

**مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل
الأفكار اللاعقلانية وتحسين الحيوية الذاتية لعلاج
اكتئاب الاطفال**

**The Effectivness Behavioral Cognitive Program Based
on Modifying irrational thoughts and Subjective
Vitality to Treatment Depression of Children**

اعداد

سعد بن ساعد بن سعد الجعيد
باحث دكتوراة علم النفس الإكلينيكي

إشراف

د/ أكرم فتحي يونس زيدان
أستاذ ورئيس قسم علم النفس (سابقا)
كلية الاداب – جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد الحادى العاشر - العدد الثالث

يناير ٢٠٢٥

**مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار
اللاعقلانية وتحسين الحيوية الذاتية لعلاج اكتئاب الاطفال**
**The Effectiveness Behavioral Cognitive Program Based
on Modifying irrational thoughts and Subjective
Vitality to Treatment Depression of Children**

سعد بن ساعد بن سعد الجعيد *

الملخص

حاولت الدراسة الراهنة علاج الاكتئاب من خلال برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية وتحسين الحيوية الذاتية لدى عينة من الأطفال المرضى بالاكتئاب. تحددت مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن السؤال: هل يمكن علاج الاكتئاب من خلال برنامج تدريبي يعتمد على تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية لدى عينة من الأطفال المرضى بالاكتئاب. تكونت من (٢٥) مريض كمجموعة تجريبية (٢٥) مجموعة ضابطة. واشتملت أدوات الدراسة على قائمة بيك للاكتئاب. والبرنامج السلوكي المعرفي. وأوضحت الدراسة مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية في علاج الاكتئاب من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية. وأشارت النتائج إلى أن الحيوية الذاتية وتعديل الأفكار اللاعقلانية تتناسب مع علاج الاكتئاب.

كلمات مفتاحية: البرنامج المعرفي السلوكي - الحيوية الذاتية - تعديل الأفكار اللاعقلانية - الاكتئاب.

* باحث دكتوراه علم النفس الاكلينيكي

Abstract:

The main topic of this research is The effectiveness of behavioral cognitive program in decrease symptoms of depression disorder in male and female and its applications in clinical field. The sample consisted of (25) divided in tow group :an experimental group (25) (15) male, and control group consisted of male (15) and femal (10)- their ages range from 11 to 13 years old , they suffered from depression disorder . The researcher used a Cognitive Behavioral Program Based On Subjective Vitality Modifying Thinking Error to treat them through counseling sessions, from depression and cognitive distortion . The results have shown improvement in their symptoms hence their behavior.

Key Words : Behavioral Cognitive Program - Modifying
irrational thoughts-Subjective Vitality-
Cognitive Distortion - Depression children

**مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار
اللاعقلانية وتحسين الحيوية الذاتية لعلاج اكتئاب الاطفال**
**The Effectiveness Behavioral Cognitive Program Based
on Modifying irrational thoughts and Subjective
Vitality to Treatment Depression of Children**

سعد بن ساعد بن سعد الجعيد *

مقدمة الدراسة

يصنف اضطراب الاكتئاب ضمن الاضطرابات النفسية التي تتسم بخلل في المزاج، والخوف والتوتر وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة. كما أنه من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الطفل عن أداء دوره الاجتماعي، وعن توافقه وارتقائه، وهذا الاضطراب له جوانب انفعالية ومعرفية وجسمية تتمثل في عدم القدرة على الحب، وكراهية الذات والآخرين والتفكير في الانتحار والشعور باليأس والقنوط والانسحاب الاجتماعي الذي قد يصل لحد الفوبيا من الوجود مع الآخرين . (Abakish,2023) أما الاضطراب المعرفي في الاكتئاب فيتمثل في انخفاض تقدير الذات، وتشويه المدركات، واضطراب الذاكرة، وتوقع الفشل وخيبة الأمل في الحياة، وعدم القدرة على التركيز الذهني، والمبالغة والتحويل والتركيز على السلبيات دون الإيجابيات وتجريد الشخصية من كل قيمة مع الإحساس بالنقص والدونية وقراءة المستقبل

* باحث دكتوراه علم النفس الاكلينيكي

بشكل خاطيء والقفز إلى الاستنتاجات غير العقلانية ، التي تدل على سوء التقدير والأفكار اللاعقلانية واستدلالات تبدو في الشكل منطقية لكنها من حيث المحتوى تبدو غير عقلانية بالمرّة. هذا فضلا عن الاضطراب البدني الذي يتمثل في اضطراب الشهية للطعام، واضطراب النوم، والعجز الجنسي، واضطراب الجهاز العصبي المستقل، والصداع والإنهاك، وكثرة البكاء وتناقص الطاقة وتصدير الطاقة السلبية واليأس والخوف من كل شيء والمبالغة في الاستجابة. وهو ما يعرف بزملة أعراض التعب المزمن أو نقص الحيوية الذاتية أو الإجهاد المزمن (Jurgen,et.al 2016) (أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٦)

ترى معظم النماذج والنظريات الحديثة الخاصة بالاكتئاب أن العامل الرئيسي في المرض يتمثل في الأفكار اللاعقلانية والشعور العام بالتهديد والأفكار اللاعقلانية والتوتر لأنفقه الأسباب ، فقد هدفت الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية لدى المرضى بالاكتئاب. حيث تركز فنية تعديل الأفكار اللاعقلانية على علاج أعراض الاكتئاب وأسبابه . بينما تركز الحيوية الذاتية على علاج الأعراض الجسمية للاكتئاب. ففي تفسير الاكتئاب ترى النظرية المعرفية أن المشكلة لدى المرضى تكمن في الأفكار اللاعقلانية لديهم ، إذ إنهم يميلون إلى إدراك الوقائع من حولهم على أنها لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها، كما يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء بطريقة تطرفية، إمّا ببيضاء، أو سوداء، حسنة، أو سيئة، ولا يدركون أن الشيء الذي قد يبدو سيئاً قد تكون فيه أشياء إيجابية، وهذه الخاصية ترتبط بسمات لا توافقية كالتعصب، كما أنه عند تحليل الاضطرابات الوجدانية كالغضب والاكتئاب نجد أن عامل التطرف له أهمية في إثارة هذه الاضطرابات، فكثير من حالات الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب يكون

السلوك ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات صحيحة في أذهانهم. والمشكلة ليست في نقص المعلومات وإنما في المغالطات المنطقية لهذه المعلومات . فمرضى الاكتئاب قد يكون لديهم معلومات كثيرة جداً عن الأشخاص والموضوعات والأحداث، لكن كل معلوماتهم مغلوطة وخاطئة . (Beck,2017)

والحيوية الذاتية هي نقيض زملة أعراض التعب المزمن chronic fatigue syndrome فالحيوية الذاتية هي الشعور الإيجابي باليقظة والتنبيه والفاعلية والامتلاء بالطاقة والتحمس والنشاط . ويتحقق كل ذلك عند التعاطي ولكن بشكل مؤقت إلى أن يؤدي الاعتماد على المخدر إلى النقيض التام للحيوية الذاتية وبخاصة لحظة انسحاب المخدر من الجسم . فتظهر أعراض التعب البدني والوهن في العضلات والصداع الشديد والتوتر والتعب والجوع الشديد للمخدر والغضب والحزن . وتقوم كل البرامج العلاجية للمعتدين على علاج تلك الآثار. فليس هناك علاج للاكتئاب ونما ينصب العلاج على آثاره وأعراض انسحاب المخدر . جمعة يوسف (٢٠٠٠)

تعتبر "الحيوية الذاتية Subjective Vitality من المتغيرات النفسية المهمة ذات الصلة بمرض الاكتئاب، التي توجه سلوك الطفل و تسهم في تحقيق أهدافه الشخصية إذ أن معتقدات الطفل حول قدرته الذاتية تلعب دوراً في التحكم بالبيئة مما يثير الدافعية والحافز لديه إذ تؤثر المعتقدات الذاتية للفرد على أنماط تفكيره. فالطفل ذو الكفاءة الذاتية المرتفعة أكثر قدرة على القيام بالمهام والانشطة الصعبة من الطفل ذو الكفاءة الذاتية المنخفضة. وي الحيوية الذاتية على (١٧) عادة عقلية هما: المثابرة، دقة الكلام والتفكير، التحكم بالتهور، طرح

الاسئلة، تجربة الدهشة، مرونة التفكير، استخدام كافة الحواس، التحقق من الدقة، الاعتماد على المعرفة السابقة، الاصغاء بفهم وتعاطف، الاصغاء الفعال، التفكير ما وراء المعرفة. لذا فهي ذات صلة بالأفكار اللاعقلانية. (Batelaan2021)

مشكلة الدراسة:

تتحد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على قائمة الاكتئاب في اتجاه مرضى المجموعة التجريبية؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة الاكتئاب لصالح القياس البعدي؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة الاكتئاب ؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى علاج مرضى الاكتئاب من الأطفال من خلال برنامج معرفي سلوكي.

وتحددت أهداف الدراسة فيما يلي :

- معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية لدى عينة من الأطفال المرضى.
- فهم وتفسير العلاقة بين الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية.
- تحليل وتفسير أسباب الاكتئاب لدى الأطفال.
- تنمية بعض المهارات المعرفية لدى عينة من الأطفال المرضى بالاكتئاب.
- التنبؤ بعلاج الاكتئاب من خلال الحيوية الذاتية وتعديل الأفكار اللاعقلانية.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

- ندرة الدراسات العربية التي تناولت الاكتئاب في علاقته بالحيوية الذاتية والأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال. ففي حدود علم الباحث لا توجد دراسة عربية واحدة تناولت الاكتئاب في علاقته بهذه المتغيرات. مما يجعل من الدراسة الحالية إضافة إلى المكتبة العربية بما تضيفه من معرفة تتصل بهذا المرض الذي يعاني منه نسبة كبيرة الأطفال .
- ترجع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله الدراسة وهو اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال.

الأهمية التطبيقية:

تستمد هذه الدراسة أهميتها التطبيقية من خلال تطبيق برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال .

المصطلحات الاجرائية:

البرنامج المعرفي السلوكي : ١

هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظم التي تتبع في فنياتها المدرسة السلوكية، التي ترمي إلى تعديل جانب من جوانب السلوك المضطرب لدى الأطفال و تعديل السلوكيات الخاطئة والمعارف السلبية لدى المرضى. والبرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة هو برنامج لعلاج الاكتئاب لدى عينة من المرضى السعوديين ، تم تصميمه على أساس تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية وتحسب مدى فعالية البرنامج من خلال حساب الدرجة على مقياس الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج . وذلك على عينة من الأطفال . يعرفه الباحث إجرائيا بأنه مجموعة من التدخلات والإجراءات المعتمدة على دمج فنيات إرشادي واقعي معرفي وسلوكي تتضمن جمل من المهارات الإرشادية والقائمة على العلاج بالواقع ونظرية الاختيار، وذلك خلال جلسات متتالية تحدد بزمان وزمان متفق عليه، يتم فيها مشاركة أفراد العينة مرضي الاكتئاب في عملية الحوار والمناقشة وتقويم فائدة الجلسات. Colman, A., (2015).. Tiger, (2022).

