وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 1

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والأرطفونيا

قسم علم النفس وعلوم التربية

فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي

دراسة تجريبية على عينة من التلاميذ المكتئبين
بثانوية بلحرش البشير – حاسي بحبح ولاية الجلفة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالب:

نورالدين زعتر

إشراف الأستاذ:

أ.د/نورالدين جبالي

أعضاء لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نادية بعيين	أستاذ	باتنة 01	رئيساً
نورالدين جبالي	أستاذ	باتنة 01	مشرفاً ومقرراً
اسماعيل رابحي	أستاذ محاضر	بسكرة	عضواً مناقشاً
عبد العزيز حدار	أستاذ	البليدة	عضواً مناقشاً
أحمد بن سعد	أستاذ	الأغواط	عضواً مناقشاً
حدة يوسفي	أستاذ محاضر	باتنة 01	عضواً مناقشاً

السنة الجامعية: 2016/2015

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر

يسرني أن أتقدم بشكري الخالص والجزيل إلى الأستاذ الدكتور: نورالدين جبالي على إشرافه على أطروحتي وعلى نصائحه وتوجيهاته القيّمة ، كما أتقدم كذلك بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الذين خصصوا الكثير من وقتهم الثمين لقراءة و تمحيص بحثي، لإفادتي بخبرتهم وآرائهم القيّمة. كما أوجه شكري كذلك إلى الأستاذ الدكتور إبراهيم عبد الستار (مصر/ أمريكا)الذي كانت توجيهاته ومنهجه في العلاج نبراساً لي في ممارستي الإكلينيكية وبحوثي النظرية كما لا أنسى شكر أخي الدكتور عمر بن شريك (جامعة الجلفة)، وكل من الأستاذ الدكتور عبد العزيز حدار(جامعة البليدة)، الأستاذ الدكتور مالك بدري (السودان /ماليزيا) ، الدكتور العربي عطاالله قويدري (قطر) على مساعدتهم و مآزرتهم لي ،كذلك الطاقم الإداري لثانوية بلحرش البشير و الطاقم الطبي لوحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية بجاسي بجبح .

إمضاء: زهير نورالدين

ملخص الدراسة:

هدف الباحث من خلال هذه الدراسة اختبار فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في خفض درجة الاكتئاب النفسي لدى عينة المجموعة العلاجية، واضعاً نصب عينيه تساؤلين عامين هما:

-التساؤل العام الأول:هل يعاني تلاميذ ثانوية بلحرش البشير حاسي بحبح من درجة اكتئاب نفسي شديد؟.

-التساؤل العام الثاني:هل لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في علاج الاكتئاب النفسي ؟

واعتمدت الدراسة على عينة مكونة من أربعة وعشرين (ن= 24) من التلاميذ الذين يعانون من درجة اكتئاب نفسي شديد، والذين قسموا بطريقة عشوائية متجانسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة في كل واحدة منهما اثنا عشر 12 فرد.

كما اعتمدت الدراسة على برنامج تجريبي مُعنون بـ" برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني"، وعلى سلم بيك الثاني للاكتئاب (ترجمة بشير معمرية 2010) كمقياس أساسي للدراسة ، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- يعاني 35 تلميذ من ثانوية بلحرش البشير- حاسي بحبح وبنسبة مئوية 06,84% من اكتئاب شديد (نسبة الثلثين منهم بالتقريب من جنس الإناث بنسبة 68,57%، والثلث الباقي جنس ذكر بنسبة 31,42%).

- أن لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي، حيث وجد :

أ-هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب عند (α=0.01) لصالح المجموعة الضابطة.

ب- لا يوجد هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب بعد مرور أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي(α=0.05) لصالح القياس البعدي.

- أن لمحاور البرنامج فعالية في تحقيق هدفها في تعديل و تحسين الجانب السلوكي المستهدف لكل واحد منها، وذلك بغرض المساهمة في تحقيق الهدف الرئيسي للبرنامج وهو تخفيض الاكتئاب النفسي، حيث وجد أن :

أ -هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التفكير الايجابي والسلبي عند (α=0.01) لصالح المجموعة التجريبية.

ب-هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات الاجتماعية عند (α=0.05) لصالح المجموعة التجريبية.

ت-هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الصحي عند (α=0.01) لصالح المجموعة التجريبية.

ث-هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأنشطة الترويحية عند (α=0.01) لصالح المجموعة التجريبية.

ج-هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء القبلي و البعدي بعد ممارسة حصص الاسترخاء (α=0.01) لصالح التقييم الشخصي البعدي.

Abstract

The current study examined the effectiveness of behavioral multi-pronged therapeutic program based on religious content in reducing depression among pupils at Belahrach Elbachir high school in Djelfa

The main question of the study is to which extent the behavioral multi-pronged therapeutic program is effective in reducing depression among pupils.

The study relied on a sample of twenty four students suffering from severe degree of depression, they were divided randomly into two homogeneous groups one of them is the experimental group and the other one is the control group

The study also relied on the current pilot program, entitled the «behavioral multi-pronged treatment program based on religious content ", and on the second-edition of Beck scale (translated by Bashir Muammriah 2010)

The study adopted the experimental method in order to achieve the goals and test hypotheses and reached the following results:

1 35 pupils suffer from high depression which represent 06.84% of the pupils(roughly two-thirds of them were 68.57%, and the remaining third were males 31.42%).

2 The behavioral multi-pronged treatment program based on religious content is effective in reducing the degree of psychological depression

3 There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental group and the control group in Posttest measurement on Beck scale of depression at ($\alpha = 0.01$) in favor of the control group.

4 There is no statistically significant difference between the mean scores of the experimental group in the post and the iterative measurements on Beck scale of depression four weeks after the end of the therapeutic program ($\alpha = 0.05$)

5 A. There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in posttest measurement on the positive and negative thinking scale at ($\alpha = 0.01$) in favor of the experimental group

6 There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in posttest

measurement on the scale of social skills at ($\alpha = 0.05$) in favor of the experimental group

7 There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in the posttest measurement on a healthy behavior scale at ($\alpha = 0.01$) for the experimental group

8 There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in the posttest measurement on the recreational activities scale at ($\alpha = 0.01$) for the experimental group

9 There is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental group in the personal assessment of the progress in relaxation before and after the practice of relaxation sessions ($\alpha = 0.01$) in favor of posttest assessment

فهرست المحتويات

- شكر وتقدير ..... ب
- ملخص البحث ..... ت
- فهرس المحتويات .....خ
- مقدمة 01

- الباب الأول : الجانب النظري-

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

1- إشكالية الدراسة.....05
2 – تساؤلات الدراسة.....07
3- أهمية الدراسة.....09
4- أهداف الدراسة.....10
5- الدراسات السابقة 11
6- فرضيات الدراسة 40
5- المفاهيم الأساسية للدراسة 42

- الفصل الثاني : الاكتئاب النفسي

تمهيد 47
- تعريف الاكتئاب.....47
- أسباب الاكتئاب.....40

- مدى انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه.....54
- أعرا ض الاكتئاب.....57
- تشخيص الاكتئاب.....61
- تصنيف الاكتئاب 64
- الآثار السلبية للاكتئاب.....69
- الخصائص النفسية للمراهقين المكتئبين 71
- الاكتئاب من منظور ثقافي واجتماعي.....73

1 3- الفصل الثالث: العلاج السلوكي المتعدد المحاور

تمهيد 82

أ – العلاج السلوكي 82

ب –العلاج السلوكي المتعدد المحاور 83

ت –المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور 87

ث –خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور 91

ج –الايجابية و العلاج السلوكي المتعدد المحاور 92

ح –أهداف العلاج السلوكي المتعدد المحاور 93

خ –التشخيص العلاجي 94

د –محاور العلاج السلوكي 96

1 المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية).....96

2 المحور الانفعالي (الاسترخاء العضلي والتخيلي طريقتان لمواجهة المشاعر السلبية) 116

3 المحور الاجتماعي (تنمية التوكيدية والمهارات الاجتماعية).....123

4 المحور السلوكي (تعزيز السلوكيات والأنشطة الترويحية).....140

5 المحور البدني (تعزيز سلوك الصحة الجسمية).....148

2 الفصل الرابع: الدين وتأثيراته الإيجابية و العلاجية على جوانب السلوك الإنساني.

تمهيد.....188

1 مفهوم الدين.....188

2-الدين في الدراسات النفسية.....190

3-التأثيرات النفسية الإيجابية والعلاجية لشعائر الدين ومعتقداته.....194

4-عناية الإسلام بجوانب السلوك الإنساني.....223

أ - عناية الإسلام بالجانب الانفعـــالي.....223

ب -عناية الإسلام بالجانب الفكـــــري.....233

ت -عناية الإسلام بالجانب السلوكي.....241

ث -عناية الإسلام بالجانب الاجتماعي.....245

ج -عناية الإسلام بالجانب الجسمي.....251

5- الاكتئاب من منظور ديني.....259

- الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

1- الدراسة الاستطلاعية:.....267

2- إجراءات الدراسة الأساسية:.....268

أ - منهج البحث والتصميم 268

ب- العينة.....270

ج - حدود الدراسة.....271

هـ- أدوات الدراسة.....273
و- المعالجة الإحصائية.....289
ي- البرنامج العلاجي المقترح.....290
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
1 عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية العامة الأولى.....319
2 عرض ومناقشة نتائج فرضيات محاور البـــــرنامج العــلاجـيـــة:...324
أ - عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور المـــعـــــــرفـــــــي...324
ب -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الاجـتـــــمـــاعـــي....329
ت -عرض ومناقشة نتائج فرضية محور سلوك الصحة الجسمية....334
ث -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الســــــلـــــــوكـــــي...339
ج - عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الانـــفـــعـــالـــــي.....343
3 عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية العامة الثانية وفرضيتيها الفرعيتين349
أ - عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى.....349
ب - عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية.....352
ت - مناقشة نتائج الفرضيتين الفرعيتين والفرضية العامة الثانية.....354
3- خاتمة ومقترحات.....361
المراجع 363
الملاحق: - الملحق رقم (01): طلب تحكيم برنامج علاجي نفسي
- الملحق رقم (02): مقياس بيك الثاني للاكتئابB.D.I-II
- الملحق رقم (03): قائمة بأسماء المحكمين
- الملحق رقم (04): استمارة التقييم المرحلي لجلسات البرنامج
- الملحق رقم (05): استمارة تقييم الكلي للبرنامج العلاجي

- الملحق رقم (06): مقياس التفكير الإيجابي والسلبي
- الملحق رقم (07): مقياس المهارات الاجتماعية
- الملحق رقم (08): مقياس السلوك الصحي
- الملحق رقم (09): مقياس الأنشطة الترويحية
- الملحق رقم (10): استمارة مراقبة شخصية لمدى التقدم في الاسترخاء

مقدمة

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية والانفعالية شيوعا وخطورة في نفس الوقت، حيث تتراوح أعراضه في شدتها بين الحزن والضيق والغم وبين الشعور باليأس التام من الحياة ومحاولة الانتحار وهو يصيب الرجال والنساء من الشباب وكبار السن كما يصيب الأطفال أيضا.

أن كل إنسان يتعرض خلال حياته اليومية لسلسلة من التغيرات في المزاج وال تذبذبات الانفعالية ، لكنها لا تدوم عادة أكثر من بضع ساعات أو أيام قليلة ، لكن إذ استمرت الحالة لمدة طويلة وظل الوجدان في حالة سوداوية، فإن ذلك يشير إلى إصابة الشخص بالاكتئاب ، حيث يظهر عليه الإحباط والقنوط والخمول وعدم القدرة على القيام بنشاطه اليومي المعتاد ويأس من مواجهة مستقب له وعدم الرغبة في إنتظاره، ويفقد القدرة على العمل والتعامل مع الآخرين ويصعب عليه التركيز ويغلب عليه الشعور بالارهاق والإجهاد دون أن يبذل مجهودا يُبرز ذلك، كما يضطرب نومه و شهيته وتكثر أحلامه المزعجة .

خَبِر الإنسان حالة الاكتئاب منذ القديم ، حيث عرفه الأقدمون ووصفوه بطرق مختلفة فقد ذكر عكاشة (1998) في كتابه الطب النفسي المعاصر ما كتب على بُردية فرعونية، عمرها آلاف السنين تصف ما يُعرف الآن بالإكتئاب وتحدث عنه كثير من علماء العرب، ولقد ذُكر كذلك في التراث الأدبي القديم ما يؤدي معرفة أسلافنا لهذا الاضطراب وطبيعته الوجدانية الناتجة عن خبرات سلبية في الحياة.

الهم والحزن مرادفان في تراث العلماء المسلمين لمسمى الاكتئاب النفسي، حيث يرى إبن حزم أن "الهم" يعني حالة من الضيق والألم النفسي تنشأ عن حالات كثيرة من الكدر منها، الحزن، الحسرة الغيظ، التعاسة الوحدة، العزلة، المذلة، المهانة، العجز وقلة الحيلة وإنشغال البال ، ويقول ابن حزم : أنه بحث عن سبيل إلى طرد الهم فلم يجده إلا في التوجه إلى الله تعالى بالعمل للآخرة ، فهو وحده الذي يؤدي إلى طرد "الهم" على الحقيقة ، ويرى ابن حزم أن جميع أحوال الدنيا مضمحلة زائلة ، وكل أمل يظفر به الإنسان يزل عنه، إلا العمل لله عز وجل فعقباه على كل حال سرور في الدنيا وفي الآخرة، أما في الدنيا فقلة "الهم" وأما الآخرة فالجنة)(نجاتي 1993 ص 125).

حزن إنخلاع عن السرور وملازمة الكآبة لتأسفٍ عن فائت، أو توجعٌ لمُمتنع ، ولم يأمر الله تعالى به ولا أثنى عليه، ولا رتب عليه جزاء ولا ثوابا، بل نهى عنه كقوله تعالى : ﴿ ولا تهنوا ولا تحزنوا

وأنتم الأعلون إن كنتم مؤمنين﴾ (سورة آل عمران،آية 139)... والحزن مضر بالإنسان فهو يضعف القلب، ويوهن العزم، ومضرٌ بالإرادة فالحزن مرض من أمراض القلب يمنعه من نهوضه وسيره ، والحزن على ما فات غير مُجد، بل الذي ينفع الإنسان هو أن يستقبل الس ي ويجد ويشمر ويبذل جهده)(الجوزية ص272).

يُعتبر الاكتئاب أحد المظاهر والإ ضطرابات النفسية التي يعاني منها الأفراد ، ويتسم بالشعور بالإحباط والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، الاكتئاب يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يعم أغلبنا وذلك عند أي تغير في حياتنا سواء تأثر بسيط أو شديد، ومّعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم ، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي تتأثر بالعوامل الخارجية.

عرف الإنسان عدة طرق وأساليب لعلاج مشكلاته النفسية والذهنية بدأً بالطرق القديمة والشعبية إلى غاية الطرق النفسية والطبية الحديثة، من خلال بروز مدراس علاجية مختلفة مستقلة من مثل التحليلية والسلوكية والمعرفية وغيرها ،أو في شكل تجميعٍ لها من مثل المعرفية السلوكية.

تتراوح فعاليات تقنيات وأساليب تلك المدراس العلاجية في مواجهتها لاضطراب الاكتئاب، وهو ما تطرقت إليه الكثير من الدراسات والبحوث المختلفة.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصـــــل الأول:

الإطار العام للدراسة

1 – إشكالية الدراســـة

2 – تساؤلات الدراســة

3 – أهمـية الدراســـة

4 – أهداف الدراسـة

5– الدراسات السابقة

6 – فرضيات الدراسة

7 – المفاهيم الأساسية للدراسة

إشكالية الدراسة:

يُعتبر الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية والتي تُعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً وهى بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول بأن 50-70 % من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب، إن الأمراض الوجدانيـة تنتشر بين أفراد الشعب بنسبة تتراوح ما بين 05-06% بغض النظر عن مستوى التحضر أو الجهة الجغرافية. وقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية في عام 1988 على أن نسبة الاكتئاب في العالم تصل إلى 05%. إلا أنه يجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب والتي تعتبر أكثر انتشاراً ، وبين اضطراب الاكتئاب حيث لا تُشكل الأعراض مرضاً ولكن تُعتبر هذه الأعراض تفاعلاً للظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية ، إلا أن إهمالها قد يحولها إلى اضطرابات اكتئابية مزمنة . (عكاشة ، 1998، ص351).

يرى برندان برادلى أن الاكتئاب يُعد إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً، وتفترض بعض الدراسات معدلات تتراوح بين 2.2 إلى 3.5 % لاضطراب الاكتئاب الرئيسي – بوصفه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية – ويُعتبر الاكتئاب الذي لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيصي والإحصائي أكثر شيوعاً، ويُقدر أن ما بين 09% و 20% من مجموع السكان يعانون في وقت أو آخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب ، وقد قدرت الدراسات السابقة أن النساء اللاتي يعانين من أعراض إكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف الرجال.(فليندزاى و بول- ترجمة صفوت فرج 2000،ص127)

فى مسح تم في الولايات المتحدة الأمريكية حسب (Zuckerman, 1999,p.159) ، ظهر أن واحداً من كل خمس أفراد حوالي 19% من المحتمل أن يعانى من اضطراب في الوجدان خلال حياته ؛ وأن حوالي واحداً من كل عشرة أفراد يعانى بالفعل من اضطراب الوجدان في الوقت الحالي. ويُعتبر الاكتئاب من أكثر أنماط الاضطرابات الوجدانية انتشاراً، وحيث تصل نسبة انتشاره إلى 17% . ويذكر نجرو (Negrao,1997,In Zuckerman,1999,p.159) بعض المعلومات من دراسة شملت عشرة بلدان باستخدام محك الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM-III، ومن هذه المعلومات اتضح أن مدى شيوع الاضطرابات الوجدانية في هذه البلدان قد تراوح ما بين 1.5% فى تايوان إلى 19% في بيروت، كما وجدت أيضاً نسب مرتفعة فى باريس وفلورنسا و نيوزيلندا. وفى دراسة قام بها جاتر وآخرون (Gater et al, 1998, In Zuckerman,1999,p.159) وُجد أن

مستويات شيوع نوبات الاكتئاب الرئيسي في خمسة عشر دولة تصل في المتوسط إلى 7.1% للرجال و 12.5% للنساء، إن ثلاث دول غربية – إنجلترا ، فرنسا ، نيوزيلندا – تُعتبر من بين الدول التي يوجد فيها نسبة عالية من الاكتئاب في النساء (Ibid.,P.160). وكذلك ويؤكد ديفسون ونيل (Davison., & Neal, 1998, p.227) على أن الاكتئاب الرئيسي يُعتبر أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بنسبة انتشار مقدارها 17%، وأنه يوجد لدى النساء ضعف وجوده لدى الرجال، كما أنه أكثر حدوثاً لدى أفراد المجتمع من المستوى الاجتماعي– الاقتصادي المنخفض، ويوجد بدرجة أكبر لدى الراشدين الصغار.

فى مصر، وج د أحم د وطارق عكاشة أن نسبة الأمراض الوجدانية فى مصر تصل إلى 24.5% من جملة الاضطرابات العقلية ومن هذه النسبة، فإن حوالي 19.7% من المرضى يعانون الاكتئاب التفاعلي.(1998، ص352).

على الرغم من أن أغلب النظريات النفسية قد عرضت تفسيراتها لظاهرة الاكتئاب ثم اقترحت أساليب وإجراءات للتعامل مع أعراضه للتخفيف من حدتها، إلا أن الم داخل العلاجي المزدوجة أو التكاملية أو الإنتقائية أو المتعدد المحاور أصبحت منحنى حديث جالب لإهتمام العاملين في المجال العلاج النفسي في الوقت الحالي، حيث توصلت دراسات إلى أن تظافر مداخل وتيارات علاجية متنوعة تسهم في علاج الاكتئاب ، من تلك الدراسات دراسة رينولدس وآخرون Reynolds et al.1986)) الذي استخدم العلاج المعرفي والسلوكي والاسترخاء، و دراسة بويرز و.أ (1990) Bowers A.W الذي استخدم الأسلوب المعرفي والعقاقير والإسترخاء، و دراسة ميرفي. كارني والآخرون 1995 (Murphy, Carney. and al) الذي استخدم العلاج المعرفي السلوكي والاسرخاء والعقاقير المضادة للاكتئاب، ودراسة برينت ، هولدر د، وآخرون 1997 (Brent ; Holder D ; and al.) التي استخدمت العلاج المعرفي والعلاج العائلي والعلاج بالمساندة، ودراسة وردة يحياوي2014 التي اعتمد نموذج ارنولد لازاروس المتعدد، حتى ولو أن أغلب الطرق العلاجية أدخلت للمقارنة بين فعالياتها أو استخدمت بشكل منفصل على مجموعات متعددة، و بعضها أدخل بطريقة مشوهة و الآخر بشكل جزئي فقط . إلا أن البرنامج العلاجي الحالي موضوع الدراسة ينطلق من مبدأ استهداف كل جوانب السلوك الإنساني والتي كلها تتكامل وتتعاضد في مرضها وشفائها، فهي بمثابة ركائز وأركان لبناء الصحة إذا اختل أحدها تداعى لها باقي الأركان و انهدم البنيان. و

هاته الأركان هي جوانب سلوك الإنسان الست (المعرفية، الانفعالية السلوكيات الظاهرة، الاجتماعية، الجسمية والروحية).

دمج الباحث واستغل في البرنامج المقترح النظريات النفسية وتقنياتها العلاجية وذلك ليشمل جميع جوانب السلوك الإنساني، وعُرف بالعلاج السلوكي المتعدد الأبعاد الذي كان منطلقه النظري أعمال العالم "أرنولد لازاروس A.Lazarus" واهتم به وطوره في عالمنا العربي عبد الستار إبراهيم وهو أسلوب مُعاصر في العلاج النفسي.

مما سبق يحاول الباحث دراسة اضطراب الاكتئاب وفعالية برنامج علاجي معدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض هذا الاضطراب وفق منهج تجريبي بتصميم مجموعتين تجريبية وضابطة وقياسين قبلي وبعدي وتتبعي بعد أربعة اسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي.

2- تساؤلات الدراسة:

اختار الباحث اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي واضعاً نُصب عينيه التساؤلات التالية :

***- التساؤل العام الأول:**

- إلى أي مدى يعاني تلاميذ ثانوية بلحرش البشير بجاسي بحبح من الاكتئاب النفسي؟

***- التساؤل العام الثاني:**

- هل لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في علاج الاكتئاب النفسي ؟

- التساؤلات الفرعيـــة :

أ -هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب؟.

ب -هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب بعد مرور أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي؟.

***- تساؤلات المحاور العلاجية في البرنامج:**

أ - تساؤل المحور المعرفي:

- هل يوجد فرق د ال إحصائياً بين متوسط ات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التفكير الايجابي والسلبي ؟.

ب - تساؤل المحور الاجتماعي:

- هل يوجد فرق د ال إحصائياً بين متوسط ي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات الاجتماعية؟.

ت - تساؤل المحور الجسمي:

- هل يوجد فرق د ال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الصحي؟.

ث - تساؤل المحور السلوكي (الأنشطة السارة الترويحية):

- هل يوجد فرق د ال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأنشطة الترويحية؟.

ج - تساؤل المحور الانفعالي(الاسترخاء):

- هل يوجد فرق د ال إحصائياً بين متوسطات درجات التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء القبلي و البعدي لأفراد المجموعة التجريبية بعد ممارسة حصص الاسترخاء العلاجية ؟.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الموضوع الذي تتصدى لدراسته؛ حيث أنها تسعى لدراسة فعالية برنامج علاج السلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي ، وبالتالي فأهمية الدراسة ترجع إلى أن "العلاج السلوكي المتعدد المحاور" خيار علاجي حديث يُعول عليه كثيراً في علاج الاضطرابات النفسية وفي تخصصات مختلفة، وكذلك ما قد يضفيه المحتوى الديني في هذه الدراسة من تأثيرات ايجابية وعلاجية.

كما تكمن أهمية الدراسة الحالية في دراسة اضطراب الاكتئاب الذي يعد من أهم اضطرابات العصر الحديث وأكثرها انتشاراً وذا تأثيرات سلبية على مختلف مجالات الحياة، فبالرغم من الجهود والمبالغ المرصودة والدراسات النفسية والتيارات العلاجية التي تناولت هذا الاضطراب إلا أنها لم تقلل بشكل كبير من انتشاره. كذلك أهمية العينة التي تستهدفها الدراسة وهي فئة المراهقة المُتمدرسة التي تشكل شريحة كبيرة ومهمة في المجتمع فصِحتها من صحة مستقبل المجتمع، وأي اضطراب يُصيبها فله نتائج سلبية خطيرة على كل الأصعدة. وبالتالي فللدراسة الحالية أهمية كبيرة سواءً من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية:

*- الأهمية النظرية:

- يعتبر البرنامج العلاجي لهذه الدراسة حسب علم الباحث من الدراسات النفسية العربية النادرة الذي يستهدف بعلاج متكامل وشامل جميع جوانب السلوك الإنساني(المعرفي، الوجداني، الاجتماعي،السلوك الظاهر، الجانب البيولوجي، إضافة إلى الجانب الروحي) ويتم تطبيقه في تخفيض اضطراب الاكتئاب النفسي.

- يساير البرنامج المقترح الحركية العلاجية الحديثة من خلال تطبيقه لبعض مبادئ علم النفس الإيجابي.

- الدراسة الحالية تواصل التأسيس لتيار علاجي يدعو للاستفادة من تراكمية النظريات النفسية المختلفة وتقنياتها العلاجية.

- الدراسة الحالية تدعو من خلال برنامجها إلى النظر في السلوك الإنساني نظرة شاملة متكاملة بدون تجزئة أو إهمال لجانب ما، بما في ذلك الجانب الروحي.

- الدراسة الحالية تأخذ بعين الاعتبار الخصائص الثقافية والاجتماعية لمجتمع العينة خلال فهم الاضطراب و تمظهراته والقياس وخطط العلاج .

– استخدام المنهج التجريبي الذي هو منهج بحث متميز وموثوق النتائج، مع تصميم مناسب .

باختصار يمكن وصف البرنامج العلاجي بأنه يسعى لأن يكون علاج شامل مختصر، بلمسة ايجابية(علم النفس الايجابي) في إطار عربي وبنتائج تجريبية.

*– الأهمية التطبيقية:

تقوم هذه الدراسة على تطبيق برنامج علاجي يتم من خلال عدة جلسات لها أهدف تفصيلية ومحتوى خاص متفرعة من محاور علاجية مختلفة ومتكاملة تصبُ كلها في هدف عام هو تخفيض درجة اضطراب الاكتئاب النفسي. وإن نجاح هذا البرنامج في تحقيق أهدافه يفتح مجالاً بإذن الله لتطبيقه على نطاقٍ واسع وفي تخصصاتٍ كثيرة ومع اضطرابات أخرى، وعدم اقتصار استخدامه على الجانب العلاجي ليتعداه للجانب الوقائي وتنمية الإيجابية في السلوك الإنساني. كذلك تكمن أهميته في :

- تبصير واستفادة العاملين في الصحة النفسية من دراسة اضطراب الاكتئاب النفسي وكيفية التعامل معه من خلال جوانبه المختلفة وانتقاء التقنيات العلاجية المناسبة.
- دفع حركية تصميم البرامج النفسية لتكون أكثر شمولية وايجابية وتراعي الجوانب الثقافية والاجتماعية مع دقة النتائج وموثوقيتها.
- لفت أنظار الباحثين إلى أهمية بعث دراسات نفسية جديدة فيما يخص الاكتئا ب الذي هو من أهم اضطرابات العصر الحديث.

***–أهداف الدراسة:**

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في خفض درجة الاكتئاب النفسي لدى عينة الدراسة، ويتفرع من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الجزئية التي نذكرها فيما يلي:

– دراسة اضطراب الاكتئاب النفسي ودرجته لدى أفراد العينة

– تصميم برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني له فعالية في خفض درجة الاكتئاب النفسي لدى عينة البحث.

– تبيان مفهوم العلاج السلوكي الحديث المتعدد المحاور الذي يقوم على مبدأ استهداف شامل للسلوك من كل جوانبه (المعرفية، الوجدانية، السلوكية الاجتماعية، البيولوجية، الروحية) وقائم على إجراءات وفنيات مناسبة لها، ليتم تطبيقها والاستفادة منها في الممارسة العملية من خلال تحويره و تصميمه في شكل برنامج علاجي .

– الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج العلاجي في خفض حدة الاكتئاب النفسي.

– لفت الانتباه إلى ضرورة تقديم المساعدة النفسية للمراهقين المتمدرسين المكتئبين وما يُعانونه من أعراض سلبية مختلفة.

– تقديم خدمات علاجية وقائية ايجابية في مختلف محاور السلوك لدى أفراد العينة(تعديل الأفكار السلبية، تحسين الجانب الوجداني، تنمية المهارات الاجتماعية، تعديل الجانب السلوكي، تنمية سلوك الصحة الجسمية، الدعم والاهتمام بالجانب الروحي).

***– الدراسات السابقة:**

يعتني أي باحث علمي بالدراسات السابقة لأنها تُلقي الضوء على كثير من المعالم التي تفيده في دراسته، ومن هنا تم الاطلاع على العديد من البحوث والدراسات التي أجريت في مجال البرامج العلاجية والاكتئاب النفسي، وفيما يلي عرض لأهم الدراسات السابقة التي تناولت عناصر الدراسية الحالية:

أولاً: الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب والمحور المعرفي:

– دارسة فينيل وكامبل1984 Campbell & Fennell:

بهدف تحديد الأخطاء النوعية في التفكير المرتبطة بالاكتئاب على عينتين إحداهما مرضى، بعضهم مكتئبون والبعض الآخر غير مكتئبين، وعينة أخرى من الأسوياء ، أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة بين العمر والمعارف المشوهة والاكتئاب. ولا توجد فروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية على مقياس التشويه المعرفي في عينة الاكتئابيين، وارتبط الاكتئاب بالدرجة على استخبار التشويه المعرفي.

– دراسة باريرا وآخرين (Barrera et al., 1988):

استخدمت الدراسة عينة من طلاب ثلاث مدارس كندية، عددهم (349) طالبا بمدى عمري من(11 . 18)عاما، وطُبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب، ومسح المعتقدات الشخصية. أشارت النتائج إلى توضيح التنوع في المعتقدات اللاعقلانية من المراهقة المبكرة إلى المراهقة المتأخرة ، وانخفاض تحمل الإحباط مع ارتفاع درجات الاكتئاب وعندما قسمت العينة تبعا للدرجة على الاكتئاب إلى مجموعتين الأولى الأعلى اكتئابا وهم من يحصلون على (24) درجة فأكثر، ومجموعة الأقل اكتئابا ، وهم من يحصلون على درجة أقل من 9 درجات، أظهرت النتائج أن مجموعة الأعلى في درجات الاكتئاب يظهرون معتقدات غير عقلانية أكثر ، كما يفكرون بطريقة تجعلهم أقل تحملا للإحباط مقابل المجموعة المنخفضة في درجات الاكتئاب .

- دراسة الريحاني وآخرون (1989).

بعنوان: "علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى طلبة كليات الجامعة الأردنية". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى طلبة كليات الجامعة الأردنية. حيث شمل مجتمع الدراسة والعينة طلبة الجامعة الأردنية من مستوى البكالوريوس والبالغ عددهم حوالي (11868) طالبا وطالبة، وقد تم عشوائيا اختيار (13) شعبة من مختلف الشعب التي تضمنتها كليات الجامعات المختلفة بواقع شعبة واحد لكل كلية، وقد بلغ عدد الطلبة المسجلين في جميع هذه الشعب (558) طالبا وطالبة وهي تمثل 5 % من مجتمع الدراسة. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: قائمة بك المعربة للتعرف على درجات الاكتئاب، كذلك اختبار الريحاني للأفكار العقلانية واللاعقلانية. وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية : - أن هناك مجموعة من الأفكار اللاعقلانية أسهمت في تفسير التباين في الاكتئاب بنسبة 9.5 % لدى عينة الدراسة بوجه عام وبنسبة 15.6 % لدى الذكور وبنسبة 5.2% لدى الإناث.- نتائج هذه الدراسة تشير إلى أهمية تضمن البرامج التربوية والإرشادية، التي تتم لطلبة الجامعات تدريبات لتطوير التفكير العقلي، لأنها تساعد في الوقاية من الاكتئاب .- إن هناك بعض الأفكار اللاعقلانية تسبب الاكتئاب لدى الطلاب دون الطالبات، وبعض الأفكار اللاعقلانية تسبب الاكتئاب لدى الطالبات دون الطلاب، أي أن هناك أفكارا تؤثر على جنس ولا تؤثر على الجنس الآخر.

- دراسات ممدوحة سلامة (1987، 1989، 1991):

أجرت الباحثة ثلاث دراسات، اهتمت بالعلاقة بين الاكتئاب والتشويه المعرفي على عينة من (134) طالبا بالثانوي (ذكور وإناث) بمتوسط عمري (23.3) وانحراف (2.9) طبقت عليهم قائمة بيك ومقياس للأحكام التلقائية عن الذات. أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين أعراض الاكتئاب والتشويه المعرفي بأبعاده من تعميم الفشل، والمبالغة في معايير الذات، ولوم دائم للذات. وفي دراسة ثانية على عينة من مرضى الاكتئاب تكونت من (57) مريضا، قورنوا بعينة من الأسوياء على نفس جوانب التشويه المعرفي. وتأيدت نتائج الدراسة حول ارتباط أعراض الاكتئاب، والأبعاد الثلاثة للتشويه المعرفي السابق ذكرها .وتبين من الدراسة الثالثة أن مرضى الاكتئاب حصلوا على درجات أعلى من الأسوياء في التقدير السلبي للذات، والنظرة السلبية نحو الحياة .

- دراسة شابيرو وآخرون 1999:

كانت الدراسة حول الأعراض الفارقة لكل من القلق والاكتئاب لدى كبار السن ، البروفيلات المعرفية والوجدانية لكل منهما. وافترض الباحثون وجود أفكار تلقائية مميزة لكل منهما عن الأخر ، وافترضوا أن كبار السن وما يواجهونه من أعراض في سنوات العمر المتأخرة للاكتئاب تختلف عن تلك التي يواجهها صغار السن ، مما يؤكد أن المحتوى المعرفي لها والنماذج الوجدانية لن تكون متماثلة مع ما لدى صغار السن وتكونت العينة من (283) ذكرا بمتوسط عمري 73.9 عام والإناث وعددهم (212)، وطبق عليهم قائمة المعارف وجدول المشاعر السلبية والإيجابية وبطارية بيك للاكتئاب، وبطارية للقلق، والقلق كسمة. وأشارت نتائج التحليل العاملي لقائمة المحتوى المعرفي أن هناك عاملين : الأول يرتبط بقضايا القلق حول الصحة وهي المختلفة بين كبار السن وصغار السن، والثاني يمثل حقائق حول معارف التفكير الاكتئابي الخاص بفقدان الدور الاجتماعي وتقييم ذات سلبي ومعارف عدم الجدارة. لكن لم يجدوا ارتباطا دالا بين أعراض القلق والاكتئاب والمعارف وراء كل منهما.

- دارسة ادوارد Edward, 2001 :

الدراسة توضح ارتقاء التفكير الاكتئابي، حيث درس ارتقاء المعارف الاكتئابية لدى طلاب المدارس العليا، وجدت ارتباطات إيجابية بين الاكتئاب والأفكار التلقائية السلبية والاتجاهات غير

الصحيحة. وعلى الرغم من ازدياد درجات الاكتئاب مع العمر، إلا أن تحليل الانحدار لم يظهر العلاقة بين المزاج الاكتئابي في التفكير والعمر ، فلم يحدث تغير في التشويهات المعرفية مع العمر.

- دراسة شعبان جاب الله وصالح عبد الله 2002:

حول مظاهر التشويه المعرفي لدى الفصاميين والاك ئابيين، استخدمت ثلاث عينات من الأفراد إحداها عينة الفصاميين وتبلغ (30) مريضا بمتوسط عمري (31.2) وانحراف معياري (7.7)عاما، وعينة الاكتئابيين وعددها(30) مريضا بمتوسط عمري(23.8) عاما، وانحراف معياري (3.2) عاما وعينة الأسوياء وعددهم (30) من المقيمين بمدينة الرياض وجميعهم من الذكور. وطبق عليهم مقياس التقويم النفسي المعرفي لقياس الاختلال المعرفي ، ومقياس التفكير السحري ، ومقياس الأفكار الآلية . وأشارت الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعات الثلاث في التفكير السحري، والأفكار الآلية، و التقويم النفسي المعرفي، وعلى المقاييس الفرعية من الأفكار الآلية، وهي سوء التوافق والتصورات السلبية عن الذات، والتقدير المنخفض للذات، والعجز. ولم يجدوا فروقا دالة بين العينتين المرضيتين على جميع المتغيرات . وأوضحت النتائج أن الاكتئابيين أعلى من الأسوياء في المظاهر المختلفة للتشويه المعرفي .

- دراسة كالفت وكاردينسو (Calvet & Cardenso, 2004):

هدفت الدراسة إلى تحديد المتغيرات المعرفية التي تتوسط الفروق الجنسية في الأعراض الاكتئابية والقلق. واهتمت بالمعتقدات غير المنطقية Irrational beliefs ، وحل المشكلات والأفكار الذاتية . وافترضت الدراسة ارتفاع تلك المتغيرات لدى الإناث مقابل الذكور، خاصة المرتبطة بالاكتئاب. في حين الذكور أعلى في المتغيرات المرتبطة بالمشكلات السلوكية. والفرض الثاني كان حول أثر العمر كمتغير وسيط لتأثير الجنس والمتغيرات المعرفية والاكتئاب . وتكونت عينة الدراسة من (856) مراهقا من أسبانيا كانت الإناث تمثل نسبة 75% ويمثل الذكور نسبة 25%، بمدى عمري من (14 . 17)عاما. وأشارت النتائج إلى أن الذكور والإناث يظهرون صفات نفسية مختلفة ، مما قد يؤدي إلى ظهور نسب مختلفة من الاكتئاب والسلوك الانحرافي، وأن التوجه السلبي نحو المشكلات الاجتماعية هو أكبر متغير معرفي مفسر للفروق الجنسية في الأعراض الاكتئابية، يليه متغير المعارف السلبية المتمركزة نحو الذات ، حيث

تعكس الأفكار الذاتية تقييم ذات سلبي ، وفشلا، ولوم ذات مرتفع، وهي خصائص الاكتئاب، كما ظهر أن انخفاض مستوى الأفكار الذاتية الإيجابية لدى الإناث كان العامل الحاسم للفروق الجنسية والأعراض الاكتئابية . والعامل الرابع هو طلب الاستحسان والنجاح .

- دراسة هويل وآخرون Hiwel et al (2006):

عنوانها: "تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب". وهدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين. وتكونت العينة الكلية من (51) مريضا، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وقوامها (26) فرد، والمجموعة الضابطة وقوامها(25) فرد. واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته (12) أسبوع، ومقياس بيك للاكتئاب (BDI)، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، كما أوضحت النتائج أيضا استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة لكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل إشراكها في البرنامج.

- دراسة دانيال وآخرون, Daniel et . Al (2007):

عنوانها: "كفاءة المرضى في الأداء ومهارات العلاج المعرفي ، وعلاقته بالحد من خطر الانتكاس بعد علاج الاكتئاب ". هدفت هذه الدراسة إلى تعليم المرضى فنيات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي يعتقد أنها تساعد على منع الانتكاس بعد نجاح العلاج من الاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة الكلية من (35) مريضا تراوحت شدة الاكتئاب لديهم من المتوسط إلى الشديد، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة المواقف الضاغطة، ومواقف تجريبية، والتصوير المقطعي، وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى الذين استجابوا للعلاج المعرفي حدثت لهم تنمية نفسية مستقلة، وأن استخدام هذه الكفاءات ساهم في توقع مكافحة الخطر والتصدي للضغوط وانخفاض خطر الانتكاس، وقد أظهر القياس البعدي أهمية ودور كفاءة المريض تمكنه من المهارات المعرفية السلوكية التي تدرب عليها أثناء العلاج في التنبوء بخطر الانتكاس، كما

كشفت أيضا أن مستوى التحسن في تقدير الذات فقط دون التمكن والكفاءة في استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي أخفق في التنبؤ بخطر الانتكاس والتصدي للضغوط والإحباط .

- دراسة لين وآخرون Lynne et, al (2007):

عنوانها: "العلاج المعرفي لانخفاض تقدير الذات في معالجة الاكتئاب لدى كبار السن". هدفت هذه الدراسة إلى تحسين تقدير الذات المنخفض كعنصر (مكون تحتي) من الاكتئاب عن طريق التدخل المعرفي. وتكونت عينة الدراسة الكلية من امرأة كانت تعاني من أعراض القلق والاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية، بعمر زمني (79) عاما، واشتملت أدوات الدراسة على التقارير الشفوية من الحالة، وبرنامج للعلاج المعرفي قصير الأمد، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي قصير الأمد في التدخلات الرامية للحد من تدني تق دير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، حيث أظهرت المريضة عقب الانتهاء من التدخل نتائج إيجابية وتحسينات كبيرة في تقدير الذات، وانخفاض مستوى الاكتئاب، واختفاء الأفكار الانتحارية التي كانت لديها قبل التدخل، ونتائج الدراسة بوجه عام تشير إلى إمكانية استخدام التدخل المعرفي بنجاح مع المرضى الأكبر سنا، كما إنه يوفر للمرضى المشاركة الفعالة والإيجابية في علاج الاكتئاب، وأن العلاج المعرفي له من الكفاءة والقدرة على التصدي وبصرامة للتقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور.

- دراسة سامر رمضان سنة (1999-2000):

بعنوان " العلاقة بين الاكتئاب والتشاؤم وعلاقتها ببعض المتغيرات " وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والتشاؤم من جهة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والجنس وتحديد نسب انتشار الاكتئاب والتشاؤم لدى طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية السوريين، واستخدمت في هذه الدراسة قائمة بيك للاكتئاب ومقياس التشاؤم لبدر الأنصاري، وأظهرت النتائج بوجود علاقة ايجابية دالة بين كل من الاكتئاب والتشاؤم ووجود ارتباط دال بين الجنس والاكتئاب في حين لم يرتبط الجنس بالتشاؤم، كما لم يظهر ارتباط دال بين السن والاكتئاب أو التشاؤم، وكانت هناك فروق دالة بين الجنسين في بعض بنود قائمة الاكتئاب والتشاؤم، وظهرت

فروق بين طلاب المرحلة الجامعية والثانوية فيما يتعلق بالاكتئاب والتشاؤم، وقد أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها(1134) طالبا وطالبة بعمر يتراوح بين (18–30) سنة.

– دراسة بليني وآخرون(Blaney et al., 1980) :

هدفت للكشف عن العلاقة بين المعارف السلبية ومظاهر الاكتئاب لدى عينتين من الطلاب الجامعيين تكونت الأولى من (296) طالبا (169 ذكرا ، و 127 أنثى) والثانية من 380 طالبا (192 ذكرا و 188 أنثى) واستخدمت قائمة بيك للاكتئاب ، ومقياس لأسلوب التعليل، ومقياس للتحيز المعرفي وقائمة لخبرات الحياة وانتهت الدراسة إلى وجود ارتباط بين أسلوب التعليل الثابت والعام والاكتئاب، وارتبط التشويه المعرفي بالاكتئاب .

– دراسة ليفنسون وآخرون Lewinsohn 1981 :

هي دراسة على عينة تكونت من (998) مفحوصا ذكورا وإناثا في المدى العمري من (20 إلى 34) عاما ، وتتبع الباحثون المفحوصين لمدة عام. أشارت النتائج إلى أن المعارف السلبية المرتبطة بالاكتئاب تنشأ مصاحبة له ، كما أنها لا تستمر بعد انتهاء نوبة الاكتئاب .

ثانياً: الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب والمحور الاجتماعي:

– دراسة بوروفاى Borovay, 1977 :

لها دراسة عن العلاقات بين الاكتئاب وتوكيد الذات ومركز الضبط locus of control لدى طالبات الجامعة ، قامت الباحثة بالتحقق من الفرض الذى يذهب إلى وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات باستخدام عينة من الأسوياء وتكونت عينة الدراسة من 43 طالبة جامعية ، تم تطبيق المقاييس الآتية عليهن: مقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه MMPI،مقياس روتر Rotter لمركز الضبط ، مقياسان لتوكيد الذات وهما : مقياس حل الصراع The Conflict Resolution Inventory ، ومقياس تقييم سلوك لعب الأدوار . The Behavior Role Playing Assessment . وأظهرت نتائج الدراسة أن الطالبات اللاتى كن أقل توكيداً ، أظهرن مستوى أعلى من الاكتئاب عندما تم قياس توكيد الذات بواسطة مقياس
تقييم سلوك لعب الأدوار. ولقد اقترحت الباحثة استخدام أسلوب التدريب على السلوك التوكيدى فى التعامل مع المكتئبات من الطالبات .

- دراسة لى و باكوين (Lea & Paquin, 1981) :

وكان هدف الدراسة الرئيسى هو " التحقق من العلاقة العكسية - inverse بين الاكتئاب وتوكيد الذات وذلك باستخدام عينات سوية وإكلينيكية. وتكونت عينة الدراسة من 62 فردا، [26 (11 ذكور ، 15 إناث)]كانوا من الحالات التى تتردد على العيادة الخارجية للمستشفى بمتوسط سن مقداره 35 عاما ، وكان الـ 36 فردا الباقين (11 ذكور ، 25 إناث) طلابا فى أحد فصول علم النفس الذين وافقوا على التطوع فى التجربة ، بمتوسط سن مقداره 34 عاما ولقد استخدمت أربع أدوات فى الدراسة وتم تطبيقها على جميع المفحوصين وهى : مقياس "بك " الكامل للاكتئاب BDI ، مقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية الفارق ، مقياس راث Rathus للتوكيد ، ثم مقياس وولب ولازاروس للتوكيد WLAI ، بالإضافة إلى ذلك ، تم جمع بعض البيانات العامة عن المفحوصين مثل السن ، الجنس ، الحالة الزواجية ، المستوى التعليمى ، الحالة المهنية ، الدخل العائلى . وأظهرت نتائج الدراسة ، أن كل معاملات الارتباط بين الاكتئاب وتوكيد الذات لكل أفراد الدراسة كانت سلبية واضحة عند مستوى دلالة يتراوح ما بين 05، ، 0.01 وكان معنى هذا أن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقاييس توكيد الذات ، قد حصلوا على درجات منخفضة على مقاييس الاكتئاب. ولقد أشار الباحثان إلى احتمال أن العلاقة السالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات توجد بالذات لدى الإناث أكثر من وجودها لدى الذكور. ولقد علل الباحثان ذلك بأن المجتمع يميل إلى تشكيل النساء فيه ليدركن ويرون أنفسهن بوصفهن سلبيات ولا حول لهن ولا قوة

بالمقارنة لما يعطيه المجتمع للذكور فيه من حرية فى الحركة والتعبير، والشعور بالإيجابية والقوة .

وبعد أن تأكدت العلاقة العكسية أو السالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات فى دراسات عديدة ، كانت الدراستان السابقتان أمثلة لها، أصبح أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training ، أو التدريب على السلوك التوكيدى Assertion Training (يستخدم المصطلحان بالتبادل للدلالة على شئ واحد تقريباً (Bellack & Hersen, 1977) أصبح هذا الأسلوب واحدا من أهم ثلاثة أساليب يستخدمها أصحاب المدرسة السلوكية فى تعاملهم مع الاكتئاب .

- دراسة سانشز ولوينسوهن (Sanchez & Lewinsohn,1980):

هدفت الدراسة توضيح طبيعة العلاقة السالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات ، وأيضاً لمعرفة ما إذا كان مستوى سلوك الفرد التوكيدى يمكن أن ينبئ بطريقة صادقة عن حالته المزاجية اللاحقة ، أو إذا

كانت حالته المزاجية يمكن أن تنبئ بمستوى سلوكه التوكيدى اللاحق. تكونت عينة الدراسة من 12 فردا مكتئباً ، تتراوح شدة اكتئابهم ما بين معتدل إلى شديد . ولقد استخدمت الأدوات التالية فى الدراسة : مقياس الاكتئاب (د) لمقياس الشخصية المتعدد الأوجه MMPI ، قائمة جرنكر للمشاعر والاهتمامات Grinker Feelings & Concerns ، ومقياس بك للاكتئاب BDI ، ومقياس سلوكى لتوكيد الذات . ولقد تلقى أفراد العينة تدريب على السلوك التوكيدى لمدة خمسة أسابيع ، خلالها كان يتم قياس كل من مستوى الاكتئاب ، وما يصدر من سلوك توكيدى من أفراد الدراسة . ولقد تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات الاكتئاب وتقديرات توكيد الذات يوميا خلال فترة العلاج ولكل فرد على حدة ، ثم تم حساب متوسط معاملات الارتباط ولقد أوضحت نتائج الدراسة وجود معامل ارتباط مقداره – 50، بين الاكتئاب وتوكيد الذات ، وهو معامل دال عند مستوى 0.05 كما أشارت النتائج إلى أنه فى الأيام التى كان السلوك التوكيدى للفرد أكثر حدوثاً ، كان الاكتئاب أقل ظهوراً . ويعلق الباحثان على نتائج بحثهما بأنها تقترح " أن معدل صدور السلوك التوكيدى ربما يكون أكثر قدرة على التنبؤ بالاكتئاب فيما بعد وذلك أكثر من أن يكون ظهور الاكتئاب ذا قدرة على التنبؤ بمعدل صدور السلوك التوكيدى فيما بعد . ورأى الباحثان أيضاً أن نتائج دراستهما تقترح بأن التدخلات العلاجية التى تساهم فى زيادة معدلات صدور السلوك التوكيدى ، ربما تكون مفيدة فى علاج الاكتئاب.

– دراسة وليم وزملائه Willem&et al 1986 :

بعنوان المعاملة الوالدية والاكتئاب على عينات سويديه مكونة من 118 ذكر و 87 أنثى من الأصحاء متوسط أعمارهم 24–39 سنة و 53 ذكر و 88 أنثى من المكتئبين متوسط أعمارهم 9–45سن وقارنوهم بعينة من الألمان مكونة من 137 ذكرا و 140 أنثى من الأصحاء متوسط أعمارهم 7–41 و 171 ذكر و 670 أنثى من المضطربين نفسيا متوسط أعمارهم 18–42 ووجدوا أن العوامل الأسرية تمثل جزءا من أسباب الإصابة بالاكتئاب، وان الاضطراب في البيئة التي يعيش فيها الطفل الذي يتمثل الخوف والتصرفات العدائية يمثل عاملا قويا مسببا أو يساعد على ظهور الاكتئاب.

– دراسة أحمد (1992):

بعنوان: "الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب"هدفت هذه .الدراسة إلى بحث موضوع الانفصال عن الأسرة في مرحلة الطفولة وعلاقته ببعض المتغيرات مثل

الشخصية، مركز الضبط، والاكتئاب. وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين من الأطفال تكونت المجموعة الأولى من المقيمين بالأقسام الداخلية ببعض المدارس الخاصة، وتكونت المجموعة الثانية من ذوي الأمور الطبيعية، كما تم تطبيق مقياس مصدر الضبط والاكتئاب. وانتهت النتائج إلى تحقيق فرض الدراسة من حيث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المنفصلين عن أسرهم، والأطفال ذوي الأسر الطبيعية على مقياس الاكتئاب ومقياس مصدر الضبط الخارجي وذلك لصالح العينة الأولى المنفصلين عن أسرهم.

- **دراسة دوننبيرنج (Donenberg, 1995) :**

قام بدراسة حول أثر التفاعل بين الوالدين وأطفالهم في ظهور بعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق والعدوان وبعض الأمراض النفسية صعبة الاكتشاف Subclinical، وذلك في ولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد اعتمد الباحث على الملاحظة المباشرة للوقوف على طبيعة التفاعل الموجود بين الوالدين وأبنائهم في مجموعة من المواقف الاجتماعية ومقارنة المظاهر السلوكية الناتجة عن هذا التفاعل لدى الأطفال ومقارنتها بالأمراض النفسية المصنفة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تفاعلا بين السلوك الوالدي والنتائج المرضية النفسية التي تظهر على أبنائهم. واتضح من هذه الدراسة أن والدي الأطفال العدوانيين كانوا أكثر عدوانية وقسرا وانسحابا وإلتزاما بالسلوك من والدي الأطفال الذين يعانون من القلق والاكتئاب، ولكن كانوا أقل قدرا على السيطرة على تصرفاتهم من المجموعة الأخرى.وهذا ما يؤكد أن للعلاقة الأسرية دورا مهما في ظهور كثير من الأعراض المرضية النفسية لدى الأبناء ومن بينها الاكتئاب.

