفاعل محددة بهدف إحداث تغيير معين، وساعد الباحثة في ذلك بعض الفنيات التي أتاحت الفرصة لإيجاد أكبر عدد من مواقف التفاعل مثل: فنية إعادة التمثيل ولعب الأدوار، ورقص البالية الأسري، وإعادة التشكيل، والتغذية الراجعة، فعلى الرغم من اعتماد البرنامج على مواقف تفاعل مصطنعة إلا أن هذه المواقف تترك تأثير واضحاً على أفراد الأسرة أكثر من مجرد تلقي الأسرة إرشادات لتخاطب الجانب العقلي فقط.

امتداد أثر برنامج العلاج الأسري في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين بعد تطبيق البرنامج بمدة شهر:

تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء متغيرات الدراسة الأخرى من مناخ أسري وعمليات أسرية مرضية؛ حيث إنه كلما تحسن المناخ الأسري وكلما قللت الأسرة من ممارساتها الخاطئة تحسنت أساليب وطرق التواصل بين أفراد الأسرة. والتي تظهر من خلال الرسائل النفسية الإيجابية المتبادلة بين أفراد الأسرة، ومن ثم تتغير طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة، وفي ظل هذه التغيرات المستمرة يرتفع تقدير المراهقين لذواتهم؛ حيث إنه بالنسبة للأوضاع الأسرية الجديدة التي تغيرت يمكن للمراهق المكتئب أن يعبر تعبيراً حراً عن مشاعره وأفكاره من خلال وسائل الاتصال اللفظي مع أفراد أسرته، كما أن الأسرة أصبحت أكثر وعياً بحاجاته ومطالبه وتسعى لإشباع حاجاته النفسية كذلك؛ فقد أصبحت أكثر وعياً بطبيعة المرحلة التي يمر بها المراهق والصراعات والأزمات التي يعانها أثناء هذه المرحلة ومن ثم أصبحت الأسرة متفهمة للابن وتشاركه وجدانياً، وأصبح المناخ الوجداني السائد في الأسرة هو المناخ الديمقراطي الذي تسوده العواطف الإيجابية المتبادلة بين أفراد الأسرة.

ومما لاشك فيه أنه كلما تزداد هذه المتغيرات الأسرية في التحسن كلما يرتفع تقدير الذات لدى المراهق؛ فالأسس التي وضعها البرنامج لهذه الأسر والمهارات التي اكتسبتها الأسرة خلال البرنامج تجعل تغيرات الأسرة في المراحل التالية أو سلوكيات أفراد الأسرة في الحياة الأسرية الطبيعية تسير بصورة إيجابية أفضل؛ مما يزيد من تقدير المراهق لذاته.

كما ركز البرنامج العلاجي على تدريب الأسرة على استخدام أساليب تدعيم مختلفة مع المراهق؛ مما يعمل على تحفيزه للإنجاز ورفع تقديره لذاته. كذلك فإن تقوية نظام الدعم في الأسرة كان من العوامل المساهمة في استمرار أثر البرنامج في رفع تقدير الذات لدى المراهقين.

وعلى هذا الأساس نجد أن تحسن العلاقات الاجتماعية الأسرية لها أثر بالغ في رفع تقدير المراهق لذاته، وكلما ازداد هذا التحسن أصبح المراهق المكتئب أكثر توافقاً وأكثر ثقة في قدراته وكفاءته، وهذا ما يفسر استمرار أثر البرنامج في رفع تقدير الذات.

امتداد أثر برنامج العلاج الأسري في رفع مستوى قوة الأنا للمراهقين المكتئبين وذلك بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بشهر

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أنه كلما ازداد المناخ الأسري سواءً، وعولجت العمليات الأسرية من اضطرابها، وارتفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات ازدادت قوة الأنا في التحسن في أدائها لوظائفها؛ حيث إنه مع مرور الوقت وتزايد مواقف التفاعل بين أفراد الأسرة تتاح الفرص للممارسات والسلوكيات السوية، والتعبير عن المشاعر الإيجابية والتدعيم والمشاركة والترابط والانتماء بين أفراد الأسرة، وهذا يُظهر استمرار أثر البرنامج وازدياد تحسن قوة الأنا.

امتداد أثر البرنامج في تحسين المناخ الأسري للمراهقين المكتئبين وذلك كما ظهر في القياس التتبعي.

ومن الطبيعي أنه كلما عدلت الأسرة من أساليب تفاعلاتها المرضية ترتب على ذلك استجابات أفضل وأكثر سواء من الأبناء؛ مما يدعم ويؤكد على الأساليب الجديدة أو المعدلة التي تمارسها الأسرة، فتكرر الأسرة من ممارستها لهذه الأساليب بل وتزيد منها فتزيد الاستجابات السوية من الأبناء، وهكذا يؤثر ذلك في تحسين المناخ الأسري، وبذلك فإن القياسات التتبعية في مثل هذه الدراسات خاصة الدراسات التي تهتم بديناميات التفاعلات الأسرية نجدها تظهر نتائج أفضل بصفة مستمرة عن القياسات البعدية وليست مجرد أن تحافظ على نفس النتائج، وقد ظهر ذلك في دراسات العلاج الأسري الذي ثبتت فعاليتها في علاج الاضطرابات الوجدانية. (Edelstien, Karen, 1993)

امتداد أثر برنامج العلاج النفسي الأسري في علاج العمليات الأسرية المرضية بعد شهر من الانتهاء من البرنامج.

حيث إن العمليات الأسرية المرضية (المثلث المرضي، كبش الفداء، الرابطة المزدوجة، التعمية، التبادلية الكاذبة، جمود الأدوار) كلها تكشف عن خلل في الأدوار واضطراب في الوظائف التي يقوم بها أفراد الأسرة، وكذلك تكشف عن الطرق والأساليب الخاطئة التي تستخدمها الأسرة في أساليب تواصلها وتفاعلها مما يؤدي إلى اضطراب العلاقات الأسرية، لذلك فعند علاج هذه العمليات المرضية فمن الطبيعي أن تأخذ وقتاً للتغيير ليظهر أثر هذا التغيير؛ لأن هذه العمليات يمارسها بشر وقد مارسوها بصورة خاطئة لفترات طويلة حتى كادت أن تصبح عادة في تفاعلاتهم الطبيعية، ولذلك فإن تغيير مثل هذه العادات الخاطئة في التفاعل، وتخلي بعض أفراد الأسرة عن أدوارهم، وإعادة توزيع مسؤوليات وواجبات جديدة على أفراد الأسرة، وتدريب أفراد الأسرة على ممارسة عادات جديدة وتطبيق مهارات اجتماعية جديدة في حياتهم الأسرية الطبيعية يستغرق وقتاً، ومدة البرنامج على مدار الخمس شهور كانت مجرد تدريب أفراد الأسرة على التغيير للأفضل وإحداث تغيير في البناء والوظائف للأسرة، ووعي الأسرة بهذا التغيير والافتتاع به لتكتمل هي مراحل التغيير الأخرى في حياتها؛ لذلك كان من المنطقي أن يظهر هذا التأثير بصورة إيجابية وأفضل بعد فترة شهر من تطبيق البرنامج، وتتوقع الباحثة أنه إذا حقق البرنامج فعاليته في إحداث التغيير للأسرة فإنه في الشهور التالية يكون أكثر فاعلية أي أنه كلما مر الوقت ظهر التحسن الإيجابي لهذه الأسر، كما أن معدل الانتكاس والعودة للمرض يقل عند الأسر التي تتلقى علاج أسري عن التي تتلقى علاج بالعقاقير فقط.

حول نتائج الفرض الرابع:

أظهرت نتائج الفرض الرابع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة لصالح القياس التتبعي؛ مما دل على استمرار أثر برنامج العلاج الأسري بعد تطبيق البرنامج لمدة شهر، وقد قامت الباحثة بعمل قياس تتبعي للمجموعة الضابطة لمقارنة الفروق بين القياس التتبعي للتجريبية والقياس التتبعي للضابطة الأولى للكشف عن أيهما أكثر استمراراً ويترك أثر على المراهقات العلاج الأسري أم العلاج بالعقاقير.

جدول رقم (٦/٥)

يوضح الفروق بين درجة التغير للقياس البعدي والقياس التتبعي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية				درجة التغير متغيرات الدراسة
النسبة المئوية	درجة التغير	تتبعي	بعدي	النسبة المئوية	درجة التغير	تتبعي	بعدي	
%٠,١٧	٤	٢٠	٢٤	%٠,٣٨	٥	٨	١٣	الاكتئاب
%٠,٠٨	٢	٢٣	٢٥	%٠,٣٣	٥	١٠	١٥	
-	-	٢٠	٢٠	%٠,١	١	٩	١٠	
%٠,١	٢	١٩	٢١	%٠,٤	٦	٩	١٥	
	٨				١٦			
.	-	١٥	١٥	%٠,٠٩	٢	٢٥	٢٣	تقدير الذات
%٠,٠٦	١	١٥	١٦	%٠,١٥	٣	٢٣	٢٠	
.	-	١١	١١	%٠,١٤	٣	٢٥	٢٢	
%٠,٠٨	١	١١	١٢	%٠,٢٦	٥	٢٤	١٩	
	٢				١٣			
.	-	٣٧	٣٧	%٠,٠٧	٣	٤٨	٤٥	قوة الأنا
%٠,٠٣-	١-	٣٤	٣٥	%٠,٠٣	١	٤٠	٣٩	
%٠,٠٣	١	٣١	٣٠	%٠,١	٥	٥٥	٥٠	
%٠,٠٣	١	٣٦	٣٥	%٠,٠٥	٢	٤٥	٤٣	
	١				١١			
%٠,١-	٥-	٦٠	٥٥	%٠,٢١	٨	٣٠	٣٨	المناخ الأسري المرضي
%٠,١١-	٥-	٥٥	٤٦	%٠,١٣	٥	٣٥	٤٠	
%٠,٠٤-	٢-	٥٠	٤٨	%٠,٣٦	١٤	٢٥	٣٩	
.	-	٥٣	٥٣	%٠,١٥	٦	٣٥	٤١	
	١٦-				٣٣			
%٠,٠٨-	٥-	٧٠	٦٥	%٠,١٣	٦	٣٩	٤٥	العمليات الأسرية المرضية
%٠,٠٧-	٥-	٧٩	٧٤	%٠,٢١	١٠	٣٨	٤٨	
%٠,٠١	١	٧٢	٧٣	%٠,٤٢	١٨	٢٥	٤٣	
%٠,٠٢-	١-	٦٥	٦٤	%٠,٢٥	١٠	٣٠	٤٠	
	١٠-				٤٤			

يتضح من الجدول السابق أن درجة التغير أو نسبة التحسن للمجموعة التجريبية أعلى من درجة التغير للمجموعة الضابطة مما يشير إلى استمرار أثر برنامج العلاج الأسري على المجموعة التجريبية في جميع متغيرات الدراسة.

