

اثر العلاج السلوكي الأسري وفق (نموذج فالون) في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي لدى مرضى الاكتئاب

م.د.وفاء شاكر عبد الكريم

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي/ جامعة القاسم الخضراء/ قسم التعليم المستمر

المستخلص:

يستهدف البحث الحالي التعرف على اثر العلاج السلوكي الاسري (وفق نموذج فالون) في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي لدى مرضى الاكتئاب في مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية -بغداد وقد تناولت الباحثة اطارا نظرياً شمل كل متغيرات البحث وتحقيقا لهدف البحث تم بناء مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي ،تم الاستعانة بعينة التحليل الاحصائي البالغة (٢٠٠) مصاب بأضطراب الاكتئاب ،وقد اتبعت الخطوات العلمية لبناء المقياس وكذلك استخراج مؤشرات الصدق والثبات ،اذ بلغ عدد فقرات المقياس (24) فقرة موزعة على مجالين هما المجال النفسي والمجال الاجتماعي، وتم تشخيص حالة واحدة ممن حصلت على ادنى الدرجات على المقياس لتطبيق البرنامج عليها ،وكذلك بناء البرنامج العلاجي وفق المشكلات المطروحة في المقياس حسب نظرية العلاج السلوكي الاسري (نموذج فالون)اذ تم اخذ جلسة واحدة من جلسات البرنامج العلاجي وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي بأسلوب العلاج الفردي على عينة البحث اظهرت النتائج ان البرنامج كان فاعلاً في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي وعودة الاعراض المرضية لدى مرضى الاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: العلاج الاسري - التأهيل النفسي والاجتماعي - الاكتئاب

The effect of family behavior therapy according to the fallon model in preventing relapse in psychosocial rehabilitation in patients with depression

WAFFA SHAKIR ABDUALKAREEM

Ministry of Higher Education and Scientific

Research Al Qasim green University/ Department of Continuing Education

Abstract:

The current research aims to identify the effect of family behavior therapy (according to the Fallon model) in preventing relapse in psychosocial rehabilitation among depressed patients at Ibn Rushd Psychiatric Hospital - Baghdad The researcher discussed a theoretical framework that included all research variables and to achieve the goal of the research, a psychological and social rehabilitation measure was built Then, using a statistical sample of (200) with depression disorder.

I have followed the scientific steps to build the scale as well as extract the indicators of honesty and consistency.

One case was diagnosed who obtained the lowest scores on the scale to apply the program to it as well as building the therapeutic program according to the problems presented in the scale according to the family behavior therapy theory (Fallon model), as one session was taken from the treatment program sessions and after completing the application of the treatment program by the individual treatment method On the research sample, the results showed that the program was effective in preventing relapse in psychosocial rehabilitation and the return of pathological symptoms in patients with depression.

Kew Words: family therapy – psychosocial rehabilitation – depression x

الفصل الاول

مشكلة البحث:

يحتاج الانسان الى التأهيل النفسي والاجتماعي لإشباع دوافعه النفسية والاجتماعية التي تنشأ عن الحضارة والثقافة التي ينتمي اليها ذلك الفرد (نجاتي، 1988: 362). ويؤدي الاكتئاب عند اصابته للأفراد الى اعاقه النمو الانفعالي والاجتماعي السوي، ويسبب اوجه قصور ذا دلالة في وظيفة الذات وفعاليتها، وفي العلاقات بين الشخصية مما يؤدي الى انخفاض في معدل التوافق الاجتماعي، وينخفض معدل تواصله مع الاخرين الى درجة كبيرة تعكس معها سوء التأهيل النفسي والاجتماعي، وبذلك يصبح المريض اقل شعوراً بالرفاهية والسعادة وقل قدرة على مسايرة أسرته والاخرين او مسايرة احداث الحياة اليومية. (محمد، 2000، 160)،. لذلك يحتاج الى برامج علاجية ارشادية اسرية لمنع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي وعودة الاعراض المرضية اليه من اجل دمج مع أسرته والمجتمع الذي يعيش به.

اذ اكد سوليفان على ان اضطراب الاكتئاب يصيب الافراد الذين يعيشون ظروفًا وضغوطًا نفسية كبيرة ، و اشار ان سبب المرض في طبيعة العلاقة بين الاباء والامهات والابناء ، وهي علاقة قد تكون مانعة لتكوين حالة من التقدير الذي يشعر به الفرد نحو نفسه، وكذلك في حالة الرعب التي يمكن ان يشعر بها الفرد نتيجة ذلك الارتباط الشعوري (عباس ، 1982 : 55).

لذا يمكن للباحثة ان تلخص مشكلة البحث من خلال الاجابة عن السؤال الاتي:
ما مدى تأثير العلاج السلوكي الاسري في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي وعودة الاعراض المرضية لدى مرضى الاكتئاب.

اهمية البحث:-

تساعد الصحة النفسية الفرد على تسهيل انسياب حياته النفسية وجعلها أقل عرضة للتوترات والصراعات وتجعله أكثر حيوية ومثابرة (الهابط ، 1985 : 225)

ويدل التأهيل النفسي والاجتماعي على الصحة النفسية اذا كانت اهداف الفرد تتفق مع قيم ومعايير المجتمع واشباعها بسلوك مقبول ، فالصحة النفسية تقود الى التأهيل النفسي والاجتماعي للفرد ، فالدرجة العالية من الصحة النفسية ترفع من حالة التأهيل النفسي والاجتماعي مع الذات والآخرين، ويسعى العلاج النفسي الى منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي وعودة الاعراض المرضية للفرد المصاب بالاضطراب النفسي، من خلال برامج مقصودة ومنظمة يساهم فيها المختصين في العلاج السلوكي الأسري. (دافيدوف ، 1983 : 777) .

اذ يتميز الفرد المصاب بالاكتئاب بالانسحابية والتبلد الوجداني وعدم الاكتراث وفقدان القدرة على النشاط والحركة والتي لا تتأثر علاجياً بالعقاقير الطبية ، ومن المؤكد ان هناك مناهج اخرى من العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي وتدريب القدرات التكيفية الاجتماعية للمرضى المصابين بالاكتئاب تعد مطلباً رئيساً (العيسوي ، 2004 : 201) .

فالعلاج التكاملي القائم على الدواء والعلاج النفسي هو ما تفنقر اليه المؤسسات الصحية النفسية ، ولا يمكن تطوير الخدمات الصحية النفسية ما لم تطور برامجنا في الاكاديميات كي نخرج معالجين نفسيين وليس اختصاصيين نفسيين مدرسين للميدان التعليمي فقط (Rosen et al ,1993;437).

وبناءً على ما ذكر يمكن تلخيص أهمية البحث الحالي بالنقاط الآتية :

- 1- أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع إذ أن الأفراد والمجتمعات الذين يتمتعون بالصحة النفسية يكونون أكثر شعوراً بالسعادة وأكثر عطاءً ونتاجاً.
- 2- أهمية العلاج السلوكي الأسري وخاصة في إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي.

- 3- أهمية التأهيل النفسي والاجتماعي للمصابين لمرضى الاكتئاب لأهميته في إعادة تأهيلهم واندماجهم بالمجتمع.
- 4- أهمية دراسة الافراد مرض الاكتئاب كونهم شريحة مؤهلة للاندماج مع المجتمع إلا ان النظرة السلبية والخاطئة تجاههم تجعلهم شخصيات تجنبية ولديهم اعراض سالبة نحو الأفراد والمجتمع فمن الضروري دراسة هذه الشريحة وإعادة تأهيلهم نفسياً واجتماعياً .

أهداف البحث:-

يستهدف البحث ما يأتي :-

- 1- قياس التأهيل النفسي والاجتماعي لدى مرضى الاكتئاب.
- 2- معرفة تأثير العلاج السلوكي الأسري وفق (انموذج فالون) في منع الانتكاسة وعودة الاعراض المرضية لدى مرضى الاكتئاب وذلك من خلال التحقق من الفرضية الآتية:
أ- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي وعودة الاعراض المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجي واثناؤه وخلال مدة المتابعة (follow up) مع اسرة المتعالج.

حدود البحث :-

يقتصر البحث الحالي على عينة من مرضى الاكتئاب في مستشفى ابن رشد التدريبي للأمراض النفسية للعام (2017-2018)

تحديد المصطلحات:

أولاً: - تأثير Effect

عرفه الحنفي (1991) : بأنه مقدار التغيير الذي يطرأ على المتغير التابع بعد تعرضه لتأثير المتغير المستقل (الحنفي : 1991 : 253) .

ثانياً : - العلاج السلوكي الأسري:

ويعني به تغيير اتساقات التدعيم حتى تتعلم أفراد الاسرة أن يقدموا التدعيم الاجتماعي المناسب للسلوك المرغوب فيه بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكفي (باترسون ، 1984 : 289).

ثالثاً: - أنموذج فالون:

تدريب الأسر على استراتيجيات تطبق على كل المشكلات بصرف النظر عن طبيعة القضية المتضمنة في المشكلة، والتركيز على بناء مناقشات حل المشكلة أكثر مما هو على مضمون مشكلة معينة (Falloon,1988:105).

التعريف الاجرائي:

مجموعة من التقنيات والاجراءات السلوكية الاسرية التي وضعها العالم (فالون) واستعملتها الباحثة لمنع الانتكاسة في التاهيل النفسي والاجتماعي لدى مرضى الاكتئاب وفقاً لمقياس التاهيل النفسي والاجتماعي، والذي يقاس اجرائياً بالدرجة والفرق بين الاختيارين القبلي والبعدي على مقياس التاهيل النفسي والاجتماعي لكل فرد.

رابعاً- التاهيل النفسي والاجتماعي:

- لازاروس، Lazarus، 1979:

انه العملية التي يشبع بها الفرد حاجاته النفسية والاجتماعية من خلال تكيفه مع البيئة الطبيعية والاجتماعية المحيطة به، (Lazarus, 1979:35).

- ويبستر، Webster، 1984:

عمل او فعل او طريقة لتعديل السلوك (Webster,1984:12).

- سوليفان، Sullivan ، 1987:

عملية ديناميكية تقوم على اساس العلاقات الشخصية المتبادلة التي يقيّمها الفرد مع الآخرين يسعى من خلالها الى اشباع حاجاته الاولية من جهة والى تحقيق حاجاته الى الامن والطمأنينة من جهة اخرى بما يؤدي الى شعوره بحالة من التوافق والانسجام مع نفسه ومع الآخرين (أسعد ، 1987 : 59).

التعريف الاجرائي:

الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من افراد العينة من خلال اجابته على مقياس التاهيل النفسي والاجتماعي.

خامساً: الاكتئاب:

- عرفه بيك:-

الاكتئاب: بانه حالة انفعالية تتضمن تعبيراً محدداً من المزاج قبل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوم سالب عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت وتغيير في النشاط مثل صعوبة النوم والاكل (ابو دلو ، 2009 ، 76).

- عرفته منظّمه الصحة العالمية في تصنيفها العاشر (icd-10-1994):

انحطاط المريض وفقر اهتمامته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين وتتفاوت تلك الاعراض في كل نوبه بين البسيط والمتوسطة والشديد لذلك تتفاوت درجه الاعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد اثناء نوبه الاكتئاب وتتلخص هذه الاعراض في هبوط القدره على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه ومعاناته من الاحساس بالذنب وعدم اهميته والنشأوم تسرعه الانهاك او انعدام القدره والتفكير في ايذاء نفسه بما فيه اقدامه على الانتحار والارق الشديد والنوم المتقطع ثم انعدام الشهيه (ICD-10:1994).