- **دراسة ليفيند وسكي وأخريات(Levendosky et al, 1995) :**

هي دراسة عن الاكتئاب وسوء المعاملة ومدى التنبؤ بظهور الكفاية الاجتماعية و مهارات حل المشكلات لدى الأطفال، في ولاية متشجين بالولايات المتحدة الأمريكية. وقد كانت عينة الدراسة مكونة من 68 طفلا متوسط سنهم 10.27 من المعرضين للأخطار وسوء الحالة الاقتصادية

والإهمال وسوء المعاملة، والذين يستجيبون استجابة خاطئة للأحداث المحيطة بهم (سوء التوافق)، حيث قام الآباء والمدرسون بتحديد أفراد هذه العينة. كما تم استخدام التقرير الذاتي والمقابلة مع الأطفال لجمع المعلومات اللازمة للدراسة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الاكتئاب كان أقوى مؤشر للتنبؤ بضعف الأطفال في كفايتهم الاجتماعية، إذ أن العلاقة سالبة بين ارتفاع درجة الاكتئاب وجودة الكفاية الاجتماعية لدى الأطفال، إذ أن الاكتئاب يزداد لدى الفئات التي تعاني من سوء الحالة الاقتصادية، والإهمال، وسوء المعاملة.

دراسة حسب الله (1996):

بعنوان: "إدراك التحكم والمساندة الاجتماعية في علاقتهما بأعراض الاكتئاب لدى الأطفال".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إدراك التحكم والمساندة الإجتماعية وبين الاكتئاب النفسي عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية والإعدادية من مدارس مدينة الزقازيق، وبلغ عدد العينة (447) تلميذا وتلميذة (273) ذكور، (174) إناث، وهم جميعهم من أسر أصحاء وليس من بينهم من انفصال والده لأسباب كالطلاق أو الوفاة. وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية: مقياس الاكتئاب للأطفال (تصميم أحمد عبد الخالق)، استبيان القبول/ الرفض الوالدي (ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة)، مقياس مركز التحكم إعداد ناوكي واستريكلاند (ترجمة فاروق عبد الفتاح موسى). وتشير نتائج الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية (الإرتباط الجزئي والمتعدد) إلى أن متغير إدراك التحكم بذاته لا يمثل إسهاما دالا ومباشرا في نمو الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال، في حين أن القبول – الرفض الأمومي المدرك يمثل إسهاما دالا مباشرا في نمو الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال، بالإضافة إلى أن المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية الاقتصادية (العمر – الجنس– المستوى

الاجتماعي الاقتصادي) لا يمثل أي إسهام دال في العلاقة ما بين القبول – الرفض الأمومي ونمو الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال.

- دراسة عماد محمود مخيمر(1997):

على عينة قوامها(**161**) من طلاب الجامعة هدفت للتعرف على دور المساندة الاجتماعية والصلابة كمتغيرات وسيطة بين الضغوط والاكتئاب، توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب وان الصلابة والمساندة الاجتماعية تعد متغيرات مقاومة للضغوط وتحد من آثارها.

- دراسة عبد الرحمان (1998):

المعنونة بـ"المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال " والتي استهدفت البحث عن كم واتجاه العلاقة بين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال من جانب وكل من الاكتئاب واليأس من جانب آخر. ودراسة التأثير المشترك لكل من مستوى الاكتئاب والجنس والسن على المهارات الاجتماعية للصغار ودراسة الفروق بين أطفال الريف وأطفال الحضر في متغيرات الدراسة. تكونت عينة الدراسة من (252) طفلا بمرحلة التعليم الأساسي تتراوح أعمارهم ما بين 9–12 سنة. الأدوات التي استخدمها الباحث:– اختبار الذكور المصور.– مقياس المهارات الاجتماعية للصغار الذي أعده ماتسون وآخرون.– مقياس الاكتئاب للأطفال أعدته كوفكس.– مقياس اليأس للأطفال أعده كازدين وآخرون. نتائج الدراسة:– توجد علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بين أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية للصغار.– لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين بعدي الضبط الاجتماعي الانفعال والتعبير عن المشاعر الإيجابية والاتجاه السالب نحو الحاضر لدى كل من الإناث والذكور والعينة الكلية.– توجد علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة إحصائية عنده 0.05 بين الاتجاه السالب نحو الحاضر وكل من المبادأة بالتفاعل لدى الإناث التعبير عن المشاعر السلبية لدى الذكور.

- دراسة آسيا على الراجح بركات سنة (2000):

بعنوان (العلاقة بين أساليب الوالدين والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف) وهي رسالة ماجستير غير منشورة، وهدفت الدراسة إلى قياس على العلاقة

بين أساليب المعاملة الوالدية (الأب، الأم) والاكتئاب والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث المراجعين للعيادة النفسية في مستوى الاكتئاب. والتعرف على أساليب المعاملة الوالديه (الأب، الأم) أكثر إسهاما في تباين درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة، وشملت عينة الدراسة (135) حالة من المراجعين للعيادة النفسية كحالات اكتئاب (74 إناث، 61 ذكور) تراوحت أعمارهم بين 13-14 سنة، وقد استخدمت الباحثة في هذا البحث مقياس أساليب المعاملة الوالدية وكذلك مقياس الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة ودالة إحصائية بين (الأسلوب العقابي) للأب والاكتئاب ولم توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين أساليب معاملة الأم والاكتئاب لديهم. كذلك وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين أسلوب (التوجيه والإرشاد) للأب والاكتئاب لدى عينة علاقة المراهقات، ولم توجد علاقة ارتباطية دالة بين معاملة الأم والاكتئاب لديهن، وكذلك أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين الأسلوب العقابي للأب والاكتئاب لدى العينة الكلية، كما توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين أسلوب الإرشاد والتوجيه للأب والاكتئاب لدى العينة الكلية، ولم توجد فروق سالبة دالة إحصائية بين أسلوب الإرشاد والتوجيه للأب والاكتئاب لدى العينة الكلية، ولم توجد فروق دالة إحصائية بين المراهقين والمراهقات في الاكتئاب.

- دراسة رجيعة وإبراهيم (2003):

وهي دراسة عن المهارات الاجتماعية والتوافق الدراسي وعلاقتهما بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات "دراسة تنبؤية" . وهدفت هذه الدراسة إلى بحث علاقة كل من التوافق الدراسي بأبعاده الفرعية ودرجته الكلية والمهارات الاجتماعية بأبعادها الفرعية والدرجة الكلية بالاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الأخرى وهي:التخصص والفرقة الدراسية والجنس ثم بحث مدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال متغيرات التوافق الدراسي والمهارات الاجتماعية وذلك على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين (ن= 250) من طلاب الفرق الدراسية الأولى والرابعة والدراسات العليا وقد استعين بالعديد من الأدوات وهي: مقياس التوافق الدراسي-ومقياس المهارات الاجتماعية ومقياس الاكتئاب الصورة المختصرة. وبعد معالجة البيانات إحصائيا من خلال معامل الارتباط لبيرسون وتحليل التباين ذي التصيمم العاملي 2×2×3 وكذلك تحليل الانحدار واختبار (ت) لدلالة الفروق تم التوصل إلى النتائج التالية:- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة بين التوافق الدراسي والاكتئاب. - توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب.- يوجد أثر دال إحصائيا لكل من التخصص والفرقة الدراسية منفردين أو متفاعلين على الاكتئاب.- لا يوجد أثر دال إحصائيا

للجنس على الاكتئاب.ويمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال التوافق الدراسي والمهارات الاجتماعية وأن المهارات أكثر تنبؤا من التوافق الدراسي.

- دراسة يانغ وكلوم(Clum et Yang):

حول فعالية كل من مهارات المواجهة (التعامل المباشر مع المشكلة والاستفادة من الخبرة واختيار أفضل البدائل والمساندة الاجتماعية)كمتغيرات تحد من تأثير الضغوط على الاكتئاب، حيث وصلت إلى ارتباط دال موجب بين ضغوط الحياة وكل من الاكتئاب واليأس وأن انخفاض كل من مهارات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية يسهم في المشاعر الاكتئابية والتي ترتبط بتصور فكرة الانتحار.

- دراسة قنسطنطين وآخرون (Constontine et al 2004):

والتي هدفت للتعرف على دور مهارات الكفاءة الاجتماعية والقدرة على الاندماج كعوامل وسيطة بين الضغوط الثقافية والاكتئاب لدى عينة من الطلاب الأفارقة والآسيويين الدارسين بالولايات المتحدة الأمريكية عددهم 320، حيث توصلت الدراسة إلى معاناة الطلاب من ضغوط التباين الثقافي الذي ارتبط بالأعراض الاكتئابية، وان متغيرات اللغة والجنس كانت دالة في إدراك الضغوط حيث ارتفع مستوى ضغوط التباين الثقافي لدى الإناث وأسفرت النتائج أيضاً على أن الرغبة في الاندماج وكفاءة المهارات الاجتماعية لم تُظهر دلالة في تخفيف آثار الضغوط، وفي ضوء تفسير هذه النتيجة أشار الباحثون إلى الدور المحتمل لتقدير الذات المنخفض كمتغير وسيط في علاقة الضغوط بالاكتئاب.

ثالثاً: الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب ومحور الانفعالي والاسترخاء:

- دراسة بويرز و.أ (Bowers A.W (1990:

العنوان: علاج مرضى الاكتئاب بالقسم الداخلي بالأسلوب المعرفي مع استخدام العقاقير وبالاسترخاء مع العقاقير معا وبالعقاقير فقط. هدفت الدراسة مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاج، العلاج بالعقاقير وحدها (باستخدام التورترينيلن)، العلاج بالاسترخاء والعقاقير معا، علاج معرفي مع العلاج بالعقاقير.فيما يخص العينة تم اختيار مرضى بالقسم الداخلي بالمستشفى تتراوح أعمارهم بين 18-20 عاما.واستخدمت الأدوات التالية:- مقياس بيك للاكتئاب - مقياس هاملتون للاكتئاب- استبيان الأفكار التلقائية هولون - مقياس قصور الاتجاهات ويزمان - مقياس اليأس بيك .وكانت النتائج:

تحسن جميع المجموعات على مدى فترة الدراسة وقد أظهر أن العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج بالعقاقير وكذلك العلاج بالاسترخاء المصحوب باستخدام العقاقير أظهر خفض أعراض اكتئابية وكذلك خفضا من المعرفة السلبية (الأفكار السلبية) عند خروج المرضى من المستشفى وكان عدد الأفراد الذين اعتبروا في عداد المكتئبين عند موعد خروجهم من المستشفى أقل عند إتباع الأسلوب العلاجي المعرفي المصحوب باستخدام الدواء مما كان في مجموعة استخدام العقاقير وحدها أو في حالة العلاج بالاسترخاء المصاحب للعقاقير.

- دراسة وود (wood.1993):

بعنوان تغير المزاج وادراك الحيوية: مقارنة الاسترخاء والتصور، واليوجا، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المتطوعين المعافين، وقدقيمت تاثير ثلاث إجراءات مختلفة: الاسترخاء- التصور- التنفس واليوجا وتمارين التمطط الهندية (pranayamaمجال التنفس وقوة الحياة) على ادراك الطاقة الجسدية والذهنية وعلى الحالات الوجدانية الايجابية والسلبية، شاركت كل مجموعة من أفراد عينة الدراسة في ستة جلسات، بمعدل جلستين لكل أسلوب، على مدى أسبوعين، تم تقييم مستويات الطاقة الجسدية والذهنية قبل وبعد كل جلسة، أظهرت النتائج أن قوة الحياة – البرانایاما- ادت غلى زيادة واضحة في الطاقة والمزاج، وكانت تلك النتائج أفضل مما ظهر في حالتي الاسترخاء والتخيل التصوري بفروق ذات دلالة واضحة.

- دراسة نايا(Nah.1993):

حول تكامل الأساليب الاسترخائية في علاج الألم المزمن والأرق، وقد راجع مؤتمر التقييم التقني البيانات المتعلقة بالاستحقاقات النسبية لعلاجات استرخائية تخصصية، وحدد العوامل الطبيعية الحيوية والنفسية التي قد تتنبأ بنتاج تطبيق هذه التقنيات، اختبروا أيضا الآلية التي بواسطتها يمكن للأساليب الاسترخائية أن تؤدي فعالية إكلينيكية أكبر، وقد وجدت اللجنة دليلا قوياً لاستخدام تقنيات الاسترخاء في تخفيف الألم المزمن في العديد من الحالات الطبية، كما وجدت دليلا على أن استخدام تقنيات الاسترخاء إلى حدوث تحسن في بعض جوانب النوم، لكن المشكوك فيه ما إذا كان مقدرا التحسن في بداية النوم ووقته الكلي هاما من الناحية الإكلينيكية.

- دراسة ميرفي ج. كارني ر.م والآخرون 1995 (Carney Murphy. and al) :

العنوان: العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء والعلاج المضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات كعلاج الاكتئاب.وكان الهدف: – مقارنة العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقاقير مع العلاج ثلاثي الحلقات في الاكتئاب الأعظم كانت متشابهة.– أي من هذه العلاجات له تأثير فريد على نتائج العلاج المعرفي السلوكي في الدراسات محددة الوقت. وكانت العينة من 237 مريضا يعانون من الاكتئاب الأعظم كانوا أقل اكتئابا بعد التعرض لأي من نوعي العلاج المعرفي السلوكي ولهذا استخدمت العلاج بالاسترخاء للمقارنة مع كل من العلاج العقاقير والعلاج المعرفي السلوكي خلال فترة علاج استمرت 16 أسبوعا. وكانت النتائج أفضل عند العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. إن درجات ما بعد العلاج باستخدام مقياس بيك للاكتئاب كانت أقل من أو تساوي 09 لدى 82% من المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي والذي لم يزد كثيرا عن درجات الذين تعرضوا للعلاج بالاسترخاء (71%)، لذا فإن العلاج المعرفي السلوكي لم يكن ذو تأثير فريد ..أما العلاج بالعقاقير فكانت نتائجه أسوأ بصورة واضحة (29%) لدى المرضى الذين وصلوا إلى المستوى المطلوب كما أن توقعات المرضى قبل العلاج لم تتوافق مع النتائج.

رابعاً: الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب والمحور الجسمي:

- **دراسة مورجان morgan وزملائه 1980:**

بدراسة لتقييم تأثير النشاط البدني على الاكتئاب ، فقاموا بمتابعة مجموعات من الرجال متوسطي الأعمار واشتركوا في برنامج تدريب متنوع لمدة 06 أسابيع (مثل: الهرولة، السباحة، التدريب الدائري، والدراجات) وعند مقارنة الأشخاص الذين اشتركوا في برامج الإعداد البدني السابقة بمجموعة ضابطة لم تمارس برنامج تدريب بدني، ويقضون معظم وقتهم جالسين، اتضح أن المجموعات التي خضعت للتدريب البدني أكثر لياقة بدنية كما أن الأشخاص الذين لديهم اكتئاب إكلينيكي أظهروا انخفاضا واضحا لمستويات الاكتئاب بعد التدريب وهذه النتائج تتفق مع نتائج العديد من البحوث التي أوضحت أن التمرين البدني يعتبر أفضل العوامل المساعدة لتخفيف الاكتئاب من ذلك على سبيل المثال نتائج دراسة نورث north وزملائه 1990.

- دراسة ايكريت مع آخرين Eckert . e. et al 1982:

أجريت في جامعة مينسوتا بأمريكا .وجد أنه في حال تحسن عينته من مرض فقدان الشهية العصبي فإن مستوى الاكتئاب ينخفض عندهم، وهذا ما يوافق في نتيجتها لدراسة قامت بها راندي فروست frost . randy مع آخرون 1982 (أبو زيد 2000، ص 130).

- دراسة جريست grist وزملاؤه 1999:

بدراسة شملت مجموعة من المكتئبين وتم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات عشوائيا، وخضعت كل مجموعة إلى المعالجات التالية: -مجموعة تؤدي تمرين الجري (ثلاث مرات في الأسبوع بواقع 45 دقيقة لكل تمرين). -مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت محدد (مدة الجلسة 10 دقائق). - مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت غير محدد. فأظهرت النتائج بعد 10 أسابيع نقصا واضحا في درجات الاكتئاب لدى المجموعة (أ) التي طلب منها أداء تمرين الجري ، وحققت نتائج أفضل من المجموعتين الآخرين(الراتب ، 2004، ص 84).

- دراسة برجر berger وموتل motl 2000:

بمراجعة الدراسات لمدة 25 سنة التي أجريت بغرض التعرف على تأثير النشاط البدني على الحالة المزاجية وخفض كل من التوتر والاكتئاب والغضب والاضطراب والتعب وأمكن تفسير تحسين الحالة المزاجية نتيجة تدعيم مفهوم الذات ومشاعر الكفاية الذاتية والاستمتاع وتوقع الفوائد النفسية وزيادة الإحساس بالتحكم والسيطرة .وأثبتت دراسة في كلية الباقي الطبية بجامعة يوثيون قام بها "آلان عرافت kraft .a مع آخرين 1984 على عينة حرمت من النوم على ارتباط الاكتئاب بالحرمان من النوم (أبو زيد ، 2000 ص 131).

- دراسة غانم (2002):

بعنوان: "مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب" هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية من الذكور الأسوياء بلغت العينة في كل فئة (100) فرد وتراوحت أعمارهم ما بين 17-57 عاما بمتوسط قدره (31.75) سنة وانحراف معياري قدره (10.85) سنة، وتم تطبيق استبيان مشكلات النوم من إعداد الباحث واختبار تيلور للقلق الصريح وقائمة بيك للاكتئاب، واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية: حساب

المتوسطات الحسابية للانحرافات المعيارية قيم (ت) لحساب دلالة الفروق بين المجموعات قيم Z لحساب دلالة الفروق بين المجموعات، حساب معاملات ارتباط بيرسون، وقد تم التوصل إلى عدة نتائج وهي: وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مشكلات النوم والقلق الصريح والاكتئاب، وبين الاكتئاب والقلق الصريح لدى عينة الذكور، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين عادات النوم وطقوس النوم ومشكلات النوم والاكتئاب لدى عينة الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب الإناث في مشكلة النوم، القلق الصريح، الاكتئاب.

- **دراسة الصبوة والمحمود(2007) :**

دراسة لفحص العلاقة بين أنماط السلوك الصحي كالرياضة والتدخين وإساءة استخدام الأدوية وقيادة السيارات وسلوك النوم وكل من فعالية الذات وتقدير الذات والاكتئاب، شارك في الدراسة 565 طالباً وطالبة من جامعة الكويت أجابوا عن عدة مقاييس من ضمنها مقياس السلوك الصحي الايجابي وكل من فعالية الذات وتقديرها، ووجود علاقة سلبية دالة بينها وبين الاكتئاب.

خامساً:الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب والمحور السلوكي والأنشطة الترفيهية:

- **دراسة نسبون وميشكوس Nussbaun and Michaux 1963 :**

هي لدراسة الاستجابة للدعابة لدى عينة مكونة من 18 امرأة من اللائي يعانين من الاكتئاب العصابي الحاد والاكتئاب العقلي الحاد. وقد انتهت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب بين التحسن في الأعراض الاكتئابية والاستجابة المرتفعة لحاسة الدعابة. وبالإضافة إلى ذلك .

- **بيك (Beck, 1967):**

انتهى إلى أن الفرد الذي يعاني من الاكتئاب النفسي أقل استجابة لحاسة الدعابة وهذا لا يرجع إلى عدم قدرته على إدراك النكتة، ولكنها ترجع إلى أن الفرد الذي يعاني من الاكتئاب لا يستجيب للدعابة بالطرق المعتادة، فهو فرد غير منبسط، وليس لديه الرغبة في الضحك، ولا الشعور بالرضا عن الحركات المضحكة أو النكتة أو الصور الكاريكاتورية الهزلية. ويحدد بيك أن الفرد الذي يعاني من الاكتئاب المتوسط فإنه ربما يرى الجانب المضحك من النكتة ويستطيع أن يجبر نفسه على

الابتسامة ولكنه دائما منقبض، كما لا يتسطيع أن يرى الجانب المضيء من الأحداث ويميل إلى أن يأخذ كل شيء بطريقة جادة. في حين أن الفرد الذي يعاني من الاكتئاب الحاد فهو لا يستجيب مطلقا لأي دعابة قد يسجيب لها الأفراد الآخرين.

- دراسة تونسيند وماهوني (Townsend and Mahoney, 1981):

التي انتهت إلى أن الطلاب الذين يحصلون على درجات مرتفعة في مقياس الاكتئاب أقل استجابة لحاسة الدعابة. وحديثا قام فريق من الباحثين بمركز الرعاية الصحية في السويد بدراسة عينة مكونة من ستة نساء من اللائي يعانين من بعض الاضطرابات العضلية-الهيكلية Musculo-Skeletol disorders والاكتئاب النفسي ولعلاج هذه الاضطرابات تم عرض هذه المجموعة من النساء المريضات لثلاثة عشر جلسة في جماعة الدعابة humour groupe، حيث تتضمن هذه الجلسات بعض النكت ومطالعة بعض الكتب الترفيهية، ومشاهدة الأفلام المضحكة والتحدث في أشياء غير مرتبطة مطلقا بطبيعة مرضهن وبعد الانتهاء من هذه الجلسات بينت النتائج أن التوافق النفسي لهؤلاء المريضات يزداد بالإضافة إلى أعراضهن البدنية المؤلمة تضاءلت وقد اقترحت الدراسة أن برنامج العلاج عن طريق الدعابة humour therapy programme ربما يزيد من الإقبال على الحياة لهؤلاء المرضى اللائي يعانين من المشكلات النفسية المزمنة، كما أن الضحك ربما يكون له دورا فعالا ومؤثرا في علاج الاكتئاب النفسي (Elsner, 1929).

- دراسات كيتولا ورينو (Cetola and Reno, 1985) وروللر ولانكستر (Roller and Lankester, 1987) التي انتهت إلى أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب النفسي أقل استجابة لحاسة الدعابة. كما قام سكوجين وميربوم (Scogin and Merbaum, 1983) بدراسة العلاقة بين الاكتئاب النفسي وحاسة الدعابة. ولتحقيق هدف البحث تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على عينة مكونة من 85 طالبا بالجامعة وتم تقسيم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات بناء على درجاتهم على مقياس بيك للاكتئاب على النحو التالي:مجموعة مرتفعة الدرجات على مقياس الاكتئاب، والثانية متوسطة الدرجات على مقياس الاكتئاب، والثالثة منخفضة الدرجات على مقياس الاكتئاب ثم تم تطبيق عشر صور كاريكاتيرية مضحكة على المجموعات الثلاثة. وبالاستعانة بالأساليب الإحصائية المناسبة لنتائج البحث، تبين أن أفراد المجموعة مرتفعة الاكتئاب أقل استجابة لحاسة الدعابة من

أفراد المجموعتين متوسطة ومنخفضة الاكتئاب. في حين لم توجد فروقا للاستجابة لحاسة الدعابة بين أفراد المجموعتين متوسطة ومنخفضة الاكتئاب.

سادساً: الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب والجانب الديني

- دراسة ستاك (Stack) وواسرمان (Wasserman) 1992:

العنوان: تأثير الدين على فكرة الانتحار: تحليل من منظور الشبكات. أخذت العينة من الإحصاءات الاجتماعية العامة للأعوام من 1972-1990م. المطبقة في الولايات المتحدة الأمريكية وخصوصا الأعوام: 77، 78، 82، 83، 85، 86، 88، 89، 1990م. وذلك لاحتوائها على عبارات تقيس فكرة الانتحار، وكان عدد أفراد العينة 5726 فردا أعمارهم من 18 سنة فأكثر من طائفة البروتستانت. واستخدمت الأدوات التالية :- مقياس الموقف من الانتحار مكون من أربع عبارات. وحصل على درجة ثبات ألفا مقدارها 0.81.- الطائفة الدينية المنطوية تحت البروتستانت وهم أربعة أقسام.- البروتستانت قسموا إلى قسمين هما: محافظون، متحررون.- الحماس الديني مقسم إلى قسمين: متوسط، عال.- تقسيمات زوجية لطوائف البروتستانت.- عدد مرات حضور الكنيسة.- الانتماء السياسي. وتم تثبيت العوامل التالية: الدخل، التعليم، الوضع الاجتماعي، الجنس، العمر، المنطقة، السكن في المدينة أو الريف . أهم النتائج:- الأفراد المحافظون انخفضت لديهم فكرة الانتحار مقارنة بما يقابلهم.- هناك ارتباط سالب دال إحصائيا مع عدد مرات حضور الكنيسة وفكرة الانتحار.- الأفراد ذوو الحماس الديني المرتفع انخفضت لديهم فكرة الانتحار.

- دراسة عنو عزيزة(2006):

بعنوان " فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، الأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعة" والذي اعتمدت فيه على التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد، وعلى عينة قصدية قوامها 120طالبة مما شخص لديهن اكتئاب استجابي عن طريق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس كوبر سميث ، تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية : T.test، معامل الارتباط بيرسون، كانت نتيجة الدراسة أن له أثار ايجابية على تقدير الذات والاكتئاب الاستجابي .

سابعاً: الدراسات التي تناولت الاكتئاب والعلاج المزدوج/التكاملي/ الانتقائي/ المتعدد:

- دراسة فادية شربتجي(1407هـ) :

حيث هدفت الباحثة إلى تقويم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي لدى إناث في السعودية من خلال عينة مكونة من 23 مريضة قسمت إلى ثلاث مجموعات عشوائياً كالتالي:

- مجموعة أولى مكونة من 8 مريضات طبق عليهن العلاج السلوكي المعرفي

-مجموعة ثانية مكونة من 08 طبق عليهن العلاج السلوكي بالاضافة إلى العلاج الدوائي ، - مجموعة ثالثة مكونة من 07 طبق عليهن العلاج الدوائي فقط

واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لقياس الاكتئاب والقلق قبل وبعد العلاج وهذه المقاييس هي:(مقياس بيك، م قياس هاملتون للاكتئاب، مقياس تيلور للقلق). واستغرق العلاج ما بين 12 إلى 17 أسبوع وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين درجات المقاييس قبل وبعد العلاج على فئات البحث الثلاثة وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسن تلتها المجموعة ذات العلاج المعرفي ثم مجموعة العلاج الدوائي

- دارسة رينولدس وآخرون (Reynolds et al.1986):

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتدريب على الاسترخاء لدى عينة من المراهقين المكتئبين، وتكونت عينة الدراسة من 30 مراهقاً يعانون من أعراض الاكتئاب حسب المقياس المستخدم، وقام الباحث بتقسيم أفراد العينة إلى ثلاثة أقسام كل واحد منها قوامها 10 أفراد، الأولى تجريبية تلقت العلاج المعرفي السلوكي، والثانية تجريبية تلقت التدريب على الاسترخاء والثالثة ضابطة، وأسفرت النتائج عن انخفاض مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، كما أثبتت الدراسة التتبعية التي أجريت بعد خمسة أسابيع من انتهاء البرنامج التحسن في درجة الاكتئاب

- دراسة بويرز و.أ (1990) Bowers A.W:

العنوان: علاج مرضى الاكتئاب بالقسم الداخلي بالأسلوب المعرفي مع استخدام العقاقير وبالاسترخاء مع العقاقير معا وبالعقاقير فقط. الهدف: دراسة مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاج، العلاج بالعقاقير وحدها (باستخدام التورترينيلن)، العلاج بالاسترخاء والعقاقير معا، علاج معرفي مع العلاج بالعقاقير. أما العينة فقد تم اختيار مرضى بالقسم الداخلي بالمستشفى تتراوح أعمارهم بين 18-20 عاما. واستخدمت الأدوات التالية:- مقياس بيك للاكتئاب - مقياس هاملتون للاكتئاب - استبيان الأفكار التلقائية هولون - مقياس قصور الاتجاهات ويزمان - مقياس اليأس بيك وكانت النتائج: تحسن جميع المجموعات على مدى فترة الدراسة وقد أظهر أن العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج بالعقاقير وكذلك العلاج بالاسترخاء المصحوب باستخدام العقاقير أظهر خفض أعراض اكتئابية وكذلك خفضا من المعرفة السلبية (الأفكار السلبية) عند خروج المرضى من المستشفى وكان عدد الأفراد الذين اعتبروا في عداد المكتئبين عند موعد خروجهم من المستشفى أقل عند إتباع الأسلوب العلاجي المعرفي المصحوب باستخدام الدواء مما كان في مجموعة استخدام العقاقير وحدها أو في حالة العلاج بالاسترخاء المصاحب للعقاقير.

- دراسة ميرفي. كارني والآخرون 1995 (Murphy, Carney. and al):

العنوان: العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء والعلاج المضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات كعلاج الاكتئاب. الهدف:- مقارنة العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقاقير مع العلاج ثلاثي الحلقات في الاكتئاب الأعظم كانت متشابهة.- أي من هذه العلاجات له تأثير فريد على نتائج العلاج المعرفي السلوكي في الدراسات محددة الوقت. العينة مكونة من 237 مريضا يعانون من الاكتئاب الأعظم كانوا أقل اكتئابا بعد التعرض لأي من نوعي العلاج المعرفي السلوكي ولهذا استخدمت العلاج بالاسترخاء للمقارنة مع كل من العلاج العقاقير والعلاج المعرفي السلوكي خلال فترة علاج استمرت 16 أسبوعا. وكانت النتائج أفضل عند العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. إن درجات ما بعد العلاج باستخدام مقياس بيك للاكتئاب كانت أقل من أو تساوي 09 لدى 82% من المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي والذي لم يزد كثيرا عن درجات الذين تعرضوا للعلاج بالاسترخاء (71%)، لذا فإن العلاج المعرفي السلوكي لم يكن ذو تأثير فريد ..أما

العلاج بالعقاقير فكانت نتائجه أسوأ بصورة واضحة (29%) لدى المرضى الذين وصلوا إلى المستوى المطلوب كما أن توقعات المرضى قبل العلاج لم تتوافق مع النتائج.

- دراسة كاتون katon وآخرون (1996):

بعنوان: "مدى فاعلية التدخل المتعدد الأوجه في علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية ". هدفت هذه الدراسة إلى تقييم برنامج التدخل الم تعدد الأوجه لتحسين علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية في الولايات المتحدة الأمريكية فشارك في الدراسة حوالي (153) مريض يعاني من الاكتئاب وتم اختيارهم بطريقة عشوائية واستخدم في الدراسة مقاييس مختلفة منها مقياس درجة التمسك بالأدوية، ومقياس لقياس درجة الرضا عن الرعاية وعن صرف الأدوية المضادة للاكتئاب، ومقياس لتحديد درجة انخفاض أعراض الاكتئاب مع مرور الزمن، وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة والمجموعة التجريبية حصلت على علاج منظم يتضمن المعالجات السلوكية لزيادة استخدام وسائل التكيف والإرشاد لتحسين التمسك بالدواء، والمجموعة الضابطة حصلت على العلاج المعتاد من قبل الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الأولية وبعد مرور 4 شهور كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح مجموعة التدخل بالنسبة للتمسك بالأدوية وكانت هناك جودة الرعاية المقدمة لهم من جيد إلى ممتاز، وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لانخفاض حدة الأعراض فكان الفرق 4 درجات على المقياس. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج المعتمد الأوجه حسن من الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب ومن رضاهم عن الخدمة.

- دراسة برينت ، هولدر د، وآخرون1997 (Brent ; Holder D ; and al.):

عنوانها: محاولة إكلينيكية للعلاج النفسي للمراهقين المصابين بالاكتئاب مقارنة بالعلاج المعرفي، العلاج العائلي والعلاج بالمساندة. وكان الهدف: كفاءة العلاج المعرفي أو العلاج العائلي بالمساندة لعلاج الاكتئاب لدى المراهقين. وكانت العينة: 107 مريض في سن المراهقة وهم مرضى الاكتئاب الشديد خضعوا عشوائيا لثلاث طرق من العلاج:

العلاج المعرفي السلوكي للشخص. العلاج السلوكي الأسري المنظم. العلاج بالمساندة الغير موجه. استمر العلاج من 12 إلى 17 جلسة وقد تم استخدام كل معلومات المتابعة. استخدمت الأدوات التالية: مقياس بيك للاكتئاب ،مقياس العلاقات الأسرية

أما العينة: من 107 مريضا شملتهم الدراسة، 78 (72.9%) أكملوا العلاج. وكانت النتائج: أن العلاج المعرفي السلوكي أظهر تقدما في علاج حالات الاكتئاب الشديد في نهاية الدراسة مقارنا بالعلاج المساند الغير موجه (17.1%) وأعطى نسبة علاج أعلى (64.7%) تعرف على أنها غياب الاكتئاب تماما وعلى الأقل 3 إجابات بيك بدرجات أقل من 9 بالنسبة للعلاج السلوكي الأسري (37.9%) أو العلاج المساند الغير موجه (39.4%)، كما أن العلاج المعرفي أعطى معدلات أسرع من العلاج بالنسبة لكلا العلاجين الآخرين ، وبالنسبة للاكتئاب الذي يخبر عنه المريض نفسه (بالنسبة للعلاج السلوكي الأسري) أن العلاجات الثلاثة أظهرت انخفاضات واضحة ومتشابهة في ، الرغبات الانتحارية والقصور الوظيفي للاتجاهات، أن نظرة الأسرة لكفاءة العلاج المعرفي السلوكي تحسنت مقارنة بالعلاج السلوكي العائلي أو العلاج بالمساندة الغير موجه. أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر كفاءة من العلاج السلوكي العائلي أو العلاج بالمساندة الغير موجه بالنسبة للشباب في سن المراهقة المرضى بالاكتئاب الشديد كما أعطى نتيجة أسرع وأكثر اكتمالا.

-دراسة كينج وآخرون 2000 (King and et al):

بعنوان: "مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه، والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب والاكتئاب مع أعراض القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية". هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الفاعلية من الناحية الاكلينيكية والمالية للخدمات المقدمة من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية مقارنة مع نوعين من العلاج النفسي المختصر (الإرشاد غير الموجه-العلاج السلوكي) في علاج اضطراب الاكتئاب والاكتئاب مع القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولهذا تم اختيار عينة عشوائية واقعية منظمة لكن مع وجود طريقتين إضافيتين وهنا يمكن للمريض أن يختار طريقة علاج معينة والثانية أن يكون موزع عشوائيا بين طرق العلاج. وكانت عينة الدراسة تتضمن 464 مريض، 137 منهم اختار طريقة علاجه، 130 تم توزيعهم عشوائيا بين طرق العلاج، وتمت متابعة المرضى عند الشهر الرابع والثاني عشر وأجريت الدراسة في 24 مركز رعاية صحية أولية في مانشيستر في بريطانيا، والعلاج تضمن علاج نفسي مختصر مكون من 12 جلسة علاجية كحد أقصى والعلاج المقدم عادة من الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وإجراءات الدراسة تضمنت مقاييس مختلفة، مقياس لأعراض الاكتئاب، ومقياس لحدة الأعراض النفسية، ومقياس للوظيفة الاجتماعية، ومقياس لرضى المرضى وتكلفة العلاج تم قياسها بشكل غير مباشر بسؤال عن جودة الحياة. وكانت نتائج الدراسة بعد 4 شهور، أن

أساليب العلاج النفسي استطاعت أن تخفض من أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر مما استطاع الوصول إليه الأطباء العاديين فكان فرق الدرجتان من 4 إلى 5 على مقياس بيك، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية في النتائج بين كلا من مجموعتي العلاج النفسي. والمرضى في مجموعتي العلاج النفسي كانوا أكثر رضا عن علاجهم بعد 12 شهر، كذلك المرضى في الثلاث مجموعات تحسنوا بنفس المستوى والمرضى الذين تلقوا الإرشاد غير الموجه كانوا الأكثر رضا بالمقارنة مع المجموعات، ولم توجد فروق ذات دلالة في التكلفة بين المجموعات الثلاثة.

- دراسة برجز (Briggs 2000):

موضوعها فعالية ثلاث برامج إرشادية في خفض الاكتئاب، حيث كانت العينة 446 مكتئب أو قلق وزعوا إلى ثلاث مجموعات، الأولى: تلقت برنامج إرشادي سلوكي معرفي، الثانية: تلقت برنامج إرشاد غير مباشر، الثالثة: العناية الصحية العادية من قبل الأخصائي المسؤول، تم الاستعانة بمقياس بيك للاكتئاب ، أسفرت نتائج الدراسة بعد مرور 12 جلسة من الإرشاد للبرامج الثلاثة ، أظهرت كل المجموعات تحسنا دالا في عملية العلاج وقد أظهر أفراد المجموعة الأولى والثانية تحسناً على مقياس بيك Beck مقارنة مع المجموعة الثالثة كما أنه ليس هناك فرق دال بين المجموعات الثلاث بعد مرور سنة من عملية العلاج.

- دراسة كورمر (Cormer2004) :

هدفت دراسته إلى تقديم برنامج تكاملي مُعتمد على فنيات إدارة الذات والعلاج السلوكي المعرفي بهدف تخفيف من حدة الاكتئاب التي يعانيها عينة مكونة من 520 فرد من الملتحقين بمركز Sickele cell center للرعاية الطبية بأمريكا من المعاقين عقلياً من الجنسين ، وقد قسم الباحث عينيته إلى مجموعات علاجية مختلفة وطبق عليهم اختبار بيك للاكتئاب، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج إدارة الذات في التخفيف من حدة الاكتئاب للعينة، وذلك بعد أن توصل كل مفحوص إلى فهم ذاته.

- دراسة وردة يحياوي 2014:

بدراسة معنونة بـ" اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس)" معتمدة في دراستها على المنهج شبه التجريبي وعلى تصميم

المجموعة الواحدة باختبارين قبلي وبعدي. وبعد مرور شهر من انتهاء البرنامج العلاجي تم تطبيق القياس التتبعي على عينة البحث المكونة من مجموعة تجريبية عدد ها 10 تلميذات تم اختيارهن بطريقة قصدية من خلال نتائجهن على سلم بيك للاكتئاب، بحيث تم اختيار درجات الاكتئاب الشديد. اعتمدت الدراسة الأدوات القياسية التالية:- سلم بيك الثاني للاكتئاب BDI-II - مقياس (هوبر ولاين) للأفكار اللاعقلانية، - مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، - مقياس وولب و لازاروس لتوكيد الذات، - استبيان القصة الحياتية اعداد أرنولد لازاروس، - البروفيل التركيبي إعداد ارنولد لازاروس، - قائمة التحليل السلوكي BASIC ID . كما تم الاعتماد على الأداة التجريبية المتمثلة في البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد- نموذج أنولد لازاروس-، وتمت معالجة النتائج احصائياً بالاستعانة بـ: الحزمة الاحصائية SPSS، - المتوسطات الحسابية،- اختبار "ت" T-test ، - معادلة قياس حجم الأثر.

خلصت النتائج إلى: - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب عند (0.05α) بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية عند (0.05α) بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي مقياس الشعور باليأس عند (0.05α) بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي مقياس تقدير الذات عند (0.05α) بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي مقياس توكيد الذات عند (0.05α) بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي عل سلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى (0.05α) بعد شهر من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي.

- التعليق على الدراسات السابقة :

مما سبق فإن الباحث قد استعرض دراسات وأبحاث علمية تخص موضوع الاكتئاب في علاقته بمحاور السلوك الإنساني المختلفة . والتي لاحظنا فيها النتائج التالية:

فيما يخص الاكتئاب في علاقته بالمحور المعرفي: صبّت نتائج هذا الجزء من الدراسات إلى أن المكتئبين يتصفون بتشويه المنظومة المعرفية بأفكار سلبية وغير عقلانية ، وأن البرامج المعرفية التي أُعدت لتخفيض الاكتئاب أثبتت فعاليتها في ذلك.

يما يخص الاكتئاب في علاقته بالمحور الاجتماعي: صبّت نتائج هذا الجزء من الدراسات إلى أن هناك علاقة طردية بين مستوى المهارات الاجتماعية ودرجة الاكتئاب، وأن التدريب على المهارات الاجتماعية أو ما تسمى كذلك التوكيدية تحسن من حالة الفرد المكتئب .

فيما يخص الاكتئاب في علاقته بالمحور الوجداني والاسترخاء:لاحظ الباحث قلة الدراسات في هذا الجانب وبخاصة في علاقة تقنيات الاسترخاء بالاكتئاب، وإن نتائج الدراسات الموجودة صبّت في أن تدريب الفرد المكتئب على الاسترخاء واستخدامه في العلاج سواءا بشكل مستقل أو بمصاحبة علاجات أخرى يُسهم في تحسين الحالة المزاجية الوجدانية للمكتئب، ويخفف الأعراض الفسيولوجية السلبية لها.

فيما يخص الاكتئاب في علاقته بالعادات السلوكية والأنشطة الترويحية: لوحظ من خلال الدراسات أن المكتئبين يتسمون بالرتابة وقلة الدعابة والمرح، وأن تضمين برامج علاجية لتعليم عادات سلوكية وأنشطة تُدخل حس الدعابة والسرور والبهجة يُسهم ويزيد في التوافق النفسي وتتضاءل معه المشكلات النفسية والجسمية، كما يزيد الإقبال على الحياة، وأن له دور فعال ومؤثر في علاج الاكتئاب.

فيما يخص الاكتئاب في علاقته بالمحور الجسمي: أثبتت دراسات قام بها علماء من تخصصات مختلفة ذات العلاقة أن الأفراد الذين لهم نشاط بدني ولياقة بدنية أو الذين لهم شهية طبيعية وعدد

ساعات نوم كافية أقل تحصيلاً على درجات الاكتئاب ، وأن تضمين برامج لتعزيز سلوكيات الصحة الجسمية يسهم في علاج الاكتئاب.

فيما يخص الاكتئاب في علاقته بالجانب الديني: لاحظ الباحث قلة شديدة في الدراسات التي تناولت علاقة الجوانب الدينية بالاكتئاب ، والدراسات المُحصل عليها صبّت في أن تعزيز الجانب الروحي من خلال المعتقدات الدينية وممارسة الشعائر الدينية يُسهم في خفض درجة الاكتئاب النفسي والسلوك الانتحاري.

فيما يخص الدراسات الخاصة بالاكتئاب في علاقته بالعلاج المزدوج/المتعدد/التكاملي:

المُتفحص للدراسات والبرامج النفسية ذات العلاقة بالاكتئاب والتي أوردناها يجد تنويعاً في طرق العلاج النفسي ما بين طريقتين إلى ثلاث، لكن أغلبها وضعت من أجل هدف المقارنة بين فعالياتها فقط، وليست مُنطلقة من نظرية شمولية مستهدفة في علاجها كل جوانب السلوك، بل إن بعض تلك الطرق المتنوعة تستهدف جانب واحد فقط .أي أن هناك إغفال مستمر في البرامج العلاجية النفسية لاستهداف جوانب كثيرة من السلوك وبالتالي لم تأخذ حقها من الدراسة والتخطيط العلاجي خاصة الجانب الجسمي والجانب الروحي. حيث أن الدراسات النفسية العربية قليلة التي اعتنت بالجانب الجسمي في برامجها وكانت محتشمة أو ذات إدخالات مشوهة أو جزئية فقط لا تكفي لتعزيز ذلك الجانب وتحفيزه لينعكس إيجاباً على الصحة النفسية، بل حتى الدراسات التي اهتمت بالجانب الديني لم تزاوجه كما ينبغي مع باقي الطرق العلاجية ولم تُظهر كيفية مسايرته ودعمه لمسار باقي العلاجات، فتجدها في شكل جلسات مستقلة لا تمت بصلة لجلسات النوع الآخر من العلاج.

إن الدراسات السابقة أثبتت أن لكل محور علاجي له فائدته في علاج الاكتئاب النفسي فما بالك لو اجتمعت كلها وبشكل منسجم لتستهدف ذلك الاضطراب، إن المُتوقع من ذلك هو ازدياد الأثر الإيجابي وبشكل كبير في تحسين الصحة النفسية واستقرارها لأمدٍ طويل.

المُلاحظ على عينات الدراسات السابقة أن جُلها من الحالات الإكلينيكية من الراشدين والتي طلبت الاستشارة والعلاج في المؤسسات الصحية، لا شك أن نسبة المرضى الذين يطلبون الاستشارة والعلاج نسبة قليلة من مجتمع المرضى وكذلك يطلبونها بعد وصول الاضطراب إلى مراحل متقدمة ولذلك لأسبابٍ متعددة، لكن الدراسة الحالية تستهدف أولاً شريحة المراهقين المهمة، وكذلك أن مبدأ

البرنامج العلاجي هو الذهاب إلى الحالات في أماكنها العادية مثل الثانوية واستهدافها بالعلاج .وليس انتظارها حتى تطلب الخدمات النفسية.

أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

إن اطلاع الباحث على محتوى الدراسات السابقة ونتائجها بنظرة تمحيصية ونقدية وتعليقه عليها، تحددت منها ملامح استفادته وفقاً لما يلي:

– تحديد مشكلة الدراسة تحديداً دقيقاً وقابلاً للدراسة، ألا وهو تخفيض درجة الاكتئاب النفسي.

– وضع تصورات لأهمية الدراسة النظرية والتطبيقية .

– المساهمة في توجيه وصياغة الفروض العامة والجزئية للدراسة.

– اعتماد الدراسات السابقة على مناهج متعددة وصفية وتجريبية وملاحظة الفرق في النتائج وقوتها، جعل الباحث يختار الاعتماد على المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الضابطة والتجريبية بقياس قبلي بعدي وتتبعي.

– زيادة قناعة الباحث باستهداف شريحة المراهقين لأنها المرحلة الأكثر خصوبة لنمو الأعراض الاكتئابية.

– اطلاع الباحث على الأدوات والمقاييس المستعملة في الدراسات السابقة أتاح له عميق فهم لأهم الأدوات التي يجب أن يستعملها في بحثه والمناسبة لخصوصية برنامجه ومحاوره العلاجية ولتحقيق الأهداف المرجوة.

– الدراسات السابقة بمختلف نظرياتها وطرقها العلاجية وتقنياتها أثْرَت فِكر الباحث لتصميم برنامج علاجي متعدد المحاور العلاجية بشكلٍ متناسق تخطيطاً وتنفيذاً وتقويماً.

– وضع أهداف فرعية للمحاور العلاجية في الدراسة الحالية فضلاً عن الهدف العام

– اعتمد الباحث في تفسير نتائجه وتحليلها على مخرجات الدراسات السابقة فكانت له إطارا مرجعياً في المقارنة والتعرف على ملامح الاتفاق أو الاختلاف مع نتائجه.

إلا أن الدراسة الحالية تتميز عن الدراسات السابقة بما يلي:

- أنها الدراسة الأولى التي تستهدف في برنامج واحد كامل جوانب السلوك الإنساني الست (المعرفي، الوجداني، السلوك الظاهري، الاجتماعي، الجسمي، الروحي) من أجل تخفيض درجة الاكتئاب النفسي .
- المساهمة في التأسيس لعلاج نفسي ايجابي
- استغلال وتضمين سلسل ومناسب للمعتقدات الدينية وشعائرها في معالجات نفسية أخرى حديثة ومتنوعة
- استخدام قياسات فرعية متنوعة للمحاور العلاجية لتدعم وتآزر نتائج القياس الأساسي(سلم بيك الثاني للإكتئاب).
- يعتقد الباحث أن الدراسة الحالية نجحت من خلال شكل برنامجها في الجمع ما بين الشمولية والاختصار.
- الدراسة الحالية من خلال برنامجها هي ذات مناحي متعددة: المنحى العلاجي والوقائي والايجابي (تنمية السلوكيات الايجابية في كل جوانب السلوك).

فرضيات الدراسة:

من خلال ما ذُكر سابقاً وإتباعا لاستنتاجات الملاحظات الميدانية واعتماداً على ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات هذا الموضوع فإنه تمت صياغة الفرضيات التالية :

***- الفرضية العامة الأولى:**

- يعاني تلاميذ ثانوية بلحرش البشير بجاسي بحبح من مستويات مختلفة من الاكتئاب النفسي .

***- الفرضية العامة الثانية:**

- لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي

- **الفرضيات الفرعـــــية :**

أ – يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط ات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب لصالح المجموعة الضابطة.

ب –يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس ين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب بعد مرور أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي.

*– **فرضيات المحاور العلاجية في البرنامج:**

ح – فرضية المحور المعرفي:

– يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التفكير الايجابي والسلبي لصالح المجموعة التجريبية.

خ – فرضية المحور الاجتماعي:

– يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط ي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية.

د – فرضية المحور الجسمي:

– يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الصحي لصالح المجموعة التجريبية.

ذ – فرضية المحور السلوكي (الأنشطة السارة الترويحية):

– يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأنشطة الترويحية لصالح المجموعة التجريبية.

ر – فرضية المحور الانفعالي(الاسترخاء):

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء القبلي و البعدي بعد ممارسة حصص الاسترخاء لصالح التقييم الشخصي القبلي.

المفاهيم الأساسية للدراسة:

***- العلاج السلوكي المتعدد المحاور:**

اصطلاحاً: العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى لدى فرد معين بحيث تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية، ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك،، والشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم بشكلها التقليدي، بل يرون ضرورة ربط التحليل والعلاج السلوكي بجوانب أخرى من السلوك أُهملت في السابق لأسباب نظرية فلسفية، بحيث أصبح المعالج السلوكي يولي الاهتمام لكل جوانب السلوك الإنساني ومتفتح لكل التقنيات العلاجية من مختلف المدارس العلاجية والتي تخدم خُططه العلاجية في نوع السلوك المستهدف، لهذا فإن مفهوم العلاج كما سنستخدمه هو علاج سلوكي متعدد المحاور ، وهي كالتالي:

- محور سلوكي: ويتمثل في الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند "بافلوف" و "هل" بشكل خاص. كذلك الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي(التي أرسى أُسسها Skinner سكينر) ، ويتم التركيز في الدراسة على تعلم و تعزيز سلوكيات وأنشطة البهجة والسرور، وذلك لمواجهة وإزالة سلوكيات الملل والرتابة في السلوك الاكتئابي .
- المحور المعرفي: وتتمثل في أساليب العلاج الذهني أو الفكري والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والمعتقدات غير العقلانية، وإدراك العلاقة بين الفكرة والسلوكيات التي يمارسها الفرد.
- المحور الاجتماعي: وتتمثل في الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية و التوكيدية الذاتية في التفاعلات الاجتماعية من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة وغيرها .(عبد الستار وآخرون بتصرف ،2009،ص37)
- المحور الانفعالي : وتتمثل في أساليب تعديل الاضطرابات الوجدانية السلبية والتنفيس الانفعالي، والتركيز على التخفيف من آثارها الفسيولوجية السلبية التي تصاحبها من خلال تقنيات الاسترخاء العلاجية المختلفة .

– المحور الجسمي: وتتمثل في أساليب تعزيز وتقوية الجانب الجسمي للفرد وتنمية سلوكيات الصحة الجسمية مثل(النشاط البدني، التغذية السليمة، ساعات نوم كافية وعدم الإجهاد البدني، التثقيف الصحي ومجانبة الآفات الصحية التالية: المخدرات، الكحول،التدخين) .

العلاج السلوكي المتعدد المحاور إجرائياً: يعرف على أنه برنامج جلسات يتضمن أساليب علاجية مكونة من خمس مجموعات متعددة كل منها يستهدف جانب من السلوك الإنساني (سلوكي، معرفي، وجداني، اجتماعي، جسمي) وكل مجموعة بها جلسات ذات أنشطة وتقنيات وتوجيهات نفسية سلوكية ذات أهداف جزئية يقوم بها المعالج والمكتئب في علاقة علاجية سلوكية مهنية ، وتتضمن قياسات وتقييمات متنوعة وفق تصميم منهجي تجريبي. بهدف عام وهو تخفيض درجة الأعراض الاكتئابي.

*** – الدين:**

أولاً – مفهومه: الدين في اللغة العربية يُطلق على معانى متعددة:

• فيطلق ويراد منه الجزاء والمكافئة ومنه قوله تعالى: ﴿ مَٰلِكِ يَوۡمِ ٱلدِّينِ ﴿٤﴾ ﴾ سورة الفاتحة آية 4) أي يوم الجزاء وفي المثل: كما تدين تدان.

•ويطلق ثانية ويراد به العادة والشأن تقول العرب :ما زال ذلك ديني أي عادتي

•ويطلق ثالثة ويراد القضاء، والحكم، والسلطان ومنه قوله تعالى:﴿..مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ..﴾(سورة يوسف آية 76).

