

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: .....



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في شعبة علم النفس  
تخصص: علم نفس العيادي.  
بعنوان:

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في التخفيف من  
أعراض الاكتئاب

• إعداد الطالب: عبد الرحمان دمارجي

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيساً	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	أ.أومليلي حميد
مشرفاً ومقرراً	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	أ. بديعة آيت مجبر-واكي
ممتحناً	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	د. لعزازقة حمزة
ممتحناً	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ. شينار سامية
ممتحناً	جامعة البليدة 2	أستاذ التعليم العالي	أ. حفظ الله رفيقة

السنة الجامعية: 2025 / 2026 م



# إهداء

إلى والدي الكريمان  
إلى إخوتي الأعزاء  
إلى كل عائلتي وأصدقائي  
أهدي هذا العمل

# شكر وعرفان

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني ودعمني في مساري العلمي وفي إنجاز هذه الأطروحة

إلى مشرفتي الغالية بديعة وأكلي

إلى صديقتي العزيزة شاكرا بوجي

إلى أستاذتي الكريمة صليحة لعزالي

إلى صديقتي المهدي بربار

إلى الأساتذة والأخصائيين المحكمين للبرنامج العلاجي

إلى الأساتذة الكرام .. أعضاء لجنة المناقشة

كل الشكر والتقدير

## الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح مدمج بين الموجة الثانية والموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، و مكون من 12 جلسة في التخفيف من أعراض الاكتئاب، شملت عينة الدراسة 7 حالات ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب تقدموا للعلاج النفسي بعيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي بولاية المدية، وقد تم تشخيصهم بواسطة معايير الدليل الإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية DSM5TR ومقياس "بيك" للاكتئاب بعد التحقق من خصائصه السيكومترية، وتم اعتماد المنهج التجريبي ذو التصميم الشبه تجريبي وتم تطبيق مقياس "بيك" للاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لمعرفة أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من أعراض الاكتئاب، ومن أجل معرفة فعالية البرنامج العلاجي المقترح تم تطبيق القياس التتبعي بعد فترة زمنية من انتهاء البرنامج العلاجي، توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في التخفيف من أعراض الاكتئاب وتم إثبات هذه النتائج إحصائيا من خلال عدة أساليب إحصائية، إضافة إلى العرض الكيفي للحالات قبل وبعد و بعد مدة من انتهاء البرنامج، وقد أظهر المفحوصون انخفاضا واضحا في أعراض الاكتئاب استمر هذا الانخفاض حتى بعد انتهاء البرنامج العلاجي بمدة زمنية.

**الكلمات المفتاحية:** برنامج علاجي معرفي سلوكي، الاكتئاب.

### Abstract:

This study aimed to find out the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program, several therapeutic techniques belonging to the third wave of cognitive-behavioral therapies consisting of 12 sessions in alleviating the symptoms of depression have been integrated, the sample of the study included 7 cases of the experimental method with a semi-experimental design was adopted and the "beck" scale for depression was applied before and after the application of the therapeutic program to find out the effect of the therapeutic program in alleviating the symptoms of depression, and in order to find out the effectiveness of the proposed therapeutic program, the tracking measurement was applied after a period of time after the end of the therapeutic program, the results of the study reached the effectiveness of the proposed cognitive-behavioral therapeutic program in alleviating the symptoms of depression and these results were statistically proven in addition to the qualitative presentation of cases before, after, and for a period after the end of the program, the subjects showed a clear decrease in depressive symptoms, this decrease persisted even after the end of the treatment program.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy program, depression.

## الفهرس

أ.....	إهداء
ب.....	شكر وعران
I.....	الملخص:
II.....	الفهرس
VII.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	مقدمة / إشكالية:
6.....	فرضيات الدراسة:
7.....	هدف الدراسة:
7.....	أهمية الدراسة:
8.....	الدراسات السابقة:
17.....	التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:
19.....	الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي
20.....	تمهيد:
21.....	1-العلاج المعرفي السلوكي:
23.....	1-1-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:
24.....	1-2-أهداف العلاج المعرفي السلوكي:
24.....	2-الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي:
24.....	1-2-العلاج السلوكي (Behavioral therapy):

26	2-2- أهم التقنيات العلاجية السلوكية:
28	3- الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي:
28	3-1- العلاج المعرفي لأرون بيك (Cognitive therapy):
31	3-2- العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي لألبرت إليس:
35	3-3- العلاج بالمخططات المعرفية ليونغ:
41	3-4- علاج التدريب على التعلم الذاتي لميكنباوم:
43	4- الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية:
43	4-1- العلاج بالتنشيط السلوكي:
46	4-2- العلاج الجدلي السلوكي:
48	5- العلاج بالتقبل والالتزام:
48	5-1- تعريف العلاج بالتقبل والالتزام:
50	5-2- نظريات العلاج بالتقبل والالتزام:
51	5-3- مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام:
52	5-4- أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:
54	5-5- أهم تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام:
60	خلاصة الفصل:
61	الفصل الثالث: الاكتئاب
62	تمهيد:
63	1- تعريف الاكتئاب:
64	2- أسباب الإصابة بالاكتئاب:
65	3- أعراض الاكتئاب:

65	4- المحركات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب:
66	5- النظريات المفسرة للاكتئاب:
66	5-1- النظرية البيولوجية لتفسير الاكتئاب:
67	5-2- النظرية السلوكية لتفسير الاكتئاب:
68	5-3- النظرية المعرفية لتفسير الاكتئاب:
69	6- علاجات الاكتئاب:
73	7- مآل وانتشار الاكتئاب:
75	خلاصة الفصل:
76	الجانب الميداني
77	الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية
78	1- الدراسة الاستطلاعية:
79	2- منهج الدراسة:
79	3- عينة الدراسة:
80	4- حدود الدراسة:
80	5- أدوات الدراسة:
83	6- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:
91	7- الأساليب الإحصائية:
93	الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج
94	تمهيد:
95	1- العرض الكيفي للحالات (عرض وتحليل محتوى المقابلات):
95	1-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

- 1-2-عرض الحالة (القبلي): ..... 96
- 1-3-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 98
- 1-2-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 101
- 2-2-عرض الحالة (القبلي): ..... 102
- 3-2-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 104
- 1-3-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 106
- 2-3-عرض الحالة (القبلي): ..... 107
- 3-3-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 109
- 1-4-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 111
- 2-4-عرض الحالة (القبلي): ..... 112
- 3-4-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 114
- 1-5-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 115
- 2-5-عرض الحالة (القبلي): ..... 116
- 3-5-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 119
- 1-6-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 121
- 2-6-عرض الحالة (القبلي): ..... 122
- 3-6-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 124
- 1-7-بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى: ..... 126
- 2-7-عرض الحالة (القبلي): ..... 127
- 3-7-عرض محتوى المقابلة البعدي: ..... 129
- 8-العرض الكمي وتحليل نتائج القياسات (قبلي - بعدي - تتبعي) والأساليب الإحصائية لاختبار الفرضيات: ..... 131

131	.....	1-8-درجة الاكتماب الكلية:
136	.....	2-8-الأعراض الجسدية:
143	.....	3-8-الأعراض النفسية:
150	.....	ملخص النتائج:
151	.....	مناقشة النتائج:
162	.....	خاتمة
168	.....	قائمة المراجع
178	.....	قائمة الملاحق

## قائمة الجداول

- جدول 1. التشوهات المعرفية أو الأفكار التلقائية الخاطئة حسب أرون بيك ..... 30
- جدول 2. الحاجات النفسية غير المشبعة ومجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة..... 39
- جدول 3. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي للاكتئاب ..... 65
- جدول 4. ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية..... 81
- جدول 5. قيمة معامل الارتباط بين البعد النفسي والبعد الجسدي..... 82
- جدول 6. قيمة معامل ألفا-كرونباخ لمقياس الاكتئاب بأبعاده ..... 83
- جدول 7. الخطة الإجرائية لجلسات برنامج علاجي معرفي سلوكي مبني على العلاج بالتقبل والالتزام ..... 86
- جدول 8. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 01..... 96
- جدول 9. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 01 ..... 100
- جدول 10. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 02 ..... 102
- جدول 11. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 02 ..... 105
- جدول 12. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 03 ..... 107
- جدول 13. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 03 ..... 110
- جدول 14. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 04 ..... 113
- جدول 15. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 04 ..... 115
- جدول 16. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 05 ..... 116
- جدول 17. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 05 ..... 120
- جدول 18. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 06 ..... 122
- جدول 19. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 06 ..... 125
- جدول 20. المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 07 ..... 128
- جدول 21. القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 07 ..... 130
- جدول 22. الإحصاءات الوصفية لدرجة الاكتئاب الكلية في أوقات القياس المختلفة (الاختبار القبلي، الاختبار البعدي، التتبعي)..... 131
- جدول 23. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية توزيع درجات الاكتئاب الكلية في أوقات القياس المختلفة ..... 132

- جدول 24. التواء الفروق بين أوقات القياس في درجات درجات الاكتئاب الكلية ..... 132
- جدول 25. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية الفروق في درجات الاكتئاب الكلية بين أوقات القياس . 133
- جدول 26. نتائج اختبار موكللي للكروية لتحليل درجات الاكتئاب الكلية المتكررة بين أوقات القياس ..... 133
- جدول 27. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الاكتئاب الكلية (غير مصحح) ..... 133
- جدول 28. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الاكتئاب الكلية بعد تصحيح الكروية 134
- جدول 29. نتائج اختبار فريدمان للفروق في درجات الاكتئاب بين أوقات القياس ..... 134
- جدول 30. نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الاكتئاب الكلية (المقارنات البعدية غير المعلمية)..... 135
- جدول 31. نتائج اختبارات للمقارنات البعدية في درجات الاكتئاب الكلية (المقارنات البعدية المعلمية) ... 135
- جدول 32. أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الاكتئاب الكلية ..... 136
- جدول 33. الإحصاءات الوصفية للأعراض الجسدية في أوقات القياس المختلفة (القياس القبلي، القياس البعدي، التتبع) ..... 136
- جدول 34. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية توزيع درجات الأعراض الجسدية في أوقات القياس المختلفة ..... 137
- جدول 35. التواء الفروق في درجات الأعراض الجسدية كمؤشر على اعتمادية التوزيع للقياسات المتكررة... 138
- جدول 36. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية الفروق في درجات الأعراض الجسدية بين أوقات القياس 138
- جدول 37. نتائج اختبار كروية موكللي لتحليل درجات الأعراض الجسدية بين أوقات القياس ..... 139
- جدول 38. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض الجسدية (غير مصحح) ... 140
- جدول 39. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض الجسدية بعد تصحيح الكروية ..... 140
- جدول 40. نتائج اختبار فريدمان للفروق في درجات الأعراض الجسدية بين أوقات القياس ..... 141
- جدول 41. نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الأعراض الجسدية (المقارنات البعدية غير المعلمية)..... 141
- جدول 42. نتائج اختبارات (ت) للمقارنات البعدية في درجات الأعراض الجسدية (المقارنات البعدية المعلمية) ..... 142
- جدول 43. أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الأعراض الجسدية..... 142

جدول 44. الإحصاءات الوصفية للأعراض النفسية في أوقات القياس المختلفة (القياس القبلي، القياس البعدي، التتبع) .....	143
جدول 45. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية توزيع درجات الأعراض النفسية في أوقات القياس المختلفة .....	144
جدول 46. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية توزيع درجات الأعراض النفسية في أوقات القياس المختلفة .....	144
جدول 47. نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية الفروق في درجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس. .....	145
جدول 48. نتائج اختبار كروية موكللي لتحليل درجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس .....	145
جدول 49. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض النفسية (غير مصحح) ....	146
جدول 50. نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض النفسية بعد تصحيح الكروية .....	146
جدول 51. اختبار فريدمان لدرجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس .....	147
جدول 52. نتائج اختبار دان للمقارنات البعدية المتعددة للأعراض النفسية .....	147
جدول 53. نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الأعراض النفسية (المقارنات البعدية غير المعلمية).....	148
جدول 54. نتائج اختبارات (ت) للمقارنات البعدية في الأعراض النفسية (المقارنات البعدية المعلمية).....	148
جدول 55. أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الأعراض النفسية .....	149

## قائمة الاشكال

شكل 1. نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية .....	55
---	----

# الفصل الأول:

## الإطار العام للدراسة

## مقدمة / إشكالية:

مع التقدم الذي وصل إليه الإنسان وكثرة الضغوط المرتبطة بهذا التقدم والتطور في شتى مجالات الحياة اليومية والتي يعيشها الفرد بشكل دائم، أصبحت الاضطرابات النفسية متزايدة الانتشار كما أصبحت أحد أكبر التحديات الصحية التي تواجه المجتمعات في الوقت الحالي، وتعزى هذه الزيادة في انتشارها إلى مجموعة من العوامل، كالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتطور التكنولوجي.

وقد باتت الاضطرابات النفسية تمثل مجموعة من التحديات العقلية والعاطفية التي تؤثر على سلوك الأفراد ومستوى جودة حياتهم، ونجد من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، والاضطرابات الذهانية، واضطرابات الطعام، واضطرابات النوم، وغيرهم.

يعد الاكتئاب أحد الاضطرابات التي شهدت ارتفاعاً محسوساً في معدلات الإصابة في السنوات الأخيرة، ومن بين جميع الاضطرابات النفسية، يشكل الاكتئاب تحدياً خطيراً يؤثر على ملايين الأشخاص في جميع أنحاء العالم، حيث يتميز هذا الأخير بالشعور بالحزن الشديد والانخفاض في المزاج إضافة لكونه يؤثر بشكل مباشر على الطريقة التي يفكر بها الشخص والطريقة التي يتصرف بها والطريقة التي يشعر بها.

في الغالب تجلب الحياة للأفراد الكثير من المآسي كالموت والطلاق، والكوارث، والمرض، إذ أن توقع أن يعيش الفرد حياة خالية من الحزن أو اليأس هو أمر غير واقعي، إن كل من الحزن والأسى اللذان يصاحبان أي تجربة أليمة قد يزدادان حدة مع مرور الوقت، وقد يبدو التشافي منهما صعباً جداً، لكن الوقت يساهم في التشافي منهما كونهما شعوران طبيعيين يخبرهما الإنسان بعد المرور بأي تجربة صعبة

فالجميع دون استثناء يشعرون بالإحباط من وقت لآخر بسبب المشاكل الصحية، أو فقدان صديق، أو الطلاق، أو الفشل في الوصول إلى هدف ما، إن مثل هذه الأحداث يمكن أن تجعل أي شخص يشعر بالحزن والانزعاج لبعض الوقت لكن الاكتئاب يختلف عن مشاعر الحزن الطبيعية التي تصحب أي تجربة أليمة إذ أنه ينطوي على شعور عميق بالذنب مع فقدان احترام الذات، حيث يشعر الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب باليأس والعجز وعدم التسامح مع أنفسهم، وغالباً ما يؤثر الاكتئاب على الجسم بشكل عام وعلى النوم والشهية والتركيز والطاقة والرغبة الجنسية، ويقلل بشكل كبير من القدرة على خبر المشاعر الايجابية، كالسعادة والحب والضحك والعمل واللعب.

وبالتالي فإن الاكتئاب يختلف عن التقلبات المزاجية المعتادة وردود الفعل العاطفية قصيرة الأجل على مشكلات الحياة اليومية، حيث أنه قد يتحول إلى حالة صحية خطيرة، خاصة إذا استمر فترات طويلة،

وغالباً ما يظهر بأشكال متعددة ويؤثر على الأفراد بطرق مختلفة.

يعتبر الاكتئاب مشكلة شائعة في جميع أنحاء العالم إذ يصاب به أكثر من 350 مليون شخص حول العالم، ويؤثر غالبا في كيفية اهتمام الأشخاص بأنفسهم وبأسرهم كما يجعل العمل المعتاد والحياة الأسرية أمرا صعبا للغاية، ويؤثر في كل من الشخص المصاب والمقربين منه، وبما أن الاكتئاب يبدأ غالبا في سن مبكرة لدى الأفراد، فيمكن أن يؤثر في المصابين به وهم في ذروة سنواتهم الأكثر إنتاجية فالإكتئاب لا يميز بين الأشخاص، فهو يمكن أن يؤثر على أي شخص بغض النظر عن عرقه ومستواه الاقتصادي والاجتماعي وعمره، بحيث تظهر أعراضه لدى الرجال والنساء والأطفال وحتى كبار السن، كما تظهر أعراضه أيضا عبر الثقافات المختلفة، وهو غالبا ما يظهر في أشكال وسلوكيات متنوعة، ففي بعض الأحيان يكون صامتا وفي أحيان أخرى يكون صريحا، وبعض الأشخاص لا يدركون أنهم مصابون بالاكتئاب، على الرغم من أن شخصا آخرين يدركون تماما أصابتهم به، كما قد لا يكون للاكتئاب سبب واضح، بحيث يتنكر في شكل مجموعة من الشكاوى الجسدية مثل التعب، وقلة النوم والشهية، وقد يتجذر الاكتئاب ويستمر لعدة أشهر أو حتى لسنوات وقد يكون قصير الأمد.

الاكتئاب هو أكثر من مجرد رد فعل طبيعي عن الأحداث والخسائر غير المتوقعة، حيث يتعمق الاكتئاب وينتشر إلى ما هو أبعد من الحزن، كما يؤثر الاكتئاب على كل جانب من جوانب الحياة تقريبا، وعلى الرغم من وجود أنواع مختلفة للاكتئاب فإنها أساسا جميعها تؤثر على أربعة جوانب تتمثل في: الجانب المعرفي، الجانب السلوكي، الجانب الشعوري والجانب الجسدي (Smith & Elliott, 2003).

تتضمن الأعراض الرئيسية للاكتئاب الحزن الشديد وعدم القدرة على الشعور بالفرح، إضافة إلى الاتهامات السلبية الموجهة نحو الذات من خلال التركيز على النقائص ونقاط العجز، مع صعوبات واضحة في استدعاء الانتباه والتركيز، كما يصل المصاب إلى فقدان المعنى بسبب رؤية الأشياء بصورة سلبية للغاية، كذلك ينطوي الاكتئاب على أعراض جسدية تشمل الشعور بالتعب المزمن والإرهاق وانخفاض في الطاقة، تصاحبها أوجاع لدرجة قد يقتنع المصاب بأنه يعاني من حالة طبية رغم عدم وجود ما يثبت ذلك، كما يجد المصاب مشاكل في النوم سواء من خلال الاستيقاظ طوال الليل أو من خلال النوم طوال النهار، كما قد لا يجد شهية للطعام أو العكس حيث يصاب بالشراهة للأكل، يتميز الاكتئاب أيضا بفقدان للرغبة الجنسية مع ظهور تباطؤ نفسي حركي واضح يعبر عنه بالتثاقل أو هياج نفسي حركي يعبر عنه من خلال التملل وعدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد، كما يظهر على المصاب بالاكتئاب انسحاب اجتماعي يعبر عنه بالعزلة وإهمال المظهر الخارجي، وعندما يصبح الشخص واهن العزيمة ومغتم المزاج وفاقد للأمل فإن ذلك قد يقوده للانتحار في بعض الأحيان (جونسون وآخرون، 2017).

لقد أثبتت العديد من العلاجات فعاليتها في التخفيف من أعراض الاكتئاب كالعلاجات الدوائية، العلاج البين شخصي، والعلاجات الضوئية والعلاج بالصدمات الكهربائية وغيرهم الكثير، تعد العلاجات المعرفية السلوكية

باختلاف موجهاتها احدى العلاجات الأكثر فعالية مع اضطراب الاكتئاب، ونجد من بين الأوائل الذين أولو اهتماما لعلاج الاكتئاب أرون تي بيك، وهو معالج معرفي سلوكي ومؤسس العلاج المعرفي، لقد ركز منحى بيك في بداياته على البحوث التي ترتبط باضطراب الاكتئاب وعلاجه، ولكن في العقود الثلاثة الأخيرة طُبّق العلاج المعرفي السلوكي على عدد متزايد من الاضطرابات بما في ذلك اضطرابات القلق، وسوء استخدام المواد المخدرة، واضطرابات الشخصية، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الأكل، والذهان، كما طُبّق على فئات مختلفة كالأطفال، والراشدين وكبار السن والأسر، وعلى الرغم من تزايد تطبيقه والتعقيد الظاهري للعلاج المعرفي السلوكي، فإن الفكرة الأساسية لهذا التوجه العلاجي تتمثل في: تؤثر الطريقة التي نفكر بها على الطريق التي نشعر بها (نينيا ودرایدن، 2019).

يعد العلاج المعرفي السلوكي علاجا يلتزم بالأدلة المستمدة من البحوث العلمية التجريبية، من خلال بحثه عن التدعيم العلمي لنظرياته ومن خلال اختبار فاعلية استخدامها اكلينيكيًا مع عدة اضطرابات، وهو من العلاجات التي تهدف إلى التخلي عن المبادئ التي لا تدعمها الأدلة المستمدة من نتائج البحوث العلمية وهو نهج فعال يُستخدم على نطاق واسع في علاج الاكتئاب، يعتمد هذا العلاج على فهم أنماط التفكير السلبي والسلوكيات غير المفيدة التي يمكن أن تساهم في تفاقم الاكتئاب وتزيد من شدة أعراضه ويهدف أساسا إلى مساعدة الأفراد على تغيير هذه الأنماط غير المفيدة والضارة وتطوير مهارات جديدة للتعامل مع الضغوط الحياتية بطريقة أكثر فعالية.

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على عدة مبادئ أساسية، مثل تحليل الأفكار والمعتقدات السلبية والمشوهة والتي قد تشكل المصدر الأساسي للاكتئاب ومشاعر الحزن، ومن ثم تغييرها من خلال تطوير مهارات جديدة للتعامل معها، إضافة للتغيير السلوكي لمختلف السلوكيات غير الفعالة المصاحبة للأفكار والمشاعر السلبية، يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يكون فعالا في علاج الاكتئاب، وقد أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يخضعون للعلاج بواسطته غالبا ما يظهرون تحسنا ملحوظا، لقد أظهرت بعض الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الاكتئاب، ففي دراسة لـ (Qamar et al., 2021). تم فحص مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعرفي في علاج أعراض الاكتئاب بين السيدات المصابات باضطراب الاكتئاب الشديد، أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي خفف من أعراض الاكتئاب لدى الإناث المصابات باضطراب الاكتئاب الشديد وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد للسيدات اللاتي يعانين من الاكتئاب الشديد، وفي دراسة أخرى لـ (Nabian, 2023). حيث تم تقييم أثر 10 جلسات من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الاكتئاب والقلق لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج، أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج كان فعالا بشكل كبير في الحد من أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج.

إن العلاج المعرفي السلوكي ليس نهجا علاجيا واحدا، فهو ينطوي على مجموعة من النماذج العلاجية التي تُجمع تحت مسمى العلاج المعرفي السلوكي، حيث تطور هذا النهج عبر السنوات مما نجم عنه مجموعة من الموجات العلاجية، وتعد العلاجات السلوكية الكلاسيكية بجميع روادها السلوكيين والمعروفين بتجارهم على الحيوانات مثل: بافلوف، سكينز، ثورندايك، واطسن وغيرهم من السلوكية الجدد مثل: تولمان وباندورا بمثابة الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي وقد ركز السلوكيين أساسا على السلوك وعلى كيفية تعديله، فيما بعد ظهر العلاج المعرفي الذي طوره أرون تي بيك في ستينيات القرن الماضي الذي يعد بمثابة الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي، وقد ركزت الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي على الجانب المعرفي وتعديله وتغييره وحل المشكلات وتم اعتباره جزءا أساسيا في العلاج بعد أن كان مهملًا في الحقبة السلوكية الكلاسيكية، فيما تشمل علاجات الموجة الثالثة كل من العلاج العقلائي الانفعالي لألبرت إليس، العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ والعلاج الجدلي السلوكي لمارشا لينهان، والعلاج المعرفي القائم على التعقل والعلاج بالتنشيط السلوكي، والعلاج بالتقبل والالتزام لستيفن هايز وغيرهم كالعلاج باليقظة الذهنية والعلاج ما وراء المعرفي، وقد ركزت الموجة الثالثة على وظيفة السلوك وسياقه بدلا من تغييره واستبداله، ويشمل التوجه المعرفي السلوكي العديد من الرواد الذين لا يسع ذكرهم إذ يعد هذا التوجه توجها غنيا بالنماذج العلاجية والباحثين الذين نجحوا في دمج الأساليب المعرفية والسلوكية لفهم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية.

تتشترك النماذج التي تقوم عليها المناهج المعرفية السلوكية في وجهة نظر مفادها أن الأفكار والسلوكيات والعواطف مترابطة بشكل أساسي وديناميكي، وأنه يمكن الاستفادة من هذه العلاقات لإحداث تحسن ملموس في الحالات النفسية المختلفة أو المؤلمة، تهدف بعض العلاجات المعرفية السلوكية إلى تصحيح وجهات النظر السلبية المفرطة التي يعتقد أنها مرتبطة بالاكتئاب، ويتم توجيه البعض الآخر نحو تعزيز قبول هذه التجارب بدلا من تغييرها في حد ذاتها (Wenzel, 2021).

يعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد تلك العلاجات التي تعزز قبول التجارب بدل من تغييرها، لقد تطور هذا النموذج العلاجي على مجموعة من الرواد على رأسهم ستيفن هايز وراش هاريس في ثمانينيات القرن الماضي، يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام علاجا فعالا لمجموعة متنوعة من الاضطرابات ومنها: الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري، والقلق الاجتماعي، وسوء استخدام المواد المخدرة والذهان، ويستخدم هذا النموذج استراتيجيات كالتقبل والتعقل والسلوكيات الملتزمة لزيادة المرونة النفسية، والتي تعني قدرة المرء على اتصاله باللحظة الحالية، مع التفكير في الأشياء بطريقة أقل تصلبا، والتصرف بشكل مرن يسمح للفرد بعيش حياة قيمة.

والعلاج بالتقبل والالتزام هو تطبيق لنظريتين أساسيتين، نظرية الاطار العلائقي (RFT)، والسياقية الوظيفية (FC)، وقد وضعها ستيفن هايز، وهي نظرية للغة البشرية، تشير لكون الأفراد يميلون لتكوين روابط بين الأشياء

والمفاهيم وهي قدرة انسانية فريدة، وكل العمليات المعرفية كالتفكير والتحليل وغيرهم تعتمد اللغة وتشمل اللغة كل من الایماعات والاصوات والاشارات والصور، ولغة جانبين أحدهما ايجابي يساهم في الاكتساب والتطور والارتقاء والأخر سلبي يتمثل في وضع القواعد والأحكام والانتقادات الذاتية، واستعادة الذكريات المؤلمة، وتأسست هذه النظرية على الفلسفة السياقية الوظيفية، والتي تشير لكون كل تصرف يحدث في سياق معين وظروف معينة، ولا يمكننا تعميم التصرف إلا ضمن سياقه وكذا معرفة وظيفته في الموقف، وبالتالي فإن ما يهتم به العلاج بالتقبل والالتزام ليس محتوى العمليات المعرفية وانما وظيفة هذا المحتوى في السياق (مكاي وآخرون، 2022).

إن الوصول إلى المرونة النفسية هو الهدف الرئيسي للعلاج بالتقبل والالتزام، والتي تعني تغيير الطريقة التي يختبر بها المرء مشاعره وأفكاره داخليا، دون الشعور بضرورة الدفاع عن نفسه، تتكون المرونة النفسية، وفقا لهايز وزملاؤه من ست عمليات مترابطة تتمثل في: التقبل، وفك الاندماج المعرفي، والاهتمام المرن باللحظة الحالية، والإدراك لمنظور الذات في السياق، والقيم المختارة والالتزام بها (Huffman, 2018).

يوضح العلاج بالتقبل والالتزام طريقة العيش مع صعوبات الحياة المتعددة، ويوضح كيفية تقليل تأثير سيطرة الأفكار والمشاعر المؤلمة، من خلال التقبل، وفي نفس الوقت كيفية اتخاذ اجراءات فعالة لبناء حياة ذات معنى، ولقد ثبتت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام سواء من خلال العلاج الفردي، أو من خلال العلاج الجماعي، وقد ثبتت فعاليته مع الكثير من الاضطرابات النفسية (بينيت وأوليفر، 2021)، من بينها الاكتئاب حيث أظهرت العديد من الدراسات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الاكتئاب ففي دراسة لـ (Tarkhan, 2017) تم فحص فعالية 8 جلسات من العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) في تنظيم العاطفة ومعنى الحياة لدى النساء المكتئبات، أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يمكن أن يكون تدخلا فعالا في زيادة التنظيم العاطفي ومعنى الحياة لدى النساء المصابات بالاكتئاب، وفي دراسة أخرى لـ (Davoudi et al., 2020) تم تقييم مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم لدى المرضى الذين يعانون من الاعتلال العصبي السكري، وقد تم تطبيق 8 جلسات علاجية من العلاج بالتقبل والالتزام، أظهرت نتائج القياس البعدي أن العلاج بالتقبل والالتزام أدى إلى تحسن أعراض الاكتئاب وحسن من جودة النوم، واستمرت النتائج حتى بعد تطبيق القياس التبعي، كما بينت دراسة (Ganji et al., 2023) أن العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال مع الاكتئاب حيث هدفت إلى معرفة مدى فعالية العلاج الجماعي المبني على العلاج بالتقبل و الالتزام في تقليل أعراض التوتر والاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال وقد تم تطبيق البرنامج العلاجي على مدار 8 جلسات، وتم التوصل إلى أن العلاج الجماعي المبني على التقبل والالتزام يقلل من الاكتئاب والتوتر لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب قلق الانفصال.

وفي دراستنا هذه سنحاول الدمج بين بعض التقنيات العلاجية المعرفية التي تنتمي لعلاجات الموجة الثانية مع بعض تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام من خلال بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على العلاجين المعرفي السلوكي ونموذج العلاج بالتقبل والالتزام لخفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المكتئبين، وعليه نطرح التساؤلات التالية:

- هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة؟
- هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من أعراض الاكتئاب النفسية لدى أفراد العينة؟
- هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من أعراض الاكتئاب الجسدية لدى العينة؟

### فرضيات الدراسة:

#### الفرضية العامة:

- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة.

#### الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق في درجات الاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الاكتئاب بين القياسين البعدي والتببعي لصالح القياس البعدي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الاكتئاب بين القياسين القبلي والتببعي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الأعراض النفسية للاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الأعراض النفسية للاكتئاب بين القياسين البعدي والتببعي لصالح القياس البعدي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الأعراض النفسية للاكتئاب بين القياسين القبلي والتببعي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الأعراض الجسدية للاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.

- توجد فروق في درجات الأعراض الجسدية للاكتئاب بين القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس البعدي لدى أفراد العينة.
- توجد فروق في درجات الأعراض الجسدية للاكتئاب بين القياسين القبلي والتتبعي لصالح القياس القبلي لدى أفراد العينة.

### هدف الدراسة:

- معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في التخفيف من أعراض الاكتئاب.
- التحقق من استمرارية الأثر العلاجي (ثبات أو تحسن إضافي في الدرجات في القياس البعدي والقياس التتبعي للتأكد من عدم حدوث انتكاسة).
- التحقق من شمولية البرنامج من خلال رصد الأثر على الجوانب النفسية والجسدية مما يؤكد أن البرنامج شامل ولا يمس جهة دون الأخرى (الفعالية الممتدة للبرنامج على جوانب الاكتئاب).

### أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من الهدف التي تحاول أن تصل إليه، ومما لا شك فيه أن لهذه الدراسة أهمية كبيرة من الناحيتين النظرية والتطبيقية وتكمن أهميتها فيما يلي:

- مساعدة المصابين باضطراب الاكتئاب من خلال بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي يدمج بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام.
- الاهتمام بعلاج الاكتئاب وذلك لانتشاره الكبير وأثره البالغ على المصابين به وذويهم، وكذا ارتباطه باضطرابات نفسية أخرى.
- توظيف تقنيات علاجية نفسية مبنية على أسس معرفية وسلوكية للتخفيف من أعراض الاكتئاب.
- مساعدة المختصين النفسيين الممارسين ببرنامج علاجي مقترح لخفض أعراض الاكتئاب والتكفل بالمصابين به.
- المساهمة بمزيد من البحوث التي تدعم فعالية العلاجات المعرفية السلوكية لتطبيقها بشكل أوسع مع مختلف الاضطرابات ومع اضطرابات المزاج بشكل خاص.
- تقديم برنامج علاجي يساهم في إثراء كل من الجانب النظري والتطبيقي في مجال العلاج النفسي عموماً والعلاجات المعرفية السلوكية خصوصاً.

## الدراسات السابقة:

### 1. دراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الاكتئاب:

#### • دراسة (Asgharipour et al., 2012) :

هدفت هذه الدراسة التجريبية إلى تقييم فعالية نهجين مختلفين لعلاج اضطراب الاكتئاب الشديد، العلاج النفسي الإيجابي الموجه والعلاج المعرفي السلوكي، وقد تم تقسيم 18 مريضا يعانون من الاكتئاب الشديد بشكل عشوائي إلى مجموعتين ليتم علاجهم وفقا لأي من هذين النهجين، قامت كلا المجموعتين بتلقي العلاج لمدة 12 أسبوعا، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الرفاهية الذاتية، واختبار أكسفورد للسعادة، ومقياس الوحدات الذاتية للضيق قبل وبعد تطبيق العلاجين، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين من حيث متغيري السعادة والضيق النفسي، مما يشير إلى أن فعالية العلاج النفسي الإيجابي أكثر من العلاج المعرفي السلوكي في زيادة السعادة، و بشكل عام، تشير نتائج هذه الدراسة المقارنة إلى أن العلاج النفسي الإيجابي أكثر فعالية في زيادة السعادة لدى مرضى الاكتئاب.

#### • دراسة (Ashouriet al., 2013) :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فعالية العلاج ما وراء المعرفي (MCT) والعلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاج الدوائي في علاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد، تكونت العينة من 33 مريضا ممن يستوفون معايير (DSM-IV-TR) لاضطراب الاكتئاب، وتم تقسيمهم عبر 3 مجموعات، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي و مجموعة العلاج ما وراء المعرفي ومجموعة العلاج الدوائي، كما استخدم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيك للقلق، ومقياس السلوك المختل وظيفيا في كل من القياس القبلي والبعدي والتبعي، أظهرت النتائج تحسن المشاركين في كل من أعراض الاكتئاب والقلق كما أظهرت النتائج أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي كان أكثر فعالية مقارنة بالعلاج الدوائي .

#### • دراسة (Seidi et al, 2017) :

هدفت هذه الدراسة إلى فحص مدى فعالية دمج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) في علاج اضطراب الاكتئاب الشديد والأفكار الانتحارية لدى حالة اكتئاب تعاني من أفكار انتحارية، تعتبر هذه الدراسة دراسة على حالة فردية تجريبية مع تصميم قبلي وبعدي وتتبعي لمدة ستة أشهر، وقد تم جمع البيانات باستخدام المقابلة، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيك للتفكير في الانتحار، أشارت

النتائج إلى فعالية العلاجات في تقليل أعراض الاكتئاب والأفكار الانتحارية، مع تحسن بنسبة 64% و 67% في كل من الاكتئاب والأفكار الانتحارية، على التوالي، و تم الحفاظ على هذه النتائج خلال فترة التتبع.

• دراسة (Shalikari et al., 2022):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) والتنشيط السلوكي وتنظيم الانفعالات على نوعية الحياة لدى النساء المصابات باضطراب الاكتئاب، تم استخدام التصميم الشبه تجريبي باختبار قبلي وبعدي وتتبعي، وتم اجراء الدراسة على 32 امرأة مصابة باضطراب الاكتئاب، وتم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين تجريبية وضابطة، تلقت المجموعة التجريبية العلاج على مدى 8 جلسات ولم تتلق المجموعة الضابطة أي علاج نفسي، تم استخدام مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب (BADS)، ونوعية الحياة - النموذج القصير (WHO-QOL-BREF) - واستبيان تنظيم العاطفة المعرفية (CERQ) لجمع البيانات في الاختبار القبلي والاختبار البعدي و التتبعي، كشفت نتائج هذه الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي المبني على اليقظة الذهنية (MBCT) والتنشيط السلوكي وتنظيم الانفعالات على جودة الحياة لدى النساء اللاتي يعانين من اضطراب الاكتئاب، كما أشارت نتائج القياس التتبعي لاستمرار فعالية العلاج.

• دراسة (Zarean et al., 2023):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مدى فعالية العلاج الواقعي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتكيف المرأة بعد الإجهاض، تم استخدام المنهج الشبه تجريبي بقياس قبلي وبعدي وتتبعي مع مجموعة ضابطة، تمثلت عينة الدراسة في النساء المجهضات اللاتي أحلن إلى طبيب أمراض النساء في إحدى عيادات أمراض النساء والتوليد في الجزء الغربي من طهران، وتم استخدام طريقة المعاينة المتاحة، تم اختيار 45 فرد من العينة و باستخدام الطريقة العشوائية، تم تقسيمهن إلى 3 مجموعات كل مجموعة شملت 15 مشاركة، أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الواقعي كانا فعالين في كل من الاكتئاب والتكيف لدى النساء بعد الإجهاض، كما أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير أكبر على التكيف الصحي والتكيف الاجتماعي والتكيف الانفعالي والتكيف الوظيفي مقارنة مع العلاج الواقعي.

• دراسة (Nejati et al., 2024):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية التحفيز الكهربائي عبر الجمجمة (RTDCS)، والعلاج المعرفي السلوكي (CBT)، من خلال الجمع بينهما (RTDCS-CBT) في علاج الخلل المعرفي، والإدراك الاجتماعي، وأعراض الاكتئاب لدى النساء المصابات باضطراب الاكتئاب الشديد، شملت العينة 40 امرأة تم تقسيمهم

بشكل عشوائي إلى 4 مجموعات ، 3 مجموعات تجريبية، ومجموعة ضابطة، تم تقييم أعراض الاكتئاب لدى المشاركين، والوظائف التنفيذية، والإدراك الاجتماعي قبل التدخل وبعده وبشكل تباعي، تلقت مجموعة العلاج بالتحفيز الكهربائي عبر الجمجمة 10 جلسات علاجية، و تلقت مجموعة العلاج السلوكي المعرفي 10 جلسات علاجية، في حين تلقت المجموعة المدججة العلاج السلوكي المعرفي بعد جلسات التحفيز الكهربائي عبر الجمجمة، أشارت نتائج تحليل التباين إلى أن جميع مجموعات التدخل أظهرت تحسنا كبيرا في أعراض الاكتئاب، والخلل المعرفي، والإدراك الاجتماعي مقارنة مع المجموعة الضابطة، وعلاوة على ذلك، أظهرت مجموعة (-RTDCS CBT) (المجموعة المدججة) انخفاض أكبر بكثير في أعراض الاكتئاب بالمقارنة مع كل تدخل وحده، والجدير بالذكر أن تحسن الذاكرة العاملة قد لوحظ فقط في مجموعة العلاج بالتحفيز الكهربائي عبر الجمجمة، تشير هذه الدراسة إلى أن كلا من العلاج السلوكي المعرفي و العلاج بالتحفيز الكهربائي عبر الجمجمة سواء بشكل فردي أو جماعي، لهما تأثير علاجي إيجابي على تعزيز الوظائف التنفيذية، و على أعراض الاكتئاب.

## 2. الدراسات العربية:

### • دراسة (الطروانة والداهري، 2017):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الاكتئاب لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية في الخدمات الطبية الملكية، على عينة مكونة من (60) فرداً موزعين على مجموعتين عينة تجريبية عددها (30) وعينة ضابطة عددها (30) تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الميسرة، وقد تم استخدام مقياس الاكتئاب، أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب النفسي بين القياسين القبلي و البعدي وذلك تبعاً لمتغير البرنامج المعرفي السلوكي، كما توصلت لعدم وجود فروق في أداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب النفسي القبلي البعدي تعزى لمتغير الجنس.

### • دراسة (زوريق ويلميهوب، 2018):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء مستأصلات الثدي، حيث تم تطبيق برنامج علاجي مبني على تقنيات معرفية وسلوكية على مجموعة من النساء اللاتي استؤصل لهن الثدي بعد الإصابة بمرض سرطان الثدي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان بيار وماري كوري بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، تم اجراء الدراسة على 3 حالات من النساء المصابات بسرطان الثدي وذلك بعد علاجهن الجراحي، تم اختيارهن بطريقة قصدية بسبب ارتفاع درجة الاكتئاب لديهن على مقياس بيك للاكتئاب، أشارت النتائج إلى انخفاض واضح في درجة الاكتئاب بعد تطبيق القياس البعدي.

• دراسة (غربي، 2018):

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو، وقد تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس ليفنستين لإدراك الضغط على عينة من المصابين بالربو حيث تم توزيعهم إلى مجموعة ضابطة تضم (20) فردا ومجموعة تجريبية تضم (20) فردا، وتم تطبيق البرنامج العلاجي المقترح من طرف الباحثة عليهم، وقد ارتكز أساسا على علاج بيك للاكتئاب وعلاج ميكنباوم للتحصين ضد الضغط ونموذج حل المشكل (Dzurilla & Goldfreid)، توصلت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة كما أن أثر العلاج بقي مستمرا بعد انتهائه وهذا ما أكد فعالية العلاج.

• دراسة (العبادة، 2021):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المترددين على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية، بلغ عدد المشاركين (23) فردا، ممن يعانون من الاكتئاب وقد وزع أفراد العينة على المجموعتين التجريبية (11) فردا، والضابطة (12) فردا، وطبق عليهم مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب (Rating Scale for Depression Hamilton) بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم في عيادة المركز، جرى تطبيق القياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي)، وقد أجري القياس التبعي بعد مضي عام من التطبيق البعدي وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى العينة، وقد تبين أنه لا يوجد أثر لعزل المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية) على فاعلية البرنامج.

• دراسة (اليوني ونقد، 2021):

هدفت الدراسة للتعرف على مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري، كما هدفت للتعرف على الفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بعد تطبيق البرنامج تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والجنس، و قد تم استخدام المنهج التجريبي ذو التصميم شبه التجريبي القائم على المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي، و قد شمل مجتمع البحث مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر لغسيل الكلوي، وقد بلغ حجم عينة البحث (187) فرد بواقع (121) فرد من مستشفى الأمل و (66) فرد من مركز قطر لغسيل الكلوي، و قد طبق عليهم مقياس بيك

للاكتئاب المختصر المتكون من (20) عبارة والبرنامج العلاجي الذي أعده الباحثان، وقد تم التوصل إلى أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي كان فعالاً في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، كما تم التوصل إلى وجود فروق في مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) لصالح الذكور أما في الحالة الاجتماعية فقد كان لصالح المتزوجين.

#### تعقيب:

من خلال الدراسات المعروضة أعلاه، يتبين لنا أن العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال مع اضطراب الاكتئاب، سواء من خلال تطبيقه كعلاج فردي مثلما أظهرت دراسة (الطروانة والداهري، 2017)، (زوريق وبلميهور، 2018)، ودراسة (غري، 2018)، ودراسة (العبادسة، 2021)، ودراسة (اليوني ونقد، 2021)، أو من خلال مقارنته مع العلاج النفسي الإيجابي الموجه مثلما أظهرت دراسة (Asgharipour et al., 2012) حيث أثبتت فعاليته في تقليل الضيق النفسي المرتبط بالاكتئاب، في حين أدى العلاج الإيجابي الموجه لزيادة مشاعر السعادة، كما تم مقارنة فعاليته مع العلاج ما وراء المعرفي والعلاج الدوائي مثلما أظهرت دراسة (Ashouriet al., 2013)، وأظهرت النتائج أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي فعالين مع أعراض الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي، في حين أظهرت دراسة (Seidi et al., 2017) فعالية دمج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) في علاج اضطراب الاكتئاب الشديد والأفكار الانتحارية واستمرار نتائجهما حتى فترة التتبع، في حين أظهرت دراسة (Shalikari et al., 2022) فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) والتنشيط السلوكي وتنظيم الانفعالات في رفع جودة الحياة لدى النساء المصابات باضطراب الاكتئاب، و أظهرت دراسة (Zarean et al., 2023) التي قارنت بين العلاج الواقعي والعلاج المعرفي السلوكي في أعراض الاكتئاب وتكيف المرأة بعد الإجهاض، أن كلا العلاجين كان فعالين في كل من الاكتئاب وتكيف النساء بعد الإجهاض، وكان للعلاج المعرفي السلوكي التأثير الأكبر من حيث التكيف الصحي والتكيف الاجتماعي، والتكيف الانفعالي، والتكيف الوظيفي مقارنة بالعلاج الواقعي، كما و أظهرت دراسة (Nejati et al., 2024)، التي جمعت بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتحفيز الكهربائي عبر الجمجمة لعلاج الخلل المعرفي والإدراك الاجتماعي وأعراض الاكتئاب لدى النساء المصابات باضطراب الاكتئاب الشديد أن الدمج بين العلاجين أدى إلى انخفاض أكبر بكثير في خفض أعراض الاكتئاب و في تعزيز الوظائف التنفيذية، بالمقارنة مع استخدام كل تدخل علاجي لوحده، وفي دراستنا هذه قام الباحث ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي يدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام لمعرفة مدى فعاليته مع اضطراب الاكتئاب لدى عينة البحث.

### 3. دراسات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الاكتئاب:

#### • دراسة (Bohlmeijer et al., 2011):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية التدخل المبكر المبني على العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) مع أعراض الاكتئاب، تم اختيار مجموعة من الأفراد ممن يعانون أعراض اكتئاب خفيفة إلى معتدلة بشكل عشوائي، وقد بلغت العينة 49 مشاركا بلغ متوسط عمر المشاركين 49 سنة، وكان غالبية المشاركين من الإناث ومن أصل هولندي، تم استخدام مقياس الاكتئاب ومقياس القلق، توصلت النتائج إلى أن التدخل بواسطة (ACT) أدى إلى انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب، وتم الحفاظ على هذه النتيجة لمدة ثلاثة أشهر بعد التبع، كما لوحظ انخفاض كبير في القلق، تشير هذه النتائج إلى أن التدخل المبكر المعتمد على الـ (ACT)، والذي يهدف إلى زيادة التقبل، فعال في الحد من أعراض الاكتئاب.

#### • دراسة (Irandoost, 2015):

هدفت هذه الدراسة للبحث في تأثير العلاج بالتقبل والالتزام على القلق والاكتئاب لدى النساء المصابات بالآلام أسفل الظهر المزمنة في اصفهان، تم استخدام المنهج شبه تجريبي، وتم تطبيق تصميم الاختبار القبلي والبعدي مع المجموعة الضابطة، شمل المشاركون 40 امرأة تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة والتي تم اختيارها باستخدام طريقة أخذ العينات الملائمة من ثلاثة مراكز سريرية وتم توزيعها بشكل عشوائي على المجموعتين الضابطة والتجريبية، وتم استخدام مقياسي القلق والاكتئاب، بلغ عدد الجلسات 8 جلسات علاجية لمدة ساعة واحدة أشارت النتائج إلى وجود انخفاض ملموس في القلق والاكتئاب المرتبطين بالألم لدى المجموعة التجريبية، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تقليل الضيق النفسي لدى المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة.

#### • دراسة (Walser et al., 2015):

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في تأثيرات العلاج بالتقبل والالتزام على الاكتئاب، وتأثيرات التقبل التجريبي واليقظة الذهنية في الحد من التفكير في الانتحار والاكتئاب بين كبار السن، شملت عينة الدراسة 981 مريض، 76% منهم ذكور، متوسط أعمارهم 50.5 عاما، تم تقييم شدة الاكتئاب لديهم باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، و تم قياس التقبل التجريبي واليقظة الذهنية باستخدام استبيان التقبل والعمل، واستبيان اليقظة الذهنية، من بين 981 مريضا، أكمل الدراسة 647 أي ما يعادل (66.0%) حيث أنهموا العلاج مبكرا بسبب انخفاض

الأعراض، أشارت النتائج بعد القياس المتكرر إلى انخفاض كبير في شدة الاكتئاب من خط الأساس إلى التقييم النهائي، وقد ارتبطت الزيادات في التقبل التجريبي ودرجات اليقظة الذهنية عبر الزمن بانخفاض شدة الاكتئاب.

• دراسة (Tamannaei Far et al., 2016):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فعالية علاج التقبل والالتزام (ACT) والعلاج المعرفي (CT) في علاج النساء الإيرانيات المصابات باضطراب الاكتئاب الشديد، تم تعيين 19 مريضة خارجية ممن استوفين معايير DSM-IV-TR لاضطراب الاكتئاب بشكل عشوائي، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين مجموعة العلاج بالتقبل والالتزام ومجموعة العلاج المعرفي، تلقت مجموعة العلاج بالقبول والالتزام 12 جلسة علاجية في المركز الاستشاري بجامعة طهران بمعدل مرتين في الأسبوع، و تلقت مجموعة العلاج المعرفي 12 جلسة بمعدل مرتين في الأسبوع في المركز الاستشاري بجامعة طهران أيضا، تم استخدام الطبعة الثانية من مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، واستبيان القبول والعمل (AAQ-II)، ومقياس السلوك المختل (DAS)، وتم تطبيقهم قبل وبعد العلاج وفي القياس التبعي، أظهرت النتائج تحسنا كبيرا في أعراض الاكتئاب لدى مجموعة العلاج بالتقبل والالتزام.

• دراسة (Ahmadsaraei et al., 2017):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) على الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني، استخدمت الدراسة المنهج التجريبي بتصميم قبلي وبعدي ومجموعة ضابطة، وتم اختيار 40 شخصا من جمعية البرز للسكري، وتم تقييمهم وفقا لـ DSM-IV-TR، وتم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بعد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، طبق العلاج على المجموعة التجريبية لمدة 3 أشهر، وتم تطبيق القياس التبعي بعد 3 أشهر، أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يمكن أن يكون فعالا كندخل نفسي في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني حيث استمرت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام حتى بعد انتهاء العلاج.

• دراسة (Samaan et al., 2020):

هدفت هذه الدراسة للتحقق من فعالية العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الاكتئاب، تكونت العينة من 177 مريضا تم تقسيمهم لمجموعتين وتم تعريض كل مجموعة لنوع من العلاج (العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالتقبل والالتزام) تم تقييم جميع المرضى من خلال المقابلة ومقاييس الاكتئاب والرضا عن الحياة وقد تم تطبيق العلاجين على مدار ستة أشهر أدى كلا النهجين إلى تحسن طفيف في الرضا عن الحياة، وفيما

يتعلق بأعراض الاكتئاب، فقد تعافى أكثر من نصف المرضى، كان كل من العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المعرفي السلوكي فعالين بالمثل في علاج المرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

#### • دراسة (Bunyathikan et al, 2020):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام على أعراض الاكتئاب لدى المرضى المسنين الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد، تكونت العينة من 60 مريضا يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد تبلغ أعمارهم 60 عاما فما فوق، تم اختيارهم من عيادة خارجية في مستشفى للأمراض النفسية، ثم تم تعيين كل زوج بشكل عشوائي في المجموعة الضابطة و التجريبية بمعدل 30 مريضا في كل مجموعة، وقد تم استخدام المنهج الشبه تجريبي وتمثلت أدوات البحث في: برنامج العلاج بالقبول والالتزام (ACT)، ومقياس هاملتون للاكتئاب (HRSD)؛ واستبيان القبول والعمل-II (AAQ-II)، وقد توصلت النتائج إلى أن برنامج ACT كان قادرا على الحد بشكل فعال من أعراض الاكتئاب لدى المرضى المسنين الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد.

#### • دراسة (Mafakheri et al., 2021):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة آثار العلاج بالتقبل والالتزام و العلاج المعرفي السلوكي على الخوف من التقييم السلبي لدى النساء المصابات باضطراب الاكتئاب تم استخدام المنهج الشبه تجريبي باختبار قبلي وبعدي وتصميم المجموعة الضابطة، شمل المجتمع الإحصائي للدراسة جميع النساء المصابات بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي اللائي يراجعن عيادات الطب النفسي في مدينة ساري بإيران لتلقي خدمات الطب النفسي، تم اختيار 36 امرأة تم تشخيصهن بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي من قبل طبيب نفسي ووفقا لمقياس بيك للاكتئاب (BDI)؛ Beck (1961 et al.,) تم تحديد المشاركين في الدراسة بطريقة أخذ العينات الطوعية وتم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة واحدة (العدد = 12 / في كل مجموعة)، خضعت مجموعة تجريبية واحدة لـ 12 جلسة من جلسات العلاج بالتقبل والالتزام لمدة 90 دقيقة، وخضعت مجموعة تجريبية أخرى لـ 9 جلسات من العلاج السلوكي المعرفي (CBT) لمدة 90 دقيقة، كما لم يتم إجراء أي تدخل في المجموعة الضابطة، أشارت النتائج التي تم الحصول عليها إلى أن متوسط درجة الخوف من التقييم السلبي كان مختلفا بشكل كبير بين المجموعات الثلاث في الاختبار البعدي ولم يكن هناك فرق كبير بين المجموعتين التجريبيتين، ووفقا لنتائج الدراسة تم اقتراح العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالتقبل والالتزام كتدخلات علاجية فعالة حيث كان كليهما فعالين في تقليل الخوف من التقييم السلبي لدى النساء المصابات بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي.

• دراسة (A-Tjak et al., 2021):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفعالية طويلة المدى للعلاج بالتقبل والالتزام (ACT) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) لاضطراب الاكتئاب الشديد، إضافة إلى اختبار الفرضية القائلة بأن العلاج السلوكي المعرفي يتفوق على العلاج بالتقبل والالتزام، تم إجراء تجربة عشوائية مع 82 مريضاً يعانون من الاكتئاب وقد تم جمع البيانات قبل وأثناء وبعد العلاج، وبعد 12 شهراً من التتبع، وتقييم أعراض الاكتئاب، ونوعية الحياة، والتجنب التجريبي، أبلغ المرضى في كلتا الحالتين عن انخفاض كبير و في أعراض الاكتئاب وتحسن نوعية الحياة بعد 12 شهراً من العلاج، أشارت النتائج المتوصل إليها إلى عدم وجود فروق بين التدخلين.

• دراسة (Paktinatan et al, 2022):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام الجماعي و العلاج المبني على التعاطف في تنظيم الانفعالات والسعادة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد، تم استخدام المنهج الشبه تجريبي مع تصميم الاختبار القبلي والبعدي، ومجموعة ضابطة، تم اختيار المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد من مقاطعات جام وسيراف وكنكان وعسلوية وبلدي بريس ونفط جام في عام 2020، وتم توزيعهم عشوائياً على مجموعة تجريبية مكونة من 8 أفراد ومجموعة ضابطة مكونة من 8 أفراد، تلقت المجموعة التجريبية علاجاً جماعياً بالتقبل والالتزام يعتمد على العلاج بالتعاطف لمدة 8 جلسات (لمدة 90 دقيقة في 8 أسابيع متتالية)، وتضمنت أدوات البحث استبيان تنظيم المشاعر المعرفية الذي أجراه (Garnefski & others)، ومقياس أكسفورد للسعادة، أظهرت النتائج فعالية العلاج بالتقبل والالتزام الجماعي مع العلاج المبني على التعاطف مع اضطراب الاكتئاب الشديد حيث أدى العلاج إلى ارتفاع تنظيم الانفعالات الإيجابية والسعادة.

• دراسة (Zhao et al, 2023):

هدفت هذه الدراسة إلى إجراء تقييم منهجي لتأثير العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) على الاضطرابات الاكتئابية، تم استخدام قواعد البيانات الإلكترونية الخاصة بـ Web of Science Core Collection و Pubmed و EMBASE و Cochrane Library و PsycInfo و CNKI و Wanfang و Weipu و تم إجراء الفحص واستخراج البيانات وتقييم الجودة باتباع منهجية PRISMA، وقد تم تضمين 11 دراسة شملت 962 مريضاً، أظهر النتائج أن ACT يمكن أن يقلل بشكل فعال من مستوى أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب كما من شأنه تحسين المرونة النفسية.

تعقيب:

يتبين لنا من خلال دراسات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الاكتئاب، أن العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال لخفض أعراض الاكتئاب مثلما أظهرت دراسة (Bohlmeijer et al., 2011)، حيث أشارت

الدراسة لكون التدخل المبكر المعتمد على (ACT) يزيد من التقبل ويؤدي للحد من أعراض الاكتئاب، كما وأظهرت دراسة (Irandoost, 2015) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التقليل من أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر، وأظهرت دراسة (Walser et al., 2015) أن تأثير كل من التقبل التجريبي واليقظة الذهنية أدى لانخفاض كبير في شدة الاكتئاب واستمرت النتائج حتى بعد مرور الزمن، وأظهرت دراسة (Ahmadsaraei et al., 2017) أن العلاج بالتقبل والالتزام يعتبر تدخل فعال في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني، في حين أظهرت دراسة (Bunyathikan et al., 2020) أن العلاج بالتقبل والالتزام كان قادرا على الحد بشكل فعال من أعراض الاكتئاب لدى المرضى المسنين الذين يعانون من الاكتئاب الشديد، في أظهر التقييم المنهجي لـ (Zhao et al., 2023) الذي تضمن 11 دراسة شملت 962 مريضا لفعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع الاكتئاب، وتم التوصل لكون العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين المرونة النفسية، كما وأظهرت الدراسات التي قارنت بين العلاج المعرفي والعلاج بالتقبل والالتزام مثل دراسة (Tamannaei Far et al., 2016) أن العلاج بالتقبل والالتزام كان له فعالية أكبر في التحسن من أعراض الاكتئاب، في حين أظهرت الدراسات التي قارنت بين العلاج بالتقبل والالتزام و العلاج المعرفي السلوكي مثل دراسة (Samaan et al., 2020) ودراسة (Mafakheri et al., 2021) ودراسة (A-Tjak et al., 2021)، أن كلا العلاجين كان فعالين بالمثل في علاج أعراض الاكتئاب وتحسين نوعية الحياة وتقليل الخوف من التقييم السلبي، وعلى إثر ذلك تم اقتراح كلا العلاجين نظرا لعدم وجود فروق بين التدخلين، في حين أظهرت دراسة (Paktinatan et al, 2022) التي دمجت بين العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المبني على التعاطف لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد، وقد أظهرت النتائج فعالية كلا العلاجين بعد دمجهما معا مع اضطراب الاكتئاب الشديد حيث أدى العلاج لارتفاع تنظيم الانفعالات الايجابية والسعادة، ومن خلال دراستنا هذه سنحاول الدمج بين تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام والتقنيات المعرفية السلوكية وذلك لرؤية مدى فعالية العلاجين في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة.

### التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

ـ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: يمثل مجموعة الجلسات العلاجية المنظمة والمرتبة وفق أهداف مضبوطة مسبقا وعددها 12 جلسة بمعدل ساعة في الأسبوع على مدى 3 أشهر، ويضم مجموعة من التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية، كالتنشيط السلوكي، وتقنيات نموذج العلاج بالتقبل والالتزام كالتقبل التجريبي، فك الاندماج المعرفي، اليقظة الذهنية، القيم الأساسية، الفعل الملتزم، والذات كسياق.

ـ الاكتئاب: هو اضطراب نفسي يتميز بمشاعر الحزن الشديد وفقدان الاهتمام والقدرة على الاستمتاع بالأنشطة اليومية، تصاحبه بعض الأعراض مثل فقدان الشهية، والنوم المضطرب، ومشاعر الذنب وانعدام القيمة وضعف

تقدير الذات، اضافة إلى مشاكل في التركيز، والتعب المزمن، يمكن أن يؤثر الاكتئاب بشكل كبير على الحياة اليومية والقدرة على القيام بالواجبات اليومية، وقد يؤدي في بعض الحالات إلى الانعزال الاجتماعي وقد يصل المصاب للانتحار.

# الفصل الثاني:

## العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أحد الأساليب الرائدة في علم النفس الحديث، حيث يركز على تعديل أنماط التفكير من أجل تحقيق تحسينات ملموسة في الصحة النفسية، يستند هذا النوع من العلاج إلى فهم العلاقة المتبادلة بين الأفكار والعواطف والسلوكيات، وينقسم إلى ثلاث موجات رئيسية.

تركز الموجة الأولى على تعديل السلوك والتفكير باستخدام تقنيات متنوعة مثل التعرض والتدريب على الاسترخاء والتعزيز، بينما تتناول الموجة الثانية تعزيز الوعي الذاتي والفهم العميق للعلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك وتركز على تصحيح التشوهات المعرفية وأخطاء التفكير على سبيل المثال العلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، في حين تركز الموجة الثالثة على فهم وظيفة السلوك في السياق وتحقيق المرونة النفسية من خلال التقبل والانفتاح والعيش في اللحظة مثل العلاج بالتقبل والالتزام في حين تدمج بعض علاجات الموجة الثالثة بين مبادئ التغيير السلوكي والتقبل على سبيل المثال العلاج الجدلي السلوكي سنتعرف في هذا الفصل على مختلف موجات العلاج المعرفي السلوكي ومختلف التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية بمزيد من الاسهاب.

## 1- العلاج المعرفي السلوكي:

تعود جذور العلاج المعرفي السلوكي إلى بدايات العلاج السلوكي في أوائل العشرينات من القرن الماضي وبدايات العلاج المعرفي في ستينيات القرن الماضي وما أتى من دمج هذين الأسلوبين العلاجين معا، حيث يفترض العلاج المعرفي أن السلوك الغير قادر على التكيف، والمزاج المضطرب هما نتيجة لأنماط تفكير سلبية أو غير عقلانية وتسمى بالأفكار التلقائية أو الأفكار الألية حيث يتفاعل الفرد بالانطلاق من وجهة نظره المشوهة للموقف بدلا من الواقع الفعلي له.

في العلاج المعرفي السلوكي يتم توعية المفحوصين عبر تعريفهم بأنماط التفكير المشوهة لديهم وتغييرها من خلال (إعادة الهيكلة المعرفية، حيث يقوم العلاج السلوكي بتدريب المفحوصين على استبدال السلوكات غير المرغوب فيها بأنماط سلوكية صحية، في حين أن العلاج المعرفي يعمل على إعادة الهيكلة المعرفية للتفكير المختل أو الخاطيء. وقد تم اختبار العديد من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية بهدف التحقق من فعالية هذا العلاج، حيث يجري التركيز على تطبيق العلاجات القائمة على الإثباتات والأدلة العلمية وهو ما يُعد الأساس للعلاج المعرفي السلوكي الذي يُفضل غالبا على غيره من أساليب ومنهجيات العلاج النفسي.

يركز العلاج المعرفي السلوكي على المشكلة ويوجه نحو المفحوص ويتطلب وجود كل من الصدق والانفتاح في التعامل بين المفحوص والمعالج أثناء تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، و يجب على المعالج تقديم الاستراتيجيات والفنيات العلاجية، ويُطلب من المفحوص تطبيقها وتقييم مدى ملائمتها معه، حيث يتم استخدام الاكتشاف الموجه، أو الاستجابات السقراطية القائم على طرح الاسئلة في سبيل مساعدة المفحوصين على اكتساب رؤى وآفاق جديدة، كما تستخدم العديد من التقنيات العلاجية كالتثقيف النفسي، وتقسيم المسؤولية وحل المشكل، وتقييم الفوائد والمضار، والتربية النفسية، والتعرض بأنواعه وغيرهم من التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية (بانيك وغاشويند، 2022).

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي شكل منظم من العلاج النفسي نتج في الأساس عن التزاوج بين استراتيجيات تعديل السلوك، المتجذرة في العلوم السلوكية أو تحليل السلوك والعلاج المعرفي، الذي يرتبط بالنماذج المعرفية لعلم الأمراض النفسية، الفرضية الرئيسية التي تدعم العلاج السلوكي المعرفي هي أن المشكلات العاطفية أو الاضطرابات النفسية تنتج عن الاستجابات المعرفية والادراكية ويمكن تغييرها عن طريق التعلم الجديد خلال تعليم المفحوصين كيفية تغيير السلوك العلني وعمليات التفكير الخفية، بحيث يمكن إحداث تغييرات في مشاعرهم وسلوكياتهم التي تسبب مشاكل لهم، وعلى الرغم من أن تفاصيل العلاج السلوكي المعرفي قد تختلف عند تطبيقه على أشخاص مختلفين، إلا أن العديد من السمات المميزة تظل ثابتة وتشمل هذه السمات:

- الاعتماد على اختبار الفرضيات
- تحديد الأهداف
- جمع البيانات
- تشكيل تحالف تعاوني
- التركيز على تعلم استجابات جديدة لمواقف الحياة (أي المهارات)
- التركيز على أهداف ملموسة وقابلة للملاحظة
- التركيز على تغيير ردود الفعل الحالية والمستقبلية

إحدى السمات المميزة الإضافية للعلاج المعرفي السلوكي هي هيكله، يميل العلاج السلوكي المعرفي إلى أن يكون أكثر تنظيماً من العديد من أشكال العلاج الأخرى، ينبع هذا الهيكل من تركيز العلاج المعرفي السلوكي على تعلم سلوكيات جديدة، والتي غالباً ما يتم تحقيقها بشكل أفضل من خلال تحديد الأهداف وممارسة أنشطة محددة، يساعد الهيكل على تتبع أهداف العلاج بشكل منطقي ومتسق، وهو أمر بالغ الأهمية لفعالية العلاج المعرفي السلوكي (Zayfert & Becker, 2007).

إن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى الربط بين التفكير والشعور، كمثال قد يستنتج الشخص بشكل عام أنه إذا حدث له شيء ما، مثل تعطل سيارته مثلاً أن حدث تعطل السيارة هو الذي جعله يشعر بالغضب أو القلق، لكن هذا لا يعد صحيحاً وفقاً للعلاج المعرفي السلوكي، ذلك أن شدة المشاعر التي قد يواجهها الشخص تحددها أفكاره حول الحدث لذلك، فإنه بينما تساهم الأحداث في ردود الأفعال العاطفية والسلوكية بشكل مباشر فإن المعتقدات أو المعنى الذي يتم إعطاؤه للأحداث، هو الذي يقود إلى الشعور بالضيق والاضطراب وكما كان الحدث أكثر سلبية، كلما شعر الشخص بالحزن والضيق أكثر .

إن الأحداث الجيدة في حياة الشخص عادة ما تؤدي إلى مشاعر إيجابية بينما تؤدي الأحداث السيئة إلى مشاعر سلبية حيث أن تقلب المعاني الشخصية التي يحددها الفرد للأحداث في حياته قد يؤدي به أحياناً إلى ردود أفعال عاطفية غير صحية وإشكالية، فالتفكير قد يقود الشخص إلى إلحاق معانٍ متطرفة بأحداث قد تكون بسيطة نسبياً حيث قد تكون بعض المعاني التي نعطيها للأحداث غير واقعية، وغير دقيقة، وغير مفيدة بشكل كبير (Branch & Willson, 2007).

نتيجة لكون العلاج المعرفي السلوكي يركز على المشكلة عادة ما تكون جلساته العلاجية مختصرة ومحدودة الوقت، تؤدي العديد من العلاجات المعرفية السلوكية إلى تحسن كبير وتقليل في الأعراض، مقارنة بأشكال العلاج النفسي الأخرى و في أقل من 10 إلى 20 جلسة يمكن ملاحظة الفرق، ومع ذلك لا يزال الباحثون في مجال العلاج يعملون على تبسيط العلاج المعرفي السلوكي لجعله أكثر كفاءة من حيث التكلفة والفعالية، تتضمن بعض

الأساليب لزيادة كفاءة علاجات العلاج المعرفي السلوكي تكيف العلاجات الفردية في شكل جماعي، وأساليب المساعدة الذاتية والعلاج بالقراءة، وبرامج العلاج بمساعدة الكمبيوتر.

مع تطور أبحاث العلاج المعرفي السلوكي، تم تطوير علاجات أكثر قوة تحتوي فقط على تلك التقنيات التي تؤدي إلى تغيير كبير، ومع تحديد السبب المحتمل لاضطراب معين، أصبحت العلاجات تستهدف بشكل أفضل السمات غير القادرة على التكيف التي تحتاج إلى التدخل (Bond & Dryden, 2002).

### 1-1- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

**المبدأ رقم 1:** يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة دائمة التطور لمشاكل المرضى وتصور فردي لكل مريض من الناحية المعرفية.

**المبدأ رقم 2:** العلاج المعرفي السلوكي يتطلب تعاطفا واحتراما ورعاية واصغاء وتلخيص.

**المبدأ رقم 3:** العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على التعاون والمشاركة الفعالة والنشطة.

**المبدأ رقم 4:** العلاج المعرفي السلوكي موجه نحو الهدف ويركز على المشكلة.

**المبدأ رقم 5:** العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على تحديد المشاكل والمواقف المزعجة في الوقت الحالي مع الانتقال بإيجاز للماضي إذا اقتضت الضرورة.

**المبدأ رقم 6:** العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تثقيفي، يهدف إلى تعليم المفحوص أن يكون معالج نفسه، ويؤكد على منع الانتكاس.

**المبدأ رقم 7:** يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى أن يكون محدودا بالوقت، حيث يتم علاج العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب والقلق لمدة تتراوح من ستة إلى 14 جلسة، أهداف المعالجين هي توفير تخفيف الأعراض وحل المشكلات الأكثر إلحاحا.

**المبدأ رقم 8:** جلسات العلاج المعرفي السلوكي منظمة لأن هيكل العلاج تزيد من فعاليته يتضمن الهيكل جزءا تمهيديا (إجراء فحص الحالة المزاجية، مراجعة الأسبوع ككل، والتعاون في وضع جدول أعمال الجلسة)، الجزء الأوسط يتضمن (مراجعة الواجبات المنزلية، ومناقشة المشاكل المدرجة على جدول الأعمال، تحديد واجبات منزلية جديدة، ثم التلخيص)، والجزء الأخير يتضمن (التغذية الراجعة).