الاكتئاب: ٢

اضطراب وجداني يتمثل في الشعور بالحزن وإيأس والإحباط الدائم المستمر مع شعور متزامن بالتوتر والأفكار اللاعقلانية بسبب وبدون سبب ، وبغض النظر عن الظروف الحياتية المناسبة التي يعيشها المريض . وهو

1 Behavioral Coognitive Therapy

2 Depression

اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، ويحدث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار والأفكار غير المنطقية والاستنتاجات الغريبة. (أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٦) (Bean,2017) ويعبر عن الاكتئاب بالأفكار اللاعقلانية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على قائمة الاكتئاب (البيك) ومقياس الأفكار اللاعقلانية المستخدم في الدراسة المستخدم في هذه الدراسة. (Colman, A., (2015)

الأفكار اللاعقلانية ١

تعتبر الأفكار اللاعقلانية هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط، حيث تسيطر على تفكير الطفل وتوجه سلوكه وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير امبريقية وغير مرنة في طبيعتها وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج انفعالية سلبية، ويعبر عنها الطفل في شكل الينبغيات والطفل الذي يقع تحت وطأة الضغوط النفسية يجد نفسه يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة ويشير " ليس " إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان فيه جوانب لا تتفصل عن بعضها البعض بل إنها تتفاعل جميعاً بصورة ذات دلالة (شامخ وحسن ، ٢٠١٣ ، ٥٩٠،). ويرجع "إليس" نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من أفكار غير عقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة (بفعل التنشئة الاجتماعية)

بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات، وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار. وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية. ولذلك فإن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة وغير المنطقية ومن ثم لا بد من مساعدة الأطفال في التغلب عليها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية .

تعديل الأفكار اللاعقلانية

تعديل الأفكار اللاعقلانية هي أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي للأمراض النفسية بصفة عامة والاكنتاب بصفة خاصة . وتعمل هذه الفنية على علاج التشوهات المعرفية الخاصة بالاستدلال والاستنتاج والتعميم والمبالغة والتهويل والنزوع نحو الكمالية في كل شيء. وهو أحد الأساليب العلاجية للاكتئاب التي تساعد المرضى في فهم انفسهم للوصول إلى الذات الناجحة وإشباع حاجاتهم لما يتلاءم مع الواقع و تحقيقهم للتوافق مع أنفسهم والآخرين وهو أسلوب علاجي . ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال قائمة الاكتئاب المستخدم في الدراسة (Jurgen,et.al (2017) Reber, (2015) Colman, A., (2016)

الحيوية الذاتية : ١

الحيوية الذاتية هي الشعور الايجابي بالحيوية والطاقة، وهي تجربة ذاتية ترتبط بالمشاعر الإيجابية الحية والنشاط والحماس للإنجاز والعمل والانفتاح على الخبرات، كما تعرف الحيوية الذاتية على أنها "حالة من الشعور

الإيجابي بالحياة والطاقة التي تعرب عن نفسها في صيغة التحمس والامتلاء بالحياة والإحساس بالقوة والشعور بالافتقار، ويعتقد انها تجسيد لمشاعر الكفاءة والانتعاش وكون الطفل فعالاً ومنتجاً ونشطاً" (عبدالبر ٢٠٢٠ ص ٢٤٦)، كما تشمل الحيوية الذاتية التفاؤل والرضا عن الحياة والشعور بالانجاز وغياب المشاعر السلبية (Garima & Seema 2021). كما تعرف الحيوية الذاتية على انها "حالة امتلاك الطفل لمقومات التحمس للحياة والاقبال عليها بهمة وفاعلية موفراً مستوى مرتفع من الشعور باللياقة البدنية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ويحفزه باتجاه الاندفاع الإيجابي نحو الاعمار الحياتي ليصبح وجوده الشخصي ذا معنى وقيمة في الحياة" (أكبر والشمولى ٢٠٢١).

أولاً : الاكتئاب

الاكتئاب اضطراب في الصحة العقلية والذي يتميز بأعراض كلاً من الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية معا على حد سواء، فوفقاً لمعايير التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة (ICD-10) والتي صنفّت اضطراب الاكتئاب بأعراض مترامنة من الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب، تعد شديدة بما يكفي لتبرير التشخيص النفسي لهذا الاضطراب . والاكتئاب مرض نفسي يتميّز بالتغيير العميق للحالة الانفعالية وتقلبات في المزاج تتمثل أساساً في الشعور بالحزن والألم النفسي وبطء نفسي حركي مصاحب بالقلق. فالإحساس بالذنب ووجود أفكار انتحارية "مع توتر دائم مستمر لفترات طويلة (نايف بن أحمد، حازم المومني، 2014) جمعة يوسف (٢٠٠٠): (2015) Colman, A., (2022). Tiger,

وتم تشخيص اضطراب الاكتئاب وتم وضع معايير تشخيصية في التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشر (ICD-11) والذي تم تحديد نسخته النهائية (٢٠١٨م) بأنه سوف يتم استمرار تصنيف الاكتئاب كفة تشخيصية في الكود (6A73)، ومع ذلك تم نقل الاضطراب من قسم اضطرابات الأفكار اللاعقلانية إلى قسم الاضطرابات الاكتئابية، رداً على الانتقادات السابقة في المراجعة العاشرة (ICD-10) حيث انتقد مفهوم والذي اعتبر غامضاً للغاية، وبناءً على ذلك تم اقتراح معايير أكثر تفصيلاً بحيث يتميز هذا الاضطراب بأعراض كل من الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب في فترة أسبوعين أو أكثر، وتشمل فيها أعراض الاكتئاب: اكتئاب المزاج أو نقص، أو انعدام الرغبة، أو المتعة بالنشاطات التي كانت تثير الرغبة والمتعة، فيما تشمل أعراض القلق: الشعور بالتوتر، أو القلق، أو عدم القدرة على التحكم في الأفكار المقلقة، أو الخوف من حدوث شيء فظيع، أو صعوبة الاسترخاء، أو توتر العضلات، أو الأعراض اللاإرادية، فيما تؤدي هذه الأعراض إلى ضائقة كبيرة أو ضعف كبير في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة في حياة المريض. (Jurgen,et.al 2016)

ويشير جون تيلر (John Tiller, 2013) في بحث متعلق بالاكتئاب والأمراض المصاحبة له (Depression and its Comorbidities) بأن اضطراب الاكتئاب هو من بين الأمراض الأكثر شيوعاً في المجتمع بل وفي الرعاية الصحية الأولية، ثم طرح مفهوماً لهذا الاضطراب بحيث أنه في أغلب الأحيان يظهر على المرضى المصابون بالاكتئاب ملامح اضطرابات القلق، ومن ناحية أخرى بأن المرضى المصابين بالأفكار اللاعقلانية في الغالب أيضاً

يظهر عليهم ملامح اضطرابات الاكتئاب، مما يعني إن اضطرابات الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب قد تحدث معا وتفي بمعايير الاضطرابين معا، ثم قام بتحديد الأعراض الجسدية التي يمكن أن تشير إلى اضطراب الاكتئاب على المريض.

ويرى بعض الإكلينيكين أن الأفكار اللاعقلانية يتطور بشدة ليصبح اكتئاباً، ويؤكدون هذا الرأي بقولهم إن الأفكار اللاعقلانية يقترن بصورة متكررة بالاكتئاب، وهو ما تذهب معه أيضا الباحث حيث من الشائع أن اضطرابات الأفكار اللاعقلانية تحفز إلى الاكتئاب. وبالتالي لا يوجد خيار مماثل عندما يكون كلاً من الاضطرابين متساويين جليا ولم يصل أي منهما إلى مستوى معايير العتبة (Threshold) لتشخيص أي من اضطراب الأفكار اللاعقلانية أو الاكتئاب، إلا عن طريق التشخيص بفئة شخصية واحدة ألا وهو اضطراب الاكتئاب والذي تم النص عليه في المراجعة العاشرة، والحادية عشر من التصنيف الدولي للأمراض، والإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي، ولو أن هناك دراسات لم تؤيد هذا المصطلح حيث قد أطلق بيتر تايرر (Peter Tyrer, ٢٠٠١) مفهوم آخر يدعي متلازمة كوثيميا (Cothymia)، وهو مصطلح تم اقتراحه من قبله في سنة (١٩٨٩م) ويعني التشخيص المتلازم للقلق والاكتئاب، بما أنهما حالتين مزاجيتين متساويتين في الأهمية تحدثان معا بشكل تزامني أو في أوقات مختلفة، بل أنه دعي إلى تضمين هذا المفهوم بدلاً من الاكتئاب كتشخيص تناظري للقلق والاكتئاب . جمعة يوسف (٢٠٠٠) Tarsia. M., Mick. J. Sanavio. E., (2003)

اكتئاب الأطفال

غالبية حالات الاكتئاب لدى الأطفال يسبقها نوع من فقدان الذي حدث مؤخراً مثل: فقدان الأم أو الأب أو الإثنين معاً، والفشل في المدرسة، والفشل في الحب، ويبدو أن هناك عوامل تساعد الطفل على تجنب الإصابة بالاكتئاب مثل: وجود علاقة تدعيم مع الآخرين، والانشغال بالأنشطة وعدم تحنيل الطفل أعباء فوق طاقته، ويرى بايد وآخرون أن شيوع فقدان خلال الطفولة المبكرة بين مرضى الاكتئاب النفسي أكثر منها من بين غير المكتئبين، بينما يعتقد هوغلاند (Hoagland) أن الاكتئاب والشعور بالمعاناة من أهم الأعراض التي تظهر على الأطفال بعد الحرمان أو فقدان، لذا؛ يعد الاكتئاب النفسي في الغالب محصلة للعديد من المشكلات التي تواجه الطفل في العصر الحالي، سواء أكانت هذه المشكلات اجتماعية، أو دراسية، أو صحية، أو انفعالية. (Beck, 2017)

وترى النظرية التحليلية أن الاكتئاب هو نتاج لعملية الصراع بين الدوافع والرغبات من جهة وبين الجوانب الوجدانية من جهة أخرى بما يحتويه هذا النتاج من مشاعر الذنب، ويعبر علماء التحليل النفسي عن مفهوم الاكتئاب بأنه ناتج عن عدم تلبية الطفل لرغباته الجنسية المبكرة وإشباع حاجة الحب وهنا تتتاب الطفل حالة من الشعور بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب وتتحول هذه المشاعر وبفعل شعوره بالذنب إلى الداخل أي نحو الذات، لذا فإن الاكتئاب من وجهة نظر هذه النظرية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب.

يمكن أن نفسر الاكتئاب على أنه عبارة عن غضب موجه داخلياً نحو الذات نتيجة لفقدان حقيقي أو رمزي (غضب لاشعوري) ، على الرغم من أن العديد من الدراسات أثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الاكتئاب ليست عالية ذلك أن الارتباط يكون منوط بالفشل أكثر من ارتباطه بالعدوانية. وبالفقدان والغياب أكثر من العدائية .

النظرية السلوكية للاكتئاب

أما النظرية السلوكية فوصفت الاكتئاب بأنه فقدان عملية تدعيم السلوك ، حيث يرى فيرستر (Ferster) أن السلوك المرضي هو نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الطفل مع البيئة ، ومحصلة تعليمية لسيرة الطفل وهو يرى بأن وجود الاكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الإيجابي للسلوك. معنى ذلك أن الاكتئاب عملية متعلمة من خلال استجابات خاطئة اعتمدت على مهارات سلبية وتفكير مشوه. فهو عدم كفاية المدعمات للسلوك ، وهو خبرة نفسية سلبية مؤلمة وما هو الا ترديد لخبرات تعلمها او صادفها أو مر بها الطفل في صغره ولم يستطع أن يحلها أو يزيلها من عقله. وما العلاج السلوكي سوى إزالة مثل هذه العادات والسلوكيات السلبية وإحلال سوحيات ومهارات جديدة .

وترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب مفهوم ثلاثي المعرفة أو ما يسمى بالثالوث المعرفي والمتضمن (معرفة المريض أو منظوره لعالمه، - معرفته لذاته وأخيراً - معرفته لمستقبله) ، وأن للمرضى المكتئبين مجموعة من الخصائص الإدراكية والتي تتمثل في(انخفاض احترام الذات - وفقدان الذات - ولوم الذات - ومطالب

الذات - والرغبات الانتحارية) فالاضطرابات الكتابية تنشئ من وجهة نظر (بيك) على أساس الاضطرابات المعرفية، إذ هي (شكل من التمثل الغير ملائم للمعلومات بوصفها استنتاجات عشوائية وتجريدات انتقائية وتعميمات مفرطة وتضخيم وتفكير أخلاقي مطلق وشخصانية) الأمر الذي يؤدي الى أن يصبح محتوى المعرفيات عند المكتتب مشحوناً بالنظرة المتطرفة والسلبية . Tiger, (2022)..