*يطلق رابعة ويراد به الطاعة وقد دنته ودنت له أي أطعته.

ثانيًا :الدين في الكتاب وردت كلمة الدين في القرآن، في 96 موضعًا في آيات القرآن على وجوه من المعاني تفهم حسب سياقها في نصوص الآيات وهي ثمانية أوجه.

* بمعنى الجزاء والحساب والثواب والعقاب ومنه قوله تعالى: ﴿يَوْمَئِذٍ يُوَفِّيهِمُ اللهُ دِينَهُمُ الحَقَّ ويَعْلَمُونَ أَنَ اللَهَ هُوَ الحَقُ المُبِينُ﴾(سورة النور آية 25) .

* بمعنى العبادة والطاعة ومنه قول الله تعالى: ﴿قَاتِلُوهُمْ حَتَّى لاَ تكون فتنة ويكون الدين لله فإن انتهوا فلا عدوان إلا على الظالمين﴾(سورة البقرة،آية 193).

* الإسلام ومنه قوله تعالى : ﴿هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَى وَدِينِ الْحَقِ لِيُظْهِرَهُ عَلَى الدّينِ كُلِّهِ وَلَوْ كَرِهَ المُشْرِكُونَ﴾(سورة التوبة،آية 33).

* التوحيد ومنه قوله تعالى:﴿فَإِذَا رَكِبُوا فِي الفُلْكِ دَعَوا اللهَ مُخلِصِينَ لَهُ الدّينَ فَلَمَا نَجَّاهُمْ إِلَى الْبَرِ إِذَا هُم يُشرِكُونَ﴾(سورة العنكبوت،آية65).

* الملة ومنه قوله تعالى: ﴿أَقِمْ وَجْهَكَ لَلدِّينِ الْقَيِمِ مِنْ قَبلِ أَن يَأْتِي يَوْمٌ لاَ مَرَدَّ لَهُ مِنَ الله يَوْمَئِذٍ يَصَّدَّعُونَ﴾(سورة الروم،آية 43).

*الشريعة ومنه قوله تعالى:﴿أَمْ لَهُمْ شُرَكَاء شَرَعُوا لَهُم مِنَ الّدِينِ مَا لَم يَأْذَن بِهِ اللَّه وَلَوْلَا كَلِمَةُ الْفَصْلِ لَقُضِيَ بَيْنَهُم وَإِنَ الظَّالِمِينَ لَهُم عَذَابٌ أَلِيم ﴾(سورة الشورى،آية 21).

*يوم القيامة ومنه قوله تعالى:﴿إِنَ عَلَيْكَ اللَّعْنَةَ إِلَى يَوْمِ الدّينِ﴾(سورة الحجر،آية 35).

* الحكم والقضاء ومنه قوله تعالى: ﴿مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ المَلِكِ إِلاَ أَن يَشَاءَ اللهُ ﴾(سورة يوسف،آية 76).

ثالثًا :الدين في الاصطلاح الشرعي:

الدين (الإسلامي):" هو الاستسلام لله بالطاعة والخلوص من الشرك بالمعنى الواسع لهذه العبارة الشاملة لجميع الطاعات والنافية لجميع المعاصي والآثام" فقد ورد في الحديث الذي رواه الإمام البخاري عن أبي هريرة رضي الله عنه عن رسول الله صلى الله عليه وسلم عندما أتاه جبريل عليه السلام يسأله" قال ما الإسلام؟، قال الإسلام ن تعبد الله ولا تشرك به تقيم الصلاة وتؤدي الزكاة المفروضة وتصوم رمضان..إلخ" (الصنيع،1998،ص147)

رابعاً– إجرائيا: المحتوى الديني للبرنامج العلاجي هو توجيهات وواجبات منزلية خارجية ذات مجموعة عقائد وأفكار وسلوكيات ذات طابع ديني أخلاقي تتعلق بتعديل أو تعزيز والتنمية الايجابية لمختلف جوانب السلوك الإنساني وذلك اعتمادا على آيات القرآن الكريم والسنة النبوية والمواعظ والعبر والقصص الدينية.

***– الاكتئاب:**

التعريف: من الناحية اللغوية ورد مصطلح الاكتئاب عند الإغريق كاضطراب في المزاج وكلمة "mélancolie" مشتقة من الكلمة الإغريقية " melan" (أسود)، " cholia"(صفراء) وكذلك في النصوص الإنجليزية القديمة حيث كانت تشير كلمة " melancholia" وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطراب المزاج .

في اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح "dépression" وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (de – presh – un) أما الفعل يكتئب (de press) فقد اشتق من " depressus" الذي اشتق من "depress" كما يستخدم بمعنى الانقباض.

اسم الاكتئاب في اللغة العربية هو مشتق من الفعل الثلاثي "كأب" حيث ورد في كتاب "لسان العرب" لابن منظور الإفريقي أن (الكآبة: سوء الحال، والانكسار من الحزن، واكتئاب اكتئابا: حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب والكآبة أيضًا تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن فهو كئيب).

التعريف الاصطلاحي: عرف علماء النفس الاكتئاب بتعريفات متعددة وفيما يلي استعراض لبعض تلك التعريفات :- يعرف ليتشربيرج licherberg بأنه :"مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوما كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في ملته بتحقيق الهدف" (عسكر 1911 : 60).

- يعرفه زهران بأنه (حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه) (1997 ، ص 514).

- عرفه آمرى EMERY بأنه :"مجموعة أعراض ثابتة قد تستمر ما بين عدة سنوات ، وهذه الأعراض يمكن تحديدها وفقًا لأربع زملات هامة هي :كيف تسلك أو تتصرف؟ (التبلد وبطء الحركة) وكيف تشعر؟ (حزين، مذنب، قلق) وكيف تفكر؟ (نظرة سلبية للذات وللعالم وللمستقبل)، ثم كيف يتفاعل بذلك؟ (مشكلات النوم ومشكلات الشهية) . (موسى 1988، ص 112).

هناك تعريفات عديدة لمصطلح الاكتئاب، سوف نستخدم تعريف بك (Beck, 1967, p. 6) واضع المقياس الأصلي المستخدم في البحث الحالي، ويعرف بك الاكتئاب بأنه حالة تتضمن.

1- تغير محدد فى المزاج ، وذلك مثل وجود مشاعر بالحزن و بالوحدة ، واللامبالاة.

2- مفهوم سالب عن الذات، متزام ن أو مصاحب لتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها.

3- رغبات في عقاب الذات، مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت . -تغيرات في النشاط كما تبدو في : صعوبة النوم و صعوبة الأكل . -تغيرات في مستوى النشاط كما تبدو في: نقص أو زيادة في النشاط.

الاكتئاب إجرائياً: يعرف الاكتئاب إجرائيا في هذه الدراسة بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على سلم بيك الثاني للاكتئاب، في صورته العربية المكيفة لبشير معمرية ، حيث تكون فيها اقل درجة هي الصفر 0 وأعلى درجة هي 63.

الفصل الثانى:

الاكتئاب النفسي

- تمهيد
- تعريف الاكتئاب
- أسباب الاكتئاب
- مدى انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه
- أعرا ض الاكتئاب
- تشخيص الاكتئاب
- تصنيف الاكتئاب
- الآثار السلبية للاكتئاب
- الخصائص النفسية للمراهقين المكتئبين
- الاكتئاب من منظور ثقافي –اجتماعي

تمهيد:

(يُعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر احصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 07% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10 % من خلال أعوام قليلة، وتشير احصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة، 7.7% كحالات اكتئاب متوسطة، 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة.)(الشربيني،2012 ص 19).

من خلال الإحصائيات السابقة ندرك أهمية البحث في موضوع الاكتئاب الذي يُعد مطلباً علمياً، وطبياً، ونفسياً، واجتماعياً، بل مطلباً انسانياً فوق كل اعتبار، لأنه يهدد صحة الإنسان ومجتمعه حاضره ومستقبله وخاصة عندما تكون عينة البحث من فئة المراهقين.

1-تعريف الاكتئاب :

لا يمكن الشروع في دراسة أي موضوع دون تحديد واضح ودقيق لمفاهيمه لذا لابد من بسط التعاريف المختلفة باعتبار أن المعنى الاصطلاحي للكلمة لا ينفصل تماما عن المعنى اللغوي الذي هو مصدر اشتقاق لفظه ومن كنهه سيمتد معناه.

أ-التعريف اللغوي: ورد مصطلح الاكتئاب عند الإغريق كاضطراب في المزاج وكلمة "mélancolie" مشتقة من الكلمة الإغريقية " melan" (أسود)، " cholia"(صفراء) وكذلك في النصوص الإنجلزية القديمة حيث كانت تسيرؤ كلمة " melancholia" وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطراب المزاج .

في اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح "dépression" وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (de – presh – un) أما الفعل يكتئب (de press) فقد اشتق من " depressus" الذي اشتق من "depress" كما يستخدم بمعنى الانقباض.

اسم الاكتئاب في اللغة العربية هو مشتق من الفعل الثلاثي "كأب" حيث ورد في كتاب "لسان العرب" لابن منظور الإفريقي أن (الكآبة : سوء الحال ، والانكسار من الحزن، واكتئاب اكتئابا : حزن واغتم وانكسر ، فهو كئيب والكآبة أيضًا تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن فهو كئيب).

ب-التعريف الاصطلاحي: عرف علماء النفس الاكتئاب بتعريفات متعددة وفيما يلي استعراض لبعض تلك التعريفات :

يعرفه ليتشربيرج licherberg بأنه :"مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية ، وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوما كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في ملته بتحقيق الهدف" (عسكر 1911 : 60).

يعرفه زهران بأنه (حالة من الحزن الشديد المستمر ، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود ، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه) (1997 ، ص 514).

يعرفه بيك (Beke) بأنه :(حالة انفعالية تتضمن تغيرًا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة ، ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط).(صالح، 1989، ص 108).

عرفته منظمة الصحة العالمية W H O في تصنيفها الدولي العاشر ICD – 10 بأنه : "انحطاط في المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يُ بهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط، المتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته وبنفسه معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع ثم لانعدام الشهية .

عرفته جمعية الطب النفسي الأمريكي في تضيفها الرابع DSMIV بأنه: "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل

عن أسبوعين ، النقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء ، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ، رجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت، أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحار حقيقية ، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين منهجيا يتميز بسرعة الغضب وتسبب هذه الأعراض اضطرابا واضحًا في المجالات الاجتماعية والمهنية وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعدي إلى فقدان أو موت شخص عزيز.

عرفه آمرى EMERY بأنه :"مجموعة أعراض ثابتة قد تستمر ما بين عدة سنوات ، وهذه الأعراض يمكن تحديدها وفقًا لأربع زملات هامة هي :كيف تسلك أو تتصرف؟ (التبلد وبطء الحركة) وكيف تشعر؟ (حزين، مذنب، قلق) وكيف تفكر؟ (نظرة سلبية للذات وللعالم وللمستقبل) ، ثم كيف يتفاعل بذلك؟ (مشكلات النوم ومشكلات الشهية) . (موسى 1988، ص 112).

عرفته آسيا بركات بأنه : "اضطراب نفسي وأعراض مميزة تعبر في مجملها عن العجز الإنساني الذي قد يصل في شدته حد الذهان، وهو نتيجة للخبرات المؤلمة في حياة الإنسان، وقد يدفع المصاب به إلى إيذاء ذاته والآخرين للخلاص من الحياة وعذابها" (2000 ص 42).

2- أسباب الاكتئاب:

لا يحدث الاكتئاب فجأة وإنما هو في الأساس نتيجة لتراكم سلسلة من العمليات تبدأ من الطفولة لتستمر مع النمو فتتبلور مع مراحل العمر. وفي وجود جو ملائم تظهر في صورة اضطراب نفسي، وبالتالي فإن الأسباب المؤدية إليه متعددة ومتنوعة، وإنه قد تتوافر لبعض الأفراد بعض الأسباب أو معظمها ، ولكن لا يحدث الاكتئاب ، وذلك تبعا لعوامل أخرى ذاتية وشخصية لكل فرد ، وأخرى بيئية ، لذلك يصاب بعض الأشخاص دون غيرهم بالرغم من التعرض لنفس الظروف والعوامل ، وفيما يلي يورد ال باحث عددا من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب ويمكن تقسيمها حسب نوعها إلى ما يلي:

أ)- عوامل نفسية وشخصية :

أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية: أن هناك أحداثا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطرابات الوجدان أكثر من نوبات التالية وربما كان الاحتمال في كون الضغوط التي تصاحب النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثيرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب (عكاشة ، 2008 ،ص413).

التوتر الانفعالي ، الخبرات المؤلمة والكوارث والشدائد التي ينهزم الفرد أمامها ولا يستطيع تحملها ويعجز عن تقبلها مثل:

* موت عزيز، أو طلاق غير متوقع أو على غير رغبة، أو خسارة فادحة .
* الحرمان الشديد من الحب والمساندة والاهتمام.
* الصراعات اللاشعورية ، وهي كل ما تعرض له الفرد في حياته من مشكلات و احباطات ولم يتم حلها على مستوى الوعي والإدراك.
* تكرار مواقف الإحباط وتراكم الفشل وخيبة الأمل.
* ضعف الأنا الأعلى، واتهام الذات والشعور بالذنب .
* الخبرات القاسية (الصادمة) والتفسير الخاطئ لها ، مثل: الاغتصاب والاعتداء.
* الوحدة مع العنوسة أو سن القعود مع تدهور اللياقة والكفاءة البدنية والشخصية ، وعدم شغل وقت الفراغ.
* المغالاة في الطموح والأمنيات بما لا يتناسب مع الواقع والإمكانات الماتحة وقدرات الفرد فتكرر خبرات العجز والفشل.
* سوء التوافق مع أقرب الناس، ووجود كره أو عدوان مكبوت لا يسمح له الأنا الأعلى بتوجهه للخارج، فيتجه نحو الذات، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب..
* فقد الأحبة بالموت أو المرض.
* الإغراق في المادية وإشباع المتطلبات الجسدية فقط وإهمال مطالب الروح .
* قد يتعلم الأطفال من الوالدين أو أحدهما بعض الأنماط الفكرية السلبية مثل: التشاؤم وإساءة الظن والحساسية المفرطة، وبعض السلوكيات غير السوية مثل: الانطواء والعزلة والعصبية، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم.

* التقاعد من العمل وعدم التخطيط للحياة والانشغال بالتفكير السلبي، وسيطرة الأفكار السوداوية وفراغ حياة الإنسان من أي أعمال إيجابية، والإحساس بالعجز والكسل وعدم الإنجاز وعدم الفعالية .
* تعرض الفرد في طفولته للترهيب دون الترغيب، وللاضطهاد والعدوان.
* ضعف الإيمان بالقدر، وعدم الرضا، والسخط والتذمر ، والخوف من المستقبل.
* الاهتمام المفرط بملاحظة الناس وتتبعهم، والتطلع إلى ما عند الآخرين.
* اضطراب الشخصية مثل: عدم توازن الانفعالات، تضخم الأمور، وتقلبات المزاج والوجدان، والوساوس، كل هذه السمات تجعل الفرد أكثر تعرضا للإصابة بالاكتئاب من غيره من الشخصيات السوية (عُلا ، 2009، ص 81).

كخصائص الشخصية الأكثر استهدافا للاضطراب، منها : سمات الشخصية المنطوية بالخجل و الانسحابية، والتي لديها عدد محدود من الأصدقاء والاهتمامات، الحساسية ، السلبية والاعتمادية والتي تتسم بالتردد والحذر والمحافظة، الشعور بالنقص ونقص الكفاية ، الكرب النفسي المستمر سواء الاجتماعي أو العائلي، أ و النفسي الجسمي، أ و المهني والشعور بالوحدة والفراغ ، وبعدم الأهلية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر، التوتر الانفعالي المستمر، الاحباطات الشديدة والصدمات وغيرها مما يؤدي إلى الإحساس بالضياع واليأس (ريم ، 2010، ص30).

أشارت النتائج إلى أن هناك صفات مشتركة بين العصابيين (أكثرهم مصابون بالاكتئاب العصابي) وهي:

- قلة احترامهم للذات .
- أنهم يميلون نحو الحد الأدنى عند تقريرهم لذواتهم.
- أنهم يشعرون بقلة الكفاءة أو عدمها.
- أنهم غير راضيين عن أنفسهم ولا عن إنجازاتهم –وقد ينكرونها–.

ب)–عوامل معرفية فكرية:

هناك عوامل أخرى تزيد من أعراض الاكتئاب وتطيل من أمد المعاناة منه، وهي عمليات التفكير المشوهة والسلبية لدى المريض، أو الاعتقادات والاتجاهات الفكرية اللاتكيفية mal adaptive assomption.

إن التشويه المعرفي لتفكير المريض يجعله يفشل في فهم وإدراك أن الاستجابة العقلانية أو أي بديل علاجي آخر سينهي يأسه، ويقضي على أي أمل لإنقاذه لذاته ، ويوفر له فرصا مناسبة لإنصاف نفسه واحترام ذاته والتخلص من الاكتئاب.

من أسباب الاكتئاب، وجود مخطط معرفي سلبي لدى بعض الأشخاص الذين يعتقدون أنهم أقل الناس من حيث امتلاك مصادر النجاح فيتبنون إستراتيجية الفشل والتشاؤم لتقلل فرص الخسارة أو الحد من زيادتها وهم مستاءون دائما ولا يتوقعون أي نجاح، ولذلك ينسحب المكتئبون من أي نشاط، وينعزلون ويتوقفون عن ممارسة أعمالهم وحياتهم العادية عندما يتخيلون أنهم سيتعرضون لمزيد من الخسائر والفقد، وييأسون من التصدي لاحباطات الفشل، تجنبا لمزيد من الفشل أو خسارة ، لنه يعتقد أنه لن يستطيع إيقاف ذلك، وستتسارع سلسلة الخسائر والفشل فيتوقف عن أي نشاط، ويقبع في دائرة من التفكير السلبي توقعه في هوة الفشل والخواء والهلاك والتدمير لذاته.. وتزداد أعراض الاكتئاب حدة عند هؤلاء الأشخاص وتطول مدة علاجهم ويزداد أمد معاناتهم.

في ظل تلك المعتقدات الفكرية السلبية، تصبح إستراتيجية المكتئبين ضد الحياة وضد أنفسهم ، فمن حيث يريدون ألا يخسروا شيئا .. يخسرون كل شيء ويفقدون كل شيء وهم يحاولون وقف المزيد من الفقد والخسارة.(علا،2009ص81)

ت)-العوامل الاجتماعية:

نجد من بينها الأساليب الوالدين اللاسوية في التنشئة ، كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم، الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما، التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما، الخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري المشكلات الحادة في العمل، الهجرة أو السفر الطويل والابتعاد التام عن الأهل والأقارب والأصدقاء، الاعتماد على الآخرين في تلبية متطلباتهم الحياة الأساسية، النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات وتكرار التعرض لخبرات منفردة، فقد المكانة أو الكرامة أو الشرف وفقد الوظيفة.

ث)-العوامل الجسمية: (البيوكميائية والوراثية):

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الإصابة بالحميات والتسمم، أو

ارتجاج المخ أو في حالات العادية مثل الإصابة بالحميات والتسمم، أو ارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولا دة وفي حالة الأنفلونز ا الشديدة (عكاشة 1998، ص36). أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب أو السرطان أو التدرن الرئوي وغيرها (ياسين 1988، ص 243).

1 +لأسباب البيوكميائية: أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيتروتونين) هذا الخلل هو المسئول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي وكذلك لقد لوحظ ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلا أثناء فترة الطمث، وأثناء ما يطلق عليه "سن اليأس" أي بعد توقف إفرازات الهرمونات الجنسية، كما يبدو المزاج المتقلب مسيطرا أثناء فترة ما بعد الولادة ، ومع تناول بعض الأدوية كأعراض جانبية. (ريم، 2010،ص 30).

(إن الوظائف العقلية مثل التفكير والمشاعر والحالة المزاجية لها علاقة مباشرة بمستوى مواد كيميائية معينة داخل المخ، يطلق عليها "الموصلات العصبية NERO TRANS MITTERS" وهي مواد توجد في الجهاز العصبي للإنسان وللمخلوقات الأخرى أيضا، وتؤدي وظيفة الاتصال بين الخلايا العصبية، وقد كشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين بعض هذه المواد مثل "نورابنفرين" "NEUREPINEPRIN" ،ومادة "السيتروتونين SEROTONIN" ومواد أخرى وبين الحالة المزاجية ، حيث تبين أن بعض هذه المواد تَنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالات الاكتئاب النفسي ، كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية واختفاء أعراض الاكتئاب)(الشربيني ، 2012، ص28).

2-الوراثة:

(يحاول كل من يتعرض لحالة الاكتئاب النفسي أن يجد سببا واضحا للحالة بشكل مباشر، فإذا فرضنا أن أعراض الاكتئاب بدأت بعد حدوث واقعة معينة مثل وفاة أحد الأصدقاء أو مشكلة عاطفية أو خسارة مالية، فإننا في هذه الحالة نقول أن هذا الحدث هو السبب المباشر في حدوث الاكتئاب، لكن هناك الكثير من الناس يتعرضون لنفس المواقف ولا يصابون بالاكتئاب، وعلى ذلك فإننا يجب أن نحاول في كل حالة من حالات الاكتئاب تحديد السبب الحقيقي لحدوث هذه الحالة، قد ثبت من

خلال الدراسات النفسية أن هناك عامل وراثي قوي وارد وراء الإصابة بحالات الاكتئاب)(نفس المؤلف ، 2012، ص24).

أكدت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دورا مؤكدا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب حيث (وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه، فإذا كان الأب والأم مصابا بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة 25-30 % أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلى 60 %)(ريم ، 2010، ص28).

3- مدى انتشار الاكتئاب

يأتي الاكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عُصابي وأكثر الاضطرابات انتشارا في العالم، حيث ينتشر بمعدلات عالية نسبيا، وفي حالة ازدياد مُتسارعة كما دلت على ذلك الإحصائيات خاصة في مراجعة الطب النفسي وتقارير منظمة الصحة العالمية وبالرغم من ذلك فإن الغالبية العظمى من مرض الاكتئاب لا يعرف أحدٌ عنهم شيئا، لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا تبدو عليهم بصورة واضحة مظاهر الاكتئاب النفسي بالرغم من ذلك فقد أحصي حوالي 500 مليون مكتئب تدوم لديهم الحالة الاكتئابية سنة كاملة .كما وجد انه جد منتشر عند النساء لذا تمثل نسبة تردده لديهن ضعفا عند الرجال.

تشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 07% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال الأعوام القليلة، وتشير إحصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي تشملها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة، 7.7% كحالات اكتئاب متوسطة 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة. (الشربيني 2012، ص 16).

كما أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20% من المرضى الذين يراجعون الأطباء من أعراض مرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض الاكتئاب أو أنها مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة به، وأن نصف هؤلاء المرضى تقريبا أي 10% تكون الأعراض الاكتئابية لديهم شديدة .

خلافا للكتب السيكياترية الغربية، التي كانت تعتبر مرض الاكتئاب مرض العالم الغربي، فإن اضطرابات الاكتئاب تُشاهد في جميع المجتمعات بدون تمييز ولا تشخيص ومثالنا على ذلك الهند، حيث يُشخص مرض الاكتئاب المنشأ في العامة بنسبة 20% إلى 30% من المرضى المُصابين باضطرابات سيكياترية مختلفة (العسيوى، 1990، ص 68).

يفسر الاكتئاب جزئيا بأنه عداء ضد النفس، أقصى درجات هذا العداء هو الانتحار، وقد ثبت أن 70% من الذين لجؤ إلى الانتحار على المستوى العالمي يُعانون من الاكتئاب وهناك 20% من مرض الاكتئاب يحاولون الانتحار.

تشير دراسات الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمع الإنساني ،أن المرأة تعاني أكثر من الرجال في الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب حيث تذكر كلبرسون CULBERSON (1997) في تقريرها، أن النساء تفوقن عن الرجال خلال الثلاثين سنة الأخيرة، من حيث نسبة الإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف وهذه النتيجة تنطبق على المستوى العالمي (عبد الستار، 1998، ص 37).

في دراسات أخرى، بينت نتائجها أن هذا الفرق يمكن أن يصل إلى الثلث ، إن احتمال الإصابة بالاكتئاب خلال الحياة تتراوح ما بين 10% بالنسبة للرجال و 20% بالنسبة للنساء، هذا بالنسبة للمجتمع العام .(kacha . 1996 . p 60).

بينت دراسة روتر RUTTER (1985): أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى مرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الإناث بعد سن المراهقة .

أثبتت بعض الدراسات لروفاك ROVAK 1984 و ويسمان WISMAN (1987): أن نسبة الاكتئاب هي نفسها عند الجنسين بين مرحلة ما قبل الرشد.

كما أثبتت الدراسات التي أقامها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية أن الاكتئاب ينتشر بنسبة أكبر أثناء المراهقة عند الإناث، وهذا راجع إلى ميكانيزمات بيولوجية نفسية واجتماعية ويربط كل من غراهام وروتر GRAHAM ET RUTTER (1985) وريان RAYEN (1986)، بين الاكتئاب وبين هذه التغيرات، فإذا كان منشط الأنوثة مسؤولا عن الاكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكور عند الفتى يحميه من الاكتئاب، أو يسهل السلوك الذي يخفيه (شاريول، 1998، ص18).

كذلك ترجع إلى أسباب نفسية واجتماعية تخص المرأة، فحياة المرأة أكثر صعوبة من حياة الرجل، وأن المرأة في الأغلب أكثر تعبا وإرهاقا من الرجل فهي تواجه خبرات حياتية يومية صعبة ومؤلمة أكثر مما يواجهها الرجل، وحتى إذا تساوى الاثنان (الرجل والمرأة) في مواجهة المواقف الصعبة، فإن المرأة ليست لها نفس مهارات التكيف والمواجهة التي يمتلكها الرجل عموما.

بعض النساء يُصبن ما بين 10 – 15 % من النساء بعد الولادة، وقد تكون النسبة الحقيقية أكبر من ذلك، لأن العديد من النساء لا يطلبن المساعدة، ولا يتحدثن عن معاناتهن (عُلا ، 2009، ص 20).

أطلق الشربيني 2012 وصف "ظاهرة الجبل الجليدي" الذي يتم التعبير به عن الظواهر التي يختفي الجزء الأكبر منها بينما يبدو على السطح الجزء الأقل وهو ما ينطبق على الاكتئاب حيث أنه بحجمها الهائل لا يمكن الإحاطة بها عن طريق الأرقام والإحصائيات، وكل ما نراه من حالات الاكتئاب النفسي هو مجرد الحالات الحادة والواضحة، بينما يوجد أضعاف هذه الحالات من المرضى الذين يعانون في صمت، ولا يكتشف أحد حالتهم لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا يطلبون العلاج ، والدليل على ذلك الدراسة الميدانية الموسعة التي أجريت في خريف عام 1974 واشترك فيها حوالي 15 ألف طبيب ينتمون إلى عدة بلدان منها ألمانيا، فرنسا، أستراليا وسويسرا وغيرها، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقارب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشافهم، أما البقية من حالات الاكتئاب فإن ما يقارب من 13 – 15 % منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين الذين يعملون في التخصصات المختلفة غير الطب النفسي، ولا يذهب إلى الأطباء النفسيين سوى 2% فقط من مرضى الاكتئاب ، هناك نسبة من المرضى يُقدمون مباشرة على الانتحار دون أن يتم تشخيص حالتهم (الشربيني، 2012، ص17).

من خلال ما سبق وخاصة لمعرفتنا مدى انتشار واتساع مشكلة الاكتئاب يومًا بعد يوم يجعل من الضروري علينا فهم هذا المرض على حقيقته، منعا للالتباس بينه وبين أمراض عضوية يشترك معها في الأعراض الجسمية وقد تنبأ بعض العلماء قبل عقدين ماضيين بازدياد عدد المصابين بالاكتئاب خلال العقود القادمة وذلك لعدة أسباب يعتقد أنها تؤدي إلى زيادة انتشار الإصابة به منها:

- ارتفاع معدل الأعمار (سبب التقدم الطبي الهائل).

- التغيرات النفسية والاجتماعية السريعة جدًا لدرجة أنها تسبب الإرهاق النفسي والعصبي، وتستنفذ الطاقة الحيوية للإنسان .
- استهلاك العقاقير الطبية بكثرة والتي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب كأحد تأثيرات الجانبية السلبية.
- ازدياد الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقها الاكتئاب كعرض مرضي من أعراضها.(عُلا 2009 ص 20).

ضف إلى ذلك تعقد الحياة ونمط المعيشة والظروف الاقتصادية التي تعصف بالدول الصناعية فضلا عن غيرها والبطالة ، وطغيان المادية في التعاملات والبعد عن الدين أو الإلحاد.

4-أعراض الاكتئاب:

تعتبر حالة الحزن والأسى والمشاعر الوجدانية البغيضة ، من أهم مظاهر وعلامات الاكتئاب النفسي التي تسيطر على الإنسان عند إصابته بالاكتئاب وتحت وطأة هذه الحالة يعاني الشخص من شعور قوي بالانحطاط النفسي والبدني وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة وتكون القاعدة العامة في هذه الحالة كما يذكر علماء النفس هي فرط الهبوط في الهمة والتباطؤ في كل شيء every thing is lon and slow، وهذه القاعدة تنطبق تقريبا على كل مرضى الاكتئاب .

(الاكتئاب شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتزاملة بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي(ذهني ومزاجي) وبعضها اجتماعي، هذه الأعراض هي التي نسميها الزملة الاكتئابية، وهي تشمل ببساطة على الجوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها – تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه)(عبد الستار ، 1998، ص20).

ويمكن تقسيم أعراض الاكتئاب الإكلينيكية إلى فئات أو محاور أساسية هي:

أ/- الأعراض الجسمية:

كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق فقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك، والصراع والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية، تأخر

زمن الرجع، توهم المرض والانشغال على الصحة واضطراب النوم والدورة الشهرية وتجلى الكآبة على المظهر الخارجي، (ويعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعا وأكثرها خداعا، فعادة ما يصبح الاكتئاب مستترا في تشكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك)(نفس المؤلف، 1998،ص 22).

ب/- الأعراض النفسية:

أكثر هذه المظاهر يدور حول المزاج المُعْتم، وقد يتم وصفه من جانب بعض المرضى مع مصطلحات جسدية مثل ورم في الحنجرة ، شعور بالجوع أو ضيق في الصدر ، ومرضى آخرون يستخدمون صفات وجدانية تقليدية ومألوفة مثل آخرين غير سعيد، خجول، مهموم، الشعور بالذنب، الوحدة، اليأس، الشعور بالتعاسة، كئيب، الذل والخزي، وهناك نمط ثاني من المظاهر الانفعالية يتكون من مشاعر سالبة نحو الذات ، تلك المشاعر تكون موجهة داخليا، وهناك الانخفاض في الرضا أو فقدان الرضا، وفقدان الاهتمام بالآخرين والاستمتاع بالمواقف الطريفة .

ت/- الأعراض المعرفية:

تشير إلى مدى قدرة الأفراد على التركيز واتخاذ القرار، وكيفية تقييمهم لأنفسهم الذي يغلب عليه التقييم الذاتي المنخفض، نزعة الشخص أن يرى نفسه على أنه ضعيف عاجز عن تعليل ما يحدث له وعاجز عن التأويل، فيميل المريض إلى وصف نفسه بأنه وضيع أو غير ملائم، وتبرز الأحكام السلبية التلقائية تجاه الذات والآخر، وأفكار انتحارية وسوداوية تشاؤمية.

ث/- الأعراض السلوكية:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالبا ما يكون مؤشرا على وجود الاكتئاب من عدمه، من مثل عدم الاهتمام بالملبس نظافته وترتيبا وحتى النظافة الشخصية تعتبر مؤشرا على ذلك

كذلك الكسل والفتور الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة العادية والسارة المبهجة منها حيث تتسم حياته بالرتابة والممل ، وكذلك قلة الكلام وبطئه، واستجابة الفرد بجمل بسيطة أي الاستجابات التي تسمى بالتأخر النفسي- الحركي ، وكذلك نقص إنتاجية الفرد وانخفاض مستوى طاقته

ج/- توتر العلاقات الاجتماعية :

يعتبر الانطواء والانسحاب الاجتماعي المُشكل الاجتماعي الأكثر بروزا لدى المكتئبين وإن نسبة كبيرة منهم يُعَبرون عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ الصعوبة لديهم في مظاهر متنوعة منها: عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية والزهد فيها ، إحساس البعض بالتكدر والقلق والمرافق الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية يشعر البعض منهم بأنه وحيد، وينتقد حب الآخرين ودعمهم، مع ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة (عنو ، 2005،ص129).

لخص بيك BECK (1997 ص 40)الأعراض الاكتئابية في 21 عرض هي:

- الحزن sadness.
- التشاؤم pessimism
- الشعور بالفشل feeling of failure
- نقص الرضا lock of satisfaction
- الذنب guilt
- كره الذات self didlike
- رغبات انتحارية suicidaluvshes
- التهيج ivvitalvlity
- التردد indecisiveness
- صعوبة العمل work inlribition
- الإحساس بالعقاب sense of punishment
- اتهام الذات selfaccusation
- نوبات بكاء crying spells
- الانسحاب الاجتماعي sosial urithdrawalr
- تغير صورة الجسم body distortion
- الأرق insomnia

- سرعة التعب fatigalvlity
- فقد الوزن loss of weight
- فقد الليبيدو loss of libido
- فقد الشهية loss pf appetite
- الانشغال الجسمي somatic – n

تستعرض رابطة الأطباء النفسانيون بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي (DSM IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي: ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن، الأرق insomenia أو النوم المفرط hyper somnia ، التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتملل restlessbess أو التبلد)، فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة ، تناقص الطاقة مع الشعور بالاجتهاد fatigue الإحساس بانعدام القيمة worthlessness ولوم الذات والإحساس بالذنب. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز مثل التبلد الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتا مع محاولات الانتحار (عسكر، 1988، ص33).

أما منظمة الصحة العالمية WHO 1983 فقد أجرت دراسة عن الاضطرابات الاكتئابية في الثقافات المختلفة شملت عينة قوامها 573 فرد (58.9 % إناث، 41.1 % ذكور) من المصابين باكتئاب لا يعزى لعيوب جسمية أو لشيخوخة أو تسمم أو تلف بالمخ أو تراوحت الأعمار الزمنية 8 أفراد العينة بين 10 و 70 سنة، وقد تم إختيار العينة من خمس مناطق ريفية وحضرية من بعض البلدان النامية والمتقدمة وهي إيران (طهران، ن = 107)وكندا (مونترال، ن= 108)سويسرا (بازل ، ن = 136) اليابان (نجازاكي، ن= 108، كوكيو، ن= 114) تبين منها:

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 76 % و 100 % من أفراد العينة هو الحزن، انعدام الابتهاج، القلق، التوتر، عدم النشاط، فقدان الاهتمام، فقدان المقدرة على التركيز، الأفكار الموجبة بالشعور بالقصور وعدم الكفاءة وإنعدام القيمة .

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 51 % و 75 % من أفراد العينة هي اليأس، العدوان ، التهيج ، اضطراب الأداء الاجتماعي ، بطء التفكير ، نقص القدرة على اتخاذ القرار ، صعوبة في إدراك

الوقت ، الأفكار الإنتحارية، التأخر النفسي الحركي، فقد الرغبة في الاتصال بالآخرين، نقص في الشهوة الجنسية، الإستقاظ المبكر ، عدم القدرة على النوم، النوم المتقطع والمضطرب ، فقدان الشهية، تغير وزن الجسم، مشاعر الضغط والألم.

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 26 % و 50 % من أفراد العينة هي: الأحاسيس الموحية بالشعور بالذنب ولوم الذنب، وساوس، الهياج النفسي الحركي ، مزاج أكثر سواء في الصباح ،الإمساك ، أعراض بدنية أخرى.

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 01 % و 25 % من أفراد العينة هي: الأفكار الموحية بالفقر، الشعور بالاضطهاد والاستهداف والأوهام الموحية بالشعور بالذنب ، وهام وساوس، مزاج أكثر سواء في المساء أوهام أخرى .

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويجئ عند البعض الآخر مختلطا مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، التشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس ... وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية جسمية أخرى (عبد الستار، 1998،ص16).

5-تشخيص الإكتئاب:

عملية تشخيص الأمراض النفسية من الخطوات الهامة في عملية العلاج النفسي حيث من خلالها يتحدد مسار وخطوات العملية العلاجية وكذا شفاء وتحسن الأعراض النفسية، فالتشخيص نصف العلاج.

التشخيص جمعٌ للمعلومات الخاصة حول المفحوص ثم تُحلل وتنظم بغرض ضمها ووضع خطة علاجية لها تلاءم وتناسب خصوصية الاضطراب والمفحوص. وتشخيص الاكتئاب عملية صعبة ومعقدة في الحقيقة وذلك لتعدد أنواعه ودرجاته، وأن لكل منها أسلوبه في التشافي.

(للتشخيص السليم يجب ظهور زملة من الأعراض اتفق عليها معظم المتخصصين في العلاج النفسي، وأن تستمر لفترة ليست قصيرة، ثم بعد ذلك تلاحظ ملابسات كل حالة والظروف الخاصة بها، ومن هذه الأعراض:

-الحزن والشعور بالعجز والشفاء

-القنوط واليأس

-فقد الثقة بالنفس وعدم القيام بالواجبات الحياتية اليومية

-الخوف من المستقبل والشعور بأن الدنيا معادية لا ترحم

-الشعور بالضيق وعدم التحمل لأي مشاكل أو مسؤوليات

-اضطراب النوم، أوصعوبة الدخول فيه، وخلل النوم وأحلام مزعجة

-صداع يشمل عامة الرأس

-صعوبة في التركيز

-الابتعاد عن مباهج الحياة، والتصريح بتفاهتها.

وتشترك جميع أنواع الاكتئاب في الأعراض المذكورة وعند التفرقة بين نوع وآخر من أنواع الاكتئاب يجب ملاحظة بقية الأعراض الخاصة بكل نوع، والظروف المحيطة بكل حالة على حده)(علا، 2009 ص104)

فيما يخص التشخيص للأمراض النفسية هناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية والتشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

-التصنيف الدولي للأمراض النفسية

-الدليل التشخيص الإحصائي للأمراض النفسية. فيما يلي تفصيل مُسير لكل منها فيما يخص الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب:

-التصنيف الدولي للأمراض النفسية: إن هذه التصنيف international (icd) classification of disseases يصدر عن المنظمة الصحة العالمية وفيه عدة طبعات حيث وصل إلى الطبعة العاشرة في عام 1993، وتصنف وفقا لها الاضطرابات الاكتئابية تحت تصنيف الاضطرابات المزاجية والوجدانية

- الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية:

هذا الدليل Diagnostic and statical Mantal Disorders (DSM) تصدرهُ الجمعية الأمريكية للطلب النفسي، نشرت أول طبعة منه عام 1952، وتوالت الطبعات إلى أن وصلت إلى الطبعة الرابعة، فالخامسة التجريبية وهو تصنيف يجرى العمل به بشكل واسع وتُصنف الاضطرابات المزاجية في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية

كما قلنا سابقا فإن عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة ، تحتاج إلى الدقة والتنظيم والنظرة الشاملة، فيجب عند تشخيص الاكتئاب مراعاة التفريق بين الاكتئاب وبين بعض الاضطرابات الأخرى المشابهة وهذه العملية تسمى بالتشخيص الفارقي.

من أمثلة الاضطرابات المشابهة ما يلي:

-ذهان الشيخوخة

-عودة نوبات إكتئاب عند أم أصيبت به قبل الولادة

-الاضطرابات الانفعالية المبكرة للفُصام

-الهوس الاكتئابي

-أعراض بعض الأمراض العقلية

-التهاب الدماغ

-تصلب الشرايين الدماغية

-حالة الغم الشديد التي تظهر عادة بفقد عزيز

-اضطرابات الحيض عند المرأة

-فقد الشهية تماما ونقص الوزن بدرجة ملحوظة

- محكات التشخيص:

يقول علا إبراهيم (2009 ص108) أنه اتفق معظم المعالجين النفسيين على ضرورة ظهور خمسة أعراض على الأقل من الأعراض العامة للاكتئاب قبل الحكم على شخص ما بأنه مريض بالاكتئاب، وأن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل والأعراض لمدة تزيد على الشهرين، وأن تؤثر الأعراض على أمرين هامين في الحياة الإنسان وهي:

-العمل أو الدراسة

-الحياة الاجتماعية والعلاقات الأسرية

أما الأعراض التي أتفق عليها فهي:

1. المزاج الكئيب، والحزن أغلب الوقت
2. فقد الاهتمام بالأمور المفرحة، وعدم الرغبة في الهو ايات، والأنشطة التي من طبيعتها أن تدخل السرور والبهجة إلى النفس.
3. اضطراب ملحوظ في الشهية
4. اضطراب النوم
5. التدهور النفسي الحركي
6. الشعور بالذنب وتأنيب الضمي
7. ضعف التركيز وتشتت الانتباه وكثرة النسيان
8. عدم الثقة بالنفس
9. كثرة التفكير بالموت بطريقة سلبية بحيث ي قعده عن العمل الإيجابي، وأنه لا فائدة من أي عمل ولا قيمة له.

6- تصنيف الاكتئاب:

عند التطرف إلى تصنيف الاكتئاب لابد من الإشارة إلى تعدد تصنيفاته تبعا لمنشئه وأسباب حدوثه، ودرجاته وتبعا لأعراضه ومدى حدة هذه الأعراض، فمن حيث الأسباب هناك نوعين رئيسيين للاكتئاب هما: 1- الاكتئاب الأولي: وهو الذي له أسباب محدودة، ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف واضحة.

2- الاكتئاب الثانوي: يحدد نتيجة لأسباب محددة وعوامل وظروف واضحة ومعروفة، وهذا النوع قد ينتج عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة، مثل: أمراض القلب والسكر، والسكر والسرطان والكبد والتهاب المفاصل وأمراض نقص المناعة وبعض أمراض الدم ومن حيث المنشأ، يوجد نوعي أساسين أيضا كما يلى:

1 +الاكتئاب الذهاني أو (العقلي):

وهو داخلي المنشأ، وراثي الجذور وله أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها الجمود الانفعالي، والبطء الحركي والكآبة الدائمة

2 +الاكتئاب العصابي أو (النفسي):

ويطلق عليه أيضا الاكتئاب الانفعالي وهو واسع الانتشار ويرجع إلى عوامل خارجية مثل: ظروف البيئة المحيطة بالفرد وإلى عوامل نفسية وانفعالية خاصة بالفرد ذاته.

وفيما يلي مقارنة بين أعراض كل هاذين النوعين من الاكتئاب من حيث المنشأ:

جدول رقم(01) يوضح المقارنة بين الاكتئاب النفسي والاكتئاب الذهاني:

الاكتئاب العصابي (النفسي)	الاكتئاب الذهاني (العقلي)
1-خارجي المنشأ لا يتسبب من الوراثة، وأسبابه من البيئة أو ذاتية نفسية وانفعالية واضحة معروفة.	1 داخل المنشأ. والوراثة لها دور قوى في حدوث، وأسبابه غالبا ما تكون داخلية غير واضح، أو ذاتية غير معلومة أو مفقودة.
2-أكثر انتشارا وشيوعا. ويحدث في أي مرحلة عمرية.	2 أقل شيوعا وانتشاراً. ويحدث بعد سن الثلاثين.
3-التاريخ المرض للعائلة ليس له تأثير واضح في حدوثه، ونادرا ما يحدث لأكثر من شخص في العائلة الواحدة	3 التاريخ المرض للعائلة له تأثير قوى في الحدوث في أغلب الحالات. وينتشر في معظم أفراد العائلة
4-جذور المرض غير عميقة، ولا يشترط أن يكون الفرد قد أصيب به في فترات سابقة لأن نوباته لا تتكرر إلا نادرا.	4 جذوره عميقة وحدوث نوبات سابقة تكون أكثر احتمالا لأنها متكررة .
5-تظل علاقة المريض بالواقع منطقية	5 علاقة المريض بالواقع بعيدة عن المنطق، واتصاله بمن حوله آلى مع عدم اتصال الأفكار

ومفهومة، ولا تنقطع. واتصاله بمن حوله موجود، ولا يبتعد كثيرا عن واقع الحياة ويظل موصولا بالحقيقة.	مع واقع الحياة، ومع شدة الحالة ينقطع الاتصال بالواقع والحقيقة ويصبح معدوما.
6–قد تفتر انفعالاته ويبتعد عن مثيرات الفرح والسرور، ولكنه لا يصل إلى درجة الجمود الانفعالي.	6 لا يتجاوب مع مثيرات الفرح والسرور ولا يتعاطف مع الآخرين ويصاب بالجمود الانفعالي.
7– تكثر نوباته في المساء	7 تكثر نوباته في الصباح
8– توجد أوهام أو هلوسات ولا أفكار اضطهادية ولا انعدامية.	8 توجد فيه أوهام اكتئابية، وهلوسات اضطهادية وأفكار انعدامية وهذيانات والشعور بالذنب والخطيئة.
9–تتحسن حالة المريض عندما يوجد بين جماعة من الناس.	9 قد تزداد الحالة سوءا بصحبة الآخرين، وينفر منهم ويفضل العزلة.
10–فكرة الانتحار قد ترواد بعض المرضى في الحالات الشديدة، ولكنها قليلة، ولا تحدث عن نية أكيدة، ويشوبها التردد والتهديد بها للآخرين، وخوف من الإقدام.	10 فكرة الانتحار ترواد المريض بقوة وبدون سابق تفكير، ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ولا يتردد، ويقدم عليه في جمود شعورى، والدافع هنا هو إهلاك الذات.
11–التقييم الذاتى سلبى فقط.	11 التقييم الذاتي يصل إلى تحقير الذات وإدانتها على أمور وضيعة لم تصدر من الشخص في الواقع، ويعتقد أنه غير مستحق للحياة، وبعدم نفعه وصلاحيته فيها.
12–سلوكيات المريض سلبية فقط.	12 سلوكيات المريض تصل إلى النكوص الشديد والخطير.
13–النشاط العقلى بطيئ نسبيا.	13 هبوط شديد في الوظائف العقلية والنشاط الحركى والنفسى.
14– الاستبصار موجود وجيد، حيث نجد المريض واعيا بحالته مستبصرا بها.	14 الاستبصار ضعيف ومضطرب، وغالبا ما يكون المريض غير مدرك لحالته ولا واع بها.
15 –التغيرات البدينة العضوية قليلة، ويمكن السيطرة عليها، وتستجيب للعلاج النفسى.	15 التغيرات البدنية كثيرة وتزداد سواءاً يوما بعد يوم، ومن أهمها: الصداع والإمساك وسقوط الشعر وتوقف الحيض والعنة.
16 –ويتحسن بالعلاج النفسى بأنواعه وخاصة	16 يحتاج للعلاج بالعقاقير الطبية إلى جانب العلاج

العلاج النفسى المعرفى. وقد يحتاج للأدوية الطبية بجرعات خفيفة. ويفيد العلاج الإجتماعية والبيئى. 17 +المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج. وعلاجه بالعيادات النفسية.	النفسي، كما يحتاج للعلاج بالصدمة الكهربائية في الحالات الشديدة. 17 المريض لا يدرك مرضه ولا يسعى للعلاج، وعلاجه يجب أن يكون داخل المستشفيات النفسية

(علا، 2009،ص26)

يضيف القريطي (1998 ص393) التصنيف التالي، وذلك حسب الشدة :

*–نوبة اكتئابية طفيفة أو خفيفة الشدة:

وهي أقرب إلى عسر المزاج ويكون المزاج الاكتئابي أو متلازمة الاكتئاب فيها أمرا مؤكدا، حيث يشعر المرء بالهم وفقدان الاهتمام كما ينتابه الإحساس بالتعب وغالبا ما يكون المريض قادرا على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن وبصعوبة، ويلاحظ في هذه النوبة غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، كما يلاحظ أنها ربما قد تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالبا ما تزول أثارها دون خدمة طبية نفسية متخصصة .

*–نوبة اكتئابية متوسطة الشدة:

تؤدي إلى اضطراب الروتين اليومي للمريض وصعوبة قيامه بالأداء الاجتماعي والمهني لكنها لا تعجزه تماما، ويلاحظ في هذه النوبة وجود تعطل وأفكار خاصة بعدم الكفاءة والفاعلية وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي وبعض الهياج مع عدم وجود أوهام ومن الضروري لتشخيصها إضافة مع ما سبق، استمرارها لمدة أسبوعين على الأقل.

*– نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية:

تكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية أو أفكار أو خطط أو محاولات انتحارية وكذلك باضطراب الأداء الاجتماعي أو تعطله تماما ويستخدم في تشخيصها أيضا ضرورة استمرارها لدى المرء لمدة أسبوعين على الأقل.

*–نوبة اكتئاب حاد مع أعراض ذهانية:

ويطلق عليها أيضا اكتئاب ذهاني واكتئاب ذهاني تفاعلي، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطوارا حادة و ذهانية وضلالات وهلاوس وبطء نفسحركي، وقد يتطور إلى حالة من السبات وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض من بينها الإضراب عن الطعام وهياج يصعب السيطرة عليه، أو أعمال اندفاعية انتحارية وهو ما يطلق عليه بالسوداوية الفجائية.

-الاكتئاب ثنائي القطبية:

هو اكتئاب يجمع بني أعراض الاكتئاب وأعرض الهوس لهذا سمي بالثنائي القطبية (عكس الاكتئاب فقط أحادي القطبية)، وهو يحدث بطريقة دورية، ويكون التغير من خلال التقلب الحاد في الانفعالات والوجدان وقد يحدث التقلب سريعا وقد يكون متدرجا في بعض الحالات، وأحيانا تكون الأعراض واضحة وفي طور آخر تكون غير واضحة حيث تتأرجح الحالة بين الهوس والاكتئاب (علا، 2009 ص30).

أما أهم أعراض نوبة الهوس فتتلخص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المُصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات، عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار المتطايرة الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، زيادة النشاط الهادف اجتماعيا أو عمليا أو أحيانا باستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلا وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الاجتماعية (النجمة، 2008، ص19)

هناك تصنيفات أخرى للاكتئاب نوجزها فيما يلي:

-الاكتئاب الناشئ عن علة جسمية: تمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي ونوبات هوس كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة من مثل مرض أو إصابة بالمخ مثل باركنسون، أو نتيجة إصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين (ب) .

-إضطربات المزاج الاكتئابية المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية: تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية الكيمائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع(الانسحاب).

-اضطرابات خاصة بالمرأة: من مثل اكتئاب ما قبل الدورة ويصيب حوالي 30% من النساء.

-اكتئاب أثناء الحمل وهو يصيب 10 %من النساء .

-اكتئاب بعد الولادة والذي يصيب من 10-20% من النساء بدرجات مختلفة

-اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية والذي يصيب 10-15% من النساء في هذه المرحلة من العمران (زهران، 1997 ص516).

*الاكتئاب الموسمي:

(يرتبط حدوثه في بعض فصول السنة دون غيرها، تتكرر نوباته بصورة دورية في النفس الوقت الذي حدث فيه، ويأتي بكثرة في فصل الشتاء وقد يحدث للبعض في فصل الصيف، وهو اضطراب من النوع الوجداني يكون مصحوبا بأعراض تميزه عن غيره من أنواع الاكتئاب الأخرى، مثل: وجود نقص في الحيوية وزيادة شديدة في النوم ونهم شديد للمواد النشوية وتحسن معظم الحالات بالتعرض المنتظم للضوء الساطع في فترات الصباح الباكر بالإضافة إلى تناول بعض مضادات الاكتئاب البسيطة حسب ما يقرره الطبيب)(علا، 2009 ص32).

7-الآثار السلبية للاكتئاب:

إن الاكتئاب خطرٌ متربص بالإنسانية فقد يصل في بعض الحالات الشديدة والحادة إلى توقف حياة الفرد تماما إما جمودًا للأنشطة الحياتية اليومية أو بالتصفية الجسدية والانتحار، من خلال شكاوي المصابين بالاكتئاب وذويهم أمكن حصر عدد كبير من التأثيرات السلبية للاكتئاب، مع ملاحظة الاختلاف في شدتها من حالة لأخرى حسب درجة الاكتئاب ونوعه، فهناك آثار سلبية وأعراض على الصعيد الجسمي والحركي وهي متعددة وأخرى على النواحي العقلية وأخرى على الحياة الاجتماعية والعملية والشخصية والانفعالية.

