

فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي
في خفض أعراض الاكتئاب
لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية

إعداد

د/ وفاء محمد عبد الجواد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية جامعة حلوان

فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي ي خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية

فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية

د/ وفاء محمد عبد الجواد

مقدمة:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات المزاجية شيوعاً وانتشاراً، وكان ينظر إلى الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي مزاجي يرتبط بأواسط العمر وكبار السن، ولكن لوحظ في الآونة الأخيرة أنه أصبح شائعاً بين الشباب والأطفال، وأن الكثير منهم أصبح يتردد على العيادات النفسية لمعاناتهم من الأعراض الاكتئابية. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن ما يقرب من ٧٪ إلى ١٠٪ من سكان العالم يعانون من الاكتئاب، وهذا يعني أن هناك نسبة مرتفعة تقدر بالملايين من البشر يعانون من الاضطرابات الاكتئابية، كما يوجد حوالي ٨٠٠ ألف شخص في العالم يقدمون على الانتحار كل عام، كنتيجة مباشرة لزيادة درجة اضطراب الاكتئاب (لطفى الشريبي، ٢٠٠٤: ١٨). ويشير الكثير من البحوث إلى انتشار وزيادة معدلات الاكتئاب لدى طلاب وطالبات المدارس الثانوية (بدر الأنصاري، ١٩٩٧؛ غريب عبد الفتاح، ٢٠٠١؛ M odabber, et al' 2007؛ أحمد عبد الخالق و الدماطي، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠١٠)، ونظراً لأهمية المرحلة الثانوية؛ تلك المرحلة الحاسمة في حياة الطالب على المستوى الأكاديمي، حيث تنتقل به إلى مرحلة التعليم الجامعي كما تتميز بارتباطها بمرحلة نمائية مهمة من حياة الفرد، وهي المراهقة وما تنطوي عليه من السمات والخصائص التي تتميز بها تلك المرحلة. ولهذا يحاول البحث الحالي التدخل - كمنح تنموي إرشادي - من أجل خفض أعراض الاكتئاب باستخدام بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي؛ حيث أوضحت الكثير من البحوث والدراسات فاعليته في خفض الأعراض الاكتئابية كما أثبت الإرشاد المعرفي السلوكي نجاحه في التعامل مع أسباب الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي الذي يتعامل مع أعراض الاكتئاب.

مشكلة الدراسة:

من خلال إشراف الباحثة على طالبات التربية الميدانية بالمدارس الثانوية المختلفة، والتعامل مع طالبات المرحلة الثانوية، والحديث مع الأخصائية النفسية بالمدارس، لاحظت الباحثة انتشار بعض الأعراض التي تتسم بالتنشؤم واليأس الذي قد يؤدي في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير مثل الاكتئاب. وتزداد هذه الأعراض عندما تتدرج من الصف الأول الثانوي إلى الثالث الثانوي وهذا ما أشار إليه كثير من الأخصائيين النفسيين بالمدارس الثانوية. ومن خلال دراسة قامت بها الباحثة بعنوان مستويات الكمالية وأعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية تبين انتشار أعراض الاكتئاب بين الطالبات بالمرحلة الثانوية. كذلك أوضحت كثير من البحوث العربية والأجنبية انتشار أعراض الاكتئاب بين طلاب المرحلة الثانوية، والذي قد يرجع إلى قلق المستقبل أو الكمالية أو التشوه المعرفي. ومن هذه الدراسات على سبيل المثال (بدر الأنصاري، ١٩٩٧؛ Modabber, et al, 2007؛ السيد فهمي، ٢٠١٠؛ وفاء عبد الجواد، ٢٠١١).

ولهذا يحاول البحث الحالي بناء برنامج يهدف إلى خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية يستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي حيث أثبتت كثير من الدراسات فاعليته في خفض أعراض الاكتئاب. وباختصار فإن مشكلة الدراسة الراهنة تتركز في التساؤلين التاليين:

- ١) هل يمكن خفض أعراض الاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية؟
- ٢) ما مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في البحث الحالي والقائم على فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب؟

هدف البحث:

- ١) الهدف الرئيس في هذه الدراسة هو الوقوف على إمكانية خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية.
- ٢) الكشف عن فاعلية بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي المستخدم في البحث الحالي في خفض أعراض الاكتئاب.
- ٣) بناء برنامج منظم مخطط مبنى على أسس علمية ونظريات في الإرشاد، بهدف خفض أعراض الاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية، ومساعدتهن على مواجهة الضغوط والتعامل معها، والقدرة على حل المشكلات والاسترخاء حتى لا يصل الاكتئاب إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب قد يعيقهن عن الاستنكار

والقدرة على التحصيل والتركيز وتشتت الانتباه أو قد يصل بهن إلى التفكير في الانتحار.

أهمية الدراسة:

قد تفيد نتائج الدراسة الحالية في خفض أعراض الاكتئاب لدى الطلاب والطالبات بشكل واسع، ويتمويل أكبر مشروع تتبناه إدارة التوجيه والإرشاد في وزارة التربية والتعليم، وقد تؤدي نتائج هذا البحث إلى زيادة فاعلية العملية التعليمية وذلك من خلال التخفيف من حدة الاكتئاب وتدريب الطالبات على القدرة على حل المشكلات و تنفيذ الأفكار وإدارة الوقت وعادات الاستذكار الجيد والقدرة على الاستمتاع بالحياة والتدريب على برامج الاسترخاء.

الإطار النظري و المفاهيم الأساسية:

الإرشاد المعرفي السلوكي **Cognitive Behavior Counseling**:

يرجع الفضل للإرشاد المعرفي إلى (أرون بيك) ثم إلى (أليس) في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي، (وميكينيوم) في نظريته التعديل المعرفي السلوكي Cognitive behavior Modification حيث استخدمه في التدريب التحصيلي للضغوط .

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أفضل العلاجات للاضطراب الاكتئابي، حيث يهدف إلى إعادة البناء المعرفي بحيث تصبح العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، وبالتالي يتعامل مع السلوك اللا تكفي باعتباره نتاجاً للتفكير غير الوظيفي. ومن هنا تعتبر عملية الإرشاد المعرفي السلوكي عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (Herson & Bellek, 1998)، جمال الخطيب (١٩٩٤).

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات والسلوك معاً، وأن الاضطرابات النفسية تنتج من اضطراب حالات التفكير (Michael, 1992:202). ويؤكد (بيك) أن الإرشاد المعرفي السلوكي أسلوب لتعديل سلوك الفرد من خلال التأثير على عمليات التفكير، حيث يؤدي إلى تغيير الأفكار ومن ثم إلى تغيير السلوك وفي الوقت نفسه ينتج عن تغيير السلوك تغيير في الأفكار. وهذا يوضح أن الإرشاد المعرفي السلوكي عندما ركز على

الدور السلبي في حدوث الانفعالات والسلوك، لم يهمل دور تغير السلوك في الانفعالات والتفكير (Green, 2005: s 98).

وقد ثبتت فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، والتوتر، والقلق والوسواس القهري (Beck, 1988).

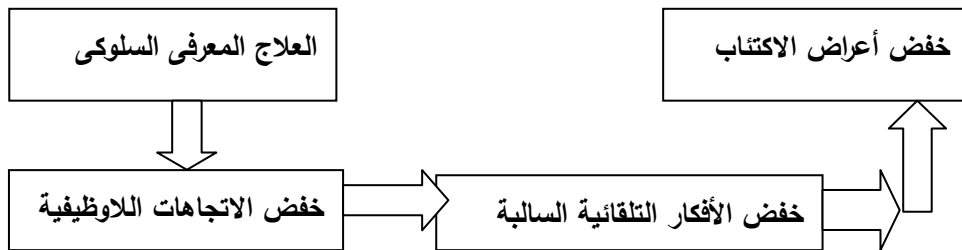
وتشير البحوث (Clark & Beck, 1999؛ Hollon & Shelton, 2001) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر دواما من العلاج الدوائي؛ حيث إنه يتعامل مع أسباب الاكتئاب، بينما يركز العلاج الدوائي على أعراض الاكتئاب، وبالتالي تقل حالات الانتكاس في حالة العلاج المعرفي السلوكي.

