

## **الفصل الثامن**

### **التعامل مع الاكتئاب**

## الحالة النفسية لمارثا

مارثا سيدة بيضاء، تبلغ من العمر ٣٩ عاماً، متزوجة، وأم لطفل يبلغ من العمر ١٤ عاماً. مارثا لديها شهادة جامعية في الأدب الإنجليزي، ومنذ مولد ابنها فريدرك وهي قابعة في بيتها تعكف على تربيته. في أوقات فراغها، تكتب مارثا الشعر، والمسرحيات. يعمل زوجها مهندساً معمارياً. تتسم علاقاتها مع زوجها بالقسوة مع فترات كثيرة. يذكر زوجها أن هناك صراعات زوجية في فترات كثيرة، إلا أن هذا لا يعنى أى مشكلات زوجية خطيرة. هناك شبه إجماع منهما بأن اكتئاب مارثا يؤثر سلبياً في الغالب على علاقاتها مع زوجها. على نحو مشابه فإن الخلافات مع زوجها غالباً ما تستثير الأحداث الاكتئابية. في الحقيقة، حتى المناقشات البسيطة تستثير حالة الاكتئاب. هذه الحوادث تعزز شعورها بقلّة القيمة وعدم الحب، وفي كثير من الأوقات تستشعر أن زوجها سوف يتركها. ومع ذلك، لم يصدر عن زوجها أى تهديد بهذا. عندما تشعر مارثا بالاكتئاب، تنسحب من العلاقة مع زوجها وأسررتها وتمر بشعور قوى من الفراغ واليأس، كما ترى نفسها على أنها عديمة القيمة، وغير مرغوب فيها. عادةً ما تلوم مارثا نفسها على الدخول في مناقشات مع زوجها، وتعزو الخلافات إلى قصور فيها كزوجة. وأثناء حالة الاكتئاب، تفقد مارثا اهتمامها بهواياتها (الكتابة، القراءة، والذهاب إلى المسرح مع زوجها) وتفقد شهيتها للطعام، ويصبح كل ما ترغب فيه هو أن تختفى عن الأنظار، وتجد ضالتها في البقاء في السرير والنوم كثيراً. أثناء حالة الاكتئاب هذه، والتي تستمر من ستة أشهر إلى سنة في المرة الواحدة، تشعر مارثا بعدم القدرة على القيام بالمهام الأساسية في المنزل. مع الوقت، تفكر في الانتحار، ولكن لم تكن لديها خطة وتنكر تفكيرها في الانتحار، خوفاً على أسرتها؟ أعلنت مارثا أن أول شعور بالاكتئاب انتابها وهي في الخامسة والعشرين من عمرها؟ بعد ولادة ابنها بفترة قصيرة. منذ ذلك الوقت، ويتكرر حدوث الاكتئاب لديها مرة على الأقل كل سنة. هذه الأوقات لا يمكن التنبؤ بها، ولكن تحدث بعد تغيرات رئيسية في حياتها مثل: بعد الانتقال من بيتها.

## تعريف الاضطراب

الاكتئاب أحد أكثر المشكلات النفسية شيوعاً . معدّل الانتشار ذى الاثنا عشر شهراً للاكتئاب أحادي القطب هو ٦,٦% ، ومعدّل الانتشار خلال فترة الحياة هو ١٦,٢% (kessler et al,2003) . حالة الإكتئاب لدى مارثا ليست شاذة . تمر الإناث أكثر من المذكور بمرتين بالاكتئاب . غالباً ما يبدأ الاضطراب في مرحلة المراهقة المتأخرة ، والرشد المبكر . يعلن ٢٥% من الكبار المكتئبين أن الاكتئاب بدأ عندهم قبل مرحلة الرشد ، و٥٠% أعلنوا البدء في سن الثلاثين (Kessler et al,2005) .

أما في حالة مارثا ، فقد بدأ عندها الاكتئاب - متفقاً مع هذه الإحصاءات - في سن الخامسة والعشرين ، وتحوّل إلى حالة مزمنة . في حين أن غالبية الأفراد (٧٠ تقريباً) يشفى خلال عام ، إلا أن الكثير منهم يمرون بمشكلات حتى بعد ٥ سنوات من الاستهلال (Gotlib & Hammen,2009) - إذا لم يتم علاج الاكتئاب بشكل كافي ، فإنه عادة ما يستمر بين أربع شهور إلى سنة . تجدر الإشارة إلى أن انتكاسة (بين ٥٠% و٨٥% يمرون بأحداث متعددة) هذه الأحداث يمكن أن تصحبها الضغوط ، ولكن ليس بالضرورة ، عدد قليل فقط من المرضى (٢١,٧%) يتلقون علاجاً كافياً خلال فترة اثنا عشرة شهراً .