**المبدأ رقم 9:** العلاج المعرفي السلوكي يعلم المرضى كيفية تحديد وتقييم الاستجابة لأفكارهم ومعتقداتهم المختلفة.

المبدأ رقم 10: يستخدم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من التقنيات (تقنيات تغيير التفكير والمزاج والسلوك).

تنطبق هذه المبادئ الأساسية على جميع المفحوصين ومع ذلك يختلف العلاج بشكل كبير وفقا لكل مريض على حدة، وطبيعة الصعوبات التي يواجهونها، بالإضافة إلى مستواهم التنموي والفكري والجنس والخلفية الثقافية والمرحلة التي هم فيها (Beck, 2011).

## 1-2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- يهدف العلاج المعرفي السلوكي بشكل أساسي للتعرف على أنماط التفكير المختلفة وظيفيا، بدأ من الأفكار التلقائية ووصولاً للمخططات المعرفية.
- يهدف إلى تعليم المفحوص كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية لديه.
- مساعدة المفحوص من خلال الوعي بأفكاره.
- مساعدة المفحوص على إدراك العلاقة ما بين التفكير والشعور والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات والافتراضات والقواعد غير العقلانية المسببة للاضطراب.
- تعليم المفحوص كيفية تقييم أفكاره التي ترتبط بمشكلته.
- تعلم مهارة حل المشكلات وكيفية تعديل الأفكار والمشاعر (مشاشو، 2018).

## 2- الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي:

تشمل هذه الموجة العلاجات السلوكية الراديكالية لواطسون وبافلوف وسكنر وثورندايك والسلوكية الاجتماعية لألبرت باندورا وغيرهم من الرواد السلوكيين.

## 2-1- العلاج السلوكي (Behavioral therapy):

لقد تطور هذا العلاج بواسطة مجموعة من الرواد السلوكيين الكلاسيكيين مثل واطسن، بافلوف، سكينر وثورندايك والسلوكيين الجدد مثل ألبرت باندورا، ويركز العلاج السلوكي على تأثير تقنيات كالتعزيز والعقاب في إنتاج السلوك، ويقوم العلاج السلوكي الكلاسيكي على افتراض أن الاشراف الكلاسيكي Classical Conditioning والاشراط الإجرائي Operant Conditioning يستطيعان تغيير سلوك غير مرغوب إلى نموذج أكثر مرغوبة من السلوك، وبالإضافة لهذين المبدأين الأساسيين في حدوث عملية التعلم يحدث التعلم أيضا من خلال التعلم بالنمذجة والملاحظة.

## 2-1-1- السلوكية الراديكالية (الكلاسيكية):

### - الاشرط الكلاسيكي:

تطور مفهوم الاشرط الكلاسيكي على يد إيفان بافلوف (1849-1936, Ivan Pavlou) من تجاربه على الكلاب، لكن لماذا يكون الاشرط الكلاسيكي ذا علاقة ممكنة بفهم المرض النفسي؟ طبقا للمعالجين السلوكيين يلعب الاشرط الكلاسيكي دورا رئيسيا في تطوير حالات كثيرة من المرض النفسي مثلا الأشخاص الذين يعانون من الرهاب بأنواعه قد تؤدي خبرة مثل السقوط على إحدى درجات السلم والإصابة الشديدة إلى تنمية رهاب الأماكن المرتفعة مثل مريض وصفه ماركس (1969) بحيث أصبحت الأماكن المرتفعة لهذا المريض مشيرات شرطية أثارت استجابة خوف شرطية، ينطبق هذا على تجربة واطسن (Watson, 1920) مع الطفل ألبرت الذي ارتبط لديه الخوف من الأرانب واللون الأبيض بسبب الضوضاء التي كان يسمعا بشكل متكرر قبل تقديم الأرنب، حيث عمل الأرنب في هذه التجربة كمثير شرطي، لقد وضع بافلوف مجموعة من القوانين للتعلم كقانون الاقتران الشرطي وهو القانون الأساسي لديه والذي سبق شرحه وقوانين أخرى ثانوية كقانون الانطفاء، قانون التمييز، قانون التدعيم، قانون التعميم، قانون الاستتباع، قانون المرة الواحدة.

### - الاشرط الإجرائي:

تطور هذا المفهوم على يد سكينر (1904-1990, Skinner)، من خلال تجاربه على الفئران والحمام، وطبقا له يوجد مبدأ حاسم في التعلم هو قانون التدعيم، حيث أن المكافآت الإيجابية أو السلبية تزيد من احتمالية حدوث الاستجابة أو تقللها وقد وضع سكينر مجموعة من قوانين التعلم كقانون الانطفاء الذي يحدث كنتيجة لحدوث الاستجابة بدون تقديم معزز، وقانون التمييز حيث يستجيب الفرد لمثير واحد ولا تحدث الاستجابة إلا بوجود هذا المثير، وقانون التمايز ويعني انتقاء الاستجابة التي تؤدي إلى حصول الفرد على المكافأة أو الثواب، إضافة للدوافع التي تعد أحد شروط حدوث الاستجابة (فايد، 2008).

أما ثورندايك (1874 - 1949)، فقد أسس نظرية التعلم بالمحاولة والخطأ وبعد تجاربه على القطط طور ما يسمى بقانون الأثر، والذي يعبر عن وجود رابطة قابلة للتعديل بين المثير والاستجابة فكلما كانت الرابطة متبوعة بحالة من الارتياح والرضا فإنها تقوى، والعكس صحيح، وقد وضع قوانين أخرى كقانون التكرار بحيث أن تكرار عملية الربط بين المثير والاستجابة يؤدي لتثبيت الرابطة وتقويتها ولهذا القانون شقين، قانون الاستعمال وقانون الإهمال فالارتباطات تقوى من خلال الاستعمال وتضعف بالإهمال، وقد وضع ثورندايك قانون الاستعداد، ويصف هذا القانون الجانب الفيزيولوجي لقانون الأثر حيث أن الربط يتم بطريقة أفضل بوجود الاستعداد لدى المتعلم، وقد صاغ قوانين ثانوية مثل قانون تنوع الاستجابة، وقانون قوة العناصر، وقانون الانتماء، وقانون الاستجابة بالمماثلة.

## 2-1-2- السلوكية الاجتماعية:

بالنسبة للسلوكية الاجتماعية التي تطورت على يد ألبرت باندورا فقد اعتبرت أن معظم أنماط السلوك الإنساني لا يحكمها مبدأ التعزيزات الفورية الخارجية كما أكد السلوكيين الكلاسيكيين وانما خبرات الأفراد السابقة، حيث تحدث توقعاتهم في ظل هذه الخبرات، ويعتقد باندورا أن أنماط السلوك المرغوبة يمكن أن تكتسب حتى في ظل غياب المعززات من خلال الملاحظة لسلوكيات الآخرين والنماذج المترتبة عليها، وقد أكد باندورا على مبدأ التعلم بالمحاكاة والنمذجة، وهو يرى أن الشخص الذي يتحكم بالنموذج يتحكم بالسلوك عكس سكينر الذي يرى أن الذي يتحكم بالمعزز هو الذي يتحكم بالسلوك (الجبوري، 2016).

## 2-2- أهم التقنيات العلاجية السلوكية:

**تقنية التعزيز:** يشير الى تقديم أو ازالة مثير مرغوب بعد حدوث الاستجابة الأمر الذي يؤدي الى تقوية تلك الاستجابة المرغوبة وينقسم إلى نوعين معززات موجبة ومعززات سالبة.

**تقنية العقاب:** تتم من خلال استخدام مثير غير مرغوب فيه أو مؤلم يستخدم من أجل ايقاف سلوك غير مرغوب فيه ويأخذ شكلان: (العقاب الايجابي والعقاب السلبي).

**تقنية الإطفاء:** يتم إهمال أو تجاهل السلوك غير المرغوب فيه بحيث يؤدي إلى انتهائه بشكل تدريجي دون التنبيه إليه.

**تقنية التنفير:** يتم ربط السلوك المراد تعديله بمثير منفر يسبب شعورا بالكراهية بحيث يرتبط مع استجابة أو سلوك غير مرغوب فيه وذلك بهدف الحد من حدوث هذا السلوك.

**تقنية النمذجة:** تتم من خلال تعليم الفرد كيف يسلك، من خلال الإيضاح وتأخذ أشكال مختلفة تتمثل في: (النمذجة الحية، النمذجة الرمزية والنمذجة من خلال المشاركة).

**تقنية التشكيل:** تتمثل في تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة وسهلة وخطوة بخطوة.

**تكلفة الاستجابة:** هي اجراء سلوكي حيث يتم أخذ شيء له قيمة لدى الشخص حين يسلك السلوك غير المرغوب.

**التصحيح:** يتم من خلال هذه التقنية تكليف الفرد بمزيد من المهام نتيجة نقصيره.

**الاشباع:** يتم إعطاء فرصة لظهور السلوك غير المرغوب فيه حتى يصل الفرد للنفور.

**التنبيه المتكرر:** يتم تنبيه الفرد عند ظهور السلوك غير المرغوب.

**تقنية التسلسل:** تتم من خلال التدرج ضمن وحدات سلوكية متتالية.

**تقنية التعميم:** يتم دفع الفرد الذي تعلم سلوك معين في موقف ما إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي وذلك دون تعلم إضافي، وللتعميم نوعان هما: (تعميم المثير وتعميم الاستجابة).

**تقنية التمييز:** تتم من خلال تعلم الفرق بين المثيرات والأحداث المتشابهة والاستجابة للمثير المناسب، وتقتصر الاستجابة فيه على بعض المواقف والمثيرات فقط ويحدث ذلك بفعل التعزيز التفاضلي والذي يشمل تعزيز السلوك في موقف ما وإطفائه في مواقف أخرى (عبد المعطي وآخرون، 2013).

**التلقين:** يتم من خلال اعطاء تلميح أو مؤشر مما يجعل احتمال الاستجابة الصحيحة، يهدف إلى زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المطلوب بأكثر سرعة ممكنة بدلا من انتظار أن يصل إليه الفرد بنفسه وله عدة أنواع من بينها التلقين اللفظي، التلقين الایمائي التلقين الجسدي.

**الاسترخاء:** الاسترخاء العضلي هو طريقة اقترحها جاكوبسون سنة (1983) وتعمل من خلال إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية معينة على نحو متعاقب بالإضافة لمساعدة المفحوص على ملاحظة الفرق بين التوتر والاسترخاء، يتم التدريب على الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة وبعيدة عن الضوضاء تشتمل على سرير أو مقعد مريح حيث يمكن تسهيل عملية الاسترخاء.

**الغمر:** أول من بدأ العمل بهذه التقنية هو مالميسون سنة (1959)، وتقوم هذه الطريقة على تعريض الفرد بسرعة للمثير المشروط في الوقت الذي نقلل فيه هروبه من هذا المثير أو بمعنى آخر وضع الفرد في مواجهة مع المواقف المقلقة له أو المخيفة بصورة مباشرة.

**توكيد الذات:** أسلوب توكيد الذات هو أسلوب سلوكي اجرائي وهو مستمد من وولبي وسالتر ويستخدم في معالجة مشاكل الثقة لدى الأفراد حيث أن الاستجابات التوكيدية وغير التوكيدية والعدوانية متعلمة من خلال ملاحظة نماذج يتصرفون بأحد هذه الاستجابات ويمكن تعديلها، ويعبر أسلوب توكيد الذات عن قدرة الفرد على التعبير عن ذاته سلوكيا ولفظيا في المواقف من خلال مطالبته بحقوقه ويرتكز هذا الأسلوب على تقدير الفرد لذاته وقدرته على الإحساس بتقدير الآخرين له.

**سلب الحساسية التدريجي:** تقنية سلوكية طورها جوزيف وولبي في أواخر الخمسينات، الفكرة الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي تكمن في إزالة الاستجابة المرضية الخوف أو القلق تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المقلقة أو المخيفة (الجبوري، 2016).

**التعرض:** تعود هذه الطريقة لـ جرافتس، وقد بدأ العمل بها مالميسون وتتم من خلال جعل المفحوص يواجه المثيرات أو المواقف التي تخيفه وتسبب له القلق، حيث يتم رفع مستوى القلق لدى المفحوص إلى أقصى حد ممكن في ظروف تجريبية منظمة بهدف مساعدته على تجاوز الخوف، وله عدة أنواع كالتعرض للموقف مع منع الاستجابة، التعرض التخيلي والتعرض الواقعي (الفسفوس، 2011).

### 3- الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي:

شهدت هذه الموجة اندماج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي حيث أصبح لدينا ما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي وهي تشمل كل من العلاج المعرفي لبيك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إليس وعلاج المخططات المعرفية لجيفري يونغ وعلاج التعلم الذاتي لميكنباوم وغيرهم الكثير من رواد العلاج المعرفي السلوكي.

### 3-1- العلاج المعرفي لأرون بيك (Cognitive therapy):

تساعد العلاجات المعرفية المفحوصين على تحديد أفكارهم السلبية وأنظمة معتقداتهم الخاطئة، من خلال تعلم أساليب أكثر فعالية لحل المشكلات الموجودة في حياتهم، يعتبر العلاج المعرفي علاج قصير المدى يستمر بين 12 إلى 20 أسبوع، يتم تعليم المفحوص في العلاج المعرفي تحدي أفكاره غير العقلانية واللاتكيفية من خلال النظر في طرق بديلة للتفكير، قد يطلب من المريض تقييم الأدلة على الاعتقاد الخاص به ، أو النظر في كيفية تفكير الآخرين في موقف صعب شبيه بموقفه ، كما يتم تشجيعه على مواجهة أسوأ مخاوفه المرتبطة بموقف ما، وذلك من أجل معرفة الطرق التي يمكن له أن يستعملها للتكيف مع الموقف، في الغالب يتم الجمع بين الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية معا، لقد تطور العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي بشكل عام على يد مجموعة من الرواد من بينهم أرون تي بيك، ألبرت إليس، جيفري يونغ وآخرون (هوكسيما، 2023).

تطور العلاج المعرفي في ستينيات القرن الماضي بواسطة أرون تي بيك، وكان علاجاً مخصصاً للاكتئاب، لكنه تطور فيما بعد ليشمل اضطرابات أخرى، كاضطرابات القلق والمواد المخدرة، والذهان وغيرهم، يعمل العلاج المعرفي على دحض الافتراضات الضمنية للمفحوص والمعتقدات الأساسية، كما يركز على العمل على التحريفات المعرفية والأفكار الألية، ويرى المعرفيون أن الاضطرابات النفسية تحدث نتيجة لطريقة تفكير الشخص، التي قد تكون خاطئة أو محرفة، وترتبط الأفكار الألية والتحريفات المعرفية بالمشاعر السلبية ويرى المفحوص أن أفكاره الألية تعتبر صحيحة بشكل كامل أو بشكل جزئي، وغالبا ما تؤدي هذه الأفكار الألية والتحريفات المعرفية للاكتئاب، على سبيل المثال قد يؤدي حدث مثل الانفصال للحزن عند اغلب الناس لكن مخططات كل فرد تلصق الانفصال بمعان كثيرة مثل: أنه تعرض للتخلي، أو أنه غير جدير، أو أنه عاجز، تعتبر هذه التفسيرات معتقدات أساسية أو مخططات معرفية لدى الشخص تكون غالبا متجذرة وأعمق والتي تؤدي لتبني قواعد وافتراضات (معتقدات وسيطة) في حياة الفرد وتتمظهر في شكل أفكار تلقائية (الصبوه، 2019).

### 3-1-1- العلاقة بين مستويات التفكير الثلاث: المخططات (القواعد الأساسية) المعتقدات الوسيطة (القواعد والافتراضات) والأفكار الألية:

الأفكار الألية: تتحدد هذه الأفكار بموقف معين وتقع في حدود الوعي وهي تقفز بشكل مباشر لذهن المفحوص حينما يعاني من حالة انفعالية معينة كالاكتئاب والقلق، يمكن للبعض الكشف عنها، بينما لا يستطيع آخرون معرفتها لأنهم يرونها جزء من نظرتهم لأنفسهم وللعالم كما لا تعد مشكلة حيث يكون من الصعب ايقافها نظرا لكونها تبدو مقبولة للمفحوص، وهي الأسهل من حيث اكتشافها وفحصها وتعديلها عن طريق العلاج، وتظهر صعوبة هذه الأفكار بوضوح أكبر عندما ترتبط بالضغوط الانفعالية طويلة المدى، كما أنها لا تخضع إلى المنطق ولا إلى الاختبار التجريبي، وغالبا ما تبدو معقولة للشخص وتعكس معتقداته الأساسية.

المعتقدات الوسيطة: وهي مجموعة من الافتراضات والقواعد الالزامية التي توجه السلوك وتضع المعايير وتكون غير مفهومة للفرد ويصعب اكتشافها وعادة ما تصاغ على شكل إذا أو إذا لم، بينما تصاغ القواعد على شكل يجب ويلزم، وهي الوسيلة التي بواسطتها يتجنب الأشخاص مواجهة معتقداتهم الأساسية السلبية، وتعمل القواعد والافتراضات على الحفاظ على المعتقدات الأساسية وتعزيزها وتركز الافتراضات على ثلاث قضايا أساسية: القبول (أنا لا شيء إن لم أكن محبوبا) والكفاءة (أنا ما أنجزه) والتحكم والسيطرة (لا يمكنني طلب المساعدة)، وهي ظرفية وتقع بين الأفكار الألية والمعتقدات الأساسية.

المعتقدات الأساسية: تعرف أيضا باسم المخططات وهي أعمق مستوى من التفكير وتكون غير شرطية ومفرطة التعميم، وتشكل مبكرا وتكون كامنة وتنشط بسبب أحداث الحياة وحينما تفعل يتم معالجة المعلومات الواردة بشكل متحيز يؤكد المعتقدات الأساسية، وتفني أي معلومات مناقضة لها، وتكون معتقدات حول الذات مثلا: أنا غير محبوب وعن العالم مثل: كل الأشياء ضدي، وعن الآخرين مثل: لا يمكنني أن أثق بالآخرين، وحين يمر الموقف تعود لوضع الكمون (نينو ودرابدن، 2019).

### 3-1-2- التشوهات المعرفية:

يُبرز هذا الجدول قائمة بأهم التشوهات المعرفية أو الأفكار التلقائية الخاطئة، وهي أنماط تفكيرية سلبية وغير واقعية تؤثر بشكل كبير على إدراك الفرد لنفسه، والآخرين، والعالم من حوله، تُعتبر هذه التشوهات جزءا أساسيا من النموذج المعرفي الذي يفسر نشوء واستمرار الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، إذ إنها تسهم في تعزيز المشاعر السلبية والسلوكيات غير التكيفية، يهدف الجدول إلى توضيح وتصنيف مختلف هذه الأفكار التلقائية، من أجل تسهيل التعرف عليها والتدخل العلاجي المناسب لتعديلها وتصحيحها.

جدول 1.

التشوهات المعرفية أو الأفكار التلقائية الخاطئة حسب أرون بيك

التشوهات المعرفية	تعريفها
قراءة الأفكار	وهي اعتقاد الشخص أنه يعرف ما يفكر به الآخرون، دون دليل كاف على ما يفكرون به.
التفكير المأساوي	وهو اعتقاد الشخص أن ما سيحدث سيكون مرعبا ولا يمكن إيقافه أو تحمله.
معرفة الغيب	وهو اعتقاد الفرد أنه بإمكانه التنبؤ بالمستقبل ومعرفة ما سيحدث.
التسمية	من خلال نسب صفات وأسماء سلبية للذات والآخريين.
الانتقاء السلبي	وهي التركيز على السلبيات مع غض الطرف على إيجابيات الأوضاع.
بخس الإيجابيات	وهي رؤية أن الإيجابيات التي يحققها الشخص والآخريين تافهة.
التعميم	وهو إدراك النمط العام من السلبيات على شكل من الأحداث الخاصة والحكم بشكل عام على الأمور دون استثناء.
البنبغيات	يتم تفسير الأمور في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه بدلا من التركيز على ماهيتها الحقيقية.
التفكير الثنائي	وهو التفكير في الأحداث والمواقف بمبدأ الكل أو اللاشيء.
العزو الشخصي	يتم ارجاع المسؤولية للذات وتأنيبها عن كافة الأحداث السلبية مع انكار دور الآخريين فيما يحدث من أحداث.
لوم الذات	يتم التركيز على الشخص الآخر باعتباره مصدرا لمشاعر الشخص السلبية، مع رفض تحمل مسؤولية الذات أو العكس يتم تحمل مسؤولية كل شيء بشكل ذاتي.
المقارنات المحجفة	يتم تفسير الأحداث في ضوء معايير غير واقعية حيث يتم التركيز فقط على الأداء الجيد للآخرين ومقارنته مع الأداء الشخصي.
التوجه النكوصي	يتم التركيز على أمور كان الشخص بارعا فيها في الماضي بدلا من التركيز على الحاضر.
الفسفطة	وهي الاستمرار في طرح الأسئلة مع عدم الاقتناع بأي إجابة.
الاستدلال الانفعالي	يتم تفسير الواقع من خلال المشاعر.
العجز عن الموافقة	من خلال رفض أي دليل أو حجة تتعارض مع أفكار الشخص السلبية.
بؤرة الحكم	وهي النظر للذات والآخريين والأحداث في ضوء تقييمات مثل: جيد/ سيء، ممتاز/ رديء، بدلا من الوصف والتفهم والتقبل ببساطة، وقياس الذات والآخريين باستمرار وفقا لمعايير تعسفية.

(الصبوه، 2019)

3-1-3- أهم تقنياته العلاجية:

التعرف على التشوهات المعرفية: وتتم من خلال أخذ مسافة بعيدا عن الأفكار وملاحظتها بكل موضوعية من أجل تمييز الأفكار عن الواقع ومن أجل تقييم وإعادة هيكلة الفهم للأحداث والمشاعر والأفكار والسلوكيات لتغيير محتوى الأفكار كي يتوافق والواقع، حيث أن الملاحظة والتدقيق للأفكار تسمح بتوليد وجهات نظر مختلفة

أقل تشوها وأكثر فائدة للشخص ويحدث هذا بعد إدراك الأفكار التلقائية والتقييمات الخاطئة للشخص عن نفسه والعالم والمستقبل وفهم مصدر الضيق والكيفية التي تؤثر الأنماط المعرفية على المشاعر وردود الفعل السلوكية.

**تصحيح التشوهات المعرفية:** بعد التعرف على عمليات التفكير الخاطئة وتحديدتها يتم اجراء التصحيحات المناسبة هناك العديد من الاستراتيجيات التي يمكن تنفيذها لمساعدة المفحوص على تصحيح التشوهات المعرفية نذكر منها:

**سجلات الأفكار:** تُستخدم سجلات الأفكار كأداة للمراقبة الذاتية لمساعدة المفحوص على مراقبة أفكاره وتتبعها، تتكون المراقبة الذاتية من عنصرين: أولاً يجب على المفحوص ملاحظة السلوك المستهدف والفكرة أو العاطفة ثم يجب عليهم توثيق هذه المعلومات في سجل، يتم تسجيل الموقف من ثم يتم تسجيل الاستجابة العاطفية والأفكار التلقائية ثم إعادة هيكلة الموقف معرفياً وعاطفياً من خلال استجابة بديلة تكيفية.

**تقنية الأدلة:** وتعني البحث عن الدليل الذي يؤيد أو يعارض الاعتقاد وعن التفسيرات البديلة للحدث التي يمكن تبنيها كبديل.

**السهم للأسفل (ماذا لو)؟** في حين أن سجل الأفكار يتضمن اختبار الواقع والتعرف على التشوهات المعرفية فإن تقنية السهم للأسفل تشجع العميل على النظر في المعنى أو المعاني الأوسع المرتبطة بفكرة معينة وعلى وجه التحديد، عندما يتم تحديد فكرة تلقائية مهمة، يتم طرح تساؤل "ماذا يعني لو كانت هذه الفكرة صحيحة؟" أو "ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟" يمكن أن يساعد هذا في استنباط الاعتقاد الأساسي الذي يكمن وراء الفكر السطحي الظاهر، يمكن أن تساعد هذه الإستراتيجية في تحديد الأفكار المؤلمة مركزياً في المواقف والافتراضات والقواعد، بالإضافة إلى المعتقدات الأساسية التي قد تكون لدى الفرد فيما يتعلق بنفسه وبالآخرين والعالم.

**التساؤل السقراطي:** يتضمن طرح الأسئلة من أجل لفت الانتباه إلى المعلومات التي قد تكون خارج نطاق تركيز المفحوص ويتضمن أيضاً التشكيك في محتوى الأفكار من خلال الفحص النقدي والاستجابات من أجل توجيه المفحوص نحو منظور جديد.

**المراقبة الذاتية السلوكية:** تتم عن طريق ملاحظة السلوكات المستهدفة وتوثيقها في سجل من أجل تعديلها، مع مراقبة الاستجابة العاطفية التي تسبق السلوك أو تليه، تسمح المراقبة السلوكية بالنظر إلى عواقب تلك السلوكيات والتفكير فيها والنظر إلى ما يجب تغييره وما يمكن الاستمرار في القيام به (Wenzel, 2021).

### 3-2- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إيليس:

تأسس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في عام 1955 على يد ألبرت إيليس، كان لدى إيليس اهتمام بالفلسفة وتأثر بشكل خاص بكتابات الفلاسفة الرواقيين، مثل ابكتيتوس وماركوس أوريليوس، تعد عبارة

ابكتيتوس "الناس لا يزعجون من الأشياء بل من وجهة نظرهم للأشياء"، بلورة وجهة نظر إيس، وعبارة "الناس يزعجون أنفسهم بالمعتقدات الجامدة والمتطرفة التي يحملونها حول الأشياء" هي النسخة الحديثة لمقولة ابكتيتوس، توضح هذه العبارة الدور المركزي الذي أعطته نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للمعتقدات المتطرفة في فهم جذور علم النفس المرضي .

تتصور نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) الشخص باعتباره كائنا حيويا واجتماعيا معقدا وذو ميل قوي إلى إنشاء ومتابعة مجموعة متنوعة من الأهداف والأغراض، وعلى الرغم من أن الناس يختلفون بشكل كبير فيما يجلب لهم السعادة إلا أن حقيقة أنهم يبنون ويتبعون أهدافا ذات قيمة تظهر أنهم يسعون جاهدين لإضفاء معنى على حياتهم.

يعد مفهوم العقلانية أمرا أساسياً لفهم الشخص، حيث تعني كلمة "العقلاني" ما هو صحيح ومنطقي ويساعد الناس على تحقيق أهدافهم وأغراضهم الأساسية طويلة المدى، وبالتالي فإن كلمة "غير عقلاني" هي كل ما هو زائف، وغير منطقي، أو يعيق الناس عن تحقيق أهدافهم وأغراضهم الأساسية طويلة المدى.

تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على الدور الذي تلعبه العوامل المعرفية في الأداء البشري، لا يُنظر إلى الإدراك والعاطفة والسلوك على أنها عمليات نفسية منفصلة بل على أنها عمليات تفاعلية ومتراصة، إن الالتزام بمجموعة معينة من المعتقدات يميل إلى التأثير على استنتاجات البشر، في حين أن المعتقدات تؤثر على عواطفنا وسلوكنا، فإن الطريقة التي نشعر بها ونتصرف بها لها تأثير متبادل عميق على معتقداتنا.

لدى البشر اتجاهان بيولوجيان رئيسيان أولاً، لديهم ميل قوي للتفكير بطريقة غير عقلانية وفقاً للنظرية، يظهر البشر قدرة كبيرة على تحويل تفضيلاتهم القوية إلى مطالب مطلقة دينية (عدم المرونة النفسية، التفكير الصارم/المطلق)، وعلى الرغم من اعتراف إيس بأن التأثيرات الاجتماعية تؤثر على هذه العملية، إلا أنه أشار أيضاً إلى أنه حتى لو حصل كل شخص على التنشئة الأكثر عقلانية، فإن جميع البشر تقريباً سيحولون في كثير من الأحيان بشكل غير عقلاني تفضيلاتهم الفردية والاجتماعية إلى مطالب مطلقة على أنفسهم والآخرين والعالم، كما يوجد لدى البشر اتجاه بيولوجي أساسي ثانٍ، وهو أنه لديهم القدرة على التفكير في تفكيرهم والقدرة على ممارسة قوتهم في التفكير و اختيار العمل على تغيير تفكيرهم غير العقلاني وبالتالي فالناس ليسوا بأي حال من الأحوال عبيداً لميلهم نحو التفكير غير العقلاني، بل يمكنهم أن يسعوا جاهدين لتجاوزه.

يفترض إيس أيضاً أن ميل البشر إلى خلق والإبقاء على معتقدات تقييمية جامدة حول الأحداث الفعلية هو سبب الاضطرابات النفسية هذه المعتقدات تمت صياغتها في شكل "يجب"، و"ينبغي" ويرى إيس أن هذه الإدراكات المطلقة هي جوهر فلسفة التدين العقائدي التي ادعى أنها السمة المركزية للاضطراب العاطفي والسلوكي

البشري، كما أن البشر يميلون بشكل طبيعي إلى إدامة مشاكلهم وأن يكون لديهم ميل فطري قوي للتشبث بأنماط اعتيادية مدمرة للذات، وبالتالي مقاومة التغيير الأساسي (Dobson, 2010).

### 3-2-1- نموذج ABCDE:

- (A): حدث التنشيط: هو الموقف الذي يخلق العاطفة والسلوك الهادم للذات.
- (B): المعتقدات: هي الأفكار اللاعقلانية التي تعقب الحدث.
- (C): العواقب: هي السلوكات الهادمة للذات التي تنجم عن تفسيراتنا للحدث.
- (D): المجادلة: وتعني المناقشة العقلانية للمعتقدات غير العقلانية.
- (E): الفلسفة الجديدة: وهي معتقدات صحية ووظيفية وواقعية تحل محل المعتقدات غير العقلانية السابقة نتيجة للجدل، ومن أجل التغيير الدائم من المهم مراجعتها.

### 3-2-2- قائمة المعتقدات اللاعقلانية:

- الفكرة الأولى: يجب أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من قبل كل الأشخاص المحيطين به.
- الفكرة الثانية: ينبغي للشخص أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والانجاز حتى يكون جديرا.
- الفكرة الثالثة: يتصف بعض الناس بالندالة والشر وهم يستحقون اللوم والعقاب والتوبيخ.
- الفكرة الرابعة: حينما تسير الأمور على غير ما يريد الشخص فتلك كارثة ومشكلة كبيرة.
- الفكرة الخامسة: التعاسة ناتجة عن ظروف خارجية لا يملك الشخص القدرة على التحكم فيها.
- الفكرة السادسة: هناك أشياء مخيفة وخطيرة من الممكن حدوثها وعلى المرء الاستعداد لمواجهةها وتوقع حدوثها.
- الفكرة السابعة: من الأفضل تجنب الصعوبات والمسؤوليات والمشكلات الشخصية بدلا من مواجهتها.
- الفكرة الثامنة: يحتاج الإنسان إلى الاعتماد على الآخرين، وأن يكون بجانبه دوما أشخاص أقوياء يستند عليهم.
- الفكرة التاسعة: الأحداث الماضية وخبرات الإنسان هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر.
- الفكرة العاشرة: على الفرد أن يكون حزينا لما يصيب الآخرين من نكبات ومشكلات.
- الفكرة الحادية عشرة: هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة، لا بد من التوصل إليه وإلا فإن النتيجة ستكون مؤلمة.

تشتمل الأفكار الإحدى عشر المذكورة على أربع أفكار أساسية:

- المطالبة (الوجوبية): بحيث يقوم الشخص بجعل التفضيلات الخاصة به إلى مطالبات ووجوبيات مطلقة.
- الرعب (الكوارثية): يتم تقدير حدث ما على أنه سيء ولا يجب أن يحدث.
- لا أستطيع التحمل: يتم النظر إلى أمر ما على أنه غير محتمل ولا يجب حدوثه.
- الإدانة واللوم: يتم تقدير الذات أو الآخرين على أنهم أقل ولا يستحقون شيئاً، سواء أكانوا هم من قاموا بشيء لا يجب عليهم القيام أو غيرهم (بلان، 2015).

### 3-2-3- أهم تقنياته العلاجية:

#### التقنيات المعرفية:

تقنية الاكتشاف: يتم البحث والاستقصاء عن المعتقدات والأفكار غير العقلانية وخاصة الحتميات التي تقود لهدم الذات (يجب، ينبغي، يلزم).

تقنية المناقشة: تتضمن عدداً من الأسئلة التي يوجهها المعالج للمفحوص للتخلص من الأفكار اللاعقلانية، كمثال: ما هو الإثبات لمعرفة مدى صحة أو زيف هذا المعتقد؟ ويستمر المعالج بطرح الأسئلة حتى يصل المفحوص لفهم مدى زيف معتقده اللاعقلاني.

تقنية التمييز: ويتم مساعدة المفحوص ليميز بوضوح بين أفكاره أو تقييماته النسبية (رغباته، وأمانيه، تفضيلاته) وتقييماته المطلقة (مطالب، حاجات، أوامر).

#### طرق تعزيز التفكير العقلاني:

العلاج بالقراءة: يتم تقديم كتب ومواد ومطبوعات للمفحوصين لقراءتها وتلخيصها تدور حول التفكير العقلاني والتفكير اللاعقلاني.

الاستماع إلى الأشرطة المسجلة: والتي تحتوي على محاضرات حول العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع الآخرين: حيث يستخدم المفحوصين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لمساعدة المقربين منهم.

وهناك عدد من الطرق لها علاقة بكيفية التعبير عن الأفكار والانفعالات منها:

تقنيات التحديد: هدفها مساعدة المفحوصين على استخدام ألفاظ تقلل من هزيمة الذات، فبدلاً من قول لا أستطيع، يمكن استخدام عبارة ليس في الوقت الحالي.

تقنيات الإشارة: تتم صياغة قائمة تحوي على الجوانب الإيجابية وكذلك السلبية حول مفهوم ما مثل تناول الطعام غير الصحي، ويتم التأكيد على الجوانب الإيجابية للأمر والسلبية.

### التقنيات الانفعالية:

الطرق الفكاهية: تشجع على التفكير العقلاني والابتعاد ولو قليلا عن النظر إلى الأمور بشكل جدي.

الكشف عن الذات: من خلال اعتراف المعالجين للمفحوصين أنهم بشر يواجهون مشكلات كالتالي يواجهها المفحوصين.

يستخدم المعالجين أيضا عددا من القصص، والأمثال، والنكت والشعارات والقصائد كوسائل مساعدة وهي تدخل ضمن التقنيات الانفعالية.

### التقنيات السلوكية:

تقنيات التحمل والبقاء: يتم تحمل البقاء في الحالات المثيرة للقلق لفترة طويلة من الزمن ومواجهة الوضع.

تمارين عدم التأجيل: يتم تشجيع المفحوصين يشجع على دفع أنفسهم لبدء المهمات في وقتها وعدم تأجيلها.

المكافآت والعقوبات: يتم تشجيع المفحوصين على تحقيق الأهداف والغايات بعيدة المدى، أو العكس يتم استخدام العقاب مع المفحوصين الذين يبدون رفضا للواجبات.

لعب الدور العقلاني: يتم تشجيع المفحوصين على التصرف كما لو أنهم عقلانيين وذلك يجعلهم أكثر قدرة على إدراك التغيير في التفكير والسلوك والشعور (العاسمي، 2015).

### 3-3- العلاج بالمخططات المعرفية ليونغ:

العلاج بالمخططات هو علاج مبتكر وتكاملي طوره يونج وزملاؤه (يونج، 1990، 1999) يمزج العلاج عناصر من العلاجات المعرفية السلوكية، الجشطاطية، النسقية، والتحليلية.

يوفر العلاج بالمخطط نظاما جديدا للعلاج النفسي يناسب بشكل خاص المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مزمنة راسخة والذين كان من الصعب علاجهم وخاصة المصابين باضطرابات الشخصية بسبب كثرة الانتكاسات في العلاجات الأخرى تم تطوير نموذج العلاج بالمخططات، خاصة لأولئك الذين لديهم مشاكل مزمنة والذين لم يحصلوا على مساعدة كافية من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، لقد تطور العلاج بالمخططات باعتباره نهجا يتوسع في العلاج المعرفي السلوكي من خلال دمج التقنيات المستمدة من عدة مدارس مختلفة و يمكن أن يكون قصيرا أو متوسطا أو طويل المدى، اعتمادا على المريض، وهو يتوسع عن العلاج المعرفي السلوكي

التقليدي باعتباره يتوسع بشكل أكبر حول استكشاف أصول الطفولة والمراهقة للمشكلات النفسية، والتقنيات الانفعالية، والعلاقة بين المعالج والمريض، وأساليب المواجهة غير القادرة على التكيف.

بمجرد تراجع الأعراض الحادة، يكون العلاج المخطط مناسباً لعلاج العديد من اضطرابات المحور الأول والمحور الثاني من الدليل الاحصائي للاضطرابات النفسية، لقد أثبت العلاج بالمخطط فائدته في علاج الاكتئاب والقلق المزمنين، واضطرابات الأكل، ومشاكل الزواج الصعبة، والصعوبات طويلة الأمد في الحفاظ على علاقات حميمة مُرضية. لقد كان مفيداً أيضاً مع المجرمين وفي منع الانتكاس بين متعاطي المخدرات.

يتبع العلاج بالمخططات المخططات غير المتكيفة من مرحلة الطفولة المبكرة إلى الوقت الحاضر، مع التركيز بشكل خاص على العلاقات الشخصية للمريض باستخدام هذا النموذج، يكتسب المرضى القدرة على رؤية مشاكلهم الشخصية على أنها خلل في الأنا، وبالتالي يصبحون أكثر قدرة على التخلي عنها، يتحالف المعالج مع المرضى في محاربة مخططاتهم، وذلك باستخدام الاستراتيجيات المعرفية والعاطفية والسلوكية والشخصية وبواسطة إعادة التربية المحدودة.

يعرف المخطط المبكر غير التكيفي بأنه نمط يتكون من الذكريات والعواطف والأحاسيس الجسدية فيما يتعلق بالذات والعلاقة مع الآخرين تطور خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة ويتطور طوال حياة الفرد، المخططات المبكرة غير القادرة على التكيف هي أنماط عاطفية ومعرفية مدمرة للذات تبدأ مبكراً في تطورنا وتتكرر طوال الحياة.

إن السلوكيات غير القادرة على التكيف تتطور كاستجابات للمخطط وبالتالي فإن السلوكيات مدفوعة بالمخططات ولكنها ليست جزءاً من المخططات (Young, 2003).

### خصائص المخططات المعرفية غير المتكيفة:

- المخططات غير المتكيفة هدامة للشخصية، بحيث إن تكرار الخبرات المضرة يؤدي لأثر تراكمي شامل، لا يشترط أن تكون الخبرات مضرة وصادمة قد ينشأ المخطط من الحماية الزائدة والاشباع المفرط.
- الاستمرارية، المخططات غير المتكيفة تصر على الاستمرار في التأثير على شخصية الفرد، بسبب ألفتها لديه مما يسبب التعود والادمان على التصرف وفقها رغم أنها مؤذية ومؤلمة له، فهي متأصلة في التفكير والشعور والسلوك، مما يجعل الأشخاص يعتقدون أنها جزء من شخصيتهم، إنها تشكل معارف الشخص وتضمن له الشعور بالأمن وتصبح بمثابة هوية الشخص، لذلك فإن التخلص منها في البداية يؤدي للاضطراب.
- تظهر خلال مرحلتَي المراهقة والطفولة وهي تتأسس على واقع الطفل المعاش.
- تعيد المخططات انتاج نفس الوسط الأسري المبكر في مرحلة الرشد حيث تظهر الطبيعة المختلفة لها في هذه المرحلة حيث يقوم الأفراد بتكرار تنشيط مخططاتهم عبر السلوكيات والانفعالات والمعارف في تفاعلاتهم

الاجتماعية وعبر إدراك مختل للواقع والذات والآخريين والمستقبل مما يجعلهم يتكيفون في صورة اضطرابات نفسية واضطرابات شخصية.

- أبعادها متباينة من حيث الخطورة، فكلما كان المخطط حاد كلما زاد تنشيطه وازداد معه الانفعال السلبي وطالت مدته، في حالة ما تعرض الطفل لانتقادات متكررة وحادة فإن أي انتقاد صادر من أي شخص في الرشد ينشط مخطط عدم الكفاءة (حدار وقدواني، 2020).

### أصول المخططات المعرفية غير المتكيفة:

تعود أصول المخططات غير المتكيفة المبكرة إلى:

#### أ. الاحتياجات العاطفية الأساسية غير الملباة تتمثل في:

- تأمين الارتباطات بالآخريين (السلامة والاستقرار والرعاية، والقبول)
- الاستقلالية والكفاءة والشعور بالهوية.
- حرية التعبير عن الاحتياجات والعواطف.
- العفوية واللعب.
- الحدود الواقعية وضبط النفس.

#### ب. تجارب الحياة المبكرة:

تجارب الطفولة السامة هي الأصل الأساسي للمخططات المبكرة غير القادرة على التكيف، المخططات التي تتطور مبكرا وهي الأقوى عادة ما تنشأ في العائلة، إن ديناميكيات أسرة الطفل هي ديناميكيات العالم المبكر بأكمله لذلك الطفل وعندما يجد الأشخاص أنفسهم في مواقف البالغين التي تنشط مخططاتهم المبكرة غير القادرة على التكيف، فإن ما يواجهونه عادة هو قصص من طفولتهم، عادة مع أحد الوالدين، إن تأثيرات الأقران والمدرسة والمجموعات تصبح ذات أهمية متزايدة مع نضوج الطفل وقد تؤدي إلى تطوير المخططات أيضا.

#### ت. المزاج الفطري للطفل:

تلعب عوامل أخرى غير بيئة الطفولة المبكرة أيضا دورا رئيسيا في تطوير المخططات كالمزاج العاطفي حيث يتمتع كل طفل بشخصية أو مزاج فريد و متميز منذ الولادة بعض الأطفال يكونون أكثر انفعالا، والبعض الآخر أكثر خجلا، والبعض الآخر أكثر عدوانية، إن السمات المزاجية في مرحلة الطفولة تظل مستقرة مع مرور الوقت (Young, 2003).

### مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية:

يُقدم الجدول 2. عرضًا توضيحيًا لأبرز الحاجات النفسية الأساسية غير المشبعة، والتي تؤدي إلى ظهور ما يُعرف بـ "المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة". تتوزع هذه المخططات على خمس مجالات رئيسية تعكس أنماطًا نفسية وسلوكية غير صحية تؤثر على الفرد في مختلف جوانب حياته، كالتعلق، والاستقلالية، وضبط الذات، والعلاقات الاجتماعية، والتعبير عن المشاعر.

يساعد فهم هذه المخططات في التعرف على جذور المشكلات النفسية وإيجاد الطرق الملائمة للتدخل العلاجي وتصحيحها.

جدول 2.

الحاجات النفسية غير المشبعة ومجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة

مجالات المخططات	الحاجيات غير المشبعة
<b>1- مجال الرفض والانفصال:</b>	
- مخطط التخلي/عد الاستقرار	التعلق الأمن، الرعاية، القبول، الحب، الحماية
- مخطط عدم الثقة/الإساءة	التحقق من الصحة
- مخطط الحرمان العاطفي	
- مخطط العيب/العار	
- مخطط العزلة الاجتماعية/الاغتراب	
<b>2- مجال ضعف الاستقلالية والأداء:</b>	
- مخطط الاعتماد/عدم الكفاءة	الكفاءة، الاستقلالية، الشعور بالهوية
- مخطط التعرض للأذى/الخوف من المرض	
- مخطط العلاقة الدمجية/شخصية ضحلة	
- مخطط الفشل	
<b>3- ضعف الحدود:</b>	
- مخطط الاستحقاق/العظمة	الحدود الواقعية، ضبط النفس
- مخطط نقص التحكم الذاتي/الضبط الذاتي	
<b>4- مجال التوجه نحو الآخرين:</b>	
- مخطط الخضوع	التعبير الحر عن الاحتياجات والعواطف
- مخطط التضحية بالنفس	
- مخطط البحث عن الاستحسان/طلب الاعتراف.	
<b>5- مجال فرط اليقظة والكف:</b>	
- مخطط السلبية/التشاؤم	العفوية، المرح
- مخطط التثبيط العاطفي	
- مخطط المعايير الملزمة/النقد المغالي	
- مخطط العقاب	

(Farrell & Shaw, 2018).

أهم تقنياته العلاجية:

التقنيات المعرفية:

تقدير مزايا وعيوب استجابات التكيف المختلفة: يتم وضع قائمة لمزايا وعيوب كل مخطط وكل استجابة تكيفية حتى يدرك المفحوص استجاباته ويتوصل لاستبدالها بسلوكات سوية.

حوار بين المخطط غير المتكيف والمخطط المتكيف: تتم هذه الخطوة من خلال اجراء حوار تدافعي بين الجانب المرضي والجانب السوي يمكن استخدام أسلوب الكرسي الشاغر ويؤدي المفحوص كلا الدورين دور المخطط ودور الراشد السوي.

كتابة مذكرات المخططات: بعد إعادة البناء المعرفي يتم كتابة مذكرات المخططات حيث يتم تلخيص السلوكيات السوية البديلة وما ينجر من مضاعفات المخطط غير المتكيف، يتم تدوين الحالة الانفعالية في وضعيات تنشيط المخطط غير المتكيف وينظر لمدى تأثيره على تفكيره ويحاول معاكسة هذه المعارف المشوهة.

التقنيات الانفعالية:

حوارات التخيل: يتم تخيل اجراء حوارات مع الأشخاص المسؤولين عن نشوء المخططات غير المتكيفة للشخص ومع الأشخاص الذين يعززون ظهورها ويقوم المفحوص بالتعبير عن انفعالاته الشديدة اتجاه أحد الوالدين ويذكر حاجاته غير المشبعة داخل الصورة المتخيلة.

مكافحة المخطط: يتم تمكين المفحوص من مكافحة المخطط والابتعاد عنه من خلال التعبير عن الغضب بحيث يمكن الغضب المفحوص من استعادة حقوقه المهضومة ويمده بالقوة والسلطة للمواجهة من أجل حقوقه المهضومة.

المطالبة بالحقوق الانسانية: يتعلم المفحوص كيفية المطالبة بحقوقه الانسانية القاعدية.

التمييز بين المخطط والشخصية: من خلال تعليم المفحوص كيفية أخذ مسافة بينه وبين المخطط.

العفو عن الوالد: يتم دفع المفحوص للعفو عن والديه.

التصالح مع الذات والتفريغ الانفعالي: تمكين المفحوص من التعبير عن ألامه المعاشة خلال مرحلة الطفولة مما يسمح له بالتفريغ الانفعالي والاعتناق من مرحلة الطفولة هذا بدوره سيجعله أكثر تعاطفا مع ذاته، سيكتشف المفحوص في هذه المرحلة أنه يحب والديه وسيسعى لتصحيح العلاقة معهما.

التخيل لإعادة الرعاية المحدودة: يسمح المعالج للمفحوص بالعودة لمرحلة الطفولة ويعلمه كيفية الحصول على اشباع لحاجاته المحبطة من قبل المعالج ومن ذاته.

**التخيل مع الذكريات الصادمة:** غالبا ما تكون الذكريات الصادمة مثقلة انفعاليا ولا تحمل حادة ومجموعة ومسدودة، يتم مساعدة المفحوص على إعادة معاشتها واختبار انفعالاتها والتعبير عن المشاعر المرتبطة بها مع ضمان المساندة والحماية له.

**كتابة رسالة للوالدين:** يطلب المعالج من المفحوص كتابة رسالة لوالديه دون ارساله بشكل فعلي يعبر فيها عن مختلف مشاعره وعتابه على التقصير أو سوء المعاملة من قبل الوالدين ويعرب فيها عما كان ينتظره منهما وهي فرصة لتوكيد الذات وقرأها بصوت مرتفع على مسمع المعالج.

### التقنيات السلوكية:

**تغيير الأساليب التكيفية المختلفة:** يتم استبدال سلوكيات الخضوع والتجنب والتعويض بسلوكيات أكثر سواء يمكن استخدام جميع التقنيات السلوكية المعرفية المعروفة.

**تحديد أولوية السلوكيات المستهدفة بالتغيير:** يتم تحديد السلوكيات الأكثر اضطرابا وتمنح الأولوية لتعديلها.

**صياغة مذكرة السلوك المستهدف:** تصاغ مذكرة للسلوك المستهدف تصف الوضع الراهن والمخططات النشطة ويرجع لها المفحوص دوما لأخذ فكرة عن مهامه اتجاه المخططات غير المتكيفة.

**لعب الدور:** يتم مع المعالج من خلال تخيل دور السلوك السوي الذي يقوم به المفحوص والسلوك غير السوي الذي يقوم به المعالج (حدار وقدواني، 2020).

### 3-4- علاج التدريب على التعلم الذاتي لميكنباوم:

تأثرت أبحاث ميكنباوم بشدة باثنين من علماء النفس السوفييت، لوريا (1961) وفيجوتسكي (1962)، اللذين درسا العلاقة التطورية بين اللغة والفكر والسلوك واقترحوا أن تطوير السيطرة الطوعية على سلوك الفرد ينطوي على تقدم تدريجي من التنظيم الخارجي من قبل الآخرين المهمين (على سبيل المثال، تعليمات الوالدين) إلى التنظيم الذاتي نتيجة لاستيعاب الأوامر اللفظية ونتيجة لذلك أصبحت العلاقة بين التعليم الذاتي اللفظي والسلوك هي المحور الرئيسي لأبحاث ميكنباوم واقترح أن السلوكيات السرية تعمل وفقا لنفس المبادئ التي تعمل بها السلوكيات العلنية، وبالتالي فإن السلوكيات السرية تخضع للتعديل باستخدام نفس الاستراتيجيات السلوكية المستخدمة لتعديل السلوكيات العلنية ويقصد بالسلوكيات السرية الأفكار، تضمنت محاولاته تطوير برنامج تدريب ذاتي التعليم مصمم لعلاج القصور الواسطي لدى الأطفال المندفعين وكانت أهداف برنامج العلاج أربعة أضعاف:

- تدريب الأطفال المندفعين على توليد الأوامر الذاتية اللفظية والاستجابة لها بشكل مناسب.
- تعزيز الخصائص الوسيطة للكلام الداخلي للأطفال لوضع سلوكهم تحت سيطرتهم اللفظية.

- التغلب على أي قصور في الفهم أو الإنتاج أو الوساطة.
- تشجيع الأطفال على تنظيم سلوكهم ذاتيا بشكل مناسب.

تم تصميم الإجراءات المحددة لتكرار التسلسل التنموي الذي حدده لوريا (1961) وفيجوتسكي (1962).

قام النموذج بمهمة التحدث بصوت عالٍ، بينما كان الطفل يراقب، ثم قام الطفل بنفس المهمة، بينما أعطى النموذج تعليمات شفوية، قام الطفل بالمهمة أثناء تعليم نفسه بصوت عالٍ، ثم قام الطفل بالمهمة وهو يهمس بالتعليمات ثم قام الطفل بالمهمة سرا، وتضمنت التعليمات الذاتية المستخدمة في البرنامج أسئلة حول طبيعة ومتطلبات المهمة، الإجابات على هذه الأسئلة في شكل بروفة معرفية، ومن خلال تعليمات ذاتية وفي شكل توجيه ذاتي بينما يتم تأدية المهمة وتم استخدام التعزيز الذاتي، لقد وجد ليكنباوم أن التدريب على التعليم الذاتي أدى إلى تحسن كبير في أداء المهام لدى الأطفال المندفعين عبر عدد من المقاييس المتعلقة بمجموعات الانتباه والتحكم في الاندفاع، بشكل عام، يتم تدريب المفحوصين على ست مهارات تتعلق بالتعليم الذاتي:

- تعريف المشكلة
- نهج المشكلة
- تركيز الانتباه
- عبارات المواجهة
- خيارات تصحيح الأخطاء
- التعزيز الذاتي (Dobson, 2010).

### أهم التقنيات العلاجية:

**التدريب على التحصين ضد الضغوط:** يعمل أسلوب التحصين ضد الضغوط على تعديل الأحداث المعرفية (الحوارات الداخلية والتفكير التلقائي)، لأنها تشتت انتباه الفرد عن أداء مهامه وتشغله بتوقع الفشل، يتم تزويد الأشخاص بمهارات تمكنهم من إدارة المواقف الضاغطة والتعامل معها حين مواجهتها، بحيث يساعد التدريب على الحوار الذاتي على تغيير السلوك وضبطه ويخفف من الضغط النفسي، ويتم عبر 3 مراحل: المرحلة الأولى تكون عن طريق تكوين تصورات لفهم طبيعة رد الفعل الصادر اتجاه الضغوط وكيفية تجنبها، والمرحلة الثانية يتعلم الفرد أساليب المواجهة من خلال الحصول على معلومات حول المواضيع المخيفة والتدريب على الاسترخاء والمواجهة المعرفية من خلال الوعي بالعبارات الهدامة للذات، ثم المرحلة الثالثة حيث يبدأ التطبيق والمتابعة خلال الجلسات عن طريق لعب الدور وخارج الجلسات في الحياة الواقعية.

**وقف التفكير:** وهي طريقة للتحكم في الأفكار تستخدم للتخلص من الأفكار السلبية واحلال أفكار ايجابية محلها، باعتبار الانسان يملك إرادة حرة على أفكاره.

**إعادة البناء المعرفي:** يتم إعادة تشكيل البنية المعرفية للشخص من خلال تحديد أنماط التفكير غير المتكيفة واستبدالها بأفكار أخرى، حيث يتم ابدال التفكير السلبي المعيق للذات بأفكار ايجابية تعزز التغيير السلوكي. تشمل فنية إعادة البناء المعرفي تغيير اتجاهات الفرد وافتراضاته غير الدقيقة ومعتقداته، حيث يتمكن من المراقبة الذاتية لأفكاره ومشاعره وسلوكه وهذا يؤدي بدوره إلى استبدال الأفكار الالاعقلانية بأخرى أكثر عقلانية.

- **التدريب على التعليم الذاتي:** يتم تعلم التعرف على الأفكار والمشاعر والتعابير الهادمة للذات التي ترتبط بالضغوط ويتم تعديلها بشكل ذاتي بعد معرفة الشخص أن ما يعانيه من ضغوط هو نتاج سوء تفسيره للأحداث كخطوة أولية يتعلم الفرد تحديد المثيرات الداخلية الناجمة عن الضغط ومن ثم يحدد العبارات السلبية التي يقولها لنفسه، ثم الخطوة الثانية حيث يستخدم المعالج النمذجة لتعليم الحديث الايجابي للشخص وفي المرحلة الثالثة يتم تعليم الشخص أن يقوم بأداء المهارات بنفسه من خلال اعطاء التعليمات لذاته بشكل علني ثم يرددها بشكل سري (عطا الله، 2021).

#### 4- الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية:

شهدت الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي دخول نماذج علاجية جديدة تركز على اليقظة الذهنية والتقبل والتغيير إضافة للانتقال من التوجه البنيوي إلى التوجه السياقي الوظيفي الذي يركز على السياق ووظيفة السلوك من بين نماذج الموجة الثالثة نجد العلاج بالتنشيط السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام وغيرهم من علاجات الموجة الثالثة.

#### 4-1- العلاج بالتنشيط السلوكي:

ظهر أول استخدام لمصطلح التنشيط السلوكي في أدبيات العلاج النفسي في عام 1990، حيث قام هولون وجاربر (1990) بتعريف التنشيط السلوكي على أنه مجموعة من الإجراءات المستخدمة في العلاج المعرفي للاكتئاب، وقد احتفظ جاكوبسون وزملاؤه (1996) بالمصطلح لوصف التدخلات السلوكية التي كانت محور دراسة تحليل مكونات العلاج المعرفي ومن ثم لوصف علاج مستقل للاكتئاب يعد العلاج بالتنشيط السلوكي نهج علاجي نفسي منظم ومختصر يهدف إلى:

- زيادة المشاركة في الأنشطة التكوينية والتي غالبا ما تكون تلك المرتبطة بتجربة المتعة والانجاز.
- تقليل المشاركة في الأنشطة التي تحافظ على الاكتئاب أو تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب.

- حل المشكلات التي تحد من الوصول إلى الإنجاز أو التي تحافظ على أو تزيد من التجنب.

يركز التنشيط السلوكي مباشرة على هذه الأهداف أو على العمليات التي تمنع التركيز على هذه الأهداف، ولتحقيق هذه الأهداف قد يستخدم المعالجون مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات السلوكية مثل المراقبة الذاتية للأنشطة والمزاج، وجدولة النشاط، وهيكله النشاط، وحل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وبناء التسلسل الهرمي، والتشكيل، والمكافأة، والإقناع.

ويتم العلاج بطريقة تعاونية حيث يقوم بعض المعالجين بتضمين السلوكيات كأهداف للتدخل السلوكي (Dimidjian et al., 2011).

يعد العلاج بالتنشيط السلوكي أسلوب علاجي لعلاج اضطراب الاكتئاب بشكل خاص وبعض الاضطرابات العاطفية الأخرى، يهدف أساسا إلى تعزيز الأنشطة الإيجابية والممتعة في حياة الفرد المصاب بالاكتئاب من أجل تحسين المزاج لديه وزيادة شعوره بالسعادة والرضا، يشمل التنشيط السلوكي مجموعة متنوعة من الأنشطة التي تزيد من الرفاه النفسي ويتم تحديد هذه الأنشطة بناء على رغبات واهتمامات الشخص وقدراته تضم هذه الأنشطة التمارين الرياضية، مختلف الهوايات، القراءة، الكتابة، الرسم، إضافة للأنشطة الاجتماعية والتطوعية.

يعتبر التنشيط السلوكي أن مشاركة الشخص في أنشطة مختلفة وإيجابية يساهم في تحسين المزاج، ويمكن استخدام التنشيط السلوكي كجزء من البرامج العلاجية النفسية.

ينتمي العلاج بالتنشيط السلوكي لعلاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، يعتمد على تنظيم وجدولة الأنشطة من أجل تنفيذها كما يعتمد على تقسيمها لأنشطة ممتعة وأنشطة روتينية وأنشطة ضرورية والأنشطة التي لها معنى وقيمة وذلك من أجل زيادة دافعية الفرد لإنجازها وبهدف زيادة السلوك الذي يجعل الفرد أكثر صلة ببيئته المعززة وتحسين مزاجه.

الهدف الرئيسي للعلاج بالتنشيط السلوكي هو استبدال استراتيجيات التجنب باستراتيجيات أخرى فعالة تزيد من الرغبة في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والأنشطة الشخصية الممتعة من أجل علاج اضطراب الاكتئاب وله فرضيتان أساسيتان:

- من الضروري استخدام التعزيز الإيجابي بعد الاستجابة للحفاظ على المزاج الطبيعي.

- يعمل التجنب كحاجز أمام الانخراط في السلوكيات المضادة للاكتئاب (مجاور، 2023).

وللعلاج بالتنشيط السلوكي مجموعة من المبادئ:

**المبدأ 1:** مفتاح تغيير ما يشعر به الناس هو تغيير ما يفعلونه.

**المبدأ 2:** التغييرات في الحياة يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب، ولكن استراتيجيات المواجهة قصيرة المدى (كالتجنب) هي التي تبقي الناس عالقين.

**المبدأ 3:** لا بد وأن يتبع المفحوص سلوكياته الهامة اضافة لتناوله مضادات الاكتئاب.

**المبدأ 4:** لا بد وهيكله وجدولة الأنشطة وتتبع خطة سلوكية بعيدا عن المزاج.

**المبدأ 5:** سيكون التغيير أسهل عند البدء بخطوات صغيرة.

**المبدأ 6:** من المهم التأكيد على تعزيز الأنشطة.

**المبدأ 7:** على المعالج أن يعمل كمدرّب للأنشطة.

**المبدأ 8:** لا بد من التأكيد على حل المشاكل والاعتراف بأي نتيجة مفيدة تم التوصل لها.

**المبدأ 9:** على المفحوص أن يقوم بالفعل السلوكي وحسب.

**المبدأ 10:** لا بد استكشاف العوائق الممكنة والفعالية أمام تحقيق السلوك المطلوب ( Martell et al 2010).

### أهم تقنياته العلاجية:

**تقنية المراقبة الذاتية:** يعتبر مقدمة ضرورية لتحقيق التغيير المطلوب في السلوك وتوجيه مختلف التدخلات السلوكية الأخرى، توفر المراقبة الذاتية نظرة واضحة للأنماط العاطفية والسلوكية التي يمكن أن توجه خطوات التغيير السلوكي.

**إجراءات استهداف التجنب:** يتم نقل المفحوص بعيدا عن نمط الحياة الذي يتميز بالتجنب نحو نمط حياة يتميز بالنشاط والاتصال مع ادخال التعزيز الإيجابي (wenzel, 2021).

**تحديد الأنشطة:** يتم تحديدها إلى أنشطة روتينية يتم القيام بها بشكل يومي، أنشطة ضرورية لا بد والقيام بها نظرا لوجود عواقب جراء عدم القيام بها، وأنشطة ممتعة ترفيهية تزيد من الارتباط مع الآخرين.

**ترتيب الأنشطة:** ويكون حسب مدى صعوبة الأنشطة حسب الحالة المزاجية والدافعية للقيام بها وتتراوح بين الأنشطة السهلة إلى معتدلة إلى أنشطة صعبة ويتم القيام بها بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب.

**جدولة الأنشطة:** وتتم من خلال التخطيط للقيام بنشاط معين ويكون متدرج من السهل للصعب، ومتوازن بين الأنشطة الروتينية والضرورية والممتعة ومحدد متى وأين ومع من وكيف؟

المراقبة والتنفيذ: بعد اكمال الانشطة المحددة تتم مراقبة الحالة المزاجية بعد النشاط وملاحظة الفرق الذي يحدثه على الحالة المزاجية (الجميعة، 2021).

### 4-2- العلاج الجدلي السلوكي:

لأكثر من 25 عاما ساعد العلاج الجدلي السلوكي (DBT) الأشخاص على تقليل المشاعر الغامرة كما ساعدهم على استقرار حياتهم وعلاقاتهم، وقد أثبتت فعاليته مع اضطراب الشخصية الحدية والعديد من المشكلات مثل: الاكتئاب والقلق وكرب ما بعد الصدمة، إضافة إلى منع الانتكاس في حالات الإدمان والعدوان والغضب (مكاي وآخرون، 2021).

تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي بواسطة مارشا لينهان في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات في جامعة واشنطن، حيث كانت مهتمة بمساعدة أولئك الذين يعانون من الانتحار المزمن وإيذاء النفس، وقد تخصصت لينهان في علاج النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية، وبعد أن استخدمت العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وجدت أن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي الذي يتم من خلاله التركيز على الحل كان غير فعال وترك عملائها يشعرون بسوء الفهم، من أجل التعويض بدأت في دمج استراتيجيات القبول، لكنها وجدت أن التركيز المفرط على القبول كان غير فعال أيضا، مما ترك عملائها محبطين وفكروا في أن شيئا لم يتغير، وقد لاحظت أن عملائها استجابوا بشكل أفضل لاستراتيجيات القبول والتغيير معا، تعتبر الحركة المتوازنة والتدفق بين القبول والتغيير جدلية أساسية في العلاج الجدلي السلوكي، وقد بحثت لينهان عن الفلسفة التي تميز العلاج الجدلي السلوكي عن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ودمجتها (التغير والقبول)، في نهاية الأمر نجح التدريب على المهارات في سد الفجوة بين أوجه القصور السلوكية والتغيير السلوكي المرغوب، حيث أدت مراحل العلاج والتسلسل الهرمي لتحديد أولويات العلاج وزيادة التركيز على جلسات منظمة لتحليل السلوكي الوظيفي، والتعرف على الأنماط بشكل منهجي بمساعدة حل المشكلات.

وابتكرت لينهان معالجة متعددة الوسائط يطلق عليها "النموذج القياسي"، تشمل العلاج الفردي الأسبوعي، والتدريب الأسبوعي على المهارات الجماعية، والاستشارة الأسبوعية للمعالجين، والمعالجين الفرديين الذين يقدمون الاستشارات على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع - مع توفير التدريب لعملائهم.

كما أسست لينهان مع شركائها شركة تدريب مكرسة لتعليم فرق المعالجين كيفية تنفيذ وتقديم النموذج القياسي (Pederson, 2015).

إن بنية العلاج الجدلي السلوكي توفر خريطة للمختصين لتحسين حياة مريضهم الذين يعانون من مشاكل متعددة والذين يعانون من أنماط حياة فوضوية، مدفوعة بالأزمات، وغالبا ما تكون مدمرة للذات، يركز هيكل العلاج الجدلي السلوكي على المعالجين والمفحوصين في نفس الوقت بشكل ثنائي وعلى المشكلات الصعبة التي

يجب معالجتها كالسلوك الانتحاري وإيذاء النفس ويساعد كل من المعالج والمفحوص في البقاء على المسار الصحيح، ويمنع الانعطافات التي يمكن حدوثها فجأة عندما يعاني الشخص من أزمة.

يشمل العلاج الجدلي السلوكي التدريب على المهارات، والذي يتم عادة في شكل ندوة أسبوعية يتم خلالها تدريس المهارات لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشاكل حادة في تنظيم المشاعر، كما يشمل تدريب المفحوصين خلال دورات واستشارة فريق المختصين لتقديم الدعم لزملائهم المعالجين ولمساعدة بعضهم البعض على البقاء على المسار الصحيح في عملهم مع هذه الفئة الحساسة.

يتم وصف نموذج العلاج الجدلي السلوكي في الجلسات الأولية للمفحوص (مرحلة ما قبل المعالجة) بحيث تكون موافقة المفحوص عليه متوافقة مع المعرفة الكاملة بمكوناته والتوقعات المرجوة منه.

إن العديد من الأساليب العلاجية لا تحتوي على بروتوكولات لعلاج وإدارة السلوكيات الانتحارية وإيذاء النفس غير الانتحاري، كما تترك المختصين غير مجهزين للتدخل مع هكذا حالات، على عكس العلاج الجدلي السلوكي الذي يوفر للمختصين بروتوكولات لإدارة وعلاج السلوكيات الانتحارية ( Brodsky & Stanley, 2013).

### أهم تقنياته العلاجية:

**اليقظة الذهنية:** وتهدف هذه المهارة إلى التقليل من المعاناة وزيادة مشاعر السعادة، من خلال تخفيف التوتر والضغط، ورفع قدرة الفرد على التحكم بالأفكار، من خلال الاتصال بالعالم ومعايشة الواقع.

وتعني اليقظة الحضور الكامل في كل لحظة في الحاضر والابتعاد عن التشبث بالماضي أو النزعة نحو المستقبل كما توجد عدة مهارات أخرى تنتمي لمهارة اليقظة الذهنية نذكر منها:

**التلطيف:** وتعني السير في منتصف العقل الحكيم، التوازن بين العقل الوجودي والعقل العملي إلى آخره من المهارات الأخرى.

**الفاعلية بين شخصية:** وتهدف هذه المهارة إلى تعلم الفرد لكيفية حصوله على ما يريد ويرغب من قبل الآخرين، وذلك من خلال أخذ وجهات نظر الشخص على محمل الجد مع قدرته على قول كلمة (لا) للمطالب غير المرغوبة، كما تهدف لبناء علاقات قوية وإنهاء الضارة منها، مع المحافظة على الاتزان داخل العلاقة وتقبل التغييرات فيها سواء الشخصية أو الاجتماعية.

**تنظيم المشاعر:** تهدف هذه المهارة إلى تسمية وفهم المشاعر مع العمل على إيقافها أو تغييرها بمجرد بدايتها وذلك من أجل التخفيف من التأثير العاطفي على التفكير، ورفع المرونة الذهنية للتعامل مع الصعوبات، والتقليل من المعاناة عند الشعور بالألم النفسي.

**تحمل الضغط:** تهدف هذه المهارة لاستبدال المعاناة والتعلق بمشاعر الألم وذلك من خلال الرضا عن تحقيق المطالب والرغبات والدوافع والتعامل مع المشاعر القوية.

وتنطوي هذه المهارة على مهارات أخرى مثل: مهارات النجاة من الأزمة ومهارات تقبل الواقع (لينهان، 2020).

### 5- العلاج بالتقبل والالتزام:

### 5-1- تعريف العلاج بالتقبل والالتزام:

تطور العلاج بالتقبل والالتزام على يد ستيفن هايز حوالي سنة 1980، وهو أحد علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي ويعتبر علاجاً فعالاً لمجموعة متنوعة من الاضطرابات كاضطرابات القلق والمزاج والاضطرابات الذهانية وغيرهم، ويستخدم العلاج بالتقبل والالتزام استراتيجيات التقبل والتعقل والأفعال الملتزمة وتغيير السلوك لزيادة المرونة النفسية، وتعني المرونة النفسية قدرة المرء على الاتصال باللحظة الحالية والعيش في الحاضر، والتفكير في الأشياء بطريقة أقل تصلباً، والتصرف بطريقة مرنة تسمح بعيش حياة ذات معنى.

يعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد أهم تطبيقات نظرية الإطار العلائقي (Relational Frame Theory) التي وضعها ستيفن هايز، وهي نظرية للغة البشرية، وقد تأسست نظرية الإطار العلائقي، وكذلك العلاج بالتقبل والالتزام على فلسفة السياقية الوظيفية (Functional Contextualism)، لا يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى التخلص من المشاعر المؤلمة بل بدلا من ذلك يهدف إلى عيش اللحظة الحالية من خلال التحرك نحو القيم المهمة في الحياة، كما يهدف إلى الانفتاح على مختلف المشاعر غير السارة مع تعلم عدم المبالغة في ردود الأفعال تجاه هذه المشاعر وعدم تجنب المواقف التي تثيرها، ويختلف العلاج بالتقبل والالتزام عن بعض أنواع العلاج المعرفي السلوكي الأخرى في كونه علاج لا يستهدف تعليم الأفراد كيفية التحكم في أفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم وذكرياتهم، لكنه بدلا من ذلك يعلمهم تغيير الطريقة التي يتعاملون بها مع أفكارهم ومشاعرهم، من خلال استخدام الملاحظة والتقبل للأفكار والمشاعر والأحاسيس والذكريات غير المرغوبة (مكاي وآخرون، 2022).