هذا بالإضافة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على الحد من الأفكار والمعارف السلبية وتعديلها وتصحيحها، وهذا التغير المعرفي في الأفكار التلقائية السلبية يؤدي إلى تعديل الاتجاهات المختلة وظيفيا، مما يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب (Shuttewood, 1998).

ويؤكد (Rupka et al. 2006) على أهمية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل أفكار الفرد المكتئب وبالتالي في خفض أعراض الاكتئاب.

وتعد التدخلات العلاجية القائمة على التعديل المعرفي السلوكي فعالة في النتائج التي تحققها، ويتم بناء هذه التدخلات بطريقة فعالة لكل من المعالج والعميل، حيث يتم اشتراك العميل في تصميم الخطة العلاجية، وبالتالي يصبح أكثر وعيا بذاته وينخرط في العمل، حيث يشكل كل من المعالج والعميل فريقا يعمل على التخفيف من الأفكار والسلوكيات اللامنطقية (Bellacke & kazdin, 1998, Kanfer & Goldstein, 1999).

ويساعد الإرشاد المعرفي السلوكي الفرد على التخلص من أفكاره اللامنطقية من خلال إعادة البناء المعرفي وخفض الاتجاهات المختلة وظيفيا reduction in dysfunctional Attitudes، وهذا بدوره يساعد على خفض المعارف والأفكار التلقائية السالبة مما يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب. " كما يتضح من الشكل التالي (Tion, S. & Bullbeack, 2006).



ويشير (ميكينبوم) مؤسس العلاج المعرفي السلوكي إلى أهمية تغيير معتقدات الفرد حيث تعد هي السبب الرئيس في سلوك الفرد واضطرابه. كما أن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه يلعب دورا هاما في سلوك الفرد.

ويعتمد الإرشاد المعرفي السلوكي على أساليب متعددة، وهي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تبصير الفرد بأسباب الاضطراب لديه، وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذا الاضطراب، بحيث يصبح جزءا من ذخيرته السلوكية على شكل أبنية معرفية. ويوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وضعتها النظرية المعرفية السلوكية (Bradburg, 2005) ومن هذه الأساليب: التحكم الذاتي self control، والتدريب على مهارات حل المشكلات Problem solving skills، والتعبير اللفظي عن الذات Self Verbalization، وفنية إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructure وما تتضمنه من تفنيد الأفكار، ودحض الأفكار، وإيقاف الأفكار السلبية.

ومما هو جدير بالذكر أن بعض الباحثين قد صمم برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا لعلاج الاكتئاب باستخدام الكمبيوتر (Gerhard, et al., 2010) ويقصد بالبرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي أنه: برنامج مخطط منظم على أسس علمية تعتمد على بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي تتضمن التأمل والاسترخاء العضلي، ودحض الأفكار السلبية وحل المشكلات والواجب المنزلي، وهي تقدم بشكل مباشر وغير مباشر بهدف تبصير أعضاء البرنامج بمشكلاتهم وتدريبهم على حلها والتخلص من الأفكار السالبة والانفعالات غير المرضية.

الاكتئاب Depression:

إن ظاهرة الاكتئاب شغلت الكثير من الباحثين فيعرف بيك Beck (١٩٨٢) الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير نتيجة نشاط الأفكار المعرفية السالبة التي تساعد على تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل. وهذه الأفكار هي المسؤولة عن تفسير الخبرات والمثيرات والأحداث والمشاعر (Watkins, 1997: 37). ويسمى هذا بالثالوث المعرفي للاكتئاب والنظرة السلبية للذات وللعالم وللمستقبل Cognitive Triad. ويركز الجانب المعرفي في تفسير الاكتئاب على التشوهات المعرفية Cognitive Distortions (Hartman & Balkstein, 1998) ويشير كمال دسوقي (١٩٨٨: ٣٧٢) إلى أن الاكتئاب ينطوي على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل، وبصاحبه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي، وحالة من الكدر والحزن، وتثبيط الهمة والاستعداد للتعب، وصعوبة التفكير. ويذكر طلعت منصور وآخرون (١٩٩٨: ٤٥٨) أن الاكتئاب حالة مرضية يشعر فيها الفرد باليأس والأسى والعجز عند التركيز والأرق وفقدان الثقة. ويضيف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨: ١٧) أن الاكتئاب استجابة تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو عدم تحقيق النجاح المطلوب.

ويشير محمد الشناوي، ومحمد عبد الرحمن (١٩٩٨) إلى أن الحزن والهم والعجز والكسل الذي استعاذ منهم الرسول صلى الله عليه وسلم تعد مرادفات للاكتئاب في المصطلح النفسي الحديث حيث إن الاكتئاب اختلاف في الحالة المزاجية يؤدي إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس وللعالم وللمستقبل. ويشير أحمد عبد الخالق (١٩٩٩) إلى أن الاكتئاب حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتسود فيها مشاعر الهم والغم، ونقص الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات النوم والشهية، بالإضافة إلى سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وربما التفكير في الانتحار.

ويؤكد ساذر لاند Suther Land (١٩٩١: ١١٣) أن الاكتئاب حالة من الحزن والكدر الشديد تتصف بعدم القدرة على التركيز وعدم الاكتراث بالعالم والشعور بالذنب واليأس والاعتقاد بأنه لا يمكن أن يغير حالته السيئة أو يستطيع التخفيف منها.

ويشير عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣:٣٢٩) إلى أن الاكتئاب يأتي في شكل اضطراب عصابي أو ذهاني وتشمل الأعراض الرئيسة للاكتئاب العصابي في الميل إلى الحزن وفقدان الشهية والتشاؤم.

ويتضمن الاكتئاب مجموعة من المشاعر والأفكار والسلوكيات السلبية مثل فقدان الاهتمام والقلق واضطراب النوم وفقدان الشهية ونقص الطاقة، وقد يصاحبه نوبات من البكاء الشديد وبطء في الحديث والفعل، وقد يعاني المريض من بعض الأعراض الانسحابية أو بعض الهلوس والهذات (Ripper, 1994: 92).

ويشير Row (٢٠٠١) إلى أن المحتوى الفكري للاكتئاب يعتمد على فكرة فقد من المجال الشخصي، ويختلف عن الحزن من حيث الشدة والاستمرارية . ويرتبط الاكتئاب بضعف الصحة والاستخدام السيئ للعقاقير مما قد يؤثر على صحة الشباب (Brooks,et al,2002).

ويشير (Torose, et al, 2004) إلى أنه من أهم العوامل المسؤولة عن الاكتئاب لدى الطلاب هو الخوف من الفشل الدراسي، والإحساس بالإهانة في المدرسة، والإحساس بعدم القيمة، ومن أكثر أعراض الاكتئاب شيوعا الشعور بعدم الجدوى، والقابلية للاستثارة و التهيج. بالإضافة إلى هبوط في الطاقة النفسية، والشعور بالإعياء من أقل مجهود، والإحساس بالقلق وعدم الارتياح وفقدان الاهتمام بالناس والأشياء والأحداث والنشاطات والهوايات والترفيه وعدم القدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة في الحياة كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والثقة بالنفس، واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان القدرة على التركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتي ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلوس، كما تشيع لدى الحالات الحادة أفكارا أكثر سوداوية تدور حول الموت والمحاولات الانتحارية (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥).