كما يكشف عن استمرار أثر العقاقير في خفض الأعراض الاكتئابية ولكن بدرجة أقل من استمرار أثر برنامج العلاج الأسري في خفض الاكتئاب. أي أنه امتد أثر البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية بصورة أكبر من امتداد أثر العقاقير المضادة للاكتئاب على المجموعة الضابطة.

كذلك يكشف هذا الجدول عن أن العقاقير لم تؤثر في متغير تقدير الذات ومتغير قوة الأنا وبالتالي لم يحدث أي تأثير أو تغير في القياس التتبعي.

أما المناخ الأسري المرضي للمجموعة الضابطة قد أصبح أكثر اضطراباً حيث زادت درجة التغير في الاتجاه المرضي في القياس التتبعي، ولا يمكننا القول بأن العقاقير هي التي زادت المناخ الأسري اضطراباً حيث أنها لم تثبت فعاليتها على هذا المتغير في القياس البعدي، وبالتالي فإن هذا الاضطراب ناتج عن عدم وجود علاج مناسب يُحسن من المناخ الأسري وكذلك العمليات الأسرية المرضية زادت مرضيتها في القياس التتبعي حيث زادت درجة التغير للعمليات الأسرية عند المجموعة الضابطة.

ومن ذلك يتضح أن هناك فرق بين استمرار أثر البرنامج على المجموعة التجريبية والذي أظهر تحسن في القياس التتبعي عن القياس البعدي في جميع متغيرات الدراسة وفرق بين استمرار أثر العقاقير التي حافظت على فاعليتها في القياس التتبعي للاكتئاب ولم تثبت أي فاعلية في متغير تقدير الذات، وقوة الأنا. أما متغير المناخ الأسري المرضي والعمليات الأسرية المرضية فقد زادت نسبتها في القياس التتبعي عن القياس البعدي.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن المراقبة المكتتبة قد تم تخفيض الأعراض الاكتئابية لديها باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب؛ ولكنها عندما عادت إلى البيئة الأسرية المرضية والمناخ الأسري المضطرب الذي لم يتعرض لأي توجيه أو علاج فازداد اضطراباً وازدادت تفاعلات الأسرة المرضية، وذلك يؤثر على الأبناء مرة أخرى، وتتوقع الباحثة أنه إذا تم إجراء قياس تتبعي مرة أخرى بعد شهرين من انتهاء تأثير العقاقير سوف تأخذ النتائج شكلاً مختلفاً ويكون هناك احتمال لانتكاس هؤلاء المراهقات وعودتهم للاكتئاب مرة أخرى لأن الدائرة تبدأ من التفاعلات الأسرية المرضية والمناخ الأسري المضطرب الذي يؤثر على تقدير الذات لهؤلاء الأبناء ومن ثم على اكتئابهم مرة أخرى.

وذلك على عكس نتائج المجموعة التجريبية التي أظهرت التحسن الأفضل في القياس التتبعي عن القياس البعدي، وذلك لنفس السبب، وجود نفس الدائرة ولكنها تسير في الاتجاه المعاكس؛ حيث إن المناخ الأسري المستقر والبيئة الأسرية الآمنة الخالية من العمليات والتفاعلات الأسرية المرضية ساعدت على رفع تقدير الذات لهؤلاء المراهقات ورفع درجات قوة الأنا لديهم، واستمرت في التحسن الإيجابي مما كان له أثر إيجابي واضح في استمرار انخفاض درجات الاكتئاب لهؤلاء المراهقات.

نتائج الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة".

وللتحقق من هذا الفرض تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، ومقياس قوة الأنا، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس العمليات الأسرية على المجموعة التجريبية وعلى المجموعة المحكية (التي لم تتعرض للبرنامج، ولم تتناول أي عقاقير طبية) وللتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين، واختبار صحة هذا الفرض قامت

الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط على المجموعتين التجريبية والضابطة الثانية في القياس البعدي، وتم حساب قيمة χ^2 كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (٧/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	العدد		الوسيط	درجة الحرية	قيمة χ^2 المحسوبة	قيمة χ^2 الجدولية	مستوى الدلالة
	تجريبية	ضابطة					
الاكتئاب	٤	٤	١٢,٥	١	٢	٣,٨٤	غير دال
تقدير الذات	٤	٤	٢٠,٥	١	صفر	٦,٦٤	غير دال
قوة الأنا	٤	٤	٤٣	١	٠,٥٣٢		غير دال
المناخ الأسري	٤	٤	٣٨,٥	١	٢		غير دال
العمليات الأسرية	٤	٤	٤٤	١	صفر		غير دال

يتضح من الجدول أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير الاكتئاب أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يدل على صحة الفرض الصفري حيث ثبت إحصائياً أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير الاكتئاب". وهذا يدل على تأثير وفاعلية البرنامج في علاج الاكتئاب للمجموعة التجريبية حيث إنهم اقتربوا من حالة السواء مع العينة السوية غير المريضة.

كما يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير تقدير الذات أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يدل على صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت إحصائياً أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير تقدير الذات".

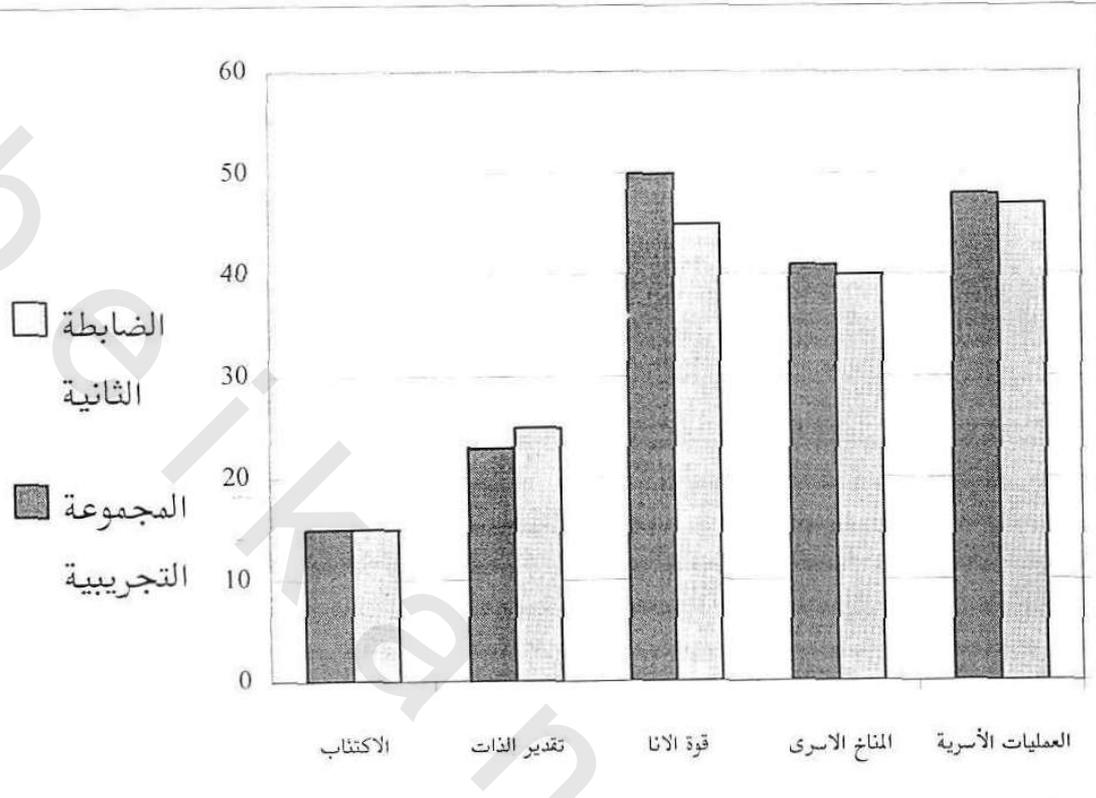
ويتضح من هذا الجدول أيضاً أن قيمة χ^2 المحسوبة لمتغير قوة الأنا أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) مما يدل على صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت إحصائياً أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير قوة الأنا".

وكذلك يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للمناخ الأسري أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) مما يدل على صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير المناخ الأسري".

وأخيراً يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للعمليات الأسرية أقل من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) مما يدل على صحة الفرض الصفري؛ حيث ثبت إحصائياً أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير العمليات الأسرية".

ومن عرض نتائج الفرض الخامس يتضح أن أثر البرنامج على المجموعة التجريبية في الاقتراب من حالة السواء؛ حيث أكدت نتائج هذا الفرض عدم وجود فروق

دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة المحكية في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة؛ مما يشير إلى اقتراب المجموعة التجريبية من المجموعة السوية في متغيرات الدراسة ويؤكد على فعالية البرنامج في تحسين متغيرات الدراسة للمجموعة التجريبية، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (٥/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الخامس:

أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية، ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة؛ مما يدل على اقتراب المجموعة التجريبية من حالات السواء؛ حيث إن العينة الضابطة الثانية هي عينة سوية لا تعاني من الاكتئاب وتعيش مناخاً أسرياً سوية غير مضطرب.