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام أقل تركيزاً على تغيير الأفكار وأكثر تركيزاً على استخدام استراتيجيات التقبل واليقظة لزيادة المرونة، لأن الأفكار حسب العلاج بالتقبل والالتزام هي مجرد قصص أو روايات قام العقل بتطويرها وليست الحقيقة المطلقة.

يستخدم العلاج بالتقبل والالتزام ملاحظة الأفكار كحدث عقلي بدلا من تغييرها باعتبار الأفكار شيء طبيعي لا يجدر دوماً بنا تصديقها، يستخدم أيضاً استراتيجيات الالتزام وتغيير السلوك لمساعدة الأشخاص على اتخاذ إجراءات تجاه الأشياء المهمة بالنسبة لهم، إن تصديق قصص العقل والأفكار يجعل الأشخاص جامدين وأقل مرونة

من الناحية السلوكية ونتيجة لذلك يتوقفون عن التحرك نحو الأشياء التي يريدونها لأنفسهم ( Gustafson, 2019).

يختلف العلاج بالتقبل والالتزام عن العلاجات المعرفية السلوكية الأخرى من حيث درجة الالتزام الصارم بالبروتوكولات العلاجية، إذ يعتبر أكثر مرونة من حيث درجة الحاجة إلى البروتوكول ودرجة المرونة داخل البروتوكول.

كما يختلف العلاج بالتقبل والالتزام أيضا عن الأشكال الأخرى من العلاج المعرفي السلوكي من حيث كيفية تصوره ومعالجته لتجارب المفحوصين الداخلية. حيث تسعى بعض أشكال العلاج السلوكي المعرفي إلى تقليل واستبدال أفكار القلق التي تؤدي إلى تجنب المواقف المخيفة، حتى يتمكن المفحوص من التعامل مع هذه المواقف لأن الأفكار قد تغيرت (أي تغيير الأفكار لتغيير الأفعال). في المقابل، يسعى العلاج بالتقبل والالتزام إلى تقليل تأثير الأفكار القلقة على سلوك الفرد بحيث يتم التعامل مع المواقف المخيفة على الرغم من وجود هذه الأفكار (أي تقليل تأثير الأفكار على التصرفات).

يستند العلاج بالتقبل والالتزام على فلسفة تدعى "السياقية الوظيفية". السمة المميزة للسياقية الوظيفية هي تركيزها على فهم السلوك في السياق. إذا كنا نفكر في السلوك باعتباره أي شيء يفعله الشخص (بما في ذلك الأفكار والمشاعر والأحداث الأخرى التي لا نستطيع رؤيتها)، فإن السياق يشير إلى كل شيء آخر خارج ذلك من حيث الموقف (الوقت والموقع ورد فعل الآخرين والتاريخ).

من منظور سياقي وظيفي، لا يمكننا فهم إجراء معين إلا إذا قمنا بتضمين السياق. على سبيل المثال، لا يمكن إزالة فكرة "أنا عديم القيمة" ودراستها بمعزل عن غيرها. علينا أن نفهمها من خلال النظر في وقت ظهورها، وما هو تاريخ الشخص مع الفكرة، وما يحدث بعد حدوث الفكرة. يمكننا أن نحاول تقليل تكرار الفكرة من خلال استهداف السياقات التي تحدث فيها. في العلاج بالتقبل والالتزام، لا توجد أفكار عقلانية صحية وأفكار غير عقلانية تحتاج إلى تغيير لدعم الأداء الصحي، بل إن هذه كلها مجرد سلوكيات تحدث في سياقات محددة. لا تسعى السياقية الوظيفية لفهم السلوك فقط، وإنما للتنبؤ به أيضا وتغييره، إضافة للعمل على تحديد الهدف.

بالإضافة للسياقية الوظيفية، تم تطوير نظرية الإطار العلائقي بواسطة ستيفن هايز، وهي نظرية أساسية هي الأخرى في العلاج بالتقبل والالتزام. جوهرها هو أن البشر كائنات لفظية لديهم القدرة على ربط الأشياء ببعضها البعض. ومن خلال هذه القدرة على ربط أي شيء بأي شيء آخر، لدى البشر القدرة على التقييم والتخطيط والإبداع وحل المشكلات بطرق إبداعية.

ومع ذلك، لدى البشر أيضا قدرة على إصدار الأحكام الغير مفيدة، والتوصل إلى خطط غير فعالة لأحداث لن تحدث أبدا. يمكن للبشر أيضا ربط الأشياء التي تبدو تافهة ومحيدة بأشياء مزعجة ومكروهة بشكل لا يصدق،

ويؤدي هذا إلى توسيع القدرة على المعاناة بشكل كبير. كمثال، يمكن للبشر ربط أي شيء بالتصنيف "سيئ"، بما في ذلك أجسادهم ومشاعرهم وأفكارهم، وقد تكون هذه الارتباطات غير مفيدة إذا تمت الاستجابة لها وتصديقها.

نحن نربط الأشياء ببعضها البعض باستمرار بطريقة الطيار الآلي، ودون قدر كبير من القدرة على التحكم في الأمر. نحن لا نربط الأشياء بناء على ما يجعلنا نشعر بالرضا أو يساعدنا، بل على ما هو منطقي. وبالتالي، يمكننا أن نخرط بشكل مستمر في قصص حول أننا لسنا جيدين بما فيه الكفاية، وأننا لن ننجح أبدا (Twohig et al., 2021).

### 5-2- نظريات العلاج بالتقبل والالتزام:

#### النظرية السياقية الوظيفية:

إن السياقية الوظيفية (FC)، هي الفلسفة الكامنة وراء نظرية الإطار العلائقي للغة (RFT)، والعلاج بالقبول والالتزام.

يعتبر السلوك هو كل ما يفعله الكائن الحي ونراه خارجيا، وهو يشمل أيضا الأحداث الداخلية مثل التفكير والتحليل والتذكر والشعور هذا التعريف للسلوك أساسا مشتق من السلوكية الراديكالية التي تعرف السلوكيات على أنها أفعال في سياق معين.

**السياق (Context):** يشير السياق إلى التفاعل بين السوابق والسلوكيات والنواتج ووظيفة السلوك في موقف معين.

**السوابق (Antecedents):** تشير لوجود متغيرات داخلية فورية مثل أفكارنا ومشاعرنا، ودوافعنا وأحاسيسنا، ومتغيرات خارجية، مثل التعليقات التي نسمعها من الآخرين، والأغنية التي نستمع إليها، أو ذكرى ما تظهر لنا، وهناك أيضا متغيرات أقل فورية تؤثر على سلوكنا، مثل تاريخ العائلة، التنشئة الثقافية، والتعلم والوراثة.

**العواقب أو النتائج (Consequences):** كل السلوكيات لها عواقب وبعبارة واضحة، تتم زيادة بعض السلوكيات أو تقليلها اعتمادا على العواقب من الناحية السلوكية، حيث يمكن أن تزيد التعزيزات أو العقوبات أو الإطفاء من السلوك أو تقلله.

**الوظيفة (Function):** تشير الوظيفة إلى عاقبة أو تأثير أو أثر أو غرض سلوك معين في السياق، والعديد من السلوكيات يمكن أن تبدو متشابهة ولكن لها وظائف مختلفة مثلا الشخص الذي يشرب شوكولاتة ساخنة ربما يفعل ذلك ليحرق تأثيرات مختلفة: فهو ربما يرغب في تذوق شيء حلو أو يريد أن يشعر بشيء دافئ في جسده، أو

مجرد تذوق الشوكولاتة، أو لأسباب أخرى، فالسياقية الوظيفية تُكون معنى منطقيا للسلوك البشري في السياق وتعتبر أن السلوك لا يحدث في عزلة ولكن في علاقة مع المتغيرات التي تثيره وتدعمه أو تقلله (زوريتا، 2022).

### نظرية الإطار العلائقي:

نظرية الإطار العلائقي (**Relational frame theory – RFT**) تقدم وصفا سلوكيا لكيفية اكتساب اللغة البشرية، هذه النظرية تسعى في جوهرها إلى تفسير القدرة الإنسانية الأساسية على ربط الأشياء ببعضها البعض، فالذهن البشري لديه القدرة على الجمع بين الأشياء والمفاهيم والأفكار وربطها ومقارنتها، إن البشر قادرون على استخدام اللغة لربط أي شيء بأخر هذه القدرة والميل اللاحق لاشتقاق العلاقات تقع في لب اللغة البشرية، أما بالنسبة لمصطلح الإطار العلائقي فهو مصطلح يصف كيف يرتبط مفهومان مع بعضهما البعض، ويحدد طبيعة تلك العلاقة.

أثناء مرحلة الطفولة يتعلم البشر كيفية استخلاص العلاقات ما بين الأشياء ويطور الأطفال بشكل سريع القدرة على إقامة علاقات بعدد من الطرق المعقدة، كما يكونون قادرين على استنتاج العلاقات بين المحفزات دون أن يتم تعليمهم بشكل مباشر ماهية العلاقة بين الأشياء، وتكمن المهمة الأساسية للغة في الكيفية التي نستخدمها من خلال لصق الرموز بالمفاهيم والأفكار والواقع ثم الكلمات المكتوبة، يوجد للغة شقين شق ايجابي يتمثل في التعلم والتفكير والتحليل والتخطيط وشق سلبي يتمثل في وضع القواعد واصدار الأحكام والتفكير في ذكريات الماضي الأليم وبالتالي قد تكون اللغة سببا في المعاناة الانسانية خاصة مع وجود مهارة ربط الأشياء مع بعضها البعض (بينيت وأوليفر، 2020).

### 5-3- مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام:

- المبدأ الأول للعلاج بالتقبل والالتزام هو التقبل ويكون عن طريق مواجهة الأفكار والمشاعر بتفتح.
- المبدأ الثاني يشمل التحرر والانفصال عن التجارب الشخصية وتغيير أسلوب التفاعل مع الأفكار والمشاعر والذكريات غير السارة عن طريق فصلها عن الذات ويسمى هذا بفك الاندماج.
- المبدأ الثالث يشمل الاتصال باللحظة الحالية بدلا من الانشغال بالماضي أو المستقبل.
- المبدأ الرابع هو تحديد القيم وتشمل أنواع مختارة من التصرف توجه وتحدد الوجهة في الحياة.
- المبدأ الخامس يشمل الالتزام السلوكي لتحقيق أهداف شخصية محددة وفق القيم الأساسية.
- المبدأ الخامس يشمل النظر للذات بنوع من المرونة أو ما يسمى بالذات كسياق من خلال الوعي بالذات دون التعلق بالمشاعر والأفكار والخبرات التي يمر بها الشخص (خطاطبة، 2021).

## 5-4- أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

تمثل أهداف العلاج بالتقبل والالتزام الرئيسية في زيادة السلوكيات القائمة على القيمة، مع ادارة العقبات الداخلية بمهارة، ولا يهدف العلاج بالتقبل والالتزام للحد من الأعراض لكنها تقل بشكل كبير عند استخدام مهارات العلاج بالتقبل والالتزام وخاصة المهارات التي تؤدي إلى العمل على تحقيق حياة غنية ذات معنى وهدف، ولعيش هذه الحياة لابد والانفتاح على مختلف المشاعر الصعبة والخروج من منطقة الراحة والعيش في الحياة بحضور دون التطلع المستمر للماضي أو المستقبل، مع الاستعداد لمواجهة العقبات الحياتية التي تظهر بشكل دائم بمرونة وحضور تام وانفصال عن التجارب باعتبارها خارجة عن الذات (بينيت & أوليفر، 2021).

### المرونة النفسية:

المرونة النفسية هي قدرة الشخص على الانفتاح على جميع تجاربه الجيدة والسيئة، مع القيام في الوقت نفسه بالأشياء التي تتوافق مع قيمه بحيث لا تشكل الأفكار والمشاعر السلبية عائقا أمام القيام بالأشياء التي يريد القيام بها.

يركز العلاج بالتقبل والالتزام على ست عمليات أساسية مرتبطة بالمرونة النفسية وهي متداخلة وعلى الرغم من امكانية تطبيقها بشكل فردي إلا أنها تعمل معا وتشمل:

**التقبل:** ويعني ملاحظة وقبول واحتضان جميع التجارب الشخصية، وخاصة تلك غير المرغوب فيها أو السلبية.

**فك الاندماج المعرفي:** ويعني ملاحظة الأفكار دون الالتصاق بها ودون محاولة تغييرها أو التحكم فيها.

**التواصل مع اللحظة الحالية:** وهو أن يكون الشخص على دراية تامة بتجاربه أثناء حدوثها هنا والآن.

**وضوح القيم:** ويعني تحديد الشخص لما يريد أن يكون عليه والإجراءات المستمرة التي يتخذها في حياته.

**السلوك الملتزم:** ويعني التزام الشخص بسلوكيات تخدم قيمه.

**الذات كسياق:** ويعني تواصل الشخص مع احساسه العميق بذاته من خلال مراقبة مشاعره وأفكاره وذكرياته بشكل متميز عن ذاته (Brand, 2016).

### التصلب النفسي:

التصلب النفسي هو طريقة غير مرنة للتعامل مع المشاعر والأفكار والتجارب الحياتية تؤدي إلى ظهور ست عمليات مرضية تتمثل في:

### الاندماج المعرفي:

والذي يعني تشابك الفرد مع أفكاره عديمة الفائدة لنأخذ كمثال أفكار شخص مصاب بالاكتئاب مندمج مع أفكار من قبيل: أنا سيء، لا قيمة لي، لن أتغير أبدا، سأظل هكذا دائما، كل شيء صعب، العلاج لن ينجح، لن أشعر بالتحسن أبدا، لا أستطيع النهوض من السرير وأنا على هذه الحال، أنا متعب جدا لدرجة أنني لا أستطيع فعل أي شيء.

### التجنب التجريبي:

التجنب التجريبي يعني محاولة رفض أو تجنب أو مراوغة التجارب الخاصة غير المرغوب فيها مثل الأفكار والعواطف والذكريات، لتوضيح ذلك لنأخذ كمثال مرضى الاكتئاب، غالبا ما يعاني مرضى الاكتئاب من محاولة رفض أو تجنب المشاعر المؤلمة مثل القلق والحزن والتعب والغضب والشعور بالذنب والوحدة والخمول قد يجربون أي شيء من المخدرات إلى الكحول إلى السجائر إلى البقاء أمام التلفاز أو النوم طوال الوقت في محاولة لتجنب هذه الأفكار المؤلمة.

### هيمنة الماضي والمستقبل:

يؤدي الاندماج والتجنب بسهولة إلى فقدان الاتصال بتجربتنا هنا والآن، من خلال الانغماس في ذكريات الماضي المؤلمة وتخيلات المستقبل مما يضيع اللحظة الحالية.

بالعودة إلى مثال مرضى الاكتئاب فإنه غالبا ما يقضي مرضى الاكتئاب الكثير من الوقت في الاندماج مع الماضي المتصور: اجترار أحداث الماضي المؤلمة، والتي غالبا ما تتعلق بالرفض والخسارة والفشل، كما أنهم يندمجون أيضا مع المستقبل المتصور: القلق بشأن كل الأشياء السيئة التي يمكن أن تحدث لهم.

### عدم وضوح القيم:

عندما يتم توجيه سلوكنا بشكل متزايد من خلال الاندماج مع أفكار غير مفيدة أو من خلال محاولات تجنب التجارب الخاصة غير السارة، فعالبا ما يتم فقدان قيمنا الأساسية وإهمالها وغالبا ما نتوقف عن التحرك باتجاهها.

### عدم وجود سلوك ملتزم:

عدم اتضاح القيم وعدم الاتصال بما يجعلنا غير قادرين على استخدامها كدليل لسلوكياتنا، غالبا ما يغيب عن مرضى الاكتئاب قيمهم مثل مساعدة الآخرين أو التواصل معهم، وأن يكونوا مفيدين، ويحافظوا على صحتهم ورفاهيتهم، ويستمتعوا، ويمارسوا أنشطة محفزة مثل الرياضة والعمل والترفيه.

### التعلق بمحتوى الذات:

لدينا جميعا قصة تحدد هويتنا. هذه القصة معقدة ولها عدة طبقات، ويتضمن عناصر موضوعية مثل اسمنا، وجنسنا، وأصولنا الثقافية، وحالتنا الاجتماعية، ومهنتنا. ويتضمن أيضا أوصافا وتقييمات للأدوار التي نلعبها، والعلاقات التي لدينا، ونقاط القوة والضعف لدينا، وما نحب وما نكره، وآمالنا، وأحلامنا وتطلعاتنا.

إذا نظرنا إلى هذه القصة بطريقة أفضل، فإنها يمكن أن تعطينا صورة ذاتية تساعد في تحديد من نحن وماذا نريد في الحياة. من ناحية أخرى، أما إذا اندمجنا مع هذه القصة وبدأنا في الاعتقاد بأننا نحن هذه القصة، فسوف يخلق ذلك كل أنواع المشاكل. هذه القصة في العلاج بالتقبل والالتزام ينظر لها على أنها "الذات المتصورة أو الذات كمحتوى".

حتى الاندماج مع وصف إيجابي قد يصبح مشكلة. على سبيل المثال، ما هي خطورة الاندماج مع قصة "أنا قوي ومستقل"؟ هذا سيجعلك تفكر كثيرا في نفسك وقدرتك على مواجهة مشاكل الحياة، ولكن ماذا يحدث عندما تحتاج بالفعل إلى المساعدة وتندمج كثيرا مع وصفك الذاتي الإيجابي لدرجة أنك قد لا تستطيع قبول طلب المساعدة؟

في حالة الاكتئاب، يندمج المرضى عادة مع وصف ذاتي سلبي: "أنا سيء، لا قيمة لي، أنا فاشل، أنا عديم القيمة، أنا غبي، أنا قبيح" (Hayes, 2017).

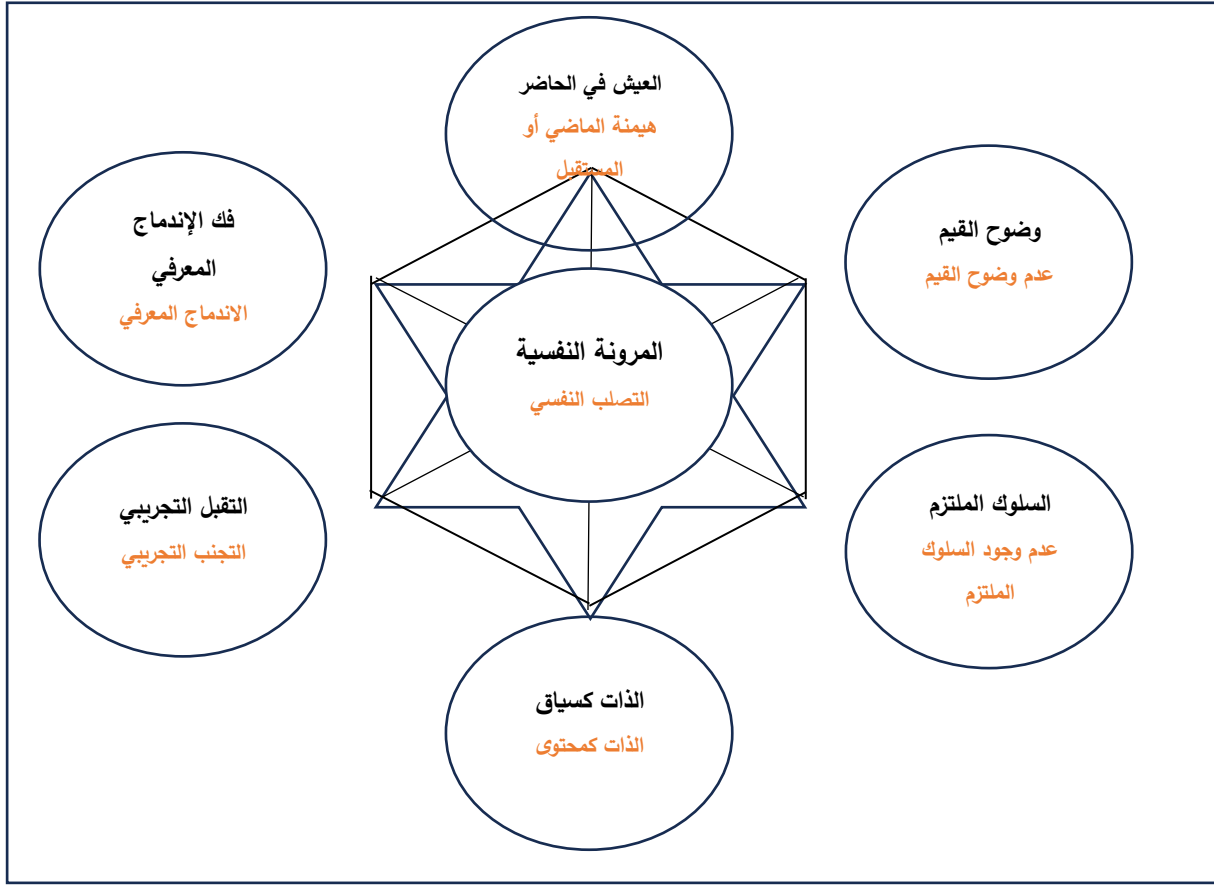
### 5-5- أهم تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام:

#### التقبل التجريبي:

التقبل هو أخذ الوقت الكافي للتعرف على الأفكار والمشاعر وتسميتها مع ملاحظتها وملاحظة تغييراتها، وعليه لا نحاول قمعها أو تغييرها أو رفضها، بمعنى آخر: السماح لها بالحضور مع أخذ موقف التعاطف مع الذات (قاصب، 2021).

ويعني التقبل أيضا الانفتاح على التجارب والسماح لها أن تكون كما هي، من أجل اتخاذ خطوات نحو القيم المختارة إن التقبل هو اختيار وفعل متعمد يبدي الفرد من خلاله الاستعداد لترك الأفكار والمشاعر كما هي حتى المشاعر المزعجة كالقلق والغضب، ويتم من خلال توفير مساحة كافية للتجارب الصعبة التي يمر بها الشخص، ويعد التجنب التجريبي الموقف المعاكس للتقبل، وهو يشير لتجنب الأشياء التي نعتبرها مؤلمة ومنفرة ومهددة ويتم تطبيق هذا على المشاعر والأفكار والذكريات وهناك عدة أساليب متعددة للتشتيت والتجنب كإيذاء الذات وتعاطي المخدرات وقضاء وقت طويل على مواقع التواصل الاجتماعي، وهو يعمل بشكل مؤقت لتوفير الراحة من

المعاناة وعلى المدى القصير فقط لكنه لا يجدي نفعا على المدى الطويل، ويمكن لسلوكيات التجنب من مفاومة المشكلة بشكل أكبر وتحد هذه السلوكيات من قدرتنا على متابعة الأهداف والقيم.



شكل 1. نموذج هيكتسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي حسب نموذج (ACT):

كما تكمن المشكلة في محاولات التحكم في الأفكار والمشاعر والذي يولد صراعا عقيما لدى الفرد، والمفارقة تحدث عندما يتم التخلي عن الصراع الذي لا فائدة منه، ويتم التوقف عن القتال مع ما هو موجود بالفعل وحينها فقط تحدث الراحة، إن اختيار التقبل يقلل كثيرا من فرصة مضاعفة المشكلات المتوقعة، مما يوفر المزيد من الطاقة للقيام بالأشياء المهمة فعلا في حياة الفرد (بينيت وأوليفر، 2021).

### فك الاندماج المعرفي:

الغرض الأساسي لعملية فك الاندماج هو إيقاف العمليات اللغوية أثناء انحرافها عن سياقها من خلال ادراجها ضمن سياقها، بحيث يتم تفعيل الملاحظة لرؤية أفكارنا بدلا من النظر من خلالها والاشتباك معها، باعتبار الأفكار مجرد مجموعة من الصور والكلمات، ففي الاندماج المعرفي مع الأفكار تبدو الأفكار وكأنها حقيقة واقعية وتحدث بالفعل في الوقت الحالي هنا والآن، رغم أنها قد تكون مجرد ذكريات أو تنبؤات بالمستقبل، كما تبدو وكأنها هامة ونوليها كل اهتمامنا ونأخذها على محمل الجد ونصدقها بشكل حرفي، في حين يعتبر فك الاندماج نوع من

التشكيك في مصداقية هذه الأفكار باعتبارها قد تكون صحيحة وقد لا تكون كذلك كما قد تكون مهمة وقد لا تكون مهمة، حيث يتم النظر للأفكار على أنها ليست أوامر يتعين طاعتها بشكل دائم ولا يتم إيلائها اهتماما كبيرا وأخذها بمجدية إضافة للنظر في مدى فائدة هذه الأفكار في خدمة القيم واتخاذ إجراءات فعالة في الحياة (قاصب، 2021).

### اليقظة الذهنية:

تعد اليقظة الذهنية من أقدم المهارات التي عرفها الإنسان، وهي في جوهرها بسيطة إذ تعني إعادة اكتشاف طعم المياه العذبة أو زرقة البحر، وهي تعلم أو إعادة تعلم كيف تكون حاضرا وكيف تعيش اللحظة.

إن اليقظة الذهنية تعني بأن نصبح أكثر وعيا بما يحدث هنا والآن، ومما يزيد من القدرة على الاستمتاع بالحياة، بدلا من الاستعجال فيها للوصول إلى مكان ما، فأن يكون المرء حاضر الذهن هذا يعني أنه يصبح أقل انسياقا مع تيارات الأفكار والمشاعر السلبية كالقلق والخوف والغضب (وات، 2021).

في أغلب الأحيان يغرق الأشخاص في الماضي أو المستقبل عن طريق الانتقال بينهما بواسطة أفكارهم، وذلك لأننا عادة نفكر في الأشياء التي حدثت لنا أو في ما يجب أن نفعله لاحقا، و نقضي وقتنا أقل بكثير في تجربة ما يحدث الآن في الحاضر، يحدث التواصل مع اللحظة الحالية عندما نختبر الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية كعمليات تحدث الآن بدلا من الأحداث التي تشير إلى الماضي أو التي ستحدث في المستقبل، يتم تعريف الاتصال باللحظة الحالية عموما على أنه تجربة واعية للأحداث الداخلية والخارجية أثناء حدوثها، دون الارتباط بالتقييم أو الحكم، ومن الناحية العلاجية يساعد الاتصال باللحظة الحالية على تجربة العالم الخارجي والداخلي كما هو بالفعل، بدلا من العالم كما يصوره السلوك الرمزي للشخص.

يحتوي العمل على الاتصال باللحظة الحالية على أوجه تشابه مع العديد من الممارسات والعلاجات القائمة على الوعي الذهني وهو يشتمل على مهارتين على الأقل لتجربة ما يحدث في الوقت الحاضر بشكل مفتوح وكامل، وتسمية هذه الأحداث ووصفها دون إصدار أحكام عليها (Twohig & Hayes, 2008).

يعمل العلاج بالتقبل والالتزام على تعزيز الاتصال الفعال باللحظة الحالية حيث يتم تدريب الأشخاص على ملاحظة ما هو موجود في البيئة وفي التجارب الخاصة، كما يتم تعليمهم تسمية ووصف ما هو موجود، دون إصدار أحكام أو تقييم مفرط، تساعد هذه العناصر معا في إنشاء إحساس "بالذات كعملية وعي مستمر" بالأحداث والتجارب (على سبيل المثال، الآن أشعر بهذا، والآن أفكر في ذلك).

يتم استخدام مجموعة واسعة من التقنيات لتوجيه الأشخاص نحو الحاضر بعد إزالة الاندماج المعرفي والتجنب التجريبي (Strosahl & Hayes, 2004).

### القيم:

القيم هي الاتجاه الذي يسلكه الفرد في الحياة، وهي أشبه ببوصلة ترشد صاحبها إلى ما يهيمه ولكيفية التصرف وفق ما يهيمه، القيم هي الطريقة التي يريد أن يكون بها الشخص وماهي الأشياء التي يهتم لها وكيف ومن هم الأشخاص الذين يهتم لهم، تشمل القيم جميع مجالات الحياة ذات الأهمية لدى الفرد وهي تحدد السلوك المثالي له وتشجعه، بعض الأمثلة عن القيم : أن يكون الشخص داعما، لطيفا، رحيما، محترما، محبا، مبدعا وغيرها، تعتبر القيم موجها فقط فهي لا تحدد الأسلوب أو الطريقة التي نصل بها للقيمة المراد تفعيلها، وانما توضح الأولويات فقط، ليست القيم أهدافا فالأهداف قابلة للتحقيق وتنتهي بمجرد الوصول إليها، إلا أن القيم أكثر توسعا وتعيش بأكثر من طريقة وهي غير منتهية، يمكن وضع مجموعة من الأهداف ضمن القيمة الواحدة لأن القيم خصال يسعى الفرد لتحقيقها لكنه لا يصل إليها 100% فالفرد لا يمكن أن يكون محققا للصدق أو العدل أو الاحترام بشكل تام، لكن يمكنه أن يحقق قيمه من خلال أهداف محددة، و عندما ينخرط الفرد في سلوكيات التكيف الخطأ كالتجنب التجريبي والاندماج المعرفي فهو يتعد عن تحقيق قيمه، وبدلا من فعل ما يهيمه ويحقق له المعنى من حياته فإن سلوكياته تتمحور حول تجنب الألم وتجنب المعاناة (مكاي وآخرون، 2022).

يمكن للقيم أن توفر التوجيه والتحفيز في العلاج أيضا، وبالتالي قد تقدم حلولاً للمشكلات المثارة في الجلسة العلاجية، تقوم القيم بتوجيه العلاج من خلال استهداف الاندماج المعرفي والتجنب التجريبي اللذان يعملان كحواجز أمام عيش حياة قيمة وكذلك السلوك يتم دفعه بالقيم (Hayes et al., 2004).

### الفعل الملتمزم:

هو إجراء سلوكي يقوم به الفرد مسترشدا بقيمه المختارة، من خلال الالتزام بمسارات معينة، إنه السلوك المرتبط بالقيم الحقيقية للشخص مع الوعي بما يفعله والعواقب التي قد تترتب على ذلك يمكن أن يجعل تجارب الحياة أكثر ثراء، إن الشخص الذي يتخذ مثل هذا القرار الواعي بالتصرف يشعر بمزيد من الرضا فهو يسمح لنفسه بقبول المواقف والنتائج الإيجابية والسلبية.

بعد المرور بالعمليات الخمس الأولى والتوصل إلى قرار السلوك والفعل، يمكن البدء بتطبيق التدخلات السلوكية (تحديد الأهداف، والتعرض، والتنشيط السلوكي، والتدريب على المهارات، وما إلى ذلك) يمكن لمثل هذه التدخلات أن تعزز السلوك الملتمزم من خلال تعلم أشياء مثل إدارة الوقت، والتفاوض، وتهذئة الذات، وحل المشكلات، والحزم، والتعامل مع الأزمات، وبدون الالتزام لا يمكن اتخاذ قرار بشأن السلوك يمكن أن يبقى الشخص في دائرة التسويف والهروب والتجنب (Huffman, 2018).

إن مناقشة القيم دون مناقشة ماهي الخطوات الضرورية لعيش حياة هادفة وغنية ومرضية ليس لها أي معنى دون التزام سلوكي وينطبق السلوك الملتمزم على السلوكيات الخارجية العلنية والسلوكيات الداخلية (أي الأحداث المؤلمة)

وتتضمن السلوكيات المدفوعة بالقيم سلوكيات علنية كالتدريب وحل المشكلات المختلفة، كما يتطلب الانفتاح على الأفكار والمشاعر غير المريحة (زوريتا، 2022).

بمجرد أن يتم التعرف على الحواجز النفسية المتمثلة في التجنب التجريبي والاندماج المعرفي بشكل أكبر ويتم تحديد القيم يصبح اتخاذ التزامات محددة والحفاظ عليها مهما، تضمن الالتزامات تحديد الأهداف في مجالات محددة على طول مسار الفرد ثم العمل على هذه الأهداف، ومن خلال الزيادة التدريجية في حجم واتساع الأهداف والالتزامات السلوكية المنوطة بها يتم تشجيع المفحوص على أن يكون مسؤولاً عن أنماط التصرفات الناتجة عنه.

والهدف من كل هذا هو بناء أنماط سلوكية تبدأ في العمل لصالح الشخص، إن عمليات فك الاندماج والتقبل التجريبي والقيم والفعل الملتزم تساعد الشخص على قبول المسؤولية من أجل القيام بالتغيرات السلوكية والتكيف والمثابرة عند الضرورة، وبالتالي فإن العلاج بالتقبل والالتزام يوازن بين الاستراتيجيات العملية حينما تكون الأمور قابلة للتغيير، ويستخدم التقبل /اليقظة الذهنية حينما تكون الأمور غير قابلة للتغيير أو صعبة التغيير ( Hayes & Strosahl, 2004).

### الذات كسياق:

تعرف الذات كسياق أيضا بأنها فضاء نفسي يمكن بواسطته ومن خلاله ملاحظة جميع خبراتنا النفسية المتغيرة وتقبلها والانفتاح عليها، وهي عملية وعي خالص تتم حين يلاحظ الشخص أنه يفكر أنه يشعر، أنه يفعل وليس أنه هو الفكرة أو الشعور أو الحدث (قاصب، 2021).

إن مصطلح الذات كسياق يشير إلى الذوات المختلفة التي نحملها معنا: وأنواع الذوات المحددة في العلاج بالتقبل والالتزام هي:

الذات كمحتوى أو الذات المفهومة وتشمل هذه الذات التقييمات الذاتية والتصنيفات والأحكام على سبيل المثال (أنا سيء، أنا طيب).

والذات كعملية وهي الذات الواعية بالخبرات الحالية بشكل مستمر والذات كسياق أو الذات الملاحظة وهذه هي الذات التي تختبر الأحداث الداخلية والخارجية بملاحظة وانفصال عن الخبرات (زوريتا، 2022).

إن الاندماج المفرط مع الذات المتخيلة (كمحتوى) يمثل تهديدا للمرونة النفسية، من خلال تعلم رؤية الذات كسياق فإننا نحاول بوعي رفع مستوى الاتصال بأنواع بديلة من الخبرة الذاتية وذلك من خلال النظر إلى السياق الذي تحدث فيه الأحداث الخاصة مثل الأفكار والمشاعر والذكريات والأحاسيس.

ويمكن الوصول لهذا من خلال عمليات فك الاندماج واليقظة الذهنية، الميزة الكبرى لهذا الشعور بالذات هو أنه سياق لا يشكل فيه محتوى الوعي تهديدا للشخص وبعبارة أخرى فإن الذات كسياق تدعم التقبل التجريبي من

خلال تعزيز الاتصال الفعال والمفتوح على اللحظة الحالية وملاحظة ما هو موجود في البيئة وفي التجربة الخاصة في الذات كسياق يتم تعليم المفحوص كيفية تسمية ما هو موجود دون الإفراط في الحكم عليه أو تقييمه كما يتم إنشاء شعور "بالذات كعملية وعي مستمر للتجارب "

كمثال: (الآن أنا أشعر بأني حزين ويأس أنا الآن أفكر في أنني دون قيمة) بدلا من: (أنا يائس وحزين، أنا دون قيمة) حين ننظر للأفكار على أنها سياقية وعابرة فإن هذا يجنبنا النظر لأنفسنا على أننا الأفكار نفسها أو المشاعر نفسها وبالتالي فإن الذات كسياق تعلم الفرد القدرة على فصل نفسه عن مشاعره وأفكاره باعتبارها مؤقتة (Hayes & Strosahl, 2004).

### الاستعارة العلاجية:

تستخدم الاستعارة قوة اللغة من أجل التغيير السلوكي، تستخدم الاستعارة بكثرة في العلاج بالتقبل والالتزام لشرح مختلف عناصر نموذج الهيكسافلريكس، وهناك العديد من الاستعارات مثل استعارة اسقاط المرساة واستعارة السماء والطقس، استعارة الرمال المتحركة وغيرهم، تسمح الاستعارات بإجراء مقارنة بين موضوعين أو خبرتين لا يتم مقارنتهما عادة وبهذا الطريقة يمكن نقل المعلومات من شبكة علائقية واضحة إلى شبكة أخرى غير واضحة وغير معروفة من أجل النظر إلى وجهات نظر جديدة وبالتالي فالاستعارة هي وسيلة يتم من خلالها تقديم المعلومات (بينيت وأوليفر، 2021).

تستخدم الاستعارات جنبا إلى جنب مع التمارين التجريبية في العلاج بالتقبل والالتزام حيث تقوم التمارين التجريبية هي الأخرى بمساعدة المفحوص على تجربة تقنيات النموذج العلاجي الستة، تساعد التمارين التجريبية على نقل التقنية العلاجية من منظور نظري لمنظور تطبيقي على سبيل المثال تمرين أنت المستمر وتمرين تركز في قلبك تمرين التمرين ببساطة تهدف هذه التمارين لمساعدة المفحوص على تجربة اليقظة الذهنية والعيش في الحاضر كما تساعد على استيضاح القيم والأهداف والنوايا وتسهل الاحساس بالذات الملاحظة.

### التعاطف مع الذات (الرحمة بالذات):

إن مفهوم التراحم الذاتي هو مفهوم بسيط يعني استبدال أفكار النقد الذاتي بمشاعر الرحمة نحو الذات والتعاطف معها ومع مختلف تجاربها، يساعد تنمية التعاطف الذاتي في اختبار المزيد المشاعر الإيجابية خاصة عند حمل العيوب والاختفاء بلطف، يمكن القيام بالتعاطف مع الذات من خلال التحدث معها بلطف ورحمة وشفقة كما يمكن القيام به من خلال أفعال مختلفة لا يفعلها الشخص عادة بحيث يكافئ الشخص نفسه بأشياء جديدة (مكاي وآخرون، 2022).

### خلاصة الفصل:

من الواضح أن مجال العلاج المعرفي السلوكي قد تطور بشكل كبير منذ بدايته في الستينيات والسبعينيات وحتى يومنا هذا، يوجد الآن عدد من النماذج المحددة ذات الطبيعة المعرفية السلوكية، والفعالية المثبتة لهذه النماذج قوية بشكل كبير، لقد مكّن التركيز المستمر على نتائج البحث المنظرين والمعالجين المعرفيين السلوكيين من تحقيق تقدم مطرد في الحث والممارسة، وسيؤدي بالتأكيد إلى تحسينات مستمرة في المستقبل، وهذا ما حاولنا توضيحه في هذا الفصل بدءاً بإلقاء نظرة موجزة على الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي إلى التغييرات التي حصلت في الموجة الثانية ووصولاً للموجة الثالثة والاضافات التي قدمتها في مجال العلاج المعرفي السلوكي.

# الفصل الثالث: الاكتئاب

### تمهيد:

الاكتئاب هو اضطراب نفسي يؤثر على شعور الفرد وطريقة تفكيره وتصرفه، ويعد أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا مقارنة بباقي الاضطرابات النفسية، ويمكن أن يصيب الأشخاص في أي مرحلة من مراحل العمر، سواء كانوا بالغين أو مراهقين أو أطفالا، يشمل الاكتئاب مشاعر مستمرة من الحزن وفقدان الأمل وقلة الاهتمام بالأنشطة الممتعة، مع صعوبات بالغة في التركيز، وتغيرات على عدة مستويات في النوم والشهية وقد يترافق مع أفكار انتحارية وعدة أعراض أخرى يمكن أن تظهر على المصابين به، هناك أيضا العديد من المسببات التي قد تؤدي للإصابة بالاكتئاب ويتطلب التعامل معه دعما مناسباً، في الوقت الراهن توجد العديد من العلاجات التي تساعد الشخص المكتئب في هذا الفصل سنتعرف بمزيد من الاسهاب عن الاكتئاب مسبباته، أعراضه، محكاته التشخيصية والنظريات المفسرة للإصابة به والعلاجات المتاحة ومدى انتشاره.

## 1- تعريف الاكتئاب:

لغة: اكتئاب مصدر اكتأب أي شعر بالحزن وبأسى، تألم، واغتم (قاموس المعاني).

اصطلاحاً:

تعريف منظمة الصحة العالمية للاكتئاب (WHO): يعد اضطراب الاكتئاب حالة منتشرة على نطاق واسع، حيث تؤثر على ما يقارب من 33.4 مليون شخص في المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية، يتميز الاكتئاب بمزاج مكتئب غير طبيعي، وفقدان المتعة، يستمر معظم اليوم لمدة أسبوعين على الأقل، ويستمر لمدة ستة أشهر في المتوسط، يتميز الاكتئاب بنقص الدافع، يمكن أن تسبب الأعراض الأخرى ضعفاً وظيفياً ملحوظاً، مثل اضطراب النوم (الأرق أو فرط النوم)، ونقص الطاقة، وضعف التركيز، ونقص الشهية أو زيادتها، ومشاعر غير مناسبة مرتبطة بتأنيب الذات، والأفكار المرضية المتكررة حول الموت والانتحار (Smit et al., 2016).

يعرفه (Honos-webb, 2006) بأنه اضطراب يعاني فيه المصاب من مزاج مكتئب معظم الوقت لمدة أسبوعين على الأقل أو فقدان الاهتمام بشكل كبير في جميع الأنشطة المعتادة، بالإضافة إلى هذه الأعراض فإنه يعاني أيضاً من فقدان الوزن غير المبرر أو غير المعتاد أو زيادة في الوزن، الأرق أو فرط النوم، التباطؤ الجسدي أو الإثارة الجسدية، التعب وفقدان الطاقة بشكل يومي، الشعور بعدم القيمة والشعور بالذنب، صعوبة التركيز، تفكير متكرر حول الموت أو الانتحار، وهو لا يؤثر فقط على الجانب النفسي بل يؤثر أيضاً على الأداء الجسدي لذلك يتغير النوم والأكل والنشاط الفسيولوجي.

يعرف (عطية، 2024) الاكتئاب بأنه اضطراب متعدد العوامل يتضمن عدة أعراض كالأعراض السلوكية والتي تشير إلى تباطؤ حركي أو استثارة حركية وسلوكيات الانتحار، والبكاء والإدمان، إضافة للأعراض المعرفية وتشمل التقييم السلبي للذات والآخرين والمستقبل، وأعراض اجتماعية كالتجنب للمواقف الاجتماعية وازدياد الاعتماد على الآخرين، إضافة لأعراض بيولوجية كالأرق أو النوم المفرط والتعب ومشاكل الشهية والمشاكل الجنسية وفقدان الوزن أو زيادته، وآلام الجسد، وأعراض أخرى ترتبط بالمزاج المنخفض والحزن طوال الوقت.

يعرفه (مندوه، 2024) بأنه حالة انفعالية قد تكون وقتية أو دائمة، تشيع فيها مشاعر الضيق والحزن واليأس يشمل أعراض معرفية وسلوكية وجسمية وشعورية، يظهر على المصاب به فقدان الاهتمام ومشاعر بالفشل وعدم الرضا ومشاعر الذنب والتشاؤم بالنسبة للمستقبل وصعوبة اتخاذ القرارات، مع إرهاق مستمر وفقدان في الشهية والتعب والتباطؤ النفسي الحركي.

تعرفه (كنز، 2014) بأنه مزاج منخفض تغلب فيه مشاعر الحزن وتكون مصحوبة بقلّة النشاط والعزلة الاجتماعية، وفقدان الاستمتاع ومشاكل في العلاقة بالذات والآخرين، وانخفاض الدافعية والعجز مع نقص في الطاقة وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية.

يعرفه (Beck & Alford 2009) من حيث مجموعة من السمات: حيث يشمل الاكتئاب تغير في المزاج كالحزن، الشعور بالوحدة، اللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم ذاتي سلبي مرتبط باللوم والتأنيب الذاتي، ومجموعة من الرغبات الرجعية والعقابية الذاتية مثل الرغبة في الهروب، أو الاختباء، أو الموت، ترافقها تغيرات جسدية تشمل فقدان الشهية، الأرق، فقدان الرغبة الجنسية مع تغير في مستوى النشاط.

## 2- أسباب الإصابة بالاكتئاب:

بعض عوامل الخطر التي من الممكن أن تتسبب في الإصابة بالاكتئاب:

- وجود تاريخ عائلي للإصابة بالاكتئاب.
- وفاة أو مرض أحد الأشخاص المهمين للفرد.
- ضغوط نفسية وجسدية مستمرة في بيئة العمل.
- التعرض لإساءة جسدية أو جنسية أو عاطفية.
- العوامل الوراثية حيث وجد أن نسبة حدوث مرض الاكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة) بحيث تصل هذه النسبة إلى حوالي 70% وكذلك تبلغ نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى قد تصل لـ 20%.
- اختلال في النواقل العصبية مثل: (النور بينيفرين، والسيروتونين).
- إساءة استخدام العقاقير والمواد النفسية والكحول وغيرهم من المواد المسببة للإدمان.
- الإصابة بمرض طبي مزمن أو خطير.
- أحداث الحياة الكبرى على سبيل المثال تغيير محل الإقامة أو التخرج أو السفر أو الزواج أو الطلاق أو فقدان الوظيفة.
- وجود صعوبات مالية.
- يمكن أن يحدث الاكتئاب بسبب حالات طبية مثل الإصابة بنوبة قلبية أو السرطان أو أمراض عصبية (مثل الزهايمر وباركنسون)، وبسبب التغيرات الهرمونية (مثل سن اليأس).
- الفشل المفاجئ في بعض المواقف مثل الرسوب الدراسي أو الفشل في الارتباط أو في الحصول على وظيفة.
- عدم القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية.

- الظروف البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد (الفقر، البطالة).
- الإحساس بالمشكلات الحضارية مثل المشكلات البيئية والمشكلات العالمية والإنسانية (عاشور، 2018).

### 3- أعراض الاكتئاب:

تنقسم أعراض الاكتئاب إلى أعراض تتعلق بالمزاج وأعراض معرفية وأعراض جسدية يوضح الجدول التالي أهم أعراض الاكتئاب المتعارف عليها:

### جدول 3.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي للاكتئاب

أعراض مزاجية	أعراض معرفية	أعراض جسدية
- مزاج مكتئب	- ضعف القدرة على التركيز	- اضطرابات النوم (أرق أو فرط النوم)
- تهيج	- ضعف الذاكرة	- اضطرابات الشهية
- انعدام المتعة	- التردد	- فقدان الوزن أو زيادته
- مشاعر الذنب	- تباطؤ التفكير	- تعب
- فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة	- تفكير سلبي بشأن الذات والآخرين والمستقبل	- أعراض جسدية كالصداع والامساك
- انسحاب اجتماعي		
- أفكار انتحارية		

المصدر: (Mondimore & Kelly, 2015)

### 4- المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب:

- A.** خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لأسبوعين، بحيث تشكل تغييراً في الأداء الوظيفي، وأحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقدان للاهتمام والمتعة.
1. مزاج منخفض طوال اليوم، كل يوم تقريباً، يعبر عنه بشكل ذاتي مثل الشعور بالحزن أو اليأس أو يلاحظ من قبل الآخرين.
  2. انخفاض ظاهر في الاهتمام أو الاستمتاع في الأنشطة اليومية أو في معظمها وذلك طوال اليوم وفي جميع الأيام تقريباً، ويستدل على ذلك بالتعبير الذاتي أو بملاحظة الآخرين.
  3. فقدان وزن واضح مع غياب الحمية الغذائية، أو اكتساب وزن أو انخفاض الشهية أو زيادتها.
  4. أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً يكون ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس ذاتية.
  6. تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
  7. مشاعر بعدم القيمة أو شعور بالذنب والذي قد يكون توهماً كل يوم تقريباً.
  8. انخفاض القدرة على التفكير والتركيز، وعدم الحسم، كل يوم تقريباً يكون إما بالتعبير الذاتي أو بملاحظة الآخرين.
  9. أفكار متكررة عن الموت، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة واضحة، أو محاولة انتحار.
- B.** تسبب هذه الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C.** لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة معينة (مثل سوء استخدام أي عقار، تناول أدوية، أو عن حالة طبية أخرى). (الحمادي، 2023).

## 5- النظريات المفسرة للاكتئاب:

### 5-1- النظرية البيولوجية لتفسير الاكتئاب:

أثبتت الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة أن قابلية توريث اضطراب الاكتئاب قد تصل إلى 37%.

من الناحية الجينية تشير بعض الدراسات إلى البوليمورفيم الخاص بالجين الناقل للسيروتونين له دور في الإصابة بالاكتئاب وخاصة عند وقوع أحداث مؤلمة في حياة الفرد المصاب، هناك أدلة أيضاً على أن هناك جينا يؤثر على وظيفة الدوبامين، يسمى جين 4.2-DRD وهذا وفق ما تم التوصل إليه في الدراسة التحليلية التي شملت 917 مصاباً بالاكتئاب، وقد اتضح أن الاكتئاب يظهر لدى الأشخاص الذين لديهم تعدد شكلي البوليمورفيم في جين 4.2-DRD، ولأن الاضطرابات المزاجية تتميز بعدد كبير من الأعراض، فإن أغلب الباحثين يرجحون أن سبب هذه الاضطرابات يرجع لمجموعة من الجينات وليس لجين واحد، ولا تتحكم الجينات في إصابة الفرد أو عدم اصابته بقدر ما تتحكم في طريقة الاستجابة والتنظيم الانفعالي وبالتالي فإن الجينات تؤثر في إصابة الفرد بالاكتئاب مع توافر عوامل أخرى.

أما فيما يتعلق بالنواقل العصبية فقد ركزت الدراسات على ثلاث نواقل عصبية التي من المحتمل أن تلعب دوراً أساسياً في الإصابة بالاكتئاب (النوريبينفرين، الدوبامين، السيروتونين)، وتكون مستويات هذه النواقل العصبية لدى المصابين بالاكتئاب منخفضة غالباً، لكن رغم ذلك لا يعد هذا التفسير الوحيد للإصابة بالاكتئاب، إذ تركز مؤخرًا الدراسات على حساسية المستقبلات وهذا كبديل للتركيز على مستويات النواقل العصبية فقط، حيث يتم اختبار حساسية هذه المستقبلات من خلال تحديد مستويات النواقل العصبية، وقد أشارت دراسات استهلاك

الترتوفان إلى أن انخفاض السيروتونين في المستقبلات العصبية يرتبط عادة بحدوث الاكتئاب، كذلك فإن الاكتئاب يبدو مرتبطا أيضا بانخفاض حساسية مستقبل الدوبامين.

تظهر دراسات تصوير الدماغ إلى أن نوبات الاكتئاب ترتبط بتغيرات كثيرة في الأنظمة المخية التي تنشط عند الشعور بانفعالات قوية وتشمل هذه الأنظمة (اللوزة، الحصين، الحزام الأمامي والقشرة قبل الجبهية)، توضح دراسات التنشيط الوظيفي وجود مستويات مرتفعة من النشاط في اللوزة عند المصابين بالاكتئاب، كما يرتبط الاكتئاب بزيادة النشاط في منطقة الحزام الأمامي، وانخفاض في نشاط منطقة الحصين خاصة حين يتعرض المصاب بالاكتئاب لمثيرات وجدانية، وترتبط العديد من الدراسات بين زيادة افراز هرمون الكورتيزول (هرمون الإجهاد) والإصابة بالاكتئاب (جونسون وآخرون، 2017).

## 5-2- النظرية السلوكية لتفسير الاكتئاب:

تفترض النماذج السلوكية أن الاكتئاب هو نتاج ارتباطات السلوك والبيئة في حياة الشخص والتي تتطور مع مرور الوقت، تولي هذه النماذج اهتماما خاصا للعلاقات الموجودة بين سلوك الشخص والعواقب الناتجة داخل البيئات التي تحدث فيها هذه السلوكيات على سبيل المثال، قد يؤدي تأجيل أحد الأشخاص لأداء واجباته المنزلية بعد المدرسة (سلوك) إلى اضطراره إلى أداء المهمة بسرعة كبيرة قبل الفصل (نتيجة)، وتسليم ورقة بحثية منخفضة الجودة (نتيجة)، والحصول على درجة أقل لها العمل (نتيجة) مما يؤثر على مزاجه.

مسترشدا بأفكار مستمدة من السلوكية المبكرة (على سبيل المثال سكينر 1957، اقترح فيرستر 1973) أن الاكتئاب ينشأ من التعلم ويتميز بما يلي :

- عدم تلقي تعزيز إيجابي من البيئة لسلوكيات معينة.
- زيادة في العواقب المترتبة على هذه السلوكيات.

مع مرور الوقت تصبح سلوكيات الأفراد المكتئبين مدفوعة بشكل متزايد بالتعزيز السلبي (أي تقليل الضيق وتجنب العواقب السلبية) ويتوقف السلوك المعزز عادة (على سبيل المثال، الذهاب للنزهة في يوم مشمس) عن إحداث عواقب إيجابية وهذا بدوره يؤدي إلى انقراض السلوكيات التي يحتمل أن تعززها، فمثلا إذا قوبلت جهود شخص ما لتطوير الصداقات بالرفض أو عدم الاهتمام من الآخرين، فقد يتوقف عن محاولة تكوين روابط (أي يتم إخماد السلوك).

وفقا لفيرستر، فإن الانخفاض في التعزيز الإيجابي المشروط بالاستجابة يؤدي إلى العديد من العواقب السلوكية التي تسبب الاكتئاب، حيث رأى إن الناس يلجؤون إلى الداخل ويركزون على معاناتهم الداخلية على حساب المراقبة والاستجابة للمصادر المحتملة للتعزيز الإيجابي في بيئاتهم، و نظرا لأنه يتم تعزيز مجموعة محدودة من السلوكيات

بشكل إيجابي، فإن نطاق السلوكيات التكيفية لدى الأفراد المكتئبين يضيق، ويطورون ذخيرة سلوكية سلبية بشكل متزايد، و بما أن محاولات المشاركة الفعالة في البيئة لا يتم تعزيزها بشكل إيجابي في كثير من الأحيان، يصبح النطاق السلوكي للأفراد المكتئبين يركز على التجنب أو الهروب من العواقب المنفرة المتوقعة للتفاعلات داخل بيئاتهم، باختصار يقترح نموذج فيرستر السلوكي أن الاكتئاب ينشأ في المقام الأول من النقص المزمن في التعزيز الإيجابي من البيئة، مما يساهم في النهاية في زيادة التركيز على التجارب السلبية الداخلية، وانخفاض المشاركة في السلوكيات التكيفية، وزيادة سلوكيات التجنب.

وعلى غرار النموذج السلوكي للاكتئاب الذي وضعه فيرستر سنة 1973، أكد لوينسون (1974) أيضاً على أهمية قوة الاستجابة المشروطة وعلى وجه التحديد، اقترح أن معدل حصول الأفراد على التعزيز المشروط بالاستجابة يتأثر بما يلي:

- عدد الأحداث التي من شأنها أن تعزز الفرد.
- توفر تلك الأحداث في البيئة.
- سلوك الفرد المطلوب لتوليد التعزيز الإيجابي.

قد يفتقر الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالاكتئاب إلى بعض السلوكيات الاجتماعية الأساسية (على سبيل المثال، التواصل البصري المناسب، والإيماء والابتسام للإشارة إلى المشاركة) وغير الاجتماعية (على سبيل المثال، المثابرة في الأنشطة الصعبة، وتجربة أشياء جديدة) التي قد تعيق تلقيهم الدعم والتعزيز المناسب.

والأهم من ذلك هو أن ليفينسون أكد على التجربة الذاتية للمكافآت البيئية في فهم تأثيرها على الحالة المزاجية والأداء الوظيفي لقد أثر هذا المفهوم بقوة على النماذج السلوكية الحديثة للاكتئاب التي تركز على التحليل الوظيفي للسلوكيات لفهم تطور الاكتئاب وتوجيه العلاج يفترض التحليل الوظيفي أن جميع السلوكيات يمكن فهمها في ضوء ما يسبقها مباشرة (السوابق) وينطلق منها (العواقب)، في النماذج السلوكية الحديثة يركز تفسير الاكتئاب على التفاعل بين السوابق والعواقب والسياقات العامة التي تحدث فيها السلوكيات لفهم الدور الذي تلعبه هذه السلوكيات في تطوير الاكتئاب والحفاظ عليه. (Auerbach et al., 2016)

### 5-3- النظرية المعرفية لتفسير الاكتئاب:

يؤكد المنظرون المعرفيون وخاصة بيك على الدور الذي تلعبه المخططات المعرفية في تنظيم وتفسير المعلومات حول الذات والعالم الخارجي للفرد، ويركز بشكل خاص على مفهوم "الثالوث المعرفي" حيث تؤدي المفاهيم السلبية المستمرة عن الذات والعالم والمستقبل للإصابة بالاكتئاب بالإضافة إلى النمط المتحيز لمعالجة المعلومات الذي يعمل على الحفاظ على هذه الآراء السلبية لدى المكتئب، ونتيجة لتجارب الحياة المبكرة يطور الفرد مخطط ذاتي سلبي (على سبيل المثال: "أنا معيب"، "أنا غير محبوب") ويصبح هذا المخطط أكثر بروزاً عندما يتم تفعيله من خلال

تجارب حياتية معينة متسقة معه، يفترض المنظرون المعرفيون أن هذه المخططات تستمر لأن المعلومات الجديدة تتم معالجتها بطريقة مشوهة، وهناك أنواع مختلفة من التشوهات المعرفية (على سبيل المثال، التفكير "كل شيء أو لا شيء"، الإفراط في التعميم) تمنع استيعاب الأدلة غير المؤكدة التي يمكن أن تغير المخطط .

من منظور معرفي لا يعاني الأفراد المصابين بالاكتئاب من الحزن والضيق النفسي فحسب، بل من المحتمل أيضا أن يعانون من إعاقات نفسية اجتماعية مرتبطة بعملياتهم المعرفية غير القادرة على التكيف على سبيل المثال: يمكن للمخطط الذاتي الصارم ("لا يمكن لأحد أن يجني على ما أنا عليه") أن يجد من انفتاح الشخص المكتئب على العلاقات الاجتماعية الجديدة بسبب مخاوفه من رفض الآخرين، يمكن أن تتداخل التشوهات المعرفية أيضا مع قدرة الفرد على دمج المعلومات المتناقضة واتخاذ خطوات إيجابية للتغيير، على سبيل المثال: إذا قام أحد معارفه بدعوة الشخص المصاب بالاكتئاب إلى نزهة اجتماعية يمكنه تفسير الدعوة على أنها غير صادقة ("إنه لا يجني حقا، إنه يشعر فقط بأنه ملزم بدعوتي") عندما تضعف العلاقات الاجتماعية، قد يعاني الفرد من انخفاض في الدعم الاجتماعي، الأمر الذي قد يؤدي بدوره إلى إدامة أعراض الاكتئاب لدى الفرد المصاب و يؤكد رؤيته لذاته على أنه غير مرغوب فيه اجتماعيًا، ويؤدي إلى زيادة اليأس بشأن المستقبل.

يمكن أن تؤثر العوامل المعرفية أيضًا على الأداء في العمل.

على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي مخطط الفشل ("أنا فاشل") إلى نقص الحافز والمثابرة في مساعي الفرد المتعلقة بالعمل أو الحياة المهنية، بالإضافة إلى الاهتمام الانتقائي بالفشل في التجارب وتجاهل النجاحات، قد يقلل الفرد الذي يحمل هذا الرأي باستمرار من قدراته، أو يشعر بالتردد في التقدم لوظائف جديدة، أو متابعة التعليم بسبب فكرة أن الفشل أمر لا مفر منه، إن هذا النوع من نظام الاعتقاد حول قدرات الفرد يمكن أن يؤدي بالمثل إلى انخفاض الجهد وضعف الأداء / الإنتاجية في العمل، ونظرا لوجود نمط من العزو الداخلي لهذه الأحداث السلبية، فإن مثل هذه التجارب لن تؤدي إلا إلى تعزيز النظرة الذاتية السلبية للفرد والشعور باليأس من أن الأمور لن تتغير أبدا نحو الأفضل. (Alpert & fava, 2014).

## 6- علاجات الاكتئاب:

### العلاج بالتنشيط السلوكي للاكتئاب:

تم تحديد علاج التنشيط السلوكي (BA) بواسطة مارتيل وأديس وجاكوبسون (2001) وهذا النهج يتمتع بأدلة جيدة تدعمه على نحو متزايد، لا يركز التنشيط السلوكي على محتوى أو صحة الأفكار أو اجترار الأفكار، بل على فائدتها ومن ثم يستكشف الفروق بين العمليات المفيدة وغير المفيدة، يقترح أن المفحوص يجب أن يطور فهما جيدا ومشاركا لما يلي:

- السياق المنشط الذي ينشأ فيه الاكتئاب ما يحدث في حياة الإنسان ويثير الاكتئاب.
- الطريقة التي أثار بها السياق وحدث الحياة بعض جهود التكيف والسلوكيات المفهومة ولكنها غير مفيدة للتكيف مع السياق والضغوط المتعرض لها.
- كيف يمكن لهذه السلوكيات (التي تسمى المشاكل الثانوية، مثل الاجترار والتجنب) أن تصبح في حد ذاتها مصادر للاكتئاب.
- كيف تسير الأمور الآن (على سبيل المثال: ضغوطات الحياة الحالية، وجودة العلاقة، والتكيف).
- الاتفاق على صياغة تعتمد على النموذج السلوكي.
- الاتفاق على نهج يستهدف الجهود المبذولة لتطوير مجموعة جديدة من السلوكيات واستراتيجيات المواجهة (Gilbert, 2007).
- الاعتراف والتعامل مع حقيقة أن التحول إلى سلوكيات جديدة قد يكون صعبا.

يركز العلاج بالتنشيط السلوكي على استخدام استراتيجيات التنشيط المركزة لمساعدة المصابين بالاكتئاب على الاقتراب والوصول إلى مصادر التعزيز الإيجابي من أجل تقليل أعراض الاكتئاب، حيث ينظر للاكتئاب كنتيجة للاستجابات غير المشروطة لبيئة خالية من التعزيز الإيجابي أو مشبعة بالعقاب، يتم التركيز على دور سلوكيات التجنب على وجه الخصوص التي تقلل من توافر المعززات الإيجابية، يتضمن العلاج بالتنشيط السلوكي العديد من التقنيات السلوكية والفرق بينه وبين العلاج السلوكي هو هدف المعالج من تنفيذ التغيير السلوكي، في العلاج السلوكي الهدف الأساسي للتغيير السلوكي هو التغيير المعرفي، في حين يعتبر العلاج بالتنشيط السلوكي أن التغيير السلوكي وحده يكفي لعلاج الاكتئاب (wenzel, 2021).

### العلاج السلوكي للاكتئاب:

يهتم العلاج السلوكي بزيادة التعزيز الإيجابي لدى المصاب بالاكتئاب وأيضا بتقليل الخبرات المنفرة في حياته وذلك من خلال مساعدته على تغيير أساليب تفاعله مع بيئته وذاته والآخرين، يعتبر العلاج السلوكي علاجا قصير المدى لا يتجاوز 12 أسبوع، في المرحلة الأولى من العلاج السلوكي يتم القيام بتحليل وظيفي لكافة الصلات بين ظروف الشخص وأعراض الاكتئاب لديه، من خلال البحث في: متى يشعر الشخص بالسوء؟ ماهي المواقف التي تجعله يشعر بالتحسن؟ يساعد هذا المعالج والمفحوص كليهما في فهم الروابط القوية بين التفاعلات اليومية والأنشطة والأعراض، وبعد تحديد الظروف المسببة للاكتئاب تتم مساعدة المصاب بالاكتئاب من أجل تغيير البيئة التي تساهم في تفاقم أعراض الاكتئاب كالعزلة مثلا، ويتم تعليمهم مهارات جديدة كالاسترخاء، إضافة لتقنيات اخرى تساعد على ادارة المزاج السلي (هوكسيما، 2023).

النهج العلاجي الرئيسي الذي يتبعه النموذج السلوكي هو زيادة مستوى النشاط وتوفير قدر أكبر من التعزيز للسلوكيات غير المكتتمة وتقليل التعزيز للسلوكيات المكتتمة، وبالتالي فإن العلاج السلوكي للاكتئاب يتضمن زيادة مستويات الأنشطة الممتعة، وتوفير المزيد من التعزيز لهذه الأنشطة، وتوفير مصادر إضافية للتعزيز ( Reinecke & Davison, 2002).

### العلاج المعرفي للاكتئاب:

يعد العلاج المعرفي علاج منظم وقصير المدى يهدف إلى تنمية مجموعة من المهارات وتطويرها وهو ينتمي للنموذج المعرفي لبيك لتفسير الاكتئاب، حيث يرى أن الاكتئاب مجموعة من الأعراض المعرفية والانفعالية والجسمية وتعتبر الأعراض المعرفية سببا أساسيا في استمرار المعاناة، ينظر في العلاج المعرفي إلى تفكير المصاب بالاكتئاب على أنه تفكير خاطئ تسود فيه النظرة السلبية للذات والعالم الخارجي والآخرين، حيث يفكر الشخص بطريقة سلبية آلية، وتعد الأفكار الآلية أفكارا تلقائية غير معقولة ولكنها مقبولة من قبل المصاب بالاكتئاب على الرغم من كونها أفكار مشوهة، وهي تعد السبب الأساسي في تغير المزاج، يرى بيك أن أنماط التفكير السلبية ناتجة أيضا عن تنشيط المخططات المعرفية المختلفة والتي تكون كامنة لغاية اصطدام الشخص بأحداث حياة تنشطها وتستثيرها، تعتبر هذه المخططات غير متكيفة ولا توافقية، تعتبر هذه المخططات أيضا تعميمات واسعة سلبية تقوم بانتقاء المعلومات التي تأتي من البيئة وتوجه الطريقة التي يفسر بها الشخص الأحداث، تتميز هذه المخططات بالتصلب ولا تقبل أي معلومات جديدة ويزيد نشاطها في فترة الاكتئاب مما يزيد من شدته، يحاول العلاج المعرفي التعامل مع هذه المخططات كما يعمل على تعديل الأفكار وطرق التفكير، يبدأ بتحديد المشكلات التي يعاني منها المصاب، وتحديد قائمة ووضع جدول لكل جلسة واعطاء واجبات منزلية، في البداية يتم تحديد الأفكار الآلية ثم يتم صياغتها وترتيبها ثم يتم تحديد المعتقدات التي تقف وراء هذه الأفكار الآلية ثم يتم تحدي مدى صدقها من خلال الحوار السقراطي والجدال وذلك عن طريق طرح التساؤلات بدلا من أسلوب التلقين واعطاء المحاضرات (ليهي، 2006).

### العلاج بالتقبل والالتزام للاكتئاب:

يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى إضعاف وتقويض العمليات المسببة للاكتئاب، مثل الاندماج المعرفي وتجنب التجارب، وفي الوقت نفسه يهدف إلى تعزيز العمليات المعاكسة، مثل فك الاندماج المعرفي والتقبل التجريبي، فضلا عن عمليات أخرى مثل تعزيز الفعل الملتزم وتحديد القيم، يساعد العلاج بالتقبل والالتزام المصاب بالاكتئاب من خلال العمليات الستة المذكورة في نموذج هيكسافليكس، وهي تساهم في رفع المرونة النفسية، حيث تساعد عمليات فك الاندماج المصاب بالاكتئاب على الانفصال عن الأفكار التي قد تكون معيقة وتجعله عالقا مثل فكرة "الن تتحسن حياتي أبدا أو فكرة أنا شخص فاشل" يعد هذا الانفصال هدف علاجي يخدم المرونة النفسية

للشخص من أجل عيش حياة قيمة وذات معنى، ترتبط المرونة النفسية بتوسع المرونة السلوكية للفرد، بينما يرتبط الجمود النفسي بتقييد السلوك مما يساهم في تفاقم أعراض الاكتئاب، غالبا في العلاج بالتقبل والالتزام مل يتم طرح سؤال مهم على المصاب بالاكتئاب لتحديد إذا كان نشاط ما سواء أكان فكرة أو سلوك ما مفيد له أم لا، على سبيل المثال : قضاء يوم كامل مستلقيا في السرير هل يجعله أقرب أو أبعد عن نوع الحياة التي يريد لها لنفسه، وبناء على هذا يتم تحديد السلوكيات المعيقة والسلوكيات المفيدة، يتم في العلاج بالتقبل والالتزام أيضا تعليم المفحوص عدم الاندماج مع محتوى الذات (تصورات الشخص بشأن نفسه)، كما يتم تعليمه العيش في الحاضر بيقظة ودون غرق في الماضي أو المستقبل أو غرق في سيناريوهات العقل وقصصه (Zettle, 2007).

إن العلاج بالتقبل والالتزام عبارة عن مجموعة من العمليات الأساسية التي تستهدف العلاج، وليس مجموعة من التقنيات، تعد القدرة على استشعار الحاجة إلى معالجة هذه العمليات والقدرة على القيام بذلك بشكل فعال، من شأنها أن تؤدي إلى أكبر المكاسب السريرية عند ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام، يتم تناول العديد من هذه العمليات في جلسات متعددة، ولكن الجلسات تتبع ترتيب نموذجي إلى حد ما لكن من المهم ألا نعتقد أن هذا التسلسل هو التسلسل الصحيح، أو الوحيد، إذ يمكن ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام بأي ترتيب يساعد المفحوص والمعالج (twohig & hayes, 2008).

### العلاج الدوائي للاكتئاب:

توجد أنواع مختلفة من أدوية علاج الاكتئاب تشمل هذه العلاجات مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين والنور بينفرين ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والمثبطات أحادية الأمين، تعمل هذه الأدوية على خفض أعراض الاكتئاب في غضون أسابيع بعد استخدامها، حيث لها تأثير بطيء على الأعراض، يتم اختيار الدواء المناسب والذي يبدأ به المعالج اعتمادا على خبرته وتأثيراته الجانبية على النصاب بالاكتئاب ويحتاج استخدام أي دواء لأسابيع لمعرفة مدى استجابة المصاب بالاكتئاب له، ومعظم المصابين يحتاجون لتجربة أكثر من دواء قبل إيجاد الدواء المناسب لهم، وبعد انخفاض أعراض الاكتئاب تتم متابعة تناول الدواء لمدة ستة أشهر كأقل حد، وذلك لمنع الانتكاسة في حالات الاكتئاب الشديد.