ويعرف فرج عبد القادر وآخرون (٢٠٠٥: ١١٦) الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تظهر أكثر إيضاها في الجانب الانفعالي لدى الفرد المكتئب، حيث يتسم بالحزن والأسى الشديد من الحياة، ويفكر كثيرا في الانتحار والتخلص من حياته المملوءة بالحزن. مما يؤدي به إلى وجود اضطرابات في النوم، وضعف الشهية، وبطء الحركة، وبالتالي يصاب بالوهن والضعف الجسمي والنفسي.

كما أن من أهم المؤشرات التي تساعد على ظهور أعراض الاكتئاب بين طلاب المدارس سوء المعاملة في المدرسة، وضعف بل غياب الأنشطة والهوايات (عفيفي وآخرون Afiff, et.al., 2006). فضلا عن ارتباط الاكتئاب بانخفاض كل من التحصيل الدراسي، والدافعية للإنجاز، كما يرتبط الاكتئاب بعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، وعدم القدرة على تبادل العلاقات الاجتماعية (فريح العنزي، 1997؛ محمد توفيق على 1997؛ Horowitz, 2007).

ويشير Bebbington (1996) إلى أن التغيرات الهرمونية في مرحلة المراهقة تزيد من احتمال ظهور الأعراض الاكتئابية، حيث يرتبط الاكتئاب عند الإناث بهرمون الاستروجين، بينما يرتبط الاكتئاب عند الذكور بهرمون التستسترون. أما فيما يتعلق بمعدلات انتشار الاكتئاب، فتؤكد كثير من الدراسات والبحوث على انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين، حيث يشير أحمد عبد الخالق والسيد فهمي (2005) إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب بين الأطفال المصريين تصل إلى (4,6%).

ويؤكد بدر الأنصاري (1997) إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى طلاب وطالبات المدارس الثانوية، وتتفق هذه الدراسة إلى ما وصل إليه غريب عبد الفتاح (2001) من ارتفاع معدل الاكتئاب لدى طلاب الثانوي مقارنة بطلاب الجامعة، ويشير أحمد عبد الخالق وآخرون (2008) إلى انتشار الاكتئاب بين طالبات التعليم الثانوي والإعدادي.

كما تؤكد بعض الدراسات والبحوث إلى انتشار وزيادة معدلات الاكتئاب في المرحلة العمرية من 16 إلى 18 سنة وهي تقريبا المرحلة العمرية التي تقابل التعليم الثانوي (مودابير وآخرون Modabber et al., 2007؛ أحمد عبد الخالق، والدماطي، 2008؛ السيد فهمي، 2010).

أما بالنسبة لمتغير الجنس فتشير بعض الدراسات إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى البنات مقارنة بالذكور (Walter, 2008؛ Birmaher, et al., 1996؛ السيد فهمي، 2010). بينما أظهرت بعض الدراسات عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في الاكتئاب (سامر رضوان، 2003).

أما فيما يتعلق بالسلالة أو العرق أو اختلاف الثقافة، فقد تبين وجود فروق في الأعراض الاكتئابية بين الأمريكان من أصل هندي، والأمريكان البيض، وكذلك

وجود فروق في الأعراض الاكتئابية بين الآسيويين والآسيان، كما تبين أيضا أن المصريين أكثر اكتئابا مقارنة بالسعوديين، والكويتيين، والأردنيين، والسوريين، واللبنانيين (أحمد عبد الخالق والسيد فهمي ٢٠٠٩، وعبد الخالق الدماطي ٢٠٠٨، والسيد فهمي ٢٠١٠).

ويتضح مما سبق أن الاكتئاب اضطراب نفسي يتضمن حالة من الهم والكرب والحزن ويشمل اضطرابات معرفية وفسولوجية ووجدانية وانفعالية ليظهر في عدم التركيز وتشتت الانتباه وضعف الحركة واضطراب النوم وفقدان الشهية، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، وفقد الثقة بالنفس والشعور بالوهن والضعف والإعياء.

الاكتئاب و المدرسة المعرفية:

يرى بيك Beck (١٩٧٦:٢٤٦) أن الاكتئاب نتيجة لنشاط الجوانب والمخططات السلبية التي تسيطر على الفرد المتمثلة في النظرة السلبية للذات و العالم والمستقبل.

ويذهب Koracs & Beck (١٩٧٨) إلى أن اضطراب الوجدان والدفاعية لدى المكتئب يرجع إلى التشوه المعرفي الذي يعاني منه المكتئب والتي يؤدي بالفرد إلى تثبيت التفكير التشاؤمي السلبي وتأكيد ويساعد هذا التشوه المعرفي على تفسير الأحداث بشكل سلبي ومُحرّف للواقع الأمر الذي يجعل الفرد مستهدفا للاكتئاب.

النظرية الاجتماعية للاكتئاب:

وتستمد هذه النظرية فروضها من النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للاكتئاب حيث تفترض أن الأحداث السلبية والضغط الاجتماعي مثل فقدان أحد أفراد الأسرة هي المسببة للاكتئاب (Schoot et el,2006). كما أن الأفراد المكتئبين يسهمون في حدوث واستمرار المواقف والأحداث السلبية والضاغطة.

نظرية اليأس Hopeless theory:

تفترض أن المعتقدات السالبة هي السبب المباشر لحدوث الاكتئاب أو اليأس hopeless. (Abramson, Mwtalsky& Alloy,1989)

وتؤكد هذه النظرية أن اليأس لا يؤدي إلى الاكتئاب عند جميع الأفراد. وتفترض أن الأفراد المكتئبين هم الذين يعتقدون أن ليس لديهم القدرة على السيطرة على العلاقات السببية وعدم قدرتهم على زيادة الأحداث الإيجابية أو خفض الأحداث السلبية بالتراخي عن العمل inaction بغض النظر عن حجم المشكلة التي يتعرضون لها (Abramson, 2002). وأن الأفراد عندما لا يكونوا قادرين على تغيير ظروف حياتهم يحدث اليأس الذي بدوره يؤدي إلى الاكتئاب (Gencoz, 2005) والفرد اليأس يكون أقل قدرة على التصرف، وأقل قدرة على حل المشكلات لأنه يعتقد أن التحرك من جانبه يكون ضار أو عديم الفائدة (Abramson et al, 1989).

النماذج الرئيسية المسببة للاكتئاب Major Etiological:

لا يوجد نموذج واحد لتفسير هذا الاضطراب في جميع جوانبه. وفيما يلي عرضا لبعض النماذج المفسرة للاكتئاب:

النموذج الجيني للاكتئاب Genetic Model of Depression:

يرى أن الاكتئاب يحدث بين الأقارب من الدرجة الأولى. وتسهم الجينات في الاكتئاب وتسهم الجينات بشكل غير مباشر في التأثير على السلوك، كما تبينت الدراسات انتشار الاكتئاب بين التوائم. (Wall et al, 2002). ولهذا تلعب الوراثة دورا هاما في إحداث الاضطراب المزاجي وهذا يظهر في دراسات التوائم فمثلا في التوائم غير المتماثلة تصل إلى ١٤% وبين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٥%. كما أن العوامل البيئية تلعب دورا أساسيا في إظهار الاستعداد الوراثي. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣:٢٦٣)

ويشير كرامر Kramer, 2005 إلى أن الجينات و البيئة الرحمية لها دور في أعراض الاضطراب. وأن البيئة الأسرية تقوى العوامل الجينية (Sillbe, 2002).