يكون أثر الاكتئاب على المصاب في جميع جوانب حياته ويتأذى الآخرون من أجله، وخاصة أسرته وأقاربه وأصدقائه لكن يظل إيذاءه لنفسه أكبر من أي تصور، فقد يصل إيذاء المكتئب لنفسه إلى حد التفكير في التخلص من الحياة، ولهذا يؤكد معظم الأطباء والمعالجين النفسيين أن الاكتئاب من أخطر الاضطرابات النفسية على الإطلاق، وفي هذا السياق يقول أحد المعالجين:(إن كان الشيب زحف إلى رأسي، فإن معظم هذه الشعيرات البيضاء ترجع إلى هول ما سمعت من مرض الاكتئاب)، ويقول أيضا : " لو كان الاكتئاب رجلاً لقتلته"، ثم يقول :(إنني أكره الاكتئاب بنفس القدر الذي أحب به مريض الاكتئاب ... فهو أرق الناس وأصفاهم)(عُلا، بتصرف، 2009، ص 61).

إن كان لكل شيء نقيضه، فإن الاكتئاب نقيض الحياة حيث يجعلها مستحيلة في نظر المريض به وغير محتملة، وقد أصبح في نظر نفسه عديم القيمة وأن حياته عديمة الجدوى، والآلام تهاجمه، ولا يجد أي حل للخلاص منها حتى لا يرى إلا الموت هو طريق الخلاص الوحيد ، فمثلاً أقدمت أم على قتل وليدها الرضيع وهي في حالة اكتئاب شديد لكي تحميه من عذاب الاكتئاب الذي تعاني منه

يقول بعض مرضى الاكتئاب :"أشعر وكأن النار تشتعل في صدري ... لم أعد احتمل هذا الألم "، ويقول آخر :"إن أي ألم محتمل إلا هذا الألم الذي أشعر به " وهو الألم النفسي ".

يتمنى مريض الاكتئاب آخر أن يفقد أي ع ضو من أعضائه، ويشفى من آلام الاكتئاب النفسية، ففي بعض الحالات الشديدة ، يشعر أنه يستحق هذا العذاب، إنه الإحساس بالذنب من دون أي ذنب اقترفه بل يزيد من تحقير ذاته، والتقليل من شانها وقيمتها ويشعر أنه عالة على الآخرين وهو السبب في معاناتهم، فيضعف تركيزه، ويتضاءل نشاطه وتقل حركته ... ويبتعد عن الحياة العملية والاجتماعية، ويبدأ في الاعتزال التدريجي عن الحياة، ويصل البعض إلى المرحلة حين يقول : "أن الحياة لا تستحق أن نحياها" وتنعدم لديه الرغبة في الحياة ، وتراوده فكرة الخلاص ويدبر لها بإحكام ولا يخبر أحدًا حتى ينفذ دون توقع من أقرب الناس إليه وأحيانا وللأسف قد يخبر بعض المقربين له، لكنهم لا يصدقون ولا يأخذون كلامه مأخذ الجد ثم يفاجئون يومًا بأنه قد نفّذ الفكرة فأصبحت واقعًا وأصبح هو عدمًا.(نفس المؤلف بتصرف،2009،ص 23).

لذا فالإصابة بالاكتئاب خسائر لا تقل عن تلك الناتجة عن الإصابة بأمراض بدنية خطيرة كأمراض القلب والأوعية الدموية، حتى في المستوى المتوسط من الاكتئاب فإن أعراضًا مثل فقدان الطاقة والتعب السريع وعدم القدرة على التركيز مع ضعف الذاكرة وانخفاض مستوى التوظيف النفسي

والاجتماعي تكون شائعة، ويدرك المتخصصون توابع أن تستمر تلك الأعراض لدى المريض لفترة تمتد إلى شهر أو أكثر وما يترتب عليها من إهمال وأخطاء في العمل والتغيب وكذلك الأمر بالنسبة لأم في بيتها والطالب في دراسته، (زيزي، 2005، ص08)..

لقد وجدت دراسة "داوني"و"كوين" douney et coyne (1990) أن الأبناء لوالدين سبق لهم أن أصيبوا بالاكتئاب تزداد لديهم نسب الحدوث ويؤثر ذلك في خصالهم الشخصية فيما بعد (clark . et all . 2001).

تبين أيضًا أن فرص الشفاء من المرض الجسمي واضطراب الوظائف العضوية تـزداد إذا كان المريض من النوع المتفائل المبتهج (إبراهيم ، 1998، ص 34).

وجدت بعض الدراسات أن ثلث مرض ى الاضطرابات المزاجية يتحولون إلى حالات اعتماد أو إدمان للمواد النفسية أو كليهما . لذا فإصابة بالاكتئاب ثمنها باهض، فحري بنا زيادة فهم وبحث أكثر للوقاية منها وعلاجها بعد الإصابة بها.

8-الخصائص النفسية للمراهقين المكتئبين:

المراهقة لفظ وصفي يُطلق عادةً على المرحلة التي تحدد بين سن 10إلى 18 سنة مع الاختلاف بين الجنسين "ذكر" و"أنثى" ،فهي المرحلة بين الطفولة وسن الرشد. وهي فترة نمو جسدي ،وظاهرة اجتماعية ومرحلة زمنية كما أنها مرحلة تحولات نفسية عميقة. حسب الموسوعة النفسية: المراهقة هي مرحلة إعادة بناء عاطفي وفكري للشخصية وهضم للتحولات الفيزيولوجية المرتبطة بتكامل الجسد جنسياً.(رولان،وفرانسوا،1997).

المراهقة مرحلة من بين مراحل نمو الإنسان تبدأ بالبلوغ الجنسي، تمثل مرحلة انتقائية من الطفولة إلى الرشد، كما أنها تتميز بأنها مرحلة من المراحل الأساسية للنضج من الناحية الجسمية والجنسية والعقلية والعاطفية والاجتماعية يتطلع فيها المراهق إلى أخذ مكانته داخل المجتمع.

المراهقة في علم النفس تعني: "الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي"، ولكنه ليس النضج نفسه؛ لأن الفرد في هذه المرحلة يبدأ بالنضج العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة قد تصل إلى 10 سنوات. للمراهقة نموها المتفجر في عقل المراهق وفكره وجسمه وإدراكه وانفعالاته، مما يمكن أن نلخصه بأنه نوع من النمو

البركاني، حيث ينمو الجسم من الداخل فسيولوجياً وهرمونياً وكيماوياً وذهنياً وانفعالياً، ومن الخارج والداخل معاً عضوياً.

تتميز الانفعالات في هذه المرحلة بالعنف والتهور وعدم قدرة المراهق التحكم بها إجمالا، ونلاحظ عدم الثبات الانفعالي كتقلب المزاج بدون سبب، أو التذبذب بين الحب والكره، والشجاعة والجبن بين الانشراح والاكتئاب يتأرجح بين التفاؤل المفرط والسوداوية نتيجة الحساسية الزائدة لانتقاد الكبار له فيرد بالثورة والغضب. إن انفعال المراهق يظهر عموماً عندما تتعرض رغباته للقمع أو العرقلة أو عندما يُجرح في نرجسته، وقد يكتم انفعالاته الحقيقة فتظهر انفعالات أخرى، فيضحك بدل من أن يغضب عند مس كرامته متعودا بذلك على إخفاء مشاعره وأحيانا هو لا يعرف حقيقة مشاعره فهو يكره أن يسخر أحد منه أو يراقب هفواته أو يقيد حركاته وتصرفاته. يسأم المراهق لا سيما في البيئات الضحلة التي لا تقدم له ما يثير ويلهي أو تقيد حريته، فيفتعل الأسباب ويخلق المشاكل لدفع السأم، قد تكون هذه المشاكل متنفسا لعدوانية مكبوتة فيسقط عدوانيته على الآخرين ليصبح هو الضحية وهم الظالمون ،فيشعر بالإجحاف ويلوم الآخرين بدل إن يلوم ذاته.

خلال هذه الفترة، المراهق معرض كثيرا للدخول إلى قصص الحب وهي حسب البعض أول نتاج النضج العاطفي و الانفصال العاطفي عن الأهل. ومعه ينشأ الميل إلى إسقاط كل ما هو جميل ورائع على الشريك، فإنه مصبوغ بالمثالية و النرجسية .

للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين أعراض شائعة تتمثل في مشكلات بدنية خاصة بصورة محددة بوزن الجسم وصورة الجسد Body Image ويوجد عرضين إضافيين يميزان وجود الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين هما: التوتر الحركي العام وعدم الارتياح، والشكاوى البدنية مثل آلام المعدة والصداع، وليس من الضروري أن يعاني الطفل أو المراهق أو الراشد من كل الأعراض السابقة ليسقط عليه وصف المكتئب، إذ المحك العام لتشخيص الاكتئاب يفيد بضرورة وجود خمسة أعراض من الأعراض السابقة معظم الوقت لمدة أسبوعين متتاليين أو أكثر على أن يكون من بين هذه الأعراض الخمسة الحزن الشديد أو فقدان الاهتمام. لذا فإن معدل شيوع الاكتئاب المرضي يتراوح بين 03إلى 06% من إجمالي الأطفال والمراهقين في المجتمع.(أبو حلاوة 2009 ص03)

إن مرحلة المراهقة بخصوصياتها بيئة خصبة لظهور الاكتئاب مما يؤثر سلبا على علاقاته الأسرية وتحصيله الدراسي فضلا على أنهم مرشحون بشكل كبير لتعاطي المخدرات والكحول .

يرتبط الاكتئاب في سن المراهقة بزيادة خطر محاولات الانتحار، فضلاً عن تكرار فترات اكتئاب قصيرة وهو ما يؤثر سلباً على المراهق بصرف النظر عن الجنس أو الخلفية الاجتماعية أو مستوى الدخل أو العرق، أو المدرسة أو غيرها .

إن من أسباب خصوصية حالته التغيرات الهرمونية والضغوط الاجتماعية والعوامل النفسية التي هي عند المراهق صراع من أجل الاستقلال الذاتي وتصور وبناء معالم مستقبله الغامض، وعلى الرغم من كون التقلبات المزاجية الدورية أمراً طبيعي في فترة المراهقة، ولكن هناك أعراضاً مزاجية قد تظهر في تلك الفترة من الواجب أن نتدخل فيها حينما نستشعر أي مرور للمراهق بحالة الاكتئاب تستمر لفترة تزيد عن الأسبوعين. حيث تتمثل أعراض الاكتئاب عند المراهقين في التهيج والغضب واليأس والحزن الشديد والانطواء الطويل.

إن لإصابة المراهق بالاكتئاب خصوصية أخرى تتمثل في تبعات سلوكيات سلبية مدمرة ومتنوعة هي في جوهرها هروب من حسرات الواقع الذي يعيش فيه من مثل التسرب المدرسي، الفرار من المنزل، اللجوء إلى الإنترنت الواقع الافتراضي والانطواء عليه ، القيادة المتهورة للسيارات وحتى مغامرات جنسية ...،كل هذه السلوكيات السلبية قد ينتهجها سواء مع الآخرين أو مع الأشياء فضلا مع ذاته، في بعض الأحيان قد تتطور الحالة عند المراهق للتفكير في الانتحا، لذا إذا بدأ المراهق في التحدث عن الموت أو الانتحار، أو تستحوذ عليه فكرة مثل هذه، ويبدأ المراهق في التخلي عن ممتلكاته الشخصية أو يترك نشاطات ما كان يستمتع بها، هنا يجب اللجوء السريع للاستشارة النفسية، بل وجد في الدول الغربية والتي يكون التدين فيها أمراً ثانوياً أن المراهقين هم النسبة الأكبر من المنتحرين، وهنا يكون التدخل المبكر هو المفتاح لعلاج فعال .

9-الاكتئاب من منظور ثقافي- اجتماعي:

إن من بين أهداف السيكوباثولوجيا الوصول إلى فهم صحيح للمرض النفسي ومدلولاته ، وهذا لا يتأتى من نظرة متجزئة أو زاوية منغلقة تتنكر فيها لأبعاد أساسية هي في علاقة، وثيقة بالشخصية الإنسانية ألا وهي الأبعاد الثقافية والاجتماعية التي هي مرجعية أساسية يجب ألا يغفل عنها عند تناول المظاهر الإكلينيكية.

إن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تساعد الباحث في فهم المرض النفسي والتمظهرات الخاصة. فلسلوك الإنسان وشخصيته يتحدد من خلال مجموعتين من العوامل، فالمجموعة الأولى وهي المجموعة البيولوجية وهي التي ترتبط بجسم الإنسان من وراثة، أعصاب وغدد وغيرها. ومجموعة ثانية التي هي المجموعة الثقافية الاجتماعية والتي تتضمن التنشئة الاجتماعية، علاقة الفرد بالمحيط الثقافي والاجتماعية ومؤسساتهما وغير ذلك.

(إن العلاقة بين اختلال العوامل البيولوجية واختلال السلوك ثابتة ومستقرة إلى حد كبير بصرف النظر عن المكان والزمان فإن العلاقة بين العوامل الثقافية وما يمكن أن يترتب عليها من اضطراب للسلوك والشخصية ليست كذلك، حيث تختلف هذه العوامل من مجتمع لآخر، ويكون للمتغير الواحد معنى ودلالة في ثقافة تختلف عما له في ثقافة أخرى)(كفافي 1996، ص130).

أن الانتماء لثقافة ومجتمع معين يعني الالتزام بأسلوب خاص في التنشئة الذي بدوره يشكل فسيفساء الشخصية ويصوغ السلوك بنمط معين.

إذا كانت الشخصية هي التنظيم الذي يضم صفات الفرد، العقلية والانفعالية والخبرات الأخرى التي اكتسبها خلال تنشئته الاجتماعية فإن الصلة بين الشخصية والثقافية تكون صلة وثيقة جدا ، لأن الفرد يولد في المجتمع ، والمجتمع له ثقافة حُددت سلفا قبل ميلاده .وعلى الفرد لكي يتمتع بعضوية في ذلك المجتمع ويحظى بحمايته من خلال انتمائه له أن يستدخل معايير الثقافة وأن تصبح جزءا من تكوينه ومن شخصيته .

فللعلاقة وثيقة جدا بين مثلث المجتمع، الثقافة و الشخصية، باعتبار أن المجتمع هو الجماعة المُنظمة من الأفراد بينما الثقافة هي مجموعة من الاستجابات المُكتسبة التي تميز بها أفراد هذا المجتمع أما الشخصية فهي التنظيم السيكولوجي للفرد عضو المجتمع لذا فإن من المُتوقع أن تكون العلاقة بين الشخصية باعتبارها التنظيم السيكولوجي للفرد عضو المجتمع والثقافة باعتبارها أسلوب للحياة في المجتمع أن تكون العلاقة وثيقة جدا لأن الثقافة والشخصية بمعنى من المعاني وجهان لعملة واحدة وإن المجتمعات حسنة التعامل تُعبر الشخصية عن ثقافة المجتمع، بينما تكون الثقافة تجميع لسمات الشخصية (نفس المؤلف 1996، ص 134).

من خلال تناول ملاحظتنا الإكلينيكية والتراث السيكولوجي نستطيع أن نحدد أشكال تأثير الثقافة في اضطراب السلوك في الأوجه التالية (سببته المرض، تشكل تمظهرات المرض، العلاج). فالخلفية

الثقافية والاجتماعية تضع بين يدي أفرادها تصورات اجتماعية جاهزة حول أسباب العلل وكيفية التعامل معها بل و التداوي منها. والتي قد تكون هي في حد ذاتها عامل مولد للاضطراب النفسي من خلال بعض العادات والتقاليد التي تشكل ضغطا على الفرد وتحمل هـأدوارا ومسؤوليات شاقة، أو تُوجد صراعات فكرية أو طبقية بين أبناءها، أو توجده في ظروف قاسية يكافح فيها لكسب قوت يومه أو أن يحضا برضا الجماعة ويفلت من سخطها.

من وجه أخر تكون الثقافة عامل مشكل للسلوك، من خلال ما تتيحه لهم من أساليب تعبيرية ومناسبات اجتماعية تصقل لهم فيها تصورات اجتماعية ليتشكل لهم فيها قالب سلوكي ، ومن ذلك مراسيم أو إجراءات الحداد والمواساة أو العزاء للتعبير عن الألم لفقدان أو وفاة قريب وتقبل الأوضاع الجديدة، وكذا مناسبات أفراح وطقوس معينة ، والثقافة كذلك تعزز وتدعم أنواع من السلوكيات وتقمع أخرى.

ومن وجه آخر لما كانت الخلفية الث قافية والاجتماعية ترتبط بمفهوم عام للأمراض النفسية من حيث تفسير أساليب من العلاج تتفق مع ما لديهم من مفاهيم ومعتقدات عن المرض النفسي من اللجوء إلى المعالجين الشعبيين وخلطات الأعشاب وطرق بدائية للعلاج والقيام ب"الزار" .

فيما يخص الاكتئاب الذي هو من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وتتراوح أعراضه في شدتها بين الحزن والضيق والغم إلى الشعور و باليأس التام من الحياة ومحاولة الانتحار. فهناك دراسات عبر ثقافية تشير إلى انخفاض حالات الاكتئاب في الثقافات غير الغربية وانخفاض الشعور بالذنب في حالات الاكتئاب في بعض الثقافات الشرقية، وت تميز في بعض الثقافات الإفريقية (بسمة الاضطهاد والشكاوي الجسمية وغياب اللوم الذاتي وانعدام الشعور بالذنب والميول الانتحارية وترتبط بعوامل خارجية تجعل الفرد يحس بأنه مهددًا من الخارج وليس من الداخل)(sowi-1977.p38).

في هذا المجال لاحظ الطبيب النفسي الألماني خلال سفره إلى جزيرة جاوا jawa سنة 1904 (وبفضل حسه الإكلينيكي ندرة بل انعدام الحالات الاكتئابية في هذه البقعة من الأرض وتحدث عن غياب أفكار الشعور بالذنب والميول الانتحارية المميزة لهذه الحالة المرضية وهو بذلك يعد من الاختصاصيين الذين كان لهم فضل السبق في إبراز خصوصية السيميولوجية (علم الأعراض)الإكلينيكية، وفي لفت الأنظار إلى قيمة المرجعية الثقافية في نشأة الأمراض العقلية)(بن عبد الله، 2010 ،ص154).

هناك ثقافات لا يوجد في لغتها ما يشير إلى معنى الاكتئاب ومفهومه مثل ثقافة بورنيو وماليزيا والعديد من الثقافات الإفريقية والهنود الأمريكية وقد يتم التعبير عن الاكتئاب بأعراض جسمية بينما يكون التعبير عنها معرفيا عند حده الأدنى، أو يكاد معدوما، ويشير انجلمان(Engelmann 1982)أن السود في الولايات المتحدة الأمريكية يحصلون على درجات أعلى في مقاييس الاكتئاب من البيض ولا يعود هذا الفرق إلى أسباب بيولوجية بل إلى عوامل ثقافية ، كما أظهر النيجريون أيضا عند المقارنة بالإنجليز مزاجا مكتئبا وأعراضا جسمية وتأخرا حركيا ولم يظهر عليهم أحاسيس الذنب أو الأفكار الانتحارية كما عانى المرض اليابانيون من اكتئاب والقلق والشكاوى الجسمية والإسقاط الباراني والتأخر الحركي أكثر من نظرائهم الأوروبيين (كفافي 1996 ص 152).

إن التعبير عن الحالات الاكتئابية عن طريق الشكاوي الجسمية معروف في علم النفس بـ "الاكتئاب المقنع masked dépression"، أي ظاهرة التجسيم أو "الجسدنةsomatisation" ، أي استخدام الجسم كوسيلة للتعبير عن المعاناة النفسية، لأن الظواهر الجسمية هنا عوض أن تكون ممنوعة فهي تتمتع بكثير من الاهتمام والتقدير.

يقول بيوزنر peuzner: أنه تمكن في تايلاندا من ملاحظة أن مفهوم الشعور بالذنب لم يكن يعني شيئا بالنسبة للإكلينيكيين (المحليين) الذين التقيناهم ، فهنا المكتئب لا يحس إلا بمشاعر الحياء والتشاؤم ، أما فكرة الشعور بالذنب الذاتي فإنها غائبة تماما بل أنها مرفوضة في هذا الوسط الثقافي (pewzner , 1996 , p164).

أما إذا تناولنا المريض بالاكتئاب النفسي في الثقافة العربية فإننا نلاحظ ومن خلال دراسات متعددة نقص مشاعر الذنب ولوم النفس في المرضى العرب، كما أن الأعراض البدنية تزيد كثيرا وهي الأكثر وضوحا بالمقارنة مع المظاهر النفسية، وبالنسبة للانتحار وارتكاب أفعال إيذاء النفس التي تشيع في مرض الاكتئاب في الغرب فإنها توجد بصورة تقل كثيرا في البيئة العربية، ويرجع ذلك إلى تأثير الخلفية الدينية وموقعها من مسألة الانتحار وقتل النفس مما يحول دون الإقدام على ذلك حتى في حالات الاكتئاب الشديد.

لقد ظهرت محاولات ترمي إلى تحديد ملامح الشخصية المغاربية بصفة موضوعية لكن هذه المحاولات لم تكن دائماً متناغمة، لأنها تخضع في الغالب لأساليب منهجية متباينة،أول هذه الملامح نجدها تركز على نموذج ثابت وغير ديناميكي يتجاهل ثراء وتنوع المجتمع المغاربي ويغفل عملية

التغيير المستمر التي يعرفها هذا المجتمع، ومن ثم فإن هـ يلتقي في كثير من الجوانب مع الطروحات السابقة، إذ يعتمد على أهم السمات المنسوبة قديما إلى الشخصية المغاربية لتصنيفها ضمن الشخصيات ذات النزعة الهسترية (berthelien 1969 .p 188).

تقول (كشرود 2007) أن من بين الأعمال الأولى التي عالجت تطور الموضوع في بلاد المغرب العربي مجموعة من الأبحاث يمكن سردها كما يلي:

دراسة لعمار 1972 بتونس وجد أن الحالات الاكتئابية تمثل 20% من المرضى الذين كانوا يدخلون إلى مصلحته وقد صنف النصف من هذه الحالات ضمن الاكتئاب العصابي الارتكاسي ، كما أشار الباحث إلى وجود إرتفاع معتبر لمحاولات الانتحار والانتحار الفعلي كما بينت الدراسة على مستوى دلالة الأعراض séméiologie تواتر الشكاوى الجسدية والمواض يع الاضطهادية persécution في حين كانت الأفكار التأنيبية ومشاعر الإهانة قليلة، وقد قام هذا العمل على أساس دراسة ملفات مرضى في سنوات مختلفة وأكدت دراسة أخرى لعمار وآخرون 1978 بتونس والتي عالجت 639 ملف لمرضى دخلوا المستشفى بين 1969 – 1978 على ترجيح التعبير الجسدي في كل حالات الاكتئاب وكذا تردد السلوكيات الانتحارية عند النساء والفتيات، ويشير عمار 1979 بالإضافة إلى ذلك إلى قلة حالات التأنيب المعبرة عنها لدى الجنسين (كشرود 2007،ص 58).

تؤكد دراسة بوشامي وبويعقوب (1981) على سمات مميزة لحالة الاكتئاب عند المغاربي منها عرض التجسيم الذي يهيمن على هذه الحالة ويكون مصحوبا في الغالب بالأرق وبالقم هـ inappétence المفضي إلى إحساس بضعف شديد كما تؤكد الدراسة على ندرة فكرة الشعور بالذنب وهيمنة فكرة الشعور بالحياء والإهانة التي تجعل الفرد المكتئب يحس بأنه كائن ناقص بالمقارنة مع الآخرين كما تتميز حالة الاكتئاب هذه في نظر الباحثين بسمة التوهم المرضى hypochondrie التي تعكس الشعور بفقد الكمال الجسمي والهوية الجماعية للشخص إلى جانب التعابير الهذايانية المزيفة التي تشهد على الصراع الذي يعيشه الفرد بسب إحساسه بعدم الانتماء للجماعة وفقد تضامنها. (bouchami et bouya coub 1981 . p 1205).

اهتم برتولي 1969 بمثل هذه الحالات في إطار تكلفه بالمرضى المغاربة المهاجرين في فرنسا ولاحظ أنواعا أخرى من السمات تتمثل على الخصوص في فقدان الإ رادة وفي اللامبالاة وفي فقر

إيماءات الوجه وبطء ورتابة الكلام وإحساس بقلق شديد وبما أن المريض هنا كذلك يشكو من آلام جسمية مفرطة فإنه يحذر من الخلط بينهما وبين الهستريا التحويلية التي كانت تعتبرها مدرسة أ.بورو porot .a اضطرابا شائعا في الواقع الجزائري.

إن التجسيم الذي صبغ اللوائح السيكوباثولوجية دفع ببعض الباحثين من أمثال الطبيب النفسي فرانتز فانون fanon .f إلى الحديث عن "زملة شمال إفريقيا" le syndrome nord – africain أو زملة البحر المتوسط le syndrome méditerranéen. بسبب الوجود المكثف للعنصر الجسمي، لذا حذر بيليسي (pelicier .y) من الخلط بين المسرحية والتعبير الجسمي المفرط وبين الهستيريا ، كما حذر من الخلط بين حالة الاكتئاب في شكلها الاضطهادي وحالة البرانويا الحا دة أو المبتدئة (بن عبد الله،2010،ص162).

السؤال المطروح هو لماذا يتسم المغاربي بخاصة التجسيم أو جلب الانتباه باللعب بجسمه واستخدامه كوسيلة للتحاور والتواصل؟

الملاحظ على نمط هذه الشخصيات هو (القصور الواضح في وصف المشاعر والأحاسيس وما يعتري هذه النواحي النفسية من تغيير، وقد يرجع ذلك إلى اعتقاد الكثيرين بأن الأطباء يعالجون شكاوى بدنية نتيجة لخلل في وظائف الجسد ولا يتوقعون أن يستمعون إلى أي أعراض تخص المشاعر المعنوية والأمور النفسية ولذلك فإنهم يستبدلون الشكاوي النفسية بأخرى بدنية موضوعية وقد يعود ذلك إلى إنكار المريض بصورة لا شعورية لأعراض الاضطرابات النفسية ورفضه لها)(الشربيني،1995،ص 75). كذلك تعود إلى نقص ما يسمى بـ "الثقافة النفسية" وإلى نمط التربية التقليدية والضغوط الاجتماعية التي لا تعطي أهمية وقيمة لاستجلاء المشاعر والأحاسيس والمعاناة النفسية، للأفراد وتعيب عليهم الإفصاح عن المعاناة النفسية، وتعتبر ذلك نوعا من الضعف .

أما أهم الأعراض الجسدية الملاحظ تواترها إكلينيكيا في الحالات الاكتئابية هي الاضطرابات الهضمية والمعوية كاضطرابات الأكل وكالإمساك والقي والغثيان وألام المعدة والمغص وبعض الأحاسيس المزعجة والمبهمة أو التي يصعب تحديد مكانها كالإحساس بالآلام في كل الجسم أو الإحساس بالحرارة أو البرودة المفاجئة وهي أعراض يتم الإفصاح عنها بسهولة أثناء المقابلات العيادية في حين أن الأعراض التناسلية كالضغط الجنسي واضطرابات العلاقات الجنسية لا يفصح عنها بسهولة في بداية ومن خلال المقابلات السريعة أما عن حالات الصداع التي كان معظمها

نساء كن يشتكين من آلام شديد سواء في مقدمة الرأس أو في مؤخرته وأحيانا في أحد نصفيه أو الشعور بفراغ بداخله، وقد أفصحت النساء اللائي تابعن علاج نفسي لمدة معينة عن مشاكل في العلاقات الزوجية وهو أمر لا يفصح عنه سهولة في مجتمعاتنا العربية إذ تلجأ النساء إلى التعبير عن هذا الألم النفسي عن طريق تحويله اللاوعي إلى ألم جسدي وفي معظم الحالات في هذه العينة إلى آلام إلى الرأس (كشرود 2007،ص19).

أما فيما يخص الشخصية الجزائرية بسماتها الأساسية والثابتة لا يمكن أن تتجلى بصدق ووضوح للباحث ولا يمكن أن يفهمها بعمق إلا إذا أنطلق من الثقافة أي من خلال رؤية تكاملية نأخذ بعين الاعتبار كلا من علم النفس وعلم الاجتماع والأنثروبيولوجيا ، يذكر حمد بن نعمان (1988) سمات للشخصية الجزائرية تنطبق في نظره على أكبر نسبة من أفراد المجتمع الجزائري في تلك الفترة التي أجري فيها البحث وهي حسبه عشر سمات: الصراحة، الانطواء على الذات، العمل في صمت الاندفاع ، النرفزة، الانفعال، الحساسية، وعدم تقبل النقد ، التعصب والتشبث بالرأي والمبدأ، الاتعاظ من دروس الماضي، الاعتماد على النفس، نشد الكمال والحلول الجذرية، الشيء الآخر الذي تكشف عنه هذه الدراسة هو التأكد على بعض السمات التي تبرز العلاقة الوطيدة التي تجمع الفرد المغاربي والجزائري بمرجعية الثقافية وتمسكه بأصول الجماعة وأعرافها، ومن هذه السمات التي تظهر في هذه الدراسة وتدل على هذا المعنى نجد التعاون عزة النفس والأنفة والتدين، المحافظة على السمعة والاستماتة في الدفاع عن الشرف والتمسك بالأصول ، إن ما يميز السمات السابقة أنها تلتقي في بعضها مع سمات الشخصية "القومية" مما يؤكد وحدة المنبع الثقافي والحضاري ولكنها تختلف معها في آخرى بحكم عوامل هي خاصة بالمجتمع الجزائري (بن عبد الله ، 2010، ص 33).

جذبت الأبحاث والدراسات في الجزائر منذ 1969 الاهتمام حول التواترات الجديدة للاكتئاب الارتكاسي والتعبيرات الجسدية نتيجة التغيرات الاجتماعية وتغير نمط المعيشية فقد أظهرت دراسة لـ "كاشا" 1979 حول 100 حالة اكتئاب كانت تعالج بمركز إعادة التأهيل النفسي والاجتماعية بالجزائر مستعملا في ذلك مقياس هاملتون Hamilton لقياس الاكتئاب ، أهمية أعراض وسواس المرض والاضطرابات الجنسية واضطرابات النوم وبدرجة أقل مشاعر العجز والكف الحركي كما لاحظ كاشا أن مرضاه كانوا أكثر عدوانية وأقل إحساسا بالذنب لكن لديهم مشاعر اضطهادية وإحساس بالإحباط أو نقص ولم توجد حالات الاكتئاب الارتكاسي إلا في 10 % من الحالات وقد

يعود ذلك إلى قلة تردد هذه الحالات على المستشفيات إذ غالبا ما كانوا يلجأون إلي المعالجين التقليديين .

توصل فريق بحث تابع لوزارة الصحة في محاولة لرصد بعض الحالات المترددة على عيادات بالجزائر العاصمة (1990-1994) إلى بعض الملاحظات حول الأعراض الاكتئابية الأكثر ترددا لدى العينة التي كانت تأتي إلى الفحص السيكولوجي وهي وفقا لدرجة توترها كما يلي:

1/- القلق ، 2/- اضطرابات النوم (الأرق)، 3 /- الوهن والتعب . 4 /- الانقطاع عن العمل أو عن الدراسة،5/- اضطرابات الأكل ونقص الشهية ،6 /- الصداع،7/- اضطرابات الجهاز الهضمي ،8/- اضطرابات في التنفس كالشعور بالاختناق ووجود كرة بالبلعوم أو شعور بوجود غبار في الحلق،9/- اضطرابات خاصة بالقلب ،10 /- الشعور بالدوران ، 11 /الشعور بالإهانة والاضطهاد . 12 /- الخوف من الموت ومن عذاب الآخرة. 13 /- الرغبة في الموت وكره الحياة . 14 /- أعراض وسواسية . 15/- محاولات انتحارية ، 16 /- أعراض اضطراب الجهاز التناسلي والبولي. 17 /- نتف الشعر الرأس أو تساقطه عند الفتيات الصغيرات والمراهقات . 18 /- إزالة الذاتية (dépersonnalisation)(كشرود، 2007،ص 59).

من خلال هذه الدراسة فإننا بينا أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في دراسة المرض النفسي وبخاصة مرض الاكتئاب، ونعتقد أننا بهذا الطرح نكون قد خطونا نحو ممارسة نفسية صحيحة لا تكون مجرد تقليد للنموذج الغربي، ووضعنا لبنة في عملية بناء علم نفس وطب نفس عربي.

الفصل الثالث:

العلاج السلوكي المتعدد المحاور

- العلاج السلوكي
- العلاج السلوكي المتعدد المحاور
- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور
- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور
- الايجابية و العلاج السلوكي المتعدد المحاور
- أهداف العلاج السلوكي المتعدد المحاور
- التشخيص العلاجي
- محاور العلاج السلوكي

6 -المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية)

7 -المحور الانفعالي (الاسترخاء العضلي والتخيلي طريقتان لمواجهة المشاعر السلبية)

8 -المحور الاجتماعي (تنمية المهارات الاجتماعية)

9 -المحور السلوكي (مباهج مشروعة وأنشطة سارة)

10 -المحور البدني (تعزيز لياقة الصحة الجسمية العامة)

تمهيد:

إن العلاج النفسي كان ولا يزال يشمل كل الطرق التي تؤثر في سلوك الإنساني بما في ذلك التأثيرات الفسيولوجية ولقد تعددت مدارس وطرق علاج الاضطرابات النفسية تبعا للمشارب النظرية والإيديولوجية أو زوايا النظر لبعض الأنشطة الإنسانية المتجزئة إلى أن ظهرت بعض الأصوات المنادية بالنظرة الشمولية لسلوك الإنساني بداعي أنه لا يمكن فهم وتفسير النشاط الإنساني إلا بنظرة شامل لجوانب لحمة واحدة تتأثر وتؤثر في بعضها البعض.

1-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي أسلوب من أساليب العلاج التي تهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى، وهي تستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج، وهو محاولة علاج كل المشكلات السلوكية بضبطها وتعديلها.

ظهر هذا النوع من العلاج في مطلع القرن العشرين كرد فعل للانتقادات الشديدة التي وجهت للاتجاهات النفسية القائمة على التحليل النفسي ويقوم هذا الاتجاه على مبدأ دراسة السلوك الخارجي للإنسان نظرا لقابلية هذا السلوك للملاحظة والقياس، وكانت أهم البدايات الأولى والإرهاصات العلمية هو آراء كل من جون واطسن 1958 jhain watson وفرانكس franks وكان ذلك في شكل مجموعة من التطبيقات المبكرة التي تضمنت استخدام الاشتراط المنفر في علاج الإدمان وذلك عام 1969 وكانت مبنية على إسهامات وكتابات بافلوف pavlov ومؤلفات ثورندايك Thorndike عن التعليم بالإنابة. كان ذلك عام 1913 وفي نهاية الخمسينات من القرن الماضي ظهر كتابين كان لهما الفضل في وضع أسس علمية فنية للعلاج السلوكي هما:(العلم والسلوك البشري) لـ سكيز Skener، (العلاج النفسي بالكف التبادلي) لـ ولبي welpy (رشوان، 2010، ص 02).

إن المدرسة السلوكية ترى أن علم النفس هو علم السلوك، ذلك أن شعور التجربة فردية لا يدركها إلا الفرد نفسه، أما السلوك فإن ملاحظتها ودراستها أمر يمكن إ دراكه بواسطة صاحبه وغيره ، وكذلك فإن السلوك يمكن إدراكه في ضوء مثير وإستجابة. (عويظة، 1996، ص 33).

نظر السلوكيون الأوائل إلى الإنسان كأنه "صندوق أسود" black Box يمكن فهمه ببساطة عن طريق قياس المنبهات الداخلة فيه، والاستجابات الخارجة عنه، أما ما يجري داخل هذا الصندوق

الأسود المغلق من العمليات وتفاعلات فهو أمر لا يهمنا معرفته ، ولقد لقي هذا التصور نقدًا شديدا من كثير من علماء النفس ، كما عابوا عليهم إغفال قطاع عريض من السلوك غير الملاحظ ، وتجاهل الوظائف النفسية والشخصية وهي جوانب كامنة غير قابلة للملاحظة بشكل مباشر ولكنها مع ذلك هي في غاية الأهمية.(عبد الخالق،2000،ص69).

تبعا للانتقادات الموجهة لها والدراسات الحديثة لبعض علماء السلوك فقد حدث تطور لهذه المدرسة، وأصبحت تنحو لدراسة جوانب أخرى من سلوك ا لانسان.

2-العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

السلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة ، وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلا لات النفسية وعلاجها، وانطلاقا من هذا كان المعالج السلوكي بدءا "بافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي...إن السلوكية بهذا الشكل المبكر قد سلبت الإنسان كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه، مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة إلى الاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في العلاج لحالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحاري والاغتراب، وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.(عبد الستار، 2011، ص62).

(إن الإنسان وحدة كلية متكاملة فحين يشعر الفرد بالخوف أو القلق مثلا فإن هذه الانفعالات تصاحبها تغيرات في تفكير الفرد وأنماط سلوكه، فليس هناك نشاط جسمي أو عقلي أو انفعالي خالص وقائم بمفرده وبمعزل عن بقية مكونات الشخصية...أي أن السلوك نشاط كلي، وعلى هذا يكون من الخطر الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو إنفعالي، فالإنسان وحد ة كلية متكاملة، أي لا يمكن فهم السلوك سويا كان أو شاذا إلا بفهم الشخصية ككل)(طه، 2008، ص38).

إن الإنسان عندما يضطرب نفسيا فاضطرابه نتاج لعناصر متعددة خارجية في البيئة وداخلية في عالم القيم والتفكير والوجدان، لذا يجب ألا يقتصر فهم وتفسير المرض ووضع الخطط العلاجية على جانب واحد من السلوك الإنساني بحيث يجردها من طبيعتها المعقدة والمركبة ، لذا ظهر تيار

السلوكية الحديثة الذي هو بمثابة ثورة علاجية معاصرة في علم النفس نحت فيه نحو العلاج المتعدد للمرض لنفسي.

العلاج السلوكي المتعدد المحاور يتجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وانه توجد إمكانيات ومداخل متعددة لتغيير السلوك ..،ولب هذا التصور أن الاضطراب عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يشمل جوانب متعدد (عبد الستار، 2013،ص03)، إن الاضطراب النفسي عندما يحدث فانه يؤثر في مختلف جوانب الشخصية ، فالتفكير والانفعال والسلوك اشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بان تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال ، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين: (...لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد...إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل إنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً (Michelle J.N.2006)

ينبغي في العلاج النفسي عدم الاكتفاء بعلاج واستهداف جانب واحد من السلوك فقط وإغفال باقي الجوانب، لأنه قد يكون الضعف والعجز في جانب من السلوكات الأخرى وهو ما قد يزعزع باقي الجوانب ويجعلها غير ثابتة بل ومعيقة لغيرها، فجوانب السلوك كلها بمثابة ركائز للصحة النفسية إذا أختل واحدٌ منه ا تداعى له باقي الجوانب واضطربت الصحة. وان مراعاة هذا الطرح تجعل منه علاجاً جذرياً يُنبأ بشفاء ثابت طويل الأمد، بل ويجعله أكثر تحصيناً ضد الوقوع في أزماتٍ نفسية مستقبلاً.

إن العلاج القاصر على جانب واحد من السلوك الإنساني هو علاج جزئي غير تام لا يُتوقع استمراره ولا يكون علاجاً كاملاً بمعنى ما نطلق عليه علاجا .

الممارسة العلاجية الحديثة تتطلب إذن من المعالج النفسي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك والانفعال وطرق التفكير على السواء. فللممارس السلوكي المُعاصر يجب ألا يغفل عن تلك الطبيعة المُركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة إلى إحداث التغيير في الشخصية بأي طريقة ملائمة وبأي مدخل مناسب، وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته، لذا يرى

إبراهيم عبد الستار 2011 أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً ويكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ويمكن بسط محاور السلوك الإنساني وبعض الأساليب الأساسية التي يعول عليها في كل محور كالتالي:

1-المحور الانفعالي: في الاضطراب النفسي يتأثر الوجدان بحيث يصبح الفرد عُرضةً لانفعالات سلبية متعددة كالخوف والقلق والاكتئاب، وفي نفس الوقت أسيراً يرزح تحت أثارها الفسيولوجية السلبية التي تصاحبها من مثل: تسارع دقات القلب، الغثيان، انقباض المعدة، صعوبات في التنفس توتر العضلات، اللازمات الحركية...وغيرها. وبالتالي تكون تقنيات الاسترخاء العلاجية بأنواعها التصاعدية والتخيلية أسلوب علاجي أساسي في هذا المحور.

2- المحور المعرفي:حيث نجد في الاضطراب النفسي ترسخاً لأساليب التفكير غير العقلانية وتسللا للأفكار السلبية الخاطئة سواءا حول نفسه أو عن المجتمع أو عن المستقبل، وما تنطوي عليه تلك الأفكار من سلبيات ومبالغات وحتى تطرف .عندها يكون أسلوب العلاج المعرفي وتصحيح المعتقدات وتحويل الأفكار السلبية إلى الايجابية هي مدار الرحى في علاج هذا المحور.

3- المحور الاجتماعي: حيث الخجل والانطواء وعدم التفاعل الاجتماعي وضعف التواصل البصري وفقر المهارات الاجتماعية كلها وغيرها هي أشكال من اضطراب السلوك الاجتماعي تتفاعل مع الاضطراب النفسي في شكل سببٍ أو نتيجة أو كعامل مساعد لظهوره. عندها تكون تقنيات تنمية المهارات الاجتماعية و التوكيدية سبيل علاجي منطقي في هذا المحور.

4- **محور السلوك الظاهر:** حيث يكتسب الفرد عادات سلوكية سلبية في التعامل مع المواقف ومجابهتها، أو فقدان مهارات سلوكية تكيفية إيجابية لمواجهة الضغوط اليومية المختلفة. وحيث إن سلوك المكتئب يتسم بالرتابة والملل وفقدان سلوكيات المرح والدعابة وبالتالي تكون خطة إدخال أنشطة سارة ومبهجة هي الخطة العلاجية الناجحة مع هذا المحور .

5- المحور الجسماني: إن الجسم والنفس وجهان لحياة الإنسان وسلوكه وهما في تفاعل وتبادل تأثير، حيث انه إذا اختل احدهما ظهر التحول والتداعي في الأخر. لذا من اجل صحة نفسية إيجابية ومستقرة يجب الاهتمام بالجانب الجسمي العضوي ووقايته من أي اعتلالات وتدعيم السلوك

الصحي، وبالتالي تكون أساليب "تعزيز سلوكيات الصحة الجسمية " خطة علاجية معتمدة في هذا المحور.

6- المحور الروحي: إن فطرة الإنسان هي تعلقه بالله المعبود، وهو في حاجة إليه أبدية في دينه ودنياه لا يستغني عنه، مجبولٌ على عبادته والتطلع إليه، وأي اختلال في هذه العلاقة يؤثر سلباً في حياته الروحية والسلوكية المختلفة، لذا فإن الاهتمام بالجانب الروحي في الإنسان يجب أن يأخذ نصيبه من الخطط العلاجية، ليكون بذلك تعزيز ممارسة الشعائر الدينية ومعتقداتها محتويات ضمن الخطط العلاجية لمحاور السلوك الإنساني السابقة، وذلك تبعاً لشكل كل شعيرة وتصنيفها في كل محور ،حيث أن تعاليم الدين الإسلامي شاملة لكل جوانب السلوك الإنساني.

إذن فأساس العلاج السلوكي المتعدد المحاور هو استهداف كل جوانب السلوك الإنساني بما يتلاءم معها ومع المفحوص من تقنيات وأساليب علاجية. فللمعالج السلوكي المعاصر لا ينظر فيما يخص التقنيات والأساليب العلاجية إلى أي نظرية تنتمي بل هو ينظر إلى(تصنيف الأساليب العلاجية حسب فعاليتها في إحداث أثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة، ولما كنا نعتقد بان الاضطراب النفسي عندما يثور يكن متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية والسلوكية الظاهرة، و أساليب التفكير ،وأساليب التفاعل الاجتماعي.. ،لذا فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل .وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب لتعديل التفاعل الاجتماعي..)(عبد الستار،2011ص53).

يحرص المعالج على تضمين كل جوانب السلوك في الخطة العلاجية بمرونة تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية وثقل جانب معين من الاضطراب كما هو في الواقع، ولا يكون البدء بكل المحاور جملةً واحدة، بل يأخذ ويبدأ المعالج بأكثرها تدهوراً ووجودا أو قوةً لدى العينة من مثل أن يجد في محور الاضطرابات الوجدانية أن لدى العينة الشعور بالذنب قوي وبالتالي يعمل عليه، ويعتبر التخفيض في درجته مؤشر على التقدم في المحور الوجداني، ويرى الباحث أنه يُمكن الابتداء بمحور أو اثنين وفق المعايير التالية:

- ملمح الشخصية الناتجة عن سبر الفاحص لشخصية المفحوص من خلال الاختبارات النفسية العامة والجزئية والمقابلة العيادية و مخرجات دراسة الحالة.
- المحور الأكثر إشكالاً وتعقيداً وتأثيرا في حياة المفحوص وفي توليد الاضطراب، بحيث أن القضاء عليه أو التخفيف منه يُخفف تلقائياً من ثقل المحاور الأخرى، وبالتالي يحفز المفحوص للتقدم أكثر في باقي مراحل العلاج.
- الحاجة العلاجية المستعجلة التي يراها المعالج، من مثل حاجة المفحوص إلى حصص استرخاء، بعض ملاحظة التغيرات الفسيولوجية السلبية القوية التي يرزح تحتها المفحوص وتعُوق بشدة حياته اليومية بمختلف أشكالها.
- اختيار المفحوص للبدء ببعض التقنيات العلاجية وفق عقد علاجي سلوكي ،الأمر الذي يفتح الباب لتجاوبٍ وتقدم سريع نحو تطبيق الخطط العلاجية.

في حالة عدم فرض أي معيار من المعايير السابقة نفسها في البدء بمحور علاجي معين فإننا ننصح المعالج بان يركز ويهتم بـ(المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو مخاوف أو اكتئاب حتى وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي، فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقيّمُ المريضُ مُعالجه النفسي بمقدار ما يشعر به من تغيير في حالاته الانفعالية، بما في ذلك انتقاله من حالات القلق إلى الاسترخاء، ومن الاكتئاب إلى التخفيف منه والشعور بالطمأنينة والانتقال من المشاعر السلبية من غضب أو حزن إلى تنمية مشاعر وأحاسيس إيجابية من الطمأنينة والاسترخاء، بعبارة أخرى لا يأتي الناس لطلب العلاج لأنهم لا يفكرون منطقياً أو لأنهم يعانون أخطاء في التفكير، بل يأتون في الأساس طلباً للتخلص من آلام المرض النفسي)(عبد الستار2011ص 117)

3- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

زاد الانتباه مؤخرا بين جموع المعالجين السلوكيين إلى كلية السلوك الإنساني، وبدأت زاوية النظر تتسع في التعامل مع مشكلات الصحة النفسية، حيث أن الإنسان له جوانب سلوك مختلفة تتفاعل فيما بينها تأثرا وتأثيرا ، لذا كان الطرح العلاجي الذي ينادي بالجمع بين الطرق العلاجية المختلفة حسب نوع المشكلات وطبيعتها يلقى قبولاً ومتابعة ، حيث ظهرت (الطرق التوفيقية (التخييرية أو

الانتقائية ECLITIC APPROACH) والتي تقوم على أساس التمييز والانتقاء، والتوفيق بين نظريات وطرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسي المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة ، ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالتي التي بلورها "فيتيز بريليز" أما الطرق التركيبية والتي يركب فيها المعالج طريقة مبتكرة مستخدما ما تيسر من تراث وحكمة الماضي وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسي بتحقيق الذات التي ركبها وابتكرها "إيفريت شوستروم" وآخرون، والتركيبة تستفيد من الجهود العملية المتراكمة (شادلي، 2011 ص 60)

في عام 1960 وجد كللي kelly استجابة لمسح قام به بين أعضاء قسم علم النفس الإكلينيكي بالجمعية النفسية الأمريكية أن حوالي 40 % من 1024 معالجا نفسيا استجابوا لاستبيان المسح، قرروا أنهم يعتبرون أنفسهم من أنصار المذه ب التوفيقي وبعد سنة 1986 تراوحت النسبة بين 29% إلى 68% في مسوح مختلفة ، كما ظهرت حركة إلى محاولة التكامل بين مدرستين أو أكثر من مدارس العلاج النفسي من ناحية أخرى ويعني تقرير المعالج أنه "توفيقي" أنه لا يتقيد بمدرسة علاجية بذاتها، ولكنه ينتقي من المدارس المختلفة الأساليب التي يراها أكثر ملائمة مع العميل دون الحاجة إلى التفكير في ضرورة توفر أساس نظري أو فهم أو اهتمام بسبب استخدام الأسلوب المعني أكثر من كفاءته (مليكة ، 2010 ص 133).

ظهرت الكثير من الكتابات العلمية في المجالات النفسية بمقالات معنونة "المنهج التوفيقي في العلاج النفسي " وكتب بعنوان "المنهج التكاملي في العلاج النفسي " وفي عام 1987 ظهرت "الأكاديمية الدولية لعلاج النفسي التوفيقي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي التوفيقي اسم مجلتها إلى "مجلة العلاج النفسي التكاملي والتوفيقي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية بإسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي" society for exploration of psyceitohérapy intégration عام 1985. ومع الوقت أصبح هناك تزايد في استخدام مصطلح "التكامل" بوصفه أفضل من "التوفيقي"، ويظهر ذلك جليًا في بزوغ مجلة "تكامل العلاج النفسي" عام 1991، وحسب (لويس مليكة 2010) فإن الجاذبية المتزايدة للتكامل في العلاج النفسي قد تراجع إلى عدم الرضا عن المناهج المعاصرة، والتي رغم أن فعاليتها قد تثبت، إلا أن هذه الفعالية لا يبدو أنها خارقيه من منهج آخر، فضلا عن شعبية المنهج التوفيقي اللانظري.

يعد العلاج التكاملي أو الانتقائي نوعا من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كل جسمه وعقله وانفعالاته، وقد بدء هذا الاتجاه في عام 1950 على يد فريديك ثورن ثم محاولات دولارد وميلر dollerd et miller ، وفي عام 1965 قدم لازاروس lazarous محاولة انتقائية لعلاج الإدمان، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة وعلى مرونة العلاج النفسي ومرونة المعالج الفعال، والعلاج النفسي التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر محنى علاجي لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيدًا من إسهامات النظرية العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي، شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق، وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (أيمن، 2009 ص 02).

وإهتم كثير من العلماء والباحثين بهذا الأنموذج العلاجي منهم بيير beier 1966 ، ماركس وجيلدر markes et gelder 1966، واتزمان weitzman1967، مارمور marmor1971، فيروز وروادس featherz et rhoader1972، بيرك وبيرنكلي بيرك birk et birnkley brik 1974، وجولد فريد وديفسون gold fried et darvson 1976. (stricker et gold. 1996 : 2)

يلخص عقل (2000 ص 143)المبادئ الرئيسية التي تنطق منها الانتقائية متعددة الوسائل فيما يلي:

1 -أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وجينية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي ظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.
2 -أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة ويظهر الاضطراب في استجابات انهزامية غير توافقية.

3 - يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسيا يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية ثبتت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة .

4 - كل مريض هو فريد من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة ، وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند التشخيص والعلاج أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعا لجوانب السلوك .

إن المدرسة الانتقائية في العلاج تفرعت عنها عدة أساليب علاجية محددة تنادي على المستوى التطبيقي إلى ضرورة انتقاء التقنيات العلاجية من مختلف هذه المدارس من أجل تقديم علاجات شاملة للمرض وبالتالي علاج جميع أبعاد شخصية المريض (نفسية، اجتماعية، بيولوجية ...الخ) ، ولهذا سميت بالأساليب الإنتقالية متعددة الأبعاد في العلاج النفسي، من مثل الأسلوب الذي أسسه "أرنولد لازاروس " المعروف بـ " BASIC – ID، حيث أنه في عام 1997 نشر لازاروس كتابا" عن علاج النفسي المتعددة الأساليب بعنوان "العلاج النفسي الشامل لحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر " والعنوان الأصلي : The practice of multimodal therapy

في أواخر الخمسينيات اشتهر لازاروس بنشأة العلاج السلوكي في مدرسة "ولي" بجنوب إفريقيا، وقد رأى أن هذه المقاربة لا تركز إلا على السلوك الأحادي الأنموذج من دون النظر إلى الجوانب الإنسان الأخرى، وخلال الستينيات حاول التوسيع في هذا النوع من العلاج والدمج في تطبيقاته العيادية بعلاج مدمن على الكحول من منظور سماه "متعدد الأبعاد 1965 ومع مصاب برهان الساح بالعلاج "السلوكي وما بعده" والتي تتجاوز الإطار الكلاسيكي للعلاج السلوكي ، وبعد خمس سنوات طور علاجه ودونه بالمشاركة مع متعاونين في كتاب معنون ب . "العلاج السلوكي متعدد الوسائط " وهذه الوسائل أو الأبعاد تتخلص في الصيغة BASIC – ID والتي تعني :(B: السلوك Behavior/ A: العاطفة Affect / S: الإحساس sensation / I: الصور والتخيلات Imagé/ البنية المعرفية cognition/ I: العلاقات البنيشخصية Interpersonnel/ D: الأدوية والجانب البيولوجي Drugs). (شادلي، 2011 ص 65 بتصرف).