فيما يبدو أن اكتئاب مارثا مرتبط بمشكلات بينشخصية . من الطبيعي أن الاكتئاب مرتبط بالمشكلات أو التغييرات البينشخصية مثل مثل الزواج ، الطلاق ، الصراع الزوجي ، فقدان شخص عزيز ، فقدان وظيفة ، الانتقال إلى سكن جديد ، ميلاد طفل . لذا ، فإن فهم السياق الاجتماعي والبينشخصي للاكتئاب من الممكن أن يؤدي إلى طرائق جديدة للتعامل مع الاكتئاب الحالي والأحداث المستقبلية إن الأساليب العلاجية النفسية لاستكشاف وتغيير العوامل الاجتماعية والبينشخصية التي قد تسهم في الاكتئاب هي الأساس للعلاج النفسي البينشخصي (Weissman et al,2007) .

على الرغم من أن العلاج النفسي البينشخصي مناظر للعلاج المعرفي السلوكي التقليدي للاكتئاب ، إلا أن هناك بعض الفروق الجديرة بالملاحظة حيث لا يفترض العلاج النفسي البينشخصي أن المعارف اللاتكيفية مرتبطة بالاكتئاب . بدلاً من ذلك ، فإن الاكتئاب يُرى على أنه مرض طبي ، والمشكلات البينشخصية يمكن أن تُعزى لأعراض هذا الاعتدال . لذا ، فإن العلاج النفسي البينشخصي يركز قليلاً على المعارف، ويخاطب الحزن ، الخلافات البينشخصية ، والقصور البينشخصي ، وانتقال الأدوار .

### نموذج العلاج

هناك أسباب عديدة للاكتئاب ، ولكن القليل من الأفراد الذين يمرون بالأحداث الاكتئابية الرئيسية . غالباً ما تحدث أشياء غير متوقعة ، وبض هذه الأشياء غير مرغوب فيها بشكل كبير ، بل حتى بعض هذه الأشياء جارح ، حيث إننا قد نفقد وظيفة ، أو تنتهي علاقة مع شخص ما ، أو قد يعاني طفل من مرض خطير . من غير المحتمل أن تحدث هذه المآسي في أي وقت ، إلا أنه من المحتمل مرور الناس بخبرة بعض المآسي عند نقطة معينة في المستقبل ، وهذا يرجع - ببساطة - إلى أن العالم لا يمكن التنبؤ به ، كما أن تحكمنا في المستقبل محدود . حتى لو أن الأشياء تسير بشكل جيد عند أي نقطة في حياتنا ، فإن كل شيء سوف ينتهي لأننا سوف نموت الآن أو غداً ، وبالتالي سوف تنتهي كل الأشياء الجيدة . من هنا فإن هناك أسباب عديدة تجعل الفرد مكتئباً . هناك سؤال يطرح نفسه "لماذا لا يشعر الكثير من الناس بالاكتئاب ؟".

السبب وراء عدم دخول الأفراد الأصحاء في دوامة الاكتئاب يرجع إلى التحيز الإيجابي . فالأفراد الأصحاء من المحتمل أنهم يعززون الأحداث الموجبة لأنفسهم ويعززون الأحداث السالبة للآخرين (Menzulis etal ,2004) .

فيما يبدو أن هذا التحيز العزوي الذي يخدم الذات مفقود أو قاصر لدى الأفراد المكتئبين الذين يميلون إلى عزو الأحداث السالبة إلى أسباب داخلية (شئ ما عن الذات) ، وثابتة (الباقية) ، عامة . قد تكون تلك الأسباب نقص القدرة أو تصدعات الشخصية .

أسلوب الفرد هذا يوحي بأن الأحداث السالبة من المحتمل أن تعاود الحدوث في المستقبل عبر مدى واسع من المجالات ، مما يؤدي إلى يأس واسع الانتشار ، بالإضافة إلى هذا التحيز العزوي الذي يخدم الذات ، فإن الأفراد الأصحاء يظهرون وهم التحكم في الضغوط (Abramson & Seligman , 1978, Alloy & Clements, 1992).

يتسم الاكتئاب بالتصدع أو غياب هذه التحيزات المعرفية الموجبة ، مما ينتج عنه قياس أكثر واقعية لطبيعة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها ، ولا يمكن التنبؤ بها ، وهذا ما يطلق عليه الحقيقة الإكتئابية (Mischel, 1979) Depressive Realism .

ويتفق هذا مع الفكرة التي مؤداها أن الأفراد الأصحاء -مقارنة بالأفراد ذوي الاكتئاب - يظهرون درجة ملحوظة من المرونة عند مواجهة الأحداث المأسوية .عندما يطلب منهم التنبؤ بالكيفية التي يشعر بها الفرد في المستقبل ، فإن هؤلاء الناس غير قادرين على تجاهل الحالة الراهنة وسوف يقيمون تنبؤهم المستقبلي جزئياً على اللحظة الحالية (Gilbert , 2006) ، ونتيجة لهذا التنبؤ الإنفعالي ، لا يستطيع الأفراد المكتئبون تخيل احتمالية الأحداث المستقبلية عندما يفكرون فيها (Macleod & Cropley , 1996) الضغوط مثير شائع للاكتئاب في حالة مارثا ، الضغوط الممتدة (مثلاً: الانتقال إلى بيت جديد ، أو مهنة جديدة) ، والضغوط الحادة .(مثلاً: الخلافات مع الزوج) يمكن أن تستثير بكل سهولة الأحداث الاكتئابية .