يتم استخدام مثبتات امتصاص السيروتونين الانتقائية بشكل كبير لعلاج الاكتئاب، نظرا لقلّة أعراضها الجانبية، وهي أكثر أمانا في حالة زيادة الجرعة، ولكن بالرغم من ذلك يوجد بعض الآثار الجانبية لها مثل مشكلات الجهاز الهضمي والاسهال والغثيان والأرق والنوم أثناء النهار وانخفاض الرغبة الجنسية، كما يمكن أن تزيد من التفكير الانتحاري.

يوجد أيضا مثبتات امتصاص السيروتونين والنور بينفرين الانتقائية تعمل هذه الأدوية من خلال التأثير على النواقل العصبية وهي تتميز بقدرتها على منع الانتكاس مقارنة بمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية.

يوجد كذلك البوبروبيون وهو مثبط امتصاص النوربينفرين والدوبامين يؤثر هذا الدواء على أنظمة النوربينفرين والدوبامين، وهو مفيد للأشخاص الذين يفقدون اللذة والمتعة والذين يعانون مشكلة فرط النوم والتباطؤ المعرفي ونقص التركيز والانتباه.

بالنسبة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات فهي تستخدم بشكل أقل رغم اعتبارها من أوائل الأدوية، نظرا لأثارها الجانبية العديدة، حيث وبسبب ارتباطها بالناقل العصبي أستيل كولين فهي تسبب عدم انتظام دقات القلب وانخفاض ضغط الدم وقد تؤدي الجرعات الزائدة منها للوفاة.

كما يوجد مثبطات مونامين أوكسيديز وهي صنف دوائي قديم لم يعد يتم وصفه لعلاج الاكتئاب نظرا لأثاره الجانبية الكبيرة حيث قد يرفع ضغط الدم كثيرا كما يمنع تناوله مع عدة أدوية أخرى ترتبط بعلاج مشكلات الضغط الدموي، ومن بين أثاره الجانبية زيادة الوزن ومشاكل الكبد والكثير من الأعراض الجانبية التي تشترك فيها مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (هوكسيما، 2023).

## 7- مآل وانتشار الاكتئاب:

يبلغ معدل انتشار اضطراب الاكتئاب لمدة 12 شهرا (سنة واحدة) في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 7%، مع وجود اختلافات ملحوظة حسب الفئة العمرية، بحيث يكون معدل الانتشار لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 29 عاما أعلى بثلاثة أضعاف من معدل الانتشار لدى الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 60 عاما أو أكبر، تعاني الإناث من معدلات أعلى بمقدار 1.5 إلى 3 أضعاف من الذكور بدءًا من مرحلة المراهقة المبكرة.

وعلى الرغم من ارتفاع معدل انتشاره لدى الإناث، إلا أنه لا توجد بعض الفروق بين الجنسين في الأعراض أو المسار أو الاستجابة للعلاج، بالنسبة للنساء فإن محاولات الانتحار أعلى وخطر إتمام فعل الانتحار أقل.

قد يظهر الاكتئاب لأول مرة في أي عمر، ولكن احتمال ظهوره يزيد بشكل ملحوظ مع البلوغ، في الولايات المتحدة الأمريكية يبدو أن معدل الإصابة يصل إلى ذروته في العشرينات ومع ذلك فإن البداية الأولى في أواخر الحياة ممكنة أيضا.

على الرغم من الاختلافات المستمرة بين الجنسين في معدلات انتشار الاكتئاب يبدو أنه لا توجد اختلافات كبيرة وواضحة حسب الجنس أو المسار أو الاستجابة للعلاج، ولكن توجد بعض الاختلافات في الأعراض مثل فرط النوم كعرض يكون أكثر عند الأفراد الأصغر سنا، أما الأعراض النفسية الحركية فتكون أكثر شيوعا عند الأفراد الأكبر سنا، وتقل احتمالية محاولات الانتحار في منتصف العمر وأواخره.

قد يظهر الاكتئاب لأول مرة في أي عمر، ولكن احتمال ظهوره يزيد بشكل ملحوظ مع البلوغ، في الولايات المتحدة، يبدو أن معدل الإصابة يصل إلى ذروته في العشرينات ومع ذلك فإن البداية الأولى في أواخر الحياة ليست غير شائعة.

بالنسبة لماله فإن مسار اضطراب الاكتئاب متباين تمامًا من حالة لأخرى، فبعض الأفراد يمرون بمرحلة هدأة (فترة شهرين أو أكثر بدون أعراض، أو عرض واحد أو عرضين فقط بدرجة لا تزيد عن درجة خفيفة)، بينما يعاني الآخرون من سنوات عديدة مع ظهور أعراض قليلة أو معدومة بين النوبات.

من المهم التمييز بين الأفراد الذين يحضرون للعلاج أثناء تفاقم مرض الاكتئاب المزمن وبين أولئك الذين ظهرت أعراضهم مؤخرًا، تعتبر حادثة البداية عاملاً محددًا قويًا لاحتمالية التعافي على المدى القريب، ومن المتوقع أن يتعافى العديد من الأفراد الذين أصيبوا بالاكتئاب لعدة أشهر بشكل تلقائي.

تبدأ العديد من الأمراض ثنائية القطب بنوبة اكتئاب واحدة أو أكثر ونسبة كبيرة من الأفراد الذين يبدو أنهم يعانون في البداية من اضطراب اكتئابي كبير سيثبتون بمرور الوقت أنهم يعانون من اضطراب ثنائي القطب يكون هذا أكثر احتمالاً عند الأفراد الذين يبدأ المرض في مرحلة المراهقة، وأولئك الذين يعانون من سمات ذهانية، وأولئك الذين لديهم تاريخ عائلي من المرض ثنائي القطب ويمكن له أيضا أن يتحول لفصام إذا كان مصحوبا بمظاهر ذهانية.

يجدر الإشارة لكون اضطراب الاكتئاب الشديد لا يتغير مساره بشكل عام مع تقدم السن

. (American association psychiatric, 2013)

### خلاصة الفصل:

الاكتئاب هو أحد أكثر الاضطرابات تأثيراً على المصابين به حيث يؤدي إلى العيش مع مشاعر عميقة بالحزن مع فقدان تام لمتعة الحياة وهو يؤثر على كافة الجوانب بدءاً من الجانب المعرفي إلى الجانب الشعوري والجانب السلوكي، كما يؤدي لتأثر مختلف جوانب الحياة كالجانب الاجتماعي والعائلي والمهني حيث يؤثر على أداء الفرد ككل، وقد تعرفنا في هذا الفصل عن الاكتئاب ومسبباته كما تعرفنا على أعراضه والنظريات المفسرة للإصابة به وكذا المحكات التشخيصية له، و تعرفنا على العلاجات النفسية و الدوائية المتاحة لعلاجها ونسب ومدى انتشاره عبر العالم.

# الجانبة الميكانية

## الفصل الرابع:

### إجراءات الدراسة الميدانية

## 1- الدراسة الاستطلاعية:

لإجراء أي دراسة ميدانية لا بد من استطلاع الميدان الذي ستجرى فيه الدراسة، واستكشاف المكان ومجتمع الدراسة وأدوات الدراسة وظروف التطبيق وغيرها، وقد تواصلنا مع الجهات التي يمكن أن تتوفر فيها حالات اكتئاب (مستشفيات أمراض عقلية، مراكز نفسية، عيادات خاصة...)، واطلعنا على عدد الحالات التي تتوافد إليها، وتكرر تواجدها في المكان ومدته، وتوفر المكاتب وإمكانية إتاحتها من عدمه. وقد وجدنا عدة صعوبات تراوحت بين نقص الحالات، عدم وجود مكتب أو عدم السماح باستعماله، بعد المكان وعدم ملاءمة الوقت للباحث، وجود حالات مع عدم رغبتهم في الانخراط في البرنامج...

إلى أن وجدنا مكان مناسب لإجراء الدراسة وجدنا فيه كل التسهيلات ووفرة الحالات نسبياً، هو عيادة خاصة "عيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي" بالمدينة، وهي عيادة مجهزة بكافة التجهيزات اللازمة للعمل العيادي من مكاتب وكراسي وصبورات وأوراق العمل والاختبارات النفسية.

وقد باشرنا العمل بالخطوة الأولى وهي إجراء مقابلات أولية تشخيصية للحالات التي تقدمت لطلب العلاج ووجهت إلينا من طرف المختصين في العيادة.

وقد اعتمدنا على خطوات وشروط لاختيار أفراد العينة وهي:

- أن يتقدم الشخص لطلب العلاج النفسي في مكان الدراسة (عيادة السعادة بالمدينة).
- أن يتم تشخيصه باضطراب الاكتئاب الحسيم وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5-TR.
- أن يوافق على الدخول في البرنامج العلاجي ويمضي العقد العلاجي.
- أن يتم البرنامج العلاجي بجميع جلساته مع القياس البعدي والتتبعي.

لقد قمنا باختيار 12 فرد وقمنا بتطبيق مقياس "بيك" للاكتئاب عليهم، حيث تراوحت درجاتهم بين الاكتئاب المتوسط والشديد، وكما نعلم أن مقياس "بيك" للاكتئاب مقياس عالمي وطبق على مدى جغرافي وزماني واسعين، كما طبق على ثقافات وفئات مختلفة وأكد صلاحيته للتطبيق وقدرته على إعطاء نتائج صادقة وثابتة بدرجة عالية، قمنا بالتأكد من الخصائص السيكمترية، ورغم هذا قمنا بالتأكد من صلاحيته للتطبيق على عينة دراستنا، فطبقتنا على 12 فرد، والنتائج ستوضح لاحقاً في نفس الفصل.

أما بالنسبة للبرنامج العلاجي فقد قطعنا مشواراً طويلاً في البحث والتكوين والاطلاع على الدراسات والبرامج العلاجية والأدلة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، وقد وجدنا بعض الدراسات قامت بالدمج بين الموجة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي والموجة الثالثة وقد أثبتت فعالية هذا الدمج في علاج اضطرابات نفسية مختلفة، وفي الرفع من بعض المهارات الكفاءات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

فقررنا اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي يدمج بين الموجتين الثانية والثالثة، وفق معايير وضوابط تحافظ على مبادئ كل أسلوب من الأساليب العلاجية، وقمنا بعرضه على مجموعة من الأساتذة الباحثين المتمكنين من العلاجات المعرفية السلوكية وكذا الأخصائيين الممارسين لتحكيمه وإبداء الملاحظات حوله، ثم قمنا بتعديل الملاحظات التي تكررت والتي رأيناها صائبة.

كذلك قمنا بالبحث عن الدراسات السابقة التي أجريت حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وحول الاكتئاب، في البيئة الجزائرية والعربية والأجنبية، وقمنا بجمع عدد كبير منها، واطلعنا على ملخصتها وما رأينا مهماً فيها، كما قمنا بجمع مجموعة من الكتب حول نفس متغيري الدراسة، ومنه انطلقنا في الدراسة الأساسية.

## 2- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي، لأنه هو المنهج الملائم لتحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في اختبار فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

يقوم المنهج التجريبي على أساس التدخل المنظم والمخطط له (المتغير المستقل) من قبل الباحث في الظاهرة المدروسة من أجل إحداث تغييرات منتظرة، ثم ملاحظة وقياس نتائج هذا التدخل (المتغير التابع). وفي هذه الدراسة، يمثل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح المتغير المستقل، بينما تمثل أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة المتغير التابع.

تم تطبيق التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة بـ ثلاثة (03) قياسات (قبلي - بعدي - تباعي)، حيث خضعت المجموعة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح بعد إجراء القياس القبلي عليها، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، قمنا بتطبيق القياس البعدي، ثم القياس التبعي بعد شهرين.

## 3- عينة الدراسة:

لقد استخدمنا الطريقة غير الاحتمالية (القصدية) لاختيار عينة الدراسة، نظراً لعدم إمكانية استخدام الطريقة الاحتمالية (العشوائية) لما فيها من شروط وضوابط لا تتوفر في مجتمع دراستنا وظروف تطبيقها.

بلغ عدد أفراد عينة الدراسة سبعة (07) أفراد من بين أفراد العينة الاستطلاعية التي بلغ عدد أفرادها (12)، وقد استبعدنا خمسة (05) أفراد نظراً لعدم إتمامهم لجلسات البرنامج، كانت جميع أفراد العينة نساء، منهن خمس (05) عازبات أعمارهن (18، 19، 19، 19، 33 سنة)، واحدة متزوجة سنها 31 سنة، وواحدة مطلقة سنها 48 سنة، وكن قد أبدین موافقتهن على المشاركة بالبرنامج بعد معرفة كافة شروط التعاقد العلاجي وقبولها.

#### 4- حدود الدراسة:

##### الحدود الزمانية:

بدأت الدراسة الاستطلاعية من التسجيل الأول في الدكتوراه شهر نوفمبر سنة 2019، ثم توقفنا مع ظهور فيروس كورونا كوفيد 19، وفي جانفي سنة 2021 استأنفنا العمل في الدراسة الاستطلاعية إلى غاية نهاية سبتمبر 2022، حيث دامت الدراسة الاستطلاعية قرابة السنتين.

ثم انطلقنا في تطبيق البرنامج مع أول حالة بتاريخ: 17 سبتمبر 2022، ودام تطبيق البرنامج مع كل حالة من شهرين ونصف إلى أربعة (04) أشهر، حسب كل حالة في تقدمها في العلاج، وأتمنا العمل مع الحالات مع آخر قياس تتبعي لآخر حالة بتاريخ: 15 ديسمبر 2023، ما يعني أن تطبيق الدراسة دام مدة سنة وثلاثة (03) أشهر.

##### الحدود المكانية:

قمنا بأجراء الدراسة بعيادة خاصة بولاية المدية "عيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي"

#### 5- أدوات الدراسة:

- المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الجسيم "Major Depressive Disorder" حسب DSM 5 المعدل:

اعتمدنا على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، النسخة المعدلة

DSM-5-TR الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA.

#### مقياس بيك للاكتئاب - الإصدار الثاني (Beck Depression Inventory-II)

يعد مقياس بيك للاكتئاب في إصداره الثاني (Beck Depression Inventory-II; BDI-II) من أكثر أدوات القياس النفسي استخداما في تقييم شدة أعراض الاكتئاب تم تطوير هذا المقياس من قبل آرون بيك وزملاؤه سنة 1961، وخضع لتنقيحات متعددة، كان آخرها الإصدار الثاني المنشور سنة 1996 والذي يتماشى مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الرابع (DSM-IV) والخامس (DSM-5)، يتكون مقياس BDI-II من 21 بنداً، تشمل هذه البنود مجموعة شاملة من الأعراض المعرفية والوجدانية والجسدية والسلوكية للاكتئاب، مثل: الحزن، والتشاؤم، وفقدان المتعة، ومشاعر الذنب، والتعب، وصعوبات التركيز، واضطرابات النوم والشهية.

كل بند في المقياس يحتوي على أربع عبارات مرتبة تصاعدياً حسب شدة العرض، ويُطلب من المفحوص اختيار العبارة التي تصف حالته بأفضل شكل خلال الأسبوعين الماضيين. تتراوح درجة كل بند من 0 إلى 3، حيث تشير الدرجة 0 إلى عدم وجود العرض، بينما تشير الدرجة 3 إلى أقصى شدة للعرض.

#### طريقة التصحيح والتفسير:

تُحسب الدرجة الكلية للمقياس من خلال جمع درجات البنود الـ 21، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية من 0 إلى 63. وفقاً للدليل المقياس، تُفسر الدرجات كما يلي:

- 0-13 : اكتئاب طفيف أو عدم وجود اكتئاب (Minimal Depression)
- 14-19 : اكتئاب خفيف (Mild Depression)
- 20-28 : اكتئاب متوسط (Moderate Depression)
- 29-63 : اكتئاب شديد (Severe Depression)

(Beck et al., 1996)

البنود من 1 إلى 15 تمثل الأعراض النفسية. والبنود من 16 إلى 21 تمثل الأعراض الجسدية. بالرغم من أن مقياس بيك للاكتئاب هو مقياس عالمي الانتشار، أثبت صدقه وثباته على مدى جغرافي وزماني كبيرين، فإننا ارتأينا أن نقوم بحساب خصائصه السيكومترية على العينة الاستطلاعية لزيادة الاطمئنان لصلاحية تطبيقه على عينة الدراسة، وفيما يلي النتائج:

صدق مقياس "بيك" للاكتئاب:

صدق الاتساق الداخلي (ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس):

تم تقدير صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاكتئاب، من خلال حساب قيم ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له، وتمثلت النتائج في الجدول أدناه:

#### جدول 4.

ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية.

المقياس	البعد	قيمة معامل بيرسون	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	النفسي	0,980	0,000

0, 001

0, 846

الجسدي

للمقياس

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب جاء مرتفعاً ودالاً إحصائياً إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين 0,98 و 0,84 وجاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة: ( $\alpha=0.01$ ) وهذا ما يجعلنا نعتبر أن المقياس يتميز بدرجة مرتفعة من الصدق.

#### صدق الاتساق الداخلي (ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض):

تعتمد هذه الطريقة على مدى ارتباط كل بعد مع البعد الأخر، وفيما يلي سنعرض نتائج معاملات الارتباط بين الأبعاد (البعد النفسي والبعد الجسدي):

#### جدول 5.

قيمة معامل الارتباط بين البعد النفسي والبعد الجسدي

البعد	قيمة الارتباط بين البعدين	مستوى الدلالة
النفسي	0, 722	0,008
الجسدي		

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض جاء مرتفعاً ودالاً إحصائياً إذ قدرت قيمة الارتباط بـ: (0, 722) وجاءت هذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة: ( $\alpha=0.01$ ) وهذا ما يجعلنا نعتبر أن المقياس يتميز بدرجة من الصدق.

ثبات مقياس الاكتئاب:

#### معامل التناسق (طريقة معامل ألفا-كرونباخ):

تم حساب معامل ألفا-كرونباخ (Alpha-Gronbach) لبيانات 12 حالة اكتئاب على مقياس الاكتئاب لـ"بيك" بأبعاده، والجدول الموالي يوضح قيمة معامل الثبات:

جدول 6.

قيمة معامل ألفا-كرونباخ لمقياس الاكتئاب بأبعاده

أبعاد المقياس	عدد البنود	قيمة معامل ألفا-كرونباخ
النفسي	15	0.857
الجسدي	6	0.662
الدرجة الكلية	21	0, 886

يتضح من الجدول أعلاه أن قيم معامل التناسق (ألفا-كرونباخ) لأبعاد مقياس الاكتئاب تراوحت بين: (0.857 و 0.662)، وهي قيم مقبولة من التناسق، بينما قدرت قيمة معامل التناسق للمقياس ككل بـ: (0, 886) وهي قيمة عالية، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يقترّب من الارتباط التام، ما يؤكد أن المقياس المتبنى في البحث الحالي على درجة عالية من الثبات يجعلنا نطمئن لنتائجه لاحقاً.

دليل المقابلة نصف الموجهة:

قمنا بتصميم دليل المقابلة الأولى وفق متغيرات الدراسة وأهدافها ومن أجل تقييم الحالة تقييماً وافياً لتطبيق البرنامج العلاجي، تضمن الدليل أربعة (04) محاور هي:

- 1- معلومات عامة حول الحالة.
  - 2- بيانات حول التركيب الأسري.
  - 3- بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب عند الحالة.
  - 4- بيانات تقييم التصلب النفسي عند الحالة.
- أوراق العمل الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي:

قمنا بتحضير أوراق العمل لتطبيق التمارين والأنشطة المتعلقة بتقنيات البرنامج العلاجي:

6- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

- التعريف بالبرنامج العلاجي:
- الإطار النظري للبرنامج:

يستند البرنامج إلى نموذج العلاج بالتقبل والالتزام ونموذج التنشيط السلوكي حيث يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى رفع المرونة النفسية من أجل خفض أعراض الاكتئاب من خلال عدة مهارات كالتقبل التجريبي وفك الاندماج

المعرفي ومهارات اليقظة الذهنية والذات كسياق، إضافة لتحديد القيم المهمة والالتزام السلوكي ويهدف العلاج بالتنشيط السلوكي إلى زيادة وتعزيز السلوكيات الصحية في سبيل خفض السلوكيات المضرة المرتبطة بالاكتئاب....

#### - مصادر محتوى البرنامج:

اعتمدنا في بناء البرنامج العلاجي على البرامج العلاجية التي بنيت و اختبرت فعاليتها من قبل باحثين في مختلف دول و الثقافات، كما اعتمدنا على المصادر الأصلية لرواد العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالتقبل والالتزام، و اطلعنا على الكتب و الأدلة العلاجية وبرامج التكوينات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، وبعد بناء البرنامج قمنا بعرضها على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس و أخصائيين نفسيين ممارسين للعلاج المعرفي السلوكي، وقد أبدوا لنا ملاحظاتهم حول بعض العناصر في البرنامج فقمنا بتعديل الملاحظات التي تكررت، وأخرجنا البرنامج في شكله النهائي.

#### - أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج العلاجي إلى التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى العينة من خلال تعلم مختلف مهارات نموذج "الهيكسافليكس" للعلاج بالتقبل والالتزام وزيادة المرونة النفسية لدى أفراد العينة، كما يهدف لتخفيف الأعراض النفسية للاكتئاب وكذلك الأعراض الجسدية.

#### الحدود الزمنية والمكانية للبرنامج:

استغرق البرنامج حوالي الثلاث أشهر بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، مدة الجلسة حوالي ساعة واحدة، وتم تطبيق البرنامج بعيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي بعيادة السعادة وهي عيادة مجهزة بكافة التجهيزات اللازمة للعمل العيادي من مكاتب وكراسي وصبورات وأوراق العمل والاختبارات النفسية ومكتبة تحوي عدة كتب في تخصص علم النفس العيادي.

#### - عدد المشاركين:

بلغ عدد المشاركين 7 مشاركات مشخصات بالاكتئاب وقد تحصلن على درجات تتراوح بين المتوسطة إلى شديدة على مقياس بيك للاكتئاب، بعضهن متزوجات وبعضهن مطلقات وأخريات عازبات وكن قد أبدين موافقتهن على المشاركة بالبرنامج بعد معرفة كافة شروط التعاقد العلاجي وقبولها.

برنامج علاجي معرفي سلوكي يحتوي على 12 جلسة فردية، بواقع حصة واحدة أسبوعيا مدة ساعة في كل حصة، لـ 3 أشهر بعد تطبيق القياس القبلي بواسطة مقياس الاكتئاب لـ "بيك"

جدول 7.

الخطة الإجرائية لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح

رقم واسم الجلسة	أهداف الجلسة	التقنيات المستخدمة	إجراءات سير الجلسة	الواجب المنزلي	الوسائل المستخدمة
الجلسة الأولى: - التعرف	- أن يتعرف الباحث أكثر على مشكلة المفحوص من خلال المقابلة نصف الموجهة. - جمع تاريخ الحالة (السوابق).	- المناقشة والحوار.	- تطبيق دليل المقابلة. - المناقشة والحوار حول الأعراض التي يعاني منها المفحوص، وجمع تاريخ الحالة.	لا يوجد	- دليل المقابلة - نصف الموجهة
الجلسة الثانية: - التعرف على الاكتئاب وبناء العلاقة العلاجية والتعاقد	- أن يتمكن المفحوص من التعرف على الاكتئاب ونسبة انتشاره وأعراضه وكيفية حدوثه (التفسير). - أن يتمكن الباحث من بناء العلاقة العلاجية. - الاتفاق على الأهداف والتعاقد.	- التثقيف النفسي - المحاضرة - المناقشة والحوار	- تقديم عرض حول الاكتئاب - فتح المجال لطرح أسئلة من طرف المفحوص والإجابة عنها، وتصحيح لبعض المفاهيم الخاطئة حول الاكتئاب.	- قراءة مطبوعة تثقيفية حول الاكتئاب - حول الاكتئاب	- مطبوعة تثقيفية حول الاكتئاب. - فيديو توضيحي حول الاكتئاب.
الجلسة الثالثة: - التعرف على العلاج المعرفي السلوكي بالتقبل والالتزام	- أن يتمكن المفحوص من التعرف على العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام.	- التثقيف النفسي - المناقشة والحوار - المراقبة الذاتية	- تثقيف نفسي ومناقشة حول العلاج المعرفي السلوكي والنموذج التفسيري للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي.	- الاطلاع على مطبوعة تثقيفية حول العلاج المعرفي السلوكي عموماً	- ورقة توضيحية لنموذج: Hexaflex

<p>السلوكي ونموذج العلاج بالتقبل والالتزام.</p>	<p>- أن يتمكن المفحوص من التعرف طبيعة عمل الذهن البشري. - أن يتعرف المفحوص على نموذج Hexaflex وكيفية تفسيره للاكتئاب. - أن يتمكن المفحوص من التعرف على الذات كسياق.</p>	<p>- استعارات "الآكت" للتعرف على طبيعة عمل الذهن البشري (استعارة رجل الكهف، استعارة شد الحبل...)</p>	<p>والعلاج بالتقبل والالتزام - ورقة عمل خصوصا. لتسجيل - تسجيل الملاحظات الملاحظات.</p>
<p>الجلسة الرابعة: - التقبل التجريبي</p>	<p>- أن يتمكن المفحوص من التعرف على التقبل التجريبي مقابل التجنب التجريبي وممارسته. - أن يتمكن المفحوص من ممارسة التعاطف مع الذات.</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي - تثقيف نفسي ومناقشة حول: التجنب التجريبي مقابل التقبل التجريبي للأفكار والمشاعر. - استعارات الآكت لفهم التقبل التجريبي: - استعارة لاحظ خشبة المسرح</p>	<p>- المحاضرة - المناقشة والحوار -التثقيف النفسي - التقبل التجريبي - ملاحظة الأفكار</p>
<p>الجلسة الخامسة: - فك الاندماج المعرفي.</p>	<p>- أن يتمكن المفحوص من التعرف على الاندماج المعرفي وممارسة فك الاندماج المعرفي.</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي. - عرض بعض الاستعارات لفك الاندماج المعرفي: - استعارة الرمال المتحركة. - استعارة ركاب الحافلة.</p>	<p>التثقيف النفسي -المحاضرة -المناقشة والحوار -تمارين لفك الاندماج</p>

المعرفي.

<p>الجلسة السادسة: - اليقظة الذهنية</p>	<p>- أن يتمكن المفحوص من التعرف على اليقظة الذهنية والاتصال باللحظة (العيش هنا والآن).</p>	<p>النفسي - اليقظة الذهنية - تمرين التمرکز ببساطة - تسجيل الأفكار</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي - تثقيف نفسي حول اليقظة الذهنية وشرح العيش في الماضي والمستقبل مقابل العيش في الحاضر. - تمرين التمرکز ببساطة</p>	<p>- ورقة عمل خاصة بتمرين اليقظة الذهنية (التمرکز ببساطة) - ممارسة اليقظة الذهنية مع بعض الأنشطة اليومية. - تسجيل الأفكار</p>
<p>الجلسة السابعة: - القيم والأهداف.</p>	<p>- أن يتمكن المفحوص من التعرف على قيمه الأساسية وتحديدها. - أن يتمكن المفحوص من معرفة الفرق بين الأهداف والقيم.</p>	<p>-التثقيف النفسي -المناقشة والحوار -تحديد القيم. -تحديد الأهداف.</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي. - المناقشة والحوار حول القيم الأساسية وأهميتها والفرق بينها وبين الأهداف. - استيضاح القيم بواسطة بطاقة القيم الشخصية. - استيضاح الأهداف.</p>	<p>- بطاقات القيم الشخصية. - ورقة عمل لتحديد الأهداف. - قراءة مطبوعة تثقيفية حول القيم والأهداف. -تسجيل الأفكار</p>
<p>الجلسة الثامنة: - الفعل الملتزم والتنشيط السلوكي</p>	<p>-أن يتمكن المفحوص من التعرف على الفعل الملتزم المرتبط بقيمه وأهدافه. -أن يتمكن المفحوص من التعرف على التنشيط السلوكي وتطبيق المرحلة الأولى</p>	<p>- تثقيف نفسي - المناقشة والحوار -التنشيط السلوكي</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي. - تثقيف نفسي ومناقشة وحوار حول: الفعل الملتزم والتنشيط السلوكي. - تحديد الأنشطة السلوكية (روتينية، ضرورية،</p>	<p>- ورقة عمل تحديد الأنشطة المحددة التي قام بها المفحوص. - تسجيل الأنشطة</p>

		- مناقشة الأفكار (ممتعة)		منه (تحديد الأنشطة)	
الجلسة التاسعة:- التنشيط السلوكي	- أن يتمكن المحفوض من تطبيق المرحلة الثانية والثالثة من التنشيط السلوكي (ترتيب الأنشطة وجدولتها) - أن يتمكن المحفوض من التعرف على تقنية حل المشكلات	- التنشيط السلوكي - مناقشة الأفكار - حل المشكلات (محدد)	-مراجعة الواجب المنزلي -ترتيب الأنشطة (سهل، معتدل، صعب) مع جدولتها (متدرج متوازن	-تسجيل الأنشطة المرتبة والمجدولة التي قام بها المحفوض. -تسجيل المشكلات	-ورقة عمل ترتيب الأنشطة -ورقة عمل لجدولة الأنشطة اليومية -ورقة عمل حل المشكلات
الجلسة العاشرة:- التنشيط السلوكي	- أن يتمكن المحفوض من تطبيق المرحلة الرابعة من التنشيط السلوكي (التنفيذ والمراقبة). - أن يتمكن المحفوض من تطبيق تقنية حل المشكلات	-التنشيط السلوكي - التعزيز الإيجابي - حل المشكلات	-مراجعة الواجب المنزلي. -التعرف على أهمية التنفيذ للأنشطة ومراقبة الحالة المزاجية باستمرار.	- تسجيل الأنشطة التي تم تنفيذها في أوراق العمل ومراقبة الحالة المزاجية أثناء القيام بالأنشطة.	-ورقة عمل سلم الحالة المزاجية من 100_0 ورقة عمل حل المشكلات
الجلسة الحادية عشر:	- أن يتمكن المحفوض والباحث من مراجعة حصيلة الجلسات السابقة. - أن يتمكن الباحث من تقييم مدى التزام المحفوض بما تم التطرق له.	-المناقشة والحوار - التعزيز الإيجابي	-مراجعة كافة أوراق العمل المتعلقة بالتنشيط السلوكي. -مناقشة وحوار حول: أهمية الالتزام بالعناصر التي تم التطرق لها.	- لا يوجد	
الجلسة الثانية عشر:	-اختتام الجلسات العلاجية وتطبيق مقياس "بيك" للاكتئاب	-المناقشة والحوار	-مناقشة وحوار حول:	- لا يوجد	- مقياس " بيك " للاكتئاب

-الاختتام  
-التعرف على رأي المفحوص بشأن  
-القياس البرنامج العلاجي.  
البعدي

كيفية سيرورة الجلسات ورأي المفحوص  
بالبرنامج العلاجي وبالتغيير الذي حصل لهم.

## 7- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة الحالية استراتيجية تحليلية لتقييم فعالية البرنامج المقترح في التخفيف من أعراض الاكتئاب. لمعالجة فرضيات البحث مع مراعاة تصميم الدراسة المعتمد على القياسات المختلفة.

حُسِبَت الإحصاءات الوصفية لجميع المتغيرات التابعة (الدرجة الكلية للاكتئاب، الأعراض الجسدية، الأعراض النفسية) في كل فترة زمنية (قبل العلاج، بعد العلاج، التتبع). شملت هذه الإحصاءات مقاييس النزعة المركزية (المتوسط، الوسيط)، ومقاييس التشتت (الانحراف المعياري، التباين، المدى)، وخصائص التوزيع (الالتواء، التفلطح)، وتقديرات الدقة (الخطأ المعياري، فترات الثقة 95%).

ولتحديد النهج الإحصائي الملائم، اختُبرت افتراضات الاعتدالية (التوزيع الطبيعي). اختير اختبار شايبرو-ويلك (Shapiro-Wilk) نظرًا لقوته الإحصائية العالية مع العينات الصغيرة مقارنةً باختبارات أخرى مثل كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov). وطُبِّق هذا الاختبار على الدرجات الخام في كل فترة قياس وعلى الفروق بين الدرجات في الفترات الزمنية، حيث تُعدُّ اعتدالية هذه الفروق ذات أهمية خاصة في تحليلات القياسات المختلفة. واستُخدمت قيم الالتواء كمؤشرات إضافية.

أما افتراض الكروية (Sphericity)، فتم اختباره باستخدام اختبار موكلي (Mauchly)، والذي يُقِيم مدى تساوي تباينات الفروق بين مختلف أزواج القياسات، وهو افتراض مهم لصحة تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA).

نظرًا لصغر حجم العينة ( $N = 7$ ) وتصميم الدراسة القائم على ثلاث نقاط قياس، استُخدمت تحليلات بارامترية وغير بارامترية لضمان مصداقية النتائج:

### - تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) :

استُخدم هذا التحليل البارامترية كمنهجية أولية لجميع المتغيرات التابعة، لتقييم التغيرات عبر الفترات الزمنية مع التحكم في الترابط الداخلي. في حالة عدم تحقق افتراض الكروية حسب اختبار موكلي، طُبِّقت تصحيحات جرينهاوس-جايسر (Greenhouse-Geisser) وهوين-فيلدت (Huynh-Feldt) لتعديل درجات الحرية.

### - اختبار فريدمان (Friedman's Test):

استُخدم كبديل لا بارامترية للتحقق من النتائج حين كانت الافتراضات التوزيعية موضع شك أو غير محققة، وهو مناسب جدًا للعينات الصغيرة التي لا تضمن قوة الاختبارات البارامترية.

لتحديد أنماط التغير والمقارنة بين النقاط الزمنية:

- اختبارات **t** المقترنة (**Paired t-tests**) :

استُخدمت للمقارنات بين أزواج فترات القياس الزمنية (قبل العلاج مقابل بعده، قبل العلاج مقابل التتبع، بعد العلاج مقابل التتبع). طُبِّق تصحيح بونفيروني (Bonferroni) لتعديل مستويات الدلالة، والتحكم في معدلات الخطأ الناجمة عن المقارنات المتعددة.

- اختبارات ويلكوكسون للرتب الموقعة (**Wilcoxon Signed-Rank Tests**) :

استُخدمت كبديل لا بارامترية لاختبارات **t** المقترنة في حالة الشك في تحقق الافتراضات التوزيعية، لتأكيد النتائج البارامترية.

- اختبار دان (**Dunn's Test**) :

استُخدم لمزيد من الاستقصاء بعد الحصول على نتائج دالة إحصائية من اختبار فريدمان، لتحديد الفروقات بين فترات قياس زمنية محددة مع ضبط أثر المقارنات المتعددة.

لإظهار الدلالة السريرية والعملية للتغيرات:

- حُسِب مقياس **Cohen's d** للمقارنات المقترنة: وفقاً للصيغة  $d = (M_1 - M_2)/SD_{pooled}$ ، مع تفسير حجم التأثير (صغير = 0.2، متوسط = 0.5، كبير = 0.8).

- حُسِب مقياس **Rosenthal's r** من إحصائيات **t** كمؤشر إضافي لحجم التأثير، وهو مقياس مشابه للارتباط (يتراوح بين 0 و 1)، حيث تشير القيم الأعلى إلى تأثيرات أقوى.

أتاح هذه الحسابات تقييماً أكثر شمولاً لأهمية التغيرات العلاجية بعيداً عن مجرد الدلالة الإحصائية، خصوصاً مع صغر حجم العينة.

تُفُذت جميع التحليلات باستخدام برنامج **R** الإصدار 4.1.2؛ 2021، R Core Team، باستخدام الحزم التالية:

Stats للإجراءات الأساسية، statix للتحليلات المتقدمة، effectsize لحسابات حجم التأثير، ggplot2 للتمثيل البياني. وحُدِّدت عتبة الدلالة عند  $\alpha = .05$ .

# الفصل الخامس:

## عرض ومناقشة النتائج

## تمهيد:

سنقدم في هذا الفصل أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، بالعرض والتحليل، حيث سنعرض أولاً محتوى المقابلات القبليّة والبعديّة للحالات السبعة للدراسة وأهم المظاهر التي سجلناها حولها، ثم نعرض نتائج القياسات القبليّة والبعديّة والتبعية، والمقارنة بينها من خلال الفروق، ثم حساب حجم الأثر، ثم نقوم بتفسير ومناقشة هذه النتائج على ضوء النظريات العلمية والدراسات السابقة التي عيّنت بمثل دراستنا، وفي الأخير سنعرض خلاصة لأهم النتائج مع مجموعة من التوصيات والمقترحات.

## 1- العرض الكيفي للحالات (عرض وتحليل محتوى المقابلات):

### الحالة رقم 01

#### 1-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 2022-09-17

تاريخ القياس البعدي: 2022-12-17

تاريخ القياس التتبعي: 2023-03-21

الاسم: ز

اللقب: ك

العمر: 33 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: طالبة دكتوراه تخصص أدب عربي

المهنة: أستاذة التعليم المتوسط مادة اللغة العربية والتربية الإسلامية

#### بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب متوفي وهي صغيرة

الأب: متوفي طبيعة العلاقة: جيدة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: 02

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: المطالعة والرياضة

#### بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: قبل سنة من بداية التكفل

مسار الاضطراب: متزايد بدرجة خفيفة

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: لا يوجد

هل راجعت متخصصا من قبل: الطبيب النفسي

هل تحسنت بعد المراجعة: نعم

هل تأخذ أدوية نفسية: نعم اسم العقار إن وجد: Riperal

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: دخول المجلس التأديبي بسبب الفوضى في القسم

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

### بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \ أفكارك \ ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به \ ما تشعر به \ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم، المستقبل أكثر

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حاليا: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: لا

هل تندمج مع محتوى الذات: لا

### 1-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تعاني من مزاج منخفض طوال اليوم وفقدان للمعنى وللرغبة في الحياة، حيث صرحت أنها لم تعد قادرة على مداومة العمل في المؤسسة التي تعمل بها. وذلك بعد دخولها للمجلس التأديبي بعد حدوث مشاكل متعددة بداخل قسمها مع تلاميذها، حيث أصبحت مخرجة من زملائها، خاصة بعد عدم قدرتها على التحكم في الفوضى بداخل القسم كونها تدرس في متوسطة للذكور فقط.

وقد صرحت أنها فقدت السيطرة تماما على تلاميذها ووصفتهم بالعدوانيين. تعاني المفحوصة من عدم قدراتها على التحكم في أقسامها ككل وفي جميع الأطوار، كما تجد صعوبة بالغة في إتمام شرح الدرس. هذا ما جعل المراقب العام يعطيها العديد من الإنذارات ويقترح عليها العديد من الحلول والتي صرحت بأن جملها باءت بالفشل، حيث لم تتمكن من ضبط تلاميذها بأي وسيلة سواء بالعقاب أو بالنقاط أو حتى باستدعاء الأولياء.

وقد صرحت أنها تعاني من خوف على مستقبلها بسبب مشاكلها المتكررة مع التلاميذ والتي تسببت في مشاكل مع إدارة المتوسطة، ما قد يتسبب في فقدانها لوظيفتها، خاصة بعد اقتراح طاقم المؤسسة عليها أن تتنازل عن التدريس لتصبح أمينة مكتبة بالمتوسطة بما أنها لم تجد طريقة لضبط أقسامها. ترى المفحوصة أن مكان إثبات ذاتها هو القسم، لكنها لم تستطع فعل ذلك كونهم أخذوا انطباعاً عنها بأنها لا تتحكم في أقسامها. كما تعاني المفحوصة من مشاكل مع أولياء التلاميذ بسبب انزعاجهم حول نقاط أولادهم.

أصبحت المفحوصة تشعر بتثاقل في أداء عملها كأستاذة وبتعب مزمن يرافقها طوال اليوم مع مشاعر عدم الرضا عن الذات وأحاسيس بالذنب. كما صرحت بأنها تعاني من آلام مزمنة على مستوى البطن والظهر والتي لم تعرف أسبابها رغم إجرائها لمختلف الفحوصات الطبية.

وبسبب مزاجها الحزين طوال الوقت فإن المفحوصة لم تعد قادرة على موازنة حياتها الاجتماعية بشكل عادي ولم تعد تشعر بالمتعة لتكوين العلاقات بمختلف أنواعها وانعزلت تماماً عن العالم الخارجي وعن الحياة الاجتماعية. كما أصبحت المفحوصة تخاف من الخروج ولا تخرج إلا مع والدتها التي ترافقها في جميع خرجاتها، كما تكفلت بإحضارها لكافة جلسات العلاج، حيث أن المفحوصة لا تستطيع الحضور للحصة العلاجية في حالة عدم تمكن والدتها من إحضارها.

تشعر المفحوصة بالعار لفشلها في حياتها المهنية كأستاذة مقارنة بجميع الأساتذة الآخرين وتصف نفسها بأنها فاشلة بشكل كبير، وذلك لعدم قدرتها على إنهاء أطروحة الدكتوراه الخاصة بها حيث أنها تجاوزت الخمس سنوات دون مناقشة. تعاني المفحوصة أيضاً حسب تصريحاتها من مشاكل في الوزن حيث انخفض وزنها كثيراً في الآونة الأخيرة وترافق هذا مع فقدانها للشهية، كما تعاني من مشاكل في النوم لأنها أصبحت تنام بشكل متقطع.

يظهر على المفحوصة إهمال للشكل العام، ومزاج منخفض، ومعتقدات سلبية عن الذات والمستقبل والعالم الخارجي. بالإضافة لهذا تعاني المفحوصة من مخاوف بشأن الأذية حيث تعتقد بأنها مستهدفة وأن الآخرين ربما يحاولون أذيتها عمداً أو استغلالها، خاصة الأشخاص في محيطها المهني.

وقد لجأت المفحوصة لطبيب نفسي بسبب عدم قدرتها على العيش وفقدانها للمعنى وخضعت للعلاج الدوائي لمدة سنتين، رغم ذلك فإن حالتها لم تتحسن كثيراً ما جعلها تلجأ للعلاج النفسي.

#### ملاحظات الفاحص:

#### من الناحية المعرفية:

تصلب معرفي، عدم إصغاء، تثبث بالأفكار والمعتقدات، نظرة تشاؤمية للعالم الخارجي والمستقبل، تكرار لفكرة أنا مستهدفة استمر طوال الحصة (يمكن ملاحظتها في أغلب أوراق العمل).

#### من الناحية الشعورية:

هدوء، مزاج منخفض طوال الوقت، قلة التعبير الانفعالي.. وقلة التعابير الوجهية والتزام الحياد..

وعدم اهتمام بالجنس الآخر وفقدان المتعة

من الناحية السلوكية:

- عدم إكمال الواجبات المنزلية وعدم الالتزام بها في الحصص الأربع الأولى، عدم الصبر لبدء الحصص واندفاع..
- التزام تام بموعد الحصص والوقت بعد الجلسة الرابعة..
- تبعية للأم وتكفلها بإحضار المفحوصة طوال فترة العلاج نظرا لخوف المفحوصة من الخروج لوحدها.. إهمال تام للمظهر الخارجي.

**التشخيص:** اكتئاب شديد بالإضافة لاضطراب الشخصية الشكاكة وذلك وفقا لمحكات تشخيص اضطراب الشخصية الشكاكة حسب الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

جدول 8.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 01

الأفكار	المشاعر	السلوكات
-أنا فاشلة	-الحزن	
-لا يوجد أمل والمستقبل لن يتحسن	-مخاوف مرتبطة بأذية الآخرين لها	-الانعزال
-سوف أفقد وظيفتي	-مشاعر الذنب	-الانسحاب الاجتماعي
-ربما أنا مريضة بمرض جسدي	-فقدان المعنى واللذة	-النوم بشكل متقطع
-أنا أقل قيمة من الآخرين	-المزاج المنخفض	-الامتناع عن تناول الطعام
-أنا مستهدفة من قبل الآخرين	-القلق على المستقبل	-تثاقل في أداء المهام اليومية
-العالم مكان مخيف	-تعب وإرهاق	-إهمال للمظهر الخارجي
-الآخرين يحاولون أذيتي عمدا	-مشاعر العار والخجل	-عدم الخروج وحيدة وتبعية للأم
-الآخرين يحاولون استغلالني		

1-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح، تحصلت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس الاكتئاب النفسي لبنيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايز. وقد صرحت المفحوصة بأنها لاحظت تغييراً على عدة مستويات، بحيث صرحت أنها لم تعد تعاني من مزاج منخفض طوال الوقت وباتت قادرة على عيش مختلف أنواع المشاعر.

كما أنها باتت قادرة على مواصلة العمل والاستيقاظ صباحاً بكل سهولة مقارنة بالسابق، ولم تعد ترى بأن العالم مكان مخيف أو تفكر بأنها ستفقد وظيفتها. كما لم تعد تقضي وقتاً طويلاً في الفراش وهي غارقة في التفكير بكيفية قضاء يومها وكيفية النهوض، وأصبحت تستيقظ بشكل مباشر دون الاندماج مع أفكارها أو مشاعرها صباحاً. كما صرحت بأنها لم تعد تشعر بالتعب الشديد الذي كان يلازمها طوال النهار، وقد أصبحت تستيقظ مبكراً لصلاة الفجر وقراءة مختلف الأذكار الصباحية، وعادت مجدداً لتحضير الدروس لتلاميذها.

صرحت المفحوصة بأنها باتت تعيش اللحظة أكثر من قبل، حيث أن تقنية اليقظة الذهنية ساعدتها كثيراً على عيش حياتها دون تفكير في الماضي أو قلق من المستقبل ومآل الأمور، وباتت تكتفي بعيش يومها بالشكل المطلوب ووفق قيمها الشخصية وأهدافها. كما لم تعد تحمل معها مشاكل القسم والتلاميذ خارج أسوار المتوسطة التي تدرس بها، وأصبحت تحاول فصل عملها عن حياتها الشخصية وبقية أهدافها الأخرى.

كما صرحت المفحوصة بأنها عادت للتواصل مع الآخرين، بالأخص صديقاتها اللاتي كن يحاولن التواصل معها وكانت تتجنبهن، بالإضافة لتواصلها مع أشخاص ضمن عائلتها كبنات خالاتها. وأصبحت المفحوصة تهتم لحضور المناسبات العائلية.

كما صرحت بأنها لم تعد تشتكي كثيراً من الأعراض الجسدية وتشعر بأن صحتها جيدة جداً، وقد تأكدت من أنها لم تكن تعاني من أي شيء وأن تلك الأعراض ناجمة عن الاكتئاب. وقد بدأت بممارسة المشي بشكل يومي وهي تستمتع بقدر كافٍ بحياتها، وعادت للنوم والأكل بشكل طبيعي بالإضافة للاهتمام بمظهرها الخارجي.

تتطلع لإنهاء أطروحة الدكتوراه الخاصة بها والتخرج قريباً، كما تتطلع لتغيير المؤسسة في الدخول المدرسي القادم وهي تبحث عن أستاذة تتبادل معها المؤسسة.

وبعد تطبيق القياس التبعي بعد فترة من تطبيق القياس البعدي، صرحت المفحوصة بأنها لاتزال تحافظ على النتائج التي وصلت إليها ولا تزال تقوم بمختلف التزاماتها المتوافقة مع قيمها الخاصة رغم استمرار المشاكل مع التلاميذ واستمرار المشاكل مع الإدارة، لكن هذا لم يعد يؤثر على حياتها الشخصية كالسابق وهي لا تزال تبحث عن أنجع حل للتعامل مع الوضعية وتجرب مختلف الأساليب.

**ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:**

من الناحية المعرفية: مرونة التفكير، تفكير تفاعلي مرتبط بالنظرة للعالم الخارجي والمستقبل

من الناحية الشعورية: مزاج مرتفع، تعبير انفعالي، هدوء

من الناحية السلوكية: انفصال عن الأم، اهتمام واضح بالمظهر الخارجي، التزام بالجلسات الأخيرة

لغراقيل التي واجهناها في الحصص:

وجدت المفحوصة بعض الصعوبات في فهم وتطبيق التقبل التجريبي كتقنية، كما وجدت بعض اللبس في فهم الاندماج المعرفي وممارسة فك الاندماج المعرفي، وقد تجاوزنا عدد حصص البرنامج بسبب صعوبة بعض التقنيات على المفحوصة ما جعلنا نضيف حصص أكثر لفهمها وتطبيقها بالشكل المناسب.

تائج القياسات:

جدول 9.

القياسات القبليّة والبعدية والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 01

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	30	23	07
البعدية	05	01	04
التبعية	09	07	02

## الحالة رقم 02

### 2-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

#### معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 2022-09-29

تاريخ القياس البعدي: 2022-12-14

تاريخ القياس التبعي: 2023-02-22

الاسم: س

اللقب: م

العمر: 19 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

المهنة: لا توجد

#### بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 04

الترتيب في الأسرة: 01

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: الخياطة

#### بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب:

مسار الاضطراب: ثابت

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: الأم

هل راجعت متخصصا من قبل: لا

هل تأخذ أدوية نفسية: لا

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: عدم النجاح في البكالوريا

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \أفكارك\ ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به\ ما تشعر به\ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حالياً: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: لا

هل تندمج مع محتوى الذات: نعم

## 2-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تعاني من مزاج منخفض وحزين طوال الأشهر السابقة، وذلك ابتداءً من ظهور نتائج امتحان البكالوريا وبسبب عدم نجاحها تأثرت حياتها الاجتماعية كثيراً، حيث أصبحت أقل تفاعلاً مع الآخرين وأقل ثقة في مهاراتها التفاعلية مع الآخرين. وهي تغلق على نفسها الغرفة طوال اليوم وتمضي اليوم في البكاء في فراشها أو النوم طوال النهار.

صرحت المفحوصة بأنها ابتعدت عن عائلتها وصديقاتها وتقول أنها أصبحت وحيدة جداً بعد نجاح صديقاتها ودخولهن الجامعة، وقد صرحت بأنها الوحيدة من بين جميع صديقاتها التي لم تنجح في نيل شهادة البكالوريا رغم تحضيرها طوال السنة وبذاتها لمجهودات كبيرة. ولكن بمجرد دخولها القاعة لاجتياز الامتحان تصاب بالذعر والتوتر وتفقد التركيز وتبدأ في نسيان كافة المعلومات التي راجعتها.

وهي تشعر بالعار لعدم نجاحها لسنتين متواصلتين وقد وصفت الأمر بأنه خيبة أمل كبيرة لوالديها اللذين وفرا لها كل شيء وشجعها طوال السنتين السابقتين. وما يجعلها تتذكر خيبتها الكبيرة حسب وصفها هو تصفحها لمواقع التواصل الاجتماعي ورؤية الناجحين وسعادتهم بالنجاح مع عائلاتهم، وهي تشعر بالفشل وضياع مستقبلها بعد فشلها للمرة الثانية حيث أنها رجحت بأن فشلها لمرة متتاليتين سيجعلها تفشل هذه السنة أيضاً. وقد سجلت لاجتياز الامتحان هذه السنة كتلميذة حرة كونها لم تُقبل في ثانويتها لتجتاز الامتحان كتلميذة أكاديمية، رغم ذلك لا زالت تشعر بالتردد في كونها ستجتاز الامتحان هذه السنة أو لا وتحاف من تكرار تجربة الفشل للمرة الثالثة.

ترى المفحوصة نفسها أقل قيمة من الآخرين كونهم متحصلين على شهادة البكالوريا، خاصة العاملين بصيدلية والدها وترى أن والدها وظفها فقط لأنها ابنته، وأنها أقل كفاءة وهم يشفقون عليها ويدركون أنها أقل مستوى منهم ولا تستحق تلك الوظيفة، لذلك لم تعد تذهب للصيدلية خوفاً من نظراتهم لها.

كما قطعت المفحوصة علاقتها مع العائلة الممتدة بسبب أسئلتهم المستمرة حول فشلها في امتحان البكالوريا وحول حياتها الشخصية ما جعلها تشعر بالحنين الشديد أمامهم والتلثم في النطق واحمرار في الوجه، وهذا بدوره أصبح يسبب لها القلق ويخرجها بشكل أكبر. تصف المفحوصة نفسها بأنها ضعيفة الشخصية وأنها لا تعرف كيف ترد على أسئلتهم.

بدأت تراودها بعض الأفكار الانتحارية حيث أنها ترى أنه لا جدوى من حياتها، ولم تصل هذه الأفكار لمستوى الفعل حيث صرحت بأنها لا تمتلك الشجاعة لإنهاء حياتها. كما تصفها والدتها هي الأخرى بأنها ضعيفة الشخصية ولا تستطيع الرد على نفسها، وترى بأن رأي والدتها بها صحيح.

صرحت المفحوصة بأنها في الآونة الأخيرة تشعر بالتعب والإرهاق من فعل أي شيء من المهام اليومية العادية، وقد وجدت المفحوصة صعوبة بالغة في الالتزام بموعد الجلسات بسبب عدم قدرتها الجسدية ومشاعر الحزن التي تصاحبها دوماً ما جعلها تنهي الحصص العلاجية فقط بدفع من والدتها. كما صرحت المفحوصة بأنها تعاني من شيء آخر لا طالما أرقها وهو اعتقادها الدائم بأن لها رائحة فم كريهة ما يجعلها تلتزم الصمت وتتجنب التحدث أمام الآخرين خوفاً من انبعاث أي رائحة. ورغم تأكيد والدتها لها بأنها لا تعاني من أي روائح إلا أنها لم تصدق الأمر وتستمر في تجنب التحدث وتكتفي بالإصغاء فقط والتحدث بعبارات مقتضبة جداً.

## جدول 10.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 02

الأفكار	المشاعر	السلوكات
-أنا فاشلة	-الحزن	
-لا يمكنني النجاح في شهادة البكالوريا فقد فشلت عدة مرات	-مخاوف مرتبطة بعدم النجاح مرة أخرى في شهادة البكالوريا	-الانعزال وغلق غرفتها عليها
-أنا وحيدة	-مشاعر الذنب	-الانسحاب الاجتماعي
-صديقاتي أفضل مني	-الشعور بالوحدة	-النوم بشكل مستمر
-أنا أقل قيمة من الآخرين	-فقدان المعنى واللذة	-صعوبة الاستيقاظ في الصباح
-الآخرين أكثر كفاءة مني	-المزاج المنخفض	-صعوبة في أداء المهام اليومية
-شخصيتي ضعيفة	-تعب وإرهاق	-العزوف عن المناسبات العائلية والاجتماعية
-أنا خيبة لوالدي	-مشاعر العار والحنين	-بكاء مستمر وطوال الوقت
-التفكير الانتحاري	-مشاعر الدونية	-الامتناع عن التحدث
-الحياة لا معنى لها		

ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية:

أفكار سلبية حول الذات والمستقبل، فهي ترى نفسها أقل قيمة وكفاءة وأن المستقبل لا أمل فيه، وتعتقد أنها شخص فاشل وضعيف ولا تستحق الحياة، تقدير ذات منخفض.

من الناحية الشعورية:

هدوء، مزاج منخفض طوال الوقت، خجل، فقدان المتعة، مشاعر الدونية والعار.

من الناحية السلوكية:

بكاء، تجنب وهروب، عدم الالتزام بالحرص

التشخيص: اكتئاب شديد.

## 2-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في مقياس الاكتئاب النفسي لبيك ومقياس التقبل والفعل الملتمزم لهايز، وقد صرحت بأنها أصبحت أحسن بكثير من ذي قبل، حيث عادت لحياتها الطبيعية، ولم تعد تشعر بالحزن والرغبة في البكاء طوال الوقت، وأصبحت أكثر اهتماماً بصحتها النفسية.

وهي تحضر نفسها للعودة إلى المراجعة من أجل التحضير لشهادة البكالوريا مرة أخرى، حيث صرحت بأنها قررت المواصلة في اجتياز امتحان شهادة البكالوريا حتى تنجح، كونه يمثل لها حلماً ترغب بتحقيقه كما يمثل حلم والديها أيضاً. وقد صرحت المفحوصة بأنه وبغض النظر عن النتيجة فإنها مستعدة للتمسك بهذا الحلم وتحقيقه في أي وقت من عمرها حتى وإن كبرت في السن وحتى وإن كان تحقيقه لا يزال بعيداً.

صرحت المفحوصة بأنها تشعر بأنها أقل تعباً وأن طاقتها جيدة وقد عادت للعمل في صيدلية والدها، كما صرحت بأنها ترغب بعيش حياتها بشكل يناسبها وقررت أيضاً دخول مجال الخياطة من أجل بدء مشروعها الخاص.

صرحت أيضاً بأن تحديد قيمها قد ساعدها كثيراً وجعلها تعرف المعنى من حياتها، حيث تصالحت مع فكرة كونها شخصية ضعيفة حسبما صرحت واعتبرت نفسها شخصاً لطيفاً يحترم مشاعر الآخرين، واعتبرت قيمة اللطف جزءاً من شخصيتها وتمثلها ولا تعبر عن الضعف كما كانت تفكر دوماً.

وقد أوضحت بأن تقنية فك الاندماج المعرفي ساعدتها كثيراً على عيش اللحظة الحالية، وقد عادت المفحوصة للنوم بشكل جيد حسبما عبرت ولم تعد تقضي يومها محتجزة بغرفتها أو نائمة. كما لم تعد تعتبر نفسها سبباً في خيبة والديها لأنها بذلت جهداً كبيراً من أجل النجاح لكن القلق أعاقها، وقررت العمل على القلق قبل اجتيازها لامتحان البكالوريا.

كما لم تعد ترى نفسها أقل قيمة من الآخرين وهي ترى بأن عملها في صيدلية والدها رزق، حيث تعتبر أن هناك العديد من الأشخاص الخريجين الناجحين في شهادة البكالوريا لكنهم لم يحصلوا على فرصة للعمل، وقد اعتبرت أن لكل شخص فرصاً وحظوظاً معينة يجب عليه استغلالها.

وبعد تطبيق القياس التبعي بعد فترة من الزمن صرحت المفحوصة بأن نتائج العلاج لاتزال مستمرة وهي تشعر بأنها أحسن بشكل أكبر، كما أنها مستمرة في تحقيق أهدافها المرتبطة بقيمتها، وهي تشعر بالاستمتاع الكافي بحياتها، وتشعر بالامتنان الكبير لتحسنها ولعودتها لحياتها.

ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: أفكار إيجابية عن الذات وعن العالم الخارجي والمستقبل، ارتفاع في تقدير الذات.

من الناحية الشعورية: مزاج مرتفع، هدوء، تعبير جيد عن مختلف أنواع المشاعر.

من الناحية السلوكية: التزام بموعد الحصة، توقف نوبات البكاء.

العراقيل التي واجهناها في الحصة:

صعوبة التزام المفحوصة بالحصة بسبب الاكتئاب الشديد، حيث كانت تأتي بدفع من والدتها، تغييرات وتقطعات في فترات الحزن الشديد.

- نتائج القياسات:

جدول 11.

القياسات القبليّة والبعديّة والتبعيّة لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 02

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	35	30	04
البعدي	05	05	00
التبعي	00	00	00

### الحالة رقم 03

#### 3-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 03 - 11 - 2022

تاريخ القياس البعدي: 28 - 02 - 2023

تاريخ القياس التبعي: 02 - 05 - 2023

الاسم: ف

اللقب: خ

العمر: 31 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: متزوجة

عمر الزوج: 34 سنة

طبيعة العلاقة مع الزوج: جيدة

عدد الأولاد: 02

المستوى التعليمي: ماستر بيولوجي

المهنة: لا توجد

بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: سيئة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: الصغرى

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: السفر، تكوين العلاقات الاجتماعية

بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: قبل سنتين من بداية التكفل

مسار الاضطراب: متزايد

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: أغلب أفراد العائلة

هل راجعت متخصصا من قبل: لا

هل تأخذ أدوية نفسية: لا

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: فيروس كورونا

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: جيد

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \ أفكارك \ ذكرياتك المؤلمة: لا

هل تندمج مع ما تفكر به \ ما تشعر به \ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حاليا: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: نعم

هل تندمج مع محتوى الذات: لا

### 3-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تعاني من نوبات بكاء متواصلة لا تعرف سببها وذلك منذ فترة طويلة وهي في تزايد بشكل مستمر مع مزاج حزين وغائم طوال الوقت، تزامن هذا وانتشار فيروس كورونا واستمر لغاية اليوم. وقد صرحت المفحوصة بأنها تشعر بالوحدة الشديدة، خاصة وأنها لا تجد ما تفعله بعد ذهاب زوجها لعمله طوال اليوم، وما يزعجها أكثر تدخل عائلة زوجها وجيرانها في حياتهما الخاصة. وقد صرحت أنها تجد صعوبة في التأقلم مع بيئة ولاية المدية المحافظة والتي وصفتها بأنها بيئة صعبة التعايش، خاصة بسبب تدخل الجميع في قراراتهما الخاصة ومراقبتهم لها. وقد صرحت المفحوصة أن علاقتها مع زوجها جيدة جداً رغم ذلك فإن العائلة لا تتركهما يعيشان وفق خيارتهما، وما يزعجها أيضاً هو إدمانها لمواقع التواصل الاجتماعي وتوقفها عن عيش حياتها بالشكل الذي كانت عليه من قبل في بداية زواجها.

وقد سعت المفحوصة طويلاً ومنذ تخرجها لإيجاد عمل بتخصصها لكنها لم تجد، وهذا جعلها تقارن نفسها بزميلات اللواتي وجدن عملاً أما هي فلا، وهذا بدوره يشعرها بأنها أقل حظاً منهن. وقد صرحت المفحوصة أنها لم تعد تشعر بالمتعة في الحياة وفقدت المعنى ولم تعد تستمتع بنشاطات كانت تفعلها سابقاً كالتسوق والطبخ وممارسة الرياضة وحضور المناسبات العائلية.

وما يجعلها تحزن بشكل أكبر حسب تصريحها أنها لم تعد تستطيع الاجتماع مع أفراد عائلتها بشكل دوري، خاصة بعد زواجها في مكان بعيد عن مدينتها حيث تعتبر عائلتها جزءاً أساسياً من يومها وحياتها اليومية. وقد أفادت أنها تشعر بالقلق على مستقبلها وتشعر أن أمورها لن تتحسن ما دامت تعيش في هذا البلد وفي هذه الولاية.

وما يجعلها خائبة أيضاً خيانات والدها لوالدتها التي اكتشفتها مؤخراً والتي قامت بفضحها ومواجهته، وقد وصفته أنها أب نرجسي لا يهتم إلا بمصلحته وأنه أذاها وأذى إخوتها كثيراً في طفولتهم وحقر بقدراتهم وجعلها دائمة الخوف والقلق على والدتها منه.

وقد تأثرت المفحوصة بشكل أكبر بعد قيام أخوها المصاب باضطراب عقلي بجرح رقبته بالسكين في محاولة انتحارية منه، وذلك بعد أن توقف عن شرب دوائه بسبب إهمال والدتهم له ولمواعيد دوائه، وحدث هذا مباشرة بعد اكتشافها لخيانة زوجها ودخولها في نوبة حزن طويلة منعتها من أداء جميع مهامها بالمنزل. وقد حدثت محاولة انتحار الأخ أمام أعين المفحوصة وأعين ولديها البالغان من العمر أربع سنوات وستين، وبعد هذه الحادثة فقدت المفحوصة صوتها مباشرة لأيام، وتوقفت عن التحدث مع الجميع وقد حاولت في تلك اللحظة منع أخيها من الانتحار ونجحت في ذلك.

وبالرغم من مرور مدة على الأمر لا تزال المفحوصة تشعر بالحزن والخوف من تذكر الحادثة، حيث صرحت المفحوصة أن الدم ملاً المكان ولا يزال في ذاكرتها كيف كان الوضع حينها وهي تفكر إذا ما كانت هذه الحادثة ستتكرر، وهل سيتذكر ولديها هذا الحدث حينما يكبران وهل سيؤثر الأمر عليهما وعلى صحتهم النفسية. وتعتبر المفحوصة والدها مسؤولاً عن كافة معاناتهم ابتداءً من والدتها وهي وإخوتها جميعاً الذين تعرضوا للتخويف منه طوال فترة طفولتهم.

## جدول 12.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 03

الأفكار	المشاعر	السلوكات
- لا يوجد مستقبل في هذا البلد	- مشاعر الوحدة	- ادمان مواقع التواصل الاجتماعي
- أنا وحيدة جدا	- الحزن	- الانسحاب الاجتماعي
- صديقاتي أكثر حظاً مني	- مخاوف مرتبطة بالمستقبل	- صعوبة الاستيقاظ في الصباح
- حياتي دون معنى	- القلق بشأن العائلة	- صعوبة في أداء المهام اليومية
- والدي السبب في جميع ألامنا	- فقدان المعنى واللذة	- العزوف عن المناسبات العائلية والاجتماعية
	- المزاج المنخفض طوال الوقت	- بكاء مستمر وطوال الوقت
	- تعب وإرهاق	

ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية: أفكار تشاؤمية حول العالم الخارجي والمستقبل

من الناحية الشعورية: حزن وفقدان للمتعة والمعنى من الحياة ومشاعر الإحباط والقلق، تعبير انفعالي مسهب  
من الناحية السلوكية: تجنب التواصل مع الآخرين وتوقف الأنشطة المعتادة، إدمان مواقع التواصل الاجتماعي،  
الالتزام التام بالحصص.

التشخيص: اكتئاب متوسط

### 3-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس  
الاكتئاب النفسي لبيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايز، وقد صرحت بأنها أصبحت أحسن من ذي قبل حيث  
ساعدتها تقنية فك الاندماج المعرفي كثيراً في عيش اللحظة الحالية وعدم الاندماج مع قصص العقل، وباتت أكثر  
تركيزاً على الحاضر، ويقظة لكل لحظة من لحظات حياتها. حيث صرحت بأنها ترغب بعيش حياتها على أكمل  
وجه وبكل استمتاع مع عائلتها.

وقد صرحت بأنها عادت للقيام بمختلف أنشطتها إذ ساعدها التنشيط السلوكي كثيراً، وقد سجلت مؤخراً بالنادي  
الرياضي وهي ملتزمة به بمعدل 3 مرات في الأسبوع، وعادت لحياتها الاجتماعية ولزيارة أهلها والمقربين منها  
وعادت لإحياء المناسبات الاجتماعية والعائلية. كما تتواصل دورياً مع جميع أفراد عائلتها لتطمئن عنهم وتساعدهم  
في حالة ما احتاجوا لأي شيء.

وقد صرحت المفحوصة بأنها تشعر بالامتنان الكبير لامتلاكها زوج محب وولدين جيدين وهي ترى نفسها بأنها  
ليست وحيدة كما كانت تعتقد دوماً، كما صرحت بأنها ملتزمة بمختلف أهدافها المرتبطة بقيمتها، خاصة قيمها  
الروحية وأهدافها المرتبطة بها كالصلاة والأذكار وقراءة القرآن.

وقد قلت نوبات البكاء كثيراً ولم تعد معتمدة بشكل كبير على مواقع التواصل الاجتماعي حيث نظمت وقتها  
عليها، كما لم تعد تفكر في المستقبل ومآل حياتها أو في العمل حيث صرحت بأن عمل زوجها كافٍ لإعالتهم  
وليست بحاجة لتعمل هي أيضاً، وهي تفكر بطريقة أخرى لكسب المال من أجل أن تستمتع فقط ولكي لا تقع  
في الفراغ وتشعر بمشاعر الحزن مجدداً ولكي لا تغرق في التفكير بالماضي أو المستقبل، لكنها لم تصل لأي فكرة  
بعد.

كما صرحت بأنها عادت للقيام بمختلف أشغال منزلها ولم تعد تشعر بالتعب أو الإرهاق دون بذلها لمجهود  
كالسابق، وهي تستمتع بدرجة كافية بحياتها.

وبعد تطبيق القياس التتبعي بعد فترة من الزمن صرحت المفحوصة بأنها لاتزال تشعر بالتحسن، وبأنها مستمرة على قيمها وأهدافها، وأنها أفضل من ذي قبل بشكل كبير، وهي لا تتمنى العودة مجددة للاكتئاب، لأنه تجربة صعبة للغاية.

#### ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: تفكير تفاعلي مرتبط بالذات والعالم الخارجي والمستقبل

من الناحية الشعورية: استمتاع بكافة جوانب الحياة، مزاج مرتفع، تعبير مسهب عن الذات والمشاعر باختلافها

من الناحية السلوكية: العودة لممارسة مختلف الأنشطة وللتفاعل والتواصل اجتماعيا بشكل جيد.

#### العراقيل التي واجهناها في الحمص:

لم تتم مواجهة أي عراقيل من أي نوع، حيث أبدت المفحوصة التزاما تاما بالحمص وبالإطار العلاجي وتوقيت الحصة وبتطبيق التقنيات العلاجية وتمت العملية العلاجية بسلاسة تامة.

#### نتائج القياسات:

#### جدول 13.

القياسات القبليّة والبعديّة والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 03

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	19	14	05
البعدي	01	01	00
التتبعي	00	00	00

## الحالة رقم 04

### 4-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

#### معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 26 - 10 - 2022

تاريخ القياس البعدي: 21 - 01 - 2023

تاريخ القياس التبعي: 12 - 04 - 2023

الاسم: آ

اللقب: ط

العمر: 19 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: سنة أولى شبه طبي

المهنة: لا توجد

#### بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: سيئة

عدد الإخوة: 05

الترتيب في الأسرة: الصغرى

طبيعة العلاقة مع الإخوة: مع الأخت التوأم (الحالة 05) جيدة جدا، مع باقي الإخوة علاقة جيدة

الاهتمامات والهوايات: المطالعة، مشاهدة الفيديوهات الثقافية (دينية خاصة)

#### بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: منذ ثلاثة أشهر من بداية العلاج

مسار الاضطراب: متزايد

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: الأخت التوأم

هل راجعت متخصصا من قبل: لا

هل تأخذ أدوية نفسية: لا

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: عدم النجاح في البكالوريا بمعدل مقبول

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: مقبول

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \أفكارك\ ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به\ ما تشعر به\ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حاليا: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: لا

هل تندمج مع محتوى الذات: نعم

#### 4-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تعاني من مشاعر حزن دائمة وهي تؤرقها منذ بضع أشهر وتترافق مع البكاء المستمر طوال اليوم وذلك راجع حسب تصريحها لعدم تحصيلها على المعدل المطلوب في امتحان البكالوريا لدخول كلية الطب، وتشعر بالفشل الذريع وبأنها أقل قيمة من الآخرين ومذنبه لأنها لم تتحصل على النتيجة التي كانت تنتظرها، وقد اعتبرت أن هذا ربما عقوبة لها من الله بسبب بعض أخطائها، ما جعلها تلوم نفسها وتشعر بالإحباط طوال الوقت، وحسب تصريح المفحوصة فقد بذلت جهدا كبيرا لدخول كلية الطب طوال السنة الماضية لكنها لم تتحصل على معدل القبول المطلوب.