اقتراب المجموعة التجريبية من المجموعة المحكية في متغير الاكتئاب:

وهذا يدل على نجاح البرنامج العلاجي بمفرده في علاج الاكتئاب، واقتراب العينة التجريبية بعد علاجها من الاكتئاب من حالة السواء، وتُرجع الباحثة اقتراب العينة التجريبية (المراهقات المكتئبات الذين تلقوا برنامج العلاج الأسري) إلى حالة السواء، كما ترجع الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية وبين المجموعة المحكية إلى تعرض المراهقات وأسرههم في المجموعة التجريبية إلى برنامج العلاج الأسري، وتركيز البرنامج العلاجي على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة وتغيير أنماط التفاعل الخاطئة، وإعادة تشكيل العلاقة بين المراهقات وأفراد أسرتهن، وتحسين أساليب التواصل الخاطئة، وتحسين الأداء الوظيفي في الأسرة وإعادة توزيع الأدوار والمسئوليات، والعمل على إعادة ارتباط كل فرد من أفراد الأسرة بالأسرة نفسها، وعلاج العمليات المرضية في الأسرة والتي تؤثر في اكتئاب المراهقات، وكذلك تدريب أفراد الأسرة وإكسابهم مهارات اجتماعية تحسن من كفاءة التفاعل فيما بينهم، كل هذه العوامل ساهمت في خفض اكتئاب المراهقين، واقتراب المجموعة التجريبية من حالة السواء.

متغير الذات:

كما أشارت نتائج هذا الفرض إلى اقتراب المجموعة التجريبية من حالة السواء في متغير تقدير الذات؛ حيث توصلت نتائج الفرض إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لتقدير الذات، وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى برنامج العلاج الأسري وتركيزه على بعض النقاط التي ساعدت الأسرة في رفع تقدير الذات لهؤلاء المراهقات المكتئبات وقد أوضحت الباحثة هذه النقاط والعوامل الأسرية التي اهتم البرنامج بعلاجها للتأثير في تقدير الذات للمراهقات المكتئبات في تفسير الفرض الأول في متغير تقدير الذات.

متغير قوة الأنا:

أوضحت نتائج هذا الفرض أيضاً اقتراب المجموعة التجريبية من العينة السوية (الضابطة الثانية) والتي تمثل معيار ومحك تحكم في ضوئه على اقتراب العينة التجريبية المكتئبة بعد العلاج من حالة السواء في متغير قوة الأنا، وترتبط هذه النتيجة بالنتيجة السابقة الخاصة بمتغير تقدير الذات؛ حيث إن هناك علاقة ارتباطية دالة بين قوة الأنا وتقدير الذات، وقد أشارت الدراسات السابقة إلى هذه العلاقة.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة الثانية إلى البرنامج العلاجي الذي تلقته المجموعة التجريبية؛ حيث ساهم بدور في تقوية الأنا في القيام بوظائفها وقد أوضحت الباحثة ذلك في تفسير الفرض الأول في متغير قوة الأنا.

متغير المناخ الأسري:

أوضحت نتيجة هذا الفرض عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي للمناخ الأسري بأبعاده المرضية؛ مما يدل على اقتراب العينة التجريبية من حالة السواء في المناخ الأسري؛

حيث إن العينة السوية يفترض أنها تعيش مناخاً أسرياً سوياً ومستقراً وغير مضطرب، وذلك - كما أظهرت المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة - وهذا يشير إلى فاعلية برنامج العلاج الأسري في علاج المضطرب المناخ الأسري.

حيث ركز البرنامج العلاجي على علاج العمليات المرضية التي تؤدي إلى اضطراب المناخ الأسري (عملية اللاأنسنة، والحب المصطنع، والأسرة المدمجة، والمناخ الوجداني غير السوي)، وقد تعرضت الباحثة لتفسير هذه النتيجة في الفرض الأول في متغير المناخ الأسري.

متغير العمليات الأسرية:

أظهرت نتائج هذا الفرض عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تلقت برنامج العلاج الأسري والمجموعة المحكية السوية؛ مما يدل على نجاح البرنامج في علاج العمليات المرضية؛ حيث أصبحت المجموعة التجريبية أقرب إلى حالات السواء؛ حيث ركز البرنامج العلاجي بغنياته وأدواته المختلفة على علاج كل عملية من العمليات المرضية للأسرة المريضة؛ وقد أوضحت الباحثة ذلك في تفسير الفرض الأول في متغير العمليات الأسرية.

نتائج الفرض السادس:

ينص الفرض السادس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق مقاييس الدراسة على المجموعتين الضابطة والضابطة الثانية في مرحلة القياس البعدي، واختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار الوسيط على المجموعتين في جميع متغيرات الدراسة وتم حساب قيمة χ^2 كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (٨/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	العدد		الوسيط	درجة الحرية	قيمة χ^2 المحسوبة	قيمة χ^2 الجدولية	مستوى الدلالة
	ضابطة	محكية					
الاكتئاب	٤	٤	١٧,٥	١	٨		دال
تقدير الذات	٤	٤	١٧	١	٨	*٣,٨٤	دال
قوة الأنا	٤	٤	٣٨	١	٨	**٦,٦٤	دال
المناخ الأسري	٤	٤	٤٣	١	٨		دال
العمليات الأسرية	٤	٤	٥٥,٥	١	٨		دال

يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للاكتئاب أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ مما يشير إلى رفض الفرض الصفري؛ حيث ثبت

إحصائياً أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغير الاكتئاب.

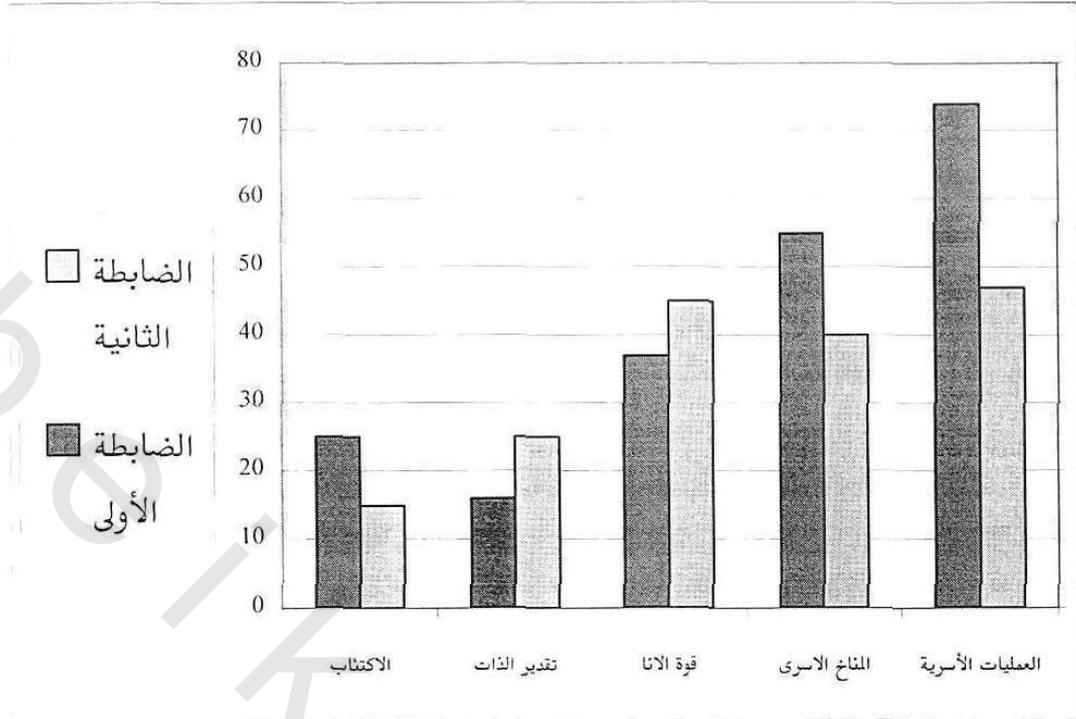
كما يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لتقدير الذات أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى دلالة (0,01)؛ مما يدل على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لتقدير الذات.

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة لقوة الأنا أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)؛ مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لقوة الأنا.

كما يتضح من الجدول السابق أيضاً أن قيمة χ^2 المحسوبة للمناخ الأسري أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى دلالة (0,01)؛ مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي للمناخ الأسري.

وأخيراً يتضح من الجدول السابق أن قيمة χ^2 المحسوبة للعمليات الأسرية أكبر من قيمة χ^2 الجدولية عند مستوى (0,01)؛ مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي للعمليات الأسرية المرضية.

ومن عرض نتائج الفرض السادس توصلت الباحثة إلى رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل، والذي ينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة"، وهذا يشير إلى أن المجموعة الضابطة والتي تعرضت لتأثير العقاقير فقط لم تصل إلى حالة السواء أو حالة الشفاء التام؛ حيث إنها لم تقترب من المجموعة السوية في متغيرات الدراسة حيث ثبت إحصائياً أن هناك فروقاً جوهرية بين المجموعتين في متغيرات الدراسة، والشكل البياني التالي يكشف عن دلالة هذه الفروق.



شكل رقم (٦/٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الفرض السادس:

أشارت نتائج هذا الفرض إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة والمجموعة المحكية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة لصالح المجموعة المحكية.

متغير الاكتئاب:

فعلى الرغم من أن نتائج الفرض الثالث قد أسفرت عن أن العقاقير قد أثبتت فاعليتها في خفض الأعراض الاكتئابية للمجموعة الضابطة، إلا أن هذه المجموعة لم تصل إلى درجة السواء مع المجموعة المحكية في متغير الاكتئاب.

وبذلك نستطيع القول بأنه على الرغم من تأثير العقاقير وكفاءتها في علاج الاكتئاب، إلا أن العينة التي تعرضت للعقاقير فقط لم تصل إلى حالة السواء أو الشفاء التام. وهذا يتفق مع التراث النظري الذي يشير إلى أن العلاج بالعقاقير يُخفض من الأعراض ولا يبحث في الأسباب لذلك فهو لا يكون شفاء تام ويحتاج إلى علاج نفسي آخر معه للوصول إلى حالة السواء.

وقد يرجع السبب إلى أن فترة القياس البعدي كانت بعد خمسة شهور في حين تشير الدراسات إلى أنه لا بد من أن تستمر فترة العلاج بالعقاقير ستة شهور على الأقل

فيما يزيد.. فربما تكون فترة الخمس شهور للعينه الضابطة فترة غير كافية لتحسن العينه واقترابها من حالة السواء.