ثانيا : الأفكار اللاعقلانية

الأفكار اللاعقلانية هي مجموعة الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وغير الواقعية، والتي تعيق تحقيق حركة الطفل لأهدافه، وتسيطر على تفكيره وتوجه سلوكه، وتؤدي إلى نتائج انفعالية غير سارة، إذ أنّ هذه الأفكار هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات العاطفية الانفعالية، والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط النفسية لدى الطفل (Phoenix, 2003) يعرفها أليس (Ellis, 1994: 36) بأنها: "مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية، والتي تبني على مجموعة من التوقعات والتنبؤات والتعميمات الخاطئة بدرجة لا تتفق مع الإمكانيات العقلية للفرد" ويعرفها أبو الشعر (2007: 6) بأنها: "مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير الموضوعية والتي تتصف بالسعي للكمال، والاستحسان، وتهويل الأمور المرتبطة بالذات والآخرين والشعور بالعجز والدونية والاعتمادية".

كما أشارت الصباح، الحموز (٢٠٠٧، ص ٢٨٩)، إلى أن الأفكار اللاعقلانية هي عبارة عن "مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي لا تتفق مع الواقع الفعلي للأمر، وتعتبر غير موضوعية، تتميز بتعظيم الأمور المرتبطة

بالذات والآخرين، وتسعى إلى ما لا تستطيع الوصول إليه والتصرف بموجب ما تحمله هذه الذات من قيم ومعتقدات، مما يجعلها تتحكم في أقدارها". ويعرف غنيم (٢٠٠٢، ص ١٨٢) الأفكار اللاعقلانية بأنها "الأفكار غير المنطقية، وغير الواقعية التي تتميز بعدم موضوعيتها، وتكون على درجة عالية من المبالغة في تقدير الطفل لكفاءته، والنظرة السلبية للآخرين، والاكتئاب الزائد على الذات، وعلى مشاكل الآخرين مع الاهتمام بتعظيم وتضخيم الأمور نتيجة التكوين للفرد، وتفسيره للأحداث بما لا يتفق مع إمكانات الطفل الفعلية". أما جوهن (John, 52: 2008) فيعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: "مجموعة من الأفكار التي تسيطر على تفكير الطفل وتمنعه من الوصول إلى أهدافه". أما سبوهن (Spohn, 249: 2002) فإنه يعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: "تفكير يتسم بالانطوائية والمبالغة في تصوير الأمور، مع ما يقابلها من تبريرات وتهوين للنتائج التي قد تنشأ عن سلوك أو حدث ما غير مبرر".

أما البنوي (٢٠٠٥: ١٥) فتعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها "أنماط من التفكير غير السوي والبعيد عن المنطق والذي يؤدي بصاحبه إلى سوء التكيف". وتعرف لوسي (Lucy, 2007: 6) الأفكار اللاعقلانية بأنها: "موقف فكري له سلوكه المحددة والخاطئة حول قضايا مختلفة، حياتياً وشخصياً واجتماعياً، كما يتسم بعدم الموضوعية والمبالغة في التقدير والتهويل. ووضع نتائج غير مبررة أو منطقية للأحداث". (Beck, 2017)

الأفكار اللاعقلانية المؤدية للاكتئاب.

طلب الاستحسان:

يسعى كثير من الأطفال إلى طلب الاستحسان على كل فعل يقومون به. ويصل الأمر إلى المبالغة التي تجعل من المريض أو المريضة يطلبون الاستحسان والثناء على أشياء لم يفعلوها. وطلب الاستحسان يسير وفق الفكرة اللاعقلانية التي قال بها أليس كما يلي: من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به، وهذه الفكرة لا عقلانية لأنها: هدف لا يمكن تحقيقه، وذلك لأن إرضاء الناس غاية لا تترك. إذا سعى الطفل لتحقيق هذه الغاية، فإنه سيفقد استقلاله الذاتي، ويصبح أكثر عرضة للإجباط وأقل شعوراً بالأمن. من الطبيعي وجود رغبة لدى الطفل لأن يكون محبوباً.

Balestrieri. M, Isola. M, Quartaroli. M. Bellantuono. C., (2010)

النقد الزائد للذات والآخرين:

كثرة النقد واللوم المبالغ فيه تؤدي بنسبة كبيرة للاكتئاب. ويسير ذلك وفق القاعدة التالية: "بعض الناس شر وأذى وعلى درجة عالية من الخبث والجبن والندالة، وهم ذلك يستحقون العقاب والتوبيخ". وهذه الفكرة لا عقلانية، لأنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ، فالأعمال غير الصحيحة التي ترتكب، قد تعود إلى الجهل أو الاضطراب الانفعالي، وكل إنسان عرضة للخطأ، والعقاب لا يؤدي إلى تعديل السلوك، والشخص العادي والسوي لا يلوم نفسه، ولا يلوم الآخرين، إذا أبدوا له عيوبه، بل إنه يحاول أن يصحح سلوكه (الشناوي، ١٩٩٤).

توقع الكوارث:

إن المريض والمريضة الذي يعتبر مجرد التعرض لبعض المشكلات أمر كارثي، لا يستطيع التوافق مع الآخر وينتهي الأمر به إلى الاكتئاب. ويسير ذلك وفق القاعدة التالية: "إنه لمن المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الطفل" وهذه الفكرة نمطية لا عقلانية، لأنه لا يوجد سبب يجعل الأشياء تختلف عن الواقع الذي هي عليه. وإن الانغماس في الحزن والضيق نادراً ما يغير الموقف، ولكن الغالب أن يزيد سوءاً. وإذا كان من المستحيل عمل أي شيء بالنسبة للموقف، فإن الشيء المنطقي الوحيد الذي يمكن عمله هو أن نتقبل هذا الموقف. فليس من الضروري أن يؤدي الإحباط إلى الاضطراب الانفعالي، طالما أن الطفل لم يحدد الموقف في صورة تجعل من الحصول على الرغبات أمراً ضرورياً للرضا والسعادة. Tarsia. M., Mick. J. Sanavio. E., (2003)

اللامبالاة الانفعالية:

الأطفال الذين لا يعترفون بأخطائهم ولا يبالون لاهتمامات الطرف الآخر ويتصلون من مسئولياتهم، عادة ما ينتهي بهم الأمر إلى الاكتئاب. ويسير ذلك وفق الفكرة اللاعقلانية التالية: "المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للمريض أو المريضة تحكم فيها" وهذه الفكرة نمطية غير عقلانية، لأن الظروف الخارجية وإن كانت عوامل محرضة وسيئة ليست هي السبب في التعاسة، ولكنها تتأثر باتجاهات الطفل نحوها، وردود أفعاله نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك من خلال تضخيم وتهويل الإثارة من الخارج، إلا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها، وذلك بإعادة النظر فيها وتحديدها والتعبير لفظياً عنها. (Murray Stein, et al, 1995)

ثالثاً: الحيوية الذاتية لمرضى الاكتئاب

تعد الحيوية الذاتية " حالة من الشعور الايجابي بالحياة والطاقة التي تعرب عن نفسها في صيغة الحمس والامتلاء بالحياة والإحساس بالقوة والشعور بالاقتدار ويعتقد بأنها تجسيد لمشاعر الكفاءة والانتعاش وكون المرء فعالاً ومنتجاً ونشطاً وهي " امتلاك الطفل لمقومات الحمس للحياة والإقبال عليها بهمة وفاعلية، وقدرته على ضبط وتنظيم انفعالاته وسلوكه وتجعله يشعر بالقدرة على التأثير في مسار الأحداث الحياتية والاندماج في الحياة بنشاط وفاعلية" ومن الصعب وضع حدود فاصلة بين مصطلح الحيوية Vitality ومصطلح الهمة Vigor لان كليهما يشير إلى تمتع الشخص بمستوى مرتفع من الطاقة والحمس والامتلاء بالحياة وغياب مؤشرات البلادة والإعياء والفتور، إلا أن مصطلح Vigor، وكما يتم وصفه في أدبيات المجال يتضمن ثلاثة مؤشرات هامة هي : الطاقة البدنية، والانطلاق النفسي، واليقظة العقلية. يُستخدم مفهوم الحيويّة الذاتية في العديد من السياقات والنظم العلمية، ويحمل معانٍ متباينة وفقاً لذلك، إلا أن المجال الرئيسي الذي يتردد فيه هذا المفهوم بصورة مكثفة في الوقت الراهن هو مجال علم النفس الإيجابي؛ على اعتبار أن الشعور بالحيوية والنشوة العامة والإقدام على الحياة والترحيب بها بهمة ونشاط جانباً مهماً للخبرة البشرية ومؤشراً رئيسياً من مؤشرات جودة الحياة النفسية، Balestrieri. M, Isola. M., (2010) Quartaroli. M. Bellantuono. C., (2010)

أبعاد الحيوية الذاتية

: Physical vitality الحيوية البدنية

وهي تفسير للحالة الجسمية والبدنية للشخص التي تمتد بالصحة والعافية والطاقة الحيوية لإنجاز مهام يومه والانشطة بهمة ونشاط بعيداً عن الإعياء أو

الكسل والخمول، وهي حالة لا تكن مطلوبة في الأنشطة الرياضية فقط، بل هي أكثر أهمية في واقع الأمر لتمكن الشخص من العمل المثمر وأداء مهامه اليومية. وتعني الحيوية البدنية الصحة والعافية البدنية الممدة للشخص بالطاقة الحيويّة لإنجاز المهام والأنشطة بهمة ونشاط، وهي حالة ليست مطلوبة في الأنشطة الرياضية فقط، بل هي أكثر أهمية في واقع الأمر لتمكين الشخص من العمل المثمر وأداء مهام الحياة اليومية.

الحيوية العقلية Mental vitality :

هي امتلاك الشخص القدرة العقلية والطاقة الذهنية التي تمكنه من التفكير المتزن الهادئ مع اليقظة العقلية والحساسية للثغرات والمشكلات والتوجه المعرفي المرتكز لى حل المشكلات، وبالتالي فهي حالة من اليقظة والتنبه والفاعلية العقلية. (Wubbolding, R., Will, J., Michael, H. (2017).

الحيوية الانفعالية Emotional Vitality :

وتعني الحيوية الانفعالية نضج الطفل انفعاليًا، كما تتضح في مستوى كفاءته الانفعالية وما يكمن وراءها من مهارات الحساسية الانفعالية، والضبط الانفعالي والتعبير الانفعالي على المستويين اللفظي وغير اللفظي، فضلاً عن تبنى الشخص لاتجاهات نفسية إيجابية نحو الحياة تجعله مبتهجا ومتحمسا وراضياً وشاعراً بالسكينة وراحة البال بغض النظر عن منغصات الحياة وظروفها العصيبة. ويعرف كارلوس تاجير (2012) الحيوية الانفعالية بأنها "التعلق النشط بالعالم مع قدرة عالية على الضبط والتنظيم الانفعالي مصحوباً بالشعور بحسن الحال والرضا العام (Tajer, 2012).