تعاني المفحوصة من الأرق المزمن ومشاكل مرتبطة بالنوم ومن عدم قدرتها على الاستمتاع بحياتها كما اعتادت من قبل حيث تلاحقها فكرة عدم نجاحها بشكل مستمر وتؤرق حياتها وتشتتها، وهي مترددة بين فكرة إعادة اجتياز امتحان البكالوريا مرة أخرى أو قبول تخصصها الحالي والاستمرار فيه، كما وتعاني المفحوصة من أفكار سلبية حول المستقبل وكيف ستكون حياتها بعد التخرج نظرا لقلّة مناصب العمل ولصعوبة دراسة تخصص يضمن منصب عمل جيد حسب رأيها بحيث لا يوجد أي تخصص يضمن التوظيف المباشر غير الطب.

بالإضافة إلى معاناتها من تعب مزمن يجعل أدائها لأي مهمة شيء صعب بالنسبة لها وثقيل بما في ذلك العناية بذاتها أو أداء أي مهمة بسيطة، وهذا ما جعلها تعزل بشكل تام عن العالم الخارجي وتبقى في فراشها طوال اليوم بعيدا عن جميع أفراد عائلتها وتدمن مواقع التواصل الاجتماعي وتقضي وقتها في تصفحها دون أي اهتمام بالمحتوى الذي تشاهده أو متعة مرتبطة به، كما تعاني المفحوصة من فقدان شهيتها للطعام وعزوفها عن تناوله إلا للضرورة وقد فقدت بعض الوزن في الآونة الأخيرة، وقد وصفت المفحوصة نفسها بأنها وحيدة جدا ولا تمتلك أي

صداقات تتشارك معهم أفكارها ومشاعرهما، وأن حياتها أصبحت دون معنى ولا يثير اهتمامها أي شيء كالسابق وهذا ما جعلها لا ترغب في الحياة ولا ترغب في الدراسة.

رغم اقتراب موعد الدخول لطلبة الشبه طبي إلا أنها تشعر بأنها غير مستعدة بعد وتشعر بالضياع بين فكرة قبول هذا التخصص والمضي فيه أو إعادة امتحان البكالوريا حيث لم تحسم أمرها بعد في هذا الشأن وهي تشعر بالارتباك وعدم القدرة على حسم أمرها والمضي قدما في حياتها بأي شكل من الأشكال.

#### جدول 14.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 04

الأفكار	المشاعر	السلوكات
- أنا فاشلة	- الحزن	- الانعزال
- لا يمكنني النجاح في حياتي المهنية	- مخاوف مرتبطة بالمستقبل	- الانسحاب الاجتماعي
- المستقبل لا أمل فيه	- مشاعر الذنب	- الأرق
- أنا وحيدة	- مشاعر الوحدة	- صعوبة الاستيقاظ في الصباح
- أنا أتعرض للعقاب بسبب أخطائي	- فقدان المعنى واللذة	- صعوبة في أداء المهام اليومية
- أنا مذنب	- المزاج المنخفض	- بكاء مستمر وطوال الوقت
- أنا أقل قيمة من الآخرين	- تعب وإرهاق	- الامتناع عن تناول الطعام
- الحياة لا معنى لها	- مشاعر الاحباط	- ادمان مواقع التواصل الاجتماعي
	- مشاعر الدونية	- اهمال المظهر العام والذات
	- مشاعر الضياع	

#### ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية: أفكار تشاؤمية بشأن الذات والمستقبل، تقدير ذات منخفض

من الناحية الشعورية: مشاعر الحزن، القلق، فقدان المتعة، مشاعر الوحدة، مشاعر الذنب

من الناحية السلوكية: انعزال وانسحاب، قلة التعبير عن الذات والمشاعر، بكاء مستمر، التزام بالحرص.

التشخيص: اكتئاب متوسط.

#### 4-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس الاكتئاب النفسي لبنيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايزر، وقد صرحت بأنها أفضل بكثير مما كانت عليه، حيث انخفضت درجة الاكتئاب بصفة كبيرة ما جعلها تعود لحياتها بشكل عادي، وقد صرحت المفحوصة بأنها لم تعد تعزل نفسها في غرفتها وقد عادت للتفاعل والتواصل مع أفراد عائلتها، كما تجلس يوميا مع اخواتها لتبادل أطراف الحديث، وهذا ما جعلها تعود للاستمتاع بحياتها كالسابق وجعلها تشعر بأنها ليست وحيدة بوجود أخواتها معها.

صرحت بأنها أصبحت أقل حزنا وأقل تعباً ولم تعد تبكي طوال الوقت وقد تقبلت التخصص الذي سدرسه كما سجلت من أجل البدء فيه وذهبت لاستكشاف المكان الذي سدرسه به كما سجلت بالإقامة الجامعية وتعرفت على صديقات جدد، وهي تفكر بإعادة اجتياز امتحان البكالوريا بالموازاة مع دراستها، وصرحت المفحوصة بأن تقنيات التقبل التجريبي والتعاطف مع الذات ساعدتها كثيرا على التحسن حيث أصبحت أكثر تقبلا لمشاعرها وأفكارها التي كانت تتصارع معها وأصبحت أقل جلدا للذات حسب وصفها ولم تعد ترى نفسها أقل قيمة وفاشلة، حيث اعتبرت هذه الأفكار افكارا غير واقعية تساهم في زيادة اكتئابها وحزنها فقط.

كما ساعدها تحديد قيمها الشخصية وتحديد أهدافها على العودة لحياتها والمثابرة لتحقيق ما تطمح له، وهي تشعر بأنه هناك معنى لحياتها ومعنى لكل ما تقوم به وأن المستقبل لا يمكن معرفة ما ستكون عليه وبالتالي لا يمكنها العيش فيه وبدلا عن ذلك هي تسعى لتركز على حاضرها وعيشه.

وبعد تطبيق القياس التبعي بعد فترة من الزمن صرحت المفحوصة بأنها لاتزال تشعر بأنها أحسن وأنها مستمرة في الالتزام بقيمتها وأهدافها وقد بدأت الدراسة ولا تجد أي صعوبة بها، لكنها لم تجد صديقات حقيقيات بعد وهي مكتفية ببعض الزميلات فقط، وهي تطمح لإيجاد صديقة جيدة أثناء مسارها الدراسي بحيث تزعجها مشاعر الوحدة.

#### ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: ارتفاع في تقدير الذات، تفكير تفاؤلي مرتبط بالذات والمستقبل والعالم الخارجي.

من الناحية الشعورية: استمتاع كاف بمختلف جوانب الحياة، مزاج مرتفع، تناقص في مشاعر الذنب.

من الناحية السلوكية: تواصل وتفاعل اجتماعي، تعبير مقبول عن الذات، توقف نوبات البكاء.

#### العراقيل التي واجهناها في الحصص:

لم نواجه أي عراقيل حيث أبدت المفحوصة التزاما تاما بالحصص وبالإطار العلاجي وتوقيت الحصص وبتطبيق التقنيات العلاجية وتمت العملية العلاجية بسلاسة تامة

نتائج القياسات:

جدول 15.

القياسات القبلية والبعدي والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 04

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	23	18	05
البعدي	03	01	02
التتبعي	03	01	02

## الحالة رقم 05

5-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 17 - 09 - 2022

تاريخ القياس البعدي: 07 - 03 - 2023

تاريخ القياس التتبعي: 25 - 05 - 2023

الاسم: أ

اللقب: ط

العمر: 19 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: سنة أولى طب

المهنة: لا توجد

بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جداً

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جداً

عدد الإخوة: 05

الترتيب في الأسرة: الصغرى (الأخت التوأم ل الحالة 04)  
طبيعة العلاقة مع الإخوة: مع الأخت التوأم جيدة جدا، مع بقية الأخوة جيدة.  
الاهتمامات والهوايات: الكرة، الكتابة، المسرح، الشطرنج.

#### بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: لا تعرف المفحوصة منذ متى

مسار الاضطراب: متزايد

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: الأخت التوأم (الحالة 04)

هل راجعت متخصصا من قبل: لا

هل تأخذ أدوية نفسية:

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب:

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

#### بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك\أفكارك\ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به\ما تشعر به\ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حاليا: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: لا

هل تندمج مع محتوى الذات: نعم

#### 5-2- عرض الحالة (القبلي):

جاءت المفحوصة وهي تشتكي من مشاعر الحزن المزمنة منذ افتراقها عن صديقتها المقربة، وذلك بسبب مشكل حصل بينهما حسب تصريحها ما جعلها تشعر بالخوف الشديد بعد فقدانها ولوم ذات مستمر مع مشاعر الوحدة والضيق، كون صديقتها كانت مقربة جداً منها. وهذا جعلها تحاول الدخول في علاقات سريعة مع أشخاص غرباء وبشكل غير مخطط له و متهور بحيث تندم لاحقاً على اندفاعها في تكوين أي علاقة جديدة، وقد اعتبرت هذه العلاقات علاقات تعويضية لفقدان صديقتها فقط وللتخلص من مشاعر الوحدة الملازمة لها.

صرحت المفحوصة بأنها وبالرغم من فقدان صديقتها ومشاعر الألم التي صاحبت هذا الفقدان منذ أشهر إلا أن صديقتها كانت كثيرة النقد واللوم لها وكانت علاقتهما سامة حسب وصفها وأن خيار الفراق بينهما كان الحل الأنسب لكليتهما. كما تعاني المفحوصة من مزاج شديد التقلب يتسم بالسعادة تارة وبالحزن والتوتر تارة أخرى.

أوضحت المفحوصة بأنها تعاني من صعوبات في النوم وكوابيس متكررة انتابتها مؤخراً جعلت نومها شيئاً عسيراً ومؤرقاً، بالإضافة لمشكل في الهوية الذاتية وفي معرفة اهتماماتها وميولاتها حيث تواجه صعوبة في اختيار ما ترغب بأن تكونه في الحياة.

كما تعاني المفحوصة من مشاكل في دراستها حيث تتخلى عن الدراسة أحياناً وترغب بإنهاء كل شيء وفي أحيان أخرى تدرس دون انقطاع، وقد صرحت أنها لا تدرس من أجل نفسها بل ليعترف بها ولتنتقم من صديقتها التي تركتها وتثبت لها مدى تمكنها وتفوقها.

وقد أعادت المفحوصة اجتياز امتحان البكالوريا لدراسة الطب وقد نجحت في دخول كلية الطب، لكنها وجدت الكثير من الصعوبات في هذا التخصص بسبب كثرة الدروس والضغط النفسي الذي يتعرض له طلبة هذا التخصص حسب تعبيرها.

وتشعر المفحوصة بتقدير ذات منخفض حيث غالباً ما تتساءل عن إذا ما كانت تستحق ما جرى لها وربما هو عقاب لها لسوءها، وتلوم المفحوصة ذاتها كثيراً وقد فكرت مراراً في الانتحار خاصة في بداية العلاج، لكن لم يتطور التفكير الانتحاري لسلوك انتحاري وقد رفضت التوجه للطبيب النفسي وشعرت بالخوف من فكرة الدواء ومن إمكانية استمرارها في تناوله.

وقد اعتبرت المفحوصة أن علاقاتها داخل الأسرة تتسم بالهدوء والتوافق ولا تعاني أي مشاكل مع أخواتها أو والدتها وعلاقتها جيدة جداً مع أختها التوأم، أما بالنسبة للأب فعلاقتها متوترة كونه حسب تعبيرها غائب وغير مسؤول وقاس مع جميع أفراد أسرته.

وقد صرحت المفحوصة بأنها تعاني من الاكتئاب والذي وصفته بأنه استمر طويلاً هذه المرة ما جعلها تلجأ للعلاج النفسي حيث أنه غالباً ما يستمر لفترات أقل، وقد عبرت بقولها: "أن هذه المرة ليست المرة الوحيدة التي تختبر فيها هذا النوع من المشاعر وقد تعودت على العيش معها."

كما تعاني المفحوصة من التعب والإرهاق من بذل أي جهد وصعوبة إكمال مهامها اليومية وتقوم بتسويقها مطولاً، بالإضافة لمعاناتها من ارتباط شديد مع مواقع التواصل الاجتماعي وصل لحد الإدمان حسب ما صرحت به، بالإضافة لمعاناتها من انعدام الرغبة في العيش وفقدان للمعنى واليأس من الحياة.

جدول 16.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 05

الأفكار	المشاعر	السلوكات
- أنا وحيدة ولا أمتلك سندا	- الحزن	- الدخول السريع في العلاقات
- أنا أتعرض للعقاب بسبب سوئي	- مخاوف مرتبطة بفقدان المقربين	- وانهاؤها
- أنا مذنب	- مزاج متقلب	- مشاكل في النوم وكوابيس
- أنا أقل قيمة من الآخرين	- مشاعر الذنب ولوم الذات	- صعوبة في أداء المهام اليومية
- الحياة لا معنى لها	- مشاعر الوحدة	- وإكمالها
- لا أستطيع الاستمرار دون صديقتي	- فقدان المعنى واللذة	- ادمان مواقع التواصل الاجتماعي
- لا أعرف ماذا أريد ومن أريد	- المزاج المنخفض	- التوقف عن الدراسة لفترات
- أن أكون	- تعب وإرهاق	- الدراسة دون انقطاع
- التفكير الانتحاري	- مشاعر الضياع والتشتت	- تغيير الاهتمامات
	- اليأس من الحياة	- التسويف

ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية:

أفكار سلبية حول الذات والعالم الخارجي، تفكير انتحاري، التفكير بالأبيض والأسود (التفكير الثنائي)، تقدير ذات منخفض، تصلب معرفي

من الناحية الشعورية:

مزاج متقلب، مشاعر الحزن، مشاعر الذنب ومخاوف بشأن الهجران، مشاعر اليأس والوحدة، تعبير انفعالي مسهب، القلق، الغضب، فقدان المتعة

من الناحية السلوكية:

التأخر، عدم الالتزام بالحرص، التسويف، عدم الاصغاء، المقاطعة، الاندفاعية.

- التشخيص: اكتئاب شديد جدا بالإضافة لاضطراب الشخصية الحدية وذلك وفقا لمحكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية حسب الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

### 5-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس الاكتئاب النفسي لبيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايز، وصرحت المفحوصة بأنها أفضل حالاً بعد العلاج بشكل كبير، حيث أصبحت أقل معاناة من الحزن والمزاج المنخفض طوال الوقت وحتى التقلبات المزاجية باتت أكثر وعياً بها وبطبيعتها حيث بدأت في تقبل كونها جزءاً من شخصيتها وفي كونها فترة.

وقد صرحت بأن تقنية اليقظة الذهنية ساعدتها كثيراً على العيش في الحاضر بدلاً عن الغرق في الماضي طوال الوقت، وقد ساعدتها على عيش حياتها بشكل أكثر متعة، كما ساعدتها تقنية فك الاندماج المعرفي وأصبحت أكثر اتصالاً باللحظة بالرغم من إيجادها صعوبة بالغة في تطبيق التقنية إلا أنها استمرت في المحاولة حتى نجحت.

وقد ساعدها التنشيط السلوكي على العودة لمختلف أنشطتها وساعدها على الالتزام بشكل أكبر بأهدافها، خاصة وأن تخصصها يحتاج لالتزام كبير منها ومراجعة يومية، وقد انتظمت بشكل مناسب في نومها وفي استخدامها لمواقع التواصل الاجتماعي ولم تعد تدخل في التسويف كالسابق.

وقد صرحت المفحوصة بأنها سعيدة بمعرفتها لقيمها واتباعها لها كون قيمها تمثل لها هويتها في الحياة، وقد صرحت بأنها تحسنت بشكل أكبر من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، حيث أصبحت أقل اندفاعاً وأصبحت أكثر تفكيراً في دوافعها ولم تعد تنخرط في علاقات فجائية فقط لسد حاجة معينة أو لنسيان صديقتها التي هجرتها، وأصبحت أكثر تفعيلاً للحدود في مختلف علاقاتها وقد اعتبرت أن هذا من أجل حماية ذاتها.

كما صرحت بأن تقنية التقبل التجريبي والتعاطف مع الذات ساعدتها أيضاً في التحسن، وباتت أكثر تقبلاً لطبيعة شخصيتها وأكثر لطفاً مع ذاتها، وهي ترغب بالتوقف بشكل أكبر لتتعرف على مختلف العلاجات النفسية من أجل مساعدة نفسها على التطور.

كما تشعر المفحوصة بأنها أقل تعباً من قبل وهي تحاول أن تنجح في تخصصها، كما تحاول الاستمرار في التحسن حتى لا تعاود الدخول في الاكتئاب الذي يعكر لها حياتها.

وبعد تطبيق القياس التبعي بعد فترة من الزمن صرحت المفحوصة بأنها لاتزال تحافظ على النتائج التي توصلت إليها، كما تشعر بأنها تحسنت بشكل أكبر، وهي مستمرة في تحقيق أهدافها المرتبطة بقيمتها الشخصية، ومستمرة بالتعلم أكثر حول شخصيتها.

### ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: توقف الأفكار الانتحارية والأفكار السلبية عن الذات والعالم الخارجي، تقدير ذات مناسب، انخفاض التفكير الثنائي.

من الناحية الشعورية: مزاج هادئ، تعبير انفعالي ملائم وسلس.

من الناحية السلوكية: انخفاض في الاندفاعية، عدم تأجيل المهام، إصغاء.

العراقيل التي واجهناها في الحصص:

- مشاكل متعلقة بالالتزام بموعد الحصص بسبب الدراسة، بالإضافة لبعض الصعوبات في تطبيق بعض التقنيات مثل: فك الاندماج المعرفي.

نتائج القياسات:

جدول 17.

القياسات القبليّة والبعدية والتتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 05

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	42	31	11
البعدية	11	09	02
التبعية	05	05	00

## الحالة رقم 06

### 6-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

#### معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 28 - 01 - 2023

تاريخ القياس البعدي: 16 - 04 - 2023

تاريخ القياس التبعي: 24 - 07 - 2023

الاسم: إ

اللقب: د

العمر: 18 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

المهنة: لا توجد

#### بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: الثانية

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة، خاصة الأخ

الاهتمامات والهوايات: الطبخ

#### بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: 6 أشهر

مسار الاضطراب: ثابت

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: لا يوجد

هل راجعت متخصصا من قبل: مختصة نفسية (4 أشهر)

هل تحسنت بعد المراجعة: لا

هل تأخذ أدوية نفسية: لا

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: انتهاء علاقة

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: مقبول

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \أفكارك\ ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به\ ما تشعر به\ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حالياً: نعم

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: ليس دوماً

هل تندمج مع محتوى الذات: لا

6-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج بعد إحضارها من قبل والدها وكانت هذه المرة الثانية لها مع العلاج النفسي حيث تعالجت سابقاً عند مختصة نفسية متواجدة بالعيادة، وكان ذلك بسبب بعض المشاكل العاطفية التي ظهرت لديها جراء اكتشاف عائلتها علاقتها مع شاب كانت تحبه وحصول العديد من المشاكل لها بسبب هذه العلاقة. ولم تتحسن المفحوصة كثيراً بعد العلاج، كما لم تلتزم بكافة جلساتها العلاجية وهذا ما دفع عائلتها للبحث عن العلاج مرة أخرى بعد سنة كاملة، وكان الطلب الأساسي لوالدها هو مساعدة ابنته لتقليل حساسيتها العاطفية الشديدة وبكائها المستمر وحجز نفسها بداخل غرفتها مطولاً.

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تعاني من مخاوف من عدم قدرتها على الاستمرار في العيش بعد سفر الشاب الذي استمرت معه في العلاقة خفية عن عائلتها إلى كندا وتخليه عنها منذ حوالي شهرين، بالإضافة لرسوبها قبل أشهر في شهادة البكالوريا.

صرحت المفحوصة بأنها تعاني تقلبات مزاجية مستمرة ترهقها وترهق عائلتها حيث يتقلب مزاجها بشكل فجائي نتيجة لبعض الأحداث التافهة مما يسبب مشادات مع الأم تنتهي بنوبة بكاء كليهما ومشاجرات يومية أضحت تعكر مزاج الأسرة بالكامل، كما صرحت المفحوصة من معاناتها من مشاعر الوحدة والحزن الشديدين اللذين أفقداها المتعة من قيامها بأي نشاط كانت تقوم به سابقاً كما أفقداها الرغبة في العيش والمعنى من حياتها.

كما تعاني المفحوصة من تذبذب في علاقاتها مع الآخرين سواء العائلة أو صديقاتها باستثناء والدها الذي اعتبرته صديقها المقرب والذي وصفت العلاقة بينهما بأنها جيدة جداً ولا يوجد بها أي مشاكل لأنه حسب تعبيرها

يفهمها كثيراً. وتعاني المفحوصة من تفكير متطرف يتسم بالأبيض أو الأسود في علاقاتها بالآخرين وفي نظرتها لهم حيث تنتقل من اعتبارهم حسب وصفها من أشخاص جيدين إلى أشخاص سيئين معها.

وقد جربت في فترة ما بعض الأفكار الانتحارية خاصة بعد تخلي الشاب عنها لكنها لم تصل للسلوك الانتحاري، واعتبرت المفحوصة نفسها مسؤولة عن فقدان علاقتها مع الشاب كونها مليئة بالعيوب وتستحق ما جرى بالإضافة لارتكابها خطأ ما هي لا تعرفه بعد، كما تعاني من تقدير ذات منخفض ومشاعر جلد الذات.

صرحت المفحوصة بأنها تعاني من الإرهاق والتعب من فعل أي شيء في الشهرين الأخيرين ومن نوبات بكاء يومية، وتكمن مشكلتها الأساسية حسب قولها في كونها ترغب فقط في معرفة سبب تخليه عنها وما العيب الذي وجده فيها، وقد جعلها هذا تحاول التواصل مع الشاب بأي طريق رغم مُمانعته لأي تواصل منها، كما جعلها تحاول معرفة سبب تخليه عنها عن طريق جميع أصدقائهما المشتركين وعن طريق تتبعه عبر مواقع التواصل الاجتماعي وتتبع جميع أخباره.

أوضحت المفحوصة بأنه رغم خيانتها لها ورغم تخليه عنها إلا أنها لم تستطع نسيانه أو الماضي في حياتها من دونه، كما صرحت المفحوصة بأنها تشعر بأن بها خطباً ما حيث تقوم بتأويل كل شيء وتفكر كثيراً دون انقطاع وبشكل سلبي وكارثي عكس صديقتها التي تبسط الأشياء لها دوماً.

## جدول 18.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 06

الأفكار	المشاعر	السلوكات
-أنا وحيدة وحزينة	-الحزن	-تذبذب في العلاقات
-أنا أتعرض للعقاب لأنني مليئة بالعيوب	-مخاوف مرتبطة بالفقدان	-تتبع اخبار الشاب عبر مواقع التواصل الاجتماعي ومن خلال الآخرين
-أنا مذنبه	-مزاج متقلب	-تعب وارهاق جراء أداء أي شيء
-أنا أقل قيمة من الآخرين	-مشاعر الذنب ولوم الذات	-البكاء المستمر
-أنا المسؤولة عن تخلي حبيبي عني	-مشاعر الوحدة	-غلق غرفتها عليها والانعزال
-الحياة لا معنى لها	-فقدان المعنى والمتعة	-مشاجرات مع الأم
-لا أستطيع العيش دون حبيبي	-المزاج المنخفض	
-الآخرين سيئين في تعاملهم معي	-تعب وإرهاق	
-لا أحد يفهمني	-نوبات غضب	
	-اليأس من الحياة	

- أنا شخص سلبي  
-التفكير الانتحاري

### ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية: أفكار سلبية حول الذات، التفكير بالأبيض والأسود (التفكير الثنائي)، تقدير الذات المنخفض، التصلب المعرفي، جلد الذات.

من الناحية الشعورية: مخاوف الهجران، مشاعر الذنب، الحزن، التقلبات المزاجية، فقدان المتعة، تعبير انفعالي مسهب.

من الناحية السلوكية: الإرهاق والتعب، بكاء مستمر، التزام بالحصص .

- التشخيص: اكتئاب متوسط بالإضافة لاضطراب الشخصية الحدية وذلك وفقا لمحكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية حسب الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

### 6-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس الاكتئاب النفسي لبيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايز، حيث صرحت بأنها تحسنت من بعض الأعراض التي كانت تعاني منها، مثل مشاعر الذنب ولوم الذات والحزن الشديد، وعادت لعيش حياتها بشكل طبيعي.

وضحت المفحوصة بأنها أصبحت تخرج مع صديقاتها مثلما كانت من قبل وهي أقل تتبعاً لأخبار الشاب الذي كانت معه في علاقة، كما تقبلت كونه سافر وانفصل عنها، وهي ترى بأنها لا بد وأن تركز على أهدافها بشكل أكبر بحيث عادت لأخذ دروس خصوصية من أجل النجاح هذه السنة في امتحان شهادة البكالوريا.

صرحت بأنها أقل تبعاً من الناحية الجسدية وهي تحاول أن تكون أفضل، حيث ساعدها التنشيط السلوكي كثيراً في العودة لمختلف أنشطتها اليومية، وساعدها تحديد أهدافها وقيمها على معرفة طريقها بشكل أفضل. كما صرحت المفحوصة بأنها ترغب بالعمل على مستقبلها والعيش وفق سننها حيث لم تعد ترغب بإقامة علاقات مستنزفة لطاقتها إذ ترى بأنها لا تزال صغيرة على الزواج وتكوين أسرة وتحمل المسؤولية. كما صرحت بأن علاقتها بوالدتها أصبحت أحسن ولم تعد تدخل معها في نقاشات حادة، وقد قلت نوبات البكاء في الآونة الأخيرة، ولم تعد تغلق باب غرفتها لساعات.

وقد صرحت بأنها لا تزال تجد صعوبة في فك الاندماج المعرفي عن أفكارها ومشاعرها حيث لم تستطع النجاح في تطبيق هذه التقنية، لكنها في المقابل تحاول أن تكون أكثر يقظة وعيشاً في اللحظة الحالية، كما تحاول ممارسة

التقبل لمختلف المشاعر والأفكار التي تراودها دون الخوض فيها. وهي الآن أكثر تعاطفاً مع ذاتها حيث تخلت عن لوم ذاتها والتقليل من قيمتها، ولم تعد ترى بأن فيها أي عيوب جعلت الشاب يتركها، واعتبرت أن سلوكه ناجم عن كونه شخص متعدد العلاقات ولا يرتبط بها هي شخصياً.

وبعد تطبيق القياس التبعي بعد فترة من الزمن صرحت المفحوصة بأنها لاتزال تحافظ على أغلب ما توصلت له من نتائج لكن رغم ذلك لاتزال بعض مشاعر الحزن ترافقها، كما لا تزال تندمج معرفياً مع أفكارها ومشاعرها المؤلمة، وهي تتأثر بين الحين والآخر حين تتذكر الشاب أو تذكرها احدى صديقاتها به ما يجعلها تحزن لفترة، رغم ذلك فهي مستمرة في تحقيق أهدافها المرتبطة بقيمتها ومستمرة في استخدام تقنيات التنشيط السلوكي.

#### ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: التفكير بوسطية (قلة التفكير الثنائي)، تقدير الذات بشكل ايجابي، المرونة في النظرة للذات والأخرين والعالم الخارجي، الابتعاد عن جلد الذات ولومها.

من الناحية الشعورية: قلة التقلبات المزاجية، الاستمتاع بمختلف جوانب الحياة بدرجة كافية، تعبير مسهب عن الانفعالات.

من الناحية السلوكية: الالتزام بالأهداف والقيم، توقف نوبات البكاء.

#### العراقيل التي واجهناها في الحصص:

-وجدت المفحوصة بعض الصعوبات في فهم وتطبيق التقبل التجريبي كتقنية والتعاطف الذاتي، كما وجدت بعض الصعوبة في فك الاندماج المعرفي، وقد واجهنا صعوبات متعددة كالانتكاس كل فترة ما جعل عدد الحصص معها يفوق عدد حصص البرنامج.

#### نتائج القياسات:

#### جدول 19.

القياسات القبليّة والبعدية والتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 06

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	21	15	06
البعدية	07	05	02
التبعي	11	08	03

## الحالة رقم 07

### 7-1- بيانات الحالة حسب دليل المقابلة في المقابلة الأولى:

معلومات عامة حول الحالة:

تاريخ بداية التكفل: 15 - 07 - 2023

تاريخ القياس البعدي: 10 - 10 - 2023

تاريخ القياس التبعي: 15 - 12 - 2023

الاسم: ل

اللقب: ع

العمر: 48 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: مطلقة

طبيعة العلاقة مع الزوج: سيئة

عمر الزوج: 55 سنة

الأولاد: لا يوجد

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

المهنة: مائكة بالبيت

بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة

الأب: متوفي وهي بعمر 4 سنوات طبيعة العلاقة: لا تعرفه

الأم: متوفية طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: 03

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: التطريز

بيانات متعلقة باضطراب الاكتئاب:

تاريخ بداية الاضطراب: منذ 6 أشهر

مسار الاضطراب: متزايد

هل يوجد من الأقارب شخص لديه اكتئاب: لا يوجد

هل راجعت متخصصا من قبل: طبيب نفسي

هل تحسنت بعد المراجعة: نعم

هل تأخذ أدوية نفسية: نعم

اسم العقار: إيزوبتيل

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: الزواج والحمل

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: مقبول

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

هل تحاول تجنب مشاعرك \أفكارك\ ذكرياتك المؤلمة: نعم

هل تندمج مع ما تفكر به\ ما تشعر به\ ما تقوم به من سلوكيات: نعم

هل تستغرق في ماضيك أو مستقبلك بدل عيش الحاضر: نعم

هل لديك قيم وأهداف واضحة تعيش وفقها حاليا: لا

هل تلتزم بسلوكيات مرتبطة بقيمك الأساسية: نعم

هل تندمج مع محتوى الذات: نعم

7-2- عرض الحالة (القبلي):

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تشتكي من مشاعر حزن شديدة منذ طلاقها قبل سنتين حيث لجأت لطبيب نفسي بعد تشخيصها بالاكتئاب الشديد وقد تحسنت بعد تناولها الدواء لفترة، لكن بمجرد سماع خبر زواج طليقها مرة ثانية قبل حوالي شهرين تدهورت حالتها ما اضطرها للبحث عن العلاج النفسي مرة أخرى، لكنها لا ترغب بتناول الدواء مجدداً.

صرحت المفحوصة بأنها تعاني من تفكير دائم بتطبيقها الذي تركها وخذعها بعد 25 سنة من الزواج، وقد صرحت المفحوصة أنها اكتشفت خيانة زوجها أثناء تصفحها لهاتفه، وحين واجهته بذلك لم ينكر وأخبرها برغبته في الزواج من امرأة ثانية كونها ما عادت تلي له متطلبات العلاقة الحميمة وأضحت أكبر سنّاً الآن.

وترى المفحوصة بأنه تم خداعها خاصة وأنها كانت زوجة مطيعة تلي لزوجها كل حاجاته ولا تعارض أي أمر يعطيها إياه وتخدمه، كما صرحت بأنها صبرت معه وعملت معه في مطعم حتى يتيسر حاله المادي وبدون أي مقابل، كما لم تطالب بأي شيء مادي طوال فترة زواجها معاً وصبرت على غيابه عن منزله. واعتنت بوالده المريض الذي رفض أولاده جميعاً الاعتناء به وكان هذا على مدار عدة سنوات، وبعد وفاة والده قام بتطبيقها مباشرة، وقد أخبرها بأن السبب هو عدم إنجابها للأطفال.

وقد اعتبرت المفحوصة أن السبب الذي طلقها من أجله غير منطقي وأنهما قبل الأمر وتعايشا معه خاصة بعد سقوط حملين لها، وأن زوجها لم يكن يرغب بالأطفال لتلك الدرجة طوال فترة زواجهما ولم يصرح لها بهذا، وقد اعتبرت أن زوجها استغلها فقط لخدمة والده المريض. وصرحت المفحوصة بأن زوجها لم يتحدث معها أثناء إجراءات الطلاق في المحكمة كما لم يعط أي سبب ضدها حتى يطلقها، وقد طلقها دون أي مشكل بينهما، ولم تعرف السبب أو الخطأ الذي ارتكبته.

وتعاني المفحوصة من مشاكل في النوم ونوبات من البكاء الشديد وآلام جسدية على مستوى البطن والصدر والرأس، كما ترى أن المستقبل لا أمل فيه، وأنها فشلت في تحقيق أي شيء في حياتها، وأنها من دون أي قيمة أو أهمية لمن حولها. كما صرحت بأنها خسرت كل شيء، شبابها وحياتها، ولم تحظى بأي نصيب مادي بسبب عدم رغبتها في استغلال زوجها، ولكن هذا جعلها نادمة الآن بعد تأزم حالتها المادية.

كما تشعر في كثير من الأحيان بالذنب، وقد فقدت الكثير من وزنها، وانعزلت بشكل تام عن العالم الخارجي، حيث لم تعد تتواصل مع الناس ولا مع إخوتها، كما لم تعد تعرف طريقة التواصل مع الآخرين. وقد فقدت شهيتها تماماً للطعام، كما تشعر بالتعب والتشاغل ولا تؤدي أي شيء، وتكتفي بالنوم والانعزال بداخل غرفتها طوال النهار والبكاء على طليقها وعائلته الذين لم يهتموا لها رغم مكانتها عندهم سابقاً، والذين قطعوا معها التواصل بشكل تام بعد الطلاق.

ولا تزال المفحوصة ترغب بمعرفة أسباب طلاق زوجها لها، وقد صرحت بأنها لا تعرف ماذا تفعل دون زوجها وأنها لا تعرف شيئاً مختلفاً تقوم به بعيداً عن حياتها مع زوجها كونها تزوجت بعمر صغير وهو عمر الـ 21 سنة ولم تنم أي مهارات وليس لديها أي بدائل أخرى للعيش، هذا ما جعلها غير قادرة على العيش.

وهي تعيش الآن بمنزل والديها مع إخوتها الأصغر منها، وتشعر بأنها مجرد عبء ثقيل عليهم ويخرجها ذلك كثيراً، ما يجعلها منعزلة عنهم، رغم محاولاتهم الكثيرة معها ومساندتهم المعنوية والمادية لها.

## جدول 20.

المثلث المعرفي الانفعالي السلوكي لدى الحالة رقم 07

الأفكار	المشاعر	السلوكات
- فشلت في زواجي	- مزاج منخفض طوال الوقت	- الانعزال التام
- أنا أقل قيمة من الآخرين	- الحزن	- عدم التواصل مع الآخرين
- أنا من دون دور أو أهمية في الحياة	- فقدان المتعة	- بكاء مستمر
- فقدان الرغبة في الحياة	- فقدان الرغبة في الحياة	- صعوبة أداء الأنشطة اليومية

- 
- ليس لي أي أمل في المستقبل
  - تعب وارهاق دائم
  - أرق مزمن
  - لقد كبرت كثيرا ولم أحقق شيئا
  - فقدان التركيز
  - الامتناع عن تناول الطعام
  - الناس تشفق علي
  - مشاعر الذنب والندم
  - تجنب اللقاء مع الطليق
  - ضيقت شبابي
  - أنا مجرد عبء ثقيل على عائلتي
  - لا أعرف لماذا طلقني زوجي
- 

### ملاحظات الفاحص:

من الناحية المعرفية: تفكير تشاؤمي بشأن المستقبل والذات والآخرين، اندماج معرفي شديد، عدم اصغاء.  
من الناحية الشعورية: مشاعر الحزن والمزاج المنخفض، فقدان المعنى والرغبة في الحياة، خجل من الوضعية الاجتماعية، مشاعر الذنب.

من الناحية السلوكية: تجنب التواصل مع الآخرين، الالتزام بموعد الجلسات.

- التشخيص: اكتئاب شديد وذلك حسب الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

### 7-3- عرض محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنت الحالة على درجة منخفضة في كل من مقياس الاكتئاب النفسي لبيك ومقياس التقبل والفعل الملتزم لهايز، وصرحت المفحوصة بأنها تشعر بتحسن حالتها المزاجية بعد العلاج بشكل كبير، حيث أصبحت أقل معاناة من الحزن والمزاج المنخفض طوال الوقت وعادت للممارسة حياتها بشكل طبيعي، بحيث عادت للتواصل والتفاعل مع عائلتها وأصدقائها، كما بدأت بوضع جدول يومي بمجموعة من الالتزامات والأهداف المرتبطة بقيمتها وقد ساعدها تحديد قيمتها وأهدافها بشكل كبير بالإضافة للتنشيط السلوكي، وصرحت المفحوصة بأنها لم تعد تغلق باب غرفتها طوال اليوم، وقد قلت نوبات البكاء كثيرا، وقد ساعدها التقبل التجريبي كثيرا في عيش مختلف مشاعرها دون الحكم عليها ودون التوقف عن القيام بالإجراءات اللازمة لحياتها، وقد صرحت بأنها تفكر بالبحث عن عمل لكسب المال، خاصة في مجال التعامل مع الأطفال كمرية مثلا، وصرحت أيضا بأنها لم تعد تشعر بأنها مذنبية في قصة طلاقها وأن فشل العلاقة لم يكن بسببها هي، كما صرحت بأنها عادت لتناول الطعام بشكل عادي وقد قلت مشاعر التعب وعدم القدرة على التركيز، كما أن نومها انتظم بشكل أكبر وما عادت ترى نفسها كحمل ثقيل على عائلتها خاصة وأن عائلتها تدعمها كثيرا، وعادت للاهتمام بمن حولها، كما عادت لمساعدة الأشخاص الذين يلجؤون إليها لطلب المشورة

والنصيحة، وبدأت مؤخرا بالخروج من المنزل والذهاب لقضاء مختلف حاجياتها وحاجيات عائلتها، كما بدأت بحضور مختلف المناسبات الاجتماعية العائلية.

ملاحظات المختص بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من الناحية المعرفية: تفكير تفاعلي بالنسبة للذات والآخرين، حضور في اللحظة، واصغاء.

من الناحية الشعورية: مزاج هادئ ومعتدل، الرغبة في الحياة، تقبل الوضعية الاجتماعية، انخفاض مشاعر الذنب.

من الناحية السلوكية: التواصل مع الآخرين، الالتزام بالأهداف والقيم والتنشيط السلوكي.

العراقيل التي واجهناها في الحصص:

- لم نجد أي صعوبات بحيث تم الجلسات العلاجية بسلاسة والتزام تام من قبل المفحوصة.

- نتائج القياسات:

جدول 21.

القياسات القبلية والبعديّة والتبعية لدرجة الاكتئاب لدى الحالة رقم 07

القياس	الاكتئاب	الجانب النفسي	الجانب الجسدي
القبلي	43	36	07
البعدي	07	07	00
التبعي	05	04	01

## 8- العرض الكمي وتحليل نتائج القياسات (قبلي - بعدي - تتبعي) والأساليب الإحصائية

لاختبار الفرضيات:

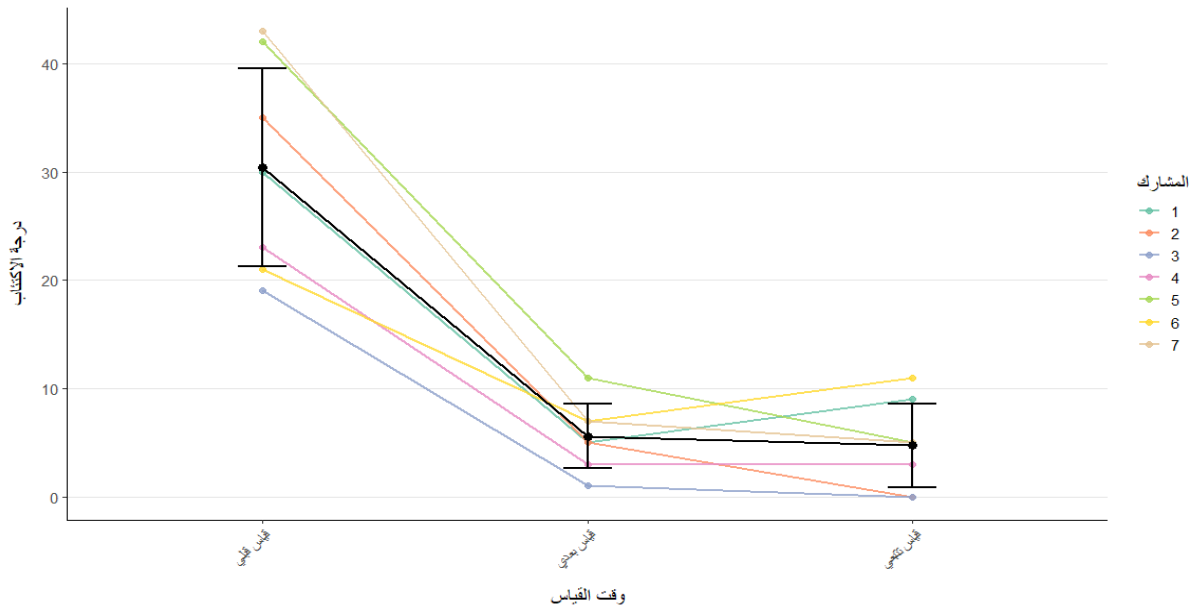
8-1- درجة الاكتئاب الكلية:

جدول 22.

الإحصاءات الوصفية لدرجة الاكتئاب الكلية في مراحل القياس المختلفة (القياس القبلي، القياس البعدي، القياس التبعي)

الأساليب الإحصائية	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي
المتوسط الحسابي	30.429	5.571	4.714
الوسيط	30.0	5.0	5.0
الانحراف المعياري	9.897	3.207	4.192
التباين	97.952	10.286	17.571
الحد الأدنى	19.0	1.0	0.0
الحد الأقصى	43.0	11.0	11.0
المدى	24.0	10.0	11.0
الالتواء	0.165	0.289	0.275
التفلطح	-1.554	-0.505	-1.177
الخطأ المعياري	3.741	1.212	1.584
مجال الثقة 95% - الحد الأدنى	21.275	2.605	0.837
مجال الثقة 95% - الحد الأعلى	39.582	8.538	8.591

أظهرت الإحصائيات الوصفية انخفاضاً ملحوظاً في درجة الاكتئاب الكلية لدى المشاركات بعد العلاج. انخفض المتوسط الحسابي من 30.43 في القياس القبلي إلى 5.57 في القياس البعدي، واستقر عند 4.71 في القياس التبعي. كما انخفض الوسيط من 30.0 إلى 5.0، واستقر عند 5.0. وانخفض الانحراف المعياري من 9.90 إلى 3.21. انخفض المدى من 24 إلى 10، وانخفضت الدرجة المرتفعة من 43 إلى 11. تشير هذه النتائج إلى تحسن كبير عند حالات الدراسة في درجة الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي، مع انخفاض ملحوظ في شدة الأعراض وتشتت الدرجات.



### جدول 23

نتائج اختبار شابيرو-ويلك لاعتدالية توزيع درجات الاكتئاب الكلية في تطبيقات القياس المختلفة

الوقت	معامل شابيرو ويلك	مستوى الدلالة
قبلي	0.901	0.337
بعدي	0.967	0.877
تبعي	0.923	0.492

أظهرت نتائج اختبار شابيرو ويلك أن توزيع درجات الاكتئاب الكلية في جميع مراحل القياس (القبلي، البعدي، التبعي) لا يختلف عن التوزيع الطبيعي. حيث كانت قيم دلالة جميع الأوقات أكبر من 0.05، مما يدعم استخدام الاختبارات المعلمية في تحليل البيانات.

### جدول 24

التواء الفروق بين مراحل القياس في درجات الاكتئاب الكلية

المقارنة	التواء
قبلي - بعدي	-0.012
بعدي - تبعي	0.063
قبلي - تبعي	0.053

يُظهر الجدول (24) قيم التواء الفروق في درجات الاكتئاب الكلية بين مراحل القياس. وتشير النتائج إلى تماثل توزيع هذه الفروق، حيث تراوحت قيم الالتواء بين (-0.012) و(0.063)، مما يدعم النتائج السابقة القائمة على افتراض اعتدالية التوزيع اللازم للتحليلات الإحصائية المعلمية.

### جدول 25.

نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتدالية الفروق في درجات الاكتئاب الكلية بين مراحل القياس

المقارنة	معامل شايبرو ويلك	مستوى الدلالة
قبلي - بعدي	0.96387	0.8512
بعدي - تتبعي	0.91955	0.4659
قبلي - تتبعي	0.87980	0.2256

يُبين الجدول (25) نتائج اختبار شايبرو ويلك لفحص اعتدالية توزيع الفروق في درجات الاكتئاب الكلية. وتشير النتائج إلى تحقق افتراض الاعتدالية، حيث تجاوزت قيم الدلالة الإحصائية ( $p > 0.05$ ) لجميع المقارنات، مما يدعم استخدام الاختبارات المعلمية في التحليلات اللاحقة.

### جدول 26.

نتائج اختبار موكلي للكروية لتحليل درجات الاكتئاب الكلية المتكررة بين مراحل القياس

التأثير داخل المجموعات	معامل موكلي	مستوى الدلالة
الوقت	0.175	0.013

يوضح الجدول (26) نتائج اختبار موكلي للكروية لدرجات الاكتئاب الكلية. أظهرت النتائج أن افتراض الكروية لم يتحقق ( $W = 0.175, p = 0.013$ )، مما يستدعي استخدام المعادلات التصحيحية (Greenhouse-Geisser) أو (Huynh-Feldt) عند تفسير نتائج تحليل التباين للقياسات.

### جدول 27.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر للقياسات لدرجات الاكتئاب الكلية (غير مصحح)

مصدر التباين	درجات الحرية	درجات حرية الخطأ	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم التأثير
الوقت	2	12	45.509	0.000	0.798

يُظهر الجدول (27) نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لدرجات الاكتئاب الكلية. أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً في درجات الاكتئاب عبر مراحل القياس ( $F(2, 12) = 45.509, p < 0.001$ )، مع حجم تأثير كبير ( $\eta^2_g = 0.798$ )، مما يشير إلى أن 79.8% من التباين يُعزى إلى فعالية البرنامج.

### جدول 28.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر للقياسات لدرجات الاكتئاب الكلية بعد تصحيح الكروية

مصدر التباين	معامل التصحيح	درجات الحرية المصححة	مستوى الدلالة
الوقت (GG)	0.548	1.1, 6.58	0.000308
الوقت (HF)	0.578	1.16, 6.94	0.000222

ملاحظة: GG = تصحيح جرينهاوس-جايسر؛ HF = تصحيح هون-فيلدت.

نظراً لعدم تحقق افتراض الكروية في اختبار موكللي ( $W = 0.175, p = 0.013$ ؛ الجدول 26)، تم تطبيق تصحيحي Greenhouse-Geisser و Huynh-Feldt على نتائج تحليل التباين. يوضح الجدول (28) استمرار الدلالة الإحصائية للفروق في درجات الاكتئاب عبر القياسات المختلفة بعد التصحيح ( $GG: p < 0.001$ ؛  $HF: p < 0.001$ )، مما يؤكد النتائج الأولية لتحليل التباين غير المصحح ( $F(2, ) = 45.509, p < 0.001$ ؛ الجدول 26).

### جدول 29.

نتائج اختبار فريدمان للفروق في درجات الاكتئاب بين مراحل القياس

المتغير	العينة	قيمة فريدمان	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة	7	11.2	2	0.00373

يعرض الجدول (29) نتائج اختبار فريدمان كتحليل غير معلمي مكمل لنتائج تحليل التباين للقياسات المختلفة، خاصة في ظل عدم تحقق افتراض الكروية. أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً في درجات الاكتئاب ( $\chi^2 = 11.2, df = 2, p = 0.00373$ )، مما يؤكد نتائج التحليل المعلمي السابق (الجدولان 26 و 27)، وتدعم الحاجة إلى إجراء المقارنات البعدية.

### جدول 30.

نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الاكتئاب الكلية (المقارنات البعدية غير المعلمية)

المقارنة	قيمة ويلكوكسون	مستوى الدلالة	مستوى الثقة 95%
قبلي - بعدي	28	0.0225	[16.0, 33.5]
قبلي - تتبعي	28	0.0225	[14.5, 37.5]
بعدي - تتبعي	14	0.5282	[-1.5, 4.0]

لتحديد أزواج أوقات القياس التي تختلف بشكل دال إحصائياً من حيث درجات الاكتئاب الكلية، أجريت المقارنات باستخدام اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة. أظهرت النتائج انخفاضاً دالاً إحصائياً في درجات الاكتئاب بين القياس القبلي والبعدي ( $V = 28, p = 0.0225, CI[16.0, 33.5]$ )، وبين القبلي والتببعي ( $V = 28, p = 0.0225, CI[14.5, 37.5]$ ). في حين لم تظهر فروق دالة بين القياس البعدي والتببعي ( $V = 14, p = 0.5282, CI[-1.5, 4.0]$ )، مما يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي. وتجدد الإشارة إلى أن قيمة مستوى الدلالة المتطابقة مع تلك الخاصة بمقارنة الاختبار القبلي مقابل الاختبار البعدي، تعزى إلى صغر حجم العينة، التعادلات، التقريب بواسطة اختبار ويلكوكسون.

### جدول 31.

نتائج اختبارات للمقارنات البعدية في درجات الاكتئاب الكلية (المقارنات البعدية المعلمية)

المقارنة	قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة	مستوى الثقة 95%
قبلي - بعدي	8.30	6	0.000166	[17.53, 32.19]
قبلي - تتبعي	6.25	6	0.000779	[15.64, 35.78]
بعدي - تتبعي	0.58	6	0.585	[-2.78, 4.50]

أجريت المقارنات بين القياسات باستخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة، كتحليل معلمي تكميلي. أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً في درجات الاكتئاب بين القياس القبلي والبعدي ( $t(6) = 8.30, p = 0.000166, CI[17.53, 32.19]$ )، وبين القبلي والتببعي ( $t(6) = 6.25, p = 0.000779, CI[15.64, 35.78]$ ). في حين لم تظهر فروق دالة بين القياس البعدي والتببعي ( $t(6) = 0.58, p = 0.585, CI[-2.78, 4.50]$ )، يعزز هذا الاتساق بين التحليلات المعلمية وغير المعلمية على الرغم من عدم تحقق الكروية وصغر حجم العينة موثوقية النتائج ويؤكد فعالية البرنامج العلاجي واستمرارية تأثيره.

جدول 32.

أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الاكتئاب الكلية

المقارنة	معامل كوهين	معامل روزنتال
قبلي - بعدي	3.136	0.843
قبلي - تتبعي	2.361	0.763
بعدي - تتبعي	0.218	0.108

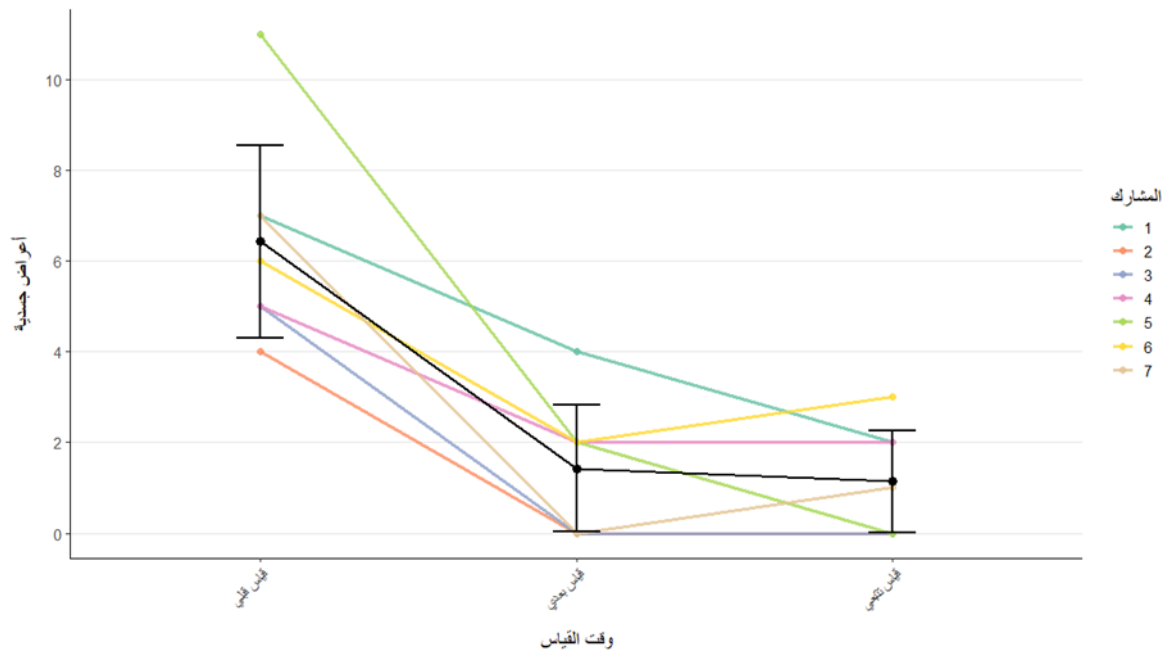
أظهر تحليل أحجام التأثير للمقارنات الزوجية لدرجات الاكتئاب الكلية تأثيراً علاجياً قوياً. سُجل أكبر حجم تأثير بين القياسين القبلي والبعدي ( $d = -3.136, r = 0.843$ )، يليه المقارنة بين القبلي والتبعي ( $d = -2.361, r = 0.763$ )، مما يشير إلى استمرارية فعالية العلاج. أما المقارنة بين القياسين البعدي والتبعي فأظهرت حجم تأثير صغير ( $d = -0.218, r = 0.108$ )، مما يؤكد استقرار التحسن العلاجي المحقق.

8-2- الأعراس الجسدية:

جدول 33.

الإحصاءات الوصفية للأعراس الجسدية في مراحل القياس المختلفة (القياس القبلي، القياس البعدي، القياس التبعي)

الإحصائية	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي
المتوسط الحسابي	6.43	1.43	1.14
الوسيط	6	2	1
الانحراف المعياري	2.30	1.51	1.22
التباين	5.29	2.29	1.48
الحد الأدنى	4	0	0
الحد الأقصى	11	4	3
المدى	7	4	3
الالتواء	1.12	0.459	0.32
التفطح	3.34	2.1	1.61
الخطأ المعياري	0.869	0.571	0.459
مجال الثقة 95% - الحد الأدنى	4.30	0.03	0.019
مجال الثقة 95% - الحد الأعلى	8.56	2.83	2.27



يعرض الجدول (33) الإحصاءات الوصفية للأعراض الجسدية عبر مراحل القياس الثلاث. أظهرت النتائج انخفاضاً تدريجياً في متوسط الأعراض من القياس القبلي (المتوسط الحسابي = 6.43، الانحراف المعياري = 2.30) إلى القياس البعدي (المتوسط الحسابي = 1.43، الانحراف المعياري = 1.51) والقياس التتبعي (المتوسط الحسابي = 1.14، الانحراف المعياري = 1.22). كما لوحظ انخفاض في المدى من 7 درجات في القياس القبلي إلى 3 درجات في التتبعي، مع انخفاض الحد الأقصى من 11 إلى 3 درجات. وتشير قيم الالتواء المتناقصة (من 1.12 إلى 0.32) والتفلطح (من 3.34 إلى 1.61) إلى تحسن في اعتدالية التوزيع. كما أظهرت فواصل الثقة 95% تقديرات أكثر دقة مع تقدم القياسات، حيث اقترب الحد الأدنى من الصفر في القياسين البعدي والتتبعي (0.03، 0.019 على التوالي).

### جدول 34.

نتائج اختبار شاييرو-ويلك لاعتمادية توزيع درجات الأعراض الجسدية في مراحل القياس المختلفة

الوقت	معامل شاييرو-ويلك	مستوى الدلالة
القياس القبلي	0.8691	0.1823
القياس البعدي	0.8334	0.0861
القياس التتبعي	0.8586	0.1470

يوضح الجدول (34) نتائج اختبار شايبرو-ويلك لفحص اعتدالية توزيع درجات الأعراض الجسدية عبر مراحل القياس الثلاثة. تشير النتائج إلى تحقق افتراض الاعتدالية للقياسات القبليية ( $W = 0.869, p = 0.182$ )، والبعدية ( $W = 0.833, p = 0.086$ )، والتتبعية ( $W = 0.859, p = 0.147$ )، حيث تجاوزت جميع قيم الدلالة مستوى  $0.05$ ، مما يدعم استخدام الاختبارات المعلمية في التحليلات اللاحقة. مع ذلك، يجب أن نضع في الاعتبار أن اختبارات الاعتدالية على البيانات الخام وحدها قد لا تكون كافية. من المهم أيضاً إجراء اختبارات على التغيرات في البيانات بين مراحل القياس المختلفة، لأن هذا يساعدنا على فهم كيف تغيرت الأعراض الجسدية بمرور الوقت. بالإضافة إلى ذلك، من المهم أن نضع في الاعتبار حجم العينة، حيث أن اختبارات الاعتدالية قد تكون أقل قوة مع العينات الصغيرة.

### جدول 35.

التواء الفروق في درجات الأعراض الجسدية كمؤشر على اعتدالية التوزيع للقياسات المختلفة

المقارنة	الالتواء
قبلي-بعدي	-0.8695
بعدي-تتبعي	-0.5259
قبلي-تتبعي	-1.3903

يبين الجدول (35) قيم التواء الفروق في درجات الأعراض الجسدية بين القياسات المختلفة. تراوحت قيم الالتواء بين (-0.5259) و(-1.3903)، وتشير هذه القيم إلى وجود انحراف متوسط إلى كبير عن التوزيع الاعتدالي. ونظراً لأن تحليل التباين للقياسات المختلفة يفترض اعتدالية توزيع الفروق، فإن هذه النتائج تستلزم فحص الاعتدالية بشكل أكثر دقة باستخدام اختبارات إحصائية مخصصة مثل شايبرو-ويلك.

### جدول 36.

نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتدالية الفروق في درجات الأعراض الجسدية بين مراحل القياس

المقارنة	معامل شايبرو-ويلك	مستوى الدلالة
قبلي-بعدي	0.8642	0.1651
بعدي-تتبعي	0.8187	0.0624
قبلي-تتبعي	0.8017	0.0426

يوضح الجدول (36) نتائج اختبار شايبرو-ويلك لفحص اعتدالية توزيع الفروق في درجات الأعراض الجسدية. أظهرت النتائج تحقق افتراض الاعتدالية في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي ( $p = 0.1651$ )،

وكذلك بين البعدي والتتبعي ( $p = 0.0624$ ). أما الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي، فقد أظهرت انحرافاً عن الاعتدالية ( $p = 0.0426$ ).

يمكن القول أن الفروق بين القياس البعدي والقبلي، وكذلك بين التتبعي والبعدي، لا تنحرف بشكل كبير عن الاعتدالية. ومع ذلك، فإن الفروق بين التتبعي والقبلي تشير إلى عدم تحقق فرضية الاعتدالية. هذه النتيجة لها أهمية، خاصة وأن تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات، الذي سيستخدم لاحقاً، يعتمد على فرضية الاعتدالية (بالإضافة إلى فرضية الكروية التي سيتم تناولها لاحقاً).

وبالتالي، فإن انتهاك الاعتدالية في الفرق بين القياس التتبعي والقبلي قد يؤثر على صحة نتائج تحليل التباين الأحادي، خاصة إذا كانت العينة كبيرة. نظراً لصغر حجم العينة المستخدمة ( $n = 7$ )، فإن تحليل التباين الأحادي قد يكون قوياً نسبياً مقابل الانحرافات الصغيرة عن الاعتدالية. ومع ذلك، من المهم أخذ نتائج اختبار فريدمان غير المعلمي في الاعتبار أيضاً، والذي تم تضمينه في التحليل.

### جدول 37.

نتائج اختبار كروية موكلي لتحليل درجات الأعراض الجسدية بين مراحل القياس

التأثير	معامل موكلي	مستوى الدلالة
الوقت	0.456	0.141

يوضح الجدول (37) نتائج اختبار موكلي للكروية في درجات الأعراض الجسدية عبر القياسات المختلفة. تُظهر النتائج تحقق لافتراض الكروية (معامل موكلي = 0.456، مستوى الدلالة = 0.141)، مما يشير إلى تجانس تباينات الفروق بين أزواج القياسات. وبالتالي، يمكننا افتراض أن شرط الكروية مُحترم بشكل مقبول. هذا يعني أنه من الناحية النظرية، يمكننا استخدام نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات غير المصحح. مع ذلك، من الشائع والحكمة تقديم نتائج تحليل التباين الأحادي المصحح للكروية أيضاً، لأن اختبار موكلي قد يفتقر أحياناً إلى القوة، خاصة مع العينات الصغيرة. بالإضافة إلى ذلك، حتى لو جاءت الكروية بشكل دال إحصائياً، يمكن أن تقوم التصحيحات بضبط درجات حرية تحليل التباين الأحادي وتوفير تحليل أكثر تحفظاً وقوة.

### جدول 38.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض الجسدية (غير مصحح)

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم التأثير Generalized eta-squared
التطبيق	2	123.714	61.857	26.242	0.000	0.695

أظهر تحليل التباين للقياسات المتكررة وجود فروق دالة إحصائية في الأعراض الجسدية عبر مراحل القياس الثلاث ( $F(2, 12) = 26.242, p < 0.001$ )، مع حجم تأثير كبير ( $\eta^2_g = 0.695$ ) ويشير هذا إلى أن 69.5% من التباين في الأعراض الجسدية يُعزى إلى البرنامج العلاجي، متجاوزاً بذلك معيار كوهين للتأثير الكبير ( $\eta^2 > 0.14$ ).

### جدول 39.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض الجسدية بعد تصحيح الكروية

التباين مصدر	التصحيح معامل	المصححة الحرية درجات	مستوى الدلالة
(GG) الوقت	0.648	1.3, 7.77	0.000666
(HF) الوقت	0.751	1.5, 9.02	0.000293

ملاحظة = GG : تصحيح جرينهاوس-جايسر؛ HF = تصحيح هون-فيلدت.

استكمالاً لنتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة للأعراض الجسدية، تم تطبيق تصحيحات الكروية كإجراء احترازي لتعزيز موثوقية النتائج الإحصائية. يوضح الجدول (39) استمرار الدلالة الإحصائية للفروق بين القياسات بعد تطبيق تصحيحي جرينهاوس-جايسر ( $\epsilon = 0.648, p = 0.000666$ ) وهون-فيلدت ( $\epsilon = 0.751, p = 0.000293$ ). وقد أدى كلا التصحيحين إلى تخفيض درجات الحرية مقارنة بالتحليل غير المصحح، مع إعطاء تصحيح جرينهاوس-جايسر، الأكثر تحفظاً، قيمة احتمالية أعلى قليلاً. واستمرار الدلالة الإحصائية حتى بعد تطبيق هذه التصحيحات المتحفظة يؤكد متانة التأثير الزمني على الأعراض الجسدية، مما يدعم إجراء المقارنات البعدية لتحديد مواضع الفروق بين فترات القياس بشكل أكثر دقة.

جدول 40.

نتائج اختبار فريدمان للفروق في درجات الأعراض الجسدية بين أوقات القياس

المتغير	العينة	قيمة فريدمان	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة	7	11.76	2	0.002795

كإجراء تكميلي للتحليلات السابقة (الجدولين 38 و 39)، تم إجراء اختبار فريدمان اللامعلمي. أظهرت النتائج (الجدول 40) وجود فروق دالة إحصائية في توزيعات درجات الأعراض الجسدية عبر فترات القياس الثلاث ( $\chi^2 = 11.76, df = 2, p = 0.002795$ ). وتتسق هذه النتيجة مع نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة ( $F(2, 12) = 26.242, p < 0.001$ )، مما يعزز متانة الاستنتاجات الإحصائية، خاصة في ظل محدودية حجم العينة ( $n = 7$ ). ونظراً لأن اختبار فريدمان لا يحدد موقع الفروق بين القياسات، فإن الأمر يستدعي إجراء مقارنات بعدية لامعلمية لتحديد مواضع هذه الفروق بدقة.

جدول 41.

نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الأعراض الجسدية (المقارنات البعدية غير المعلمية)

المقارنة	إحصائية V	مستوى الدلالة	فاصل الثقة 95% - الحد الأدنى	فاصل الثقة 95% - الحد الأعلى
قبلي-بعدي	28	0.022	3.5	7
قبلي-تبعي	28	0.022	3.5	8
بعدي-تبعي	7	0.577	-1	2

استناداً إلى دلالة اختبار فريدمان (مربع كاي = 11.76، مستوى الدلالة = 0.003؛ الجدول 8)، أُجريت اختبارات ويلكوكسون للمقارنات الزوجية. يوضح الجدول (41) وجود انخفاض دال إحصائياً في الأعراض الجسدية بين القياس القبلي والقياس البعدي (إحصائية التتبع = 28، مستوى الدلالة = 0.022، فترة الثقة [3.5, 7])، وبين القياس القبلي والالتتبع (إحصائية التتبع = 28، مستوى الدلالة = 0.022، فترة الثقة [3.5, 8]). ولم تظهر فروق دالة بين القياس البعدي والالتتبع (إحصائية التتبع = 7، مستوى الدلالة = 0.578، فترة الثقة [-1, 2])، مما يشير إلى استمرارية التحسن بعد التدخل العلاجي لدى عينة المشاركات (العدد = 7).

جدول 42.

نتائج اختبارات (ت) للمقارنات البعدية في درجات الأعراض الجسدية (المقارنات البعدية المعلمية)

المقارنة	مستوى الدلالة
قبلي - بعدي	0.0010
قبلي - تتبعي	0.0023
بعدي - تتبعي	0.569

تكميلاً للمقارنات اللامعلمية السابقة (الجدول 42)، أُجريت اختبارات (ت) للعينات المرتبطة. يوضح الجدول (21) نمطاً مماثلاً من النتائج، حيث ظهرت فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي (مستوى الدلالة = 0.0010)، وبين القياس القبلي والتبعي (مستوى الدلالة = 0.0023). في حين لم تظهر فروق دالة بين القياس البعدي والتبعي (مستوى الدلالة = 0.569). ويؤكد هذا التقارب بين نتائج التحليلين المعلمي واللامعلمي متانة الاستنتاج بشأن فعالية التدخل العلاجي واستمرارية تأثيره على الأعراض الجسدية.

وتجدر الإشارة إلى أن تطبيق اختبارات (ت) المقترنة كان مناسباً بشكل خاص للمقارنات التي تحققت فيها افتراضات الاعتدالية بشكل معقول، وتحديداً في الفروق بين القياسين البعدي والقبلي، والتبعي والبعدي. وقد جاء التقارب بين نتائج الاختبارات المعلمية وغير المعلمية ليؤكد متانة النتائج المستخلصة، مما يدعم الاستنتاج بأن التدخل العلاجي قد أحدث تحسناً مستداماً في الأعراض الجسدية.

2-2-3- حجم تأثير البرنامج العلاجي على الأعراض الجسدية

جدول 43.

أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الأعراض الجسدية

المقارنة	حجم التأثير لكوهين	حجم التأثير لروزنتال
قبلي - بعدي	2.236	0.745
قبلي - تتبعي	1.921	0.693
بعدي - تتبعي	0.228	0.113

يكشف تحليل أحجام التأثير للأعراض الجسدية عن نتائج ذات دلالة إكلينيكية مهمة عبر فترات القياس المختلفة. فقد أظهرت المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي حجم تأثير كبير (Cohen's d = 2.236،  $r = 0.745$ )، مما يشير إلى فعالية التدخل العلاجي في خفض الأعراض الجسدية. وقد تعزز هذا التأثير في

مرحلة التتبع، حيث أظهرت المقارنة بين القياس القبلي والتتبعي حجم تأثير أكبر (Cohen's d = 1.921، r = 0.693)، مما يؤكد استمرارية وثبات التحسن العلاجي.

أما المقارنة بين القياس البعدي والتتبعي فقد أظهرت حجم تأثير ضئيل (Cohen's d = 0.228، r = 0.113)، وهو ما يتسق مع النتائج السابقة التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين هاتين الفترتين. ويدعم هذا النمط من النتائج الاستنتاج بأن التحسن الذي تحقق بعد التدخل العلاجي قد استمر بشكل مستقر خلال فترة التتبع.

وتجدر الإشارة إلى أن قيم أحجام التأثير المرتفعة للمقارنات مع القياس القبلي تتجاوز المستويات المتعارف عليها للتأثير الكبير في الأدبيات البحثية، مما يشير إلى أن التحسن في الأعراض الجسدية لم يكن ذا دلالة إحصائية فحسب، بل كان ذا أهمية إكلينيكية كبيرة أيضاً. ويؤكد هذا النمط المتسق من النتائج الفعالية العلاجية للتدخل المستخدم في تخفيف الأعراض الجسدية، مع استمرار هذه الفعالية خلال فترة التتبع.