كما أن عملية مراقبة المريض للتحكم في ضبط الجرعات كما حددها الطبيب والالتزام بها أمر صعب جداً، وإن هذه العملية تخضع للمريض نفسه، ويعتمد الطبيب النفسي على ما يذكره المريض من التغيرات الحادثة له، وهذا أمر يؤثر في تحديد مدى كفاءة هذه العقاقير.

ربما تكون هذه الأسباب هي التي جعلت كفاءة هذه العقاقير محدودة إلى حد ما، وجعلت العينه المكتئبة التي تخضع للعقاقير لم تقترب إلى حالة السواء وقد تحتاج إلى فترة زمنية أطول، وقد تحتاج إلى علاج نفسي مصاحب ليعدل في الأفكار والسلوكيات ويحسن في العلاقات؛ لأنه ربما تكون البيئة المحيطة بهذه العينه الضابطة مليئة بالضغط والصراعات وتكون البيئة الأسرية غير آمنة والعلاقات الأسرية مضطربة.. ففي هذه الحالة لن تغير العقاقير من طبيعة هذه العلاقات، ولن تعدل في البيئة الأسرية، ولن تحل هذه الصراعات، كما أن نظرية الأنساق الأسرية فسرت الاكتئاب بأنه نتيجة وجود خلل وظيفي في الأسرة، والنظريات المعرفية السلوكية فسرت بأنه خلل في التفكير واضطراب في السلوك.. فإذا تواجدت العوامل النفسية والاجتماعية فكيف يمكن للعقاقير وحدها أن تعالج هذه العوامل؟ وعلى هذا الأساس فإن العقاقير مازال دورها محدوداً في جانب معين وهو ضبط الأعراض والتخفيف من حدتها وضبط مواطن الخلل العضوية؛ لذلك ظهر تأثيرها محدوداً فتحسنت العينه الضابطة (التي تتعرض للعقاقير) في خفض الاكتئاب في حين أنها لم تقترب من حالة السواء أو التوافق النفسي.

متغير تقدير الذات:

أوضحت نتائج هذا الفرض وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لتقدير الذات؛ مما يدل على أن المجموعة الضابطة لم تصل إلى درجة السواء في متغير تقدير الذات؛ ويرجع ذلك إلى أن المجموعة الضابطة قد تعرضت لتأثير العقاقير المضادة للاكتئاب وهذه العقاقير لم تثبت فعاليتها في رفع تقدير الذات للمراهقات المكتئبات وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن متغير تقدير الذات يحتاج إلى تدخل نفسي وأسري ومعرفي أكثر من التدخل بالعلاج بالعقاقير؛ ليمكننا من تصحيح مفهوم الذات؛ فأسباب انخفاض تقدير الذات لم تكن أسباباً بيولوجية ليسهل التحكم فيها بالعقاقير الطبية وقد سبق أن قامت الباحثة بتفسير هذه النتيجة في الفرض الثالث في متغير تقدير الذات.

متغير قوة الأنا:

أسفرت نتائج هذا الفرض أيضاً عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة المحكية في القياس البعدي لقوة الأنا؛ مما يدل على أن تأثير العقاقير غير فعال في التأثير على الأنا للقيام بوظائفها وقد أوضحت الباحثة تفسير هذه النتيجة في الفرض الثالث في متغير قوة الأنا.

متغير المناخ الأسري:

وقد أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم اقتراب المجموعة الضابطة من المناخ الأسري السوي للمجموعة الضابطة الثانية؛ وترجع الباحثة ذلك إلى أن تأثير العقاقير غير فعال في علاج عمليات اللانسنة والحب المصطنع، والأسرة المدمجة والمناخ الوجداني غير السوي، والتي أدت إلى اضطراب المناخ الأسري.

حيث إن العقاقير لم تثبت فعاليتها في تحسين أساليب التواصل وتعديل أنماط التفاعلات الأسرية المرضية، وتعديل العلاقات الأسرية والعمليات الأسرية المضطربة التي أدت إلى وجود مناخ أسري مرضي، لذلك فلم يتغير المناخ الأسري لهذه الأسر المرضية من الأساس، وبالتالي فلم يصل إلى حالات السواء ويدعم هذه النتيجة نتيجة الفرض الثالث والخاص بمتغير المناخ الأسري.

متغير العمليات الأسرية:

هذه النتيجة تتفق مع النتيجة السابقة في أن تأثير العقاقير لم يكن فعالاً في علاج العمليات الأسرية المرضية للمراهقات المكتئبات، ومن ثم لم تصل المجموعة الضابطة إلى حالة السواء مع المجموعة الضابطة الثانية في متغير العمليات الأسرية؛ حيث إن العقاقير لم تعدل من تفاعلات الأسرة الخاطئة، وقد قامت الباحثة بتفسير هذه النتيجة في نتيجة الفرض الثالث في متغير العمليات الأسرية.

وبذلك يتضح أن المجموعة الضابطة - والتي تعرضت للعقاقير المضادة للاكتئاب - لم تصل إلى حالة السواء في جميع متغيرات الدراسة.

التحليل الكيفي لنتائج الدراسة:

تقوم الباحثة بعرض دراسة حالة من حالات الدراسة التجريبية والتي طُبِقَ عليها برنامج العلاج الأسري بهدف عرض نتائج الدراسة بشكل تحليلي وكيفي، وللكشف عن طبيعة التغيرات والديناميات التي طرأت على هذه الأسرة، وكذلك التعرف على مدى مساهمة برنامج العلاج الأسري في علاج هذه الأسرة من مرضيتها، وعلاج الابنة المراهقة من اكتئابها.

تقوم الباحثة بوصف هذه الحالة وعرض التاريخ الأسري لها وتحليل البناء الأسري وخصائص النسق الأسري، وطبيعة المشكلات التي تواجه هذه الأسرة، والعمليات الأسرية المضطربة التي تمارسها الأسرة وتؤثر في اضطراب المناخ الأسري، وعرض بعض نماذج التفاعل بين أفراد الأسرة والتي كشفت عن العمليات المرضية التي تعاني منها هذه الأسرة، ثم وصف للخطة العلاجية وأهدافها والمهام العلاجية التي تضمنتها مع هذه الأسرة، والكشف عن التغيرات التي طرأت على هذه الأسرة وعلى هذه الحالة بعد انتهاء العلاج ثم يتبع ذلك إجراء تحليل كيفي للأسباب التي أدت إلى الاكتئاب عند هذه الحالة، ثم تحليل كيفي للأسباب التي أدت إلى التغير، وتحليل كيفي لنتائج الدراسة بصفة عامة من خلال تحليل نتائج دراسة الحالة.

(أ) وصف الحالة:

الحالة "م" عمرها ١٩ عاماً وهي في السنة الأولى من معهد كمبيوتر للمرة الثانية حيث إنها رسبت في العام السابق وتشكو من الإحساس بالضيق والملل وعدم التركيز والشعور بالحزن الشديد، كما أنها تشعر بالوحدة، ولا تجد أي اهتمامات أو أشياء معينة تقوم بها، فتقضي معظم يومها في النوم، فهي تشكو من كثرة النوم وقلة الأكل كما أنها ترفض حياتها الأسرية وتتطلع إلى حياة أسرية أفضل منها؛ لما تعانيه من ضغوط ومشكلات مع أسرتها خاصة مع والدتها، وتشعر الحالة "م" بأن ليس لها أي قيمة داخل هذه الأسرة وأن قدراتها أصبحت محدودة ولا تمكنها من فعل أي شيء، ولم تجد الحالة "م" حلاً لتخفيف الضغوط التي تعاني منها غير الهروب، فقررت الهروب من الضغوط والمشكلات الأسرية، والهروب من إحساسها بالوحدة والعزلة داخل أسرتها، فهربت ثلاث مرات بعيداً عن أسرتها بحثاً عن عمل تحقق ذاتها من خلاله، أو عن أسرة تتبناها عندما تعلم ظروفها، أو ربما شخص يفهمها ويشاركها حياتها وتكون معه أسرة خاصة بها، فالهدف الأساسي الذي تفكر فيه وتهرب من أسرتها سعياً لتحقيقه هو الحياة الأفضل، وقد شخص الطبيب النفسي هذه الحالة بأنها تعاني من الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى بعسر المزاج Dsythmic disorder، وقد خضعت هذه الحالة إلى نوعين من العلاج: العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب، والعلاج ببرنامج العلاج النفسي الأسري والذي وافقت أسرة هذه الحالة على المشاركة فيه.

أما عن شكل الحياة الأسرية وظروف المعيشة لهذه الحالة؛ فهي تعيش مع أسرتها المكونة من ٩ أفراد: ٨ أخوة ووالدتها، أما الوالد فهو متوفي، وترتيب الحالة "م" بين إخوتها هو الترتيب السادس، ومستوى المعيشة لهذه الأسرة هو مستوى منخفض؛ حيث إن الدخل المادي للأسرة يعتمد على العائد من محل عصير صغير تركه الوالد، وبعض الإعانات المادية من الشؤون الاجتماعية، والدافع الذي دفع الأسرة إلى إحضار الحالة "م" إلى العيادة النفسية، وكذلك الدافع وراء موافقة أسرتها على المشاركة في برنامج العلاج الأسري هو هروب البنت المتكرر الذي سبب لهم العديد من المشاكل، وقد استمرت هذه الحالة وأسرتها فترة العلاج التي امتدت إلى خمسة شهور.

تحليل البناء الأسري وخصائص النسق الأسري:

البناء الأسري لهذه الأسرة مضطرب ويحتاج إلى إعادة بناء، فهو بناء ضعيف وغير متماسك؛ فتنصف أسرة الحالة "م" بأنها أسرة متباعدة كل فرد فيها يعيش عالمه الخاص به، ومما يضعف هذا البناء أساليب الاتصال المحدودة والتي تكون غير كافية لحل مشاكلهم، فلا يحدث بينهم تواصل إلا في فترات الضغط، ومن ثم فالإتصال دائماً يؤدي إلى حدوث صراعات ومشاجرات، ويأخذ الإتصال بينهم الشكل غير المباشر والجامد الذي يفتقد للمرونة ويكون اتصالاً منغلقاً أما أداء كل فرد في الأسرة لواجباته ومسئولياته نحو الآخرين فهناك تقصير واضح لأنه لا يوجد تحديد لهذه المسؤوليات من الأساس؛ ولذلك يظهر سوء الأداء الوظيفي واضحاً في هذه الأسرة. ومن ثم تظهر العلاقات بين أفراد هذه الأسرة علاقات مضطربة؛ مما يضعف البناء الأسري.