الحيوية الاجتماعية Social Vitality:

ترتبط الحيوية الاجتماعية الإيجابية بالمعنى السابق بما يسميه الطاقة الروحية؛ إذ إن الطاقة الروحية أحد أهم مصادر ما يصح تسميته بالمتغيرات النفس-اجتماعية الإيجابية مثل الحساسية الاجتماعية Sensitivity Social البصيرة الاجتماعية Insightfulness التعاطف Empathy التجدد والانطلاق الاجتماعي Fitness، السلوك الإيثاري Altruistic behavior تشجيعاً وحثاً للآخرين على تفعيله في سلوكياته. (Nathan, 2010) (Murray Stein, et al, 1995)

الحيوية الروحية Spiritual Vitality:

يقصد بها قدرة الطفل على التعلق بكل ما هو خير وجدير بالقيمة والتقدير في العالم والكون (Kevin Kaiser, 2013) " وترى الباحثة أن مؤشرات الحيوية الروحية تتمثل في الاندفاع النشط الإيجابي التلقائي من قبل الطفل لتأصيل قيم الحق والخير والجمال والتجويد السلوكي لحياة الآخرين في إطار القيم الروحية العليا المرتبطة بنسق الاعتقاد، مع الشعور بالطمأنينة والصفاء والسكينة العامة (Tarsia. M., Mick. J. Sanavio. E., (2003).

دراسات سابقة**دراسة جورجين وزملاءه (Jurgen, et.al 2016)**

قام الباحث وزملاءه بدراسة بعنوان معدلات انتشار الاكتئاب كفاءة تشخيصية في الممارسات الإكلينيكية. هدفت الدراسة إلى البحث في معايير التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة (ICD-10)، عن اضطراب الاكتئاب والتي اتسمت هذه المعايير بأعراض من الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب

الشديد والذي يكفي للتشخيص النفسي لهذا الاضطراب، حيث يكون الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب في مستوى واحد ولا يكون أياً منهم سائداً على الآخر. وقد توصلت الدراسة بأنه يجب إدراج فئة التشخيص اضطراب الاكتئاب إلى التصنيف والذي سوف يساعد إلى الوصول إلى العلاج المناسب في وقت مبكر، والذي على الأقل سوف يقلل العلاج الناجح المناسب من الحد من معناه المرضي، وهو السبب التي عللت به الدراسة تمضين هذا الاضطراب إلى فئة التصنيف حيث سوف يكون تشخيص هذا الاضطراب مبرر ومفيد في الممارسات الإكلينيكية.

دراسة (نايف بن أحمد، حازم المومني، 2014)

قام الباحثان بدراسة بعنوان: "دور الحيوية الذاتية وبرامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض الشعور بالاكتئاب النفسي لدى المراهقين هدفت الدراسة التعرف إلى دور الإرشاد والعلاج بالواقع في خفض الشعور بالاكتئاب النفسي لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (١٩) طالب، من طلاب الصف الحادي عشر، تم اختيارهم بطريقة قصدية، ممن لديهم اكتئاب نفسي مرتفع، وتراوح أعمارهم بين (١٦-١٧) سنة، وتم توزيعهم على مجموعتين: مجموعة تجريبية تألفت من (١٠) طلاب تعرضوا لبرنامج إرشادي وعلاجي باستخدام الإرشاد والعلاج بالواقع، ومجموعة ضابطة تكونت من (٩) طلاب لم تتلقى أي برنامج إرشادي واقعي، واستخدمت الدراسة قائمة الاكتئاب النفسي، وبرنامج إرشادي علاجي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية الإرشاد والعلاج بالواقع من خلال برنامج إرشادي في خفض الاكتئاب النفسي لدى الطلبة المراهقين في المجموعة التجريبية.

دراسة: (دنيا الشبؤون، 2011)

قامت الباحثة بدراسة بعنوان: "الأفكار اللاعقلانية وعلاقته بالاكنتاب عند المراهقين هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية بوصفه حالة والأفكار اللاعقلانية بوصفه سمة وبين الاكنتاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، كما يهدف إلى معرفة الفروق بين المراهقين في الأفكار اللاعقلانية بوصفه حالة والأفكار اللاعقلانية بوصفه سمة وبين الاكنتاب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث). وقد أشارت نتائج الدراسة بأنه يوجد ارتباط بين الأفكار اللاعقلانية بوصفه حالة والأفكار اللاعقلانية بوصفه سمة وبين الاكنتاب لدى مراهقي عينة الدراسة جميعاً، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين الأفكار اللاعقلانية بوصفه حالة والاكنتاب أيضاً وجود ارتباط بين الأفكار اللاعقلانية بوصفه حالة والأفكار اللاعقلانية بوصفه سمة وبين الاكنتاب لدى المراهقين من الجنسين.

دراسة. (Bjerkset, et al, 2008):

قام جيركسيت وزملاءه بدراسة تحت عنوان: "الفروق بين الذكور والإناث في الاكنتاب وعلاقته بالانتحار. هدفت الدراسة إلى معرفة درجة الفروق بين الجنسين في مزاملة اضطراب الاكنتاب والانتحار وذلك على عينة وقدرها (٥١,٠٩٢) من المجتمع النرويجي، من بينهم عدد (٤26,444) من الإناث (متوسط العمر ٤٦,٥ سنة) وعدد (٢٤,٦٤٨) من الذكور (متوسط العمر ٤٧,٣) تم تضمينها في التحليل بواسطة مقياس (HADS) مقياس الأفكار اللاعقلانية والاكنتاب العيادي. وقد توصلت الدراسة بأن هناك عدد (١٥٤٢) من الإناث وبنسبة قدرها (٥,٩٪) وعدد (١١٨٣) من الذكور بنسبة (٤,٨٪) وصلوا

عتبة اضطراب الاكتئاب، وفي نهاية فترة المتابعة وجد أن عدد (١٤) من الإناث أي بنسبة (٠,٠٥٪)، وعدد (٢٧) من الذكور وذلك بنسبه وقدرها (٠,١١٪) ماتوا بالانتحار، وكان من بينهم نسبة عدد (١١) فقط وذلك بنسبة (٢٧٪) من حالات الانتحار قد حدثت بين الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب، وبالتالي توصلت الدراسة بأن هناك تزامن بين مخاطر الانتحار والاكتئاب.

دراسة ميوري شتاين وآخرون (Murray Stein, et al, 1995)

أجرى الباحث دراسة بعنوان: "الاكتئاب ومظاهره في الرعاية الأولية" حيث هدفت الدراسة إلى تحديد مدي انتشار أعراض الاكتئاب وأهميتها الإكلينيكية في الرعاية الأولية، فقد تم تطبيق تصميم لأخذ عينة على مرحلتين وذلك على عدد وقدره (٧٩٦) زائر من إحدى العيادات النفسية ودون تشخيص مسبق لمرض نفسي معروف لديهم، فكان من بين (٧٨) شخص قد تمت مقابلتهم بشكل منهجي وجد أن نسبة (١٠,٣٪) يعانون من اضطراب اكتئابي فقط، ونسبة (١٢,٨٪) كانوا يعانون من اضطراب الأفكار اللاعقلانية فقط، ونسبة (١٩,٢٪) كانوا لديهم أعراض مشتركة لاضطراب الأفكار اللاعقلانية واضطراب الاكتئاب، ونسبة (١٢,٨٪) كان لديهم مزيج من أعراض الأفكار اللاعقلانية والسمات الاكتئابية وفقا لمعايير المراجعة العاشرة (ICD-10) والإصدار الرابع (DSM-IV)

أجرى الباحث

(Bvrly, 2023) دراسة مقارنة عن الأفكار اللاعقلانية ومعتقدات ما وراء المعرفة لدى المصابين بالاكتئاب والأسوياء، وتكونت العينة من ٣٥ مصابًا بالاكتئاب و ٣٩ مصابًا باضطراب الشخصية الاكتئابية، و ٥٣ شخصًا

عاديًا. واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس الاكتئاب المعدل، استبيان ميلون متعدد المحاور (المقياس الفرعي لـ OCPD)، استبيان "يونج" للالتشوه المعرفيات المعرفية-الصورة المختصرة، استبيان ما وراء المعرفة (MCQ-30) واستبيان الصحة العامة. أظهرت النتائج أن متوسط الدرجات في جميع مجالات التشوه المعرفيات سوء التوافق المبكرة أعلى بكثير من الأسوياء، وبين الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أعلى بكثير من المجموعات الأخرى.

دراسة والبورج (Wallburg,2022) أجرى الباحث دراسة بعنوان: "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية غير التوافقية و الضغط المدرك ، وهدفت الدراسة الحالية للتحقق من نظرية جيفري في الأفكار اللاعقلانية. وفقا لنظرية التشوهات المعرفية غير التوافقية لجيفري يونغ فإن هذه الاخيرة تتطور أثناء الطفولة و يفترض ان لها خاصية الاستقرار و لكن عند تنشيط هذه التشوهات فإنها تؤثر على ادراك الطفل للعالم الخارجى و تخلق له تشوهات معرفية، من هذا المنطلق قام الباحث بالتحقق من هذا الافتراض بدراسة مدى تأثير هذه التشوهات على ادراك الطفل للضغط. اجريت الدراسة على عينة مكونة من ١٣٢ طالبا جامعا يدرسون فى السنتين الثانية و الثالثة الجامعية، طبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس التشوهات المعرفية غير التوافقية المختصر YSQ-S1 مقياس الضغط المدرك .بينت الدراسة ان بعض التشوهات المعرفية غير التوافقية يؤثر فعلا على ادراك الطفل للضغط و خاصة فى ظهور مشاعر الاهمال على ادراك الضغط.

فروض الدراسة:

بعد الاطلاع على الاطار النظري والدراسات السابقة يقترح الباحث
الفروض التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على قائمة الاكتئاب في اتجاه مرضى المجموعة التجريبية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة الاكتئاب لصالح القياس البعدي.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والنتبعي على قائمة الاكتئاب.

منهج الدراسة :

استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي (التصميم القبلي - البعدي لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة) حيث يتطلب هذا المنهج التعامل مع متغيرين أحدهما تابعا والآخر مستقلا ، حيث يعد البرنامج المعرفي السلوكي للاكتئاب بمثابة المتغير المستقل ، بينما تعتبر درجات الأطفال المرضى على مقياسي الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية وقائمة الاكتئاب المتغيرات التابعة.

عينة البحث.

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٢٠) طفل مريض بالاكنتئاب . من أطفال المودعين بالمراكز والمستشفيات الخاصة بامملكة العربية السعودية. وتم اختيار العينة الأساسية من خمس و عشرين (٢٥) طفل مريض بالاكنتئاب ، وتراوحت أعمارهم من (١١ - ١٣) سنة . وانقسمت العينة إلى العينة التجريبية وتكونت من (٢٥) مريض بواقع ١٥ ذكور و ١٠ إناث من المرضى، وتكونت والعينة الضابطة من (٢٥) مريض بنفس المرض بواقع خمسة عشر ١٥ ذكور عشر ١٠ إناث.

تكافؤ وتمثيل العينات :

تم حساب التكافؤ بين مجموعتين الدراسة: المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من مرضى الاكنتئاب في المتغيرات الخاصة بالاكنتئاب والأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية. كما تم حساب التكافؤ في العمر ومستوى الاكنتئاب ومستوى الحيوية الذاتية وطول مدة الاكنتئاب كما هو في الجدول التالي :

(جدول ١)

الفروق بين المجموعتين في القياس القبلي من حيث متغيرات
الاكتئاب، والأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية

الدلالة	قيمة ذ	المجموعة الضابطة = ٢٠		المجموعة التجريبية = ٢٠		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
٠,٣٦٥	٠,٠٨٤-	٧,٦٠	٦٥	٧,٣٦	٧٨	الحزن
٠,٢٣	١,٣٤٦-	٨,٧٥	٨٧,٥	١٢,٢٥	١١١,٥	التعب
٠,٢٢٣	١,٢١٩-	٩	٩٠	١٢	١١٠	عدم الشعور بالضا
٠,٥٢٧	٠,٦٣٣-	٩,٧٠	٩٧	١١,٣٠	٩٧	الأفكار الانتحارية
٠,٣٥٧	٠,٩٢١-	١١,٧٠	١١٧	٩,٣٠	٩٣	الانفصال
٠,٨٥٣	٠,١٨٩-	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠	الفشل
٠,٧٢٨	٠,٣٤٧-	١٠,٩٥	١٠٩,٥٠	١٠,٠٥	٨٧,٦٣٠	الانطواء
٠,٤٨١	٠,٧٧٧-	١١,٥٠	١١٥	٩,٥	٩٥	الحيوية البدنية
٠,٩٤٠	٠,٠٧٦-	١٠,٦٠	١٠٦	١٠,٤٠	١٠٤	الحيوية العقلية
١	٠	١٠,٥٠	١٠٥	١٠,٥٠	١٠٥	الحيوية الانفعالية

بالنظر في الجدول السابق يتضح من النتائج أن مجموعتي الدراسة على
خط أساس متقارب في نسبة الاكتئاب، والأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية. مما
يدعم وجود تكافؤ بين المجموعتين في خط الأساس، وبالتالي يؤدي إلى نتائج
حقيقية وصادقة.