- عرفته منظمه الصحة العالميه في تصنيفها الدولي العاشر (ICD-10-1999):
الامراض منها عدم القدره على التركيز وانخفاض تقدير الذات والشعور
بعدم الاهميه والشعور بالذنب والاقدام على الانتحار (ICD-10,1999:1213)

الفصل الثاني

المحور الاول: العلاج الأسري:

الأسرة هي نواة المجتمع الأولى، التي ينشأ ويتربى فيها افراد المجتمع وقادته، لذا ينبغي أن تمنح هذه النواة الرعاية والاهتمام اللازمين لبناء جيل المستقبل من أبناء وبنات المجتمع، ومن الموضوعات المهمة التي يؤكد عليها العلاج الأسري أن السلوك الإنساني ليس بالضرورة نتاج شخصية الإنسان وترسباتها التاريخية، وإنما قد تعود الى عملية التفاعل بين الأفراد وبيئاتهم ومنها الأسرة، لذلك ينظر العلاج الأسري الى السلوك الفردي الخاطئ او المرضي على انه نتيجة خلل في البناء الأسري او في الاتصال، او في التنظيم الأسري (البريشن ، 2008 : 88).

الاتجاه السلوكي في العلاج الاسري:

يعتمد العلاج الأسري السلوكي Behavioral Family Therapy على النظرية السلوكية ونظريات التعلم التقليدية، ويرتكز العلاج على ادوار الأسرة، وعمليات المحادثة والتحاور بين أعضاء الأسرة معتمدة بذلك على أن السلوك الاجتماعي متعلم وبذلك يمكن تغييره وعلى ذلك يتركز دور المعالج حول مساعدة اعضاء الأسرة على الوعي بتأثير السلوك وكيفية تعديله الى الأفضل ، ويعد المعالجون السلوكيون أفراد الأسرة مصادر ثرية وحيوية في مداخلهم العلاجية القائمة على حل المشكلة (Walsh, 1997 : 72).

ويميل معالج الأسرة السلوكي الى أن يرى الأسرة كمصدر كبير للأثرء وترقية الصحة أكثر من كونها عاملاً مولداً للمرض ، ويفترض أن يفعل كل فرد في الأسرة كل ما

في وسعه ليزيد من الأحداث السارة في البيئة الاجتماعية المباشرة وليقلل من الاحداث غير السارة. (Falloon, 1988, 102) .

وقد أكد فالون أن المدخل السلوكي يحاول أن يعلم الأسرة طريقة تطبق على كل المشكلات بصرف النظر عن طبيعة القضية المتضمنة في المشكلة ، ويكون التركيز على بناء مناقشات حل المشكلة اكثر مما هو على مضمون مشكلة معينة (كمال ، 1994 : 459).

ويعتمد العلاج السلوكي الأسري على التحليل السلوكي للنسق الأسري، ويتضمن تقدير وظائف الأسرة وملاحظات طبيعية لتفاعلات الأسرة، ويهدف المعالج السلوكي الأسري من خلال هذا التقدير للحصول على :

- 1- إقامة تحالف علاجي مع كل أفراد الأسرة.
 - 2- استعمال المشكلة المقدمة كنقطة بداية لتحليل وظائف الأسرة.
 - 3- معلومات تفصيلية عن ملاحظات كل فرد في الأسرة وأفكاره ومشاعره حول المشكلة المقدمة.
 - 4- معلومات حول تفاعل كل فرد في الأسرة داخل النسق الأسري واتجاهاته ومشاعره وسلوكه نحو اعضاء الأسرة الآخرين وكذلك دافعيته.
- ويفترض علاج الأسرة السلوكي أن انماط سلوك الأسرة تتعلم عبر نويات متكررة من المحاولة والخطأ في حل المشكلة وأن هناك عدة عوامل تحكم الاستجابة التي تصدر من اي فرد في الأسرة في اي موقف وهي عوامل تتوزع على المتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية وعلى متغيرات بين شخصية (الشناوي ، 1994 : 280)
- التدريب على التوكيدية:**

يعد هذا الاسلوب وسيلة سلوكية نفسية تدفع الفرد الى القيام بسلوك معين للتعبير عن رأيه والوصول الى حقه بطريقة ترضيه وتخفف من مشاعر القلق، وأن المدخل السلوكي الأسري يؤكد على أهمية ممارسة الاتصال المباشر والواضح لكل فرد من افراد

الأسرة نحو الأفراد الآخرين، وذلك لغرض التعبير عن افكاره ومشاعره، إذ يسهم هذا الاتصال الواضح في توفير حل فعال للمشكلات ولتحقيق الاهداف الشخصية والأسرية وأن التعبير عن المشاعر الإيجابية النوعية يعد عاملاً حاسماً تماماً مثل التعبير عن المشاعر السلبية ، وأن معظم برامج التدخل في العلاج السلوكي الأسري تتضمن تأكيداً واضحاً على التواصل الإيجابي، وعادة ما تتميز الأسرة المنكدة بنقص الاتصال الإيجابي وبزيادة التعبير عن المشاعر السلبية، ومثل هذا الجو الأسري لا يؤدي الى حل كفاء للمشكلات ، لذا فإن المعالج يبحث في أن يزيد تكرار السلوك السار الذي يوفر هذا المناخ يبدأ المعالج للتحرك نحو التعبير عن المشاعر السلبية بطريقة بناءة من شأنها أن تيسر حل المشكلات، ويدعى أفراد الأسرة الى أن يعيدوا تقديم محاولاتهم للاتصال مع مشاعرهم وأن يدربوا من قبل المعالجين وأفراد الأسرة القادرين (كفافي ، 1999 : 297).

ويعتمد التدريب على فنية التوكيدية على مجموعة من التقنيات العلاجية هي :

1- **النمذجة:** تعد النمذجة خطوة مهمة في عملية التدريب على اسلوب التعليمات الذاتية، إذ أن المتعالج بحاجة لمشاهدة كيفية استعمال التعبيرات الذاتية المناسبة، إذ تقوم الباحثة بتأدية السلوك المستهدف امام أحد أفراد اسرة المتعالج وهي تتحدث مع نفسها بصوت مسموع ليقوم بدوره لتدريب المتعالج على ذلك (الفتلاوي ، 2005 : 356).

2- **التغذية الراجعة:** وتعني التغذية الاخبارية والمعلوماتية او التعليمية وتتحدد في ضوء محاور اساسية كونها توجيهية لأنها تجعل عملية التعلم مستمرة ومتواصلة ، وتعزيزية لأنها تشكل تشجيعاً وإثابة وتثبيتاً ، وكذلك تقويمية لأنها تخبر اسرة المتعالج بموقعها الحالي ومدى تقدمها في العلاج .

3- **التدعيم الإيجابي:** ويشمل نوعين من المعززات هما:

أ- التدعيم المادي: ويتضمن مكافأة الفرد بنوع من المعززات المادية مثل شرب القهوة أو العصائر، أو الذهاب إلى زيارة إلى أحد الأماكن التي يرغب في زيارتها.

ب- التدعيم المعنوي: ويتضمن الابتسامة والثناء ، والانتباه والتقبل أو هز الرأس أو ذكر اسم المتعالج كل هذه المعززات لها قدرة كبيرة وفعالة في تأكيد السلوك المرغوب فيه .

4- التدريب البيئي: وهو تطبيق المهارات والمعلومات المتعلمة في المواقف والحياة العامة ، إذ يساعد التدريب البيئي على اعطاء فرصة لتجربة السلوك المتعلم حديثاً في مواقف حياتية واقعية تواجههم وبناءً على ذلك ضمت الجلسات فنية التدريب البيئي الذي تعرف من خلاله الباحثة النشاط الذي قام بتأديته المتعالج تحت اشراف احد افراد اسرته (Black, 1983:136) .

المحور الثاني : التأهيل النفسي والاجتماعي

التأهيل في البحوث النفسية والصحة النفسية تعني العملية المتفاعلة والمستمرة يمارسها الفرد شعورياً او لا شعورياً والتي تهدف الى تغيير السلوك ليصبح اكثر تأهيلاً مع بيئته، ومع متطلبات دوافعه وبذلك يكون الفرد راضياً عن نفسه مشبعاً لدوافعه وسعيداً في بيئته سواء كانت البيئة طبيعية في ظروفها المناخية او الثقافية او النفسية او الاجتماعية او التربوية والصحية (الهاشمي، 1986 :20).

وان مفهوم التأهيل يعني القدرة على اقامة علاقات اجتماعية مثمرة وممتعة تتميز بقدرة الفرد على الحب والعطاء من جهة ، ومن جهة اخرى هو القدرة على العمل المنتج الفعال الذي يجعل الفرد يرمز الى حالة معينة من النضج يصل اليها (عباس ، 1994 ،

(267

وأن لسوء التأهيل مجالات عديدة منها سوء التأهيل النفسي والاجتماعي والأسري والمهني ، ومع ذلك فإن سوء التأهيل في مجال معين يكون له تأثير في المجالات الأخرى

لان الفرد عبارة عن وحدة جسمية ، نفسية ، اجتماعية ، فإذا اضطرب جانباً منه اضطربت بقية الجوانب (راجع ، 1973 : 470) .

وكذلك يتضمن التأهيل النفسي والاجتماعي السوي ان تكون استجابات الفرد لصعوبات الحياة استجابات خالية من التوتر النفسي او التوتر العقلي استجابات تؤدي الى انهاء هذه الصعوبات او التغلب عليها بطريقة صحيحة وسليمة العاقبة لا تصطدم مع فروض المجتمع وتقاليد ولا مع مقتضيات الصحة البدنية (فريد ، ب.ت : 2006) .
النظرية التي فسرت التأهيل النفسي والاجتماعي

هاري ستاك سوليفان

تدور نظرية سوليفان (حول العلاقات الشخصية المتبادلة) وأكد سوليفان في نظريته ان الناس يسببون المرض للناس، لذا ينبغي عليهم ان يأخذوا بأيديهم الى السواء والصحة النفسية، ويرى سوليفان ان الفرد يمكن الاستدلال عليه من خلال فهم سلوك الفرد في علاقاته بالأشخاص الآخرين ، وان السلوك المضطرب ينشأ من الاضطرابات في هذه العلاقات ، وبالتالي يتطلب علاجها مواقف من العلاقات الشخصية المتبادلة (برادلي وآخرون ، 2012 : 345).

يعتقد سوليفان أن السلوك المضطرب ينشأ من تفاعلات الناس في الحياة اليومية ، ولذلك فالسلوك المضطرب لا يختلف عن السلوك العادي في النوع ولكن في الدرجة فقط ، كما ينظر إلى الاضطرابات كنماذج من التصرفات غير المناسبة في العلاقات الشخصية المتبادلة .

وقد تبنت الباحثة نظرية هاري سوليفان في العلاقات الشخصية المتبادلة وذلك للأسباب الآتية :

- 1- ان نظرية سوليفان هي أحد نظريات الاتجاه النفسي الاجتماعي الذي أكد على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة في إشباع الحاجات الأولية والنفسية وعدم إشباعها يؤدي إلى التوتر والقلق وكثرة القلق يؤدي إلى الاصابة باضطراب الاكتئاب.

