

أ. جريدة برحيل بن عصمان

المكتثبون: كيف نهالجهم؟

دراسة حالات



مركز الأناج والنشر والتوزيع

إلى رضا ومحمد و عدنان وسعد.

مقدمة:

يبقى الاكتئاب أكثر الأمراض العقلية شيوعا فنسبته تتعدى 10% حسب الإحصائيات العالمية تتجاوز نسبته 60% في الدول العربية حسب الملتقى الدولي الذي أقيم في الجزائر حول الصحة العقلية!؟

ويعتبر الاكتئاب من أكبر الصعوبات التي تواجه الإكلينيكيون. ويبدو أن العلاج الدوائي لا زال يتربع على عرش علاج الاضطرابات المزاجية بالمقارنة مع العلاجات النفسية على العموم. وهذا لا يعني التنافس على علاج الاضطرابات وإنما يعني محاولة منح المريض أكثر الحظوظ للشفاء. فمعلوم أن الدواء لوحده يعطي نتائج غير دائمة ولا العلاج النفسي لوحده يعطي النتائج المرجوة. ومن المقنع أن المعالج الدوائي يتدخل في المستوى الكيميائي الحيوي ويتدخل المعالج النفسي في النواحي الأخرى.

وعند الكلام عن المعالج النفسي، يظهر أن العلاج المعرفي أثبت فعاليته في علاج هذا النوع من الاضطرابات. وتوجه الكثير من المعالجين (الذين يميلون للتحليل النفسي) إلى هذا النوع من العلاج لدليل على نجاعته. وقد مر هذا العلاج بمراحل مختلفة تظهر مدى تكيفه مع مستجدات البحوث والدراسات. فبعد الاهتمام بالأفكار السلبية والمثلث المعرفي للمكثب، جاء دور المخططات المعرفية وهو التوجه الذي يعطي أهمية للجانب اللاشعوري للسلوك الظاهر للفرد، وهذا يعني تقرب العلاج المعرفي للتحليل النفسي.

الباب الأول: الاكتئاب والملامح المعرفية

يتطرق هذا الباب إلى التعريف بالاكتئاب وأعراضه وتصنيفاته المختلفة وذلك بالتركيز بالخصوص على الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية. وخصص فصل آخر للملامح المعرفية للاكتئاب وذلك بتسليط الضوء على الأعراض المعرفية التي تظهر في الاكتئاب ومختلف النماذج التي فسرتها. ويضم هذا الباب فصلين:

- الفصل الأول خاص بالاكتئاب.

- الفصل الثاني الملامح الإكلينيكية في الاكتئاب.

الفصل الأول الاكتئاب

تمهيد:

تمثل حالات الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية انتشارا. وتقدر نسبتها بـ 10% . بالإضافة لهذه النسبة الكبيرة، تعتبر مشكلة معاودة المرض من أكثر الصعوبات التي يعاني منها المختصين حيث 50% من المرضى يعاودون الإصابة بالاكتئاب خلال السنتين . ويعاود 75% من المكتئبين المرض على المدى الطويل ويمثل مشكل معاودة المرض أكثر الأسباب التي تؤدي إلى خطر محاولة الانتحار وعدم الاستجابة للعلاج. إن تنوع أشكال وأعراض الاكتئاب يجعل من التشخيص صعبا وخطيرا. وتأتي اضطرابات الاكتئاب في المرتبة الثالثة من الأمراض المعيقة.

تصنف حالات الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج. أما المزاج فيعرفه (1946) Delay. ص10 إلى 15) بالاستعداد الوجداني الذي يعطي لكل حالات النفس الطابع المريح أو الغير المريح. ويتقلب هذا المزاج بين قطبي اللذة أو الألم. ولكل فرد مستوى للمزاج، يتغير باتجاه اللذة أو الألم حسب مقتضيات المحيط أو التمثلات الشخصية. في الغالب، يتحكم الفرد في تجاربه الانفعالية المتكررة. أما في حالة الاكتئاب، يهبط المزاج ويكتئب ويصبح من الصعب التحكم فيه، فيسيطر على المعاش النفسي للفرد حتى ولو غيرالمريض المحيط العلائقي والنشاطات التي يمارسها.

من السهل تشخيص الاكتئاب في الأشكال النمطية ولكن يوجد أشكال متنوعة ومتعددة على مستوى الأعراض تتطور بطريقة مقنعة، فتجعل التكهن لمستقبل الحالة صعبا جدا.

يتغير مصطلح الاكتئاب حسب البحوث والدراسات. وتوسعت مجالات اضطرابات المزاج على حساب بعض الاضطرابات الذهانية من جهة والشخصية المكتئبة من جهة أخرى حتى إن هذا المصطلح لايزال موضعاً للنقاش

إن الاكتئاب اضطراب معقد ومتكرر ومعاود، مما يتطلب معرفة دقيقة لمختلف التعابير الإكلينيكية لتسطير برنامج مبكر للوقاية من الإعاقة الاجتماعية التي يخلفها هذا الاضطراب.

1-نبذة تاريخية حول مصطلح تصنيف اضطراب الاكتئاب :

لمدة طويلة، فصل بين الاكتئاب الداخلي والاكتئاب الخارجي وهو مستوحى من تصنيف Krapelin الذي حدد خمسة أشكال إكلينيكية وهي:

- ذهان الهوس والاكتئاب أو الاكتئاب الداخلي أو الوجداني.
- الاكتئاب العصبي أو الاكتئاب الخارجي.
- اكتئاب العرض لاضطراب آخر.
- الشخصية الاكتئابية. واكتئاب انتكاسي.

تعتبر السوداوية في ذهان الهوس والاكتئاب المرجع الأساسي للتفريق بين للإكتئاب الداخلي والخارجي. فهي تتميز باكتئاب داخلي مصدره تكويني وتطوره مستقل ومصاحب لمعاودات خاصة، تتميز بأعراض داخلية كالهبوط النفسي الحركي وأفكار انتحارية وضعف جسمي مع أعراض نباتية وتفاعل ضعيف أو منعدم مع المحيط. أما الاكتئاب الخارجي، يتميز بغياب المعايير الوجدانية وهو رد فعل للعوامل الخارجية التي تتحكم في المزاج الاكتئابي فيكثر المريض من الشكوى الخاصة بعلاقاته. ولكن إذا تحسنت أعراض الاكتئاب مع مرور الوقت وإذا تغير المزاج مع تغير المعطيات المحيطة، فالمزاج يبقى دائما منهارا.

يظهر الاكتئاب الخارجي على شكلين اكتئاب كرد فعل على حدث خارجي، واكتئاب عصبي مرتبط بصراعات داخلية أو باضطرابات الشخصية.

إن الفصل بين هذين المصطلحين (داخلي وخارجي) ليس بالسهولة المطروحة في هذا التصنيف وهذا بالنظر إلى تعقيد وعدم تجانس أسباب الإصابة بالاكتئاب. وقد شكك وأعيد النظر في صحتها. فكل البحوث أجمعت على رفض هذا التقسيم. فالإكتئاب الوجداني أو الداخلي الذي أعراضه البيولوجية هي الأكثر ظهورا، لا ينفي دور المحيط وشخصية الفرد في ظهور الاكتئاب..

أما المصطلح المتعارف عليه إلى حد الآن هو اضطراب المزاج الموجود بين أحادي القطب وثنائي القطب المقترح من طرف Perris (1973)، ص 75-84). ورغم هذا يبقى استعمال هذا التقسيم قائما، فهو يستعمل في الواقع، لمعرفة سبب والعامل الذي جعل الاضطراب يظهر. بالفعل، ما يحدد الإصابة بالاضطراب، هو المعنى الذي يأخذه وقعه على المريض وكذلك القدرات على التكيف المرتبطة بالمزاج والاستعداد البيولوجي الذي له علاقة بخصائص الشخصية. إذن لفهم خصوصية الفرد، يجب الأخذ بعين الاعتبار كل هذه المعطيات.

2- الاكتئاب الأحادي القطب وثنائي القطب :

يعتمد التفريق بين الاكتئاب الأحادي القطب وثنائي القطب على عنصر هام وهو النوبة الهوسية أو نوبة هوسية أقل قوة **Hypomaniaque** أو نوبة مختلطة. إذن وجود أحد أنواع النوبات يعني أننا أمام اكتئاب ثنائي القطب. وكذلك اعتمد هذا التفريق نظرا لاختلاف المعطيات الإحصائية واختلاف العلاج واختلاف البعد الوراثي.

نسبة الإصابة بالاكتئاب أحادي القطب 5% وهي نسبة مرتفعة عند الإناث 2/1 . تكون المراحل الاكتئابية أقل حدة وأقل تكرارا وغير مبكرة وبدون تدخل العامل العائلي والمظاهر الوجدانية.

أما نسبة الإصابة بالاكتئاب ثنائي القطب هي 1% في كلا الجنسين ويظهر على شكل نوبات اكتئابية أكثر حدة وتكرارا ومبكرا مع الأعراض الوجدانية. يجب الإشارة للدور العائلي والوراثي في ظهور هذا النوع من الاكتئاب بنسبة 10% (EMC، 2006، ص1134). إن هذا التفريق بين نوعي الاكتئاب ، له دور في عملية العلاج ومستقبل المرض.

يستعمل نفس العلاج لكلا نوعي الاكتئاب ولكن تختلف الوقاية من معاودة المرض. تقترح مضادات الاكتئاب في أحادي القطب وتقترح معدلات المزاج في ثنائي القطب. إن التسرع في إعطاء مضادات الاكتئاب، يرفع من احتمال الانتكاسة في ثنائي القطب. لذلك يستوجب البحث عن ثنائي القطب قبل كل شيء في عملية التشخيص.

1-2 البحث عن الشفق Hypomanie:

من السهل تشخيص الاكتئاب ذو القطبين لأن عرضي الاكتئاب والهوس واضحان عكس عارض الشفق الذي يكون غير واضحا ومحتشما. في هذا الحال، من الضروري عند تشخيص نوبات الاكتئاب، البحث عن الشفق مثل البوادر التالية: الشعور بالغبطة العابرة ونوع من الهياج والمصاريف المعتبرة و الخرجات المتكررة وألفة غير لائقة وكل عرض لا يعبر عنه المريض لكنه يوجهنا للشفق. ويزيد الشك في الإصابة بالمرض، خصوصا إذا وجد أحد أفراد العائلة لهم نفس المرض.

2-2 البحث عن اضطراب المزاج الدوري Cyclothymie:

على الفاحص ألا يهمل البحث عن هذا الاضطراب والذي يتميز بتغير طفيف في المزاج، إما باتجاه الاكتئاب أو باتجاه الشفق .

وفي غالب الأحيان يعتبر كطبع في الشخصية. ومن النادر أن يعترف المريض بسلوكه. ويعود الفضل للعائلة التي تكتشفه.

3 التصنيفات العالمية: (APA، 2003، ص1120)

تصنف الجمعية الأمريكية للطب العقلي، الاضطرابات الأحادية القطب **Troubles unipolaires** كما يلي فنلاحظ:

- يتكون اضطراب الاكتئاب الرئيسي من مرحلة أو عدة مراحل اكتئابية رئيسية. تقيم بصفة عامة، الحدة من خفيف أو متوسط أو حاد دون الأخذ بعين الاعتبار عدد الشروط الموجودة. تدخل المرحلة الاكتئابية الرئيسية في اضطراب ثنائي القطب عند حدوث أول مرحلة هوسية أو شمقية.

- اضطراب المزاج المكتئب **Trouble dystymique** ويتميز بوجود مزاج اكتئابي مستمر على الأقل مدة سنتين. يعتبر اكتئاب مزمن لكن أعراضه لا تستجيب لشروط الاكتئاب الرئيسي.

- اضطراب اكتئابي غير خاص و تم الاحتفاظ بهذا التصنيف للتمكن من تعيين الاضطرابات شبه الاكتئابية والتي لا تدخل ضمن التصنيفات التي سبق ذكرها.

- اضطرابات التكيف مع مزاج اكتئابي أو مزاج مختلط. وتصنف في فقرة اضطرابات التكيف.

اضطرابات ثنائي القطب و نلاحظ:

- اضطراب ثنائي القطب من النمط 1 ويتكون من مرحلة أو عدة مراحل هوسية أو مختلطة. ومصحوبة بمرحلة أو مراحل اكتئابية في معظم الأحيان.

- اضطراب ثنائي القطب من النمط 2 ويتكون من مرحلة أو عدة مراحل اكتئابية رئيسية تترافق بمرحلة شمقية على الأقل.

- اضطراب ثنائي القطب من النمط 3 ويتوافق مع مراحل اكتئابية رئيسية ذات طابع سوداوي مع هوس نتيجة تناول الأدوية.

- اضطراب المزاج الدوري **Cyclothymique** تكون مدته سنتين على الأقل. ومتكون من مراحل شمقية لا تدخل في مقاييس مرحلة الهوس و مراحل الاكتئاب لا تدخل في مقاييس المرحلة الاكتئابية الرئيسية.

- اضطراب ثنائي القطب غير خاص. أحتفظ به للتمكن من تصنيف اضطرابات مع خصائص ثنائي القطب التي تم وصفها سابقا.

- ويقترح الدليل الإحصائي الرابع للأمراض العقلية الذي تم مراجعته بعض الأنواع التشخيصية للتجريب والتي تحتاج للمصادقة عليها في البحوث الجارية مثل:
- اضطراب الاكتئاب الذي يلي ذهان الفصام.
 - اضطراب المزاج خفيف جدا Dysphorique قبل الدورة الشهرية.
 - اضطراب الاكتئاب الخفيف بعد حدوث عرضين اكتئابيين في أكثر من أسبوعين وهو عدد غير كاف للاستجابة لمرحلة اكتئابية رئيسية.
 - اكتئاب سريع ومعاود.
 - الشخصية المكتئبة التي تميل لانتقاد الذات والاجترار ورؤية سلبية للذات وللآخرين والشعور بالذنب.

3-1 تصنيف المنظمة العالمية للصحة:

تصنيف هذه المنظمة، اضطراب الاكتئاب المعاود واضطراب القلق والاكتئاب المختلط. وتميز نفس التصنيفات بتحديد درجة الحدة وترافق الأعراض الذهانية واحتمال وجود زملة جسمية (السوداوية أو البيولوجية).

3-1-1 شروط تشخيص الاكتئاب:

قام كل من Feighner و (Spitzer, 1990) CIM 10 بتحديد مقاييس تشخيص الحالات الاكتئابية وقد ساهمت محاولتهما في تأسيس الدليل الإحصائي للأمراض العقلية الثالث (1980). كل اضطراب معرف بمجموعة مميزة لمقاييس وصفية لأعراض، تسمح للإكلينيكيين والباحثين مقارنة مجموعات متجانسة للمرضى. غير أن هذه التجمعات قد تقصي عدد مهم من الأفراد الغير مصنفة.

3-1-2 مقاييس الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية المراجع 2000:

3-1-2-1 شروط تشخيص المرحلة الاكتئابية الرئيسية:

للتذكير، ترافق المرحلة الاكتئابية الرئيسية، مجموعة من الأعراض ولكنها في نفس الوقت لا تشير لحدتها. لهذا قد تتحصل في الأخير على اكتئاب رئيسي ذو حدة خفيفة.

تتضمن المرحلة الاكتئابية الرئيسية في مدة لاتقل عن أسبوعين، على ما يلي:

- تغيير ملحوظ بالمقارنة مع وظيفة المريض السابقة، وألم معتبر أو تدهور في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في وظائف مهمة أخرى.
- هذا الألم ليس له علاقة بمرض عضوي أو تناول مادة ما أو له علاقة بحداد.

- حضور ضروري لخمسة شروط من التسعة المذكورة، على أن يكون إحداها مزاج مكتئب أو انخفاض ملموس في الاهتمام أو الشعور باللذة.

1- مزاج مكتئب

2- انخفاض ملموس في الاهتمام واللذة..

3- فقدان أو زيادة معتبرة في الوزن.

4- أرق أو إفراط في النوم.

5- هياج أو بطء نفسي حركي.

6- تعب أو فقدان للحيوية.

7- الشعور بعدم القيمة أو الإفراط بالشعور بالذنب.

8- انخفاض في القدرة على التفكير أو التركيز.

9- تفكير متكرر حول الموت.

يجب الأخذ بعين الاعتبار، عند الطفل أو المراهق، احتمال وجود غضب أو إثارة مكان المزاج الاكتئابي، أو غياب في الزيادة في الوزن عند الطفل.

يجب أن يحدد تشخيص المرحلة الاكتئابية الرئيسية، ما إذا كان معزولا ويرمز ب (F32X) بالنسبة لـ DSM أو يرمز ب (296.3) بالنسبة لـ CIM10. وذلك بتعيين حدته من خفيف أو متوسط أو حاد.

- إذا كان حادا، يجب التأكد من مرافقته بخصائص ذهانية. وفي حالة وجود خصائص ذهانية، يجب تحديد ما إذا تطابقت مع المزاج المنهار.

- تحديد مستوى التهدئة *La rémission* إما جزئية أو كلية.

- ت حديد المزمنة إذا دامت المرحلة اكتئابية أكثر من سنتين.

- تحديد وجود بعض الخصائص :

* التخشبية وذلك بحضور عنصرين من بين خمس من العناصر التالية: تيبس حركي، نشاط حركي عالي وبدون هدف، سلبية تامة، صمت، حركات إرادية غريبة (كالاحتفاظ بوضعية ما)..، مَطِيَة، تكلفية *Maniérisme* ، ترديد *Echolalie* .

* السوداوية يكفي وجود أحد العناصر: مثل فقدان الرغبة في كل شيء، غياب التفاعل مع المثيرات التي كانت في السابق مريحة. بالإضافة لوجود ثلاث عناصر من التالي: مزاج مكتئب مختلف عن الحداد، كآبة واضحة في الصباح، الاستيقاظ المبكر،

هيجان أو هبوط حركي واضح، فقدان معتبر للشهية، شعور بالذنب مبالغ فيه.
*غير نمطية: تفاعل مفرط للمزاج مع المحيط، إضافة لأحد العناصر كالزيادة
المعتبرة للوزن أو الشهية، إفراط في النوم، ثقل في الأطراف، حساسية اتجاه الرفض في
العلاقات.

* بداية الاضطراب بعد الولادة.

3-1-2-2 شروط تشخيص اضطراب المزاج المكتئب:

يعني اضطراب المزاج المكتئب وجود مزاج مكتئب طيلة اليوم بالإضافة إلى وجوده
مرة كل يومين لمدة سنتين على الأقل مشار إليه من طرف المريض أو عائلته.
تظهر الإثارة والغضب عند الطفل والمراهق بدل المزاج المكتئب لمدة سنة على
الأقل.

خلال هذه المراحل، يظهر المريض على الأقل عرضين مما يلي:

- فقدان أو إفراط في الشهية.
- فقدان أو إفراط في النوم.
- انخفاض في النشاط أو تعب.
- نقص في تقدير الذات.
- صعوبة في التركيز أو التردد في أخذ القرارات.
- الشعور بفقدان الأمل.

ينتج عن هذه الشروط ألم واضح وكبير أو اضطراب في الوظيفة الاجتماعية أو
المهنية أو ميادين أخرى مهمة.

خلال هذا الاضطراب، لم يتغير وضع المريض مدة أكثر من شهرين متتالين وهذا
على مدار سنتين على الأقل وسنة بالنسبة للمراهق. لم يظهر المريض أية مرحلة اكتئابية
رئيسية مع شفاء جزئي. وقد يتدهور الأمر بعد سنتين حيث تضاف هذه الاضطرابات
مما يجعل الفاحص يقدم تشخيصين.

لم يقدم المريض أية مرحلة هوسية أو مختلطة أو شفق ولا مقاييس لاضطراب
المزاج الدوري ولا اضطراب الذهان المزمن ولا إصابات مرضية كاضطراب في الغدة
الدرقية التي يمكن أن تفسر هذا التشخيص.

3-2-1-3 اضطراب الاكتئاب غير محدد:

يتضمن اضطرابات لها خصائص اكتئابية ولكنها لا تستجيب لشروط اضطراب الاكتئاب الرئيسي ولا اضطراب المزاج الاكتئابي ولا لاضطراب التكيف ولكنه مزاج مكتئب ومرافق بقلق.

4-معطيات وبائية:

حسب الإحصائيات، يصاب 5% بالاكتئاب أحادي القطب بنسبة مرتين عند الإناث مقابل الذكور. وبعد سنتين من الإصابة الأولى بالاكتئاب 50% من المرضى يعاودون المرض. و75% يعاودون المرض على المدى الطويل. و20% من الإكتئابات تتطور نحو اضطراب المزاج المكتئب بمعنى اكتئاب طفيف ومدته تتجاوز سنتين وتؤدي إلى إعاقة اجتماعية ونسبة الإصابة 3% ونسبة مرتفعة عند الإناث 2,2 إلى 3% إناث لرجل واحد بعد 60 سنة. الإصابة باكتئاب ثنائي القطب تمس 1% بنسبة متساوية عند الجنسين مهما اختلف المستوى الثقافي الاجتماعي الاقتصادي (J.P Lepine، 1993، ص 151).

4-1 لاكتئاب والانتحار:

يمثل الانتحار الخطر الأكبر في إصابات الاكتئاب خصوصا في السوداوية القلقة التي تستلزم مراقبة طبية مستعجلة. فالبحوث تشير إلى 120000 محاولة انتحار سنويا في فرنسا بـ 30% مرتبطة بحالة اكتئاب (C.S Peretti، 2001، ص 09).

يحاول الإناث الانتحار بنسبة مرتين بالمقارنة مع الذكور. وتمر الوقاية من الانتحار، بتقييم عوامل الخطر، خصوصا حدة الاكتئاب ودرجة إمكانية الانتحار والعناصر الشخصية والمحيطية المسببة للاكتئاب وعوامل الخطر العامة مثل: الرجل والشباب والعزاب والأشخاص المنعزلين. ووجود سوابق خاصة بمحاولة الانتحار وتناول المخدرات خصوصا الكحول.

يتجه للفحص المكتئبون ثلاث مرات أكثر بالمقارنة مع الغير المكتئبين مما يسهل عملية التشخيص والوقاية المبكرة (F. Rouillon، 2003، ص 27-37).

4-2 معطيات ديموغرافية:

أظهرت المعطيات أن الشاب والكهل (18-44 سنة) أكثر تعرضا للاكتئاب. مع الملاحظات التالية: تصاب المرأة أكثر من الرجل بنسبة 4% أما الذكور 5,2%. كذلك الأمر عند ذوي 54-56 سنة بنسبة 4,8% عند الإناث و1,9% عند الذكور. وعند ذوي

أكثر من 56 سنة 2,3% عند الإناث و1% عند الذكور.

ترتفع الإصابة باضطراب المزاج الاكتئابي في الفئات العمرية بين 18 إلى 46 سنة عند النساء. وتنخفض مع تقدم العمر، في مراحل الاكتئاب الرئيسية. أما نسبة الإصابة عند الأطفال فهي 2% مرتفعة عند الذكور قبل البلوغ وبعد هذا السن، تعود الأغلبية للإناث.

ويظهر التأثير الإيجابي للزواج كعامل وقائي حيث ترتفع الإصابة عند الأزواج المنفصلين أو المطلقين وكذلك عند الأرمال. في حين الأشخاص الذين لم يسبق لهم الزواج هم أقل عرضة للاكتئاب. وهذا ما يفسر دور الصراعات الزوجية في حدوث الاكتئاب. أما المستوى الاقتصادي فيلعب دورا في ظهور الاكتئاب بالاكتئاب من نوع أحادي القطب بنسبة ثلاث مرات عند البطالين بالمقارنة بالأشخاص الذين يزاولون عملا منتظما. في حين لايلعب دورا في ثنائي القطب (C.S Peretti, 2001، ص 09-25).

5- زملة الاكتئاب النمطي:

ويوافق مرحلة الاكتئاب الرئيسي عند الأنجلوساكسونيين. ويتضمن أعراض الاكتئاب مهما كانت الشدة.

5-1 المزاج الاكتئابي:

ويمثل الاضطراب الانفعالي الأكثر واقعية للحالة الاكتئابية ويمنحه بشدته، درجة الحدة. ويعبر عنه تحت أشكال مختلفة مثل الحزن المرضي ويظهر على شكل نظرة تشاؤمية نحو الذات والعالم وهو الذي يعطي الصبغة للاكتئاب. ويزيد من الألم العزيمة المثبطة والوهن والتشاؤم. يغزو الألم النفسي كل أفكار المريض فلا يتحكم فيه.

و يشارك عدم الاهتمام في عدم القدرة على التوقع، وعلى غياب أي مشروع أمام مستقبل مظلم نهائيا. فتضعف الحياة الوجدانية وتختفي اللذة. فيصبح المريض لا يدرك الظروف المفرحة ويظهر ما يسمى بفقدان اللذة. يشعر بها المريض فتزيده ألما عندما يحس أنه لا يحب أقاربه كالسابق مثلا. يعبر المريض عن اللامبالاة الانفعالية والشعور بالذنب بصوت رتيب ومتعب. و الإفراط الشديد في المزاج قد يعوض اللامبالاة الإنفعالية والذي يشير إلى حساسية عالية وبكاء متكرر أمام الصعوبات المعتادة للحياة اليومية والتي تساهم بشكل كبير في الرفع من حدة الألم النفسي.

يتغير مزاج المكتئب في اليوم، فيكون في أقصاه صباحا ويتجلى ذلك في النهوض

مبكرا فيتلون اليوم كله كآبة وشعور باليأس مع تحسن طفيف وانتقالي في آخر اليوم. قد يظهر المزاج المكتئب والحزن وعدم الاهتمام وفقدان اللذة في مرحلة ثانية وبصفة مقنعة، على شكل اضطراب في المزاج و انفجارات من الغضب والعدوانية على بساط من التعب والخمول الوجداني. قد يتوافق القلق مع الحزن المرضي بصفة دائمة ويزيد من حدة التشاؤم وبصاحبه خوف وخطر وشيك الوقوع. يظهر المستقبل للمريض ظلما حالكا ولا نهاية له ومرؤّع. فلا يستطيع الصبر فيفرط في الانتباه والحركة التي تعوض الهبوط الحركي فيظهر الهياج في ذروته عندما يفشل المريض في الهدوء فتشدد عضلاته ويشعر بكرة في الحلق ويحس بالغثيان وتضطرب الوظائف النباتية، فيحس بالبرد والحرارة على التوالي وآلام في الرأس. وقد ينظم القلق على شكل أعراض رهاب أو وسواس فتأخذ طابع اضطراب هلع فترفع من خطر الانتحار. ويبلغ القلق أشده، عندما يصبح المريض فريسة الاضطراب والفوضى فلا يرى إلا الموت حلا ومخرجا لوجعه وآلامه. لهذا يتعين على الفاحص التدقيق في تقييم القلق لأنه أحد العناصر الرئيسية التي يجب خفضها عن طريق العلاجات. (A.Felline, 1991، ص 19-07).

2-5 الاضطراب المعرفي:

إن نظرة المريض المتشائمة للعالم، تجعله دائما يفكر في الموت. ومهما كانت حدة الاكتئاب، على الفاحص تقييم إمكانية الانتحار في مقابلاته ولا يجب التردد وطرح أسئلة بطريقة لبقة عن هذه الفكرة، خصوصا عندما يتكلم المريض عن أفكاره السوداوية. ويرتبط خطر الانتحار بدرجة حدة الاكتئاب ومدى أهمية تحقير الذات وعدم تقييمها وتكون في أوجها في السوداوية والإفراط في الحركة.

قد تتغير حدة التفكير في الانتحار، فيتساءل المريض عن فائدة العيش وتصبح فكرة ملحة، إذا استمرت الظروف على نفس الحال. وقد يفكر المريض في مختلف الطرق التي تسمح له تنفيذ مهمته. يتم قياس مؤشر الانتحار عن طريق سلم Hard الذي يقيس المزاج والقلق والهبوط وخطر الانتحار. أما السلم فهو لـ Ruffin et Ferreri. بالإضافة إلى حدة الاكتئاب، يوجد عناصر مختلفة ترفع من خطر الانتحار وهي:

- السوابق الشخصية أو العائلية للانتحار.
- درجة الاندفاعية المرتبطة بالشخصية.

- تناول المخدرات مثل الكحول الذي يخفف من القدرة على التحكم في الاندفاعية.
- عوامل أخرى مثل، السن شاب والجنس ذكر والعزوبية والصراعات العلائقية
والمحيط المسبب للاكتئاب والعزلة والبطالة والصعوبات الاقتصادية وغياب المساعدة.
يجب الإشارة إلى أن إمكانية الانتحار تتغير بسرعة مع مرور الوقت. تتأخر عملية
التشخيص في بعض أنواع الاكتئاب المقنعة مما يرفع من خطر الانتحار.

3-5 الهبوط النفسي الحركي:

هو من العناصر المهمة في توجيه التشخيص في جل الإكتابات، غير أن 10% منها
تعوض بشبه حركة غير منتظمة ظاهرة.

1-3-5 الهبوط الحركي:

يعتبر من أهم خصائص الحالة الاكتئابية ويتميز بلامح غير معبرة تشير إلى حزن
مع كتفين مقوسين إلى الأمام ومشية بطيئة وصوت رتيب وثقيل يتخلله توقفات
وتنهدات تشير إلى خمول وكسل في التفكير. هذا وقد يمتد الهبوط الحركي من ثقل
معتدل إلى وهن وإعياء وانحطاط في القوى وحتى تخشب في أقصى الحالات.

2-3-5 الهبوط النفسي:

يشكو المريض من تعب فكري و صعوبة في مواصلة نشاط ما حتى البسيط والمعتاد
منه. للمريض صعوبة في القراءة ومشاهدة التلفاز ويفشل في القيام بالأعمال المركبة.
يتطلب الانتباه والتركيز والحكم جهدا كبيرا لمواصلة العمليات الفكرية. ونتيجة لهذا،
يتميز المكتئب بالثقل الفكري والاستجابات المتأخرة والقصيرة وجهد كبير للإجابة عن
الأسئلة (D. Widlocher، 1983، ص 07-08).

4-5 المظاهر الجسمية:

هي مظاهر تنجر عن اضطرابات بيونفسية للاكتئاب. وتسبق ظهور الأعراض
النفسية وقد تكون الأكثر ظهورا فتغطي على الأعراض النفسية التي تبقى محتشمة
وتدخل عندئذ في الاكتئاب المقنع.

1-4-5 التعب:

إن التعب عرض متكرر ويظهر مبكرا ويزداد حدة عند القيام بأي جهد نفسي أو
جسمي، يظهر على شكل إعياء وتراخ نفسي مع صعوبة لإيجاد الأفكار وترتيبها وفشل
في التخطيط للمشاريع، وثقل في الأطراف تصل إلى الإنهاك. وياترافق التعب بشكاوى

مختلفة كالإحساس بالألم. وتحسن مجموع هذه الأعراض خلال اليوم خصوصا مع المساء.

2-4-5 اضطراب النوم:

يضطرب النوم ولا يصبح مريحا. يشكو معظم المرضى من الأرق المستمر خلاف 10% منهم يشكون من الإفراط في النوم فيتأخرون في النهوض من النوم ويطيلون في القيلولة مع الشعور المستمر بالإعياء. يمس الأرق اللحظات الأولى للنوم فيجتز نفس الأفكار دون أن يجد الراحة الجسمية والهدوء النفسي اللذان يسهلان النوم. تظهر في وسط الليل أحلاما مزعجة تصعب إعادة النوم من جديد وتجعله مستحيلا ومرات، يستيقظ المريض بقفزات متكررة، يستحيل إثرها النوم من جديد. فيبقى المريض تعباً، يغزوه ألما نفسيا حادا مع أفكار متشائمة تستمر مع توقع يوم جديد شاق ومؤلم. يشير مخطط النوم إلى تقدم مرحلة النوم مع قصر في مدة كمون النوم المتناقض ونقص في النوم البطيء والعميق. وكلا المرحلتين، مهمتان في عملية التصليح *La réparation*. وهذا ما يفسره بلا شك الإنهاك الذي يشعر به المريض عند الاستيقاظ.

3-4-5 اضطرابات الشهية:

تفقد الشهية، فلا يهتم المريض بالأكل وتصاحبها شممزاز وقرف من الأطعمة فينزل الوزن بشدة. وفي حالات أخرى يظهر الشره عند 10% من المرضى.

4-4-5 الاضطرابات الجنسية:

تنخفض الرغبة الجنسية فتصبح عنها أو برودة جنسية. في بداية الحالة الاكتئابية، يبدي المريض مقاومة لهذه الاضطرابات فيظهر استثارة جنسية مؤقتة. يصبح انخفاض الليبيدو والأرق واضطرابات الذاكرة من الأعراض التي لا تختفي إلا متأخرا.

5-4-5 الاضطرابات البولية:

يمكن أن تظهر هذه الاضطرابات مع الاكتئاب مثل التبول *La pollakiurie* والتبول الملح في إطار القلق الاكتئابي.

6-4-5 اضطرابات قلبية وعائية:

نذكر منها خفقان القلب السريع والإحساس بالحرارة نتيجة توسع الشرايين، كذلك قد يظهر تآرجح في ضغط الدم، إشارة لإفراط في هياج الجهاز العصبي المستقل. وتظهر هذه الأعراض عند المكتئب القلق. بالمقابل، يظهر هبوط في الضغط مع نقص في

خفقان القلب عند المكتئب الهابط.

5-4-7 الاضطرابات العصبية:

تظهر بكثرة آلام في الرأس وإحساس بالدوران وفي بعض الأحيان شوش Les
.paresthésies.

6- تطور المرض:

6-1 تطور المرحلة الاكتئابية الحادة:

قد يحدث تطورا تلقائيا نحو الشفاء عند غياب الأعراض في ستة أشهر عند معظم الحالات بنسبة 80%. وتساهم مضادات الاكتئاب بتقصير هذه المدة إلى أسبوعين أو ستة أسابيع. و كما سيظهر في الأشكال الإكلينيكية، قد تتغير هذه المدة من اثنين إلى ثلاث أيام بالنسبة للاكتئاب المتكرر القصير وتفاوت سنتين في الأشكال المزمنة (C.S. Mouchaba, 2003، ص 29).

قد يتطور الاكتئاب بفضل العلاج. وتسمح الملاحظة العيادية بالتعرف على المؤشرات التي لا تستجيب للعلاجات من بينها التأخر في العلاج بمضادات الاكتئاب ومرحلة الاكتئاب الطويلة والقلق الهام ووجود الأفكار الهذيانية والحالات المختلطة والشفاء الجزئي ببقاء بعض الأعراض واضطرابات الشخصية. في حين تعمل الظواهر الوجدانية على تطور إيجابي للمرض. ويبقى تطور المرض مفتوحا لكل الاحتمالات.

- تتميز التهدة التامة بتحسن في الأعراض عندما لا يستجيب المريض لشروط تشخيص المرحلة الاكتئابية الرئيسية. وتكون الدرجة أقل من 7 في سلم هاملتون. -يعني مصطلح الشفاء عندما تدوم التهدة أكثر من 6 أشهر- تتميز التهدة الجزئية بتحسن في الأعراض ولا يستجيب المريض لشروط تشخيص المرحلة الاكتئابية الرئيسية مع بقاء بعض الأعراض الخفيفة. وتمس 30 إلى 50 من المرضى حسب السن وحدة الاكتئاب والعلاج المبكر لتصل إلى 80 عند المرضى المتقدمين في السن. تتشابه الأعراض الباقية مع الأعراض الأولية المنذرة للمرحلة الاكتئابية الحالية. وتظهر عادة على شكل مزاج مكتئب وقلق وفقد الاهتمام بالنشاطات اليومية. يرتفع خطر الانتكاسة ومعاودة المرض في التهدة الجزئي بنسبة 3 إلى 6 مرات بالمقارنة مع التهدة التامة.

- تظهر الانتكاسة عند معاودة ظهور الأعراض قبل الشفاء أي قبل 6 أشهر عند 50% من المرضى.

- وتنقص للنصف عند استعمال الأدوية. تدمج الانتكاسة في مرحلة الاكتئاب الحاد. وتوازي المعاودة مرحلة اكتئابية جديدة.
- يعني غياب الشفاء مقاومة للمرض وهو مؤشر للمرور للمزمنة.
 - يمكن الحكم على أننا أمام اكتئاب مقاوم، عند مرور أربعة أسابيع من العلاج بواسطة مضادات الاكتئاب أو عن طريق الصدمات الكهربائية، ولم يحدث أي تغيير.
 - يظهر خطر تطور حالات الاكتئاب في عامل الانتحار الذي يمثل 30% من حالات محاولة الانتحار و15% من الانتحار الفعلي.
 - بعد الشفاء ل، لايعاود 20% من المرضى أي اضطراب في المزاج. وفي الحالات الأخرى، يتخذ التطور ملامح الاكتئاب الأحادي القطب أو ملامح اضطراب ثنائي القطب.
 - يمس المرحلة الاكتئابية الوحيدة 20% إلى 30% من المرضى. ويمس الاكتئاب المعاود 70% إلى 80% من المرضى. و 50% منهم يعاودون المرض بعد سنتين بعد أول مرحلة اكتئابية و75% يعاودون ثالث مرحلة اكتئابية في العشر سنوات. أما بعد سن 65 سنة، يقل احتمال معاودة المرض.
 - يعاود المرض 30% من المرضى مهما كان علاجهم ويبقى 40% إلى 50% في شفاء تحت غفل un placebo ويعتبر الاكتئاب مزمنًا إذا استمر أكثر من سنتين وهو يوازي في أغلب الحالات اضطراب المزاج أو الاكتئاب ذو حدة معتدلة دون مرحلة اكتئابية رئيسية.
 - يتطور 10% من الاكتئاب أحادي القطب إلى ثنائي القطب (P. Thomas, 2003). ص15-25).

7 الأشكال الإكلينيكية:

تتنوع الأعراض حسب تطور المرض وحدة الأعراض. تتميز بقصر تطور الاكتئاب فهو اكتئاب متقطع يدوم ثلاث أيام، حيث رغم كمال أعراض الاكتئاب، لا يمكن تصنيفها ضمن مراحل الاكتئاب الرئيسي التي تدوم على الأقل 15 يوماً. أما الأعراض الأخرى فهي الحدة وإمكانية الانتحار والانتكاسة ونوبة أو نوبتين في الشهر، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية ومهنية هامة. هذا وقد عرف منذ القدم هذا النوع من الاكتئاب واعترف به الطب العقلي الفرنسي واعتبرت المشاكل العلائقية التي مصدرها الصراعات العصابية و اضطرابات الشخصية، مصدرا لهذا

النوع من الإكتئاب.

1-7 اضطراب المزاج المكتئب **Dysthymie**:

يتميز بمزاج مكتئب ذو حدة معتدلة. لا يتضمن مرحلة الاكتئاب الرئيسي، لكن تطوره معيقا. تظهر أهمية هذا النوع من الاكتئاب، في الابتعاد عن التشخيص المفرط في الشخصية المكتئبة أو العصاب الاكتئابي عند مرضى يقدمون أعراضا متقاسمة مع أمراض الشخصية واضطرابات الاكتئاب. ويميز أكيسكال **Akiskal** بين مجموعتين:

اضطراب المزاج المكتئب الخفيف، و يتحسن عن طريق الأدوية. ويتعقد %55 من هذا النوع إلى مراحل اكتئابية رئيسية، مشكلا اكتئاب من نوعين، وصف من طرف Keller. ويتشابه اضطراب المزاج المكتئب الخفيف مع اضطراب الاكتئاب الرئيسي في الأعراض التالية: كالإعياء وفقدان الشهية والشه والارق والإفراط في النوم وتقدير الذات الضعيف والصعوبات في التركيز والسوابق العائلية. من جهة أخرى، تتميز شخصية هؤلاء المرضى بالسلبية والتشاؤم والإحساس بالفشل والارتباب. وتتلاءم نتائج بحث **Akiskal** مع وصف Kraepelin الذي اعتبر هذه الحالة الاكتئابية كنوع ذهان الهوس والاكتئاب ولكن بأعراض خفيفة (D.F Allilaire، 1992، ص94).

1-1-7 اضطراب المزاج المكتئب الطبيعي:

يظهر بنسبة أكبر عند النساء، فتبدو الأعراض الاكتئابية على شكل اضطرابات في الشخصية، ولا تستجيب للعلاج. قد يحدث اضطراب اكتئابي رئيسي ويتطلب علاج مناسب في غياب العلامات الوجدانية، خصوصا مع غياب أعراض النحافة والهبوط النفسي الحركي. لا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب في المزاج وإنما تعود إلى اضطراب في الشخصية (عدم القدرة في التحكم في الاندفاعية وصعوبات في التعلم وصعوبات علائقية وتناول الخمر). إن مصطلح اضطراب المزاج المكتئب، ا اعترف به و سمح بإعادة النظر في العلاقة بين الاكتئاب المزمن واضطرابات الشخصية والتفكير في مضادات الاكتئاب بالإضافة إلى العلاج النفسي (P. Hardy، 1992، ص 15).

2-7 الاكتئاب المزمن:

الاكتئاب المزمن يوازي مرحلة الاكتئاب في مدة تساوي أو أكثر من سنتين. تمثل المرحلة الاكتئابية نوع من الاكتئاب المزمن مع أشكال مختلفة من الإكتئاب المقاومة للعلاج واضطراب المزاج المكتئب، هي شكل من أشكالها.

8- التصنيف حسب الحدة:

إن تقييم الحزن والتشاؤم وعدم الاهتمام وفقدان الرغبة وتحقير الذات وأفكار الموت والقلق وتأثير كل هذا على المحيط العائلي أو المهني، يسمح بتمييز الأشكال حسب الحدة. تقييم الحدة بعدد الشروط الموجودة. كما تقاس كذلك عن طريق سلم مختلفة منها سلم هاملتون Hamilton .

1-8 الأشكال الخفيفة:

تتميز هذه الأنواع بضعف جسمي ونفسي مترافق بأفكار متشائمة التي تسمح بممارسة نشاط مهني. كما لا يمكن إبعاد فكرة تعقيد الحالة مما يتطلب العلاج المبكر.

2-8 الأشكال المعتدلة:

هي أشكال تقع بين الأشكال الخفيفة والأشكال الحادة.

3-8 الأشكال الحادة:

تتميز بأهمية الحزن الكبير الذي يظهر على المريض وفقد اللذة وعدم الاهتمام والأفكار الانتحارية وتأثيرها الكبير على النشاطات الاجتماعية والمهنية لذا يتطلب وضع المريض في المستشفى.

9- الأشكال العرضية:

تمتد بين مجالي السلوك ويتعلق الأمر بالهيجان والهبوط. ومنها:

1-9 الاكتئاب القلق *Dépression anxieuse, agitée*:

يسيطر القلق على الجدول العيادي فيؤدي إلى هيجان نفسي وحركي غير منتظم، مع حساسية مفرطة اتجاه المحيط والطلب الملح والدائم للأمان فلا تظهر الأعراض الاكتئابية إلا في حالة الهدوء. ويزيد التشخيص تعقيدا إذا سيطرت أعراض القلق على المريض فتجعل الفاحص يفكر في نوبات الهلع. أما خطر الانتحار فهو عال جدا.

2-9 السوداوية القلقة *Mélancolie anxieuse*:

تتميز بأهمية أعراض الهياج وارتفاع القلق المرافق بأفكار الانتحار. وخطر القيام بالانتحار الفعلي كبير جدا خصوصا في نوبات القلق الشديد، هذا القلق قد يؤدي إلى ما يسمى هروب السوداوي، فيفقد الذاكرة التي ترفع من خطر إيذاء الذات.

3-9 الاكتئاب المعادي *Dépression hostile*:

يغلب على بعض الإكتئابات الهياجية، أعراض الغضب والعدوانية في علاقة المريض مع الآخرين مما يشكل إزعاجا للمحيط تأثرا بهذه الاضطرابات. ويبدو أن هذا النوع من الاكتئاب معروف لدى الإكلينيكين ويعترفون بوجوده. غير أن التصنيفات العالمية لا تعطيه أهمية كبيرة. و يجب التوقف عند مصطلح العدائية، فالإكتئاب العدائي بمعناه الضيق يتميز بسلوك عدواني مرتبط بالمزاج المكتئب. وهو اضطراب ليست له علاقة بالشخصية المعتادة لدى المريض بحيث يختفي سرعان ما تختفي أعراض الاكتئاب. ولكن في حالات أخرى تظهر كاستمرار لشخصية المريض فتسيطر على سلوكه الاندفاعية والعدوانية و السرعة في الانتقال إلى الفعل⁽¹⁾. وبالتالي زاد الاكتئاب من حدة هذه الأعراض فقط. وعند شفاء المريض يعود لشخصيته السابقة. وقد يلاحظ الاكتئاب العدائي عند الأشخاص المسنين الذين يتأرجح مزاجهم بين سرعة الغضب والإثارة إلى الانسحاب ورفض المشاركة، تصل في بعض الحالات إلى نكوص صامت أو هياج مرافق بأفكار هذيانية من نوع إضطهادي. هذا السلوك العدواني في الاكتئاب قد تكون له علاقة بالثقافة ومثلاث المرض في المجتمع، خاصة إذا كان الاكتئاب يفسر بظواهر الامتلاك والمس التي تحمل مسؤولية العدوانية، مما يعقد عملية التشخيص. لذا من المهم معرفة اضطرابات المزاج بدقة لتحديد التشخيص (A. Feline, 1991, ص 33-51).

4-9 الاكتئاب المتباطئ *Dépression ralentie*:

عكس الاكتئاب القلق والهائج، يسيطر على الجدول الإكلينيكي الهدوء والبطء. فيظهر تثاقل في الكلام يشير إلى بطء في العمليات العقلية ويعقد من الوظائف المعرفية، فيتدهور الانتباه والذاكرة والحكم. أما على المستوى الظاهري، يبدو الوجه جامدا مع ندرة في الحركات وبطء في المشية. ولكن بعد العلاج، يعود المريض لعادته، فيظهر النشاط الفكري والحركي السابقين.

يظهر في بعض الإكتئابات ذات التعب النفسي *Psychasthéniques* تثاقل حسي-حركي هام جدا مع أفكار إجترارية يسيطر عليها الاهتمامات الوسواسية مع شك وريب وحيرة. في غالب الأحيان، عند الشفاء من أعراض الاكتئاب تبقى نفس الاهتمامات التي يغلب عليها البطء في التفكير وصعوبة في بداية اليوم.

1 - يقصد بالانتقال إلى الفعل *le passage à l'acte*.

وتعتبر هذه الصعوبات سمات شخصية الوسواسي التي تغلب عليها التعب النفسي الموجودة قبل ظهور الاكتئاب.

5-9 السوداوية النمطية *Mélancolie typique*:

تتميز في شكلها بألم نفسي كبير وتناقل حسي-حركي هام. يظهر القلق والحسرة على وجه المريض فيبدو جامدا ومرسوم على الجبين، بين الحاجبين ما يسمى أومقا السوداوي *Oméga mélancolique*. أما صوت المريض فهو رتيب ومنخفض وضعيف، لا يكاد يسمع في بعض الأحيان. تبدو المشية ثقيلة والظهر محدب والحركة نادرة وشعور بالإرهاق الكبير. ويظهر البطء الفكري في الكلام الثقيل مما يجعل المريض يقوم بجهد كبير لإيجاد كلماته والتعبير عن صعوباته. إن التعب العميق والحاد يظهر على الوجه. والخمول المرضي يحد من النشاطات اليومية، عندما تكون حادة تؤدي إلى عدم الاهتمام والإهمال.

يبدو الحزن المرضي عميقا وتفقد اللذة تماما، و يغلب على حديث المريض تأنيب الذات والحكم على العالم بصفة سلبية. يتخلل هذا التأنيب الشعور بالخزي والجن ومقني العقاب. يتابع هذا التمثيل السلبي للذات والعالم بأفكار هذيانية للدمار والخراب وفقد الأمل في الشفاء. إن الألم النفسي الشديد وعدم الاهتمام الكبير والحديث المتشائم، كلها أعراض ترفع من إمكانية الانتحار، لهذا استشفاء المريض أمر مستعجل.

6-9 السوداوية الهذيانية *Mélancolie délirante*:

تم شرح في العنصر السابق السوداوية التي تتضمن أفكارا هذيانية، خاصة بالشعور بالذنب وعدم الشفاء والخراب والعار وهي أفكار متلازمة مع المزاج. أما السوداوية الهذيانية، تحتوي بالإضافة للهذيانات في 95 % من الحالات، على هلاوس فكرية وأفكار مس. وأفكار هذيانية، تدرك من طرف المريض على أنها عقاب على خطايا سابقة. ويشعر المريض على أنه مسير و مملوك بأرواح غيبية كالجن أو حيوانات مخيفة. فيشعر المريض أن جسمه يتغير. فيظن أن قلبه جمد أو اختفى وشريانه فرغت من الدم وأمعاءه غلقت أو أصيب بسرطان لن يشفى منه أبدا. وفي الحالات القصوى تظهر زملة كوتار *Cotard* التي تتضمن هذيان فقدان أحد الأعضاء وأفكار اللعنة وكبر الجسم الذي قد يصل إلى النجوم. هذه الأفكار الهذيانية هي مطابقة

مع المزاج الاكتئابي. كما قد تظهر أفكار هذيانية غير مطابقة للمزاج وتمس 5 % من حالات السوداوية. وهي ليست لها علاقة، في هذه الحالة بالشعور بالذنب وبالخطأ واتهام الذات مما يصعب التشخيص وتمييزها عن الفصام. وللتمكن من تجاوز هذا المشكل، يجب وضع هذه الأفكار في إطارها الثقافي وأخذ بعين الاعتبار نوعية الفترات الحرة⁽¹⁾. إن خلو هذه الفترات من أي أعراض متبقية، يوجه الفاحص نحو السوداوية وفي حالة وجودها توجه نحو الفصام.

7-9 السوداوية الذاهلة *Mélancolie stuporeuse*:

يصبح التثاقل الحركي في أقصاه ليصل إلى الجمود والصمت مع استحالة الشرب والأكل، فيبدو الوجه جامدا والعينان جاحضتان، يعبران عن قلق كبير واضطراب عميق تذهل عائلة المريض. ويرافق هذه الأعراض، في غالب الأحيان أعراض تخشب التي لها خصائص إكلينيكية تميزها عن تخشب الفصامي. وتترافق بخطر الموت حيث يجف الجسم بسرعة.

8-9 الاكتئاب المختلط *Dépression mixte*:

تدخل في إطار ثنائي القطب ومرافقة لأعراض هوسية واكتئابية. وعادة ما تظهر حالة من الهياج تجعلنا نفكر في حالة تفكك.

9-9 الاكتئاب بأعراض خلط *Dépression confuse*:

يسيطر على الجدول الإكلينيكي الخلط الذهني مع تدهور في القدرات العقلية كالانتباه والتركيز والحكم. يتأرجح ويضطرب التوجه الفضائي والزمني، فيظهر المريض قلقا وحائرا ومرتبكا. ومن الممكن ملاحظة حلم الهلوسة. ويظهر خاصة عند المسن وهذا لا يستثني الشاب مما يصعب التشخيص، لأن الخلط يجعل الفاحص يفكر في الأسباب العضوية خاصة في النوبة الأولى. قد ينفي الفحص الطبي الأسباب العضوية فتحتاج إثر ذلك إلى العلاج.

10-9 الاكتئاب الفصلي *Dépression saisonnière*:

إن معاودة الاكتئاب وعلاقته بالفصول، معروف منذ القدم. اقترح Rosenthal 1984 عزل الاضطراب الوجداني الفصلي. وهو يمس 86 % من النساء مع متوسط عمر 35 سنة. أما الاضطراب يبدأ في سن 26. تبدأ المرحلة الاكتئابية في شهر أكتوبر وتستمر

1 - يقصد بها الفترة التي تفصل بين المراحل المرضية لأن السوداوية ليست متواصلة وإنما تظهر على شكل نوبة.

- ثلاث إلى أربعة أشهر عندما يقل الضوء. ليست لهذا الاضطراب علاقة بأي حادث أو مرض في الشخصية. ويتميز بالأعراض التالية:
- شره قهري في % 66 من الحالات مع ميل للسكريات وزيادة وزن ب 2 إلى 5 كغ.
 - إفراط في النوم في 97 % من الحالات (9 إلى 10 ساعات في اليوم مع الشعور دائما بالتعب أو ساعتين إضافيتين عن المعتاد).
 - تناقل واضح مع سبات وانغلاق عن الذات وانعدام المبادرة.
 - الشعور بالحزن معتدلا يتميز بالشعور بالذنب المتعلق بفقدان اللذة وانخفاض في المشاعر. يترافق غالبا بفساد في المزاج وغضب غير واضح. إن التغير المستمر في الأعراض يصعب من عملية التشخيص ويضطر الفاحص في بعض الأحيان لإجراء فحوصات مختلفة خصوصا إذا اشتبه في الإصابة بأمراض في الغدة الدرقية.
 - أما Praschak فقد لمس عند بعض المرضى حساسية أمام الظروف المجهدة وتقلب انفعالي عند اقتراب الدورة الشهرية.

يتطلب تشخيص الاكتئاب الفصلي مرحلتين اكتئابيتين رئيسيتين خلال السنتين الماضيتين. ويبقى موضوع هذا النوع من الاكتئاب محل نقاش بين الباحثين.

يعاود المرض %40 من المصابين في 5 إلى 8 أعوام من نوع اكتئاب فصلي و40% منهم يعاودونه على شكل اكتئاب كلاسيكي و 20% لايعاودونه. ويبدو أن حدوث المرض غير متعلق بمدة التعرض للضوء وإنما له علاقة بحساسية غير طبيعية لتزامن الضوء، مما يفسر تغيرات تحدث في إفراز الميلاتونين بين الشتاء والصيف. إن العلاج بالضوء يقلل من إفراز الميلاتونين وهو يقدم للمريض ثلاث مرات أسبوعيا، مدة أربعة أشهر. هذا النوع من الاكتئاب غير معترف به في التصنيفات العالمية. يعتبرها البعض اضطراب في المزاج والبعض الآخر اضطراب كرونوبيولوجي. ويصنف نوعا آخر من الاكتئاب الصيفي ذو أعراض كلاسيكية كالأرق والهزال ويتم الشفاء في الشتاء، عند أشخاص يتأثر مزاجهم سلبيا بالحرارة.