بالإضافة إلى ذلك، فإن الضغوط الشخصية مثيرات قوية . كما هو الحال بالنسبة للأفراد المكتئبين ، فإن لدى مارثا معتقدات سالبة قوية (مخططات ) عن نفسها (مثلاً : أنا عديمة القيمة ، كما لا يحبني أحد )، وهذه المعتقدات يتم التعبير عنها كتنبؤ سلبي بعلاقتها (مثلاً : زوجي سوف يريد ان يتركني " ) .

من غير الواضح ما إذا كانت المشكلات في العلاقة هي السبب الرئيسي في الاكتئاب لدى مارثا . يعترف زوجها بوجود مشكلات في العلاقة ، ولكن لا يعتقد بأن هذه المشكلات غير عادية . كما أنه يعتقد بأن الاكتئاب نتيجة وسبب للخلافات ، ويعتقد أيضاً بأن علاقتهما سوف تتحسن كثيراً إذا استطاعت أن تسيطر على اكتئابها ، ومع ذلك ، فإن النقطة الحاسمة تتمثل في أن مارثا تبدو غير راضية . تشير بيانات علوم الأمراض إلى أن الأزواج غير الراضين ينمو عندهم الحدث الاكتئابى أكثر من الراضين ثلاث مرات خلال فترة عام ، وأن

٣٠٪ من الحدوثات الجديدة للاكتئاب ترتبط بعدم الرضا الزوجي (Whisman & Bruce 1999).

لذا من المفيد بشكل كبير تضمين الآخرين فى العلاج (Oelary & Beach 1999). والتفكير فى العلاج البيئشخصي Interpersonal Therapy. خصوصا كعلاج إبقائي للاكتئاب لدى الكبار (Reynolds et al 2006). فى حالة مارثا، فكر المعالج النفسى البيئشخصي هو أفضل خيار علاجى .

عندما استكشف المعالج النفسى ومارثا العوامل المساهمة فى الأحداث الاكتئابية لديها، أصبح من الواضح أن العوامل الاجتماعية فى الطبيعة- غالباً. على سبيل المثال، القرار الذى اتخذته مارثا بالبقاء فى المنزل لرعاية طفلها جلب العديد من التحديات. على الرغم من حبها الشديد لأسرتها، ورغبتها فى عمل أى شئ من أجلها، إلا أنها رأت ضرورة تخليها عن بعض أحلامها من أجل الأسرة .

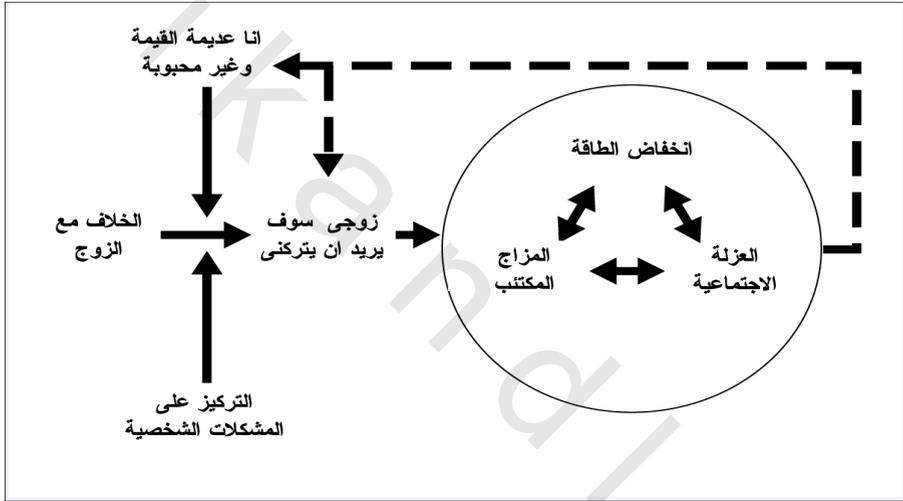
أثناء العلاج، وقع الوقت، عبّرت مارثا عن استيائها، الذى ارتبط بمشاعر الذنب المتعلق بالشعور بالاستياء والأناية. بعض الأحداث الأكثر سوءاً الخاصة بالاكتئاب كانت تقع بعد الخلافات مع زوجها. عند الكشف عن أسباب الاستجابة، أصبح من الواضح أن مخاوف أن يتركها زوجها تسهم فى بعض مشاعر الاكتئاب لديها .

تذكرت مارثا أن علاقاتها مع والدها كان يشوبها الصراع، وكانت تشعر بأنه لا يفهمها، ولا يحبها . على الرغم من أنها لم تفكر فى ان زوجها سوف يتركها، إلا أنها قلقة من أنه سوف- يجد امرأة أخرى ويتخلى عنها. أدركت مارسا أن مخاوفها من الهجر وقلقها من عدم حب زوجها لها قد ترتبط بمخاوفها وقلقها بشأن علاقاتها مع زوجها .

على الرغم من أن الخلافات مع زوجها ليست حادة، إلا أنها تميل إلى التفكير فيها بشكل مبالغ فيه، حتى لمدة أسابيع بعد وقوعها. أعلنت مارثا أن زوجها - مع الوقت- لا يذكر هذه الخلافات التى تفكر مارثا فيها لأسابيع .