- 2- أكد على أهمية الأسرة في التنشئة الاجتماعية للطفل وأهمية الأم في إشباع الحاجات الاولية والنفسية للطفل
- 3- أكد على أهمية السنوات الخمس الاولى في التأهيل النفسي والاجتماعي في المراحل اللاحقة من حياة الفرد.
- 4- قسم الشخصية الى عدة مراحل ولكل مرحلة خصائص معينة تختلف عن المراحل اللاحقة لها ومرتبطة معها وتؤثر بعضها في البعض الآخر في التأهيل النفسي والاجتماعي للفرد .

المحور الثالث: الاكتئاب:

تؤكد الدراسات الحديثة ان العصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب اذ توجد في حياتنا اليومية العديد من الانفعالات التي تمثل في مجملها اشكالا للحزن، ويعد الاكتئاب من اكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول المتقدمة، ويمثل احد اضطرابات الوجدان، والاكتئاب النفسي مرض له تأثير مدمر على حياة الشخص المصاب من كافة نواحيها، وهو مرض يصيب كافة الاعمار وكافة الطبقات الاجتماعية. (الصيخان، 2010، 64).

وقد تم تصنيف الاكتئاب في علم النفس الى ثلاث اضطرابات هي:

ب- الوجدان المكتئب.

ت- الزملات الاكتئابية.

ث- الاضطراب الاكتئابي

وتتداخل هذه المكونات الثلاثة معاً كثلاثة مستويات للظواهر الاكتئابية في نموذج هرمي ومتتابع، ويعمل الاكتئاب عند اصابته للأفراد على اعاقه النمو الانفعالي والاجتماعي ويسبب اوجه قصور ذا دلالة في وظيفة الذات وفعاليتها، وفي العلاقات بين الشخصية . (ابو اسعد، 2015، 253).

ويمكن ان ياتي الاكتئاب بشكل مفاجئ وبدون سبب ملحوظ او ياتي بسبب الضغوط النفسية الشديدة، ويمكن ان ياتي الاكتئاب ايضاً بشكل بطئ ويزداد مع مرور الشهور والسنوات وبالتدرج تتلاشى السعادة والامل، والاكتئاب مرض يصاب به الانسان فيجعله يعاني من الاعراض التالية:-

- 1- شعور بالاحباط والملل.
- 2- عدم الاستمتاع بمباهج الحياة.
- 3- اضطرابات النوم وقد تكون في صورة صعوبة في النوم او كثرتة.
- 4- فقدان الشهية للاكل او الفرط في الاكل بشراهة.
- 5- سرعة التعب من اي مجهود.
- 5- صعوبة في التركيز والتذكر واتخاذ القرارات.
- 6- نظرة تشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل.
- 7- التفكير في اذياء النفس او المحيطين كالانتحار او القتل.
- 8- الشعور بالذنب الدائم او العصبية الدائمة.

ومن الممكن ان يصاب الشخص بالاكتئاب في اي مرحلة من مراحل العمر، وان كانت اكثر ما تكون في السن من 24-44 سنة، والنساء اكثر عرضة للاصابة عن الرجال. (ابو دلو، 2009، 300)

معيار تشخيص الاكتئاب في (Dsm-IV-1994):

ان خمسة او اكثر من الاعراض الاتية اذ لوحظت خلال مدة اسبوعين على الفرد ومثلت تغيراً عن الاداء الوظيفي السابق يكون الفرد مصاباً بالاكتئاب وهذه الاعراض تكون موجودة بشكل ثابت او متقطع على ان يكون احد هذه الاعراض اما مزاجاً مكتئباً واما فقداناً للاهتمام والسرور (بمعنى فقدان الاحساس ببهجة الحياة) ويقترح هذا المعيار ان تشخيص الاعراض لا يرجع الى الاثار الفسيولوجية المباشرة لمادة معينة مثل اساءة استعمال عقار او الى حالة طبية (Dsm-IV-1994: 356).

وهذه الاعراض هي:

- 1- مزاج اكتئابي في معظم اوقات اليوم وتقريباً كل يوم كما يؤشر اما ذاتياً او عن طريق ملاحظة الاخرين.
- 2- يقل الاهتمام بالبهجة والسرور بصورة عامة او في كل النشاطات تقريباً كما تشير اليه تقارير الفرد وملاحظات الاخرين.
- 3- نقص في الوزن بصورة ملحوظة وفقدان الشهية او زيادة في الوزن (يتغير الوزن بنسبة 5% من وزن الجسم خلال شهر) او ازدياد في الشهية خلال اليوم.
- 4- الارق او زيادة في فترات النوم كل يوم تقريباً (اضطراب النوم).
- 5- اهتياج نفسي حركي او خمول.
- 6- الشعور بالتعب او فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
- 7- مشاعر بالدونية او الذنب غير مبرر والذي يكون وهماً كل يوم تقريباً (شعور بالاثم).
- 7- نقص في القدرة على التفكير والتركيز او التردد كل يوم تقريباً ويؤشر من تقرير الفرد او كما يلاحظه الاخرون.
- 8- افكار متكررة عن الموت (ليس فقط الخوف من الموت) وافكار انتحارية متكررة دون خطة محددة او محاولات انتحارية بخطة محددة الاختيار.

اسباب الاكتئاب

هناك عدة اسباب تتداخل معاً لظهور الاعراض

اسباب عضوية:

اهمها تغيرات في بعض كيميائيات المخ من اهمها مادة السيروتونين ومادة النورادرينالين، اذ ان النقص فيهما يؤدي الى حدوث الاكتئاب.

- الجينات:

وجد ان هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العوائل، اذ ان الدراسات التي اجريت على التوائم احادي البيضة وجد ان اصابة احد التوائم

بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر الى 70% ويكون عرضة للاصابة بالاكتئاب في مرحلة ما من حياته الشخصية، هناك بعض الاشخاص ممن لهم سمات تؤهلهم عن غيرهم للاصابة بالاكتئاب ومنها: الروح الانهزامية، الاعتماد على الغير، الاشخاص الذين يتاثرون بالمتغيرات الخارجية والذين لديهم دائماً نظرة تشاؤمية للامور. (أبو دلو، 2009، 304)

- عوامل بيئية:

مثل كثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي او الجسدي وكذلك كثرة الضغوط الخارجية على الانسان والتعرض المستمر لاحداث كرب ومشقة، تؤدي الى اللامبالاة، والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الاحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة تؤدي الى ظهور اعراض الاكتئاب. (عكاشة، 2005، 427)

المحور الرابع

منهجية البحث:

وقد اعتمدت الباحثة المنهج الاكاديمي شبه التجريبي ذي المنحى الفردي في معالجة البيانات اتساقاً مع مشكلة البحث وأهدافه تم تحديد متغيرات البحث الحالي (Miller, 7, 1983, اذ يعد (العلاج السلوكي الاسري وفق انموذج فالون)، متغيراً مستقلاً، ومنع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي متغير تابع، ويتوقف اختيار التصميم التجريبي على امور منها الوقت اللازم لجمع البيانات والكلفة ونسبة المعلومات الى الكلفة وعدد المتغيرات التي يتعامل معها الباحث لاختبار صحة الفرضيات، وعدد الحالات التي هي قيد الدراسة ونوع العلاج المستعمل والوقت الذي يصرف في العلاج اي عدد الجلسات والزمن الذي تستغرقه الجلسة الواحدة. (التميمي، 2009 : 108)

1- التصميم شبه التجريبي:

نتيجة لطبيعة البحث الحالي تم الاستعانة بتصميم السلسلة الزمنية، إذ يكون لدى الباحث في هذا التصميم مجموعة شبه تجريبية واحدة تخضع لقياسات متعددة يمكن إجراءها في فترات زمنية متتالية، إذ يتم تقديم المعالجة التجريبية للتجربة بين فترتين من هذه القياسات للبرنامج العلاجي، ويعد هذا التصميم شبيهاً بتصميم المجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي، ويعد هذا التصميم فعالاً وملائماً عندما لا يكون باستطاعة الباحث الحصول على مجموعة ضابطة، وعندما يكون اختبار المرضى بنفس أداة القياس لعدد من المرات دون أن يكون لهذا التكرار أي أثر في الأداء من مرة إلى أخرى، (البطش وابو زين، 2007، 278).

2- مجتمع البحث:

ينبغي قبل البدء بالبحث لا بد من تشخيص وتحديد مجتمع البحث، ومن المعروف أن المجتمع يضم جميع الأفراد أو الأشياء الذين يشكلون موضوع الدراسة (عباس وآخرون، 2009: 217)، والتي تتألف ووفقاً للبحث الحالي من خلوهم من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة والعمر والتحصيل الدراسي، يتكون مجتمع البحث الحالي من جميع المراجعين إلى مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية في بغداد والبالغ عددهم (1000) مراجع بواقع (700) ذكور و(300) إناث.

3- مجتمع البحث المستهدف:

ويعرف بأنه المجتمع الذي سيتم تعميم نتائج البحث عليه والمحصلة من العينة (جلال: 2008: 37) لذا يشمل مجتمع البحث المستهدف عدد مرضى الاكتئاب وقد تم تحديدهم من خلال قاعدة بيانات مستشفى (ابن رشد للأمراض النفسية) والبالغ عددهم (400) مريض ومرضعة بالاكتئاب .

4- عينتا البحث (Sample of research):

اختيرت عينة البحث الحالي بشكل عرضي من مجموعة من المراجعين لمستشفى ابن رشد والذين يعانون من مرض الاكتئاب العصبي فقط من مجموع (400) مراجع ومراجعة والعينة العرضية هي (عينة عشوائية مستقلة تسحب من فئة مناسبة وهي تختلف عن باقي العينات من حيث انها ليست هي افضل الفئات بل أكثرها توافراً) (حمصي، 1991: 119).

يتضمن البحث الحالي عينتين هما:

- 1- عينة التحليل الاحصائي: والبالغ عددها 200 من مرضى الاكتئاب العصبي لغرض التأكد من مؤشرات صدق وثبات المقياس
 - 2- عينة البحث الاساسية: من اجل تحقيق اهداف البحث الحالي ينبغي قياس وتشخيص مدى التأهيل النفسي والاجتماعي عند مرضى الاكتئاب من مراجعي مستشفى (ابن رشد) للامراض النفسيه اذ تم تطبيق المقياس على عينه البحث البالغه (200) مريض ومريضه ، تم اختيارهم بطريقه العينه العشوائيه الغرضيه ،وبعد الانتهاء من تطبيق المقياس تم اخيار عينه العلاج (بطريقه قصديه) والبالغ عددهم (4) حالات من الذكور فقط ممن حصلوا ادنى الدرجات على مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي .
- (ملاحظة) تم الاكتفاء بعرض حالة واحدة ومتابعة تطورات تلك الحالة على مدى البرنامج العلاجي.

وفيما يلي وصف لعينة البحث الحالي:

- 1- اعتماد المنحنى الفردي في علاج المرضى وعرض النتائج.
- 2- التصاميم شبه التجريبية تعتمد على الطريقة الفرضية في اختيار العينة.
- 3- لا تسعى الباحثة لتصميم النتائج، فقد استفادت من نتائج التعميم للحالات الفردية.
- 4- تم تشخيصهم من الاطباء النفسانيين في المستشفى بأنهم يعانون من الاكتئاب العصبي (معتدل الشده).

5- كان هناك تكافؤ الى حد ما بينهم من ناحية العمر (50-57) سنة ، إذ اثبتت الدراسات أن الفئة العمرية للرجال من (50-64) سنوات أكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات النفسية ويعد الاكتئاب أحد هذه الاضطرابات.

6- الحالة الاجتماعية (متزوجين).

7- خلوهم من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة والاكتئاب الذهاني أو نوبة اكتئاب مع هوس حسب تشخيص الاطباء.