9-11 الاكتئاب غير نمطي *Dépression atypique*

يستعمل مصطلح اكتئاب غير نمطي للإشارة للإكتئاب التي تتجه في تطورها إلى الفصام أو تكون مدخلا لها. من المهم الإشارة لإمكانية نقاش هذه التسمية فهو حالة اكتئاب حاد، قد يترافق بأعراض تفككية. ومصطلح غير نمطي،مختلف عند الأمريكيين

(APA-DSM 1980) فهم يعرفون الاكتئاب غير النمطي نسبة لأعراضه المتناقضة والمتماثلة في الزيادة في الوزن والشه في الأكل والليبدو وإفراط في النوم. تتطور هذه الأعراض وتشتد خلال النهار. ويستعمل كذلك مصطلح غير نمطي في مجموع الإكتابات الهياجية والقلقة وذات الطابع العصبي والتي تستجيب للأدوية.

ومنذ 1987 ومن خلال نشرة DSM TR و APA, 2000، عوض مصطلح غير نمطي باضطراب غير خاص، عندما لا تستجيب الأعراض للمرحلة الاكتئابية الرئيسية ولا لاضطراب المزاج المكتئب.

2-9 الأشكال الخادعة Formes trompeuses:

1-2-9 الاكتئاب المقنع Dépression masquée:

عندما تسيطر الأعراض الجسمية التي تدخل ضمن أعراض الاكتئاب، وعندما لا تظهر بصفة واضحة أعراض الاكتئاب النفسية، تسمى حينئذ بالاكتئاب المقنع. وقد تم وصفها من طرف Kielholz (1973)، ص303) كاضطراب معاود. ليست له علاقة بحدث أو بالمحيط ولكن طابعه المتكرر، يسهل ربطه باضطراب المزاج. أستوحى هذا النوع من الاكتئاب من المصطلح القديم (السوداوية الوحيدة العرض) التي وصفها Montassut تظهر على شكل أوجاع جسمية كآلام الرأس والظهر والمعدة ومرافقة بتعب بسيط. وأنواع أخرى وحيدة العرض، وصفت من طرف آخرين وتظهر على شكل فقدان الشهية العصبي أو الأرق.

أما حالياً يطلق تشخيص الاكتئاب المقنع على اضطرابات المزاج غير المتكررة مما يعقد من حدود هذا النوع، خاصة مع اضطرابات القلق (الهستيريا)، حيث تظهر الأعراض النفسية والجسمية معا وتعقد من عملية التشخيص خصوصا إذا ترافقت مع صراعات علائقية أو قلق تفاعلي.

عند ظهور الشكاوي الجسمية لدى المريض، يفكر الفاحص في الاكتئاب الممروق خصوصا عندما يركز المريض شكاويه على أحد أعضائه، و مرافق بعدوانية ومطالبة علاج ذلك العضو. وتسيطر هذه الشكاوي على حياة المريض وتؤدي إلى صعوبات علائقية في العائلة. يعبر المريض عن حدة آلامه مستعملا كلمات دقيقة. ويركز على أن هذه الآلام تعيق حياته وتدهور نشاطاته المهنية وتؤدي في الغالب الأحيان إلى التوقف عن العمل.

2-2-9 شبه الاكتئاب **Equivalents dépressifs**:

أي تغيير في السلوك، ليست له علاقة بالسلوكيات السابقة والمعتادة لدى المريض، يجعل الفاحص يفكر في الاكتئاب فيبحث عن الأعراض النفسية غير الظاهرة فمثلا قد تظهر:

- اضطرابات سلوكية كتناول الخمر أو المخدرات خاصة عند المراهق.
- سلوكيات مجازفة كقيادة سيارة بسرعة وعدم احترام قوانين المرور والأمن أثناء العمل. وفي هذا السياق، فسرت حوادث المرور والعمل على أنها سلوكيات انتحارية.

3-2-9 الاكتئاب شبه خبل **Dépression pseudo démentielle**:

ينتشر هذا النوع عند المسن وفي بعض الأحيان عند الشاب. تطغى الاضطرابات المعرفية على الجدول الإكلينيكي ومن بينها ضعف في التركيز والذاكرة والحكم وصعوبة التوجه المكاني و الزماني. ينفي الفحص أية مشاكل عضوية . تظهر هذه الأعراض بصفة سريعة في بضعة أيام وتتحسن مع العلاج مما يؤكد فرضية الإصابة بالاكتئاب (J.M Azorin، 1991، ص 101).

4-2-9 الاكتئاب شبه العصبي **Dépression pseudonevrotique**:

تظهر بعض الإكتئابيات على شكل اضطراب وسواسي قهري يركز على الخوف من الميكروبات والجراثيم والفيروسات وخاصة من الإصابة ببعض الأمراض التي قد تلتقط من بعض الأماكن. إن الخوف من هذه الأماكن يؤدي إلى اجتنابها وظهور طقوس الغسل وطلب الفحوصات المخبرية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض (M.Ferreri1990، ص10) يعتمد الفاحص في تشخيصه على حداثة ظهور هذه الأعراض لإرجاعها لأعراض الاكتئاب. وقد تظهر أعراض تشوه ما يسمى **Dysmorphophobie** والمطالبة بتعديلها عن طريق العمليات التجميلية. وربطت هذه الأعراض بالاكتئاب لأن المريض يسيء تصويره لذاته وحدثة الأعراض وعدم طلب الجراحة بعد العلاج.

5-2-9 السوداوية المبتسمة **Mélancolie souriante**:

هي نوع من أنواع الاكتئاب الخادع وهي مخيفة نظرا لخطر الانتحار الكبير. لا تظهر على المريض أعراض الاكتئاب واضحة فيبدو مبتسما بصفة آلية ويستعمل عبارات بصفة آلية. وأمام هذه العبارات، يجب البحث عن مظاهر الاكتئاب التي قد لا تظهر جليا كالتعب أو الأرق. ويمكن الاستعانة بالعائلة التي قد تلاحظ تغير حديث في السلوك.

10 الاكتئاب حسب السن:

1-10 الاكتئاب عند الطفل:

يحتفظ DSM TR 2003 بتعديلين فيما يخص شروط المرحلة الاكتئابية الرئيسية. وقد يعوض المزاج الاكتئابي عند الطفل والمراهق بغضب كبير وغياب ارتفاع الوزن عوض فقده. تميز التصنيفات العالمية الإكتئابيات الأكثر حدة عند الطفل والتي يغلب عليها الأعراض الجسمية و الانسحاب الاجتماعي والهيأج وتحقير الذات وحتى هلاوس. يتطور اضطراب المزاج المكتئب في مدة تساوي أو أكبر من سنتين. تغلب عليه أعراض الفشل والغضب والشرة والإحساس بعدم الأمان وعدم تقدير الآخرين على حساب فقدان اللذة و الانسحاب الاجتماعي والهبوط في النتائج المدرسية والعلاقات الاجتماعية (2002، D. Purper-ouakil، ص 40).

2-10 الاكتئاب عند المراهق:

يطرح الاكتئاب عند المراهق مشكلة ماهية هذه الأعراض التي تبدو اكتئابية ما إذا كانت حادة أو عبارة عن تطور عادي يدخل في إطار تطور سن المراهقة. حالياً، يعتبر الباحثون الاكتئاب عند المراهق اضطراباً حاداً ذو التأثير السلبي على الدراسة والعلاقات الاجتماعية ويرتبط بخطر المرور إلى الإدمان ومحاولات الانتحار. وبينت الأبحاث عند المكتئبين الراشدين أن أولى نوبات مرضهم بدأت في سن المراهقة. من الناحية الإكلينيكية يتشابه الاكتئاب المراهق والراشد وقد يعوض التفكير في اضطراب المزاج بسرعة الإثارة والغضب والتهيج. في كثير من الأحيان، يعتبر الاكتئاب عند المراهق بالاكتئاب غير النمطي نظراً لظهور الأعراض التالية: كالشره والإفراط في النوم تصل إلى 64% عند المراهقين مقابل 15% عند الراشدين. ويتوافق القلق بنسبة 50% عند المراهقين واضطرابات في الشخصية. هذا ما يوحي أن الاكتئاب عند المراهق له خصائصه الإكلينيكية المميزة ولا تزال البحوث جارية في هذا الميدان. هذه الخصائص تجعل المكتئب المراهق لا يستجيب للعلاج لهذا ينصح بمراقبة العلاج الدوائي بالعلاج النفسي (2003، R.G Klein، ص 32-09).

3-10 الاكتئاب عند المسن:

بينت البحوث عند المسن أكثر من 65 سنة، تبلغ نسبة الاكتئاب 2% وأقل تكراراً مرتين إلى ثلاث مرات منها عند الراشد. في حين قد تظهر بعض الإكتئابيات البسيطة

الغير الظاهرة ولكنها تخلق صعوبات عند المسن، ف نجد مثلا الاكتئاب المقنع أو اكتئاب القلق أو اكتئاب شبه خبل الذي يتميز بانخفاض سريع في القدرات العقلية مما يجعل الفاحص يفكر في اضطراب المزاج وما يزيد تأكيدا لهذه الفرضية هو استجابة المريض للعلاج.

- الاكتئاب الهذيانى من نوع هذيان الضرر الذي يركز على مشاكل الإرث أو سرقة مال أو أشياء متوارثة في العائلة. قد يتوافق هذا النوع من الهذيان بهلاوس و خلط انتقالي.

- الاكتئاب العدواني ويتميز باضطراب في الطبع مع عدوانية وتنكيد وتضييق على الأهل لجلب مساعدات فورية. وعادة يبدأ الاضطراب بقلق من نوع الخوف من الأماكن الواسعة وعدم قدرة المسن على الخروج بمفرده أو خوف مفاجئ من البقاء وحيدا. أو ظهور نوبات هلع أو اضطرابات جسمية تقلق المريض وعائلته (J.P. Clement، 1999، ص 28-112).

11 اكتئاب النفاس :Dépressions de la périnatalité

1-11 اكتئاب قبل الولادة :Dépression prénatale

من الصعب تشخيص الاكتئاب أثناء فترة الحمل وهذا ما يفسره عدم تجانس نتائج البحوث الخاصة بهذه الفترة. لكنها تجتمع في تقدير نسبة الإصابة ب 10% ويمكن تقدير الإصابة بالاكتئاب النفاس بعد اكتئاب الحمل بنسبة 40%. في حين لا توجد علاقة بين هذين الاكتئابيين في 25 إلى 50% من الحالات. غير أنه من المستحسن بدء العلاج الدوائى والنفسي ابتداء من الشهر الثالث للحمل (M. Ferreri، 2003، ص 91-107).

2-11 حزن النفاس :Post-partum blues

وهو عبارة عن فساد في المزاج عند 50% من النفاسات في اليوم الثالث والخامس وتختفي أعراضه تماما بعد بضعة أيام. من بين المظاهر المتنوعة، يوجد عرضين هامين هما:

- الإفراط في الحساسية (بكاء وغضب).

- فساد في المزاج وتقلب وانتقال سريع من الحزن إلى الغبطة.

يثير تطور حزن النفاس اهتمام وانتباه كبيرين. ويؤشر تعقده إلى تطور نحو ذهان النفاس. قد يرتفع الإفراط في الحساسية إلى غضب وسرعة الإثارة وقلق وانسحاب

علائقي. ويشند وتتطور مظاهر الاكتئاب والحزن وتعزز بمظاهر الهوس فتؤشر بخطر الإصابة بذهان النفاس الذي يظهر في اليوم السادس بنسبة 2% في كل 1000 ولادة. في حين لا يمكن تكهن الإصابة باكتئاب النفاس بعد حزن النفاس⁽¹⁾.

3-11 اكتئاب النفاس المبكر النمطي **Dépression de post-partum précoce typique**

يصاب بالمرحلة الاكتئابية الرئيسية للنفاس حوالي 3, 2% وتحدث في الشهر الأول خلال الأسبوع الثالث تقريباً. فتشعر الأم بألم كبير وإحساس عدم القدرة على القيام بدور الأم. وفي هذه الحالة تؤثر على العلاقة أم-طفل وعندما تترافق بأفكار هذيانية، تطرح مشكل حدودها مع ذهان النفاس. إن وجود سوابق اكتئابية شخصية أو عائلية تسهل الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

4-11 اكتئاب النفاس المتأخر غير النمطي **Dépression du post-partum, retardée atypique ou dépression maternelle postnatale**

تمس 10% من النفاسات من الشهر الثاني إلى الشهر الثاني عشر. وصف Pitt الأعراض غير النمطية كما يلي:

- فساد في المزاج مع قلق كبير واضطرابات علائقية على شكل تهيج وقنوط وإحباط وبكاء ونقص في الاهتمامات وفقدان اللذة مرتبط بظهور سلوك رهابي ووسواسي مثل رهاب الاندفاعية اتجاه الرضيع. يظهر على المريضة تعب وإرهاق كبيرين بدون هبوط وقد يترافق بهياج خفي. في العادة تغيب الأفكار الانتحارية. وتشتد الأعراض في المساء فتظهر اضطرابات النوم. ورغم بساطة أعراض هذا النوع من الاكتئاب إلا أنها تؤثر على العلاقة الأم مع أسرتها وخاصة رضيعها. يفسد هذا الاكتئاب إرساء علاقة جيدة بين الأم والرضيع مما يؤثر سلباً على هذا الأخير. يصعب على الأم التعبير عما تحس به فتشعر بالذنب جراء هذه الصعوبة وتعتبر نفسها أما سيئة. وفي غالب الأحيان تثير ظواهر الألم لدى الرضيع انتباه العائلة مثل الصعوبة في الأكل والقيء والوزن غير الكافي والبكاء المستمر واضطرابات النوم مما يجعلها تبحث مراراً عن العلاج للرضيع. وقد تعاود الأم الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب في الحمل الموالي بنسبة 30% من الحالات. ويبقى التشخيص والعلاج أهم أهداف الفاحص للتخفيف من ألم الأم والمساعدة على إنشاء علاقة أم-رضيع لأن مستقبل هذا الأخير في حاجة ماسة إليها.

1 - إحصائيات تخص الدول الأوروبية.

11 - 5 ذهان النفاس *Psychose puerpérale*:

- تمس امرأتين في كل 1000 ولادة. يجب التوقف عند عنصرين هامين وهما اشتداد واستمرار حزن النفاس والسوابق الشخصية والعائلية فيما يخص الاكتئاب وثنائية القطب. يعتبر ذهان النفاس، في شكله النمطي، اضطراب في المزاج يبدأ عادة في نهاية الأسبوع الأول أو الثاني من النفاس. فيحدث ذهان حاد مع مشاركة للمزاج وخلط متكرر. ثم تشتد الأعراض بعد خروج الأم من المستشفى. ويركز موضوع الهذيان خصوصا على الطفل فيظهر للأم شيطانا أو مشوها أو مصاب بمرض خطير أو استبدل بطفل آخر. وبالعكس قد يظهر لها قويا واستثنائيا له مهمة إنقاذ العالم. و ميكانيزمات الهذيان متعددة، مهلوسة أو تخيلية أو تأويلية أو حدسية. ويرتبط المزاج بموضوع الهذيان سواء المحزنة أو المهلوسة. وغالبا ما تترابط بمظاهر خلط. حيث تظهر المريضة تغير سريع في المزاج من هياج وهلوسة إلى ذهول مع انسحاب وقلق. فيتغير الجدول الإكلينيكي من خلط وحزن إلى خلط وهوس ويبقى خطر قتل الرضيع أو الانتحار كبيرا. ورغم شدة الأعراض إلا أن التطور نحو الشفاء ممكن (J. Dayan، 1999، ص-12343).

اكتئاب حداد النفاس *Dépression de deuil périnatal*:

وتضم حداد قبل الولادة وأثناء الولادة. ويقصد بحداد أثناء الولادة هو توقف الحمل إثر إجهاض تلقائي أو إرادي لأسباب صحية ويتطور الحداد في ثلاث مراحل مرحلة الصدمة ثم المرحلة المكتئبة ثم مرحلة التكيف. ينتج هذا الوضع المؤلم انفعالات نفسية معقدة تستوجب مساعدة نفسية وعلاج دوائي.

12 الاكتئاب والثقافة:

يعبر عن الاكتئاب بعوارض معروفة عالميا مثل المزاج الحزين وفقدان اللذة والاهتمام وفقدان المبادرة والهبوط الحسي-حركي وفقدان الشهية و الأرق. ولكن، يظهر أن هذه العوارض تتأثر حسب الثقافات. فاحتقار الذات والشعور بالذنب والنقد الذاتي ومحاولات الانتحار، هي أعراض شائعة في المجتمع الغربي ونادرة في المجتمعات الأخرى. ويرجع سبب هذه الاختلافات إلى التمثل الثقافي للمرض في المجتمعات. عن تعلق التمثل بالإصابة بقوى الشر وبالمس والاضطهاد، يطغى على الشعور بالذنب واتهام الذات عند المجتمع الغربي. لهذا يتعين معرفة البعد الثقافي لكل اضطراب لإيجاد العلاج المناسب.

13- الحزن العادي والحزن المرضي:

تختلف الحزن المرضي عن الحزن العادي في عناصر مختلفة من حيث المدة، أداها 15 يوما، والشدة وتركيز الفرد على هذا الحزن الذي يسيطر على كل حياته. فيتشأم المريض من الماضي والمستقبل والحاضر ومن نفسه ومن المحيط الذي يعيش فيه. بالإضافة طبعا إلى أعراض أخرى كفقدان اللذة والاهتمام والأفكار الانتحارية. إن التنوع في هذه الأعراض يعقد طبعا من التشخيص ويحاول الدليل التشخيصي للأمراض العقلية توضيحه وتسهيله. فهو يمثل كل الأعراض المتعارف عليها من طرف الإكلينيكين لكن البحث عن مقاييس الاكتئاب البسيط، يطرح مشكل التداوي المفرط وحدود هذه المقاييس. ويعتبر الحداد مثلا للتعبير المتنوع للحزن.

وهو يوافق العمليات النفسية التي تتميز بالحزن العادي غير أن شدته ومدته الطويلة، تؤدي إلى حزن مرضي حسب الظروف وطبعا توقع الحدث. ويتطور الحداد في ثلاث مراحل معروفة ليتم استعادة الاهتمام في الشهر السادس والثامن.

إن المرحلة الثانية من الحداد هي مرحلة الاكتئاب ويعتبر الحزن فيها عاديا ويمكن أن تتطور نحو مرحلة اكتئابية رئيسية حسب الظرف مع ظهور حزن مرضي يقطع عمل الحداد. ويشتد هذا الحزن وتكثر الأفكار الانتحارية ويدوم الحزن حتى 12 شهرا وقد يصل إلى حداد مرضي معقد، عندما تظهر السوداوية الهديانية حيث يلوم المريض نفسه بأنه السبب في وفاة الشخص.

14 الاضطرابات المرافقة للاكتئاب:

1-14 الاكتئاب واضطرابات القلق:

عاني ويعاني معظم المكتئبين من اضطرابات القلق. وجد أن 43 إلى 50 % من المكتئبين يعانون من اضطراب القلق و 25% من مرضى القلق يعانون من اضطرابات المزاج. إن ترافق الاكتئاب باضطراب القلق يعقد ويخفض من مستوى الاستجابة للعلاج ويرفع من الصعوبات الاجتماعية ومن خطر الانتحار.

14-1-2 الاكتئاب واضطراب القلق العام Dépression et anxiété généralisée

ينظر القلق إلى المستقبل بخوف من وقوع كارثة. أما المكتئب ينظر إلى الحاضر والمستقبل بتشاؤم. إذا كانت أعراض الاكتئاب هي الهبوط النفسي-حركي وعدم الاهتمام وفقدان اللذة والأفكار الانتحارية، فإن أعراض القلق هي المزاج المكتئب

والتعب وفقدان الشهية واضطرابات النوم والتشاؤم واضطرابات التركيز والانسحاب الاجتماعية لكنها تكون أكثر حدة في الاكتئاب.

حسب بعض الدراسات يترافق الاكتئاب بالقلق العام في 5 إلى 17 % من الحالات. وفي بعض الأحيان يذوب القلق العام مع أعراض الاكتئاب فيصعب تحديد مجال الاضطرابين ويتجه بعض الباحثين إلى وصفهما في نموذج مختلط أي اضطراب قلق اكتئابي. أما فيما يخص الأنواع الأخرى للقلق، تصل نسبة الترافق في الرهاب الاجتماعي ب 13% وفي نوبات الهلع ب 20 %.

2-14 الاكتئاب والإجهاد Dépression et stress

1-2-14 المزاج المكتئب واضطرابات التكيف

يتميز اضطراب التكيف في الدليل التشخيصي بظهور استجابات غير متكيفة وحرز كبير غير أنها لا تستجيب لشروط المرحلة الاكتئابية الرئيسية. يحدث هذا الاضطراب بعد ثلاث أشهر إثر عوامل مجهدة نفسية اجتماعية. يظهر هذين الاضطرابين في 8% من الحالات المفحوصة. يحتفظ بهذا التشخيص في حضور استجابات اكتئابية مفرطة ومعرقللة للحياة الاجتماعية أو المدرسية أو المهنية نتيجة الإجهاد. تتنوع المدة حسب صعوبات التكيف وبقاء المواقف المحبطة. وتتفاوت من بضعة أيام إلى ثلاثة أيام إلى شهرين أو ثلاثة أشهر. أما إذا زادت إلى 6 أشهر إلى ما فوق، يعتبر الاضطراب مزمنًا.

3-14 الاكتئاب وحالات الإجهاد التالي للصدمة Dépression et états de stress post-traumatique

تشابه المرحلة الاكتئابية الرئيسية واضطراب الإجهاد التالي للصدمة من حيث نسبة وجنس المصابين (G. Thomas, 2001، ص 199). وتشترك الظواهر الاكتئابية بصفة ثابتة في تكوين اضطراب الإجهاد التالي للصدمة. ويرتبط تشخيص هذا الأخير والعجز الاجتماعي بحدة التذكر الدائم وسلوكيات التجنب والأعراض الاكتئابية. عندما يتطور هذا الإجهاد بصفة دائمة أو يصبح مزمنًا، قد يترافق بأعراض اكتئابية تجعل من مآل المرض أكثر خطورة والعجز الاجتماعي أكثر حدة ووجود الاضطرابات الاكتئابية عنصر يزيد المشكل تعقيدا.

4-14 اكتئاب واضطرابات سلوك الأكل:

تشابه أعراض فقدان الشهية العصبي عند المراهقة بالإضافة لفقدان الشهية

وانقطاع الطمث وحركة مفرطة ونفي النحافة، تستدعي التفكير في الاكتئاب وتعطي مؤشر إيجابي لمآل المرض.

قد يدخل الشره العصبي ضمن الحالة الاكتئابية مع قلق. ويمكن التأكد من التشخيص بأخذ بعين الاعتبار السوابق العائلية.

14-5 الاكتئاب والفصام:

لحديث عن ترافق الاكتئاب بالفصام يفترض اضطرابين منفصلين وكل اضطراب يؤثر على الآخر والعلاقة بينهما معقدة ونسبة الترافق مرتفعة جدا مما يوحي بوجود اضطرابات مشتركة بينهما.

14-6 اضطراب الفصام الوجداني Trouble schizoaffectif:

في هذا الاضطراب تشترك أعراض الفصام بأعراض الاكتئاب، لكن مكانة هذا النوع من الاضطراب لازالت محل نقاش. يصنفه البعض مع اضطراب المزاج ويراه البعض اضطرابا مستقلا.

14-7 اكتئاب ما بعد الذهان المبكر Dépression post psychotique précoce

يظهر هذا الاكتئاب بعد تلاشي الهذيان تلقائيا أو تحت تأثير الأدوية. تختلف الآراء في تفسير هذا الاكتئاب. يرى البعض أنه اكتئاب كامن ظهر بعد تلاشي الهذيان ويفسره البعض الآخر أن له علاقة باختفاء الهذيان ويشبهه باكتئاب الحداد (يظهر الحزن عند اختفاء الهذيان الذي يلعب دورا هاما في التوازن النفسي لدى المريض).

14-8 اكتئاب ما بعد الذهان المتأخر Dépression post psychotique tardive

يحدث متأخرا أي بعد 12 شهرا بعد اختفاء الهذيان وتتضارب الآراء حول هذا النوع من الاكتئاب هل له علاقة بالفصام أم هو رد فعل نفسي بعد الوعي بالاضطراب الذي يعاني منه والمشاكل التي ترتبت عنه وما ينتظره من صعوبات جراء مرضه.

14-9 إكتئابات متكررة Dépressions intercurrentes:

هي إكتئابات متكررة تتعاود مع أعراض الفصام. من الصعب تشخيص الاكتئاب عند الفصامي للتشابه الكبير بين الأعراض الاكتئابية والأعراض الفصامية السلبية مثل الانسحاب الاجتماعي واللامنفعية وفقد الاندفاع الحيوي والخمول الانفعالي التي يجب تمييزها عن فقدان اللذة وعدم الاهتمام والتناقل النفسي-حركي للحالة الاكتئابية. ترتفع نسبة الإصابة بالاكتئاب عند الفصامي إلى 25 % مما يرفع من خطر

الانتحار خصوصا عندما يفقد المريض الأمل في الحياة. ويعقد من خطر الانتحار، تناول المخدرات والكحول والعزلة وغياب العلاج، يضاعف خطر الانتحار 30 مرة.

10-14 الاكتئاب والمرض العضوي:

يمس الاكتئاب 20% من المرضى المصابين بأمراض عضوية حادة ومعوقة (P. Hardy، 1991، ص 90-175). يظهر الاكتئاب مع الأمراض العضوية وفي بعض الأحيان يكشف الاكتئاب عن المرض العضوي. يوجد أعراض اكتئابية تنبه بوجود المرض العضوي وهي:

- عدم وجود العوامل المسببة.
- عدم وجود اضطرابات في الشخصية.
- غياب السوابق العائلية والشخصية.
- غياب المظاهر العصبية.
- وجود أعراض الخلط كاضطراب في الانتباه والتوجه المكاني والزمني وحيرة مع قلق.
- تثاقل معرفي وجسمي مع تعب واضح ولكن دون أعراض اكتئابية نفسية واضحة مثل آلام الرأس و ارتعاشات ونوبات صرع ونقص في الحركة.

كل الأمراض العضوية الخطيرة تؤدي إلى الاكتئاب. ويوجد أمراض عضوية معروفة وأكثر تسببا في الاكتئاب وهي الإصابات العصبية مثل مرض باركنسون الذي يبدأ بحالة اكتئاب مع الأعراض مثل التثاقل النفسي-حركي.

وبعض الأورام الدماغية الجبهية منها وتتميز باللامبالاة وعدم النشاط وأورام الفص الصدغي التي تسبب نوبات صرع وتتميز بفقدان الشهية والنحافة وضيق المجال البصري. تحتم هذه الاضطرابات القيام بأشعة وتحاليل لكشف هذه الأورام. ويمكن الإشارة كذلك للإصابات الغددية وأكثرها شيوعا انخفاض في عمل الغدة الدرقية وتظهر أعراضها بنقص في ضربات القلب وإحساس بالبرد وسقوط مؤخرة الحاجبين وارتفاع الوزن. كل حالة اكتئاب مقاومة ولا تتحسن بعد استعمال الأدوية تستوجب التفكير في نقص عمل الغدة الدرقية.

- الإفراط في عمل الغدة الدرقية تعطي أعراضا مثل اكتئاب القلق.
- مرض أديسون تتميز بالتعب الشديد والجسمي وفقدان الإرادة.
- داء السكري حيث يظهر التعب الشديد.

- مرض Cushing حيث يظهر الهبوط النفسي مترافقا بنوبات هياج.

كذلك، لا يجب نفي دور الأورام الخبيثة في الإصابة بالاكتئاب مع قلق وتعب التي تظهر قبل عدة شهور تصل إلى سنتين أو ثلاثة.

للأدوية تأثير على المزاج مثل المنشطات والمثبطات ومضادات الضغط ومضادات السرطان. ويكثر الاكتئاب مع الإدمان على الكحول بنسبة 50% وهي ثلاث أنواع، منها الاكتئاب الأولي وتم وصفه فيكون الاكتئاب سببا في الإدمان (J.Ades،1997، ص 81). وثانوي أثناء تطور الإدمان، فيظهر تدريجيا على شكل اضطراب المزاج المكتئب ويتميز بفساد المزاج وسرعة الإثارة وصعوبات علائقية واضطرابات في التركيز والانتباه، ترفع من الصعوبات المهنية. وهذا يعقد من عملية التشخيص خصوصا أن المريض يعترف إلا بأعراض الاكتئاب وينفي إدمانه على الخمر مما يعرقل البرنامج الدوائي.

ثلث حالات الاكتئاب تختفي بعد الفطام دون استعمال مضادات الاكتئاب. ويمكن لهذا الأخير أن يشكل سببا في رفع وعي المدمن للبحث عن العلاج والفطام.

والنوع الثالث، هو اكتئاب الفطام ويظهر أسابيع بعد الفطام الذي يتحسن بعد تكفل نفسي وفي بعض الأحيان، يظهر اكتئاب حاد يستوجب العلاج.

تشير دراسة الأعراض الاكتئابية في غالب الأحيان إلى الأعراض الأساسية وتظهر من خلالها أشكال إكلينيكية متنوعة مرتبطة بتطور المرض والسن والثقافة. إن إدماج المرحلة الاكتئابية في اضطراب أحادي أو ثنائي القطب، يحدد العلاج ويتوقف على التشخيص لأن الاضطرابين مختلفين تماما. وتشكل دراسة الأعراض الاكتئابية خطوة هامة للبحث عن نوعية العلاج علما أن هذا الاضطراب يمثل ثالث الأمراض المعيقة والتي أثارها جد سلبية على الجانب الصحي والاقتصادي والعائلي.

الفصل الثاني

الملاحم المعرفية للاكتئاب

أو فراغ في التفكير.

3-1 التفكير المكتئب:

يبالغ المكتئب في الشكوى من ضعف التركيز عكس المصاب بالخبل وظهور هذه الاضطرابات يصعب من التشخيص الفارقي بين الخبل والاكتئاب عند المسن.

1-3-1 مجرى التفكير عند المكتئب:

يشكو غالبية المكتئبين من عدم القدرة على التفكير بصفة واضحة وفعالة. فتظهر الصعوبة في التفكير والتثاقل والكف وتصل في الحالات الحادة إلى عدم التفكير (D.Widlocher، 1983، ص60). وفي بعض حالات الاكتئاب القلق تظهر سرعة وعدم التنظيم في التفكير.

يترجم الاجترار الفكري في تثبيت التفكير حول عدد صغير من المواضيع التي لا يستطيع إبعادها إلا بصعوبة كبيرة ولكنها تميل إلى العودة تلقائياً وفي الحالات الحادة يبقى التفكير متمركزاً في فكرة واحدة وموضوع واحد.

ويعتبر بعض الباحثين أن اجترار الأفكار عرض ذو قيمة عالية. وفي دراسة لنالسن ومايرز بينت أن هذا العرض ذو قيمة وقائية لتشخيص السوداوية. أما ويلدوشير يرى في اجترار الأفكار عرضاً أساسياً في التباطؤ النفسي حركي.

2-3-1 محتوى التفكير:

يتميز المكتئب بطريقة خاصة في إدراكه لذاته وإدراك مرضه والعالم وعلاقاته سواء الماضية أو الحاضرة أو المستقبلية.

يكتسب التفكك في الإدراك قيمة كبيرة فيصبح عرضاً عندما يصبح واضحاً أو عندما يترجم على شكل فكرة هذيانية. يظهر هذا التفكك على شكل مخططات ثابتة وصفت في النظريات المعرفية للاكتئاب وهي تحدد ضمناً النشاط العقلي. أما المواضيع الاكتئابية فهي متنوعة من مريض إلى آخر.

تخص بعض المواضيع المريض في حد ذاته وتظهر على شكل فقد تقدير الذات والشعور بالذنب. وقد ينكر المريض إصابته بالاكتئاب ويبالغ في الاهتمام بالشكاوى الجسمية معتبراً إياها تفسيراً لمجموع الأعراض التي تظهر عليه.

تتمحور علاقات المريض عادة حول فكرة عدم القدرة وعدم الفعالية. وقد يشفق

المريض على حاله ويشعر بالإهمال من طرف المحيطين به وأحيانا أخرى يميل إلى إعزاء كل مسؤولة إلى الآخرين . أما رؤيته للمستقبل فهي تشاؤمية يغلب عليها طابع عدم الشفاء من المرض نهائيا. وتركز البحوث في نتائجها على مفهوم الوقت الذي يظهر للمكتئب جامدا لا يتحرك مما يجعله غير قادرا على توقع مستقبله والعمل من أجله.

2- النماذج السلوكية المفسرة للاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب بالنسبة للمدرسة السلوكية، سلوكا غير متكيف ينتج عن طريق التعلم. و يظهر السلوك الاكتئابي كاستجابة الجسم لمختلف المثيرات و الأحداث. و من هذا المنطلق النظري، اعتبر السلوكيون الاكتئاب سلوكا مثل كل السلوكات العادية و قد اهتموا بهذا الموضوع في الستينات و قدموا بسرعة عددا هائلا من المقالات حول الموضوع.

1-2 نموذج P.M Lewinshorm:

يعتمد لفنشورم (1974، ص40) على نموذج الاشتراط الإجرائي و التعلم الاجتماعي في تفسيره للاكتئاب و يعتبر عدم توازن التعزيزات سببا في ظهوره. و يعتقد أن نقص أو غياب التعزيزات الايجابية وكثرة التعزيزات السلبية محددان رئيسيا في تطور وثبات الاكتئاب.

وغالبا ما تعتمد التعزيزات الضعيفة على العوامل المحيطة (مثل حالات الانفصال) أو على تاريخ شخصي فقير لا يسمح بالوصول للتعزيزات الايجابية (مثل الخجل و ضعف الكفاءات الاجتماعية). و لهذا عند تحليل السلوك الاكتئابي، يجب الأخذ بعين الاعتبار العوامل الخارجية والقدرات الشخصية للفرد.

ويعتبر النموذج السلوكي الأفكار الاكتئابية كنتيجة ثانوية لإعادة صياغة التعزيزات وتعكس هذه الأفكار كل من الجانب الانفعالي المكتئب ز نقص تقدير الذات الذي يحس به المكتئب.

وربط لفنشورم بين المزاج و عدد النشاطات المريحة التي يقوم بها الفرد. و بين أن نوعية الشعور بالارتياح مرتبط بعدد التعزيزات الايجابية المتحصل عليها و توصل إلى أن المكتئب يتحصل على عدد قليل من التعزيزات الايجابية بالمقارنة مع الأشخاص العاديين أو المرضى العقليين الآخرين.

وتظهر أهمية نموذجه لأنه يوضح بدقة الأسباب المثيرة والمحركة للاكتئاب والتي ربطها بالمحيط وبالفرء. ولكنه وضع العامل المحيطي في المرتبة الأولى. وأوضح كذلك أن فقدان التعزيز قد يكون مؤقتا في حالة الانتقال إلى مكان مختلف وقطع العلاقات مع الأصدقاء والجيران و قد يكون فقدان التعزيز حقيقيا بسبب انفصال أو طلاق أو حداء.

ووضع لفنشورم أن الكف يلعب دورا مضرًا للمكتئب لأنه يمنعه من البحث عن المساعدة في المحيط ونتيجة للكف لا يبحث المكتئب عن التواصل مع الآخرين وينعزل في الوقت الذي هو فيه أكثر حاجة للمساعدة.

3- النماذج المعرفية المفسرة للاكتئاب:

اهتم المعالجون في السنوات الأخيرة بالحوار الداخلي للمريض الذي يرافق أو يسبق أي سلوك أو انفعال واعتقد المعرفيون أن الاضطراب العقلي هو اضطراب في التفكير يحرف من خلاله المريض الواقع. وانطلاقا من هذا الفكرة ظهر تيارين:

التيار الأول وظيفي وإكلينيكي: يهتم بتطبيق العلاج في اضطرابات المزاج والقلق. التيار الثاني: يهتم باختلال الوظيفة المعرفية في الإدراك و الذاكرة و الانتباه واللغة .

3-1 نموذج إيس وبيك:

يعود الفضل لهذين الطبيبين في ظهور مصطلح العلاج المعرفي. فالأول سماه «العلاج المنطقي الانفعالي» والثاني سماه العلاج المعرفي. ويتفق الباحثان على العلاقة بين الانفعالات والمعارف حيث تؤدي طريقة تفكير المكتئب إلى تمثيل سلبي للواقع و هذا التفكير مسؤول على حدوث انفعالات مؤلمة واضطراب في السلوك. وأثناء الاكتئاب، تأخذ هذه المعارف شكل أفكار سريعة أو صور سلبية تمنع المكتئب من مواجهة تجارب حياته اليومية وهي متعلقة إما بالفرء أو بمحيطة مثل عبارات « أنا لست كفؤا و لن انجح أبدا...» وبهذا تؤدي هذه الأفكار إلى انفعالات مؤلمة تعرقل الفرء عن قيامه بنشاطات يومية. وتحدث هذه الأفكار حوارا داخليا متكون من جمل قصيرة غير لفظية. و دور المعالج المعرفي هو التعرف على هذه الأفكار ومواجهتها وتقديم بدائل لها.

3-2 المخططات في النموذج المعرفي:

وتتضمن التشوهات الأخرى التفكير بطريقة الكل أو لا شيء والتعميم

والاستدلالات الانتخابية والمبالغة. وحسب التطورات الحديثة في النموذج المعرفي تعد المخططات عاملا مهما ومهيئا لدى الكثير من مرضى الاكتئاب. ويؤكد بيك Beck أهمية المخططات في الاكتئاب ويقدم لها التعريف التالي.

المخططات عبارة عن بنية معرفية لفحص و ترميز وتقييم المنبهات التي يصطدم بها الكائن الحي. وعلى أساس هذه المصنوفة من المخططات يكون الفرد قادرا على توجيه نفسه بالنسبة للزمان والمكان وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى ويضيف بيك Beck وزملائه الآتي

يطبق تعبير مخطط في مجال علم الأمراض النفسية على أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية ينشط خلال اضطرابات مثل الاكتئاب ونوبات الهلع والوسواس ويصبح مهيمنا.. وبالتالي ففي الاكتئاب على سبيل المثال تكون المخططات السلبية هي المسيطرة مما ينتج عنه تحيز سلبي منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات وفي التوقعات القصيرة والبعيدة بالمثل. بينما تصبح المخططات الايجابية أقل هيمنة. ومن السهل بالنسبة للمكتئب أن يلاحظ الجوانب السلبية ولكن من الصعب عليه ملاحظة الجوانب الايجابية. وهو قادر على تذكر الأحداث السلبية بقدر أفضل من قدرته على تذكر الأحداث الايجابية ويمنح الاحتمالات الخاصة بالنتائج غير المرغوبة وزنا أكبر من الاحتمالات الايجابية.

3-3 مخططات سوء التوافق:

ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية قام (J. Young، 2002، ص583-589) بتحديد مجموعة من المخططات الفرعية وأطلق عليها اسم مخططات سوء التوافق المبكرة وهي تشير إلى سياقات متطرفة الاتساق والاستمرارية تتطور خلال مرحلة الطفولة وتثرى عبر حياة الفرد.

1-3-3 الهجر/عدم الاستقرار وهو أن يحس الفرد بأن الأشخاص المهمين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم الدعم الوجداني و الصلة والقوة أو الحماية العملية لأنهم غير مستقرين انفعاليا ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم ولا مصداقيتهم أو أنهم غير موجودين فعليا أو أن موتهم قريب أو أنهم سيهجرون المريض ليرتبطوا بشخص أفضل منه.

2-3-3 عدم الثقة/الاستغلال توقع قيام الآخرين بالإيذاء والاستغلال والاحتكار والغش

والكذب والتآمر واستغلال الفرص.

وعادة ما يتضمن ذلك إدراكا بأن الأذى متعمد أو أنه تطرف في الإهمال وأنه غير مبرر. كما يمكن أن يتضمن أحساس الشخص بأنه دائما ما يكون ضحية خداع الآخرين.

3-3-3 الحرمان العاطفي توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول

على درجة معتدلة من الدعم العاطفي بشكل ملائم، من ذلك:

- الحرمان من الرعاية و غياب الانتباه والعاطفة والدفء.
- الحرمان من الحماية و فقدان القوة والاتجاه وتوجيه الآخرين.
- الحرمان من الانتماء و فقدان تفهم الآخرين وإنصاتهم أو فقدان المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين.

- عدم الاستقرار وانقطاع الصلات كأن يتوقع الفرد أن احتياجاته للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن تتحقق بطريقة، يمكن التنبؤ بها في سياق العلاقات الحميمة، وحيث تكون الروابط الأسرية التقليدية متقطعة، ومتفجرة وغير قابلة للتنبؤ أو فاسدة. واستقلالية معطوبة وتتعلق بتوقعات الشخص عن نفسه وعن بيئته، والتي تتدخل في قدرة الشخص الإدراكية على الانفصال أو مواصلة الحياة أو العمل مستقلا، وتنبع من أصول عائلية تقليدية ضاغطة ومشوهة لأحكام الفرد أو مفرطة في الحماية.

4-3-3 الاعتماد الوظيفي/انعدام الكفاءة تتمثل في اعتقاد الفرد أنه غير قادرا

على تحمل مسؤولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة، ودون مساعدة جوهرية من الآخرين نم ذلك رعايته لذاته، حل المشكلات اليومية، إصدار أحكام صائبة، القيام بمهام جديدة، اتخاذ قرارات جيدة. و دائما ما تحدث في شكل مقاومة سلبية.

5-3-3 الاستهداف للأذى والمرض خوف مبالغ بأن كارثة ستقع في أي وقت (

كارثة طبيعية، جريمة أو مرض أو كارثة مالية) وأنه لن يكون قادرا على حماية نفسه وقد تتضمن مخاوف الشخص من تعرضه لنوبة قلبية أو الجنون أو الإفلاس أو حادث سيارة، الخ...

6-3-3 الاحتواء/الذات غير المتطورة تورط عاطفي انفعالي متزايد وارتباط وثيق

بشخص أو أكثر(غالبا ما يكون الوالدين) على حساب الاستقلالية الكاملة أو الارتقاء الاجتماعي السوي، و دائما ما يتضمن الاعتقاد أن هناك واحد على الأقل من الأشخاص المهمين لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة، دون الدعم الدائم من الآخرين، أو هوية

فردية وتوجه داخلي منقوص، دائماً ما يختبر بوصفه شعور بالخواء أو التخبط.

7-3-3 عدم المرغوبية الاجتماعية/الاعتراب:

وهي اعتقاد الفرد أنه غير مرغوب خارجياً من الآخرين (مثال ذلك أنه قبيح الشكل، أنه قبيح الشكل، ذو مركز اجتماعي منخفض، ضعيف في مهارات الحوار، غبي) أو شعور المرء أنه معزول عن بقية العالم، مختلف عن الناس، أو ليس جزءاً

من أي مجموعة في المجتمع، أو الاثنين معاً. ودائماً ما يتضمن ذلك وعياً بالذات، اغتراباً، مقارنة الشخص نفسه بالآخرين، وشعوراً بعدم الأمان في المواقف الاجتماعية.

افتقاد المرغوبية وهي أن يتوقع الفرد أنه لن يكون مرغوباً فيه، أو مختلف عن الناس فيما يختص من الآتي الجاذبية الجسمية المهارات الاجتماعية، الجدارة الداخلية، التكامل الأخلاقي، الشخصية المثيرة للشغف، الوظيفة، الإنجاز، القيم والاهتمامات، خصائص الذكورة والأنوثة والخلفية الاجتماعية الاقتصادية... الخ وتعود الأصول الأولى له إلى التعرض للنقد والرفض من الأسرة أو جماعات الأقران.

8-3-3 الفشل في التحصيل وشعور المرء أن فشله محتوم، وأنه غير ملائم من

الأساس مقارنة بأقرانه في مجالات التحصيل (في المدرسة أو الوظيفة أو الرياضة) ودائماً ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبي أو أحمق وغير موهوب أو جاهل. و قصور في التعبير الذاتي و قيود مفرطة، قمع أو تجاهل المرء لمشاعره أو تفضيله اليومية وعادة ما يرجع ذلك لأصول أسرية تتمثل في قمع المشاعر وتسلب الراشدين على الطفل.

9-3-3 الخضوع و استسلام الفرد المتزايد للتحكم المبالغ فيه وفي قراراته الشخصية

وتفضيله ته وعادة ما يكون ذلك لتجنب الغضب أو الهجر، ويتضمن ذلك إدراك المرء أن رغباته الشخصية ليست ملائمة أو هامة لدى الآخرين، وعادة ما يؤدي ذلك إلى الغضب في نهاية الأمر. ويظهر في صورة إفراط في الخضوع وشغف بالإرضاء.

10-3-3 قمع الانفعالات وصعوبة مفردة في التعبير عن المشاعر أو مناقشتها

(الغضب، الأذى، الحزن، الفرح... الخ) لأن الشخص يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير أو إيذاء الآخرين، أو الإحراج والانتقام أو الهجر.

11-3-3 التضحية بالذات/والتحمل الزائد بالمسؤولية تركيز مبالغ فيه على الوفاء

باحتمالات الآخرين، على حساب مباحج المرء الشخصية، ودائماً ما يؤدي ذلك إلى

حساسية حادة لآلام الآخرين. و تأكيد مفرط على العمل و المكانة والواجب والمعايير والمسؤوليات نحو الآخرين أو الجوانب السلبية للحياة على حساب السعادة، والنزعات الطبيعية، والمتعة والصحة والتفاؤل أو الإبداع. ومصادرها الأسرية النمطية.

12-3-3 عدم توازن المعايير المجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين ومعاييرهم العليا أو الغير المتوازنة، منه، على حساب السعادة والسرور، والاسترخاء والتلقائية والمرح والصحة والإحساس بالإنجاز، والعلاقات المرضية، وعادة ما يتضمن تأكيد ضروريا أي من المجالات التالية التحصيل و الإنجاز، المال أو المظهر الخارجي أو المكانة الاجتماعية، التحكم في الذات أو الانضباط، الكمال والنظام، أو الانتباه للتفاصيل والهيمنة على البيئة، الأخلاق والقيم أو الاعتبارات الدينية (بخلاف التضحية بالذات).

13-3-3 السلبية/التشاؤم تركيز مقاوم على امتداد العمر على الجوانب السلبية للحياة (الأم، الموت، فقدان، الإحباط، الصراع، مشاعر الذنب، الاستياء، المشكلات التي لا حلول لها، الأخطاء الممكنة، الخيانة، الأشياء الخاطئة التي يمكن أن تحدث، الخ...)، وقد يتضمن ذلك مشاعر فقدان الحيلة أو فقدان القدرة على التحكم، بناء على توقع أن المرء لا يستطيع منع الأحداث السلبية في الحياة.

14-3-3 التسلط/ التمرکز حول الذات الإصرار على أن المرء يجب أن يكون قادرا على الحصول على أي شيء يرغبه، دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول، ومهما كان الأمر مكلفا لهم، ودائما ما يتضمن تحكما زائدا في الآخرين ومطالبهم، ونقصا في التعاطف مع احتياجات الآخرين. ونقص في الحدود الداخلية، يؤدي إلى صعوبة تتعلق بحقوق الآخرين، أو بوفاء المرء بأهدافه الشخصية، والأصول الأسرية لهذا يتمهل في التساهل والتدليل

15-3-3 قصور في التحكم الذاتي/ الانضباط صعوبة مقاومة في ممارسة الضبط الذاتي، وتحمل الإحباط عند تحقيق المرء للأهداف الشخصية أو كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن انفعالاته ودفعاته.

ووفقا لمخططات G.Young، يتعلم الطفل كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته المبكرة للبيئة، ومع الأشخاص ذوي الأهمية الخاصة لديه . وأحيانا ما تؤدي هذه الخبرات المبكرة إلى قبول معتقدات، يثبت بعد ذلك أنها غير توافقية، مثال ذلك أن الطفل قد يطور مخططا أن أيما يفعله أو يقوم به لن حسنا بما يكفي وعادة ما

لا يوجد وعي بهذه المخططات، والتي تظل كامنة إلى أن تؤدي أحد أحداث الحياة (مثلا فقدان عزيز أو عمل) لاستثارة هذا المخطط. وبما أن ينشط المخطط حتى يقوم المريض بعمليات تصنيف واتخاذ وترميز للمعلومات بطريقة تجعل مخطط الفشل مستمرا. وبالتالي فإن مخططات سوء التوافق المبكر تؤدي إلى ميل المريض لتشويه الأحداث بأسلوب واضح الخصائص، مؤدية إلى رؤية سلبية لنفسه وللعالَم وللمستقبل.

ولمخططات سوء التوافق المبكر، عدد من الخصائص المحددة، تختبر بوصفها:

- حقائق أولية لدى الشخص حول نفسه أو حول العالم أو حولهما معا.
- أنها دائمة ومداومة للتغيير.
- دائما ما تحفزها بعض تغيرات البيئة..
- تكون وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا عندما تنشط.
- عادة ما تنتج عن تفاعل المزاج الولادي للطفل والخبرات غير السوية مع أفراد الأسرة والقائمين على رعايته.

ويتوجه العلاج المعرفي على إحداث تغيير في التفكير الاكتئابي. ويجب على المعالج ألا يغيب أو يغفل عن الجانب الثقافي فقد تبين أن الأفكار الاكتئابية تحدد ثقافيا وهذا ما يفسر تغيرها حسب التاريخ والثقافات. نلاحظ اليوم أن القيم الاجتماعية أخذت مكان القيم الدينية، فمواضيع مثل عدم الكفاءة المهنية أو الاجتماعية، أخذت مكان الشعور بالذنب والاهتمام بالجسم والأمراض (السرطان أو السيدا...) يأخذ حيزا كبيرا من الأفكار الاكتئابية.

4- أسس العلاج المعرفي:

اهتم كل من المعالِجين السلوكيين والمعالِجين المعرفيين ببناء نماذج تجريبية وتدخلات علاجية للبحث في تحليل وتعديل التفاعل بين الفرد ومحيطه. و استنتجا لما سبق يمكن أن نعرف السلوك كونه تسلسل منظم لنشاطات تهدف لتكيف الفرد مع ظرف ما حسب ما يدركه وما يفسره.

1-4 نموذج عدم القدرة المتعلّمة (التجربة الأولى لـ M.E.P Seligman (1997، ص91):

وهي تمثل تطبيق نماذج مستمدة من نظريات الاشتراط الفاعل على الاكتئاب. ويهدف هذا النموذج إلى دراسة العلاقة بين الاحتفاظ ببعض السلوكات والنتائج المترتبة عن ذلك. ينتج الاكتئاب حسب Seligman 1975 على فقدان الفرد القدرة

على إيجاد الرابط بين الفعل والنتائج المترتبة الإيجابية المترتبة لهذا الفعل. وضع Seligman في البداية، إجراءات تجريبية تعمل على اختبار دور الأحداث المنفرة عند الكلاب. وكانت التجربة كالتالي قسم صندوق إلى حجرتين، أحدهما مكهربة. ثم قام بتعليم الكلاب القفز إلى الحجرة غير المكهربة لتفادي الصدمات الكهربائية. ثم عرض مجموعة من هذه الكلاب لصدمة كهربائية لا يمكن الهروب منها أو الحياد عنها. ثم وضع هذه المجموعة التي تعرضت للصدمة الكهربائية للمرة الثانية في الصندوق ذو الحجرتين للتمكن من القفز إلى الجهة غير المكهربة. فكانت النتائج كالتالي:

1-1-4 النتائج السلوكية :

لاحظ Seligman أن ثلثي الكلاب التي تعلمت تلقي الصدمات الكهربائية دون تعلم القدرة على تحاشيها أو تفاديها، عجزت أو نسيت ما تعلمته (désappris) حول قدرتها على القفز إلى الحجرة غير المكهربة. عكس الكلاب المتبقية والتي تعلمت القفز إلى الحجرة غير المكهربة دون التعرض إجباريا للصدمة الكهربائية، تمكنت هذه الكلاب من الاحتفاظ بسلوك الهروب من الصدمات الكهربائية. قام Seligman بتسمية سلوك الكف الذي حدث للكلاب المصدومة بعدم القدرة المتعلمة *impuissance apprise*. وهكذا حسب نفس الباحث، يمكن اعتبار الحالة الاكتئابية مماثلة لهذه التجربة حول الكلاب، بحيث اعتبر أن بعد كل حادث صادم ومزمن، يفقد الفرد استجابات فعالة.

2-1-4 النتائج البيولوجية:

يؤكد سولجمان Seligman في هذه التجربة، أن تكون الصدمات غير مرئية وغير منتظرة لإنتاج هذا السلوك الجديد. وقد لاحظ تغيرات بيولوجية ترافق هذه النتائج السلوكية عند الحيوان. ومن بين ما لاحظته هبوط في النورادريلانين في الجهاز العصبي المركزي.

ويعتقد M.E.P Seligman أن الاكتئاب يتطور عند الأشخاص الموجودين في ظروف سلبية لا يستطيع تجنبها بسبب تعرضه في السابق لصدمة متكررة وأهم عرض لعدم القدرة المتعلمة هو السلبية. فكل جسم تعرض لتجارب وحوادث مؤلمة و لم يتحكم فيها، يصعب عليه مواجهة تجارب جديدة صادمة.