أما النسق الأسري لهذه الأسرة فيمكن أن نصنف هذه الأسرة وفقاً لتصنيفات منوشن بأنها أسرة متباعدة فوضوية؛ حيث يعيش أفرادها مستقلين عن بعضهم، ولا يوجد أي حدود أو قواعد محددة لهم، والاتصال بينهم محدود.

ويظهر داخل هذا النسق الأسري نسقين النسق الوالدي والنسق الأخوي، ويتكون النسق الوالدي من الأم والأخ الأكبر والذي يتقصد دور الأب البديل، وتعتلي هرمية هذه الأسرة الأم حيث إنها تمثل السلطة الوالدية، وتتصف الأم بأنها شخصية قوية وشديدة وقاسية ولا تتسامح وأسلوبها حاد، وديكتاتورية ومتسلطة وعنيدة، وهي صاحبة القرار الأول والأخير في الأسرة، وتكون تحالفاً مع الأخ الأكبر، أما الأخ الأكبر فهو الشخصية التي تتحكم وتشرف على كل شيء يخص الأسرة، فهو يتحكم في الجوانب المادية للأسرة، وكذلك يستخدم أسلوب الشدة والعقاب مع إخوته ولكن بتوجيهات الأم، وبذلك فالنسق الوالدي يتصف بالشدة والقسوة مع الأبناء، وعلاقة الحالة (م) بهذا النسق علاقة مضطربة جداً خاصة في علاقتها بوالدتها، أما النسق الأخوي فقد ظهر أن كل أخ يعيش حياته مستقلاً عن بقية إخوته وعن أسرته عموماً.. علاقة الحالة (م) بإخوتها علاقة مصالحة متبادلة فقط فلا يحدث اتصال بينهم إلا إذا كان هناك منافع أو مصالح بينهما، أما الأخت الصغرى فعلاقة (م) بها علاقة متوترة لأنهما في حالة شجار دائم بسبب غيرة (م) من أختها الصغرى.

اتجاه الأم والأخ الأكبر نحو الحالة (م) اتجاه عدائي فيه هجوم مستمر ونقد وإساءة لفظية وبدنية، أما اتجاه الحالة (م) نحو أسرتها فهو رفض وتمرد وهروب وانسحاب من أية تفاعلات أو أنشطة مشتركة معهم، ويأس وإحباط وأحياناً سخرية.

الخطة العلاجية لأسرة الحالة (م):

في المرحلة التشخيصية تم تحديد المشكلات التي يعاني منها أفراد الأسرة، كما تم الكشف عن العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة، فظهرت المشكلات التي تعاني منها الحالة (م) متمثلة في الإحساس بالإهمال وإساءة معاملة الأسرة لها، وافتقادها لمشاعر الأمومة مع والدتها، وإحساسها بعدم التقدير وافتقاد الأمان والحب داخل أسرتها، هذا بالإضافة إلى الأعراض الاكتئابية التي تعاني منها.. كما أنها تعاني من العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة وقد ظهرت عملية اللانسنة في شكل التفاعل بين الأم والحالة (م).. ظهرت بوضوح في إساءة المعاملة اللفظية والبدنية فقد تعرضت الحالة (م) للضرب أكثر من مرة من والدتها وأخوها الأكبر بحجة أنه عقاب لما تقوم به من أفعال خاطئة.. كما أنها تتعرض باستمرار للإهانات من والدتها خاصة أن والدتها لها أسلوب حاد وكذلك تتعرض للنقد بصفة مستمرة من أخوها الأكبر، وتعرض الباحثة بعض النماذج من تفاعلات المريضة مع بعض أفراد أسرتها. (الأخ: إبقى قابليني لو فلحتي .. أنت أساساً مش نافعة .. أصلك فاكرة نفسك حاجة كبيرة أوي .. لو لاقيتي حد يرضى يتجوزك أساساً .. بتفكري غلط دماغك دي فيها حاجات غلط) هذه العبارات كانت موجهة من الأخ إلى الحالة (م) في مواقف تفاعل مختلفة.

عبارات موجهة من الأم إلى الحالة (م): "إحنا ممكن نرميك تحت القطار ونستريح منك، هي كسلانه ومش بعرف تعمل حاجة خالص، ملهاش في شغل البيت ومش نظيفة ومهملة - اختها الصغيرة بتفكر أحسن منها".

كما ظهرت عملية الحب المصطنع؛ حيث شعرت الحالة (م) بالتناقض الشديد بين ما تقوله الأسرة وما تقوله الأم وبين ما تشعر به؛ فالابنة تشعر بأنه لا توجد أية مشاعر حب وهي تفتقد مشاعر الإحساس بالحب والدفء الأسري، والأم الصديقة، وأن ما تقوله الأم من أنها تحبها وتفعل أشياء من أجلها هو حب زائف ومشترط عند الأم بأن تقوم (م) بتلبية مطالب أمها، وأن أمها تحبها إذا كانت تحتاج منها شيئاً والحالة (م) تعتبر أن هذا الحب غير صادق وأنها لا تشعر به.

كما ظهرت عمليات التثليث؛ فظهر المثلث المرضي في هذه الأسرة في صورة تحالفات مرضية اثنين ضد الثالث، وظهر أكثر من مرة ظهر مثلث الأم والأخ الأكبر في تحالف ضد الحالة (م)، وتشعر الحالة (م) وكأنهم يتفوقون ضدها، وظهر بين الأم والأخت الصغرى والحالة (م) وكان أيضاً في صورة تحالف الأم مع الأخت الصغرى ضد الحالة (م) ظهر أيضاً الأخ والأخت الصغرى ضد الحالة (م).

وظهر مثلث الظالم والمنقذ والضحية؛ وتمثل الظالم في دور الأم والضحية في الحالة (م)، أما المنقذ فكان أحياناً الأخ الأوسط يحاول أن يشارك الحالة (م) ويخفف عنها ضغط أمها، أما عن علاقة هذه الأسرة بالأسرة الممتدة فتكاد تكون منقطعة تماماً معهم، وقد قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي على هذه الحالة لمدة خمسة شهور، وحددت الأهداف التي يسعى برنامج العلاج الأسري لتحقيقها مع هذه الحالة في الأهداف التالية:

- ١- علاج الحالة (م) من اكتئابها.
- ٢- إعادة بناء النسق الأسري، من خلال الكشف عن نماذج التفاعل وتشخيص وتحديد العمليات المرضية، ومواجهة أعضاء الأسرة بطبيعة الاضطراب وأسبابه.
- ٣- علاج العمليات المرضية، وإعادة تنظيم هذا البناء عن طريق إعادة تشكيل هذه العلاقات في الأسرة.
- ٤- تغيير وظائف النسق الأسري، وتحديد الأدوار والحدود والقواعد، وفي المرحلة العلاجية قامت الباحثة:
- ببناء تحالف مع الأم والأخ الأكبر ثم بناء تحالف مع الحالة (م) المكتئبة؛ وذلك بهدف استجداء تعاطف كل منهم نحو الآخر والعمل على إعادة ارتباط كل منهم بالأسرة.
- ثم خصصت جلسة للحالة (م) لتتفك عن غضبها نحو أسرتها، وعمل مواجهة بين الحالة (م) وأسرتها وكان ذلك بهدف حدوث خلل في البناء الأسري المضطرب وبالفعل حدث اضطراب واضح في أساليب الاتصال المتبادلة بينهم.
- ثم قامت الباحثة بتخصيص جلسات لإعادة تشكيل العلاقات، وقد تم التركيز على العلاقة بين الأم والحالة (م)؛ حيث إن هذه العلاقة من أكثر العلاقات المؤثرة في اكتئاب الابنة (م)، كما أن وضع الأم في هذه الأسرة خاصة وأنها تعطي هزيمة

هذه الأسرة وتمتلك السلطة ولها كل الصلاحيات، فإنه سوف يتوقف على هذه العلاقة علاقات الأسرة الأخرى، كذلك تم تخصيص جلسات لإعادة تشكيل العلاقة بين الأخ الأكبر والحالة (م) والأخت الصغرى، وجلسة لإعادة تشكيل العلاقة بين الإخوة، وأيضاً لإعادة تشكيل العلاقة بين الأم والأخ الأكبر.

أما عن الهدف من جلسات إعادة تشكيل العلاقة بين الأم والابنة فهو تكوين روابط أكثر قوة، وبناء جسر من الثقة المتبادلة بينهما، وكسر الروابط الضعيفة التي ساهمت في ظهور هذا الاضطراب، وقد تم توجيه الأم والابنة إلى أن اضطراب العلاقة بينهما هو السبب في اكتئاب الابنة (م) وهروبها من المنزل.

- تم استثارة تعاطف كل منهما نحو الآخر باستخدام أساليب التعاطف والتدعيم الإيجابي، والتدريب على تبادل المشاعر الإيجابية بينهما باستخدام فنية الكرسي الخالي.

- كما تم تدريب الأم على استخدام أساليب التدعيم الإيجابي والتعزيز للابنة (م) في المواقف التي تستدعي ذلك، وعمل تغذية راجعة للأم على بعض الألفاظ والعبارات التي تستخدمها وتترك تأثيراً سلبياً على ابنتها (م).

- وكذلك تم تدريب الابنة المكتئبة على تحسين طرق تواصلها مع الأم، والتفاعل معها بصورة أكثر إيجابية، سعياً لاستعادة الثقة المفقودة بينهما.

- كما تم تصميم مواقف تفاعل معينة بين الأم والابنة المكتئبة؛ بهدف تحسين العلاقة بينهما وتحسين طرق التواصل، فمثلاً: يُطلب من الأم أن تذكر خمسة مميزات للابنة (م) أو خمسة مواقف إيجابية أحسنت فيها الابنة (م) التصرف، أو أن تعبر الأم خلال ثلاث دقائق عن مشاعرها الإيجابية نحو ابنتها (م) ويطلب من الابنة نفس الشيء.

- طلبت الباحثة منهم أن تحدد الأم والابنة مدى استعدادهما لتقبل التغيير ما إذا كان لديهما استعداداً للتغيير، وأن تحدد كل منهما هدفاً معيناً من أجل التغيير.