طور عبد الستار إبرهيم 2008 استشاري الصحة النفسية والأستاذ بالجامعة الأمريكية وعضو جمعية علم النفس الأمريكية هذا الأنموذج الحديث من العلاج السلوكي وبرز ذلك جليا من خلال ممارساته وكتبه خاصة كتاب "الاكتئاب" وكتاب "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث" ودعا في ضوء العلاج السلوكي المتعدد المحاور إلى مزيد من الاحترافية والفعالية لهذا العلاج على أن يتولاه فريق من المعالجين حيث يقول :(ولما كان من الصعب أن يتقن المعالج مهارات تعديل السلوك البشري في جوانبه فقد تنبأنا سنة 1980 بأن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين السلوكيين، فنجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريق آخر لتعديل التفكير وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية، وقد حدث هذا التطور بالفعل في الولايات المتحدة خاصة وبريطانيا، فتجد تحت عباءة العلاج السلوكي تخصصات في مختلف هذه المحاور).(عبد الستار ، 2008 ص181).

كذلك أولى الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والخصوصيات الثقافية وواكب به حركية علم النفس الإيجابي، وهو ما بدا جليًا في كتابيه "إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيد ومهارات الحياة الاجتماعية" (2011). وما وقف عليه الباحث من خلال دورة تدريبية خاصة به في مارس 2013 من تنظيم مركز إيجاب الدولية للاستشارات النفسية ونقابة المهن النفسية التخصصية بمصر تحت إشراف عبد الستار إبراهيم بعنوان :(العلاج السلوكي المعرفي منظور إيجابي متعدد المحاور في إطار عربي).

لقد دعم الباحث أنموذج عبد الستار إبراهيم العلاجي مع الاهتمام بالجانب الذي كان غائب في الخطط العلاجية السابقة ، ولم يأخذ حقه من العناية وهو الجانب الروحي.

4- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

إن أسلوب العلاج السلوكي المتعدد أثبت فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية حيث أن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينفستون ونيوجرسي حيث أن المدربون المقتدرون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من 700 حالة خلال خمس سنوات، اتضح من هذه الإحصائيات أن نسبة النجاح بحدود 70 -80 % للحالات التي لم تنفع فيها المعالجات النفسية الكلاسيكية السابقة ،إن هذه الإحصائيات هي التي تبرز نجاعة

هذا النوع من العلاج وتفـوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى (لازاروس، 2002، ص44).

كذلك (مراعاته لخصائص الإطار الاجتماعي – النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي و يتدعم، بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر، إن الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المتعدد المحاور يؤدي إلى فوائد متعددة في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك تحديد المشكلة المحورية موضوع العلاج واختيار الفنيات العلاجية الملائمة وأهداف العلاج ومساره)(عبد الستار، 2011، ص151).

يتميز العلاج المتعدد المحاور في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات هي:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج

- استخدام اساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب

- التحالف بين العقلانية والايجابية في التوجهات العلاجية

- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج

5-الايجابية والعلاج السلوكي المتعدد المحاور:

لقد ساير وضمّن الباحث برنامجه للعلاج السلوكي المتعدد المحاور لفلسفة حديثة في علم النفس وهي فلسفة علم النفس الايجابي التي كانت بدايتها على يد مارتن سيلجمان M.Selgman عام 1998 التي ترى (أن علم النفس ليس علماً لدراسة المرض والاستسلام والانهيار والانهزام النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمها، وأنه طريق ينبغي ألا ينحصر في إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل يجب أن يسبق الإصلاح والعلاج النفسي، الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبياً ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، لكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قوى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفأً في معظم

سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف)(الصبوة، 2008ص 19).

إن الاهتمام والبحث في مفاهيم علم النفس الايجابي بات مطلباً إنسانياً ملحاً ، بح يثُ يبحث بين جنبات النفس وخباياها عن تلك الصفات الفاعلة والإيجابية التي تعضد من قيمة الإنسان، وتؤكد على إنسانيته وتضفي عليها عمق التسامي والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف .إنها تلك الخصائص الإيجابية التي تنفرد بها الشخصية الإنسانية التي بدأت تَشخصُها عيون هؤلاء العلماء الذين تخصصوا في مجال علم النفس الإيجابي ، ذلك العلم الذي راح يفتش في الإنسان عن أجمل ما فيه وأنبل ما فيه من مشاعر وأحاسيس.

(يرى علماء النفس اليوم، أن الوقت قد حان لعلم يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما أسماه أرسطو"الحياة الطيبة Good life" فقرروا أن يولوا اهتمامهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والتوكيدية والمهارات الاجتماعية، والصلابة والشجاعة والتوافق والتسامح والحلول التفاوضية للصراعات، والمساندة الاجتماعية، وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي)(معمرية 2011ص04).

إن البرنامج العلاجي المتعدد المحاور المقترح في هذه الدراسة سعى لاستغلال بعض مبادئ ومواضيع هذا العلم الحديث، ضِف إلى ذلك احتوائه لمصدر الإيجابية الشاملة ألا وهو المحتوى الديني ليدعم ويعضد تبني واستغلال هذا التيار العلاجي الحديث .

6- أهداف العلاج السلوكي المعدد المحاور:

(إن هدف العلاج المتعدد الأوجه هو إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة عن طريق التعددية العلاجية)(لازاروس ، 2002، ص19 بتصرف).

يحدد الشناوي (1994) الأهداف فيما يلي:

1 -تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فعال.
2 -تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
3 -تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.

4 -تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.

5 -تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية .

6 -تصحيح الأفكار الخاطئة .

7 -إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .

8 -المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية.

يورد العزة عبد الهادي 1999 الأهداف: في البحث عن النمو ،كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الايجابية في الشخصية وأن نكافح من أجل تفوق ها على السلبية في الإرشاد والعلاج والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص .

إن هذه التنمية ترتكز على خمس فرضيات هي:

1 -إن تدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية.

2 -يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد.

3 -إن تغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها.

4 -إن اللياقة النفسية تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية .

5 -إن الفترات التدريبية النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص.

7- التشخيص العلاجي:

يعتقد عبد الستار إبراهيم 2011 أنه عندما يتقدم أي شخص لطلب العلاج النفسي عادة ما يأتي بعدد من الشكاوى تتضمن:

1 -إما مشكلات انفعالية أو وجدانية كأن يَقدُم شاكياً من القلق أو الاكتئاب، أو الاندفاع ،أو أي مخاوف أخرى، أو ربما وساوس، وتأنيب نفس..

2 -وقد يأتي أو تأتي شاكية من صعوبة الفكاك من بعض مشكلات السلوك الاجتماعي أو الشخصي، مثل زيادة الوزن، الإفراط في التدخين،الكسل، صعوبة تنظيم الوقت، الميل للتسويف وتأجيل البت في الأمور المهمة من الحياة، أو فقدان الطاقة على العمل والتفاعل بالعالم الاجتماعي والأصدقاء.

كلا النوعين من الشكاوى له ما يبرره، ويحتاج بالفعل لخبير أو معالج نفسي من اجل إعانة الفرد على تحقيق الصحة النفسية. على أننا ننصح بان يُركز المُعالج دائماً على المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو اكتئاب حي وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي.

فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقيِمُ المريض مُعالجهُ النفسي بمقدار ما يشعر به من تغير في حالته الانفعالية ، ومن هنا تتحدد مهارة المعالج أن يصوغ مشاعر المريض وشكاواه معرفيا.ومن المهم أن نعرف طبيعة المعاناة الشخصية والاضطراب،هل هو قلق؟ أم إحساس بالاكتئاب؟ أم انه شعور بالغيظ والغضب؟ أم حزن ورثاء ذاتي؟. إذا تعذر عليك أن تحدد هذا الشعور بالضبط أو صعُب عليك أن تضعه في خانة تشخيصية اكتف بتحديد الأعراض المرتبطة بالشكوى، مثلاً صعوبة في النوم ،ملل شديد، آلام عضوية،شعور بالذنب، انفجارات انفعالية لا تستطيع التحكم فيها،خمول شديد، شعور بالاكتئاب والتقليل من قيمة الذات والفشل، الغضب الشديد..

نحدد كذلك جوانب السلوك والنشاط (أو عدم النشاط) التي تملك المفحوص، هل يُعاني مثلاً مشكلات النوم، أو زادت أحلامه المزعجة، هل يجد نفس ه عاجزاً عن التركيز... باختصار تحري بدقة كل الشكاوى بما فيها:

- المشاعر التي تسيطر عليه، والحالة المزاجية(اكتئاب،ملل، تقلب انفعالي..
- أنواع التدهور في العلاقات الاجتماعية (صراعات،مجادلات ،شكاوى..)
- والنواحي السلوكية غير المرغوب فيها التي تسيطر عليه (العدوان أو مخاوف،أو أرق بالليل وتوتر شديد وتفكير في الاستقالة، أو التوقف عن إكمال العمل الإبداعي الذي بدأته..)(2011 ص 89)

8-محاور العلاج السلوكي المتعدد:

أولاً: المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية):

التفكير عبارة عن سلسلة من النشاطات العقلية التي يقوم بها الدماغ وهو بمعناه الواسع عملية بحث عن معنى في الموقف أو الخبرة ، وهو يؤثر بشكل مباشر في طريقة وكيفية تجهيز ومعالجة المعلومات والتمثلات المعرفية داخل العقل البشري.

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء –وليس الأشياء نفسها– تلعب دورا هاما في تحديد نوع استجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء.

أشار العلماء المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل الذهنية المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح ابن القيم ي مؤلفاته قدرة الأفكار إذ لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير.

إن تعديل الأفكار هو جهد وأساس العلاج المعرفي الذي يقوم على دعائم ليست جديدة بل موغلة في القدم، تعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين stoics، حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه .

فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتصر يف الواقع وليّ الحقائق بناءًا على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي (بيك ، 2000،ص06).

1-علاقة التفكير بالاضطراب النفسي:

في السلوك الإنساني لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والحالات الانفعالية والسلوكيات، فهي تتفاعل مع بعضها البعض ويُكمل بعضها بعضًا، إن الإنسان عندما يقوم بسلوك معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له، فالتفكير يكون بمثابة حلقة الوصل بين الاستجابة سواء أكانت انفعالية أو حركية والموقف الذي يسببه، لذا فإن الإنسان عندما ينفعل فإنه حتما يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية.

إذا إفترضنا فيما يرى ألبرت أليس Eliis (1962) أن حادثة معينة ونرمز لها بـ (أ)(مثل : وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل) قد أثارت استجابة انفعالية نرمز لها بالحرف (ت)(حزن، قلق، أو سرور...الخ) فإن حدوث الحادثة (أ)ولو أنه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت) ، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكي وتفكيري في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتي عنها، أي من الممكن أن نرمز له بالحرف(ب) ، إنها إذًا ليست(أ)(الحادثة) هي التي أدت إلى (ت)(الاستجابة الانفعالية) ، بل هي (ب)(طريقة إدراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فإن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد في تحقيق هدف معين أو خسارة شخص عزيز(أ) لم ينشأ إلا لنتيجة لما أنسج هـ من تصورات سوداء وقائمة عن هذه الخسارة (ب)(تصوري مثلا بأن الفشل شيء فضيع وغير محتمل ويثبت بأنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد...الخ)، لذا فإن وراء كل انفعال (إيجابي أو سلبي) بناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره ، وإذا كانت طريقة التفكير معقولة ومنطقية فإن السلوك سيكون جيدا والانفعال أيضا سيكون إيجابيا ودافعا لمزيد من النشاط والبناء والعكس صحيح إذا كانت طريقة التفكير لا مقبولة ولا منطقية فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب.

تكون اعتقاداتنا وأساليب تفكيرنا منطقية ومتعلقة عندما تكون منسجمة مع الأهداف العامة وقيمنا الأساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، الإبداع، الإيجابية، وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير لا منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضآلة وعدم الفاعلية (إبراهيم، 2011،ص225).

إن تأثير الأفكار لا يقتصر على الانفعال والسلوك بل يتعدى تأثيره إلى الجهاز العضوي للإنسان، حيث أن بعض الباحثين بينوا أن الحزن –كأحد النشاطات الانفعالية والوجدانية– يُسبب انخفاضا في نشاط قشرة مقدمة الجبهة، بينما يكون في السعادة مصحوبًا بزيادة في مثل هذا النشاط، إن الدراسة السابقة أضافت برهانًا جديدا على صلة التفكير بالحالة العضوية، فقد كان النشاط في القشرة الأمامية من الجبهة مرتبطا بطريقة التعبير حزنا كانت أو السعادة، و في اتجاهين مختلفين: أي بالزيادة في النشاط الكهربائي في حالة السعادة وانخفاض هذا النشاط في حالة الحزن والكآبة، أي بعبارة أخرى

تبين أنك عندما تفكر وأنت مبتهج أو أنت في حالة صحية جيدة فان الفصوص الجبهة تزداد نشاطا وتزداد كمية الأفكار ،أما في الحزن والكآبة فيُخمدان من نشاط المخ ويقللان من كمية النشاط الذهني.

أكدت دراسات المخ والجهاز العصبي أنه يمكن الاستدلال على التفكير والعمليات الذهنية من خلال النشاط الكهربائي الذي يتم داخل المخ لحظة التفكير في موضوع معين حيث أكدت بحوث دافيدسون أن تزايد النشاطات الكهربائية في المخ نوعيا وكميًا يرتبط بالحالة الوجدانية للشخص وما يشعر به من مشاعر إيجابية أو سلبية.

ففي حالة أن يكون الشعور المسيطر متسما بالايجابية، أي عندما يسيطر على الواحد منا شعور بالبهجة أو السعادة أو الفرح، يزداد النشاط الكهربائي في المخ وبشكل خاص في الجانب الأيسر منه، وعندما يكون الشعور المسيطر سلبيا أي متسما بالقلق والتوجس والاكتئاب نجد تزايد النشاط في مقدمة الجانب الأيمن في المخ ، فمثلا عندما نعرض مشاهد من فيلم كوميدي أو مرح على شخص ما، نجد تزايد في نشاط الجانب الأيسر من المخ ، ويقل النشاط الكهربائي في الجانب الأيمن ، وفي نفس الوقت تظهر علامات السعادة على الوجه مثل التبسم والتعبير الصريح بالسعادة وعندما نعرض مشاهد حزن وألم أو تعذيب يزداد النشاط في الجانب الأيمن مع ظهور العلامات الدالة على تقطيب الجبهة ومشاعر الضيق وبالمثل تظهر نتائج مماثلة باستخدام أجهزة التي تقوم بمسح النشاطات الكهربائية في داخل المخ.

فباستخدام أجهزة الرنين مغناطيسي مثلًا تبين أن عرض صور جميلة ومريحة لأطفال سعداء، يتسبب في تزايد تغير مستوى استهلاك الجلوكوز في المخ كعلامة على تزايد نشاط المخ وبالتالي تزايد كمية ما يستهلكه من وقود الجلوكوز خاصة في الجانب الأيسر من المخ. وتظهر عكس هذه العلامات عندما تعرض صورة غير سارة أو قبيحة أو شاذة التقاطيع (نفس المؤلف، 2011 ،ص38).

من الواضح أن هناك علاقة مباشرة بين النشاط الكهربائي في المخ المرتبط بالتفكير والحالة المزاجية للشخص، وكلاهما –التفكير والحالة المزاجية– يتأثر بالحوادث والموافق الخارجية، وكلاهما أيضا يتأثر بالتغيرات العضوية فعندما ينجح المجرب في تنشيط الجانب الأيسر من المخ باستخدام وسائل عضوية أو كهرومغناطيسية يحدث تغير ايجابي آلي ومباشر في المزاج والسلوك الخارجي.

لهذا نجد في الوقت الحالي، وبفضل التطورات المعاصرة في دراسات المخ وعلاقته بالسلوك اهتماما مكثفا لعلاج حالات الاكتئاب وتقوية الجهاز المناعي من طريقتين، إما بالتأثير المباشر في نشاط المخ من خلال وسائل الرنين المغناطيسي أو بالتعرض لحوادث ومواقف مثير للتفاؤل والنجاح الخارجي .

كذلك من النتائج المثيرة في دراسات المخ والجهاز العصبي تلك التي أرتبطت بدراسة الألم والتي لخص بعضها الكاتب البريطاني ريتشارد ليبارد في كتاب حديث له عن السعادة (Liyard 2005, p11) فقد تبين وجود فروقا واسعة بين حقيقة ما نتعرض له من ألم وما نشعر به منه ، أي أننا قد نتعرض لألم حقيقي ولكننا لا نشعر به، وقد نعبر عن شعور شديد بالألم بينما يكون الألم الواقع علينا يختلف من لحظة إلى لحظة، ومن وقت إلى وقت آخر اعتمادا على أساليبنا المتغيرة في التفكير والإدراك.

كشفت دراسات الألم حقيقة طريفة ومناسبة للموضوع الحالي، وهي أن : مجرد التفكير في الألم تثير تغيرات مشابهة للتغيرات التي نتعرض لها في حالات الألم الفعلي... وعلامات تخيل حدث مؤلم أو التفكير فيه، لا تختلف عن التعرض لألم فعلي، ففي تجربة حديثة تم تعريض عدد من الأشخاص لجسم ساخن، وطلب منهم أن يعبروا عن شعورهم بالألم عند الإحساس بالسخونة، فتبين أن وصولهم لمستوى الألم بالتعبير عنه اختلف من شخص إلى آخر بحسب مستوى النشاط الكهربائي في المخ.(إبراهيم، (ب)2011ص41).

إنه من المعروف أن التفاؤل والمشاعر الايجابي تساعد في عملية الشفاء من الأمراض والعكس أيضا صحيح حيث أن الأفكار السلبية تؤثر على الشعور بالألم، حيث قال "أرني ماي" (2007) الذي قاد مجموعة باحثين في الموضوع في هامبورغ وماينز أن :"من يتخيل الألم يشعر به إن عاجلا أم آجلا" مشيرا إلى أن هذا التأثير يأتي على العكس مما يعرف بتأثير "البلاسيبو" أو "العلاج الوهمي" والذي يعتمد على زرع أفكار إيجابية في ذهن المريض تساعد في تحسين حالته كإعطائه أدوية غير فعالة وإقناعه بأنها تساعد في شفائه من مرضه، وأجرى الباحثون دراسة شملت تعريض مجموعة من الأشخاص لألم سيزيد بعد ذلك وكانت النتيجة أن شعورهم بالألم لم يزد ولكنه ظل ثابتا وهو ما يسميه العلماء بتأثير "نوسيبو" كأن يتم مثلا إعطاء المريض الدواء الفعال في حياته ولكن الطبيب يقنعه أن الدواء ليس أكثر من مادة ملونة ، وتكون النتيجة في الغالب أن المريض لا يتفاعل

مع الدواء ، وأشار "ماي" إلى أن هذه الدراسة تؤكد أن المعلومات التي تصل للمريض تؤثر على شعوره بالألم مما يعني أن على الطبيب توخي الحرص الشديد في المعلومات التي يقولها أمام مريضه لأنها تؤثر على فرص نحاج العلاج (mediall 2010).

2-الآليات المعرفية:

إن المعرفيون من أمثال بيك Beck و إليس Ellis وميكنباوم Meichenbaum رأوا أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يُفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب أو غيره ، وهذه الآليات هي الثالوث المعرفي، التشوهات المعرفية، المخططات

أ- الثلاثية المعرفية:

هي "من ثلاثة عناصر معرفية تحثّ المتعالج على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة. فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقدا أنه شخص غير مرغوب فيه، وعديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه. ويتألف العنصر الثاني من الثالوث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا تُقهر، ولا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة، فهو مهزوم .وأما العنصر الثالث من الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية إلى المستقبل، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية".

وبمقدار ما تختلف الأعراض وتتنوع من متعالج لآخر تختلف كذلك الأهمية النسبية للمواضيع المتعلقة بالذات والعالم والمستقبل.

ب- التحريفات المعرفية:

" إن الأفكار السلبية والتي تسبب الاكتئاب والانفعال على الدوام هي تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء، وخارجة عن المألوف فهي تبدو للمكتئب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموماً بالإجماع ،لأنها تتسم بالخصوصية الفردية .كما تظهر بشكل عفوي استجابة لحالة ما (تذكر حدثا، أو التعرض لضغوط حياتية) ولهذا السبب تسمى ب ."الأفكار التلقائية " أما التشوهات المعرفية فهي" الأنماط المختلفة من الأخطاء في منطق التفكير التلقائي (Cognitive Errors) ويمكن الوصول إليه من خلال أساليب الاستقصاء المستخدمة في العلاج المعرفي .

وهناك عدة تشوهات أساسية تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المتعالجين.

ويكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة المتعالج على التخلص من التشوهات المعرف ية، أو أن يتكيف في استجاباته معها.

ج- المخططات :

نصفها بهياكل أو بنى معرفية، يُعتقد أنها تسبب شتى التشوهات الفكرية التي نراها لدى المتعالجين.

"إن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل.حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبي من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويُعتقد أن الثالوث السلبي يقوم بصياغة تلقائية ومستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ تزيد التشوهات التلقائية في تأثير الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفياً، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، والمزاج المكتئب يؤثر بدوره سلبياً في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، مما يديم ويوسّع من مزاج المكتئب" وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب المتجه نزولاً.والذي يشّكل أكثر من حلقة تغذية راجعة باستمراريته، إذ كلما تشكلت حلقت ساعدت على تشكل حلقة أخرى وهكذا، مما يزيد في تدني المزاج لدى المتعالج. "ففي حالات الاكتئاب الخفيف (Milde) غالباً ما يكون المريض قادراً على النظر

إلى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية إلى أن يصبح مشغولا بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدؤوبة ، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة أو الانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويغدو التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذاتي التحكم لا يستجيب للمدخلات المحيطة به"(سعفان،2012،ص88)

يُركز على مساعدة المتعالج على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم(المعرفي ات) وتجريبه سلوكاً أكثر مرونة،مما يؤدي بذلك إلى تحطيم دورة الاكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات والعالم أو المستقبل محوراً للعلاج.

3-طرق تفكير تسبب الاكتئاب:

يتعرض الأفراد يوميا للكثير من الأحداث والمواقف التي تعيقهم عن تحقيق أهدافهم ورغباتهم، وإن استجاباتهم المضطربة لتلك المواقف ترجع للطريقة التي يفكر بها الأفراد في تفسير الأمور والحوار الذاتي الايجابي الذي يقوم به الفرد مع نفسه ، والذي يساعده على التكيف مع مواقف الحياة المختلفة ، لذلك فإن وراء كل انفعال إيجابي كالرضا عن الذات والسرور أو أي انفعال سلبي كالاكتئاب بناء معرفي ومعتقدات وطريقة تفكير سابقة لظهوره، فإذا كانت طريقة تفكير الفرد إيجابية وغير مشوهة، فإن الانفعال والسلوك كليهما سيكونان ايجابيين و ينعكسان على تكيف الفرد والعكس صحيح والملاحظ عياديا أن الاكتئاب النفسي يكون الاضطراب النفسي الغالب عندما يرى الفرد نفسه ضحية سلبية لأمور وعلاقات خارجية عنه سواءا في الماضي أو الحاضر، لا يمكن له التحكم فيها ، أو وجود توقعات السارة ترفع مزاج الفرد وعزيمته لأداء أنشطة مختلفة ، بينما تثبطه التوقعات السلبية السيئة فتجعله فاقدًا للعطاء والنشاط (بيك، 2000،ص36).

لاحظ المعالجون المعرفيون عددًا من الأساليب الفكرية السلبية الانهزامية تكون غالبا ورا ء الإصابة بالاكتئاب، وذكر منها عبد الستار 2011 ما يلي:

1/- قراءة المستقبل سلبيًا (خطأ المنجم): وهو التوقع الذي يكون جازمًا بما تكون عليه الأمور مستقبلا، والخطيرة في هذا الأسلوب أن هاته التنبؤات تأخذ طابعا سلبيا وتوقعات نحس كئيبة عن المستقبل والمصير المعتم الذي ينتظره أو ينتظر المقربين له لا محالة ، فيشعر بالجزع والهم .

2/- الثنائية والتطرف (كل شيء أو لا شيء): يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء شريرة أو خيرة، بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة ، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة.

دون أن يدركوا أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا ولكن قد تكون فيه أشياء إيجابية ، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية، ويطلق الباحثون في علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل ثنائية التفكير أو القطبية (polarized thinking) ويلاحظ في كلام هؤلاء تكرار كلمات تعكس هذه الخاصية مثل مطلقا، يستحيل، دائما بالمرة، ...إلخ. وعبارات من مثل :(لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به)(حياتي لا يقبلها أحد)(أحب أعمالي أن تكون كاملة وتامة) (حياتي تفتقد بالمرة لعنصر الحب)(العالم الذي أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق) ،كذلك ما نبه إليه (عبد الستار، 2011) من كلام رئيس جمهورية أمريكا جورج بوش الابن بعد حادثة الهجوم على مركز التجارة العالمي 2001، حيث قال وعلامات الغضب تكسو وجهه :(من ليس معنا فهو ضدنا) ، وقد كان من نتيجة ذلك الأسلوب المتطرف من التفكير أن أصبح العالم كله يعيش مناخا من العنف والتطرق ، لذا فالقطبية والتطرف في التفكير بأسلوب ((إما ...أو)) له نتائج مدمرة على كل الأصعدة والمستويات.

3/-أخطاء التفسير والاستنتاج: إن كثير من حالات الاكتئاب والقلق والعدوان يكون السلوك ناتجا عن الخطأ في تفسير الحدث أو الموقف بسبب عدم توفر معلومات معينة أو سياق مختلف، من مثل حالة طالب متفوق دراسيا وذو مستقبل مبشرا بالتفوق والنجاح تقدم لطلب الم شورة العلاجية لأن فكرته جعلته يشعر بعدم الفعالية والنقص وأنه يفتقد للذكاء ولمقومات النجاح وقد اتضح خلال الجلسات العلاجية أن السبب في حكم ه غير الدقيق على نفسه تكّوَن لديه في فترة مبكرة من العمر، لأنه نشأ مع إخوة ذوي ذكاء مماثل ويكثرون من نقده، إن هذا الأسلوب يحمل كذلك في طياته ثلاثة أخطاء معرفية أخرى مما تدعم الأثر السلبي للفكرة وهي: القيام باستنتاجات سلبية، قراءة المستقبل سلبيا (خطأ المنجم)، التأويل الشخصي للأمور بتلطيخ الذات.

4/- الإفراط في الايجابية والتوقع: إن المبالغة والتضخيم للسلبيات والأخطاء والعيوب الشخصية له أثره السلبي على الحالة النفسية للفرد كذلك إن المبالغة في توقع نتائج إيجابية دائما تؤدي إلى التعليل من المخاطر الواقعية والتهوين من الأخطاء الواقعة الآن ومستقبلا، ستكون لذلك أيضا نتائج انفعالية سلوكية مرضية مماثلة، فالتقليل من المخاطر الفعلية غالبا ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، من المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو توهين) تعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الإنسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

5/- التعلق بالمثالية والتطلع لكمالٍ مطلق: يتعطل الشخص في حالات الاضطراب النفسي عن تطوير إمكانياته ومواهبه ، ويعجز عن أن ينميها على نحو منظم ليمنح حياته شيئا من الاستقرار بل أنه يتجه بدلًا من ذلك إلى التطور بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام فتتأرجح حياته بشدة بين صورته المثالية عن نفسه وإمكانياته، وواقعه الحقيقي وإمكانياته الفعلية، ولا يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة إما شخص مثالي كامل أو لا شيء، بل يوجب على نفسه أن يكون بين الأفاضل أفضلهم وأكملهم ولا يستطيع أن يتحمل مواقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق ما يريده،إن ما يريده في الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم الجميع في كل الأشياء، العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفي لأن أي عمل يجب أن يكون كمالا كله ونجاحا مطلقا أو لا يكون ، إن من الصعب على أصحاب هذا الأسلوب المطلق من الكمال أن يدركوا أحد المبادئ الأساسية للصحة النفسية وهو أن : الشيء الذي قد يبدو سلبيا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلا ، أو إننا بارتكاب خطأ ما في عمل نعمله أمر قد لا يكون سيئا بكامله فقد يساعد على الانتباه للأخطاء مستقبلا مما يحسن من إمكانياتنا على النجاح والتقدير.

6/- التأويل الشخصي للأمور وتلطيخ الذات : من أخطاء الاستنتاج وما يسمى "تلطيخ الذات" أي التفسيرات الشخصية للأمور، وبمقتضى هذا الأسلوب يجْنح المريض النفسي إلى التورط في تحمل مسؤولية الأخطاء الخارجية بعبارة أخرى تجده هنا ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان)مسؤولية الخطأ والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (أو حتى التي لا تتعلق به شخصيا) .

إن هذا النوع من التفسيرات التشخيصية يكشف السبب فيما يصيب الأفراد بالاكتئاب النفسي وأنواع أخرى من الاضطراب الوجداني والمشاعر العميقة بالذنب والندم الدائم على الأشياء هي في

واقع الأمر ليست من صناعتهم الشخصية، ولكنهم يرون أنهم هم السبب فيها، وفي كل ما يحدث من خلافات وصراعات ومصائب. (إبراهيم (ب) 2011ص81).

4-تعديل طرق التفكير المُسببة للاكتئاب:

تستخدم أساليب تعديل الأفكار المستوحاة من العلاج المعرفي للاكتئاب والتي تكون نتائجها أفضل إذا كان مريض الاكتئاب على استعداد للمشاركة الجادة في عملية العلاج والقيام بما يطلب منه من قبل المعالج.

يقول إبراهيم 2011 أن المعالجون النفسيون ابتكروا مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي منذ فترات مبكرة من خلال اهتمام المعالجين النفسيين بدور التفكير والعوامل المعرفية.فالاتجاه المعرفي ليس جديداً تماماً، ولكن كان معروفاً بدراسته تحت مسميات ومفاهيم مختلفة تفاوتت من عالِم إلى آخر،فهي: عند أدلر (1927) تشير إلى أسلوب الحياة الذي يتبناه الفرد في نظرته للعالم . وعند البعض الأخر من أمثال بيك تشير إلى أساليب الاعتقاد وطريقة التفكير في الأمور،بما في ذلك ما يتصف به الفرد من خصائص مثل المبالغة والتطرف في الرأي أو الاعتدال والهدوء .

ويستخدم البعض الثالث –مثل "كيلي" (1955)– مفهوم الفلسفة الشخصية وما يتبناه الشخص من تفسيرات لسلوكه وسلوك الآخرين ومدى ما تتسم به هذه التفسيرات من واقعية و تشويه.

أما ألبرت أليس (1997) فيستخدم مفهوم الدفع المتعقل .أي مدى ما يتسم به الشخص من عقلانية أو لا عقلانية في تحقيق دوافعه وأهدافه السياسية في الحياة.

وبالرغم مما قد يبدو من اختلافات بين هذه المفاهيم ،فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر به المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين .وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض،أو في الأعراض التي دفعته لطلب لعلاج.

يركز المعالج المعرفي في بداية العلاج على إقامة علاقة تعاونية ويعرّف المريض على النموذج المعرفي. تستخدم جداول الأعمال، التغذية الراجعة، التثقيف النفسي لبناء الجلسات ، كما يتم تخصيص جهد خاص للمكتئب في إنقاص درجة اليأس أيضا فهي خطوة هامة في إعادة تنشيط المكتئب، وتزويده بالطاقة.وتتم مقاومة مشاكل التعلم ووظائف الذاكرة بإجراءات وأساليب التعلم مثل كتابة الواجبات المنزلية وتكون التدخلات العلاجية من قبل المعالج حسب الطاقة المعرفية للمريض بحيث تعمل على تشجيع التعلم لديه. إن جدولة النشاطات غالبا ما تكون مادة أولى في العلاج المعرفي أما الجزء الأوسط من المعالجة فيتم تكريسه لاستنباط الأفكار التلقائية المشوهة سلبيا، وكذلك استنباط المعتقدات(المخططات) وتوظيفهما لعكس الثالوث المعرفي السلبي (الذات، العالم، المستقبل) ويتم تعليم المريض بشكل نموذجي كيف يحدد التشوهات المعرفية مثل (التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج ..) وأن يستخدم تقنيات مثل إيجاد البدائل ويستمر العمل في استنباط واختبار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمريض، وأن المريض قد أدرك المبادئ الأساسية لمحور تعديل الأفكار السلبية .

قبل نهاية العلاج يقوم المعالج بمساعدة المريض بمراجعة ما تم تعلمه أثناء سياق المعالجة، ويقترح عليه التفكير مقدما بالظروف المحتملة التي يمكن أن تكون السبب في عودة الاكتئاب . ويأخذ احتمال الانتكاس بعين الاعتبار ويتم تطوير استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن أن يتم توظيفها في حالات مستقبلية تؤدي إلى الاكتئاب(تقنية التدريب المعرفي).

5-فنيات تعديل الأفكار المسببة للاكتئاب :

توجد فنيات معرفية و أساليب لتعديل الأفكار الهدف منها الحد من عملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكل النفسي، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أن يتدرب المريض

على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية، ولكنها تحد من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على حل مشكلته، ومن هذه التقنيات:

أ-مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها:

يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية/أو المشوهة. إن أقوى طريقة لتعريف المتعالج على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعالية ، أو يمكن أن يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه.

6- أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها

1- الحوارالسقراطي :(Socratic Dialogue)

ويعدّ من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة (ويسمى أيضا الاكتشاف الموجه Guided Discovery وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصوغ الأسئلة السابرة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا مثل " ماذا تقصدين ؟" " دعينا نتوقف" "هل ترغبين؟"

2 التخيل: Imagery يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا نجد الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كماً محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك

بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي ما زالت موجودة. وقد يتمكن بعض المتعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلاّ أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية، مزعجة أو تسبب انفعالا محددا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالبا ما يرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات

أي إن المطلوب هنا هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة لنضعه في صيغة الحاضر ومآل المستقبل (الهنا –اللآن)

3 – لعب الدور: Role Playing

في الغالب يكون لعب الدور أكثر فائدة من التخيل، وذلك بعد الحصول على وصفٍ وافٍ لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف. وعندها يقوم المعالج بأداء دور ذلك الشخص بينما يقوم المتعالج بدوره هو، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل المتعالج دور المعالج.

4 – سجل الأفكار: هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداما لتحديد الأفكار التلقائية ويمكن أن يُطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة ،تسمى كل واحدة منها طبقا لعدد الأعمدة وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالباً حالما يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية. ويُطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدوّن الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج. ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في العمود الآخر،كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضا لكشف الأفكار التلقائية، حيث تعدّ هذه التقنية ناتجاً ثانوياً لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بـ "إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟" وتقود إلى سلسلة من الأفكار

التلقائية تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة. ويمكن أن يضيف المعالج أو ينقص من عدد الأعمدة بحسب الحاجات النوعية للمتعالج وبقدر فهمه للأفكار التلقائية وللعلاقة بين المعرفيات السلبية والشعور غير السار والسلوك غير المثمر.

ويسمى أسلوب الأعمدة الثلاث إذا احتوت الاستمارة على ثلاثة أعمدة العمود الأول يقدم وصفًا للحالة، والعمود الثاني قائمة بالأفكار التلقائية، والعمود الثالث الاستجابة لانفعالية.

وقد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفاً من خمسة أعمدة ، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويرمز له اختصاراً (DRDT)، وفي العربية اسُتخدمت كلمة **(سيامو)** وهي الأحرف الأولى من الكلمات التالية: (سجل يومي للأفكار المختلة وظيفيا)

6 – مناقشة الحوار الداخلي: وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنباوم في العلاج المعرفي، فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثمّ سلوكه ، فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي " إنني عديم القيمة " " أف إنني لست جيدا " " إنني أقل من الآخرين" . وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح . وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه، فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعال ومشلول وخائف ومنعزل عن المشاركة في مسار الحياة الطبيعية. وبسبب النتائج السلوكية والانفعالية السلبية لتفكير المتعالج السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه " إنني عديم القيمة، إنني.....الخ ، وهذا ما ذكره ميكنباوم في علاجه "أن يتدرب المتعالج على التحدث إلى ذاته بطريقة بنّاءة

7- عداد المعصم: يستخدم لمراقبة الأفكار السلبية وإيقافها، وهو عبارة عن عداد يشبه ساعة اليد له زر يمكن الضغط عليه في كل مرة تمر في عقل المتعالج فكرة سلبية، وفي نهاية اليوم يتم تسجيل العدد النهائي للأفكار، حيث يلاحظ ازدياد العدد في البداية، مع تحسن ملحوظ في تحديد أفكاره، ويستمر ذلك لعدة أيام فسرعان ما يصل العدد الإجمالي إلى الاستقرار لمدة أسبوع أو عشرة أيام ومن ثم سيبدأ في التناقص وهذا يشير إلى أن أفكار المتعالج المؤذية تضعف وتتناقص وسيبدو أفضل لأنه بدأ بالسيطرة على ذاته. إن هذا الأسلوب لا يعد بديلاً لتنحية عشر إلى خمس عشرة دقيقة كل يوم ليدون المتعالج أفكاره السلبية المنحرفة وليجيب عليها .

- تعديل الأفكار التلقائية:

ليس هناك عادة فصل تام في العلاج بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها. ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالباً ما تكون كافية للبدء بالتغير الحقيقي.

1- إيجاد البدائل: يرى العديد من الأفراد أنفسهم وكأنهم قد فقدوا كل الخيارات. ولعل المثال الأبرز على الافتقار إلى الخيارات في المتعالجين الذين يقدمون على الانتحار. أنهم يرون الخيارات والبدائل المتوافرة لهم محدودة جداً لدرجة أنهم قد يرون أن الموت هو الخيار الأسهل و الأبسط . والتكتيك المعرفي هنا يتضمن العمل سوية مع المتعالج لإيجاد بدائل أخرى.

2- تفحص الدليل: هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي. فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأن المتعالج غالباً ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسة، ومركّزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة. وعند ذلك يُسأل المتعالج "ما الدليل على هذه الفكرة ؟" لأننا غالباً عندما نشعر بأننا لسنا

على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف. كذلك يستعين المعالج بأساليب أخرى مثل:

- الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية

- إعادة عزو الصفات

- التدريب المعرفي الاستطلاعي

- طريقة دلالات الألفاظ (الينبغيات)

- تحديد المخططات وتعديلها

8- تنمية الأفكار الإيجابية :

المنظور الحديث لعلم النفس انه ليس لدراسة المرض والاستسلام والانهيار والانهزام النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمه. و أنه طريق ينبغي ألا ينحصر فيه إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل يجب أن يسبق الإصلاحَ والعلاجَ النفسي الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبياً، ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، ولكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قُوَى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفأً في معظم سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف.

حث علماء النفس اليوم على تفعيل تيار نفسي مشرق ، والذي هو علم النفس الايجابي الذي يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما اسماه أرسطو" الحياة الطيبةGood life" فقروا أن يولوا اهتماماتهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة

والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والشجاعة والتسامح وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي.

إن تيار الايجابية (نبع من الإحساس بالحاجة إلى التمييز بين العلاج الطبي والعلاج النفسي ، ففي العلاج الطبي التقليدي عندما يعاني فرد ما من مرض نفسي أو عقلي كالاكتئاب فعادة ما يكتفي البعض باللجوء بالتخلص أو التقليل من الأعراض المرضية التي عانى أو يعاني منها المريض، أما في حالة الأمراض النفسية والعقلية فإننا لا نكتفي بالقول بان المريض قد تخلص من قلقه أو حالة الاكتئاب التي تملكته أو أي اضطراب نفسي آخر لنحكم بأنه أصبح معافى وسليم. إن الحكم بالصحة النفسية أو العقلية تتطلب التخلص من المرض والتخفف من الأعراض التي تصيب الشخص نتيجة لهذا المرض، وتتطلب فضلا عن هذا أن يتسم سلوك المريض بخصائص صحية جديدة يمكن من خلالها أن نحكم عليه بأنه مثلا أصبح يتصف بالايجابية والفعالية والرضا النفسي. وهدف العلاج النفسي يختلف عن هدف العلاج الطبي من حيث أن المعالج النفسي يوجه هدفه العلاجي لا إلى التحرر من الأعراض المرضية فحسب، بل وأن يساعد مريضه على اكتساب خصائص وصفات صحية وشخصية إيجابية لم تكن موجودة لديه من قبل)(عبد الستار 2008ص56).

يعرف "سليجمان" و"سيتشمالي" 2000 مفهوم التفكير الايجابي بأنه يتكون من ستة أبعاد يتميز صاحبه بالشجاعة والحكمة الإنسانية والاعتدال، والعدل، والسمو، إنها أبعاد ذات متضمنات إستراتيجية من شأنها أن تجعل الفرد أكثر مسؤولية وإيثارية وتحضرا . (seligman et csikzenthmihalyi 2000.p55).

يرى عبد الستار 2011 أن الفرد عند ما يواجه أي موقف أو شخص فإنه ينظر إليه ويتعامل معه وفق نمطين من التفكير:

- فإما أن يتبنى نمطًا سلبيًا من التفكير كالغالبية العظمى من البشر ، خاصة هذه الفئة المهمومة النكدية والمكدودة من الناس، كذلك العصابيين و المصابين بالاضطرابات العقلية والشخصية.
- وإما أن يتبنى الطريقة الإيجابية التي عادة ما تسهم في تطوير مشاعر وتصرفات تتسم بالطمأنينة والثقة والصحة النفسية والسعادة.

إن الخطط العلاجية الحديثة التي تهدف إلى تعديل الأفكار يجب أن تضع تحالفا ما بين العقلانية والايجابية في التوجيهات العلاجية.

بينت الممارسة الإكلينيكية : أن تركيز العلاج على الجوانب القوة وإعانة الشخص على اكتشاف الجوانب الإيجابية في تفكيره وسلوكه تحقق له– أولها– كثيرا من النجاح في العملية العلاجية ، والتفكير الايجابي لحسن الحظ أسلوب ومهارة وفن يمكن لنا أن نتعلمه ونتدرب عليه ويشهد المتابع لتطور فنون العلاج النفسي في الفترة الراهنة –نقله جوهرية في عمليات العلاج النفسي بالتركيز على التدريب ودعم جوانب القوة في الشخصية وتثبت أن هذا النوع من التدريب لا يقل قيمة عن مجرد التخلص من أعراض المرض والاضطراب لما يساهم به من تغيير وتطوير الشخصية.

إن الفرد الايجابي شخص سعيد يتصف بالرؤية المشرقة والمقدرة على إدارة الأزمات وبمشاعر إيجابية متفائلة بمقدوره انتقاد استراتيجيات المواجهة مختلف التوترات وضغوط الحياة وهو يتميز بالقوى والموارد النوعية الايجابية التي تدعم السعادة والرضا عن الحياة إن التفكير الايجابي من أفضل السبل للوصول للهناء والسعادة النفسية.

9–خصائص التفكير الايجابي:

بعد تحليل العديد من الدراسات التي عنيت ببحث نمطي التفكير الايجابي خلصت إلى المقارنة الآتية: جدول رقم (02) يوضح خصائص التفكير الايجابي والسلبي:

التفكير السلبي	التفكير الايجابي
الفرد صاحب التفكير السلبي ذو فكر متصلب شديد الجمود (dogmatism) غير قادر على التخلص من آراءه حتى لو بدا له خطؤه	بينما صاحب التفكير المرن الايجابي flixible thinking فإنه يذعن للحق ويتوق إلى معرفة الجديد من المعلومات سواء كان موافقا أو مخالفا لها

اللغة التي يستخدمها صاحب التفكير السلبي تميل إلى المغالاة والحدية والقطعية والتعميم، ومفرداته التي يستخدمونها قوية صادمة ورموزها مغلقة وحاسمة غير قابلة للتعاطي مع الرأي الآخر	لغته ومفراداته تتمتع بالمرونة قابلة للأخذ والعطاء، قادر على الحوار والمناقشة العملية ، قادر على الدخول في مناقشات وحوارات مثمرة ومفيدة بالنسبة له وللآخرين
يتميز بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم لديه بسبب قناعاته المتطلبة والجامدة	بينما تمتاز مداخلاته وطروحاته بالسمو والرقي حيث مفاهيمه ومقولاته منطقية وقابلة للتعديل والتغيير إذا اقتضت الحاجة
يتصف بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين فلا يهمه أن يلقي بالكلام الخشن والجارح نحوهم ، دون أن يأبه بما يتسببه لهم من أذى لإحساساتهم	بينما صاحب التفكير الايجابي يتصف بقدرته الفائقة على اختيار كلامه بحيث لا يجرح الآخرين ولا يستهزئ بهم، ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين على شكل نقد بناء ومفيد
يتصف بالثرثرة وإعطاء انطباع للآخرين بأنه مثقف وأن لديه إجابات لكل سؤال مهما كان نوعه وفي كل المواقف ، فهو يستخدم عدد معين من المفاهيم والمصطلحات والمبادئ الجاهزة والمحددة، والتي يستخدمها في كل موقف سواء كانت مناسبة أو غير مناسبة ، وبالتالي يكون حديثه لا جدوى منه مليء بالمغالطات العلمية والمنطقية	أما هنا فيتصف بفكر مستنير وقادر على إبداء الرأي مع احترام الرأي الآخر ويستخدم ما يناسب من المفاهيم ومصطلحات للموقف أو موضوع النقاش دون زيادة أو نقصان ومقنع للطرف الآخر.
يميل إلى إعطاء المستمعين له صورة مثالية عنه وعن شخصيته تأبى طابع البشري تحقيقها، ولكن سريعا ما يراه الآخرون على حقيقته، وسبب ذلك ناتج عن نقص في الشفافية وقلة الخبرة بواقع الحال بالنسبة له	صاحب التفكير الإيجابي فيحاول قدر الإمكان وإعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام الآخرين، ويقدم نفسه للآخرين بشفافية وبشكل متواضع لأنه يدرك الحقيقة البشرية وبالتالي لا حاجة إلى تقنيع شخصيته بما لا يفيد ولا يلزم.
يتمتع بضعف المعالجة وافتقاره للأساليب والحلول الفعالة للمشكلات، بسبب استخدامه للأسلوب التقليدي في البحث والتفكير والذي يتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة	يتمتع صاحب التفكير الايجابي بامتلاكه لأساليب مبتكرة وجديدة تناسب التصور الحاصل ، فهو بذلك يعتبر من الأفراد المبدعين القادر على إعطاء حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره

عادة ما يقع أصحاب التفكير السلبي في المواقف من الإرباك، ويضعون أنفسهم في ورطات حرجة أثناء النقاشات المختلفة، نتيجة للتناقضات الفكرية حيث لا يمتلكون الخلفية الثقافية الواسعة التي تساعدهم على متابعة النقاش بموضوعية.	بينما يحرص أصحاب التفكير الإيجابي بأن لا يحدث ذلك معهم ويساعدهم على ذلك امتلاكهم ناصية من الفكر والثقافة والمرونة الفكرية التي تساعدهم على تجنب مثل هذه المواقف المحرجة.

(بركات 2006، ص 10)

هناك مجموعة من الاتجاهات العقلية الايجابية التي تُوجه سلوك صاحبها نحو الابتعاد عن الاضطراب النفسي من ذلك:

- عندما تحدث أشياء لا نشتهيها ولا نتوقعها يمكن أن نغير من أفكارنا عنها بحيث تكون مقبولة إلى حد ما.
- لا يوجد شر محض ولكن توجد تصرفات ندركها كذلك ويمكننا ضبط نتائجها السلبية إذ توقعنا عن إدراكها بأنها شريرة ولا يمكن إيقافها.
- يمكن أن نقلل من الآثار السيئة لأي مشكلة إذا توقفنا عن المبالغة في تصورها بأنها خطيرة أو مخيفة أو غير قابلة لحل أفضل.
- لا تحل الأمور بتجنبها والسكوت عنها، ولكن بمواجهتها ومعالجتها عندما تحدث.
- من الأفضل دائما الاعتماد على النفس عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.
- من الممتع للنفس أن يتقن الشخص شيئا يستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.
- لا يوجد ماض سيء ولكن يكفي أن ندركه كذلك .
- سعادة الإنسان الحقيقة لا تمنح ولكن تتحقق.
- توجد أكثر من طريقة وأكثر من مسار لتحقيق الأهداف المهمة في الحياة.
- النجاح في الحياة مرهون بما لدينا من مهارات ونشاط وطرق كل الأبواب المتاحة لتحقيق ذلك.
- يمكن أن نقلل من الآثار السيئة للخوف والقلق إذا توقعنا عن تصور الأمور بأنها خطيرة أو مخيفة.
- الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة.

- من الأحسن كثيرًا أن تعتمد على أنفسنا وأن نقف على أقدامنا وأن نستمد إيماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.
- سعادة الإنسان ترتبط بقدرته على الفعل والنشاط ومجاهدة النفس لاكتشاف مصادره الخاصة للسعادة.
- لا توجد طريقة واحدة لتحقيق أهدافنا المهمة في الحياة، توجد دائما طرق ومسارات مختلفة ومتنوعة .(عبد الستار 2011 ص 189).

لا يوجد اتفاق في الحقيقة حول قائمة الصفات الايجابية الجديرة بالتدريب والتطوير فإنه من المتفق عليه أنه لا يوجد نمط واحد من التفكير الايجابي ولكن استراتيجيات متعددة ذات أبنية ومؤشرات متنوعة، فإذا نظرنا إلى أي كتاب من كتب العلاج الإيجابي الجديدة، سنجد اهتماما بتطوير برامج علاجية تهتم بتنمية الجوانب الايجابية من الشخصية، فمن عباءة علم النفس الإيجابي ظهرت مفاهيم وتيارات جديدة من التفكير مثل مفهوم الجودة والسعادة الشخصية (عبد الستار 2008)(szligman 2002) وازدهار الشخصية (keyes et haidt .2003) التفاؤل (petersen et chang 2002) (سليجمان 2003) الذكاء الوجداني (harker et keltner 2001)التدين والصحة النفسية (miller et thoresen .2003)ونجد أيضا برامج لاكتساب الإبداع (إبراهيم 2002، أ ، 2000)(selligman et csikzenthmihalyi 2002)والرضا،وبرامج لتنمية التفكير العقلاني لمقاومة القلق والاكتئاب (حافظ ، 2006 ، عماد إبراهيم، 1990)، ومواجهة ضغوط الحياة (عسكري، 1998).

ثانياً: المحور الانفعالي : (الاسترخاء العضلي والتخيلي طريقتان لمواجهة الاكتئاب)

الجانب الانفعالي محور أساسي في السلوك الإنساني وتفاعلاته وتركيبه فالانفعال يؤثر في وظائف الجسم، ويؤثر في أسلوب إدراكنا للعالم وقدراتنا على التذكر ، والتعلم والتعامل مع الآخرين وغير ذلك (فالحياة الإنسانية لا تخلو من الانفعالات، والتي تُعد منشطة للحياة داعية إلى تنويعها وتلوينها، إذ دون الانفعالات تصبح الحياة رتيبة تضيق بها الذات)(منصور وآخرون ، 2002 ص 205).