و في 1978، طور M.E.P Seligman نظريته بالاعتماد على نظرية الاعزاء الاجتماعية التي قام بها مع زملائه Teasdal و Abramson. ويحدث الاكتئاب حسب هذه النظرية نتيجة الاعزاء التي يقوم بها الأفراد نحو الحوادث السلبية التي تقع في حياتهم. وتظهر الأعراض الاكتئابية عندما يتعرض الفرد لهذه التجارب ويعتقد بعدم قدرته على التحكم فيها.

وقد استفاد D.S Hiroto من تجربة M.E.P Seligman على الكلاب وطبقها على مجموعة من الطلبة الذين عرضهم إلى صوت قوي وغير مريح و قسمهم إلى ثلاث فرق:

- تستطيع الفرقة الأولى توقيف الصوت بالضغط على الزر.
- لا تستطيع الفرقة الثانية التحكم في الصوت لأنه يتوقف ويعود دون ضغط على الزر.
- لم تتعرض الفرقة الثالثة لأي صوت مزعج.

وتعرضت الفرق الثلاثة بعد هذه التجربة للضجيج مرة ثانية لكن يمكنها التحكم في الضجيج عن طريق الضغط على الزر. فلاحظ الباحثون أن فرقة الطلبة الأولى والثالثة ضغطت على زر لإيقاف الضجيج. في حين لم تبادر الفرقة الثانية لوضع حد لهذا الضجيج. فخرج الباحثون بالنتائج التالية حول عدم القدرة المتعلمة:

- نتائج حول الدافعية: يصبح الفرد سلبيا وتنقص دافعيته و لا يبحث عن التحكم في الحوادث.

- نتائج معرفية: لا يستطيع الفرد إيجاد العلاقة بين سلوكه والتعزيز المتحصل عليه.
- نتائج انفعالية: تظهر استجابات قلقه أو اكتئابية وحتى تشاؤم وضعف في تقدير الذات.

وعلى العموم ومن خلال هذه التجربة، اتضح أن الفرد تعلم أن التعزيز مستقل عن سلوكه وثبت لديه الشعور بعدم القدرة على التحكم فيه. وعليه اقترح الباحثون التفريق بين ثلاث مجالات وهي:

- المجال الداخلي: ويعني أن السبب شخصي غير مرتبط بخصائص الطرف.
- مجال الاستقرار: يستمر مفعول الكف عبر الزمن.
- مجال التعميم: يؤثر السبب على حوادث أخرى وهو غير مرتبط بالحدث الأول.

ووجد الباحثون أن كل هذه المجالات لها نتائج خاصة. يؤثر المجال الداخلي على تقدير الذات ويؤثر مجال الاستقرار على استمرار تأثير عدم القدرة المتعلمة وتثبيت رد الفعل الاكتئابي. ويؤثر مجال التعميم على تعميم النقص المكتسب على مستوى الدافعية

والانفعال والمعرفة. وفي نفس التجربة التي ذكرت سابقا، لاحظ D.S Hiroto أن النتائج المتحصل عليها، كانت مرتبطة كذلك بسمات شخصية الطلبة ففرق بين الطلبة التابعين **Dépendants** الذين يعتقدون أن التعزيزات تأتي من المحيط أو من الحظ و بالتالي فهم مستعدون لحالة عدم القدرة. وبالعكس وهو النوع الثاني أي المستقلون **Indépendants** الذين يعتقدون بقدرتهم على التحكم في التعزيزات.

و من خلال هذه المقاربات السلوكية تظهر ضرورة التحليل بالتفصيل السلوك الاكتئابي. و يجب أن يأخذ التقييم أربعة محاور وهي العوامل المسرعة والعوامل المهيأة والحالة الاكتئابية والعوامل المثبتة. ويقصد بالعوامل المسرعة انخفاض مصادر التعزيز في محيط الفرد وتعلم سلوك اكتئابي عن طريق التقليد. أما العوامل المهيأة تضم انخفاض مستوى الكفاءات الاجتماعية وارتفاع نقد الذات. وتعني الحالة الاكتئابية تغيرات المزاج التي تسبق الاكتئاب والمتعلقة أكثر بعدم تقدير الذات. وتضم العوامل المثبتة طبيعة العلاقات الاجتماعية. لكل هذه العوامل علاقة بظهور الاكتئاب ويقوم المعالج بالبحث عنها في التحليل الوظيفي.

2-4 النموذج المعرفي لبيك Beck:

1-2-4 تحليل المعلومة و الاكتئاب:

يستند النموذج المعرفي لبيك Beck على تحليل المعلومة، وينطلق من مصطلح الثلاثية المعرفية **Triade cognitive** عند المكتئب. بمعنى أن الأفكار السلبية حول الذات والمحيط والمستقبل تهيكّل النموذج البنوي للوظيفة الاكتئابية. فيقوم المكتئب بإهمال المعلومة الموجبة ويحتفظ بالمعلومة السلبية. هذا التوحيد المعرفي يعتمد على مخططات معرفية مسببة للاكتئاب.

2-2-4 المخططات المعرفية المسببة للاكتئاب:

يفترض أن الاكتئاب يقدم مخططات معرفية ولا شعورية تتمركز في الذاكرة طويلة المدى وتقوم بتصفية المعلومة ولا تحتفظ إلا بالملاحح السلبية للتجربة المعاشة.

تحتوي المخططات على مجموعة من القواعد الصارمة وتظهر على شكل أوامر مثل يجب أن أنجح دائماً. وتكون عبارة عن مبادئ ضمنية ونادرا شعورية وموجهة للأحكام التي يبنها الفرد على نفسه وتترجم على شكل فقد تقدير الذات، والتردد والتشاؤم والأحكام الحزينة عند المكتتب.

3-2-4 الحوادث المعرفية *Evénements cognitifs*:

هي مجموعة من الأفكار أو الصور الذهنية، قد لا يكون الفرد واعيا بها إلا إذا ركز على حواراته الداخلية أو على صورته الذهنية. وهي ترجمة إكلينيكية للمخططات. وتعرف بالحوارات الداخلية والمتكونة من ألفاظ ذاتية متشائمة ومحطة بالذات مثل أنت إنسان فاشل. ومتكونة كذلك من إجترارات ملحة أو صور ذهنية مهلكة. هذا النوع من الأفكار هي خارجة عن إرادة الفرد، لا يستطيع التحكم فيها. وهي أفكار آلية سلبية تحرك سلوك الفرد رغما عنه. وتجدد الإشارة أن مصطلح التفكير الآلي قديم جدا ويعود لـ (P. Janet (1989 ص10) وهو عنوان لرسالته الآلية النفسية. ثم تلاه Freud عندما تحدث عن مصطلح ما قبل الشعور. ومن السهل التوصل إلى هذه الأفكار في العلاج النفسي وهي تعكس تماما وظيفة المخططات المعرفية الأكثر عمقا.

4-2-4 العمليات المعرفية:

يتم المرور من المخططات (وهي بنية عميقة) إلى أحداث معرفية (بنية سطحية) ، عن طريق العمليات المعرفية حيث يترجم التفكك باضطراب عميق ودائم لآليات التفكير المنطقي. وقد أجمع المعالجون على وجود أخطاء منطقية وتفككات معرفية وصفت في حالات الاكتئاب. مثل الاستدلال العشوائي *Abstraction arbitraire* وهو يمثل خطأ منطقي الأكثر شيوعا وتكرارا. ويعني الوصول إلى النتائج دون براهين وعن طريق معلومات غير ملائمة والتجرد الاختياري *Abstraction sélective* وهو التركيز على تفصيل خارج السياق بحيث لا يستطيع الفرد إدراك الشكل والمعنى العام للظرف. والتعميم الزائد *Surgenéralisation* وتعني أن يقوم الفرد، عن طريق حادث صغير، تعميم تجربة فاشلة على كل الظروف التي يعيشها و التفخيم والتصغير *Magnification et la minimisation* وهي إعزاء قيمة كبيرة للأحداث الفاشلة وتحقير النجاحات والظروف المفرحة. والتشخيصية *Personnalisation* هي مبالغة الفرد في تقدير العلاقة بين الأحداث الفاشلة وشخصه. ويقوم الفرد بالربط الآلي

والإحساس بالمسؤولية عن كل فشل يحدث له.

3-4 نموذج البنائية Constructivisme:

و يسمى هذا النموذج كذلك «العلاج المعرفي البنائي». وجه في الثمانينات Liauti وGuidano نقدا لنموذج إليس وبيك و اعتبروا أن للتعلق المبكر Attachment précoce دورا كبيرا في تكوين الشخصية وظهور الاضطرابات وربط البنائية الاكتئابية بالتعلق المتجنب مثل والدين بعيدين انفعاليا.

4-4 النماذج التجريبية:

اهتمت البحوث كثيرا في علم النفس التجريبي بالعلاقة بين المعارف والانفعالات وظهرت نظريتين تفسر هذه العلاقة: نظرية Zajonc 1980 التي تفصل بين الانفعالات و المعارف ولا يعترف بالعلاقة بين الأفكار و الانفعالات.

نظرية Lazarus: عكس Zajonc، يعتقد Lazarus بأن العلاقة بين الأفكار والانفعالات هي علاقة وطيدة ويتفق المعالجون المعرفيون تماما مع هذه الفكرة وهم يعدلون الانفعالات بأسلوب تعديل المعارف ويرجح المعرفيون كفة المعارف على الانفعالات ويعتبرون المعارف وسيط بين الانفعال والسلوك.

1-4-4 العلاقة بين الذاكرة و الانفعالات:

تمثل العلاقة بين المعاش الانفعالي ومحتوى الذاكرة طويلة المدى مصادر هامة خاصة بالمكتتب. وفي هذا المنوال، يلاحظ أن المكتتب يتذكر إلا الأحداث السلبية. وتفتح المعطيات الحالية طريقا واسعا لأبحاث مستقبلية في هذا الإطار.

2-4-4 دراسات في الإدراك و الذاكرة:

تبين هذه الدراسة أن العقل يقوم بعمليات معرفية تؤثر على تحليل المعطيات الحسية

وتنظم ترميز المعلومات في الذاكرة طويلة المدى وتوجيه الاستجابة السلوكية. ويمكن للترميز أن يحرف البحث عن المعطيات المخزنة في الذاكرة. ويعتبر بعض الباحثين أن المخططات المعرفية تقوم بتوجيه هذه العمليات المعرفية.

3-4-4 الذاكرة طويلة المدى و دور المخططات المعرفية:

تتعارض نظريتين فيما يخص الاضطرابات الانفعالية. تقترح إحداها أن تمثّل

المعلومات في الذاكرة واضح وثابت وما يحدث من خلل في المعلومات عند المكتئب يرجع بالأساس إلى خلل في الترميز (المعنى الذي يأخذه الحدث عند الفرد).

وتعتبر النظرية الثانية المعلومات المخزنة في الذاكرة طويلة المدى محددة من طرف المخططات المعرفية التي تصنف وتعديل التجارب وتعطيها تمثلا يؤكد معطيات لمكتئب. وتؤكد دراسات تجريبية النظرية الثانية، وقد لخص (2002) A. Chanouf، ص 90) الخصائص الأساسية للذاكرة كما يلي:

- تحتفظ الذاكرة بالمعلومات المصنفة وتوجه المخططات عملية التصنيف.
- تخزن المعلومات وفق المدلولات والمعاني التي تأخذها.
- تدمج الذاكرة وتربط كل معلومة جديدة بالعناصر السابقة وتقوم المخططات بتوحيدها.
- تؤول الذاكرة المعلومات وتعوض المعطيات الناقصة حسب المخطط.

إن تخزين المعلومات في الذاكرة طويلة المدى يؤثر على عملية التصنيف والإدماج والتجريد و نتيجة لهذا تنقص المعلومات التي من المفروض أن تخزن في الذاكرة.

1-3-4-4 نموذج G.H Bower 1981:

يمثل G.H Bower الذاكرة طويلة المدى بشبكة مرتبطة بمجموعة من العقد (noeuds) متصلة بوسائط إما ضعيفة أو قوية. ويفترض هذا الباحث أن مجموع العقد القوية تمثل مخططا معرفيا. ويوجد عقد أخرى تحتفظ بالمعلومات الخاصة بحياة الشخص. وحتى تنشط هذه العقد وينتج عن ذلك اضطراب انفعالي مثل الاكتئاب والحزن والقلق. ويقوم المعالج بتنشيط هذه العقد التي حدث فيها كف.

2-3-4-4 نموذج J.D Teasdal:

يفترض J.D Teasdal أن المخططات المعرفية تبنى ابتداء من المرحلة الحسية-حركية. خلال التطور المعرفي تنخفض مشاركة المكونات الحسية لحساب المكونات الدلالية التي تسمح بتنوع الحوادث المحركة للانفعالات. وتتكون المخططات عن طريق الميكانيزمات البيولوجية وعن طريق الانفعالات المخزنة والناجمة من التجارب الحزينة المتكررة التي عاشها الفرد. ويعتبر J.D Teasdal أن المخطط الاكتئابي يحتوي على الأبعاد التالية: النفور والشعور بعدم القدرة على التحكم وعلى الإصرار كذلك مثل مخطط « لن أحب أبدا...» ويحتوي هذا المخطط على بعد النفور نتيجة

التجارب المتكررة لنقص الحنان. ويحتوي المخطط كذلك على بعد عدم القدرة على التحكم متعلق باستحالة الهروب من هذه التجارب و تحتوي على بعد الإصرار وهو استمرار معايشة هذه التجارب.

3-3-4-4 نموذج Z.V Segal:

اقترح Z.V Segal وآخرون (2001، ص 30) تعريفاً جديداً للمخطط « هي بنيات معرفية وانفعالية تتكون على مدى الحياة وهي بنيات تؤثر على مستوى الوعي-حركي وتوجه الإدراك والسلوك. ويقترَب هذا النموذج كثيراً لأفكار بياجي الذي وضح أن الطفل يطور بنيات ذاكرية مرتبطة ببعض الاستجابات الحركية».

يتبين من خلال هذا الباب تعقيد أعراض الاكتئاب وتنوع أشكاله وتطوره ويظهر أن خطر الانتحار ومعاودة المرض كبير جداً مما يشكل عبئاً على المريض وعلى المجتمع.

ويظهر أن الأدوية ليست كافية للتكفل بهذا النوع من الاضطراب ومن خلال نتائج الدراسات تبين أن العلاجات النفسية وخصوصاً المعرفية منها، تعطي نتائج جد هامة.

وتعد النماذج المفسرة لحدوث الاكتئاب وخصوصاً منها المعرفية ثراءً للعلاج المعرفي لتفهم أكبر للمريض وإعطائه أكبر الفرص للشفاء.

الباب الثاني: العلاجات النفسية والعلاج المعرفي

يتطرق الباب الثاني للعلاجات النفسية بصفة عامة في فصله الثالث ويركز على القواعد النظرية التي استنبط منها العلاج المعرفي ونظريات التعلم بأنواعها إلى جانب القواعد التي ساهمت في تطور العلاج المعرفي ثم لينتقل الجزء الهام من البحث وهو العلاج المعرفي المحض والبرنامج الذي أعده بيك تم شرحه بإسهاب.

الفصل الثالث: العلاجات النفسية.

الفصل الرابع: العلاج المعرفي لبيك.

الفصل الثالث

العلاجات النفسية

تمهيد:

لاحظنا منذ حقبتين، تطورا هائلا للعلاجات النفسية. وتنوع هذه التقنيات ، يرجع بالأساس إلى تنوع المراجع النظرية التي تعود إليها هذه العلاجات. وقد قام H.Kind بإحصائها في 1982 حيث وصل عددها إلى 400 علاج، ولنا أن نتخيل عددها الآن.

1- تعريف العلاجات النفسية:

قدمت تعارف عديدة ومختلفة لمصطلح العلاج النفسي. ولكننا سنتوقف عند تعريف (1978 J.Guyotat، ص32)، حتى ولو ظهر غير كاملا إلا أنه بسيط وواضح «نجمع تحت مصطلح العلاج النفسي مجموعة الطرق النفسية التي تستعمل لهدف علاجي».

إن إعطاء الأهمية والأولوية للوسائل النفسية، أمر ضروري لأن الحصول على فعالية مماثلة عن طريق استعمال طرق مختلفة أخرى مثل العلاج الصيدلي أو الدوائي ممكنة. مثلا نستطيع علاج القلق بواسطة الدواء كما نستطيع علاجه بالعلاج النفسي. إن العلاج النفسي هو علاج فعال باستعمال الطرق النفسية أو هو حسب J.Postel (1993)، ص 385 كل استعمال للطرق النفسية لعلاج مرض عقلي أو عدم تكييف واضطراب سيكوسوماتي.

ويذكرنا (1993 N. Senllinkoff، ص385) بشروط العلاج النفسي وهي شخص محدد وتقنية معروفة ومكان وعقد. أما Stotzka يعتبر العلاج النفسي بالعملية التفاعلية والواعية والمبرمجة، تهدف إلى التأثير على اضطرابات السلوك وحالات الأم التي تستدعي وتستوجب تدخل بطرق نفسية، سواء لفظية أو غير لفظية. ويمكن تعلمها. أما W.Huber فيعتبر كل طريقة تدخل نفسية بالعلاج النفسي، إذا توفرت فيها الشروط التالية:

- تعتمد على نظرية علمية معترف بها للشخصية واضطراباتهما.
- تستعمل العلاجات النفسية في الآلام النفسية أو الأمراض النفسية والعقلية التي تستوجب تدخل علاجي.
- يمكن تقييم نتائج العلاج النفسي سواء كانت سلبية أو إيجابية.
- تمارس العلاجات النفسية من طرف متدخلين متكونين وأكفاء.

إذن بعدما استوضحت الرؤية حول تعريف العلاج النفسي ومن يمارسه وما هي الاضطرابات التي يتدخل فيها، من الضروري توضيح بعض المصطلحات ويتعلق الأمر بمصطلحي العلاج النفسي والعلاج. في الحقيقة وفي اللغة الشفوية المتداولة، كثيرا ما نستعمل مصطلح علاج وهو اختصار لمصطلح علاج نفسي. وأصله أنجلوساكسوني. ومصطلح علاج نقصد به العلاجات السلوكية ثم المعرفية التي تعتبر جزءا وتشترك مع العلاجات السلوكية.

وهذا خلافا للعلاجات النفسية التي تستنبط تدخلاتها من مدرسة التحليل النفسي. ويجدر التذكير هنا أن التمييز بين المصطلحين ليس بريئا، وإنما وضع في إطار الصراع الإيديولوجي بين مناصري المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي.

يستمد العلاج النفسي مفهومه من التحليل النفسي ويعني أن العملية العلاجية تعود دائما إلى الاستبطان والتبصر للتعرف على الوظيفة النفسية. فتستخدم آليات التقمص الشعورية أو لاشعورية. فالهدف من التحليل النفسي هو تقمص النشاط التحليلي. أما الأنواع الأخرى من العلاجات النفسية تستهدف تغيرات في آليات التقمص وتستعمل الإيحاء حيث تستعمل وظائف التحليل وتركيب الأنا. وتستهدف أولا تعديلات عميقة في الشخصية والتي ينجم عنها حتما أثر على السلوك والأعراض. أما علاج فهو يميل إلى التقنيات السلوكية والمعرفية أكثر بحيث يتضمن بعدا تربويا أو بيداغوجيا. لأن البيداغوجيا تسعى إلى تحويل أو تغيير السلوك الخارجي الملاحظ. ويتعلق الأمر بسلوك يقع خارج النشاط النفسي وعامة ما يكون موجها ومنظما ويلجأ أكثر إلى المحاكاة أكثر من التقمص. وهي تسعى أيضا إلى إثارة لدى المريض ملاحظة ذاتية ونقد ذاتي قائم على تحقيق أعمالا تطبق في الحياة اليومية.

إن التعارض بين علاج نفسي وعلاج أو بين تغيير سطحي أو عميق ما هو إلا مفتعلا. ما يمكن أن يقوم به المعالج هو جعل العميل في حالة ملائمة حتى يبدأ في إعادة تنظيم نفسه. وما لا يستطيع القيام به هو ضبط وتحديد متى وكيف وبأي آثار يحدث التغيير.

وتقوم حاليا الجمعية الأوربية للعلاج النفسي بتعريف محكات أكثر صرامة لكي تسمى طريقة ما بعلاج نفسي، وفرض منهجا تكوينيا طويلا وجد كاملا للتمكن من ممارسة بكل شرعية مهنة معالج نفسي. وأن يدعم طريقته بمنشورات علمية كافية

ومعترف بها دوليا. ويتضمن التكوين، على الأقل 250 حصة للعلاج الشخصي و 300 حصة من الممارسة العيادية تحت الإشراف والتقييم و250 حصة تخص الجانب النظري.

تبدو هذه الشروط صعبة للغاية سواء للممارس في الدول الغربية وأكثر صعوبة للممارس الجزائري لانعدام إمكانية التكوين وشروط أخرى. إن هذه الشروط ما هي إلا حماية ضد نزوة المعالج وليست قيدا خانقا ومثبطا ونافيا للمظهر الإبتكاري الملازم لوظيفة المعالج النفسي.

وقد تختلف وتتعدد المدارس التي ينتمي إليها المعالج النفسي ولكنها تصب في هدف واحد هو راحة العميل. وما يهمننا في هذا البحث هو العلاج السلوكي المعرفي وهو منهج جد موجه ومنظم ويستعمل تقنيات ملاحظة الذات الملهممة من النموذج العلمي ويسعى إلى إثارة لدى العميل ملاحظة ذاتية ونقد ذاتي قائم على تحقيق أعمالا تطبق في المنزل ومصممة حسب تجربة العميل الشخصية التي قام بها في حضور معالجه. فيتعلق الأمر إذن ببيداغوجيا نشيطة، تفاعلية وجزلية من خلال إسهام جوهري للمعلومات المقدمة من قبل المعالج. ويستهدف هذا الفعل أولا تعديلات في السلوك والأعراض، ولكن من غير المستبعد أن يحدث أيضا وبطريقة غير مباشرة تبديلات وتغيرات نوعا ما للشخصية.

2- العلاج السلوكي المعرفي:

يمكن القول طبعا، حسب المراجع الفرنسية أن Pierre Janet كان من الأوائل الذين ساهموا ووصفوا التفكير اللاشعوري والآلي ودور الذكريات الأليمة وأهميتها في إعادة معايشة بعض الأحداث. وقد استعمل بيار جاني التقنيات السلوكية المعرفية التي تستعمل حتى يومنا هذا ولكن غير معترف بانتمائها إليه. فقد سبق لهذا الأخير وصف التعرض إلى الموافق المقلقة في حالات الرهاب والوسواس وإعادة البناء المعرفي لتحرير المرضى من أفكارهم الثابتة، وهي كلها تقنيات تستعمل في العلاج السلوكي المعرفي.

أما تطور هذه العلاجات، يرجع إلى الدول الأنجلوساكسونية وشمال أوروبا في بداية الستينات إثر أعمال وأبحاث Skinner 1968 و Wolp 1975 و Bandura و 1977 و 1984 (J. Fontaine، Beck 1979، ص09). وتستعمل هذه العلاجات:

- إما كطريقة علاجية وحيدة.
- إما بالاشتراك مع الأدوية ومرافقة لها.
- إما كطريقة مساهمة في مشروع علاجي كلي.

1-2 القواعد النظرية:

تمثل العلاجات السلوكية والمعرفية تطبيقاً لقواعد علم النفس التجريبي وتطبيقه في المجال الإكلينيكي. وقد تأسست خصوصاً حسب نظريات التعلم (الاشتراط الكلاسيكي و الاشتراط الفاعل ونظرية التعلم الاجتماعي). ثم استمدت وطورت أفكارها وتقنياتها من النظريات المعرفية للوظيفة النفسية خصوصاً مع نموذج تحليل المعلومة. و بهذا تشمل العلاجات المعرفية على عدد معين من المبادئ المستمدة من نظريات التعلم والنظريات المعرفية.

1-1-2 نظريات التعلم:

2-1-2 نظريات التعلم المستمدة من الاشتراط الكلاسيكي:

وهي تعتمد على مبدأ أن كل السلوكات خصوصاً سلوكات التجنب، تنتج من اشتراط مشترك مع مثير. أما الاشتراط العكسي فهو يعني وضع سلوكات متناقضة مع الاستجابات الغير المتكيفة. وأشهره الكف المتبادل في القلق مع الاسترخاء في حالات الرهاب أو الصعوبات الجنسية التي تسمح بالتعرض للظروف المقلقة التي كانت تتجنب.

إن التعرض للظروف المقلقة يتم عادة تدريجياً ويسبقه دائماً مراحل للتعرض المطول والمتكرر عن طريق التخيل. والهدف منها هو التعود على الاستجابات الفزيولوجية الغير مكيفة وحذف الاستجابات المتجنبة، خصوصاً عند المصابين بالوساوس حيث يكون التجنب غير ظاهراً ويتم عن طريق طقوس حركية وذهنية.

أما التعود فمعناه تعلم ما لا يجب فعله. وهي عملية عامة تلاحظ في جميع الأجسام. يستعمل هذا الشكل الأولي للتعلم بسهولة كنموذج تجريبي ومبدأ علاجي. وتظهر سهولة وفعالية التعود لأنه باستطاعة الفرد مواجهة الظروف المقلقة بمستوى ضعيف التنشيط الانفعالي. ويمكن قياسه بالسلام النفسية. وتلعب تقنيات التعرض الخيالي والاسترخاء دوراً كبيراً لمواجهة الظروف المقلقة. ومن هذا لا يجب الخلط بين التعود الفسيولوجي (ضربات القلب والتنفس..) مع حذف الاستجابات الحركية

(الطقوس و سلوكات التجنب) التي هي نتيجة للتعود، يظهر عامة نظام ثلاثي ويتكون من نظام سلوكي ونظام فزيولوجي ونظام معرفي. يهدف التعود عن طريق التعرض المستمر والمتكرر للمثيرات، إلى انخفاض قوة الاستجابات غير إشرافية التي يمكن أن تراقب بمستوى ضعيف نسبيا من طرف الجهاز العصبي المركزي. في حين تقديم مثيرات بصفة وجيزة في الوسواس القهري والرهاب يرفع من حدة الاستجابات الحركية المعرفية والنباتية المستقبلية وهي استجابة و ظاهرة تذهب عكس التعود تسمى التحسيس.

2-1-3 النظريات المستمدة من الاشتراط الفاعل:

وصف هذا النوع من الاشتراط من طرف سكينر في 1930 وهو امتداد لنظرية داروين حول الانتقاء الطبيعي. يؤثر الجسم على المحيط ونتائج تأثيره تؤدي إلى تعديل سلوكه فيكرر أو يحذف بعض الاستجابات. إذن يمكن القول أن السلوكات تعزز حسب النتائج المترتبة عنها. إن التعبير الصحيح للتفاعل بين الجسم والمحيط، يفترض ثلاث مستويات للتحليل الوظيفي:

- الظروف التي تحدث فيها الاستجابة بمعنى المثيرات التي تشير للفرد ضرورة التصرف.

- الاستجابة في حد ذاتها.

- النتائج المعززة.

إن التفاعل بين العناصر الثلاثة هو احتمال للتعزيز. إن التحقق من معرفة آلية التمسك بنتيجة سلوكية، هو مفتاح نموذج سكينر. كل فعل ذو نتائج إيجابية يميل للتكرار. وبالعكس، أمام النتائج السلبية تميل السلوكات إلى التجنب والهروب من المواقف التي تثير ضجرا وضيقا. ويسمى التعزيز السالب. أما غياب النتائج السلبية والإيجابية لكل فعل، يؤدي تدريجيا إلى غياب هذا السلوك بفعل غياب كل تعزيز وتسمى هذه التقنية الإطفاء extinction. في الغالب، يستعمل الباحثون مبدأين عمليين وهما:

- مواجهة الصعوبات بالتدرج مثلا ترتيب الصعوبة من 0 إلى 100 حسب مستوى القلق.

- التعزيز الإيجابي لكل نجاح في أي مرحلة من المراحل.

4-1-2 المبادئ المستمدة من التعلم الاجتماعي:

- بين باندورة أهمية التعلم عن طريق تقليد النموذج. وهو يمر بأربعة مراحل لإحداث سلوك يطابق النموذج وهي:
 - الانتباه الذي يسمح بالملاحظة الجيدة.
 - الاحتفاظ في الذاكرة.
 - إحداث السلوك.

تدخل الدافعية الداخلية والخارجية في كل مرحلة من المراحل لعملية التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد. كما اقترح باندورة تعميم هذا المبدأ على الصعوبات الإكلينيكية. وتسمى تقنيات النمذجة **Modeling** وتستعمل خصوصا في لعب الأدوار لتطوير الكفاءة الاجتماعية. فيقوم الفرد بلعب دور لتفاعل اجتماعي معين ثم يلاحظ النماذج الكفأة وهي تلعب الدور. ثم يستوحي الفرد من النموذج دورا يلعبه. يقوم النموذج مباشرة أو عن طريق برنامج تعلم مسجل ويقدم بعد دراسة دقيقة ومحاولة تكييف هذا النموذج مع الصعوبات الخاصة بالفرد. اقترح باندورة كذلك أن يأخذ بعين الاعتبار الحتمية المتبادلة بين المحيط والسلوك الملاحظ ومعارف الفرد. ويضيف أن الملاحظة وتقليد النماذج الحقيقية أو المسجلة، تحدث تعلمنا أسرع وأقل تكلفة من التعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي أو الفاعل. وتعتبر نظرية التعلم الاجتماعي بمثابة نظرية المعرفة الواعية حيث يلعب مصطلح الانتظارات والتوقع دورا كبيرا. إن التعديل في الأحداث المعرفية مثل المشاعر والأفكار والصور والأحاسيس، يؤدي إلى تعديل في السلوك الخارجي. وكذلك الأمر بالنسبة لتغيير السلوك الخارجي الذي يسمح بإدخال مشاعر وأحاسيس وأفكار وصور جديدة تم نسيانها إثر عواقب النتائج السلبية.

انطلاقا مما سبق قام باندورة بتطوير نظريته العامة لعملية التغيير في العلاج النفسي وذلك بمنح الوظيفة المعرفية حيزا ومجالا خاصا. وعبر عنه بمصطلح الكفاءة الذاتية المدركة. يلعب إدراك الذات دورا كبيرا وهاما في عملية التغيير وذلك حسب إدراك الفرد حول قدرته أو عدم قدرته على إصدار سلوك معين ويسمى في هذه الحالة (انتظار الفعالية) وإدراك هذا السلوك أنه سيؤدي أو لا يؤدي إلي نتيجة معينة ويسمى في هذه الحالة (انتظار النتيجة). ويعرف أن العلاجات النفسية، كلها تعتمد على الرفع من توقع الفعالية الذاتية والمدركة من طرف الفرد. وما يعرف بتناقض باندورة **Paradoxe de Bandura** أن أي تغيير هو في النهاية تغيير معرفي

وأن أقوى الطرق وأنجعها لعملية التغيير المعرفي هو تعديل السلوك. بمعنى آخر، من أجل تعديل الإدراك المتشائم للعالم، يجب استعمال التقنيات التي تساعد الفرد على إيجاد العلاقات بين السلوك والتعزيز الإيجابي. ويقترح باندورة إعادة النظر في مختلف التقنيات المستعملة في العلاجات النفسية بالاستناد على مصطلح توقع الفعالية والنتائج. إن نموذج باندورة يعتمد على المعرفة الواعية ولكنه لا يشرح لا كيف ولا لماذا اكتسبت عدم الفعالية الذاتية المدركة وتداعيات التوقعات السلبية.

2-1-5 عدم القدرة المتعلمة والكف:

نجد هذا المصطلح في النموذج التجريبي عند سولجمان وقد تم شرح تجربته بإسهاب في الفصل الخاص بالملامح المعرفية في مرض الاكتئاب. ويسمى نموذج باندورة القدرة أو التشاؤم المتعلم. ويتعلق الأمر بدور الظروف الصادمة والغير المتوقعة والغير المتحكم فيها. بحيث يتعلم أن فعل الشيء أو عدم فعله، يؤدي إلى نفس النتائج ويترجم هذا في نفس الوقت على السلوكات، فيظهر الكف. ويظهر التشاؤم على المعارف. وينخفض النورادالينانين في المجاري الجبهية، على مستوى الجسم.

يبدو أن عوامل مختلفة، يمكن أن تؤدي إلى نفس النتيجة منها الاستعداد الجيني وشدة المعاش الحالي والنقص في العلاقات الاجتماعية والمساعدة والعوامل المعرفية. وكل هذه العوامل، قد تفسر الإدراك الذاتي السلبي. ورغم هذه الاجتهادات لم يتوصل لحد الآن معرفة وفهم ميكانيزمات الذاكرة وعلاقتها مع الانفعالات والتفكير الواعي والسلوك.

2-2 القواعد المستمدة من علم النفس المعرفي:

في نهاية السبعينات، عرفت العلاجات المعرفية، تطبيقات عملية هامة في علاج الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية. وتعتمد هذه العلاجات على نموذج يسمى تحليل المعلومة (D. Nolle، 2002) *le traitement de l'information*، ص 41 وتعني أن الجسم يحلل المعلومة حسب المخططات الاكتئابية المكتسبة بمساعدة العمليات المعرفية التي تشكل المعلومات في أحداث معرفية (الحوار الداخلي) وصور ذهنية التي تشارك وتستثير السلوكات.

تعمل هذه المخططات والبنىات المعرفية بطريقة بديهية وآلية وهي مخزنة في الذاكرة الطويلة المدى وتعمل خارج إرادة ووعي المريض. وتكتسب خلال التجارب المبكرة وذلك في تفاعل بين البنىات العصبية وتأثيرات المحيط وتنشط عن طريق

الانفعالات (C.S Mirabel Serron، 1993، ص 14).

1-2-2 استعمالات العلاجات السلوكية المعرفية:

ينصح استعمال هذه العلاجات خصوصا في اضطرابات القلق و الاكتئاب وإعادة تأهيل المرضى الذهانيين والصعوبات الجنسية والشرة في الأكل وبعض الاضطرابات الصحية. ويستحسن استعمالها في :

- الرهاب الاجتماعي والرهاب من الأماكن الواسعة ونوبات الهلع.
- الوسواس القهري دون اكتئاب والقلق العام.
- الفطام من الأدوية النفسية.
- ومن المهم استعمال هذه العلاجات فيما يلي:
- اكتئاب غير سوداوي مقاوم لمضادات الاكتئاب.
- المشاكل الجنسية والعلاقات بين الأزواج.
- الشرة.
- الوقاية من الانتكاسة في الأمراض والألم المزمن ذو المصدر العضوي أو النفسي والتأهيل الاجتماعي للفصامين.
- حالات الإجهاد التالي للصدمة.
- ولازالت البحوث جارية حول فعالية العلاجات السلوكية المعرفية، في المجالات التالية

- اضطرابات الشخصية.
- الطب السلوكي.
- المشاكل النفسية عند الأطفال والمراهقين.
- الإدمان على المخدرات و التبعية للكحول و السجائر و اللعب المرضي.
- وتمنع استعمال هذه العلاجات في الفصام في مراحله الحادة و البرانويا وذهان الهوس والاكتئاب.

تساهم العلاجات السلوكية المعرفية في ميادين مختلفة من علم النفس المرضي وبفعل تنوعها ونتيجة لإمكانية القيام بتقييمها عن طريق البحوث العلمية، تطورت بسرعة هائلة. وتشيد الدراسات العالمية بضرورة إدراجها في التدخلات العلاجية وضرورة تكوين أخصائيين وممارسين لها وهذا ما ظهر في تقرير المنظمة العالمية للصحة (F. Sartorius وآخرون 1993).

الفصل الرابع

العلاج المعرفي لبيك

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل عرض الطريقة العلاجية لبيك وتعتمد على تعديل المعتقدات التي يعتبرها بؤرة الاكتئاب. وقد أقيمت عدة بحوث لدراسة فعالية العلاج المعرفي لبيك وتم مقارنته مع بعض الأدوية فتوصلوا إلى أن كلا العلاجين يخفضان من الأعراض الاكتئابية. فيتحسن 78% من المرضى بكلا العلاجين. في حين لا يتحسن إلا 22% من المرضى الذين يستعملون الأدوية فقط. ونسبة المرضى الذين يتخلون عن العلاج المعرفي هي 5% أما نسبة التخلي عن العلاج بالأدوية يرتفع إلى 36% ونسبة الانتكاسة تصل إلى 16% في العلاج المعرفي و 68% في العلاج بالأدوية وهي بحوث قام بها كل من Murphy وآخرون في 1984 و Simon وآخرون في 1986. ووجد أن المفعول الوقائي كان أكبر بكثير من العلاج الآخر (W. Huber، 1993، ص 223). ويختصر بيك بحوثه كما يلي (يتحسن المرضى في الحالات الاكتئابية الحادة بسرعة باستعمال العلاج المعرفي ولهذا العلاج مفعول وقائي أكبر بكثير مقارنة مع المقاربات الأخرى)

1- الخصائص العامة للعلاج المعرفي:

إنه علاج نفسي منظم يهدف إلى التقليل من أعراض الاكتئاب ومساعدة المريض على تعلم طرق أكثر فعالية لمواجهة الصعوبات المنجزة عن مشاكل الاكتئاب (I.M Blackburn و J. Cottraux، 1997، ص -91 57).

يركز هذا العلاج على الصعوبات النفسية والموقفية الداخلية والخارجية التي تساهم في الضيق الذي يشعر به المريض. ينطلق هذا العلاج من فكرة أن المشاكل النفسية هي مرتبطة بأخطاء في التفكير وبالتالي فهو يعلم المريض تطبيق المنطق بطريقة عملية. ويقترح المعالج أدوات ضرورية لمواجهة الصعوبات بأكثر فعالية.

- هو علاج قصير المدى، يتراوح عدد الحصص من 15 إلى 20 حصة، في مدة ثلاث أو أربع أشهر.

- تدوم كل حصة ساعة واحدة وهي منظمة لتسهيل استعمال الزمن بفعالية.

- يتم العمل بإشراك المريض في العلاج والعمل معا لتحديد وحل المشاكل.

- يلعب المعالج دورا فعالا وموجها خلال كل مراحل العلاج فهو في بعض الأحيان موجها ولكن دوره الأساسي هو تسهيل تحديد الصعوبات عن طريق أسئلة استقرائية.

- تعتبر التقنيات المستعملة تجريبية بمعنى أنها تجمع مجموعة من المعلومات (المشاكل والأفكار و السلوكات غير الفعالة) ثم وضع فرضيات من طرف المعالج والمريض معا واختيار مجموعة من الطرق لتعديل والوصول إلى النتائج.
- يركز العلاج على -الآن وهنا- و يعني أنه يعمل على الصعوبات الحالية. وقد يأخذ بعين الاعتبار الماضي ولكن من أجل تفهم أحسن لتطور السلوك فقط.
- لا يستعمل المعالج مصطلحات خاصة بالتحليل النفسي لتفسير سلوك المريض. يعوض، مثلا مصطلح نكوص أو تثبيت بسلوكات غير فعالة مرتبطة بتعلم وإدراك وتفسير خاطئ ويهدف العلاج المعرفي إلى معاودة التعلم من جديد.
- يعتمد العلاج على طرح أسئلة سقراطية، تسمح بتغيير الأفكار و الإدراك.
- يوجد بالطبع تشابه كبير بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي. قد يختلفان في الجانب النظري عن طريق منح الأهمية للمعارف وطرق تغييرها. ويستعمل العلاج المعرفي التقنيات المعرفية والتقنيات السلوكية بهدف تغيير المعارف.

2- أهداف العلاج المعرفي:

- تتلخص الأهداف العلاجية في النقاط التالية:
- على المريض أن يعي أفكاره السلبية.
- عليه أن يتعرف على العلاقة بين أفكاره وانفعالاته و سلوكه.
- عليه أن يتعلم مساءلة أفكاره البديهية وفحص صدقها.
- عليه أن يجد بدائل لتفسيرات أكثر واقعية لأفكاره الغير فعالة.
- يستعمل المعالج دائما تمارينات منزلية لها علاقة بالصعوبات اليومية

3- بنية العلاج المعرفي:

- يجب الاعتماد على برنامج خاص لكل حصة حسب التسلسل التالي:
- تحضير أجندة.
- مراجعة التمارينات المنزلية
- اختبار صعوبة، لتكون هدفا للعلاج.
- حل الصعوبة المستهدفة.
- تحديد النتائج الواقعية المنجزة عن الصعوبة المستهدفة.
- تحديد تمارينات منزلية جديدة.

- تغذية رجعية متبادلة.

1-3 المقابلة الأولى:

بعد الحصر التشخيصية لتحديد الأعراض التي يعاني منها المريض، على المعالج أن يقيم درجة الاكتئاب ثم يتحقق من موافقة المريض على طريقة العلاج.

1-1-3 أهداف الحصة الأولى:

- التعرف بصفة عامة على الصعوبات التي يعاني منها المريض.
- إرساء علاقة مع المريض وذلك بالإصغاء الفعال والدقيق. وتقديم في نفس الوقت خلاصة للصعوبات والتحلي بالصدق والتعاطف الوجداني والتفهم.
- شرح القواعد النظرية للنموذج المعرفي لاستثارة اهتمام العميل.
- تشجيع المريض على العمل على حل مشاكله وذلك باختيار مشكل بسيط يتم حله خلال الحصة بمساعدة المعالج. على أن يكون المعالج متأكدا مسبقا من نجاحه.

2-1-3 برنامج المقابلة الأولى:

لوصول للأهداف المرجوة، على المعالج أن ينظم الحصة الأولى التي تدوم ساعة واحدة بإتباع النظام التالي:

ينظم المعالج أجندة مفسرة لبداية كل حصة بمساعدة المريض. فيقترح عليه مثلا ذكر مجموع الصعوبات التي يعاني منها، ثم يفسر له نموذج العلاج المعرفي.

3-1-3 الاستكشاف:

بعد التحقق من الأعراض التي يعاني منها المريض، يقوم المعالج بإلقاء الضوء على أهم الملامح الفعالة التي تأثرت بالمرض، كالسلوك والدافعية والانفعالات والمعارف. ومن الضروري جدا أن يتأكد المعالج من أي نية غير ظاهرة لدى المريض حول الانتحار. وممكن أن يسأله فيما إذا حاول الانتحار وهل يخطط للقيام بذلك. لأننا نعلم أن المكتئب قد يحرص عن التكلم عن هذه الأفكار. إذا وجدت الأفكار الانتحارية فمن الطبيعي أن يكون الهدف العلاجي هو هذه الأفكار. يستكشف المعالج كذلك ملامح الحياة اليومية المتأثرة كالجانب الاجتماعي والمهني والعائلي والمالي الخ. في هذه المرحلة، عليه أن يسجل أمثلة تمثل الثلاثية المعرفية ومدة والظروف التي تعجل من الحالة الاكتئابية.

وبما أنها الحصة الأولى والوقت محدود، يجب تجنب الدخول في التفاصيل. وقد يترتب عن هذا أن يقاطع المعالج المريض في بعض الأحيان و لكن بلطف شديد كأن يقول له مثلا (أتفهم الصعوبات التي تشير إليها و لكن سنتكلم عنها لاحقا. أريد أن أعرف الآن صعوبات أخرى تتعرض لها في جوانب أخرى من حياتك.

4-1-3 تخفيض الصعوبات:

يعتبر المكتئب أن كل مشاكله تنحصر في مشكل كبير من العويص إيجاد له مخرجا. يفحص المعالج كلام المريض ويلتقط منه مجموع الصعوبات و يصوغها فيما بعد لتكون أهدافا علاجية. وفي هذه الحصة، يظهر المعالج إصغاء فعالا للمريض وذلك بإعادة صياغة ما يقوله المريض وليبين له أنه فهمه.

5-1-3 تفسير العلاج المعرفي:

حتى يعطي للعلاج القدر الكافي والكبير من التقدم، يجب أن يفهم المريض النموذج المعرفي حتى يستطيع أن يشترك مع المعالج في نفس المنظور. إذن يقوم المعالج بتفسير هذا النموذج بطريقة إرشادية والاستعانة بأمثلة مأخوذة من حوار المريض.

يفهم المريض أن الأفكار هي تفسير للحقيقة ولكن ليست الحقيقة نفسها. بمعنى، قد يشعر المريض أنه غير قادرا أو أحدا يكرهه، لكن هذا لا يعني أنه حقيقة غير قادر ومكروه. يفسر كل ظرف بطرق مختلفة قد تكون صحيحة أو خاطئة بدرجات متفاوتة. ولكن يجب التأكد من ذلك كل مرة. و هذا يعني أن هذه التغيرات تستلزم حتما انفعالات وسلوكات ملائمة. مثلا يتخيل المريض نفسه وحيدا في البيت، فيسمع صوتا في الغرفة المجاورة فيتوقع أن لصا قد دخل فيها فيرتبك بشدة (انفعال) ويعلم الشرطة (سلوك). ولكن إذا توقع هذا الصوت مجرد سقوط شيء ما، سيضمن (انفعال) ويواصل نومه (سلوك).

يبين المعالج، كذلك للمريض أن العلاج المعرفي ليس هدفه تحسين الأعراض فحسب وإنما الوقاية من الانتكاسة في المستقبل وأن هذا العلاج فعالا وأظهر نتائج ناجحة مع مرضى آخرين. ثم يقيّم المعالج اتجاه المريض نحو العلاج المقترح. وهذا مهم جدا، إذا تعرض لعلاجات أخرى وم تعط نتائج إيجابية أو للمريض قلق زائد نحو العلاج النفسي أو العكس له انتظارات كبيرة في العلاج. يجب التأكد على الأقل أن المريض

راض لمحاولة العلاج. يشرح المعالج بنية العلاج وعدد الحصص تقريبا وهدف الأعمال المنزلية.

6-1-3 اختيار الصعوبة للتدخل الفوري:

عند نهاية الحصة الأولى، يكون المعالج والمريض قد دونا برنامجا للعملية العلاجية، بترتيب الصعوبات والأعراض حسب الأهمية. ومن المهم إنهاء الحصة بتجربة ناجحة. مثلا بالنسبة للمريض الذي يشكو من عدم التركيز، يطلب منه قراءة سطور في جريدة، إذا نجح نبين له أن اعتقاده كان خاطئا. أو مثلا يطلب منه تلخيص ما جاء في هذه الحصة.

7-1-3 الواجبات المنزلية:

يجب أن يفهم المريض ضرورة وأهمية الواجبات المنزلية ويعرف أنه لا يفترض فيها النجاح بقدر ما يهم هو المحاولة. يتعين أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية، حتى يفهم المريض الغرض منه وأهميته. ويتعين صياغة كل تكليف بوضوح وبشكل محدد. وعادة ما تتضمن هذه الواجبات قراءة مقال معين (الملحق) أو جرد للنشاط اليومي خلال كل الأسبوع (الملحق) أو تسجيل وتقييم الأفكار غير سوية (الملحق). قد لا يكمل المريض واجبه أو يقوم به دون اقتناع، هنا على المعالج أن يستثير الأفكار الآلية والمخططات أو المشكلات السلوكية التي يمكن أن تساعد كلا من المعالج والمريض على فهم أين توجد الصعوبة. وهذه بعض المشكلات وطرق مواجهتها:

- قد لا يفهم المريض الواجب المنزلي، هنا على المعالج أن يشرحه بقدر أكثر اكتمالا، ويحدد توقعاته بالتفصيل وقد يستخدم الأساليب السلوكية للبروفات المعرفية.

- يعتقد المريض أنه بطبيعته غير منتظم ولا يستطيع الاحتفاظ بتسجيلات ومتابعة واجبه تفصيلا. وعادة ما يستطيع المعالج دحض مثل هذه المعتقدات العامة، من خلال سؤال المريض عن الظروف التي يقوم فيها بالواجب، كذلك يمكن سؤال المريض عما إذا كان يستطيع إكمال الواجب إذا ما تطلب الأمر وجود حافزا أو مكافأة مادية، وهذا النوع من الأسئلة تساعد المريض على الاعتراف أن التحكم في النفس ليس مشكلة أو أن المريض لا يعتقد بالأحرى أن وجود الحافز أمر كبير الأهمية بما يكفي. وعندما يتوصل المريض إلى أن المشكلة تتعلق باتجاهه فقط، يستطيع المعالج والمريض مواصلة تعداد مزايا إكمال الواجب.

- قد يحتاج المريض المساعدة في تنظيم الوقت، حتى يصبح الواجب نشاطا منتظما وذلك من خلال تحديد فترة زمنية معينة كل يوم لأداء الواجب المنزلي. ويستطيع المعالج، إن كان ضروريا، تقرير نظاما للمكافأة.. أو العقاب للتأكد من إتمام الواجب. مثلا قد يكافأ المريض نفسه لإكمال الواجب بشراء شيء مميز، أو معاينة نفسه لعدم قيامه بالواجب بالامتناع عن مشاهدة برنامج محبوب.

- قد يعتقد المريض أن مشكلته أكثر شدة وعمقا، بحيث تستعصي على الحل من خلال الواجب المنزلي. يستطيع المعالج أن يشرح له أنه حتى الأمور الأكثر تعقيدا، تبدأ حلولها بخطوات صغيرة.

- عندما يبدأ المريض في الامتناع من تكليفه بواجبات منزلية، يستطيع المعالج تشجيعه على اختيار تكليفاته بنفسه ويقدم له عدد من البدائل. وإذا اختار المريض عدم الإذعان، يستطيع المعالج المساعدة على فحص المترتبات الناتجة عن اختيار البديل.

8-1-3 العائد Feed back:

من الضروري، تعرف المعالج على انطباعات المريض حول هذه الجلسة. فالمعروف أن المكتئب يفسر تجاربه بطريقة سلبية فحتمًا موقفه من الحصة سيكون سلبيًا. في نهاية الحصة، يطرح المعالج الأسئلة التالية هل فهمت جيدا ما كنا نتكلم فيه؟ هل أستطيع أن أوضح لك شيئا معنا؟ ما الذي ساعدك أكثر؟ هل قلت لك شيئا أزعجك أو أقلقك؟

تعطي هذه الأسئلة للمريض فرصة التعبير عن نفسه وتقوي رابط الشراكة والتعاون مع المعالج.

في نهاية الجلسة الأولى، يتمكن المعالج من وضع بعض المفاهيم الخاصة بالحالة حسب منظور العلاج المعرفي وهذا يساعده على تحديد بعض الملامح واختيار الطرق العلاجية المناسبة. ومن بين الأسئلة التي يطرحها المعالج على نفسه هي لماذا المريض مكتئب في هذا الوقت؟ كيف يرى نفسه وما هي انطباعاته حول محيطه؟ ماذا يتوقع من المستقبل؟ هل هو في حالة حداد عن شيء أو موقف معين؟ بالاستناد لحواره، ما هي الاتجاهات التي تنبؤ باستعداد للوقوع في الاكتئاب؟ إن دور تحديد المفاهيم حول الحالة هو عبارة عن وضع افتراضات يمكن اختبارها لاحقا.

4- بداية العلاج:

من الضروري في بداية العلاج، التركيز على الأعراض الاكتئابية وذلك بالاستعانة بالتقنيات السلوكية والمعرفية. من بين هذه الأعراض مثلا انعدام النشاط وضعف التركيز وانعدام الدافعية والأرق والتردد بالإضافة للمشاكل العائلية أو المالية، يجب أن تكون هذه الأعراض هدفا للعلاج في البداية لأنها تعتبر عائقا لإيجاد الحلول.

1-4 عدم النشاط:

إن عدم النشاط والخمول والتعب وضعف الاهتمام بالنشاطات اليومية، هي أعراض معروفة في الاكتئاب. يشعر المريض بعدم القدرة على مواصلة نشاطاته اليومية فيدخل في حلقة مفرغة من الانطباعات السلبية حول ذاته فترتفع عدم الدافعية. في هذه الحالة من المستحسن تقديم للمريض بعض التجارب السلوكية التي تعيق استنتاجه حول قدراته، عوض إقناعه بالكلام. أما التجارب السلوكية هي بعض التجارب يستعملها المعالج ليس بهدف تغيير سلوك ما فحسب، وإنما عن طريقها تتغير المعارف و الانفعالات. وعلى المعالج أن يبين للمريض أن استنتاجاته خاطئة و أنه لم يفقد القدرة على العمل ولكن تشاؤمه منعه من استعمال بطريقة بناء طاقته ومصادره الذاتية.

وهذه بعض النقاط للرفع من مستوى النشاط:

- إعداد واجبات منزلية متدرجة.
- التكرار العقلي.
- برنامج النشاطات.
- تسجيل النشاطات المتحكم فيها.
- تخصيص نشاطات مريحة.

1-1-4 تخصيص واجبات منزلية متدرجة:

بالنسبة للمكتئب ذو النشاط الضعيف، يطلب منه المعالج ومشاركته تخصيص نشاط أو نشاطين على قدر كبير من السهولة في بداية العمل العلاجي. و الهدف المرجو وراء هذا هو التأكد مسبقا من نجاح المريض في هذا النشاط. يتعلق الأمر بالنشاطات المنزلية والمعتاد القيام بها مثلا تنظيف غرفة أو جانب من الغرفة أو التسوق. وعلى المعالج أن يتدرج في عدد وتعقد الواجبات المطلوبة من المريض حتى

يصل إلى مستوى النشاطات التي كان يألف مزاولتها قبل المرض.

التكرار العقلي:

من المفضل أن يعمل المعالج مع المريض لاختيار واجب منزلي معين على أن يكون النشاط المختار هو الأكثر استعجالاً بالنسبة للمريض ثم يقوم المعالج بسؤال المريض أن يتخيل مثلاً ما هي الصعوبات التي يتخيلها وقد تعوق تنفيذ واجبه المنزلي. وهكذا فإن البروفات عن طريق التخيل تساعد على:

- الوقاية من الصعوبات التي قد تقع خلال تأدية الواجب المنزلي.
- خفض من مستوى القلق.
- تحديد الأفكار الآلية التي تعرقل النشاط.