كما أظهرت مارثا عدداً من المعتقدات اللاكيفية والأفكار اللاكيفية المرتبطة بهذه المشكلات البيئشخصية. تحديداً، تقفز مارثا سريعاً نحو المعتقدات الكوارثية (مثلاً: "زوجي يريد أن يتركني") بعد هذه الخلافات، وهذا يؤدي إلى انخفاض الطاقة، المزاج المكتئب، والعزلة

الاجتماعية . تنسحب مارثا من العلاقات الاجتماعية ، ويتأثر زواجها سلباً باكتئابها ، ومن الواضح أن صراعاتها الزوجية تستثير -وحتى تسبب- الاكتئاب لديها . من خلال الفحص الدقيق للحدث الاكتئاب ، يتبين وجود علاقة وثيقة بين الضغوط فى العلاقة ، ومعتقداتها اللاتكيفية ( "أنا عديمة القيمة وغير محبوبة " ) ، وأفكارها الآلية ( " زوجى يريد أن يتركنى " ) ، ومزاجها الاكتئاب ، وطاقتها المنخفضة ، وعزلتها الاجتماعية . المتلازمات الاكتئابية هذه تعزز من معتقداتها اللاتكيفية وأفكارها الآلية ، وهذا يرجع - جزئياً إلى الاستدلال الانفعالي لعقلنة اكتئابها ، ومن ناحية أخرى لأن الاكتئاب لديها يخلق الخلافات من زوجها ، وهذا يُصدق على قلقها بشأن العلاقة ، الشكل (١٧) يوضح اكتئاب مارثا .



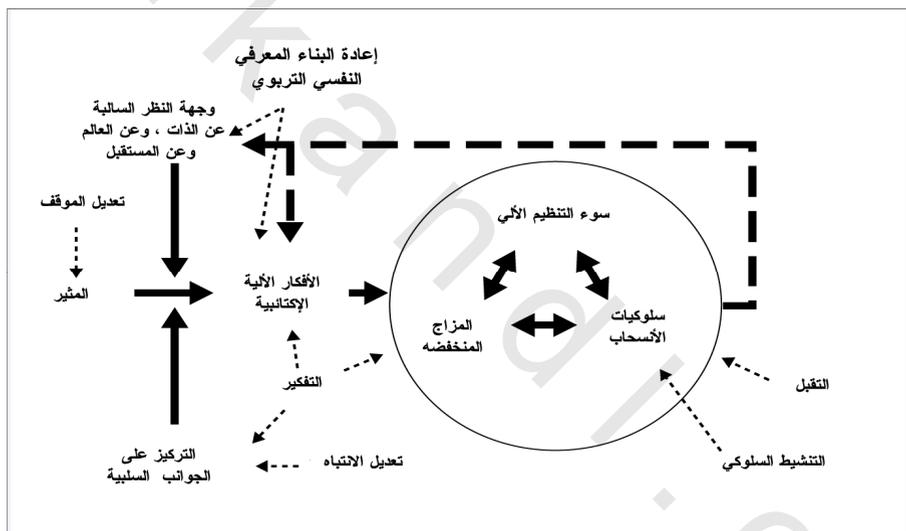
الشكل (١٧) اكتئاب مارثا

### استراتيجيات العلاج

الأحداث السالبة ، المأسى ، والخسارة الشخصية - هذه لا يمكن تجنبها في حياة الفرد . فمن الطبيعي المرور بخبرة أحداث انخفاض المزاج ، أو الشعور المؤقت بالاكتئاب عند وقوع هذه الأحداث . ومع ذلك ، ينمي القليل من الأفراد اعتلاياً عقلياً ، ويمرون بالاكتئاب نتيجة هذا .

ما يميز الأفراد المكتئبين عن غير المكتئبين ليست خبرات الضغوط ذاتها ، ولكن استجاباتهم لهذه الضغوط . لذا ، فإن الاكتئاب -بوجه عام- نتاج استراتيجيات المواجهة الالآتيفية للضغوط ، مع وجهة النظر السلبية عن الذات ، وعن العالم ، وعن المستقبل ، والتركيز الالآتياهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير .

يمكن تقسيم استراتيجيات المواجهة بشكل واسع إلى الإستراتيجيات التي تركز على المشكلة ، والالآتيفيات التي تركز على الوجدان الالآتيف ( carver et al,1989 ، lozarus,1993). ومن أمثلة الالآتيفيات المواجهة التي تركز على المشكلة محاولات تعديل الموقف والمثيرات ، أما الالآتيفيات الأخرى ، فهي التدخلات التي تركز على الالآتيف . الشكل (١٨) يلخص هذه الالآتيفيات ، وسوف نعرض لها تفصيلاً أدناه .