5- أدوات البحث Tools of research

للبحث الحالي أداتان:

أولاً: البرنامج العلاجي: لقد أتبعته الباحثة الخطوات العلمية في بناء البرنامج العلاجي مستندةً على (انموذج فالون) وقد تألف البرنامج العلاجي من (12) جلسة ، جلستان تمهيديتان و(8) جلسات علاجية وجلسات متابعة وقد أستندت الباحثة في برنامجها على الحاجات العلاجية لمتغير التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الاكتئاب ووضعت لتلك الحاجات أهداف عامة وخاصة ثم استندت على فنيات العلاج السلوكي الاسري وفق (انموذج فالون) وبعد تطبيق الفنيات اجرت الباحثة تقويماً بنائياً لكل جلسة.

ثانياً: مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي:

المقياس وذلك تحقيقاً لأهداف البحث الحالي وكالاتي:

1- تحديد مفهوم التأهيل النفسي والاجتماعي.

2- تحديد مجالات المقياس.

3- صياغة الفقرات .

وقد اتبعت الباحثة خطوات البحث العلمي في بناء المقياس وعلى النحو الاتي:

1- تحديد مفهوم التأهيل النفسي والاجتماعي: تم تحديد مفهوم التأهيل النفسي والاجتماعي استناداً على نظرية (سوليفان: Sullivan) المعروفة بـ (نظرية العلاقات الشخصية المتبادلة).

وقد عرف سوليفان التأهيل النفسي والاجتماعي بأنه (عملية ديناميكية تقوم على أساس العلاقات الشخصية المتبادلة التي يقيما الفرد مع الآخرين في المواقف المختلفة يسعى من خلالها الى اشباع حاجاته الاولية من جهة والى تحقيق حاجاته الى الامن والطمأنينة من جهة اخرى بما يؤدي الى شعوره بحالة من التوافق والانسجام مع نفسه ومع الآخرين

2- تحديد مجالات المقياس:-

حدد (سوليفان Sullivan) للتأهيل النفسي والاجتماعي مجالين هما:- التأهيل النفسي التأهيل الاجتماعي .

أ- التأهيل النفسي: عرفه سوليفان بأنه عملية ديناميكية تعبر عن امكانية الفرد في تغيير سلوكه او تعديل بيئته لتحقيق اشباع حاجاته المادية والنفسية بكفاءة للوصول الى حالة من الاستقرار النفسي والبدني .

ب- التأهيل الاجتماعي: عرفه سوليفان بانه عملية ديناميكية تعبر عن امكانية الفرد على إقامة علاقات متبادلة قائمة على التفاعل والتواصل مع الآخرين على اساس المحبة والتعاون بما يحقق له اشباع حاجاته ورغباته ودوافعه بعيداً عن الصراع بما يتفق مع المعايير الاجتماعية (اسعد ، 1987: 59) .

3- صياغة الفقرات:

يوفر الاطار النظري للباحث المفاهيم النظرية التي تمكنه من الاستناد اليها في معظم اجراءات القياس (مليكة وآخرون ، 1959: 248)،، وعلى وفق ذلك تم صياغة (24) فقرة موزعة على مجالين بواقع (12) فقرة للتأهيل النفسي و(12) فقرة للتأهيل الاجتماعي.

4- صياغة بدائل المقياس:

بعد استشارة ذوي الخبرة والاختصاص اعتمدت الباحثة على اعطاء الاوزان الآتية (1-2-3) للبدائل الثلاثة (تنطبق علي كثيراً - تنطبق علي الى حد ما - لا تنطبق

عليّ ابدأً) على التوالي إذ يكون اعلى مدى نظري للمستجيبين على المقياس هو (72) وأقل مدى على المقياس هو (24) والوسط الفرضي (48).

5- تعليمات المقياس:

تعد صياغة تعليمات المقياس دليل اساسي ليتمكن المستجيب من سهولة الاستجابة على المقياس ، لذا وضعت الباحثة تعليمات مفهومة وبسيطة عدت بمثابة تعليمات لكيفية الاستجابة ولم توضح بشكل مباشر الغرض من المقياس نظراً لطبيعة المرض الذي تعاني منه العينة .

صلاحية الفقرات:

قد تم عرض المقياس التأهيل النفسي والاجتماعي على مجموعة من الخبراء والبالغ عددهم (12) خبيراً في العلوم النفسية والطب النفسي ملحق (1) ، وطلب منهم بيان آراءهم العلمية في مدى صلاحية المقياس في المجالات والفقرات والبدائل ، وبعد جمع آراء المحكمين تبين أن (24) فقرة بواقع (12) فقرة لكل مجال قد نالت على نسبة اتفاق (80%) فأكثر مع اجراء بعض التعديلات على عدد من الفقرات وأصبح المقياس جاهز للتطبيق على عينة التحليل الاحصائي.

التجربة الاستطلاعية*:

لغرض معرفة مدى وضوح التعليمات وطريقة الاجابة ووضوح الفقرات ومعرفة الوقت المستغرق للإجابة على المقياس تم تطبيق المقياس على عينة من مرضى (الاكتئاب) من مراجعي مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية والبالغ عددهم (20) مراجع بواقع (10) اناث و(10) ذكور تم جمعهم في حديقة المستشفى ، وقد تبين أن تعليمات المقياس وفقراته كانت واضحة ومدى الوقت المستغرق تراوح من (10-20) دقيقة .

* تطبيق التجربة الاستطلاعية يوم الثلاثاء الموافق 2017/3/5.

عينة التحليل الاحصائي:

أن الهدف من التحليل الاحصائي للفقرات هو الابقاء على الفقرات الجيدة في المقياس التي تكشف عن الدقة في قياس ما وضعت من أجل قياسه (Ebel,1972,p:392). اذ تم حساب القوة التمييزية وفق الخطوات الآتية:

1- تطبيق المقياس على عينة بلغ عددها (200) من مرضى الاكتئاب بواقع (150) ذكوراً و(50) اناثاً.

2- ترتيب الدرجات الكلية التي حصل عليها افراد العينة ترتيباً تنازلياً من اعلى درجة الى ادنى درجة.

3- تحديد المجموعتين المتطرفتين (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) بنسبة (27%) من الدرجات العليا ونسبة (27%) من الدرجات الدنيا (ابو لبد:1982-249). وبذلك بلغ عدد الاستمارات في كل مجموعة (54) استمارة .

4- وباستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين استخرجت القيمة التائية لكل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية التي تساوي (1.98) عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (106) ، إذ ظهر أن جميع الفقرات دالة عند هذا المستوى.

مؤشرات صدق وثبات المقياس

أولاً: صدق المقياس validity

يعد الصدق من أهم الخصائص السيكمترية للاختبار ، أذ ينبغي أن يكون صادقاً الى الحد الذي يقيس السمة أو الخاصية التي أعد لقياسها وعدم تأثره بالمتغيرات الأخرى (القمهي وآخرون ، 2000 : 109) وقد تم التحقق من صدق المقياس بمؤشرين هما:

1-الصدق الظاهري Face Validity:

- يعد الصدق الظاهري أحد انواع الصدق ، الذي يتحقق عندما يتم الحصول على قرار او حكم من شخص متخصص (خبير) فيكون المقياس ملائم للموضوع المراد قياسه ، (Allen & yen , 1979 : 96) .

وقد تم التحقق من هذا النوع من الصدق في مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي في البحث الحالي من خلال عرضه على مجموعة من الخبراء المختصين في علم النفس والصحة النفسية والطب النفسي والبالغ عددهم (12) خبيراً ملحق رقم (1).

2- صدق البناء Construct Validity:

ويسمى صدق البناء بصدق التكوين ويتم فيه الانتقال من الشك في أن الاختبار يقيس السمة التي أعد لقياسها الى اليقين (عودة ، 1998 : 384) . لذا تم التحقق من ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس ودرجة الفقرة بدرجة المجال وكما يأتي:

أ- علاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس: تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة مع درجة المقياس الكلية وذلك باستعمال معامل ارتباط بيرسون وقد اتضح ان جميع معاملات الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (118).

ب- علاقة ارتباط فقرات مجالات المقياس بالدرجة الكلية تم استخراج معاملات الارتباط بين درجة فقرات كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس باستعمال معامل ارتباط بيرسون اذ اظهرت جميع معاملات الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (118).

ثانياً: ثبات المقياس Scale Reliability:

يعني الثبات الدقة والاتساق في درجات المقياس لقياس ما يجب قياسه (Holt , 1971 : 60).

وقد عمدت الباحثة استعمال اكثر من طريقة لحساب الثبات لغرض التحقق بشكل اكثر دقة وكما يأتي:

1- طريقة الاختبار وإعادة الاختبار Test – Retest:

ويُسمى أيضاً بمعامل الاتساق الخارجي External Consistency تستند هذه الطريقة على عملية حساب الارتباط بين درجات مجموعة من افراد عينة الثبات على الاختبار عند تطبيقه وإعادة تطبيقه بعد مرور مدة زمنية على التطبيق الاول وبذلك يكشف هذا النوع من المعاملات عن درجة ثبات السمة المقاسة خلال هذه المدة (عودة ، 2002 : 345).

لهذا اعتمدت الباحثة هذه الطريقة لحساب الثبات بعد اعادة تطبيق المقياس على عينة الثبات البالغ عددها (20) من مرضى الاكتئاب، وبعد مرور (14) يوماً من التطبيق الاول تم حساب قيمة الارتباط بين التطبيق الاول والثاني، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (0,84) وتشير هذه النتيجة الى ثبات جيد للمقياس.

2- معادلة (الفا كرونباخ) Alpha Coefficient :

تشير هذه الطريقة الى حساب الارتباطات بين درجات جميع الفقرات المقياس ، يعد مؤشراً على التجانس بين فقرات المقياس ، وأشار (Nunnaly 1968) أن معامل ألفا كرونباخ يأتي بتغير جيد للثبات في اغلب المواقف (Nunaly, 1968:230)، اذ طبقت معادله الفا كرونباخ على درجات العينة البالغ عددهم (20) فرداً من مرضى الاكتئاب فكانت قيمه معامل ثبات المقياس (0,83)، وتشير هذه النتيجة الى ثبات الاداة باكملها.

المقياس بصيغته النهائية :

اصبح المقياس بصيغته النهائية مكون من (24) فقرة بعد الاجراءات التي تحققت

في الخطوات السابقة، ملحق رقم (2) إذ وزعت الفقرات على مجالين هما:

1- مجال التأهيل النفسي يتكون من (12) فقرة.

2- مجال التأهيل الاجتماعي يتكون من (12) فقرة .

اما الاجابة على فقرات المقياس فأنها تتكون من ثلاث تدرجات وهي على الترتيب (تنطبق علي كثيراً - تنطبق علي الى حد ما - لا تنطبق علي ابدأ) وبذلك أصبحت درجات الاجابة تتراوح بين (24-72)، اذ تمثل (24) الدرجة الدنيا للمقياس، و(72) تمثل الدرجة العليا للمقياس والوسط الفرضي للمقياس (48) درجة، وبهذا اصبح المقياس جاهزاً للتطبيق على عينة البحث الحالي، وهم مرضى الاكتئاب.

عينة التطبيق النهائية:-

عدت عينة التحليل الإحصائي عينة التطبيق النهائية والبالغ عددها (200) مصاب ومصابة باضطراب الاكتئاب، وبعد تصحيح الاستمارات تم اختيار حالة واحدة ممن حصلت على أدنى الدرجات على مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي ، ولديها الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي لغرض تطبيق البرنامج عليها بواقع (12) جلسة علاجية، جلسة واحدة لكل اسبوع.