2-1-4 برامج النشاطات Plans de travail:

تستعمل هذه البرامج خصوصاً للمرضى ذوي النشاط الضعيف جداً أو المنعدم وغير منتظمين. وعلى المعالج أن يتأكد من فهم المريض لجدوى فائدة القيام ببرمجة النشاطات. والفائدة هي الرفع من النشاطات، يوقف الحلقة المفرغة للاكتئاب وذلك بالرفع من المراقبة الذاتية والتحكم.

- الإغفال عن الأفكار المؤلمة.
- الرفع من تقدير الذات.
- تحسين المزاج وبالتالي الراحة الجسمية.
- تحسين الدافعية حيث يعزز المريض إيجابياً عند نجاحه و فرحة أقاربه.

كذلك يجب الإشارة إلى المريض أن هذه البرامج ما هي إلا دليلاً ومن الأحسن التعامل معه بليونته. إذا تحتم عدم القيام بواجب ما لظروف خارجة عن نطاق المريض، يمكن تأجيله ليوم آخر مع مواصلة النقاط المبرمجة الأخرى. هذه النشاطات لابد أن تكون واضحة ودقيقة وواقعية مثلاً غسل الأواني هو سلوك غير محدد أما غسل الأواني في نصف ساعة يمنح فرصة نجاح أكبر. وعلى المريض أن يدون كل فكرة آلية تمنعه من القيام بنشاط ما. وعلى المعالج أن يسأله دائماً عما كان يفكر فيه أثناء عدم قيامه بعمل ما.

3-1-4 التحكم و الارتياح:

في غالب الأحيان، يكون المكتئب خاملاً ليس لأسباب فزيولوجية فحسب، ولكن بسبب نقص في الدافعية لأنه يحكم على نشاطاته بالسلب دائماً. إن استعمال وتقييم

النشاطات اليومية (ت) و (م) على سلم من 0 إلى 5، يسلط الضوء على نقاط مهمة هي هل يميل المريض إلى عدم إعطاء قيمة لنشاطاته بطريقة مبالغ فيها؟ هل يبدي اتجاهها نحو الكمال في أعماله؟

4-1-4 منحى النشاطات المريحة:

يهدف إلى مساعدة المريض المكتئب، على القيام ببعض الأنشطة الباعثة للبهجة والارتياح وعلى المعالج أن يضع قائمة لهذه النشاطات ويدخلها ضمن البرامج أو الواجبات المنزلية التي تطلب من المريض.

5- الفاعلية الذاتية Efficacité personnelle:

بالإضافة للأساليب السلوكية التي ترفع من مستوى النشاطات كما ونوعا، يستعمل المعالج كذلك أساليب تستعمل في العلاج السلوكي للدفع من الفاعلية الذاتية وهذه بعضها:

- الارتخاء العضلي.
- التسلية Distraction.
- تقدير الذات عن طريق لعب الأدوار.

5-1 الاسترخاء:

إن إتباع أي طريقة من طرق الاسترخاء له الفوائد الكبيرة و الجمّة على المريض المكتئب خصوصا لما يظهر المريض من ملامح القلق والشدة العضلية. ومن الضروري كذلك أن يتعلم التركيز على صورة مريحة و هادئة أثناء الاسترخاء. وبهذا يتمكن من كف القلق والابتعاد عن الأفكار السلبية وتسهيل النوم.

5-2 التسلية :

يستطيع المعالج الاستفادة من أساليب مختلفة للتسلية خصوصا بالنسبة للمرضى المكتئبين اكتئابا حادا أو لا يستطيعون مواجهة أفكارهم السوداوية والسلبية. ومن بين هذه الطرق الاستماع إلى الموسيقى المريحة. فحسب بعض أبحاث Pignatiello وآخرون 1986 اعتبرت الموسيقى أكثر الأساليب نجاحا في التأثير على المزاج. ومن المعلوم كذلك أن المكتئب يتذكر بسهولة المواقف المؤلمة وبالتالي على المعالج أن يبحث مع المريض ذكرى مفرحة ومبهجة وتدوينها بالتفاصيل من طرف المريض ويطلب منه قراءتها عند اللزوم لمعايشة ذلك الحدث المفرح.

يمكن اقتراح كل النشاطات المفرحة، المهم أن يوافق عليها المريض ويستعملها عندما تستدعي الحاجة إلى ذلك.

3-5 تقدير الذات:

عادة ما يركز المكتئب حواره على المواقف الشخصية والعائلية والمهنية التي يشعر فيها بالحزن واحتقار الذات. ودور المعالج هو استعمال أسلوب لعب الأدوار لتصحيح بعض هذه الاتجاهات، كأن يطلب من المريض أن يلعب دور الشخص الذي يستاء منه مثلا، ويلعب المعالج دور المريض، ثم يتبادلان الأدوار وخلال هذه العملية سيتم حتما ظهور بعض المؤشرات التي تجعل المريض يتراجع عن بعض الأفكار السلبية نحو ذاته. وهذا الأسلوب أي لعب الأدوار لا يساعد على تطوير سلوكيات أكثر نشاطا وأكثر تكيفا ولكنها تفيد كذلك على بلورة الأفكار الآلية والانفعالات التي تكون مصدر المشاكل الشخصية. قد يتوقف المعالج في وسط لعب الدور ويطلب من المريض تسجيل أفكاره.

6- الأفكار الآلية:

الأفكار الآلية هي المعطيات الأساسية للعلاج المعرفي. والهدف الأساسي للمعالج هو العمل مع المريض للبحث عن الأفكار غير متكيفة التي توجد في ردود انفعالاته وأفعاله. وهذه الأفكار، غالبا ما تمر دون أن تلاحظ، لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير ولأنها تحدث دائما بسرعة شديدة. و نادرا ما تتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ومألوفة ومعتادة. ويجب أن يتعلم المريض، في العلاج المعرفي، كيفية التعرف على الأفكار الآلية وعلى المعالج أن يستعمل كل الوسائل للتعرف عليها ومنها

- الأسئلة الموجهة.
- الأسئلة الاستدلالية.
- الأوقات المشحونة انفعاليا.
- التخيل.
- لعب الأدوار.
- الوعي بمعنى الأحداث.
- إعادة معايشة الموقف والتركيز على هذه الأفكار.
- تدوين الأفكار السلبية في كناش.

6-1 الأسئلة الموجهة:

تستخدم هذه الأسئلة في بداية العلاج للحصول على صورة كاملة وتفصيلية لمشكلات المريض النوعية و للحصول على معلومات عن مواقف المريض الخارجية وسباق تفاعله الشخصي. وللكشف عن كيفية تناول المريض للمشكلات و هي وسيلة فعالة وقوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات. ويجب أن تكون مصاغة بحرص ومهارة. وعلى المعالج أن يعرف الوقت المناسب والصيغة الملائمة للأسئلة لمساعدة المريض على التعرف على أفكاره ومخططاته وتقييم القضايا المختلفة بصفة موضوعية. كأن يسأل المريض مثلا ما الذي مر بذهنك في هذا الوقت؟ عوض، في ماذا كنت تفكر؟ وهذه الأسئلة الاستدلالية، يجب أن يستغل استخدامها في أوقات يكون فيها المريض منفعلا. على أن يستعمل المعالج نفس المصطلحات التي يستعملها المريض.

6-2 التخيل Imagerie mentale:

قد يطلب المعالج من المريض أن يغلق عينيه ويتخيل الموقف الذي آلمه بشدة ويطلب منه مثلا (ما الذي مر بذهنك في هذه اللحظة؟). تسمح هذه الطريقة للمريض إعادة معايشة الموقف والتعرف على الأفكار غير الفعالة أثناء الجلسة. ويمكن كذلك لعب أدوار بحيث يصبح المريض أكثر وعيا بهذه الأفكار.

6-3 لعب الأدوار:

يسمح لعب الأدوار بتحسيس المريض حول معنى الأحداث التي يتعرض لها. بحيث يطلب المعالج من المريض واجبا منزليا يقوم فيه بتدوين المواقف المؤلمة بالنسبة له والتفسيرات الآلية التي وجدها لهذه المواقف وبالتالي يتوصل إلى الفلسفة القاعدية للمقاربة المعرفية ألا وهي (ليست الأحداث مؤلمة وإنما الأحكام التي تصدر حولها).

في بعض الأحيان، يصعب تقصي الأفكار الآلية، ولهذا على المعالج والمريض تحضير بروفة تتناسب مع موقف مؤلم معين، وعلى المريض أن ينتبه إلى حوار الداخلي وجرده أفكاره الآلية. ومن المهم كذلك تشجيعه على إتباع هذا الاتجاه للبحث عن الأفكار باهتمام. وللرفع من انتباهه للأفكار الآلية، يمكن للمريض لبضعة أيام جردها في كراسة كلما انتبه إليها. وللمعالج دور في إفهام المريض أنه سيلتفت ارتفعا كبيرا في عدد الأفكار وعليه ألا يقلق وهذا شيء صحي ومعناه أنه أصبح متحكما وقادرا على التعرف على هذه الأفكار. فقد كانت موجودة، ولتعديلها يجب أولا التعرف عليها.

تعتبر الطريقة التقليدية لتسجيل الأفكار الآلية، استعمال سلم التقييم الذاتي لبيك وهي موجود في الملحق. وهو عبارة عن بطاقة بخمس أعمدة يسجل فيها المريض تاريخ الجلسات مع:

- وصف سريع للموقف- مشكل.
- تسجيل الانفعالات المرافقة لهذا المشكل.
- الأفكار الآلية المرافقة. (التنقيط من 0 إلى 100 وهي درجة الاعتقاد بهذه الأفكار).
- إعادة تقييم الانفعالات (-100 0) والأفكار الآلية (-100 0).

ولتدريب المريض على ملء هذه البطاقة، يستحسن استعمالها في بداية الجلسة على أن تبقى نسخة دائمة لهذه البطاقات عند المعالج. في بداية العلاج يملأ المريض الأعمدة الثلاثة فقط. وفي مرحلة متأخرة من العلاج يتعلم الإجابات المنطقية للأفكار الآلية وملء العمودين الباقيين.

يجب الإشارة لبعض النقاط:

- يجب تسجيل هذه الأفكار بصفة بسيطة وفورية وليس البحث عن الأساليب الأدبية الراقية.
- تدوين الأفكار ودحضها، ليست بالأمور الاعتيادية وعليه بذل المجهود الكبير مهم جدا.
- ليس من الضروري تدوين كل الأفكار الآلية وإنما تسجل بعض العينات يوميا فقط.
- بما أنه من السهل التعرف على الانفعالات بالمقارنة مع الأفكار الآلية، على المريض أن يستغل التغيير في المزاج ليتعرف على الفكرة الآلية التي وراء الانفعال.

7- الأساليب المستعملة لتعديل المعارف السلبية:

إن الهدف الأساسي للمعالج هو جعل المريض يراقب أفكاره السلبية بطريقة واقعية. ولا يتعلق الأمر بجعل المريض متفائلا معتقدا أن كل شيء على ما يرام. ولكن الهدف الأساسي هو تشجيع روح البحث والاستكشاف عن الأفكار السلبية كوضع افتراضي وليس واقعي. أسلوب المعالج هام جدا في هذه المرحلة بحيث، عليه أن يتعد عن الاتجاه الناقد والعدواني أو الساخر خوفا من تعزيز النقد الذاتي لدى المريض. والطريقة المناسبة هي إتباع الأسلوب السقراطي والمتعاون والمتعاطف. وهذه النقاط لبعض الأساليب التي تساعد على تعديل المعارف السلبية وهي:

- فحص الحقيقة.
- إيجاد تفسيرات مختلفة.

- وضع فرضيات لكل تفسير.
- جمع المعطيات.
- اختبار الفرضيات.
- وضع مسافة بين المريض والمشكل.
- تحديد المفاهيم. و إعادة الإعزاء.
- لعب الأدوار.
- سلم التسجيل الذاتي للأفكار الآلية.

1-7 فحص الحقيقة Examiner l'évidence:

يطرح المعالج على المريض بعض الأسئلة حول موقف استاء منه ويبحث معه عن صحة الأفكار التي راودته حول الموقف.

2-7 إيجاد تفسيرات واحتمالات مختلفة:

يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يحدد مختلف الإمكانيات ويشير لأكثرها واقعية. هذا الأسلوب فعال كونه لا يفرض أي تفسير وإنما كل فكرة قابلة للمناقشة.

3-7 جمع المعطيات:

في بعض الأحيان يسهل تصحيح بعض النتائج الخاطئة، عندما يجمع المريض بنفسه بعض المعطيات. وهذا الأسلوب ضروري لتصحيح بعض الأفكار العشوائية والتعرف أحسن عن مكونات الحقيقة وراء المشكل.

4-7 اختبار الحقيقة:

يستعمل أسلوب التأكد من الانتظارات السالبة لدى المريض. و قبل استعمال هذا الاختبار، يقوم المعالج بفحص الحقيقة و وضع مسافة بينه و بين المشكل. بمعنى (كيف يحكم المريض على نفس الفعل لو قام به شخص مختلف. ثم يقرر المعالج مع المريض اختبار الفرضية وبصفة عامة تختبر الفروض بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب.

5-7 تحديد المفاهيم:

من الممكن أن يساعد المعالج المريض على تفسير أفكاره السلبية وذلك بمساعدته على تحديد بدقة المصطلحات والمفاهيم السلبية التي يستعملها لوصف ذاته مثلا أنا كسول أو جبان... وعادة عندما يطلب من المريض إعادة تعريف هذه المصطلحات، يجد أنها لا تطابقه تماما وهذا ما يسمى إعادة الإعزاء و هو أسلوب مفيد في مساعدة

المريض على رفض فكرة لوم الذات غير الملائمة، كأن يستخدم إعادة الأجزاء عندما يقوم بطريقة غير واقعية بعزو الأحداث السلبية لعيب شخصي فيه.

ويقوم المعالج والمريض بمراجعة الأحداث والوقائع واستخدام المنطق في البيانات المتاحة للتوصل إلى تحديدات أكثر واقعية للمسؤولية الشخصية. و ليس الهدف من إعادة الإجزاء حل المريض من كل المسؤوليات، بل فحص العوامل العديدة التي تساهم في الأحداث السيئة. فيكتسب المريض الموضوعية، و يخلص نفسه من عبء تأنيب الذات وعندئذ يستطيع البحث عن طرق لحل المشكلات الواقعية ومنع تكرارها.

وقد يبين المعالج للمريض أنه يلقي اللوم على نفسه بطريقة متمتزة أكثر. وهذا يعتبر من تداعيات الاكتئاب وعندما يفهم المريض هذا الأمر، يستريح من الشعور بالذنب ويرتفع تقديره لذاته ويحسن المزاج.

سلام التسجيل الذاتي للأفكار غير فعالة:

ليست مهمة هذه السلام تسجيل المعارف السلبية والانفعالات الأليمة التي ترافقها وإنما استعمال المنطق للإجابة والرد عليها. وهي المحور الذي يدور عليه مسار العلاج المعرفي.

8- المخططات وطرق التعرف عليها:

عندما يصبح المريض قادرا على التعرف وتغيير الأفكار الآلية، حين اقتراب انتهاء العلاج، يصبح هدف العلاج التعرف وتغيير الاتجاهات التي تسبب الاكتئاب، طبعا تكون الحالة الاكتئابية أقل شدة بكثير لأنها في الحصة الخامسة عشر. ويمكن القول أن التوصل إلى هذه المرحلة يتم بسرعة.

ويتناول العلاج المعرفي، الصعوبات بطريقة تسلسلية بحيث يعتبر السلوك والأفكار الآلية الجانب الأعلى للهرم. أما المعتقدات فهي حجر أساس هذا الهرم. إذن يبدأ المعالج من الأعلى إلى الأسفل خوفا من تضايق المريض.

تختلف المخططات عن الأفكار الآلية كون المخططات متجذرة وبصفة عامة لا شعورية. يفحص المعالج، في بداية العلاج، المخططات المعرفية مستدلا عليها من خلال حوار المريض. وهذه النقاط توضح أهم الطرق للتعرف على المخططات:

- التعميم عن طريق الأمثلة.

- التعبير على المضامين.
 - الإشارة إلى المواضيع المشتركة.
 - توضيح القواعد الشخصية على شكل أوامر مثل (لا بد أن...).
 - الوصول إلى المعتقد القاعدي بواسطة الأسهم الهابطة.
- يسمح استعمال سلام التسجيل الذاتي للأفكار الآلية، إعطاء أمثلة خاصة. وتفيد المعالج والمريض في التوصل إلى قاعدة عامة لكل هذه الأفكار. يطلب المعالج من المريض إعادة قراءة عينة من الأفكار التي جمعت خلال العلاج ومعاودة التأكد ما إذا كانت تعكس بعض القواعد العامة.

وهذه سمات بعض المعتقدات النمطية عند المكتئب:

- معتقدات لها علاقة بالنجاح « يجب أن أنجح في كل ما أقوم به، و إلا أنا كإنسان أبله».
- معتقدات لها علاقة بالحب « يجب أن أكون محبوبا من طرف كل الناس و إلا أنا تافه ».
- معتقدات لها علاقة بالكمال « يجب أن أعمل كل شيء على ما يرام و إلا أنا فاشل ».
- الحاجة إلى الاعتراف «تقديري لذاتي، يعتمد على ما يفكر فيه الآخريين في».
- الضمير الشخصي « يجب أن أكون دائما مهذبا».
- الاستقلالية«يجب أن أدير أموري لوحدي، الحاجة للآخريين، يدل على الضعف والفسل».

يقوم المعالج باستخراج المعتقد الأساسي وراء أي سلوك أو فكرة من خلال حوارهِ. ويستعمل المعالج سلام وبطاقات لتسطير المواضيع المشتركة و تحديد المخططات المعرفية مع تقييم شدتها والتغيرات التي تطرأ عليها أثناء المدة العلاجية.

تستعمل كذلك طريقة السهم الهابط بهدف الوصول إلى المعتقد القاعدي أو كما يسميه الأمريكيان **bottom line**.

1-8 تقنيات لتعديل المخططات:

قد لا تكون المخططات، في الصميم خاطئة، عكس الأفكار الآلية. فهي متجذرة ثقافيا ومتعارف عليها من طرف كل أعضاء هذه الثقافة، وهي ليست غير فعالة إلا

أنها صلبة ومعقدة وغير قابلة للنقاش. وهذا ما يجب أن يعلمه المريض خوفاً أن يرتاب من فكرة التغيير الكامل لاتجاه تعود عليه. وهذا لا يعني أن المعالج يغير الشخص الحساس إلى شخص لا يأبه بالآخرين، ومن شخص يبحث عن إعجاب الناس إلى شخص أناني...

أساليب تغيير المعتقد:

- الإجابة عن الأفكار الآلية بطريقة السهم.
- تقييم المزايا والعيوب. فحص الحقيقة.
- فحص قيمتها على المدى القصير والطويل.
- إعادة النظر في الاتفاقات الشخصية.

2-8 اختبار الحقيقة:

إن التعرف على المعتقدات القاعدية والتعبير عنها ضمناً، يشير للمريض طابعها العشوائي والمبالغ فيه و غير منطقيتها و بهذا تنقص شدتها. ويجب العمل على هذه المعتقدات في أربع أو خمس جلسات باستعمال أساليب التعديل الموجودة أعلاه.

عند استعمال السهم الهابط، يتم الإشارة لمعارف خاطئة متنوعة قبل الوصول إلى المعتقد الأساسي. عند فحص هذه المعارف وتصحيح أخطائها بتعديلها، يؤدي حتماً إلى تعديل المعتقد الأساسي الذي كان سبباً في المعارف الخاطئة. وبما أن المعالج يعتقد أن هذه الأفكار غير فعالة ولكنها كانت ضرورية للمريض، يتحتم عليه مراجعة مزاياها وعيوبها. ووضعها في ميزان (مع) أو (ضد) حسب درجة أهميتها وهذا طبعاً بمشاركة المريض. يساعد المعالج المريض، عن طريق طرح الأسئلة و إيجاد المبررات الممكنة، خاصة إذا تعلق الأمر بالعيوب.

يساعد المعالج المريض على إعادة النظر في تفكيره وذلك باستعمال التفكير العقلاني في مناقشة الأشياء التي تبدو له بديهية. والأسلوب المتبع هو طرح الأسئلة باستمرار وبتسلسل، على أن تطرح هذه الأسئلة بكثير من اللطف واللباقة. ثم قد يطلب المعالج من المريض تقييم فائدة هذا الاتجاه والفكرة المتبعة على المدى القصير أو المدى البعيد.

9- إطار الإجرائي للعلاج:

استعملت الباحثة العلاجات المعرفية التي تعتمد على نماذج مستمدة من

نظريات التعلم والنظريات المعرفية التي تركز على تحليل المعلومة. وهي تلقي الضوء على منهجية تجريبية بهدف فهم و تعديل الاضطرابات النفسية التي تعرقل الحياة اليومية. وهدفها ليس حذف أو علاج الأعراض وإنما البحث عن تعديل وتعليم الفرد مراحل جديدة من السلوكيات.

بصفة عامة، تستعمل العلاجات العرفية و السلوكية بطريقة متكاملة وتتدخل في مستويات مختلفة (السلوك و المعرفة و الانفعال) وتتدخل في المحيط. وهي علاجات قصيرة في عشرين حصة بالتقريب وتتكون من المراحل التالية:

- التشخيص والتحليل الوظيفي.
- مقابلات للتقييم (بمساعدة السلام النفسية)
- إقامة عقد علاجي.
- أهم عناصر التكفل:
- يتعاطف المعالج مع الحالة ويكون صادقاً معه في إطار التحالف العلاجي.
- ينصب العمل على هنا والآن، مع الأخذ بعين الاعتبار العناصر السابقة.
- يتم الاتفاق على تنظيم المقابلات: تحليل أعمال الأسبوع الفارط واختيار موضوع للتحليل وأعمال منزلية وملاحظة ذاتية مع تقييم ذاتي.
- توزع الحصص مرة في الأسبوع وتدوم 45 دقيقة بالتقريب إلى ساعة.
- يدوم العلاج أربعة أشهر للإلمام بالسلوك غير الوظيفي.

9-1 التحليل الوظيفي:

9-1-1 أهداف وخصائص التحليل الوظيفي:

التحليل الوظيفي مهم جداً في العلاجات السلوكية وضروري، والمقابلة تكون فيه موجهة وتجريبية وتحدد السلوك المشكل وتوضع فرضية العمل التي يبرهن عليها أو العكس بعد تطبيق العلاج..

ويعني التحليل الوظيفي، التعرف وتحليل العوامل الحالية والماضية التي أدت إلى ظهور وبقاء السلوكيات التي تسبب إشكالا للعميل والتعرف على الانفعالات والمعارف التي ترافق هذه السلوكيات. ويمثل التحليل الوظيفي طريقة إكلينيكية لدراسة السلوكيات التي تسبب مشكلة للعميل بهدف عزل فرضيات تسبب هذا المشكل. وهدف التحليل الوظيفي يكون كذلك قبل كل علاج، خطأ قاعدياً للصعوبات

السلوكية وتسمح للمعالج إيجاد نظريات سلوكية ومعرفية للتشخيص .

وأساسا، يجب اكتشاف ثلاث نظم: النظام الحركي والنظام المعرفي والنظام الفسيولوجي الانفعالي. ولدراسة بأكثر دقة ووضوح الصعوبات السلوكية، اقترحت نماذج مختلفة للتحليل الوظيفي. واستعمل في هذا البحث نموذج SECCA الذي اقترحه Cottraux وآخرون في 1985 وهو يحدد العلاقات بين مختلف العناصر التالية:

- S تشير إلى المثير.
- E تشير إلى الانفعالات.
- C تشير إلى المعارف.
- C تشير إلى السلوكيات.
- A تشير إلى التوقع

تقوم دراسة الحالة على جانبيين وهما :

الجزء التزامني Synchronique أي الحالي ويسمح بتحليل مقطع سلوكي: وهو يضم المثير والانفعال الذي ينجر من المثير والمعارف والسلوكيات والتوقع وعلاقته بالمحيط الاجتماعي. أما الجزء التاريخي يسمح بتنظيم تاريخ المريض Diachronique.

2-1-9 العقد العلاجي Contrat thérapeutique:

يقصد بالعقد العلاجي مجموع انتظارات العميل وانتظارات المعالج. ويبدأ بصفة عامة في الحصة الثالثة أو الرابعة بعد التحليل الوظيفي وتقديم سلام واستمارات التقييم.

وينشأ العقد العلاجي بمشاركة المريض ويضع مختلف الفرضيات حول الاضطراب وأسبابه والعوامل التي تثبت وتثير المشكل. ويحدد الأهداف الواقعية التي يرمي الوصول إليها والطرق والتقنيات التي تستعمل وينشأ العقد بالموافقة الكاملة للطرفين. ويعتمد الانطلاق الجيد للعلاج على المشاركة الضيقة والصادقة بين المريض والمعالج ويبحث المعالج على خلق جو الثقة وعدم التبعية.

الفصل الخامس

تقديم الحالات

1 تقديم الحالة الأولى:

1-1 مقدمة:

الآنسة «ز» عمرها خمسون سنة ، متحجبة منذ عشر سنوات. عانت من فترات الإكتئاب وترجعها إلى سن اليأس والمشاكل العائلية. رغم زيارة الأطباء المتكررة إلا أنه الأعراض لا تفارقها. وهي مطلقة منذ أن كان عمرها 20 سنة فقد تزوجت في سن السابعة عشر. بالنسبة للمحيطين طبعاً ما عدا أسرتها يعتقدونها عزباء. حيث احتفظت بسر زواجها لحد الآن. وبسبب أحداث وقعت في السنوات الأخيرة، تشعر الآنسة «ز» دائماً بالحزن والتعب. فقدت الرغبة في العمل رغم حبها واستثمارها النفسي له. وتشير في حديثها أن أهلها خيبوا آمالها رغم التضحيات الكثيرة التي قامت بها من أجلهم.

الآنسة «ز» هي أكبر إخوتها، ثلاث أخوات وأخوين، كلهم متزوجون. تعيش معها بنت أخيها، عمرها الآن عشرون سنة، وأمها. أما الأب فقد طلق الأم وعمرها عشر سنوات. كبرت الآنسة «ز» مع زوجة الأب وتقول أنها كانت تكرهها وتعاملها بقسوة شديدة. وفي أحيان كثيرة، كانت تطردها هي وإخوتها من البيت رغم قسوة الطبيعة (الشتاء في فرنسا). يعيش الأب مع زوجته وهو مريض مرضاً مزمناً.

2-1 تاريخ الحالة:

تتكلم الآنسة «ز» عن طفولتها بحزن شديد، تقول أنها طفولة تعيسة ليست ككل الأطفال، طبعاً ولدت في فرنسا وعاشت مع والديها ثم طلق أبوها أمها فعادت هذه الأخيرة إلى الجزائر وبقيت هي وأخواتها مع الأب والزوجة الثانية. طول حياتها «لم تكن سعيدة». في البداية حرمت من الأم ثم تعرضت لكراهية زوجة الأب والأب معاً. رغم هذا كانت نتائجها المدرسية مقبولة سمحت لها بان تصبح مسئولة في إدارة الأعمال في مؤسسة سياحية. لم تطق العيش مع أبيها فعادت مع إخوتها إلى تلمسان عند أمها وتزوجت بطريقة تقليدية لكنه لم يدم طويلاً ولم ينجح. ثم عادت إلى فرنسا مع أخيها واستقرت بعض الأشهر هناك في منزل مستقل عن الأب، لكنها لم تطق العيش هناك وعادت مع أخيها إلى تلمسان ليتزوج هذا الأخير ويرزق بطفلة لكنها مريضة فرفضتها الأم وتسلمتها «ز» مع الجدة للتكفل بها. وجدت الآنسة «ز» عملاً في مؤسسة حكومية وترقت إلى مناصب عليا تدريجياً بفضل مواصلة دراستها ومجموع التربصات التي كانت تقوم بها والعلاقة السرية التي كانت تربطها بالمدير العام الذي

كانت «يده اليمنى في كل شيء». دامت هذه العلاقة أكثر من عشر سنوات. كان متسلطا معها فمنعها من ربط أي علاقات أخرى والاستقلال بحياتها الشخصية رغم أنه كان متزوجا وله حياته الخاصة مع أولاده وزوجته. وبعد انتقال المدير إلى ولاية أخرى، تعددت علاقات «ز» ولكنها كانت «مضطربة ولا تدوم طويلا لأنها كانت تقارن دائما الأشخاص الذين تتعرف عليهم بمديرها السابق».

تعيش حاليا فراغا عاطفيا وتصبو إلى ومواصلة دروسها (في اطار الرسكلة التي تقوم بها المؤسسة لموظفيها) في العاصمة لتضمن معاشا لائقا بها وبأمها. وتقوم حاليا باتصالات للبحث عن عمل في الجنوب الجزائري. ما يشغل بالها كذلك هو ابنة أخيها التي تعاني من تشوه على مستوى الشرح ولم تعالج لحد الآن ويتقدم لها مجموعة من الخطاب ولكنها ترفضهم بسبب هذا المشكل.

1-2-1 الحوادث التي أثرت على الحالة:

حوادث كثيرة أثرت على حياة «ز» منذ طلاق والديها إلى هذا اليوم. طفولة تعيسة وعدم الاستقرار في الزواج والعلاقة السيئة التي تربطها بأختها وأزواج أخواتها وزوجات أخويها.

تقوم بمجهودات كبيرة لتظهر قوية أمام عائلتها والمحيطين بها غير أنها منهارة وتعبه وتريد أن ترتاح لكن كل الظروف المحيطة بها، لا تسمح لها بذلك .

1-2-2 العوامل المحركة:

من بين العوامل التي أثرت على الأنسة «ز» وقلبت مسار حياتها هو انتحار صديقتها في 1999 إثر فشل علاقتها العاطفية. وفي سنة 2000 تكتشف الأنسة «ز» أن صديقتها مصابة بمرض السرطان ثم تتوفى في 2003.

وفي 2004 وإثر تحاليل قامت بها الأنسة «ز» اكتشفت مرضها بتصلب شريان الدماغ (sclérose en plaques) وهي تعالج حاليا عن طريق أدوية عصبية. كل هذه الأحداث جعلتها تشعر بالنعاسة. أما أكبر همها هو سنوات الحزن التي تعيشها بسبب بلوغها سن اليأس الذي «يعني وإن تزوجت فلن تنجب أطفالا». وفي هذه السنة بالذات بدأت تفكر في ارتداء الحجاب رغم أنه «يقلل من أناقتها وجمالها».

وفي 2005 ارتدت الحجاب لكنها لا تستطيع المداومة على الصلاة ولكنها لا تشعر بالذنب «لأنها تحاول وتطلب من الله الهداية.

3-1 التشخيص:

قدمت الآنسة «ز» في المعيار أ:

- مزاج مكتئب طيلة النهار نتد أكثر من 6 سنوات.

و أظهرت في المعيار ب: أرق وتعب وقلة في تقدير الذات.

ولم تظهر في المعيار ج أي فترة تحسن خلال الشهرين المتتاليين و لك تظهر في المعيار د وطيلة الست سنوات و لا مرحلة اكتئابية عظمى. و لا مرحلة هوسية في المعيار هـ و لا اضطرابات ذهانية في المعيار ي. و تبع عن هذه الأعراض ألما نفسيا حادا. و بهذا يكون التشخيص كالتالي:

في المحور الأول: اضطراب المزاج المكتئب F341.

في المحور الثاني: شخصية هستيرية F604 نتيجة الأعراض التالية:

- 1- تشعر بعدم الارتياح عندما لا تكون مركز اهتمام الآخرين.
- 2- تتعامل مع الآخرين بطريقة اغوائية.
- 3- تعبر بسطحية عن انفعالاتها و تتقلب بسرعة.
- 4- تميل إلى تقبل الايحاء و تتأثر بسرعة بالظروف و الأشخاص.
- 5- تعتقد أن علاقاتها بالآخرين حميمة أكثر مما تظهر عليه.

و في المحور الثالث: تصلب شريان الدماغ sclerose en plaques.

و في المحور الرابع: أثرت فيها الحوادث التالية:

- موت صديقتها و انفصالها عن مديرها و تعدد المشاكل في العائلة.

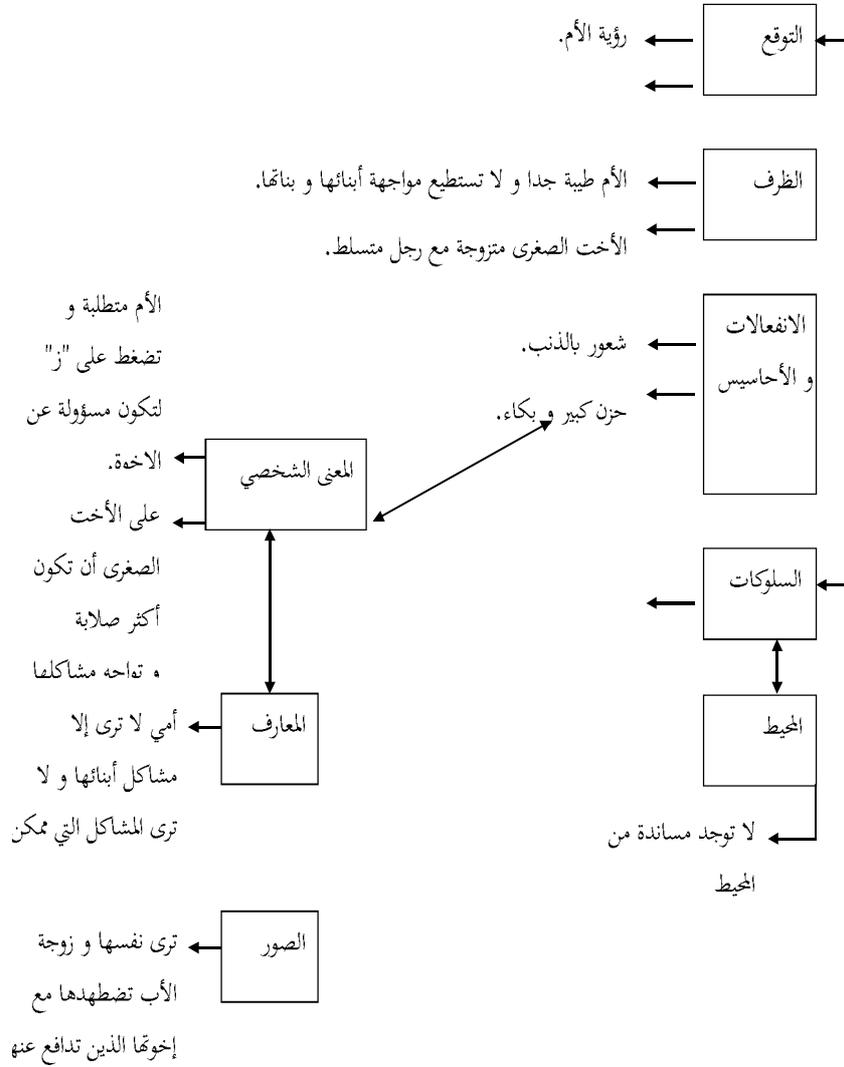
و في المحور الخامس تحصلت على النقطة 55 وهي تشير إلى أن الأعراض متوسطة الشدة مع صعوبات في تأدية نشاطاتها المهنية و الاجتماعية.

1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل التزامني:

تم الإستعانة بشبكة SECCA لكوترو وهي تعمل على تحليل معلومات خاصة بالأحاسيس والإنفعالات والسلوكات والمعارف والتوقع.

جدول 11: شبكة SECCA J. Cottraux



2-1-3-1 التحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 المعطيات البنوية:

معطيات جينية :

- يبلغ عمر الأم 77 سنة مقعدة في الفراش بسبب أمراض متعددة منها الروماتزم وأمراض القلب وتقول عنها «ز» أنها طيبة كثيرا.

- الأب مريض ويعيش مع زوجته الثانية ولكنه مصاب بالخبل وتقوم الأنسة «ز» بأخذه للأطباء.

- رغم المسؤوليات الملقاة على عاتق «ز» من ناحية العمل أو العائلة إلا أنها تبذل قصارى جهدها لتلبية رغباتهم ولكن على حساب صحتها النفسية والجسمية.

العوامل التاريخية المثبتة للمشكل:

- عدم تلقي المساعدة من طرف الآخرين.

- التقدم في السن وعدم الزواج.

- عدم إيجاد عمل في الجنوب للإبتعاد عن العائلة.

و كان العامل المحرك هو الزواج المحتمل لإبنة الأخ والتي تريد الأنسة «ز» الإعتماد عليها في الإهتمام بالأم إذا وجدت عملا في الجنوب. والمعاملة السيئة من طرف مدير المؤسسة واهتمامه بموظفة أخرى.

الأدوية المستعملة: Déroxat - anafranil.

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

تقدم الباحثة للأنسة «ز» سلام تقييمية تصب كلها في الإجابة على مدى فعالية العلاج المعرفي في الإكتئاب وهي : حصيلة بيك وهاملتون.

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

ما يشغل بال الحالة هو التخلص من الشعور بالتعب الدائم وقلة النشاط والبكاء لأتفه الأسباب. إذن كانت هذه الشكاوي الأساسية للأنسة «ز» وعرضت عليها الباحثة العلاج وتفسير خطواته وشروطه وأهمية مساهمتها في العلاج لأنه يستوجب عليها القيام ببعض التمارينات في المنزل وهي خطوة أساسية في العلاج.

تم تحديد الأهداف بمشاركة الأنسة «ز» وكانت كالتالي:

- التخلص من التعب وعدم النشاط وقلة الهمة.

- تقييم المزاج الإكتئابي واختبار فترات البكاء التي تشكو منها الأنسة «ز».

- والهدف الرئيسي والأخير ولكنه مهم جدا بالنسبة للأنسة «ز» هو التخلص من الشعور بالذنب اتجاه الأم والإخوة والأخوات.

2-3 التقنيات العلاجية المستعملة:

هي مجموعتين من التقنيات، الأولى خاصة بالمعارف والثانية تخص السلوكيات. تهدف التقنيات المعرفية إلى تعديل مجموعة من الأفكار لدى الأنسة «ز» واستعمال الأسئلة السقراطية.

أما التقنيات السلوكية فهي تهدف على سبيل المثال بتعليم الإسترخاء وبناء جدول أو بطاقة وتذكر فيها الحالة المواقف التي تحكمت فيها خلال الأسبوع. والتقنية الأخيرة والمهمة هي مطالبة الأنسة «ز» بأعمال تقوم بها في البيت.

3-3 بداية العلاج:

المرحلة الثانية هي مرحلة العلاج وتضم ثلاثة عشرة حصة.

المرحلة الثالثة وتضم أربعة حصص وهي مرحلة متابعة تهدف إلى البحث عن المخططات وتقييم وتثبيت النتائج التي تم التوصل إليها خلال العلاج.

تدوم الحصة العلاجية ساعة كل أسبوع. وتصح مرة في الشهر خلال مرحلة المتابعة.

1-3-3 برنامج الحصص:

تبدأ الحصة بتقييم حصيلة الأسبوع الماضي وأهم الأحداث التي وقعت فيه ثم مراجعة الأعمال المنزلية.

- ينتقل العمل لوضع خطة لمسار الحصة.
- اختيار مشكل مستهدف واستعمال التقنيات المعرفية والسلوكية.
- تسجيل أعمال منزلية جديدة للأسبوع المقبل.
- تلخيص الحصة في نقاط ثم يطلب من الأنسة «ز» تقديم عائدا.

تهدف الحصص الثلاثة الأولى لإجراء وجمع بيانات خاصة بتاريخ الحالة والتأكد من التشخيص الخاص بالإكتئاب. ويتم ملأ السلام في خلال الحصص الثلاثة الأولى.

في الحصة الأولى يتم تسليط الضوء على تاريخ الحالة والتأكد من طلب الأنسة «ز» وتعمل الباحثة على شرح مبادئ العلاج المعرفي. أما الحصة الثانية، يتم وضع شكلا للتحليل الوظيفي حسب نموذج سيكا SECCA وتم التعرف عليه سابقا.

إبتداء من الحصة الثانية، طلبت الباحثة من الأنسة «ز» ملأ بطاقة «التحكم-

ارتياح» والتي تصف فيها مجموع النشاطات التي قامت بها خلال الأسبوع وتم التحكم فيها والشعور بالراحة أثناء تأديتها مع ذكر أهم الأوقات التي شعرت فيها بالحزن والبكاء.

ومن خلال هذه البطاقة تم اكتشاف أن الأنسة «ز» ليست عديمة النشاط أو كسولة كما كانت تشكي فقد تبين أنها تذهب إلى العمل راجلة رغم بعد المسافة بين البيت ومكان العمل، ولم تتلق أي انتقاد أو ملاحظة سلبية في عملها وهذا يعني أنها تؤدي عملها على ما يرام لكن المشكل أنه لا يصل إلى مستوى تطلعاتها وعند عودتها إلى البيت تشكو من التعب والوهن وهذا أمر طبيعي بعد يوم كامل من العمل. وبقي للباحثة متابعة لحظات الحزن والبكاء التي مازالت في مستواها مع الشعور بالذنب اتجاه العائلة.

لاحظت الباحثة أن الأنسة «ز» تتكلم كثيرا وتعطي تفاصيل كثيرة عن حياتها وبروز دافعيتها الكبيرة للعلاج ومللها من تناول الأدوية» فحسب ثقافتها ومستوى تعليمها يفترض أن العلاج النفسي أهم بكثير ويساعدها على الوقوف على أسباب الحزن الذي تشعر به وذلك بهدف التخلص منه». للعلم سبق لها متابعة علاج نفسي مع مختص نفسي في السنوات الماضية لكنها توقفت عنه «لأنه لم يعط أي جديد أو نتيجة معينة فقد كانت تتكلم وهو يستمع إليها دون أن يتدخل ويوافقها في كل ما تقول. أما في هذا العلاج فيبدو أن هناك برنامجا يجب اتباعه وأنا مستعدة للخوض في هذه التجربة».

في نهاية الحصة الثالثة طلبت الباحثة من الأنسة «ز»:

- تقييم لحظات الحزن والبكاء خلال الأسبوع مع الوقوف على تكرارها وشدتها وما هي المواقف التي أثارته وما هي الأفكار التي راودتها أثناء الحزن والبكاء».
- ملأ بطاقة «التحكم- الإرتياح».

2-3-3 من الحصة الرابعة إلى السادسة عشر:

تخصص الباحثة هذه الحصة للتعديل المعرفي فتدرب الأنسة «ز» على بعض التقنيات وتقوم بملاء بعض البطاقات والقيام بالأعمال المنزلية. وكخطوة أولى طلبت الباحثة من الأنسة «ز»

تحديد الأفكار الآلية وذلك بملاء بطاقة بيك ذات الأعمدة الثلاثة، في العمود

الأول. دونت الأنسة «ز» الموقف الذي أثار انفعالها. وفي العمود الثاني دونت طبيعة هذا الإنفعال وفي العمود الثالث دونت الأفكار الآلية التي تجتاحها خلال هذا الظرف والإنفعال مع تقييم درجة الإعتقاد بهذه الفكرة. وتتم هذه العملية من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة وهذا بهدف التعرف على الأفكار الآلية والشعور بالذنب وتحقير الذات الخ... وهذا مقتطف من بعض الجداول:

الجدول 12: الثلاثية المعرفية

الموقف	الانفعال	الفكرة الآلية
طلب زواج لإبنة الأخ التي تعاني من تشوه في الجهاز الهضمي	قلق شديد 60%	كان لابد لي أن أعالجها قبل أن تصل إلى هذا السن. 80%
تساجرت مع زوج أختي الصغرى لأنه لا يحسن معاملة أختي	محبطة. 40%	يوجد، دائما شخص ينغص حياة أختي. 50%

تفيد هذه البطاقة في جلب انتباه الأنسة «ز» حول انفعالاتها الشديدة ولتسأل نفسها فيما بعد «فيما أفكر الآن وأنا في هذه الحالة. وكانت الأجوبة في العمود الثالث والهدف من هذه الطريقة هي قدرتها على تمييز أن كل موقف يعبر عنه في ثلاث مجالات وهي:

- السلوكيات أمام الموقف.
- الإنفعالات اتجاه هذا الموقف.
- الأفكار التي تظهر جراء هذا الموقف.
- تطلبت هذه المرحلة نوعا من التدريب لأنه في البداية تختلط الأمور على الأنسة «ز» بين المجالات الثلاثة. فهي غير متعوددة على الإنتباه للأمور البسيطة والعادية، وعن طريق الممارسة، تبدأ هذه الإستراتيجية في العمل بتلقائية وتسهل عليها «قراءة» و«حل رموز» الإستجابات في الأوقات الصعبة. وساعدت الباحثة الأنسة «ز» على تقييم نسبة الإعتقاد في الأفكار هي مرحلة مهمة للتعرف على الأفكار السلبية. ويمكن القيام بهذا التقييم عن طريق البطاقة ذات الأربعة أعمدة التي كونها بيك وهي تسمح بتسجيل نسبة الإعتقاد في الفكرة الآلية. ويظهر أنه كلما كان الإعتقاد كبيرا كلما كان الإنفعال السلبي كبيرا. والعكس صحيح كلما كان الإنفعال كبيرا كلما كان الإعتقاد كبيرا. وهذا الجدول يمثل ما سبق ذكره:

الجدول 13: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف/السلوك	الإنفعال	الأفكار الآلية السلبية) ماذا يعني لك هذا الموقف أو ماذا فكرت حينها)	درجة الإعتقاد في الفكرة الآلية السلبية
كثرت أعمالي في المكتب لدرجة أنني أخذت معي الملفات إلى البيت	حزن شديد 70%	المدير يستغلني	80%

تعديل الأفكار الآلية:

في بداية الحصة السابعة، حاولت الباحثة تعديل أفكار الآنسة «ز» الآلية إلى أفكار أكثر عقلانية. وابتداء من هذه الحصة طلب منها استبدال الأفكار السلبية بأفكار بديلة *Pensées alternatives* وهذا يعني البحث عن وجهة نظر ممكنة للوصول إلى أنه من الممكن التفكير بطريقة مختلفة في وضعيات صعبة. ومنه، يوجد دائما وجهات نظر ممكنة ولكنها لا تؤدي الى نفس النتائج. عندما يكون الشخص مكتئبا فهو يأخذ وجهة نظر سالبة، لا تساعده على التطور ولهذا يستوجب إيجاد وجهة نظر أخرى إيجابية. وتقنية الأفكار البديلة هي نفسها طريقة الأعمدة الثلاثة لبيك ولكنها تحاول الإجابة على السؤال التالي: كيف لنا أن نرى نفس الموقف بوجهات نظر مختلفة؟ وتسجل الإجابة عن هذا السؤال في العمود الرابع وتقيم طبعا درجة الإعتقاد بهذه الفكرة الجديدة . وفي العمود الخامس يعاد تقييم حدة الإنفعال المرتبط بالفكرة السلبية الأساسية ومنح درجة الإعتقاد والمثال التالي يوضح الفكرة:

جدول 14: الثلاثية المعرفية و الفكرة البديلة

الموقف والسلوك	الإنفعال	الفكرة السلبية ونسبة الإعتقاد بها	فكرة أكثر واقعية ونسبة الإعتقاد بها	إعادة تقييم الإنفعال المرتبط بالفكرة السلبية الأساسية ونسبة الإعتقاد بها
الاعتماد علي في المكتب	حزن 70%	المدير يستغلني 80%	أنا الأكثر كفاءة للقيام بهذا العمل	20%

تعتبر الأفكار البديلة أكثر واقعية و تنوعا و مرونة. و البحث عن الأفكار البديلة يسمح بتغيرات كثيرة في طريقة التفكير على مستوى:

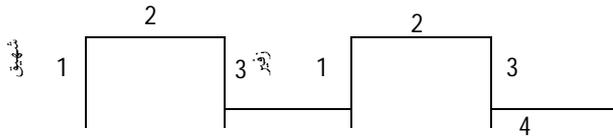
- المواقف في حد ذاتها وذلك عن طريق الرفع من الوعي بأن المواقف لا تناسب

حقيقة ما نفكر فيه .

- عندما نعتد على هنا والآن « ici et maintenant » نتكيف أكثر مع الواقع.
- إذن للتعرف على الأفكار الآلية استعملت الباحثة الخطوات التالية:
- بطاقة بيك ذات الأعمدة الأربعة.
- ملاحظة اللحظات القوية خصوصا عندما تكون الأفكار مكتوبة.
- صياغة الأفكار الآلية وتقييم تأثيرها على الإنفعالات والسلوكيات.
- تسجيل الأفكار في كراسة للرفع من الوعي بها.
- ترتيب الأفكار الآلية السلبية حسب تنوع الصعوبات.
- إعادة النظر في الأفكار الآلية السلبية. يقول بيك « انظر إلى الأفكار السلبية كأنك ترى سيارات تمر، ولا تهول تحت عجلاتها».

بالإضافة إلى تعديل الأفكار اعتمدت الباحثة على تقنيات سلوكية و العلاج المعرفي يتداخل في أمور كثيرة مع العلاج السلوكي. ومن هذا المنوال، طلبت الباحثة من الأنسة «ز» ممارسة للإسترخاء في البيت أو العمل به كلما شعرت أن هناك انفعالات قوية تؤثر على مزاجها. وقد اختير لها أبسط طرق الإسترخاء⁽¹⁾ التي تعتمد على التحكم في التنفس وهي كالتالي:

- ارغم نفسك على التنفس ببطء، بدون استهلاك هواء كثير، اخرج الهواء عن طريق الأنف ببطء وتوقف مهلة بين كل شهيق وزفير وعد حتى الأربعة مع تخيل الشكل التالي:



الشكل رقم 1: سلم الإسترخاء

3-3-3 الحصيعة الجزئية:

بدأ التقييم الجزئي في الحصة السادسة عشر وذلك لمقارنة الحالة الإكلينيكية الحالية بالأهداف المسطرة في بداية العلاج ومواصلة ملأ الجداول التي ذكرت في السابق. وأما نتائج التقييم فكانت كالتالي:

1 - كل طرق الاسترخاء تعمل على تحرير الجسم من الضغوط.

- فيما يخص الشعور بالتعب وعدم النشاط، فقد تبين من خلال بطاقة التحكم والإرتياح (التي طولبت مملتها خلال كل الحصص السابقة) أن اعتقادها كان خاطئاً وأنها تمارس أعمالها كالسابق. أما التعب الذي تحس به فهو من مشكلات الإكتئاب في حد ذاته إضافة لبعض التغيرات الهرمونية نتيجة سن اليأس.
- أما فيما يتعلق بالحزن ولحظات البكاء، فقد عمل الإسترخاء والتعرف على الأفكار الآلية وتطبيق بطاقات بيك على الخفض من تكرارها.
- يبقى موضوع الإحساس بالذنب والشعور بالمسؤولية في كل ما يحدث لعائلة «ز» سيكون من الأهداف المسطرة للحصص الباقية من العلاج.

4-3-3 من الحصة السابعة عشر إلى الحصة العشرين:

- في الحصة السابعة عشر، عملت الباحثة على تعديل الأخطاء المنطقية كمدخل لتعديل المخططات الإكتئابية. و بينت الباحثة الآنسة «ز» أن مراجعة الأفكار وإعادة النظر فيها سيساعدها على التقدم في العلاج حتى ولو أن أفكارها منطقية وصحيحة، وأن التقنيات التي تعلمتها في التعديل المعرفي تساعدها في ذلك ومن هذه التقنيات: إعادة التمرکز واستعمال تقنية الكارثة مثلاً. وقد عملت الباحثة على تدريبها على تقنية أخرى تسمى PIC/ POC. وهي تعني أن الأخطاء المنطقية تكف وتمنع السلوكات⁽¹⁾.
- وتظهر أهمية هذه التقنية لأنها تظهر الأفكار التي تكف السلوكات (PIC) وتعمل على ترقية الأفكار التي تؤدي إلى تفعيل السلوكات (POC). ويتعلق الأمر، في وضعية مؤلمة أن تقوم بـ:
- تحديد الخطأ المنطقي، والفكرة المكفة للسلوك (PIC).
 - إبعاد الأخطاء المنطقية.
 - تعويض الأفكار غير منطقية بأفكار منطقية (POC).
 - دربت الباحثة الآنسة «ز» على استعمال هذه التقنية في بطاقة وشرحت لها بعض التفككات المنطقية التي يميل المكتئب لإستعمالها مثل الإستدلال العشوائي والتعميم الزائد والتفخيم والتقزيم والشخصنة. (الفصل الثاني)

1 - اكتشفها D.B Wrus و وصفها في كتابه 1980 Feeling good, New York, William Morrow وهي مشتقة من Task inhibition cognition and task oriented cognition و قام بترجمتها إلى الفرنسية pensées inhibantes les conduites et pensée orientantes vers les conduites. J. Cottraux

جدول 15 : أفكار POC/PIC

أفكار متجهة نحو سلوكات POC	تصحيح التفككات المعرفية	تفككات معرفية	أخطاء منطقية تؤدي إلى سلوكات PIC
زميلي في العمل ساعدني كثيرا لماذا لا أسأل عن زوجته التي كانت مريضة.	البحث عن فكرة تنتقد الفكرة الأولى	التعميم الزائد	لا أحد يهتم بي لن يزورني أحد

وكعمل منزلي طالبت الباحثة «ز» بما يلي:

- إبحثي عن الأخطاء المنطقية التي تمر في ذهنك في الأوقات الصعبة.
- إستعملي تقنية POC/PIC لتعديلها بأفكار واقعية.
- في الأخير، قيمى انفعالك وسلوكك بعد هذا العمل المعرفي.