الشكل (١٨) الالآتيفيات التي تستهدف الالآتيف

#### • تعديل الموقف

يرتبط الالآتيف لدى مارثا ارتباطاً وثيقاً بالمشكلات في العلاقة مع زوجها ، كما أن هذه الصراعات الزوجية هي التي تستثير - بشكل متكرر- الالآتيف ، ويمكن أن تشكل الالآتيف ، مكونه بذلك دائرة مفرغة . تجدر الإشارة إلى أن العمل مع زوجها فريديريك

من أجل تحديد وحل بعض المشكلات الزوجية من الممكن أن يعدّل -بشكل فعال- من بعض مشيرات الاكتئاب لدى مارثا .

#### • تعديل الإنتباه

إن تشجيع مارثا على تركيز انتباهها على المظاهر الإيجابية لحياتها من الممكن ان تكون إستراتيجية فعالة . قد تشتمل هذه المظاهر على الأجزاء الإيجابية في علاقتها ، وأسرتها ، وحياتها بوجه عام من الممكن أن يتدخل هذا التركيز على هذه المظاهر الإيجابية كبداية لمثيرات الاكتئاب في المرحلة الأولى من العملية ، ولكي ما يتم تشجيع مارثا على التركيز على هذه المظاهر ، قد يُطلب منها أن تحتفظ بمفكرة يومية عن الأحداث ، والأشياء ، والناس الذين تنظر إليهم نظرة إيجابية وتشعر بأنها مدينة لهم .

#### • إعادة البناء المعرفى النفسى التربوى

تفترض الصيغة الأصلية لنموذج الاكتئاب فى العلاج المعرفى السلوكى أن الأفراد المكتئبين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم .عن المستقبل ،وعن العالم .هذه المخططات تستثير معارف آلية لا تكيفية معينة فى مواقف معينة . يتقدم العلاج المعرفى السلوكى من خلال تحديد وتحدى المعارف اللاتكيفية ، وفى النهاية من خلال استكشاف وتصحيح المعتقدات اللاتكيفية والمخططات .فقد تبين أن تصحيح المعارف والمعتقدات الآلية واللا تكيفية تعتبر أيضاً من الاستجابة الانفعالية المصاحبة لها (Beck et al , 1979)

#### مثال عيادى:استكشاف وتحدى المعتقدات الاكتئابية اللاتكيفية

المعالج النفسى :أخبرينى عن الخلافات التى وقعت الأسبوع الماضى .  
مارثا: ذكر فريد بأنه سوف يذهب إلى المكتب فى عطلة نهاية الأسبوع وهذا قلب خطط نهاية الأسبوع كلها رأساً على عقب .أنا ما زلت إلى الآن حزينة.

المعالج النفسى :كم الفترة التى إستغرقتها فى المكتب ؟

مارثا : ربما ٣ ساعات يوم السبت .كان من اممكن أن يظل هناك لفترة أطول لولا إعتراضى

المعالج النفسى :إذاً،أنت حزينة لأنه ذهب إلى المكتب يوم السبت ؟وأنت لديك خطط

آخري

مارثا: تعم كنت أود أن أفعل شيئاً ما خارج البيت مع إبنى .أنا حزينة لأنه يضع الأسرة  
فى المرتبة الثانية

المعالج النفسى :أنت حزينة لأنه لا يضع بقاءه معك فى الأولويات ؟  
مارثا : لا أعرف .ماذا تعنى ؟

المعالج النفسى "أنا أحاول أن أفهم من أين تأتى مشاعر الحزن .أنا أفهم لو أنك كنت  
تشعرين بالاحباط لأنك كنت تتطلعين إلى قضاء بعض الوقت مع زوجك  
واسرتك ، ولكن إحساسى بأنك لست محبطة و فقط بل حزينة ، بل وربما غاضبة .  
من أين أتت مشاعر الاحباط والغضب ؟

مارثا : لا أعرف . أتخيل انه لا يعاملنى بإحترام وتقدير .

المعالج النفسى : فهمت . من المهم أن تتعرفى على مشاعرك وتصفيها . إذا أنت حزينة  
وغاضبة لأنه لا يقدرُك . دعينا نستكشف هذا الشعور أبعد من ذلك . من فضلك  
تخيلى أن زوجك جالس بجوارك . من فضلك قولى ما تشعرين به ، ولو سمحتى  
استخدمى عبارات " أنا "

مارثا: أنا أشعر بالحزن والأذى لأنك تعاملنى كأنى لا شئ . لا أريد أن أكون فى  
المرتبة الثانية . لابد أن تعاملنى بإحترام .

المعالج النفسى : عظيم : يبدو لى أنك تشعرين بانعدام القيمة عندما تظهر من هذا  
السلوك .

مارثا : نعم ، جداً

المعالج النفسى : وماذا أيضاً ؟

مارثا : هو لا يهتم بى

المعالج النفسى : أى أنه لا يحبك ؟

مارثا : نعم

المعالج النفسى : ولو ان هناك انسان يحبك ، أكيد هو زوجك ، صح ؟

مارثا : نعم ، ولكن لا أعتقد أن هناك من يحبنى . انا حتى لا أحب نفسى .