الوسائل الإحصائية:

لمعالجة بيانات البحث ، تم استعمال الوسائل الاحصائية الآتية :

1- معادلة الاختبار التائي لعينتين مستقلتين t-test:

تم استعماله لحساب دلالة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا ، لاستخراج القوة التمييزية لفقرات مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي (عودة والخيلي ، 2000 : 225).

2- معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient :

استعمل لاستخراج علاقة الفقرة بالمجموع الكلي وعلاقة درجة المجال بالدرجة الكلية ، وقد استعمل لحساب ثبات أداة القياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (فيركسون ، 1990 : 145).

3- معادلة الفا كرونباخ Alpha Coefficient:

لاستخراج معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي (عودة ، 2002 : 354) .

4- الاختبار التائي لعينة واحدة:

استعمل لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي .

5- اختبار ولكوكسن **wilcoxon**:

لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات شبه التجريبية للبرامج العلاجية ، بعد

تطبيق البرامج العلاجية (توفيق ، 1985 : 106).

6- اختبار مان وتي **mann - whtiney**: لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات

المستقلة ، بعد تطبيق البرنامج (عبد الرحمن ، 1983 : 129) .

المحور الرابع

البرنامج العلاجي السلوكي الأسري

تصميم البرنامج العلاجي الاسري:-

يستند عمل البرنامج العلاجي الاسري على دعامتين رئيسيتين هما:-

1- تحليل النسق الاسري ومعرفة التفاعلات بين أفرادها والاحداث السلوكية بين

أفرادها.

2- تقسيم فترة العلاج الى ثلاث مراحل والجدول(1) يوضح مراحل العلاج:

جدول (1)

مراحل العلاج وأهداف كل مرحلة

نهاية العلاج	منتصف العلاج	بداية البرنامج
التركيز على انهاء العلاج والعمل على منع الانتكاسة	<p>معرفة التفاعلات بين أعضاء الأسرة وخبرات كل فرد في الأسرة ، ونظرة كل فرد للاحر لمعرفة الوان الضغط ومواطن الصراع. مساعدة الأسرة في تغيير نمط العلاقات والتجمعات الهدامة داخل الأسرة من خلال استعمال الوسائل المناسبة.</p>	<p>- تكوين علاقة علاجية تقوم على أساس الاحترام والقبول والثقة المتبادلة وضع القواعد الاساسية للمقابلات بين المتعالج والاسرة معرفة المشكلات وجوانب الاختلاف في الاسرة وكيفية ادارة الحوار وملاحظة التفاعل. اعادة صياغة المشكلة على انها تخص الاسرة وليس الفرد صاحب المشكلة . وضع قواعد جديدة لتناول مشكلات الاسرة ورؤية حقيقية للأسرة وتصور طرائق بديلة للتفكير من خلال مشاركة كل افراد الاسرة في الحديث لمعرفة كيف ينفاعل الفرد المتعالج مع كل فرد من افراد الاسرة شرح المرض وطبيعة المتعالج لتخفيف التأثيرات الموجهة نحو المتعالج . - تهيئة الاسرة لتقبل التدريب المنزلي . تهيئة الاسرة لتقبل تطبيق الانشطة التي يتضمنها البرنامج الاسري العلاجي اخبار اسرة المتعالج بالنتيجة وتزويدها بالمعلومات عن كيفية التحسس .</p>

تكوين البرنامج العلاجي :-

يتضمن البرنامج العلاجي السلوكي الاسري وفقاً لأنموذج فالون من (12) جلسة علاجية اسرية تشتمل على عدة مراحل وقد تم تقسيمها حسب مراحل العلاج والجدول (2) يوضح ذلك.

الجدول (2)

البرنامج العلاجي وفق مراحل العلاج

المرحلة الاولى	عدد الجلسات	الاجراءات
المرحلة التمهيديّة	جلستان أوليتان	<ul style="list-style-type: none"> - لتحديد درجة التأهيل النفسي والاجتماعي - معرفة طبيعة التفاعلات بين أفراد الأسرة والفرد المتعالج. - شرح طبيعة المرض وأعراضه المرضية ودور العوامل النفسية والبيولوجية . شرح العلاج السلوكي الاسري والاتفاق على توقيع عقد العلاج لمدة 1-2 اسبوع
مرحلة العلاج	8 جلسات	لفترة شهرين بمعدل جلسة واحدة اسبوعيا
مرحلة المتابعة	جلستان	<p>للتعرف على فاعلية البرنامج العلاجي وكذلك للمتابعة من أجل منع الانتكاسة ، وللتأكد من أن الأسرة أصبحت قادرة على حل صراعاتها وان بمقدورها قيادة نفسها بنجاح ، وأداء وظائفها الاجتماعية بالشكل المطلوب.</p>

الاطار العام لجلسات العلاج السلوكي الاسري :-

- 1- المراجعة المستمرة لحالة المتعالج الانفعالية.
- 2- انطباع اسرة المتعالج عن الجلسات العلاجية .
- 3- تهيئة الانشطة او الاجندة الخاصة بالجلسات.
- 4- مراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.
- 5- تعيين ومناقشة الواجب المنزلي الجديد.
- 6- عمل ملخص عام للجلسة.

7- التعرف على استجابة أسرة المتعالج عن الجلسة والعلاج والباحثة (feed back).

الهدف العام للبرنامج :-

منع الانتكاسة وعودة الاعراض المرضية للفرد المريض بـ(الاكتئاب) وتخفيف التأثيرات السلبية الموجهة من الاسرة نحو الفرد المتعالج.

الاهداف الخاصة :-

رفع مستوى التفاعل والتواصل الايجابي بين الاسرة والفرد المتعالج.

- أن تخفف الاعراض السالبة لدى المتعالج من خلال ابدال الحوارات الداخلية السلبية لدى اسرة المتعالج بحوارات داخلية ايجابية تساعد على تغيير النسق الاسري وتغيير التفاعلات الاسرية بما يؤدي الى اعادة التوازن في العلاقات الاسرية في الاسر المضطربة واشباع حاجات أفرادها الشخصية.

الجلسات التمهيديّة واجراءاتها :-

اذ يتم من خلالها اجراء مقابلات مع اسرة المتعالج للتعرف على كيفية التفاعل والتواصل بينهم من خلال التركيز على التحليل السلوكي لنسق الاسرة والاحداث السلوكية والمشكلات التي يواجهونها ، وعدد افراد الاسرة التي يعيش معها الفرد المتعالج وقد حددت الاهداف العامة من العلاج هي :-

1- اقامة علاقة علاجية تعاونية قائمة على الثقة والاحترام والمودة.

2- شرح طبيعة العلاج السلوكي الاسري على وفق انموذج (فالون falloon) والعملية العلاجية

3- غرس الامل لدى اسر المتعالجين وتفهمهم مشكلاتهم وأفهامهم بأن الاعراض التي يعاني منها الفرد المتعالج هي أعراض مرضية .

4- معرفة توقعات اسرة المتعالج من العملية العلاجية .

5- أهمية افهام اسرة المريض بأن العملية العلاجية محددة ضمن وقت محدد.

الجلسة الأولى

عنوان الجلسة: الاصغاء النشط والفعال

زمن الجلسة: 60 دقيقة

المفردات	التفصيلات
الحاجات	<ul style="list-style-type: none"> - الحاجة الى الاصغاء النشط والفعال. - الحاجة الى التفاعل والتواصل الاجتماعي .
الهدف العام	<ul style="list-style-type: none"> - تنمية مهارة الاصغاء النشط والفعال لدى اسرة المتعالج .
الاهداف	<ul style="list-style-type: none"> أن تتمكن اسرة المتعالج من : - الاصغاء النشط والفعال للمتعالج . - التفاعل والتواصل الايجابي مع المتعالج .
التقنيات المستعملة	<ul style="list-style-type: none"> النمذجة - التغذية الراجعة - التدعيم الايجابي
بنود الاجندة	<ul style="list-style-type: none"> - معرفة الحالة المزاجية للمتعالج وتقديم التقرير الاسبوعي عن حالته . - اعداد وتهيئة بنود الاجندة (موضوع الجلسة الرئيسي) . - التواصل مع الجلسات السابقة (استمارة التواصل مع الجلسات). - مناقشة التدريب المنزلي للجلسة السابقة ووضع تدريب منزلي جديد . - عمل ملخص دوري عن اكمال جزء من سير الجلسة العلاجية . - تقديم الملخص النهائي . - تقديم الملخص النهائي ومراجعة وتوثيق المردود العلاجي تجاه الباحثة والعلاج والجلسة العلاجية .
التدريب المنزلي	<ul style="list-style-type: none"> - قراءة نشرة العلاج السلوكي الاسري . - تتقيح الاهداف . - قائمة بالعبارات الإيجابية .

ادارة الجلسة:

- الترحيب بأفراد اسرة المتعالج وتقديم مراجعة سريعة لحالة المتعالج المزاجية .
- بعد تحديد المشكلات وتشخيصها بالتعاون بين الباحثة واسرة المتعالج ، ثم بالبدء بمناقشة المشكلات التي تعيق التفاعل والتواصل بين افراد الاسرة والمتعالج .
- تتناول الباحثة موضوع الجلسة وتقدم المعلومات اللازمة والضرورية لتوضيح مهارة (الاصغاء النشط والفعال) ويعني بها حسن الانصات والاستماع الجيد الى الفرد المتعالج واطهار الاحترام والتقدير له .
- أن توضح الباحثة لأفراد اسرة المتعالج مجموعة من الخطوات ينبغي عليهم الالتزام بها عند التعامل مع الفرد الذي تم تشخيصه من قبل الاسرة بأن الفرد (المشكلة) الذي يعانون من صعوبة التواصل معه .

وهذه الخطوات هي:

- أن يعبروا ويتحدثون معه ويوصلون له بأنهم يسمعونه .
- سؤاله اسئلة توضيحية عندما نريد أن نخبره شيئاً ما .
- التحقق من المتعالج عم تسمع منه بين فترة وأخرى وذلك باستعمال تقنية (النمذجة) لتدريب أحد افراد الاسرة للتعامل مع المتعالج لتنمية مهارات الاتصال والتواصل معه .

مع تقديم التوضيحات والتفسيرات والمعلومات اللازمة لتحقيق هدف الجلسة

عن طريق (التغذية الراجعة):

- ملخص دوري عن اكمال جزء من سير الجلسة العلاجية .
- معرفة المردود العلاجي تجاه الباحثة والعلاج والجلسة العلاجية .
- تعيين التدريب المنزلي الجديد وتسليم نسخة من قائمة الاهداف الى اسرة المتعالج من اجل تنقيحها ضمن التدريب المنزلي .

– تقديم ملخص نهائي لما دار عن الجلسة العلاجية مع التوثيق والتثبيت من قبل اسرة المتعالج.

– تحديد موعد الجلسة الثانية مع التأكيد المستمر للأسرة على اهمية التدريب المنزلي .

جلستنا المتابعة: (الأهداف)

1. أن تقيس الباحثة مستوى التأهيل النفسي والاجتماعي لدى الفرد المتعالج .
 2. أن تتعرف على المواقف التي تعرضت لها اسرة المتعالج والفرد المتعالج معاً وكيفية تطبيق اسرة المتعالج لمهارات العلاج .
 3. أن تراجع الباحثة مع اسرة المتعالج التدريب المنزلي .
 4. أن تقدم التدعيم الإيجابي لأسرة المتعالج بوسائل التدعيم المادي والمعنوي .
- الإجراءات التي تمت في كلتا الجلستين وكالاتي (سير الجلستان):

– الترحيب ومراجعة التدريب المنزلي (جدولة النشاطات ومراقبة الاعراض السلبية لدى الفرد المتعالج) لجلسة المتابعة الاولى .