جدول (٢) يوضح التكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة)
في بعض المتغيرات الدخيلة

المتغيرات	المجموعات	المجموعة التجريبية ن = ٢٠		المجموعة الضابطة ن = ٢٠		ت	الدلالة
		ع	م	ع	م		
العمر	٤٠،٠٤٤	٢،٤٨٥	٤١،٠٤٩	٢،٤٧٩	٠،٠٠٨	٠،٩٩٤	
مستوى الحيوية الذاتية	٧٨،٧٥	٢،٥٤	٨٩،١٣	٢،٨٧	٠،٣٧-	٢،٧٣	
مستوى الاكتئاب	٥،٣٠	٦٧٥	٥،٢٠	٠،٧٨٩	٠،٣٠٥	٠،٧٦٤	
مدة الإصابة بالاكتئاب	٢،١٥	٠،٦٨	٢،٥٤	٠،٨٠	٠،٤٧٥-	٥٢٤	

وبعد التحقق من اختبار ليفن لقياس التجانس بين عينتي الدراسة في كل من العمر، مستوى الحيوية الذاتية، ومستوى الاكتئاب، والعمر، ومدة الأصابة بالمرض، تبين أن قيمة التباين أكبر من مستوي الدلالة (٠،٠٥)، وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين مما يدل على التكافؤ والتجانس بين العينتين، ومن نتائج اختبار ت؛ تبين عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الدخيلة.

أدوات الدراسة:

قائمة بيك للاكتئاب

تتكون القائمة من ٢١ بنداً والتي اعتمدت على المشاهدات الاكلينيكية وعلى أوصاف الأعراض التي يعطيها بشكل متكرر المرضى بالاكتئاب في مجال الطب النفسي في مقابل الملاحظات والوصف التي يعطيها المرضى

غير المكتئبين بشكل متكرر. واندجت المشاهدات الإكلينيكية وأوصاف المرضى - بشكل متسق - في واحد وعشرين عرضاً (الحزن ، التشاؤم ، الشعور بالفشل ، عدم الرضا ، الذنب ، العقاب ، كره الذات ، اتهام الذات ، أفكار انتحارية ، البكاء ، التهيج ، الانسحاب الاجتماعي ، عدم الحسم ، تغير صورة الجسم ، صعوبة العمل ، الارق ، سرعة التعب ، فقد الشهية ، فقد الوزن ، الانشغال بالجسم ، فقد الليبدو) يمكن تقديرها على أساس مقياس من أربع نقاط يتراوح بين صفر - ٣ على أساس من الشدة (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦ ، Beck & Steer, 1993) .

مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال إعداد الباحث

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٠) عبارة مقسمة على خمس أبعاد هي : الانفصال والفشل والسلبية والانطواء والخضوع حيث يشير التشوه المعرفي (الانفصال) إلى عدم القدرة على تشكيل علاقات أو روابط آمنة أو واثقة و مُرضية مع الآخرين. والأطفال من هذا النوع يعبرون عن حاجاتهم للاستقرار و الأمان و الاهتمام و الحب و الانتماء التي لا يتم إشباعها أبداً، إن الأشخاص الذين لديهم التشوه المعرفيات تتمركز في هذا المجال هم دائماً الأكثر إصابة، و اغلبهم عاشوا طفولة صادمة، و في الرشد يتحول من علاقة ذاتية التهديم إلى أخرى و يتجنب العلاقات الحميمة. والعبارات الدالة على هذا التشوه المعرفي تشمل أرقام (٢- ٦ - ١٤ - ١٨)

أما التشوه المعرفي (الفشل) يشير بأن الأطفال الذين يملكون هذا التشوه المعرفي يعتقدون أنهم خائفين مقارنة بأمثالهم و لديهم إحساس بأنهم غير قادرين على النجاح كما الأشخاص الآخرين. وعبارات هذا البعد هي (٣ - ٨ - ١٢ - ١٥) ويشير التشوه المعرفي السلبي إلى أن الأطفال غير قادرين

على مواجهة المسؤوليات اليومية بدون مساعدة الآخرين، و يتظاهرون غالباً بعدم الاكتراث و نقص المبادرة. هذا التشوه المعرفي يحتوى على عنصرين الأول هي عدم الكفاءة: يتميزون بنقص الثقة في قراراتهم و أحكامهم فيما يتعلق بالحياة اليومية و يكره و يتراجع على المواجهة لوحده للأشياء الجديدة ، و الثانية هي التبعية و هي تتجم عن عدم الكفاءة ، بما أن هؤلاء المفحوصين يحسون أنهم غير قادرين على العمل لوحدهم. والعبارات الخاصة بهذا البعد هي ؛ (١ - ٥ - ١١ - ١٣)

أما التشوه المعرفي (الانطواء) يشير بأن الشخص يعتقد انه مختلف عن الآخرين و لا يفكر في الانتماء إلى جماعة و يحس بالوحدة أمام الجمهور الخارجي. والعبارات الدالة على هذا البعد هي : (٤ - ٧ - ١٦ - ١٧)

أما التشوه المعرفي (الخضوع) يعني التبعية أو عدم الكفاءة فأغلب الأطفال من هذا النوع يظهرون دائماً أعراض كالهلع ،التجنب أو المشاكل الجسدية الناتجة عن الضغط، فهذهم هو التخلص من هذه الأعراض بدلاً من تغيير أحاسيسهم العميقة للتبعية و عدم الكفاءة . والعبارات الدالة على هذا البعد هي (٩ - ١٠ - ١٩ - ٢٠).

تصحيح المقياس الاستجابية على المقياس هي في مدرج هرمي من :
دائماً (٥ درجات) غالباً (٤ درجات) أحياناً (٣ درجات) نادراً (٢ درجات) أبداً (١ درجة) وبذلك تصبح الدرجة القصوى للمقياس (١٠٠) وهي التي تعبر عن تشوه المعرفي شديد جداً. أما الدرجة (٨٠) فتعبر عن تشوه معرفي مرتفع. والدرجة الخام (٦٠) تعبر عن التشوه المعرفي المتوسط . والدرجة (٤٠) تعبر عن التشوه المعرفي

الثبات والصدق

جدول (٣)

يوضح معاملات الثبات والصدق لأبعاد مقياس

الأفكار اللاعقلانية (ن=٢٠)

البعد	الذكور		الإناث	
	معاملات الثبات		معاملات الثبات	
	الفا كرونيباخ	تجزئة نصفية	الفا كرونيباخ	تجزئة نصفية
الاتصال	٠،٨١	٠،٨٨	٠،٩٢	٠،٩٨
الفشل	٠،٧٨	٠،٨٣	٠،٦١	٠،٩٧
السلبية	٠،٧٠	٠،٧٣	٠،٧٥	٠،٨٦
الانطواء	٠،٦٥	٠،٩٢	٠،٧٧	٠،٨٧
الخضوع	٠،٧٣	٠،٧٩	٠،٦٦	٠،٩١

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة الثبات بألفا كرونباخ والتجزئة النصفية أعلى من ٠،٧ ويعني هذا أن معاملات الثبات مرتفعة ومرضية، والصدق أعلى من ٠،٧ ماعدا الخضوع، وتعتبر أيضا مرتفعة ومرضية، مما يدعم صدق البطارية وأنه تقيس ما وضعت له.

مقياس الحيوية الذاتية (S.V.S) إعداد الباحث

يتكون مقياس الحيوية الذاتية من (٢٥) عبارة ، مقسمة إلى ثلاثة أبعاد، البعد الأول الحيوية البدنية ، والذي يشير إلى قدرة الجسم على القيام بالأنشطة

واللياقة البدنية بما يتناسب مع العمر والجهد المبذول والمدة الزمنية للنشاط . أما البعد الثانى فهو الحيوية العقلية والذى يشير إلى القدرة على التفكير والاستدلال واصدار الأحكام والقدرة على الانتباه والإدراك . والبعد الثالث الحيوية الانفعالية والذى يشير التحكم وضبط الذات و عدم اليأس وعدم الإحباط ، القدرة على تحمل الضغوط والشعور بالرضا والهدوء .

ويتم تصحيح هذا المقياس من خلال معيار خماسي يتدرج من : (دائما- غالبا- نادرا- أحيانا، أبدا) . وتصحح الإجابات من (١:٥) وفقاً لمعيار التصحيح للمقياس . وبذلك تكون الدرجة القصوى الخام للمقياس هي (١٢٥) وما يقابلها من درجة تائية (٧٨,٤) . فقد تم تقنين المقياس على أساس الدرجة التائية على عينة من خارج العينة الأصلية للبحث ، $N = (١٠)$ وتراوحت أعمارهم ما بين ٢١ : ٣٠ سنة ، وكانت معاملات الثبات والصدق مقبولة لدرجة كبيرة . والحاصل على (٥٠) درجة تائية يصبح متوسط فى الحيوية الذاتية ، والأقل من هذه الدرجة فهو يعانى من نقص الحيوية الذاتية ، أما الذى يصل للدرجة التائية (٧٠) فما فوق يتمتع بالحيوية الذاتية.

الثبات :

قام الباحث بحساب ثبات الاتساق الداخلى لمقياس الحيوية الذاتية عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على المفردة والدرجة الكلية ، وكذلك بين الدرجة لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس ، وتم اختيار العبارات التى حصلت على أعلى معاملات ارتباط حتى أصبح عدد العبارات للمقياس فى صورته النهائية (٢٥) عبارة مقسمة على ثلاثة أبعاد . ويوضح جدول (٤) الاتساق الداخلى بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٤)

اتساق معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية عليه، $n = (20) (25)$ عبارة لحساب ثبات مقياس الحيوية الذاتية

البعد	ارتباط البعد بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
الحيوية البدنية	٠,٧١	٠,٠١
الحيوية العقلية	٠,٦٩	٠,٠١
الحيوية الانفعالية	٠,٧٠	٠,٠١

يتضح من جدول (٤) أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات .

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية لمقياس الحيوية الذاتية

$n = (20) (25)$ عبارة لحساب الثبات بالاتساق الداخلي

رقم المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة	رقم المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة	رقم المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
١	٠,٥٥	٠,٠١	١١	٠,٧١	٠,٠١	٢١	٠,٦١	٠,٠١
٢	٠,٧١	٠,٠١	١٢	٠,٦٩	٠,٠١	٢٢	٠,٦٨	٠,٠١
٣	٠,٧١	٠,٠١	١٣	٠,٦٣	٠,٠١	٢٣	٠,٥٤	٠,٠١
٤	٠,٥٥	٠,٠١	١٤	٠,٦٦	٠,٠١	٢٤	٠,٧١	٠,٠١
٥	٠,٥٨	٠,٠١	١٥	٠,٥٥	٠,٠١	٢٥	٠,٦٠	٠,٠١
٦	٠,٥٥	٠,٠١	١٦	٠,٥٤	٠,٠١			
٧	٠,٥٤	٠,٠١	١٧	٠,٥٨	٠,٠١			
٨	٠,٥٥	٠,٠١	١٨	٠,٧٤	٠,٠١			
٩	٠,٧٢	٠,٠١	١٩	٠,٦٨	٠,٠١			
١٠	٠,٥٢	٠,٠١	٢٠	٠,٧٤	٠,٠١			

يتضح من جدول (٥) أن مقياس الحيوية الذاتية يتمتع بدرجة عالية من الثبات ؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٥٢ إلى ٠,٧٤ بمستوى دلالة ٠,٠١ . مما يشير إلى ارتفاع الاتساق الداخلى ، لذا يمكن الاعتماد على النتائج المستخرجة من هذا المقياس .