المعالج النفسى : إذاً ، تشعرين وكأن لا أحد يحبك ، وانك لا تستحقين حب الآخرين . هذا الشعور باللاقيمة ، وعدم الحب جزء هام جداً فى إكتئابك . إن الطريقة التى تفسرى بها الأشياء حولك تعتمد بشكل كبير على معتقداتك . إذاً ، لو أعتقدتى بانك عديمة القيمة وغير محبوبة ، ممن المحتمل بشكل كبير أن تفسرى السلوك المحايد أو حتى الإيجابى لزوجك تجاهك على أنه علامة سلبية على عدم حبه لك على الرغم من أن الأمر ليس كذلك . انا أتساءل عما إذا كنا نستطيع توضيح سلوكيات عدم الاهتمام التى يبديها زوجك ، ثم نجرى التجارب لذى ما إذا كانت فروضنا صحيحة بانه لا يهتم بك . ما هى السلوكيات التى تصدر عن زوجك ويتبين لك أنه لا يهتم بك ؟

#### ♦ التأمّل

الاكتئاب حالة غير سارة ، ومن ثم فإن الاستجابة الطبيعية له تتمثل فى كبح هذا الشعور والتفكير فى الأحداث الماضية التى أدت إلى هذه الحالة ، ونتيجة ذلك ، يصبح الفرد منشغلاً بالاكتئاب ؟ والتركيز على نفسه . ويفقد التعامل مع العالم الخارجى ، خصوصاً العالم الاجتماعى ، وهذا بدوره يؤدى إلى العزلة الاجتماعية واستفحال الدورة الاكتئابية للعزلة والتأمّل الإجماعى والبيئشخصى .

تجد الإشارة إلى أن تدريبات التأمّل تشجع الفرد على التركيز على اللحظة الحالية بدون إصدار أحكام ، وبشكل منفتح . لذا فإن الاكتئاب يؤدى إلى العزلة القسوة ، والابتعاد ، فى حين أن تدريبات التأمّل تشجع على الانفتاحية ، المرونة ، وحب الاستطلاع ، وهذا من الممكن أن ينهى دورة الاكتئاب .

فبدلاً من التفكير فى الفشل السابق، والفرص الضائعة ، والمستقبل ، يشجع التأمّل من الفرد على ترك أنماط التفكير السالبة هذه ، وترك هذه المشاعر فالتأمّل يشجع على المرونة المعرفية والانفعالية من خلال إتاحة الفرصة للمريض للمرور بخبرة المشاعر السالبة - بدلاً من سحبها ، ومن خلا لاستكشاف الخيارات المستقبلية الأخرى ، ومن خلال التقدم للأمام بدون التفكير فى أخطاء الماضي لقد تبين أن مرضى الاكتئاب الذين تم معالجتهم بالأدوية

الطبية المضادة للاكتئاب ، أو العلاج المعرفى السلوكى قد أظهروا أنماطاً مختلفة من ردود الفعل المعرفية بعد انكماش المزاج السالبى ، وأن هذا رد الفعل المعرفى كان مؤشراً على انتكاس الاكتئاب ( Segal et al ,2006 ) .

تحديداً ، أظهر الأفراد الذين خضعوا للعلاج الطبى رد فعل معرفى مقارنة بالذين خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى . كما أظهر الأفراد الذين خضعوا للعلاج - بغض النظر عن نوع العلاج - رد فعل معرفى ، وانتكاس للاضطراب خلال ١٨ شهراً التالية مقارنة بالأفراد الذين لم يكن لديهم رد الفعل المعرفى هذا . تشير هذه النتائج إلى أن رد الفعل المعرفى بعد المهمة ذات التحدى الإنفعالى قد يمنح إمكانية انتكاس الاكتئاب أو إعادة حدوثه وأن العلاج المعرفى السلوكى ربما يستهدف القابلية للتأثير هذه بشكل أكثر فعالية من العلاج الدوائى .

بالإضافة إلى إعادة البناء المعرفى ، يُشار إلى أن رد الفعل المعرفى يمكن أن يستهدف بفاعلية من خلال إستراتيجيات التأمل التي تعزز من عدم التمرکز إلى القدرة على تبني وجهة نظر تركّز على اللحظة الحالية ، وجهة نظر لا تستند إلى إصدار أحكام فيما يتعلق بالأفكار والمشاعر والقدرة على قبولها ( Segal et al,2002) . وقد عرضنا في الفصل السابق مثال على تدريب التأمل الذي يركّز على اللحظة الحالية ، حيث تناول القلق ، وهو عملية معرفية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتأمل .

بالإضافة إلى عمليات التأمل اللاتكيفية ، فإن الاكتئاب والمشكلات المرتبطة به مثل الانتحار ، مرتبط أيضاً بالصعوبات الاجتماعية والبيئشخصية ( Joiner et al , 2009) . أحد استراتيجيات التأمل الواعدة التي تستهدف المشكلات البيئشخصية التأمل بالحب والمودة . ومع ذلك تجدر الإشارة إلى أن التأمل بالحب والمودة لم يُطبّق -على حد علمي على الأقل- على علاج الاكتئاب في أي تجارب عيادية . ومع ذلك ، بسبب تطبيقه المفيد جداً ، سوف نشرحه بشئ من التفصيل .