– تطبيق مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي مع عرض رسم بياني عن سير التحسن مع مناقشة وتقييم لحالة المتعالج والاسرة معاً .

– التعرف على كيفية تطبيق مهارات العلاج من خلال شرح اسرة المتعالج للمواقف الحياتية .

– الاتفاق على جلسات متابعة حسب حاجة اسرة المتعالج .

– مراجعة الموضوعات التي تمت مناقشتها خلال الجلسات العلاجية والتي تركزت على مهارات التفاعل والتواصل بين الاسرة والفرد المتعالج .

– مناقشة سبل وطرائق التواصل الإيجابي والفعال مع المتعالج لغرض الانتباه الى ما يطرحه من مشكلات خاصة وعدم شعوره بالإهمال وتقليل العزلة الاجتماعية كونه لا يفضل الحديث مع الآخرين .

-قامت الباحثة باستعمال تقنية (النمذجة) مع المتعالج لتنمية مهارة الاصغاء والتواصل الإيجابي امام افراد الاسرة وتطلب تطبيق تلك الفنية مع اقرب الأشخاص الى المتعالج أمام افراد الاسرة كي يتولى هذا الفرد مهمة شرح هذه التقنية لأفراد الاسرة عند تعاملها مع المتعالج .

-تطلب الباحثة من أحد افراد الاسرة ان يطبق تقنية (النمذجة) مع المتعالج لتنمية مهارة الاصغاء والتواصل الإيجابي مع المتعالج مع تقديم التعزيز المادي والمعنوي من خلال اعطائه بعض المحفزات المادية او كلمات الشكر والثناء المعنوية له من اجل الاستمرار بهذا النشاط ، في حالة تطبيق هذه الفنية مع المتعالج بحضور الباحثة .

-مراقبة ما يجري وتصحيح الاخطاء من خلال استعمال التغذية الراجعة وتعديل بعض الهفوات ان حدثت ثم تلخيص ما جرى في الجلسة من قبل الباحثة نفسها .

-التقويم البنائي : ذكر ايجابيات وسلبيات ما جرى من أنشطة في الجلسة بالتعاون بين الباحثة وأفراد الأسرة في ذلك التقويم .

-التدريب البيئي : تطبيق مهارة الاصغاء النشط والفعال مع المتعالج خلال الاسبوع .
تقدم الباحثة بعض الهدايا الرمزية لمن استجاب لنشاطات وتطبيقها من افراد الاسرة مع الشكر والثناء لكل افراد الاسرة .

المحور الخامس عرض النتائج ومناقشتها

سيتم عرض نتائج البحث ومناقشتها على وفق الأهداف المحددة كما يأتي:-

- 1- قياس التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الاكتئاب .
- 2- التعرف على تأثير العلاج السلوكي الاسري وفق (نموذج فالون) في منع الانتكاسة وعودة الأعراض المرضية لمرضى الاكتئاب ، وذلك من خلال التحقق من الفرضية الاتية:

أ- لا يوجد فرق ذات دلالة احصائية في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي وعودة الاعراض المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجي الاسري واثاءه وخلال مدة المتابعة (Follow up) مع اسرة المتعالج.

ولأجل اختبار صحة الفرضية تم استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة لدلالة الفروق بين المتوسط المحسوب والمتوسط النظري في مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي والجدول (3) يوضح النتائج .

الجدول (3)

الاختبار التائي لعينة واحدة لدلالة الفروق بين المتوسط المحسوب والمتوسط النظري في

مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي

عدد افراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	القيمة التائية المحسوبة	الجدولية	مستوى الدلالة
200	39.9000	1.46127	48	219	-8.574	1.96	0.05

يتضح من الجدول اعلاه ان الوسط الحسابي أقل من الوسط الفرضي وهذا يدل على انخفاض درجة التأهيل النفسي والاجتماعي لدى المرضى المصابين بالاكتئاب.

ملاحظة: سترمز الباحثة لمقياس التأهيل النفسي والاجتماعي بالرمز (P-S-R-M) (psycho-social rehabilitation measure).

تمثل الاجابة على الفرضية (أ) للمتعالج الاول من خلال الجداول والاشكال البيانية والتي توضح درجاته على اداة البحث من خلال مراحل البحث (مرحلة التشخيص والعلاج والمتابعة) وتوضح الجداول (4) و (5) و (6) درجات مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي عند تطبيقها في مراحل التشخيص والعلاج والمتابعة على التوالي ، والاشكال (1) و (2) و (3) و (4) و (5) توضح سير التحسن للمراحل الثلاثة (التشخيص والعلاج والمتابعة) على التوالي. لمراحل البحث الثلاثة.

الجدول (4)

درجات مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي للمتعالج الاول خلال المرحلة التشخيصية

المرحلة	المدة	P-S-R-M	عنوان الجلسة
الأولى	الأسبوع 1	24	الجلسة التشخيصية الأولى
الثانية	الأسبوع 2	24	الجلسة التشخيصية الثانية



شكل (1) يوضح قيم أداة المتعالج الاول خلال المرحلة التشخيصية

مرحلة التشخيص:-

من الجدول (4) وشكل (1) يمكن ملاحظة درجة مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي للمتعالج الاول والملاحظ للجدول والشكل التابع له يجد أن القيمتين قد اتخذت درجات ثابتة نسبيا ويعد هذا امر طبيعي لارتباط الحديث الداخلي السلبي الذي تسببه اعراض الاكتئاب لدى الفرد المتعالج مع التأثيرات السلبية الموجهة من الاسرة نحو الفرد المصاب .

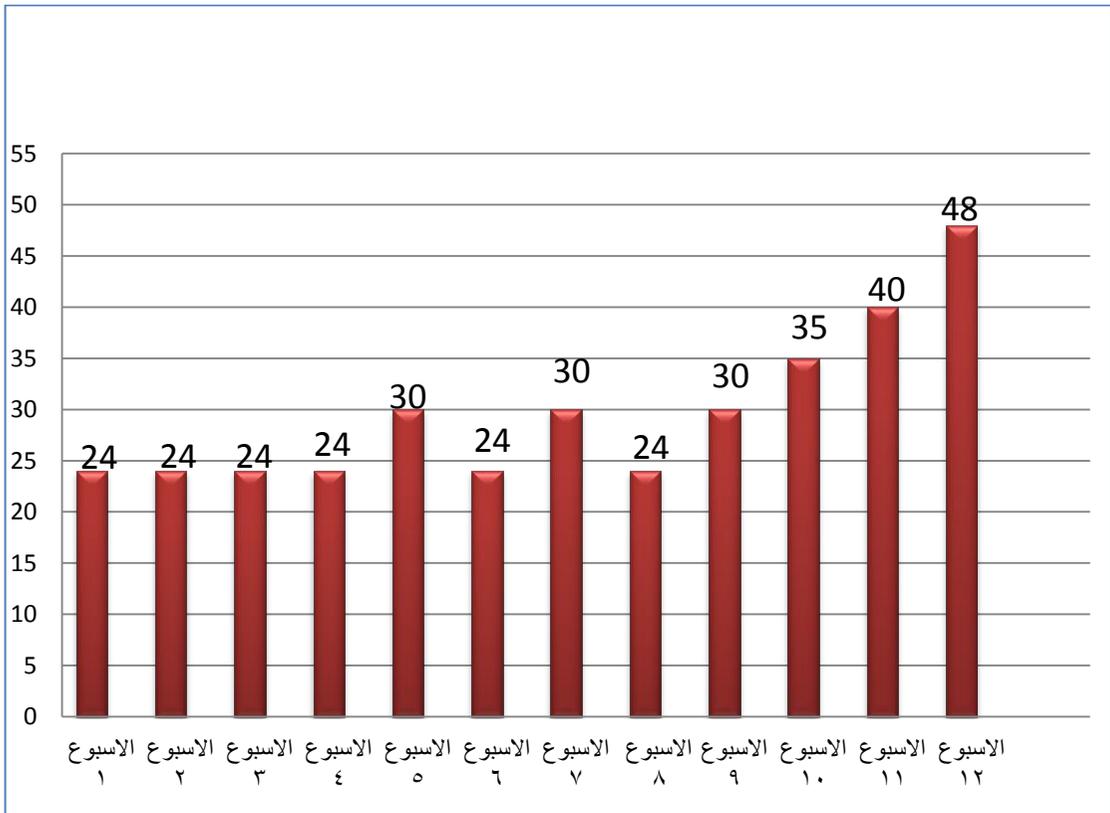
مرحلة العلاج:

امتدت لمدة (8) اسابيع والجدول (5) وشكل (2) و (3) يوضحان نتائج تطبيق الاداة خلال مرحلة العلاج.

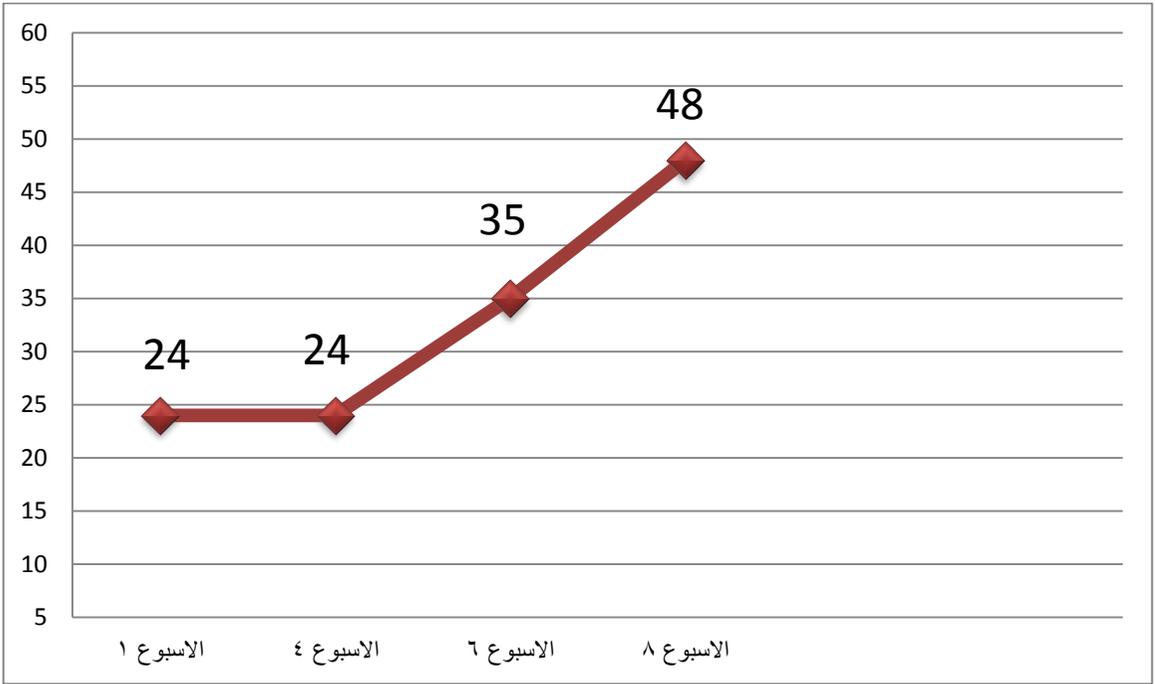
الجدول (5)

درجات المتعالج الاول على اداة البحث خلال مرحلة العلاج

P-S-R-M	المدة	مرحلة العلاج
24	الأسبوع 1	الشهر الأول
24	الأسبوع 2	
30	الأسبوع 3	
24	الأسبوع 4	
30	الأسبوع 5	الشهر الثاني
35	الأسبوع 6	
40	الاسبوع 7	
48	الاسبوع 8	



شكل (2) يوضح درجات المتعالج على اداة البحث خلال مرحلة العلاج



شكل (3) يوضح سير التحسن للمتعالج الاول على اداة البحث خلال مرحلة العلاج

مرحلة العلاج: يلاحظ من الجدول (5) وشكل (2) و (3) سير التحسن وكالاتي

1- ان درجة مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي للمتعالج الاول كانت (24) على الاختبار القبلي وقد ظلت تميل الى الثبات القطعي خلال الجلستين الاولى والثانية وسبب ذلك جهل اسرة المتعالج بالأعراض التي يسببها الاكتئاب مما جعل الباحثة تستعمل عددا من التقنيات السلوكية مع اسرة المتعالج لتنمية مهارات التواصل بين الاسرة والفرد المتعالج.