في الحصة السابعة عشر، ناقشت الباحثة الأنسة «ز» في العمل المنزلي وتطرقنا إلى موضوع لآخر هو البحث عن المخططات الإكتئابية وقد سهل العمل في هذا الإتجاه لأن «ز» لها قدرة كبيرة على الإستبطان وقد كانت جد فعالة في هذا التمرين وقد توصلت الأنسة «ز» إلى المخطط التالي: التضحية بالذات/ التحمل الزائد للمسؤولية وهذا يعني أنها تبالغ في الوفاء باحتياجات أسرتها على حسابها الخاص مما أدى إلى الإحساس أن احتياجاتها لم تشبع بشكل ملائم والشعور بالإمتضاض نحو أسرتها وقد لاحظت الباحثة أن الأنسة «ز» تبدل قصارى جهدها هذه الأيام للإنتقال إلى العمل في الجنوب بعدما تفتنت للضغط النفسي التي يمارس عليها من قبل الأسرة. وطالبت الباحثة الأنسة «ز» البحث عن موقف لازالت تشعر بعدم الراحة فيه رغم التقنيات التي تعلمتها ورغم نجاحها فيها ثم طالبتها بوصف مواقف كثيرة في الماضي وحاليا تتصرف فيها بطريقة مماثلة والبحث عن القاسم المشترك بينهم ثم تستعمل مختلف التقنيات الخاصة بتعديل المخططات الإكتئابية مثل السهم الهابط والتعرف على الإستراتيجيات التي تستعملها للتكيف.

وقد تدربت كذلك الأنسة «ز» على استعمال البطاقة الخاصة بالإستراتيجيات وهذا

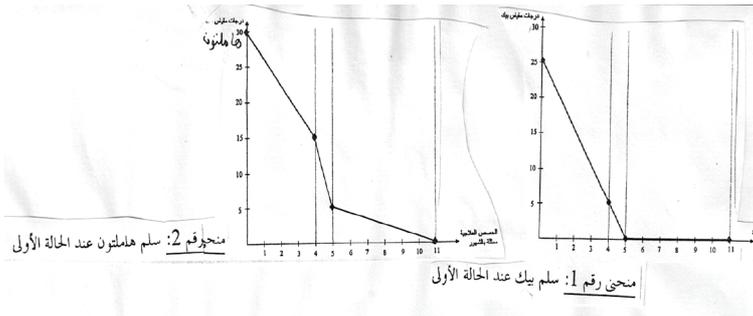
مثال على هذه الطريقة:

جدول 16: المخطط الأساسي و المرن

المخطط الأساسي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المرن	الإستراتيجية المعدلة
لأستطيع التخلي عن أمي	البقاء معها مهما كانت الظروف	اعتنيت بها بما فيه الكفاية	جاء دور إخوتي لتحمل المسؤولية.

3-3-5 الحصيلة النهائية:

لاحظت الباحثة أن الأنسة «ز» تتطور في العلاج بصفة مذهلة وتستعمل التقنيات بنجاح كبير. وفي الحصة العشرين قدمت الباحثة سلام التقييم الخاصة بالإكتئاب وكانت نتائج سلم بيك وهاملتون في المنحنى التالي. وراجعت مع الأنسة «ز» بعض التقنيات ونصحتها باستعمالها كلما كان ذلك ضروريا وطلبت منها المجيء في حصتين للملا استمارة SCID II واستمارة أيزنك للسّمات.



6- تعليق عام:

قدمت الأنسة «ز» من خلال التشخيص اضطراب المزاج المكتئب وقد استمرت هذه الأعراض أكثر من سنتين وكانت الأحداث التي مرت بها طيلة حياتها من العومل التي أثرت عليها سلبا. وأحداث أخرى فجرت هذا الاضطراب ك وفاة صديقتها وانفصالها عن مديرها وعدم زواجها وأعراض سن اليأس. وقد طلبت العلاج واقترح عليها العلاج المعرفي . وقد سبق لها أن عولجت بالعلاج النفسي المساند.

وبدأت الباحثة العلاج باستعمال الأساليب السلوكية التي تخلص الأنسة «ز» من التعب وعدم النشاط ثم انتقلت إلى التعديل المعرفي الذي قلل من فترات الحزن والبكاء وكان التخلص من الشعور بالذنب تجاه الأم والإخوة الهدف الأخير لتعديل المخطط.

وكانت مشاركة الأنسة جد فعالة في استيعاب و تفعيل الأساليب العلاجية ويرجع السبب لارتفاع دافعيته وشعورها بالمسؤولية نحو التقدم في العلاج وأظهرت قدرة كبيرة على مواجهة الصعوبات خلال كل فترات العلاج وأظهرت سلام التقييم النجاح فيه ولم تؤثر العصبية التي تحصلت عليها من خلال استمارة أيزنك على تقدمها في العلاج ولا الشخصية الهستيرية التي ظهرت من خلال التشخيص والمقابلة شبه الموجهة (SCID II). واستمرت في التقدم في العلاج حتى بعد ثمانية أشهر ولكنها أبدت الرغبة في الاستمرار في العلاج ولو على فترات متقطعة ومنتالية لأنها ورغم تحكمها في هذه الأساليب و التقنيات العلاجية، إلا أن الخوف من معاودة المرض لازالت تراودها ولم تطلب علاجاً بنفس النظام الذي اتبعته خلال الأربعة أشهر وإنما طلبت عدم قطع الصلة مع الباحثة و الاستنجاها في حالة الحاجة إليها.

1- تقديم الحالة الثانية:

1-1 مقدمة:

الآنسة «غ» تبلغ من العمر 23 سنة وهي طالبة في السنة الرابعة جامعي تخصص آداب وهي مقيمة في الحي الجامعي حيث تقطن في الأصل في ضواحي تلمسان. هي فتاة متوسطة القامة، متحجبة ومعتنية بهندامها ، متناقلة في مشيتها وبطيئة في حركاتها. تتكلم بصوت بطيء و مطأطأة الرأس. كانت تتابع حصصا علاجية عند طبيب مختص في الأمراض العقلية بسبب بعض السلوكات الوسواسية، عانت منها لعدة سنوات واقترحتها هذا الطبيب للعلاج المعرفي في إطار الدراسة التي تقوم بها الباحثة، خصوصا أن الحالة لم تعد تستجيب للعلاج وتعدت أعراضها بأعراض اكتئابية حيث «فقدت طعم الحياة ولولا أنها مسلمة لانتحرت» فهي لا تثق في أحد خصوصا صديقاتها وهي مجبرة للتعامل معهن وهي بعيدة عن العائلة.

الآنسة «غ» هي الثانية في ترتيب إخوتها حيث تكبرها أختها المتزوجة في الجزائر العاصمة وهي تعيش مشاكل عدة مع زوجها وعائلته والحالة قلقة بشأنها لأنها على وشك الطلاق. تصغرها أختها تبلغ من العمر 19 سنة وأخ في الثانية عشر. أما الأم فهي مسالمة «كجميع الأمهات» وتعود زمام الأمور إلى الأب فهو جد متسلط وحذر جدا. يزورها مرارا في إقامتها الجامعية ويرفض لحد الآن «شراء لها هاتفا نقالا يسهل عليها الإتصال بعائلتها».

تحدث الآنسة «غ» عن طفولتها بحزن شديد فقدت الحنان من والديها لأنهما شخصان لا يعبران عن اهتمامهما وحبهما لأبنائهما». كانت تتهرب وهي صغيرة إلى الإهتمام بالرسوم المتحركة وكانت تتعاش مع أحداث القصص حتى وصلت إلى تجسيد نفسها في كل القصص وكانت تتابع القصة من نسج خيالها وأنها إحدى بطلات هذه القصص. لم تلعب كثيرا مع الأطفال وكانت تفضل العزلة للتماهي مع أبطال الرسوم المتحركة وهذا كان يجعلها تشعر بالإرتياح والقلق في نفس الوقت لأنها «تعرف تماما أنه خيال فقط». «لا يوجد أي شيء يمكن أن تذكره حول حياتها ومعاملة والديها فكل شيء كان عاديا». يبدو أنها لم تتأثر حقيقة بهذه العلاقة.

2-1 تاريخ الحالة:

تصف الآنسة «غ» نفسها بالمتشائمة والحزينة دوما، لاتضحك كثيرا ولا شيء

يسعددها، فمزاجها دائما على وتيرة واحدة ويزداد حزنا واضطرابا في السنوات الأخيرة. لا تتذكر أن طفولتها كانت أحسن من الآن سوى أنها أكثر وعيا وأكثر تألما بمعاشها. بدأت وواصلت دراستها بطريقة عادية، لم تكن المجتهدة التي تتفوق على صديقاتها ولا الكسولة التي تجد صعوبة في الإنتقال من سنة على أخرى.

تذكر أنها عاشت مشاكل صحية متكررة خصوصا تعفونات على مستوى اللوزتين وهي لا تنقطع عن زيارة الطبيب لحد الآن. «وهي صغيرة كانت تستشير الطبيب العام أما الآن جاء دور الطبيب العقلي وهذا ما يزيدا ألما وشفقة على نفسها وعلى وضعيتها التي يبدو أنها لن تتطور».

1-2-1 العوامل المؤثرة في حياتها:

كما سبق في ذكر تاريخ الحالة، يبدو، أن مرض الأنسة «غ» المتكرر أشعرها بنوع من النقص والضعف والحساسية المفرطة خصوصا أن الأمر يتطور حاليا لزيارة الطبيب والمختص النفسي (الباحثة). طفولتها كانت رتيبة ومخرجها الوحيد هو أحلام اليقظة التي كانت تنسجها مع ابطال الرسوم المتحركة، ومما زاد الطين بلة هو ظهور علامات الحيض في سن المراهقة مما جعلها تضطرب وتودع خيالاتها الطفولية لتعوضها بأحلام جنسية وصلت إلى حد الوسواس، فهي متكررة وقهرية لا تستطيع تجنبها ويثيرها أي موقف أو شخص أمامها. فبدأت تشعر أنها غير طبيعية وبدأت تمارس العادة السرية وهي قلقة من فقدان عذريتها. فهي محافظة وملتزمة لم تتعرف على أي شاب في مراهقتها وكانت تفضل الأحلام على أن تربط علاقات تعرف نتائجها على حياتها العائلية والدراسية.

1-2-2 العوامل المحركة :

خلال مزاولة دراستها في السنة الثالثة ثانوي، تعرفت على فتاة متحجبة وكانت متأثرة جدا بأفكارها الخاصة بالجنس وركزت اهتماماتها ونشاطاتها في المطالعة في الكتب الدينية مع استمرار الأفكار الجنسية. تدهور مردودها الدراسي وفشلت في امتحان شهادة البكالوريا وأعادت السنة ولكن باهتمام أحسن من السنة الماضية وارتدت الحجاب وارتفعت أحاسيسها بالذنب و«الصراع الذي تعيشه بين الدين والواقع، فالحجاب قيدها في أمور كثيرة وفي نفس الوقت لا تستطيع التخلي عنه». نجحت في التحصل على شهادة البكالوريا واختارت شعبة الآداب لمواصلة دراستها

الجامعية، لم تجد أي صعوبة في الدراسة لكنها في نفس الوقت لم تصل لحد التفوق الذي تتمنى أن تصل إليه. تشكو الانسنة «ع» دائماً من أفكارها الجنسية في المرحلة الجامعية وتوسعت هذه الأفكار لتشمل بعض السلوكيات التي لا ترتاح إلا عندما تقوم بها وهي تعلم جيداً أنها تافهة مثل عد الأشجار عندما تكون في السيارة أو الحافلة وغسل الثياب حتى ولو كانت نظيفة وجمع الخبز من تحت الطاولات في المطعم و تعقد الأمر ليشمل الأمور الدينية مثل الخروج من المحاضرات لصلاة الظهر أو أي وقت حتى ولو لم تسمح لها الظروف بذلك. أمام هذه الأفكار الملحة والمسيطرة استشارت الطبيب المختص في الأمراض العقلية الذي ساعدها في التغلب على بعض الأفكار، لكنه لاحظ أن مزاجها يميل إلى الإكتئاب فأوصى بها للعلاج المعرفي.

1-3 التشخيص:

شخصت الانسنة «ع» حسب تصنيف الدليل الإحصائي للأمراض العقلية والنفسية وظهر أنها تعاني من اضطرابات اكتئابية رئيسية واضطراب في الشخصية في المحور الثاني حسب استمارة SCID II.

قدمت في المعيار أ: مزاجاً مكتئباً طيلة اليوم و ارتفاع ملحوظ في الوزن و الشهية وكثرة النوم

وتعب وفقدان الطاقة وضعف في تقدير الذات وارتفاع اللوم والشعور بالذنب. ولا يوجد في المعيار ب أعراض مرحلة مختلطة. وأدت هذه الأعراض في المعيار ج إلى ألم نفسي أثر على الحياة الاجتماعية وفي المعيار هـ لا توجد علاقة لهذه الأعراض بتناول مادة سامة أو مرض عضوي ولا أعراض ذهانية. وكان التشخيص في المحور الأول: اضطرابات اكتئابية رئيسية منعزلة F322.

- المحور الثاني: شخصية وسواسية قهرية F605 وظهرت من خلال البحث عن الكمال عوض الانتهاء من القيام ببعض النشاطات. والدقة والصرامة في القضايا التي تخص الدين والتزدد في توكيل الأعمال إلى الآخرين وتعصب وعناد.

المحور الثالث: لا تعاني من أي مرض عضوي حالياً.

المحور الرابع: في هذا المحور لا يمكن ذكر أي مشكل أثر على الحالة .

المحور الخامس: تحصلت الحالة على النقطة 51 وهي تشير إلى أن الأعراض

متوسطة الشدة مع صعوبات في تأدية نشاطاتها الاجتماعية والمدرسية.

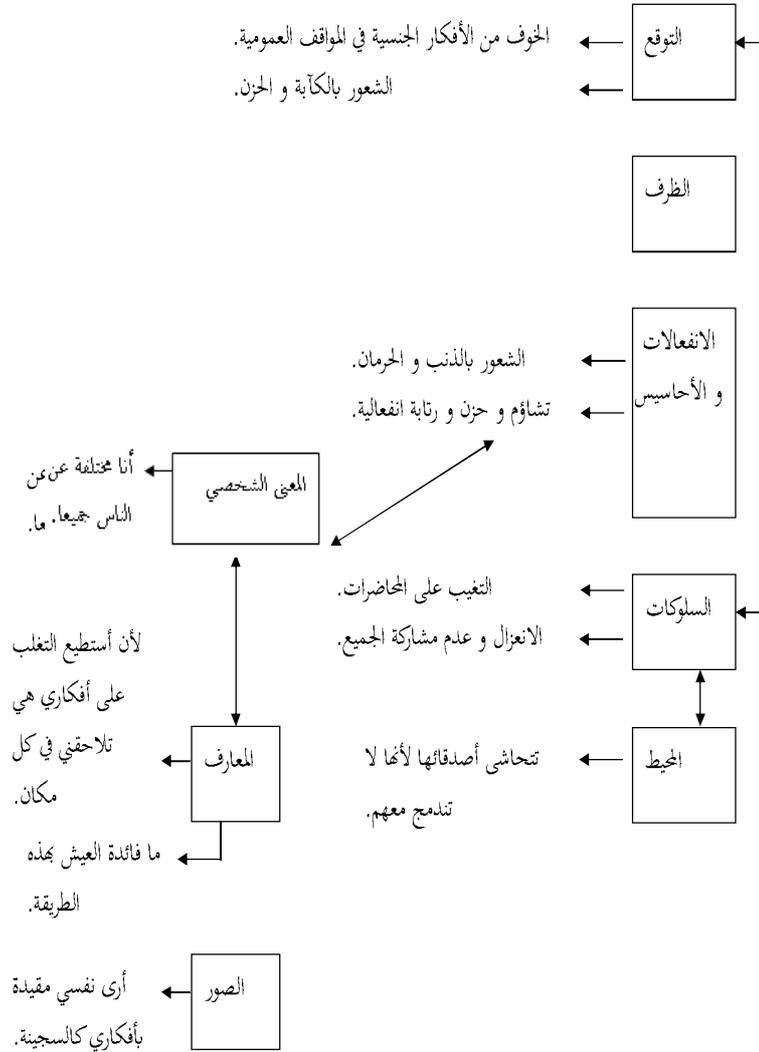
1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل التزامني:

استعملت شبكة SECCA لتحليل المشكل الحالي الذي تعاني منه الحالة وهو في

هذا الشكل:

جدول 17: شبكة SECCA لـ J. Cottraux



2-1-3-1 التحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 المعطيات البنيوية:

2-2-1-3-1 المعطيات الجينية:

- الأم مائنة في البيت، لا تعاني من أي اضطراب أو مرض عضوي ولا نفسي ولكن يبدو أنها لا تظهر أي حنان أو اهتمام واضحين لأبنائها عدا التكفل باغراضهم ومصالحهم اليومية.
- الأب عامل يومي، ينتقل من مهنة إلى أخرى حسب الظروف والأعمال المتوفرة لكن هذا لا يمنع أنه يؤمن للعائلة عيشاً مريحاً. لا يعاني من أي مرض عضوي ولا نفسي لكنه مثل زوجته غير مبالي بمتطلبات أبنائه النفسية، زد على ذلك فهو صارم لدرجة التسلسل وفرض آرائه على الجميع.
- تصف الأنسة «غ» نفسها بالبلادة الإنفعالية، لاشيء يهز مشاعرها.

3-3-3-1 العوامل التاريخية المثبتة:

- لا يوجد مساعدة عائلية لا من الأب ولا من الأم.
- لا تثق في أحد حتى أنها تخجل من البوح عن أفكارها.

4-3-3-1 الأدوية المتناولة: Anafranil . Remeron.

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

- من بداية العلاج إلى نهايته قدمت السلام على النحو التالي:
- حصيلة بيك للإكتئاب في بداية العلاج ووسط ونهاية وبعد ثمانية أشهر.
- حصيلة هاملتون بنفس الطريقة.

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

ينصب اهتمام الأنسة «غ» الآن حول التخلص على حالات التعب والإرهاق والقضاء على الأفكار السلبية التي تعرقل مزاجها بشدة وتمنعها من التفكير في مذكرة التخرج.

2-3 التقنيات العلاجية المستعملة:

استعملت الباحثة مجموعة من التقنيات تهدف إلى الوفاء بالعقد العلاجي المسطر

بلاشتراك مع الأنسة «غ» وهي:

- الإستعداد للتغيير عن طريق تحليل النشاطات-تحريك التغيير عن طريق تقنية التحكم/إرتياح.

- التدرب على تقنية بناء الأفكار وذلك عن طريق بعض المعلومات حول دور الأفكار في تغيير المزاج.

- التعرف على الأفكار السلبية باستعمال الأعمدة الأربعة.
- مسائلة الأفكار الآلية أو السلبية باستعمال تقنية مزايا/عيوب الأفكار الآلية.
- التعرف على المخططات الإكتتابية وذلك بتقييم ضرورة المخطط على المدى القصير/ المدى الطويل.

3-3 بداية العلاج:

يتكون من ثلاث مراحل: تخصص الحصص الثلاثة الأولى لملاحظة سلوك «غ» قبل أي تدخل علاجي. أما المرحلة الثانية تخص العلاج المحظ في عشرة حصص والمرحلة الثالثة تخص الكشف عن المخططات والمتابعة.

1-3-3 برنامج الحصص:

- تضم حصيلة الأسبوع الماضي والتعرف على الأعمال المنزلية
- اختيار مشكل يستهدف مع تقنية معرفية أو سلوكية.
- وصف أعمال منزلية.
- تلخيص للحصة ثم تقدم الأنسة «غ» العائد **feed back**.

خصصت إذن الحصص الثلاثة الأولى في مراجعة التشخيص وتعريف «غ» بالطريقة العلاجية والتعرف على مدى استعدادها المواصلة فيه والقيام بالأعمال المنزلية.

2-3-3 من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر:

استعملت الباحثة أسلوب تحليل النشاطات فمعروف أن اضطرابات المزاج تؤدي في الغالب إلى ضعف في الفعالية من ناحية القيام ببعض الأنشطة والأمر يتعلق خصوصا بالأنشطة المعقدة (سواء العقلية أو المهنية أو الشخصية) وتتوسع لتشمل الأنشطة اليومية. وعادة ما تعتقد الأنسة «غ» (بسبب المرض طبعا) أنها لا تقوم بأي نشاط في اليوم وهذا الاعتقاد مبالغ فيه لدرجة كبيرة. ومن خلال هذا الأسلوب، عملت الباحثة على تعليم الأنسة «غ» تسجيل نشاطاتها اليومية وقامت معها في الحصة

بوضع جدول وملئه ليحتوي على كل النشاطات التي تقوم بها حتى التي تظهر لها غير مهمة أو تافهة .

جدول 18: النشاطات اليومية

يوم/ساعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
10-9	فطور	فطور	فطور الصباح	فطور	فطور	فطور	فطور
11-10	الصباح	الصباح	محاضرة	الصباح	الصباح	الصباح	الصباح
12-11	العودة إلى	محاضرة	تطبيق	ترتيب	مكتبة	ترصص	غسل
14-13	نلمسان	محاضرة	جلوس مع	الغرفة	مكتبة	العودة إلى	الأواني
15-14	محاضرة	راحة	الصيدقات	محاضرة	العودة إلى	المنزلة	الحمام
16-15	قهوة النساء	مراجعة	المكتبة	نشاطات	الإقامة	قيلولة	
17-16	مراجعة	قهوة	العودة إلى	إسعافات	ترتيب	شرب	نوم
18-17	العشاء	المساء	الإقامة	لقاء مع	الغرفة	القهوة	شرب
19-18	شرب	مراجعة	عشاء	شباب من	عشاء	مراجعة	الشاي
20-19	الدواء	عشاء	دواء	بشار	دواء		ضيوف
21-20	النوم	دواء	نوم	عشاء دواء	نوم	دواء	مراجعة
22-21		نوم		نوم		نوم	نوم

تعتقد الآنسة «غ» أنها تغيرت بسبب المرض ولم تعد تقوم بنفس النشاطات التي كانت تقوم بها سابقا، ولكن أسلوب تسجيل الأنشطة يساعدها على التفتن أن ما تقوم به هو مماثل لما سبق وتسمح برفع وعيها حول معطيات هامة للتغيير، فالنشاط متواصل حتى و لو أنه خال من كل طعم والشعور بالإرتياح. تعلمت «غ» التركيز على نشاطات أقل أهمية فيما يخص مستوى الفعالية بالمقارنة مع الفترة ما قبل المرض والمهم أنها تواصل القيام بأعمالها كما سبق وليس ما تعتقده حول مستوى فعاليتها. وتدعيها لما سبق تدربت الآنسة «غ» على استعمال جدولا آخر لتملأه للحصة المقبلة كعمل منزلي.

جدول 19: تقييم النشاطات

الأشياء التي حدثت كما يرام	الأشياء التي لم تحدث كما يرام
كل الأشياء الروتينية	-مشادة مع الأب حول الهاتف النقال -لقاء مع الشاب من بشار.

جعل هذا النوع من الجداول الآنسة «غ» تلفت انتباهها لعدد نشاطاتها الإيجابية في حياتها وشجعتها الباحثة على المثابرة في برمجة نشاطات أخرى جديدة.

تعلمت الآنسة «غ» أن النشاطات تنخفض في حالة الإكتئاب وهذا الأخير يجعلها

تعتقد أن الإنخفاض كان كبيرا وهذا الاعتقاد يشعرها بالتشاؤم، لهذا نصحتها الباحثة بوضع حصيلة حقيقية للنشاطات أمر مهم، على أن تركز على النشاطات الأكثر سهولة في التطبيق ثم المرور إلى الأصعب. يجب الإشارة أن الآنسة «غ» واصلت في ملء هذان الجدولان خلال كل المرحلة العلاجية (من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر) وتعتبر من الأعمال المنزلية التي طالبت الباحثة الآنسة «غ» القيام بها. عادة وبشكل عام، يعبر الفرد عن نفسه في ثلاث مستويات وهي:

- سلوكيات الفرد أمام المواقف.
- الإنفعالات التي يشعر بها خلال هذه المواقف.
- والأفكار التي تمر في ذهنه خلال هذه المواقف.

وتتفاعل هذه المستويات فيما بينها وتؤثر على بعضها البعض وانطلاقا من هذا قامت الباحثة في الحصة الخامسة على تمرين الآنسة «غ» على استيعاب هذه المستويات من خلال الجدول التالي:

الجدول 20: الثلاثية المعرفية

الموقف/ السلوك	الإنفعال (الحالة النفسية أثناء الموقف)	الفكرة التي مرت في ذهنك
عاد الشاب من بشار والتقيت معه وعلمت أن أمه ترفض ارتباطنا	حزن شديد وبكاء.	لا أحد يرغب الارتباط بي سأبقى وحيدة طول حياتي.

نهت الباحثة الآنسة «غ» أن طريقة تقييم الأنشطة والقيام بأعمال خلال اليوم يعمل على جعل الإنفعالات أكثر إيجابية ولكن هذا غير كاف في حالات الإكتئاب لأن الأفكار السلبية تعرقل التفكير وترفع من الألم النفسي وقد تعمل على خفض نشاطاتها في حالات الاكتئاب، وتعتبر الأفكار السلبية مرآة للإنفعالات أكثر من الواقع. فالأبحاث العلمية تشير بوجود الأفكار السلبية والتحكم في تأثيرها يعيد التوازن الانفعالي. وللوصول إلى هذا الهدف طلبت الباحثة من الآنسة «غ» تقييم اعتقادها بالفكرة السلبية التي قد تظهر وهي السبب في الغالب في تعكير مزاجها فكلما اشتد الانفعال السلبي كلما زاد الاعتقاد بالفكرة السلبية وتجاهل الأفكار الواقعية. واستعمال الأعمدة الأربعة لبيك يساهم في إظهار هذه العلاقة. طلبت الباحثة من الآنسة «غ» اختيار بعض الأفكار السلبية التي تعكر مزاجها وتعتبرها من الصعوبات اليومية شرط أن تكون وقعت في هذه الأيام. وتدربت على وضعها في الجدول وتعلمت كذلك أن

تجد لها أفكار بديلة تدحض بها الأفكار السلبية. وبداية استعملت بطاقة الأربعة أعمدة وهي كالتالي:

الجدول 21: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الإعتقاد	الأفكار السلبية	انفعالات	مواقف/سلوك
%80	-ترفضني صديقاتي وتفضلن الابتعاد عني.	-قلق و حزن شديدين	-تشاجرت مع صديقاتي اللواتي يسكن معي في الغرفة
%90	-لست مثل بقية البشر.	- ملل وتشاؤم من المستقبل.	- سئمت من شرب الدواء.
%50	- أنا بشعة لا أحد سيرغب في.	-القرع من جسمي.	- بسبب الأدوية تزداد شهيتي ووزني يزيد.

طلبت الباحثة من الآنسة «غ» القيام بعمل منزلي على أن يتم مناقشته خلال الحصص العلاجية المقبلة.

- تحديد الموقف الذي تشعر فيه بالحزن بدرجة كبيرة.
- إعادة معايشة الموقف بتخيل الموقف الذي كان فيه الإنفعال كبيرا.
- إطرحي على نفسك السؤال التالي: في هذا الوقت، فيما فكرت؟ ماذا قلت؟ أو ماذا يعني لي هذا الموقف؟
- إستعملي بطاقة الأعمدة الأربعة.

تعلمت الآنسة «غ» في الحصص العلاجية السابقة أسلوب تحليل النشاطات وقياس درجة الإعتقاد وبطاقة الأعمدة الأربعة وبطاقة الخمس أعمدة.

بقيت لدى للآنسة «غ» بعض الأفكار الإكتئابية حتى بعد نجاح الأساليب الأولى التي كانت تهدف إلى التغيير وهذا يشير إلى قوة هذه الأفكار ومدى المساحة التي تسيطر عليها وبقاؤها يعني كذلك أن الآنسة «غ» تستفيد من هذه الأفكار ولو بطريقة غير إرادية واستعمال أسلوب مزايا/عيوب أو تقنية *Avantages de la pensée/désavantages de la pensée* التي ستساعد الآنسة «غ» على تجاوز هذه العقبة في المثال التالي:

الجدول 22: مزايا/ عيوب الأفكار

عيوب هذه الفكرة	مزايا هذه الفكرة	الفكرة
أشعر بالدونية بالمقارنة مع زملائي 30% أنا مختلفة عن الآخرين، حظي سيء مع هذه الحياة. 60%	هذا الشعور يجعلني لا أقوم بأي مجهود لتغيير هذه النتائج. 80% أبحث دائما عن مساعدة المختصين من أطباء ومختصين نفسيين. 50%	نتائجي في الدراسة متوسطة جدا. كل ما أتذكره في طفولتي هو الانتقال من مرض إلى آخر.

لاحظت الباحثة أن «غ» تستفيد من هذه الأفكار ولو على المدى القصير. فهي تشعرها بالإرتياح المؤقت وتعزز تأثير هذه الفكرة. وحاولت الباحثة إقناعها بهذه الفكرة: حسب البحوث العلمية، كل سلوك ينجر عنه ارتياح أو مكافأة أو تعزيز مباشر في مدة قصيرة، يثبت أمام سلوكات تكافؤ بعد وقت متأخر أو على المدى الطويل.

في الحصة الرابعة عشر طالبت الباحثة من الآنسة «غ» القيام بالعمل المنزلي التالي:

- تحديد الأفكار التي تقاوم التغيير.
- تقدير مزاياها على المدى القصير والمدى الطويل ودورها في ظهور الحالة الإكتئابية.
- الإجابة على السؤال التالي: ما هو شعورك في نهاية هذا التمرين؟

في الحصة الخامسة عشر، حددت الآنسة «غ» بعض الأفكار التي تقاوم التغيير وهي الأفكار الجنسية التي تراودها ولو أنها بدأت تقل نسبيا هذه الأيام فهي منشغلة في تعديل أفكارها نحو صديقاتها وإنجاز مذكرتها. وتدربت على استعمال تقنية الفكرة / مزاياها / عيوبها.

الجدول 23: مزايا/ عيوب الأفكار

مزايا الفكرة	عيوب الفكرة	الفكرة
أشعر بالإرتياح 80%. هذه الأفكار تسمح لي بالتنفيس عن الضغوط التي أعيشها 20%. المجموع: 100%	أشعر بالذنب الكبير 50%. أحس أنني تافهة 20%. المجموع: 70%	أفكر كثيرا في الأمور الجنسية

لاحظت الآنسة «غ» أنها كلما يقل شعورها بالذنب نحو أفكارها الجنسية كلما قل القلق ونتيجة لذلك تقل هذه الأفكار فكأنها قطعت الحلقة المفرغة.

3-3-3 الحصيلة الجزئية:

في الحصة السادسة عشر قامت الباحثة بوضع حصيلة جزئية لمقارنة الحالة الإكتئابية في الحصة الأولى والحالة الراهنة عن طريق سلم التقييم. ظهر تحسنا طفيفا على المزاج الإكتئابي وتردد اضحا من طرف الأنسة على مواصلة العلاج ولكن بإلحاح من الباحثة، قبلت مواصلة البرنامج العلاجي.

ألحت الباحثة على إتمام العلاج مع الأنسة «غ» لعل الحصص الباقية (أربعة حصص) تساهم في تغيير موقف الأنسة «غ».

4-3-3 من الحصة السابعة عشر إلى الحصة العشرين:

تركز الحصص المتبقية على القضاء على النواة الاكتئابية وهي دور المخططات في التأثير على مستقبل المرض. وهذه المخططات هي في حقيقة الأمر استراتيجيات (ما يسميه الأنجلوساكسون coping) السلوكية والمعرفية والإتفاعلية التي يستعملها الفرد أمام مواقف تعرقل حياة الفرد.

إن الاهتمام بهذه الإستراتيجيات هو الاهتمام بالجانب العميق للشخص.

وفي هذا المنوال وضعت الباحثة برنامجا للتعرف على هذه المخططات وتعديل الإستراتيجيات المرتبطة بالمخططات. ومن أجل الوصول إلى هذا الهدف حددت الباحثة أربع متغيرات هي:

المخططات والإستراتيجيات القديمة و المخططات الجديدة والإستراتيجيات الجديدة

حاولت الباحثة تدريب الأنسة على وضع هذا الأسلوب على الشكل التالي:

الجدول 24: المخطط الأساسي و المعتدل

المخطط الأساسي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المعتدل	الإستراتيجية المعتدلة
قاعدة صارمة	إستراتيجية صارمة حسب المخطط الأساسي	قاعدة مماثلة للمخطط الأساسي ولكن أكثر اعتدالا	سلوكات متكيفة أكثر فعالية ناتجة عن مخطط معتدل.

عملت الباحثة بمساعدة الأنسة «غ» على البحث عن فائدة المخطط على المدى القصير وعلى المدى الطويل في الأمثلة التالية:

الجدول 25: المخطط الرئيسي و المعتدل

المخطط الرئيسي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المعتدل	الإستراتيجيات المعتدلة
يجب أن أكون كاملة parfaite	القيام بأقصى المجهودات اللازمة للوصول إلى هذا الهدف	حتى أكون سعيدة، لايجب وضع أهداف من المستحيل الوصول إليها	سأضع أولويات بالتدرج لأصل إليها.

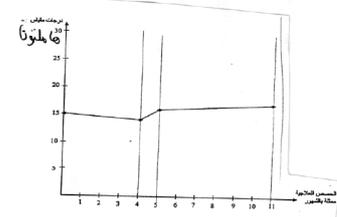
لاحظت الباحثة أن الأنسة «غ» غير مقتنعة تماما بالبرنامج العلاجي وهي تملأ الجداول بطريقة آلية. طلبت منها الباحثة أن تملأ نفس الجدول كعمل منزلي وكان كالتالي:

الجدول 26: المخطط الرئيسي و المعتدل

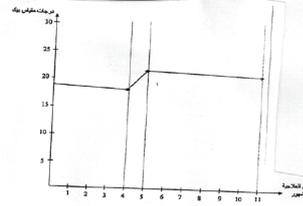
المخطط الرئيسي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المعتدل	الإستراتيجيات المعتدلة
أنا إنسانة غير مرغوب فيها.	الانعزال عن الآخرين وتجنبهم قدر الإمكان.	الابتعاد عن الآخرين، يضعني في حلقة مفرغة. أضع نفسي في عزلة، يتعد عني الآخرون وهكذا دواليك.	سأحاول التقرب من زميلاتي عسى أن يقتربن مني أكثر، وأقطع تلك الحلقة المفرغة.

3-3-5 الحصيلة النهائية:

كانت هذه التمرينات الأخيرة التي قامت بها الأنسة «غ» ورفضت تماما الاستمرار في العلاج. وكانت حجتها أنه يتعبها وليست لها أدنى طاقة لتنفيذ هذه الأعمال وحتى المجيء للحصص العلاجية. تفهمت الباحثة الوضع وملأت السلام التي تقيس الاكتئاب وطلبت منها العودة بعد ثمانية أشهر إذا أمكن ذلك.



مخطط رقم 4: سلم هاميلتون عند الحالة الثانية



مخطط رقم 3: سلم بيك عند الحالة الثانية

6- تعليق عام:

قدم الجدول الاكلينيكي للآنسة «غ» أعراض مختلفة تتمثل في اضطرابات اكتئابية منعزلة بعدد كانت تعالج عند الطبيب المختص بسبب اضطرابات وسواسية قهرية استمرت معها لسنوات عديدة وتم الشفاء منها لكنها طورت فيما بعد أعراض اكتئابية مثل التباطؤ الحسي-حركي وأفكار سلبية حول ذاتها وحول الأشخاص الذين يحيطون بها وارتفاع في الوزن وشعور بالذنب. وقد أبدت في بداية العلاج حماسا حول برنامج العلاج واستمرت فيه وبدأت تتراجع ودافعتها تقل كلما اقتربت لنهاية العلاج حتى أن الأعراض اشتدت في أواخره ورفضت متابعته وبعد ثمانية أشهر لم تبد الآنسة «غ» أي رغبة أو استعداد لاعادة برمجة العلاج من جديد وبعد ملئ استمارة أيزنك والمقابلة شبه الموجهة (SCID II) تحصلت على نقاط عالية في العصابية والشخصية الوسواسية القهرية في المحور الثاني للتشخيص.

1 - الحالة الثالثة:

1-1 مقدمة:

السيدة «ج» تبلغ من العمر 40 سنة، تسكن بتلمسان وأم لثلاثة أبناء: فتاتين وشاب وماكثة بالبيت. هي متوسطة القامة، نحيفة، متحجبة، منظمة في هندامها، تبدو حزينة مقطبة الجبين وآثار الدموع بادية في عينيها، صامتة لا تتكلم إلا بإلحاح من الباحثة. حسب التقرير الطبي، يظهر أنها تشكو من مراحل اكتئابية متكررة ومعاودة . تشفى خلال فترات وتتنكس بسرعة.

تبدو أكبر من سنها بكثير. عولجت لسنوات من طرف الطبيب المختص في الأمراض العقلية الذي اقترح عليها العلاج المعرفي. هي ثالثة إخوتها وعددهم خمسة. أخت وثلاثة إخوة. هي الوحيدة التي نجحت في شهادة البكالوريا واختارت مواصلة دراستها في المعهد التربوي التقني ITE.

والديها على قيد الحياة لكنهما لا يلعبان أي دور في حياتها ولا حياة إخوتها، هما كبيرا السن، منعزلان، يعيشان على المعاش، دخلهما متوسط لكنه يكفيهما ليعيشا حياة مستقلة. كل إخوتها متزوجون، لا يزورون بعضهم بعضا إلا في الأعياد والمناسبات، كل منصرف في حياته الخاصة.

للسيدة «ج» بنتين وولد. يبلغ عمر الكبرى 21 سنة، متزوجة ولها ولد وتعيش مع والدي زوجها وهي مرتاحة البال من جهتها. أما البنت الوسطى وعمرها 20 سنة فهي حديثة الزواج وتحضر السفر مع زوجها للخارج. ويبدو أن السيدة «ج» جد متأثرة برحيلها الوشيك.

أما ابنها الأخير والذي يبلغ 19 سنة، فيظهر أنه سبب مشاكلها النفسية فهو مصاب باضطراب المزاج ثنائي القطب.

2-1 تاريخ الحالة:

تصف السيدة «ج» طفولتها بالعادية والقصيرة، حيث بعض المرات، لا تكاد تذكر وتفصل بين طفولتها وزواجها وأمومتها وزواج بنتيها. الأمور مرت بسرعة البرق. ويمكن القول أنها « لم تستمتع بأي مرحلة من المراحل». تتذكر كل الأحداث كأنها فيلم لبطله أخرى وكأن الأمور التي مرت بها لا تعنيها حتى في بعض المرات «لا تصدق أنها جدة». عندما تصف السيدة «ج» عائلتها، تصفها بالمحافظة والمنغلقة والتي تعطي

أهمية كبيرة للمظاهر وما يقوله الناس، حيث عمل والديها أن تبقى سمعتهما جيدة في المجتمع وأقبلا على تزويج بناتهما وأولادهما مبكرا، مع عائلات ذات مكانة طيبة في المجتمع. كانت دراسة السيدة «ج» ناجحة، غير أن أهلها لم يعبرا هذا النجاح أي اهتمام، «فهمما نجحت المرأة، يبقى دائما مكانها مع الزوج والأبناء». وبالفعل، فبعد نجاحها في البكالوريا، تم تزويجها، غير أن زوجها كان متفهما وشجعها على الدراسة ولكنها بعد حصولها على الشهادة، فضلت البقاء في البيت لرعاية أبنائها وهي « غير نادمة على الإطلاق».

1-2-1 الأحداث المؤثرة في حياتها:

يمكن الإشارة لعدة أحداث كان وقعها على حياة السيدة «ج» جد كبيرا. ويمكن البدء بطفولتها التي تعتبرها «فارغة». فقد كانت في المرتبة الوسطى، لا أحد يعيرها الإهتمام، لا الأم ولا الأب ولا الإخوة. كانت الأم جد قاسية على أبنائها، خصوصا البنات، حيث عملت على تعليمهما الإعتناء بالبيت والخياطة وكانت تعتمد عليهما في الأمور المنزلية. ولم تكن السيدة «ج» لتذهب إلى الدراسة إلا بعد أن تنتهي من دورها في غسل الأواني ومسح الأرض، مما كان يستدعي أن تنهض باكرا للقيام بهذه الأمور، فالأم لا تفرق بين أيام الدراسة وأيام العطل فالأمور بالنسبة لها سيان. ما يهمها هو الترتيب والإنضباط والنظافة التامة حتى أن السيدة «ج» تصف منزل طفولتها بالثكنة العسكرية. كان الأب في توافق تام مع الأم وكان راض عن طريقة تعاملها وكان التفاهم سائدا بين الاثنين وكان اهتمامه بالإخوة بنفس طريقة الأم، حيث اهتم بتعليمهم مهنا حتى يستقلوا عنه ويتدبروا أمورهم الحياتية. لم يكن هم السيدة «ج» إلا رضا والديها عنها وكانت مستعدة للقيام بأي شيء لإسعادهما والأمر كذلك بالنسبة لزوجها وأبنائها فهي «متعلقة بالجميع ولا تستطيع العيش بدونهم». وتقول السيدة «ج» عن زوجها «رغم تفتحها وتفهمه إلا أنه يعطي الأمور المنزلية أهمية كبيرة وكان فرحا عندما قررت ألا أعمل، لأنه كان جد منشغل وكانت له مشاريع مختلفة حيث كان يهدف إلى توسيع تجارته وأخذت على عاتقي تربية الأبناء ». وعملت على أن تواصل بناتها دراستهما في كلية الطب رغم زواجهما. وتوقف ابنها الوحيد عن الدراسة بسبب مشاكله الصحية، ويعمل حاليا في أحد متاجر أبيه.

2-2-1 العوامل المحركة:

منذ سنتين، انهارت كل أحلام السيدة «ج» نحو ابنها، عندما أصيب باضطراب

عقلي. أُدخل على إثره إلى مصلحة الأمراض العقلية والنفسية، ولا تستطيع إلى حد الآن تقبل فكرة مرضه، خصوصا وأنه لازال في ريعان شبابه والمستقبل أمامه. ومرض ابنها يذكرها بمرض أخيها الأصغر بنفس الأعراض غير أنه أصيب به وهو متزوج، وتقوم زوجته حاليا برعايته. لا تستطيع السيدة «ج» تصديق ما حدث لابنها وهي « تتجرع هذا القدر بمرارة كبيرة».

أما الحدث الثاني الذي أثر فيها هو قرار ابنتها وزوجها الرحيل إلى الخارج للعمل هناك. وهو الأمر الذي لا تستطيع أن تطيقه لأنها متعلقة كثيرا بابنتها، فهي التي ساندتها في محن كثيرة تخص أخيها، عندما مرض أو عندما كان الأب غائبا في عمله. وتشعر الآن بالوحدة والضياع.

3-1 التشخيص:

يمكن الإشارة إلى التشخيص التالي حسب الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية وهو مرحلة اكتئابية رئيسة متكررة مرتين بدون أعراض انتحارية ولا ذهانية.

- مزاج مكتئب طيلة اليوم خلال أسبوعين في المعيار أ. مع أرق و تعب خلال كل اليوم تقريبا وشعور بعدم القيمة و الذنب.
- لا تستجيب هذه الأعراض لمقاييس مرحلة مختلطة في المعيار ب.
- و أدت هذه الأعراض إلى ألم نفسي ملحوظ في المعيار ج.
- و ليست لهذه الأعراض علاقة بتناول مادة سامة أو مرض عضوي في المعيار د.
- و تفسر هذه الأعراض بوجود حالة حداد في المعيار هـ.

في المحور الأول: اضطرابات اكتئابية متكررة F333.

في المحور الثاني: لا يوجد تشخيص لشخصية مضطربة لا بالاستعانة بالدليل التشخيصي الرابع ولا عن طريق الاستمارة شبه موجهة (SCID II).

في المحور الثالث: لا تعاني الحالة من أي مرض عضوي.

في المحور الرابع: مرض الأب بمرض عقلي وزواج البنت الصغرى.

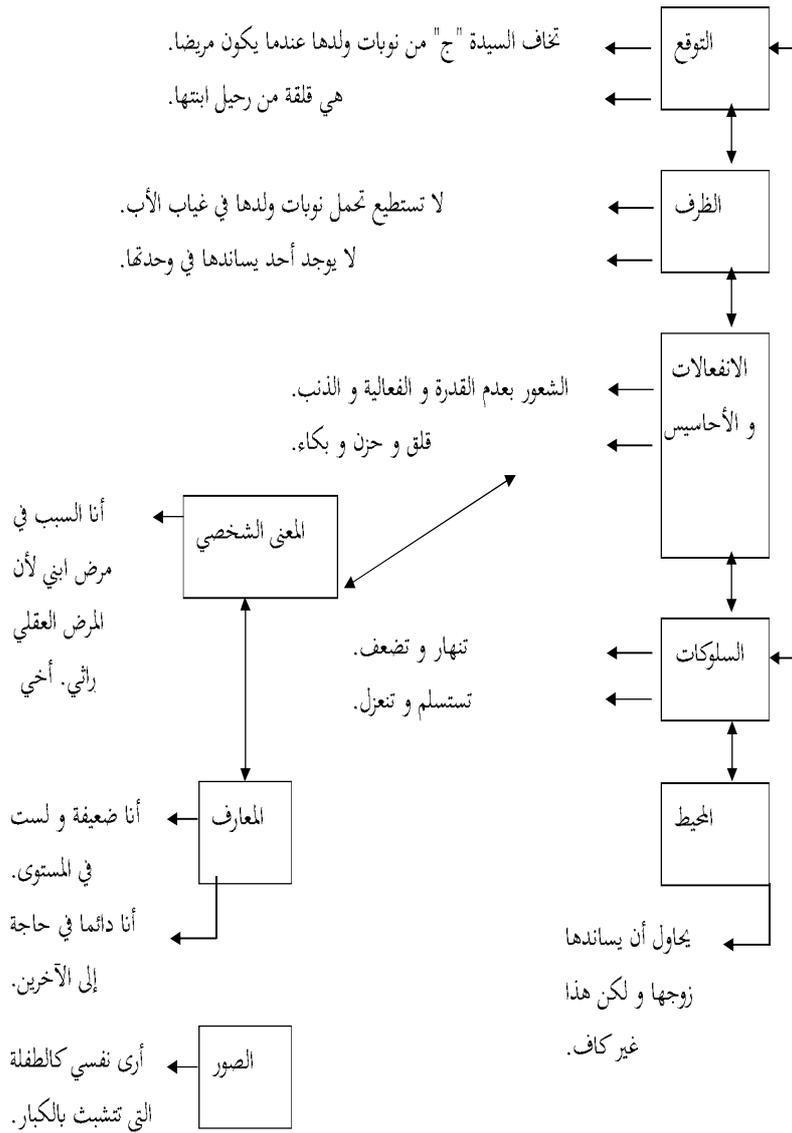
في المحور الخامس: تبدو الأعراض ذات شدة متوسطة مع صعوبات في تأدية بعض المهام الاجتماعية.

1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل التزامني:

استعملت الباحثة شبكة SECCA .

الجدول 27: شبكة SECCA لـ J. Cottraux



2-1-3-1 التحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 معطيات بنيوية ممكنة:

2-2-1-3-1 المعطيات الجينية:

- قساوة من طرف الوالدين، وعدم التعبير عن مشاعرهم لأبنائهم.
- مرض الأخ الأصغر للسيدة «ج» باضطراب عقلي (اضطراب المزاج ثنائي القطب).

3-2-1-3-1 العوامل التاريخية المثبتة:

- مرض الإبن الوحيد باضطراب عقلي.
- رحيل البنت.

4-2-1-3-1 الأدوية المتناولة: Clomopramine-Mirtazapine-Lorazepane.

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

- لتقييم فعالية العلاج ، قدمت الباحثة سلام لتقييم الإكتئاب في الحصة الأولى والسادسة عشر والأخيرة وبعد ثمانية أشهر وهي: حصيد بيك للإكتئاب وسلم هاملتون.

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

السيدة «ج» منشغلة بحالتها الصحية وخصوصا معاودة المرض رغم العلاج (بالأدوية) ومساندة زوجها لها وترى في العلاج المعرفي المنفذ الأخير للخروج من الصورة السلبية التي رسمها لها المرض. وفي افتتاح الأشخاص الذين يسمعون إليها، ترى في الباحثة الأذن الصاغية على الأقل. أما فيما يخص الأعمال المنزلية فهي تذكرها بمقاعد الدراسة التي فارقتها منذ سنين ولو «أنها لا ترى من أين تأتي بالجهد الكافي للقيام بها».

شاركت الباحثة والسيدة «ج» في تحديد الأهداف العلاجية وكانت كالتالي:

- وضع حد للحالة الحزينة التي تعيشها.
- تعديل الأفكار السلبية.
- التغلب على الشعور بالوحدة.

2-3 التقنيات المستعملة:

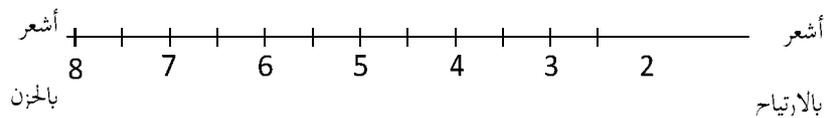
- 1- الإستعداد للتغيير عن طريق تحليل الإنفعالات.
- 2- تحريك التغيير عن طريق برمجة نشاطات يومية.
- 3- تعلم إعادة بناء الأفكار عن طريق مبادئ التعديل المعرفي.
- 4- التعرف على الأفكار السالبة عن طريق: تحديد الأفكار الآلية وتقييم شدة الإنفعال المرتبط بها وتقييم نسبة الإعتقاد.
- 5- مساءلة الأفكار الآلية باستعمال تقنية: تعريف الكلمات Définition des mots و البحث عن وجهات نظر بديلة وتقنية الكارثة La technique de la catastrophe.
- 6- استعمال تقنية الأسهم الهابطة.

3-3 بداية العلاج:

1-3-3 برنامج الحصص:

بعدما تعرفت الباحثة على السيدة «ج» وتأكدت من التشخيص وسطرت الأهداف العلاجية، تم البدء بتحليل الإنفعالات فقامت الباحثة بتوضيح للسيدة «ج» العلاقة بين مزاجها المكتئب والإنفعالات وهي ما تشعر به وتحس به من حزن وقلق وفي بعض الأحيان الفرح. إن الإنفعالات السلبية هي التي تسيطر على الحالة الإكتئابية بالمقارنة مع الإنفعالات الإيجابية. فالإكتئاب يجعل السيدة «ج» تفكر أن الأشياء لن تتغير.

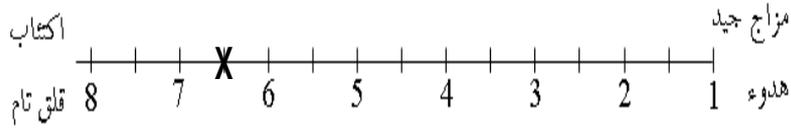
في الحصة الثالثة تعلمت السيدة «ج» استعمال سلم تقدير الإنفعالات وهو مدرج موضوع عليه نقاط من 0 إلى 8 وتوضع علامة على النقطة التي تقيم فيها انفعالاتها وهو كالآتي:



ويمكن استعمال هذا المدرج بعد جدول يقسم اليوم إلى صباح وبعد الظهر والمساء وليلا ويحتوي على كل أيام الأسبوع. وقد طلبت الباحثة من السيدة «ج» ملؤه كعمل منزلي للحصة الرابعة وكانت النتيجة كالتالي:

جدول 28: تقييم النشاطات اليومية

اليوم	الصباح	بعد الظهر	المساء	الليل
السبت	موعد مع الباحثة	3	3	2
الأحد	4	3	3	2
الاثنين	4	3	3	2
الثلاثاء	5	5	3	2
الأربعاء	6	6	6	5
الخميس	4	4	3	1
الجمعة	1	2	1	0



تعلمت السيدة «ج» من خلال هذا التقييم أن المزاج لا يكون معكراً باستمرار وقد توجد لحظات هدوء نوعاً ما خلال الأسبوع وهذا ما لم تنتبه إليه. بالفعل لاحظت الباحثة أن أوقات مختلفة يكون فيها القلق والحزن عالياً نوعاً ما، خصوصاً في الصباح وهذا أمر طبيعي بالنسبة لأعراض الاكتئاب بصفة عامة، حيث تشتد صباحاً وتهدأ في المساء. والملاحظ أن أيام آخر الأسبوع يكون المزاج أحسن بسبب زيارة بنتيها وبعض الأقارب.

اعتبرت السيدة «ج» أن طريقة ملأ الجدول سهلة جداً ولو أنها في بعض المرات كانت تنسى ملأه وتندارك الأمور عند التذكر. طلبت الباحثة من السيدة «ج» ملأ الجدول كعمل منزلي للأسبوع المقبل حتى تتحكم في التقنية أكثر.

2-3-3 من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر:

واصلت السيدة «ج» ملأ الجدول الخاصة بتقييم المزاج والإنفعالات أسبوعياً وأضافت الباحثة جدولاً آخر بالنشاطات اليومية خلال الأسبوع مع تسجيل مستوى

التحكم والإرتياح.