في حين أن التفكير التأمل المعاصر يشجع الوعي اللا حكمي بالخبرات في اللحظة الحالية من خلال التركيز على التنفس ، والأحاسيس الأخرى ، فإن التأمل بالحب والمودة يركّز على سعادة الآخرين .

تحديداً ، فإن التأمل بالحب والمودة ينطوي على مدى من الأفكار والتصورات بهدف استثارة انفعالات معينة (الحب والمودة ، التعاطف) . أحد أهداف التأمل بالحب والمودة هو تحقيق السعادة من خلال غرس المشاعر الموجبة نحو الآخرين . وهذا بدوره من الممكن أن يبديد الافتراضات الخطأ عن مصادر سعادة الفرد ويحول وجهة نظر الفرد عن نفسه في علاقته بالآخرين ، ويزيد من التعاطف العام (Dalia lama & Culter,1998) .

### التأمل بالحب والمودة

يتقدم التأمل بالحب والمودة خلال عدد من المراحل تختلف بناءً على تركيز التدريب ، وتشتمل هذه الخطوات على ما يأتي :

(١) التركيز على الذات

(٢) التركيز على الصديق الطيب (الشخص الذي ما زال على قيد الحياة ولا يستحضر رغبات جنسية .

(٣) التركيز على شخص محايد ( الشخص الذي لا يظهر مشاعر إيجابية أو سلبية ، ولكن يقابله الفرد بشكل طبيعي خلال اليوم العادي ) .

(٤) التركيز على الشخص "الصعب" (الشخص المرتبط بمشاعر سلبية ) .

(٥) التركيز على الذات ، الصديق الطيب ، الشخص المحايد ، والشخص الصعب (مع توزيع الإنتباه بينهم) وفي النهاية :

(٦) التركيز على العالم ككل .

عند كل مرحلة يتكون تدريب التأمل من التفكير في رغبات معينة (طموحات) تشتمل على ما يأتي :

(١) قد يتحرر الشخص من العدائية .

(٢) قد يتحرر الشخص من المعاناة العقلية .

(٣) قد يتحرر الشخص من المعاناه الجسدية .

(٤) قد يهتم الشخص بنفسه بكل سعادته (Chalmers,2007) .

الفترة المثالية لهذا التدريب ساعة، والوضع المفضل هو وضع اللوطة الكاملة (القدمان متقاطعتان، أسفل القدم متوجهان إلى أعلى، ومؤخرتهم مستقيمتان، واليدان فوق بعضهما البعض، ومتوجهان إلى أعلى).

### ❖ التنشيط السلوكي

غالباً ما يرتبط الاكتئاب بسلوكيات الانسحاب واللاتنشيط. ونتيجة لذلك، فإن حياة الأفراد المكتئبين تصبح مجردة من التعزيزات، الرضا، والسعادة، وبسبب قلة الطاقة، قد لا يكون لدى المكتئبين الطاقة اللازمة لدراسة و فحص المعتقدات، الأفكار الآلية، والمظاهر الأخرى التي تحافظ على الاكتئاب وتصونه. لذا، فإننا نوصي بالتنشيط السلوكي، خصوصاً في بداية العلاج من أجل رفع مستوى طاقة المريض.

عند الخطوة الأولى، يطلب من المرضى مراقبة أنشطتهم أثناء الأسبوع. يشتمل سجل النشاط - في أبسط صورة - الزمن، التاريخ، المكان، وصف موجز للنشاط، وتقدير لدرجة الإرضاء التي يحظى بها النشاط على مقياس من صفر (غير مرض بالمرّة) إلى ١٠٠ (مرض تماماً).

في الخطوة التالية، يستكشف المعالج النفسي والمريض الأسباب التي تجعل بعض الأنشطة غير المرغوبة، وأيضاً فترات عدم النشاط أثناء الأسبوع العادي. بالإضافة إلى ذلك، من المرغوب فيه تحقيق الروتين في الحياة اليومية للمريض وانجاز أنماط نوم وأكل منتظمة أو عادية.

## مثال عيادي : التنشيط السلوكي

فيما ياتي جزء من مفكرة النشاط في يوم واحد لمارثا .

مفكرة مارثا يوم ١٢ ديسمبر ٢٠١٠

تقدير المزاج : صفر - ١٠٠	النشاط	الزمن	
		من	إلى
١٠	الاستيقاظ ، والاستعداد	٦	٧
١٠	إيقاظ الزوج ، إعداد الإفطار ، والمأدبة	٧	٧,٥
٤٠	تناول الإفطار	٧,٥	٨
٥٠	العودة مرة أخرى للسريير	٨	٩
٢٠	مشاهدة التلفاز	٩	١١
١٠	الاستحمام	١١	١٢
٢٠	قراءة الصحف	١٢	١
٦٠	الحديث إلى صديقتي بولا	١	٢
٤٠	الذهاب إلى البنك	٢	٣
٢٠	الذهاب إلى المتجر لشراء المستلزمات	٣	٥
٣٠	طبخ العشاء	٥	٦
٤٠	تناول العشاء	٦	٧
٥٠	مشاهدة التلفاز	٧	٧,٥
صفر	الخلاص على المال	٧,٥	٩
٢٠	الاستعداد للنوم	٩	١٠
		١٠	١١

يتضح من خلال استعراض المفكرة اليومية لمارثا أن عدد القضايا :

(١) تقديرات المزاج منخفضة بوجه عام ، وأن أعلى مزاج لها عند مشاهدة التلفاز .