الثبات باستخدام معامل ألفاكرونباخ وإعادة الاختبار والتجزئة النصفية :

جدول (٦)

ثبات مقياس الحيوية الذاتية باستخدام معامل ألفاكرونباخ

وإعادة الاختبار والتجزئة النصفية ن = ٢٠ (٢٥) عبارة

طريقة الثبات ن = (٢٠)		
معامل ألفاكرونباخ	إعادة الاختبار	التجزئة النصفية
٠,٧٥	٠,٦٦	٠,٧١

يتضح من جدول (٦) أن المقياس يتمتع بمستوى مقبول من الثبات مما يمكن من استخدامه فى الدراسة الحالية

الصدق : صدق المقارنة الطرفية : حيث قام الباحث بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتين متطرفتين أحدهما حصلت على درجات مرتفعة فى مقياس الحيوية الذاتية والأخرى حصلت على درجات منخفضة فى ذات المقياس ، وذلك بهدف اختبار قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين فى الحيوية الذاتية ، ويوضح جدول (٧) دلالة الفروق بين المجموعتين المرتفعة والمنخفضة .

جدول (٧)

دلالة الفروق بين متوسطى المجموعتين المرتفعة والمنخفضة
فى مقياس الحيوية الذاتية لحساب صدق المقارنة الطرفية

مستوى الدلالة	قيمة ت	المجموعة الثانية المنخفضة أقل من ٢٥ % ن = (٥)		المجموعة الأولى المرتفعة أعلى من ٢٥ % ن = (٥)		المتغيرات الحيوية الذاتية
		ع	م	ع	م	
٠,٠١	٢,١	٠,١	٥,٥	١,٨	٨,٤	الحيوية البدنية
٠,٠١	٢,٥	١,٢	٦,٢	٢,٤	٩,٦	الحيوية العقلية
	٢,٣	.٩	٤,٧	٢,٥	٨,٥	الحيوية الانفعالية

يتضح من جدول (٧) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى المجموعتين المرتفعة والمنخفضة فى الحيوية الذاتية عند مستوى ٠,٠١ ، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على صدق المقياس

ب- الصدق الظاهرى : حيث قام الباحث بعرض المقياس على (١٠) من المتخصصين فى علم النفس وطلب من كل منهم منفرداً أن يحدد صلاحية المقياس من حيث التعليمات ومدى مناسبة كل عبارة . وإذا حصلت العبارة على نسبة اتفاق ٥٠ % أو أكثر يتم قبول العبارة ، وقد حصلت نسبة الاتفاق بين المحكمين فى هذا المقياس إلى ٧٤ % ، مما يعنى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق الظاهرى .

البرنامج السلوكي المعرفي

جدول (٨) جلسات برنامج العلاج للاكتئاب

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
٢-١	تكوين العلاقة بين المعالج والمرضى وبعضهم البعض	١- الترحيب بالمجموعة العلاجية وأسباب اختيارهم للمشاركة بالبرنامج. ٢- تعارف بين أفراد المجموعة العلاجية. ٣- إرساء توجه إيجابي نحو البرنامج العلاجي وتكوين جو من الثقة والألفة. ٤- توضيح أهداف البرنامج العلاجي ومحتواه وحثهم على التعاون والمشاركة بإيجابية والاتفاق على عدد الجلسات ومواعيدها.	١- بدأت الباحثة الجلسة العلاجية بالترحيب بأفراد المجموعة العلاجية وقدم المعالج نفسه للمجموعة وطلب منهم ذكر اسمائهم وأن يذكر كل شخص نبذة عن رأيه في صورة الجلسات العلاجية وهواياته ومصادر قلقه وشعوره بالاكتئاب ٢- قامت الباحثة بإرساء توجه إيجابي نحو البرنامج من خلال المنافع والثمار إلى سوف تعود عليهم جراء مشاركتهم الجلسات العلاجية والخبرات والأنشطة التي سوف تتيحها لهم الجلسات العلاجية. ٣- الاتفاق مع أفراد المجموعة العلاجية	المحاضرة والمناقشة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
			على مواعيد الجلسات وعددها وأهمية الالتزام والمشاركة في الأنشطة والواجبات المنزلية. ٤- توضيح طبيعة البرنامج وأهدافه في تحسين وتعديل الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالاكْتئاب وشرح مبادئ فنيات العلاج من خلال الحيوية الذاتية وتعديل الأفكار اللاعقلانية.	
٣- ٤	الاكتئاب	٥- تعريف أفراد المجموعة العلاجية بمعنى الاكتئاب. ٦- توضيح خصائص معوقات معاشية الاكتئاب وتفسيرات المجموعة العلاجية لذلك. ٧- المشكلات التي يعاني منها أفراد المجموعة العلاجية.	• بدأ الجلسة بالترحيب بالمجموعة العلاجية وتوضيح لأفراد المجموعة العلاجية معنى الاكتئاب وأبعاده. • توضيح الآثار المرتتبة على الاكتئاب. • مناقشة أفراد المجموعة العلاجية للاكتئاب والمشكلات المرتبطة بذلك.	المناقشة الحوار والحيوية الذاتية وتعديل الأفكار اللاعقلانية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
			• مناقشة أفراد المجموعة العلاجية عن أهمية التخلص من الاكتئاب.	
٦-٥	تعديل الأفكار اللاعقلانية	- توضيح أهمية تعديل الأفكار اللاعقلانية في الاكتئاب. - توضيح المفاهيم الأساسية - وأسس وفنيات العلاج .	٨- رحبت الباحثة بالمجموعة العلاجية والثناء عليهم في الالتزام والجدية وبدأت مناقشة الواجب المنزلي عن خصائص الشخصية الإيجابية وركزاً على أهمية إبراز جوانب القوة وتنميتها لدى كل شخص. ٩- مناقشة المعنى الإيجابي وأهميته في معايشة الاكتئاب مع مناقشة هدف كل شخص في الحياة. ١٠- تذكير المجموعة العلاجية بقيمة التحليل بالمعنى وإدراك المعنى الإيجابي للحياة. ١١- الواجب المنزلي: أن يذكر كل شخص المعنى الإيجابي في خبراته.	المناقشة تحليل المعنى

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
٨-٧	اكتشاف الذات ومعرفة الأفكار اللاعقلانية	١٢- استبصار أفراد المجموعة العلاجية بجوانب القوة والضعف لديهم. ١٣- التأكيد على أهمية تنمية جوانب القوة وتدعيمها ومحاولة اكتشاف جوانب الضعف التي تؤدي إلى الاكتئاب لديهم. ١٤- مساعدة الشخص على تفعيل جوانب القوة والضعف لديه كأنها مشاعر طبيعية.	الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية ومناقشة الواجب المنزلي. مناقشة أفراد المجموعة العلاجية عن جوانب القوة لدى كل شخص وكذلك جوانب الضعف. مساعدة كل شخص بالمجموعة العلاجية على تقبل الذات والتسامح تجاه التوترات، وأنه في سبيل بحث الإنسان عن المعاني الإيجابية لا بد أن تقابله الصعاب والمعاناة وأن تغلبه على المعاناة وتحقيق المعنى الإيجابي ينعكس على الاكتئاب لديه. أهمية الاستفادة من خبرات القوة في الماضي ليفهم الحاضر ويخطط للمستقبل مع استبعاد اللوم على الآخرين لأنه يعطل الشخصية مع تدعيم الثقة بالذات الواجب المنزلي — صف نفسك في كلمات. أن يذكر كل شخص جوانب القوة والضعف لديه.	المناقشة والحوار السقراطي وتحليل المعنى

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
٩	إدارة الوقت	١٥- تنمية قدرة أفراد المجموعة العلاجية على تنظيم الوقت. ١٦- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على الاستفادة من وقت الفراغ من خلال جدول الهوايات المتنوع وميول كل شخص. ١٧- إدراك المجموعة العلاجية لأهمية التوازن بين العمل وممارسة الهوايات.	الترحيب بالمجموعة ومناقشة الواجب المنزلي. مناقشة أفراد المجموعة العلاجية عن كف يقضي وقته؟ مع بعض التوجيهات بمهارة تنظيم الوقف. مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على الاستفادة من وقت الفراغ من خلال جدول الهوايات المتنوع وميول كل شخص. تدعيم المجموعة العلاجية لأهمية أحداث توازن بين ممارسة العمل وممارسة الهوايات بحيث لا يطغى جانب على آخر فيعكس شخصية متوازنة من العمل وممارسة الهوايات وتوقيتاتها.	المناقشة تعديل الاتجاهات
١٠	التواصل الاجتماعي	١٨- تبصير المجموعة العلاجية بأهمية الآخرين في حياتهم.	الترحيب بالمجموعة العلاجية ومناقشة الواجب المنزلي. تبصير المجموعة العلاجية بأهمية	المناقشة والحوار وتعديل الأفكار اللاعقلانية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
		١٩- إدراك المجموعة العلاجية أن تحقيق المعنى الإيجابي يكون في محيط اجتماعي وأن الآمال والطموحات تحققها من خلال علاقاتنا بالآخرين	التواصل الاجتماعي وأن أساس الحياة المليئة بالمعاني الجيدة. إدراك المجموعة العلاجية لأهمية الآخرين في الحياة مثل الأسرة والأصدقاء والمعارف وكيف أن مساعدة الآخرين يثري الحياة ويعطيها معنى. الواجب المنزلي: يذكر كل شخص بالمجموعة العلاجية شخص له تأثير كبير في حياته. أن يذكر كل شخص نماذج لأشخاص أثروا الحياة الاجتماعية.	
١١	السعادة	٢٠- تبصير المجموعة العلاجية أن السعادة تتبع من اكتشاف المعاني وتحقيقها. ٢١- المعنى الإيجابي للحياة يعكس السعادة وأن فقدان المعنى يجلس الألم النفسي.	الترحيب بالمجموعة العلاجية ومناقشة الواجب المنزلي. أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على بعض النماذج الإنسانية الإيجابية التي أثرت الحياة بالعامّة. مناقشة أهمية تشكيل الشخص لحياته وفق	الحوار السقراطي تحليل المعنى

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	إجراءات الجلسة	الفنيات المستخدمة
		٢٢- التأكيد أن معايشة الاكتئاب والثقة بالقدرات يشعر الشخص بالسعادة والرضا عن الحياة.	اختياراته وأن تحقيق المعنى بداخله يشعره بالسعادة والثقة بالذات والقدرات. الواجب المنزلي: أن يكتب كل فرد بالمجموعة العلاجية الخبرات السارة التي مر بها.	
١٢	التفاؤل	٢٣- مساعدة المجموعة العلاجية على تدعيم الاتجاه الايجابي التفاؤلي نحو المستقبل. ٢٤- إدراك المجموعة العلاجية أن التخطيط للمستقبل وتحقيق الآمال والطموحات ينبع من داخل الشخص على الذات. ٢٥- تدعيم الاتجاه الايجابي التفاؤلي نحو المستقبل ومعايشة الاكتئاب والتغلب على الصدمات.	الترحيب بالمجموعة العلاجية ومناقشة الواجب المنزلي. مناقشة المجموعة العلاجية حول الآمال والطموحات المستقبلية والسبيل إلى تحقيقها من خلال الجدد والاجتهاد في العمل والثقة في القدرات. مناقشة المجموعة العلاجية حول خصائص الشخصين الايجابيين التي تعكس التفاؤل الواجب المنزلي: ماذا تريد أن تكون ما الأهداف التي ترغب في تحقيقها وما الأهداف التي تسعى لتحقيقها	الحوار السقراطي وتعديل الإتجاهات

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول: نص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على قائمة الاكتئاب في اتجاه مرضى المجموعة التجريبية " وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتنى Mann. Whitney Test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين.