وبالرغم من أن حياة كل شخص لا تخلو من الانفعال هنا وهناك وبالغرم من أن بعض الانفعالات مفيد وضروري للإنسان فإن العجز عن التحكم في الانفعالات قد يؤدي إلى ضروب متنوعة من الاضطرابات النفسية والجسمية ومن هنا تنبع أهمية الاعتناء بجانب السلوك الانفعالي

1-الأساس الفسيولوجي للانفعال:

الانفعال محفز للسلوك واستجابة من الفرد إلى المواقف المختلفة، وهو حالة من التوتر مصحوبة بتغيرات فسيولوجية (حيث نجد أنه لا يمكن لأحد معرفة الحالة الوجدانية التي يمر بها ويعانيها ، أو إذا أمكن التعرف إلى ما يرتبط بتلك الخبرة من متعلقات فسيولوجية أو سلوكية ، وفي الحقيقة لقد تم إدراك العمليات الوجدانية بصفتها مظهرا للأداء أو العمل البيولوجي، فعلماء مثل "وليام جيمس" james 1890 و "ماكدوجان" mc dougall 1908 و "فرويد Freud 1915" عرفوا الوجدان جميعا بصفته تعبيرا ذاتيا مدركا بشكل واع عن العملية الفسيولوجية أو الغريزة الكامنة)(كولز 1991، ص 194).

ثمة تطورات عظيمة في فهم بيولوجية الانفعال، فبالإضافة إلى الدراسات التقليدية التي تتضمن مرضى مصابين بعطب في أجزاء من المخ، ومقاييس الاستجابة الفسيولوجية للتنبيهات التي تستثير الانفعال فقد زودنا تطور الأساليب الحديثة في تصوير المخ (كالرنين المغناطيسي الوظيفي) باستبصارات حول دور مختلف أبنية المخ في الانفعال وثمة نقطتان واضحتان لنا في الوقت الحالي: أولا أن عددًا من أبنية المخ (كالجسم اللوزي أو قرن أمون أو اللحاء) والأجهزة الفسيولوجية كالجهاز العصبي المستقل أو جهاز الغدد الصماء العصبي كلها تلعب دورا في الانفعال . ثانيا : ليس هناك بناء واحدا وجهازا واحدا مسؤول عن أي انفعال محدد ، بالأحرى بقدر ما للانفعالات المحدد من بصمة بيولوجية محددة فإن ما يميز كل انفعال محدد بالأحرى بقدر ما للانفعالات المحددة من بصمة بيولوجية محددة فإن ما يميز كل انفعال إنما هو نمط من الاستجابات البيولوجية ، فمختلف طبقات الانفعالية قد تشرك أنظمة عصبية متنوعة بعض الشيء ، ويبدو أنه لا توجد منطقة واحدة في المخ لكل الانفعالات وإنه من بين أكثر الانجازات إثارة للاهتمام في هذا السياق ما يطلق عليه "علم الأعصاب الوجداني affective neuroscience" أي العلم الذي يبحث في الأساس العصبي للانفعال ، ولاسيما ما يتصل بجزئيين محددين من المخ (الجسيم اللوزي، والنصفين الكرويين الأماميين الأيمن والأيسر)المحوري في الانفعال(برافين 2010، ص 274).

هناك جزء كبير من الانفعالات يرتبط بعمل الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل بجزأيه السمبثاوي والباراسمثاوي ، الذين تعارض وظيفة كل منه ما الأخرى، فحين يعمل الجزء السمبثاوي (الاستشاري) على إثارة الأعضاء المختلفة في حالات الخطر فتتسارع دقات القلب ، وتنقبض الأوعية الدموية ، وتنشيط الغدد العرفية فإن الجهاز البارسمبثاوي (جهاز التهدئة والكف) يعمل على تخليص الجسم من الاستثارة الزائدة والعودة به إلى الحالة الطبيعية وإلا أصاب الخلل وظائف البدن (كما يحدث في حالات الانفعال الدائمة).

من الملاحظ أن التغيرات الانفعالية الداخلية التي تحدث بنشاط الوظيفة السمبثاوية تشمل قطاعا متنوعا من الاستجابات الداخلية التي يمكن قياسها بدقة واستخدامها كمؤشرات على حدة بعض الحالات الانفعالية كالخوف أو القلق أو الاكتساب منها:

- سرعة نبضات القلب.
- زيادة معدل التنفس وتلاحق الشهيق والزفير.
- انقباض حدقة العين أو اتساعها بحسب الحالة الانفعالية .
- نقص إفراز الغدة اللعابية وجفاف الحلق والفم ،ارتفاع ضغط الدم.
- إثارة المعدة مما يؤدي أحيانا للشعور بالغثيان أو القيء.
- زيادة إفراز الغدد الدرقية ، فيتصبب العرق في بعض الحالات الانفعالية.
- انقباض الأوعية الدموية (وما يتبعه من شحوب الوجه، كما في حالات الخوف)أو تمددها (وما يتبعه من تصاعد الدم أو إحتقان الوجه كما يحدث في بعض حالات الغضب) (عبد الستار 2003، ص426).

2- الاسترخاء في مواجهة الاكتئاب :

إن الاكتئاب حالة انفعالية تتميز بالخوف أو الشعور العام الغامض غير السار مما قد يحدث ومن المستقبل، نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء كان هذا الخطر حقيقيا أو خطرا رمزيا ، مصحوبا عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، وذلك مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو الضيق في الصدر و التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة ، وهذا كله ينعكس بشكل سلبي على الصحة الجسمية والنفسية.

لهذا فإن أي برنامج علاجي للاكتئاب يجب أن يتضمن خطة للتدريب على "الاسترخاء" وذلك لتهدئة المشاعر المضطربة والتغلب على التغيرات الفسيولوجية السلبية المصاحبة، التي تزداد مع زيادة شدة الاضطرابات الانفعالية والتي تعيق قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء والإنتاج والكفاءة العقلية، فالأشخاص في حالات الشد والتوتر تنهار مقوماتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي سبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناءا.

يعرف (عبد الستار 2008)الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر .

ويعرفه (حامد زهران 1998) بأنه محاولة القضاء على التوترات العضلية بطريقة نفسه تهدف لإحلال الراحة والدفء محل التوتر القلق، وذلك من خلال أسلوب وتكيك نفسي فسيولوجي.

يمكن تصنيف التوتر الفسيولوجي إلى نوعين، التوتر البناء الذي يساعدنا على بذل الطاقة والاندفاع بهما نحو العمل المثمر والإنتاج، أما النوع الآخر فهو ما يهمنا هنا التركيز عليه، ونعني التوتر السلبي الهدام الذي يمتص طاقتنا ويضعف من كفاءتنا، والتوتر السلبي له آثار عديدة ومؤلمة، له أثار يمكن ملاحظتها فورا، فهو يجلب الآلام العصبية خاصة في الرقبة والظهر وعضلات الكتف، وعلى المستوى النفسي يصيبنا بالقلق والانزعاج في حالات التفاعل مع الآخرين. ويؤثر في المزاج والعواطف وبالضجر والعشوائية والتخبط، فهو بعبارة أخرى يكمن خلف سلسلة طويلة وقائمة كبيرة من الأمراض النفسية والاضطرابات العضوية.

من هنا تأتي أهمية الاسترخاء ، فللفرد إذا كان في حالة استرخاء فإنه يستطيع أن يتصرف دون شدا أو توتر وستكون استجاباته هادئة وسيتمكن من التصرف بحكمة وعقلانية حتى عند مواجهة المواقف التي كان يراها صعبة وعسيرة ، كما يخلق لدى صاحبه نوع من هدوء يستطيع به أن يتحكم في سلوكياته وتتزايد ثقة الناس ب هـ وبجدارته بسبب ما يمنحه لمُطبقه من ثقة في عيون الآخرين فيشعرون معه بالارتياح بسبب ما يتسم به الشخص في مواقف الاسترخاء من طمأنينة وثقة بالنفس.

(يمتلئ التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية (العصابين والذهانيين) وفي حالة الاكتئاب تُبين الدراسات أنه بالرغم مما يتصف به هؤلاء المرض من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة والكلام والاستجابة)الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن

مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة ، والفكين، والذراعين، والقدمين بينت أنهم أكثر توترا من الأسوياء، وتبين بحوث م مائلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي،لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم الاكتئاب وليس مجرد نتيجة له، فضلا عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة والمضادة للاكتئاب تؤدي إلى انخفاض ملموس في حالات القلق والاكتئاب)(عبد الستار 2008، ص 187).

3-التدريب على الاسترخاء:

إن "تقنية الاسترخاء" العلاجية تتطلب عادة لتعلمها ست جلسات علاجية، في كل منها يجب أن تخصص عشرون دقيقة على الأقل وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يواصل التدريبات على الاسترخاء لمدة 15 دقيقة يوميا بنفسه تحت إرشادات المعالج التي تراعي الفروق الفردية والحاجات العلاجية ، تكون الخطوات التدريبية العامة كتالي:

1* الاستلقاء في وضع مريح عند بداية التدريب ، التأكيد من هدوء المكان وخلوه من مشتتات.

2* المكان الذي ستتكئ عليه يجب أن يكون مريحا، ولا توجد به أجزاء نا فرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

3* ليس بالضرورة أن تكون متكئاً بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح.

4* ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ، ويفضل أن يكون الذراع كما يلي:

- إغلاق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.
- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.
- ابسط راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة.
- لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .
- كرر هذا تمرين عددا من المرات حتى ت درك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى، والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك ، تبسط راحة يدك اليسرى بيسر ، وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي ، وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .
- كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضواً.. فعضواً.. بالطريقة السابقة ، سيمكن في المرات التالية استغراق وقت أقل من ذلك.

4- أهمية الصور الذهنية والتخيل الذاتي في تعميق الإحساس بالاسترخاء:

يقول إبراهيم 2008 أن هناك حقيقة بسيطة لا يختلف فيها اثنان وهي أن مشاعرنا وانفعالاتنا تتأثر تأثرا قويا بما نرسمه من تصورات أو تخيلات، بما فيها استعادة أحداث سابقة، فأنت قد تشعر بالحزن العميق إذا ما استعدت حدثا غير سعيدا (وفاة عزيز أو صديق) ثم في الماضي شريطة أن تستعيده بكل التفاصيل ، وبكل حواسك ، وربما قد تتساقط دموعك، إذا استغرقت في تذكر تفاصيل هذا الحدث واستعادة كل مشاعرك آنذاك وبالمثل قد تجد نفسك غاضبا، إذا استعدت بعض الأحداث والتي مرت عليك في الماضي والتي تعرضت منها للتجاهل والاعتداء والامتهان، من شخص معين في موقف معين، وربما تجد قدرتك على التركيز والهدوء والنوم تتبدد إذا ما حاولت أن تستغرق أكثر فأكثر في استعادة هذه الأحداث وإذا كان بإمكانك أن تشعر بالغضب أو الحزن أو البكاء باستعادة صور ذهنية سابقة مثيرة لهذه المشاعر، فإن بإمكانك أيضا أن تشعر بالراحة والهدوء والسعادة إذا ما حاولت في الدقائق التالية أن تستعيد بعض التفاصيل بأكبر قدر ممكن من التخيل الحي، عن مكان تحبه، أو مشهد سعيد مربك.

للتخيل الذاتي تأثير في الجوانب الجسمية والنفسية خذ مثلا في تأثير التخيل على الاستجابة العضوية تخيل مثلا وأنت تغمض عينك وبأكبر قدر ممكن لديك من التخيل أنك تتناول ليمونة وأنك تقوم بشقها إلى نصفين وتتناول أحد هذين النصفين لتقوم بعصرها في فمك، من المؤكد إذا كنت قد نجحت في استشارة الصورة على نحو حي أنك لن تشعر فقط بمذاق الليمونة اللاسع، ولكن ستجد أن كمية اللعاب في الفم (وهو استجابة عضوية) ستزيد كما لو كنت بالفعل تمتص قطعة الليمون وتمضغها بأسنانك.

أ-التخيل وذكريات الانفعال:

التخيل وتكوين الصور الذهنية تعتبر من أحد أهم وظائف العقل، وهو يتحقق ذلك من خلال حواسنا الخمس، أي البصر والسمع والتذوق والشم واللمس، بعبارة أخرى فإن العقل يدرك ويسجل ما يدور في العالم من حولنا في صورة منبهات ومثيرات حسية بعضها بصري وبعضها سمعي وبعضها لمسي أو تذوقي أو شمي، ونتعرض في كل لحظة لكم هائل من الصور والأصوات، والمشاهد

والإحساسات وتعتبر هذه المجموعة من الصور الحسية بمثابة النسيج الأصلي للعقل، فبدون تسجيل هذه المثيرات لا يمكن للعقل أن يعمل ويفكر ويتذكر ويتخيل .

نحن لا نسجل فقط المنبهات والمثيرات ولكن عقلنا يسجل أيضا الحالة النفسية والحالة الانفعالية التي ارتبطت أو أطاحت بهذه العملية أي إنه لا يسجل فقط خبرات حسية ولكنه يسجل أيضا كل ما أحاط بهذه الخبرات من مشاعر الفرح أو الغضب أو الحزن أي كل المشاعر التي مرت بك، تستعيد معها أيضا الأحاسيس التي مرت بك ساعة تسجيلها، مثال ذلك المجندون في الحروب عندما يتذكرون مجريات المعارك فتظهر لديهم بكل الز خم والقلق النفسي والرعب وهدير المدافع وإنفجارات القنابل و خطوط مواجهة العدو (عبد الستار 2010، ص 133).

ب-التخيل والصور الذهنية والصحة العامة:

أجريت بعض الدراسات على مرض السرطان بأحد المراكز المعروفة بعلاج و ببحوث السرطان بولايات تكساس الأمريكية، بهدف تشجيع المرض ى على مقاومة نمو الخلايا السرطانية باستخدام أساليب من الإيحاء تعتمد على إثارة التخيل والصور الذهنية ، ومن بعض هذه الأساليب القيام بتشجيع المرضى على تصور أن هناك قوة داخلية تقوم لمهاجمة الخلايا السرطانية وتدمرها تدميرا، ولمساعدة المرضى على تكوين صور حية طلب منهم أن يتخيلوا الأورام السرطاني على أنها أشكال وحيوانات وحشرات قبيحة قابعة هناك في موقع الإصابة نريد التخلص منها بطحنها وتفتيتها "بينما أعطيت القوة التي تهاجم الورم صورة استعارية إيجابية على أنها مثلا.. "فارس يرمي سهاما أو يطلق سلاحا ناريا، وهناك دراسات أثبتت أن الصور الذهنية الايجابية والتخيلات تعمل على زيادة المضادات الليمفاوية، وهي المادة الرئيسية المعروف عنها، أنها تقوى من جهاز المناعة وتعمل على تدمير الخلايا السرطانية وفي تجارب أخرى عن تحمل الألم تبين أن إثارة صور ذهنية إيجابية وتخيلات مهدئة تعمل على زيادة مادة الأندروفين في endorphine والتي من شأنها أن تحسن المزاج، وتساعد على تحمل الألم والتي يصفها البعض بأنها الأفيون أو المورفي الطبيعي الذي يفرزه الجسم. (نفس المؤلف 2010، ص 139).

بفضل هذه الحقائق والآثار الايجابية عن التخيل والصور الذهنية فإننا نستطيع أن نساعد أنفسنا ومرضنا في تكوين المشاعر والانفعالات المرغوبة وحتى تضمينها في جلسات الاسترخاء العضلي لعلاج الحالات النفسية مثل الاكتئاب والقلق.

ثالثاً:المحور الاجتماعي: (تنمية التوكيدية و المهارات الاجتماعية)

1-مفهوم المهارة الاجتماعية:

تعرف المعاجم اللغوية "المهارة" بأنها :(الحذق في الشيء، والماهر الحاذق بكل عمل ويقال: مهرت بهذا الأمر به مهارة ، أي صرت حاذقا)(ابن منظور، د. ت، ص 184).

تعرف المهارة في الأدبيات علم النفس وعلوم التربية فتعرف بأنها (قدرة عالية على أداء فعل حركي معقد بسهولة ودقة)(الحنفي 1978، ص 303).

إن المهارة الاجتماعية تعني قدرة الفرد على التوافق الاجتماعي وإصدار السلوك الملائم والقيام بالأدوار الملائمة والقدرة على تحمل المسؤولية والتعاون مع الآخرين والإسهام الجيد مع الجماعة وتكوين علاقات وثيقة والقدرة على المبادأة .

كما تم تعريفها على أنها أنماط من السلوك المتميزة والمتعلقة والتي ترتبط بشكل مباشر بتحقيق الكفاءة الاجتماعية بطريقة لفظية إلى جانب مهارته في ضبط تعبيراته غير اللفظية وتنظيمها كقدرة على ضبط الانفعال واستبدال انفعالات الآخرين وتفسيرها وقدرته على لعب الدور واستحضار الذات اجتماعيا (RIGGIO .1990.P19).

ويعرفها (السمادوني 1990، ص 01) بأنها القدرة على التعامل مع الآخرين والدراية بالقواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي .

ويرى (الددا 2008، ص 23)أن المهارات الاجتماعية :

- سلوك مكتسب أي يمكن تعلمه.
- هي فنون من التعامل مع الآخرين.
- تقوم المهارات الاجتماعية على استعداد فطري بمعنى أن الفرد مهيأ لتعلمها.
- تقوم على العلاقة بين الفرد وبقية أفراد المجتمع.
- تحدث المهارات الاجتماعية في إطار يرتضيه المجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

إن المتفحص لمفهوم المهارات الاجتماعية يجدها عملية تفاعلية بين الجوانب المختلفة للسلوك الإنساني بدءا بالجانب السلوكي (اللفظي وغير لفظي)والجانب المعرفي والجانب الوجداني الانفعالي

في سياق التفاعل الاجتماعي، ويمكن بسط المفهوم المهارات الاجتماعية من خلال خصائصها مما يمثل بالتالي تعريفا متكاملا، فالمهارات الاجتماعية:

- يمكن تعلمها بشكل رئيسي من خلال أساليب التعلم الاجتماعي المختلفة (مثل: الملاحظة، التعلم من خلال نموذج قدرة، والمحاكاة أو التقليد، وعائد السلوك الاجتماعي).
- أنها تشمل على سلوكيات معينة ومميزة لفظية وغير لفظية.
- تزيد عملية التعزيز الاجتماعي من المهارات الاجتماعية (الاستجابات المفيدة من البنية الاجتماعية).
- تشمل المهارات الاجتماعية بخصائص البنية أو (الموقف)،وباتجاهات المشاركين وبالعديد من المؤثرات مثل :السن، الجنس، والمكانة الاجتماعية للفرد، وكل هذه لها تأثيراتها في الأداء الاجتماعي للفرد.
- يمكن تعديل صور القصور أو الاضطرابات في الأداء الاجتماعي للفرد ومواجهته من خلال أشكال التدخل التدريبي أو العلاجي أو التقويمي (النحو 2001، ص 23).

2-العلاقة بين الاضطراب النفسي والسلوك الاجتماعي:

إن ارتباط الصحة النفسية للفرد بسلوكه الاجتماعي أمر يكاد يكون من البديهيات لدى المتخصصين في علم النفس مهما اختلفت مشاربهم النظرية بل أن الكثير منهم يقيس مدى فعالية علاجه بمدى ما يحققه مريضه من تحسن في نمط العلاقة بالعالم الاجتماعي أو في الجوانب النفسية التي ترتبط أو تنتج مباشرة عن القصور في العلاقات الاجتماعية والتي تزيد من مشاعر الإحباط واليأس فتزيد حالته النفسية سواء و هو ما يدعم بدوره القصور في السلوك الاجتماعي.

إن الاضطراب النفسي والعقلي يرتبط ارتباطا جوهريا باضطراب السلوك الاجتماعي للفرد وافتقاده للمهارات اللازمة لإدارة حياته الاجتماعية، خذ مثلاً الاضطرابات النفسية والعقلية الأساسية في الطب النفسي وهي القلق الاكتئاب والفصام، إنها جميعا تتسم ببعض الأعراض التي ترتبط بشكل مباشرا باضطراب السلوك الاجتماعي، ومن مظاهر ذلك أن المصابين بهذه الاضطرابات يشتركون جميعا بخصائص منها أنهم:

- يفتقرون للإجابة في المواقف الاجتماعية.
- كما أنهم يجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة أو المبادرة في خلق علاقة جديدة.

- يوصف الشخص بالاضطراب عندما تختل أساليب تفاعله بالآخرين، وعندما يعزف عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تتطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل.
- كذلك يوصف المضطربون بالجمود والتصلب، والافتقاد للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتطور الاجتماعي بالشخصية .
- ويعانون من حساسية شديدة للرفض أو الخوف من التجاهل عند دخولهم في مواقف تتطلب التفاعل بالآخرين، ونتيجة لهذا يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباط الألم، مما ينفرهم فيما بعد من الدخول في مواقف اجتماعية جديدة.
- فضلا عن هذا ، تبين أن غالبيتهم لا يحسنون التعبير عن أنفسهم أو الدفاع كما قد ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات عند دخولهم في علاقات اجتماعية بالآخرين (عبد الستار 2008، ص 10).

إن المهارات الاجتماعية مجموعة من الخبرات والأعمال المستعملة والتي تمارس بشكل منتظم بحيث تسهم في تعديل السلوك وذلك بالتخلي عن الاستجابات السلبية غير المقبولة اجتماعيا ، مما يساهم في تحقيق التكييف والتفاعل الإيجابي مع الآخرين في إطار يرتضيه المجتمع.

إن تنمية المهارات الاجتماعية حتى لدى المرضى ال ذهانيين تقلل من الآثار السلبية للمرض العقلي، وتزيد من كفاءتهم على الرعاية المستق بلة للنفس من مواقف الخطر والأزمات ، وعلى سبيل المثال بيّنت دراسة حديثة أجريت على مجموعة من الفصاميين أن نسبة الانتكاس وصلت إلى 17% فقط في المجموعة التي خضعت لبرنامج علاجي ركز على صقل المهارات الاجتماعية بتدريب جميع أفراد أسرة الفصامي (بما فيهم المريض نفسه) على التواصل الجيد بين أفراد الأسرة وتبادل المشاعر الإيجابية فيما بينهم وذلك مقابل 83 % انتكسوا في المجموعة التي لم تتدرب على تنمية هذه الخاصة، واعتمدت على العلاج الكيميائي فقط، بالإضافة إلى ذلك وبالرغم مما في مرض الفصام من صعوبات في العلاج ومقاومته للكثير من أشكال العلاج النفسي والطبي الأخرى، تتحسن حالة المرضى الذين خضعوا لبرنامج تدريب المهارات الاجتماعية فقد قلت نسبة الإنتكاس وتناقصت كمية العقاقير النفسية التي كانوا يتعاطونها، كما زادت أمامهم فرص النجاح الاجتماعي بما في ذلك تزايد نسبة الزواج بينهم والحصول على عمل وتحقيق الكفاءة المهنية (نفس المؤلف 2008، ص15).

لذا فإننا نستشف مما سبق أن علاج مشكلات السلوك الاجتماعي تؤدي إلى أثار علاجية إيجابية محاولة مساعدة الفرد على تنمية مهاراته الاجتماعية وتطويرها كوسيلة أو كمحور من محاور العلاج السلوكي المتعدد.

3-القصور في المهارات الاجتماعية:

يمثل موضوع قصور المهارات الاجتماعية مشكلة أساسية بالنسبة للمرضى النفسيين حيث أنهم يعجزون عن التفاعل بشكل ملائم مع الآخرين ويفتقرون إلى ضوابط سلوكية ملائمة لقمع السلوك الاجتماعي العدواني المشوش أو المندفع، أو إلى تحقيق التلائم والتوافق مع المحيطين به وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مما يؤدي به إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة.

يشير جاري (gary 1983) إلى أن هناك ثلاثة أنماط من النقص في المهارة في البحوث النفسية:

1/* الإفتقار إلى المعارف والمفاهيم عن السلوك الاجتماعي المناسب، وهناك على الأقل ثلاثة أشكال من المعارف الاجتماعية يمكن توظيفها في مفهوم المهارة:

- المعرفة بالأهداف المناسبة للتفاعل الاجتماعي .
- المعرفة بالأساليب المناسبة للوصول إلى الهدف الاجتماعي.
- المعرفة بالسياق من خلال أساليب مناسبة مميزة يتم تطبيقها .

2/* يعانون العجز نتيجة التدريب غير الكافي.

3/* لديهم عجز في إعطاء أنفسهم تغذية راجعة عن تفاعلاتهم البنيشخصية وبصفة خاصة فإن هؤلاء لديهم نقص في القدرة على توجيه وتقييم سلوكهم وتأثيراته على الآخرين وفي عمل الاستدلال وعزو نجاحهم أو فشلهم البينشخصي إلى محاولاتهم المستمرة في التكيف والثقة بالنفس في التفاعلات الاجتماعية (في:الشهري 2011،ص28).

خذ على سبيل المثال الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الشخص في حالات الاكتئاب فقد تبين مثلا بالاعتماد على استقصاء عدد كبير من البحوث أن المكتئبين بالمقارنة بغير المكتئبين يعانون من القصور في عدد من المهارات الاجتماعية كما يظهر ذلك في وجود صعوبات عامة في التعامل مع الآخرين خاصة في التعامل مع الغرباء، وتمتد صعوبات التواصل الاجتماعي لتشمل:

- العجز عن التصرف براحة وا نطلاق في العلاقات الاجتماعية بما في ذلك التعامل مع أفراد الأسرة وزملاء العمل حتى بعد علاجهم من الاكتئاب بالوسائل الطبية ، الكيميائية .
- الاضطراب في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي فحجم الكلام لدى المكتئبين أقل و نبرة الصوت تميل للخفوت والوهن.
- ويثير المكتئب إزعاج أسرته، ورفاقه وأقاربه بسبب ميوله الشديدة للاعتماد على الآخرين، وحساسيته الشديدة للرفض ومقاومته للتوجيه.
- تزداد المشكلات الاجتماعية بين المكتئبين لدى النساء أكثر من الذكور ، وحتى بين المتزوجات، أو عدم التواصل الجيد وإساءة الفهم وتبادل الاتهامات والعداوة.
- وتزداد نسبة الطلاق بين المكتئبين والمكتئبات على سواء.(عبد الستار 2008،ص 20.).

إن القصور في المهارات الاجتماعية المختلفة ينتج عن الفشل في إكتسابه بسبب قلة الفرص لتعلم المهارة أو قلة الفرص للتعرض لنماذج من السلوك الاجتماعي المقبولة وقد يرجع حسب (أبو زيد ،2008،ص17) إلى :

- ضغوط الحياة والأزمات وتعقيد المواقف مما يعوق الفرد أحيانا عن استخدام مهاراته التي يمتلكها.
- نقص المهارات التي يتقنها الفرد مما يشعره بالعجز حيال بعض المواقف.
- وجود المهارات مع عدم وجود مستوى لائق من الاتقان لها مما يجعلها بلا فائدة مرضية للفرد.
- عدم تدريب الأفراد على استخدام مهاراتهم باستمرار وفي التوقيت المناسب.
- عدم وجود مهارات على الإطلاق نتيجة اضطراب عمليات التنشئة الاجتماعية الأساسية واللاحقة.
- اضطراب مفهوم الذات الاجتماعية.
- وجود رصيد خبري من تراكمات فشل سابقة في مواقف ضاغطة مشابهة .
- وجود تعميمات خاطئة وسلبية ومشوهة وعميقة.

هذا مما يجعل الأفراد في حاجة ماسة إلى إعادة النظر في تعلم مهارات جديدة مفيدة ومناسبة تعينهم على التفاعل السوي مع البيئة الاجتماعية المحيطة .

4- اكتساب وتنمية المهارات الاجتماعية:

لقد أظهرت البحوث أن من الطبيعي أن نسعي جميعا للنجاح في الحياة وتحقيق الفاعلية في علاقتنا الاجتماعية بالآخرين في إطار من الصحة النفسية ، وإن القدرة على التعبير عن المشاعر (أو ما يسمى بتأكيد الذات) من أهم المهارات التي تساعد على تحقيق هذا الغرض، فهي خاصية تميز الأشخاص الناجحين في الحياة وتساعد على تحقيق أكبر ممكن من الفاعلية والنجاح فيما يتعلق بالتواصل بالعالم الخارجي والناس من حولنا.

فيما يخص موضوع تنمية المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ي عتق الباحث أن (عبد الستار إبراهيم 2008) وبكتابه (إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية). قد تميز فيه بطرح نظري خاص وخطوات تطبيقية فعالة، فاستفاد منها البحث الحالي بشكل كبير في جانبه النظري والتخطيط للبرنامج العلاجي .وخاصة فيما يلي:

أ- التوكيدية وأهمية التدريب عليها:

إن ما يسمى بتأكيد الذات(التوكيدية) أو ما يسميها عبد الستار إبراهيم بالحرية في التعبير عن المشاعر والاتجاهات التي يكشف البحث العلمي عن آثارها الايجابية في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي السليم والصحي بالعالم .

(السلوك التوكيدي سلوك متعدد الأبعاد، ويشير في مجمله إلى المهارات الاجتماعية التي يتمتع بها الفرد وتساعده في الاتصال الجيد مع الآخرين والدفاع عن الحقوق والتعبير عن آراء هومشاعره ورفض الإذعان لضغوط الآخرين أو المجاراة الاجتماعية)(محمود 2006، ص 09).

وتتمثل أهمية التوكيدية أنها:

- تساعد على التواصل الايجابي بالآخرين مما يمكنهم من التنبؤ الجيد بتصرفات الفرد ومعتقداتهم في مناخ من الطمأنينة له والثقة بقدراته وفي الحياة والعمل.
- تمكن من تجنب كثير من الجوانب الإحباط والفشل لأنها ستمكن من الخروج من المواقف الحرجة بلباقة .
- الحصول على مكاسب وفوائد ايجابية في مجالات العمل والمهنة جراء التدريب على التوكيدية.

- التعبير الإيجابي عن النفس والتصرف بايجابية مع الناس فيعود على فاعله بايجابية مماثلة، مما يساعد على خلق علاقات اجتماعية قائمة على تحقيق المكاسب المتبادلة .
- المتدرب على التوكيدية يتفاعل أكثر من غيره، ويعبر عن مشاعره داخل الجماعة بحرية أكبر وهم يعطون الآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم والنمو والنضوج.
- التوكيدية تحقق أحد المتطلبات الرئيسية للصحة النفسية والعضوية بشكل عام بما فيها التحرر من القلق والاكتئاب وما يرتبط بهما من اضطرابات وجدانية أخرى.

إن التوكيدية سمة شخصية ولكنها في نفس الوقت مهارة وقدرة قابلة للنمو والاكتساب والتعلم للتعبير الصادق عن المشاعر بأشكالها المتنوعة والملائمة للموقف .

إن التدريب على التوكيدية يتطلب عادة أربع خطوات على النحو التالي:

1 -أن يبدأ بعملية تقييم وفحص الذات بالاستعانة مثلاً بـ" المقياس المتعدد الجوانب للتعرف على مستويات تأكيد الذات" وللإجابة على مقياس :" اسأل نفسك: لتحري جوانب القصور الاجتماعية في الممارسات الشخصية" لمؤلفه ما عبد الستار إبراهيم ومن غيرها من المصادر وبصورة مفصلة على مصادر ضعف القدرات التعبيرية عن المشاعر وتأكيد الذات بما في ذلك : (أهم المواقف والظروف الاجتماعية التي تعطل تأكيد الذات وتزيد من مستوى الاكتئاب والقلق الاجتماعي.) ومع من من الأشخاص؟ – وفي أي مكان (في المنزل ، مدرسة، مكان العمل....).

2 -تتضمن الخطورة الثانية أن تتعرف على أساليب التواصل الفعال والناجح بالآخرين وأن تعرف أن عملية التواصل بالآخرين تنطوي على ثلاثة أساليب ينبغي عليك أن تحددها وأن تتدرب على كل منها بشكل مستقل .

3 -التدريب على فنيات السلوك التوكيدي والممارسة بما فيها المهارات البدنية والمهارات الاجتماعية والفنيات العلاجية.

4 -المتابعة ومراقبة الأداء.

ب- الأساليب الثلاثة في التواصل الاجتماعي مع العالم:

تتضمن الخطوة الأولى حسب (عبد الستار ، 2008،ص61) من الخطوات التدريب على ممارسة تأكيد الذات والفاعلية الاجتماعية أن نتعرف على أسلوب الفرد المتدرب في التواصل بالآخرين من

بين ثلاثة أساليب من التواصل هي "السلبي" و "العدواني" و أسلوب التعبير الصادق عن المشاعر أي "تأكيد الذات" وسنتعرف اختصارا وفيما يلي على كل أسلوب منها في الجدول التالي :

جدول رقم: (03) يوضح مقارنة بين أساليب التواصل الثلاثة

من حيث	الأسلوب السلبي	الأسلوب العدواني	الأسلوب التوكيدي
التعبير عن المشاعر	غير مباشر ولا يفصح عن رغباته بوضوح	أن تعبر عن حاجتك ومشاعرك وأفكارك ولكن مع التضحية بمشاعر وحقوق الآخرين	يتسم الأسلوب التوكيدي بالفعالية ، باستخدام عبارات مباشرة تعبر عن المشاعر والحاجات دون خرق لحقوق الآخرين وحاجاتهم
الصوت	متردد، متلعثم ، منخفض، الإكثار من الصمت	الصوت عالي ومرتفع أو الالتزام بالصمت وكأنه مكره عليه وفي توقع أن ينفجر في أي لحظة	الصوت التوكيدي يميل للاسترخاء، ووضوح النبرات والحزم
التفاعل الاجتماعي	كثرة الاعتذار ولأن السلبي لا يقل غالبا ما يعنيه ، فإنه يبدو في عين الآخرين وكأنه لا يعني ما يقله، ومن هنا يجيء الاستخفاف الاجتماعي والتجاهل لمثل هذا النمط من الأشخاص السلبيين	صاحب هذا الأسلوب عادة ما يلجأ للاستهانة بالناس وتحقير مشاعرهم والسخرية من متطلباتهم وأفكارهم وفي الحالات المتطرفة يتسم هذا الأسلوب بالعدوان والتهجم المباشر عندما يواجه بإحباط أو أي معوقات لتحقيق ما يرده	صاحب هذا الأسلوب يمكنه أن يعبر عن متطلباته، أو يرفض الأشياء التي تتعارض مع احتياجاته ووقته بطريقة مباشرة وبسيطة بإمكانه أن يبدأ حوارا أو ينهي نقاشا، ويمتدح الآخرين ويتقبل مدائحهم يحتمل النقد بدون عداء أو انتقام من قاتله
حماية الحقوق الشخصية	التضحية بمصالح أو رغباته الخاصة من أجل	تعبر عن حاجاتك ومشاعرك وأفكارك ، ولكن مع التضحية	في الأسلوب التوكيدي يكون الشخص متقبلا للتفاوض وللحلول الوسطى التي لا تضر

	حقوق الآخرين	بمشاعر وحقوق الآخرين	بأحد الطرفين في هذا الأسلوب نستطيع أن نطلب ونعبر عن متطلباتنا ، أو نرفض الأشياء التي تتعارض مع احتياجاتنا ووقتنا بطريقة مباشرة وبسيطة
الخصائص الانفعالية والشخصية	تزايد القلق الاجتماعي ، الخجل والتوتر خاصة في مواقف التفاعل الاجتماعي	الشخص العدواني يبدو متعاليا متباهيا بنفسه، أو بقوته وثروته وكأنه فوق النقد والمؤاخذة	يميل للاسترخاء، بإمكان الشخص أن يبدأ حوارا أو ينهي نقاشا، ويمدح الآخرين ويتقبل مدائحهم، يحتمل النقد بدون عداء أو انتقام من قائله.
علامات عضوية	برودة اليدين وتعرق راحتيهما وجفاف الحلق ، تجنب التواصل البصري والتقاء العيون.	التواصل البشري مباشرة ومتصل ومن غير تعبير متميز، الوضع البدني متحفز للهجوم ،الإيماءات جامدة وآمرة، استخدام اليدين بكثرة في شكل إشارات وتوجيهات وعلامات عدم تقبل الآخر	التواصل البصري بشكل ملائم دون حملقة أو انكسار مما يعكس إحساسا بالصدق والتفتح ، الوضع الجسمي نشط ومتوازن وملائم لمحتوى الرسالة وموضوع التواصل.

(عبد الستار 2008)

ت- خطوات التدريب على التوكيدية وتنمية المهارات الاجتماعية:

لتطوير القدرات الاجتماعية التوكيدية وحسن إدارة الحياة الاجتماعية الشخصية أربع خطوات على النحو الآتي:

1/- تقييم الذات وتحديد مناطق الضعف: وذلك بتجميع وتحديد المواقف المختلفة التي يشعر فيها المتدرب بصعوبة تأكيد الذات ويكون ذلك بالإجابة على المقاييس الخاصة بذلك، ويفضل في البداية اختيار خمس نماذج منها تعبر عن مواقف ضعف المهارة الاجتماعية في التعبير عن المشاعر وافتقار تأكيد الذات وأن نضعها في قائمة مستقلة وأن تتوفر فيها الشروط الآتية:

- أن تكون من المواقف التي توجد صعوبة في الوقت الحالي في التعامل معها بثقة و توكيدية
- أن الموقف يحدث بطريقة منتظمة ومتكررة.
- أن تصاغ المواقف بطريقة متوازنة، بحيث لا تكون عامة جدا ولا نوعية جدا شديدة الخصوصية.
- أن تمثل المواقف المختارة مشكلة فعلية للفرد، وتؤثر على صحته النفسية أو الجسمية أو الاجتماعية والمهنية.
- أن تغطي المواقف المختارة مجالات متنوعة كالمنزل والعمل والمدرسة .

2/- مراقبة الذات:

يرى عبد الستار 2008 أنه يجب وضع المواقف التي اخترتها في نموذج يماثل النموذج المرفق بعنوان المراقبة الذاتية لتأكيد الذات، راقب نفسك يوميا في كل موقف اخترته بالطريقة التالية:

- إملأ صورة من النموذج يوميا.
- حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر إلى 10 لكل موقف اخترته درجة شعورك بالراحة في التعبير عن السلوك التوكيدي، كذلك على نفس المقياس حدد درجة ما اكتسبته من مهارة في التنفيذ الملائم للموقف في كل مرة حدث فيها، مع مراعاة أن الدرجة صفر تعني: أنني غير راضي على الإطلاق عن أدائي (يعني لم أكن مرتاحا ولم أقم بالتعبير التوكيدي المناسب)، بينما 10 تعني أنك راض تمام الرضا عن مهارتك في الأداء التوكيدي للسلوك الذي اخترته للتدريب.

جدول رقم :(04) استمارة المراقبة الذاتية

الموقف	مستوى المعاناة	مهارة الأداء
أمثلة		
• سأقوم باتصال تليفوني للاعتذار عن موعد سابق	صفر	صفر
• سأمنح ساعة يوميا من وقتي لأفراد أسرتي	6	3
• سأناقش أحد الزملاء بسبب ما يشيعه عني	7	8
• سأشرح لأسرتي الظروف التي أعاقتني عن شراء متطلباتهم	5	4

سجل في الجزء الباقي بنفس النظام السابق أنواع السلوك التوكيدي التي ترجو تنفيذها اليوم أو خلال الأيام القادمة	.	
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر إلى 10 بالنسبة لكل موقف اخترته درجة شعورك بالراحة في ممارسة المهارة الاجتماعية أو التوكيدية التي تمثلها كل فقرة ، حيث أن الدرجة صفر تعني: أنني أعجز تماما عن ممارسة هذه المهارة، بينما 10 تعني أنك تعاني من ممارسة هذه المهارة بدرجة خفيفة للغاية.

حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر – 10 بالنسبة لكل موقف درجة ما تكتسبه من مهارة في ممارسة السلوك التوكيدي ، حيث أن الدرجة صفر تعني: أنني غير راضي على الإطلاق عن أدائي (يعني لم أحقق أي إحساس بالراحة عند قيامي بأداء السلوك التوكيدي المطلوب) بينما 10 تعني أنك راض تمام الرضا عن مهارتك في الأداء التوكيدي للسلوك الذي اخترته للتدريب.

ولعملية المتابعة فوائد كثيرة من أهمها أنها ستمنحك صورة واقعية يومية عن مدى تحسن الذي تنجزه، ومن ثم ستتح لك الفرصة لتكتشف الجوانب الخاصة من المواقف التي تشعر خلالها بالإعاقة عن التنفيذ الإيجابي للمهارة المكتسبة

احتفظ بالنماذج التي ملأتها في مكان أمين للعودة لها بين الحين والآخر.

3/– الممارسة الأولية التخيلية:

تتسم الممارسة التدريبية الأولية بالتخيل للمواقف والصور الذهنية الخاصة بالسلوك التوكيدي بعد أسبوع من المراقبة الذاتية الذي يكون هدفه التمهيد والتوطئة للسلوك الواقعي ومدى نحاجه ، تبدأ

جلسات التخيل بتركيز الذهن على موقف أو موقفين على الأكثر من المواقف العشرة من القائمة الشخصية، كما هو مشار إليه في الخطوة الأولى وليكن الموقفا ن المختاران في البداية من المواقف السهلة التي لا يصعب كثيرا مواجهتها توكيديا ومن المواقف التي تتكرر كثيرا في حياة المتدرب أو الوشيكة الوقوع ، ومن المفروض أن تستغرق الجلسات التدريب ما يقرب من خمسة عشر دقيقة كل يوم في مكان مناسب وهادئ.

4/- الممارسة الفعلية وتقييم الأداء:

في هذه المرحلة تتم الممارسة الفعلية للمهارة المتدرب عليها، وعادة (حسب عبد الستار 2008) ما يتم الانتقال لهذه المرحلة بعد أسبوع من الممارسة التخيلية، وفي هذه المرحلة نوجه الشخص إلى أن يعتمد حدوث الواقعية، نقوم بعملية تقييم الأداء بالرجوع للاستمارة الأولى الخاصة بمراقبة الذات، وإن كان هناك تحسن ، الانطلاق في التدريب على مواقف أخرى.

ث-معالجة جوانب التوتر في الحياة اليومية:

يتطلب التدريب على المهارات الاجتماعية إيلاء معالجة جوانب التوتر في الحياة الشخصية الاجتماعية اليومية حيث أنه يعتبر من أوجه القصور في السلوك الاجتماعي اليومي ، العجز عن التعبير عن المشاعر بشكل سليم وصحي أو ضعفه واللغة البدنية غير الملائمة للتعبير ، لذا يتعلم الفرد في برنامج تدريبية على:

- تنطيق المشاعر : وهو التعبير المعتمد عن المشاعر بحرية وبطريقة تلقائية وبكلمات تصريحه مسموعة داخل العيادة وخارجها في عدد يتراوح من 05-15 مرة يوميا حتى تتحول إلى عادة شخصية .
- تشكيل الاستجابة البدنية الملائمة : حيث بدء اهتمام المعالجون النفسانيون الوقت الراهن حسب (عبد الستار 2008) بالتدريب على تعبيرات الوجه وأساليب الحركة والكلام والمشي كجزء من العلاج النفسي ، خاصة في حالات الاكتئاب والقلق الاجتماعي .

جدول رقم :(05) يوضح بعض المشاعر والأحاسيس اليومية الشائعة وما يناسبها من أساليب تعبيرية

قائمة المشاعر	أساليب تعبيرية مناسبة
الحب أو الرغبة	"إنني أحب هذا الشيء" "لقد سعدت بهذه اللحظة معك"
عدم الرغبة والاحتجاج	"إنني أرفض هذا الأسلوب من التعامل" "لم يكن هذا توقعي منك"
امتداح الآخر	"إن الكلمة التي قلتها كانت ذكية بحق" "أعجبتني صراحتك" "ما قمت به فاق كل توقعاتي"
التصميم	"سأظل هكذا إلى أن أكسب في النهاية" "لابد أن أبلغ رأي بالطريقة المفروضة وأترك الحكم للآخرين بعد ذلك"
التشكك	"هل تعتقد أنني أصدق ما تقوله؟" "كيف أتأكد أنك ستفعل ما اتفقنا عليه؟"
التعبير عن العرفان بالجميل	"أقدر لك دعمك ومساندتك" "سعدت بحق لاهتمامك"
التعبير عن الموافقة عندما تمتدح	لا تتحرج عندما يمتدح بعض الأشخاص أرائك أو كتاباتك باستجابات مثل : "أشكرك .. لقد قضيت وقتا طويلا بحق في كتابة ذلك" أو ما ترتديه من زي، مثلا: "شكرا على ملاحظتك، لقد بحثت طويلا عن هذا القميص إلى أن وجدته". أو شخصيتك، مثلا: "شكرا لملاحظتك فأنا مهتم بالفعل بممارسة الرياضة يوميا" باختصار أظهر ما يشير إلى موافقتك على ذلك وبذلك ستدعم لدي الآخرين عن الإيجابيات فيك، وبالتالي ستتلقى عائدا إيجابيا من المجتمع مما يدعم عاداتك ومهاراتك الصحية الجديدة التي ربما لا تزال في بداياتها.

(عبد الستار 2008)

جدول رقم :(06) يوضح أساليب بدنية مرتبطة بمهارات التعبير عن المشاعر

الأسلوب	الطريقة الملائمة	الطريقة السلبية غير ملائمة	الطريقة العدائية
التواصل البصري	التواصل البصري بالشخص أثناء الحديث معه أو إليه	إنكسار العين ، عدم التقائهما بعين الشخص أثناء الحديث	الحملقة المقصودة في الشخص أثناء الحديث
تعبيرات الوجه	أن تكون ملائمة للموضوع أو الرسالة التي تنقلها	خالية من المعنى أو خنوعه	تعبيرات عدائية بغض النظر عن موضوع الرسالة.
الإيماءات	معتدلة ، وملائمة للرسالة	منعدمة، متصلبة، وغير ملائمة للرسالة	مفرطة، ومسرفة في الحماسة
المسافة والوضع البدني	الجسم منتصب، وعلى مسافة ملائمة ، مع انحناء بسيط في الإتجاه الآخر	وضع منحني منكسر ، وعلى مسافة بعيدة	الجسم منتصب، وعلى مسافة قريبة جدا أو بعيدة من الشخص، مع إنحناء مبالغ فيه نحو الشخص
الصوت	واثق، وبارتفاع ملائم، نبرات واضحة وملائمة	منكسر، هامس ، رتيب	شديد وعالي، وبنبرات واضحة ولكن متسلطة.

(عبد الستار 2008)

ج- معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية:

إن من بين أسباب الاضطراب النفسي والعجز عن تأكيد الذات التعامل مع الأشخاص يتسمون بالسلبية في تواصلهم وسلوكياتهم معنا (المنافسة غير الشريفة، النقد السلبي والمقاطعة، أنماط من العلاقات الاجتماعية المسمومة ، أفراد يتسمون بصعوبة التعامل والمعاشرة والصراع والرغبات السلبية ...) لذا يجب تضمين البرنامج التدريبي ببعض الأساليب التي يمكن استغلالها للتغلب على تلك الصعوبات في العلاقات الاجتماعية التي تعرضنا للتوتر.

جدول رقم :(07) يوضح أساليب معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية:

الأسلوب	معناه	مع ومن ومتى يستخدم
تنطيق المشاعر	التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعال بكلمات صريحة ومنطوقة	القلق الاجتماعي، وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات مريحة معك
الأسطوانة المشروخة	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي بدأتها	– يساعدك هذا الأسلوب على الإحساس الهادئ في حالات المناقشة المتوترة. –كما يجنبك الدخول في متاهات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلي – التدريب على ضبط النفس والإصرار على تحقيق الهدف الرئيسي لك.
التأكيد السلبي	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم على أن تبين أن الخطأ لا يعني انك بكاملك سيئ	عندما تحس انك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد، توطيد العلاقة الطيبة بين الأزواج، عندما تريد أن تطوي صفحة سلبية وتبدأ صفحة إيجابية.
تجريد انفعال الآخرين من قوته	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلا من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في التواصل	تجنب الدخول في معركة لست مستعداً لهان والتعامل مع الأشخاص الإنفعاليين والمتهجمين، ضبط النفس، إيقاف سلوك عدواني خارجي.
التعمية والإرباك	إظهار الموافقة على ما يوجه لك من اتهامات مع ابداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر ما يستحق ذلك.	يستخدم عندما: – يكون الطرف الآخر من النوع المجادل الذي يكثر من الإدانة واللوم والنقد.
التساؤل السلبي	الاستجابة للنقد بالسؤال عن مزيد من الانتقادات والأخطاء التي ترتكبها مع	مع الأصدقاء والأشخاص العزاء والمقربين والرؤساء عندما: – تريد أن تنهي بعض الخلافات

	إبداء الاستعداد للتغير.	المنفرة معهم. – التقليل من الضغوط أو الصراع الأسري. – حل الخلافات الاجتماعية.
التشكيل الانفعالي	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح، وإظهار الود ،وتأكيد الأنا...إلخ	– تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة. – إنهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق. – التخلص من القلق الاجتماعي. – تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلة في عملية التفاعل. – ضبط النفس

(ابراهيم، 92،2007)

إن الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقا لمراقبة إدراك دقيق لانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية ايجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي والمهني وتعلم الكثير من المهارات النجاة في الحياة لهي محور ر حي ما يسمى بـ"الذكاء الوجداني" ، فما هو هذا المفهوم وما علاقته بالسلوك الاجتماعي؟

الذكاء الوجداني عبارة عن مجموعة من الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تمكن الشخص من تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية والاجتماعية وانطلاقا من هذه المهارات (نفس المؤلف 2008، ص142).

ويعرفها بيتر سالوني 1995بأن القدرة على فهم الانفعالات الذاتية والتحكم فيما وتنظيمها وفق فهم انفعالات الآخرين والتعامل في المواقف الحياتية وفق ذلك، وهو يميز الأفراد الذين يحاولون التحكم في مشاعرهم، ومراقبة مشاعر الآخرين وتنظيم انفعالاتهم وفهمها، ولخص سالوفي مفهومه للذكاء الاجتماعي في خمس مجالات هي:

- أن يعرف الفرد عواطفه ومشاعره .

- أن يتدبر الفرد أمر عواطفه ومشاعره.
- أن يدفع نفسه بنفسه، أي أن يكون مصدر دافعية لذاته، والجانبين الذين يتعلقان بالسلوك الاجتماعي .
- أن يتعرف على مشاعر الآخرين.
- أن يتدبر أمر علاقاته بالآخرين

أما (دانييل جولمان 1995) فيعرفه بـ: مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد واللازمة للنجاح المهني وفي شؤون الحياة الأخرى. (معمرية، 2005، ص44).

حسب (ابراهيم 2008) فإن الشخص الذي يتسم بدرجة عالية من الذكاء الوجداني، يتصف بقدرات ومهارات تمكنه من أن:

- يتعاون مع الآخرين خاصة في أوقات ضيقهم.
- يسهل عليه تكوين الأصدقاء والمحافظة عليهم.
- يتحكم في الانفعالات والتقلبات الوجدانية.
- يعتبر عن مشاعر والأحاسيس بسهولة .
- يتفهم المشكلات بين الأشخاص ويحل الخلافات بينهم بيسر.
- يحترم الآخرين ويقدرهم.
- يحقق الحب والتقدير من الذين يعرفونه.
- يظهر درجة عالية من الود والمودة في تعاملاته مع الناس.
- يتفهم مشاعر الآخرين ودوافعهم ويستطيع أن ينظر للأمور من وجهات نظرهم.
- يميل للاستقلال في الرأي والحكم وفهم الأمور.
- يتكيف للمواقف الاجتماعية، الجديدة بسهولة .
- يواجه المواقف الصعبة بثقة.
- يشعر بالراحة في المواقف الحميمة التي تتطلب تبادل المشاعر والمودة .
- يستطيع أن يتصدى للأخطاء والامتهان الخارجي (عبد الستار 2008،ص 142).

إن الذكاء الوجداني يتضمن عددًا من المهارات والخصائص التي يمكن تعلمها واكتسابها بيسر وتنميتها وتقويتها في الشخصية.

رابعاً: محور تعديل السلوك الظاهري (تعزيز السلوكيات والأنشطة الترويحية):

السلوك هو أي نشاط إنساني سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الحركية أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والتخي ل وغير ذلك (و ثمة اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك، فبعض نظريات علم النفس التقليدية (كنظرية التحليل النفسي مثلاً) لا تولي اهتماما كافيا بالسلوك الظاهر، لأنها تنظر إليه بوصفه مجرد عرض لصراعات أو اضطرابات نفسية داخلية قائمة بحد ذاتها (الخطيب 2008 ،ص 15).

يوجد للسلوك نوعان، الأول هو السلوك الاستجابي ويتمثل في (أنماط الاستجابة التي ستجريها المثيرات القبلية المنبهة لها وتسمى العلاقة بين تلك المثيرات والاستجابات بالإنعكاس مثل إغماض جفن العين عند تعرضها لنفحه هواء، والثاني هو السلوك الإجرائي وهو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية ممثل، العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية وغيرها ويمثل دائما تلقائيا بل أن الإنسان هو الذي يتسبب في حدوثه) (إدارة التوجيه 2008 ص 12).