### 3-8- الأعراض النفسية:

#### جدول 44.

الإحصاءات الوصفية للأعراض النفسية في أوقات القياس المختلفة (القياس القبلي، القياس البعدي، التتبعي)

القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التتبعي	الأساليب الإحصائية
23.9	4.14	3.57	المتوسط
23.0	5.0	4.0	الوسيط
8.63	3.24	3.31	الانحراف المعياري
74.5	10.5	11.0	التباين
14.0	1.0	0.0	الحد الأدنى
36.0	9.0	8.0	الحد الأقصى
22.0	8.0	8.0	المدى
0.149	0.244	0.109	الالتواء
1.49	1.62	1.45	التفرطح
3.26	1.22	1.25	الخطأ المعياري
15.9	1.15	0.511	فاصل الثقة 95% - الحد الأدنى
31.8	7.14	6.63	فاصل الثقة 95% - الحد الأعلى

أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في متوسط الأعراض من القياس القبلي (المتوسط الحسابي = 23.9، الانحراف المعياري = 8.63) إلى القياس البعدي (المتوسط الحسابي = 4.14، الانحراف المعياري = 3.24) والتتبعي (المتوسط الحسابي = 3.57، الانحراف المعياري = 3.31). كما لوحظ انخفاض في المدى من 22 درجة في القياس القبلي إلى 8 درجات في القياسين البعدي والتتبعي، مع انخفاض الحد الأقصى من 36 إلى 8 درجات. وتشير قيم الالتواء المستقرة (من 0.149 إلى 0.109) والتفرطح (من 1.49 إلى 1.45) إلى اعتدالية التوزيع. كما أظهرت فواصل الثقة 95% تقديرات أكثر دقة مع تقدم القياسات، حيث انخفض المدى بين الحدين الأدنى والأعلى من 15.9 نقطة في القياس القبلي إلى 6.12 نقطة في التتبعي.

#### جدول 45.

نتائج اختبار شابيرو-ويلك لاعتدالية توزيع درجات الأعراض النفسية في أوقات القياس المختلفة

الوقت	معامل شابيرو ويلك	مستوى الدلالة
قبلي	0.917	0.451
بعدي	0.863	0.162
تتبعي	0.895	0.303

يُظهر الجدول (45) نتائج اختبار شابيرو-ويلك لفحص اعتدالية توزيع الأعراض النفسية. تشير النتائج إلى تحقق افتراض الاعتدالية في جميع مراحل القياس ( $p > 0.05$ )، مما يدعم استخدام الاختبارات المعلمية في التحليلات اللاحقة.

#### جدول 46.

التواء الفروق بين أوقات القياس في درجات الأعراض النفسية

المقارنة	الالتواء
قبلي - بعدي	0.158
بعدي - تتبعي	0.548
قبلي - تتبعي	-0.0007

يُبين الجدول (46) معاملات التواء الفروق في درجات الأعراض النفسية بين القياسات المتكررة. أظهرت النتائج توزيعاً متماثلاً نسبياً للفروق بين القياسين القبلي والبعدي (0.158)، في حين سُجل التواء أكثر وضوحاً في الفروق بين التتبعي والقياس البعدي (0.548). أما الفروق بين التتبعي والقياس القبلي فأظهرت توزيعاً متماثلاً تقريباً (-0.001)، مما يؤكد استقرار التحسن في الأعراض النفسية على المدى البعيد.

جدول 47.

نتائج اختبار شايبرو-ويلك لاعتمادية الفروق في درجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس

المقارنة	معامل شايبرو ويلك	مستوى الدلالة
قبلي - بعدي	0.964	0.857
بعدي - تتبعي	0.942	0.662
قبلي - تتبعي	0.936	0.603

يوضح الجدول (47) نتائج اختبار شايبرو-ويلك لفحص اعتمادية توزيع الفروق في الأعراض النفسية. تجاوزت قيم الدلالة الإحصائية مستوى 0.05 لجميع المقارنات، مما يشير إلى تحقق افتراض الاعتمادية وملاءمة استخدام الاختبارات المعلمية في التحليلات اللاحقة.

جدول 48.

نتائج اختبار كروية موكلي لتحليل درجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس

مصدر التباين	معامل موكلي	مستوى الدلالة
الوقت	0.317	0.057

يُظهر الجدول (48) نتائج اختبار موكلي للكروية في درجات الأعراض النفسية. أظهرت النتائج قيمة حدية تتجاوز بشكل طفيف مستوى الدلالة (0.05). وعلى الرغم من أن هذه النتيجة لا تؤدي إحصائياً إلى رفض فرضية الكروية، إلا أن قربها من مستوى الدلالة يشير إلى احتمال وجود انتهاك هامشي لافتراض الكروية. وعليه، يُستحسن اعتماد أسلوب أكثر تحفظاً في التحليل اللاحق باستخدام تصحيحات Greenhouse-Geisser أو Huynh-Feldt، لضمان متانة الاستنتاجات الإحصائية وتجنب الوقوع في خطأ النوع الأول.

جدول 49.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض النفسية (غير مصحح)

مصدر التباين	درجات الحرية	درجات حرية الخطأ	قيمة F	مستوى الدلالة	حجم التأثير Generalized eta-squared
الوقت	2	12	38.442	6.06e-06	0.764

يُظهر الجدول (49) نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة في درجات الأعراض النفسية. أظهرت النتائج تأثيراً دالاً إحصائياً للوقت على مستوى الأعراض ( $F(2, 12) = 38.442, p < 0.001$ )، مع حجم تأثير كبير ( $\eta^{2g} = 0.764$ )، حيث يفسر أثر البرنامج 76.4% من التباين الكلي في الأعراض النفسية. ونظراً للنتيجة الحدية لاختبار موكلي السابق، يُستحسن التحقق من هذه النتائج باستخدام التصحيحات المناسبة للكروية.

جدول 50.

نتائج تحليل التباين الأحادي المتكرر القياسات لدرجات الأعراض النفسية بعد تصحيح الكروية

مصدر التباين	معامل التصحيح	درجات الحرية المصححة	مستوى الدلالة
الوقت (GG)	0.594	1.19, 7.13	0.000319
الوقت (HF)	0.657	1.31, 7.88	0.000172

ملاحظة: GG = تصحيح جرينهاوس-جايسر؛ HF = تصحيح هون-فيلدت.

تم تطبيق تصحيحات الكروية كإجراء احترازي لتعزيز موثوقية النتائج الإحصائية. يوضح الجدول (50) استمرار الدلالة الإحصائية للفروق بين القياسات بعد تطبيق تصحيحي جرينهاوس-جايسر ( $\epsilon = 0.594, p = 0.000319$ ) وهون-فيلدت ( $\epsilon = 0.657, p = 0.000172$ ). وقد أدى كلا التصحيحين إلى تخفيض درجات الحرية مقارنة بالتحليل غير المصحح، مع إعطاء تصحيح جرينهاوس-جايسر، الأكثر تحفظاً، قيمة احتمالية أعلى قليلاً. واستمرار الدلالة الإحصائية حتى بعد تطبيق هذه التصحيحات المتحفظة يؤكد متانة تأثير المراحل الزمنية على الأعراض النفسية، مما يدعم إجراء المقارنات البعدية لتحديد مواضع الفروق بين فترات القياس.

### جدول 51.

اختبار فريدمان لدرجات الأعراض النفسية بين أوقات القياس

الاختبار	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى الدلالة
فريدمان	0.56	2	0.7558

أظهر الاختبار اختبار فريدمان اللامعلمي للأعراض النفسية عن قيمة مربع كاي (11.19) عند درجتي حرية، مع قيمة احتمالية ( $p = 0.003$ )، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في توزيعات درجات الأعراض النفسية عبر فترات القياس المختلفة. تتماشى هذه النتيجة مع ما توصل إليه تحليل التباين للقياسات المتكررة، الذي أظهر تأثيراً قوياً للزمن

### جدول 52..

نتائج اختبار دان للمقارنات البعدية المتعددة للأعراض النفسية

المقارنة	إحصائية Z	مستوى الدلالة	مستوى الدلالة المصحح
قبلي - بعدي	-2.988	0.003	0.008
قبلي - تتبعي	-3.377	0.001	0.002
بعدي - تتبعي	-0.390	0.697	1

ملاحظة: تم تصحيح مستوى الدلالة باستخدام طريقة بونفيرون

يكشف الجدول (52) عن نتائج اختبار دان (Dunn) للمقارنات البعدية في الأعراض النفسية. أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائية بين القياس القبلي وكل من القياس البعدي ( $Z = -2.988, p = 0.008$ ) والتتبعي ( $Z = -3.377, p = 0.002$ )، حيث انخفض المتوسط من 23.86 في القياس القبلي إلى 4.14 و3.57 في القياسين البعدي والتتبعي على التوالي. في حين لم تظهر فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي ( $Z = -0.390, p = 1$ )، مما يشير إلى استقرار التحسن بعد التدخل العلاجي.

جدول 53.

نتائج اختبار ويلكوكسون للمقارنات البعدية في درجات الأعراض النفسية (المقارنات البعدية غير المعلمية)

المقارنة	إحصائية مستوى الدلالة	مجال الثقة 95% - الحد الأدنى	مجال الثقة 95% - الحد الأعلى
قبلي - بعدي	0.0223	11.5	27
قبلي - تتبعي	0.0225	10.5	31
بعدي - تتبعي	0.7525	-3	4

يكشف تحليل اختبارات ويلكوكسون عن نمط واضح للتغيرات في الأعراض النفسية عبر فترات القياس. فقد أظهرت المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي فرقا دالا إحصائيا ( $p = 0.0223, V = 28$ )، مما يشير إلى انخفاض في الأعراض النفسية عقب التدخل العلاجي. وبالمثل، أظهرت المقارنة بين القياس القبلي والتبعي فرقا دالا إحصائيا ( $V = 28, p = 0.0225$ )، مما يؤكد استمرار التحسن في الأعراض النفسية حتى فترة التبعي. أما المقارنة بين القياس البعدي والتبعي فلم تظهر فروقا دالة إحصائياً ( $V = 12.5, p = 0.7525$ )، مما يشير إلى استقرار التحسن الذي تحقق بعد التدخل العلاجي.

وتتسق هذه النتائج مع ما لوحظ في الأعراض الجسدية، مؤكدة فعالية التدخل العلاجي في خفض الأعراض النفسية واستمرار هذا التحسن، على الرغم من النتيجة غير الدالة إحصائياً لاختبار فريدمان.

جدول 54.

نتائج اختبارات (ت) للمقارنات البعدية في الأعراض النفسية (المقارنات البعدية المعلمية)

المقارنة	مستوى الدلالة
قبلي - بعدي	0.00024
قبلي - تتبعي	0.00113
بعدي تتبعي	0.715

يكشف تحليل اختبارات (ت) المقترنة للمقارنات البعدية في الأعراض النفسية عن نمط قوي من الفروق الإحصائية عبر فترات القياس المختلفة. فقد أظهرت المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي فرقا دالا إحصائياً بدرجة عالية ( $p = 0.000$ )، مما يشير إلى انخفاض جوهري في الأعراض النفسية عقب التدخل العلاجي مباشرة.

كما أظهرت المقارنة بين القياس القبلي والبعدي فرقاً دالاً إحصائياً ( $p = 0.001$ ) ، مؤكدة استمرار التحسن في الأعراض النفسية حتى فترة التتبعي. أما المقارنة بين القياس البعدي والتتبعي فلم تظهر فروقاً دالة إحصائياً ( $p = 0.715$ ) ، مما يشير إلى استقرار التحسن الذي تحقق بعد التدخل العلاجي.

وتتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه اختبارات ويلكوكسون اللامعلمية، مما يعزز الثقة في النتائج المستخلصة، ويؤكد متانة الاستنتاجات المتعلقة بفعالية التدخل العلاجي في خفض الأعراض النفسية واستمرار هذا التحسن

## جدول 55.

أحجام التأثير للمقارنات الزوجية في درجات الأعراض النفسية

المقارنة	معامل كوهين	معامل روزنتال
قبلي - بعدي	2.931	0.826
قبلي - تتبعي	2.202	0.74
بعدي - تتبعي	0.145	0.072

يكشف تحليل أحجام التأثير للأعراض النفسية عن نتائج قوية تؤكد الفعالية الإكلينيكية للتدخل العلاجي. فقد أظهرت المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي حجم تأثير كبير ( $r = 2.931$ , Cohen's  $d = 0.826$ )، يفوق ما لوحظ في الأعراض الجسدية، مما يشير إلى فعالية عالية للتدخل العلاجي في خفض الأعراض النفسية مباشرة بعد العلاج.

كما أظهرت المقارنة بين القياس القبلي والتتبعي حجم تأثير كبير ( $r = 2.202$ , Cohen's  $d = 0.74$ )، مماثل لما لوحظ في الأعراض الجسدية، مما يؤكد استمرارية التحسن في الأعراض النفسية خلال فترة التتبعي. وعلى الرغم من الانخفاض الطفيف في حجم التأثير مقارنة بالقياس البعدي المباشر، إلا أنه يظل يشير إلى تأثير إكلينيكي مهم ومستدام.

أما المقارنة بين القياس البعدي والتتبعي فقد أظهرت حجم تأثير ضئيل ( $r = 0.145$ , Cohen's  $d = 0.072$ )، أقل مما لوحظ في الأعراض الجسدية، مما يؤكد استقرار التحسن المكتسب وعدم حدوث تغيرات جوهرية في الأعراض النفسية بعد انتهاء البرنامج العلاجي. وتدعم هذه النتائج مجتمعة الفعالية الإكلينيكية للبرنامج العلاجي في التخفيف من الأعراض النفسية، مع استمرارية هذا التأثير خلال فترة التتبع.

## ملخص النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة، عبر مختلف التحليلات الإحصائية المعلمية وغير المعلمية، انخفاضاً واضحاً في درجات الاكتئاب والأعراض النفسية والجسدية لدى المشاركات في البرنامج، مع استمرار هذا التحسن خلال فترة التتبع.

فيما يتعلق بدرجة الاكتئاب الكلية، انخفض المتوسط الحسابي بشكل كبير من 30.43 في القياس القبلي إلى 5.57 في القياس البعدي، واستقر عند 4.71 في القياس التتبعي. وقد أكدت نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة  $(F(2,12) = 45.509, p < 0.001)$ ، حيث كانت قيمة  $p$  الفعلية 2.5  $e-06$  والاختبارات غير المعلمية (اختبار فريدمان  $(\chi^2(2) = 11.19, p = 0.0037)$ : دلالة هذه الفروق، حيث ظهر فرق جوهري بين القياس القبلي وكل من البعدي والتتبعي، في حين لم يظهر فرق دال بين البعدي والتتبعي. كما عكست أحجام التأثير الكبيرة ( $d = 3.136$ ) للقياس القبلي-البعدي) دلالة إكلينيكية مهمة للبرنامج العلاجي.

بالنسبة للأعراض الجسدية، تراجع متوسطها من 6.43 إلى 1.43 ثم 1.14، مع انخفاض ملحوظ في التشتت وتمركز الدرجات عند مستويات منخفضة. وقد دعمت نتائج التحليل الإحصائي هذه النتيجة  $(F(2,12) = 26.242, p < 0.001)$ ، حيث كانت قيمة  $p$  الفعلية 0.054  $e-05$ ؛ واختبار فريدمان  $(\chi^2(2) = 11.76, p = 0.0028)$ ، مؤكدة وجود فروق دالة بين القياس القبلي وكل من البعدي والتتبعي، مع استقرار الحالات بين القياسين الأخيرين. وقد بلغت أحجام التأثير مستويات عالية ( $d = 2.236$ ) للقياس القبلي-البعدي، و  $d = 1.921$  للقياس القبلي-التتبعي، مما يعكس الفعالية الإكلينيكية للبرنامج.

أما الأعراض النفسية، فقد انخفض متوسطها من 23.9 إلى 4.14 ثم 3.57، مع انخفاض الحد الأقصى من 36 إلى 8 درجات. وظهرت فروق دالة في التحليلات المعلمية  $(F(2,12) = 38.442, p < 0.001)$ ، حيث كانت قيمة  $p$  الفعلية 6.06  $e-06$  وفي المقارنات الزوجية. كما أظهر اختبار فريدمان فروقاً دالة إحصائياً  $(\chi^2(2) = 11.19, p = 0.0037)$  وقد أظهرت تحليلات أحجام التأثير وجود آثار علاجية قوية ( $d =$

2.931 للقياس القبلي-البعدي) في خفض الأعراض النفسية.

## مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية برنامج علاجي يجمع بين توجيهين علاجيين أساسيين: العلاج المعرفي السلوكي من الموجة الثانية، إضافة إلى العلاج بالتقبل والالتزام (من الموجة الثالثة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب (النفسية والجسدية)، وقد أظهرت نتائج القياس القبلي أن أفراد العينة يعانون من أعراض الاكتئاب، مثل انخفاض في المزاج العام مع فقدان القدرة على الشعور بالمتعة، الإرهاق المزمن واضطرابات النوم، اضطرابات الشهية، مشاعر انعدام القيمة الذاتية والشعور المفرط بالذنب. كما ظهر في النتائج الأولية وجود أنماط معرفية غير تكيفية لدى حالات الدراسة، تمثلت في تصورات سلبية عن الذات ونظرة تشاؤمية حول مستقبل، الأمر الذي انعكس سلباً على مستوى أدائهم الوظيفي في مختلف مجالات الحياة، وأدى إلى ميلهم نحو العزلة والانسحاب الاجتماعي.

أسفر التحليل الإحصائي عن نتائج تؤكد فعالية البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من درجات الاكتئاب وأعراضه، فقد أظهر تحليل حجم التأثير للدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي ( $d = -3.136, r = 0.843$ ) فعالية البرنامج، واستمر هذا التأثير حتى أثناء القياس التبعي بعد مدة من انتهاء البرنامج العلاجي ( $d = -2.361, r = 0.763$ )، في حين كان حجم التأثير والتغير ضئيلاً بين القياسين البعدي والتبعي ( $d = -0.218, r = 0.108$ ).

إذا فصلنا في أبعاد مقياس الاكتئاب، نلاحظ أن هذه الفعالية تشمل الأعراض النفسية، حيث سُجل حجم تأثير كبير بين القياسين القبلي والبعدي ( $d = 2.931, r = 0.826$ )، واستمر هذا التأثير في القياس التبعي ( $d = 2.202, r = 0.740$ )، مع رصد حجم تأثير بسيط بين القياس البعدي والقياس التبعي ( $d = 0.145, r = 0.072$ ).

شملت الفعالية أيضاً الأعراض الجسدية، التي أظهرت حجم تأثير كبير نسبياً بين القياس القبلي والقياس البعدي ( $d = 2.285, r = 0.742$ )، والقياس القبلي مع القياس التبعي ( $d = 2.523, r = 0.773$ )، في حين وجود تغير غير دال بين القياس البعدي والقياس التبعي ( $d = 0.232, r = 0.115$ ).

من جهة أخرى، أبرزت نتائج التحليل الكيفي للحالات تحسناً في عدة أعراض، ونلاحظ ذلك في تعزيز القدرة على التحكم في المزاج، ارتفاع مستويات النشاط والحيوية، انخفاض ملحوظ في اضطرابات النوم، تحسن الشهية، تغير نسبي في التصورات حول الذات. من الناحية المعرفية سجل المشاركون في هذه الدراسة قدرة أكبر على المرونة في التفكير، تراجعاً في الأفكار السلبية، مع عودة للمشاركة في العلاقات الاجتماعية والنشاطات اليومية، خاصة عند الحالة السابعة التي عانت من اكتئاب حاد، وقد سجلت تحسناً على مقياس بيك للاكتئاب، مع انتظام في نمط النوم، وانخفاض في مستويات التعب الجسدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

تشير هذه النتائج الكيفية والكمية إلى أن النموذج العلاجي يعمل على تخفيف أعراض الاكتئاب، ويساعد الأفراد على عيش حياة أكثر إنتاجية وتفاعلاً مع المحيط الاجتماعي، وهذه النتائج تظهر منطقية وتكتسب مصداقية إضافية إذا تم وضعها في ضوء ما توصلت إليه البحوث العيادية الحديثة، إذ حققت الأساليب العلاجية التكاملية اهتماماً متزايداً في مجال البحوث العيادية خاصة في الفترات الأخيرة أين انتشر استخدامها وتطبيقها (Samaan et al., 2020; A-Tjak et al., 2021; Zhao et al., 2023)، حيث أظهرت قدرة فعالة في التعامل مع التعقيدات المتعددة لاضطراب الاكتئاب من خلال تحقيق نتائج واضحة ومستمرة في تخفيف الأعراض.

في البيئة العربية كشفت نتائج دراسة الطراونة والظاهري (2017) التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الاكتئاب لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية في الخدمات الطبية الملكية، على عينة مكونة من (60) فرداً موزعين على مجموعتين عينة تجريبية عددها (30) وعينة ضابطة عددها (30) تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الميسرة، وقد تم استخدام مقياس الاكتئاب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب النفسي بين القياسين القبلي والبعدي وذلك تبعاً لمتغير البرنامج المعرفي السلوكي، كما توصلت لعدم وجود فروق في أداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب النفسي القبلي البعدي تعزى لمتغير الجنس.

نفس النتائج تقريباً تم تأكيدها لاحقاً في دراسة العبدسة (2021) التي وثقت استمرار فعالية النتائج العلاجية بعد عام من المتابعة. تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراستنا الحالية، مما يؤكد فعالية تقنيات العلاج السلوكي المعرفي، وخاصة إعادة البناء المعرفي والتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب.

تدعيماً لهذا التوجه، أوضحت دراسة الزوريق وبلميهور (2018) فعالية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة الاكتئاب لدى حالات ما بعد استئصال الثدي، حيث أظهرت تحسناً في درجات مقياس بيك للاكتئاب، وعلى الرغم من محدودية حجم العينة التي تمثلت في 3 حالات فقط، أفاد المشاركون بتراجع مستمر في كل من الأعراض النفسية والجسدية. في السياق ذاته، بينت دراسة غربي (2018) أن الجمع بين العلاج المعرفي للاكتئاب وفق نموذج بيك مع بروتوكول تحصين الضغط النفسي لمايكنباوم (Meickenbaum) قد أدى إلى انخفاض في مستويات التوتر والاكتئاب عند الأشخاص المصابين بالربو.

إن التركيز في دراستنا الحالية على تحسن الأعراض الجسدية، التي تتضمن التعب العام والآلام الجسدية، يبرز القدرة التكيفية للعلاج السلوكي المعرفي، لا سيما عند إدماج تقنيات متخصصة كالتنشيط السلوكي واليقظة الذهنية، هذه المرونة العلاجية تظهر بوضوح في الحالة الأولى، حيث أظهرت المشاركة تحسناً في آلام الظهر المزمنة عقب دمج تمارين هذه التقنيات إضافة إلى أساليب إعادة البناء المعرفي.

قدمت الدراسات المقارنة نتائج مهمة حول فعالية مختلف الأساليب العلاجية في التعامل مع الاكتئاب، ففي دراسة (Ashouri et al (2013) تم إجراء تحليل مقارنة بين العلاج الميتماعري والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الشديد، بينت النتائج في الأخير تفوقاً واضحاً لكل من العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الميتماعري على العلاج الدوائي المنفرد في تخفيف أعراض الاكتئاب والقلق. في سياق مماثل، أكدت دراسة (Zarean et al., 2023) التي أجريت على عينة من النساء بعد الإجهاض تقدر بـ 45 حالة، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاج الواقعي، حيث أظهرت النتائج تفوقاً ملحوظاً للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستويات التكيف الصحي والاجتماعي والانفعالي والوظيفي، مما يؤكد مرونة هذا النهج العلاجي وقابليته للتكيف مع الفئات السريرية المختلفة.

في ذات السياق، بينت دراسة (Asgharipour et al (2012) أن العلاج النفسي الإيجابي يتفوق على العلاج السلوكي المعرفي في تحسين مستويات الرفاهية الذاتية ومؤشرات السعادة. مما يشير إلى أن إدماج المقاربات التي تركز على نقاط القوة والتدخلات الموجهة نحو المشاعر الإيجابية قد يساهم في تطوير البروتوكولات التقليدية للعلاج السلوكي المعرفي، وتؤكد هذه الدراسات المقارنة على المكانة الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي كمنهج أساسي في علاج الاكتئاب، مع تسليط الضوء على القيمة المضافة لدمج عناصر علاجية مكملية بهدف تحسين نتائج التدخل العلاجي.

على الرغم من أن الدراسة الحالية لم تتضمن مقاييس مباشرة لمستويات السعادة والمشاعر الإيجابية، إلا أن التراجع الكبير في الأعراض النفسية بنسبة 82.5% والأعراض الجسدية بنسبة 77.8% يشير إلى أن دمج تمارين التقبل والالتزام قد ساهم في تعزيز فعالية التقنيات التقليدية للعلاج السلوكي المعرفي، ويتضح هذا التأثير في الحالة الرابعة المتمثلة في طالبة جامعية عانت من مشاعر اليأس بعد عدم قبولها في كلية الطب، حيث سجلت تحسناً من خلال العمل على استيضاح القيم في جلسات العلاج بالتقبل والالتزام، وقد ساهمت التمارين المرتكزة على القيم في تعديل أنماط التقييم السلبي للذات لديها، كما عززت من دافعيها، مما أدى إلى انخفاض في الأعراض الانفعالية والجسدية.

نال العلاج بالتقبل والالتزام تأييداً بحثياً قوياً في مجال العلاجات النفسية بصفة عامة وعلاج الاكتئاب بصفة خاصة (Walser et al., 2015; Zhao et al., 2023). وأبرزت العديد من الدراسات مثل دراسة (Bunyathikan et al (2020) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التعامل مع الاكتئاب الشديد لدى كبار السن، حيث سجلت تراجعاً في الأعراض. وتؤكد هذه النتائج قابلية العلاج بالتقبل والالتزام للتكيف مع مختلف الفئات العمرية، وهو ما يتفق مع ما توصل إليه (Bohlmeijer et al (2011) الذين أشاروا إلى تحسن واضح في حالات الاكتئاب الخفيف والمتوسط بعد تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام. وقد أرجعوا هذا التحسن إلى تطور المرونة النفسية وتعزيز مهارات التقبل لدى المرضى.

تدعم دراسة (Walser et al (2015) التي أجريت على عينة واسعة تقدر بـ 981 حالة من كبار السن، العلاقة الإيجابية بين تطور القدرة على تقبل الخبرات الداخلية من أفكار وانفعالات وتراجع حدة أعراض الاكتئاب. مما يشير إلى أن تقنيات القبول تعمل على تعزيز وتسريع عمليات التغيير السلوكي والمعرفي، خاصة لدى الأشخاص الذين يميلون إلى النقد الذاتي واجترار الأفكار.

تأتي هذه النتائج متوافقة مع ما توصلت إليه دراسة (Bunyathikan et al (2020) حيث تبرز التكامل بين استراتيجيات القبول والالتزام وعناصر إعادة البناء المعرفي في العلاج السلوكي المعرفي، مما يؤدي إلى تعزيز الفاعلية العلاجية عبر مختلف الفئات العمرية والحالات العيادية.

إذا عدنا إلى الحالة الخامسة التي كانت تعاني من تقلبات في المزاج وسمات شخصية حدية، سنلاحظ وجود تحسن في الحالة المزاجية، وذلك بعد دمج تمارين فك الاندماج المعرفي واستيضاح القيم مع البروتوكول الكلاسيكي للعلاج المعرفي السلوكي، وأسفر هذا التكامل العلاجي عن تراجع في أفكار إيذاء الذات وأعراض الاكتئاب، مما يدعم فرضية أن إدماج عناصر من العلاج بالتقبل والالتزام يمكن أن يعزز الاستراتيجيات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي عبر الحد من اجترار الأفكار وأنماط النقد الذاتي.

إن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام لم تعد مبهمة، فقد أبرزت مجموعة من الدراسات في المجالات الطبية المتخصصة التي قدمت أدلة علمية تدعم قيمته العلاجية، وأظهرت دراسة (Irandoost (2015) انخفاض في مستويات الاكتئاب لدى السيدات اللواتي يعانين من آلام مزمنة في أسفل الظهر، وذلك بعد تطوير مهارات التقبل وفك الاندماج المعرفي، وساهمت في تقليل من أفكار تضخيم المعاناة المرتبطة بالألم. في نفس السياق، كشفت دراسة (Ahmadsaraei et al (2017) عن انخفاض في أعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني. وتشير هذه النتائج إلى أن تركيز العلاج بالتقبل والالتزام على استيضاح القيم واليقظة الذهنية والتقبل يمتلك القدرة على معالجة المظاهر النفسية والجسدية للاكتئاب بشكل فعال.

في دراسات حديثة تناولت المقارنة بين النماذج العلاجية التكاملية، أظهرت نتائجها أن كلاً من العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالتقبل والالتزام يحققان نتائج متقاربة في تحسين الأعراض العيادية والتقليل من تأثيرها (Samaan et al., 2020; Mafakheri et al., 2021). من جهة أخرى، أكدت الدراسة الطولية التي قام بها (A-Tjak et al (2021) وجود فروق بسيطة بين العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف أعراض الاكتئاب وتعزيز نوعية الحياة بعد سنة من المتابعة عند أفراد العينة. غير أن دراسة (Bunyathikan et al (2020) أثبتت أن الدمج بين العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المرتكز على التعاطف أدى إلى تحسينات إضافية في تنظيم المشاعر وتعزيز الانفعالات الإيجابية، مما يشير إلى منافع العلاج إذا كان مركباً بما يخدم السياق العلاجي.

تنسق هذه النتائج مع ما توصلنا إليه في دراستنا، مؤكدة فوائد الجمع بين العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المعرفي السلوكي، وقد عززت دراسة (Nejati et al (2024) هذا التوجه نحو العلاجات التكاملية، حيث بينت أن الدمج بين التحفيز بالتيار المباشر عبر الجمجمة والعلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تراجع أكبر في أعراض الاكتئاب مقارنة باستخدام كل منهما على حدة. على الرغم من أن دراستنا لم تتضمن تقنيات التحفيز العصبي، إلا أنها تساعد في فهم التدخلات التكاملية من خلال توضيح دور عمليات العلاج بالتقبل والالتزام في تعزيز استراتيجيات إعادة البناء المعرفي والتنشيط السلوكي المعتمدة في العلاج المعرفي السلوكي.

تقدم الحالة السادسة في دراستنا مثلاً واضحاً على هذا التأثير التكاملي، حيث عانت المراهقة من اكتئاب مرتبط بعلاقتها الاجتماعية، وقد تحسنت حالتها من خلال توظيف تقنيات فك الاندماج لتقليل الانشغال بمتابعة وسائل التواصل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع إعادة البناء المعرفي من العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة المعتقدات السلبية تجاه الذات، ويوضح هذا المثال التكامل الفعال بين الأساليب في تخفيف أعراض الاكتئاب شريطة أن توازن بين متطلبات الحالة وامكانياتها.

تدعم المقارنات التحليلية بين الدراسات السابقة نتائج البحث الحالي، إذ يظهر نجاح البروتوكول العلاجي المدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف الأعراض الانفعالية والجسدية للاكتئاب مع استمرار فعاليته، وتعزز هذه النتائج ضرورة تطوير مقاربات علاجية متكاملة ومرنة في المجالين البحثي والإكلينيكي، كما تؤكد العديد من الدراسات في الآونة الأخيرة تطبيق العلاج بالقبول والالتزام في السياقات الطبية (Ahmadsaraei et al., 2017؛ Irandoost, 2015) في معالجة المظاهر النفسية والجسدية للاكتئاب التي قد تصاحب الأمراض وتساهم في تفاقمها أو تنتج عنها.

يمكن رصد فعالية البرنامج العلاجي عند العودة إلى نتائج الحالة الثالثة، حيث أظهرت مشاركة مصابة باكتئاب مزمن وصداع تحسناً بعد تطبيق تدخلات العلاج بالقبول والالتزام، ساهمت تمارين القبول واليقظة في خفض التوقعات السلبية المستقبلية، مما سهل عودتها للأنشطة اليومية مع تحسن الأعراض الجسدية. هذا وتنطلق الأطر النظرية للمداخل السلوكية المعرفية من فرضية محورية تعتبر الأفكار غير التكيفية - متضمنة المخططات السلبية والتشوهات المعرفية - عوامل أساسية في تشكيل المشاعر الاكتئابية، ويلعب إعادة البناء المعرفي دوراً مهماً في استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، مما يفسر التراجع في أعراض الاكتئاب، ولهذا تظهر التحسينات العلاجية بشكل واضح عند مقارنة نتائج القياسات قبل وبعد العلاج.

يضيف دمج تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام بعداً مهماً في تطوير هذا الإطار النظري، حيث يؤكد هذا النموذج العلاجي على دور التجنب الخبراتي والاندماج المعرفي في تشكيل الضيق النفسي، وتستهدف التدخلات العلاجية الأنماط المعرفية غير التكيفية من خلال التركيز على القبول واليقظة الذهنية، مع تطبيق تقنيات إعادة

البناء المعرفي وتمارين فك الاندماج، هذه الآلية نلاحظها في الحالة الثانية، أين أظهرت المشاركة التي تعاني من إخفاقات دراسية ونقد ذاتي تحسناً بعد تطبيق مهارات القبول وفك الاندماج، مما أدى إلى تخفيف الخوف من الفشل وتعزيز الدافعية الأكاديمية.

تختلف مقارنة العلاج بالتقبل والالتزام عن استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المعتقدات غير العقلانية، إذ يركز الأول على تقليص تأثيرها الوظيفي من خلال تنمية إدراك غير حكمي للأفكار والمشاعر. يتيح هذا المنهج المزدوج للمشاركين إمكانية إعادة التقييم المعرفي مع الاحتفاظ بمسافة مع الأفكار المزعجة.

تشير الأبحاث إلى تجلي الأعراض الاكتئابية في صورتين نفسية وجسدية. تظهر نتائج الدراسة تحسناً متزامناً في المجالين، مما يدل على إمكانية انتقال الفعالية العلاجية في الجانب الانفعالي إلى تخفيف الأعراض الجسدية كالإرهاق والتشنجات العضلية. كما يساهم تطبيق تقنيات التنشيط السلوكي وتمارين اليقظة في تحسين إدراك المصابين بالتعب والآلام الجسدية.

تؤكد دراسة (Seidi et al 2017) أن الآثار المترابطة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي القائم على اليقظة لدى الأفراد الذين يعانون من أفكار انتحارية، حيث يرتبط انخفاض التشوهات المعرفية والتفاعل العاطفي بتطبيقات اليقظة الذهنية.

تعكس نتائج حجم التأثير الخاصة بالأعراض النفسية والجسدية أهمية الاعتماد على مناهج علاجية تتعامل مع الجوانب المعرفية والفيزيولوجية للاكتئاب، فمثلاً في الحالة الأولى نلاحظ تراجع الشك الارتياحي المتعلق بالعمل بالالتزام مع انخفاض الأعراض الجسدية كآلم الرأس والظهر بعد تطبيق الاستعارات وتمارين التنفس الواعي، ويشير تراجع الأعراض النفسية والجسدية من خلال البرنامج العلاجي المدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام إلى إمكانية فهم الاكتئاب باعتباره منظومة تفاعلية تجمع بين العمليات النفسية والفسولوجية في آن واحد. يتماشى هذا الفهم مع التوجهات الحديثة في المنظور للتشخيص ضمن الدراسات العيادية، حيث تُعتبر عمليات مثل الاجترار والتجنب عوامل أساسية تقف خلف اضطرابات نفسية متعددة (Harvey et al., 2004). وتبين نتائج الدراسة أن دمج تقنيات الموجة الثانية والموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية يساهم في إحداث تغيير علاجي فعال، مما يوطد فهم الاكتئاب كتفاعل حيوي بين مجموعة من العمليات المترابطة.

تشير الدراسات أيضاً إلى أن التنشيط السلوكي يمثل آلية رئيسية في التخفيف السريع من الأعراض (Jacobson et al., 1996). بينما تركز تقنيات اليقظة وفك الاندماج على إحداث تغييرات في علاقة الفرد بخبراته الداخلية (Hayes et al., 2012). وتستمد فعالية النهج التكاملية قوتها من التسلسل الاستراتيجي لمكوناته العلاجية، بداية من تقليص التجنب عبر التنشيط السلوكي، ثم تعزيز المرونة المعرفية من خلال اليقظة والتقبل.

تستدعي آليات تطبيق المكونات العلاجية المزيد من البحث والتقصي، فقد أظهرت دراسة (2021) Mafakheri et al., فعالية مماثلة لكل من العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج المعرفي السلوكي في خفض الخوف من التقييم السلي لدى النساء المصابات بالاكتئاب، مؤكدة دور العناصر العلاجية المشتركة كالتثقيف النفسي، والعلاقة العلاجية، وتطوير المهارات في تحقيق التحسن.

كما كشفت دراسة (2012) Asgharipour et al عن تفوق العلاج النفسي الإيجابي على العلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الرفاهية الذاتية، مبرزة الأثر الخاص لتمارين تعزيز مشاعر الامتنان. ويمكن تفسير التحسن في الأعراض الجسدية في الدراسة الحالية في ضوء الدور المميز لتمارين التقبل في تخفيف إدراك الألم والانزعاج البدني، كما يمكن تفسير الانخفاض في الأعراض المعرفية والعاطفية من خلال تركيز العلاج المعرفي السلوكي على إعادة البناء المعرفي للتخلص من المعتقدات غير التكيفية.

تحتاج الأبحاث المستقبلية لاستخدام أدوات قياس دقيقة مثل سجلات التشوهات المعرفية اليومية أو مؤشرات الإجهاد النفس-فسيولوجية لتوضيح الآليات العلاجية بشكل أعمق، وتقديم النتائج الحالية دليلاً أولياً يؤكد فعالية الأسلوب العلاجي التكامل في تخفيف الأعراض.

يجب أن لا ننسى أن توقيت التدخل العلاجي وتسلسله يلعب دوراً مهماً في نتائج العلاج، فقد أظهرت دراسة (2020) Shalikari et al تحقيق مكاسب طويلة المدى بعد ثماني جلسات من العلاج المعرفي القائم على اليقظة، مشيرة إلى دور التنشيط السلوكي وتنظيم الانفعالات في استقرار النتائج. بالمقابل كشفت دراستنا عدم تسجيل فروق بين التقييم البعدي والتبقي، مما يشير إلى كفاية فترة تتراوح بين 8 إلى 12 أسبوعاً لترسيخ المهارات لدى المشاركين، ولكن تتطلب بعض الحالات ترتيباً مخصصاً للجلسات يتضمن التركيز على مهارات التقبل أو دعم إضافي لإعادة البناء المعرفي. يدعم بحث (2024) Nejadi et al هذا التوجه، موضحاً أن تقديم استراتيجيات التقبل في وقت مبكر يعزز استجابة المتابعين للتدخلات المعرفية اللاحقة.

تتيح هذه النتائج على المستوى التطبيقي إمكانية هيكلة الجلسات العلاجية لدمج تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام بفاعلية، فقد أكدت دراسة العيوني والنقد (2021) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي، مبينة تأثير العوامل الديموغرافية كالجنس والحالة الاجتماعية على الاستجابة للعلاج. وتبرز أهمية استراتيجيات التقبل في إدارة الأعراض المصاحبة للمشكلات الصحية المزمنة كالآلام والإجهاد (Irandoost, 2015). كما تؤكد نتائج التحسن في المجالين النفسي والجسدي في دراستنا أهمية تبني إطار علاجي مرن يجمع بين أساليب التقبل والتدخلات المعرفية والسلوكية المناسبة.

استناداً إلى ما سبق ذكره، نقترح بنية جلسة تكاملية منظمة تهدف لتحقيق أقصى فعالية علاجية. تبدأ الجلسة بتمرين للتقبل واليقظة يستغرق 5-10 دقائق، مثل التنفس الموجه أو التأمل في استشعار أحاسيس

الجسد، بهدف تعزيز الوعي باللحظة الراهنة. ينتقل المعالج بعدها لمراجعة سريعة تستغرق 10-15 دقيقة للمحتوى السابق والواجب المنزلي، تتضمن متابعة التقدم والصعوبات، مع تشجيع دمج استراتيجيات التقبل في الأنشطة اليومية.

يتألف محور الجلسة من قسمين علاجيين رئيسيين. يركز القسم الأول لمدة 15-20 دقيقة على إعادة البناء المعرفي أو توضيح القيم، حيث يتم تحديد أنماط التفكير غير التكيفية وإعادة صياغتها، مع استكشاف القيم الشخصية. يخصص القسم الثاني 15-20 دقيقة للتنشيط السلوكي وتمارين فك الاندماج، متضمناً وضع خطط للعمل المتوافق مع القيم، ومعالجة الحديث الذاتي السلبي. تحتتم الجلسة بمراجعة سريعة تستغرق 5-10 دقائق مع تحديد واجب منزلي يعزز الدمج بين استراتيجيات التقبل واليقظة والتنشيط السلوكي.

تتوافق هذه البنية مع ما أكدته العبدسة (2021) حول العلاقة بين الانتظام في أداء الواجب المنزلي والنتائج طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي. يساهم إدراج عناصر اليقظة المشابهة لتلك المستخدمة في العلاج المعرفي القائم على اليقظة (Shalikari et al., 2022؛ Seidi et al., 2017) في دمج مبادئ الموجة الثانية والثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية ضمن إطار علاجي متكامل.

تتطلب مدة التدخل العلاجي مراعاة ظروف واحتياجات كل مفحوص، بحيث سجلت دراستنا تحسناً خلال 8 إلى 12 جلسة، متوافقة مع بروتوكولات بحثية سابقة (Bohlmeijer et al., 2011؛ Tamannaei Far et al., 2016)، ويمكن تعديل مدة العلاج تبعاً لشدة الأعراض الاكتئابية والاضطرابات المصاحبة. تتطلب حالات الاكتئاب الشديد أو الظروف الطبية المعقدة تمديد العلاج إلى 16-20 جلسة، مع جلسات متابعة لتعزيز المكاسب العلاجية. تستفيد الحالات الأخف المصحوبة بدافعية قوية من تدخل أقصر من ناحية المدة الزمنية، وتمثل التدخلات الجماعية خياراً فعالاً في المراكز الصحية المجاورة محدودة الموارد، فقد أظهر بحث (Bunyathikan et al (2020) فوائد دمج العلاج بالتقبل والالتزام مع العلاج المرتكز على التعاطف في السياق الجماعي لتعزيز تنظيم الانفعالات. يساهم هذا النوع من التدخل في تجاوز معوقات الوصول للعلاج مع الحفاظ على مستوى فعالية مناسب.

تعد المتابعة طويلة المدى عنصراً أساسياً لتقييم استمرارية النتائج العلاجية، استناداً إلى العديد من الدراسات (العبدسة، 2021؛ A-Tjak et al., 2021) إذ أظهرت نتائج دراستنا استمرار التحسن، حيث لم تسجل فروق بين التقييم البعدي والتبقي، وتشير أحجام التأثير القوية خلال المتابعة إلى استيعاب المشاركين لمهارات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام، مما مكنهم من إدارة الضغوط والأفكار السلبية باستقلالية.

تدعم نتائج (Walser et al (2015) هذا التوجه، مؤكدة دور التقبل الخبراتي في الوقاية من الانتكاس عبر تنمية طرق تكيفية للتعامل مع الأفكار المزعجة، كما ساهمت مهارات إعادة البناء المعرفي المكتسبة من العلاج

المعرفي السلوكي مع قدرات التقبل في تحقيق استقرار أفضل في تنظيم انفعالات المشاركين، مما يقلل احتمالية عودة الاكتئاب لمستويات مرتفعة.

تتعدد العوامل التي تدعم استمرار التحسن على المدى الطويل في هذه الدراسة، فعلى المستوى الفردي برز تطور شعور المشاركين بالفعالية الذاتية في إدارة انفعالاتهم، إضافة إلى استمرار ممارستهم لتقنيات التقبل والعمل وفق القيم التي يؤكد عليها العلاج بالتقبل والالتزام والمكتسبات، وقد أشار Walser et al 2015 إلى أهمية توظيف المبادئ القيمة في الحفاظ على التقدم العلاجي، حيث تعمل كمرجع سلوكي يوجه ممارسات الحياة اليومية. كما أوضح Bohlmeijer et al 2011 دور تدريبات اليقظة في تطوير الوعي ما فوق المعرفي، مما يسهم في تقليل الاستجابة التلقائية للأفكار المزعجة.

على المستوى البيئي، يلعب الدعم الأسري والمهني دوراً مساعداً في ترسيخ المكاسب العلاجية، وعلى الرغم من إشارة العيوني والنقد (2021) إلى أهمية دراسة تأثير المتغيرات الديموغرافية كالوضع الاجتماعي على نتائج التدخل العلاجي، إلا أن الدراسة الحالية لم تتضمن تحليلاً لهذه العوامل نظراً لمحدودية حجم العينة، مع ذلك يبقى توفر البيئة الداعمة عاملاً مهماً في الحفاظ على التقدم العلاجي، مما يستدعي دراسته بشكل منهجي في البحوث المستقبلية.

تشير النتائج الحديثة إلى تطور آليات جديدة لمنع الانتكاس في علاجات الاكتئاب. فبينما يركز العلاج المعرفي السلوكي التقليدي على الكشف المبكر عن مظاهر ومؤشرات الانتكاس وتفعيل مهارات المواجهة (Beck et al., 1979)، يتميز العلاج بالتقبل والالتزام بتأكيد على الممارسة المستمرة لمبدأ التقبل والعمل وفق القيم، معتبراً الاضطراب النفسي جزءاً من التجربة الإنسانية لا أزمة تتطلب المقاومة، وقد أتاح دمج المقاربتين في الدراسة الحالية للمشاركين بناء منظومة وقائية متكاملة تجمع بين الرصد المعرفي المبكر والمرونة القائمة على التقبل.

تؤكد نتائج الدراسة الحالية أهمية تقديم الدعم المرحلي بعد انتهاء البرنامج العلاجي من خلال جلسات تعزيزية أو مواعيد متابعة، وهو ما يتفق مع ما توصل إليه العبدسة (2021)، وتتيح هذه الجلسات للمختصين فرصة إعادة ترسيخ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الأساسية، كالتسجيل اليومي للأفكار والمراجعة المعرفية، إلى جانب استراتيجيات التقبل واليقظة من العلاج بالتقبل والالتزام، كما يساعد هذا النهج في الكشف المبكر عن علامات الانتكاس والحد من تطورها.

يدعم حجم التأثير الكبير المسجل في هذه الدراسة فعالية التكامل بين استراتيجيات التقبل وإعادة البناء المعرفي، حيث يتيح هذا المزيج للمشاركين الحفاظ على اتصال مستمر بتفكيرهم الذاتي وإدراكهم لقيمهم بعد انتهاء فترة العلاج الرسمي، وفي ضوء هذه النتائج الواعدة، تفتح التطورات الحديثة في مجال الصحة النفسية آفاقاً جديدة

لدمج هذه الاستراتيجيات العلاجية في تطبيقات يمكنها أن تساهم في تعزيز استمرارية المكاسب العلاجية وتوسيع نطاق الوصول إلى الخدمات العلاجية.

يكشف أثر الأسلوب التكاملي عن فعالية الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام في تحقيق تغيير علاجي، فعلى المستوى التطبيقي يجمع هذا النهج بين مواجهة الأفكار المختلفة وظيفياً وتعديل علاقة الأفراد بخبراتهم الداخلية، فيبدأ المشاركون بتحديد وتعديل الأنماط الفكرية السلبية من خلال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي بالتوازي مع تطوير موقف أكثر تقبلاً لخبراتهم عبر ممارسات العلاج بالتقبل والالتزام، وقد أشار (2015) Walser et al إلى أن هذا التكامل يسهل تشكل أنماط معرفية أكثر تكيفاً، مما ينعكس على خفض حدة الأعراض وتطوير قدرات ميتا معرفية فعالة في إدارة الضغوط المستقبلية.

تنسجم نتائج دراستنا مع التوجه المتزايد نحو العلاج القائم على العمليات الذي يؤكد أهمية دمج المقاربات العلاجية المختلفة لاستهداف الآليات الأساسية المسببة للضيق النفسي ( Hayes & Hofmann, 2018)، وتشير بياناتنا إلى أن استمرار الاكتئاب ينتج عن تفاعل عوامل متعددة ومتراصة تشمل المخططات السلبية، التجنب التجريبي والأنماط السلوكية غير التكيفية.

بالمقابل تؤكد التحسنات المسجلة في هذه الدراسة إمكانية تحقيق نتائج علاجية فعالة عند التصدي المتزامن لهذه العوامل من خلال برنامج يجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام، غير أن تحقيق هذه النتائج يتطلب تخطيطاً مرناً للتدخل ومتابعة ممنهجة للتقدم العلاجي مع تسلسل استراتيجي في استهداف العمليات العلاجية المختلفة وفقاً لاحتياجات المفحوص وتطور حالته.

رغم محدودية حجم العينة المقدره بسبعة حالات، يقدم حجم التأثير المرصود في أبعاد الأعراض الاكتئابية وبالأخص الأعراض النفسية ( $d=2.93$ )، الأعراض الجسدية ( $d=2.28$ ) إضافة إلى الدرجة الكلية للاكتئاب ( $d=3.13$ )، بين مرحلتي ما قبل العلاج وما بعده أساساً يدعم إجراء أبحاث مستقبلية، وتحتاج الدراسات اللاحقة لتصميمات عشوائية محكمة مع عينات أكبر وفترات متابعة تمتد لسنة أو أكثر لفحص أنماط الانتكاس بدقة. يبرز كذلك أهمية إدراج مقاييس لتتبع العمليات العلاجية مثل المرونة النفسية، الاندماج المعرفي، أنماط الاجترار لتحديد الآليات الدقيقة للتغيير العلاجي، وتتطلب البحوث المستقبلية دراسة التعديلات الثقافية وتطبيقات المعالجة عن بعد استجابة للطلب المتزايد على خدمات الصحة النفسية القابلة للتطوير والوصول (Samaan et al., 2020).

تشير نتائج الدراسة على المستوى العيادي إلى فائدة دمج استراتيجيات التقبل في بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي المطبقة سواء في العيادات الخاصة أو مراكز الرعاية الصحية العامة، ويظهر هذا الأسلوب العلاجي التكاملي فعالية خاصة مع الحالات التي تعاني من مزيج من الاضطرابات المعرفية-الانفعالية والأعراض الجسدية،

ونظراً للتحسن البارز في الأعراض الجسدية الذي أظهرته نتائج الدراسة، تبرز أهمية هذا النهج للمصابين بالألم المزمن أو الأمراض العضوية المصاحبة للاكتئاب، وتساعد تقنيات التقبل المستمدة من العلاج بالتقبل والالتزام في إعادة تشكيل علاقة المرضى بالمعاناة الجسمية، بينما تدعم أنشطة التنشيط السلوكي من العلاج المعرفي السلوكي المشاركة الفعالة في الحياة اليومية، مع تحسين الحالة المزاجية وتعزيز الشعور بالفعالية الذاتية.

تستدعي الدراسات المتوفرة في هذا المجال، بما فيها دراستنا، الإشارة إلى بعض القيود المنهجية التي تؤثر في تفسير النتائج، فمن جهة يشكل الاعتماد على عينات محدودة الحجم أو تصميمات شبه تجريبية تحدياً يجد من إمكانية تعميم النتائج على مجتمعات أوسع ( Asgharipour et al., 2012; Tamannaei Far et al., 2016). ومن جهة أخرى تظهر عدة عوامل متداخلة قد تؤثر في النتائج، مثل استخدام الأدوية المتزامن مع العلاج النفسي، ووجود اضطرابات القلق المصاحبة، وتفاوت خبرة المعالجين. على الرغم من أن هذه التحديات لا تقلل من القيمة العلمية للنتائج المتحصل عليها، إلا أنها تؤكد ضرورة إجراء دراسات أكثر شمولية تأخذ بعين الاعتبار تجارب العيادية للمشاركين، مع اعتماد مقاييس موثوقة لقياس الالتزام بالبرنامج العلاجي، وتوفير تدريب موحد للمعالجين المشاركين.

تؤكد الأدلة المتراكمة فعالية دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام في علاج الاكتئاب، باعتباره يستهدف أنماط التفكير غير التكيفية والنزعات التجنبية معاً، ويتيح هذا التكامل للمعالجين تقديم تدخلات تجمع بين سرعة تخفيف الأعراض واستمرار النتائج العلاجية على المدى البعيد، حيث تظهر فروق محدودة بين مرحلة انتهاء العلاج ومرحلة المتابعة، هذه المعطيات تشير إلى دور النماذج العلاجية التكاملية في بناء رابط بين توجهات الموجة الثانية والموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية، مما يدفع المجال نحو أساليب أعمق تأثيراً في التعامل مع الاكتئاب.

تعكس هذه النتائج تحولاً متزايداً في مجال العلاج النفسي من اتباع نمط علاجي واحد إلى تبني مقاربات مرنة تركز على التوازن بين احتياجات المفحوص وامكاناته، وهذا مع بقاء العلاج المعرفي السلوكي إطاراً أساسياً مدعوماً بالأدلة. لقد لاحظنا أن إدراج عناصر الموجة الثالثة من العلاج بالتقبل والالتزام يعزز فعالية الأساليب العلاجية الكلاسيكية، ويشير استمرار توثيق المكاسب إلى القياس التبعي وقوة حجم الأثر المرصود إلى أهمية مواصلة البحث في المقاربات التكاملية، على أن يتخذ مستقبل علاج الاكتئاب مساراً أكثر مرونة، يمزج بين تقنيات إعادة البناء المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي والتركيز على التقبل التجريبي في العلاج بالتقبل والالتزام، مقدماً إطاراً علاجياً يحقق تخفيفاً مباشراً للأعراض مع تعزيز الصحة النفسية على المدى الطويل.

# خاتمة

## خاتمة:

تكشف هذه الدراسة عن فاعلية برنامج علاجي تكامليّ يمزج بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من الموجة الثانية، والعلاج بالقبول والالتزام (ACT) من الموجة الثالثة، في الحدّ من شدة الاكتئاب وأعراضه النفسية والجسدية. وقد اتسمت نتائج البحث بارتفاع واضح في نسب التحسّن لدى المشاركين، مع أحجام تأثير كبيرة في جوانب عدّة، أبرزها الانخفاض الملحوظ في المزاج المكتئب والانعزال الاجتماعي، والتخفيف من الإرهاق والآلام البدنية، فضلاً عن زيادة قدرة الأفراد على التنظيم الانفعالي واستعادة التفاعل الإيجابي مع محيطهم.

لقد أظهرت البيانات أن دمج مكوّنات العلاج المعرفي السلوكي مثل إعادة البناء المعرفي والتنشيط السلوكي مع الآليات المحورية في العلاج بالقبول والالتزام وإزالة الاندماج وتوضيح القيم، يولّد أثرًا تآزرًا يركّز على استهداف العوامل النفسية والفسيوولوجية المرتبطة بالاكتئاب على حدّ سواء. ويدعم هذا التمازج النظرة العصرية إلى الاضطرابات النفسية بوصفها حصيلة تفاعل معقّد بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكياته، جنبًا إلى جنب مع استراتيجيات التجنّب أو الاجترار. وبذلك، تجمع المقاربة التكاملية بين التعديلات السريعة لأنماط التفكير السلبي التي تميّز العلاج المعرفي السلوكي، والدعم الذي يقدمه العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدّة التعلّق بالأفكار والمشاعر والتعايش البنّاء معها.

انطلاقًا من ذلك، تكتسب هذه النتائج قيمة علمية وسريية مهمّة؛ إذ تبين إمكانية توظيف بروتوكول تكامليّ يراعي السياقات المتباينة للمشاركين، سواء من ناحية شدة الأعراض الاكتئابية أو وجود آلام وأعراض جسدية مرافقة. كما تفيد في تطوير برامج علاجية مرنة ومتعدّدة المكوّنات لمواجهة أشكال مختلفة من الاكتئاب، بما يحقّق تخفيفًا سريعًا ومستدامًا للأعراض على المدى البعيد. ومع أن عدد المشاركين في هذه الدراسة كان محدودًا، فإن أحجام التأثير الكبيرة تدعم التوجّه إلى إجراء أبحاث أوسع نطاقًا، بتصاميم عشوائية محكمة وعينات أكبر، لاستكشاف العوامل الوسيطة والعمليات العلاجية بمزيدٍ من العمق، بما في ذلك آليات المرونة النفسية والقبول الخبراتي.

وتتضح أهمية هذه النتائج على المستويين الوقائيّ والعلاجيّ؛ إذ يمكن للمؤسسات الصحية والممارسين العياديين تبني إستراتيجيات الدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالقبول والالتزام في المسارات العلاجية الموجهة للأفراد المصابين بالاكتئاب، خاصةً من ترافق أعراضهم النفسية بشكاوى جسدية. كذلك يمكن استثمار هذه المقاربة في التدريب المكثّف للمعالجين النفسيين؛ لتوحيد إطار علاجي يجمع بين مهارات التعامل مع التشوّحات المعرفية من جهة، وتحفيز الوعي والقبول الواعي من جهة أخرى.

## خاتمة

تُسلط هذه الدراسة الضوء على إمكانية تطوير علاجات أكثر تكاملاً لمواجهة أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وتعقيداً من خلال الجمع بين نقطتين جوهريتين: إعادة الهيكلة المعرفية النشطة التي تُتميز العلاج المعرفي السلوكي، وتعزيز المرونة النفسية القائمة على القبول في العلاج بالقبول والالتزام.

في ضوء ما رُصد من مكاسب واضحة واستمرارية في التقدّم بعد انتهاء البرنامج العلاجي، يتّضح أن الاستثمار في نماذج تكاملية كهذه يمثل خطوة هامة نحو رفع فعالية العلاج النفسي وتقليل معدلات الانتكاس، وصولاً إلى تحسين جودة الحياة والرفاه النفسي لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب.

### التوصيات والمقترحات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية والتي أظهرت فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح الذي يدمج بين الموجة الثانية والموجة الثالثة في التخفيف من أعراض الاكتئاب، تقدم هذه الدراسة مجموعة من التوصيات والمقترحات موجهة إلى مختلف الجهات المعنية والباحثين المستقبليين.

- توصي الدراسة بضرورة تبني المراكز الصحية النفسية والعيادات الإكلينيكية للبرنامج العلاجي المدمج الذي يجمع بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التقليدي وتدخلات الموجة الثالثة. هذا الدمج يوفر مقارنة علاجية شاملة تتعامل مع الأعراض المعرفية والسلوكية للاكتئاب من جهة، وتعزز مهارات التقبل واليقظة الذهنية من جهة أخرى، مما يحقق نتائج علاجية أكثر استدامة.
- تؤكد الدراسة على أهمية تطوير برامج تدريبية متخصصة للمعالجين النفسيين تركز على إتقان تقنيات كلا الموجتين العلاجيتين وكيفية دمجهما بشكل فعال. يجب أن تتضمن هذه البرامج التدريبية جوانب نظرية وعملية، مع التركيز على تطوير مهارات التقييم والتشخيص والتدخل العلاجي المتكامل.
- توصي الدراسة بتطوير بروتوكولات علاجية موحدة ومعيارية للبرنامج المدمج، تتضمن دليل المعالج ودليل المريض ومواد تدريبية مساعدة. هذه البروتوكولات ستضمن جودة التطبيق واتساقه عبر مختلف المؤسسات العلاجية والمعالجين.
- تقترح الدراسة ضرورة إدراج هذا النهج العلاجي المدمج ضمن الخطط والاستراتيجيات الوطنية للصحة النفسية، وتوفير الدعم المالي والتقني اللازم لتطبيقه على نطاق واسع في المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة.

## خاتمة

- توصي الدراسة بإجراء بحوث متابعة طويلة المدى لفحص استدامة التحسن العلاجي المحقق من خلال البرنامج المدمج. من المهم متابعة المشاركين لفترات تمتد إلى سنة أو أكثر لتقييم معدلات الانتكاس ومدى الحفاظ على المكاسب العلاجية المحققة.
- تقترح الدراسة إجراء بحوث مقارنة تتضمن مجموعات متعددة تشمل: المجموعة التي تتلقى العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، والمجموعة التي تتلقى تدخلات الموجة الثالثة فقط، والمجموعة التي تتلقى البرنامج المدمج، والمجموعة الضابطة. هذا التصميم سيوفر فهماً أعمق لمساهمة كل مكون في الفعالية الإجمالية للبرنامج.
- توصي الدراسة بإجراء بحوث تركز على فهم الآليات النفسية والعصبية الكامنة وراء فعالية البرنامج المدمج. استخدام تقنيات التصوير العصبي والمقاييس النفسية المتخصصة سيساعد في فهم كيفية تفاعل تقنيات الموجتين العلاجيتين لتحقيق التحسن العلاجي.
- تقترح الدراسة تطبيق البرنامج على عينات متنوعة من حيث العمر والجنس والخلفية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، وكذلك على حالات اكتئاب مختلفة الشدة ومصاحبة لاضطرابات نفسية أخرى. هذا سيوفر أدلة على قابلية تعميم النتائج وفعالية البرنامج عبر مجموعات سكانية متنوعة.
- تقترح الدراسة تطوير تطبيقات للهواتف الذكية تتضمن مكونات البرنامج العلاجي المدمج، مثل تمارين اليقظة الذهنية، وأدوات مراقبة المزاج، وتقنيات إعادة البناء المعرفي. هذه التطبيقات ستعزز إمكانية الوصول للعلاج وتوفر دعماً مستمراً للمرضى.
- توصي الدراسة بتطوير منصات رقمية متخصصة لتقديم البرنامج العلاجي المدمج عن بُعد، خاصة في ظل الظروف الاستثنائية والحاجة المتزايدة للخدمات النفسية عن بُعد. هذه المنصات يجب أن تضمن الخصوصية والأمان وسهولة الاستخدام.
- تقترح الدراسة تطوير أدوات تقييم رقمية تفاعلية تسمح بمراقبة التقدم العلاجي في الوقت الفعلي، وتوفير تغذية راجعة فورية للمعالج والمريض. هذه الأدوات ستعزز من دقة التقييم وتسهل عملية متابعة التحسن العلاجي.
- توصي الدراسة بضرورة إدراج البرنامج العلاجي المدمج ضمن الخدمات المغطاة بأنظمة التأمين الصحي، مما يضمن إمكانية الوصول إليه لشرائح أوسع من المجتمع دون حواجز مالية.

## خاتمة

- تقترح الدراسة وضع معايير واضحة لاعتماد المعالجين المؤهلين لتطبيق البرنامج المدمج، وتطوير نظام شهادات مهنية متخصصة يضمن جودة الخدمة المقدمة.
  - توصي الدراسة بزيادة الاستثمار في البحوث المتعلقة بالصحة النفسية، وتوفير منح بحثية متخصصة لتطوير وتقييم التدخلات العلاجية المبتكرة في مجال علاج الاكتئاب.
  - تقترح الدراسة إدراج محتوى البرنامج العلاجي المدمج ضمن المناهج الأكاديمية لبرامج علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي، مع التركيز على الجوانب النظرية والتطبيقية للتكامل بين الموجتين العلاجيتين.
  - توصي الدراسة بتطوير برامج تدريب عملي متخصصة في المؤسسات الأكاديمية والصحية، تتيح للطلاب والمتدربين الفرصة لممارسة تطبيق البرنامج تحت إشراف متخصصين مؤهلين.
  - تقترح الدراسة إنشاء مراكز تميز بحثي متخصصة في العلاج المعرفي السلوكي المتكامل، تعمل على تطوير البحوث والتدريب والممارسة في هذا المجال، وتكون بمثابة مراجع علمية ومهنية.
- إن النتائج الإيجابية التي حققها البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المدمج في هذه الدراسة تفتح آفاقاً واسعة للتطبيق والتطوير والبحث المستقبلي. تنفيذ هذه التوصيات سيساهم في تحسين جودة الرعاية النفسية المقدمة لمرضى الاكتئاب، وسيعزز من فهمنا العلمي لآليات العلاج النفسي المتكامل. كما أن التطبيق الواسع لهذا النهج العلاجي سيساهم في تقليل العبء الاجتماعي والاقتصادي للاكتئاب، وسيحسن من نوعية الحياة للمصابين بهذا الاضطراب وأسرهم.
- من المهم أن تكون هذه التوصيات موضع تنفيذ تدريجي ومنسق بين مختلف الجهات المعنية، مع ضرورة المتابعة والتقييم المستمر لضمان تحقيق الأهداف المرجوة وتطوير النهج بناءً على الأدلة العلمية الجديدة والخبرات العملية المكتسبة.
- تأتي هذه الدراسة في إطار الجهود العلمية لتطوير التدخلات العلاجية النفسية وتحسين فعاليتها في علاج والتخفيف من الاكتئاب، وهو أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً وتأثيراً على الصحة النفسية والجسدية للأفراد. لقد سعت هذه الأطروحة إلى استكشاف إمكانيات دمج تقنيات الموجة الثانية والموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، بهدف زيادة الاستفادة من نقاط القوة في كلا النهجين العلاجين.
- أظهرت نتائج هذه الدراسة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح الذي يدمج بين تقنيات الموجة الثانية والموجة الثالثة في التخفيف من أعراض الاكتئاب. فقد حقق المشاركون في البرنامج تحسناً واضحاً وذا دلالة

## خاتمة

إحصائية في درجات مقياس بيك للاكتئاب، حيث انخفضت شدة الأعراض الاكتئابية بشكل كبير من القياس القبلي إلى القياس البعدي، واستمر هذا التحسن في القياس التبعي، مما يشير إلى استمرارية أثر البرنامج العلاجي.

إن هذه النتائج تعكس قوة النهج التكاملي الذي تبنته الدراسة، حيث ساهمت التقنيات المعرفية السلوكية التقليدية مثل إعادة البناء المعرفي وجدولة الأنشطة في تعديل الأفكار السلبية والسلوكيات المضطربة المرتبطة بالاكتئاب، بينما أضافت تقنيات الموجة الثالثة مثل اليقظة الذهنية والتقبل والالتزام والتنشيط السلوكي بُعداً جديداً يركز على تطوير علاقة صحية مع الأفكار والمشاعر الصعبة بدلاً من محاولة تجنبها أو السيطرة عليها.

تفتح نتائج هذه الدراسة آفاقاً واسعة للبحث والتطوير المستقبلي في مجال العلاج النفسي. فمن ناحية، تدعو الحاجة إلى إجراء دراسات طويلة المدى لفحص استمرارية التحسن العلاجي وتقييم معدلات الانتكاس على المدى الطويل. ومن ناحية أخرى، يمكن استكشاف تطبيق هذا النهج التكاملي على اضطرابات نفسية أخرى مثل اضطرابات القلق واضطراب ما بعد الصدمة، مما قد يوسع من نطاق الاستفادة من هذا النموذج العلاجي.

كما تتيح التطورات التكنولوجية الحديثة فرصاً جديدة لتطوير أدوات رقمية مساندة للبرنامج العلاجي، مثل التطبيقات الذكية والمنصات الإلكترونية التي يمكنها تعزيز إمكانية الوصول للعلاج وتوفير دعم مستمر للمرضى خارج جلسات العلاج التقليدية.

في ختام هذه الرحلة البحثية، تحمل نتائج هذه الدراسة رسالة أمل قوية لجميع الذين يعانون من الاكتئاب أو يواجهون تحديات الصحة النفسية. فالعلم يتقدم باستمرار، والتدخلات العلاجية تصبح أكثر دقة وفعالية، والفهم النظري للاضطرابات النفسية يتطور ويصير أكثر عمقاً. هذا التقدم المستمر يفتح أبواباً جديدة للشفاء والتعافي ويقدم خيارات علاجية متنوعة تناسب احتياجات وظروف كل فرد.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

### 1. قائمة المراجع باللغة العربية

- بانيك، ف.، و غاشويد، ن. (2022). العلاج المعرفي السلوكي الإيجابي (س. ب. ص. ص. العرجان، ور. ب. ج. عبد الرزاق، ترجمة). دار الفكر.
- بلان، ك. ي. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط.1). دار الإعصار العلمي.
- بينيت، ر.، وأوليفر، ج. (2021). العلاج بالقبول والالتزام (ص. س. ع.، ترجمة). مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجبوري، ع. م. ك. (2016). تعديل السلوك (ط.1). الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
- الجمعية، ع. (2021). التنشيط السلوكي دليل عملي.
- جونسون، ش.، كرينج، أ.، نيل، ج.، ودافيسون، ج. (2017). علم النفس المرضي (ه. أ. الحويلة، ف. سلامة، ... ن. الحمدان، ترجمة). مكتبة الأنجلو المصرية.
- حسن منال مصطفى عثمان 2023، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي بالقبول والالتزام في خفض درجة القلق والاكتئاب النفسي وتنمية الصمود النفسي لدى عينه من متعاطي المواد النفسية، مجلة بحوث الشرق الأوسط.
- خطاطبة ي، 2021، فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، مجلة الدراسات التربوية والنفسية-جامعة السلطان قابوس المجلد 15 العدد1.
- زوريتا، ب. (2022). العلاج بالقبول والالتزام لاضطراب الشخصية الحدية (س. ب. ص. ص. العرجان، وت. شواش، ترجمة). دار الفكر.
- زوريق غنية، بلميهوب كلثوم 2018، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات، العدد 15، 64-75.
- السعود أسماء محمد 2022، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، مجلة العلوم التربوية والنفسية المجلد (6) العدد (10) - 161 - 188.