النموذج البيولوجي Biological Model of Depression:

يحاول النموذج البيولوجي تفسير الأعراض الفسيولوجية للاكتئاب مثل اضطرابات النوم، اضطرابات الشهية، ومشكلات الحيض عند المرأة من خلال تفسير العلاقة بين الاستجابة للضغوط والناقلات العصبية. ولهذا تتعرض

المراهقات إلي الاكتئاب بنسبة عالية أثناء البلوغ وفترة ما بعد الولادة وذلك لحدوث تغيرات هرمونية (Nolen-Hoeksema, 2006). وتؤثر هرمونات البلوغ عند المراهقين على الموصلات العصبية التي تؤثر علي تنظيم الدماغ Brain organization والذي بدوره يؤثر علي المزاج (Hayward & Sandborn, 2002).

ويرتبط هرمون الاستروجين عند الإناث بهرمون السيروتونين وهو من الموصلات العصبية، كما أن إفراز الكريتزول عند الإناث يكون أعلى من الذكور ارتباطاً بالهرمونات الجنسية الذي بدوره يتفاعل مع الاستجابة الحيوية للضغوط وبالتالي يؤثر على الحالة المزاجية ولهذا تكون الإناث أكثر اكتئاباً عن الذكور (Goodyer, Holden, 2005, et al, 2001).

هذا بالإضافة إلي أن زيادة الكريتزول يؤدي إلي خفض مستوى التيبوفان وهو الحمض الأميني الذي ينظم عمل وظائف السيروتونين Serotonin والذي يرتبط بتغيرات المزاج (Russo et al, 2003). ولذلك يعد معدل السيروتونين مؤشراً أساسياً للاكتئاب وأعراضه (Thase, et al, 2002). ومن ناحية أخرى فإن ارتفاع معدل الهرمونات الجنسية في المراهقة يساعد علي صعوبة قدرة الفرد على الاستجابة للمعززات البيئية مما يؤدي إلي عدم قدرة الفرد على الاستمتاع بمباهج الحياة وخفض مستوى نشاطه (Clase, 2004).

النموذج المعرفي Cognitive Models of Depression

إن الأفكار وتفسير الأحداث يؤثر على المزاج ويمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب حيث إن الأفراد المكتئبين لديهم تشويه معرفي سالب وعدم القدرة على التكيف مع أنفسهم والمستقبل والعالم مما يؤدي إلى المزاج السلبي وضعف دافعية الإنجاز عند مواجهة الضغوط.

الدراسات السابقة:

(١) دراسات تناولت معدلات انتشار الاكتئاب وأسباب انتشاره في مرحلة المراهقة.
(٢) دراسات ذات منحنى تنموي علاجي إرشادي في خفض أعراض الاكتئاب.
أولاً - فيما يرتبط بالدراسات التي تناولت معدلات انتشار الاكتئاب: ومن هذه الدراسات على سبيل المثال:

دراسة آسيا راجح (٢٠٠٠) وهدفت إلى دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى عينة من المراهقين والمراهقات. تراوحت أعمارهم بين

(١٢-٢١) عاما، وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب .

وتوصل غريب عبد الفتاح (٢٠٠١) إلى أن طلاب المرحلة الثانوية أكثر اكتئابا مقارنة بطلاب المرحلة الجامعية، كما بينت الدراسة ارتفاع متوسط الاكتئاب عند الإناث مقارنة بالذكور .

وبينت دراسة Saluja, et al. (٢٠٠٤) ارتفاع مستوى الاكتئاب في مرحلة المراهقة بسبب وجود مشاكل مع الوالدين والرسوب الدراسي.

وتوصلت دراسة أحمد عبد الخالق (٢٠٠٦) إلى ارتفاع متوسط الاكتئاب بزيادة السن حيث قام بدراسة الاكتئاب لدى عينة كبيرة (ن٥٤١٧) من تلاميذ المدارس الكويتية ممن تراوحت أعمارهم بين (١٠:١٨) عاما، وكشفت عن زيادة متوسطات الاكتئاب بزيادة السن بين الجنسين كما حصلت البنات على متوسطات أعلى من البنين وذلك على مقياس الاكتئاب المستخدم.

وتوصلت دراسة Affi, et al. (٢٠٠٦) إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى طلاب التعليم الثانوي وزيادة متوسط الاكتئاب لدى الإناث مقارنة بالذكور، وبينت أن سوء التعامل مع المدرسين والأصدقاء من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب في هذه المرحلة العمرية.

وأسفرت دراسة Modabber-Nia, et al. (٢٠٠٧) عن زيادة معدلات الاكتئاب لدى طلاب وطالبات المدارس الثانوية، كما كشفت نتائج الدراسة أن متوسطات درجات الإناث أعلى من متوسطات الذكور في كل من مستويات الاكتئاب الخفيف والمتوسط والشديد.

وهدفت دراسة أحمد عبد الخالق وآخرين (٢٠٠٨) إلى بحث العلاقة بين الأعراض الاكتئابية وتقدير الذات لدى عينة من تلاميذ المدارس الثانوية والإعدادية من الجنسين بمدينة الدوحة، وأسفرت النتائج عن ارتفاع متوسط درجات الاكتئاب لدى الإناث مقارنة بالذكور، ووجود علاقة دالة سالبة بين الاكتئاب وتقدير الذات.

وكشف دراسة أحمد عبد الخالق وعبد الغفار الدماطي (٢٠٠٨) إلى انتشار معدلات الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين من طلاب المدارس السعودية، حيث بينت الدراسة ارتفاع مستوى الاكتئاب في مرحلة المراهقين مقارنة بمرحلة الطفولة حيث استخدم عينة تتراوح ما بين (١٠-٢٠)، وبينت أن الاكتئاب يرتفع بدرجة

ملحوظة في المرحلة العمرية من (١٦-١٨) و هي تقريبا المرحلة التي تقابل التعليم الثانوي.

وهدفت دراسة السيد فهمي على (٢٠١٠) إلى مقارنة الأعراض الاكتئابية بين الجنسين عبر ثلاث مراحل عمرية متباينة من (١١-١٢)، ومن (١٣-١٥)، ومن (١٦-١٨) عاما، وهذه المراحل العمرية تمثلها مراحل التعليم الابتدائي والإعدادي والثانوي على التوالي والمقارنة أيضا بين الجنسين داخل كل مرحلة تعليمية. وأسفرت الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين لدى أفراد العينة الكلية (٩٤٣) تلميذا وتلميذة في الدرجة الكلية للاكتئاب لدى طلاب التعليم الثانوي.

ثانياً- دراسات تناولت المنحى الإرشادي في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

تناول كل من Seo & Tion (٢٠٠٣) دراسة بعنوان عمليات التغير المعرفي أثناء العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من ٣٥ فردا يعانون من الاكتئاب واستخدم استفتاء الأفكار التلقائية automatic Thoughts Questionnaire ومقياس الاتجاهات المختلفة وظيفيا Dysfunctional Attitudes وقائمة بيك للاكتئاب Depression Inventory، وبعد إجراء البرنامج تبين انخفاض المعارف السالبة وإحداث تغيير في الأفكار التلقائية التي تلعب دور الوسيط بين الاكتئاب والاتجاهات المختلفة للاتجاهات.

وتناول كل من صلاح عراقي ومصطفى رمضان (٢٠٠٥) دراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى المكتئبين، وتكونت عينة الدراسة من ١٤ طالبا جامعيا من المكتئبين وتم تعرضيهم لبرنامج إرشادي يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي، وأثبتت فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية مهارات التواصل، والقدرة على التفكير بشكل إيجابي، الأمر الذي أدى إلى خفض الاكتئاب والشعور بجودة الحياة.