2- تغيرت درجة التأهيل النفسي والاجتماعي في الجلسة الثالثة بمقدار ست درجات ورجوعها وانخفاضها ورجوعها الى القيمة السابقة ثم ارتفاعها مرة أخرى (وهذا ما يسمى بسير التحسن) في العلاج السلوكي الاسري اذ تظهر فيه فترات التحسن والانتكاسة والتوقف مع تقديم الشرح والتفسير لتوضيح الاسباب وتقديم الدعم والتشجيع لأسرة المتعالج على هذا التفاوت.

3- تعد الجلسة السادسة بداية تغير التأهيل النفسي والاجتماعي بمقدار 5 درجات في الاسبوع.

4- ان درجة التأهيل النفسي والاجتماعي ارتفعت ووصلت الى (40) درجة على الاختبار البعدي في الجلسة السابعة ، ويعد هذا ارتفاعا مناسباً ونتيجة جيدة لان ليس من السهل تغير طبيعة النسق الاسري بشكل كامل ، اذ ان لكل اسرة افكار ومعتقدات وسلوكيات تتسم بالثبات النسبي وان ليس من المنطقي ان تتغير الاتجاهات والمعتقدات بصورة كاملة وخلال فترة قصيرة ولكن من الجيد أن تتغير وتصل الى درجة مساوية الى درجة الوسط الفرضي يرافقها انخفاض شدة الاعراض الاكتئابية وزيادة في مهارات التفاعل والتواصل بين الاسرة والفرد المتعالج.

5- استمرت درجة مقياس التاهيل النفسي والاجتماعي بالارتفاع بوتيرة سريعة وباتجاه التحسن محققة بذلك درجة مساوية الى درجة الوسط الفرضي في الاسبوع الثامن من العلاج.

6- يوضح شكل (5) ان مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي بقي ثابت في الاسبوع الاول والاسبوع الثاني وارتفع في الاسبوع الثالث بمقدار ست درجات ثم انخفضت درجة التأهيل النفسي والاجتماعي في الاسبوع الرابع ثم عادت للارتفاع على اداة البحث في الاسبوع الخامس والسادس محققة بذلك درجة مساوية لدرجة الوسط الفرضي، اي ان ارتفاع درجة واحدة على مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي للمتعالج يعني زيادة في مهارات التفاعل والتواصل بين الاسرة والفرد والمتعالج يرافقها تغير في الاعراض الاكتئابية لدى الفرد المتعالج، ليتحقق بذلك هدف البحث الحالي من ان العلاج السلوكي الاسري وتدريب الاسرة على فنيات التفاعل والتواصل يساعد في منع الانتكاسة في التاهيل النفسي والاجتماعي للفرد المصاب بالاكتئاب وبذلك رفضت الفرضية الصفرية وقبلت الفرضية البديلة.

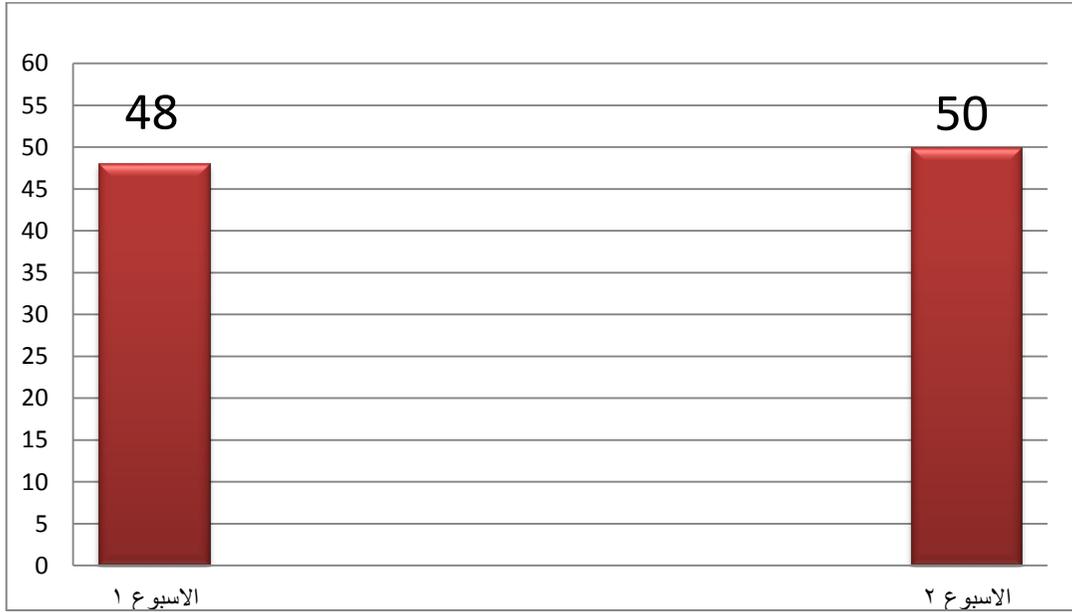
مرحلة المتابعة:

ومدتها اسبوعين وقد قسمت لمرحلتين للتأكد من سير التحسن ويوضح الجدول (6) وشكل (3) فاعلية البرنامج العلاجي مقدرا بدرجات المتعالج على اداتي البحث.

الجدول (6)

درجات المتعالج الأول خلال مرحلة المتابعة

عنوان الجلسة	P-S-R-M	المدة	مرحلة المتابعة
جلسة المتابعة الاولى	48	الاسبوع 1	الاولى
جلسة المتابعة الثانية	50	الاسبوع 2	الثانية



شكل (4) يوضح درجات المتعالج الاول على أداة البحث خلال مرحلة العلاج

يلاحظ من الجدول (6) وشكل (4) التابع له ما يأتي:-

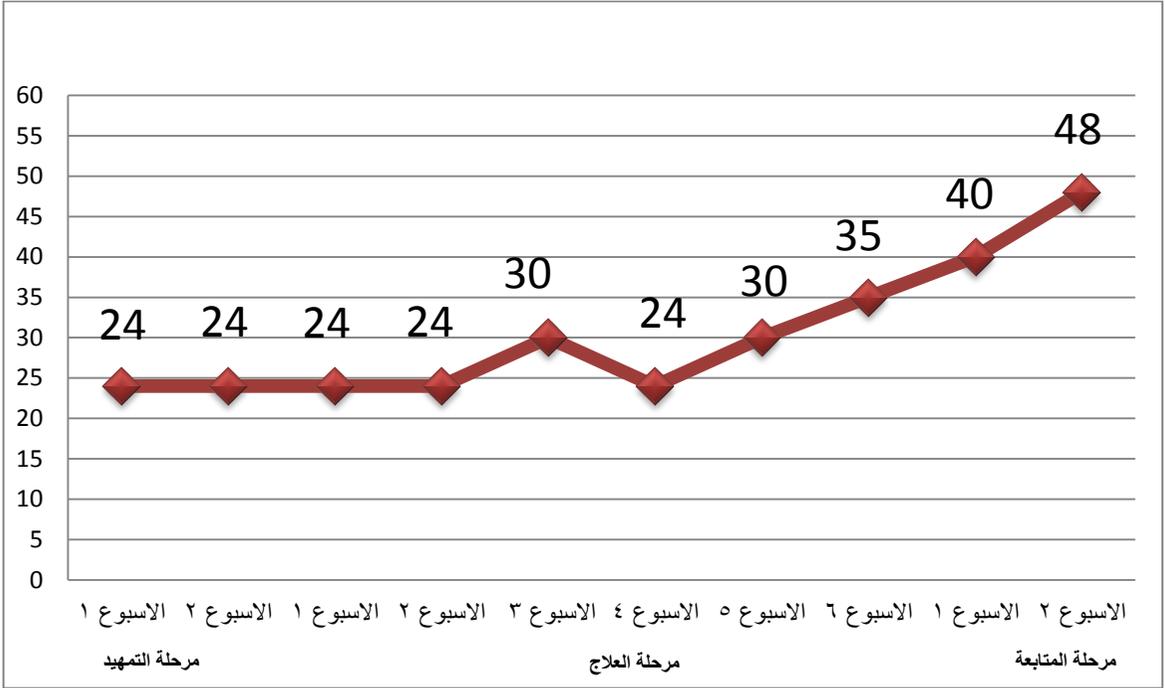
1- ان التأهيل النفسي والاجتماعي وصل الى قيمة اعلى من قيمة الوسط الفرضي اذ ان وجود مرحلة متابعة في البرنامج العلاجي أمكنت الباحثة من التعرف على النتيجة اذ

بلغت درجة المتعالج على مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي (50) والسبب في ذلك ان اسرة المتعالج قد طبقت مهارات العلاج السلوكي الاسري التي تعلمتها خلال الجلسات مع المتعالج وكذلك استيعاب الاسرة لمهارات العلاج الاسري التي قدمتها الباحثة للأسرة من جهة اخرى والتي استدل عليها من تقييم الباحثة للتدريبات المنزلية في مرحلة المتابعة ما ساعد على زيادة التأهيل النفسي والاجتماعي وهذا يتفق مع مسلمات نظرية العلاج السلوكي الاسري حول اهمية العلاج السلوكي الاسري مع العلاج الفردي في اعادة التوازن للعلاقات الاسرية وتخفيف التأثيرات المترتبة على الفرد المتعالج.

2- ان التأهيل النفسي والاجتماعي قد ارتفعت قيمته عن الوسط الفرضي المقرر للبحث الحالي بدرجتين مما يعكس اهمية العلاج السلوكي الاسري لأسرة الفرد المتعالج جنبا الى جنب مع العلاج الدوائي في اطار علاج تكاملي لمنع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي.

3- بلغت نسبة التأهيل النفسي والاجتماعي نسبة جيدة اذا ما قورنت بالسلوكيات المعدلة والتي عدت مشكلات تحتاج الى حل أهمها: (مشاركة الاسرة في المناسبات الاجتماعية) ويعد هذا التغيير في السلوك مؤشرا جيدا في عملية التفاعل والتواصل بين الاسرة والفرد المتعالج .

4- وجود مرحلة متابعة في العلاج السلوكي الاسري اعطت فرصة لمتابعة تأثير العلاج حتى بعد انتهاء مدة العلاج . والشكل (5) يوضح سير التحسن في منع الانتكاسة وعودة الاعراض المرضية خلال مراحل العلاج الثلاثة مجتمعة .