## قائمة المراجع

- الصبيوه، م. ن. أ. (2019). دليل عملي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الطراونة حسين مد الله، الداهري صالح حسن 2017، فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض اضطراب الاكتئاب النفسي لدى عينة من المرضى النفسيين المراجعين للعيادات النفسية في الخدمات الطبية الملكية، مجلة أبحاث الذكاء 1-36.
- العاسمي، ر. ن. (2015). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة (ط.1). دار الإعصار العلمي.
- عاشور، ث. (2018). الاكتئاب (أسبابه، أعراضه، أنواعه، طرق علاجه) (ط.1). دار الخليج للصحافة والنشر.
- العبادسة أنور عبد العزيز 2021، فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المترددين على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث والدراسات التربوية والتربوية المجلد (12) العدد (34).
- عبد المعطي، ح.، عواد، ع. ن.، وشاش، س. م. (2013). تعديل السلوك (دليل عملي وعملي للآباء والمربين والعاملين مع الأشخاص العاجين وذوي الاحتياجات الخاصة).
- عطا الله م خ 2021، العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج دونالد ميكنباوم (المفهوم المبادئ الأساسية، الفنيات) كلية التربية - جامعة المنيا، مجلة البحث في التربية وعلم النفس المجلد 36 العدد 1 الجزء 1.
- عطية م إ 2024، كفاءة التحالف القائم على العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى الاكتئاب، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي - المجلد 12 - العدد (2) - 235-266.
- غربي، ب. أ. (2018). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط والاكتئاب لدى مرضى الربو [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.
- فايد، ح. (2008). العلاج النفسي أصوله-تطبيقاته-أخلاقياته (ط.1). مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

## قائمة المراجع

- الفسفوس، ع. أ. (2011). المرجع البسيط في أساليب تعديل السلوك (ط.1).
- قاصب، ب. (2021). المرشد في العلاج بالتقبل والالتزام. دار ومضة.
- الكشر فاطمة بنت محمد بن حسن، الشرجبي اخلاص عبد الرقيب سلام 2023، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى مراجعات العيادة النفسية لمستشفى الإرادة للصحة النفسية بمنطقة جازان، مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - المجلد (32) العدد (59)
- الكشر فاطمة بنت محمد بن حسن، الشرجبي اخلاص عبد الرقيب سلام 2023، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى مراجعات العيادة النفسية لمستشفى الإرادة للصحة النفسية
- كنز ن م 2014، الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة كليات التربية العدد الأول.
- لينهان، م. (2020). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي: الأدلة وأوراق العمل (ط.1) (س. ص. العرجان، وت. إ. شواش، ترجمة). دار الفكر.
- ليهى، ر. (2006). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية: دليل عملي تفصيلي (ط.1) (ج. يوسف، وم. ن. الصبوة، ترجمة). إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- مجاور ع 2023، فاعلية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين دراسة حالة، مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية.
- مشاشو، ق. (2018). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية السلوك الصحي لدى المدخن [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة باتنة 1
- مكاي، م.، جرينبرج، م. ج.، وفانينج، ب. (2022). العلاج بالتقبل والالتزام للاكتئاب والخزي (دليل عملي) (أ. ز. ع. ج. خليفة، ترجمة). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مكاي، م.، وود، ج. س.، وبرانتلي، ج. (2021). الدليل العملي لمهارات العلاج الجدلي السلوكي (أ. ز. ع. ج. خليفة، ترجمة). دار الأنجلو المصرية.
- مندوه م س 2024، فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الاكتئاب لدى المراهقين مدمني الانترنت من طلبة الجامعة، مجلة العلوم المتقدمة للصحة النفسية والتربية الخاصة.

## قائمة المراجع

- نينيا، م.، ودرایدن، و. (2019). العلاج المعرفي السلوكي 100 نقطة أساسية وتكنيك. مكتبة الأنجلو المصرية.
- هوكسيما، ن. س. (2023). [عنوان الكتاب] (ط.1) (م. ع. الشقيرات، وأ. ج. المطارنة، ترجمة). دار الفكر.
- وات، ت. (2021). اليقظة الذهنية دليلك خطوة-خطوة نحو حياة أكثر سعادة (ط.1) (س. ب. ص. العرجان، وف. ع. الشخي، ترجمة). دار الفكر.
- اليوني عبد الرازق عبد الله، نقد علي سر الختم فائزة 2021، فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، مجلة العلوم التربوية المجلد 22 (2).

## 2. قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

- 72 Spring Street, New York, NY 10012, [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- A case formulation approach, The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012, [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY PROGRAM ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, (34)2, 118-131.
- Ahmadsaraei Narges Fathi, Doost Hamid Taher Neshat, Manshaee Gholam Reza, Nadi Mohammad Ali 2017, The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression among patients with type II diabetes, Iranian Journal of Diabetes and Obesity 9 (1), 6-13.
- Alpert J, Fava M 2014, Handbook of Chronic Depression (Diagnosis and Therapeutic Management), Marcel decker New York Basel.
- American association psychiatric 2013, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™ fifth edition, American psychiatric publishing.
- Asgharipour Negar, Asgharnejad Farid Aliasghar, Arshadi Hamidreza, Sahebi Ali, 2012, A Comparative Study on the Effectiveness of Positive Psychotherapy and Group Cognitive-Behavioral Therapy for the Patients Suffering from Major Depressive Disorder, Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 6(2):33-41.
- Ashouri Ahmad, Vahid Mohammad Kazem Atef, Gharaee Banafsheh, Rasoulia Maryam 2013, and cognitive-behavioral therapy in patients with major

## قائمة المراجع

- depressive disorder Iranian journal of psychiatry and Behavioral sciences 7 (2), 24.
- A-Tjak Jacqueline, Morina Mehmedi, Topper Maurice, Emmelkamp Paul 2021, One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression, BMC Psychiatry, 21(41).
- Auerbach R, Webb C, Stewart J 2016, Cognitive Behavior Therapy for Depressed Adolescents (A Practical Guide to Management and Treatment), Routledge New York & London.
- Beck A, Alford B 2009, Depression Causes and Treatment, Second Edition, published by PENN University of Pennsylvania Press Philadelphia.
- Beck J 2011, Cognitive behavior therapy, Basics and Beyond, second edition, Published by The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc . 72Spring Street, New York, NY 10012 [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- Bohlmeijer Ernst, Fledderus Martine, Rokx TAJJ, Pieterse Marcel 2011, Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial, Behaviour research and therapy 49 (1), 62-67.
- Bond F, Dryden W 2002, Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy, John wiley & sons, LTD.
- Branch Rhena , Willson Rob 2007, Cognitive Behavioural Therapy Workbook For Dummies, Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Brand W 2016, Acceptance and Commitment Therapy For Dummies, Published by: John Wiley & Sons, Ltd., The Atrium, Southern Gate, Chichester, [www.wiley.com](http://www.wiley.com).
- Brodsky B, Stanley B 2013, The Dialectical Behavior Therapy Primer, How DBT Can Inform Clinical Practice, Wiley-blackwell a John Wiley & Sons, Ltd, Publication.
- Bunyathikan Theranart, Soonthornchaiya Rang Siman, Charernboon Thammanard 2020,
- Davoudi Mohammadreza, Taheri Amir Abbas, Foroughi Ali Akbar, Ahmadi Seyed Mojtaba, Heshmati Khatereh 2020, Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial, Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 19, 1081-1088.
- Dimidjian S, Barrera M, Martell C, Muñoz R, Lewinsohn P 2011, The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression, Annu. Rev. Clin. Psychol, 1-38. Downloaded from [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org) by Universitat Rovira I Virgili on 04/08/11. For personal use only

- Dobson K 2010, Handbook of Cognitive- Behavioral Therapies, Third Edition, The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc.
- Farrell J, Shaw I 2018, Experiencing Schema Therapy from the Inside Out a Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists, The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc 370 Seventh Avenue, Suite 1200. New York, NY 10001 [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- Farrell J, Shaw I 2018, Experiencing Schema Therapy from the Inside Out a Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists, The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc 370 Seventh Avenue, Suite 1200. New York, NY 10001 [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- Ganji Fatemeh, Yahyazadeh Jeloudar Soleyman, Javad Ranjbar Mohammad 2023, The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on reducing stress and depression symptoms of mothers of children with separation anxiety disorder, Applied Family Therapy Journal (4):249-261.
- Gilbert paul 2007, Psychotherapy and Counselling for Depression, SAGE Publications Ltd.-
- Gustafson Carissa 2019, acceptance and commitment therapy in 7 weeks.
- Hayes C, Translation by Penet C, Milleville L 2017, Passez à l'ACT, Pratique of the treatment of acceptance and engagement 2 édition, De Boeck Supérieur sa.
- Hayes S, Follette V, linehan M 2004, Mindfulness and Acceptance, Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition, The Guilford Press a Division of Guilford Publications, Inc 72 .Spring Street, New York, NY 10012, [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- Hayes S, Strosahl K 2004, A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy, Springer Science +Business Media, Inc.
- Honos-webb L 2006, listening to depression (How Understanding Your Pain Can Heal Your Life) New Harbinger Publications.
- Huffman c 2018, acceptance and commitment therapy, The Ultimate Guide to Using ACT to Treat Stress, Anxiety, Depression, OCD, and More, Including Mindfulness Exercises and a Comparison with CBT and DBT Amazon.
- Huffman craig 2018, Acceptance and commitment therapy, Amazon.
- Irandoost Foroozan 2015, The effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain related anxiety and depression in women with chronic low back pain, International Journal of Behavioral Sciences 9 (1), 1-8.
- Mafakheri Abdollah, YAMINI MKHALEGGHI, KHALEGGHI NAJME 2021, Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on the Fear of Negative Evaluation in Women with Major Depressive Disorder, published online.

- Martell C, Dimidjian S, Herman-Dunn R 2010, Behavioral Activation for Depression, a Clinician's Guide, The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc 72 .Spring Street, New York, NY 10012 [www.guilford.com](http://www.guilford.com).
- Mondimore F, Kelly J 2015, adolescent depression A Guide for Parents 2 Edition, Johns Hopkins University Press.
- Nabian Pantea 2023, The effect of cognitive-behavioral group therapy on reducing depression and anxiety in patients with mood disorders: experimental research, Annals of Medicine and Surgery 85(8):3901-3905.
- Nejati Vahid, Nozari Masoumeh, Mirzaian Bahram, Pourshahriar Hosein 2024, Comparable Efficacy of Repeated Transcranial Direct Current Stimulation, Cognitive Behavioral Therapy, and Their Combination in Improvement of Cold and Hot Cognitive Functions and Amelioration of Depressive Symptoms, The Journal of nervous and mental disease 212(52).
- Paktinatan Elham, Chinaveh Mahbobeh, Fereidooni Samad 2022, The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy with a Look at Compassion Therapy in Cognitive Positive Emotion Regulation and Happiness in Patients with Major Depressive Disorder, Applied Family Therapy Journal (3), 263-284
- Pederson L 2015, dialectical behavior therapy -a contemporary guide for practitioners, wiley Blackwell.
- Qamar Tania, Mariamdarani Chethiyar Saralah Devi, Ibrahim Nabisah 2021, Effectiveness of Intervention Based Cognitive Behavior Therapy (CBT) Module among Females with Major Depressive Disorder in Pakistan, South Asian Journal of Social Sciences and Humanities 2(6):101-113.
- Reinecke, Davison M 2002, Comparative Treatments of Depression, Springer Publishing Company.
- Samaan Mareike, Diefenbacher Albert, Schade Christoph, Dambacher Claudia, Pontow Inga-Marlen, Pakenham Kenneth, Fydrich Thomas 2020, A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders, Psychotherapy Research 31(2):1-14.
- Seidi Alimardan, Seidi Pegah, Yusif Abobaker, 2017, The effectiveness of integrating cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on major depressive disorder and suicidal thoughts: A case report with six-month follow-up Article Info, Journal of Kermanshah University of Medical Science.
- Shalikari Marzie, Mirzaian Bahram, Parhoon Hadi, Parhoon Kamal, 2022, The Effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Quality of life, Behavioral

## قائمة المراجع

- Activation, and Cognitive Emotion Regulation in Women with Insufficient Depressive Symptom Disorder, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).
- Smit Filip, Shields Laura, Petrea Ionela 2016, Preventing depression in the WHO European Region, World Health Organization.
- Smith Laura, Elliott Charles 2003, Depression For Dummies, Wiley Publishing.
- Tamanna Far Shima, Gharræ Banafsheh, Birashk Behrooz, Habibi Asgar Abad Mojtaba 2016, Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder, Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 11(4).
- Tarkhan Morteza 2017, The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women, Journal of psychological studies 13 (3), 147-164.
- Twohig M, Hayes S 2008, ACT Verbatim for Depression & Anxiety, Annotated Transcripts for Learning Acceptance & Commitment Therapy, New Harbinger Publications, Inc 5674 Shattuck Ave, Oakland, CA 94609 [www.newharbinger.com](http://www.newharbinger.com).
- Twohig M, Levin M, Ong C 2021, ACT in Steps A Transdiagnostic Manual for Learning Acceptance and Commitment Therapy, Oxford University Press.
- Walser Robyn, Garvert Donn, Karlin Bradley, Trockel Mickey, Ryu Danielle, Taylor Barr 2015, Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans, Behaviour research and therapy 74, 25-31.
- Wenzel Amy 2021, Handbook of COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY, Volume 2, Published by American Psychological Association.
- wenzel Amy, (2021), handbook of cognitive behavioral therapy, volume 1, American psychological association.
- Young J, Klosko J, Weishaar M 2003, schema therapy a Practitioner's Guide, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Zarean Mozghan, Ahadi Hasan, Jomehri Farhad, Sohrabi Faramarz 2023, Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Adjustment in Post-Abortion Women, Applied Family Therapy Journal 4(1):396-419.
- Zayfert C, Becker C 2007, Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD,
- Zettle L 2007, Act for depression, New Harbinger Publications.
- Zhao Bing, Wang Qian, Wang Liping, Chen Jie, Yin Tongtong, Zhang Jingxuan, Cheng Xiaojing, Hou Ruihua 2023, Effect of acceptance and commitment

## قائمة المراجع

therapy for depressive disorders: a meta-analysis, *Annals of General Psychiatry* 22(1).

# قائمة الملاحق

مقياس "بيك" للاكتئاب

II-Beck BDI

رقم البند	العبارات
1	<p>_لا أشعر بحزن</p> <p>_أشعر بحزن</p> <p>_أشعر بحزن طوال الوقت ولا أستطيع أن أتخلص منه</p> <p>_إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها</p>
2	<p>_لست متشائماً بالنسبة للمستقبل</p> <p>_أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل</p> <p>_أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل</p> <p>_أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن</p>
3	<p>_لا أشعر أي فاشل</p> <p>_أشعر أي فشلت أكثر من المعتاد</p> <p>_عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع</p> <p>_أشعر بأي شخص فاشل تماماً</p>
4	<p>_أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل</p> <p>_لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه</p> <p>_لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة</p> <p>_لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة</p>
5	<p>_لا أشعر بالذنب</p> <p>_أشعر بأي قد أكون مذنباً</p> <p>_أشعر شعوراً عميقاً بالذنب في أغلب الأوقات</p> <p>_أشعر بالذنب بصفة دائمة</p>
6	<p>_لا أشعر أي أتلقى عقاباً</p> <p>_أشعر بأي قد أتعرض للعقاب</p> <p>_أتوقع أن أعاقب</p> <p>_أشعر بأي أتلقى عقاباً</p>
7	<p>_لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي</p> <p>_أنا غير راضي عن نفسي</p> <p>_أنا ممتعض من نفسي</p> <p>_أكره نفسي</p>
8	<p>_لا أشعر بأي أسوأ من الآخرين</p>

## قائمة الملاحق

	<p>-أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي</p> <p>-ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي</p> <p>-ألوم نفسي على كل شيء سيء حدث</p>	
9	<p>_أشعر بضيق من الحياة</p> <p>_ ليس لي رغبة الحياة</p> <p>_أصبحت أكره الحياة</p> <p>-أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك</p>	
10	<p>-لا أبكي أكثر من المعتاد</p> <p>_أبكي الآن أكثر من ذي قبل</p> <p>-أبكي طوال الوقت</p> <p>-لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك</p>	
11	<p>-لست متوتراً أكثر من ذي قبل</p> <p>-أضيق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل</p> <p>_ أشعر بالتوتر كل الوقت</p> <p>_ لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى</p>	
12	<p>-لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين</p> <p>_أني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون</p> <p>-لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين</p> <p>-لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين</p>	
13	<p>-أخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدته تقريبا</p> <p>-لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى</p> <p>_أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به</p> <p>_لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق</p>	
14	<p>_لا اشعر أي أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون</p> <p>_يقلقني أني أبدو أكبر سنًا وأقل حيوية</p> <p>-أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية</p> <p>-أعتقد أني أبدو قبيحا</p>	
15	<p>_أستطيع أن أقوم بعلمي كما تعودت</p> <p>_أحتاج لجهود كبير لكي أبدأ في عمل شيء</p> <p>_علي أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء</p> <p>_لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق</p>	
16	<p>-أستطيع أن أنام كالمعتاد</p> <p>-لا أنام كالمعتاد</p>	

## قائمة الملاحق

<p>–أستيقظ قبل مواعدي بساعة أو بساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى –أستيقظ قبل بضع ساعات من مواعدي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى</p>	
<p>– لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد – أتعب بسرعة عن المعتاد –أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء –أني متعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل</p>	17
<p>–أن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد –أن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد –أن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن –ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر</p>	18
<p>–لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة –فقدت أكثر من كيلو جرامين من وزني –فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني –فقدت ستة كيلو جرامات من وزني هل هذا بسبب اتباعكم نظام غذائي:      _نعم      _لا</p>	19
<p>–لست منشغلا عن صحي أكثر من ذي قبل –أني مشغول ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك –أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر –أني مشغول جداً حول مشكلاتي البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في شيء آخر</p>	20
<p>–لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي بالجنس –أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد –لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً –لقد فقدت اهتمامي بالجنس كثيراً</p>	21

جامعة محمد لمين دباغين سطيف -2-

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

استمارة تحكيم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من أعراض الاكتئاب

الأستاذة المشرفة: آيت مجبر-واكلي بديعة

طالب الدكتوراه: دمارجي عبد الرحمان

اسم ولقب الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	المهنة الحالية	مكان العمل

أستاذي الكريم/ أستاذتي الكريمة/ زميلي الأخصائي النفسي:

في إطار الإعداد لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس العيادي، الموسومة بعنوان:

"فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في التخفيف من أعراض الاكتئاب"

نضع تحت تصرفكم هذا البرنامج العلاجي الذي يستند أساساً على الإطار العام للنظرية المعرفية السلوكية بموجاتها

الثلاث، الرجاء منكم تحكيم النقاط التالية:

الجزء الأول: التحكيم العام للبرنامج

إجراءات البرنامج	مناسب	غير مناسب	ملاحظات
فكرة البرنامج العامة			
محتوى البرنامج العام			
عنوان الجلسات			
ترتيب الجلسات			
عدد الجلسات			
مدة الجلسات			
التقنيات المستخدمة			



## قائمة الملاحق

مقترحات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الإمضاء

مع شكرنا الجزيل على حسن تعاونكم معنا، متمنين لكم دوام التوفيق والنجاح

قائمة الأساتذة والأخصائيين المحكمين للبرنامج العلاجي

الإمضاء	التخصص	الدرجة العلمية	المهنة	الاسم واللقب
	علم النفس الصحة	أستاذ محاضر أ	أستاذ بجامعة سطيف 2	بورجي شاكرا أمير الدين
	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر أ	أستاذ بجامعة سطيف 2	بلعربي جموعي
	علم النفس المدرسي	أستاذ محاضر أ	أستاذ بجامعة المدية	رمانة عيسى
	علم النفس العيادي	دكتوراه	أخصائي نفساني بالمديرية المركزية لطب العمل. سونلغاز	بربار محمد المهدي
	علم النفس الصحة	دكتوراه	أخصائي نفساني عيادي للصحة العمومية	حوي عمر
	علم النفس العيادي	دكتوراه	أخصائي نفساني في القطاع الخاص	عمرروش محمد
	علم النفس العيادي	طالبة دكتوراه	أخصائية نفسانية في القطاع الخاص	بن نوة رانيا
	علم النفس العيادي	طالبة دكتوراه	أخصائية نفسانية في القطاع الخاص	بلخيرات سعاد

## مخرجات البرنامج الإحصائي R

```
> get_descriptives <- function(variable, variable_name) {
+   n <- length(na.omit(variable)) # Nombre d'observations valides
+
+   if (n < 2) {
+     cat("Attention: Pas assez de données pour calculer toutes les stats pour", variable_name, "\n")
+     return(list(
+       Moyenne = mean(variable, na.rm = TRUE),
+       Mediane = median(variable, na.rm = TRUE),
+       Ecart_Type = NA,
+       Variance = NA,
+       Minimum = if(n>0) min(variable, na.rm = TRUE) else NA,
+       Maximum = if(n>0) max(variable, na.rm = TRUE) else NA,
+       Etendue = if(n>0) (max(variable, na.rm = TRUE) - min(variable, na.rm = TRUE)) else NA,
+       Skewness = NA,
+       Kurtosis_Excess = NA,
+       Erreur_Standard = NA,
+       IC_95_Inf = NA,
+       IC_95_Sup = NA,
+       N_valide = n
+     ))
+   }
+
+   moyenne <- mean(variable, na.rm = TRUE)
+   mediane <- median(variable, na.rm = TRUE)
+   ecart_type <- sd(variable, na.rm = TRUE)
+   variance <- var(variable, na.rm = TRUE)
+   minimum <- min(variable, na.rm = TRUE)
+   maximum <- max(variable, na.rm = TRUE)
+   etendue <- maximum - minimum
+
+   # Skewness et Kurtosis (Type 2 correspond à SPSS/SAS)
+   # e1071::kurtosis() calcule l'excès de kurtosis par défaut (kurtosis - 3)
+   skew <- e1071::skewness(variable, na.rm = TRUE, type = 2) # Changé de type 3 à type 2
+   kurt_excess <- e1071::kurtosis(variable, na.rm = TRUE, type = 2) # Changé de type 3 à type 2
+
+   erreur_std <- ecart_type / sqrt(n)
+
+   # Calcul de l'intervalle de confiance à 95%
+   # Valeur t critique pour un IC à 95% avec n-1 degrés de liberté
+   t_critique <- qt(0.975, df = n - 1)
+   ic_inf <- moyenne - t_critique * erreur_std
+   ic_sup <- moyenne + t_critique * erreur_std
+
+   return(list(
+     Moyenne = moyenne,
+     Mediane = mediane,
+     Ecart_Type = ecart_type,
+     Variance = variance,
+     Minimum = minimum,
+     Maximum = maximum,
+     Etendue = etendue,
+     Skewness = skew,
+     Kurtosis_Excess = kurt_excess,
+     Erreur_Standard = erreur_std,
+     IC_95_Inf = ic_inf,
+     IC_95_Sup = ic_sup,
+     N_valide = n
+   ))
+ }
> # Recalculer les statistiques pour chaque temps de mesure AVEC LA FONCTION MODIFIÉE
> stats_dep_pre <- get_descriptives(dep_pre, "Dépression Pré-Test")
```

```

> stats_dep_post <- get_descriptives(dep_post, "Dépression Post-Test")
> stats_dep_suivi <- get_descriptives(dep_suivi, "Dépression Suivi")
>
> # Recréer le tableau formaté
> tableau1_output <- data.frame(
+   Statistique = c("Moyenne", "Médiane", "Écart-Type", "Variance",
+     "Minimum", "Maximum", "Étendue", "Skewness", "Kurtosis (Excès)",
+     "Erreur Standard", "IC 95% - Inférieur", "IC 95% - Supérieur"),
+   `Pré-Test` = c(stats_dep_pre$Moyenne, stats_dep_pre$Mediane, stats_dep_pre$Ecart_Type, stats_dep_pre$Variance,
+     stats_dep_pre$Minimum, stats_dep_pre$Maximum, stats_dep_pre$Etendue,
+     stats_dep_pre$Skewness, stats_dep_pre$Kurtosis_Excess, stats_dep_pre$Erreur_Standard,
+     stats_dep_pre$IC_95_Inf, stats_dep_pre$IC_95_Sup),
+   `Post-Test` = c(stats_dep_post$Moyenne, stats_dep_post$Mediane, stats_dep_post$Ecart_Type,
+     stats_dep_post$Variance,
+     stats_dep_post$Minimum, stats_dep_post$Maximum, stats_dep_post$Etendue,
+     stats_dep_post$Skewness, stats_dep_post$Kurtosis_Excess, stats_dep_post$Erreur_Standard,
+     stats_dep_post$IC_95_Inf, stats_dep_post$IC_95_Sup),
+   `Suivi` = c(stats_dep_suivi$Moyenne, stats_dep_suivi$Mediane, stats_dep_suivi$Ecart_Type,
+     stats_dep_suivi$Variance,
+     stats_dep_suivi$Minimum, stats_dep_suivi$Maximum, stats_dep_suivi$Etendue,
+     stats_dep_suivi$Skewness, stats_dep_suivi$Kurtosis_Excess, stats_dep_suivi$Erreur_Standard,
+     stats_dep_suivi$IC_95_Inf, stats_dep_suivi$IC_95_Sup)
+ )
>
> # Afficher le tableau mis à jour
> print(tableau1_output, digits = 4, row.names = FALSE)
  Statistique Pré.Test Post.Test Suivi
  Moyenne 30.4286 5.5714 4.7143
  Médiane 30.0000 5.0000 5.0000
  Écart-Type 9.8971 3.2071 4.1918
  Variance 97.9524 10.2857 17.5714
  Minimum 19.0000 1.0000 0.0000
  Maximum 43.0000 11.0000 11.0000
  Étendue 24.0000 10.0000 11.0000
  Skewness 0.2144 0.3742 0.3565
  Kurtosis (Excès) -1.9297 0.5877 -1.0245
  Erreur Standard 3.7407 1.2122 1.5844
  IC 95% - Inférieur 21.2753 2.6053 0.8375
  IC 95% - Supérieur 39.5819 8.5375 8.5911
>
> cat("\nN (nombre de participants valides) pour tous les groupes:", stats_dep_pre$N_valide, "\n")

```

N (nombre de participants valides) pour tous les groupes: 7

```

> get_descriptives <- fonction(variable, variable_name) {
+   n <- length(na.omit(variable)) # Nombre d'observations valides
+
+   if (n < 2) {
+     cat("Attention: Pas assez de données pour calculer toutes les stats pour", variable_name, "\n")
+     return(list(
+       Moyenne = mean(variable, na.rm = TRUE),
+       Mediane = median(variable, na.rm = TRUE),
+       Ecart_Type = NA,
+       Variance = NA,
+       Minimum = if(n>0) min(variable, na.rm = TRUE) else NA,
+       Maximum = if(n>0) max(variable, na.rm = TRUE) else NA,
+       Etendue = if(n>0) (max(variable, na.rm = TRUE) - min(variable, na.rm = TRUE)) else NA,
+       Skewness = NA,
+       Kurtosis_Excess = NA,
+       Erreur_Standard = NA,
+       IC_95_Inf = NA,
+       IC_95_Sup = NA,
+       N_valide = n

```

```

+   ))
+ }
+
+ moyenne <- mean(variable, na.rm = TRUE)
+ mediane <- median(variable, na.rm = TRUE)
+ ecart_type <- sd(variable, na.rm = TRUE)
+ variance <- var(variable, na.rm = TRUE)
+ minimum <- min(variable, na.rm = TRUE)
+ maximum <- max(variable, na.rm = TRUE)
+ etendue <- maximum - minimum
+
+ # Skewness et Kurtosis (Type 1)
+ skew <- e1071::skewness(variable, na.rm = TRUE, type = 1) # Changé à type 1
+ kurt_excess <- e1071::kurtosis(variable, na.rm = TRUE, type = 1) # Changé à type 1
+
+ erreur_std <- ecart_type / sqrt(n)
+
+ t_critique <- qt(0.975, df = n - 1)
+ ic_inf <- moyenne - t_critique * erreur_std
+ ic_sup <- moyenne + t_critique * erreur_std
+
+ return(list(
+   Moyenne = moyenne,
+   Mediane = mediane,
+   Ecart_Type = ecart_type,
+   Variance = variance,
+   Minimum = minimum,
+   Maximum = maximum,
+   Etendue = etendue,
+   Skewness = skew,
+   Kurtosis_Excess = kurt_excess,
+   Erreur_Standard = erreur_std,
+   IC_95_Inf = ic_inf,
+   IC_95_Sup = ic_sup,
+   N_valide = n
+ ))
+ }
+ # Recalculer les statistiques pour chaque temps de mesure AVEC LA FONCTION MODIFIÉE
+ stats_dep_pre <- get_descriptives(dep_pre, "Dépression Pré-Test")
+ stats_dep_post <- get_descriptives(dep_post, "Dépression Post-Test")
+ stats_dep_suivi <- get_descriptives(dep_suivi, "Dépression Suivi")
+
+ # Recréer le tableau formaté
+ tableau1_output <- data.frame(
+   Statistique = c("Moyenne", "Médiane", "Écart-Type", "Variance",
+     "Minimum", "Maximum", "Étendue", "Skewness", "Kurtosis (Excès)",
+     "Erreur Standard", "IC 95% - Inférieur", "IC 95% - Supérieur"),
+   `Pré-Test` = c(stats_dep_pre$Moyenne, stats_dep_pre$Mediane, stats_dep_pre$Ecart_Type, stats_dep_pre$Variance,
+     stats_dep_pre$Minimum, stats_dep_pre$Maximum, stats_dep_pre$Etendue,
+     stats_dep_pre$Skewness, stats_dep_pre$Kurtosis_Excess, stats_dep_pre$Erreur_Standard,
+     stats_dep_pre$IC_95_Inf, stats_dep_pre$IC_95_Sup),
+   `Post-Test` = c(stats_dep_post$Moyenne, stats_dep_post$Mediane, stats_dep_post$Ecart_Type,
+     stats_dep_post$Variance,
+     stats_dep_post$Minimum, stats_dep_post$Maximum, stats_dep_post$Etendue,
+     stats_dep_post$Skewness, stats_dep_post$Kurtosis_Excess, stats_dep_post$Erreur_Standard,
+     stats_dep_post$IC_95_Inf, stats_dep_post$IC_95_Sup),
+   `Suivi` = c(stats_dep_suivi$Moyenne, stats_dep_suivi$Mediane, stats_dep_suivi$Ecart_Type,
+     stats_dep_suivi$Variance,
+     stats_dep_suivi$Minimum, stats_dep_suivi$Maximum, stats_dep_suivi$Etendue,
+     stats_dep_suivi$Skewness, stats_dep_suivi$Kurtosis_Excess, stats_dep_suivi$Erreur_Standard,
+     stats_dep_suivi$IC_95_Inf, stats_dep_suivi$IC_95_Sup)
+ )

```

```

>
> # Afficher le tableau mis à jour
> print(tableau1_output, digits = 4, row.names = FALSE)
  Statistique Pré.Test Post.Test Suivi
  Moyenne 30.4286  5.5714 4.7143
  Médiane 30.0000  5.0000 5.0000
  Écart-Type 9.8971  3.2071 4.1918
  Variance 97.9524 10.2857 17.5714
  Minimum 19.0000  1.0000 0.0000
  Maximum 43.0000 11.0000 11.0000
  Étendue 24.0000 10.0000 11.0000
  Skewness 0.1654  0.2887 0.2750
  Kurtosis (Excès) -1.5540 -0.5051 -1.1769
  Erreur Standard  3.7407  1.2122 1.5844
  IC 95% - Inférieur 21.2753  2.6053 0.8375
  IC 95% - Supérieur 39.5819  8.5375 8.5911
>
> cat("\nN (nombre de participants valides) pour tous les groupes:", stats_dep_pre$N_valide, "\n")

N (nombre de participants valides) pour tous les groupes: 7
> # --- SECTION 2: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de dépression ---
> # (Correspond au Tableau 2 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 2: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de dépression ---\n\n")

```

--- SECTION 2: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de dépression ---

```

>
> # Test de Shapiro-Wilk pour DepPreTes
> shapiro_dep_pre <- shapiro.test(dep_pre)
> # Test de Shapiro-Wilk pour DepPosTes
> shapiro_dep_post <- shapiro.test(dep_post)
> # Test de Shapiro-Wilk pour DepSuivi
> shapiro_dep_suivi <- shapiro.test(dep_suivi)
>
> # Créer le tableau formaté
> tableau2_output <- data.frame(
+   Temps = c("Pré-Test (قبلي)", "Post-Test (بعدي)", "Suivi (تتبعي)"),
+   `Coefficient Shapiro-Wilk` = c(shapiro_dep_pre$statistic,
+     shapiro_dep_post$statistic,
+     shapiro_dep_suivi$statistic),
+   `Niveau de Signification (p-value)` = c(shapiro_dep_pre$p.value,
+     shapiro_dep_post$p.value,
+     shapiro_dep_suivi$p.value)
+ )
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau2_output, digits = 4, row.names = FALSE)
  Temps Coefficient.Shapiro.Wilk Niveau.de.Signification..p.value.
  Pré-Test 0.3371          0.9010          (قبلي)
  Post-Test 0.8766          0.9671          (بعدي)
  Suivi 0.4916          0.9228          (تتبعي)
> # --- SECTION 3: Skewness des différences des scores de dépression ---
> # (Correspond au Tableau 3 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 3: Skewness des différences des scores de dépression ---\n\n")

```

--- SECTION 3: Skewness des différences des scores de dépression ---

>

## قائمة الملاحق

```

> # Calculer les variables de différence
> diff_post_pre <- dep_post - dep_pre
> diff_suivi_post <- dep_suivi - dep_post
> diff_suivi_pre <- dep_suivi - dep_pre
>
> # Calculer le skewness pour chaque différence (en utilisant type = 1)
> skew_diff_post_pre <- e1071::skewness(diff_post_pre, na.rm = TRUE, type = 1)
> skew_diff_suivi_post <- e1071::skewness(diff_suivi_post, na.rm = TRUE, type = 1)
> skew_diff_suivi_pre <- e1071::skewness(diff_suivi_pre, na.rm = TRUE, type = 1)
>
> # Créer le tableau formaté
> tableau3_output <- data.frame(
+   Comparaison = c("Post-Test - Pré-Test (بعدي-قبلي)",
+     "Suivi - Post-Test (تتبعي-بعدي)",
+     "Suivi - Pré-Test (تتبعي-قبلي)"),
+   `Skewness (الالتواء)` = c(skew_diff_post_pre,
+     skew_diff_suivi_post,
+     skew_diff_suivi_pre)
+)
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau3_output, digits = 4, row.names = FALSE)
      Comparaison Skewness..الالتواء.
Post-Test - Pré-Test 0.01249-      (بعدي-قبلي)
Suivi - Post-Test 0.06264      (تتبعي-بعدي)
Suivi - Pré-Test 0.05327      (تتبعي-قبلي)
> # --- SECTION 4: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de dépression ---
> # (Correspond au Tableau 4 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 4: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de dépression ---\n\n")

```

--- SECTION 4: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de dépression ---

```

>
> # Test de Shapiro-Wilk pour les différences
> shapiro_diff_post_pre <- shapiro.test(diff_post_pre)
> shapiro_diff_suivi_post <- shapiro.test(diff_suivi_post)
> shapiro_diff_suivi_pre <- shapiro.test(diff_suivi_pre)
>
> # Créer le tableau formaté
> tableau4_output <- data.frame(
+   Comparaison = c("Post-Test - Pré-Test (بعدي-قبلي)",
+     "Suivi - Post-Test (تتبعي-بعدي)",
+     "Suivi - Pré-Test (تتبعي-قبلي)"),
+   `Coefficient Shapiro-Wilk` = c(shapiro_diff_post_pre$statistic,
+     shapiro_diff_suivi_post$statistic,
+     shapiro_diff_suivi_pre$statistic),
+   `Niveau de Signification (p-value)` = c(shapiro_diff_post_pre$p.value,
+     shapiro_diff_suivi_post$p.value,
+     shapiro_diff_suivi_pre$p.value)
+)
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau4_output, digits = 5, row.names = FALSE) # Augmenté digits pour correspondre au doc
      Comparaison Coefficient.Shapiro.Wilk Niveau.de.Signification..p.value.
Post-Test - Pré-Test 0.85116      0.96387      (بعدي-قبلي)
Suivi - Post-Test 0.46592      0.91955      (تتبعي-بعدي)
Suivi - Pré-Test 0.22555      0.87980      (تتبعي-قبلي)
>

```

--- SECTION 5: Test de Sphéricité de Mauchly pour les scores de dépression ---

```

>
> # Préparer les données au format long
> # Sélectionner les colonnes de dépression et l'ID du sujet
> dep_scores_wide <- ma_base_de_donnees %>%
+   select(VAR00001, DepPreTes, DepPosTes, DepSuivi) %>%
+   rename(id = VAR00001, pre = DepPreTes, post = DepPosTes, follow_up = DepSuivi)
>
> # Convertir au format long
> dep_scores_long <- dep_scores_wide %>%
+   pivot_longer(cols = -id, names_to = "temps", values_to = "score_dep") %>%
+   mutate(temps = factor(temps, levels = c("pre", "post", "follow_up"))) # Ordonner les niveaux de temps
>
> # Vérifier le format long (optionnel)
> # print(head(dep_scores_long))
>
> # Exécuter le test de Sphéricité de Mauchly
> # La formule est score_variable ~ facteur_intra_sujet | facteur_inter_sujet (s'il y en a)
> # Ici, nous n'avons pas de facteur inter-sujet pour ce test spécifique.
> # rstatix::mauchly_test() attend les données en format large.
> # Nous allons donc utiliser anova_test, qui le calcule et le rapporte.
> # Ou, pour avoir juste Mauchly, on peut le faire "manuellement" via une ANOVA.
>
> # Option 1: Obtenir Mauchly via anova_test de rstatix
> res_anova_dep <- anova_test(
+   data = dep_scores_long,
+   dv = score_dep, # Variable dépendante
+   wid = id, # Identifiant du sujet
+   within = temps # Facteur intra-sujet
+ )
>
> # Extraire les résultats du test de Mauchly
> mauchly_test_dep_results <- res_anova_dep$`Mauchly's Test for Sphericity`
>
> # Créer le tableau formaté
> # Les noms peuvent varier légèrement selon la sortie de rstatix.
> # Vérifiez la structure de mauchly_test_dep_results si besoin avec str(mauchly_test_dep_results)
> tableau5_output <- data.frame(
+   `Effet intra-groupe` = "Temps (الوقت)", # Le nom de votre facteur intra-sujet
+   `Coefficient de Mauchly (W)` = mauchly_test_dep_results$W,
+   `Niveau de Signification (p)` = mauchly_test_dep_results$p
+ )
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau5_output, digits = 4, row.names = FALSE)
Effet.intra.groupe Coefficient.de.Mauchly..W. Niveau.de.Signification..p.
Temps 0.013 0.175 (الوقت)
>
> # Si vous voulez voir l'ANOVA complète (qui sera utile pour la table 6)
> cat("\nRésultats de l'ANOVA (pour référence, Tableau 6 suivra):\n")

```

Résultats de l'ANOVA (pour référence, Tableau 6 suivra):

```

> print(res_anova_dep, digits = 4)
ANOVA Table (type III tests)

```

\$ANOVA

```

Effect DFn DFd F p p<.05 ges
1 temps 2 12 45.509 2.5e-06 * 0.798

```

\$`Mauchly's Test for Sphericity`

```
Effect W p p<.05
1 temps 0.175 0.013 *
```

\$`Sphericity Corrections`

```
Effect GGe DF[GG] p[GG] p[GG]<.05 HFe DF[HF] p[HF] p[HF]<.05
1 temps 0.548 1.1, 6.58 0.000308 * 0.578 1.16, 6.94 0.000222 *
```

--- SECTION 6: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les scores de dépression ---

```
>
> # Extraire les résultats de l'ANOVA non corrigée de l'objet res_anova_dep
> anova_non_corrige_dep <- res_anova_dep$ANOVA
>
> # Créer le data.frame initial
> tableau6_output_final <- data.frame(
+ `Source de variation (مصدر التباين)` = anova_non_corrige_dep$Effect,
+ `Degrés de liberté (DFn)` = anova_non_corrige_dep$DFn,
+ `Degrés de liberté Erreur (DFd)` = anova_non_corrige_dep$DFd,
+ `Valeur F (قيمة ف)` = anova_non_corrige_dep$F,
+ `Niveau de Signification (p)` = anova_non_corrige_dep$p,
+ `Taille d'effet (ges)` = anova_non_corrige_dep$ges
+ )
>
> # Formater les colonnes numériques pour l'affichage
> # Pour p-value: si < 0.001, afficher "0.000", sinon 3 décimales
> tableau6_output_final$`Niveau de Signification (p)` <- ifelse(
+ anova_non_corrige_dep$p < 0.0005 & anova_non_corrige_dep$p != 0, # Condition pour afficher "0.000"
+ "0.000",
+ sprintf("%.3f", round(anova_non_corrige_dep$p, 3)) # Sinon, arrondir à 3 décimales
+ )
> # Gérer le cas où p est exactement 0 (si possible, bien que rare pour F)
> tableau6_output_final$`Niveau de Signification (p)`[anova_non_corrige_dep$p == 0] <- "0.000"
>
>
> tableau6_output_final$`Valeur F (قيمة ف)` <- sprintf("%.3f", anova_non_corrige_dep$F)
> tableau6_output_final$`Taille d'effet (ges)` <- sprintf("%.3f", anova_non_corrige_dep$ges)
> # DFn et DFd sont des entiers, pas besoin de sprintf si `res_anova_dep$ANOVA` les donne déjà bien.
> tableau6_output_final$`Degrés de liberté (DFn)` = as.integer(anova_non_corrige_dep$DFn)
> tableau6_output_final$`Degrés de liberté Erreur (DFd)` = as.integer(anova_non_corrige_dep$DFd)
>
>
> # Afficher le tableau formaté
> cat("Tableau 6 formaté :\n")
Tableau 6 formaté :
> print(tableau6_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين. Degrés.de.liberté..DFn. Degrés.de.liberté.Erreur..DFd. Valeur.F..قيمة.ف.
      temps          2          12          45.509
Niveau.de.Signification..p. Taille.d.effet..ges. Niveau de Signification (p) Valeur F (قيمة ف) Taille d'effet (ges)
      2.5e-06      0.798      0.000      45.509      0.798
Degrés de liberté (DFn) Degrés de liberté Erreur (DFd)
      2          12
--- SECTION 7: ANOVA à mesures répétées (corrigée pour sphéricité) pour les scores de dépression ---
>
> # Extraire les résultats des corrections de sphéricité
> sphericity_corrections_dep <- res_anova_dep$`Sphericity Corrections`
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> print("Structure de sphericity_corrections_dep:")
[1] "Structure de sphericity_corrections_dep:"
> print(str(sphericity_corrections_dep))
'data.frame': 1 obs. of 9 variables:
 $ Effect : chr "temps"
```

```

$ GGe : num 0.548
$ DF[GG] : chr "1.1, 6.58"
$ p[GG] : num 0.000308
$ p[GG]<.05: chr "*"
$ HFe : num 0.578
$ DF[HF] : chr "1.16, 6.94"
$ p[HF] : num 0.000222
$ p[HF]<.05: chr "*"
NULL
> print("Contenu de sphericity_corrections_dep:")
[1] "Contenu de sphericity_corrections_dep:"
> print(sphericity_corrections_dep)
  Effect GGe DF[GG] p[GG] p[GG]<.05 HFe DF[HF] p[HF] p[HF]<.05
1 temps 0.548 1.1, 6.58 0.000308 * 0.578 1.16, 6.94 0.000222 *
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # Créer le tableau formaté pour Greenhouse-Geisser (GG)
> tableau7_gg_output <- data.frame(
+ `Source.de.variation` = paste(sphericity_corrections_dep$Effect, "(GG)", # Changé le nom pour éviter les espaces ici
+ `Coefficient.de.correction` = sphericity_corrections_dep$GGe,
+ `Degrés.de.liberté.corrigés` = sphericity_corrections_dep$`DF[GG]`,
+ `Niveau.de.Signification.p` = sphericity_corrections_dep$p[GG]
+ )
>
> # Créer le tableau formaté pour Huynh-Feldt (HF)
> tableau7_hf_output <- data.frame(
+ `Source.de.variation` = paste(sphericity_corrections_dep$Effect, "(HF)",
+ `Coefficient.de.correction` = sphericity_corrections_dep$HFe,
+ `Degrés.de.liberté.corrigés` = sphericity_corrections_dep$`DF[HF]`,
+ `Niveau.de.Signification.p` = sphericity_corrections_dep$p[HF]
+ )
>
> # Combiner les deux lignes dans un seul tableau
> tableau7_output_final <- rbind(tableau7_gg_output, tableau7_hf_output)
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> print("tableau7_output_final AVANT formatage:")
[1] "tableau7_output_final AVANT formatage:"
> print(tableau7_output_final)
  Source.de.variation Coefficient.de.correction Degrés.de.liberté.corrigés Niveau.de.Signification.p
1 temps (GG) 0.548 1.1, 6.58 0.000308
2 temps (HF) 0.578 1.16, 6.94 0.000222
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # Changer les noms de colonnes pour l'affichage final si désiré
> colnames(tableau7_output_final) <- c("Source de variation",
+ "Coefficient de correction",
+ "Degrés de liberté corrigés",
+ "Niveau de Signification (p)")
>
> # Formater les colonnes numériques pour l'affichage
> # Assurez-vous que les colonnes sont numériques avant sprintf si elles ne le sont pas déjà
> tableau7_output_final$`Coefficient de correction` <- sprintf("%.3f", as.numeric(tableau7_output_final$`Coefficient de
correction`))
> tableau7_output_final$`Niveau de Signification (p)` <- sprintf("%.6f", as.numeric(tableau7_output_final$`Niveau de
Signification (p)`)
>
> # Afficher le tableau
> cat("\nTableau 7 formaté :\n")

Tableau 7 formaté :
> print(tableau7_output_final, row.names = FALSE)

```

Source de variation	Coefficient de correction	Degrés de liberté corrigés	Niveau de Signification (p)
temps (GG)	0.548	1.1, 6.58	0.000308
temps (HF)	0.578	1.16, 6.94	0.000222

--- SECTION 8: Test de Friedman pour les scores de dépression ---

```
>
> # Les données dep_scores_long sont déjà prêtes.
> friedman_dep_results <- friedman.test(score_dep ~ temps | id, data = dep_scores_long)
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> cat("Résultats bruts du test de Friedman:\n")
Résultats bruts du test de Friedman:
> print(friedman_dep_results)
```

Friedman rank sum test

```
data: score_dep and temps and id
Friedman chi-squared = 11.185, df = 2, p-value = 0.003725
```

```
> cat("\nStructure des résultats bruts:\n")
```

Structure des résultats bruts:

```
> print(str(friedman_dep_results))
List of 5
 $ statistic: Named num 11.2
 .. attr(*, "names")= chr "Friedman chi-squared"
 $ parameter: Named num 2
 .. attr(*, "names")= chr "df"
 $ p.value : num 0.00373
 $ method : chr "Friedman rank sum test"
 $ data.name: chr "score_dep and temps and id"
 - attr(*, "class")= chr "htest"
```

NULL

```
> # --- FIN DEBUG ---
```

```
>
>
```

```
> # Créer le data.frame avec des noms simples
```

```
> tableau8_temp <- data.frame(
+   Variable_Desc = "Score de Dépression (الدرجة)",
+   Echantillon_N = length(unique(dep_scores_long$Id)),
+   Friedman_Stat = friedman_dep_results$statistic,
+   DF = friedman_dep_results$parameter,
+   P_Value = friedman_dep_results$p.value
+ )
```

```
>
```

```
> # --- DEBUT DEBUG ---
```

```
> cat("\nTableau temporaire AVANT formatage des colonnes numériques:\n")
```

Tableau temporaire AVANT formatage des colonnes numériques:

```
> print(tableau8_temp)
      Variable_Desc Echantillon_N Friedman_Stat DF P_Value
Friedman chi-squared Score de Dépression 0.003725357 2 11.18519 7 (الدرجة)
> cat("\nNoms de colonnes du tableau temporaire:\n")
```

Noms de colonnes du tableau temporaire:

```
> print(colnames(tableau8_temp))
[1] "Variable_Desc" "Echantillon_N" "Friedman_Stat" "DF"      "P_Value"
> # --- FIN DEBUG ---
```

```
>
>
```

```
> # Formater les colonnes numériques
```

```
> tableau8_temp$Friedman_Stat_Formatted <- sprintf("%.1f", tableau8_temp$Friedman_Stat)
```

## قائمة الملاحق

```
> tableau8_temp$DF_Formatted <- as.integer(tableau8_temp$DF) # DF est déjà un entier, mais pour être sûr
> tableau8_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.5f", tableau8_temp$P_Value)
>
> # Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final
> tableau8_output_final <- data.frame(
+ `Variable (المتغير)` = tableau8_temp$Variable_Desc,
+ `Échantillon (العينة)` = tableau8_temp$Echantillon_N,
+ `Valeur de Friedman (قيمة فريدمان)` = tableau8_temp$Friedman_Stat_Formatted,
+ `Degrés de liberté (درجات الحرية)` = tableau8_temp$DF_Formatted,
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau8_temp$P_Value_Formatted
+)
>
> # Afficher le tableau
> cat("\nTableau 8 formaté :\n")
```

Tableau 8 formaté :

```
> print(tableau8_output_final, row.names = FALSE)
Variable..المتغير. Échantillon..العينة. Valeur.de.Friedman..قيمة فريدمان. Degrés.de.liberté..الحرية.درجات.
Score de Dépression 2 11.2 7 (الدرجة)
Niveau.de.Signification..p.
0.00373
```

--- SECTION 9: Tests de Wilcoxon pour comparaisons post-hoc des scores de dépression ---

```
>
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
> wilcox_pre_post <- wilcox.test(dep_pre, dep_post, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
>
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
> wilcox_pre_suivi <- wilcox.test(dep_pre, dep_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
>
> # 3. Post-Test vs. Suivi
> wilcox_post_suivi <- wilcox.test(dep_post, dep_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
Message d'avis :
Dans wilcox.test.default(dep_post, dep_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, :
requête conf.level impossible à atteindre
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> cat("Résultats bruts wilcox_pre_post:\n")
Résultats bruts wilcox_pre_post:
> print(wilcox_pre_post)
```

Wilcoxon signed rank test with continuity correction

```
data: dep_pre and dep_post
V = 28, p-value = 0.02249
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
95 percent confidence interval:
16.00007 33.49999
sample estimates:
(pseudo)median
25
```

```
> cat("\nRésultats bruts wilcox_pre_suivi:\n")
```

```
Résultats bruts wilcox_pre_suivi:
> print(wilcox_pre_suivi)
```

Wilcoxon signed rank test with continuity correction

```
data: dep_pre and dep_suivi
V = 28, p-value = 0.02249
```

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0  
 95 percent confidence interval:  
 14.50003 37.49997  
 sample estimates:  
 (pseudo)median  
 27.19154

```
> cat("\nRésultats bruts wilcox_post_suivi:\n") # Important de voir celui-ci
```

```
Résultats bruts wilcox_post_suivi:  
> print(wilcox_post_suivi)
```

Wilcoxon signed rank test with continuity correction

data: dep\_post and dep\_suivi  
 V = 14, p-value = 0.5282  
 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0  
 80 percent confidence interval:  
 -1.500042 3.999962  
 sample estimates:  
 (pseudo)median  
 0.9999773

```
> # --- FIN DEBUG ---  
>  
> # Fonction pour extraire les IC en toute sécurité  
> get_conf_int_value <- function(wilcox_result, index) {  
+   if (!is.null(wilcox_result$conf.int) && length(wilcox_result$conf.int) == 2) {  
+     return(wilcox_result$conf.int[index])  
+   } else {  
+     return(NA_real_) # Retourne NA si l'IC n'a pas pu être calculé  
+   }  
+ }  
>  
> # Créer le data.frame avec des noms de colonnes simples initialement  
> comparaisons <- c("Pré-Test - Post-Test (قبلي - بعدي)",  
+   "Pré-Test - Suivi (قبلي - تتبعي)",  
+   "Post-Test - Suivi (بعدي - تتبعي)")  
> valeurs_V <- c(wilcox_pre_post$statistic, wilcox_pre_suivi$statistic, wilcox_post_suivi$statistic)  
> p_values <- c(wilcox_pre_post$p.value, wilcox_pre_suivi$p.value, wilcox_post_suivi$p.value)  
> ic_inf <- c(get_conf_int_value(wilcox_pre_post, 1),  
+   get_conf_int_value(wilcox_pre_suivi, 1),  
+   get_conf_int_value(wilcox_post_suivi, 1))  
> ic_sup <- c(get_conf_int_value(wilcox_pre_post, 2),  
+   get_conf_int_value(wilcox_pre_suivi, 2),  
+   get_conf_int_value(wilcox_post_suivi, 2))  
>  
> tableau9_temp <- data.frame(  
+   Comparaison_Desc = comparaisons,  
+   V_Stat = valeurs_V,  
+   P_Value = p_values,  
+   IC_Inf = ic_inf,  
+   IC_Sup = ic_sup  
+ )  
>  
> # --- DEBUT DEBUG ---  
> cat("\nTableau temporaire AVANT formatage:\n")
```

Tableau temporaire AVANT formatage:

```
> print(tableau9_temp)
```

Comparaison_Desc	V_Stat	P_Value	IC_Inf	IC_Sup
1 Pré-Test - Post-Test (قبلي - بعدي)	33.499992	16.000074	0.02249427	28

```

2 Pré-Test - Suivi 37.499973 14.500026 0.02249427 28 (قبلي - تتبعي)
3 Post-Test - Suivi 3.999962 1.500042- 0.52823278 14 (بعدي - تتبعي)
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # Formater les colonnes numériques
> tableau9_temp$V_Stat_Formatted <- as.integer(tableau9_temp$V_Stat) # V est un entier
> tableau9_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.4f", tableau9_temp$P_Value)
> tableau9_temp$IC_Inf_Formatted <- sprintf("%.1f", tableau9_temp$IC_Inf)
> tableau9_temp$IC_Sup_Formatted <- sprintf("%.1f", tableau9_temp$IC_Sup)
>
>
> # Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final
> tableau9_output_final <- data.frame(
+ `Comparaison` = tableau9_temp$Comparaison_Desc,
+ `Valeur Wilcoxon (V)` = tableau9_temp$V_Stat_Formatted,
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau9_temp$P_Value_Formatted,
+ `IC 95% Inférieur` = tableau9_temp$IC_Inf_Formatted,
+ `IC 95% Supérieur` = tableau9_temp$IC_Sup_Formatted
+ )
>
>
> # Afficher le tableau
> cat("\nTableau 9 formaté :\n")

```

Tableau 9 formaté :

```

> print(tableau9_output_final, row.names = FALSE)
      Comparaison Valeur.Wilcoxon..V. Niveau.de.Signification..p. IC.95..Inférieur IC.95..Supérieur
Pré-Test - Post-Test 33.5      16.0      0.0225      28      (قبلي - بعدي)
Pré-Test - Suivi 37.5      14.5      0.0225      28      (قبلي - تتبعي)
Post-Test - Suivi 4.0      1.5-      0.5282      14      (بعدي - تتبعي)

```

```

>
--- SECTION 10: Tests t appariés pour comparaisons post-hoc des scores de dépression ---

```

```

>
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
> ttest_pre_post <- t.test(dep_pre, dep_post, paired = TRUE, conf.level = 0.95)
>
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
> ttest_pre_suivi <- t.test(dep_pre, dep_suivi, paired = TRUE, conf.level = 0.95)
>
> # 3. Post-Test vs. Suivi
> ttest_post_suivi <- t.test(dep_post, dep_suivi, paired = TRUE, conf.level = 0.95)
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> cat("Résultats bruts ttest_pre_post:\n")
Résultats bruts ttest_pre_post:
> print(ttest_pre_post)

```

Paired t-test

```

data: dep_pre and dep_post
t = 8.2983, df = 6, p-value = 0.000166
alternative hypothesis: true mean difference is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 17.52751 32.18677
sample estimates:
mean difference
 24.85714

```

```
> cat("\nRésultats bruts ttest_pre_suivi:\n")
```

Résultats bruts ttest\_pre\_suivi:

```
> print(ttest_pre_suivi)
```

### Paired t-test

data: dep\_pre and dep\_suivi

t = 6.2479, df = 6, p-value = 0.0007791

alternative hypothesis: true mean difference is not equal to 0

95 percent confidence interval:

15.64359 35.78498

sample estimates:

mean difference

25.71429

```
> cat("\nRésultats bruts ttest_post_suivi:\n")
```

Résultats bruts ttest\_post\_suivi:

```
> print(ttest_post_suivi)
```

### Paired t-test

data: dep\_post and dep\_suivi

t = 0.57646, df = 6, p-value = 0.5853

alternative hypothesis: true mean difference is not equal to 0

95 percent confidence interval:

-2.781181 4.495467

sample estimates:

mean difference

0.8571429

```
> # --- FIN DEBUG ---
```

```
>
```

```
>
```

```
> # Créer le data.frame avec des noms de colonnes simples initialement
```

```
> comparaisons_desc <- c("Pré-Test - Post-Test (قبلي - بعدي)",
```

```
+ "Pré-Test - Suivi (قبلي - تتبعي)",
```

```
+ "Post-Test - Suivi (بعدي - تتبعي)")
```

```
> t_values <- c(ttest_pre_post$statistic, ttest_pre_suivi$statistic, ttest_post_suivi$statistic)
```

```
> df_values <- c(ttest_pre_post$parameter, ttest_pre_suivi$parameter, ttest_post_suivi$parameter)
```

```
> p_values_ttest <- c(ttest_pre_post$p.value, ttest_pre_suivi$p.value, ttest_post_suivi$p.value)
```

```
> ic_inf_ttest <- c(ttest_pre_post$conf.int[1], ttest_pre_suivi$conf.int[1], ttest_post_suivi$conf.int[1])
```

```
> ic_sup_ttest <- c(ttest_pre_post$conf.int[2], ttest_pre_suivi$conf.int[2], ttest_post_suivi$conf.int[2])
```

```
>
```

```
> tableau10_temp <- data.frame(
```

```
+ Comparaison_Desc = comparaisons_desc,
```

```
+ T_Value = t_values,
```

```
+ DF = df_values,
```

```
+ P_Value = p_values_ttest,
```

```
+ IC_Inf = ic_inf_ttest,
```

```
+ IC_Sup = ic_sup_ttest
```

```
+)
```

```
>
```

```
> # --- DEBUT DEBUG ---
```

```
> cat("\nTableau temporaire 10 AVANT formatage:\n")
```

Tableau temporaire 10 AVANT formatage:

```
> print(tableau10_temp)
```

	Comparaison_Desc	T_Value	DF	P_Value	IC_Inf	IC_Sup
1	Pré-Test - Post-Test (قبلي - بعدي)	32.186773	17.527513	0.0001659732	6	8.2982684
2	Pré-Test - Suivi (قبلي - تتبعي)	35.784978	15.643593	0.0007791316	6	6.2478912

```

3 Post-Test - Suivi 4.495467 2.781181- 0.5852636080 6 0.5764614 (بعدي - تتبعي)
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # Formater les colonnes numériques
> tableau10_temp$T_Value_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau10_temp$T_Value)
> tableau10_temp$DF_Formatted <- as.integer(tableau10_temp$DF)
>
> # Logique de formatage pour p-values (adaptée de votre document)
> tableau10_temp$P_Value_Formatted <- sapply(tableau10_temp$P_Value, function(p) {
+   if (p < 0.0000005) { # Pour les cas comme 0.000000x qui pourraient être arrondis à 0.00000
+     return(sprintf("%.6f", p)) # Ou "<.000001"
+   } else if (p < 0.0005) { # e.g., 0.000166
+     return(sprintf("%.6f", p))
+   } else if (p < 0.005) { # e.g., 0.000779 -> devrait être 0.000779, donc 6 décimales aussi
+     return(sprintf("%.6f", p)) # Ajusté pour correspondre à 0.000779
+   } else { # e.g., 0.585
+     return(sprintf("%.3f", p))
+   }
+ })
> # Correction spécifique pour les p-values exactes de votre document
> # La p-value pour pre-post est 0.000166
> # La p-value pour pre-suivi est 0.000779
> # La p-value pour post-suivi est 0.585
> # Le sapply ci-dessus devrait bien gérer cela avec 6 et 3 décimales.
>
> tableau10_temp$IC_Inf_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau10_temp$IC_Inf)
> tableau10_temp$IC_Sup_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau10_temp$IC_Sup)
>
> # Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final
> tableau10_output_final <- data.frame(
+   `Comparaison` = tableau10_temp$Comparaison_Desc,
+   `Valeur t` = tableau10_temp$T_Value_Formatted,
+   `Degrés de liberté (df)` = tableau10_temp$DF_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau10_temp$P_Value_Formatted,
+   `IC 95% Inférieur` = tableau10_temp$IC_Inf_Formatted,
+   `IC 95% Supérieur` = tableau10_temp$IC_Sup_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("\nTableau 10 formaté :\n")

```

Tableau 10 formaté :

```

> print(tableau10_output_final, row.names = FALSE)
      Comparaison Valeur.t Degrés.de.liberté.df. Niveau.de.Signification..p. IC.95..Inférieur
Pré-Test - Post-Test 17.53      0.000166          6          8.30 (قبلي - بعدي)
Pré-Test - Suivi 15.64      0.000779          6          6.25 (قبلي - تتبعي)
Post-Test - Suivi 2.78-      0.585          6          0.58 (بعدي - تتبعي)
IC.95..Supérieur
      32.19
      35.78
      4.50

```

```

> # --- SECTION 11: Tailles d'effet (Cohen's d et Rosenthal's r) pour les scores de dépression ---
> # (Correspond au Tableau 11 de votre document)
> # Formule Cohen's d: t / sqrt(N_paires), signe ajusté
> # Formule Rosenthal's r: |d| / sqrt(|d|^2 + 4)
>
> cat("\n\n--- SECTION 11: Tailles d'effet pour les scores de dépression ---\n")

```

--- SECTION 11: Tailles d'effet pour les scores de dépression ---

```

> cat("Tableau 11: Tailles d'effet pour les comparaisons appariées des scores de dépression\n\n")
Tableau 11: Tailles d'effet pour les comparaisons appariées des scores de dépression

```

```

>
> # S'assurer que les objets t-test existent de la Section 10
> # ttest_pre_post, ttest_pre_suivi, ttest_post_suivi
>
> # N (nombre de paires) est df + 1 pour les t-tests appariés
> # (df est le même pour tous les t-tests appariés ici, soit 6)
> n_pairs <- ttest_pre_post$parameter + 1
>
> # --- Calculs des statistiques brutes ---
>
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
> t_val_pre_post <- ttest_pre_post$statistic
> # d de Cohen, valeur absolue (basé sur t / sqrt(N))
> cohen_d_pre_post_abs <- abs(t_val_pre_post / sqrt(n_pairs))
> # r de Rosenthal (basé sur le d de Cohen absolu)
> rosenthal_r_pre_post <- cohen_d_pre_post_abs / sqrt(cohen_d_pre_post_abs^2 + 4)
>
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
> t_val_pre_suivi <- ttest_pre_suivi$statistic
> cohen_d_pre_suivi_abs <- abs(t_val_pre_suivi / sqrt(n_pairs))
> rosenthal_r_pre_suivi <- cohen_d_pre_suivi_abs / sqrt(cohen_d_pre_suivi_abs^2 + 4)
>
> # 3. Post-Test vs. Suivi
> t_val_post_suivi <- ttest_post_suivi$statistic
> cohen_d_post_suivi_abs <- abs(t_val_post_suivi / sqrt(n_pairs))
> rosenthal_r_post_suivi <- cohen_d_post_suivi_abs / sqrt(cohen_d_post_suivi_abs^2 + 4)
>
> # --- Création du tableau temporaire avec des noms simples ---
> # Les signes pour Cohen's d sont ajustés pour refléter une diminution (score plus bas = amélioration)
> # comme dans le document original.
> tableau11_temp <- data.frame(
+   Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (قبلي - بعدي)",
+     "Pré-Test - Suivi (قبلي - تتبعي)",
+     "Post-Test - Suivi (بعدي - تتبعي)"),
+   Cohen_D_Signed = c(-cohen_d_pre_post_abs,
+     -cohen_d_pre_suivi_abs,
+     -cohen_d_post_suivi_abs),
+   Rosenthal_R_Calculated = c(rosenthal_r_pre_post,
+     rosenthal_r_pre_suivi,
+     rosenthal_r_post_suivi)
+ )
>
> # --- Formatage des colonnes numériques ---
> tableau11_temp$Cohen_D_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau11_temp$Cohen_D_Signed)
> tableau11_temp$Rosenthal_R_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau11_temp$Rosenthal_R_Calculated)
>
> # --- Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final ---
> tableau11_output_final <- data.frame(
+   `Comparaison` = tableau11_temp$Comparaison_Desc,
+   `Cohen d (معامل كوهين)` = tableau11_temp$Cohen_D_Formatted,
+   `Rosenthal r (معامل روزنتال)` = tableau11_temp$Rosenthal_R_Formatted
+ )
>
> # --- Afficher le tableau final ---
> # Pour un affichage propre dans la console, on peut utiliser kable ou juste print
> # L'important est que les valeurs dans tableau11_output_final soient correctes.
> print(tableau11_output_final, row.names = FALSE)
      Comparaison Cohen.d..معامل كوهين. Rosenthal.r..معامل روزنتال.
Pré-Test - Post-Test 0.843          3.136-      (قبلي - بعدي)
Pré-Test - Suivi 0.763            2.361-      (قبلي - تتبعي)
Post-Test - Suivi 0.108           0.218-      (بعدي - تتبعي)

```

```
>
> cat("\n--- Fin de la Section 11 ---\n")

--- Fin de la Section 11 ---
> # Redéfinir get_descriptives pour retourner Kurtosis Brut
> get_descriptives <- function(variable, variable_name) {
+   n <- length(na.omit(variable))
+   if (n < 2) {
+     # Gérer le cas de données insuffisantes (simplifié ici)
+     return(sapply(vector("list", 13), function(x) NA, simplify = FALSE) %>%
+       setNames(c("Moyenne", "Mediane", "Ecart_Type", "Variance", "Minimum", "Maximum",
+         "Etendue", "Skewness", "Kurtosis_Brut", "Erreur_Standard",
+         "IC_95_Inf", "IC_95_Sup", "N_valide")))
+   }
+   moyenne <- mean(variable, na.rm = TRUE)
+   mediane <- median(variable, na.rm = TRUE)
+   ecart_type <- sd(variable, na.rm = TRUE)
+   variance <- var(variable, na.rm = TRUE)
+   minimum <- min(variable, na.rm = TRUE)
+   maximum <- max(variable, na.rm = TRUE)
+   etendue <- maximum - minimum
+   skew <- e1071::skewness(variable, na.rm = TRUE, type = 1)
+   # Calculer l'excès de kurtosis puis ajouter 3 pour le kurtosis brut
+   kurt_excess <- e1071::kurtosis(variable, na.rm = TRUE, type = 1)
+   kurt_brut <- kurt_excess + 3 # Changement ici
+
+   erreur_std <- ecart_type / sqrt(n)
+   t_critique <- qt(0.975, df = n - 1)
+   ic_inf <- moyenne - t_critique * erreur_std
+   ic_sup <- moyenne + t_critique * erreur_std
+
+   return(list(Moyenne = moyenne, Mediane = mediane, Ecart_Type = ecart_type, Variance = variance,
+     Minimum = minimum, Maximum = maximum, Etendue = etendue, Skewness = skew,
+     Kurtosis_Brut = kurt_brut, # Changement ici
+     Erreur_Standard = erreur_std,
+     IC_95_Inf = ic_inf, IC_95_Sup = ic_sup, N_valide = n))
+ }
>
> # Recalculer les statistiques avec la fonction modifiée
> stats_soma_pre <- get_descriptives(soma_pre, "Symptômes Somatiques Pré-Test")
> stats_soma_post <- get_descriptives(soma_post, "Symptômes Somatiques Post-Test")
> stats_soma_suivi <- get_descriptives(soma_suivi, "Symptômes Somatiques Suivi")
>
> # Créer le tableau avec la nouvelle stat Kurtosis_Brut
> tableau12_output_formatted <- data.frame(
+   Statistique = c("Moyenne", "Médiane", "Écart-Type", "Variance",
+     "Minimum", "Maximum", "Étendue", "Skewness", "Kurtosis (Brut)", # Changé ici
+     "Erreur Standard", "IC 95% - Inférieur", "IC 95% - Supérieur"),
+   `Pré-Test` = c(sprintf("%.2f", stats_soma_pre$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_soma_pre$Mediane),
+     sprintf("%.2f", stats_soma_pre$Ecart_Type), sprintf("%.2f", stats_soma_pre$Variance),
+     sprintf("%.0f", stats_soma_pre$Minimum), sprintf("%.0f", stats_soma_pre$Maximum),
+     sprintf("%.0f", stats_soma_pre$Etendue),
+     sprintf("%.2f", stats_soma_pre$Skewness), # Doc a 2 décimales pour Skew ici
+     sprintf("%.2f", stats_soma_pre$Kurtosis_Brut), # Utilisé Kurtosis_Brut
+     sprintf("%.3f", stats_soma_pre$Erreur_Standard),
+     sprintf("%.2f", stats_soma_pre$IC_95_Inf), sprintf("%.2f", stats_soma_pre$IC_95_Sup)),
+   `Post-Test` = c(sprintf("%.2f", stats_soma_post$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_soma_post$Mediane),
+     sprintf("%.2f", stats_soma_post$Ecart_Type), sprintf("%.2f", stats_soma_post$Variance),
+     sprintf("%.0f", stats_soma_post$Minimum), sprintf("%.0f", stats_soma_post$Maximum),
+     sprintf("%.0f", stats_soma_post$Etendue),
+     sprintf("%.3f", stats_soma_post$Skewness), # Doc a 3 décimales pour Skew ici
+     sprintf("%.1f", stats_soma_post$Kurtosis_Brut), # Utilisé Kurtosis_Brut
```

## قائمة الملاحق

```
+      sprintf("%.3f", stats_soma_post$Erreur_Standard),
+      sprintf("%.2f", stats_soma_post$IC_95_Inf), sprintf("%.2f", stats_soma_post$IC_95_Sup)),
+ `Suivi` = c(sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_soma_suivi$Mediane),
+      sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$Ecart_Type), sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$Variance),
+      sprintf("%.0f", stats_soma_suivi$Minimum), sprintf("%.0f", stats_soma_suivi$Maximum),
+      sprintf("%.0f", stats_soma_suivi$Etendue),
+      sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$Skewness), # Doc a 2 décimales pour Skew ici
+      sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$Kurtosis_Brut), # Utilisé Kurtosis_Brut
+      sprintf("%.3f", stats_soma_suivi$Erreur_Standard),
+      sprintf("%.3f", stats_soma_suivi$IC_95_Inf), sprintf("%.2f", stats_soma_suivi$IC_95_Sup))
+)
>
> cat("\n--- SECTION 12 (corrigé): Statistiques Descriptives pour Symptômes Somatiques ---\n\n")
```