- ثم تم إعادة توزيع الأدوار والمسئوليات والوظائف داخل الأسرة؛ حيث حددت الباحثة مع كل فرد من أفراد الأسرة الواجبات المطلوبة منه تجاه الآخرين، وحددوا أوجه القصور كما تم التقليل من أدوار معينة حيث إنها ظهرت بصورة كبيرة على حساب أدوار أخرى، مثل دور الأخ الأكبر الذي امتلك صلاحيات دور الأب والابن معاً، وتم توجيه الأخ الأكبر إلى أنه تخلى عن دوره الحقيقي هو الأخ الصديق لإخوته، وكذلك الأم التي تخلت عن دورها الحقيقي الذي يفتقده أبنائها ولا يوجد بديل عن حنان الأم وعطائها وحبها لأولادها، فالابنة (م) تفتقد مشاعر الأمومة وتبحث عنها في الخارج لتعوض ما تفتقده مع أمها، والأم والأخ الأكبر حاولا السيطرة على الأسرة والحفاظ عليها بشدة وحزم لتعويض دور الأب فضاء دور الأم والأخ؛ لذلك تم إعادة توزيع الأدوار والمسئوليات بشكل جديد، وتم تحديد الحدود والقواعد التي تحكم هذه العلاقات.

- كما تم تخصيص جلسات لعلاج العمليات المرضية، وتم فيها استبصار الأسرة بتفاعلاتها المرضية الخاطئة وما تؤدي إليه من اضطراب في العلاقات، ثم تقديم بعض التدريبات للتقليل من ممارسة هذه العملية داخل الأسرة، وعمل تغذية راجعة لممارسة الأسرة لهذه العملية.

- وأخيراً تم تدريب الأسرة على ممارسة بعض المهارات المفقدة لديها ومن أهمها مهارات التواصل وحل المشكلات؛ لتحسن من طرق التفاعل بينهما.

التغيرات التي طرأت على الحالة (م) وعلى أسرتها بعد تطبيق برنامج العلاج الأسري:

- تم تخفيض الاكتئاب عند الحالة (م) وظهر ذلك في القياس البعدي على مقياس بيك. كما ظهر في تخفيض الأعراض الاكتئابية التي كانت تشكو منها هذه الحالة؛ حيث اختفت أعراض الحزن والضيق والملل والوحدة والعزلة، وأصبح هناك اهتمامات مشتركة بينها وبين أسرتها.

- استعادت العلاقة بين الابنة (م) ووالدتها الثقة المتبادلة؛ حيث رفعت الأم الحصار والمراقبة التي كانت تفرضه على الابنة، وتأكدت أنها لن تحاول الهروب مرة أخرى. كما أحسنت الابنة (م) الظن بأبها وأمنت لها ووثقت فيها، وأفصح لها عن أسرار خاصة بها كانت من أسباب هروب هذه الابنة من أسرتها، وبدأت تأخذ العلاقة بينهما شكلاً مختلفاً؛ حيث بدأت الأم تأخذ خطوات في الاقتراب من ابنتها، خاصة أن الابنة أصبحت أكثر تجاوباً مع الأم.

- حاولت الأم تخفيف الضغوط التي كانت تمارسها على الابنة (م)، وعملية إعادة توزيع الواجبات والمسئوليات حسمت كثيراً من المشكلات التي كانت تثار بين الحالة (م) وأختها الصغرى.

- قللت الأم من أسلوبها الحاد الذي كانت تستخدمه؛ فحاولت التخلي عن الألفاظ والعبارات الحادة التي كانت تسيء إلى ابنتها، وقللت منها؛ لكنها لم تتمكن من إنهاؤها تماماً.

- لم تتمكن الأم من إنهاء هذا الأسلوب نهائياً إلا أنها كانت تحاول التقليل منه لأنها أقتنعت أن هذا الأسلوب له علاقة باكتئاب (م) وهروبها.

- عملية اللانسنة والمثلث المرضي قد نجح البرنامج في علاجها؛ حيث حاولت الأم والأخ الأكبر بالفعل عدم استخدام الإساءة مع الحالة (م) وإخوتها وحدث كسر للتحالفات المرضية، فبمجرد استبصار الأسرة بالعواقب وأضرار هذه العمليات تجاوبوا مع الباحثة في تغييرها، إلا أن عملية الحب المصطنع لم تحقق فعاليتها مع الحالة (م)، فظهر فيها نسبة تحسن ولكن بسيط، وربما يرجع ذلك إلى أن هذه العملية لها علاقة بالمشاعر والحب المتبادل الصادق، ولكي تقتنع الحالة (م) بأن هذه المشاعر الزائفة تحولت إلى مشاعر صادقة فهذا يحتاج إلى وقت ومواقف تفاعل أكثر إيجابية، وقدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية.

- الأخ الأكبر بدأ في الاقتراب من إخوته وبدأ في التخلي عن أسلوب الشدة والقسوة، وبدأ يستمع لإخوته كما كان يستمع لوالدته.
- ظهرت أساليب تواصل أكثر إيجابية بين أفراد الأسرة، وتحسن أداء الأسرة لوظائفها؛ مما أدى إلى تحسين وإصلاح العلاقات المضطربة بين أفراد الأسرة، ولكن كل ما ظهر من تغيير كان مجرد بدايات للتغيير ويحتاج إلى تدعيم مستمر من قبل أفراد الأسرة ليستمروا في التغيير للأفضل خاصة وأن القياس التبعي ظهر أفضل من القياس البعدي لهذه الحالة.
- أما الحالة (م) فقد شفيت من الأعراض الاكتئابية التي كانت تعاني منها وأصبحت قادرة على مواجهة صراعاتها ومحاولة حلها؛ فقد تخلت عن فكرة الهروب والإنسحاب، كما أصبحت أكثر ثقة في نفسها حيث شعرت أن الأسرة بدأت تهتم بها وتقدرها وقد ظهر هذا التغيير على الحالة نتيجة تحسن المناخ الأسري والتخلي عن العمليات المرضية التي كانت تمارسها الأسرة.

تحليل كفي للأسباب التي أدت إلى اكتئاب هذه الحالة:

هناك مجموعة من العوامل المتداخلة هي المسؤولة عن حدوث الاكتئاب عند الحالة (م) وهي:

أولاً: فقد الحب والمساندة العاطفية، والإحساس باليأس والإحباط والكبت داخل الأسرة، فالحالة (م) في حاجة إلى الحب والتقدير خاصة من قبل الأم؛ حيث إنها تفتقد الحب والإحساس بحنان الأم، ولا تجد أمامها سوى الأم الشديدة القاسية التي تعاقب فقط، لذلك كانت تبحث عن أم أخرى تحاول أن تعوضها عن أمها التي تفتقدها فحاولت الاقتراب من مدرسة كانت تُدرس لها في المرحلة الثانوية، وكانت تسمع لها ولمشكلاتها، فكانت تشعر معها بأنها أم حنونة وصديقة لها، وهذا ما ذكرته الحالة (م) وبصورة مباشرة؛ حيث قالت إنها "أم حنينة وطيبة مش زي أمي" كما أن الحالة (م) لم تشعر بالحب والمساندة حتى من جانب الإخوة؛ حيث إن كل واحد يعيش مستقلاً عن الآخر.

كذلك فقد الحالة (م) للإحساس بالتقدير؛ فأسرتها وبصفة خاصة والدتها وأخوها الأكبر دائماً يقللون من قدرتها وكفاءتها وإمكاناتها؛ مما جعلها تشعر بأنه لا قيمة لها ولا فائدة من أي فعل تفعله، حتى وصلت إلى حالة من الإحباط واليأس؛ لذلك فهي تبحث خارج أسرتها عن أي شيء يمكن من خلاله أن تحقق ذاتها (سواء عمل أو زوج لتكون أسرة).

ثانياً: أساليب التربية الخاطئة في الأسرة والتي ظهرت في الإهمال وفي استخدام أساليب الشدة والقسوة والتفرقة في المعاملة؛ فإحساس الحالة (م) بالغيرة من أختها الصغرى نتيجة تفضيل الأم للأخت الصغرى كان له أثر في اكتئاب الحالة (م)، كذلك ممارسة الأسرة لبعض العمليات والتفاعلات المرضية والتي تمثلت في اللانسنة والمثلث المرضي والحب المصطنع أدى إلى وجود مناخ أسري مضطرب ساعد على نمو الاكتئاب عند هذه الحالة.

ثالثاً: ضعف الأنا عند الحالة (م) وقلة حيلتها في تحقيق أهدافها وطموحاتها، خاصة وهي تسعى لتحقيق ذاتها ولكن في ظل الظروف والضغوط والقيود الأسرية التي تعوق تحقيق هذه الأهداف والطموحات؛ مما أدى إلى عدم قدرة الحالة (م) على التوافق مع حياتها الأسرية ومواجهة الضغوط التي تمر بها، هذا بالإضافة إلى انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي يعوق تحقيق كثير من طموحاتها.

رابعاً: كما أن طبيعة النسق الأسري متباعد وفوضوي، والبناء الأسري غير متماسك وضعيف، والحدود فيه غير واضحة، والقواعد غير موجودة، والأدوار جامدة، والأسرة غير قادرة على تلبية احتياجات أبنائها سواء النفسية أو المادية والمناخ الوجداني لهذه الأسرة غير سوي، فلا تظهر مشاعر الحب والود والتسامح والدفاء الأسرية؛ مما جعل الروابط مفككة، والنسق الأسري ضعيف غير قادر على حماية أبنائه من الإصابة بالاكتئاب.

خامساً: هناك خلل واضح في التفاعلات بين أفراد هذه الأسرة، واضطراب في أساليب التواصل المحدودة المتبادلة بينهم وسوء في الأداء الوظيفي لهذه الأسرة؛ مما كان له أثر بالغ في اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة، وهذا بدوره أدى إلى ظهور الاكتئاب عند الحالة (م)، وقد أظهرت نتائج الدراسات أن اضطراب العلاقات الأسرية يؤثر في الاكتئاب، وقد ظهر في هذه الحالة بصورة ملحوظة اضطراب العلاقة بين الأم والابنة كما أن شخصية الأم شخصية شديدة وقاسية، وهذا كان يزيد من توتر هذه العلاقة. وبذلك فقد ظهرت المشكلة الأساسية في هذه الأسرة في اضطراب العلاقات الأسرية والخلل في الأداء الوظيفي للأسرة، نتج عنه اكتئاب الابنة (م) وهروبها من المنزل.