1- مفهوم "تعديل السلوك":

"تعديل السلوك" لغة: ورد في لسان العرب عدل الشيء أي وازنه وتعديل الشيء تقويمه، قبل العدل: تقويمه الشيء بالشيء من غير جنسه حتى تجعل له مثلا ، وعدله أي إذا أقمته فاعتدل أي استقام ، وقبل عدلك ، أي قومك وجعلك (ابن منظور 2008 ص 5013).

تعديل الشيء يعني تقويمه ، يقال عدلته فاعتدل ، أي قومته فاستقام يرجع الأصل اللغوي لمصطلح السلوك إلى السلك وهو الخيط والسلك بالفتح مصدر سلكت الشيء في الشيء ، أي أدخلته فيه والسلوك مصدر سلك طريقا، سلك المكان يسلكه سلوكا وتسلكه والأصل الثلاثي "تسلك" ويعني لغة " الإدخال في الشيء، فأدخلته في الشيء تعني سلكته فيه ، قال تعالى :"ألم ترى أن الله أنزل من السماء ماء فسلكه ينابيع في الأرض " (سورة الزمر آية 21) أي أدخله ينابيع الأرض ، والمسلك هو الطريق ويرد السلوك أيضا بمعنى الاستقامة السلكى الأمر المستقيم.

إن "تعديل السلوك" اصطلاحاً هو تطبيق للمبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم النفس التجريبي بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني بالاعتماد على ميدان البحوث المتصلة بسيكولوجية التعلم وتطبيقات قوانين الاشتراط الإجرائي والاشتراط الكلاسيكية.

إن النظرية السلوكية واعتمادا على نظريات التعلم تؤكد على أن طريقة نشأة السلوك الخاطئ هي نفسها نشأة السلوك الصحيح، حيث أن الفرد يتعلم السلوكين بنفس المنحنى وهذا يشجع كثيرا من المختصين في تبني فكرة تعديل السلوك والسير فيها قدما.

(إن مصطلح "تعديل السلوك" يشار به إلى الإجراءات العلاجية المستمدة من النتائج التجريبية للبحوث النفسية، ويعتمد في تعامله مع الظاهرة العيادية على البيانات الموضوعية ويعرفه "كريجهيد وكازدن وماهوني" (craighzad . kozdin et mahoney 1981) بأنه ميدان يستخدم تكنيكات مشتقة من مبادئ علم النفس التعلم و يحاول تعديل الظروف السيئة أو الوضع الاجتماعي، وله أهداف تتمثل في محالة تغير السلوك الظاهر بشكل مباشر وتجنب التعامل مع قوى نفسية خفية مفترضة له منهجية تتمثل في التقييم التجريبي لأثر العلاج)(الخطيب 2008 ص 14).

إن الهدف الأساسي لـ "تعديل السلوك" هو: (إحداث تغيرات في السلوك بشكل إيجابي وبناءا وأفضل)(أبو زيد 2008 ص 96). وكذلك تطوير أو تقوية السلوك التكيفي من جهة وإزالة أو إضعاف السلوك غير التكيفي من جهة أخرى.

يمتاز ميدان "تعديل السلوك" بالخصائص التالية:

- أنه يرتكز على الحاضر وليس الماضي.
- أنه يرتكز على تغيير السلوك الظاهر.
- أنه يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره.
- أنه يستند إلى البحوث الأساسية في علم النفس لصياغة فرضيات وإختيار التكتيكات العلاجية.
- أنه يتوخى الدقة في تعريف وقياس وعلاج السلوك المستهدف.
- أنه يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية.

بعدما سبق ذكره حول "تعديل السلوك" فإن ال باحث يتبنى تعريف شامل ودقيق وهو تعريف قدمه "كوبر وهيرون وهيوارد" (cooper . heron et heward 1987) وينص هذا التعريف على أن (تعديل السلوك هو العلم الذي يشمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك ،وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة

التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها عن التغير الذي حدث في السلوك)(الخطيب 2008، ص 15).

2-الخصائص العامة لمنحنى تعديل السلوك:

هناك خصائص عامة لمنحنى تعديل السلوك يجب على مُعدل السلوك أن يأخذها في الاعتبار تتمثل في النقاط الآتية :

- السلوك الإنساني محكوم بنتائجه فإن كانت إيجابية إزداد إحتمال حدوثه مستقبلا أما إذا كانت سلبية إنخفض إحتمال حدوثه في المستقبل ، فتعديل السلوك هو ضبط توابعه (نتائجه).
- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة المباشر والوصف والقياس وليس على عمليات نفسية داخلية مفترضة.
- التعامل مع السلوك سويا أو شاذا بوصفه محطة للتعلم أي مكتسبا.
- تعريف السلوك المستهدف إجرائيا ، وتحديد الأهداف السلوكية وإجراءات التعديل بدقة ووضوح.
- ثبات السلوك الإنساني نسبيا وإمكانية التنبؤ به.
- التعامل مع السلوك بوصفه ظاهرة تخضع لقوانين معينة لا ظاهرة تحدث عشوائية.
- تقويم فاعلية أساليب التعديل باستمرار والاهتمام بقياس التغيرات التي يمكن ملاحظتها مباشرة .
- السلوك الحالي يتأثر بالأحداث البيئية (الداخلية والخارجية) الحالية بما يتناسب وطبيعة المشكلة .
- الاهتمام بمراعاة الفروق الفردية، تكييف برامج تعديل السلوك بما يتناسب وطبيعة المشكلة.
- توظيف التقنيات العلاجية المستمدة من نتائج البحوث العلمية التجريبية وتوظيف استراتيجيات البحث فرديا وجمعيا، (إدارة التوجيه 2008 ص 15).

3- **خصائص السلوك الإنساني:**

إستخلص علماء النفس والسلوك خصائص للسلوك الإنساني يمكن ذكر أهمها:

- القابلية للتبؤ: يمكن التنبؤ بسلوك الفرد قبل حدوثه من خلال حدوث مثيراته، ومن ثم يمكن منعه أو الحد منه ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص في المستقبل بناءا على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية.
- القابلية للضبط: ويعني ذلك كيفية ضبط سلوك الفرد في المواقف الحياتية المختلفة، والضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده.
- القابلية للقياس: وهو إمكانية قياسه وتقديره كميا باستخدام أحد وسائل القياس وأدواته مثل الملاحظة أو الاختبارات، فمن خلال هذه الأدوات نحدد حجم السلوك وتكراره ومدى شدته فليس من السهل تعديل السلوكيات التي يصعب قياسها.
- السلوك محكوم بتوابعه: فحين يسلك الفرد سلوكا ما فهو يتوقع نتائج من وراء هذا السلوك، وكلما كانت النتائج غير سارة من المحتمل ألا يتكرر حدوث السلوك في حين أن الاستجابة السلوكية التي تؤدي إلى نتائج ايجابية والحصول على إشباعات وتحقيق الأهداف تكون أكثر ميلا في أن تحدث مرة أخرى مستقبلا.
- السلوك نسبي قابل للزيادة والنقصان سواءا كان سويا أو شاذا .
- السلوك متعلم وقابل للتغيير والتعديل : وكل ما هو سلوك مكتئب يمكن تعديله يحتاج إلى خطط ومراحل وعلاقة علاجية مهنية.
- تأثيره بعوامل مختلفة منها ثقافة الفرد واعتقاداته ومفهومه عن ذاته وطرق تفسيره للمثيرات.
- السلوك الإنساني نشاط كلي: فخطأ الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو إنفعالي فالانسان وحدة كلية متكاملة لا تتجزأ ، ففهم السلوك بشكل صحيح لا يتم إلا بالرجوع إلى الكل الذي ينتمي إليه .
- السلوك الإنساني غائي : بمعنى أن النشاط الذي يصدر عن الكائن يكون له هدف وغاية معينة.

- السلوك يحقق التوافق مع البيئة : فهو الآداة الفعالة ل لتوافق مع البيئة والتعايش والتكييف معها في أشكالها المختلفة (المادية، الاجتماعية البيولوجية) وتتبع تغيرات ظروفها وحتى إحداث التأثير فيها .
- أن السلوك يحدث في إطار البيئة الاجتماعية ويرتبط وظيفيا بالمثيرات والأحداث السابقة (المقدمات) والأحداث اللاحقة(النتائج) سواء كانت هذه الأحداث داخلية من الداخل الشخص نفسه أو خارجية من البيئة التي يعيش فيها (طه ، 2008 ص34 بتصرف).

4-فنيات تعديل السلوك:

تعديل السلوك وهو محاولة تغيير السلوك الإنساني بشكل إيجابي وصحي، لذا أُستخدمت فنيات وأساليب سلوكية متعددة. ويمكن تصنيفها إلى فنيات قائمة على الاشتراط التقليدي الاستجابي وفنيات قائمة على الاشتراط الاجرائي (السكنري) نسبة إلى العالم السلوكي "سكنر" وهي كالتالي :

جدول رقم (08) يوضح فنيات السلوكية القائمة على الاشتراط الاستجابي

فنيات سلوكية قائمة على الاشتراط التقليدي الاستجابي	
إستجابي إنعكاسي (peflesc ful)	استجابي مضاد (counter)
الفعل المنعكس الشرطي: ويقوم على مبدأ إزاحة الكف وإبطاله عن طريق إعادة التشريط	التحصين التدريجي المنظم: وهو إضعاف عادات الاستجابات الانفعالية بأسلوب مندرج في مواجهة المثير
الإنطفاء : كف الاستجابة غير المرغوب من خلال تقديم المثير الشرطي دون مثير مدعم تعزيز	الكف بالنقيض المتبادل : إزالة الاستجابة المرضية تدريجيا من خلال إحلا ل سلوك آخر معارض للسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.
الإبعاد : أو الاغفال وهو تقليل ظهور الاستجابة غير المرغوبة بإغفالها وتجاهلها ومحاولة استعادها بحرمانه من التعزيز	الغمر: تعرض المريض للموقف المثير بصورة مباشر ولفترة وفي موقف آمن حتى تنطفئ الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة
	الممارسة السلبية: ممارسة المريض للسلوك غير المرغوب فيه بتكراره والاستمرار حتى يصل لدرجة من التسبع ويحدث لها كف

	العلاج بالتنفير : اشتراط الاستجابة غير المرغوبة مثير منفرد وبالتالي استجابة غير المرغوبة وقد يجري ذلك أثناء التعرض للمثير أو حتى تخيله

- جدول رقم(09) : يوضح الفنيات السلوكية القائمة على الاشتراط الإجرائي

فنيات سلوكية قائمة على الاشتراط الإجرائي السكنبري	
ترهيب	ترغيب
ضبط المثير: وتعني السيطرة على المنبهات والمثيرات التي تؤدي إلى الاستجابة غير مرغوبة	التدعيم: أو التعزيز هو تقديم إيجابية أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه احتمال حدوث السلوك في المستقبل في مواقف مماثلة.
العقاب العلاجي: يتم معاقبة المريض ماديا أو معنويا كلما أتى بالسلوك غير المرغوب حتى يتم كفه	التشكيل: يقوم على مبدأ التعزيز الايجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائي ، يهدف إحداث سلوك لا يوجد حاليا.
اشراط الهروب: يشبه التدعيم السلبي حيث يشير إلى تقديم مثير مكروه يؤدي إلى نوع من السلوك الإجرائي الهروبي منه	اقتصاديات المقايضة: مبدأها التعزيز الإيجابي عند الإتيان بالسلوك المرغوب والابتعاد عن السلوك غير المرغوب وذلك باعطاء بو ن (بطاقة) للعميل ذي قيمة مادية له أو مكافأة
التعطيل: إزالة الاستجابة المحتملة من الوصول إلى التدعيم لفترة محدودة من الوقت ، حيث يحرم الفرد تماما من تدعيم إما بنقله إلى موقف غير مدعم أو بإبعاد كل مصادر التدعيم عن الموقف الحالي	التعاقد السلوكي : إتفاق مهني سلوكي مكتوب بين المعالج والعميل أو أكثر لتحقيق أهداف علاجية موجبة وواجبات وحقوق ومراحل علاجية.

5- الأنشطة السلوكية السارة والايجابية أسلوب لمواجهة الاكتئاب:

إن من أهم أعراض الاكتئاب نجد الخمول وال روتين في الحياة اليومية والعزوف عن المباهج المشروعة والنشاطات السارة المتنوعة والانخراط في حالة من الحزن واضطرابات النوم والتعب وفقدان المعنى للحياة والمتعة فيها، وإنحدار طاقة الفرد ونشاطه اليومي وعزوفه عن الدخول والاستمتاع بالنشاطات الاجتماعية وقضاء وقت جميل إلى الركون للروتين والتعاسة.

لذا يجب الأخذ في عين الاعتبار أثناء التخطيط للبرامج العلاجية السلوكية تغيير هذا النمط من السلوك الاكتئابي ومحاولة تغيير المزاج الاكتئابي إلى مزاج إيجابي سعيد.

في تجربة أمريكية ألقى مجموعة من الباحثين بقطع مالية من فئة الدولار في مواقع مختلفة من المراكز التجارية بالمدينة، ثم راقبوا استجابات المارة عندما يعثر الواحد منهم على الدولار، وبعد مرور نصف ساعة من العثور على الدولار قام الباحثون بإيقاف مجموعة عشوائية من المارة، بما فيهم الأفراد الذين عثروا على الدولار ليوجهوا، مجموعة من الأسئلة تضمنت أسئلة عن الرضا الواحد منهم عن حياته العملية أو الزوجية وعن نظرة كل منهم للمستقبل وإمكانياته المادية ورغبتهم في شراء أشياء جديدة أو بتغيرات ترفيهية أو رحلات مع الأسرة والأطفال وكانت أن عبر المارة الذين عثروا على الدولار بمقارنتهم بغيرهم عن كثير من المشاعر الايجابية المعارضة للاكتئاب فقد قرروا أنهم أكثر سعادة في حياتهم الزوجية، وأنهم يعانون من مشاكل أقل في حياتهم العملية، وأنهم عموما أكثر تفاؤلا وأكثر تطلعا للمستقبل ، لقد خلُصت التجربة إلى إثبات أن حدثا صغيرا كالعثور على دولار واحد يؤثر في المزاج ايجابيا وقد يؤدي إلى الشعور بالتفاؤل وتعديل المزاج العام للشخص .(عبد الستار 2008، ص 258).

إن بعض الأحداث والسلوكيات الصغيرة والتي تبعث السرور في النفس قد تكون لها نتائج كبيرة في تغيير المزاج ايجابيا وتخلق جوا نفسيا معارضاً للاكتئاب قد تمتد أثارها على نحو طويل أما كيف يفسر هذا التغيير؟ فيعتقد عبد الستار إبراهيم 2008 أن مرده قد يكون ميل العقل البشري للتعميم من حادث جزئي إلى مجموعة عريضة أخرى من الأحداث والروئ التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالحدث ذاته وربما لأن أساليب تفك ينا تتعدل وتتغير بطريقة تجعلنا ننظر للمستقبل بنفس النظرة التي ترتبط بتذوقنا للحد ث الراهن فتمنحه بعض الثبات والديمومة ويبقى شعورنا الغالب الآن وفي هذه اللحظة هو الشعور الغالب أيضا على نظرتنا للمستقبل.

مما يعزز مبدأ الأسلوب المذكور سابقا في مواجهة السلوك الاكتئابي هو وصول "فيلتون" " filton 1990" إلى أسلوب عُرف باسمه "أسلوب فيلتون" الذي يستند على حقيقة ما تلعبه الأحداث السارة في الاستجابة الاكتئابية ورفع مشاعر الرضا وكذلك أبحاث المعالج السلوكي "ليفنسون 1974 livensone" الذي قام بسؤال عينيات ضخمة من مختلف أفراد مجتمع بحثه لكي يسجل كل منهم 10 عشر نشاطات إيجابية أو أحداث أثارت في الواحد منهم الشعور بالسرور والبهجة ، ومن إجاباتهم كون قائمة الأحداث السارة وأستخدمت كأسلوب لتعديل المزاج بشكل إيجابي وتطورت تلك القائمة إلى ثلاث أشكال من السلوكيات تُسهم في خفض وتعديل الاكتئاب وهي:

1/- نشاطات سلوكية فردية سارة:

هي مجموعة الأنشطة الفردية والتي تعزز الرضا عن الذات وإدخال السرور والايجابية الذاتية وكسر الروتين والملل ومن ذلك (المطالعة، البستنة، تعلم شيء جديد قراءة القرآن أق ضي وقتا في عمل شيء تحبه وبكفاءة، تعرف على الجوانب الايجابية فيك أو التي تلقى إعجابا وسجلها...) .

2/- نشاطات سلوكية اجتماعية سارة:

هي مجموعة الأنشطة التي تقام في تفاعل ونشاط اجتماعي سار لتساهم في القضاء على مشاعر الاكتئاب والانطوائية وتعزز ق يمة الذات وانتماءها بشكل تصاعدي مدعم بمزيد من الأنشطة الاجتماعية المبهجة عبر الأيام حتى تترسخ هذه العادة وتصبح جزء من سلوكيات الفرد الاجتماعية على أن يدرب الفرد نفسه على القيام ببعض المهارات الاجتماعية ويعزز الفرد علاقاته القائمة ويقويها ليضمن نتائجا إيجابيا ، من تلك الأنشطة الاجتماعية السارة (الاحتكاك بأصدقاء إيجابيين ومرحين، القيام بألعاب رياضية جماعية تحبها، مداع بة الأطفال، إبحث وإتصل بصديق قديم وتذكر معه الأيام الجميلة ، القيام بأعمال خيرية وإدخال البسمة على الآخرين، حضور جلسات دينية في المسجد أو استمع لتلاوات قرآنية...).

3/- أنشطة سلوكية مضادة للاكتئاب:

(هي نشاطات بطبيعتها سارة ومعارضة للاكتئاب، أي لا يمكن أن يمارسها الشخص وأن يكون في نفس الوقت حزينا أو مكتئبا مثال الضحك تناول طعام جيد، وقد اقترح "ليفينسون" قائمة لمثل هذه الأنشطة وقام بتعريبها (عبد الستار 2008 ص 266) وتعديل بعضها من ذلك :

ابتسم مع الآخرين اقض بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة – اشتر شيئا تحبه، – أروى أطرافه أو نكته، – تنفس هواء طبيعيا ونقيا،– اشعر بأهمية وجودك للآخرين،– اشعر بوجود الله ورعايته لك في حياتك، – تواجد مع أشخاص سعداء، .... وغيرها).

إن أشكال الأنشطة السلوكية السابقة مجتمعة تشكل أسلوبا إتخذه علماء العلاج السلوكي كمعول هدم للمزاج الاكتئابي وسلوكياته الرتيبة المملة، ليشكلوا سلوكا ملؤه الطاقة والنشاط والمتعة في الحياة اليومية .

خامساً: محور تعزيز سلوك الصحة الجسمية:

في ظل منحى العلاج السلوكي المتعدد المحاور للاكتئاب فإن الاهتمام بالصحة الجسمية بجوانبها المختلفة وهو محور هام على المعالج السلوكي المعاصر أن يوليه الانتباه الكافي له، فالحقائق التي سنبينها في هذا الفصل تبين أن الجوانب البيولوجية بما فيها الاختلالات الكيميائية تلعب مع الظروف النفسية والبيئية في تناسق ووحدة متكاملة وتفاعل ومتبادل ومستمر ، فالفصل في مجال السيكوباثولوجيا ما بين الجوانب النفسية والاجتماعية والجانب البيولوجي معناه تعطيلٌ للفهم الحقيقي للسلوك الإنساني.

لم يعد فهم الصحة الجسمية يقتصر على فهم البعد العضوى الحيوي فقط، وإنما أصبحنا ننظر إليه إلى أنه تداخل عوامل ثلاثة هي: العضوية الحيوية والنفسية السلوكية والاجتماعية

إن التعريف الشامل للسلوك ليعطينا فهما أفضل لعلاقته بالصحة وسلامتها فيعرف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكر ومو اقف وكلام وعواطف وأفعال، ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة ، ويعطينا كذلك طريق للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغيي بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال (الحارثي 2014 ص11).

اللياقة أو الصحة الجسمية المثلى تعني أمرين هامين أولهما : (تمتع الشخص بمستوى عال من الكفاءة الوظيفية) وثانيهما(تمتع الشخص بالحيوية والاستمتاع الشديد بالحياة) (راتب، 2004، ص69).

لياقة الصحة الجسمية تتمثل في وصول الفرد إلى مستوى متميز من الصحة والسلامة و المحافظة على هذا المستوى لأطول فترة ممكنة من العمر لمجابهة المتطلبات اليومية بدرجة عالية من الكفاءة والاستمتاع بالحياة.(أبو العلا،وأحمد،2003،ص 293).

إن الصحة المثلى تتحقق من خلال التزام الفرد والوعي نحو تحسين والتطوير لجميع مجالات الحياة، مما يؤدي إلى نقص مخاطر الأمراض وتحسين السعادة ونوعية أفضل للحياة . يمكن توضيح العلاقة بين الصحة واللياقة الصحية (العافية) بأن المريض مثل الشخص الذي يمشي للخلف (تقهقر)، وأن الشخص الطبيعي مثل الذي يقف مكانه، أما الشخص الذي يتمتع بالعافية هو الذي ينطلق إلى الأمام لتحقيق الصحة المثلى، وترتبط لياقة الصحة بشكل أساسي بنمط أسلوب حياة الشخصlife style الذي يؤثر في اللياقة ويتأثر بها كثيرا ، إن لياقة الصحة البدنية أساس جيد لاستمتاع الفرد بالحياة.

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنمي ته أهمية متزايدة ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب، وإنما بالجوانب النفسية أيضاً، وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة الجسمية وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردى، ولم تعد الصحة مفهوما سلبيا، يمكن تحقيقه في كل الأحوال بل أصبحت مفهوما ديناميكًا، يحتاج إلى جهد وبذل من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها.

من أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة الجسمية والمن مية لها ، والإتجاهات نحو الصحة والسلوك الصح ي الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المنم يةللصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والإتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنمي ة الصحة وتطوير برامج الوقاية وال مناسبة والنوعية، وهذا ما يتفق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية WHO من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لإكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب والسلوكية البنيوية المسببة التي يمكن التأثير فيها والتغلب. (رضوان، 2007 ص01).

ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الفرد سواء أكانت نفسية أو عضوية، وأكدت أغلب الأبحاث على وجود إرتباط كبير بي ن تصرفاتنا

الشخصية والحالة الصحية التي نعيشها، وبالتالي فإن الأمراض التي نعاني منها تعود أسبابها في الغالب إلى سلوكياتنا وعاداتنا الصحية غير السلمية، ويظهر هذا الاهتمام حليا في تطور أساليب الوقاية من الأمراض، أين أدركت الدول بعد الباحثين أن ما تصرفه من أموال طائلة على المراكز الصحية لا يُجدي نفعاً إذا لم يكن هناك إدراك أو قناعة لدى أفراد هذه الدول بوجوب المحافظة على صحتهم.

بتقدم العلم ظهرت عدة تخصصات تعالج هذا الارتباط بشكل أو بآخر، منها الطب السلوكي، الطب الوقائي، علم الأوبئة السلوكية ، علم النفس الاجتماعي، علم اجتماع الصحة، علم النفس البيئي...إلخ(بن غذفة، 2007 ص42).

1 – **تعريف السلوك الصحي:** توجد عدة تعاريف للسلوك الصحي من بينها، تعريف فيربر (Ferber،1997) على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية، يعرفه نولدنر (1989، noldner) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الحية عند الفرد ، يتضح السلوك الصحي كذلك من خلال حماية وحفاظ وتنمية الفرد لحالته الصحية من خلال القيام بالحمية،ممارسة الرياضة، ممارسة نشاطات لها تأثيرات على الحالة الصحية (عيادي، 2009ص 65).

2–أبعاد السلوك الصحي: لسلوك الصحة الجسمية ثلاثة أبعاد أساسية هي:

1–البُعد الوقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمى الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين أو مرجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

2–بُعد الحفاظ على الصحة: ويشر إلى الممارسة الصحية التي من شأنها أن تحافظ على الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوح بها

3–بُعد الارتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم (يخلف، 2001، ص20) .

3-عملية تغيير سلوك الصحة الجسمية: هي عملية تحسين أو تعديل لعدة سلوكيات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تثقيفياً أو غيره ..، إن من السهل تشخيص المرض وإعطاء الدواء وتناوله، ولكن من الصعب أن تغير سلوك إنسان أدمن على التدخين أو الكحول أو المشروبات الغازية أو قلة الحركة، ولهذا فالتثقيف الصحي يساعد الناس على اتخاذ قرارات مناسبة بشأن صحتهم مع تذليل المعوقات البيئة والاجتماعية التي تحول دون إتباعهم السلوك الصحي المناسب، وهذا ما يُعرف بمصطلح تعزيز الصحة، ولقد أثبتت دراسات علمية كثيرة أن عملية تغير السلوك صحي تقلل من حدوث الأمراض وحدوث المضاعفات الناتجة عن هذه الأمراض بإذن الله (بن غذفة، 2007، ص44).

4- أنماط السلوك الصحي: يميز الصبوة والمحمود (2007) بني نمط ين من أنماط السلوك الصحي:

أولا: السلوكيات التي تسبب ضررا بالصحة وتسمى بأبعاد السلوك الصحي السلبي وعرفها على أنها : أي فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واع ومخطط ومقصود وبشكل متكرر، وسواء أكان الفرد بمفرده مدفوعا ذاتياً أم بتشجيع الجماعة أو بضغط منها ، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الاستهداف للمرض أو الانحراف أو الأذى البدني والنفسي ، ومن أنماط السلوك الصحي السلبي: التدخين وشرب الكحول وتعاطي العقاقير النفسية بدون إذن الطبيب ، والممارسات الجنسية غير المشروعة والتعرض لأشعه الشمس لمدة طويلة.

ثانيا: أبعاد السلوك الصحي الإيجابي وعرفها على أنها: تلك الأفعال أو النشاطات المنظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يُمارسها الأفراد أو الفرد الواحد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى والضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعده في الاكتشاف المبكر للمرض والعجز والميل الشاذ، أو تساعده في التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم تحسين الحالة البدنية والنفسية، وتقليل الانحراف والشذوذ أو القضاء عليه، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها أن تتسبب في حدوث ضرر أو أذ ى بدني أو نفسي أو كليهما ومن أنماط السلوك الصحي الإيجابي: ممارسة التمرينات الرياضية والنوم الكافي المطمئن والعادات الغذائية الصحية السلمية والوقاية الصحية نفسيا وبدنيا وسلوك قيادة السيارات الآمن .

5- العلاقة بين النفس والجسم:

(إن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قجم تاريخ الفكر الإنساني إذ يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم إلى زمن قديم فقد أشار بريل A.A. BRILL إلى أن هيبوقراط (أبو الطب) HIPPOCRATS قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه ويعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم، وذهب أرسطو (384 – 322 ق م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والبغض لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم)(أبو النيل ، 1994، ص119).

هذا الأمر أدركه الكثير من علماء الطب المسلمين (ابن سينا، الرازي...) وهناك حوادث وقصص علاج مرض تُعزز هذا الإدراك، وفي العصور الوسطى (حوالي القرن السادس عشر) نجد في كتابات (مارتن لوثر) إشارات إلى أن الروح عندما تضيق ببعض الأمور فإن الجسد يشاركها هذا الضيق، وجاء طبيب الأمراض العقلية الألماني 1818 هينروث O. G. HEINROTH وأكد على علاقة النفس بالجسم بالاضطرابات الجسمية السيكوسوماتية، وهكذا تطورت الدراسات التي اهتمت بالربط بين ما هو نفسي وجسمي، وأصبح من الصعب تحديد الخط الفاصل بين ما هو نفسي وما هو جسمي، كما تبين للعلماء أنه من الخطأ القول بثنائية الجسم والنفس، فالجسم هو الوسيط بين عوامل البيئة الخارجية وبين كيان الفرد النفسي والعقلي ، فلا توجد نفس بدون جسم، كما لا يوجد جسم حي بلا نفس ، وكما لا يوجد مرض جسمي بحت كذلك لا يوجد مرض نفسي بحت لا يتدخل فيه الجانب العضوي.

يؤكد (أيوجين بلويلير) الطبيب النفسي السويسري على أنه كثيرا ما نتكلم عما هو جسدي أو عما هو نفسي والأحرى بنا أن نتكلم عما هو نفسي في ذلك الجانب الجسدي كما أن علينا أن نتكلم عما هو جسدي في الجانب النفسي ، ويرى (دافيد جراهام) أن الاصطلاحات التي تضع النفس مقابل الجسم ما هي إلا لتسهيل الدراسة والتعبير اللغوي فقط (خير الزراد 2000، ص 23).

6- الاعتلال البدني والاضطراب النفسي:

إن التداخل بين النفسي والجسمي قد أعاد النظرة الكلية للإنسان فلم يعد بالإمكان تفتيت علوم الشفاء إلى فروع متخصصة تعني بالأجزاء وتهمل الكل ، فالكلية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء، مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي.

تدعيما وتوضيحا للفكرة السابقة نورد فيما يلي جداول وضعها (النابلسي أحمد، 1993،) توضح نماذج لإعتلالات بدنية والاضطرابات النفسية والسلوكية المرافقة لها.

- جدول رقم:(10)الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرايين

نوعية المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية العامة	الفحوصات المخبرية
عدم كفاية القلب المعاوضة INSUFFISANCE CARDIAQUE COMPENSEE	قلق اضطرابات ليلي أرق وأحلام مزعجة تضيق أفق الوعي فترات خيل وهذيان وأحيانا محاولات انتحار	عثرة التنفس (لدى الجهد) سعال ناشف تنفس من نوع كين ستوك انحباس البول وتضخم القلب والكبد مع ازرقاق ومع انتفاخ الأوردة	أشعة للقلب (تضخم ، حموضة الدم تغير في نسبة السيتون تغيرات في أيض الكبد والكلى).
الاحتشاء القلبي INFARCTUS MYOCARDIC	المرحلة الحادة قلق بالغ مع خوف من الموت وهياج أو خمود نفس حركي، وفي 20% من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان. مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد من	آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكننا أن تمتد إلى الظهر أو إلى اليد اليسرى. مع غثيان وقي ووهن وشحوب وتعرق بارد وازرقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض	تكاثر الخلايا البيضاء تسارع تسرب الدم ثم نقصه بعد النوبة زيادة السكر زيادة الـT.G.O

	انهيار ثم فترة استعادة التوازن وخلالها: وهن نفسي، حركي،مظاهر انهياريه انخفاض الذاكرة والانتباه موجات بكاء.	وغموض صوت دقاته وحرارة (37.5 درجة)	
ارتفاع ضغط الدم الشرياني H.T.A	وهن نفسي، جسدي نزف وتراوح المزاج مع مظاهر قلق وانهيار وارق فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات marchend) انخفاض القدرة الهوامية	خفقان القلب وعثرة التنفس وآلام في منطقة القلب. تضخم القلب (المرحلة 2 وما بعد). صداع ودوار	أشعة لتبين اتساع الشريان الأورطي الصاعد تخطيط القلب فحص قعر العين.
عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط	صداع حاد ونوبات تشنجية صراع واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الأطراف ومظاهر انهيارية	ضغط شرياني انقباضي أكثر من 14	فحص قمر العين علائم عدم كفاية القلب والكلى
تصلب الشرايين الدماغي المنتشر	صداع، وهو، دوران، اضطرابات الرؤية، تنميل الأطراف ، أرق نزق، تراوح المزاج ،ميل للانهيار تراجع القوة الذهنية ، مراحل خبل، انهيار ذهني	يمكنه من أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من 11، علائم عدم كفاية القلب ، إعطال	تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشرياني الأورطي). فحص قعر العين وتظهر فيه علامة Sallus-Gunn

	وحالات هوس	عصبية محدودية إلا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث هذه الحالة تظهر النوبات الصرعية	
تصلب الشرايين الدماغي المنتشر مع تراجع عقلي حيائي	تراجع عقلي(ناذر شبيه البصيلي) عدم القدرة على الحفظ انعدام التوجه الزماني التعرف الخاطئ هذيان الأراجيف تراجع عقلي – دماغي هام	اضطرابات عصبية متنوعة ، مظاهر شلل، حركات إرادية محدودة زيادة الحركات اللاإرادية ، انعدام القدرة على التعبير من خلال الوجه ، انعدام القدرة على تماوج الصوت ، اضطرابات المشية سلس البول عدم التحكم بالبراز...الخ	مثل السابق

– جدول رقم:(11) الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية:

نوعية المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية العامة	الفحوصات
مرض باركينسون parkinson أو الشلل الرعاشي	اضطرابات عصبية مع مظاهر انهيارية ونزف. علائم اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل أناني بالغ).	انخفاض الحركة زيادة نشاط العضلات الارتعاش المميز للشلل الرعاشي	انخفاض ايضيات الأمنيات الدماغية الأحادية في 40 % من الحالات تظهر موجات بيتا في التخطيط الدماغي

	اضطرابات عتهية تتطور تدريجيا اضطرابات ذهانية، انهارية أو هذيانية (نادرة).		تخطيط العضلات يظهر نشاطا عضليا فائقا
نشاف الفقرات العصبية leuconeveaxite أو تصلب الرقائق sclerose en plaque	اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الحبور إلى الكآبة)- انهيار رد فعلي أمام المرض. اضطراب الشخصية مظاهر هيسترية وانطوائية اضطرابات ذهانية (نادرة ومستمرة خلف العوارض السابقة).	تناذر عصبي هرمي تناذر مخيخي دوار تشوش الرؤية.	ارتفاع نسب الـ الفاوغاما غلوبين . فحص قعر العين (انقلاع وحادث شرياني حول الشبكية). تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي تخطيط الدماغ (غير محدد).
زفن هوتيغتون hutingaton corrhee	اضطرابات مزاجية اضطراب الذاكرة والانتباه "تتطور تدريجيا" اضطرابات العته (نادر) اضطرابات ذهانية هذبانية أو انهيارية	حركات ارتجافية انخفاض النشاط العضلي ارتكاسات المفاصل مرتفعة	تخطيط الدماغ (غياب أو شبه لموجات ألفا) تخطيط العضلات (موجات غير منتظمة).
استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للسائل الشوكي hydrocephalie	تناقص الذاكرة بشكل تدريجي وصولا إلى تناذر كورساكوف. انهيار فقر الحياة النفسية تناذر تخشبي في	اضطراب المشبه شلل الأطراف التشنجي سلس البول تشوش الرؤية ارتكاسات الرضاعة	تخطيط الدماغ يظهر موجات تيتا ودلتا. تمدد البطينات الدماغية (R.M.I) ويؤكد فحص الـ Cisternographie

	الحالات المتطورة	والتسلق تكون منخفضة	
مرض جاكوب – كلاوتزفيلد jackob– creutzfeldt	في البداية تناذر نوراستانيا مع مظاهر قلق وانهيار مظاهر فصامين لاحقا يتطور المرض نحو الاختلال العقلي العام والعته مع بكم	تناذر هرمي خارجي اضطراب الأعصاب الجمجمية تشوهات المفاصل صعوبة المشي نتيجة اصابة المخيخ (ارتجافات مقصودة).	تخطيط الدماغ موجات منخفضة عشوائية وبطيئة رأسية. الشلل الشوكي: زيادة نسبة البروتينات. تراجع نمو اللحاء واستقساء جانبي في بطين واحد (R.M.I).

– جدول رقم:(12) الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات:

نوع المرض	**المظاهر النفسية**	**المظاهر الجسدية العامة**	**الفحوصات المخبرية**
التهاب ذات الرئة الحاد Pneumonie aigue infectieuse.	تناذر خبل في حالات المتطور يظهر الهذيان الناجم عن ارتفاع الحرارة وساوس مرضية نادرة	ارتعاش مع برودة حرارة ألام صدرية سعال علائم التركيز الرئوي	أشعة الصدر زيادة الكريات البيضاء وخاصة متعددة النواة زيادة ترسب الدم فحص القشع
الزكام (نزلة وافدة) GRIPPE	تعقيد الاضطرابات العقلية وتشجع ظهور انتكاسية تناذر انعدام التأزر والنشاط تناذر خبل لدى الأطفال والشيوخ تناذر نوراستانيا (أثناء فترة النقاهة) وعلائم	الحرارة الصداع سيلان الأنف والحنجرة سعال نزق.	صورة الصدر تظهر نرشح عابر زيادة مضادات الأجسام (4أضعاف) فحص القشع: يظهر وجود الفيروس.

	انهيارية		
التهاب الكبد الفيروسي الحاد Hepatite Virale aigue	تناذر انهياري لمدة طويلة تناذر خبل بدرجات متفاوتة . تناذر نوراستانيا (غالبا في البداية أو في النقاهة).	يرقان وغشيان انزعاج في منطقة الكبد البول ملون البراز بدون لون حرارة في البداية الكبد متضخم وحساس	فحص الدم: ارتفاع الـ T.G.P والفسفاتار القلوية وأملاح المرارة والـ Urubilinogen في البول فحوصات مناعية من نوع AG HB AC HB
الحمي المالطية Brucellose	تناذرات نوراستانيا وخيل ونوام هذيان حاد تناذر وسواسي (فصامي المظهر) أو هذيان في فترة النقاهة	حرارة بسيطة متواصلة ألام مفاصل وصداع وتعرق انعدام الدوافع تورم الغدد اللمفاوية مع تضخم الكبد والطحال	زراعة الدم ايجابية أثناء المرحلة الحادة اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون ايجابيا
السل Tuberculose	تناذر نوراستانيا تناذر هذياني غير محدد (أفكار صوفية وايروسية وغلمية) وهذيان الاضطهاد يتصاحب أحيانا مع الهرب المرضي أو الأفعال الطبية غير الشرعية ميول انهيارية – انطوائية ميل عميق نحو التأمل	ما تحت الحمى مع تعرق انخفاض في الوزن تردي الحالة الصحية العامة سعال نزق يتبعه ظهور القشع ظهور صدى خاص في الرئتين	أشعة تظهر تجويف السل التنظير الشعبي اختبار تحت الجلد زراعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ أو عدم وجودها

الملايا MALARIA	انحطاط بدني مخاوف مرضية	حرارة متراوحة	فحوصات مخبرية زراعة الدم والبول والبراز تصوير شعاعي للرئتين

- جدول رقم (13) الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغددية:

نوعية الاضطراب	**المظاهر النفسية**	**المظاهر الجسدية العامة**	**الفحوصات المخبرية**
نقص افراز الدرقية HYPOTHYROIDLE	تباطؤ وانحطاط نفسي حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال). ويتجلى ب:انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهية مظاهر عصابية وأحيانا ذهانية.	الأغشية يابسة ومتورمة والشعر خفيف ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير كالقمر تباطؤ النبض إمساك ضعف جنسي نزيف العادة الشهرية	نقص الأيض الأساسي 20 % وزيادة الكوليسترول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات)والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات) الهرمونات TSh. PBI .T منخفضة
زيادة إفراز الدرقية HYPOTHYROIDLE	تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه التلقائي والإداري)مع نقص الذاكرة، (لجهة القدرة على الحفظ) مراوحة مزاجية هامة ونزق وقلق وزيادة حركة كلها تشكل مظاهر عصابية وأحيانا ذهانية	جحوظ العينين والشعور بالحرارة زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص الوزن ، وارتجاف الأطراف	زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوليسترول ارتفاع تركيز الهرمونات T3. T4
نقص إفراز الجنب درقية	انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز ، مع قلق	الجلد ناشف ، الشعر يتساقط ،	نقص نسبة الكلس تخطيط القلب وتمدد

HYPO PARATHYROID LE	ومظاهر انهيارية ورهاب. تظهر العلائم الذهانية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس	نادر وهن عضلي ،آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي، العضلي	QT. ST تكشف العظام في الصور الشعاعية.
زيادة إفراز الجنب درقية HYPER PARATHYROID LE	فقدان القدرة على المبادرة، انخفاض سرعة البديهة والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي الجسدي والانهيار أحيانا مظاهر ذهانية وفقدان الوعي في حالات المتطورة	تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها. تكون حصى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء، وآلام المعدة	ارتفاع نسبة الكلس (فوق 13 مغ %). زيادة الفوسفات شعاعيا تظهر العظام متعرية من الكلس وهشة وعرضة للكسور
نقص إفراز الكظرية اللحائية CORTICOSURRENALE	تناذر هكاع (نوراستانيا) وقهم وقلق وأحيانا مظاهر ذهانية وتناذر خبل وغيبوبة تعالج بتعويض النقص الهرومونى	لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء	نقص الكورتيزونات نقص الصديوم وزيادة البوتاسيوم موجات عالية وبطيئة في تخطيط الدماغ.
زيادة إفراز الكظرية اللحائية مرض كوشينغ CUSHING	عدم التوازن العاطفي المزاجي مغ غضب واهتياج وثورة وأحيانا تناذرات ذهانية مزاجية مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية	الجلد رقيق مع بعض بقع رضية تحت الجلد الخدود حمراء وبقع حمراء في منطقة البطن	زيادة الكورتيزوم زيادة السكر

		وزيادة سماكة الأنسجة الدهنية في الوجه والنقرة والوجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط .	
زيادة إفراز الكظرية المركزية MEDULLO – SURRENALE	قلق أساسي عارم يصل إلى قمته أثناء النوبة وتصاحبه علائم خوافية ثم يظهر الخبل بعد النوبة	نوبات ارتفاع ضغط تسارع نبض القلب شحوب واحمرار	زيادة الكاتيكولانين اختيار Regitine ايجابي تغيرات في قعر العين .
زيادة إفراز النخامية الأمامية (الكلثمة ACROMEGALIE)	مزاج انهياري خاصة كردة فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة. فقدان النشاط والحيوية عجز جنسي وانقطاع الحيض.	تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال ترافق هذه الزيادة مع داء السكري فإنها تؤدي إلى عدم كفاية القلب.	زيادة الفوسفات والفسفور. نقص هضم السكر. ارتفاع S.T.H في المصل Hyperhydroxi pirolinurie.
نقص إفراز النخامية الأمامية	تباطؤ ذهني مع صعوبات التركيز والانتباه والحفظ. تباطؤ حركي ونفسي عجز أو برودة جنسية	رقة الجلد وشحوبة لغاية فقدان اللون مع عدم نمو الشعر ، انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم.	نقص في الهرمونات F .S.H. L. H –T .S H.A . C. T . H. S . T. H. اختبارات دينامية لتهيج افراز الهرمونات
نقص الهرمون مدر	مظاهر عصابية متنوعة،	عطش شديد مع	زيادة كثافة البول

البول (في النخامية) A.D.H	(وهن، اوهام، مرضية عصاب قلق...). مظاهر ذهانية (خاصة في حالات الادمان الكحولي).	زيادة كبيرة في مرات التبول وكميات البول (من 5 إلى 8 لتر في اليوم).	(تعالج بـ بكرلبونات الصديوم).

(النابلسي، 1993ص98)

7- الجسدنة والاكتئاب المقنع:

إن العلاقة بين النفس والجسم علاقة وطيدة، وهي دائمة الحضور في عيادات الطب حيث أن هناك عملية تعبير بعمق عن هذه العلاقة وتضع إشكالات في التشخيص ألا وه ي "الجسدنة"، والتي تعني التعبير عن المعاناة والاضطراب النفسي في شكل أعراض جسدية ، ولقد ظهر هذا المصطلح سنة 1943 على يد STEKEL، وفي سنة 1980 ظهر مفهوم الجسدانية SOMATOFORM في DSM IV تعني وجود شكاوي جسدية متعددة لا يمكن تفسيرها بناءًا على الفحوصات الطبية ، فالأعراض الجسدية تدل على عدم القدرة عن التعبير الانفعالي ، أي أن الجسدنة بشكل ما هو سلوك تكيفي.

إن الباحث في موضوع الاكتئاب عليه العناية بموضوع الجسدنة و وضعه نصب عينيه، حيث (أشارت دراسات الرفاعي وزملائه والسبيعي وزملائه إلى أن المكتئبين العرب غالبا ما يلجأون إلى الأعراض الجسدية للتعبير عن اكتئابهم غير أن التعبير عن الاكتئاب بالجسدنة شائع في كل الدول مثلما أكدت ذلك دراسته منظمة الصحة العالمية، حيث نجد أكثر من 69% من المفحوصين عبروا عن اكتئابهم بأعراض جسدنة)(زعطوط 2003، ص 13).

إن لجوء المريض إلى الجسدنة "أو التعبير بالأعراض الجسد يّ عن معاناته النفسية يطرحنا أمام تشخيص اكتئاب مقنع بأعراض جسد يّ بحتة أو ما يسمى ب."الاكتئاب الباسم" حيث غالبا ما ترسب الابتسامة على وجه المريض المجسدن ولكنه عندما يختلي بنفسه وتهدئ وتيرة مجريات اليوم الحافل يبرز الحزن وترتسم عليه ملامح الاكتئاب مرة ثانية .

في سنة 1973 أشار KIELHOLZ إلى مجموعة أعراض بدنية دون سبب عضوية لدي بعض المرضى وتختفي تماما بعد العلاج الكيميائي بمضادات الاكتئاب أطلق عليها مصطلح "الاكتئاب

المقنع" وعرفه بأنه اكتئاب داخلي أو نفسي المنشأ تكون فيه الأعراض الجسدية في مقدمة الصورة السريرية تسماه بعض الباحثين الاكتئاب ذو الأعراض الجسدية dépression a expression (molton 2002).

مع أن الاكتئاب المقنع لا يظهر في التصنيفات العالمية مثل (IC D101)(DSM IV) فإنه من الناحية العيادية واقع لا يمكن تجاوزه وقد أورد KIELHOLZ إحصائيات تفيد أن كثير من السكان يعانون من هذا الاضطراب ، وأشار النابلسي إلى أن أكثر من 79% من اللبنانيين قد عانوا من هذا الاضطراب وكانا أغلبهم من المكتئبين بسبب الحرب اللبنانية وأثارها (النابلسي 1993).

يلجأ المريض النفسي الغربي إلى التعبير عن انفعالاته بسهولة أكثر ، في حين يلجأ المريض العربي مثلا إلى طرق أخرى مثل التعبير بالجسد خوفا من و صرمة المرض العقلي، ولأن مفهوم المرض عنده مرتبط بالبدن لا بالنفس والتي يدل مرضها على ضعف الشخصية أو ضعف الإيمان أو الحسد أو السحر والمس، كما تبرز الأعراض البدنية هروب المريض من مسؤولياته في العمل والأسرة والمجتمع وقد أشارت دراسات كثيرة أن أكثر من 30% من مُراجعي العيادات العامة يعانون الاكتئاب وأكدت هذه الدراسات على العلاقة بين للاكتئاب والجسدنة بحيث يمكن اعتبار الأخيرة "اكتئابا مقنعا" (زعطوط 2003، ص 15).

إن أغلب حالات الجسدنة يُصاحبها الاكتئاب وهو ما جعل keller (1990) يدعو الجسدنة بـ"الاكتئاب المقنع" ،و يعتبر الباحثين الجسدنة بمثابة "تذكرة الدخول" ticket of admission يتمكن المريض من خلالها من الولوج إلى المستشفى وطلب الرعاية الطبية.

أكدت دراسات (الرفاعي وزملائه 1997)(السبيعي وزملائه 1998) على عينات سعودية أنه كلما زادت حدة الاكتئاب زادت احتمالات الجسدنة.

هناك اختلافات كثيرة في بحوث الجسدنة حسب ryder وآخرون (2002) تعود أساسا إلى التعاريف الإجرائية لمفهوم الجسدنة وتلخص هذه التعاريف كما يلي:

أ - الجسدنة كخبرة أساسية حيث يميل المريض إلى خبرة الأعراض الإكتئابية في شكل معاناة جسدية، ويرفض الاعتراف بالأعراض النفسية وينكرها ويدعى هؤلاء المرضى ب، "المجسدنون الفعليون" persistent somatizers.

ب -الجسدنة كتركيز إنتقائي على الجسد حيث يظهر المريض أعراضا جسدية كقناع لمعاناته النفسية لكن خلال المقابلة العيادية تظهر الأعراض النفسية ويقر المريض بوجودها وهؤلاء هم المجسدنون الاختياريون "facultative somatizers" .

ج -الجسدنة كاستراتيجية هي طلب المعونة الطبية وليس هناك فرق لدى هؤلاء المرضى بين الأعراض النفسية والجسدية بل ويرتكزون أحيانا على أعراضهم النفسية التي تظهر في بداية المقابلة وغالبا ما يتم تشخيص معاناتهم النفسية.

ويتم تشخيص الجسدنة حسب طريقة kroenke في توفر شرطين هما:

- وجود ثلاثة أعراض جسدية على الأقل تنتمي إلى ثلاثة أجهزة فسيولوجية مختلفة مثل الجهاز الهضمي والعصبي والعضلي والبولي والتنفسي والقلبي والوعائي .
- إزمان المرض لأكثر من عامين على الأقل وعدم وجودا أي مرض عضوي يفسر الأعراض التي يعاني منها المريض رغم التحاليل الطبية المتكررة.

ورغم أن طريقة kroenke مستمدة في أصلها من DSM IV إلا أنها أكثر ملائمة من الناحية العيادية التطبيقية ، كما أنها تتجنب بعض المحاذير الثقافية والحضارية مما يجعلها عبر حضارية (نفس المؤلف 2003، ص 22).

8-النشاط البدني والصحة النفسية:

تشهد السنوات الحديثة تزايد الاهتمام بالنشاط البدني كمدخل للوقاية وتحسين اللياقة والصحة النفسية، ويرجع ذلك لعدة أسباب أهمها :

- زيادة الوعي بأهمية تغيرات الإنسان المعاصرة لأسلوب ونوعية الحياة ويمثل النشاط البدني أحد الجوانب الهامة والضرورة لتحقيق ذلك.
- ظهور مجالات عديدة تستخدم النشاط البدني كمدخل وقائي وعلاجي مثل مجالي الصحة العقلية والطب السلوكي.
- زيادة مبدأ اهتمام الشخص بمساعدة نفسه في العلاج النفسي .

إن ممارسة النشاط البدني بانتظام وفقا لمعدلات جهد معينة يبرز نتائج إيجابية كمدخل إيجابي مساعد في العلاج النفسي والارتقاء بالصحة النفسية لقد أظهرت نتائج الكثير من البحوث فوائد

ممارسة النشاط البدني على تحسين (الأداء الأكاديمي، الثقة في النفس ، الاستقرار الانفعالي والوظائف الذهنية... إلخ) كما أظهرت نتائج تلك البحوث أن الانتظام في ممارسة نشاط البدني أدى إلى نقص : الغياب عن العمل، الاكتئاب ، الغضب، القلق، العدوانية، الخوف، التوتر ، وأخطاء العمل.(راتب 2004، ص77)

قام مورجان morgan وزملائه 1980 بدراسة لتقييم تأثير النشاط البدني على الاكتئاب، فقاموا بمتابعة مجموعات من الرجال متوسطي الأعمار واشتركوا في برنامج تدريب متنوع لمدة 06 أسابيع (مثل: الهرولة، السباحة، التدريب الدائري، والدراجات) وعند مقارنة الأشخاص الذين اشتركوا في برامج الإعداد البدني السابقة بمجموعة ضابطة لم تمارس برنامج تدريب بدني، ويقضون معظم وقتهم جالسين، اتضح أن المجموعات التي خضعت للتدريب البدني أكثر لياقة بدنية كما أن الأشخاص الذين لديهم اكتئاب إكلينيكي أظهروا انخفاضا واضحا لمستويات الاكتئاب بعد التدريب وهذه النتائج تتفق مع نتائج العديد من البحوث التي أوضحت أن التمرين البدني يعتبر أفضل العوامل المساعدة لتخفيف الاكتئاب من ذلك على سبيل المثال نتائج دراسة نورث north وزملائه 1990.

قام جريست grist وزملاؤه 1999 بدراسة شملت مجموعة من المكتئبين وتم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات عشوائيا، وخضعت كل مجموعة إلى المعالجات التالية:

أ –مجموعة تؤدي تمرين الجري (ثلاث مرات في الأسبوع بواقع 45 دقيقة لكل تمرين).

ب مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت محدد (مدة الجلسة 10 دقائق).

ت مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت غير محدد.

فأظهرت النتائج بعد 10 أسابيع نقصا واضحا في درجات الاكتئاب لدى المجموعة (أ) التي طلب منها أداء تمرين الجري ، وحققت نتائج أفضل من المجموعتين الآخرين(نفس المؤلف ، 2004، ص 84).