شكل (5) يوضح سير التحسن في منع الانتكاسة وعودة الاعراض المرضية للمتعالج خلال مراحل البحث الثلاثة

الاستنتاجات:

في ضوء ما تم عرضه من نتائج اعتمد فيها بشكل اساس على القياس البصري لمنحنيات القيم على مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي خلال مراحل البحث الثلاثة (التشخيص والعلاج والمتابعة) تم الخروج بالاستنتاجات الآتية :

- 1- أن (انموذج فالون) وما تضمنه من النشاطات والفعاليات المساعدة ، يعد اسلوباً علاجياً ذا فاعلية في نجاح عملية العلاج، والسير نحو منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي وأفضل خيار علاجي ورئيسي للتخفيف من حدة الأعراض النفسية التي لا يمكن أن تستجيب للعلاج الدوائي.

- 2- أن استعمال العلاج السلوكي الاسري (انموذج فالون) قد اثبتت فاعليته كعلاج اساسي ومكمل للعلاج الدوائي لمرضى الاكتئاب .
- 3- أن اسر افراد مرضى بالاكتئاب لديهم اتجاهات سلبية نحو مرضى الاكتئاب لذا بحاجة الى المزيد من البرامج العلاجية الاسرية لتخفيف التأثيرات الموجهة نحو الافراد المصابين بالاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب .

التوصيات

- 1- مناقشة وزارتي التعليم العالي والصحة الى ارسال بعض المختصين في الصحة النفسية والطب النفسي في دورات تدريبية خارج العراق لزيادة تدريبهم في العلاج النفسي .
- 2- مناقشة وزارة الثقافة وهيئة الإعلام والقنوات بضرورة التأكيد على البرامج العلاجية (الاسرية) وتنقيف المجتمع بضرورة تقبلها وتقبل المرضى النفسانيين لاندماجهم اسرياً واجتماعياً .
- 3- استحداث دورات تدريبية لخريجي قسم الارشاد النفسي لأنواع مختلفة من العلاجات النفسية لتشمل المرضى بمختلف الاضطرابات النفسية الاخرى ومنها الاكتئاب .

المقترحات

- استكمالاً لنتائج البحث الحالي إجراء الدراسات الآتية :
- 1- إجراء الدراسة نفسها لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي الاسري في منع الانتكاسة في التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى القلق او الرهاب الاجتماعي .
 - 2- اعتماد الاسلوب العلاجي الاسري وفق (انموذج فالون) في مستشفيات وزارة الصحة كعلاج مكمل وأساسي مع العلاج الدوائي .

3- اعتماد البرنامج العلاجي في مستشفى ابن رشد كعلاج مكمل للعلاج الدوائي لمرضى الاكتئاب.

المصادر العربية:

- 1- senf & Michael ,Wolfgang , Broda (2009) ممارسة العلاج النفسي ، الاسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي ، ترجمة سامر جميل رضوان ، دار الكتاب الجامعي ، غزة ، فلسطين .
- 2- ابو أسعد ، أحمد وعريبات ، أحمد (2009) : نظريات الارشاد النفسي والتوجيه التربوي ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع، عمان ، الاردن.
- 3- ابو اسعد، احمد عبد اللطيف، 2015، (الصحة النفسية) منظور جديد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الاردن.
- 4- ابو دلو، جمال، 2009، الصحة النفسية، دار اسامة للنشر والتوزيع، ط1، الاردن، عمان.
- 5- أبو لبدة ، سبع محمد (1983) : مبادئ القياس النفسي والتقييم التربوي ، جمعية المطالب التعاونية ، بغداد.
- 6- برادلي ، إرفورد وسوزان ، ايفز وإملي ، برينت وكاترين ، ينج (2012) ، (35) اسلوباً على كل مرشد معرفتها ، ترجمة ، ريا محمد امين ملكوش وهالة فاروق المسعود ، ط1 ، دار الراية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- 7- البريشن ، عبد العزيز عبد الله ، (2008) ، الارشاد الاسري ، ط1 ، الاردن.
- 8- التميمي ، بشرى عناد مبارك (1996) : الانتماء الاجتماعي لدى العاملين في بعض مؤسسات الدولة وعلاقته ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة بغداد .

- 9- توفيق ، عبد الجبار (1985) : التحليل الاحصائي في البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية الطرق اللامعلمية ، الطبعة الثانية ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، الكويت .
- 10- الحفني عبد المنعم (1991) : مؤسسة التحليل النفسي ، مكتبة مدبولي ، القاهرة ، مصر .
- 11- دافيدوف ، ليندال (1983) : مدخل الى علم النفس ، ط4 ، ترجمة : سيد الطواب ومحمود عمر ، دار ماكجروهيل للنشر ، القاهرة .
- 12- راجح ، أحمد عزت (1973) ، أصول علم النفس ، ط2 ، المكتب المصري الحديث للطباعة والنشر ، القاهرة .
- 13- عبد الرحمن ، سعد ، (1983) : القياس النفسي ، مكتبة الفلاح ، مصر .
- 14- عكاشة ، أحمد (2005) : الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، جوان ، مصر .
- 15- عكاشة، احمد، 2005، الطب النفسي المعاصر، ط5، مطبعة الانجلو المصرية- القاهرة، مصر.
- 16- عناني ، مجذاب بدر ، (1999): الصحة النفسية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- 17- عودة ، أحمد سليمان والخليلي ، خليل يوسف ، (2000) الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الانسانية ، دار الامل ، الاردن .
- 18- عودة ، أحمد سليمان والخليلي ، خليل يوسف ، (2000) الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الانسانية ، دار الامل ، الاردن .
- 19- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (2004) : الصحة النفسية من المنظور القانوني ، ط1 ، منشورات الحلبي الحقوقية ، لبنان .

- 20- الفتلاوي ، سهيلة محسن (2005) : تعديل السلوك الدراسي ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن .
- 21- فيركسون ، جورج ، أي (1991) : التحليل الاحصائي في التربية وعلم النفس ، ترجمة، هناء محسن العكيلي ، دار الحكمة ، بغداد .
- 22- القمشي ، مصطفى والمعايطة خليل (2000) : القياس والتقويم في التربية الخاصة ، دار الفكر ، عمان .
- 23- كمال ، علي (1989) : النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها ، ج1 ، ط4 ، دار واسط ، بغداد
- 24- محمد ، عادل عبدالله (2000): العلاج المعرفي السلوكي ، اسسه وتطبيقاته ، القاهرة ، دار الرشاد.
- 25- مليكة ، لويس كامل وآخرون (1959) الشخصية قياسها ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- 26- نجاتي ، محمد عثمان ، (1988): علم النفس في حياتنا ، اليومية ، مطبعة علم النفس ، الكويت.
- 27- الهابط ، محمد السيد (1978) : دعائم الصحة النفسية ، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية .
- 28- الهاشمي (1986) : التوجيه والارشاد النفسي ، الصحة النفسية الوقائية ، ط1 ، دار الشروق ، جدة .

المصادر الانكليزية:

- 1- Allen , M. H. & yen. W M (1979) introduction measurement theory , California , Books cole .



- 2- Black, S., (1983): short – term counseling: A Humanistic approach for the helping professions, California Addison-Wesley publishing company, medical/ Nursing Division.
- 3- Eble , R , L (1972) : Essentials of Educational measurement , New York , prentice – Hall .
- 4- Falloon , I. (1988) Behavioral family Therapy system , inE. Dryden , : famlily Therapy in Britian , open University press Philadelphia.
- 5- Holt, R, R. (1971) Assassin personally , Harcouy Brance joranorich , new york .
- 6- Miller , D., (1983) : Hand Book of research design and saial measurement , 4th Ed. New York : Longman.
- 7- Nunnally, j. (1978) Psychometric Theory , New York : mc Graw – Hill.
- 8- Rosso , I,M., Connon , T.D ., Huttunen , M.O., Lonqvist , J. & Gasperoni , T. (2000) :Obstetric Risk factors for Early-Onset Schizophrenia- in a Finnish Birth Cohort . Am J Psychiatry 157: 5pp . 801-907.
- 9- Walsh , F (1997) Family theapry : systems approaches to clinical practice . in : Thcory and Practice in clinical social work (edited by Jorrold R. Brandell). New York : The free press .
- 10- Wabister , (1984) : ninth new collegiate dictionary mertiam-webster , inc . spring guide , massaachasells.us
- 11- World Health Organization W.h.o. (1994) "The ICD – 10 classification of ment and behavior disorders ; Diagnostic criteria for research" Geneva.

12- World Health Organization W.h.o. (1999) "The ICD – 10 classification of ment and behavior disorders ; Diagnostic criteria for research" Geneva.

الملاحق

ملحق (1) قائمة باسمااء الخبراء حسب اللقب العلمي

مكان العمل	الاسم	ت
الجامعة المستنصرية- كلية التربية- علم النفس التربوي	أ.د. محمود كاظم التميمي	1
الجامعة المستنصرية - كلية التربية - الرشاد النفسي	أ.د. نادية شعبان	2
بغداد - آداب - علم النفس	أ.د. خليل ابراهيم رسول	3
جامعة بابل - كلية التربية	أ.د. فاهم الطريحي	4
مركز الاستشارات النفسية - كويت	أ.د. حسين محمد الطاهر	5
مركز الاستشارات النفسية - الاردن - عمان	أ.م.د. يوسف مسلم	6
المستنصرية - كلية التربية - الارشاد النفسي	أ.م.د. سلمان جودة	7
مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية - بغداد	د. محمد القريشي	8
مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية - بغداد	د. علي عبد الرزاق	9
مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية - بغداد	د. واثق الدهان	10
معهد لاهاي - هولندا	د. علي التميمي	11
مركز الاستشارات النفسية - مسقط - عمان	د. محمد عبد الرحمن	12

ملحق (2) مقياس التاهيل النفسي والاجتماعي (بصيغته النهائية)

- 1- يصعب علي تبادل الحديث مع الاخرين.
- 2- اشعر ان الاخرين لا يثقون بي.
- 3- اجد صعوبة في مواجهة الاخرين.
- 4- اجد صعوبة في التفاعل مع الاخرين.
- 5- رغبتني في الحياة ضعيفة.
- 6- يصعب علي تكوين صداقات جديدة مع الاخرين.
- 7- انتقاد الاخرين لي يثير غضبي.
- 8- يصعب علي الرد عندما يخطا الاخرين بحقي.
- 9- اشعر ان الاخرين يتقبلوني.
- 10- يصعب علي مساعدة الاخرين عند الحاجة.
- 11- يصعب علي حل المشكلات التي تواجهني.
- 12- استطيع التعامل مع الاخرين بصدق وصراحة.
- 13- يصعب علي الاهتمام بمظهري الخارجي.
- 14- اشعر ان الاخرين يتقبلوني.
- 15- اشعر بالوحدة وسط اسرتي.
- 16- يصعب علي الاعتراف بالخطا بحق الاخرين.
- 17- يصعب علي تقبل نفسي كما هي.
- 18- اشعر ان الاخرين يحتقروني.
- 19- اجد في نفسي القدرة في النجاح لتادية الاعمال التي اكلف بها.
- 20- يصعب علي فهم حديث الاخرين.
- 21- يصعب علي الشعور بمباهج الحياة وسرورها.
- 22- يصعب علي التعبير عن نفسي امام الاخرين.



- 23- اشعر ان حياتي تسير وفق تخطيطي لها.
- 24- يصعب علي مشاركة الاخرين مناسباتهم الاجتماعية.