سادساً: كما أن افتقاد الأسرة لبعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل الاجتماعي، مثل مهارات التواصل والمناقشات وحل المشكلات والتفاوض، واستخدام أساليب التدعيم كان له دور في اضطراب العلاقات واكتئاب الابنة (م).

كل هذه العوامل مجتمعة أثرت على الابنة المراهقة، وجعلتها عرضة للإصابة بالمرض النفسي، فأصيبت بالاكتئاب خاصة أنها أضعف أفراد الأسرة؛ لأن علاقتها مضطربة بجميع أفراد الأسرة، وتمارس معها العديد من الضغوط والمشكلات الأسرية التي جعلتها غير قادرة على مواجهتها، فعانت من الاكتئاب، أما هروبها فكان رد فعل ونتيجة لما تعانيه من أعراض إكتئابية، وليس سبباً.

تحليل كفي لنتائج الدراسة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن برنامج العلاج الأسري كان فعالاً في علاج اكتئاب المراهقات، ورفع تقديرهم لذواتهم ورفع درجات قوة الأنا لديهم، كما أنه ساهم في علاج العمليات المرضية الأسرية، وتحسين المناخ الأسري المضطرب ولتحليل هذه النتائج تحليلاً كفيًا للتعرف على الأسباب التي أدت إلى التغيير، وإلى نجاح البرنامج العلاجي سوف تناقش الباحثة هذه النتائج بصورة كفية من خلال تحليل نتائج الحالة (م) والكشف عن الأسباب التي دفعتها للتغيير، وأدت بها إلى التحسن الإيجابي.

الخط الرئيسي والهام في العلاج هو إعادة تشكيل العلاقات وهذا كان له دور مؤثر في علاج الاكتئاب؛ حيث إن البرنامج العلاجي اهتم بالبحث في الأسباب، وتمثل السبب الرئيسي لهذه الحالة في اضطراب العلاقات؛ ولذلك اهتم العلاج بإعادة تشكيل العلاقات وبصفة خاصة إعادة تشكيل العلاقة بين الأم والابنة (م) حيث إن هذه العلاقة كانت من أكثر العلاقات تأثيراً على هذه الابنة، وكانت تترتب على هذه العلاقة العلاقات الأخرى داخل النسق الأسري؛ حيث إن الأم هي الشخصية القوية والمؤثرة في الأبناء فتغير علاقة الابنة (م) مع والدتها ترتب عليه تغير في علاقات الابنة (م) مع إخوتها، ومن أجل إعادة تشكيل هذه العلاقة سعت الباحثة إلى كسر الرابطة الموجودة بين الأم وابنتها المكتئبة، وتكوين رابطة أخرى أكثر قوة أساسها الثقة والاحترام المتبادل.

تدريب وممارسة الأسرة على مهارتي الاستماع الجيد والتعبير كان له دور في إعادة تشكيل العلاقات، وإصلاح التفاعلات الخاطئة؛ حيث إن هذه الأسرة تفتقد مهارات التواصل التي يمكن أن تساعد في تحسين طرق تفاعلاتها، كذلك اكتساب الأسرة لمهارة حل المشكلات جعلها تدرك المشكلات التي تواجهها بإدراكات جديدة وبشكل مختلف.

واستخدام الأسرة لأساليب التدعيم الإيجابي وتخلي الأم عن الألفاظ والعبارات الحادة كان له دور في إحساس الابنة (م) بقيمتها وقدراتها فأساليب التدعيم والتشجيع والتعزيز أدت إلى التحسن الإيجابي لهذه الحالة.

استعادة الثقة بين الأم وابنتها (م) كان له دور في شفاء الحالة (م) من اكتئابها حيث أن البنت المكتئبة عندما وثقت في والدتها افصح لها عما يدور في عقلها من أفكار ضاغطة كانت سبباً في خوفها وهروبها من الأسرة، وما يضايقها داخل الأسرة، وحاولت الأم الحفاظ على أسرار ابنتها ومساعدتها وكان هذا له دور في تحسين العلاقة بينهما.

التعديل في أساليب التواصل وتأسيس مهارات التواصل بين أفراد الأسرة وتدريب الأسرة على ممارسة هذه المهارات كان له دور كبير في تعديل العلاقات المضطربة داخل هذا النسق الأسري وحل الصراعات واستأصل نماذج التواصل المختلة بين أفراد الأسرة وظيفياً كان له دور في علاج التحالفات المرضية.

من أهم الأسباب التي دفعت الحالة (م) وأسرته للتغيير هو تركيز البرنامج على تحسين الأسرة لأدائها الوظيفي وقد تم هذا بالتركيز على جانبين الأول: تمثل في إعادة توزيع الأدوار من خلال فنية لعب الأدوار وتبادل الأدوار داخل الأسرة وذلك بهدف استعادة الأدوار المفتقدة مثل دور الأم وحنانها وعطائها ودور الأخ الصديق القريب لأخواته، وأيضاً إتاحة الفرصة للأدوار المختلفة للظهور وإدراكها لحقوقها مثل أدوار الإخوة الآخرين ودورهم في المشاركة في الرأي واتخاذ القرار وكذلك دور الحالة (م) في المشاركة مع أفراد الأسرة، والتقليل من الأدوار التي يتقمصها الأخ الأكبر لتعويض شدة وحزم الأب ليقوم بدور الأب البديل وكذلك التقليل من الأدوار التي تمارسها الأم بهدف السيطرة على الأسرة، أما الجانب الثاني والذي تم التركيز عليه لتحسن الأسرة من أدائها لوظائفها فهو: إعادة توزيع المسؤوليات والواجبات والوظائف حيث أن كل فرد مقصر في أداء واجباته ومسئوليته نحو باقي أفراد أسرته ولذلك تم تحديد الواجبات المطلوبة من كل فرد في الأسرة وتحديد أوجه القصور وجوانب الضعف التي تعوقه عن أداء هذه الواجبات وكيفية مواجهتها والتغلب عليها.

وتركيز البرنامج على تعديل العلاقات الأسرية المضطربة سواء بين الحالة (م) ووالديها أو بين الحالة (م) وأخواتها أو بين الأم والأبناء أو بين الأبناء معاً قد تم من خلال تحسين أساليب التواصل بينهم، وتحسين طرق التفاعل المتبادلة بينهم، وتحسين الأداء الوظيفي لأفراد الأسرة وساهمت فنية إعادة التمثيل بدور كبير في تحسين هذه العلاقات وكذلك استبصار الأسرة بطرق تفاعلاتها الخاطئة وعمل تغذية راجعة لها لاستئصال نماذج السلوك الخاطئة التي تمارسها الأسرة وتدريبهم على ممارسة السلوك الصحيح وتدريبهم على ممارسة بعض المهارات التي تحسن من كفاءة التفاعل بينهم مثل مهارة المناقشة والتفاوض والمشاركة في اتخاذ القرار، ووضع قواعد لتحكم هذه العلاقات.

كما اتاح البرنامج الفرصة لأفراد الأسرة للتعبير عن مشاعرهم تجاه بعضهم وكذلك تدريبهم على كيفية التعبير عن المشاعر الإيجابية مما كان له أثر في تحسين العلاقات المضطربة بينهم.

وأيضاً حاولت الباحثة من خلال البرنامج العلاجي أن تمارس أفراد الأسرة أساليب التدعيم المباشرة لما لها من أهمية كبيرة في تحسين العلاقات الأسرية وعلاج الاكتئاب باستخدام الأم والأخ الأكبر (واللذان يشكلان النسق الوالدي) لأساليب التدعيم الإيجابي للأبناء وبصفة خاصة مع الابنة (م) له دور كبير في رفع كفاءة الذات للابنة (م) وتنمية إدراكها لدور الأسرة تنمية إيجابية، وكذلك استخدام الابنة (م) لأساليب التدعيم الإيجابية كان له دور في تحسين علاقتها بوالديها، وتغير أسلوب معاملة الأم لها.

كما أن أساليب المناقشة والمواجهة كان لها دور فعال في تحقيق أهداف البرنامج حيث أن مجرد تجمع الأسرة واشتراكهم في مناقشة المشكلات التي يعانون منها ومواجهتهم ببعضهم واتهام كل فرد في الأسرة باقي الأفراد بأنهم السبب في حدوث المشكلات أدى إلى اعتراف الأسرة بأن هناك اضطراب في الأسرة وأنها ساهمت في وجود هذا الاضطراب نتيجة العلاقات المتوترة بينهم وقد ساهم هذا في عمل خلل في البناء الأسري القائم والمضطرب مما جعل الأسرة مهيئة لتقبل التغيير.

تكوين علاقة صداقة وألفة بين الباحثة وأفراد الأسرة كان له دور كبير في سيطرة الباحثة على هذه الأسرة وتوجيهها وتقبل أفراد الأسرة لهذا التوجيه وقد تم ذلك من خلال جلسات التحالف بين الباحثة والأم والأخ الأكبر وجلسة التحالف بين الباحثة والحالة (م) واستئارة التعاطف مع كل فرد نحو باقي أفراد الأسرة.

كل هذه العوامل كان لها دور في نجاح برنامج العلاج الأسري مع الحالة (م) في علاجها من اكتئابها ورفع تقديرها لذاتها وتقوية الأنا لديها وتحسين المناخ الأسري المضطرب وعلاج العمليات الأسرية المرضية التي تمارسها هذه الأسرة.

وتعد نتائج هذه الحالة بمثابة نموذج توضيحي لفاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في تحقيق أهداف الدراسة ومن ثم التوصل لنتائج الدراسة وتحليلها.