(٢) عدد الأنشطة الممتع قليل ، وتتراوح بشكل رئيسي حول الروتين اليومي ، والطعام ، ومشاهدة التلفاز .

(٣) روتينها غير منتظم وغير ثابت حيث تعود مرة أخرى إلى السرير بعد الاستيقاظ من النوم مبكراً في الصباح .

(٤) الخلافات مع الزوج تؤدي إلى انخفاض في المزاج .

(٥) تظهر الاستكشافات أن تقديرات المزاج المنخفضة جداً لديها - بوجه عام - تكون في أثناء الأوقات غير البنائية في عطلة الأسبوع عندما تتأمل في حياتها ، وعلاقتها ، ومستقبلها . أخيراً ، من الواضح أن مارثا لا تمارس أي تدريبات رياضية - وهو تفصيل مهم يمكن أن يؤدي إلى تغييرات دراماتيكية في المزاج .

بعض الأسئلة المهمة التي تجيب عليها سجلات النشاط قد تشتمل على : إلى أي مدى يكون المريض منسحباً من أو معزولاً عن الأنشطة اليومية المعتادة؟ هل هناك فرص كافية لاختبار المواقف السارة؟ إلى أي مدى يعوق الاكتئاب الروتين اليومي للمريض؟ وأخيراً ، هل لدى المريض الدافعية اللازمة والموارد اللازمة لتطبيق الاستراتيجيات السلوكية؟ النقطة الأخيرة هامة على وجه التحديد لأن العرض الرئيسي في الاكتئاب يتمثل في نقص الدافعية . ومع ذلك ، فإن الأنشطة السارة من الممكن أن تكون معززة ذاتياً . هذه الدائرة المفرغة بين عدم النشاط ، العزلة الاجتماعية ، والاكتئاب يمكن أن قطعها بفاعلية من خلال العرض البطئ والدائم على المريض من الأنشطة السارة بطريقة إبداعية .

كنوع من الواجب المنزلي ، طلب المعالج النفسي من مارثا الوصول إلى قائمة بالمهام السارة . اشتملت هذه القائمة على قراءة الأدب الإنجليزي ، قراءة ومشاهدة المسرحيات الحديثة ، كتابة الروايات والشعر ، الخروج للنزهة ، لعب الكوتشينة مع الأصدقاء ، ومشاهدة المسلسلات الحديثة .

هذه الأنشطة تم إضافتها تدريجياً في تدريبات الواجب المنزلي . كما طلب من مارثا أيضاً البدء في ، والإبقاء على روتين للنوم ، والطعام ، والالتحاق بصالة ألعاب رياضية لتدريبات القلب مرتين في الأسبوع ، وتخرج للنزهة في الأيام التي لا تذهب فيها إلى صالة الألعاب

الرياضية - نظراً لأن صالة الألعاب الرياضية مغلقة في عطلة نهاية الأسبوع ، اتفق المعالج النفسي ومارثا على الخروج للمشي الطويل (على الأقل ٤٠ دقيقة) في أيام السبت والأحد والذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية أيام الثلاثاء ، والأربعاء والخميس . هذا المشي أصبح بعد ذلك أحداث اجتماعية هامة عندما بدأت تطلب من بعض زملائها المشي معها .

### الدعم التجريبي

هناك عدد كبير من التجارب العيادية التي تؤيد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب الاكتئاب (butler et al,2006) . الفائدة الخاصة للعلاج المعرفي السلوكي نسبة إلى العلاج الدوائي المضاد للاكتئاب تتمثل في أن عدد قليل من المرضى (تقريباً النصف) ينتكسون (Glogcuen et al,1998) . أعلن جلوسون وزملاؤه في تحليلهم البعدي لفعالية العلاج المعرفي السلوكي في مرض الاكتئاب ، أن متوسط مخاطر الانتكاس (بناءً على فترات متابعة من عام إلى عامين) كانت ٢٥% بعد العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بنسبة ٦٠% بعد العلاج الدوائي المضاد للاكتئاب . كما أشارت بيانات بعض البحوث أيضاً إلى أن المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي فقط من غير المحتمل أن ينتكسوا بعد العلاج ، مقارنة بالأفراد المستمرين في تناول العلاج الطبي (Dobson et al,2008 ,Hollon et al,2005) .

لقد تمت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي المضاد للاكتئاب وذلك لحالات الاكتئاب الحاد (Derubies et al,2005 ,Hollon et al,2005) . خلصت النتائج إلى أن هذين التدخلين لهما نفس النتائج في مرحلة العلاج الحادة ، ولكن مخاطر الانتكاس بعد عام من المتابعة كان في صالح الأفراد الذين عولجوا بالعلاج المعرفي السلوكي حتى مع مقارنتهم بالأفراد الذين استمروا في تناول العلاج الدوائي (Hollon et al,2005) .