تناولت Hamamci (٢٠٠٦) دراسة التكامل بين السيكدوراما والعلاج السلوكي المعرفي في خفض الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من ٣١ طالبا جامعيا يعانون من الاكتئاب، وقسمت إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، واستخدمت مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الأفكار التلقائية، ومقياس الاتجاهات المختلفة وظيفيا. وبينت الدراسة فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي بالتكامل مع السيكدوراما في خفض الاكتئاب وتعديل الاتجاهات المختلفة وظيفيا إلى اتجاهات وظيفية.

أما دراسة Garber (٢٠٠٦) بعنوان الوقاية من الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، بينت أن خفض المعارف السالبة وخفض مشاكل تنظيم الذات وتنمية القدرة على المواجهة من أهم أساليب الوقاية من الاكتئاب. كما أوصت بأهمية استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والتدريب على مهارات المواجهة وحل المشكلات الاجتماعية، وتنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية.

وقد هدفت دراسة باسم دحادحة (٢٠٠٨) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على تفسير الأفكار اللاعقلانية وبرنامج إرشادي جمعي في تأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات، لدى الطلبة المكتئبين. وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ طالبا، ٣٠ طالبة من الصف الأول الثانوي في مدينة إربد بالأردن، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيرس هاريس لمفهوم الذات، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات إحداها تجريبية وخضعت لفنية تنفيذ الأفكار اللاعقلانية، وعينة تجريبية أخرى خضعت إلى برنامج تأكيد الذات، وعينة ضابطة لم تخضع إلى البرنامج. وبينت الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وتوصل كل من Arnarson & Craigheo (٢٠١١) إلى فاعلية برنامج وقائي للاكتئاب لدى المراهقين الأيسلنديين ممن تتراوح أعمارهم بين ١٤-١٥ سنة والمعرضين لخطر الاكتئاب -لظهور أعراض الاكتئاب- بسبب وجود بعض المشكلات، واستخدم في البرنامج إعادة البناء المعرفي ودحض الأفكار وتبين فاعليتهما في الوقاية من الاكتئاب.

وتؤكد دراسة Kwk, et al. (٢٠١١) أهمية ممارسة الأنشطة الاجتماعية في المدرسة والمنزل لخفض أعراض الاكتئاب .

وتشير دراسة Kim, et al. (٢٠١١) إلى فاعلية حل المشكلات والمهارات الاجتماعية والأنشطة الاجتماعية في خفض الاكتئاب

وهدف دراسة Tany (٢٠١١) إلى المقارنة بين العلاج الممرکز حول العواطف والعلاج المعرفي السلوكي وعمليات التغيير المعرفي التي تحدث لدى الفرد المكتئب. وتكونت عينة البحث من (٥٧) من مرضى الاكتئاب المترددين على

المشفى، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات خضعت للعلاج الممرکز حول الانفعالات ومجموعة خضعت للعلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة خضعت للاستراتيجيتين معا. واستخدم مقياس بيك للاكتئاب وقائمة الكرب العام. وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب مقارنة بالعلاج الممرکز حول الانفعالات. كما بينت النتائج فاعلية دمج العلاج الممرکز حول الانفعالات مع العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بكل منهما علي حدة.

وهدف دراسة Mathew (٢٠١٢) إلى استخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية وبينت فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض كل من القلق والاكتئاب.

وحاولت دراسة كل من Hgmel & Sufka (٢٠١٢) دراسة العلاقة بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب وبينت أن العلاج الدوائي يساعد على خفض أعراض الاكتئاب ولكن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى التعامل مع أسباب الاكتئاب ولم ينجح العلاج الدوائي دون استخدام العلاج المعرفي السلوكي.

وتناول Renner, et al. (٢٠١٢) دور المشكلات الشخصية وكيفية التعامل معها كمنبئ في خفض أعراض الاكتئاب باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من ٥٢٣ طالبا وعدد الجلسات ١٨، وكل جلسة تتراوح مدتها من ٥٠-٦٠ دقيقة. وبينت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المشكلات الشخصية ومواجهتها بما أدى إلى خفض الاكتئاب.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

يتضح مما سبق عرضه من دراسات انتشار الاكتئاب بين طلاب المدارس الثانوية، وزيادة نسبة الاكتئاب عند البنات مقارنة بالبنين. وتشير غالبية الدراسات إلى فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي بفنياته المختلفة في الوقاية والتخفيف من الاكتئاب كما تفيد بعض الدراسات التي توافرت لدى الباحثة إلى فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في التعامل مع أسباب الاكتئاب وكيفية مواجهة تلك الأسباب مقارنة بالعلاج الدوائي الذي يتعامل مع أعراض

الاكتئاب وتؤكد بعض دراسات Hgmel & Sufka (٢٠١٢) إلى عدم نجاح العلاج الدوائي دون استخدام العلاج المعرفي السلوكي جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي.

فروض البحث:

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية.

(٢) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب.

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب المستخدم لصالح القياس التتبعي.

الطريقة والإجراءات:

عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طالبة ممن يلتحقون بالصف الأول الثانوي بمتوسط عمري ١٥.٥ سنة ومن الحاصلات على درجات مرتفعة على مقياس أعراض الاكتئاب ولم يرسبن في أي عام دراسي سابق ودرجاتهن في الشهادة الإعدادية تتراوح بين ٨٠% إلى ٨٥% و قسمت العينة إلى مجموعة ضابطة وتتكون من ١٥ طالبة، ومجموعة تجريبية تتكون من ١٥ طالبة. وتم عمل تجانس بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث مستوى الاكتئاب كما يتضح من الجدول (١)

جدول (١)

يوضح المتوسطات و الانحرافات المعيارية لكل من المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الاكتئاب المستخدم

| مجموعات المقارنة | م | ع | ت | مستوى الدلالة |
|------------------|-------|------|------|---------------|
| تجريبية | ٦٥.٧٣ | ٦.٢٥ | ١.٧٩ | غير دالة |
| ضابطة | ٦٢.٠٠ | ٤.٦٦ | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس

القبلي وذلك على مقياس الاكتئاب. حيث لم تصل قيمة (ت) إلى قيمة الدلالة الإحصائية. وهذا يفيد بتجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة من حيث مستوى الاكتئاب في القياس القبلي.

كما روعي أن جميع أفراد عينة الدراسة من إدارة تعليمية واحدة، وهي إدارة الزيتون التعليمية، وبالتالي فهم من مربع سكنى واحد، الأمر الذي يدل على التقارب في المستوى الاجتماعي.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية.

١) مقياس الاكتئاب - من إعداد الباحثة:

ويتكون المقياس من ٣٠ عبارة تقيس أعراض الاكتئاب، وتتدرج كل عبارة بحسب درجة إدراكها والشعور بها في أربع استجابات تتراوح بين صفر-٣ درجات، وتقدر الاستجابة (لا) بالدرجة صفر وتقدر الاستجابة (نادرا) بالدرجة واحد، والاستجابة (أحيانا) بدرجتين، والاستجابة (دائما) بثلاث درجات. وتم حساب صدق المقياس من خلال استخدام صدق المحك وتطبيق كل من المقياس المعد، وقائمة أعراض الاكتئاب من إعداد أحمد عبد الخالق على عينة قوامها ٤٠ طالبا وطالبة بالتعليم الثانوي، ووصل معامل الارتباط إلى (٠.٤٣٨) وهو دال إحصائيا عند مستوى ٠.٠١.

كما تم حساب ثبات الاختبار بإعادة تطبيقه بفاصل زمني شهر على عينة تتكون من (٣٥) طالبا، و(٤٠) طالبة في التعليم الثانوي العام ووصل معامل الثبات بالنسبة للطلاب ٠.٥٨٧، وبالنسبة للطالبات ٠.٥٧١ وهي معاملات ارتباط تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية ٠.٠١، وهذا كله يعني أن المقياس ثابت وصادق بدرجة مطمئنة في قياس أعراض الاكتئاب ويقاس ما وضع لقياسه.