--- SECTION 12 (corrigé): Statistiques Descriptives pour Symptômes Somatiques ---

```
> print(tableau12_output_formatted, row.names = FALSE)
Statistique Pré.Test Post.Test Suivi
Moyenne      6.43    1.43 1.14
Médiane       6      2   1
Écart-Type   2.30    1.51 1.21
Variance     5.29    2.29 1.48
Minimum       4      0   0
Maximum     11      4   3
Étendue       7      4   3
Skewness     1.12    0.459 0.32
Kurtosis (Brut) 3.34    2.1 1.61
Erreur Standard 0.869    0.571 0.459
IC 95% - Inférieur 4.30    0.03 0.019
IC 95% - Supérieur 8.55    2.83 2.27
> cat("\nN (nombre de participants valides) pour les symptômes somatiques:", stats_soma_pre$N_valide, "\n")
```

N (nombre de participants valides) pour les symptômes somatiques: 7

```
> # --- SECTION 13: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de symptômes somatiques ---
> # (Correspond au Tableau 13 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 13: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de symptômes somatiques ---\n\n")
```

--- SECTION 13: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des scores de symptômes somatiques ---

```
>
> # Test de Shapiro-Wilk pour soma_pre
> shapiro_soma_pre <- shapiro.test(soma_pre)
> # Test de Shapiro-Wilk pour soma_post
> shapiro_soma_post <- shapiro.test(soma_post)
> # Test de Shapiro-Wilk pour soma_suivi
> shapiro_soma_suivi <- shapiro.test(soma_suivi)
>
> # Créer le tableau formaté
> tableau13_output <- data.frame(
+   Temps = c("Pré-Test (القياس القبلي)",
+   "Post-Test (القياس البعدي)",
+   "Suivi (التبقي)"),
+   `Coefficient Shapiro-Wilk` = c(shapiro_soma_pre$Statistic,
+   shapiro_soma_post$Statistic,
+   shapiro_soma_suivi$Statistic),
+   `Niveau de Signification (p-value)` = c(shapiro_soma_pre$p.value,
+   shapiro_soma_post$p.value,
+   shapiro_soma_suivi$p.value)
+)
>
```

## قائمة الملاحق

```

> # Afficher le tableau
> # Votre doc a 4 décimales pour le coef. et 4 pour la p-value.
> print(tableau13_output, digits = 4, row.names = FALSE)
      Temps Coefficient.Shapiro.Wilk Niveau.de.Signification..p.value.
Pré-Test 0.18229          0.8691          (القياس القبلي)
Post-Test 0.08614          0.8334          (القياس البعدي)
Suivi 0.14697            0.8586          (التتبعي)

>

> print(tableau14_output, digits = 5, row.names = FALSE) # digits=5 pour avoir 4 décimales affichées
      Comparaison Skewness..الانواع.
Post-Test - Pré-Test 0.86948-      (بعدي - قبلي)
Suivi - Post-Test 0.52594-      (تتبعي - بعدي)
Suivi - Pré-Test 1.39029-      (تتبعي - قبلي)

>

> # --- SECTION 15: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes somatiques ---
> # (Correspond au Tableau 15 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 15: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes somatiques -
-\n\n")

--- SECTION 15: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes somatiques ---

>
> # Test de Shapiro-Wilk pour les différences des symptômes somatiques
> shapiro_diff_soma_post_pre <- shapiro.test(diff_soma_post_pre)
> shapiro_diff_soma_suivi_post <- shapiro.test(diff_soma_suivi_post)
> shapiro_diff_soma_suivi_pre <- shapiro.test(diff_soma_suivi_pre)
>
> # Créer le tableau formaté
> tableau15_output <- data.frame(
+   Comparaison = c("Post-Test - Pré-Test (بعدي - قبلي)",
+   "Suivi - Post-Test (تتبعي - بعدي)",
+   "Suivi - Pré-Test (تتبعي - قبلي)"),
+   `Coefficient Shapiro-Wilk` = c(shapiro_diff_soma_post_pre$statistic,
+   shapiro_diff_soma_suivi_post$statistic,
+   shapiro_diff_soma_suivi_pre$statistic),
+   `Niveau de Signification (p-value)` = c(shapiro_diff_soma_post_pre$p.value,
+   shapiro_diff_soma_suivi_post$p.value,
+   shapiro_diff_soma_suivi_pre$p.value)
+ )
>
> # Afficher le tableau
> # Votre doc a 4 décimales pour le coef et 4 pour la p-value.
> print(tableau15_output, digits = 5, row.names = FALSE) # digits=5 pour avoir 4 décimales affichées
      Comparaison Coefficient.Shapiro.Wilk Niveau.de.Signification..p.value.
Post-Test - Pré-Test 0.165127          0.86423          (بعدي - قبلي)
Suivi - Post-Test 0.062428          0.81873          (تتبعي - بعدي)
Suivi - Pré-Test 0.042614          0.80174          (تتبعي - قبلي)

>

> # --- SECTION 16: Test de Sphéricité de Mauchly pour les scores de symptômes somatiques ---
> # (Correspond au Tableau 16 de votre document)
>

```

```
> cat("\n\n--- SECTION 16: Test de Sphéricité de Mauchly pour les scores de symptômes somatiques ---\n\n")
```

```
--- SECTION 16: Test de Sphéricité de Mauchly pour les scores de symptômes somatiques ---
```

```
>
> # Préparer les données des symptômes somatiques au format long
> soma_scores_wide <- ma_base_de_donnees %>%
+   select(VAR00001, SomaPreT, SomaPosT, SomaSui) %>%
+   rename(id = VAR00001, pre = SomaPreT, post = SomaPosT, follow_up = SomaSui)
>
> soma_scores_long <- soma_scores_wide %>%
+   pivot_longer(cols = -id, names_to = "temps", values_to = "score_soma") %>%
+   mutate(temps = factor(temps, levels = c("pre", "post", "follow_up")))
>
> # Exécuter l'ANOVA à mesures répétées pour obtenir le test de Mauchly
> res_anova_soma <- rstatix::anova_test(
+   data = soma_scores_long,
+   dv = score_soma,
+   wid = id,
+   within = temps
+ )
>
> # Extraire les résultats du test de Mauchly
> mauchly_test_soma_results <- res_anova_soma$`Mauchly's Test for Sphericity`
>
> # --- Création du tableau temporaire avec des noms simples ---
> tableau16_temp <- data.frame(
+   Effet_Desc = "Temps (الوقت)",
+   Mauchly_W_Raw = mauchly_test_soma_results$W,
+   P_Value_Raw = mauchly_test_soma_results$p
+ )
>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> cat("Tableau 16 temporaire AVANT formatage:\n")
Tableau 16 temporaire AVANT formatage:
> print(tableau16_temp)
  Effet_Desc Mauchly_W_Raw P_Value_Raw
1 Temps 0.141    0.456    (الوقت)
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # --- Formatage des colonnes numériques ---
> tableau16_temp$Mauchly_W_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau16_temp$Mauchly_W_Raw)
> tableau16_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau16_temp$P_Value_Raw)
>
> # --- Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final ---
> tableau16_output_final <- data.frame(
+   `Effet (التأثير)` = tableau16_temp$Effet_Desc,
+   `Coefficient de Mauchly (W)` = tableau16_temp$Mauchly_W_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau16_temp$P_Value_Formatted
+ )
>
> # --- Afficher le tableau final ---
> cat("\n\nTableau 16 formaté :\n\n")

Tableau 16 formaté :
> print(tableau16_output_final, row.names = FALSE)
Effet..التأثير.. Coefficient.de.Mauchly..W. Niveau.de.Signification..p.
  Temps 0.141          0.456          (الوقت)
>
> # Afficher aussi l'ANOVA complète pour référence (utile pour les tableaux 17 et 18)
> cat("\n\nRésultats de l'ANOVA pour symptômes somatiques (pour référence):\n\n")
```

Résultats de l'ANOVA pour symptômes somatiques (pour référence):

```
> print(res_anova_soma)
ANOVA Table (type III tests)
```

```
$ANOVA
```

```
Effect DFn DFd F p p<.05 ges
1 temps 2 12 26.242 4.15e-05 * 0.695
```

```
$`Mauchly's Test for Sphericity`
```

```
Effect W p p<.05
1 temps 0.456 0.141
```

```
$`Sphericity Corrections`
```

```
Effect GGe DF[GG] p[GG] p[GG]<.05 HFe DF[HF] p[HF] p[HF]<.05
1 temps 0.648 1.3, 7.77 0.000666 * 0.751 1.5, 9.02 0.000293 *
```

```
>
```

```
> # --- SECTION 17: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les scores de symptômes somatiques ---
```

```
> # (Correspond au Tableau 17 de votre document)
```

```
>
```

```
> cat("\n\n--- SECTION 17: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les scores de symptômes somatiques ---\n\n")
```

```
--- SECTION 17: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les scores de symptômes somatiques ---
```

```
>
```

```
> # Extraire les résultats de l'ANOVA non corrigée de l'objet res_anova_soma
```

```
> anova_non_corrigee_soma <- res_anova_soma$ANOVA
```

```
>
```

```
> # Créer le data.frame initial
```

```
> tableau17_temp <- data.frame(
```

```
+ Source_Var = anova_non_corrigee_soma$Effect,
```

```
+ DFn_Raw = anova_non_corrigee_soma$DFn,
```

```
+ DFd_Raw = anova_non_corrigee_soma$DFd,
```

```
+ F_Value_Raw = anova_non_corrigee_soma$F,
```

```
+ P_Value_Raw = anova_non_corrigee_soma$p,
```

```
+ GES_Raw = anova_non_corrigee_soma$ges # GES est la taille d'effet (Generalized Eta Squared)
```

```
+ # Votre document mentionne aussi "مجموع المربعات" (Sum of Squares) et "متوسط المربعات" (Mean Squares)
```

```
+ # Ces informations sont dans res_anova_soma$ANOVA si on regarde la sortie de anova_summary() de rstatix,
```

```
+ # mais anova_test() ne les met pas directement dans $ANOVA.
```

```
+ # Pour les avoir, il faudrait utiliser anova_summary(res_anova_soma) ou les calculer.
```

```
+ # Pour l'instant, nous allons nous concentrer sur ce qui est directement dans $ANOVA.
```

```
+ # Le tableau 17 de votre document ne les a PAS, il a DFn, DFd, F, p, ges.
```

```
+)
```

```
>
```

```
> # Formatage des colonnes
```

```
> tableau17_temp$DFn_Formatted = as.integer(tableau17_temp$DFn_Raw)
```

```
> tableau17_temp$DFd_Formatted = as.integer(tableau17_temp$DFd_Raw)
```

```
> tableau17_temp$F_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau17_temp$F_Value_Raw)
```

```
> # Pour p-value: si < 0.001, afficher "0.000", sinon 3 décimales (ou plus si besoin)
```

```
> # La p-value ici est 4.15e-05
```

```
> tableau17_temp$P_Value_Formatted <- ifelse(
```

```
+ tableau17_temp$P_Value_Raw < 0.0005 & tableau17_temp$P_Value_Raw != 0,
```

```
+ "0.000",
```

```
+ sprintf("%.3f", round(tableau17_temp$P_Value_Raw, 3))
```

```
+)
```

```
> tableau17_temp$P_Value_Formatted[tableau17_temp$P_Value_Raw == 0] <- "0.000"
```

```
> tableau17_temp$GES_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau17_temp$GES_Raw)
```

```

>
>
> # Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final
> tableau17_output_final <- data.frame(
+   `Source de variation (مصدر التباين)` = tableau17_temp$Source_Var,
+   `Degrés de liberté (DFn)` = tableau17_temp$DFn_Formatted,
+   `Degrés de liberté Erreur (DFd)` = tableau17_temp$DFd_Formatted,
+   `Valeur F (قيمة ف)` = tableau17_temp$F_Value_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau17_temp$P_Value_Formatted,
+   `Taille d'effet (ges)` = tableau17_temp$GES_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau formaté
> cat("Tableau 17 formaté :\n")
Tableau 17 formaté :
> print(tableau17_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين. Degrés.de.liberté..DFn. Degrés.de.liberté.Erreur..DFd. Valeur.F..قيمة.ف.
      temps          2          12          26.242
Niveau.de.Signification..p. Taille.d.effet..ges.
      0.000          0.695
> # --- SECTION 18: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les scores de symptômes somatiques ---
> # (Correspond au Tableau 18 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 18: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les symptômes somatiques ---\n\n")

```

--- SECTION 18: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les symptômes somatiques ---

```

>
> # Extraire les résultats des corrections de sphéricité de l'objet res_anova_soma
> sphericity_corrections_soma <- res_anova_soma$`Sphericity Corrections`
>
> # --- Création du tableau temporaire avec des noms simples ---
> # Pour Greenhouse-Geisser (GG)
> gg_data_temp <- data.frame(
+   Source_Var_Desc = paste(sphericity_corrections_soma$Effect, "(GG)"),
+   Correction_Coeff_Raw = sphericity_corrections_soma$GGe,
+   Corrected_DF_Raw = sphericity_corrections_soma$DF[GG], # C'est déjà une chaîne
+   P_Value_Raw = sphericity_corrections_soma$p[GG]
+ )
>
> # Pour Huynh-Feldt (HF)
> hf_data_temp <- data.frame(
+   Source_Var_Desc = paste(sphericity_corrections_soma$Effect, "(HF)"),
+   Correction_Coeff_Raw = sphericity_corrections_soma$HFe,
+   Corrected_DF_Raw = sphericity_corrections_soma$DF[HF], # C'est déjà une chaîne
+   P_Value_Raw = sphericity_corrections_soma$p[HF]
+ )
>
> # Combiner les données temporaires
> tableau18_temp <- rbind(gg_data_temp, hf_data_temp)
>
> # --- Formatage des colonnes numériques ---
> tableau18_temp$Correction_Coeff_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau18_temp$Correction_Coeff_Raw)
> # p-value: votre document a 0.000666 et 0.000293. Donc 6 décimales.
> tableau18_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.6f", tableau18_temp$P_Value_Raw)
>
> # --- Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final ---
> tableau18_output_final <- data.frame(
+   `Source de variation (مصدر التباين)` = tableau18_temp$Source_Var_Desc,
+   `Coefficient de correction (معامل التصحيح)` = tableau18_temp$Correction_Coeff_Formatted,
+   `Degrés de liberté corrigés (درجات الحرية المصححة)` = tableau18_temp$Corrected_DF_Raw,

```

## قائمة الملاحق

```
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau18_temp$P_Value_Formatted
+)
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 18 formaté :\n")
Tableau 18 formaté :
> print(tableau18_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين.. Coefficient.de.correction..معامل.التصحیح..
      temps (GG)                0.648
      temps (HF)                0.751
Degrés.de.liberté.corrigés..درجات.الحرية.المصححة.. Niveau.de.Signification..p.
      1.3, 7.77                0.000666
      1.5, 9.02                0.000293
> # --- SECTION 19: Test de Friedman pour les scores de symptômes somatiques ---
> # (Correspond au Tableau 19 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 19: Test de Friedman pour les scores de symptômes somatiques ---\n\n")
```

--- SECTION 19: Test de Friedman pour les scores de symptômes somatiques ---

```
>
> # Les données soma_scores_long sont déjà prêtes.
> friedman_soma_results <- friedman.test(score_soma ~ temps | id, data = soma_scores_long)
>
> # --- Création du tableau temporaire avec des noms simples ---
> tableau19_temp <- data.frame(
+   Variable_Desc = "Score de Symptômes Somatiques (الدرجة)",
+   Echantillon_N = length(unique(soma_scores_long$Id)), # N
+   Friedman_Stat_Raw = friedman_soma_results$Statistic,
+   DF_Raw = friedman_soma_results$parameter,
+   P_Value_Raw = friedman_soma_results$p.value
+)
>
> # --- Formatage des colonnes numériques ---
> # Votre doc: Friedman = 11.76 (2 décimales, mais R donne 11.76471, donc on va arrondir à 2 décimales)
> # p-value = 0.002795 (6 décimales) ou 0.00373 dans le doc (peut-être une erreur de copie dans le doc car c'est la p-value
du Tableau 8 ?)
> # La p-value du test de Friedman pour les symptômes somatiques devrait être différente de celle pour la dépression.
> # Nous allons utiliser la p-value calculée par R.
> tableau19_temp$Friedman_Stat_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau19_temp$Friedman_Stat_Raw)
> tableau19_temp$DF_Formatted <- as.integer(tableau19_temp$DF_Raw)
> tableau19_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.6f", tableau19_temp$P_Value_Raw) # Utiliser la p-value de R
>
> # --- Sélectionner et renommer les colonnes pour l'output final ---
> tableau19_output_final <- data.frame(
+   `Variable (المتغير)` = tableau19_temp$Variable_Desc,
+   `Échantillon (العينة)` = tableau19_temp$Echantillon_N,
+   `Valeur de Friedman (قيمة فريدمان)` = tableau19_temp$Friedman_Stat_Formatted,
+   `Degrés de liberté (درجات الحرية)` = tableau19_temp$DF_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau19_temp$P_Value_Formatted
+)
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 19 formaté :\n")
Tableau 19 formaté :
> print(tableau19_output_final, row.names = FALSE)
      Variable..المتغير.. Échantillon..العينة.. Valeur.de.Friedman..قيمة فريدمان..
Score de Symptômes Somatiques 11.76                7                (الدرجة)
Degrés.de.liberté..درجات.الحرية.. Niveau.de.Signification..p.
      2                0.002795
>
```

```
> # Afficher les résultats bruts pour vérification  
> cat("\nRésultats bruts du test de Friedman pour symptômes somatiques:\n")
```

```
Résultats bruts du test de Friedman pour symptômes somatiques:  
> print(friedman_soma_results)
```

### Friedman rank sum test

```
data: score_soma and temps and id  
Friedman chi-squared = 11.76, df = 2, p-value = 0.002795
```

```
>
```

```
> # --- SECTION 20: Tests de Wilcoxon pour comparaisons post-hoc des scores de symptômes somatiques ---  
> # (Correspond au Tableau 20 de votre document)  
>  
> cat("\n\n--- SECTION 20: Tests de Wilcoxon pour comparaisons post-hoc des symptômes somatiques ---\n\n")
```

```
--- SECTION 20: Tests de Wilcoxon pour comparaisons post-hoc des symptômes somatiques ---
```

```
>
```

```
> # Rappel des variables: soma_pre, soma_post, soma_suivi
```

```
>
```

```
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
```

```
> wilcox_soma_pre_post <- wilcox.test(soma_pre, soma_post, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
```

```
Message d'avis :
```

```
Dans wilcox.test.default(soma_pre, soma_post, paired = TRUE, conf.int = TRUE, :  
  requête conf.level impossible à atteindre
```

```
>
```

```
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
```

```
> wilcox_soma_pre_suivi <- wilcox.test(soma_pre, soma_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
```

```
Message d'avis :
```

```
Dans wilcox.test.default(soma_pre, soma_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, :  
  requête conf.level impossible à atteindre
```

```
>
```

```
> # 3. Post-Test vs. Suivi
```

```
> wilcox_soma_post_suivi <- wilcox.test(soma_post, soma_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
```

```
Message d'avis :
```

```
Dans wilcox.test.default(soma_post, soma_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, :  
  requête conf.level impossible à atteindre
```

```
>
```

```
> # --- DEBUT DEBUG ---
```

```
> cat("Résultats bruts wilcox_soma_pre_post:\n")
```

```
Résultats bruts wilcox_soma_pre_post:
```

```
> print(wilcox_soma_pre_post)
```

### Wilcoxon signed rank test with continuity correction

```
data: soma_pre and soma_post
```

```
V = 28, p-value = 0.02201
```

```
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

```
90 percent confidence interval:
```

```
3.499984 6.999975
```

```
sample estimates:
```

```
(pseudo)median
```

```
4.722
```

```
> cat("\nRésultats bruts wilcox_soma_pre_suivi:\n")
```

```
Résultats bruts wilcox_soma_pre_suivi:  
> print(wilcox_soma_pre_suivi)
```

Wilcoxon signed rank test with continuity correction

```
data: soma_pre and soma_suivi  
V = 28, p-value = 0.02201  
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0  
90 percent confidence interval:  
 3.499917 7.999993  
sample estimates:  
(pseudo)median  
 4.81238
```

```
> cat("\nRésultats bruts wilcox_soma_post_suivi:\n")
```

```
Résultats bruts wilcox_soma_post_suivi:  
> print(wilcox_soma_post_suivi)
```

Wilcoxon signed rank test with continuity correction

```
data: soma_post and soma_suivi  
V = 7, p-value = 0.5775  
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0  
60 percent confidence interval:  
 -1 2  
sample estimates:  
(pseudo)median  
 0.5
```

```
> # --- FIN DEBUG ---
```

```
>
```

```
> # Fonction pour extraire les IC en toute sécurité (déjà définie, mais rappel)
```

```
> get_conf_int_value <- function(wilcox_result, index) {  
+   if (!is.null(wilcox_result$conf.int) && length(wilcox_result$conf.int) == 2) {  
+     return(wilcox_result$conf.int[index])  
+   } else {  
+     return(NA_real_)  
+   }  
+ }
```

```
>
```

```
> # --- Création du tableau temporaire ---
```

```
> tableau20_temp <- data.frame(  
+   Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (القياس القبلي مقابل القياس البعدي)",  
+     "Pré-Test - Suivi (القياس القبلي مقابل المتبعي)",  
+     "Post-Test - Suivi (القياس البعدي مقابل المتبعي)"),  
+   V_Stat_Raw = c(wilcox_soma_pre_post$statistic,  
+     wilcox_soma_pre_suivi$statistic,  
+     wilcox_soma_post_suivi$statistic),  
+   P_Value_Raw = c(wilcox_soma_pre_post$p.value,  
+     wilcox_soma_pre_suivi$p.value,  
+     wilcox_soma_post_suivi$p.value),  
+   IC_Inf_Raw = c(get_conf_int_value(wilcox_soma_pre_post, 1),  
+     get_conf_int_value(wilcox_soma_pre_suivi, 1),  
+     get_conf_int_value(wilcox_soma_post_suivi, 1)),  
+   IC_Sup_Raw = c(get_conf_int_value(wilcox_soma_pre_post, 2),  
+     get_conf_int_value(wilcox_soma_pre_suivi, 2),  
+     get_conf_int_value(wilcox_soma_post_suivi, 2))  
+ )
```

```

>
> # --- Formatage ---
> tableau20_temp$V_Stat_Formatted <- as.integer(tableau20_temp$V_Stat_Raw)
> # p-value: votre doc a 0.022, 0.022, 0.578. Donc 3 décimales, sauf si plus petit.
> tableau20_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", round(tableau20_temp$P_Value_Raw, 3))
> # Ajustement pour les p-values très petites si nécessaire (ex: 0.022 vs 0.0225)
> # Le document a 0.022. Notre calcul pour la dépression donnait 0.0225.
> # Si la p-value brute de R est (par exemple) 0.02249, round(..., 3) donne 0.022.
> # Si la p-value brute est 0.0215, round(..., 3) donne 0.022.
> # Le document affiche 0.022, donc 3 décimales arrondies devraient fonctionner.
>
> tableau20_temp$IC_Inf_Formatted <- sprintf("%.1f", tableau20_temp$IC_Inf_Raw) # 1 décimale
> tableau20_temp$IC_Sup_Formatted <- sprintf("%.0f", tableau20_temp$IC_Sup_Raw) # 0 décimale pour Supérieur
>
>
> # --- Tableau final ---
> tableau20_output_final <- data.frame(
+ `Comparaison (المقارنة)` = tableau20_temp$Comparaison_Desc,
+ `Valeur Wilcoxon V (إحصائية V)` = tableau20_temp$V_Stat_Formatted,
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau20_temp$P_Value_Formatted,
+ `IC 95% Inférieur` = tableau20_temp$IC_Inf_Formatted,
+ `IC 95% Supérieur` = tableau20_temp$IC_Sup_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("\nTableau 20 formaté :\n")

```

Tableau 20 formaté :

```

> print(tableau20_output_final, row.names = FALSE)

```

	المقارنة	Valeur Wilcoxon.V	إحصائية.V	Niveau.de.Signification..p
Pré-Test - Post-Test 0.022	28			(القياس القبلي مقابل القياس البعدي)
Pré-Test - Suivi 0.022	28			(القياس القبلي مقابل التتبعي)
Post-Test - Suivi 0.577	7			(القياس البعدي مقابل التتبعي)
IC.95..Inférieur				
3.5	7			
3.5	8			
-1.0	2			
IC.95..Supérieur				

```

>
> # --- SECTION 21 (VERSION R COHÉRENTE - Corrigé): Tests t pour symptômes somatiques ---
> cat("\n\n--- SECTION 21 (R COHÉRENT - Corrigé): Tests t pour symptômes somatiques ---\n")

```

```

--- SECTION 21 (R COHÉRENT - Corrigé): Tests t pour symptômes somatiques ---
> cat("Tableau 21: Résultats des tests t appariés pour les symptômes somatiques (calculs R)\n\n")
Tableau 21: Résultats des tests t appariés pour les symptômes somatiques (calculs R)

```

```

>
> # ttest_soma_pre_post, ttest_soma_pre_suivi, ttest_soma_post_suivi sont déjà calculés
>
> # Création du tableau temporaire avec des noms simples
> tableau21_temp_R <- data.frame(
+ Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (قبلي مقابل بعدي)",
+ "Pré-Test - Suivi (قبلي مقابل تتبعي)",
+ "Post-Test - Suivi (بعدي مقابل تتبعي)"),
+ T_Value_Raw = c(ttest_soma_pre_post$statistic,
+ ttest_soma_pre_suivi$statistic,
+ ttest_soma_post_suivi$statistic),
+ DF_Raw = c(ttest_soma_pre_post$parameter,
+ ttest_soma_pre_suivi$parameter,

```

## قائمة الملاحق

```

+      ttest_soma_post_suivi$parameter),
+ P_Value_Raw = c(ttest_soma_pre_post$p.value,
+      ttest_soma_pre_suivi$p.value,
+      ttest_soma_post_suivi$p.value),
+ IC_Inf_Raw = c(ttest_soma_pre_post$conf.int[1],
+      ttest_soma_pre_suivi$conf.int[1],
+      ttest_soma_post_suivi$conf.int[1]),
+ IC_Sup_Raw = c(ttest_soma_pre_post$conf.int[2],
+      ttest_soma_pre_suivi$conf.int[2],
+      ttest_soma_post_suivi$conf.int[2])
+)
>
> # Formatage
> tableau21_temp_RST_Value_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau21_temp_RST_Value_Raw)
> tableau21_temp_RSDF_Formatted <- as.integer(tableau21_temp_RSDF_Raw)
> tableau21_temp_RSP_Value_Formatted <- sapply(tableau21_temp_RSP_Value_Raw, function(p) {
+   if (p < 0.001) return(sprintf("%.4f", p))
+   else return(sprintf("%.3f", p))
+ })
> tableau21_temp_RSIC_Inf_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau21_temp_RSIC_Inf_Raw)
> tableau21_temp_RSIC_Sup_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau21_temp_RSIC_Sup_Raw)
>
> # Sélection et renommage pour le tableau final
> tableau21_R_version_final <- data.frame(
+ `Comparaison (المقارنة)` = tableau21_temp_RSComparaison_Desc,
+ `Valeur t` = tableau21_temp_RST_Value_Formatted,
+ `Degrés de liberté (df)` = tableau21_temp_RSDF_Formatted,
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau21_temp_RSP_Value_Formatted,
+ `IC 95% Inférieur` = tableau21_temp_RSIC_Inf_Formatted,
+ `IC 95% Supérieur` = tableau21_temp_RSIC_Sup_Formatted
+)
>
> print(tableau21_R_version_final, row.names = FALSE)
  Comparaison..المقارنة. Valeur.t Degrés.de.liberté..df. Niveau.de.Signification..p.
Pré-Test - Post-Test 0.001          6          5.92 (قبلي مقابل بعدي)
Pré-Test - Suivi 0.002             6          5.08 (قبلي مقابل تنبعي)
Post-Test - Suivi 0.569            6          0.60 (بعدي مقابل تنبعي)
IC.95..Inférieur IC.95..Supérieur
      2.93      7.07
      2.74      7.83
     -0.87      1.45
> # --- SECTION 22 (VERSION R COHÉRENTE): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---
> cat("\n\n--- SECTION 22 (R COHÉRENT): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---\n")

--- SECTION 22 (R COHÉRENT): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---
> cat("Tableau 22: Tailles d'effet pour les symptômes somatiques (calculs R)\n\n")
Tableau 22: Tailles d'effet pour les symptômes somatiques (calculs R)

>
> n_paires_soma <- ttest_soma_pre_post$parameter + 1
>
> cohen_d_soma_pre_post_R <- abs(ttest_soma_pre_post$statistic / sqrt(n_paires_soma))
> rosenthal_r_soma_pre_post_R <- cohen_d_soma_pre_post_R / sqrt(cohen_d_soma_pre_post_R^2 + 4)
>
> cohen_d_soma_pre_suivi_R <- abs(ttest_soma_pre_suivi$statistic / sqrt(n_paires_soma))
> rosenthal_r_soma_pre_suivi_R <- cohen_d_soma_pre_suivi_R / sqrt(cohen_d_soma_pre_suivi_R^2 + 4)
>
> cohen_d_soma_post_suivi_R <- abs(ttest_soma_post_suivi$statistic / sqrt(n_paires_soma))
> rosenthal_r_soma_post_suivi_R <- cohen_d_soma_post_suivi_R / sqrt(cohen_d_soma_post_suivi_R^2 + 4)
>
> tableau22_R_version <- data.frame(

```

## قائمة الملاحق

```

+ Comparaison = c("Pré-Test - Post-Test (قبلي مقابل بعدي)",
+ "Pré-Test - Suivi (قبلي مقابل تتبعي)",
+ "Post-Test - Suivi (بعدي مقابل تتبعي)"),
+ `Cohen d (حجم التأثير لكوهين)` = c(cohen_d_soma_pre_post_R,
+ cohen_d_soma_pre_suivi_R,
+ cohen_d_soma_post_suivi_R),
+ `Rosenthal r (حجم التأثير لروزنتال)` = c(rosenthal_r_soma_pre_post_R,
+ rosenthal_r_soma_pre_suivi_R,
+ rosenthal_r_soma_post_suivi_R)
+)
>
> # Formatage
> tableau22_R_version_formatted <- tableau22_R_version
> tableau22_R_version_formatted$`Cohen d (حجم التأثير لكوهين)` <- sprintf("%.3f",
tableau22_R_version_formatted$`Cohen.d..حجم.التأثير.لكوهين.`)
> tableau22_R_version_formatted$`Rosenthal r (حجم التأثير لروزنتال)` <- sprintf("%.3f",
tableau22_R_version_formatted$`Rosenthal.r..حجم.التأثير.لروزنتال.`)
>
> # Renommer les colonnes pour l'affichage final pour correspondre aux noms avec espaces/caractères spéciaux
> colnames(tableau22_R_version_formatted) <- c("Comparaison (المقارنة)", "Cohen d (حجم التأثير لكوهين)", "Rosenthal r ( حجم
(التأثير لروزنتال)")
>
>
> print(tableau22_R_version_formatted, row.names = FALSE)
      Comparaison (المقارنة) Cohen d (حجم التأثير لكوهين)
Pré-Test - Post-Test 2.2360680      (قبلي مقابل بعدي)
Pré-Test - Suivi 1.9209443      (قبلي مقابل تتبعي)
Post-Test - Suivi 0.2279212      (بعدي مقابل تتبعي)
Rosenthal r (حجم التأثير لروزنتال) NA NA
      0.7453560 2.236 0.745
      0.6927090 1.921 0.693
      0.1132277 0.228 0.113
> # --- SECTION 22 (VERSION R COHÉRENTE - Corrigé pour affichage): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---
> cat("\n\n--- SECTION 22 (R COHÉRENT - Corrigé pour affichage): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---\n")

--- SECTION 22 (R COHÉRENT - Corrigé pour affichage): Tailles d'effet pour symptômes somatiques ---
> cat("Tableau 22: Tailles d'effet pour les symptômes somatiques (calculs R)\n\n")
Tableau 22: Tailles d'effet pour les symptômes somatiques (calculs R)

>
> n_pairs_soma <- ttest_soma_pre_post$parameter + 1
>
> cohen_d_soma_pre_post_R_raw <- abs(ttest_soma_pre_post$statistic / sqrt(n_pairs_soma))
> rosenthal_r_soma_pre_post_R_raw <- cohen_d_soma_pre_post_R_raw / sqrt(cohen_d_soma_pre_post_R_raw^2 + 4)
>
> cohen_d_soma_pre_suivi_R_raw <- abs(ttest_soma_pre_suivi$statistic / sqrt(n_pairs_soma))
> rosenthal_r_soma_pre_suivi_R_raw <- cohen_d_soma_pre_suivi_R_raw / sqrt(cohen_d_soma_pre_suivi_R_raw^2 + 4)
>
> cohen_d_soma_post_suivi_R_raw <- abs(ttest_soma_post_suivi$statistic / sqrt(n_pairs_soma))
> rosenthal_r_soma_post_suivi_R_raw <- cohen_d_soma_post_suivi_R_raw / sqrt(cohen_d_soma_post_suivi_R_raw^2 +
4)
>
> # Création du tableau temporaire avec des noms simples
> tableau22_temp_R <- data.frame(
+ Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (قبلي مقابل بعدي)",
+ "Pré-Test - Suivi (قبلي مقابل تتبعي)",
+ "Post-Test - Suivi (بعدي مقابل تتبعي)"),
+ Cohen_D_Raw = c(cohen_d_soma_pre_post_R_raw,
+ cohen_d_soma_pre_suivi_R_raw,
+ cohen_d_soma_post_suivi_R_raw),
+ Rosenthal_R_Raw = c(rosenthal_r_soma_pre_post_R_raw,

```

## قائمة الملاحق

```

+      rosenthal_r_soma_pre_suivi_R_raw,
+      rosenthal_r_soma_post_suivi_R_raw)
+)
>
> # Formatage en utilisant les noms de colonnes simples du tableau temporaire
> tableau22_temp_R$Cohen_D_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau22_temp_R$Cohen_D_Raw)
> tableau22_temp_R$Rosenthal_R_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau22_temp_R$Rosenthal_R_Raw)
>
> # Sélection et renommage pour le tableau final
> tableau22_R_version_final <- data.frame(
+   `Comparaison (المقارنة)` = tableau22_temp_R$Comparaison_Desc,
+   `Cohen d (حجم التأثير لكوهين)` = tableau22_temp_R$Cohen_D_Formatted,
+   `Rosenthal r (حجم التأثير لروزنتال)` = tableau22_temp_R$Rosenthal_R_Formatted
+)
>
> print(tableau22_R_version_final, row.names = FALSE)
      Comparaison..المقارنة. Cohen.d..التأثير لكوهين.
Pré-Test - Post-Test 2.236      (قبلي مقابل بعدي)
Pré-Test - Suivi 1.921        (قبلي مقابل تتبعي)
Post-Test - Suivi 0.228       (بعدي مقابل تتبعي)
Rosenthal.r..التأثير لروزنتال.
      0.745
      0.693
      0.113

>
> # --- SECTION 23: Statistiques Descriptives pour les Scores de Symptômes Psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 23 de votre document)
>
> cat("\n\n--- ANALYSES POUR LES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ---\n")

--- ANALYSES POUR LES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ---
> cat("--- SECTION 23: Statistiques Descriptives pour les Scores de Symptômes Psychologiques ---\n\n")
--- SECTION 23: Statistiques Descriptives pour les Scores de Symptômes Psychologiques ---

>
> # Variables pour les scores de symptômes psychologiques
> psy_pre <- ma_base_de_donnees$PsyPreT
> psy_post <- ma_base_de_donnees$PSYpost # Attention à la casse ici
> psy_suivi <- ma_base_de_donnees$PsySui
>
> # S'assurer que la fonction get_descriptives est celle qui calcule Kurtosis Brut (excès + 3)
> # et skewness type 1. Elle devrait déjà être dans votre environnement.
> # get_descriptives <- fonction(variable, variable_name) { ... }
>
> # Calculer les statistiques pour chaque temps de mesure
> stats_psy_pre <- get_descriptives(psy_pre, "Symptômes Psychologiques Pré-Test")
> stats_psy_post <- get_descriptives(psy_post, "Symptômes Psychologiques Post-Test")
> stats_psy_suivi <- get_descriptives(psy_suivi, "Symptômes Psychologiques Suivi")
>
> # Créer le tableau formaté avec les noms de colonnes simples d'abord
> tableau23_temp <- data.frame(
+   Statistique_Desc = c("Moyenne", "Médiane", "Écart-Type", "Variance",
+     "Minimum", "Maximum", "Étendue", "Skewness", "Kurtosis (Brut)",
+     "Erreur Standard", "IC 95% - Inférieur", "IC 95% - Supérieur"),
+   Pre_Test_Raw = c(stats_psy_pre$Moyenne, stats_psy_pre$Mediane, stats_psy_pre$Ecart_Type,
stats_psy_pre$Variance,
+     stats_psy_pre$Minimum, stats_psy_pre$Maximum, stats_psy_pre$Etendue,
+     stats_psy_pre$Skewness, stats_psy_pre$Kurtosis_Brut, stats_psy_pre$Erreur_Standard,

```

## قائمة الملاحق

```

+       stats_psy_pre$IC_95_Inf, stats_psy_pre$IC_95_Sup),
+   Post_Test_Raw = c(stats_psy_post$Moyenne, stats_psy_post$Mediane, stats_psy_post$Ecart_Type,
stats_psy_post$Variance,
+       stats_psy_post$Minimum, stats_psy_post$Maximum, stats_psy_post$Etendue,
+       stats_psy_post$Skewness, stats_psy_post$Kurtosis_Brut, stats_psy_post$Erreur_Standard,
+       stats_psy_post$IC_95_Inf, stats_psy_post$IC_95_Sup),
+   Suivi_Raw = c(stats_psy_suivi$Moyenne, stats_psy_suivi$Mediane, stats_psy_suivi$Ecart_Type,
stats_psy_suivi$Variance,
+       stats_psy_suivi$Minimum, stats_psy_suivi$Maximum, stats_psy_suivi$Etendue,
+       stats_psy_suivi$Skewness, stats_psy_suivi$Kurtosis_Brut, stats_psy_suivi$Erreur_Standard,
+       stats_psy_suivi$IC_95_Inf, stats_psy_suivi$IC_95_Sup)
+)
>
> # Formater les colonnes
> # Le document original a 1 décimale pour Moyenne, 0 pour Médiane, 2 pour ET, 1 pour Var,
> # 0 pour Min/Max/Etendue, 3 pour Skew, 2 pour Kurt, 2-3 pour Erreur Std, 1-3 pour IC.
> # C'est assez variable, donc on va essayer de s'en approcher.
>
> tableau23_output_formatted <- data.frame(
+   Statistique = tableau23_temp$Statistique_Desc
+ )
> tableau23_output_formatted$`Pré-Test` = c(
+   sprintf("%.1f", stats_psy_pre$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_psy_pre$Mediane),
+   sprintf("%.2f", stats_psy_pre$Ecart_Type), sprintf("%.1f", stats_psy_pre$Variance),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_pre$Minimum), sprintf("%.0f", stats_psy_pre$Maximum),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_pre$Etendue),
+   sprintf("%.3f", stats_psy_pre$Skewness), sprintf("%.2f", stats_psy_pre$Kurtosis_Brut),
+   sprintf("%.2f", stats_psy_pre$Erreur_Standard), # Doc a 2 décimales ici
+   sprintf("%.1f", stats_psy_pre$IC_95_Inf), sprintf("%.1f", stats_psy_pre$IC_95_Sup)
+ )
> tableau23_output_formatted$`Post-Test` = c(
+   sprintf("%.2f", stats_psy_post$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_psy_post$Mediane), # Doc a 2 décimales pour
Moyenne Post
+   sprintf("%.2f", stats_psy_post$Ecart_Type), sprintf("%.1f", stats_psy_post$Variance),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_post$Minimum), sprintf("%.0f", stats_psy_post$Maximum),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_post$Etendue),
+   sprintf("%.3f", stats_psy_post$Skewness), sprintf("%.2f", stats_psy_post$Kurtosis_Brut),
+   sprintf("%.2f", stats_psy_post$Erreur_Standard), # Doc a 2 décimales ici
+   sprintf("%.2f", stats_psy_post$IC_95_Inf), sprintf("%.2f", stats_psy_post$IC_95_Sup)
+ )
> tableau23_output_formatted$`Suivi` = c(
+   sprintf("%.2f", stats_psy_suivi$Moyenne), sprintf("%.0f", stats_psy_suivi$Mediane), # Doc a 2 décimales pour
Moyenne Suivi
+   sprintf("%.2f", stats_psy_suivi$Ecart_Type), sprintf("%.1f", stats_psy_suivi$Variance),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_suivi$Minimum), sprintf("%.0f", stats_psy_suivi$Maximum),
+   sprintf("%.0f", stats_psy_suivi$Etendue),
+   sprintf("%.3f", stats_psy_suivi$Skewness), sprintf("%.2f", stats_psy_suivi$Kurtosis_Brut),
+   sprintf("%.2f", stats_psy_suivi$Erreur_Standard), # Doc a 2 décimales ici
+   sprintf("%.3f", stats_psy_suivi$IC_95_Inf), sprintf("%.2f", stats_psy_suivi$IC_95_Sup) # Doc a 3 pour IC inf ici
+ )
>
> print(tableau23_output_formatted, row.names = FALSE)
  Statistique Pré-Test Post-Test Suivi
  Moyenne   23.9    4.14  3.57
  Médiane    23     5    4
  Écart-Type  8.63   3.24  3.31
  Variance   74.5   10.5  11.0
  Minimum    14     1    0
  Maximum    36     9    8
  Étendue    22     8    8
  Skewness   0.149  0.244 0.109
  Kurtosis (Brut) 1.49  1.62 1.45

```

## قائمة الملاحق

Erreur Standard 3.26 1.22 1.25  
 IC 95% - Inférieur 15.9 1.15 0.511  
 IC 95% - Supérieur 31.8 7.14 6.63

> cat("\nN (nombre de participants valides) pour les symptômes psychologiques:", stats\_psy\_pre\$N\_valide, "\n")

N (nombre de participants valides) pour les symptômes psychologiques: 7

--- SECTION 24 (Corrigé pour affichage): Test de Shapiro-Wilk pour symptômes psychologiques ---

```
>
> # shapiro_psy_pre, shapiro_psy_post, shapiro_psy_suivi sont déjà calculés
>
> # Créer le tableau temporaire avec des noms simples
> tableau24_temp <- data.frame(
+   Temps_Desc = c("Pré-Test (قبلي)",
+                 "Post-Test (بعدي)",
+                 "Suivi (تتبعي)"),
+   Shapiro_W_Raw = c(shapiro_psy_pre$statistic,
+                     shapiro_psy_post$statistic,
+                     shapiro_psy_suivi$statistic),
+   P_Value_Raw = c(shapiro_psy_pre$p.value,
+                   shapiro_psy_post$p.value,
+                   shapiro_psy_suivi$p.value)
+ )
>
> # Formater les colonnes
> tableau24_temp$Shapiro_W_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau24_temp$Shapiro_W_Raw)
> tableau24_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau24_temp$P_Value_Raw)
>
> # Sélectionner et renommer pour le tableau final
> tableau24_output_final <- data.frame(
+   `Temps` = tableau24_temp$Temps_Desc,
+   `Coefficient Shapiro-Wilk` = tableau24_temp$Shapiro_W_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p-value)` = tableau24_temp$P_Value_Formatted
+ )
>
> print(tableau24_output_final, row.names = FALSE)
      Temps Coefficient.Shapiro.Wilk Niveau.de.Signification..p.value.
Pré-Test 0.452                0.918                (قبلي)
Post-Test 0.163                0.864                (بعدي)
Suivi 0.304                   0.895                (تتبعي)
```

```
>
> # --- SECTION 25: Skewness des différences des scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 25 de votre document)
```

```
>
> cat("\n\n--- SECTION 25: Skewness des différences des scores de symptômes psychologiques ---\n\n")
```

--- SECTION 25: Skewness des différences des scores de symptômes psychologiques ---

```
>
> # Calculer les variables de différence pour les symptômes psychologiques
> # psy_pre, psy_post, psy_suivi sont déjà définis
> diff_psy_post_pre <- psy_post - psy_pre
> diff_psy_suivi_post <- psy_suivi - psy_post
> diff_psy_suivi_pre <- psy_suivi - psy_pre
>
> # Calculer le skewness pour chaque différence (en utilisant type = 1)
> skew_diff_psy_post_pre <- e1071::skewness(diff_psy_post_pre, na.rm = TRUE, type = 1)
> skew_diff_psy_suivi_post <- e1071::skewness(diff_psy_suivi_post, na.rm = TRUE, type = 1)
```

## قائمة الملاحق

```

> skew_diff_psy_suivi_pre <- e1071::skewness(diff_psy_suivi_pre, na.rm = TRUE, type = 1)
>
> # Créer le tableau temporaire avec des noms simples
> tableau25_temp <- data.frame(
+   Comparaison_Desc = c("Post-Test - Pré-Test (بعدي - قبلي)",
+     "Suivi - Post-Test (تتبعي - بعدي)",
+     "Suivi - Pré-Test (قبلي - تتبعي)"),
+   Skewness_Raw = c(skew_diff_psy_post_pre,
+     skew_diff_psy_suivi_post,
+     skew_diff_psy_suivi_pre)
+ )
>
> # Formater
> # Votre doc a 0.158, 0.548, -0.001 (ou -0.0007). Donc 3-4 décimales.
> tableau25_temp$Skewness_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau25_temp$Skewness_Raw)
> # Ajustement pour la dernière valeur si besoin de plus de précision
> if (abs(tableau25_temp$Skewness_Raw[3]) < 0.001 && tableau25_temp$Skewness_Raw[3] != 0) {
+   tableau25_temp$Skewness_Formatted[3] <- sprintf("%.4f", tableau25_temp$Skewness_Raw[3])
+ }
>
>
> # Sélection et renommage pour le tableau final
> tableau25_output_final <- data.frame(
+   `Comparaison (المقارنة)` = tableau25_temp$Comparaison_Desc,
+   `Skewness (الالتواء)` = tableau25_temp$Skewness_Formatted
+ )
>
> print(tableau25_output_final, row.names = FALSE)
      Comparaison..المقارنة. Skewness..الالتواء.
Post-Test - Pré-Test 0.158      (بعدي - قبلي)
Suivi - Post-Test 0.548      (تتبعي - بعدي)
Suivi - Pré-Test 0.0007-    (تتبعي - قبلي)

```

>

```

> # --- SECTION 26: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 26 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 26: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes
psychologiques ---\n\n")

```

--- SECTION 26: Test de Shapiro-Wilk pour la normalité des différences des scores de symptômes psychologiques ---

```

>
> # diff_psy_post_pre, diff_psy_suivi_post, diff_psy_suivi_pre sont déjà définis
>
> # Test de Shapiro-Wilk pour les différences des symptômes psychologiques
> shapiro_diff_psy_post_pre <- shapiro.test(diff_psy_post_pre)
> shapiro_diff_psy_suivi_post <- shapiro.test(diff_psy_suivi_post)
> shapiro_diff_psy_suivi_pre <- shapiro.test(diff_psy_suivi_pre)
>
> # Créer le tableau temporaire avec des noms simples
> tableau26_temp <- data.frame(
+   Comparaison_Desc = c("Post-Test - Pré-Test (بعدي-قبلي)",
+     "Suivi - Post-Test (تتبعي-بعدي)",
+     "Suivi - Pré-Test (قبلي-تتبعي)"),
+   Shapiro_W_Raw = c(shapiro_diff_psy_post_pre$statistic,
+     shapiro_diff_psy_suivi_post$statistic,
+     shapiro_diff_psy_suivi_pre$statistic),
+   P_Value_Raw = c(shapiro_diff_psy_post_pre$p.value,

```

## قائمة الملاحق

```

+      shapiro_diff_psy_suivi_post$p.value,
+      shapiro_diff_psy_suivi_pre$p.value)
+)
>
> # Formater les colonnes
> # Votre doc a 3 décimales pour le coef. et 3 pour la p-value.
> tableau26_temp$Shapiro_W_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau26_temp$Shapiro_W_Raw)
> tableau26_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau26_temp$P_Value_Raw)
>
> # Sélectionner et renommer pour le tableau final
> tableau26_output_final <- data.frame(
+   `Comparaison (المقارنة)` = tableau26_temp$Comparaison_Desc,
+   `Coefficient Shapiro-Wilk (معامل شابيرو ويلك)` = tableau26_temp$Shapiro_W_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p-value)` = tableau26_temp$P_Value_Formatted
+)
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau26_output_final, row.names = FALSE)
  Comparaison..المقارنة. Coefficient.Shapiro.Wilk..معامل شابيرو ويلك.
Post-Test - Pré-Test 0.965                (بعدي-قبلي)
Suivi - Post-Test 0.943                  (تتبعي-بعدي)
Suivi - Pré-Test 0.936                   (تتبعي-قبلي)
Niveau.de.Signification..p.value.
      0.857
      0.662
      0.604

```

>

### --- SECTION 27: Test de Sphéricité de Mauchly pour les symptômes psychologiques ---

```

>
> # Préparer les données des symptômes psychologiques au format long
> psy_scores_wide <- ma_base_de_donnees %>%
+   select(VAR00001, PsyPreT, PSYposT, PsySui) %>% # Attention à PSYposT
+   rename(id = VAR00001, pre = PsyPreT, post = PSYposT, follow_up = PsySui)
>
> psy_scores_long <- psy_scores_wide %>%
+   pivot_longer(cols = -id, names_to = "temps", values_to = "score_psy") %>%
+   mutate(temps = factor(temps, levels = c("pre", "post", "follow_up")))
>
> # Exécuter l'ANOVA à mesures répétées pour obtenir le test de Mauchly
> res_anova_psy <- rstatix::anova_test(
+   data = psy_scores_long,
+   dv = score_psy,
+   wid = id,
+   within = temps
+)
>
> # Extraire les résultats du test de Mauchly
> mauchly_test_psy_results <- res_anova_psy$`Mauchly's Test for Sphericity`
>
> # Créer le tableau temporaire
> tableau27_temp <- data.frame(
+   Source_Var_Desc = "Temps (الوقت)", # Nom du facteur intra-sujet dans votre doc est "مصدر التباين", ici "الوقت"
+   Mauchly_W_Raw = mauchly_test_psy_results$W,
+   P_Value_Raw = mauchly_test_psy_results$p
+)
>
> # Formater
> # Votre doc a 3 décimales pour W et p.

```

## قائمة الملاحق

```
> tableau27_temp$Mauchly_W_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau27_temp$Mauchly_W_Raw)
> tableau27_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau27_temp$P_Value_Raw)
>
> # Sélectionner et renommer
> tableau27_output_final <- data.frame(
+   `Source de variation (مصدر التباين)` = tableau27_temp$Source_Var_Desc,
+   `Coefficient de Mauchly (W)` = tableau27_temp$Mauchly_W_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau27_temp$P_Value_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> print(tableau27_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين. Coefficient.de.Mauchly..W. Niveau.de.Signification..p.
          Temps 0.057          0.317          (الوقت)
>
> # Afficher aussi l'ANOVA complète pour référence (utile pour les tableaux 28 et 29)
> cat("\nRésultats de l'ANOVA pour symptômes psychologiques (pour référence):\n")
```

Résultats de l'ANOVA pour symptômes psychologiques (pour référence):

```
> print(res_anova_psy)
ANOVA Table (type III tests)
```

\$ANOVA

```
Effect DFn DFd F p p<.05 ges
1 temps 2 12 38.442 6.06e-06 * 0.764
```

\$`Mauchly's Test for Sphericity`

```
Effect W p p<.05
1 temps 0.317 0.057
```

\$`Sphericity Corrections`

```
Effect GGe DF[GG] p[GG] p[GG]<.05 HFe DF[HF] p[HF] p[HF]<.05
1 temps 0.594 1.19, 7.13 0.000319 * 0.657 1.31, 7.88 0.000172 *
```

>

```
> # --- SECTION 28: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 28 de votre document)
```

>

```
> cat("\n\n--- SECTION 28: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les symptômes psychologiques ---\n\n")
```

--- SECTION 28: ANOVA à mesures répétées (non corrigée) pour les symptômes psychologiques ---

>

```
> # Extraire les résultats de l'ANOVA non corrigée de l'objet res_anova_psy
```

```
> anova_non_corrige_psy <- res_anova_psy$ANOVA
```

>

```
> # Créer le data.frame temporaire
```

```
> tableau28_temp <- data.frame(
+   Source_Var = anova_non_corrige_psy$Effect,
+   DFn_Raw = anova_non_corrige_psy$DFn,
+   DFd_Raw = anova_non_corrige_psy$DFd,
+   F_Value_Raw = anova_non_corrige_psy$F,
+   P_Value_Raw = anova_non_corrige_psy$p,
+   GES_Raw = anova_non_corrige_psy$ges
+ )
```

>

```
> # Formatage
```

```
> tableau28_temp$DFn_Formatted = as.integer(tableau28_temp$DFn_Raw)
```

## قائمة الملاحق

```

> tableau28_temp$DFd_Formatted = as.integer(tableau28_temp$DFd_Raw)
> tableau28_temp$F_Value_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau28_temp$F_Value_Raw)
> # p-value: R donne 6.06e-06. Votre doc donne < 0.001 ou une notation similaire.
> # Le tableau lui-même a 6.06e-06
> # Nous allons formater en notation scientifique si p < 0.001, ou à 3 décimales sinon.
> # Ou directement afficher ce que R donne si c'est plus simple.
> # Pour p < 0.001, votre doc affiche "p < 0.001". Ici, le tableau montre 6.06e-06.
> # Pour être cohérent avec la valeur numérique du tableau:
> tableau28_temp$P_Value_Formatted <- ifelse(
+   tableau28_temp$P_Value_Raw < 0.00001, # Pour la notation scientifique
+   formatC(tableau28_temp$P_Value_Raw, format = "e", digits = 2), # 2 chiffres après la virgule pour la mantisse
+   sprintf("%.3f", round(tableau28_temp$P_Value_Raw, 3))
+ )
> # Si la p-value est 6.06e-06, formatC donne "6.06e-06". C'est parfait.
>
> tableau28_temp$GES_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau28_temp$GES_Raw)
>
> # Sélectionner et renommer
> tableau28_output_final <- data.frame(
+   `Source de variation (مصدر التباين)` = tableau28_temp$Source_Var,
+   `Degrés de liberté (DFn)` = tableau28_temp$DFn_Formatted,
+   `Degrés de liberté Erreur (DFd)` = tableau28_temp$DFd_Formatted, # Renommé ici
+   `Valeur F (قيمة ف)` = tableau28_temp$F_Value_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau28_temp$P_Value_Formatted,
+   `Taille d'effet (ges)` = tableau28_temp$GES_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau formaté
> cat("Tableau 28 formaté :\n")
Tableau 28 formaté :
> print(tableau28_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين.. Degrés.de.liberté..DFn. Degrés.de.liberté.Erreur..DFd.
           temps                2                12
Valeur.F..قيمة.ف. Niveau.de.Signification..p. Taille.d.effet..ges.
      38.442           6.06e-06           0.764
> # --- SECTION 29: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 29 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 29: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les symptômes psychologiques ---\n\n")

--- SECTION 29: ANOVA à mesures répétées (corrigée) pour les symptômes psychologiques ---

>
> # Extraire les résultats des corrections de sphéricité de l'objet res_anova_psy
> sphericity_corrections_psy <- res_anova_psy$`Sphericity Corrections`
>
> # --- Création du tableau temporaire ---
> # Pour Greenhouse-Geisser (GG)
> gg_data_psy_temp <- data.frame(
+   Source_Var_Desc = paste(sphericity_corrections_psy$Effect, "(GG)"),
+   Correction_Coeff_Raw = sphericity_corrections_psy$GGe,
+   Corrected_DF_Raw = sphericity_corrections_psy$`DF[GG]`,
+   P_Value_Raw = sphericity_corrections_psy$p[GG]
+ )
>
> # Pour Huynh-Feldt (HF)
> hf_data_psy_temp <- data.frame(
+   Source_Var_Desc = paste(sphericity_corrections_psy$Effect, "(HF)"),
+   Correction_Coeff_Raw = sphericity_corrections_psy$HFe,
+   Corrected_DF_Raw = sphericity_corrections_psy$`DF[HF]`,
+   P_Value_Raw = sphericity_corrections_psy$p[HF]

```

```

+ )
>
> tableau29_temp <- rbind(gg_data_psy_temp, hf_data_psy_temp)
>
> # --- Formatage ---
> tableau29_temp$Correction_Coeff_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau29_temp$Correction_Coeff_Raw)
> # p-value: votre document a 0.000319 et 0.000172. Donc 6 décimales.
> tableau29_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.6f", tableau29_temp$P_Value_Raw)
>
> # --- Sélection et renommer ---
> tableau29_output_final <- data.frame(
+ `Source de variation (مصدر التباين)` = tableau29_temp$Source_Var_Desc,
+ `Coefficient de correction (معامل التصحيح)` = tableau29_temp$Correction_Coeff_Formatted,
+ `Degrés de liberté corrigés (درجات الحرية المصححة)` = tableau29_temp$Corrected_DF_Raw, # Déjà une chaîne
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau29_temp$P_Value_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 29 formaté :\n")
Tableau 29 formaté :
> print(tableau29_output_final, row.names = FALSE)
Source.de.variation..مصدر.التباين.. Coefficient.de.correction..معامل.التصحيح.
      temps (GG)           0.594
      temps (HF)           0.657
Degrés.de.liberté.corrigés..درجات.الحرية.المصححة.. Niveau.de.Signification..p.
      1.19, 7.13           0.000319
      1.31, 7.88           0.000172
> # --- SECTION 30 (CORRECTED AND FINAL): Test de Friedman pour les scores de symptômes psychologiques ---
> cat("\n\n--- SECTION 30 (CORRECTED AND FINAL): Test de Friedman pour symptômes psychologiques ---\n\n")

--- SECTION 30 (CORRECTED AND FINAL): Test de Friedman pour symptômes psychologiques ---

>
> # Les données psy_scores_long sont déjà prêtes.
> friedman_psy_results <- friedman.test(score_psy ~ temps | id, data = psy_scores_long)
>
> # Créer le tableau temporaire
> tableau30_temp <- data.frame(
+ Test_Desc = "Friedman (فريدمان)",
+ Chi_Squared_Raw = friedman_psy_results$statistic,
+ DF_Raw = friedman_psy_results$parameter,
+ P_Value_Raw = friedman_psy_results$p.value
+ )
>
> # Formatage
> tableau30_temp$Chi_Squared_Formatted <- sprintf("%.2f", tableau30_temp$Chi_Squared_Raw)
> tableau30_temp$DF_Formatted <- as.integer(tableau30_temp$DF_Raw)
> tableau30_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.4f", tableau30_temp$P_Value_Raw) # Pour p=0.0037
>
> # Sélection et renommer
> tableau30_output_final_R_correct <- data.frame(
+ `Test (الاختبار)` = tableau30_temp$Test_Desc,
+ `Chi-carré (مربع كاي)` = tableau30_temp$Chi_Squared_Formatted,
+ `Degrés de liberté (درجات الحرية)` = tableau30_temp$DF_Formatted,
+ `Niveau de Signification (p)` = tableau30_temp$P_Value_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 30 (Version R correcte) :\n")
Tableau 30 (Version R correcte) :
> print(tableau30_output_final_R_correct, row.names = FALSE)

```

## قائمة الملاحق

درجات الحرية.. Degrés.de.liberté.. مربع.كاي.. Chi.carré.. الاختبار.. Test.  
 Friedman 2 11.19 (فريدمان)  
 Niveau.de.Signification..p.  
 0.0037

```
>
> # Afficher les résultats bruts pour vérification
> # cat("\nRésultats bruts du test de Friedman pour symptômes psychologiques:\n")
> # print(friedman_psy_results)
```

```
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 31 formaté (Test de Dunn) :\n")
Tableau 31 formaté (Test de Dunn) :
> print(tableau31_output_final, row.names = FALSE)
  Comparaison..المقارنة. Statistique.Z..إحصائية.Z. Niveau.de.Signification..p.
Post-Test - Pré-Test 0.003 2.988- (بعدي - قبلي)
Suivi - Pré-Test 0.001 3.377- (تتبعي - قبلي)
Suivi - Post-Test 0.697 0.390- (تتبعي - بعدي)
Niveau.de.Signification.Corrigé..p.adj.
0.008
0.002
1.000
```

```
>
> cat("\nRésultats bruts du test de Dunn pour symptômes psychologiques (rappel):\n")
```

Résultats bruts du test de Dunn pour symptômes psychologiques (rappel):

```
> print(dunn_psy_results)
# A tibble: 3 × 9
  .y. group1 group2 n1 n2 statistic p p.adj p.adj.signif
* <chr> <chr> <chr> <int> <int> <dbl> <dbl> <dbl> <chr>
1 score_psy pre post 7 7 -2.99 0.00281 0.00844 **
2 score_psy pre follow_up 7 7 -3.38 0.000732 0.00220 **
3 score_psy post follow_up 7 7 -0.390 0.697 1 ns
```

```
>
> # Tests de Wilcoxon pour comparaisons post-hoc des scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 32 de votre document)
>
> cat("\n\n--- SECTION 32: Tests de Wilcoxon pour symptômes psychologiques ---\n\n")
```

Tests de Wilcoxon pour symptômes psychologiques ---

```
>
> # Rappel des variables: psy_pre, psy_post, psy_suivi
>
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
> wilcox_psy_pre_post <- wilcox.test(psy_pre, psy_post, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
>
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
> wilcox_psy_pre_suivi <- wilcox.test(psy_pre, psy_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
>
> # 3. Post-Test vs. Suivi
> wilcox_psy_post_suivi <- wilcox.test(psy_post, psy_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, exact = FALSE, correct = TRUE)
Message d'avis :
Dans wilcox.test.default(psy_post, psy_suivi, paired = TRUE, conf.int = TRUE, :
  requête conf.level impossible à atteindre
```

```

>
> # --- DEBUT DEBUG ---
> # cat("Résultats bruts wilcox_psy_pre_post:\n"); print(wilcox_psy_pre_post)
> # cat("\nRésultats bruts wilcox_psy_pre_suivi:\n"); print(wilcox_psy_pre_suivi)
> # cat("\nRésultats bruts wilcox_psy_post_suivi:\n"); print(wilcox_psy_post_suivi)
> # --- FIN DEBUG ---
>
> # Fonction pour extraire les IC en toute sécurité (déjà définie)
> get_conf_int_value <- function(wilcox_result, index) {
+   if (!is.null(wilcox_result$conf.int) && length(wilcox_result$conf.int) == 2) {
+     return(wilcox_result$conf.int[index])
+   } else {
+     return(NA_real_)
+   }
+ }
>
> # --- Création du tableau temporaire ---
> tableau32_temp <- data.frame(
+   Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (القياس القبلي مقابل القياس البعدي)",
+     "Pré-Test - Suivi (القياس القبلي مقابل التتبعي)",
+     "Post-Test - Suivi (القياس البعدي مقابل التتبعي)"),
+   V_Stat_Raw = c(wilcox_psy_pre_post$statistic,
+     wilcox_psy_pre_suivi$statistic,
+     wilcox_psy_post_suivi$statistic),
+   P_Value_Raw = c(wilcox_psy_pre_post$p.value,
+     wilcox_psy_pre_suivi$p.value,
+     wilcox_psy_post_suivi$p.value),
+   IC_Inf_Raw = c(get_conf_int_value(wilcox_psy_pre_post, 1),
+     get_conf_int_value(wilcox_psy_pre_suivi, 1),
+     get_conf_int_value(wilcox_psy_post_suivi, 1)),
+   IC_Sup_Raw = c(get_conf_int_value(wilcox_psy_pre_post, 2),
+     get_conf_int_value(wilcox_psy_pre_suivi, 2),
+     get_conf_int_value(wilcox_psy_post_suivi, 2))
+ )
>> # --- Formatage ---
> # Votre doc: V (entier), p (4 déc.), IC Inf (1 déc.), IC Sup (0 déc.)
> tableau32_temp$V_Stat_Formatted <- as.integer(tableau32_temp$V_Stat_Raw)
> tableau32_temp$P_Value_Formatted <- sprintf("%.4f", tableau32_temp$P_Value_Raw)
> tableau32_temp$IC_Inf_Formatted <- sprintf("%.1f", tableau32_temp$IC_Inf_Raw)
> tableau32_temp$IC_Sup_Formatted <- sprintf("%.0f", tableau32_temp$IC_Sup_Raw) # Doc a 0 décimales
>
> # --- Tableau final ---
> tableau32_output_final <- data.frame(
+   `Comparaison (المقارنة)` = tableau32_temp$Comparaison_Desc,
+   `Valeur Wilcoxon V (إحصائية V)` = tableau32_temp$V_Stat_Formatted,
+   `Niveau de Signification (p)` = tableau32_temp$P_Value_Formatted,
+   `IC 95% Inférieur` = tableau32_temp$IC_Inf_Formatted,
+   `IC 95% Supérieur` = tableau32_temp$IC_Sup_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 32 formaté (Tests de Wilcoxon) :\n")
Tableau 32 formaté (Tests de Wilcoxon) :
> print(tableau32_output_final, row.names = FALSE)
  Comparaison..المقارنة.  Valeur.Wilcoxon.V..إحصائية.V.
Pré-Test - Post-Test 28      (القياس القبلي مقابل القياس البعدي)
  Pré-Test - Suivi 28      (القياس القبلي مقابل التتبعي)
  Post-Test - Suivi 12      (القياس البعدي مقابل التتبعي)
Niveau.de.Signification..p. IC.95..Inférieur IC.95..Supérieur
      0.0223      11.5      27
      0.0225      10.5      31
      0.7525      -3.0      4

```

```

> # --- SECTION 34: Tailles d'effet pour les scores de symptômes psychologiques ---
> # (Correspond au Tableau 34 de votre document - UTILISATION DES CALCULS R COHÉRENTS)
>
> cat("\n\n--- SECTION 34: Tailles d'effet pour symptômes psychologiques (calculs R cohérents) ---\n\n")

--- SECTION 34: Tailles d'effet pour symptômes psychologiques (calculs R cohérents) ---
>
> # N (nombre de paires) est df + 1
> # ttest_psy_pre_post, ttest_psy_pre_suivi, ttest_psy_post_suivi sont déjà calculés
> n_paires_psy <- ttest_psy_pre_post$parameter + 1 # Devrait être 7
>
> # --- Calculs des statistiques brutes ---
> # 1. Pré-Test vs. Post-Test
> t_val_psy_pre_post <- ttest_psy_pre_post$statistic
> cohen_d_psy_pre_post_abs_R <- abs(t_val_psy_pre_post / sqrt(n_paires_psy))
> rosenthal_r_psy_pre_post_R <- cohen_d_psy_pre_post_abs_R / sqrt(cohen_d_psy_pre_post_abs_R^2 + 4)
>
> # 2. Pré-Test vs. Suivi
> t_val_psy_pre_suivi <- ttest_psy_pre_suivi$statistic
> cohen_d_psy_pre_suivi_abs_R <- abs(t_val_psy_pre_suivi / sqrt(n_paires_psy))
> rosenthal_r_psy_pre_suivi_R <- cohen_d_psy_pre_suivi_abs_R / sqrt(cohen_d_psy_pre_suivi_abs_R^2 + 4)
>
> # 3. Post-Test vs. Suivi
> t_val_psy_post_suivi <- ttest_psy_post_suivi$statistic
> cohen_d_psy_post_suivi_abs_R <- abs(t_val_psy_post_suivi / sqrt(n_paires_psy))
> rosenthal_r_psy_post_suivi_R <- cohen_d_psy_post_suivi_abs_R / sqrt(cohen_d_psy_post_suivi_abs_R^2 + 4)
>
> # --- Création du tableau temporaire ---
> tableau34_temp_R <- data.frame(
+   Comparaison_Desc = c("Pré-Test - Post-Test (قبلي مقابل بعدي)",
+     "Pré-Test - Suivi (قبلي مقابل تتبعي)",
+     "Post-Test - Suivi (بعدي مقابل تتبعي)"),
+   Cohen_D_Raw = c(cohen_d_psy_pre_post_abs_R,
+     cohen_d_psy_pre_suivi_abs_R,
+     cohen_d_psy_post_suivi_abs_R), # Document original utilise d positifs
+   Rosenthal_R_Raw = c(rosenthal_r_psy_pre_post_R,
+     rosenthal_r_psy_pre_suivi_R,
+     rosenthal_r_psy_post_suivi_R)
+ )
>
> # --- Formatage ---
> # Votre doc: Cohen d (3 déc.), Rosenthal r (3 déc.)
> tableau34_temp_R$Cohen_D_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau34_temp_R$Cohen_D_Raw)
> tableau34_temp_R$Rosenthal_R_Formatted <- sprintf("%.3f", tableau34_temp_R$Rosenthal_R_Raw)
>
> # --- Tableau final ---
> tableau34_output_final_R <- data.frame(
+   `Comparaison (المقارنة)` = tableau34_temp_R$Comparaison_Desc,
+   `Cohen d (معامل كوهين)` = tableau34_temp_R$Cohen_D_Formatted,
+   `Rosenthal r (معامل روزنتال)` = tableau34_temp_R$Rosenthal_R_Formatted
+ )
>
> # Afficher le tableau
> cat("Tableau 34 formaté (calculs R cohérents) :\n")
Tableau 34 formaté (calculs R cohérents) :
> print(tableau34_output_final_R, row.names = FALSE)
      معامل.روزنتال..Rosenthal.r.  معامل.كوهين..Cohen.d.  المقارنة..Comparaison.
Pré-Test - Post-Test 0.826          2.931              (قبلي مقابل بعدي)
Pré-Test - Suivi 0.740             2.202              (قبلي مقابل تتبعي)
Post-Test - Suivi 0.072            0.145              (بعدي مقابل تتبعي)
>

```