جدول (٩)

الفروق بين مجموعتي الدراسة في القياس البعدي بالنسبة
للاكتئاب والأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية

الدلالة	قيمة ذ	المجموعة الضابطة = ٢٥		المجموعة التجريبية = ٢٥		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
٠,٠٠١	٣,٢٧٠-	٦,٤٠	٥٣	١١,٦٠	١٢٥	الحزن
٠,٠٠٠١	٣,٥٨٧-	٥,٨٠	٥٨	١٥,٢٠	١٥٢	التعب
٠,٠٠٠١	٣,٨٤٥-	٥,٥	٥٥	١٥,٥	١٥٥	عدم الشعور بالرضا
٠,٠٠٠١	٣,٨٢٧-	٥,٥	٥٥	١٥,٥	١٥٥	الأفكار الانتحارية
٠,٠٠٠١	٣,٥٠٤-	٥,٩٠	٥٩	١٥,١٠	١٥١	الانفصال
٠,٠٠٠١	٣,٤٨٤-	٥,٩٠	٥٩	١٥,١٠	١٥١	القتل
٠,٠٠١	٢,٥٦٥-	٧,١٥	٧١,٥٠	١٣,٨٥	١٣٨,٥	الانطواء
٠,٠٠٠٣	٢,٩٧٧-	٦,٦٠	٦٦	١٤,٤٠	١٤٤	الحيوية البدنية
٠,٠٠٠١	٣,٣٣٢-	٦,١٠	٦١	١٤,٩٠	١٤٩	الحيوية العقلية
٠,٠٠١	٢,٣٥	٤,٢	٥٥	١٦,٥	١١٤	الحيوية الانفعالية

بالاطلاع على الجدول السابق وجود فروق عند (٠,٠١) بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء العلاج بشهرين في أول متابعة، حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة أن مرضى المجموعة التجريبية قد استمروا في انخفاض التقديرات لديهم في الأداء على قائمة الاكتئاب ، وقد يرجع ذلك الاستمرار في التراكم التدريبي إلي توفر شروط انتقال أثر البرنامج العلاجي من خلال تحسين الحيوية الذاتية وتعديل الأفكار اللاعقلانية.

جدول (١٠)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس على قائمة الاكتئاب

الاختبار	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ضابطة	٢٥	٥,٢٣	١,٤	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠	١,٨٩	٠,٠١
	تجريبية	٢٥	١١,٥٠	٢,٥	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية و رتب درجات مرضى المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في الاكتئاب، حيث كانت قيمة $Z = 1,89$ وهي دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في اتجاه مرضى المجموعة التجريبية.

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة الاكتئاب لصالح القياس البعدي"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين.

(جدول ١١)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية

قبل وبعد تطبيق البرنامج قائمة الاكتئاب

الاختبار	نتائج القياس		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	قبلي / بعدي								
الاكتئاب	الرتب السالبة	٠	٤,٩٤	١,٥٥	٠	٠	٠	٢,١	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	١٠	١١,٥	٣,٣٤	٥,٠٠	٥٥,٠٠			
	الرتب المتعادلة	٠							
	الإجمالي	١٠							

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على قائمة الاكتئاب حيث كانت قيمة $Z = ٨١,٢$ وهي دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في اتجاه القياس البعدي.

جدول (١٢)

الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية

المتغيرات الدراسية	الفروق بين القياسين القبلي والبعدى		قيمة ذ	الدلالة
	متوسط الرتب الموجبة	متوسط الرتب السالبة		
الحزن	٥,٥	١	٢,٥٥٢-	٠,٠٠١
التعب	٥	٠	٢,٦٧٣-	٠,٠٠١
عدم الشعور بالرضا	٥,٥	٠	٢,٨٤١-	٠,٠٠١
الأفكار الانتحارية	٥,٥	٠	٢,٨٤٢-	٠,٠٠٠٤
الانفصال	٥,٥	٠	٢,٨١٤-	٠,٠٠١
الفشل	٥,٥	٠	٢,٨٠٩-	٠,٠٠١
الانطواء	٥,٥	٠	٢,٨٢٣-	٠,٠٠١
الحيوية البدنية	٥,٥	٠	٢,٦٧٧-	٠,٠٠١
الحيوية العقلية	٥,٥	٠	٢,٨٠٥-	٠,٠٠١
الحيوية الانفعالية	٤,٥	١	١,٢٥	٠,٠٠١

يظهر لنا من خلال النظر في الجدول السابق وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدى لدى عينة المتلقين للبرنامج العلاجي مما يدعم كفاءة

وفعالية البرنامج في تحقيق أهدافه، وذلك عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠١، وهو مستوى دلالة مرتفع.

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة الاكتئاب" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon** للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين.

جدول (١٣)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على قائمة الاكتئاب

الاختبار	نتائج القياس		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	بعدي / تتبعي								
الاكتئاب	الرتب السالبة		٤	١٦,٣	٢,٦	٦,٣٨	٢٥,٥٠	٠,٢٥	غير دالة
	الرتب الموجبة		٥	١٦,٧	٢,٩	٣,٩	١٩,٥٠		
	الرتب المتعادلة		١						
	الإجمالي		١٠						

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات مرضى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي في قائمة الاكتئاب حيث كانت قيمة $Z = ٣٦,٠$ وهي غير دالة إحصائية.

جدول (١٤)

نتائج الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة (الأولى والثانية)
للمجموعة التجريبية

الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية		الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الأولى		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب السالية	متوسط الرتب الموجبة			متوسط الرتب السالية	متوسط الرتب الموجبة	
٠,١٨٠	١,٣٤٢-	٠	١,٥٠	٠,١٨٠	١,٣٤٢-	٠	١,٥٠	الحزن
١	٠,٠٠	٠	٠	١	٠,٠٠	٠	٠	التعب
١	٠,٠٠	٠	٠	١	٠,٠٠	٠	٠	عدم الشعور بالضآ
٠,٣١٧	١-	٠	١	٠,٣١٧	١-	٠	١	الأفكار الانتحارية
٠,١٥٧	١,٤١-	٠	١,٥٠	٠,١٥٧	١,٤١-	٠	١,٥٠	الانفصال
٠,٢٤٨	١,١٥٥-	٥,٢٠	٣,٣٣	٠,٣٠١	١,٠٣٥-	٤	٤	ال فشل
٠,١٠٢	١,٦٣٣-	٠	٢	١	٠,٠٠٠	٣,٥	٣,٥	الانطواء
٠,٠٦٣	٢,٠٧٠-	٢,٥٠	٠	٠,٦٥٥	٠,٤٤٧-	٣	٣	الحيوية البدنية
٠,٢٤٨	١,٠٦٣-	٤,٣٣	٥	٠,٣٣٠	٠,٩٧٣-	٣,٧٥	٣	الحيوية العقلية
٠,٢٥٧	١,٥٢٤-	٣,٢	٢	٠,٢٣٦	٠,٢٥٤-	٢,٤٥	٤	الحيوية الانفعالية

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياسات لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج التدريبي، حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة للمقارنة بين القياس البعدي والمتابعة الأولى عدم وجود فروق بين

القياسين بمعنى أن التحسن مستمر، والتراكم التدريبي شديد جداً، أما بالنسبة للمقارنة بين القياس البعدي والمتابعة الثانية، فنجد أيضاً عدم وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية أي بعد أربعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي مما يدعم الاستمرار في التراكم التدريبي، والاستقرار في التحسن الناتج عن التدريب على البرنامج العلاجي، وعدم وجود أي انتكاسات بعد مرور ضعفي مدة التدريب.

مناقشة النتائج

أوضحت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في الاكتئاب، في اتجاه القياس البعدي نتيجة للبرنامج التدريبي المستخدم، بهدف تخفيض نسبة الاكتئاب، من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية والحيوية الذاتية، كما أسفرت نتائج القياسي التتبعي بعد أربعة شهور عن احتفاظ المرضى بالتحسن، وعن استمرار التحسن حتى بعد انتهاء التدريب، حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي للاكتئاب في اتجاه القياس التتبعي.

وقد توصلت بعض الدراسات مثل دراسة (Jurgen,et.al 2016) إلى أن معايير الاكتئاب في المراجعة الحادية عشر (ICD-11) كانت أقل من المستوى الإكلينيكي للدارسة، ولكنها كانت بمستوي عالي تكفي لتبرير العلاج، فيما ليس هناك مجموعة متجانسة ذات مستويات شبه إكلينيكية لتأييد كلاً من معايير الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب، كما أشارت النتائج بأن مجموعة الجوانب المرضية المشتركة للقلق والاكتئاب "" كانت أعلى فئة في مستويات أعراض

الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب، وكانت مرتبطة بمستويات عالية من الضعف الوظيفي والجسدي.

وعلى الرغم من اختلاف تقديرات انتشار الاكتئاب إلى أن اغلب المعايير المطبقة لتشخيصه قد ارتبطت بضغوط نفسية واضحة لدى المرضى خاصة ضعف وظيفي في الحياة اليومية، والمهارات، وانخفاض ملحوظ في الصحة العامة نتيجة تلازم الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب لدى المرضى. وقد ناقشت الدراسة عدم تضمين اضطراب الاكتئاب في (DSM-5)، فمنذ أن تبين أن معايير التشخيص المقترحة في (DSM-5)، لم تكن موثوقة، بالإضافة لمناقشة العديد من الباحثين في عدم تضمين اضطراب الاكتئاب على أساس النتائج المتباعدة فيما يتعلق بانتشاره واستقرار التشخيص بمرور الوقت مع التناقضات التصنيفية المقترحة. لذلك ركزت الدراسة على مسألة مراجعة الأدلة وتفسيرها سواء لصالح أو ضد اضطراب الاكتئاب ، والضرورة في مسألة إدراج اضطراب الاكتئاب في التصنيف ك فئة تشخيصية حتى يمكن للمرضى الاكتئاب من الحصول على العلاج المناسب في وقت مبكر، وهو ما قد يساعد في الحد من هذا الاضطراب لدى المرضى، ومنع التفاقم إلى اضطراب نفسي خطير، وهو ما سوف يقلل في النهاية التكاليف الاجتماعية والأخلاقية.

ورأت دراسة (Mark Widdowson , 2014) بأنه يجب إدراج فئة التشخيص اضطراب الاكتئاب إلى التصنيف والذي سوف يساعد إلى الوصول إلى العلاج المناسب في وقت مبكر، والذي على الأقل سوف يقلل العلاج الناجح المناسب من الحد من معاناة المرضى، وهو السبب التي عللت به الدراسة

تضمنين هذا الاضطراب إلى فئة التصنيف حيث سوف يكون تشخيص هذا الاضطراب مبرر ومفيد في الممارسات الإكلينيكية. وقد توصلت بعض الدراسات أن العلاج النفسي بالتحليل التفاعلي (TA) يمكن أن يكون فعالاً في علاج الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية مما يمكن أن يكون هذا النوع من العلاج نهج جديد واعد لعلاج الاكتئاب والقلق. وتوصلت دراسات أخرى إلى فاعلية الإرشاد والعلاج بالواقع من خلال برنامج إرشادي في خفض الاكتئاب النفسي لدى الطلبة المراهقين. دراسة (نايف بن أحمد، حازم المومني، 2014) وقد اتضح أن هناك ارتباطات كبيرة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية في مجموعة اضطراب الاكتئاب لصالح الإناث مقارنة مع أولئك الذين ليس لديهم هذا الاضطراب، أيضاً وجدت بشكل عام اختلال وظيفي جسدي وضائقة نفسية لصالح المجموعة الأولى "الاكتئاب" (دنيا الشبؤون، 2011)

المراجع العربية.

١. أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٦) دليل تعليمات قائمة " بيك " للاكتئاب . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
٢. جمعة يوسف (٢٠٠٠) ، الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر
٣. دنيا الشبؤون: الأفكار اللاعقلانية وعلاقة بالاكتئاب لدى المراهقين، دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، أطروحة دكتوراه، سوريا، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٧، العدد ٣، لسنة ٢٠١١
٤. ريتشارد سوين (١٩٨٨) علم الامراض النفسية والعقلية ، ترجمة : احمد عبد العزيز سلامة ، السعودية : دار الفلاح للنشر والتوزيع .
٥. صبري آدم إدريس عبد الله: الأفكار اللاعقلانية النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم، السودان، مجلة الجزيرة للعلوم الصحية، ٢٠٢١. ISSN
٦. عبد العزيز صابر عبد الوهاب: فاعلية برنامج العلاج بالواقع لخفض الاكتئاب وعلاقته بسعة الذاكرة العاملة لدى الصم باستخدام لغة الإشارة، رسالة ماجستير، غير منشورة، مركز الإرشاد النفسي والتربوي، كلية التربية، جامعة أسيوط، مصر، ٢٠١٨.

٧. كانافان (٢٠٠٠) ، منهجية الحالة المفردة فى علم النفس العصبى الاكلينيكي، فى : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، ترجمة : صفوت فرج ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٩٠٩-٩٣٢ .
٨. محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٠) ، النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعى (محكاته وعوامل الاستهداف) ، دراسات نفسية ، مجلد ١ ، عدد ٣ ، يوليو ، ٢٩٣-٣٤٤ .
٩. نايف بن أحمد، حازم المومني، (٢٠١٤): الإرشاد النفسي- الاتجاه المعاصر للإدارة السلوك الإنساني، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان..
١٠. نوف خليفة الدوسري: (٢٠٢٠) استخدام العلاج بالواقع للتخفيف من سلوك العنف لدي الأحداث الجانحين، رسالة ماجستير، غير منشورة، السعودية، جامعة السعودية،

References

- 1) Abakish. D., Habib. R., Hooper. C., (2023): Mixed Anxiety and Depression: Diagnosis and Treatment Options. Adis International Publications. Apr; 9(4):271-80. Doi: 10.2165/00023210-199809040-00003.
- 2) Balestrieri. M, Isola. M, Quartaroli. M. Bellantuono. C., (2010): Assessing Mixed Anxiety-Depressive Disorder. A national primary care survey. Psychiatry Res. 2010; 176(2-3):197-201. Doi: 10.1016/j.psychres.2008.11.011.
- 3) Batelaan, M., Spijker, J., De Graaf. R., (2021): Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5,

- The Journal of Nervous and Mental Disease 200(6): P 495-498, June 2012. | DOI: 10.1097/NMD.0b013e318257c4c9.
- 4) Beck,2017) Academic grades , Anxiety and depression among adolescents : The influences of parental connection, regulation , and psychological control Dissertation abstracts international : Section A Humanities & Social sciences , 58 ,(8-A) , 3319 .
- 5) Bjerkeset:(2008), Violent and aggressive youth : Intervention & prevention strategies for changing times , California , Corwin press Inc.
- 6) Bvrly,2023)Gender Differences in the Association of Mixed Anxiety and Depression with Suicide, the British Journal of Psychiatry, 192, 474–475. Doi: 10.1192/bjp.bp.107.045203.
- 7) Bradley, L .(2014): Choice Theory and Reality Therapy: An Overview, International Journal of Choice Theory and Reality Therapy. Vol. XXXIV, Number 1. USA.
- 8) Bruce, D. (1973): A School without Failure: A Description of the Glasser Approach in the Palo Alto Unified School District. American Education Research Association Convention New Orleans, USA.
- 9) Chen , et al (1998) , Across-culture study of family and peer correlates of adolescent Misconduct , Developmental psychology , 34.(4) , 77-85.
- 10) Colman, A., (2015): **Oxford Dictionary of Psychology**. Oxford University Press. New York.

- 11) David Michael (2018) , Link ,Between peer group affiliation family functioning and adolescent risk – taking behavior : Dissertations abstracts international , 57 (12).
- 12) Emami. A., Hashemi, S., Bakhshani.N. (2022): Effect of Group Reality Therapy on Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. ASEAN Journal of Psychiatry, Vol. 23(5), May 2022.
- 13) Fourida. I., Sudiyanto, A., Fanani.M. (2018): The Effect of Reality Therapy on the Level of Anxiety and Depression in Army Wife. Sains Medika, Vol. 8, No. 2, July - December 2018: 79-82.
- 14) Glasser, W. (2016): Schools without Failure, HarperCollins Publishers, New York.
- 15) Glasser, W. (2011): Take Charge of Your Life: How to Get What You Need with Choice Theory Psychology. IUniverse, Inc. imprint. Bloomington, ISBN: 978-1-938908-33-0.
- 16) Glasser, W., Zunin. L., (1979): Reality Therapy: In R. Corsini (ED.), Current Psychotherapies, (pp. 302-339). Itasca, IL: Peacock Publishers. Goldberg.
- 17) Gorman. M, (2023): Comorbid Depression and Anxiety Spectrum Disorders. *Depress Anxiety*. PMID: 9166648 DOI: 10.1002/ (SICI) 1520-6394(1996)4:4<160: AID-DA2>3.0.CO; 2-J.
- 18) Hranov. L, (2017): Comorbid Anxiety and Depression: Illumination of a Controversy, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Volume 11, 2007 - Issue 3, Pages 171-189.

- 19) (Jurgen,et.al 2016): Anxiety and Depression: Optimizing Treatments. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2000 Jun; 2(3):71-79. Doi: 10.4088/pcc.v02n0301.
- 20) Jürgen. H, Bandelow. B, Volz. H., (2016): The Relevance of Mixed Anxiety and Depression as a Diagnostic Category in Clinical Practice, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2016) 266:725–736, DOI 10.1007/s00406-016-0684-7.
- 21) Kara. S, Yazici. K, Gülec. C. Unsal. E., (2022): Mixed Anxiety–Depressive Disorder and Major Depressive Disorder: Comparison of the Severity of Illness and Biological Variables, Psychiatry Research, Volume 94, Issue 1, 24 April 2000.
- 22) Kate. K., Buszewicz. M., King.M. (2011): Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. The British Journal of Psychiatry-198, 472–478: 10.1192/bjp.bp.110.085092.
- 23) Klingler. L., Gray. N., (2015): Reality Therapy/Choice Theory Today: An Interview with Dr. Robert E. Wubbolding. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. Vol. (49) No. (2) Pages 185–197. ISSN 0826-3893.
- 24) Lanz , M ,Lafrate , R,Ronati, R, Scabini , E, (1999) , Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated intercountry adoptive and intact non adoptive families , Journal of social work , January , 41 (1) , 85-96.
- 25) Larsson Bo , (1992) , Behavioral treatment of somatic disorders in children and adolescents , European child & adolescent psychiatry , vol, 1 , (2) . 68-81.

- 26) Legorburu, L. (2014): Understanding Meaningful Involvement in Reality Therapy and Choice theory in the Context of Empathy Research, A Doctoral Dissertation, Faculty of Argosy, USA. Published by ProQuest LLC.
- 27) Lynn. A. (2011): Reality Therapy for Marital and Family Systems Counseling. Counseling and Wellness: A Professional Counseling Journal. Volume 2. USA.
- 28) Massah. O, Hoseini. F, Farhoudian. A, (2015): Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress, Iranian Rehabilitation Journal, Vol. 13, Issue 1, spring 2015.
- 29) Mc Gee , Z.Baker , S . (2002) , Impact of violence on problem behavior among adolescents : Risk factors among an urban sample , Journal of contemporary criminal justice , 18, 74 – 93.
- 30) Mitchell ,T, Quitter , A ,(1996) Multi method study of attention and behavior problems in hearing impaired children , Journal of clinical child psychology , 25 , 83-96.
- 31) Möller. H, Bandelow. B, Volz. H., Seifritz. E., (2016): The Relevance of Mixed Anxiety and Depression as a Diagnostic Category in Clinical Practice, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2016) 266:725–736, DOI 10.1007/s00406-016-0684-7.
- 32) Murray. B, Kirk. P., Prabhu, V., Grott. M., (1995): Mixed Anxiety-Depression in a primary-care clinic. J Affect Disord. 1995; 34(2):79–84. Doi: 10.1016/0165-0327(95)00002-5.

- 33) Nasirdehghan. M., Tahmouresi, N., Moghimbeigi.A. (2021): Comparing the Effects of Metacognitive Therapy and Reality Therapy on Depression, Quality of Life, and HbA1c in Patients with Type 2 Diabetes. *Mejds. Iran.*
- 34) Reber, A. (2017). **Dictionary of Psychology**. London: Penguin.
- 35) Research Criteria for Mixed Anxiety-Depressive Disorder - DSM-IV-TR.
- 36) Robert, B., & Walton, K., and Bogg, T., (2005): Conscientiousness and Health Across the Life Course. **Review of General Psychology**, Vol., (9), No., (1), Pp. 156 – 168.
- 37) Shevlin. M., Hyland. P., Nolan. E. (2022): ICD-11 ‘Mixed Depressive and Anxiety Disorder’ is Clinical rather Than Sub-Clinical and More Common Than Anxiety and Depression in the General Population. *British Journal of Clinical Psychology* (2022), 61, 18–36. DOI:10.1111/bjc.12321.
- 38) Silverstein. B., Blumenthal, E. (1997): Depression Mixed with Anxiety, Somatization, and Disordered Eating: Relationship with Gender Role-related Limitations Experienced by Females. *Sex Roles*, 36, 709–724.
- 39) Smith , O , (1996) , Understanding young children's behavior problems , Mac m . pub . Wiston , London.
- 40) Spijker. J, Batelaan. N, De Graaf. R. Cuijpers. P., (2010): Who is MADD? Mixed Anxiety Depressive Disorder in

- the General Population, Journal of Affective Disorders- 2010; 121(1–2):180–183. Doi: 10.1016/j.jad.2009.06.008.
- 41) Tarsia. M., Mick. J. Sanavio. E., (2003): Implicit and Explicit Memory Biases in Mixed Anxiety–Depression, Journal of Affective Disorders, Volume 77, Issue 3, December 2003, Pages 213-225, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00119-2).
- 42) Teresa G. (2015). Generalized Anxiety Disorder. The Gale Encyclopedia of Medicine, 4(5), 2149–2150.
- 43) Tiger, (2022)..Optimism : The biology of hope. New York :
- 44) Tiller, J., (2013): Depression and its Comorbidities “Depression and Anxiety”, The Medical Journal of Australia, 2013 Sep 16; 199 (S6):S28-31. Doi: 10.5694/mja12.10628.
- 45) William Glasser and Robert E. Wubbolding. Basic Concepts Overview. P-293-294. Available at: <https://docplayer.net/23873670-10-reality-therapy-william-glasser-and-robert-e-wubbolding-basic-concepts-overview.html>
- 46) Wubbolding. R, (2017): Reality Therapy and Self-Evaluation: The Key to Client Change. American Counseling Association. Alex, USA- ISBN 9781556203701. P-3.

- 47) Wubbolding. R. (2000): Reality Therapy for the 21st Century, Routledge Taylor & Francis. New York. ISBN 1-56032-886-X (pbk.).
- 48) Wubbolding. R., Randall. C. (2009): The Instructor's Manual accompanies the DVD Reality Therapy with Robert E. Wubbolding. Published by Psychotherapy.net. USA.