استخلاص نتائج الدراسة:

ويمكن تلخيص النتائج التي توصلت إليها الباحثة في هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

- فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في علاج المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب.
- فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب في علاج اكتئاب المراهقين.
- العلاج النفسي الأسري أكثر فاعلية من العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية للمراهقين.
- فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين.
- تأثير العقاقير المضادة للاكتئاب غير فعال في رفع تقدير الذات للمراهقين المكتئبين، على الرغم من فعاليتها في خفض الأعراض الاكتئابية.
- فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في رفع قوة الأنا للمراهقين المكتئبين.
- عدم فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب في رفع قوة الأنا للمراهقين المكتئبين.
- فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في تحسين المناخ الأسري المرضي لأسر المراهقين المكتئبين؛ حيث ثبت فاعليته في علاج العمليات الأسرية المرضية التي أدت إلى اضطراب المناخ الأسري (اللائسنة، الحب المصطنع، الأسرة المدمجة، المناخ الوجداني غير السوي).
- تأثير العقاقير المضادة للاكتئاب غير فعال في تحسين المناخ الأسري المرضي للمراهقين المكتئبين.
- امتداد أثر برنامج العلاج النفسي الأسري في جميع متغيرات الدراسة؛ حيث أمتد تأثيره بعد شهر من انتهاء الدراسة الميدانية على أسر المراهقين المكتئبين.
- امتداد أثر العقاقير المضادة للاكتئاب في تخفيض الأعراض الاكتئابية في حين أنها لم تحقق أي فاعلية بالنسبة لمتغير تقدير الذات و متغير قوة الأنا أما متغير المناخ الأسري المرضي والعمليات الأسرية المرضية فأصبحت أكثر اضطراباً في القياس التتبعي عن القياس البعدي.
- فاعلية برنامج العلاج النفسي الأسري في علاج العمليات الأسرية المرضية للمراهقين المكتئبين (التبادلية الكاذبة، التعمية (التزييف)، المثلث المرضي، كبش الفداء، الرابطة المزدوجة، الانحرافات والانقسامات في الأسرة).

- عدم فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب في علاج العمليات الأسرية المرضية.
- هذا وقد ظهرت نتائج أخرى أثناء قيام الباحثة بهذه الدراسة لم يكن لها فروض لاختبار صحتها؛ وإنما ظهرت من خلال ملاحظات الباحثة وهي:
- أنه كلما ازدادت درجات الاكتئاب قل تقدير الذات وقلت قوة الأنا، وقد ظهر هذا في درجات العينة على مقاييس الدراسة أي أن العلاقة بينهم علاقة عكسية.
- أنه كلما ازدادت درجات الاكتئاب ازدادت درجات المناخ الأسري المرضي..
- ازدادت العمليات الأسرية المرضية، أي أن العلاقة بينهم علاقة طردية.
- أن أكثر العمليات المرضية التي أثرت في المناخ الأسري المرضي عند المراهقين المكتئبين كانت عمليات (اللائسنة، والحب المصطنع).
- أن أكثر العمليات المرضية التي ظهرت لدى المراهقين المكتئبين كانت (المثالث المرضي، كبش الفداء، الرابطة المزدوجة).
- أن أكثر الفتيات التي ساعدت الباحثة في تغيير سلوكيات وأفكار الأسرة عن العمليات اللاسوية، وكانت استجابة الأسر لها سريعة هي أساليب التدعيم وإعادة التشكيل والتغذية الراجعة خاصة عندما تستمع الأسر إلى الاستجابات اللفظية لمواقف تفاعل سابقة، والتعليق عليها ونقدها.

هذه النتائج الثانوية قد ظهرت بشكل عارض حيث ظهرت من خلال ملاحظات للباحثة فقط أثناء قيامها بالدراسة الميدانية. لذلك فلا يجب تعميمها خاصة وأن عينة الدراسة صغيرة، وإنما يمكن اختبار مدى صحتها من خلال دراسات أخرى. فيمكن أن تكون نقاط بحثية أو فروض بحثية تحتاج لاختبار صحتها.

وقد لاحظت الباحثة وجود علاقة طردية بين المناخ الأسري المرضي والعمليات الأسرية المرضية وبين الاكتئاب.. فعلى الرغم من أن هناك دراسات دعمت هذه العلاقة فإنه لا يمكننا القول بأن العكس صحيح فقد يؤدي المناخ المضطرب والعمليات المرضية إلى حدوث اكتئاب، وهذا ما دعمته نظرية الأنساق الأسرية ولكن هل الاكتئاب يؤدي إلى مناخ مضطرب وعمليات مرضية؟ وأيها يسبق الآخر؟

وهل يمكن للمناخ المضطرب والعمليات المرضية أن تسفر عن أمراض نفسية أخرى غير الاكتئاب؟ كذلك ينطبق نفس الشيء على العلاقة العكسية بين الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات، وانخفاض درجات قوة الأنا، وهذا قد أثبتته بعض الدراسات؛ ولكن هل العكس صحيح؟ هل انخفاض تقدير الذات وانخفاض قوة الأنا يؤدي حتماً إلى حدوث اكتئاب؟ أم يؤدي إلى حدوث أمراض نفسية أخرى؟

توصيات الدراسة:

- أن يكون هناك دورات تدريبية في مجال العلاج النفسي الأسري من قبل متخصصين في هذا المجال، وتهتم بدراسة العلاج الأسري على المستويين النظري والتطبيقي.
- أن يكون هناك مراكز بحثية مختصة ملحق بها عيادات نفسية أو مراكز إرشادية يسهل من خلالها تقديم خدمة العلاج الأسري للمرضى بحيث توفر هذه المراكز الحصول على العينة.
- أن تطبق بعض العيادات النفسية هذا الأسلوب العلاجي لما له من آثار إيجابية يتركها على الأسرة جميعها، وذلك كما اتضح من نتائج الدراسات المتقدمة في هذا المجال.
- أن يكون هناك فريق كامل مسئول عن تطبيق برنامج العلاج الأسري على الأسرة الواحدة، وذلك أثناء الممارسة العملية لعلاج أي حالة مريضة ويتكون هذا الفريق العلاجي من (طبيب نفسي مشرف على الفريق، طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي).
- هناك العديد من الصعوبات التي تواجه البحث والدراسة في هذا الموضوع؛ لذلك توصي الباحثة بمحاولة إزالة هذه العقبات عن طريق:
 - تعاون الأطباء النفسيين والمختصين في توفير عينة تخضع لهذه البرامج العلاجية، وإقناعهم المرضى بجدوى هذه البرامج.
 - توفير الأماكن أو المراكز التي تصلح لإجراء الجلسات الأسرية فيها، كأن تكون هناك حجرة مزودة بشاشة من اتجاه واحد ليسهل رؤية وتسجيل ما يحدث من مواقف تفاعل بين أفراد الأسرة دون التأثير بالباحثة.
 - أن يكون لوسائل الإعلام دور في الإعلان والإرشاد عن هذا النوع من العلاج وإظهار أهميته وأهدافه عن طريق المتخصصين في المجال، ليسهل على المعالج أو الباحث التدخل مع الأسرة؛ حيث إن الأسر في المجتمع العربي بصفة عامة تخشى من التدخل في خصوصياتها ولا تعي أهمية ذلك الأسلوب والعائد منه.

بحوث مقترحة:

وجدت الباحثة أثناء دراسة هذا الموضوع أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال - العلاج الأسري - تكاد تكون محدودة، وبصفة خاصة الدراسات التي تتعرض للعلاج الأسري من منظور نفسي؛ حيث إن مجال الخدمة الاجتماعية قد سبق علم النفس في دراسة العلاج الأسري من المنظور الاجتماعي، لذلك فالميدان يحتاج إلى العديد من الدراسات والبحوث التي تهتم بدراسة العلاج الأسري من المنظور النفسي الاجتماعي؛ حيث تستطيع الانتقال إلى مرحلة تالية - الانتقال من الجانب النظري إلى الجانب العملي.

وفي ضوء ذلك تقترح الباحثة بعض النقاط التي قد تكون جديرة بالبحث والدراسة:

١- مقارنة تأثير وفعالية العلاج الأسري بأنواع العلاج النفسي الفردي الأخرى (المعرفي السلوكي، والعلاج بالمعنى، وغيرهم من أنواع العلاج الأخرى) للتعرف على أيها أكثر فعالية في علاج الاكتئاب.

٢- إعداد مقاييس خاصة لكل عملية من العمليات المرضية (المثلث المرضي، كبش الفداء، الرابطة المزدوجة...إلخ) ليسهل اكتشافها سواء بالاختبارات السيكومترية أو بالاختبارات الإسقاطية.

٣- إجراء دراسات وصفية ارتباطية لتحديد أكثر العمليات المرضية ارتباطاً بالاكتئاب بحيث يتم بحث أبعاد كل بعد من أبعاد هذه العملية المرضية وتأثيره على الاكتئاب (مثل تأثير عملية المثلث المرضي على الاكتئاب، تأثير دور كبش الفداء على اكتئاب المراهقين).

٤- عمل دراسات تتبعية للعلاج الأسري تمتد لمدة سنة على الأقل بعد تطبيق البرنامج العلاجي للتعرف على نتائج ما بعد العلاج وامتداد تأثيرها.. والى أي مدى يمكن للعلاج الأسري أن يعمل على الوقاية من الانتكاس والعودة لمرض الاكتئاب مرة أخرى، ومقارنة التأثير التتبعي للعلاج الأسري مع التأثير التتبعي للعلاج بالعقاقير للتعرف على أيهما أكثر إسهاماً في علاج الاكتئاب.

٥- إجراء دراسات مقارنة بين العلاج الأسري والعلاج بالعقاقير لعلاج الاكتئاب، وأن تتم المقارنات أثناء البرنامج العلاجي فمثلاً بعد أسبوعين من بداية تطبيق البرنامج العلاجي، وبعد شهر ثم شهرين، ثم أربعة شهور، ثم ستة شهور، وذلك قبل إجراء القياس البعدي ليتمكننا التعرف على الفروق والتأثيرات التي يتركها العلاج الأسري والعقاقير، وأيها يكون تأثيره أسرع وأيها يكون تأثيره أبقى.

٦- دراسة تأثير الاكتئاب الوالدي على الأداء الوظيفي للأسرة وعمليات الاتصال داخل الأسرة.

٧- دراسة العلاقة بين اكتئاب الأبناء والتواصل الأسري.

٨- دراسة العلاقة بين عمليات الارتباط بالأسرة واكتئاب المراهقين.

٩- دراسة علاقات الأقارب والأسرة الممتدة وتفاعلها مع تطور الهوية الذاتية للمراهقين.