وتم إعداد المقياس في دراسة سابقة للباحثة، بعنوان مستويات الكمالية وعلاقتها بأعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية.

٢) برنامج خفض الاكتئاب:

يهدف البرنامج إلى خفض الاكتئاب لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية المقيدون بالصف الأول الثانوي. واعتمد البرنامج على الإرشاد المعرفي السلوكي

وبعض الفنيات التي تعتمد على هذا الأسلوب من الإرشاد مثل إعادة البناء المعرفي، والاسترخاء الفسيولوجي والعضلي وحل المشكلات، ودحض وتفنيد الأفكار، والواجب المنزلي.

صدق البرنامج:

رغم أن الباحثة حددت جلسات البرنامج بناء على ما أشارت إليه الدراسات السابقة والأدبيات النظرية التي تناولت الاضطراب الاكتئابي وعلاجه، إلا أنها قامت بعرض جلسات البرنامج، وهدف كل جلسة، والفنيات المستخدمة على بعض أساتذة علم النفس التربوي والصحة النفسية بكلية التربية - جامعة حلوان، وذلك لأخذ الرأي والحكم على مدى إمكانية محتوى البرنامج في خفض أعراض الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الثانوية.

محتوى الجلسات الإرشادية:

قامت الباحثة بإعداد (١٢) جلسة إرشادية للطالبات بواقع جلستين أسبوعياً، وبلغت مدة الجلسة ٤٥ دقيقة وتم تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الثاني ٢٠١١-٢٠١٢، ويوضح الجدول التالي توزيع الجلسات الإرشادية.

| الجلسة | الهدف من الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|--------|--|--|
| ١ | التعارف بين الطالبة والمرشد ومعرفة الهدف من البرنامج وجلساته ومدى استفادتهم من البرنامج، ومواعيد الجلسات | المحاضرة والمناقشة. |
| ٢ | تعرف الإرشاد النفسي والاستشارات النفسية والهدف منها بالنسبة للفرد، وشرح موجز عن الاضطرابات النفسية. | المحاضرة والمناقشة. |
| ٣ | تعرف المشكلة التي يمرون بها وأعراض الاكتئاب وأثر ذلك على المزاج العام لديهم وعلى قدرتهم على التفاعل مع أحداث الحياة المختلفة وتبصيرهم بدور الإرشاد النفسي في التخفيف من الأعراض المزاجية غير المرضية التي يمرون بها وخفض القلق والخوف من الامتحانات والمستقبل. | المحاضرة والمناقشة. |
| ٤ | التدريب على الاسترخاء (التأمل) وذلك للتحكم في التوتر وتحقيق حالة من الهدوء والصفاء الذهني. | لعب الدور والنمذجة من خلال عرض فيلم عن تمارين الاسترخاء. |
| ٥ | الاسترخاء العضلي العميق ويساعد على خفض الاستثارة الفسيولوجية من خلال الاسترخاء. | لعب الدور والنمذجة من خلال عرض فيلم عن الاسترخاء |

| الجلسة | الهدف من الجلسة | الفتيات المستخدمة |
|--------|--|--|
| | | العضلى. |
| ٦ | تتمية الاستمتاع بالمدرسة وتشمل الشعور بالبهجة واستدعاء المواقف السارة. | التدريب التوكيدي وتنمية المهارات الاجتماعية. |
| ٧ | إدارة الوقت + الواجب المنزلى. | التدريب التوكيدي- والتغذية الراجعة |
| ٨ | عادات الاستذكار + الواجب. | المحاضرة -المنافسة- التقييم النفسى. |
| ٩ | عادات الاستذكار + الواجب. | المناقشة -والحوار- التقييم المعرفى. |
| ١٠ | الاستمتاع بالحياة + الواجب المنزلى. | روح الدعابة |
| ١١ | الاستمتاع بالحياة | توكيد الذات- المهارات الاجتماعية |
| ١٢ | الختام مراجعة شاملة لأحداث البرنامج. | القياس البعدى |

عناصر البرنامج:

اعتمد بناء البرنامج على ثلاثة جوانب رئيسة هي:

الجانب المعرفي: ويتمثل في مناقشة أفراد المجموعة التجريبية حول الاضطرابات النفسية بصفة عامة والاكنتاب بصفة خاصة وأسبابه وأعراضه و كيفية التغلب عليه وتبصيرهم بمشكلاتهم و قدرتهم على المواجهة.

الجانب المهاري: ويتمثل في التدريب على حل المشكلات واستبدال الأفكار العقلانية والمنطقية بدلا من الأفكار السلبية مع تدريبهم على التأمل والاسترخاء العضلى.

الجانب الوجداني: ويشمل دعم الجوانب الإيجابية في الشخصية، مثل الثقة بالنفس، والتفكير الإيجابي ومواجهة المواقف الضاغطة.

المدة الزمنية للبرنامج:

تم تطبيق البرنامج على مدى ١٢ جلسة، كل جلسة حوالي ساعة زمنية.

النتائج ومناقشتها:

فيما يتعلق بنتائج الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس الاكنتاب لصالح المجموعة التجريبية.

و فيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بهذا الصدد:

جدول (٢)

يوضح المتوسطات والدرجات المعيارية التي حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة.

| مجموعات المقارنة | م | ع | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|------------------|-------|------|--------|---------------|
| تجريبية قبلي | ٦٥.٧٣ | ٦.٢٥ | ١٦.١٤ | ٠.٠١ |
| تجريبية بعدي | ٣٨.٢٧ | ٣.١٣ | | |

يتضح من الجدول (٢) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلن عليها طالبات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب والمتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها طالبات نفس المجموعة في القياس القبلي وذلك لصالح القياس البعدي. حيث إن الدرجة المنخفضة على مقياس أعراض الاكتئاب تعني انخفاض مشاعر الضيق والضجر والكدر وانخفاض مشاعر الهم والغم، وكذلك قدرة الفرد على التوجه إلى الحياة بنظرة تفاؤلية وكذلك قدرة الفرد على الاستغراق في النوم دون أرق والشعور بدرجة من البهجة والسعادة نحو الحياة والقدرة على العمل والمبادرة نحو العمل دون الشعور بإجهاد أو معاناة.

وهذا يعني أن طالبات المجموعة التجريبية قد استفادوا من عوائد الانخراط والانتظام والاشتراك في البرنامج الإرشادي المستخدم، مما أدى إلى زيادة قدرتهم على التكيف مع الظروف والضغوط والمواقف الحياتية المتباينة وزيادة قدرتهم على المواجهة والتحمل تجاه المواقف والقدرة على تكوين علاقات طيبة مع أقرانهم مما ساعدهن على التفاعل مع بعضهن البعض وعلى التنفيس الانفعالي، كما تفيد هذه النتيجة أن محتويات البرنامج من المضامين التربوية والتعليمية القائمة على الإرشاد المعرفي السلوكي - بما يتضمنه من إعادة بناء معرفي ودحض وتفنيد الأفكار - ذو فاعلية في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتعني هذه النتيجة تفوق أفراد المجموعة التجريبية اللاتي اشتركن في البرنامج الإرشادي المستخدم، مما يشير إلى أنهن قد استفدن من المضامين والمصاحبات النفسية والخبرات التي يتضمنها البرنامج الإرشادي المستخدم.

فيما يتعلق بنتائج الفرض الثاني:

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب.

وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بهذا الصدد:

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الاكتئاب المستخدم

| مجموعات المقارنة | م | ع | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|---------------------------|-----|-------|--------|---------------|
| طالبات المجموعة التجريبية | ١ م | ٣٨.٢٧ | ١ ع | ٣.١٣ |
| طالبات المجموعة الضابطة | ٢ م | ٦٢.٣٣ | ٢ ع | ٢.٦٣ |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١، بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها طالبات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب والمتوسطات الحسابية التي حصل عليها أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث إن الدرجة المنخفضة على مقياس الاكتئاب تشير إلى انخفاض أعراض الاكتئاب عند الفرد مما يشير إلى أن أفراد المجموعة التجريبية الذين اشتركوا في البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية قد أصبحوا أكثر قوة واتزاناً وثباتاً وقدرة على التفاعل الإيجابي مع المواقف الضاغطة، والتكيف مع أحداث الحياة، والقدرة على حل مشكلاتهم في جو من الاسترخاء كما تفيد هذه النتيجة أن أفراد المجموعة التجريبية أصبحوا قادرين على الاستمتاع بحياتهم سواء على المستوى المدرسي أو الأسري مما يشعرون بالفرحة، وأصبحوا قادرين على التفكير بطريقة سليمة إيجابية، ولديهم القدرة على تكوين اتجاهات إيجابية نحو الحياة، ومواجهة مشكلاتهم بشكل بناء وفعال، واستبدال الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار عقلانية إيجابية.

وفيما يتعلق بنتائج الفرض الثالث فهي تشير إلى:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب المستخدم لصالح القياس التتبعي.

وفيما يلي عرض للنتيجة التي توصل إليها البحث في هذا الصدد:-

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية

في القياس البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب.

| الدالة | ت | ع | | م | | مجموعات المقارنة |
|--------|------|------|-----|-------|-----|------------------|
| ٠.٠١ | ٦.٠٢ | ٣.١٣ | ١ ع | ٣٨.٢٧ | ١ م | تجريبية بعدى |
| | | ١.٩٦ | ٢ ع | ٢٢.٥٠ | ٢ م | تجريبية تتبعي |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، وهذا يفيد أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي القائم على فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي قد استفادوا من النشاطات والمضامين التربوية والتعليمية بما يتضمنه من جلسات استرخاء ومحاضرات حول أهمية النوم والغذاء الصحي على الجانب النفسي والعصبي للفرد، وكذلك القدرة على حل المشكلات، والتعامل مع المواقف المتعلقة بالعملية التعليمية من عادات استذكار وغيرها. هذا الأمر الذي بدوره قد يزيد من قدرة كفاءتهم على التكيف مع الحياة وكيفية التعايش والتعامل وكذلك كيفية الاستمتاع بالمواقف الحياتية والمدرسية والأسرية مما يزيد من شعور الفرد بالسعادة ويقلل شعوره باليأس. وتشير مجمل هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب. كما تتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه باسم دحادحة (٢٠٠٨) حيث استخدم تنفيذ الأفكار، و تأكيد الذات في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلاب الصف الأول الثانوي بالأردن. وكذلك دراسة Dickerson (٢٠٠٢) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الاكتئاب وارتفاع مستوى الأمل في الحياة وتنمية تقدير الذات لدى عينة من المراهقين.

ودراسة الحماص (٢٠٠٦) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب وتعديل الأفكار التلقائية السالبة إلى أفكار إيجابية، وتعديل الاتجاهات المختلفة وظيفيا إلى اتجاهات وظيفية. ودراسة Mathew,p (٢٠١٢) التي أسفرت عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة المدارس. ودراسة Sofka التي توصلت إلى أهمية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب من خلال التأثير والتعامل مع أسباب الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي الذي يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب. ودراسة Rennr, et al. (٢٠١٢) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في

خفض الاكتئاب من خلال التركيز على المشكلات الشخصية والتعامل معها، وتنمية بعض المهارات التي ترتبط بعادات الاستذكار، والجوانب الفسيولوجية مثل عادات النوم والتغذية السليمة.

ويتضح من مجمل ما سبق فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم بما يتضمنه من فنيات في خفض أعراض الاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية. كما توصي الدراسة بأهمية تنمية الجوانب الإيجابية لدى المراهقين مثل التفكير الإيجابي والقدرة على حل المشكلات وعادات الاستذكار وإدارة الوقت وكيفية الاستمتاع بالحياة واستثمار أوقات الفراغ مما يشعر الفرد بتوكيد الذات والثقة بالنفس والتنفيس الانفعالي عن ذاته مما يقلل توتره وشعور بالضيق والكدر.

كما تشير نتائج هذا البحث إلى أن الطالبات استفدن من البرنامج وأصبحن ينظرن للجانب المشرق في الحياة والمحافظة على الاتجاه الإيجابي حتى في مواجهة مشاعرهن السلبية، وزيادة قدرتهن على الشعور بالرضا عن حياتهن وعن أنفسهن وعن الآخرين والاستمتاع بالحياة والتعبير عن مشاعرهن الإيجابية.

المراجع:

- أحمد عبد الخالق (١٩٩٩): القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض لدراسات ثمانية مجتمعات. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت ٣٧، ١٠٣-١٢٣.
- أحمد عبد الخالق، السيد عبد الغني (٢٠٠٥): معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين. مجلة الطفولة العربية، (٦)، (٢٣)، ٨-٢٥.
- أحمد عبد الخالق، عبد الغفار الدماطي (٢٠٠٨): معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين السعوديين، مجلة الطفولة العربية، (٣٦)، ٣٣-٥٤.
- أحمد عبد الخالق، أسماء العطية، مايسة النيال (٢٠٠٨): أبعاد الاكتئاب وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من تلاميذ قطر. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٦ (٢)، ٤٣-٦٥.
- أحمد عبد الخالق، السيد فهمي (٢٠٠٩): معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين في مصر والكويت. مؤتمر الطفولة نحو مستقبل أفضل، كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الكويت.
- أحمد عكاشة (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الانجلو المصرية
- أسيا راجح (٢٠٠٠): العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين في مصر والكويت. مؤتمر الطفولة نحو مستقبل أفضل، كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الكويت.
- السيد فهمي على (٢٠١٠): معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال والمراهقين في مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة. دراسات نفسية، (مج ٢٠، ع ٢، ص ص ٢٤٧-٣٠٤).
- باسم دحادحة (٢٠٠٨): فاعلية برنامج ارشادي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات. مجلة العلوم التربوية والاجتماعية. جامعة أم القرى، مجلد ٢٠، ع (١) صص ١-٢٠.
- بدر الأنصاري (١٩٩٧): الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي. الكويت مكتب الإنماء الاجتماعي: إدارة البحوث والدراسات.
- جمال الخطيب (٢٠٠٢م): تعديل السلوك الإنساني. الأردن، دار الفلاح.

- سامر رضوان (٢٠٠٣): الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب: دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة دمشق. مجلة العلوم التربوية و الدراسات الإسلامية. جامعة الملك سعود. (١)، ٤٥٣-٤٨٦.
- صلاح عراقى، مصطفى مظلوم (٢٠٠٥): فعالية برنامج إرشادى لتحسين جودة الحياة لدى الطلاب المكتئبين. مجلة كلية التربية جامعة طنطا. صص ٤٦٩-٥٠٩.
- طلعت منصور، أنور الشرفاوي، عادل عز الدين، فاروق أبو عوف (١٩٨٩): أسس علم النفس العام. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمة و أساليب علاجه، العدد (٢٣٩). الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل ورضوي إبراهيم (١٩٩٣): العلاج المعرفي السلوكي للطفل لأساليبه ونماذج من حالاته العدد (١٨٠). الكويت: عالم المعرفة.
- عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥). الصحة النفسية. القاهرة دار الفكر العربي.
- فرج عبد القادر، شاكرا عطية، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (٢٠٠٥): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط ٣، أسيوط: دار الوفاق للطباعة والنشر.
- فريح العنزي (١٩٩٧): الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. المجلة التربوية، جامعة الكويت، ١٢ (٤٥)، ١٥٧-١٨٠.
- كمال دسوقي (١٩٨٨): ذخيرة علوم النفس. المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- لطفى الشربيني (٢٠٠١): الاكتئاب المرضى والعلاج. الإسكندرية منشأة المعارف.
- محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن (١٩٩٨): العلاج السلوكى الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار الفكر العربى.