تعاونت الباحثة مع السيدة «ج» على برمجة النشاطات اليومية وكان اليوم الموالي هدفا للبرنامج الذي يعمل على تسهيل بداية اليوم للسيدة «ج» التي كثيرا ما تنهض متثاقلة مع مزاج عكر وعدم الرغبة بالقيام بأي شيء. وكعمل منزلي طلبت الباحثة من السيدة «ج» أن تقوم بنفس العمل بمساعدة زوجها في آخر اليوم لأن مزاجها يتحسن تقريبا في آخر النهار على أن تكون هذه الأعمال سهلة الإنجاز ومريحة وأن تأخذ الوقت الكافي للقيام بذلك وهذا يعطي نتائج إيجابية في آخر اليوم. وهذا مثال عن يوم من أيام الأسبوع مثلا الثلاثاء ملخص في الجدول التالي:

الجدول 29 : جدول النشاطات

التوقيت	النشاط
التاسعة صباحا الحادية عشر الواحدة	ترتيب البيت إنجاز الطعام الغذاء مع الزوج والإبن استراحة انجاز حلويات تقليدية لمتجر الزوج.
الثانية زوالا الخامسة التاسعة العاشر	استراحة العشاء تناول الدواء والنوم

قامت الباحثة بقراءة مقالة A.Beck حول مفهوم الإكتئاب وشرحتها للسيدة «ج» وأعطتها نسخة منها لتراجعها في البيت. وفي نفس الوقت، شرحت الباحثة للسيدة «ج» بالتفصيل العلاج المعرفي على أنه علاج يعلم كيف نغير من طريقتنا في التفكير لأن التغيير في التفكير له أثر كبير على الإنفعالات السلبية ومرضاها أي الإكتئاب مرتبط بطريقة الإدراك والتفكير الذي من المهم تغييرهما. والإنفعالات السلبية والأفكار السلبية تتعزز ببعضها البعض في أغلب الحالات. ومن أجل توجيه المزاج في الإتجاه الصحيح، من الضروري التعرف على الأفكار من خلال ثلاث مستويات:

- الأفكار الآلية السلبية حول الذات أو الآخرين.
- الأخطاء المنطقية وهي في الغالب أخطاء الحكم عن الذات والآخرين.
- المخططات الإكتئابية وهي قواعد داخلية صارمة تنشأ بالتدرج حسب تطور الفرد ومتعلقة بطريقة تنشئته ومتعلقة بتقدير الذات والعلاقات مع الأفراد

الآخرين. وقد لا تكون هذه المخططات دائما سلبية إنما إيجابية في بعض الأحيان لكن طابعها الإكتئابي يجعلها خطيرة ومتصلبة مثلا: « يجب أن أنجح في كل ما أقوم به».

كان الهدف من هذه الحصة هو التعرف على الأفكار السلبية عن طريق تحديد الأفكار الآلية ولهذا طلبت الباحثة من السيدة «ج» الإنتباه إلى تقنية تحديد الأفكار الآلية لأن برنامج التعديل المعرفي مبني عليها وعرفت بها بطاقة الأعمدة الثلاثة وتمرت عليها خلال الحصة وهذا مثال على ذلك:

الجدول 30: الثلاثية المعرفية

الموقف المحرك	الإنفعال	الفكرة الآلية
لم تأتي بناتي لزيارتي	حزن شديد وإحباط	إذا استمر الأمر هكذا سوف أنهار.

تعلمت السيدة «ج» من خلال استعمال هذه البطاقة أنها تعيش كل حدث أو ظرف من خلال ثلاث مستويات هي:

- سلوكياتها أمام الظرف.
- انفعالات جراء هذا الظرف.
- والأفكار التي تمر في ذهنها نتيجة هذا الظرف.

طلبت الباحثة من السيدة «ج» كعمل منزلي التدريب على ملء البطاقة ذات الأعمدة الثلاثة ومواصلة ملء جدول النشاطات وتقييم المزاج خلال الأسبوع.

إن هدف هذه الحصة هو تقييم شدة الإنفعال المرتبط بالأفكار. وبما أن السيدة «ج» تعلمت كيف تتعرف على الأفكار السلبية وكيف تضعها في البطاقة ذات الأعمدة الثلاثة، طلبت منها الباحثة تقييم نسبة الإنفعال ونسبة الفكرة التي تنجر عن الإنفعال. فكلما كان الإنفعال شديدا، كان الإعتقاد كبيرا بالفكرة. وهذا التمرين العملي الذي قامت به السيدة «ج» مع الباحثة.

الجدول 31: الثلاثية المعرفية

الموقف / سلوك	الإنفعال	الفكرة
زوجي يترك مرارا تجارته ليرافقني عند الباحثة.	حزن شديد 70%	أصبحت عبئا عليه إضافة إلى إبني 70%

ثم مرت الباحثة بنفس المثال في الجدول ذو الأعمدة الأربعة لتقييم درجة الاعتقاد كالتالي:

الجدول 32: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف / سلوك	الإنفعال	الفكرة	الاعتقاد
زوجي يترك مرارا تجارته ليرافقني	حزن شديد 70%	أصبحت عبئا إضافي عليه	80%

كعمل منزلي، طلبت الباحثة من السيدة «ج» ملاً الجداول المعروفة إضافة إلى الجدول التالي (بطاقة الأعمدة الأربعة لبيك):

الجدول 33: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف / سلوك	الإنفعال	الفكرة الآلية السلبية	الاعتقاد
	نسبته من 0-100	ماذا يعني لي هذا الموقف أو ماذا مر في ذهني في هذا الوقت؟	درجة الاعتقاد من 0-100

كان هدف هذه الحصة هو مساءلة الأفكار الآلية فهي تلعب دورا مهما في تعزيز اضطرابات المزاج والزيادة في حدتها ولهذا الغرض استعملت الباحثة تقنية من التقنيات التي تعمل على تعديل الأفكار وهي تعريف الكلمات.

قامت الباحثة بشرح هذه التقنية للسيدة «ج» على أنها تقنية تجعل الشخص يفهم جيدا ما يقوله عندما يفكر في بعض الأشياء أي يتوصل للمعنى الحقيقي الذي يقصده. وهذا جزء من الحوار الذي دار بين الباحثة والسيدة «ج» يوضح تقنية تعريف الكلمات:

الباحثة: تشعرين إذن أنك كسولة.

السيدة «ج»: نعم بالفعل.

الباحثة: أعطني أمثلة توضح لي أنك كسولة.

السيدة «ج»: ليست لي أمثلة معينة ولكنني تغيرت.

الباحثة: اشرحي لي تغيرت.

السيدة «ج»: لم أعد أقم بالأعمال المنزلية كالسابق.

الباحثة: ما الذي تغير؟

السيدة «ج»: تزوجت البنات وابني لا يأتي إلا في آخر النهار.

الباحثة: هل هذا الوضع يجعل مسؤولياتك نفسها كالسابق.

السيدة «ج»: مسؤولياتي تغيرت.

الباحثة: إذن مسؤولياتك تغيرت ولست أنت.

في هذا المثال انتبهت السيدة «ج» أنها تعطي بعض الأحداث معنى سلبي وخاطيء وهذا يجعلها تتألم. وطريقة تعريف الكلمة هو بداية للتحكم في الأفكار الإكتئابية. كان الهدف من هذه الحصة هو البحث عن وجهات نظر بديلة وهذه الطريقة لا تختلف كثيرا عن بطاقة الأعمدة الثلاثة إلا بالإجابة عن السؤال التالي: كيف يمكن للسيدة «ج» أن تنظر لنفس الموقف بوجهات نظر مختلفة؟ وتسجل الإجابة في العمود الرابع مع نسبة الاعتقاد لهذه النظرة الجديدة. وفي العمود الخامس يعاد تقييم الإنفعال الأول مرة ثانية بعد النظرة الجديدة وتسمى حينئذ البطاقة ذات الأعمدة الخمسة لبيك. قامت الباحثة بتقديمها للسيدة «ج» في المثال التالي:

الجدول 34: الثلاثية المعرفية و الفكرة البديلة

الموقف / سلوك	الإنفعال	الفكرة	الفكرة البديلة	إعادة تقييم الإنفعال المرتبط بالفكرة السلبية
لا أستطيع تحمل لوحدي نوبة ابني عندما يمرض.	قلق كبير %80	يصبح هائجا لا أستطيع مقاومته إنه قوي جدا.	دكان زوجي موجود في الطابق الأول للمنزل، إذا تحتم الأمر أناديه ليساعدي أو أطلب الإستعجالات فمهما كانت قوتي لا تتحمل اضطراب ابني الذي يحتاج لمساعدة متخصصة 100	القلق 20% الإعتقاد 20%

في الحصة الخامسة عشر عمدت الباحثة إلى تطبيق تقنية الكارثة لتعليمها التعرض التدريجي لأفكارها الإكتئابية السلبية ولتعود مواجهتها تدريجيا وتدرك كذلك أن احتمال وقوع بعض الأحداث قليل جدا وستعرف كيف تواجه بعض المشكلات. وتهدف الباحثة من خلال هذه التقنية لتعليم السيدة «ج» عدم تجنب مواجهة الأشياء التي تخيفها أو تجعلها مكتئبة. وأحسن طريقة للتغلب على الصعوبات هي مواجهتها وليس تجنبها وستدرك في الأخير أن ما كانت تخاف منه لا علاقة له بالصعوبة في حد ذاتها.

السيدة «ج»: لا أقدر على فراق ابنتي، أشعر بالوحدة.

الباحثة: متى سترحل؟
السيدة «ج»: في شهر أوت المقبل.
الباحثة: نحن في شهر نوفمبر، أظن أن الوقت لازال طويلا عن الرحيل، لما لا تستمتعين بهذا الوقت الباقي معها، وعندما يأتي وقت الفراق، تصرفي حسب الموقف.
السيدة «ج»: لأستطيع أن أتصور العيش بدونها.
الباحثة: ماذا سيحدث عندما ترحل؟
السيدة «ج»: سأنهار وأحزن.
الباحثة: وأنت منهاره، ماذا سيحدث؟
السيدة «ج»: أفقد الرغبة في العيش.
الباحثة: ما هو تقييمك لإنفعالك الآن؟
السيدة «ج»: لست على ما يرام.
الباحثة: ماذا سيحدث بعد الإنهيار؟
السيدة «ج»: أظن... سوف أمالك نفسي وأبحث عن مخرج.
الباحثة: أنا كذلك أعتقد نفس الشيء. ما تقييمك لإنفعالك الآن.
السيدة «ج»: مرتاحة نوعا ما

3-3-3 الحصيلة الجزئية:

تهدف الحصاة السادسة عشر إلى تقييم المكتسبات السلوكية والمعرفية للسيدة «ج» وملأ من جديد سلام تقييم الإكتئاب لببيك و هاملتون (النتائج موجودة في الفصل العاشر). أما فيما يخص الأفكار الآلية السلبية، فيظهر أن السيدة «ج» بدأت تتحكم فيها وتسيطر عليها بحيث بدأت تتقن استعمال البطاقات ذات الثلاثة والخمس أعمدة لدرجة أنها تستعمل هذه التقنية دون الرجوع إلى البطاقات وكذلك الأمر بالنسبة للتقنيات الأخرى.

4-3-3 من الحصاة السابعة عشر إلى الحصاة العشرين:

إكتشفت الباحثة من خلال الحصص العلاجية أن السيدة «ج» تعاني من مخطط اكتئابي هو النواة التي تحرك مزاجها وتشعرها بالعجز وهو مخطط عدم الكفاءة بحيث تعتقد أنها غير قادرة على تحمل المسؤوليات اليومية بطريقة تتسم بالفعالية دون مساعدة الآخرين. ولهذا اختارت الباحثة أن تستعمل مع السيدة «ج» تقنية السهم الهابط بهدف التغلب على هذا المخطط وكذلك استعمال هذه التقنية في

المواقف التي تشعرها بعدم الكفاءة.

جدول 35: الثلاثية المعرفية

الموقف / السلوك	الإنفعال	الفكرة الآلية
أشعر انني لا أقوم ببعض المسؤوليات إلا بوجود الآخرين.	قلق	أنا ضعيفة

استعملت الباحثة تقنية السهم الهابط التي تعتمد على السؤال التالي: ماذا يعني لك؟ وهذا يجعلها تواجه كل مرة مخططها «يجب أن أكون قوية». وهذا جزء من الحوار الذي دار بين الباحثة والسيدة «ج»:

السيدة «ج»: أنا ضعيفة.

الباحثة: ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟

السيدة «ج»: أنا لست قوية حتى أستطيع مواجهة مشاكلي.

الباحثة: ماذا يعني هذا لك؟

السيدة «ج»: هذا يثبت ما كنت أسمع دائما من والدي وأقاربي.

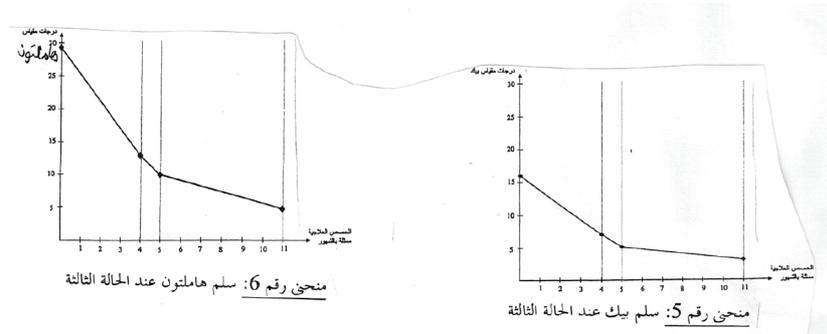
الباحثة: وما رأيك في كلامهم؟ هل تعتقدان أنه صحيح مائة بالمائة؟

السيدة «ج»: غير صحيح، نجحت في دراستي، تزوجت رجلا يقدرني، بناتي نجحت في الدراسة وتزوجت.....

الباحثة: هذا ما كنت أنتظر أن تقولينه.

3-3-5 الحصيلة النهائية:

في الحصة العشرين، قدمت الباحثة للسيدة «ج» سلام تقييم الإكتئاب للمرة الثالثة وراجعت معها كل التقنيات التي تعلمتها. ثم طلبت منها موعدين آخرين للقيام بملاء استمارتين تدخل في إطار البحث الذي تقوم به. وطلبت موعدا آخر بعد ثمانية أشهر.



تعليق عام:

قدمت السيدة «ج» اضطرابات اكتئابية رئيسية متكررة يمكن تفسيرها بسبب الضغوطات المتتالية التي تعرضت لها خلال حياتها وكان زواج ابنتها ومرض ابنها العاملين اللذان حركا هذه الاضطرابات.

وقد بدأت الباحثة العلاج بتحليل الانفعالات والسلوكيات ثم واصلت في تعديل الأفكار السلبية وذلك بتحديد الأفكار الآلية والانفعالات المرتبطة بها وكان البحث عن المخططات النقطة الأخيرة في العلاج الذي تجاوبت معه واستمرت فيه وأظهرت اهتمام متواصل ولم تنتكس بعد ثمانية أشهر واستمرت في استعمال الأساليب العلاجية التي تعودت عليها ولم تؤثر سمة العصائية على نتائج العلاج ولم تظهر أي ميل في أجوبتها (استمارة SCID II) لأي شخصية مضطربة.

1- تقديم الحالة الرابعة:

1-1 مقدمة:

تقدمت للفحص السيدة «ل» والبالغة من العمر 37 سنة، تسكن في إسبانيا وحاليا هي عند والديها بتلمسان. هي متزوجة وأم لثلاث أبناء، ولدين وبنت. ماكنة في البيت. هي طويلة القامة، شقراء، شعر قصير، هندامها غير مرتب ولكن نظيف، تمشي متناقلة، ملامحها بائسة وحزينة، تتكلم بصوت خافت ورتيب. تشكو من التعب والإرهاق، ليست لها الرغبة في الحياة. تشعر بالتذمر والأسى على نفسها وعلى أبنائها. فضلت المجيء عند والديها حتى «لا يراها أبنائها في وضعية مؤسفة». رغم أنها وجدت المساندة من الزوج والأبناء، إلا أنها تعتقد أنهم منشغلين في أعمالهم ولا يستطيعون رعايتها. فالزوج منهك في العمل وفي مطبعتة الخاصة والإبن الأكبر (16 سنة) يعمل في النهار مع أبيه ويواصل دراسته ليلا. أما الصغيرتين منشغلتين في الدراسة وبعض الأعمال المنزلية الضرورية التي لا تستطيع القيام بها بسبب مرضها.

إقترح عليها الطبيب المختص العلاج المعرفي مع الباحثة، لكن المقابلة الأولى لم تكن مثمرة ولا ممكنة لشدة الأعراض التي كانت تعاني منها، وتم اقتراح عليها موعدا بعد 15 يوما.

السيدة «ل» أكبر إخوتها البنات وهن ثلاثة، من عائلة ثرية، الأب تاجر كبير ومعروف والأم ماكنة في البيت. السيدة «ل» متعلقة كثيرا بأبيها وتحترمه وتقدره ومعجبة كثيرا به وهو يثق بها ثقة كبيرة لدرجة أنه يكشف لها أسرار المهنية والشخصية ويشاورها في الأمور الصغيرة والكبيرة.

لا تتكلم كثيرا السيدة «ل» عن أمها، يبدو أنها منسحبة ومنعزلة و«لا تقوم بأي مجهود لترقى إلى مستوى أبي ولكنها طيبة».

2-1 تاريخ الحالة:

السيدة «ل» متأثرة كثيرا لما يحدث لها، فهذه المرة الأولى التي تنهار فيها بهذه الطريقة، رغم أنها قوية، تتحمل المسؤولية وتحب الحياة وطريقة على حد قولها. وهي صغيرة، كانت نشيطة وذكية، لم تتعرض إلى أي مشاكل في دراستها، سوى أنها منذ أن بلغت سن الخامسة عشر «تهاطل» عليها الخطاب مما عرقل مسيرتها الدراسية. فبدأت هي والعائلة تفكر في الزواج حتى ظهر الرجل المناسب وقبلته. لم

ترتبط بأي علاقة عاطفية من قبل الزواج وهي تقدر زوجها وتحترمه واختيارها كان عقلانيا فهو أستاذ جامعي في الفيزياء واختار الإستقرار في إسبانيا والعمل لصالحه الخاص ففتح مطبعة وهو يوفر لها الحياة المترفة التي تعودت عليها. يعمل الزوج في نفس الوقت في الجامعة وهو جد مشغول، لا تكاد تراه في اليوم إلا بعض لحظات. « في الحقيقة لم تتأثر كثيرا في الغربية خصوصا في الأعوام الأخيرة أين هناك خط بحري بين الغزوات وأليكونت، يسمح لعائلتها زيارتها تقريبا أسبوعيا. غير أن هذه الزيارات المتكررة خلقت نوعا من الضغط بين الزوج والأب. فهما لا يتفقان في أمور كثيرة مما عزز خلافهما ووسع الهوة بينهما. هذه العلاقة تؤرق كثيرا السيدة «ل» فهي تحاول دائما الوفاق بينهما ورضاهما الإثنين حتى تقلل من الفتور الذي يسيطر على علاقتهما.

1-2-1 العوامل المؤثرة في حياتها:

كما تبين في المقدمة، تقطن السيدة «ل» في اسبانيا، لكن الأمور في البداية لم تكن بهذه السهولة مما كان له الأثر السلبي على حياتها وعلى اختيارها.

في البداية، سافر الزوج وترك السيدة «ل» عند عائلته. سافر من أجل إكمال دراسته وبهية العيش لزوجته هناك. لكن الأمور أخذت وقتا أطول ولم تكن السيدة «ل» راضية عن هذا الوضع حيث وصلت الأمور إلى سنين وأنجبت الأطفال الثلاثة ووضعتها لم تسوى فعادت عند والديها مع أطفالها على أمل أن الأمور تتضح. ولم تتحمل السيدة «ل» هذه الوضعية فقررت تحضير الأوراق اللازمة وسافرت إلى إسبانيا دون أن يعلم الزوج بهذه التحضيرات. وكان تبريره أنه غير موافق على عيش أبنائه في بلد غربي نظرا لإختلاف الثقافة والدين. فبقي الأبناء في تلمسان عند عائلة السيدة «ل» لإنهاء الدراسة لكن الأم لم تصبر على فراقهم. وسجلتهم في المدارس الإسبانية . وهي تأخذ هذا القرار، كانت متخوفة من فشلهم خصوصا أن الأب يرفض فكرة مجيئهم، فهو ينوي العودة إلى الوطن يوما ما لكن حضورهم سوف يؤخر هذه العودة. أما السيدة «ل» تصمم على البقاء «خصوصا أن أبنائها نجحوا ولم يتأثروا باختلاف الثقافة».

1-2-2 العوامل المحركة:

في السنوات الأخيرة، «كثرت أعمال الزوج وقل مجيئه للبيت إلا ليلا وعند عودته يكون منهكا ولا يهتم بالسيدة «ل» التي تمضي كل اليوم في ترتيب البيت. والأبناء

منهمكون في الدراسة والعمل ولا يوجد أحد ينتبه لما تقوم به».

بدأت السيدة «ل» تشعر بالوحدة وتكثر من شرب المنومات للقضاء على الأرق أو تقرأ القرآن لساعات طويلة في الليل. لاحظت السيدة «ل» أن صحتها تتدهور فقررت زيارة أهلها وجلبت لها أختها راق دون علم والدها عله يخفف عنها. وأثناء قراءته للقرآن، أغمي عنها وشعرت بأشياء غريبة تحدث لها «بدأت يدها ترتجف ولا تتحكم فيها واحست أنها تطير في السماء، كأنه لا توجد جاذبية». وكرر الراقى زيارته لها لكنها اكتشفت أن حالتها النفسية لم تتحسن فقرّر الأب أخذها للطبيب المختص.

3-1 التشخيص:

حسب تصنيف الدليل التشخيصي الرابع، تعاني السيدة «ل» وحسب المقابلة الأولى مرحلة اكتئابية رئيسية لكنها تحسنت وبقيت أعراض اضطراب المزاج المكتئب حيث أظهرت.

في المعيار «أ»:

- يوجد مزاج مكتئب تقريبا طيلة اليوم لمدة سنتين.

في المعيار «ب»: ظهرت الأعراض التالية:

- فقدان الشهية.

- أرق.

- تعب.

- صعوبة في التركيز.

- ضعف في تقدير الذات.

في المعيار «ج»: لم تتحسن السيدة «ل» خلال السنتين.

في المعيار «د»: تقدم السيدة «ل» مرحلة اكتئابية رئيسية.

في المعيار «ه»: لم تظهر مرحلة هوسية مختلطة.

في المعيار «و»: ليست لهذه الاضطرابات المزاجية علاقة باضطراب ذهاني.

في المعيار «ز»: ليست لهذه الاضطرابات علاقة بتناول مادة سامة أو مرض عضوي.

في المعيار «ي»: ك أدت هذه الأعراض إلى ألم نفسي ملحوظ.

ظهرت هذه الأعراض في سن متأخر أي بعد سن 21.

المحور الأول: اضطراب المزاج المكتئب F341.

المحور الثاني: شخصية هستيرية F604 ظهرت من خلال الأعراض التالية:

- لا ترتاح في الوضعيات التي لا تكون فيها محل اهتمام.

- غير مستقرة انفعاليا.

- تستعمل مظهرها للفت الانتباه.

- تضخم في التعبير الانفعالي.

- قابلة للايحاء والتأثر بالغير.

المحور الثالث: بدون تشخيص.

المحور الرابع: انشغال الزوج والأبناء و العزلة في الغربة.

المحور الخامس: 56 وهي تشير إلى أن الأعراض متوسطة الشدة وصعوبات في

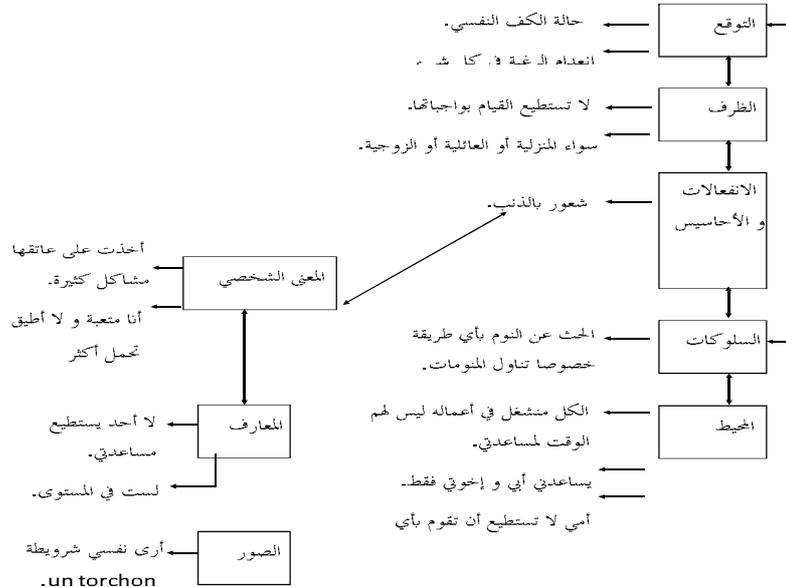
تأدية بعض النشاطات.

1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل التزامني:

يتم تحليل الصعوبة الحالية باستعمال شبكة SECCA والمشكل المستهدف هو اضطراب المزاج المكتئب الذي تعاني منه السيدة «ل» وقد اقترح عليها الطبيب المختص العلاج المعرفي وقبلت لأنها سمعت عنه كثيرا في إسبانيا.

الجدول 36: شبكة SECCA لـ J. Cottraux



2-1-3-1 التحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 معطيات بنيوية ممكنة :

2-2-1-3-1 معطيات جينية:

- عمر الأم 61 سنة. مائكة بالبيت، منعزلة ومنسحبة. لا تتدخل في أمور العائلة، لا تظهر أي عاطفة نحو ابنتها (السيدة«ل») عكس بناتها الأخريات.

- عمر الأب 65 سنة، مثقف وناجح في عمله ولا يبالي كثيرا بزوجه. ومهتم كثيرا بالسيدة «ل».

- السيدة «ل» ذات طبيعة مرحة وتتحمل المسؤولية لأقصى درجة، لكنها منهارة الآن ولا تستطيع التحمل أكثر.

3-2-1-3-1 العوامل التاريخية المثبتة:

- مساعدة الزوج ضعيفة لا ترقى إلى مستوى انتظارات السيدة «ل» فهو منهمك في عمله ولا يقوم بأي مجهود لتطوير العلاقة العاطفية بينهما.

4-2-1-3-1 الأدوية المتناولة: Paroxetine - Zolpidem.

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

قدمت الباحثة للسيدة «ل» سلام بيك وهاملتون لتقييم الإكتئاب في الحصة الأولى والسادسة عشر والعشرون و بعد أشهر من نهاية العلاج.

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

السيدة «ل» منشغلة بما يحدث لها من التطورات السريعة التي طرأت على صحتها وصلت بها لحد الغثيان. لاتستطيع تفهم حقيقة ما يحدث لها لأن كل الظروف مواتية لتعيش حياة سعيدة.

تعاونت الباحثة مع السيدة «ل» بتسطير الأهداف العلاجية وكانت كالتالي:

- وضع حد لحالة الخمول التي تعيش فيها.
- القضاء على الأرق.
- تعديل الأفكار السلبية إلى أفكار واقعية.

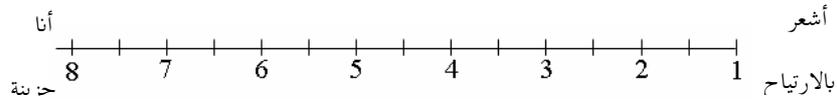
2-3 بداية العلاج:

- تهدف الحصص الأولى إلى الحصة الثالثة ملاحظة سلوك السيدة «ل».
- من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر يبدأ العلاج الفعلي.
- من الحصة السابعة عشر إلى الحصة العشرين البحث عن المخططات وتثبيت المكتسبات.
- تقدم استمارة أيزنك واستمارة SCID II.

1-3-3 برنامج الحصص:

- تدوم الحصة ساعة واحدة، مرة في كل أسبوع
- في كل حصة، تناقش الباحثة مع السيدة «ل» حصيلة الأسبوع الفارط والأعمال المنزلية.
- تخطيط برنامج للحصة الآتية.
- اختيار صعوبة معينة كهدف للعلاج السلوكي المعرفي.
- تسطير أعمالا منزلية.
- تلخيص الحصة ومراجعة العائد.

بعد تأكد الباحثة من التشخيص وملء سلام بيك وهاملتون من طرف السيدة «ل»، جمعت الباحثة معطيات حول تاريخ الحالة وتعرفت على أهداف السيدة «ل» من العلاج. ثم قامت الباحثة بمباشرة التقنيات العلاجية فبدأت بتحليل الوظيفي للإنفعالات والنشاطات. أول عمل قامت به الباحثة كعمل علاجي معرفي هو تحضير السيدة «ل» للتغيير والتحضير للتغيير يعني بداية التغيير خاصة فيما يتعلق بالحياة النفسية والاجتماعية. وأول مرحلة تبدأ بإعطاء الأهمية لكل ما تعيشه السيدة «ل» خلال اليوم حتى ولو كانت مكتئبة. فهذا يساعدها على الإنتباه لحياتها اليومية وملاحظة بنفسها سلوكياتها اليومية ولا يتأتى هذا إلا بتحليل الإنفعالات وتحليل النشاطات. طلبت الباحثة من السيدة «ل» البدء بتحليل الأنفعالات، فعاما ينتبه الناس انفعالاتهم عندما لا تكون على ما يرام. خصوصا وأن شكاواها الدائمة هي «أنا حزينة، لست على ما يرام». فطلبت منها الباحثة استعمال سلم تقييم الإنفعال السلبي وتقوم السيدة «ل» بوضع علامة فيه لتقييم انفعالها مثلا:



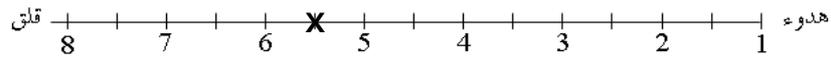
ثم تدربت السيدة «ل» على ملء جدول تقييم المزاج وهو يضم أيام الأسبوع مقسمة إلى فترات صباح وبعد الظهر والمساء والليل، يملأ من طرف السيدة «ل» لتقييم انفعالها خلال الأسبوع. ثم انتقلت إلى جدول آخر وهو يخص النشاطات اليومية ويبدو أنها جد متأثرة بانعدام المبادرة في النشاطات اليومية حسب قولها «يمضي اليوم دون أن أقوم بأي شيء» وكان هدف الأعمال المنزلية.

2-3-3 من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر:

بدأت الحصة بسؤال السيدة «ل» عن أحوال الأسبوع الماضي ثم تطرقت للتمارين المنزلية:

جدول 37: النشاطات اليومية

اليوم	الصباح	بعد الظهر	المساء	الليل
السبت	7	6	5	4
الأحد	5	5	5	3
الاثنين	موعد مع الباحثة			
الثلاثاء	4	5	5	3
الأربعاء	4	6	6	6
الخميس	4	2	2	1
الجمعة	4	2	2	1



ناقشت الباحثة نتائج الجدول الخاص بتحليل الإنفعالات مع السيدة «ل» وعلمت أن مزاجها يكون أكثر اكتئاباً عندما لا يتصل بها ابنائها للسؤال عنها. أما فيما جدول النشاطات، كانت النتائج كالتالي:

جدول 38: النشاطات اليومية

اليوم/ساعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
10-9			موزع مع	فطور	✓	✓	يوم
11-10			الباحثة	الصباح	✓	✓	
12-11			غذاء		✓	✓	غذاء
13-12			يوم	حديث مع	الذهاب	✓	استراحة
14-13				الأخوات	زيارة عمي	✓	
15-14						✓	
16-15			اتصال مع			✓	اتصال
17-16			الأبناء			✓	هايتي
18-17				أخذ الدواء			
19-18				قراءة مقالة			
20-19				حول			
21-20				الإكتئاب			
22-12							

ناقشت الباحثة الجدول الخاص بنشاطات السيدة «ل» التي وجدتها في العموم مقبولة ونهتها على أنها رغم مرضها كما تقول استطاعت أن تقوم بالنشاطات اليومية وتزور عمته وتحضر الخطوبة، لكن السيدة «ل» لا زالت مصرة على أنها تعب ولا تهتم بأي شيء وأنها لم تستطع ملاً خانة السبت والأحد. وهي لا زالت غير قادرة على القيام ببعض النشاطات.

إرتأت الباحثة استعمال تقنية التحكم / ارتياح التي تعمل على تقييم مستوى التحكم والإرتياح في بعض النشاطات التي تقوم بها يوميا وتدربت عليها وجعلتها الباحثة كهدف للعمل المنزلي للحصة الخامسة وكانت النتائج كالتالي:

جدول 39: مستوى التحكم/ ارتياح

النشاطات	مستوى التحكم/ارتياح في النشاطات اليومية
تمضت متأخرة وتناولت فطور الصباح.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
اتصلت بزوجي.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
خرجت مع أخي للسنوف.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
لم أتعدي مع العائلة، لم أكن حاضرة.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
تمت بعد الظهر خرجت مع أخي للسنوف.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
استقبلت بعض الظهر صديقين جاءت لزيارتي.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
واتصل بي أبنائي.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>
تفرجت على فيلم مع أخي.	عدم الفعالية <input checked="" type="checkbox"/> عدم الارتياح <input checked="" type="checkbox"/>

انتبهت السيدة «ل» إلى أن معظم النشاطات التي قامت بها تحكمت فيها وارتاحت معها نوعا ما وسمحت لها تقنية تحكم / ارتياح على تقييم بواقعية فعاليتها في انجاز بعض النشاطات. واغتنمت الباحثة هذه النتيجة الإيجابية للانتقال الى موضوع آخر هو لب العلاج المعرفي وهو التعرف على الأفكار الآلية وشرحت لها أن الأفكار بصفة عامة هي تأويل للحقيقة وليست الحقيقة نفسها. فهي تشكو من عدم الفعالية ولكن الحقيقة هي أنها فعالة ومرتاحة في عدة نواحي ولكن المرض يجعلها توجه انتباهها إلا للنشاطات التي لا تكون فيها غير مرتاحة وغير فعالة. وشرحت الباحثة العلاقة بين السلوك والإنفعال والتفكير وأعطتها مثلا من حوارها معها :

النهوض في الصباح متناقلة ← تعتقد أنها لا تستطيع أن تستمر ← تشعر بالفشل ← تفضل البقاء في الفراش.

لاحظت السيدة «ل» أن اعتقادها بالفشل يلزمها الفراش ويشعرها بالخموم وعدم القدرة، وأن الفكرة السلبية حول ذاتها هي انعكاس أكثر لانفعالها وشعورها أكثر ما هو انعكاس للحقيقة. لهذا من المهم التعرف على هذه الأفكار للتحكم في تأثيرها على التوازن الإنفعالي.

تدربت السيدة «ل» على ملء البطاقة ذات الأعمدة الثلاثة وكانت موضوعا الأعمال المنزلية للحصة المقبلة وقد أكدت لها الباحثة أن الإستمرار في ملء جداول تحليل الإنفعالات وتحليل النشاطات وقائمة التحكم / ارتياح، أمور ضرورية لمواصلة العلاج والإقتراب من الهدف المسطر وهو القضاء على الخمول. في الحصة الموالية وعند مراجعة الأعمال المنزلية، لاحظت الباحثة أن السيدة «ل» ملأت الجداول بطريقة فعالة ومتقنة غير أن البطاقة ذات الأعمدة الثلاثة بقيت فارغة وكان تبريرها أنها ركزت أكثر على الجداول التي كانت سهلة واستوعبتها أحسن لكنها لم تفهم جيدا ملء البطاقة . فعملت الباحثة أن يكون هذا هدفا للحصة. وأفهمت السيدة «ل» أنه في بعض الأحيان يصعب على المرء الإجابة على السؤال التالي: مالذي مر في ذهني في هذا الوقت؟ والجواب عليه سهل ملء بطاقة الثلاثة أعمدة. وعندما يصعب ملؤها وهذا يعني أن السيدة «ل» تفكر في مشاكل عديدة، والحل لهذه المشكلة هي أن تجيب عن السؤال التالي: ماذا يعني لي هذا؟ وتدربت مع الباحثة على إتقان هذه التقنية لأنها من الأساليب العلاجية الأساسية. وهذا جزء من الحوار الذي دار بينهما:

السيدة «ل»: رغم أنني ألاحظ التحسن، غير أنني غير متفائلة.
 الباحثة: غير متفائلة من ماذا؟
 السيدة «ل»: أنه يمكن شفائي تماما، أنا متعبة، وبعيدة عن أبنائي ولا أقوم برعايتهم؟
 الباحثة: و ماذا يعني لك هذا؟
 السيدة: هذا يعني أنني أم غير كفئة، و غير مسؤولة.
 في هذه اللحظة، نهت الباحثة السيدة «ل» أن إجابتها عن «ماذا يعني لك هذا؟»،
 أظهر الفكرة الآلية والتي في غالب الأحيان تكون فكرة سلبية. ثم دربتها على وضعها
 في بطاقة ثلاثة أعمدة مع تقييم درجة الاعتقاد:

جدول 40: الثلاثية المعرفية

الموقف/سلوك	انفعال	الفكرة ودرجة الاعتقاد
أنا متعبة	قلق وحزن	أنا أم غير مسؤولة 70%

أوضحت الباحثة للسيدة «ل» أن الإجابة عن السؤالين:

- مالذي يمر في ذهني في هذه اللحظة عندما أشعر بالألم؟
- ماذا يعني لي هذا الموقف الذي أتألم فيه؟
- يوصل للفكرة الالية ومواجهتها وهذا يسمح التخفيف من أثرها على الإنفعال والمزاج عامة. وكعمل منزلي طالبتها الباحثة بالتالي:
- تحديد موقف تشعر فيه بانفعال شديد.
- محاولة إعادة معايشة عن طريق التخيل هذا الموقف والبحث عن اللحظات التي يكون فيها الإنفعال عاليا.
- طرح السؤال التالي: في هذا الوقت، ماذا يمر في ذهني؟ وماذا يعني لي هذا الموقف؟
- استعملي بطاقة الأربعة أعمدة حيث يكتب في كل عمود الموقف/الإنفعال/ الفكرة والاعتقاد .
- في الحصة الموالية، تمكنت السيدة «ل» من وضع بعض الأفكار الآلية السلبية في بطاقة الأعمدة الأربعة وواصلت ملء الجداول بهدف القضاء على الخمول.
- أما محتويات البطاقة فهذا مقتطف منها:

جدول 41: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف / السلوك	الإنفعال	الفكرة الآلية	درجة الإعتقاد
افتقدت أبنائي. إتصل بي زوجي هاتفياً. لم تزرني عائلة زوجي ولو مرة واحدة أثناء مرضي.	حزن وبكاء 70% قلق 50% إحباط.	أنا غير صالحة حياتي الزوجية في خطر. يكرهني أهل زوجي.	60% 60% 80%

إختارت الباحثة مناقشة الأفكار الآلية الثلاثة باستعمال تقنية اختبار بديهية الأفكار الآلية. وهي تقنية تعتبر كل فكرة أو رأي يمكن مناقشته أو فرضية يمكن اختبارها. وبصفة عامة تتأثر أفكار الشخص بالمعلومات التي تأتيه من المحيط. وأثناء الإكتئاب تؤثر الإنفعالات على طريقة التفكير وتوجه أحكام الشخص نحو الجانب السلبي. لهذا عملت الباحثة مع السيدة «ل» بهذه التقنية لتدريبها على تطوير قدرتها على إعادة النظر في أحكامها واختبار بديهيها واعتبارها فرضيات.

الباحثة: لاحظت في البطاقة أنك تفتقدين أبنائك؟

السيدة «ل»: نعم كثيرا، لم أراهم منذ شهر كاملا، منذ جئت إلى تلمسان.

الباحثة: وهذا يجعلك تفكرين أنك غير صالحة؟

السيدة «ل»: لست صالحة لأنني لا أعتني بهم بالقدر الكافي.

الباحثة: هل في غيابك، سوف يحدث لهم شيئا يتعبهم؟

السيدة «ل»: من المفروض لا، لقد منحتهم أحسن تربية وكنت حاضرة معهم في كل لحظة، ولم أفارقهم ولا مرة.

الباحثة: والآن ماذا حدث؟

السيدة «ل»: أنا مريضة ومتعبة.

الباحثة: ونسيت أن تقولي، أفوم بكل الجهود للعلاج حتى إذا كان الثمن فراقهم.

السيدة «ل»: هذا صحيح.

الباحثة: لاحظت أنك قلقة فيما يخص حياتك الزوجية...

السيدة «ل»: أخاف أن ينهار بيتي بسبب مرضي.

الباحثة: هل يوجد اختيارات أخرى، لمستقبل زواجك؟

السيدة «ل»: أن لا يحدث شيء وهذه فترة عابرة.

الباحثة: ما نسبة اعتقادك بهذه الفكرة؟

السيدة «ل»: 90%.

الباحثة: والفكرة السابقة؟

السيدة «ل»: 10%.

باستعمال هذه الطريقة الإستقرائية، ساعدت الباحثة السيدة «ل» على إعادة النظر في أفكارها الآلية ومراجعتها واقتراح احتمال مختلف لمسار زواجها ونصحها باستعمال هذه الطريقة على شكل حوار داخلي باستعمال أفكار مختلفة ومواجهتها والإحتفاظ بالفكرة الأكثر واقعية.

في الحصة الحادية عشر، لاحظت الباحثة أن السيدة «ل» تلح على مناقشة علاقتها بأهل الزوج لأنها علاقة سيئة ومتوترة يسودها كثير من الحذر والترصد. واختارت الباحثة استعمال تقنية إعادة إعزاء الأسباب Réattribution des causes وهي تقنية تجد العلاقة الحقيقية والمتوازنة بين الأسباب الحقيقية والتي يمكن التعامل معها والأسباب المقترحة بسبب الحالة الإكتئابية.

الباحثة: حدثيني عن علاقتك بأهل زوجك.

السيدة «ل»: هي علاقة سيئة للغاية، لم يأتون لزيارتي ولا مرة وأنا مريضة.

الباحثة: لماذا في رأيك؟

السيدة «ل»: يريدون استغلال زوجي وأنا أمنعهم من ذلك. لقد أتعبوني، يأتون إلى بيتي في إسبانيا ويضعوا لي «السحور» في الأكل وعند باب البيت... فأصبحت مريضة. الباحثة: إذن تعتقد أن سبب مرضك هو أهل زوجك و «سحورهم».

السيدة «ل»: أنا متأكدة من ذلك.

الباحثة: هذا مهم، بهذا الإكتشاف، ساعدت المختصين في حل لغز أسباب الإكتئاب، لأنهم لحد الآن لم يجدوا السبب الوحيد لهذا المرض.

السيدة «ل»: مبتسمة: أنت لا تعرفي خطر السحور.

الباحثة: هذا معتقد، يمكن مناقشته، وسيأخذ وقتنا طويلا وفي الأخير لا نصل إلى نتيجة واقعية. ولكن الأفيد هو الإجابة عن هذا السؤال ما نسبة مسؤولية أهل زوجك نحو مرضك؟

السيدة «ل»: 5%.

الباحثة: هي نسبة ضئيلة جدا أمام الأسباب المعقدة للإكتئاب والتي من بينها العلاقة بين سلوكياتنا وانفعالاتنا وأفكارنا التي يمكن التعامل معها ومواجهتها وتعديلها. وكعمل منزلي، تدربت السيدة «ل» على إنجاز الأعمال التالية:

- استعمال تقنية تحكم / ارتياح.
 - ملء بطاقة الأعمدة الأربعة.
 - التعرف على الأفكار الآلية.
 - الإجابة على الأسئلة التالية: هل أوبخ نفسي لأسباب هي حقيقية؟ هل أوبخ الآخرين لأسباب معقولة؟ هل أسباب مشاكلي الحالية هي ما أعتقده حقيقة؟
 - ماهي سلوكاتي الإيجابية الحالية والماضية؟
 - هل إيجابياتي قبلية وأخطائي كثيرة، بالمقارنة مع المحيطين بي؟
 - ما نتيجة هذه الطريقة في التفكير؟ هل هذا يسمح لي بتجاوز صعوباتي؟
- في الحصة الخامسة عشر، أثارت الباحثة موضوعا كثيرا ما تجاهلته السيدة «ل» وهو علاقتها بأماها التي يبدو أنها فاترة أو على الأقل حيادية.
- السيدة «ل»: في الحقيقة، أُمي هادئة جدا وتبدو غير مبالية.
- الباحثة: تعتقدين أنها لا تهتم بك؟
- الحقيقة، أُمي تهتم كثيرا بأخواتي، أما أنا، أُميل لأبي.
- الباحثة: ما رأي أمك في هذا؟
- السيدة «ل»: هي غير مبالية وأعتقد أنها لا تحبني بسبب هذا.
- الباحثة: هل هذا كان رأيك دائما؟
- السيدة «ل»: تأكدت منه في مرضي؟ (الإستقراء العشوائي)
- الباحثة: هل يوجد دليل على كلامك؟
- السيدة «ل»: لا، لكنني في الصميم، أريد أن تتحسن هذه العلاقة.
- وضحت الباحثة للسيدة «ل» أن الأشخاص قد يخطئون في تقدير بعض الأشياء في الحياة اليومية ويزدادون خطأ في الحالة المرضية وتسمى أخطاء منطقية، حيث يميل الشخص إلى تضخيم المشاكل والصعوبات وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال حوارها مع السيدة «ل» في الإستقراء العشوائي. والتي تعني الذهاب إلى النتائج بدون براهين. وأوضحت لها الباحثة أن العلاقة التنافسية التي تعيشها مع أمها، قد تكون السبب في الهوة التي تفصلهما ولما لا تعمل على التقرب منها أكثر عسى أن تتحسن هذه العلاقة.

3-3-3 الحصيلة الجزئية:

في الحصة السادسة عشر، قامت الباحثة بإنجاز أول حصيلة. وذلك بمقارنة حالتها الحالية والأهداف التي برمجت في بداية العلاج:

- فيما يخص القضاء على الأرق، يبدو أن السيدة «ل» تحسنت بسرعة وهذا بفضل عملية الفطام التي تعمل على إنقاص تبعية السيدة «ل» للمنومات. فقد علمت الباحثة أن ما كان يزعجها في السابق هو الأرق حيث لم تكن تنام إلا سويقات قليلة، اضطرت على تناول المنومات فأصبحت مدمنة عليهم. مما أدخلها في حلقة مفرغة من أرق / منومات / خمول. ويعتبر الأرق أحد الأعراض الأساسية للإكتئاب وعندما تم السيطرة على أعراضها، حل مشكل الأرق، لهذا استطاعت السيدة «ل» أن تتطور بسرعة في العلاج المعرفي.
 - أما فيما يخص القضاء على الأفكار الالية السلبية، فإن السيدة «ل» تدربت على عدة تقنيات لمساعدتها للوصول إلى هدفها المسطر.
 - قدمت الباحثة سلام تقييم مستوى الإكتئاب.
- أبدت السيدة «ل» رغبتها في هذه الحصة على التوقف على العلاج مؤقتا للرجوع الى بيتها (اسبانيا) لأنها مشتاقة لأبنائها وزوجها وأنها جد مسرورة بهذه الطريقة العلاجية و أعطتها الباحثة موعدا بعد شهر لإتمام العلاج و أفهمتها دور المخططات في ظهور الإكتئاب.

4-3-3 من الحصة السابعة عشر إلى الحصة العشرين:

- كان هدف الحصة السابعة عشر هو البحث عن المخططات التي تعتبر القواعد الداخلية والصارمة التي تظهر وتنمو مع نمو الشخص ويكون مصدرها طريقة تربيته ومرتبطة بتقييم
- علاقاته مع الآخرين. ويبدو أن سفر السيدة «ل» كان مثمرا، بحيث عادت في صحة جيدة ومتفائلة ومقبلة على العلاج بأفكار إيجابية.
- قامت الباحثة بتذكيرها بالتقنيات التي عملت بها خلال العلاج وأنه يجب الإستمرار في استعمالها حتى بعد نهايته. وسطرت معها برنامجا خاصا للبحث عن المخططات كمرحلة نهائية للعلاج. وفي هذا الحوار تم اكتشاف المخطط الرئيسي الذي يسير سلوكات السيدة «ل»:

السيدة «ل»: فكرت كثيرا في مرضي ووجدت السبب- رغم انك قلت لي أن المهم هو كيف نتعامل مع النتائج- إلا أنني أظن أن شعوري بالفراغ، جعلني أكتب.

الباحثة: هل تعتقدين أن شعورك بعدم الفعالية هو الذي أتعبك؟

السيدة «ل»: وهو كذلك، لاحظت عندما أقوم بعمل ما، أو أكون مسؤولة عن أحد أو عن شيء ما، أكون سعيدة.

الباحثة: وماذا حدث حتى تغيرت؟

السيدة «ل»: كثرت أعمال زوجي وأقل في حضوره للبيت وكبر الأبناء فهم يمضون جل وقتهم في المدارس أو العمل مع إبيهم.

الباحثة: هذا جعلك تشعرين أنهم لا يحتاجونك؟

السيدة «ل»: هذا صحيح.

بعدها تيقنت السيدة «ل» من المخطط

استعانت الباحثة بمثال من الحوار لوضعه في جدول. وتدربت السيدة «ل» عليه لتستعمله إذا ما ظهر من جديد:

جدول 42: المخطط الأساسي و المعتدل

المخطط الأساسي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المعتدل	استراتيجية معدلة
يجب أن أكون فعالة.	لن أكون سعيدة في غياب احتياج الآخرين لي.	أكون فعالة في حدود امكانياتي و حسب الظروف.	يجب أن أتكيف مع تغير الظروف.

بعدها استوعبت السيدة «ل» المخطط، طالبتها الباحثة بالقيام بالأعمال المنزلية التالية:

- إبحثي عن موقف، لازلت تجدين فيه عدم راحة ذاتية، رغم نجاحك في التدريب على التحكم في الأفكار الآلية.
 - صفي رد فعلك وحاولي إيجاد أكثر المواقف في الماضي والحاضر، وتميلين للتصرف بنفس الطريقة.
 - ما هو الموضوع المشترك لكل هذه المواقف؟
 - ما هي الإستراتيجية المكيفة التي تسمح بتلين المخطط؟
- اختارت الباحثة مع السيدة «ل» مناقشة علاقة هذه الأخيرة بأبها و لو أنها تطرقت للموضوع سابقا، إلا أنه يبدو مواصلة العمل على هذه النقطة قد يكون مفتاحا لمشاكل عدة. وتوصلت الباحثة في الحصة الماضية أن المخطط الإكتثابي الذي كان يسير سلوكات السيدة «ل» هو «أكون فعالة عندما يحتاجني الآخرون». وحاولت أن تطبقه على العلاقة التي تربط الأم بابتها.

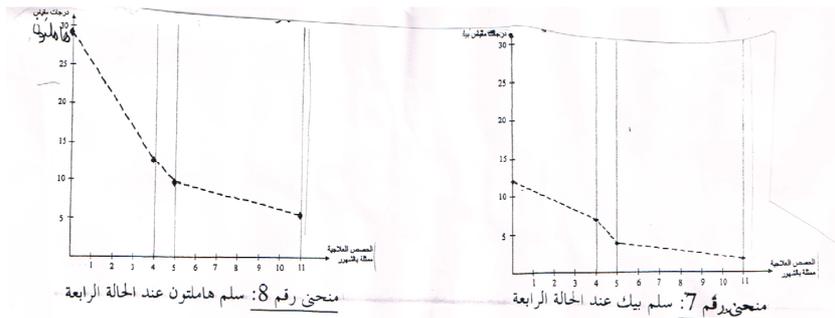
الباحثة: إذا استعنا بالمخطط «أكون سعيدة عندما أكون في خدمة الآخرين، هل يمكن تطبيقه على علاقتك بأمك؟
السيدة«ل»: في الحقيقة، فكرت في الأمر، خلال العمل المنزلي الأخير وفضلت أن نناقشه في هذه الحصة.

الباحثة: وكيف تتصورين تطبيقه؟
السيدة «ل»: كما قلت لك في السابق، علاقتي بأبي جيدة جدا.. فهو يستشيرني في كل صغيرة وكبيرة تخص عمله وأنا مطلعة على أسراره المالية وهذا يشعرني بالقيمة والأهمية.
الباحثة: إذن حاجة أبيك لك تشعرك بالسعادة.
السيدة «ل»: وهو كذلك. أما أمي تعاملني دائما كشخص غير مهم.

جدول 43: المخطط الأساسي والمعتدل

المخطط الأولي	الإستراتيجية القديمة	المخطط المعتدل	استراتيجية معدلة
لست فعالة مع أمي	هي مستغنية عني، سأبتعد عنها.	قد لا تحتاجني أمي، لكن ليس معناه إهمالها.	التقرب منها أكثر.

في الحصة الأخيرة، راجعت الباحثة مع السيدة «ل» التقنيات التي تعلمتها ونصحتها باستعمالها وقدمت لها سلام تقييم الإكتئاب الذي يظهر تطوره في المنحنيين وطلبت منها الحضور في حصتين ملء استمارتي أينزك و SCID II. وأخذت معها موعدا بعد ثمانية أشهر.



6- تقييم عام:

من خلال تشخيص السيدة «ل» تبين أنها تعاني من اضطراب المزاج المكتئب استمر معها لسنوات وكان هدفها من العلاج القضاء على التباطؤ الحسي-حركي والأرق

والأفكار السلبية.

وقد شاركت الباحثة في تسطير برنامج العلاج رغم التباطؤ الذي أظهرته في بداية العلاج إلا أنها استمرت فيه ونجحت في تطبيق الأساليب العلاجية وقد أظهرت نتائج السلام المقدمة (بيك وهاملتون) التحسن الملحوظ خلال مدة العلاج. ولم تؤثر سمة العصابية (استمارة أيزنك) ولا الشخصية المضطربة (هستيرية حسب SCID II) على نتائج العلاج.

1- تقديم الحالة الخامسة:

1-1 مقدمة:

يبلغ من العمر السيد «ف» 54 سنة، هو تقني سامي في الإلكترونيك. وحاليا هو على المعاش، يعيش مع زوجته وأولاده. هو متوسط القامة، مكتنز ومهتم بمظهره، غير ان ملامحه يائسة وحزينة.

إثر حوادث كثيرة وقعت له في السنوات الأخيرة، بدأ يشعر بالحزن الشديد والبكاء المتكرر والتعب...، وفقد طعم الحياة وبدأ يفضل الوحدة والعزلة لأنه «لم يعد تحمل الأصوات المرتفعة والضجيج والكلام الكثير والحركة اللامتناهية». الكل يريد مساعدته وهذا يزيد شعورا بالألم لأنه «لا ينقصه أي شيء ولا يعرف لماذا هو حزين هكذا ولا كيف تدهورت صحته».