ثانياً-المراجع الأجنبية:

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haeffel, G. B. E. (2002).** Cognitive vulnerability-stress models of depression in a selfregulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B.(1989).** Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Afifi, M., AL Riyami, A., Morsi, M., & Alkharusi ,H. (2006):** Depressive symptom among high school adolescents in Oman .Eastern Mediterranean Health Journal,12,2,1-12 .
- Arnarson, o. & Craighead, W.(2009):** Prevention of depression among Icelandic adolescents .Behaviour Research and Therapy, 49, 170-174.
- Bebbington,P. (1996):** The Origin Of Sex differences in depressive disorder. *Review of Psychiatry* .8, 6, 295 .
- Beck, A. (1976):** Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1979):** Cognitive therapy of Depression. New York, the Guilford Press.
- Beck, A. (1988):** Cognitive Approaches to Panic Disorder: Theory and Therapy: Psychological Perspectives. Hillside in NJ: Lawrence Erlbaum, 91-109.
- Bellack, A. & Kazdin, A. (1998):** International Handbook of Behavior Modification and Therapy. New York & London. Plenum Press.
- Birmaher,B., Ryan, N.D., Wiilliamson, D. E., et al. (1996):** Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 Year. *Journal Of the A academy Of Child and Adolescent Psychiatry*, 35,11,1427-1439 .

- Bradburg, C. (2005):** Examination of relationship between obsession beliefs and cognitive flexibility in obsessive compulsive disorder .Diss.abs. int.,B ,6,3398.
- Brooks, T.L., Harris, S.K., Thrall, J.S., & Woods, E.R. (2002):** Association Of adolescent risk behaviors with mental health. Symptoms in high school students. *J. Adolescent health*, 31, 240-246.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999).** Cognitive theories and therapy. London: Cambridge University Press.
- Claes, S. J. (2004).** Corticotropin-releasing hormone (CRH) in psychiatry: From stress to psychopathology. *Annals of Medicine*, 36(1), 50-61.
- Dickerson, R. (2002):** Hope and self -esteem as of Clinical outcome measures of a Psychiatric in Patient Cognitive behavior treatment program. *Journal of Clinical Psychology*. 9, 231-240.
- Garber, j. (2006):** Depression in children and adolescents linking risk research and prevention. *American Journal Of preventive MEDICINE*, 31,6,104-125 .
- Gerhards, S. A., de Graaf, L. E., Jacobs, L. E., Severens, J. L., Huibers, M. J., Arntz, A., .. Evers, S. M. (2010):** Economic evaluation of online computerized cognitive-behavioral therapy without support for depression in primary care: Randomised trial. **British Journal of Psychiatry**, 196, 310-318.
- Goodyer, I. M., Park, R. J., Netherton, C. M., & Herbert, J. (2001).** Possible role of **Cortisol** and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 179 (3), 243-249.
- Green, A. (2005):** Symptom Reduction in Intensive Cognitive Behavioral Treatment of obsessive – Compulsive Disorder. *D. I. B*, 66, 6, 3409 .

- Hollon, S. & Shelton, R. (2001):** Treatment`Guide line for major depression Disorder. Behavior Therapy, 32, 235-258.
- Hamamci, Z. (2006).** Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. **The Arts in Psychotherapy** 33,199–207
- Hartman, L. & Balnkstein, K. (1998):** Perception of Self in Emotion Disorder and Psychotherapy, New York, Plenum Press.
- Hayward, C. & Sanborn, K. (2002).** Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 49-58.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1998):** Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults. (1st ed.). New York: Plenum Press.
- Hgmel, K. & Sufka, K. (2012):** Pharmacological reversal of cognitive bias in the chick anxiety – depression model. *Neuropharmacology*. 62,1,161-166.
- Holden, C. (2005).** Sex and the suffering brain. *Science*, 308, 1574-1577.
- Horowitz, J.L., Garber, J., Ciesla, J.A., young, J.F., & Mufson. L. (2007):** Prevention of depressive symptoms in adolescents: A trial of two school –based programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5) , 693-705.
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1999).** **Helping People Change.** (3rd ed.). Pergamon Press Inc
- Kim, G., Kim, K. & Park, H. (2011):** Outcomes of a program to reduce depression. *Western journal of Nursing Research*. 33, 4, 560-576.
- Know, M., Oei, T. , (2003):** Cognitive change processes in a group cognitive behavior of depression .*Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry* .34, 73-85.

- Kovacs, M. & Beck, A. T. (1978):** Maladaptive cognitive structure in depression. *Am. J. Psychiatry*, 135-225.
- Kwak, Y. Lee, C., I., Hong, S., et al., (2011):** Depressive symptoms in elementary school .*Child and Adolescents Psychiatry*, 17,6,343-351.
- Mathew, P. (2012):** School –based interventions for anxious and depression youth: A .meta- analysis of outcomes Ph.D. temple university .UMI 3457922 .
- Modabber-Nia, M. j., Tehani, H. S., Moosave, R., Asli, N. J., Fallahi, M. (2007).** The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents. *Arch Iranian Med*,10(2), 141-146
- Nolen-Hoeksema, S. (2006).** The etiology of gender differences in depression. In c. M. Mazure & G. P. Keita (Eds.), *Understanding depression in women* (pp. 9-43). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Oei, T. P. S., L. (2005):** Cognitive changes following recovery from depression in a group CBT program. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 407–415.
- Renner, F., Jarrett, R., Vittengl, J. & Barrett, M. (2012):** Interpersonal Problems as predictors of therapeutic alliance and symptom in improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders* .33, 2, 124-130.
- Ripper, v. (1994):**Depression Investigation. the hand book of clinical adult psychology. London: Routledge.
- Row, D. (2001):** Depression, the way out of your prison second Edition, New York ,Burner Routledge.
- Rupke, J., Blecke, D. & Renfrow, M. (2006):** Cognitive Therapy for Depression. *American Family*, 74, 1, 83-86 .

- Russo, S., Kema, I. P., Fokkema, M. R, Boon, J. C., Willemse, P. H. B., De Vries, E. G. E., et al. (2003).** Tryptophan as a link between psychopathology and somatic states. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 665-671
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C (2004):** Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* ,158,760- 765.
- Shuttlewood, G. (2005):** Comparison of Specific Factor and non specific Group CBT. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,28,221-231.
- Tanya, M. (2011):** Comparative Study of the nature of Processes in Emotion Focused and Cognitive –Behavioral Psychotherapies for Depression. ph. D. York university, Canada. D. A. I., B,7 2, 9.1543`
- Thase, M. E., Jindal, R., & Howland, R. H. (2002).** Biological aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 192-218). New York: Guilford Press.
- Tionp, s., Bullbeack, k. (2006):** Cognitive Change Process during group Cognitive behavior therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*,. 92,231-241.
- Wallace, J., Schneider, T., & McGuffin, P. (2002).** Genetics of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 169-191). New York: Guilford Press.
- Walter, D. M. (2008):** Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm. *Journal of Adolescence*, 33, 9-20.
- Watkins, C. E. (1997):** Hand book of psychotherapy supervision. NEWYORK, john Wiley & Sons.