وجهه زوج ابنته للطبيب المختص الذي بدوره اقترح عليه العلاج المعرفي.

السيد «ف» هو أكبر إخوته. أحد هم يقطن بجانبه. أما البقية في وسط المدينة. علاقته بهم جيدة جيدا فهو يشعر بالمسؤولية نحوهم منذ سنوات. توفي والده منذ 15 سنة وتوفيت أمه منذ 10 سنوات وهو الذي كان يتحمل النفقة عليهم سواء في مرضهما او في حياتهما اليومية، حيث لم يكن للأب معاشا يقتات به. لا يتذكر السيد «ف» أنه عاش طفولة مثل اقرانه. فقد أخذ على عاتقه مسؤوليات منذ صغره حيث كان يدرس ويعمل في نفس الوقت.

للسيد «ف» ثلاث بنات وولد، البناتان متزوجتان والبنات الصغرى لازالت تدرس. أما الولد فلم ينجح، ففتح له محلا متعدد الخدمات. السيد «ف» فخور بابنتيه. زوجها في سن السابعة عشرة. الأولى متزوجة مع طبيب وهو الذي يتكفل به وبالعائلة من الناحية الصحية. والبنات الثانية متزوجة من عائلة غنية وهو «مطمئن عليها».

2-1 تاريخ الحالة:

يتكلم السيد «ف» عن طفولته بكل اعتزاز، فقد كان مليء بالحيوية والنشاط، اشتغل في كل الأعمال وهذا « ساعده على بناء بيته لوحده». في الحقيقة، عاش سعيدا مع والديه، أبوه طبيب وأمّه كذلك. كان من أسرة متوسطة الحال «لكنه عمل وكد حتى أصبح غنيا». لقد عمل في شركة للإلكترونيك وفي نفس الوقت فتح محلا لتصليح المواد الكهربائية وكان من الأوائل في المدينة الذين يفكون الشفرة ويمضي ليال طويلة

لإيجادها وبيعها لتجار تلمسان ووهران»، لكن المهنة لم تعد كالسابق وأصبحت مليئة بالدخلاء ولا يريد العمل معهم»، لهذا فتح مقهى عند إحالته على المعاش. وهو صغير، كان متفطن لكل أمور الحياة، كان يساعد والدته في البيت ووالده في محل النسيج ولكنه كان «يفضل العمل عند التجار الآخرين لأنه كان يتقاضى أجرا». أما أخوه وأخته، فكان يحميها من أولاد الجيران رغم أنه لم يكن يفوقهما في السن كثيرا».

لم يرد السيد «ف» مواصلة دراسته أكثر لأن هذا يتطلب منه التوقف عن العمل وظروف البيت لا تسمح بذلك خصوصا وأنه كان يريد الزواج مبكرا فعمل على توفير مستلزمات العرس والبيت وتزوج وأنجب ثلاث بنات وولد وعمل على تزويج البنيتين مبكرا والولد عمره 23 سنة ولا يريد أن يتزوج وهو جد قلق عليه.

1-2-1 العوامل المؤثرة في حياته:

مر السيد «ف» بأحداث مختلفة في حياته. وهو في بعض الأحيان يتذكر طفولته التي لم يعيشها كبقية الأطفال ولكنه في بعض الأحيان يتكلم عن هذه الفترة بكل فخر. فالأحاسيس متضاربة لديه ويقول «أنه تعب في بناء بيته وفي تزويج بناته وأنهكه التعب عندما مرضت أمه ثم أبوه ورغم هذا لم يكن يشعر بالتعب آنذاك وإنما كان يفعل هذا عن سعة صدر وبحثا عن دعوات الخير من والديه التي تحميه من كل سوء». ثم في الأيام الأخيرة، مرضت زوجته بالروماتزم ولم تعد تقوم بأعمال البيت كالسابق فزاد وزنها مما عقد من تطور المرض. إنه يكن لها كل الإحترام والتقدير لأنها ساندته خلال السنوات الماضية وكانت تحب والديه وتحترمهما «هي زوجة صالحة ويفكر أخذها للبقاع المقدسة».

2-2-1 العوامل الحركية:

يتعجب السيد «ف» من الحالة التي وصل إليها. فقد مر بصعوبات كثيرة واستطاع أن يتجاوزها. في السنوات الأخيرة فقد أمه ثم أبوه وسُرق محله أربع مرات ولم يحزن غير أنه عندما تفطن لأبنه أنه على علاقة مع فتاة «من الشارع»، أصبح قلقا وعنيفا معه حتى وصل به الأمر إلى طرده من البيت وزادت الأمور تعقيدا، عندما دخل المقهى أحد أصدقاء الفتاة وانهاled على السيد «ف» ضربا. لم يستطع تحمل الإهانة وعلى إثر هذا الحادث تدهورت صحته النفسية والجسمية لمدة شهر ثم تقدم للعلاج وتم تشخيص مرحلة اكتئابية عظمى واستعمل مضادات الاكتئاب التي أعطت نتائج

مشجعة ولكن بعد أشهر إنتكس. في الأيام الأخيرة، يبدو أن ابنه عاد للبيت واعتذر منه لكنه لم يستطع نسيان الحادثة أبدا.

3-1 التشخيص:

تم تشخيص السيد «ف» أنه مصاب باضطراب المزاج المكتئب بعد المرحلة الإكتئابية الرئيسية.

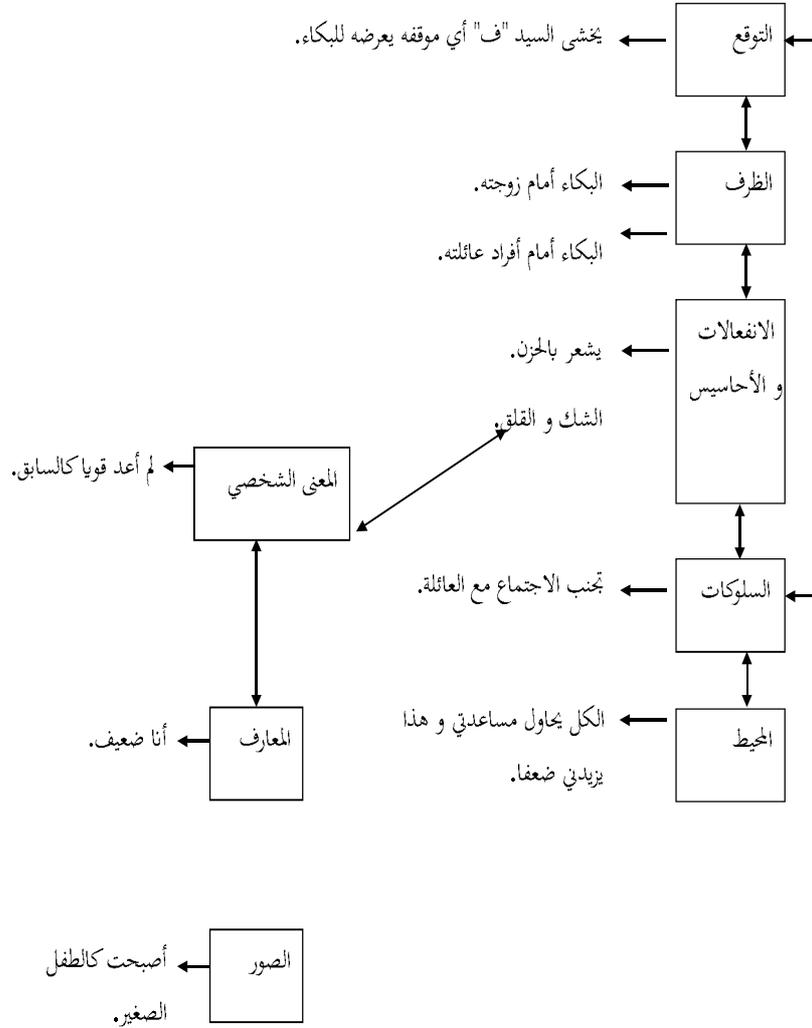
يوجد مزاج مكتئب تقريبا طيلة اليوم لمدة سنتين في المعيار «أ».
وظهرت الأعراض التالية في المعيار «ب»: فقدان الشهية وأرق وتعب ضعف في تقدير الذات لم تتحسن الأعراض لمدة سنتين في المعيار «ج».
ولم يقدم السيد «ف» مرحلة اكتئابية رئيسية في المعيار «د».
ولم يقدم مرحلة هوسية مختلطة في المعيار «ه».
وليس لهذه الأعراض علاقة بتناول مادة سامة أو مرض عضوي في المعيار «ز».
وأدت هذه الأعراض إلى ألم نفسي ملحوظ في المعيار «ي».
المحور الأول: اضطراب المزاج المكتئب F341.
المحور الثاني: لا توجد مظاهر لشخصية مضطربة.
المحور الثالث: لا يعاني السيد «ف» من أي مرض عضوي.
المحور الرابع: لا يوجد أثر لصعوبات اجتماعية اقتصادية أدت إلى هذه الأعراض.
المحور الخامس: تحصل السيد «ف» على النقطة 53 وهي تشير إلى أن الأعراض متوسطة الشدة مع وجود بعض الصعوبات العائلية.

1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل المتزامن:

استعملت الباحثة شبكة SECCA لتحليل المشكل الحالي الذي يعاني منه السيد «ف». واقترح عليه العلاج المعرفي بتشجيع من زوج ابنته.

جدول 44: شبكة SECCA لـ J. Cottraux



2-1-3-1 تحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 معطيات بنيوية:

2-2-1-3-1 معطيات جينية:

- توفيت الأم وعمرها 70 سنة. وكانت أم طيبة وحنونة مع كل أبنائها. مرضت

- بالسكري في الأيام الأخيرة.
- توفي الأب وعمره 75 وهو كذلك أب طيب، مرض بارتفاع ضغط الدم.
- السيد «ف» قوي ومسؤول لكنه لا يعرف لماذا أصبح ضعيفا.

1-3-2-3 العوامل التاريخية المثبتة:

لا يستطيع نسيان حادثة ضربه في المقهى.

1-3-2-3 الأدوية المتناولة:- mirtazapine-Clomipramine

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

قيمت الباحثة العلاج بسلام تقييمية لبيك وهاملتون في بداية العلاج والحصّة السادسة عشر والحصّة الأخيرة.

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

ما يشغل بال السيد «ف» هو تدهور حالته الصحية لهذا الحد وانتكاسته فهو لا ينقصه أي شيء، الكل يسانده. قامت الباحثة بتعريف العلاج المعرفي للسيد «ف» والتقنيات التي سوف تستعمل وعدد الحصص وضرورة القيام بالأعمال المنزلية كعامل أساسي للعلاج. وقامت الباحثة بمساعدة السيد «ف» على تسطير الأهداف العلاجية وكانت كالتالي:

- التوقف النهائي عن البكاء.
- تعديل الأفكار السلبية إلى أفكار واقعية.
- القدرة على العودة للعمل (فتح المقهى من جديد).

3-3 عملية العلاج:

تخصص دائما الباحثة الحصص الأولى لملاحظة سلوك السيد «ف» ثم تأتي المرحلة الثانية الخاصة بالعلاج المحض في ثلاثة عشرة حصّة ومرحلة التثبيت في أربعة حصص وتدوم كل حصّة ساعة واحدة أسبوعيا. أما برنامج الحصّة فهو كالتالي :

- أجندة أو جدول أعمال للحصّة.
- تحديد مشكل كهدف للعلاج.
- تسطير أعمال منزلية للأسبوع المقبل.

- خلاصة للحصة مع مراجعة أو عائد يقوم به السيد «ف».

وتسمح هذه الحصص الثلاثة على التعرف على تاريخ الحالة والتأكد من التشخيص وملء سلاّم الإكتتاب ثم تسطير الأهداف العلاجية والتعرف على العلاج المعرفي والتقنيات المستعملة وقراءة مقالة بيبيك وابتداء من الحصة الثالثة، تعرف السيد «ف» على أول تقنية وهي تحليل الإنفعالات وحساب عدد المرات التي يبكي فيها مع قياس شدتها خلال الأسبوع. وعرفت الباحثة معنى الإنفعالات على أنها ما يحس به يوميا وأنها نوعين: إما مريحة وإيجابية وإما مؤلمة وسلبية والفرد يتعايش معها يوميا وهي:

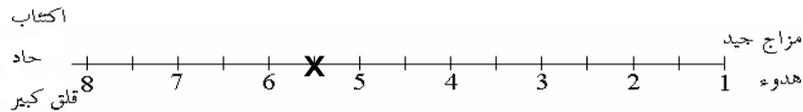
جدول 45: الانفعالات

الإنفعالات السلبية	الإنفعالات الإيجابية
فرح- ارتياح- هدوء- طمأنينة.	قلق- غضب - حزن - ألم نفسي.

وفي الإكتتاب، تسيطر على الفرد الإنفعالات السلبية على حساب الإنفعالات الإيجابية وتحديد وتعريف الإنفعالات يسمح بتعديلها في الإتجاه الحسن. وكان العمل المنزلي الذي طالبته به الباحثة هو ملء الجدول الخاص بأيام الأسبوع وتقييم شدة الإنفعال من 0 على 8 وبهذا يتحصل في آخر الأسبوع على نظرة حول تطور تغيرات المزاج. وقد كان العمل المنزلي موضوعا للحصة الرابعة:

جدول 46: تقييم النشاطات اليومية

اليوم	الصباح	بعد الظهر	المساء	الليل
السبت	8	4	5	2
الأحد	6	6	4	2
الاثنين	موعد مع الباحثة	4	3	2
الثلاثاء	5	8	6	2
الأربعاء	6	6	4	1
الخميس	4	3	2	1
الجمعة	3	2	2	0



لاحظت الباحثة أن مزاج السيد «ف» متقلب:

- مزاجه غير حزين طول الوقت حيث يوجد لحظات هدوء في الليل وبعض مرات الأسبوع.

- أكثر الأوقات التي يكون فيها حزين هي في الصباح ويتحسن مزاجه في آخر الأسبوع بفضل زيارة بناته وأحفاده وفي المساء كذلك. كما قيم السيد «ف» لحظات البكاء خلال أيام الأسبوع وتم التعليق على هذه اللحظات وكان موضوع الأعمال المنزلية للحصة الرابعة هو الإستمرار في ملء جدول الإنفعالات والبحث عن الموقف المحدد الذي يكون فيه الألم مرتفعا ووصفه مع تقييم لحظات البكاء.

2-3-3 من الحصة الرابعة إلى السادسة عشر:

وقد قامت الباحثة في الحصة الرابعة مناقشة الأعمال المنزلية والتطرق الى تقنية تحليل النشاطات حيث لاحظت أن السيد «ف» يشكو من الخمول ولا يستطيع القيام بأي شيء وهو الذي تعود العمل والمثابرة. شرحت الباحثة أن الإكتئاب يجعل الفرد يشعر بعدم القدرة على القيام بأي شيء وأن الأشياء التي يقوم بها غير مهمة. وهو شعور مبالغ فيه. وكان هدف هذه الحصة هو التدريب على تسجيل النشاطات التي يقوم بها السيد «ف» خلال أيام الأسبوع والغرض من هذه التقنية هو أن يقيم السيد «ف» بنفسه النشاطات اليومية التي يقوم بها وينتبه لمعطيات مهمة تحدث لكنه لا يدركها لأنه يحتفظ في ذهنه بالنشاطات التي كان يقوم بها قبل المرض وأن المهم هو تسجيل كل النشاطات حتى الروتينية منها، ثم على السيد «ف» تحديد مالذي مر على ما يرام ومالذي لم يمر على ما يرام وكان هدف الأعمال المنزلية للحصة السادسة، الإجابة على النقاط التالية:

- سجل النشاطات التي تقوم بها خلال الأسبوع.
 - قيم هذه النشاطات .
 - قارن بموضوعية تقييمك الشخصي والشعور بأنك لا تقوم بأي شيء.
- في الحصة السابعة، اطلعت الباحثة على نشاطات السيد «ف» خلال الأسبوع وكانت كالتالي:

فيما يخص النشاطات، كان الجدول التالي:

جدول 47: تقييم النشاطات

على ما يرام	ليس على ما يرام
الخروج إلى السوق. زيارة بناتي. زيارة صديقي. اللعب مع أحفادي.	ليست لي أي متعة عند مشاهدة الأفلام. أقوم بذلك لتمضية الوقت فقط.

جدول 48: النشاطات اليومية

اليوم	الساعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
	10-9	زيارة الطبيب	مشاهدة فيلم	موعد مع الطبيب	الذهاب إلى السوق	شراء خبز حليب	مشاهدة فيلم	اللعب مع أحفادي
	11-10							
	12-11							
	13-12	غناء						
	14-13	قيلولة	الغذاء	قيلولة	قيلولة	قيلولة	قيلولة	قيلولة
	15-14							
	16-15							
	17-16							
	19-18	شراء الدواء	الجلوس مع ابني في عمله	تصليح demo أحد الأصدقاء	الانغزال في الغرفة دون فعل أي شيء	زيارة صديق لي	حضور بناتي و أحفادي	الذهاب إلى الحمام
	20-19	عشاء تناول الأدوية						
	21-20							
	22-21	نوم						عشاء تناول الأدوية

وضحت الباحثة أن السيد «ف» رغم مرضه فهو مواصل في القيام ببعض النشاطات حتى ولو أنه غير راض عنها لأن تفكيره لا يركز إلا على المواضيع السلبية وهذا من عواقب الإكتئاب. ثم ناقشت معه موضوع الإنفعالات وعدد مرات البكاء فلاحظت أنها ليست بالحجم الذي كان يعتقدده ولكنه يقارن الأمور بالسابق حيث يتذكر ولا يوم بكى فيه «حتى يوم وفاة أمه». وقد انتبه السيد «ف» أن مزاجه ليس حزيناً طول أيام الأسبوع. وفي هذه الحصة كذلك قامت الباحثة بتوضيح أهمية الأفكار في التأثير على الإنفعالات وعلى المزاج بصفة عامة. وتدرّب على تقنية التعرف على الأفكار الآلية باستعمال جدول بيك للأعمدة الثلاثة ثم تدرّب على تقييم شدتها باستعمال النسبة المئوية ودرجة الاعتقاد بالفكرة باستعمال بطاقة الأعمدة الأربعة التي تحتوي على:

- الموقف والظرف.
- الإنفعال. شدة الإنفعال.

- الفكرة الآلية .
 - درجة الإعتقاد بالفكرة السلبية.
- وقد طلبت الباحثة من السيد «ف» أن يأخذ البكاء كمثال للتدرب على بطاقة الأعمدة الأربعة وذلك بالإجابة على السؤال التالي «ما الذي يدور في ذهني أثناء البكاء؟»

جدول 49: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف	الإنفعال	الفكرة الآلية	درجة الإعتقاد
اشترت إسورة لزوجتي.	مشاعر قوية وبكاء %100	مسكينة زوجتي، مضطرة لتحمل «هبالي».	%90

وقد لاحظ السيد «ف» كعائد أنه كلما كان الإعتقاد بالفكرة قويا، كلما كان الإنفعال قويا وبالعكس كلما كان الإنفعال قويا كلما يميل الإعتقاد إلى القوة. لهذا مهم أن يجد العلاقة بين الإنفعال والأفكار والرابط بينهما. وأشارت الباحثة للسيد «ف» أن فعالية التعديل المعرفي تتوقف على مدى قدرته على المشاركة التدريجية في التحكم في كل التقنيات والتفطن للقدرات الذاتية التي تساعد على التغير والتحسن. وبالنسبة للأعمال المنزلية، طلبت الباحثة من السيد «ف» أن يتخيل المواقف التي تثير الإنفعال مع الفكرة التي تدور في ذهنه أثناءها ودرجة الإعتقاد بها.

وفي الحصة الموالية، استطاع السيد «ف» التحكم في البحث عن الأفكار الآلية السلبية واستعمال بطاقة الأعمدة الأربعة. ثم تدرب على جدول خمس أعمدة التي يتعلم فيها إيجاد بدائل لأفكاره السلبية. وبهدف التحكم في الأفكار السلبية، استعملت الباحثة تقنية مع / ضد وهي تقنية تعيد النظر في الأفكار. وعمليا، تعني البحث على أكثر المبررات «مع» الفكرة الآلية وأكثر المبررات «ضد» الفكرة الآلية والمهم في البحث هو أن لا يقصي أي فكرة مهما كانت وأن الأمر يتعلق بالفكرة السلبية وليس بالموقف. قام السيد «ف» باختيار فكرة سلبية ليستعمل فيها تقنية مع / ضد، بمساعدة الباحثة:

جدول 50: تقنية مع/ضد

مبررات مع الفكرة السلبية: «أصبحت ضعيفا»	مبررات ضد الفكرة السلبية «أصبحت ضعيفا»
- غلقت المقهى الذي كنت أعمل فيه 60%. - أصبحت أبكي لأتفه الأسباب 40%. - الكل متأهب لمساعدتي 80%. المجموع: 180.	- أنا في فترة نقاهة وسأفتحه فيما بعد 90%. - هي فتلة عابرة والبكاء ليس ضعفا 70%. - الكل هم عائلتي، لو مرض أحدهم لفعلت نفس الشيء 100%. المجموع: 260.

- لاحظ السيد «ف» مجموع أفكاره ضد فكرته «أصبحت ضعيفا» أكبر وهذا جعل اعتقاده بها يقل. وكعمل منزلي، طلبت الباحثة من السيد «ف» ما يلي:
- تعرف على الفكرة الآلية التي تمر في ذهنك في موقف صعب.
 - إبحث عن كل المبررات التي تكون في صالح هذه الفكرة.
 - إبحث الآن عن كل المبررات ضد هذه الفكرة.
 - قيم نسبة اعتقاد كل فئة من هذه الأفكار مع / ضد وقم بجمع النسب.
 - ماهي حالتك بعد الإنتهاء من التمرين؟ هل هو أكثر سلبية من قبل قيامك بالتمرين؟ هل تشعر بتحسن وهدوء؟

توصل السيد «ف» إلى التحكم في الأثر السلبي لأفكاره. وكان هدف الباحثة في الحصة الموالية تدريبيه على القضاء على هذه الأفكار وإبعادها باستعمال تقنية إعادة التمركز / الإبتعاد *Décentrage/ Distanciation* وهي تعني أن يتخيل السيد «ف» كيف يتصرف شخص آخر في مكانه (إعادة التمركز) هذا من جهة ومن جهة أخرى يراجع أفكاره السلبية ويتخيل كيف يكون موقفه (الإبتعاد) :

المعالجة : ما الذي يقلقك الآن؟

السيد «ف»: أشعر بالخجل والعار وأفكر في صورتي لديهم التي بدأت تهتز.

الباحثة ك صورتك تغيرت منذ ظهور هذه النوبات (البكاء).

السيد «ف»: أظن ذلك، أصبحو يخافوا علي.

الباحثة: هل خوفهم عليك يحط من شأنك؟

السيد «ف»: لا أعرف.

الباحثة: لنفترض أحد عائلتك حدث له نفس السلوك ويفكر بنفس طريقتك ماذا ترد عليه؟

السيد «ف»: أقول له هذا ليس مهم. المهم أن تقوم بالسلامة.

- الباحثة: لماذا لا تقول هذا لنفسك. ألا تظن أنك قاس على نفسك؟
- لاحظ السيد «ف» أن نفس الموقف الذي أقلقه يعتبره غير مقلق إذا حدث لشخص آخر. وتقنية إعادة التمرکز / الإبتعاد، ساعدته على التوصل إلى هذه النتيجة فهو يكيّل بمكيالين موقفا واحدا وهو أكثر قساوة على نفسه وهذا ما جعله يفكر في تصحيح أفكاره الخاصة بعدم تقدير الذات . فطلبت منه الباحثة القيام بالتمرين التالي:
- تعرف على الفكرة الآلية التي تمر في ذهنك.
 - حاول أن تجيب على الأسئلة التالية في ظهور الفكرة الآلية:
 - كيف أفكر، إذا تعرض لنفس الفكرة شخصا آخر.
 - هل تحكم على شخص لآخر بنفس حكمك على نفسك؟
 - ألا تلاحظ أنك تكيّل بمكيالين وأنت أكثر قساوة على نفسك؟
 - بما تنصح شخصا آخر قد يكون في نفس موقفك ويفكر مثلك؟

في الحصة الرابعة عشر أبدى السيد «ف» تأففا من تناول الأدوية وتحفظا على الإستمرار في تناولها، خصوصا أنه مرتاح وهو يملك التقنيات المناسبة لمواجهة الإكتئاب. وعملت الباحثة على وضع هذا الموقف في بطاقة أربعة أعمدة:

جدول 51: الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد

الموقف / سلوك	انفعال	الفكرة الآلية	نسبة الإعتقاد
تناول الأدوية	تشاؤم 70%	سأصبح مدمنا وتابعا للأدوية.	80%

- استعملت الباحثة تقنية التوقع السلبي للمستقبل في حوارها مع السيد «ف»:
- الباحثة: ما الذي يزعجك في تناول الأدوية؟
- السيد «ف»: أن أكون مضطرا لفعل ذلك، سأصبح مدمنا وتابعا لها.
- الباحثة: وما هو الحل في رأيك؟
- السيد «ف»: أريد أن أتوقف عن تناولها.
- الباحثة: لكن هذه الأمور، يجب أن تناقشها مع طبيبك فهو أكثر علما بالأدوية؟
- السيد «ف»: تناقشت معه في الأمر وهو مصر على الإستمرار في تناوله.
- الباحثة: أنت ترى في تناول الأدوية إلا الجانب السلبي، ألا يوجد حلا آخر في المستقبل؟
- السيد «ف»: أن أستمر في تناوله وينقص لي في عدد الجرعات.
- الباحثة: تستمر في تناول الدواء بجرعات صغيرة وتتفادى الإنتكاسة وتتوقع الجانب الإيجابي

للمستقبل.

- وكعمل منزلي، طالبت الباحثة السيد «ف» ب:
- حدد الفكرة الآلية السلبية المتعلقة بالمستقبل.
- أجب عن الأسئلة التالية :
- هل لدي القدرة على توقع المستقبل، دون أن أخطأ؟
- هل كلما توقعت الأشياء، تحدثت كما توقعت؟
- صف ما تأثير التوقع الإيجابي على المواقف والإنفعالات والأفكار؟
- حدد الأهداف القريبة و المتوسطة و البعيدة.

3-3-3 الحصيلة الجزئية:

- قامت الباحثة في الحصة السادسة عشر بحصيلة جزئية ن قدمت فيها سلام بيك وهاملتون للإكتئاب وقارنت النتائج المتوصل إليها مع الأهداف العلاجية:
- بالنسبة للحالة المزاجية والبكاء، ظهر تحسن ملحوظ (النتائج في الفصل السابع).
 - استطاع السيد «ف» التحكم في أفكاره السلبية.
 - أما فيما يخص فتح المقهى، فهو يقوم بالإجراءات اللازمة لذلك.

3-3-4 من الحصة السابعة عشر إلى الحصة العشرين:

في الحصة السابعة عشر، سطرت الباحثة برنامجاً كاستمرارية للبرنامج السابق وهو العمل مع السيد «ف» للبحث المخطط الإكتتابي في الحصة الباقية. وشرحت الباحثة معنى المخطط ودوره في ظهور الإكتتاب وطريقة محاربة هذه المخططات هي نفسها المستعملة في التعديل المعرفي وتضاف إليها تقنيات أخرى تم التطرق إليها في الحالات السابقة. وأضافت الباحثة تقنية أخرى هي تفضيل الجانب الإيجابي من المخطط *Priviligier les aspects positifs du schémas* وهو مبدىء فعال لتعديل المخططات وذلك بإعادة الإعتبار للقواعد التي لها علاقة بأهداف السيد «ف».

توصلت الباحثة مع السيد «ف» إلى المخطط الذي يتحكم في سلوكاته وهو «قمع الإنفعالات وهي الصعوبة المفردة في التعبير عن الإنفعالات ومناقشتها من حالات الغضب والأذى والفرح الخ... لأنه يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير من الآخرين أو الإحراج أو الهجر وهذا ما ظهر من خلال تاريخ الحالة ففي مراحل عديدة ورغم الأحران التي توالى عليه إلا أنه لم يعبر عن انفعالاته إلى أن جاءت حادثة

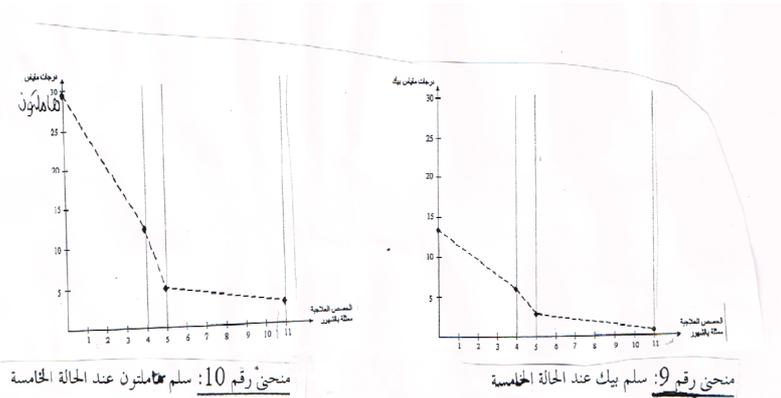
ضربه في المقهى أمام الجميع حيث انهارت كل دفاعاته وقد ناقشت الباحثة هذه الفكرة مع السيد «ف» وحاولت أن تلقي الضوء على جانبه الإيجابي مثل القدرة على الإنفعالات والقوة النفسية التي تنعكس من خلال هذا المخطط ولكن استعمالها بإفراط وصرامة يؤدي إلى الإتجاه المعاكس وهذا ما حدث له، حيث أصبح يبكي في كل المواضيع والظروف. وقامت الباحثة من تعديله للزيادة في إيجابيته ويحافظ على توازنه النفسي. و تكييف هذا المخطط مع المواقف الملائمة ونصحته على استعمال تقنية تحكم / ارتياح التي تساعده في تعديل عاداته السلوكية ومخططاته.

جدول 52: المخطط الأساسي و المعتدل

المخطط القديم	الاستراتيجية القديمة	المخطط المعدل	الإستراتيجية المعدلة
يجب ألا أظهر انفعالاتي أمام الآخرين.	القيام بكل الجهود للتحكم في الإنفعالات.	قيمتي لا تهتز إذا أظهرت انفعالاتي.	أكيف انفعالاتي حسب المواقف.

3-3-5 الحصيـلة النهائيـة:

في الحصة الأخيرة، تم ملء سلم الإكتئاب وهاملتون والبكاء وتقييم نتائج التعديل المعرفي والتحكم في الأفكار الآلية والمخططات وتسطير حصتين لتقديم استمارة SCID II وسمات الشخصية لأينزك وأعطته موعدا بعد ثمانية أشهر. وهذان المنحنيان يوضحان تطور درجات الإكتئاب.



6- تعليق عام:

عانى السيد «ف» من اضطراب المزاج المكتئب وقدم أعراضا اكتئابية مثل فقدان

الشهية والتناقل الحسي-حركي والضعف في تقدير الذات وشارك الباحثة في تسطير الأهداف العلاجية ووضع التوقف عن البكاء كهدف رئيسي ومستعجل للعلاج بالاضافة إلى تعديل الأفكار السلبية. واستعمل الأساليب العلاجية بنجاح واستطاع أن يسيطر على انفعالاته وأفكاره واستمر في العلاج. ولم تظهر سلام التقييم أي تراجع ولم تؤثر سمة العصائية التي تحصل عليها من خلال استمارة أيزنك على الاحتفاظ بالنتائج الايجابية للعلاج. ولم تعط أجوبته الخاصة بشبه المقابلة (SCID II) أي توجه لأي شخصية مضطربة.

1- تقديم الحالة السادسة:

1-1 مقدمة:

يبلغ من العمر السيد «س» 34 سنة، يسكن بتلمسان وعاطل عن العمل. لا يبدو على ملامحه الحزن. طويل وقوي البنية، معتنى بمظهره ومرتب الهمدام. أتى للفحص للمرة الثالثة حيث سبق له أن اشتكى بنفس الأعراض منذ ثلاث سنوات، مثل نوبات معدية مؤلمة مع ضيق في الجهاز التنفسي وتعب هام مع فقدان للذاكرة في بعض الأحيان وقد راجع عدة أطباء مختصين لكن دون جدوى ويبدو أن هذه الآلام ليس لها أي سبب عضوي وهذا ما يؤلمه أكثر «لأنه لا يجد حلا لمرضه». وحاليا يتناول أدوية مضادة للإكتئاب ونصحه الطبيب المختص متابعة علاجا معرفيا فوافق «عله يجد حلا لمرضه فقد حاول كل الطرق ولما لا العلاج المعرفي ولو أنه غير مؤمن بنجاعته».

يأتي السيد «س» في المرتبة الرابعة من عدد إخوته التسعة. ثلاث بنات وخمس ذكور. والديه على قيد الحياة. أبوه على المعاش وقد كان موظفا في البلدية أما الأم فماكنة في البيت. إخوته الثلاثة متزوجون ومستقلون في بيوتهم. أما البقية فمنهم مازال يزاوّل دراسته وأخوه موظف في البلدية كذلك. يملك الأب مزرعة في ضواحي تلمسان ويفكر حاليا في الإشراف عليها حتى يلبي متطلبات حياته الجديدة «لكنه لا يستطيع القيام بذلك بسبب التعب والآلام التي تراوده وتمنعه على الإقدام على هذا المشروع». لم يشكو السيد «س» في صغره من هذه الآلام. لكن يتذكر أن والده كانت له نفس الأعراض لكنها لم تمنعه من العمل « فقد كان يتناول الأدوية والأعشاب واستطاع التغلب هذا المشكل».

2-1 تاريخ الحالة:

يصف السيد «س» نفسه بالخجول جدا ولديه شعور بالنقص، أصدقاءه قليلون ولا يحب التكلم مع أحد، لا من عائلته ولا من خارجها. ويبدو أن السيد «س» تغير كثيرا منذ مراهقته. يذكر عندما كان طفلا، كان مرحا ومنطلقا ومحيط بأصدقاء كثير، كان يمضي اليوم كله في الشارع أو الذهاب إلى المزرعة عند جديه غير أن الأمور تغيرت في سن البلوغ، حيث بدأ ينعزل ويتحاشى كل أحد ويفضل الجلوس لوحده. نتائج المدرسة في التعليم الابتدائي، كانت متوسطة ويعترف السيد «س» أنه لم يكن يحب الدراسة و كان يذهب إلى المدرسة مرغما وخوفا من والديه اللذان كانا يصران على أهمية الدراسة وهو نادم اليوم لأنه لم يقم بالمجهود الكافي لإرضائهما وهو يدفع ثمن

«عقوقه». إذن واصل دراسته إلى السنة الثانية من التعليم الثانوي بعد جهد جهيد وطرده منها بعد النتائج الرديئة التي كان يتحصل عليها. وكعقاب له، أرسله والده عند جده وحرمه من الالتحاق بالتكوين المهني أو تعلم حرفة تساعده في البحث عن عمل فيما بعد. وكان وقع هذه الحادثة كبير عليه، زادت من عزلته وقد دام هذا «النفي» مدة ثلاث سنوات. فقد خلالهم على التوالي جده ثم جدته.

عاد السيد «س» للعيش عند والديه مرغما لأنه تعود الهدوء والعزلة. وخلال هذه السنة، بدأت تظهر عليه أعراض الإكتئاب وأوجاع المعدة والتعب الشديد فزار عدة أطباء ولم تتحسن حالته إلا بعد زيارته للطبيب المختص في الأمراض العقلية والنفسية. ولكن بعد سنتين عاودته نفس الأعراض وشفى منها لكن بعض مظاهر القلق الشديد وعدم الرغبة في العيش والتفكير في الإنتحار بدأت تراوده. خلال هذه الفترة، وجد له أبوه عملا في سوق للخضار وعمل فيه لكنه لم يكن مواضبا بسبب الأعراض التي ذكرها. تزوج منذ سنتين، ليس لديه أطفال وهو قلق من هذه الناحية، ليس من أجله ولكن زوجته تلح على الذهاب إلى الأطباء المختصين للتعجيل بإنجاب طفل وحسب الفحوصات الطبية والتحليل، لا يعاني الزوجين من أي مشكل عضوي.

1-2-1 العوامل المؤثرة في حياته:

عندما يتكلم السيد «س» عن العوامل التي أثرت فيه خلال حياته، يسردها بصوت خافت ورتيب. يتذكر طفولته وهو يلعب مع أصدقائه. أما أسرته فلم تكن له مكانة معينة و لا علاقة معينة مع إخوته وهو يحكي عن طفولته، تعود إليه الأصوات المرتفعة و صراخ أمه لإعادة النظام في البيت. كان يقضي أكثر وقته في الخارج «على الأقل لديه أصدقاء يهتمون به». ويتذكر كذلك مراهقته وخصوصا التغيرات الفزيولوجية التي طرأت عليه وأصبح طويلا وعريضا مما جعله يخجل من جسمه ويفضل الجلوس وحده وتحاشي أصدقائه.

2-2-1 العوامل المحركة:

من العوامل التي جعلت المرض يعاوده للمرة الثالثة هو إحساسه بالنقص وخصوصا علاقته الزوجية المضطربة حيث يذكر أنه في اليوم الثالث بعد العرس، راجع الطبيب حتى يخفف له جرعات الأدوية ليؤدي واجبه الزوجي ورغم هذا فعلاقته غير منتظمة. زوجته تلح على الإنجاب لكنه غير متفائل من هذه الجهة ولا من جهة

أخرى، فالتشاؤم والقلق والملل، أعراض لا تفارقه.

في السنة الماضية وبعد شعور بعدم القيمة والنقص وتشاجر مع زوجته، تناول بكميات كبيرة أدويته فغاب عن الوعي لمدة ساعتين لولا نقله للإستعجلات لكان في عداد الموتي.

3-1 التشخيص:

يمكن الإشارة إلى التشخيص التالي حسب الدليل التشخيصي الرابع مراحل اكتئابية متكررة.

و قدم السيد «س» الأعراض التالية في المعيار «أ»

مزاج مكتئب طيلة اليوم خلال أسبوعين.

وتدن واضح في الاهتمامات و النشاطات اليومية وتناقل نفسي-حركي تقريبا يوميا وتعب وفقدان للطاقة كل يوم و مشاعر عدم القيمة مبالغ فيها وضعف في القدرة على التفكير و التردد وأفكار انتحارية دون وجود مخططات معينة لذلك. ولا تستجيب هذه المعايير لمقاييس مرحلة مختلطة في المعيار «ب» وأدت هذه الأعراض إلى ألم نفسي ملحوظ في المعيار «ج». وليست لهذه الأعراض علاقة يتناول مادة سامة أو مرض عضوي في المعيار «د» و لا تفسر هذه الأعراض بوجود حالة حداد في المعيار «ز».

المحور الأول: مرحلة اكتئابية رئيسية متكررة F33.3.

المحور الثاني: دلت المقاييس على وجود شخصية اكتئابية هي غير محددة في الدليل و هي:

أ- اكتساح لمعارف و سلوكيات مكتئبة في المظاهر التالية: وهن وحزن في المزاج المعتاد. و يعتقد السيد «س» أنه دون المستوى مع أفكار عدم القيمة. وينتقد ذاته ويقلل من أهميتها.

والميل العام لاجترار الأفكار وتشاؤم والميل إلى الشعور بالذنب.

ب- تحدث هذه الأعراض حتى خارج المرحلة الاكتئابية الرئيسية ولا يمكن تفسيرها باضطراب المزاج المكتئب.

المحور الثالث: لا يعاني من أي مرض عضوي.

المحور الرابع: عدم العمل.

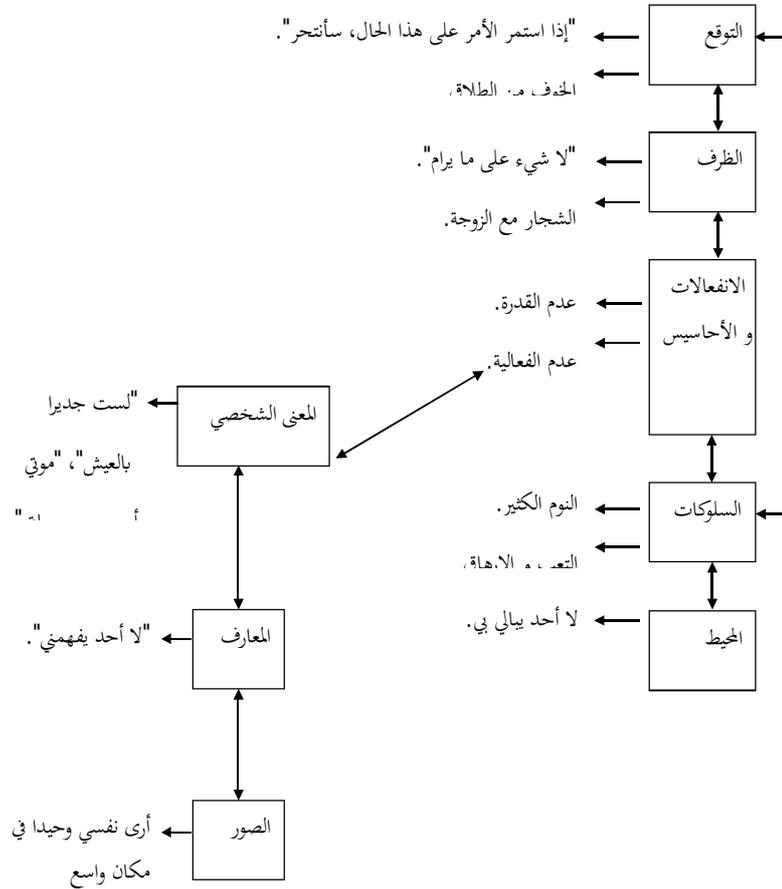
المحور الخامس: تحصل على النقطة 51 و هي تدل على أعرض متوسطة الشدة ولكنها تؤثر على ممارسة نشاطاته المهنية والاجتماعية.

1-3-1 التحليل الوظيفي:

1-1-3-1 التحليل التزامني:

تم القيام بهذا التحليل عن طريق استعمال شبكة SECCA وقد وجه للعلاج المعرفي من طرف الطبيب المختص.

جدول 53: شبكة SECCA لـ J. Cottraux



2-1-3-1 التحليل مع الزمن:

1-2-1-3-1 معطيات بنيوية:

2-2-1-3-1 معطيات جينية:

- يبلغ عمر الأم 70 سنة ، قضت عمرها في تربية أطفالها التسعة، لم تظهر عواطف معينة، لم تكن لا قاسية ولا حنونة.
- عمر الأب 71 سنة، هو كل شيء في البيت، يأخذ القرار، لايراجع أحدا، لم يكن متسلطا أو عنيفا لكنه «كان يتصرف لمصلحة الجميع».
- تغير السيد «س» كثيرا في مراهقته إلى الآن. وهو طفل، لم يكن مباليا.

3-2-1-3-1 العوامل التاريخية المثبتة:

- إهمال من طرف المحيط.
- عدم إيجاد عمل ثابت.
- الشجار مع الزوجة.

4-2-1-3-1 الأدوية المتناولة: Anafranil- Déroxat.

2- تقييم العلاج:

1-2 السلام المستعملة:

تقدم السلام في بداية العلاج وأثناء الحصيلة الجزئية وفي نهاية العلاج وبعد ثمانية أشهر (بييك وهاملتون).

3- العلاج:

1-3 الأهداف العلاجية:

ما يقلق السيد «س» هو عدم الرغبة في أي شيء، ونقص في الدافعية والشعور بالنقص. اقترحت عليه الباحثة العلاج المعرفي في عشرين حصة على ثلاث مراحل. تخصص المرحلة الأولى للتقييم والتعرف على شكاوي السيد «س» والتأكد من التشخيص والتعريف بالعلاج ثم المرحلة الثانية التي تخص التعديل المعرفي والمرحلة الأخيرة هي مرحلة متابعة وبحث عن المخططات الإكتئابية.

شارك السيد «س» الباحثة في تحديد وتسطير الأهداف العلاجية كالتالي: القضاء على الأفكار الإنتحارية والقضاء على التناقل النفسي وتعديل الأفكار السلبية والشعور بالنقص.

2-3 التقنيات العلاجية المستعملة:

برمجة النشاطات اليومية بأسلوب تحكم/ ارتياح و اختبار بديهية الأفكار الآلية وإعادة إعزاء الأسباب.

3-3 بداية العلاج:

1-3-3 برنامج الحصص:

يتم العلاج مرة واحدة في الأسبوع وتدوم الحصة ساعة تقريبا. وتمر على النحو التالي: أجندة الحصة وإختيار صعوبة معينة واستعمال تقنية علاجية وتسطير أعمال منزلية و خلاصة الحصة مع عائد يقدمه السيد «س».

في هذه الحصص، قامت الباحثة بدراسة الحالة وتقديم سلم ببيك وهاملتون والتعريف بالعلاج المعرفي. والتأكيد على الأعمال المنزلية، غير أنها تلقت مقاومة شديدة من طرف السيد «س». فيما يخص هذه النقطة، حاولت الباحثة علاج هذه المشكلة كأى مشكلة تواجه العلاج المعرفي وذلك بالبحث عن الأفكار المرتبطة بالعمل المنزلي والتي كانت كالتالي:

- «أنا متعب، لا أقدر على الكتابة».
- «ستسخرين من أفكاري».
- «ليس لي الوقت للقيام بذلك».

ناقشت الباحثة هذه الأفكار مع السيد «س» وأكدت أنه غير مجبر بالقيام بها ولكنها ستكون مفيدة لتطور العلاج. وبعد اقتناع السيد «س»، لم تبدأ الباحثة بتقديم هذه الأعمال إلا في الحصة الخامسة.

من الحصة الرابعة إلى الحصة السادسة عشر:

في الحصة الرابعة، قامت الباحثة بمناقشة الأفكار الإنتحارية التي يفكر فيها السيد «س» والتي جعلتها من أولويات العلاج واعتبرت هذه الأفكار حصيلة تراكم الأفكار السلبية المرتبطة بالإكتئاب. وبمساعدة السيد «س» قامت بتسطير لائحة لأسباب التي تدفع للإنتحار ولائحة تدفعه للحياة وكانت كالتالي:

جدول 54: لائحة أسباب الموت أو الحياة

أسباب الموت	أسباب الحياة
1- سئمت من هذه الحياة. 2- الإقدام على الموت يخلصني. 3- لم أجد عملا وحتى إذا وجدته لا أواصل فيه.	1- لازلت شابا وممكن أن تتغير الأمور 2- أخاف من عذاب الله بعد موتي. 3- الموت ليس حلا للبطالة. 4- زوجتي وإن تشاجرت معي، فهي تريد إنجاب طفل مني. 5- أفكر في الموت لأنني أتألم نفسيا، ممكن إذا زال الألم، لأفكر فيه.

بينت الباحثة للسيد «س» أن أسباب الحياة كانت أكثر من أسباب الموت وقد تبين من خلال المقابلة أن تفكيره في الموت ليس جديا وإنما هي أفكار تراوده عندما يشعر بالضيق ولا يجد أحدا يساعده. وفي نفس هذه الحصة، عوض أن تعطي الباحثة مقالة بيك والتي يفسر فيها الإكتئاب، حاولت أن تشرح له حالته وهي مرحلة اكتئابية رئيسية متكررة التي تظهر تدريجيا لدى الشخص على مدى سنوات طويلة حيث تصبح طريقة في العيش وأكثر الأعراض التي تلاحظ هي التعب المستمر والأفكار المتشائمة وقد تلحقها مرحلة اكتئابية فيشعر المرء أن حالته لن تتغير وهذا هو قدره. وفي بعض الأحيان، تعمل الأفكار السلبية على تثبيت الإكتئاب.

في الحصة الخامسة، عملت الباحثة أن يكون هدفها التثاقل النفسي وشكوى السيد «س» أنه لا يقوم بأي شيء طول اليوم. فطلبت منه أن يسرد عليها كل ما قام به خلال الأسبوع من الصباح إلى المساء. وقامت الباحثة بتسجيل كل النشاطات في ورقة. ونبهت السيد «س» أنه عكس ما يعتقد فإنه لا يزال يقوم بنشاطات ولو أنها ضعيفة ولكنها ضعيفة بالمقارنة مع كان يقوم به قبل المرض. وكان هذا التمرين مثمرا لأنه جعل السيد «س»:

- يعتمد على هذه النشاطات لإعادة ثقته بنفسه وتوقع نشاطات جديدة.
- تسطير نشاطات لليوم الموالي وملاحظة نتائج هذا التخطيط.

في الحصة السادسة، دربت الباحثة السيد «س» على تقنيتين مهمتين لبداية التغيير وهي برمجة نشاطات يومية وتقنية تحكم / ارتياح. ووضحت الباحثة أن تقنية برمجة نشاطات يومية ليست دون أهمية ولكنها نقطة بداية مهمة في العلاج. وطلبت من السيد «س» أن تساعده زوجته في ذلك واعتبارها كمساعدة للباحثة، بأن تقوم بمساعدته على برمجة النشاطات اليومية في المساء ومحاولة القيام بها في الغد. وتدريب كذلك على تقنية تحكم / ارتياح ووضحت الباحثة أن الإكتئاب يمنع من ملاحظة

النشاطات المريحة ولا يفكر إلا في الجانب السلبي وطلبت منه كعمل منزلي:

- اختر ثلاث نشاطات قمت بها في نفس اليوم.
- لكل نشاط، ضع درجة تحكمك ومستوى ارتياحك.
- ضع نتائج هذا التمرين في هذه الورقة.

في الحصة السابعة، تم التعرف على نتائج التمرين المنزلي وقد تم القيام به بمساعدة الزوجة. وقد لاحظت الباحثة تغير في مزاج السيد «س» وأنه كان فرحاً لمساعدة زوجته له.

جدول 55: نشاطات تحكم/ارتياح

الذهاب للسوق لشراء الخضار	غير فعال	تحكم
	عدم ارتياح	ارتياح
جولة مع زوجتي في المزرعة	غير فعال	تحكم
	عدم تحكم	ارتياح
المواظبة على الصلاة طول اليوم.	غير فعال	تحكم
	عدم ارتياح	ارتياح

بينت الباحثة للسيد «س» أهمية تقنية برمجة النشاطات والتحكم والإرتياح لأنه يتعلم من خلالها تغيير نظرتة للإكتئاب الذي لا يختفي بمجرد تناول الدواء واعتبار الإكتئاب عاهة تشعره بالنقص وما الإكتئاب إلا نقص في النشاط والإهتمام. وهذا النقص يدفعه لإعادة تنظيم سلوكاته ومشاركته التدريجية في ملاحظتها. وتفضيل القيام ببعض النشاطات من الوسائل الهامة لبداية التغيير. وطلبت الباحثة من السيد «س» مواصلة ملء البطاقة الخاصة بالتحكم والإرتياح بمساعدة زوجته. في الحصة الثامنة، بينت الباحثة للسيد «س» أن التغيير يبدأ ببرمجة نشاطات يومية وهذا قد يكون مدّه بالإحساس بالإرتياح والتحكم و هو مهم ولكن غير كاف وأن الخطوة الموالية تبدأ بالتعديل المعرفي وبينت له أن الشخص يعبر من خلال ثلاث مستويات هي:

- سلوكاته أما م مواقف معينة.
- إنفعالاته التي يشعر بها في هذه المواقف.
- الأفكار التي تمر في ذهنه في هذه المواقف.

وأعطته مثالا على هذا عن طريق الأسئلة التالية:

- ماذا تفعل الآن؟
- ما هو شعورك في هذه اللحظة؟
- فيما تفكر؟

و وضت إجابات السيد «س» في هذا الجدول:

جدول 56: الثلاثية المعرفية

الموقف / السلوك	الإنفعال	الفكرة
أنا في جلسة مع الباحثة	قلق نوعا ما 40%	ما الذي ينتظرنى في هذا العلاج؟ 40%

وواصلت الباحثة العمل في إظهار العلاقة بين السلوك والإنفعال والأفكار ولم تعطه أعمالا منزلية. كان هدف الحصة التاسعة هو البحث عن الأفكار الآلية وتقييم حدة الإنفعال المرتبط بها ووضحت الباحثة للسيد «س» الرابطة بين الإنفعال الكبير على الأفكار. وقد لاحظت أنه سهل عليه تحديد انفعاله ووصف موقف من تحديد الفكرة التي تدور في ذهنه. وبالفعل أجابت الباحثة أن التدريب على هذه التقنية يساعده مستقبلا على تحديد أفكاره ونقدها. وتسهلا لهذه التقنية، قامت الباحثة بالتعاون مع السيد «س» على وضع لائحة من الأفكار الآلية السلبية على مدار كل حصة ثم قامت بتصنيفها فلاحظت أنها تصب كلها في أفكار حول الشعور بالنقص والذنب وعدم المرغوبية. وكعمل منزلي طالبت به بإكمال اللائحة الخاصة بالأفكار الآلية وطالبت منه ترتيبها حسب الأهمية لجعلها أهدافا علاجية خلال الحصص المقبلة.

في الحصة العاشرة، إختار السيد «س» كهدف علاجي الفكرة الآلية التي تخص عدم المرغوبية الإجتماعية حيث يشعر أنه غير مرغوب خارجيا أو قبيحا أو أنه ضعيف في بعض المهارات.

إستعملت الباحثة تقنية اختبار بديهية الأفكار الآلية وتعتبر هذه التقنية أن الأفكار الشخصية هي آراء يمكن مناقشتها أو فرضيات يمكن التحقق منها. وبصفة عامة ترتبط هذه الأفكار بمعلومات تأتي من الخارج. وفي الإكتتاب تتأثر هذه المعلومات وتؤثر على الإنفعالات فتوجه أفكارنا نحو النواحي السلبية. ولمقاومة هذا التأثير السلبي، تدرّب السيد «س» على مراجعة هذه الأفكار باختبار بديهيتهما وبطرق أخرى.

الباحثة: اخترت كهدف علاجي مناقشة فكرة عدم المرغوبية الإجتماعية.
السيد «س»: نعم، انعزلت عن الناس في السنوات الأخيرة وبدأت أفضل الوحدة.
الباحثة: يبدو أنك ابتعدت عن الآخرين لأنك تشعر أنك غير مرغوب. مالذي يجعلك تقول هذا؟

السيد «س»: مواقف كثيرة، مثلا أشاجر كثيرا مع زوجتي.
الباحثة: وهذا يجعلك تفكر أنها لا ترغب فيك، في حين قلت لي في السابق أنها تتشاجر معك لأنها تريد إنجاب أطفال.

السيد «س»: نعم جل زيارتنا للطبيب وتناول الأدوية والأعشاب من أجل هذا الغرض.

الباحثة: وهل هذا يعني أنها لا تحبك عندما تريد إنجاب أطفال منك؟

السيد «س»: لست أدري....

في هذا الحوار، كان موضوع «عدم المرغوبية» وعن طريق الأسئلة و استعمال إعادة الصياغة ، تم مراجعة وإعادة النظر في الفكرة السلبية. وقد وضحت الباحثة للسيد «س» طريقة استعمال هذه التقنية وأنه بمقدوره استعمالها لوحده كحوار داخلي يواجه به الأفكار السلبية وينتقدها لأنه في الأصل كل فكرة يمكن تعديلها لتكييفها مع الواقع. كذلك تدرّب السيد «س» في نفس المنوال على الإجابة عن الأسئلة التالية:

- البحث عن الفكرة الآلية التي تمر في ذهنك مرارا وتكرارا عندما تكون في موقف مؤلم.

- ماهي كل الأسئلة التي يمكن أن تطرحها، حول هذه الفكرة؟

- ما هو وقع هذه الفرضيات على انفعالك؟

في الحصة الموالية، واصلت الباحثة عزل الأفكار الآلية و تدريبه على الطرق والتقنيات التي يستعملها لمواجهةها ومن بين هذه التقنيات إعادة إعزاء الأسباب وتعني هذه التقنية أن الشخص يميل إلى تحمل مسؤولية الأسباب السلبية بصفة مبالغ فيها لأحداث جرت في السابق ويبقى محتفظا بوقعها على مر السنين. وقد دار حوار بين الباحثة والسيد «س» في هذا المنوال:

الباحثة: من بين الأفكار السلبية التي تراودك وتريد مناقشتها هي عدم استقرارك في مهنة.

السيد «س»: بالفعل، عند فشلي في الدراسة، ذهبت للمزرعة عند جدي، كنت أساعده في

العمل وتعودت العيش هناك، ثم وجد لي أي عملا في سوق الخضار لكنني لم أستمر.

الباحثة: هل هناك مهن أخرى قمت بها وفشلت في الإستمرار فيها؟
السيد «س»: لا إنها المهنة الوحيدة.

الباحثة: إذن هي المهنة الوحيدة. لماذا لم تستمر؟

السيد «س»: لم أستمر لأن جو العمل لم يكن مريحا.
الباحثة: ما معنى هذا؟

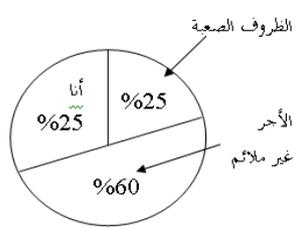
السيد «س»: ظروف العمل صعبة والدخل ضعيف ولا يساوي المجهودات التي كنت أقوم بها.
الباحثة: إذن الأسباب عدم استمرارك كانت متنوعة. ولم تكن أنت السبب الوحيد في الإستمرار.
السيد «س»: وهو كذلك.

الباحثة: لنستعمل دائرة ونحاول توزيع الأسباب لنعرف نسبة مسؤوليتك.

السيد «س»: أنا مسؤول عن 25% من عدم استقراري. الظروف الصعبة

الباحثة: وكانت النسبة في البداية 100%

علما أنه العمل الوحيد الذي لم تستقر فيه.



الشكل رقم 2: دائرة تقسيم المسؤوليات

وللتدرب على هذه التقنية، طالبته الباحثة باستعمالها كلما تحتم الأمر ذلك.

وللتعود عليها طالبته بالعمل المنزلي التالي:

- 1- هل تميل لتوبيخ نفسك لأسباب حقيقية؟
- 2- هل تميل لتوبيخ الآخرين لأسباب معقولة؟
- 3- هل حقيقة، أنت السبب في كل مشاكلك الحالية؟
- 4- ما نتيجة تفكيرك بهذه الطريقة؟ هل تساعدك على تجاوز صعوباتك؟
- 5- استعمل الدائرة ووزع المسؤوليات ولاحظ وقعها على انفعالك.

الحصيلة الجزئية:

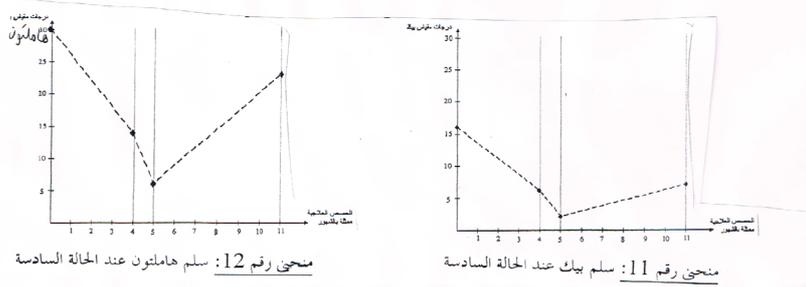
استمرت الباحثة مع السيد «س» في البحث عن الأفكار الآلية ومناقشتها وتدريبه على تقنيات لمواجهتها. وفي الحصة السادسة عشر، قامت بحصيلة جزئية لمقارنة نتائج سلام بيك وهاملتون ومدى تأثير التقنيات الجديدة على نتائج السلام. فكانت النتائج جد مريحة. وقارنت الباحثة النتائج المتوصل إليها بالأهداف العلاجية حيث تم مناقشة الأفكار الإنتاجية وتعديل بعض الأفكار الآلية التي جعلها السيد «س» في المرتبة الأولى وبقي هدفاً آخر وهو الشعور بالنقص المرتبط بالمخططات الإكتنابية،

وفضلت الباحثة بموافقة السيد «س» إتمام العمل العلاجي في الحصص المقبلة. بينت الباحثة أن المخططات الإكتئابية لها علاقة وطيدة بالتاريخ الشخصي للحالة وهي تحمل معتقدات حول الذات والمحيط والمستقبل وهي التي تسيّر السلوكات وتتخذ عبارات متنوعة مثل « إذا لم أقم بهذا... لن أتحصل على محبة الآخرين..» ولكن مهما كان نوع هذه المخططات فهي صارمة وعكس الأفكار السلبية، تحتاج المخططات إلى جهد نفسي كبير يستعمله الشخص للقضاء عليها، طبعاً بمساعدة المعالج. ويمكن التوصل إلى هذه المخططات عند مراجعة الأفكار الآلية السابقة والبحث عن العامل المشترك بينها. وفي حالة السيد «س» لاحظت الباحثة أن الكف والسلبية من أكثر الأفكار شيوعاً وقد أثر هذا المخطط كثيراً على علاقاته الإجتماعية وقدراته وكفاءته وتم تخصيص الحصص المتبقية لتقنية لعب الأدوار وهي تمر على سبع مراحل:

- المرحلة الأولى تخص التحضير النفسي، قامت الباحثة بشرح الطريقة للسيد «س» وبينت أهميتها وطالبته بتحديد بدقة السلوك الذي يريد الوصول إليه.
- المرحلة الثانية: عندما حدد السيد «س» السلوك، قامت الباحثة بتوفير الأغراض اللازمة لذلك.
- المرحلة الثالثة: اختار السيد «س» أدواراً مختلفة لأشخاص مختلفون وتم الإستعانة بكراسي فارغة.
- المرحلة الرابعة: قام السيد «س» بالدور حسب السلوك المستهدف، وقامت الباحثة بمساعدته على أداء الدور. وفي بعض السلوكات المستهدفة، قامت الباحثة بنفسها بالقيام بالدور كنموذج للسيد «س».
- المرحلة الخامسة: تركزت هذه المرحلة على العائد بحيث تطلب الباحثة من السيد «س» إدراج ملاحظاته حول القيام بالدور وتعطي الباحثة ملاحظاتها مركزة على الجانب الإيجابي في الدور.
- المرحلة السادسة: قام السيد «س» بالدور من جديد أخذاً بعين الإعتبار الملاحظات التي ظهرت في المرحلة الخامسة.
- المرحلة السابعة: طالبت الباحثة من السيد «س» القيام بالدور في الحياة اليومية.
- إستعملت الباحثة لعب الأدوار في عدة وضعيات وسلوكات مختلفة، وجدها السيد «س» مهمة في تحسين يومياته وكانت في الميادين التالية: علاقته مع زوجته و علاقاته مع والديه وإخوته ومشاريعه الخاصة بالعمل.

5-3-3 الحصلة النهائية:

في الحصة الثانية والعشرين، قامت الباحثة بالحصلة النهائية وتمثلت في التعرف على نتائج السلام التي قدمتها من جديد وهي موجودة في هذين المنحنين وطلبت منه العودة لتقديم إستمارتي سمات الشخصية لأينزك و SCID II للبحث عن الشخصية المضطربة.



6- تعليق عام:

قدم السيد «س» في الجدول الاكلينيكي اضطرابات اكتئابية متكررة تتميز بتناقل نفسي حركي وفقدان الاهتمام ومشاعر عدم القيمة وضعف في القدرة على التفكير وكان تجاوبه في بداية الحصة متباطئا لكنه سرعان ما تحسن خلال العلاج وكانت مساعدة زوجته جد مثمرة في دفعه إلى التقدم في العلاج واستعمال الأساليب العلاجية حتى نهاية العلاج وقد أثبتت نتائج سلام التقييم هذا التقدم. ولم تؤثر سمة العصابية على العلاج ولكنه بعد ستة أشهر عاد بنفس الأعراض التي قدمها خلال بداية العلاج ويمكن تفسير انتكاسته بوجود الشخصية المضطربة (المكتئبة).

الخاتمة

بات من الواضح أن العلاج المعرفي فعالا ويستغرق وقتا أقصر بكثير بالمقارنة مع العلاجات النفسية الأخرى، فهو علاج يعرّف كيف يبحث المكتئب عن أفكاره السلبية ويظهر مخططات سوء التوافق وكيف يدحضها. وبالتالي توضع هذه المعارف موضع اختبار من خلال فحص الدلائل باستعمال الأساليب المعرفية والسلوكية التي ظهرت في هذا البحث. ويعتبر العلاج المعرفي أحد العلاجات النفسية التي نتجت عن إدخال العمليات المعرفية الى أساليب العلاج السلوكي من منطلق مبدأ الإرتباط بين التفكير والإنفعال والسلوك. فالفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضا وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في نفس الوقت وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك.

وكانت هذه الدراسة براغماتية وعملية إلى أقصى حد. وانطلقت الباحثة من فكرة أن كل المكتئبون يستفيدون من العلاج المعرفي ويتعدل سلوكهم لأن أساليبه متنوعة وتتعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال. ويستعيدون توافقهم من جديد.

وقد أثارت النتائج التي توصلت لها الباحثة إلى التفكير في طرق علاجية أخرى، من بينها الطرق التي تستفيد من العوامل العلاجية المشتركة لكل المدارس العلاجية وهي العوامل التي تعتمد على قوة العلاقة بين المريض والمعالج واستعمال الأساليب التي ترفع من دافعية وانتظارات المريض للبحث عن المساعدة والرفع من مشاعر التحكم والفعالية الشخصية وتعريضه لتجارب جديدة وإثارة انفعالاته ومنحه الفرصة للقيام بسلوكات جديدة.

ومن الملاحظ أن هذه العوامل تنتمي لطرق علاجية ومدارس مختلفة من التحليل النفسي إلى المدرسة الجشالتية إلى العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي التفاعلي.

إن الانتقاء من العلاجات النفسية المختلفة، لا يتم على مستوى التقنيات والنظريات فقط ولكن على مستوى تعدد نماذج العلاقات المستعملة. وقد اتفقت البحوث على أن نسبة نجاح العلاج تعود إلى 30% للعوامل المشتركة للعلاجات.

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- د.ه. بارلو، 2000، الاضطرابات النفسية، ترجمة تحت إشراف صفوت فرج، مكتبة الأنجلومصرية.
- 2- أ.بيك، 2000، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية.
- 3- عبد الحميد سامي و نور الدين خالد، 1997، معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتاب المصري واللبناني.
- 4- أ.د. عادل عبد الله محمد، 2000، العلاج المعرفي السلوكي، دار الراشد. القاهرة
- 5- د. زينب شقير، 2002، الشخصية السوية والمضطربة، مكتبة النهضة المصرية.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- 1- J.Ades, M.Lejoyeux. Dépression et alcoolisme. Paris. Masson 1997.
- 2- American. Psydnatric Association. DSM-TV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . 4eme édition, Texte révisé (Washington DC, 2000) Traduction française par J.D. Guelfi et al, Masson, Paris 2003.
- 3- C. André, Dépression et psychothérapie. Paris , Pil et Ardix Editeurs.
- 4- J.M. Azorin. Pseudo-démences dépressions. In M. Habib , M. Puel , éditeurs. Syndromes démentiels : approche cliniques et neuropsychologique. Paris. Masson, 1991.
- 5- I.M. Beackburu, J. Cottraux. Thérapie Cognitive de la dépression. Masson 1997.
- 6- H, Bloch, B. Chemama, E. Depret, A. Gallo, P. Leconte, J.F. Le Ny, J. Postel, M. Reuchlin. Grand Dictionnaire de la psychologie. Larousse 2000.
- 7- M. Bouvard. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Masson 1999.
- 8- O. Chambon, M. Marie-Cardine, les bases de la psychothérapie. Dunob 2003.

- 9- A.Chanouf,J.Roane,Emotions et cognitions,Bruxelles,De Boech Université 2002.
- 10-J.P.Clément, S.Paulin,J.M, Leger :Troubles de l'humeur .In :JP Leger,Clement,J.Vertheimer.Psychiatrie du sujet agé.Paris.Flammarion 1999.
- 11- CIM-10/ICD-10,Critères diagnostiques pour la recherche.. Classification internationales des maladies.10 éme révision.Chapitre V (F) troubles mentaux et troubles du comportement ,par l'Organisation Mondiale de la Santé,1994.
- 12- J.Cottraux,Les thérapies cognitives,Paris,Rertz 1992.
- 13- J.Cottraux,Les thérapies comportementales,Paris,Masson 1979.
- 14- J.Cottraux,Les thérapies comportementales et cognitives,Paris,Masson 2 ed 1995.
- 15- J.Cottraux,IM.Black burn La thérapie cognitive de la dépression,Paris,Masson 1997.
- 16- J.Cottraux,Les thérapies cognitives : comment agir sur nos pensées Paris,Rertz 1992.
- 17- J.Cottraux, « Dépressions réactionnelles » : données cognitives et comportementale : In,Les dépressions réactionnelles,sous la direc de T.Lemperiere.Masson 1997.
- 18- Ch.Cungi,I.Druon Note,Faire face à la dépression. Retz.2004.
- 19- J.Dayan,G.Andro,M.Dugnat.Psychoses puerperales.In Psychopathologie de la perinatalité.Paris.Masson 1999.
- 20- J.Delay.Les dérèglements de l'humeur.Paris.PUF 1946.
- 21- Jack Doron, La Methode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie.Dunob,Paris 2001
- 22- M.Ferriri,P.Nuss.Dépression du post-partum. In M.Ferriri, P. Nuss éditeurs. La dépression au féminin. Paris : John Libbery. 2003.

- 23- A Feline, JD Guelfi, P. Hardi, Les troubles de la personnalité. Paris, Flammarion, Medecine-Sciences 2002.
- 24- A, Frances,R.Ross. DSM-IV. Cas Cliniques.Masson. 2000.
- 25- A.Feline, P.Hardi, M. de Bonis. La dépression (études). Ed.Masson 1991.
- 26- O.Fontaine, J.Cottraux, R. Ladouceur.Clinique de thérapies comportementales. Mardaga 19984.
- 27- J.D.Guelfi, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre 1997.
- 28- J.D.Guelfi, E.Coruble, C. Duret, A.Pham-Scottetz, Dépression et troubles de personnalité, Paris,Doin 1999.
- 29- J.Guyota. Le fait psychothérapique et ses conceptions.In : J.Guyotat. Psychothérapies médicales. Médecine et psychothérapie.Masson. Paris 1978.
- 30- W.Huber.Les psychothérapies.Quelle thérapie pour quelle patient ? Nathan Université. Paris 1993.
- 31- P.Janet.L'automatisme psychologique, Société P.Janet.CNRS.Paris 1983.
- 32- N.Jarousse.Les thérapies comportementales et cognitives,Paris,Ellebore 1996.
- 33- F.Kacha. Psychiatrie et psychologie médicale.Publicom alger 2002.
- 34- P.Kuelholz. In : Les dépressions masquées. Bern : Hans Huber 1973.
- 35- R.G.Klein. Maladies dépressives chez l'adolescent : In Olié JP, Piorier MF, H.Loo, editors, Les maladies dépressives, Paris Flammarion.2003.
- 36- C.Lecomte, L.G Castonguay, Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme, Montréal, Gaëton Morin Editeur 1987.
- 37- Th. Lemperière, Aspects évolutifs de la dépression. Masson 1996.

- 38- Thérèse Lemperiere (sous la direction de). Les dépressions réactionnelles. Masson 1997.
- 39- A. Micchielli, Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, Armand Collin 2004.
- 40- C. Mirabel-Sarron, B. Rivière. Précis de thérapie cognitive. Dunod. Paris 1993.
- 41- C. Mirabel-Sarron, L. Vera. L'entretien en thérapie cognitive. Paris. Dunod 1995.
- 42- C. Mirabel-Sarron, Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives. Dunod 2005.
- 43- D. Nolle, J. Thomas. Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale, Ellipses 2002.
- 44- J.C. Norcross, M.R. Goldfried, Psychothérapie intégrative, Paris. Desclée de Brouwer 1998.
- 45- T. Nguyen, Pourquoi la psychothérapie ? Dunod 2005.
- 46- J. Postel (sous la direction de), Dictionnaire de psychiatrie. Larousse. Paris 1993.
- 47- J. Postel, Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse-Bordas 1998.
- 48- F. Ravertin. Le livre blanc de la dépression. Private Editions 1997.
- 49- C. Rogers. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris Dunod 1996.
- 50- F. Rouillon. Epidémiologie et facteurs de risque.
- 51- D. Samuel-Lajeunesse C, Mirabel-Sarron, L, Vera, L Mehran, Manuel de Thérapie comportementale et cognitive. Paris, Dunod, 1998.
- 52- K. Schneider, Les personnalités psychopatiques. PUF. Paris 1955.
- 53- Z.V. Segal, J.M. Williams, J.D. Teasdale, Mindfulness based cognitive therapy of depression : a new approach to preventing relapse, New-York, Guilford Press 2001.

- 54- N.Senlinkoff, Les psychothérapies.ESF.Paris. 1993.
- 55- J.L.Senon, D.Secheter, D.Richrad, Thérapeutique psychiatrique. Hermman éditeurs des sciences et des arts 1995.
- 56- G.Thomas, P.Morand. Dépression et état de Stress post-traumatique PTSD.Aspects cliniques et prise en charge. In : T. Lemperiere,Editors. Depressions et comorbidités psychiatrie.Paris.Masson 2001.
- 57- P.Thomas.Clinique de récurrences.In F, Rouillon,editor. Les troubles dépressifs récurrents.Paris : John Libbey 2003.
- 58- J.R.Vallerand, V.Hess, Méthodes de recherche en psychologie, gaetan moriu editeur 2000.
- 59- J.Y.Young, J.Klosko, Je réinvente ma vie, vous valez mieux que ce que vous pensez.Montréal, Ed de l'Homme 1995.
- 60- J.Y.Young, J.Klosko,M.Weishaar, Schéma therapy : a practitioner's guide,New York, Guilford Press 2003.
- 61- D.Widlocher, Les logiques de la depression. Fayard 1983.
- 62- D.Widlocher, Le ralentissement comme système d'action. In : D.Widlocher. Le ralentissement dépressif.PUF.Paris 1983.

قائمة الدوريات :

- 1- D.F.Allilaire. La dysthymie, point de vue. psychopathologique. Encéphale 1992,18 :68794-
- 2- H.S. Akiksal. Le déprimé avant la dépression.L'encéphale,18,4859,1992-.
- 3- M.De Bonis, Critique méthodologique des modèles de personnalité. Confrontations Psychiatriques,30,313329,1989-.
- 4- G.Bertschy. Les liens entre troubles de l'humeur et personnalités. Données récentes, L'encéphale,XVIII,18792,1992-.
- 5- P.Hardy.Les dysthymies.Clinique, nosologie et épidémiologie.

- Encéphale 1992,18 : 70715-.
- 6- M.Ferreri, M. Godfroy, V.Mirabel, J.M.Alby. Dymorphophobies. Encycle.Med.Chir (Elsevier SAS Paris), Psychiatrie, 37-1-146-10,1990.
 - 7- G.Goodwin,Antidépresseur et psychothérapie : quelle complémentarité ? Les Actualités en psychiatrie.Sep 2004 n°7-vol,21.
 - 8- J.P.Lepine,J.Lellouche.Etudes épidemiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale.Aux Med Psycho (Paris) 1993.
 - 9- C.S.Mouchaba : M.Ferreri, F.Cabanac,M,Bitton.Symptomes résiduels après un traitement anti-dépresseurs d'un épisode dépressif majeur.Encephale 2003 : 29,48344-.
 - 10-G,Newton-Howes,P.Tyrer.Trouble de la personnalité et pronostic de la dépression : meta-analyse des études publiées.Framingham on psychiatrie n°3,2006
 - 11-C.Perris,La distinction entre les troubles thymiques unipolaires et bipolaires-Rétrospectives de 25 ans- L'encéphale XVII,n° spéciale p913,1992- .
 - 12- A.D,Simons,G.E Murphy, Ed Wetzler, Cognitive therapy for depression sustained improvement over one year: Archive of General Psychiatrie,43,4348,1986-.
 - 13 - D.Purper-ouabil,G.Michel,MC.Moureu-Simioni. La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. Encephale.2002,28 :23440-.
 - 14- C.S.Peretti,B.Chaurot. Les structures de prise en charge des suicidants.Actuel Psychiatrie 2001.(n°spécial) : 925-.
 - 15- Z.V Segal,DD Vella, Self-schéma in major depression : replication

and extension of a priming methodology,cognitive therapy and research,14,2,161176,1990- .

16- J.D. Teasdale, Z Segal,J.M.G Williams, V.A Ridgeway, J.M.Soulsby, M.A.Lau, Prevention of rellapses/recurrence en major depression by mindfulness-based cognitive therapy, Journal of consulting and Clinical Psychology, 68,615623,2000-.

17- S.Torres.Les récidives depressives.Neuropsychy.n° special Nov 2004 p 41

18- G.M.Vanelle.Quelque particularité de la dépression féminine.Les points clés en psychiatrie.Tome 1.Avril 2005.

19-D.Widlocher.L'échelle de ralentissement dépressif : fondement théoriques et premières applications. Psychol. Med 1983,13,5060-.

الملاحق

الملحق رقم 1 :

- مقالة بيك .

- جداول الأساليب العلاجية.

الملحق رقم 2 :

- سلم بيك للاكتئاب.

- سلم هاملتون.

COMBATTRE LA DEPRESSION

AARON T. BECK, RUTH L. GREENBERG

Traduction et adaptation : E. Mollard

Les signes de la dépression

« Si ma femme m'a quitté c'est que je n'étais pas assez bien pour elle, je ne pourrai jamais me passer d'elle. »

« Mes cheveux deviennent de moins en moins épais, je ne suis plus aussi séduisante qu'avant, plus personne ne peut s'intéresser à moi. »

« Je suis une secrétaire tellement nulle que je suis persuadée que mon patron ne me garde que par pitié. Tout ce que j'essaie de faire finit systématiquement mal.»

« Je suis incapable de mener quelque chose à bien dans la maison, la rupture de mon mariage paraît inévitable. »

Voici des pensées caractéristiques de personnes déprimées et, bien qu'elles puissent parfois paraître assez justes superficiellement, elles dénotent en fait un réel changement dans la manière dont une personne se perçoit.

Le changement dans la façon de penser, de ressentir, d'agir, est un élément central dans la dépression. Et même si ce changement s'est installé progressivement, la personne déprimée est différente de ce qu'elle était avant le début de sa maladie, parfois même l'inverse de ce qu'elle était habituellement. On peut donner là de nombreux exemples : l'homme d'affaire comblé qui croit être au bord de la banqueroute, la mère dévouée qui veut abandonner ses enfants, le fin gourmet qui est dégoûté par la vue de la nourriture, le play-boy qui est désabusé dès

qu'on lui parle de sexe.

Au lieu de rechercher le plaisir, la personne déprimée l'évite. Au lieu de s'occuper d'elle, elle se néglige et néglige son apparence; son instinct de survie fait place à un désir d'en finir avec la vie. La passivité et le retrait se substituent à ses tendances à persévérer pour réussir.

Le signe le plus typique et le plus évident de la dépression est une humeur triste avec la solitude, l'apathie et la morosité qui la caractérisent. La personne déprimée peut se surprendre en train de pleurer alors qu'il n'y a aucune raison pour cela, ou inversement, elle est incapable de pleurer alors qu'un événement triste est véritablement arrivé. Elle peut avoir un sommeil agité, et se réveiller très tôt le matin, incapable de se rendormir ; ou au contraire, elle peut se sentir constamment fatiguée et dormir plus qu'à l'accoutumée. Elle peut perdre l'appétit et maigrir, ou bien manger plus que d'habitude et prendre du poids.

D'une manière assez typique, la personne déprimée a une vision très négative d'elle-même. Elle pense qu'elle est abandonnée et seule au monde, et souvent se reproche des fautes banales ou des imperfections. Elle est pessimiste en ce qui la concerne, en ce qui concerne le monde et en ce qui concerne son avenir. Elle ne se préoccupe plus de ce qui se passe autour d'elle et ne tire aucune satisfaction des activités qui lui plaisaient jusqu'alors. Souvent, il est difficile pour elle de prendre des décisions ou de mener à bien des décisions qu'elle avait prises.

Certaines personnes peuvent être déprimées sans exprimer ce sentiment de tristesse, de morosité, d'abattement. Elles se plaindront plutôt d'un mal être physique ou s'abandonneront à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Quand une personne semble toujours fatiguée ou ennuyée par ce qu'elle fait, il y a une grande probabilité qu'elle soit

déprimée. Lorsque des enfants brillants ne réussissent pas en classe pendant un certain temps, ceci aussi peut être un signe de dépression. De même, l'hyperactivité d'un enfant peut très bien compenser une dépression sous-jacente.

La recherche et les nouvelles approches de la dépression :

Il n'est pas rare que des personnes déprimées croient qu'elles ont perdu une chose à laquelle elles tenaient beaucoup, même si souvent, ce n'est pas réellement le cas. La personne déprimée croit qu'elle est une «perdante» et qu'elle sera toujours une perdante, qu'elle ne vaut rien et qu'elle n'est peut-être pas faite pour vivre. Il lui arrive même de faire des tentatives de suicide.

Récemment, une recherche qui a duré dix ans et qui a été subventionnée par l'Institut national de la santé mentale aux États-Unis a tenté d'expliquer la persistance de ces sentiments morbides chez les personnes déprimées. On a montré que l'un des facteurs cruciaux est que la personne déprimée interprète incorrectement un certain nombre de situations. Ce qu'elle pense de ce qui se passe autour d'elle à une répercussion au niveau de ses émotions. En d'autres termes, la personne déprimée se sent triste et seule parce qu'elle pense de manière erronée qu'elle n'est pas aussi valable que les autres, qu'on la fuit...

On peut alors aider un patient déprimé en l'amenant à changer ses pensées dysfonctionnelles, plutôt que de se centrer sur son humeur dépressive.

Nos travaux nous ont permis de nous rendre compte que, malgré la piètre opinion qu'ils avaient d'eux-mêmes, les patients déprimés réussissaient aussi bien que les sujets sains dans une série de tâches complexes. Dans une étude on donnait aux patients déprimés une série

de tests de difficulté croissante comprenant des épreuves de lecture, de compréhension et d'expression personnelle. Au fur et à mesure que les patients commençaient à se rendre compte qu'ils réussissaient, ils devenaient plus optimistes. Leur humeur et l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes s'amélioraient. Ils ont même obtenu de meilleurs résultats lorsqu'on leur demanda ultérieurement de se soumettre à d'autres épreuves.

La pensée et la dépression :

Ces résultats suggèrent de nouvelles approches pour traiter la dépression et l'acquisition par le patient déprimé de nouvelles méthodes qui lui permettaient de mieux faire face à sa dépression.

Une des conséquences des études précédentes est que les psychothérapeutes sont dorénavant attentifs aux types de monologues que les patients se tiennent, plus précisément, aux « ingrédients » de leur pensée. Il nous est apparu que les personnes déprimées avaient des pensées moroses de manière continue et que le sentiment dépressif s'accroissait à chaque émergence de ces pensées négatives. Cependant, ces pensées ne sont généralement pas fondées sur des faits réels et rendent une personne triste alors qu'elle n'a pas de raison objective pour se mettre dans cet état. Les pensées négatives peuvent ainsi empêcher un patient de s'engager dans des activités qui lui permettraient de se sentir mieux. Et consécutivement, il est probable que naissent des pensées très pénibles et critiques sur sa « paresse » ou son « irresponsabilité », qui le déprimeront encore plus.

Afin de comprendre cette pensée erronée reportons-nous à l'exemple suivant : supposons que vous vous promeniez dans la rue et que vous croisie un ami qui semble complètement vous ignorer,

naturellement, vous vous sentez triste ; vous vous demandez pourquoi votre ami a changé à votre égard. Plus tard, vous faites part de cet incident à votre ami qui vous dit qu'il était tellement préoccupé à cette période, qu'il ne vous a absolument pas vu. Normalement, vous devriez être soulagé et oublier cet incident. Cependant, si vous êtes déprimé, vous pensez d'une manière certaine que votre ami vous a vraiment rejeté. Probablement même vous ne lui parleriez pas de cet incident et, ne pourriez ainsi corriger votre méprise qui persisterait alors; et c'est ainsi que des personnes déprimées accumulent erreur sur erreur. En fait, elles peuvent en arriver même à interpréter des marques d'amitié comme des signes de rejets. Elles ont tendance à voir l'aspect négatif plutôt que le côté positif des choses. Elles ne vérifient jamais si elles se sont trompées dans leur façon d'interpréter les événements.

Si vous êtes déprimé, la plupart de vos perturbations émotionnelles viennent de conceptualisations erronées. Ces erreurs sont liées à la perception que vous avez de vous-même et au jugement que vous portez sur ce qui vous arrive.

Pourtant, vous avez de grandes compétences et de bonnes qualités pour résoudre des problèmes dans d'autres domaines.

En fait, vous avez résolu des problèmes toute votre vie durant. Comme un scientifique, vous pouvez apprendre à vous servir de votre raisonnement et de votre intellect pour mettre à l'épreuve votre manière de penser et voir si elle est réaliste ou non. Ainsi, vous pourriez prévenir l'impact émotionnel d'une expérience qui de prime abord apparaît désagréable.

Vous pouvez, vous aider en reconnaissant dans un premier temps vos pensées négatives, puis ensuite en les rectifiant, et enfin en les

remplaçant par des pensées plus réalistes.

Inventaire des pensées négatives :

Lorsque vous remarquez que vous vous sentez plus triste, essayez de retracer le fil de vos pensées en sens inverse, et de retrouver la pensée qui a pu déclencher ou accroître votre sentiment de tristesse. Cette pensée peut être en réaction à quelque chose qui est survenu très récemment, pendant l'heure où les quelques minutes qui viennent de s'écouler ou bien, cette pensée peut être un souvenir d'un événement passé. Dans cette pensée, on retrouvera un ou plusieurs des thèmes suivants :

Opinion *négative de vous-même*

Ceci est souvent lié au fait que vous vous comparez à des personnes qui semblent plus attirantes, ou plus à même de réussir, ou plus intelligentes : «je suis bien moins doué que Pierre sur le plan des études», «j'ai complètement échoué dans mon rôle de parent», «je manque totalement de jugement et d'esprit». Il se peut que vous ayez ce genre de pensées ou que vous ayez gardé en mémoire des incidents d'une période passée où les gens vous donnaient l'impression de moins vous apprécier. Alors, vous risquez de vous considérer comme dénué de valeur et ennuyeux pour les autres, et de penser que vos parents et votre entourage seraient heureux d'être débarrassé de vous.

Autocritique et culpabilité

La personne déprimée se sent triste car elle centre son attention sur ses supposés défauts. Elle se reproche de ne pas réussir une tâche aussi parfaitement que ce qu'elle avait imaginé, de dire des choses inexacts ou de causer un préjudice aux autres. Il est presque toujours probable lorsque les choses tournent mal qu'une personne déprimée estime que

c'est de sa faute. Même des événements gais peuvent la faire se sentir encore plus mal si elle pense «je ne les mérite pas, j'en suis indigne».

Devant une si piètre opinion à votre égard, vous allez être excessivement exigeant. Pour vous-même. Vous ne pourrez être qu'une maîtresse de maison parfaite, qu'un ami d'un dévouement sans limite, qu'un médecin d'un jugement clinique infallible... Tous vos efforts seront annulés, si chaque fois vous pensez «j'aurai pu faire mieux ».

Interprétation négative des événements

Maintes et maintes fois, vous allez vous surprendre à réagir à une situation qui ne vous aurait pas contrarié lorsque vous n'étiez pas déprimé. Si vous n'arrivez pas à trouver un stylo, vous allez penser «tout est difficile pour moi». Lorsque vous allez dépenser un peu d'argent, vous allez vous sentir dépourvu comme si vous aviez perdu une somme d'argent importante, vous allez percevoir comme critiques, les commentaires que les autres feront, ou décider qu'ils vous détestent intérieurement même s'ils agissent avec vous aussi amicalement que d'habitude.

Attente négative du futur

Vous pouvez, par habitude dépressive penser que vous n'arriverez jamais à échapper à vos sentiments de désespoir ou à vos problèmes et vous croyez qu'ils dureront toujours.

Vous avez également des anticipations négatives chaque fois que vous essayez de faire une tâche particulière : «je suis sûre que je n'y arriverai jamais ». Une femme déprimée imaginera qu'elle rate le repas quand elle cuisinera pour ses invités. Un homme qui doit assumer le soutien d'une famille, s'imaginera qu'il se fait renvoyer par son employeur par suite d'une faute quelconque. La personne déprimée a

tendance à accepter les échecs dans le futur, et la malchance comme inévitables et peut se dire qu'il est futile d'essayer de faire en sorte que les choses aillent bien.

Je ne suis plus capable de prendre des responsabilités

Vous avez le même type de tâches à faire à la maison ou au travail que vous avez faites à maintes reprises auparavant mais maintenant vous croyez que vous êtes absolument incapable de les faire ou que ça va prendre des semaines et des mois avant qu'elles soient terminées. Ou bien vous vous dites que vous aurez tellement de choses à faire que vous n'arriverez pas à organiser votre travail.

Certaines personnes déprimées se refusent de prendre du temps pour se reposer ou faire des activités tant elles se laissent submerger par les obligations qu'elles se créent de tous côtés. Des sensations physiques peuvent même alors être perçues, telles que la sensation de ne plus pouvoir respirer, d'avoir des nausées, des migraines, etc.

Ce qu'il vaut mieux savoir sur les pensées négatives

Dans les premières pages de ce texte, nous donnions des exemples de pensées de personnes déprimées. Une personne non déprimée peut occasionnellement avoir de telles pensées mais généralement, elle les évince de son esprit tandis que la personne déprimée y pense tout le temps, chaque fois qu'elle réfléchit sur sa valeur propre ou ses capacités, ou sur ce qu'on peut attendre de la vie. Voici quelques éléments qui vous permettront de reconnaître une pensée dépressive.

Les pensées négatives ont tendance à être automatiques. Elles n'apparaissent pas véritablement d'une manière logique ou rationnelle, mais semblent surgir sans fondement. En fait, ces pensées sont basées sur la faible opinion que les personnes déprimées ont d'elles-mêmes,

plutôt que sur les faits.

Les pensées sont irrationnelles et sans visée pratique. Elles vous rendent encore plus malheureux et calquent vos attentes par rapport à la vie. Si vous prêtez attention à vos pensées, vous trouverez probablement que la déduction à laquelle vous êtes arrivé hâtivement n'est pas très juste. Votre psychothérapeute vous montrera combien vos pensées négatives sont irrationnelles.

Même si ces pensées sont irrationnelles, elles semblent certainement parfaitement plausibles au moment où vous les émettez. Elles vous paraissent alors aussi adaptées et censées qu'une pensée réaliste du type «le téléphone sonne, je dois répondre ».

Plus une personne adhère à ses pensées négatives (c'est-à-dire, plus elle les accepte sans les critiquer), plus elle va se sentir mal.

Si vous vous laissez prendre au piège de ces pensées, vous vous mettez à interpréter tout d'une manière négative. Vous aurez de plus en plus tendance à ne pas lutter dans la mesure où tout vous paraîtra sans espoir. Mais «laisser tomber» n'est pas si facile dans la mesure où les personnes déprimées interprètent souvent cet abandon comme un signe supplémentaire d'infériorité et d'échec.

Vous pouvez vous aider en apprenant à reconnaître vos pensées négatives et comprendre ce qu'elles ont d'inexact et d'illogique. Lisez attentivement les erreurs listées ci-dessous et essayez de voir en quoi elles sont caractéristiques de vos pensées négatives.

Erreurs typiques de pensée :

C'est le fait de penser d'une manière incorrecte qui conduit à la dépression et à son aggravation. Les erreurs suivantes sont probablement induites dans votre mode de pensée. Lisez-les et repérez

celles qui s'appliquent à vous.

L'exagération

Vous avez tendance à percevoir les événements d'une manière extrême. Par exemple, si vous avez des difficultés de l'ordre de celles que l'on rencontre dans la vie de tous les jours, vous allez y songer sur un mode catastrophique. Vous exagérerez les problèmes et les éventuelles conséquences fâcheuses qui pourraient en découler. Simultanément, vous sous-estimez vos capacités à gérer ces difficultés. Vous faites des déductions hâtives sans preuve, et vous êtes persuadé que vos conclusions sont justes. Un homme qui avait investi ses économies dans une nouvelle maison suspecta qu'il pouvait y avoir des termites dans cette maison. Il en déduisit immédiatement que la maison allait s'écrouler et donc perdre sa valeur, et qu'il avait gaspillé son argent. Il était convaincu que rien ne pouvait être fait pour «sauver la maison».

La généralisation « à outrance »

Vous faites de grandes déclarations générales qui accentuent le négatif «personne ne m'aime», j'échoue en tout, je ne peux jamais obtenir ce que j'attends de la vie. Si quelqu'un vous rabroue, vous allez vous dire «je perds tous mes amis».

Le déni du positif

Vous vous souvenez uniquement des événements négatifs qui sont les seuls à vous marquer. Lorsque l'on demanda à une femme déprimée de tenir un journal, elle réalisa que des événements positifs lui arrivaient souvent mais qu'elle avait tendance à ne pas leur prêter attention et à les oublier. On pourrait également penser qu'elle n'accordait pas d'importance aux expériences agréables, pour une raison ou pour une autre.

Un homme qui avait été déprimé pendant des semaines, au point de ne pas pouvoir s'habiller, passa huit heures par jour à repeindre sa chambre. Lorsqu'il eut terminé, il se montra profondément déçu de ne pas avoir obtenu exactement les résultats qu'il escomptait. Heureusement, sa femme a pu lui faire remarquer la valeur du travail qu'il avait réalisé.

Par ailleurs, vous pouvez avoir tendance à tourner en drames certains événements positifs comme des drames; par exemple, une jeune femme déprimée reçut une lettre de son fiancé qu'elle perçut comme une lettre de rejet, elle décida de rompre avec lui, non sans tristesse. Plus tard, alors qu'elle n'était plus déprimée elle relut la lettre et s'aperçut qu'elle ne contenait aucune notion de rejet. En fait, c'était une lettre d'amour.

Que faire?

L'emploi du temps quotidien

Essayez de programmer vos activités pour remplir chaque heure de la journée (reportez-vous au modèle d'emploi du temps hebdomadaire donné en annexe).

Faites une liste des choses que vous vous donnez à réaliser chaque jour. Commencez par l'activité la plus facile pour progresser jusqu'à la plus difficile.

Cochez chaque activité dès qu'elle est accomplie, cet emploi du temps peut aussi servir à enregistrer ce qui sera de l'ordre de la maîtrise et de la satisfaction dans ces activités.

Méthode « maîtrise et plaisir »

Les choses ne vont pas parfois si mal pour vous mais vous n'en êtes pas toujours conscient. Notez tous les événements de la journée

et indiquez ceux qui nécessitent un certain degré de «maîtrise» dans la situation, par la lettre « M » et, ceux qui vous ont apporté un certain «plaisir », par la lettre « P ».

L'ABC pour modifier ses sentiments

La plupart des personnes déprimées croient que ce qu'elles vivent est si peu agréable qu'il est normal qu'elles se sentent tristes. En réalité nos sentiments sont fonction de notre manière de concevoir et d'interpréter ce qui nous arrive.

Si vous vous concentrez bien sur un événement récent qui vous a bouleversé et déprimé, vous devriez être capable de repérer trois sortes de problèmes :

- l'événement,
- vos sentiments,
- vos pensées.

La plupart des gens sont généralement seulement conscients des points a et b.

a) Supposons, par exemple que votre femme oublie votre anniversaire.

b) Vous vous sentez blessé, déçu et triste.

c) En fait, ce qui vous rend malheureux, c'est le sens que vous donnez aux événements.

Vous pensez « l'oubli de ma femme signifie qu'elle ne m'aime plus », « je n'ai plus le même attrait à ses yeux et aux yeux des autres ».

Vous pouvez ainsi être amené à penser que sans son approbation et son admiration, vous ne pourrez jamais être heureux ou satisfait. En

fait, il est tout à fait possible que votre femme était simplement très occupée ou qu'elle ne partage pas votre enthousiasme pour les fêtes et les anniversaires. Ainsi vous avez souffert à cause de votre déduction non justifiée, non à cause de l'événement lui-même.

S'il vous arrive d'avoir un sentiment de tristesse, cherchez alors les pensées qui ont pu l'enclencher

Essayez de vous rappeler ce qui a pu «traverser votre esprit». Ces pensées peuvent avoir été une réaction automatique à quelque chose qui vient d'arriver. Le commentaire d'un ami recevant une facture, une douleur à l'estomac, une rêverie... Vous trouverez alors que vous avez eu des pensées très négatives et que vous y avez adhéré.

Essayez de corriger vos pensées

En répondant à chaque monologue négatif par un monologue plus positif, ayant valeur d'équilibre. Vous trouverez alors que non seulement vous aborderez la vie d'une manière plus réaliste mais aussi que vous vous en sentirez mieux.

Une maîtresse de maison se sentait triste et rejetée car aucune de ses amies n'avait téléphoné ces derniers temps. Lorsqu'elle essaya de se concentrer sur ses pensées, elle réalisa que Marie était à l'hôpital, Jeanne était hors de la ville, et Hélène avait en fait appelé. Elle substitua cette explication alternative à la pensée négative «on m'oublie» et commença à se sentir mieux.

La technique de la double colonne

Écrivez vos pensées automatiques irrationnelles dans une colonne et en face vos réponses à ces pensées automatiques.

Exemple : «Jean n'a pas appelé, il ne m'aime plus».

Réponse : «Il est très occupé et pense que je suis en meilleure forme

que la semaine passée, aussi, n'a-t-il pas besoin de se faire du souci à mon sujet».

Résoudre des problèmes difficiles

Si une tâche spécifique que vous avez à faire vous paraît particulièrement complexe et ennuyeuse, essayez de noter par écrit chaque étape que vous devez réaliser pour accomplir ce travail, et engagez-vous progressivement dans chacune de ces étapes. Les problèmes qui semblent insolubles peuvent être maîtrisés si on les divise en plus petites unités plus faciles à gérer.

Si vous vous sentez bloqué au niveau simplement de comment aborder le problème, et que vous n'arrivez pas à progresser, essayez de noter par écrit les diverses alternatives pour résoudre le problème. Demandez à d'autres personnes comment elles procéderaient pour solutionner cette difficulté. Nous appelons «thérapie alternative» les différentes façons d'envisager et de résoudre des problèmes.

Psychothérapie :

Votre psychothérapeute peut vous aider à identifier et rectifier vos idées et vos pensées irréalistes ainsi que l'analyse que vous faites des situations et qui vous conduit à des déductions erronées à propos de vous-même et des autres. Il peut aussi vous aider à imaginer des moyens pour solutionner de manière efficace, les problèmes concrets que vous rencontrez quotidiennement. Avec ses conseils et vos efforts, il y a de grandes chances que vous vous sentiez mieux. De plus, vous pouvez acquérir un savoir-faire et ainsi réagir avec beaucoup moins de tristesse et de détresse à des difficultés que vous pourriez éventuellement être amené à rencontrer dans le futur.

Grille d'évaluation des activités quotidiennes:

Dimanche	samedi	vendredi	jeudi	mercredi	mardi	lundi	
							910-
							1011-
							1112-
							1213-
							1314-
							1415-
							1516-
							1617-
							1718-
							1819-
							1920-
							2021-

La fiche à trois colonnes, de Beck :

Situations déclenchantes	Emotions	Pensées automatiques

La fiche à quatre colonnes, de Beck :

/Situations Comportements	Emotion	Pensées automatiques négatives	Pourcentage de croyance dans la pensée automatique négative

Situation	Vues négatives	Vues alternatives réalistes

Schéma initial	Coping ancien	Schéma assoupli	Coping modifié

الملحق رقم 2

- منحني رقم 1: سلم بيك عند الحالة الأولى
- منحني رقم 2: سلم هاملتون عند الحالة الأولى
- منحني رقم 3: سلم بيك عند الحالة الثانية
- منحني رقم 4: سلم هاملتون عند الحالة الثانية
- منحني رقم 5: سلم بيك عند الحالة الثالثة
- منحني رقم 6: سلم هاملتون عند الحالة الثالثة
- منحني رقم 7: سلم بيك عند الحالة الرابعة
- منحني رقم 8: سلم هاملتون عند الحالة الرابعة
- منحني رقم 9: سلم بيك عند الحالة الخامسة
- منحني رقم 10: سلم هاملتون عند الحالة الخامسة
- منحني رقم 11: سلم بيك عند الحالة السادسة
- منحني رقم 12: سلم هاملتون عند الحالة السادسة

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
101	تعاريف مختصرة للشخصية	1
103	أهم المدارس الخاصة بالشخصية	2
104	الشخصية حسب أبيقراط	3
104	الفروقات الفردية و الاشتراط عند بافلوف	4
104	الشخصية حسب E. Kretschmer	5
105	الشخصية حسب W.H Sheldon	6
106	الشخصية حسب C.G Jung	7
112	نموذج C.R Collinger	8
114	الشخصية حسب K. Shneider	9
116	الفرق بين DSM IV و CIM 10	10
160	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة الأولى	11
164	الثلاثية المعرفية للحالة الأولى	12
165	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الأولى	13
166	الثلاثية المعرفية و الفكرة البديلة للحالة الأولى	14
169	أفكار POC/PIC للحالة الأولى	15
170	المخطط الأساسي و المرن للحالة الأولى	16
183	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة الثانية	17
186	النشاطات اليومية للحالة الثانية	18
187	تقييم النشاطات للحالة الثانية	19
188	الثلاثية المعرفية للحالة الثانية	20
188	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الثانية	21

189	مزايا/ عيوب الأفكار للحالة الثانية	22
190	مزايا/ عيوب الأفكار للحالة الثانية	23
191	المخطط الأساسي و المعتدل للحالة الثانية	24
191	المخطط الرئيسي و المعتدل للحالة الثانية	25
192	المخطط الرئيسي و المعتدل للحالة الثانية	26
205	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة الثالثة	27
208	تقييم النشاطات اليومية للحالة الثالثة	28
209	جدول النشاطات للحالة الثالثة	29
210	الثلاثية المعرفية للحالة الثالثة	30
211	الثلاثية المعرفية للحالة الثالثة	31
211	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الثالثة	32
211	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الثالثة	33
213	الثلاثية المعرفية و الفكرة البديلة للحالة الثالثة	34
215	الثلاثية المعرفية للحالة الثالثة	35
229	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة الرابعة	36
232	النشاطات اليومية للحالة الرابعة	37
233	النشاطات اليومية للحالة الرابعة	38
234	مستوى التحكم/ ارتياح للحالة الرابعة	39
236	الثلاثية المعرفية للحالة الرابعة	40
237	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الرابعة	41
241	المخطط الأساسي و المعتدل للحالة الرابعة	42
242	المخطط الأساسي والمعتدل للحالة الرابعة	43
255	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة الخامسة	44

257	الانفعالات	45
258	تقييم النشاطات اليومية للحالة الخامسة	46
259	تقييم النشاطات للحالة الخامسة	47
260	النشاطات اليومية للحالة الخامسة	48
261	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الخامسة	49
262	تقنية مع/ضد للحالة الخامسة	50
263	الثلاثية المعرفية و درجة الاعتقاد للحالة الخامسة	51
265	المخطط الأساسي و المعتدل للحالة الخامسة	52
278	شبكة SECCA لـ J. Cottraux للحالة السادسة	53
281	لائحة أسباب الموت أو الحياة للحالة السادسة	54
282	نشاطات تحكم/ارتياح للحالة السادسة	55
283	الثلاثية المعرفية للحالة السادسة	56
300	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «ز»	57
303	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «غ»	58
305	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «ح»	59
307	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «ل»	60
309	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «ف»	61
312	نتائج سلام تقييم العلاج للحالة «س»	62

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
167	نموزج الإسترخاء في الحالة الأولى.	1
285	دائرة تقسيم المسؤوليات في الحالة السادسة.	2

فهرس المنحنيات

الصفحة	عنوان المنحنى	رقم المنحنى
170	سلم بيك عند الحالة الأولى	01
170	سلم هاملتون عند الحالة الأولى	02
192	سلم بيك عند الحالة الثانية	03
192	سلم هاملتون عند الحالة الثانية	04
215	سلم بيك عند الحالة الثالثة	05
215	سلم هاملتون عند الحالة الثالثة	06
242	سلم بيك عند الحالة الرابعة	07
242	سلم هاملتون عند الحالة الرابعة	08
266	سلم بيك عند الحالة الخامسة	09
266	سلم هاملتون عند الحالة الخامسة	10
287	سلم بيك عند الحالة السادسة	11
287	سلم هاملتون عند الحالة السادسة	12

f

1	مقدمة.....
4	الباب الأول: الاكتئاب و الملامح المعرفية.....
5	<u>الفصل الأول: الاكتئاب</u>
9	تمهيد.....
9	نبذة تاريخية حول مصطلح اضطراب الاكتئاب.....
11	الاكتئاب الأحادي القطب وثنائي القطب.....
12	3- التصنيفات العالمية.....
17	4- معطيات وبائية.....
18	5- زملة الإكتئاب النمطي.....
22	6- تطور المرض.....
24	7 الأشكال الإكلينيكية.....
26	8- التصنيف حسب الحدة.....
26	9- الأشكال العرضية.....
34	10- الإكتئاب حسب السن.....
35	11- اكتئاب النفاس.....
38	12- الحزن العادي والحزن المرضي.....
39	13- الإضطرابات المرافقة للإكتئاب.....
44	خلاصة.....
45	الفصل الثاني: الملامح المعرفية للاكتئاب.....
47	تمهيد.....
48	1- الملامح الإكلينيكية.....
49	2- النماذج السلوكية المفسرة للاكتئاب.....
51	3- النماذج المعرفية المفسرة للاكتئاب.....
57	4- أسس العلاج المعرفي.....
65	خلاصة.....
66	الباب الثاني: العلاجات النفسية والعلاج المعرفي.....
67	الفصل الثالث: العلاجات النفسية.....
68	تمهيد.....
68	1- تعريف العلاجات النفسية.....

70	2-العلاج السلوكي المعرفي.....
71	1-2 القواعد النظرية.....
75	2-2 القواعد المستمدة من علم النفس المعرفي.....
76	خلاصة.....
77	الفصل الرابع: العلاج المعرفي لبيك.....
79	تمهيد.....
79	1- الخصائص العامة للعلاج المعرفي لبيك.....
80	2- أهداف العلاج المعرفي لبيك.....
81	3- بنية العلاج المعرفي لبيك.....
85	4- بداية العلاج.....
88	5- الفاعلية الذاتية.....
89	6- الأفكار الآلية.....
92	7- الأساليب المستعملة لتعديل المعارف السلبية.....
94	8- المخططات وطرق التعرف عليها.....
145	
154	الباب الخامس: تقديم الحالات و نتائجها و مناقشتها.....
155	الفصل التاسع: تقديم الحالات.....
157	تقديم الحالة الأولى.....
180	تقديم الحالة الثانية.....
202	تقديم الحالة الثالثة.....
225	تقديم الحالة الرابعة.....
252	تقديم الحالة الخامسة.....
275	تقديم الحالة السادسة.....
325	الخاتمة.....
328	قائمة المراجع.....
334	الملاحق.....
هـ	<u>فهرس المحتويات</u>
ط	<u>فهرس الجداول</u>
ك	<u>فهرس الأشكال</u>
ك	<u>فهرس المنحنيات</u>