قام كل من برجر berger وموتل motl عام 2000 بمراجعة الدراسات لمدة 25 سنة التي أجريت بغرض التعرف على تأثير النشاط البدني على الحالة المزاجية وخفض كل من التوتر والاكتئاب والغضب والاضطراب والتعب ، وأمكن تفسير تحسين الحالة المزاجية نتيجة تدعيم مفهوم الذات ومشاعر الكفاية الذاتية والاستمتاع وتوقع الفوائد النفسية وزيادة الإحساس بالتحكم والسيطرة .

يقرر الكثير من المنتظمين في ممارسة النشاط البدني أنهم يشعرون أنهم على نحو أفضل نفسيا وانفعاليا وهذه الظاهرة أكثر حدوثا لدى ممارسي نشاط الجري، ويطلق عليها الطاقة العالية أو حالة الطلاقة النفسية flon state وأهم خصائص ها الإحساس بالوعي واليقظة العقلية والتحد ي وعدم الإحساس بالثقل، والطمأنينة والإيقاع السليم والسرور والابتهاج (كامل 2004 ص 86).

هناك بعض المفاتيح الرئيسية لتحقيق الأهداف الصحية المرجوة من الممارسة الرياضية، أولها أن تمارسها بهدف إمداد الجسم بالطاقة الهادئة والأكسجين وكل أنواع التمارين وتصريح ملائمة لتحقيق هذا الغرض طالما أنها تؤدي إلى التنفس الجيد وبعمق لمدة ثلاث دقائق على الأقل بعد الانتهاء منها، ولتحقيق هذا الغرض يفضل التمارين الهوائية (إيروبيكيس aerbig) والتي تساعد الجسم على التنفس الهادئ والعميق والمنتظم ولذلك فهي تمد أجهزتها التنفسية بما فيها القلب.

هذا بدوره يحقق النشاط و الحيوية والتي تنعكس نفسيا بالشعور بالتفاؤل والقوة الهادئة وكذلك يساعد الجسم على حرق الدهون والأنواع السيئة من الكولسترول ومن أنواعها الجري والمشي والسباحة.

المفتاح الثاني لتحقيق النجاح المرغوب أن تكون الممارسة منتظمة لفترة تتراوح من 60/45 دقيقة يوميا، أو ثلاث مرات أسبوعيا على الاقل ، ويفضل أن تكون الممارسة الرياضية متصلة وليست متقطعة، أي أن لا تكون مثلا 10 دقائق صباحا و 05 دقائق مساءا.

لكي يصل الشخص إلى هذا القدر النافع من الرياضة فإن من الأفضل ثالثا أن يعمل خلال ممارسته على تنشيط كل عضلات الجسم كلما أمكن حتى تنشط عضلات القلب وأن تنشط الرئتان في أداء وظائفها التنفسية على تحسين على أفضل وجه ممكن والمفتاح الآخر هو أن توجه تدريباتك الرياضية وتكيفها بحيث تساعدك على حرق الدهون والكلسترول وليس سكر الدم ، ولهذا فهي تحول دون تراكم الدهون في الدم وتمنع انسداد الشرايين المرتبطة بأمراض القلب ، والبحوث تبين أن المشي والحركة والنشاطات الرياضية المنتظمة لها هذا التأثير الجيد، علاوة على أنها تؤثر إيجابيا على الصحة والمزاج. (عبد الستار،2009، ص280).

وفيما يلي فوائد هذا النوع من التمارين ، فهي: -تساعد الجسم على امتصاص المعادن والفيتامينات مما يحسن بدوره من وظائف الجهاز المناعي الذي يقوم بدور رئيسي في الوقاية من الأمراض .

- من المعروف كذلك أن كثير من الوظائف البدنية كوظائف القلب والرئة والدورة الدموية وهي الوظائف المرتبطة أيضا بالحالة المزاجية تتحسن بالممارسة الرياضية المنتظمة.
- بالممارسة المنتظمة نجد أنفسنا أكثر قدرة على التنفس الجيد والحيوية مما يقلل بدوره من التعرض للقلق والاكتئاب .
- كذلك تبين البحوث أن الأشخاص الذين يمارسون الرياضة سواءا بشكل مكثف أو مخفف يشعرون بأنهم أصحاء أو يشعرون بأنهم أفضل حالا، ويستمعون بحياة أفضل.
- تفيد الأبحاث أن التمارينات الرياضية تزيد من الثقة بالنفس التي بدورها تساهم بشكل بارز في تحسين صورة الذات وتقديرها. (نفس المؤلف 2009، ص281).

وفي ما يلي بعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها لاختيار نوع النشاط المناسب:

- الأنشطة الإيقاعية، مثل الجري والتجويف تزيد من نشاط موجة الآلفا alpha – wave activity والتي تنتج حالة من الهدوء مثل التأمل .
- الأنشطة ذات الإيقاع السريع المتغير مثل التنس مفيدة لأنها تساعد على التخلص من الأفكار السلبية والي تعتبر مصدرا هاما لحدوث الاكتئاب.
- الأنشطة الفردية مثل المشي الجري الدراجات، السباحة توفر وقتا للهدوء والصفاء الذهني .
- أنشطة الفريق تحقق السعادة بمصاحبة الآخرين، وتجنبك العزلة والبقاء وحيدا لفترات طويلة جدا والتي هي أحد مخاطر الاكتئاب.
- يساعد النشاط البدني على الشعور باليقظة والانتعاش والابتكار وذلك يزيد من الروح المعنوية.
- النشاط البدني يساعد على التخلص من التوتر في المخ ، يفرز مادة السروتونين التي تساهم في الشعور بالاسترخاء والراحة (راتب 2004 ص 462).
- وجد ماتسون وآخرون matinsen et al 1984 انخفاضا في مستوى الاكتئاب لدى المرضى الذين انتظموا في تنفيذ برنامج للتدريب الهوائي، بينما لم يلاحظ ذلك في المجموعة الضابطة التي اعتمدت على العلاج التقليدي وحده.
- استخدم هنلفورد وآخرون Hannaferd et al 1988 برنامجا للشروع العلاجي ، يتكون من المشي والهرولة لمدة 7 أسابيع وتوحل إلى انخفاض الاكتئاب لدى المجموعات التي استخدمت البرنامج .

- في دراسة دوبان وآخرون doyne et al 1987 على 40 سيدة للمقارنة بين تأثير برنامج التدريب بالأثقال والجري، أظهرت النتائج انخفاضا متماثلا للاكتئاب .
- عن العلاقة بين الاكتئاب واللياقة البدنية في دراسة ساكستون وآخرون Sexton etal 1989 تحسنت الحالة المزاجية واللياقة من خلال تنفيذ برنامج المشي والهرولة.
- أثبتت الدراسات أيضا الفوائد الكثيرة للتدريب لدى الأفراد غير المرضى ولكنهم في مستوى خطورة عالية للإصابة بالاكتئاب.
- دراسة أيضا هولمس 1984 mccan , Holmes على 43 طالبة جامعية لديهن أعراض للحالة المزاجية وشعرت بالاكتئاب قمن بتنفيذ برنامج للتدريب الهوائي لمدة 10 أسابيع بواقع ساعة مرتين في الأسبوع ومجموعة تدريب استرخائي ومجموعة بدون تدريب ، ووجد تحسن معنوي في مجموعة التدريب الهوائي.
- دراسة روت هولمس على 55 طالبا جامعيا قاموا بتنفيذ برنامج تدريب هوائي وتدريب استرخائي وبدون علاج وأظهرت النتائج بعد 11 أسبوع انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعات التي نفذت البرامج التدريبية (أبو العلا،2003، ص166).

9-سلوك النوم:

يعتبر النوم من الدوافع الفطرية الحيوية لدى الفرد، وهو من الظواهر المهمة بالنسبة إلى عملية نمو الفرد، وصحته الجسمية والنفسية وبالنسبة إلى حياته العامة، والنوم عبارة عن حالة مؤقتة من توقف التفاعل الحسي والحركي مع البيئة ويصاحبها بعض المظاهر مثل :انعدام الحركة والاسترخاء وبعض التغيرات العضوية، وهو عبارة عن وسيلة لحماية الجهاز العصبي من الإنهاك وكعلاج فسيولوجي ذاتي يهدف إلى تحقيق التوازن العضوي لدى الفرد (خير الزراد، 2000، ص 451).

الأفراد الأصحاء ينامون في المتوسط من سبع إلى تسع ساعات يوميا، ولكن عدد ساعات النوم التي يحتاج الناس إليها تختلف كثيرا، وتزيد بشكل ملحوظ لدى الأطفال مقارنة بالكبار وتنقص كلما تقدم بنا العمر، ولكن الفروق حتى بين العاديين تتفاوت في مدى حاجتهم للنوم.

القاعدة الصحيحة للنوم أن تنام جيدا وأن تعرف ا لاحتياجات التي يتطلبها الجسم حتى يكون خاليا من التعب والإرهاق في اليوم وحتى يكون قادرا على تنفيذ البرنامج اليومي والتعامل بفعالية مع أنواع الضغوط الانفعالية والاجتماعية، وقائمة العوامل التي تساهم في اضطراب النوم عديدة تشمل :

المعاناة من الضغوط ، القلق، الاكتئاب ، سوء استعمال الحبوب المنومة وتعاطي الخمور، التبغ الكافيين، المشاكل الصحية والعمرية تناول أنواع متعددة من الأدوية (عبد الستار 2000، ص 288).

إن النوم الصحي هو (بمثابة مرحلة صيانة الجسم واستعادة لما فقده من عناصر حيوية ، وهو مرحلة يستطيع الجسم خلالها أن يحصل على ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقضة والنشاط)(جمعة 2000 ص 138).

إن حرمان من النوم وعدم انتظام دورته ومسايرته الساعة البيولوجية يكون سبباً للعديد من المشاكل الصحية والاضطرابات الذهنية والانفعالية مثل الاكتئاب وكذلك الانخفاض مستوى الطاقة وفقدان الشهية.

(إن الكائنات الحية إذا أرغمت على عدم النوم فإنها تتعرض إلى الموت والإعياء،وبالنسبة إلى الإنسان فإنه إذا حرم لفترة 72 ساعة من النوم تظهر عليه بوادر الاضطراب فيضعف تركيزه ويتشتت انتباهه وتزدوج المرئيات لديه، ويكثر الشرود والنسيان وتهبط سرعة الفعالية لديه، وكذلك مستوى استجاباته، ويتعرض لحالة من الهلوسات والهتر وعدم الوضوح في الكلام، كما تضعف الحواس لديه من حيث قدرتها على التقاط المثيرات وتضطرب الأحشاء وكذلك إفراز الهرمونات ، وإذا لم يتحقق للإنسان الراحة والنوم فإنه يتعرض إلى الضعف العضوي التدريجي والموت)(خير الزارد،2000، ص 452).

إن بروز الأعراض الاكتئابية قد يكون أثر لاضطرابات النوم سواءا بزيادة عدد ساعاته أو نقصانها، حيث سجل (أن المصابين بفرط النوم لديهم أعراض اكتئابية قد تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الشديد)(جمعة 2000، ص 150).

وأثبتت دراسة في كلية الباقي الطبية بجامعة يوثيون قام بها "آلان عرافت a. kraft مع آخرين 1984 على عينة حرمت من النوم على ارتباط الاكتئاب بالحرمان من النوم (أبو زيد ، 2000 ص 131).

فيما يلي توجيهات عملية للذين يعانون مشكلات النوم والأرق خاصة فهي تحسن من عادات النوم وتجعله عميقا وسهلا وتشعر بالراحة والانتعاش مع الاستيقاظ :

1 -التخلص من العادات السيئة التي تؤثر على النوم مثل الأكل بإفراط في وجبة العشاء، أو النوم بعد الأكل مباشرة أو شرب سوائل كثيرة قبل النوم أو شرب المواد المنبهة كالقهوة والشاي وتدخين السجائر .

2 -التخلص من العادات السيئة المكتسبة التي تسبق الذهاب إلى النوم فتشوش عليه.

3 -اللجوء إلى بعض الإجراءات التي تسير النوم، في حالة الأرق مثلا الحمام الدافئ قبل النوم ممارسة بعض التمارين الرياضية الخفيفة القيام بعض الأعمال الروتينية التي تساعد على لدخول في النوم.

4 -تهيئة فراش مناسب لجسم ووسائد مريحة للرأس.

5 -العناية بغرفة النوم ومراعاة أن تكون بعيدة عن الضوضاء وعن الإضاءة العالية وجعلها مكانا للنوم فقط.

6 -عدم اصطحاب المشكلات التي لم تحل وهموم اليوم السابق إلى غرفة النوم.

7 -اختيار الوضع المناسب للنوم(على الجنب أو على الظهر) ويعتبر إتباع الهدي النبوي الشريف في ذلك أمر مفيد جدا من البدء بالنوم على الجانب الأيمن ،وقراءة بعض الأدعية المأثورة قبيل النوم .

8 -مراعاة لبس ملابس المريحة وتجنب الملابس الضيقة التي تعيق الحركة والتنفس

9 -الحفاظ على مواعيد ثابتة نسبيا للنوم واليقظة حتى تنتظم الساعة البيولوجية ويستطيع الإنسان الدخول في النوم والخروج منه دون معاناة كبيرة .

10 - ألا يحاول الفرد أن ينام أكثر من حاجته لمجرد أنه لا يجد شيئا آخر يفعله .

11 - الحفاظ على هواء غرفة النوم متجددا باستمرار.

12 - أن يتصف الفرد بتأكيد ذاته والتعبير عن نفسه ومصارحة الآخرين، حتى لا يحمل نفسه فوق طاقتها، أو يشعر بتأنيب الضمير، مما يعرضه للكوابيس والأحلام المفزعة والأرق بسبب التفكير في هذه الأمور والأخطاء التي حدثت في النهار (جمعة، 2000، ص 172).

13 - لا تحتفظ بأي شيء يتعلق بالعمل في الغرفة نومك لأن ذلك سوف يتداخل مع سلوك النوم بسبب ما قد يؤدي إليه من تنشط التفكير في الوقت الذي يجب أن تخلد فيه للراحة والنعاس، بعبارة أخرى تأكد من أن فراشك مريحا ولا تستخدمه إلا للنوم.

14 - تذكر أن التفكير في الأمور أسوأ من الأمور ذاتها فلا تكثر من النظر إلى الساعة ولا تقلق بشأن بقائك متيقظا حتى الآن، والحقيقة أن الاستلقاء في السرير بدون نوم قد يزيد من القلق ويجعل النوم أكثر صعوبة ويطلق الأطباء على هذه الحالة اسم الأرق الشرطي ، أي أن مكان النوم يصبح مرتبطا بالأرق بدلا من الهجوع للنوم، ولهذا فعندنا ما يسيطر عليك الأرق ذات ليلة وإذا حدث واستيقظت في منتصف الليل فافعل بدلا من التفكير والتهويل من الأمر الخطوات التالية:

15 - حافظ على جسمك في وضع مسترخ وتذكر بعض تمارين الاسترخاء عدم الإكثار من التقلب وحافظ على وضع سلبي للجسم لبعض دقائق حتى تخلد في النوم، إن لم يحدث ذلك لا تجبر نفسك على النوم ثانية، وعليك مغادرة غرفة نومك ولا تعد إليها حتى تشعر بالنعاس، ولا تقلق بشأن بقائك مستيقظا فإن لم تكن قادرا على النوم، فلا طائل من الاستلقاء في السرير.

16 - في اليوم التالي تجنب الغفوات الصغيرة ، وحاول بقدر ما تستطيع أن تتبع برنامج ممارسة التمارين الرياضية الهوائية .، فالتمارين أثناء النهار تساعد في تحسين وإطالة مراحل النوم خاصة المراحل العميقة، وتلك هي أهم المراحل بالنسبة للجهاز المناعي (عبد الستار 2009، ص 290).

إذا فشلت كل هذه الخطوات فمن الأفضل اللجوء إلى العلاج الطبي والنفسي، والبحث عن أسباب اضطرابك وقد يكون صرف بعض المنومات مؤقتا ذا تأثير إيجابي.

10-سلوك التغذية :

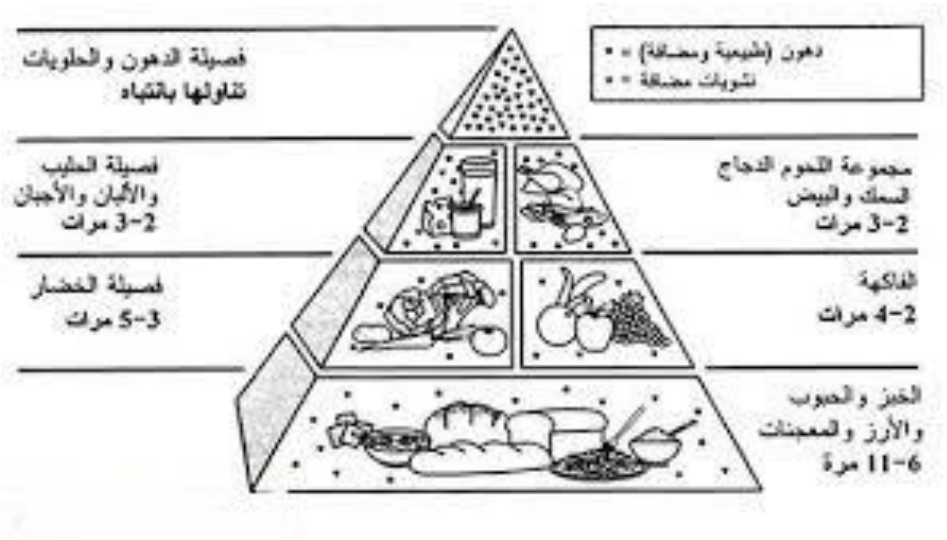
التغذية الصحية هي التي يستفيد منها جسم الإنسان من العناصر الغذائية المتنوعة فيتزود بالطاقة والمواد اللازمة لبناء خلاياه وتنظم عملياته الحيوية .

ويوجد حوالي 45 إلى 50 عنصرا غذائيا في الطعام ضروري للبناء والمحافظة على جسم الإنسان، هذه العناصر الغذائية يمكن تصنيفها إلى ست فئات:

إحداها تمدنا بالطاقة التي تقاس بالسعرات ويلاحظ أن بعض الأطعمة تشمل بعضا من الفئات الست للعناصر الغذائية (مثل: الخبز والقمح، بينما البعض الآخر يشمل فئة واحدة مثال: السكر) ،

وليس هناك نوع من الطعام يحتوي على جميع العناصر الغذائية الضرورية ، كما يتوقع أن تختلف كمية العناصر الغذائية تبعا للعمر واعتبارات أخرى .

صمم الهرم الإرشادي للغذاء food guide de pyramid للمساعدة على اختيار الطعام المناسب، كما أن اختيار عدد ملائم من حصص الطعام أو الشراب استرشادا بهذا الهرم الغذائي يكفل الصحة الجيدة ويتوقع للفرد المسترشد بالهرم الغذائي أن ت زداد حصرته من الطعام أو الشر اب القريب من قاعدة الهرم (الكروبوهيدات) وتقل في المستويات العليا (الدهون)(راتب 2004، ص 49).



شكل رقم (01) يوضح الهرم الإرشادي للغذاء الصحي

وإن عدم الحصول على الغذاء الصحي الجيد والمتكامل يسمى "سوء التغذية" وهي من أهم الأسباب التي يؤدي إلى المرض والوفاة، ولسوء التغذية، أعراض متنوعة منها: تأخر في النمو انخفاض في الوزن وفقدان الشهية وضعف في المناعة وتغير في لون البشرة وكثرة الإصابة بالأمراض والإسهال والأنيميا واختلال في التوازن الكيميائي ضعف التمثيل الأيضي وانخفاض نسبة السكر في الدم وانخفاض نسبة الكولسترول في الدم، تتساقط الشعر (العجوري، 2007، ص 68).

في هذا العنصر نطرح التساؤل التالي: هل هناك علاقة بين نوع الغذاء والصحة النفسية؟ فيجيب (راتب أسامة، 2004 ص 61).بـ: نعم ، فهناك بعض الأطعمة والمشروبات تعمل كمثيرات قوية للجسم وتزيد من الضغوط من ذلك: زيادة مادة الكافيين الموجودة في القهوة والشاي والشيكولاتة،

والمشروبات الغازية تزيد من إفراز الأدرينالين مما يزيد من مستوى الضغط وتشير نتائج البحوث أن هناك ارتباط بين نسبة الكافيين وضغط الدم ومستوى الكولسترول .

السكر لا يحتوي على مادة غذائية هامة، يزيد الطاقة خلال فترة قصيرة وقد يؤدي إلى زيادة العبء وعلى زيادة الأدرينالين مما يزيد القابلية للإثارة ، ضعف التركيز والاكتئاب كما أن زيادة معدل استهلاك السكر يمثل حملا شديدا على البنكرياس وقد يؤدي إلى مرض السكر، كما أن الملح يؤدي إلى زيادة ضغط الدم ، ويزيد من التعب على غدد الأدرينالين وينعكس ذلك على الحالة الانفعالية لذلك ينصح باستخدام الملح الذي يحتوي على البوتاسيوم أكثر من الصوديوم وتجنب الأطعمة التي تحتوي على الملح بدرجة عالية مثل المخللات.

إضافة إلى ما سبق فإن الأطعمة المشبعة بالدهن، تسبب البدانة وتمثل عبئا على عمل الجهاز الدوري التنفسي وإن ارتفاع نسبة الدهون قد يسبب أمراض سرطان الصدر القولون، المثانة ومن ناحية أخرى فإن المواد الغذائية الكربوهيدراتية تساهم في إفراز السروتونين بالمخ مما يؤدي إلى الشعور بالهدوء، ومن أهم مصادر الكربوهيدات: المعكرونة، البطاطس، الخبز، البسكويت (قليل السعر)..، ونظرا لأن الضغوط النفسية قد ينتج عنها تقلص العضلات والإمساك ، فإنه ينصح بتناول المزيد من الأطعمة الغنية بالألياف ، ومن المصادر الغنية بالألياف الفاكهة والخضروات والحبوب.

كشف دراسة في جامعة مينسوتا بأمريكا قام بها ايكريت مع آخرين Eckert . e. et al 1982 على أنه في حال تحسن عينته من مرض فقدان الشهية العصبي فإن مستوى الاكتئاب ينخفض عندهم، وهذا ما يوافق في نتيجتها لدراسة قامت بها راندي فروست frost . randy مع آخرون 1982 (أبو زيد 2000، ص 130).

هناك وجهة نظر يتبناها الطبيب النفسي الأمريكي دوجلاسن هنت (Hunt 1988) تثبت أن الفيتامينات والمعادن تؤثر في انفعالاتنا، وبالتالي طرق تفكيرنا في الأمور، ويعتقد أن هناك بعض الفيتامينات كفيتامينات (ب 1) وفيتامين (ب 2) والكولين والكالسيوم لها آثار محدودة في التخفيف من آثار الضغط الانفعالي والمخاوف والمساعدة على النوم الهادئ.

والفيتامين (فيتامين ب 1) والذي يتوفر بكثرة في الحبوب الكاملة كالقمح والأرز يعتبر في رأيه غذاءا ضروريا للتغلب على القلق خاصة بعض أنواع الخوف ومن وظائف هذا الفيتامين أنه يساعد الخلايا على تحويل السكر إلى طاقة، ولهذا يعتبر توافر الثيامين thiamine مرتبطا ارتباطا قويا

لصحة الجهاز العصبي لأنه يمده بالطاقة، وصحة الجهاز العصبي بدورها ضرورية لتغلب على كثير من المشكلات الانفعالية كالخوف السريع والاكتئاب وضغوط الحياة يمثل الكولين choline والذي هو أيضا أحد مركبات فيتامين (ب) عنصر مضاد للقلق يستخلص الكولين فيما هو معروف من صفار البيض والكبد الخميرة والقمح ويؤدي توافره في الجسم إلى تغليف الخلايا العصبية وحمايتها ،ولهذا يؤدي كفايتها إلى التخفيف من المخففات والدوخة واضطرابات الإب صرار، ويعتبر بنفسه "مهدئًا" يصلح للتغلب على مشكلات الأرق والتوتر العصبي، وليفيتامين (ب 3) (النياسنياميد) نفس الأثر المهدئ ولهذا يطلق عليه أحيانا إسم "فاليوم الطبيعة" فله تأثير مهدئ المماثل للفاليوم، وللكالسيوم صلة قوية بعلاج الأرق ، وقد تنبه الأطباء منذ زمن طويل إلى تأثيره المهدئ ونظرا لأنه يتركز في اللبن فإن الأطباء ينصحون عادة بتناول كو ب من اللبن الدافئ للمساعدة على نوم هادئ (عبد الستار 2002، ص 68).

مما سبق ندرك الارتباط القوى بين ما نأكله وحالتنا الانفعالية مما حذا عبد الستار إبراهيم 2002 في تنبؤه بمستقبل دراسات وفروع جديدة تهتم بالبحث في الصلة بين التغذية الصحية والأمراض الانفعالية، لهذا نجده في كتاب" السعادة الشخصية" (2009ص284) يقدم لنا توجيهات ثلاث للغذاء الصحي فيقول: لتحقيق التوازن الصحي فيما نأكل أو نشرب ينبغي الانتباه للجوانب التالية:

- الانتباه لكمية ما نأكل وما نشرب.
- نوعية ما نأكل أو المكونات الغذائية الصحية.
- الانسجام بين العناصر الغذائية التي تتعاطاها.

الخلاصة أنه من الضروري أن نتذكر دائما أن الطعام الذي نأكله وأنواع الشراب الذي نتعاطاه ا وكميته يجب أن يساعد الجسم على تحقيق المزيد من الصحة وتنظيفه من المواد السامة التي ترهقه وتصيبه بالأمراض، وغني عن الذكر أن تراكم المخلفات في الجسم يشجع على الإصابة بالأمراض، ويخلق بيئة داخلية جيدة لانتعاش الجراثيم والأوبئة ،ومن ثم تراكم التوتر النفسي من جراء ما تثيره من ضغوط على أعضاء الجسم وتعذرا أدائه لوظائفه لذا فمن طرق الحفاظ على وظائف الجسم في حالة متوازنة والحفاظ على الأوعية الدموية وغيرها من الأعضاء خالية من الفضلات والسموم ، هي أن تدرب نفسك تدريجيا على عادات جديدة تحقق من خلالها بيئة داخلية نظيفة قادرة على مقاومة المرض وتحقق الحيوية والمناعة .

11-سلوك تجنب التدخين:

يعتبر التدخين من أكثر العادات السيئة والضارة انتشاراً بين الأفراد وتكمن خطورته بتأثير هعلى الفرد المدخن والمحيطين، وكذلك من تركيبته حيث تتكون أوراق التبغ التي تصنع منها السجائر من:

نيكوتين من 1 -4%، مواد كربوهدراتية 2-20 %، بروتينات 1 - 13 %، أحماض عضوية 5 - 17 %، زيوت طيارة 0.1 -1.7 %.

وهذه النسب غير ثابتة تختلف باختلاف جودة التبغ فإذا ارتفعت نسبة المواد الكربوهيدراتية دل ذلك على جودة التبغ ، ونكهة التبغ تتوقف على الزيوت الطيارة الموجودة فيه ،ودخان السجائر عند احتراقها ينتج عنه:

1 -نيكوتين: مادة عديمة اللون سائلة تتحول للون البني عند احتراقها في هدوء ولا يبقى منها إلا جزء بسيط بعد احتراقها يدخل الرئتين حيث يتم نفخها مرة ثانية خارج الجسم.
2 -أول لأكسيد الكربون: هو مادة الثنائية وتنتج عادة من احتراق المواد العضوية احتراق غير كامل، وينتج التسمم من إتحاد أول أكسيد الكربون مع الهيدرولوبين وتحدث الوفاة إذ تم إتحاد من 70 - 80% من الدم وبدخول أول أكسيد الكربون باستمرار إلى الجسم ينتج التسمم المزمن الذي يؤدي إلى الإرهاق الذهني والصداع والدوخة.
3 -الأمونيا(غاز النشادر): وهو غاز قلوي عند ذوبانه في الفم أو الأغشية المخاطية في الحلق والقصبات الهوائية والحويصلات الرئوية فيؤدي إلى السعال عن طريق تهيج هذه الأنسجة.
4 -الزيوت الطيارة: وهي زيوت عطرية وبعضها سام وبعضها يؤدي إلى تهيج الأنسجة أو تلف الكلى أو تورم الرئتين والدماغ.
5 -المواد المشعة (مثل البولونيوم): وإليه يرجع التأثير السرطاني للتدخين (باضة، 1999 ص 81).

يؤدي تدخين النيكوتين إلى اعتماد فيزيائي ونتيجة لذلك يحتاج مدمن التدخين إلى مساعدة نفسية ودوائية ليستطيع التغلب على إدمانه فلاستنشاق النيكوتين مخاطر عديدة ويبرزها لنا (الحاج 2003) في النقاط التالية:

1 -يجتاز النيكوتين جدران الأوعية الدماغية خلال سبع ثوان فقط.

2 -معظم النيكوتين يطرح .(يدخل النيكوتين إلى الرئتين على شكل قطرات القطران).

3 -يعتمد امتصاص الرئتين للنكوتين على العوامل التالية: (الكمية المستنشقة، الاستنشاق العميق، مدة الاستشاق).

4 -يدخل النيكوتين إلى الدواران الرئوي (10 –50 وحدة في مل، بلازما).

5 -يصل النيكوتين بكمية بسيطة إلى حليب المرضعة.

6 -يستقلب الكبد النيكوتين خلال 60 دقيقة ليحوله إلى شكل غير فعال.

7 -يجتاز النيكوتين المشيمة بكل حرية مما يشكل خطر على الجنين.

8 -تطرح المثانة معظم النيكوتين خلال 20 ساعة.

9 -يوجد 58% من النيكوتين في العضلات (الحاج 2003 ص 31).

ولتبيان أكثر لخطورة للتدخين على جسم الإنسان نورد التأثيرات السلبية التي أوردها (با ضرة، 1999) وهي كالتالي:

- أجمعت الإحصائيات والأبحاث على أن التدخين له علاقة بالأمراض التالية: (سرطان الرئتين والحلق والشفتين ، تصلب الشرايين بشكل عام وشرايين القلب بشكل خاص التهاب القصبات الهوائية المزمن ، قرحت المعدة الإثني عشر...).
- يؤدي التدخين إلى التأثير على الجهاز العصبي والصداع وهي ناتجة عن تقليص الأوعية الدموية والإرهاق وعدم التركيز والتوتر العصبي والصداع وهي ناتجة عن تقليص الأوعية الدموية وإضعاف التذوق والبصر.
- يؤدي التدخين إلى تهيج الأنسجة المخاطية المبطنة لأعضاء الجهاز التنفسي ويؤ ثر على الأحبال الصوتية ويجعلها خشنة وباستمرار عملية التدخين تترسب في الرئتين ويعطيها اللون الأسود ، وتقلل من كفاءتها ومرونتها ويتبع ذلك نقص في كمية الأكسجين اللازمة للجسم.
- يزيد التدخين من سرعة ضربات القلب بمعدل (10 –20) ضربة في الدقيقة.
- يرفع التدخين ضغط الدم من (20– 25%) ويشجع تصلب شرايين القلب وكثيرا ما يتبع ذلك ذبحه صدرية .
- يؤثر التدخين على تجويف الفم والأسنان والحلق والبلعوم تتشوه الأسنان وتتشقق ويسهل تسوسها وزيادة إفراز للغدد اللعابية.

- يبلغ نسبة المصابين منهم بين المدخنين بسرطان الشفتين واللسان والحلق أربعة أضعاف من بين غير المدخنين.
- يؤثر التدخين على الحمل ويؤدي إلى نقص وزن المولود ويؤدي أيضا إلى الولادة المبكرة.
- إن ضرر اعتماد التدخين تجاوز الضرر الجسمي إلى آثار نفسية وسلوكية سلبية وسنقدم هنا مختصر لنتائج دراسات تصب في هذا الاتجاه.
- تبادل المدخنين بنسبة 50% منهم الحشيش والكحوليات وفي المقابل 06% من غير المدخنين كما في دراسة لزين العابدين درويش 1983.
- تظهر السمات المضادة للمجتمع (سيكوباتي) لدى المدخنين أكثر منه لدى غير المدخنين .
- زيادة عامل المخاطر ل ديهم مقارنة بغيرهم من غير المدخنين ولذلك تزداد نسبة ارتكاب الحوادث والمخالفات القانونية لدى المدخنين ويرجع ذلك إلى ضعف الإجراءات لدى المدخن وما يدلل على ذلك عدم قدرته على منع التدخين والقدرة على توقفه ،هذا بالإضافة إلى الاعتمادية على التدخين التحذيري وقت الغضب وكأنه الكنترول الضابط لانفعالات الفرد مما يفقده السيطرة الخفيفة على انفعالاته وتصرفاته في المواقف التي تحتاج للضبط والسيطرة أكثر وفي دراسة" بول Piuell" 1979 وجد في 19 دراسة يتسم فيها المدخن بالميول العدائية للمجتمع.
- تزداد مشاعر الذنب لدى المدخنين للإهمال المدرك للنواحي الصحية والتأكد من الآثار الضارة ومع ضعف الإرادة في توقيف التدخين فتزداد مشاعر الذنب وأيضا من الناحية الاقتصادية فالكثير منهم ليس ميسور ي الحال ، وبالمخالفة للمعايير الاجتماعية وبازدياد مشاعر الذنب وانخفاض الوعي الديني حول ذلك الموضوع يؤدي إلى الاكتئاب ويدخل في دائرة الاضطرابات السلوكية ثم الوجدانية التي تحتاج إلى تدخل سيكولوجي للعلاج.
- أثبتت الدراسات أن المدخنين أكثر انبساطية من غير المدخنين كما في دراسة هند سيد (1984) وأيزنك (1973) مما يدفعهم للمخاطرة ورفع مستوى الاستثارة بالتدخين حيث تتوقف الانبساطية عن التنشيط الشبكي ومستوى الاستشارة والكف للجهاز العصبي .
- يعتبر المدخنون أكثر توترا من غير المدخنين كما في دراسة هند سيد (1984) وريتشارد(1973) ويتميز المدخنون بالثقة بالنفس الزائدة والتي تدفعهم إلى المخاطرة وتؤدي أيضا إلى إرتكاب المخالفات وعدم الحرص وتركيز الإنتباه.

- يزداد معدل اضطراب النوم والشهية لدى المدخنين مما يدفعه إلى التدخين أكثر فتزداد المشكلة تعقيدا أو يصبح بأكثر استعداد للعدوى بالأمراض لضعف مقاومة الجسم وكلا الاضطرابين له أثر على دافعية الفرد للانجاز والعمل على الحفاظ على الذات.
- ترتفع نسبة الشكاوي البدنية لدى المدخنين ، حيث قدم محمد رفعت (1986) النسب التالية:يصاب 20% من كلية المدخنين بنزلات شعبية ، 19% يعانون الألم في الصدر، 17 % يعانون من ضعف الدم مرتفع ، 24% يعانون من ارتفاع نسبة الدهون في الجسم.
- ويظهر المدخنون ما يطلق عليه قلق التدخين وهو حالة من التوتر الانفعالي المصاحب للتدخين والمتعلق به والتي تزول بالتوقف عن التدخين لأنها حالة قلق نوعي.
- يظهر لدى المدخنين انخفاض في تقدير الذات والشعور بانخفاض الكفاءة والإحساس بفقد مهارات التأقلم مثل دراسة بين ورونسون(1986)(نقلا عن :باضة ، 1999، ص 82).

لهذا على المدخن أن يعي هذه الأمور والآثار السلبية ويسعى سعيا حثيثا للامتناع عن التدخين ، وفيما يلي نصائح تساعد على ذلك:

- ابدأ امتناعك منذ الصباح.
- أوجد لنفسك مشاغل عملية تلهيك عن التدخين.
- يمكن لحمض الليمون (المستخلص من الفواكه الطازجة) مساعدتك.
- تجنب استنشاق دخان السجائر مدخنين آخرين فهذا الاستنشاق قد يؤدي إلى الانتكاس.
- ابتعد عن الأماكن التي يكثر فيها المدخنون.
- لا تختبر نفسك حتى تترسخ عندك عادة عدم التدخين.
- حاول الابتعاد عن مصادر المشكلات والصعوبات.
- قد يحتاج الشخص إلى مدة 03 أشهر حتى يشعر بالارتياح بعد ترك التدخين. (الحاج، 2003، ص32)

وهناك خطط وبرنامج علاجية سلوكية خاصة يمكن الاستفادة منها بطرق باب أقرب معالج سلوكي وإتباع توجيهاته وخطوات عملية.

12-سلوك تجنب الكحول : يعد الكحول الإثيلي ETHYL ALCOHOL أو ما يسمى الإثانول من أكثر المواد سمية، وهو معروف منذ زمن بعيد، إلا أنه لم يستبدل على تركيبته الكيميائية إلا في القرن التاسع عشر حيث كان ينتج سابقا من تخمر الفواكه.

يعتبر إدمان الكحول كارثة، اجتماعية وأخلاقية وصحية متوارثة عبر المشاهد عيانا ، (يقول العالم السويسري فون ريتفون "أنه لو اخترع الإنسان الكحول في عصرنا هذا لأصبحت هذه المادة السامة محجوزة أو على الأقل محدودة الاستعمال مثلما هو الأمر بالنسبة للمخدرات السامة) (عمارة 1997، ص 30).

إن الإدمان والتعود على الكحول هو مظهر من مظاهر الاضطراب في الشخصية وهو نذير بوجود تصدع أساسي في تكامل الشخصية وتوازنها، وقد تكون له دلائل مرضية خطيرة، وبعيدة الأثر في حياة الفرد ، وفي علاقته الاجتماعية ، وقابليته للعمل .

يعرف الإنسان الكحولي بأنه الفرد الذي يتناول الكحول بشكل متقطع أو متواصل ويؤدي إلى الاعتماد أو الضرر.

إن الإدمان على الكحول له عواقب وخيمة على الصحة الجسمية من ذلك:

- خفض قابلية الاستشارة في الخلايا العصبية.
- يؤثر في فعالية الأداء الجسد ي الحركي والحس -إدراكي والذهني، التفكيري، الإنفعالي، الدفاعي، إلى جانب تأثيره على اللغة والإنتباه، والتخيل والذاكرة وغيرها.
- يقلل الاهتمام بالحاجات الفسيولوجية المتنوعة ويزيد في احتمالية ظهور الاضطرابات فسيولوجية مزمنة ، كتشبع الكبد، والقرحة المعدية والإثني عشر، وزيادة جلطات الدم، وحدوث الإجهاض لدى الأمهات الحوامل بالإضافة إلى كبحه لنشاط المراكز التنفسية في المخ المستطيل، الأمر الذي يقلل من تدفق نسبة الأكسجين اللازمة للمخ. (بني يوسف، 2008، ص 364).

الشخصية الكحولية شخصية لا تكيفية وغير سوية، كما أنها غير متزنة انفعالية ومعرفيا واجتماعيا وفسيولوجيا، تظهر عليها أعراض التسمم الكحولي، كنوبات العنف والدخان ، الرجفان، والتلعثم في الكلام ، والترنح في المشي ....الخ.

كذلك للإدمان الكحولي أخطار اجتماعية تكاد لا تحصى وهي تتصف في انحرافات السلوك على شتى مظاهره ا إلى العدوان الشديد ، ومختلف أنواع المشاجرات والصراعات العنيفة والجرائم المتنوعة الأشكال بالإضافة إلى حوادث الطرقات الفتاكة التي أصبحت تتزايد اليوم بعد الآخر، والأخطار التي تهدد تربية الأطفال وتشردهم وسوء سلوكهم ، وتفكك العائلة كلها، زيادة على المس بسلامة النسل بذاته حيث كثيرا ما يلد المدمن أطفالا متخلفين ذهنيا، أو غير مستقرين انفعاليا بسبب عوامل تكوينية تمس بالجنين في مطلع اللقاح الجنسي بذاته.

أما من الناحية النفسية فإن المدمن يتخبط دوما في القلق الناجم عن عدم السيطرة على النفس في حالات التوتر الشديد التي لا يستطيع تحملها، فيلجأ حالا إلى الهروب بشرب الخمر، وهكذا يهدأ القلق بصفة وقتية ومصطنعة وتحرر الدوافع المكبوتة وتتبع الشرب نشوة وجدانية موهمة ينجم عنها شعور زائف بالثقة في النفس ، وبالتحرر من المسؤوليات وبالتالي بالهروب في الخيال والمعاوضة لخلق شعور زائف بالطمأنينة والارتياح، ويص بح الشارب مريضا إذا أدمن على الخمر فيصاب بتغيرات في القدرات العقلية والسلوك ثم يدخل شيئا فشيئا في حالة تدهور أخلاقي واضح في مستوى علاقاته العائلية والمهنية ، ويصبح مزاجه سهل التقلب من النشوة إلى الاكتئاب ، فتحيط به بصفة تدريجية ضلالات مختلفة مثل ضلال الاضطهاد والخيانة الزوجية واضطراب الذاكرة والعاطفة والشلل ووضعية الهرب المتمثلة عادة في الوعود الكاذبة والقرارات والالتزامات المبينة كذلك ظهور أعراض عصبية وعقلية خطيرة متنوعة (عمارة ، 1997، ص 31).

أما فيما يخص علاج هذه الحالة فإنها ترتكز على الفطم من الشرب الخمر ، ثم إزالة الإنسمام وتعديل السلوك السلبي، ولا تحصل هذه الطرق إلا داخل المستشفيات والمصحات المختصة، كما ينبغي أن تضاف إليها معالجة الإصابات العضوية مع علاج نفسي فردي وعائلي وجماعي ثابت متواصل وجواري لضمان الاستمرارية في التحسن.

13-العقاقير والمؤثرات العقلية:

عرفت العقاقير المؤثرة عقليا منذ القدم فقد عرف الفراعنة واليونانيون والرومان وغيرهم مركبات كيمائية وأعشاب تؤثر في المخ وفي النشاط الجهاز العصبي ، فاستخدموها لتسكين الآلام وللطقوس الدينية والتخمير وللوصول إلى البهجة أو الهلوسة وحياة أفضل.

في وقتنا الحاضر تطورت العقاقير في أنواعها وآثارها وحتى مجالات استخدامها وهي تنقسم حسب تأثيرها على الجسم والمخ إلى أقسام أهمها ما يأتي:

أ - العقاقير المسكنة: ومنها عقاقير مهيئة طبية يصفها الأطباء النفسيون لمرضاهم في حالات القلق والتوتر العصبي، وذلك مثل الفاليوم والباربتيورات أو العقاقير المنومة .

ب -العقاقير المخدرة: مثل الأفيون والمورفين والهيروين وهي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي والباراسمبثاوى وتستخدم طبيا لتسكين الألم، وبالرغم من فائدتها الطبية فإنها تؤدي إلى الإدمان إذا ما استخدمت دون حذر وباستمرار.

ج -العقاقير المهدئة: وهي كالعقاقير المسكنة تؤدي إلى تخفيض مستويات القلق والتوتر إلا أنها لا تؤثر في مستوى الوعي والانتباه مثل "الليبريوم" و "التوارازين".

د - العقاقير المنبهة: ومنها الأمفيتامين، والكافين والبنزدرين، وهي تؤدي إلى أثارة الجهاز العصبي، فيبقى الشخص (في الحالات العادية) متيقظا ومنتبها حتى ولو لم ينم لساعات طويلة، أما الكميات الكبيرة منها فتؤدي إلى التوتر والقلق والهواجس وبعضها يؤدي إلى الهلوسة.

ه - عقاقير الهلوسة: وهي تختلف عن غيرها من حيث تأثيرها على مستوى الوعي مؤدية إلى التغيير من إحساسنا بالأشياء، وإدراكنا للعالم وبالتالي التغيير من المزاج منها "الكوكايين" "المسكالين" و"LSD" وصل تأثير هذه العقاقير على الوعي لدرجة خطرة حتى أن الشخص قد يفقد الإحساس كاملا بنفسه وبهويته وبتودى حدة المدركات البصرية والسمعية.

فيما يخص موضوع هذه الدراسة الذي هو الاكتئاب فإنه في الفترة الحالية قد شهدت تطور مذهل في العقاقير المضادة للمزاج الاكتئابي وهي تقوم على تفسير هذا الاضطراب تفسيرا عضويا، وهي حقيقة أثارت إنتباه الحكماء والأطباء منذ القدم، ولهذا نجد إبن سيناء ينصح بالنوم الجيد والغذاء الطيب ومقاومة الهموم كطريقة من طرق معالجة الغمم والمنخوليا (المزاج الاكتئابي) ، كذلك كتابات وجهود "هيبوقراط" وغيرها والتي كانت بمثابة إرهاصات مبكرة توحي أن هناك جوانب عضوية ما لابد أن تكون مسؤولة بدرجة ما عن نشأة الاكتئاب وأشكال أخرى تظهر في صور أعراض بدنية وتغيرات عضوية.

لقد اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة عندما بينت سلسلة من الدراسات المبكرة أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، وهو ما أدى إلى تكثيف الجهود.

من الجيد للبحث عن تفسيرات عضوية تتعلق بكيمياء المخ، خاصة فيما يسمى ب ."التفسير الأميني" لذا نجد أن غالبة العقاقير التي تستخدم في علاج الاكتئاب تعمل على زيادة نسبة الموصلات الأمينية في المخ والتي تشمل "الدوبامين" و"السيروتينين" و "النوريبيغرين".

*- وأهم العقاقير المستخدمة ضد الاكتئاب ما يلي:

1 -عقاقير منبهة للجهاز العصبي: من أمثلتها مشتقات أمفيتامين (المنشطات) مثل (ديكسدرين، بريلودين، اليدبران، وريثالين، مكساتون.... وغيرها).
2 -عقاقير خفيفة مضادة للاكتئاب: مثل النياميد NIAMID والمابلان MARPLANI الناردبل NARDIL.
3 -العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب ، من مثلها عقار نوفريل .NOVERIL
4 -العقاقير شديدة المضادة للاكتئاب: من أمثلتها التوفرانيل TOFRANIL وبيرتوفران PERTOFRAN وأجيدال Agedal.

قد يطرح تساؤل : متى يجب أن نفكر في العلاج الكيميائي واستخدامه؟

فيجيبنا (عبد الستار إبراهيم 2008): تتحدد فاعليته علاج دوائي معين بكثير من العوامل منها:

- إذ وصلت درجة الاكتئاب بالمريض إلى الحد الذي يعوقه عن القيام بوظائفه اليومية بسبب الاكتئاب.
- إذا كان الاكتئاب مصحوبا بأعراض بدنية منها الأرق والاستشارة الزائدة وتزيد موجة الاكتئاب في الفترة الصباحية .
- إذا كان الاكتئاب شديدا لا يطاق.
- إذا كان للاكتئاب تاريخ منتشر في أسرة المريض.
- إذا كان قد استجيب في السابق لأحد العقاقير المضادة للاكتئاب بصورة ايجابية.

- إذا لم تكن للمريض حساسية للإصابة بالآثار الجانبية التي تؤدي لها بعض العقاقير المضادة للاكتئاب.

إن العقاقير ضبط للأعراض وليست علاجا للمريض، وهي تستعمل كطريقة إسعافية سريعة للتخلص من الآلام والأعراض الحادة التي يسببها الاكتئاب عند البعض.

جدول رقم (14) يوضح خصائص العقاقير وفوائدها ومضارها

الاسمي العلمي أو الكيميائي للعقار	أسلوب التعاطي	فوائد طبية	اسباب التناول من وجهة النظر الشخصية	الأسباب الاجتماعية للتناول	نوع الادمان نفسي	نتائج قصيرة المدى عضوي	نتائج بعيدة المدى	
العقاقير المسكنة والمهدئة مثل الخمور والبيرة	الشرب سائلا	نادرة إلا في حالات التسكين والتهدئة	الهروب من المشاكل والبحث عن الهدوء و الراحة أو الانبساط	المجاراة وتقليد الأصدقاء الاختلاط، حسن الحديث والسرور	مرتفع	نعم يؤدي	كف الجهاز العصبي، الاسترخاء الدوخة،العدوان زيادة حوادث القيادة للسيارات	الإفراط التدهور في وظائف التفكير، تليف الكبد الادمان، الانسحاب الاجتماعي، بعزقة الطاقة والثروة، المرض العقلي

الباربيتيوراتس – الفليوم– ليبريوم– ميلتاون يسكونال– اكونييل	أقراص أو كبسولات تبتلع	علاج الأرق والتوتر	الاسترخاء والنوم والانبساط	تشجيع الاختلاط الاجتماعي والبعد عن الانزواء	مرتفع	نعم	كف إثارة الجهاز العصبي، الشعور بالبهجة نتيجة التخفف من القلق والمخاوف	عدم الاستقرار العصبي، فقدان الوزن،الإفراط في التناول، العصبية، الإدمان
المنبهات: القهوة،الشاي، الكوكاكولا	الشرب	التنبيه،علاج بعض أشكال الغيبوبة	للتنشيط والتنبيه والاستمتاع بفترة راحة قصيرة	الضيافة،قلة التكاليف، سهولة الحصول عليها	معتدل	لا يوجد	تنشيط الجهاز العصبي، اليقظة، التقليل من التعب.	الأرق وعدم الاستقرار الأرق وعدم الاستقرار الجسمي، الإفراط
النيكوتين، السجائر	التدخين أو الاستنشاق	لا يوجد	الاسترخاء والتأمل والتركيز	المشاركة الاجتماعية، قلة التكاليف	مرتفع	لا يوجد	تنشيط الجهاز العصبي، نسيان المشاكل	سرطان الرئة، أمراض القلب، والأوعية الدموية، الإفراط في التدخين
الأمفيتامينن البنزردين	البلع أو الحقن في الوريد	علاج السمنة، التعب، الاكتئاب	للتنشيط والتقليل من التعب والاستثارة	خلق جو اجتماعي يشجع تعاطي أي مخدرات	مرتفع	لا يوجد	تنشيط الجهاز العصبي، اليقظة، تقليل التعب،فقدان الشهية والأرق	الاستثارة الزائدة،فقدان الوزن، المرض العقلي خاصة البرانويا، الإفراط

المخدرات: الأفيون	التدخين، الاستنشاق،الشرب، الحقن في الوريد، أو العضل، المضغ	تسكين اللم،تخفيف الكحة، للتخدير،علاج الإسهال	الوصول لحالة النشوة،هروب من المشاكل، تجنب الخوف من الآخرين، تجنب العزلة الاجتماعية	مسايرة الناس في مجتمع معين	مرتفع	نعم	كف الاستثارة، التسكين تخفيف الألم، اضطراب الوظائف الفكرية، ووظائف التآزر الحسي الحركي.	الإمساك، فقدان الشهية، فقدان الوزن، العنة الجنسية المؤقتة الإفراط في التعاطي، سهولة الإدمان، الألم والمعاناة الشديدة عند الانقطاع
عقاقير الهلوسة L.S.D، السكالين، سيلوسيبين MDA	الابتلاع سائلا أو كبسولات، أو أقراص، أو في شكل مكعبات سكر، المضغ	الدراسات التجريبية للمخ ومراكز التفكير والعمليات العقلية	البحث عن معنى في الحياة، التوسع من آفاق الخبرة والشعور وحب الاستطلاع	حب الاستطلاع ، مجاراة افكار دارجة، التمرد على معايير المجتمعن الانجذاب لبعض الجماعات الغربية مثل الهبيز، سهولة الحصول عليها	قليل	لا يوجد	إحداث صور بصرية زاهية، زيادة الوعي الحسي، الأعضاء الحسية تزداد حدة وقوة، القلق، الغثيان، اضطراب التآزر، انتصاب الشعر	مقاومة العلاج للمرض العقلي إذا كان موجود من قبلن أحياناً الفزع إذا كانت فكرة التعاطي غير واضحة،

الحشيش، الماريوانا، الكانابيس	التدخين، الاستنشاق، الشرب بعد إذابته في سائل كالشاي	أحياناً تستخدم لعلاج ارتفاع ضغط الدم	الوصول لحالة من النشوة والبهجة أو كهروب من المشاكل، الاختلاط الاجتماعي	المجاراة، جاذبية بعض الجماعات الغربية، سهولة الحصول عليه	معتدل	لا يوجد	الاسترخاء، فتح الشهية، النشوة، تغيير في ادراك الزمن والمكان، اضطراب القدرة على الحكم والتآزر أحياناً	بعثرة الطاقة والثروة

(fort.J 1970)

إن العلاقات بين مختلف العوامل المسببة للمشكلات النفسية ذات تفاعل وتبادل من نوع الحلقة المفرغة بمعنى أن الظروف النفسية والبيئية يمكن أن تحدث تغيرات كيميائية وهذه بدورها تغير من استجاباتنا للبيئة وللظروف النفسية الخاصة التي تواجهنا بين الحين والآخر، ومن هنا تبين لنا نظرية المحاور المتعددة في العلاج السلوكي التي تتبناها في علاجنا للاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب أن العلاج الطبي بالعقاقير أو غيرها ، ما هو إلا محور هام يجب الانتباه إليه في ظل ظروف ومواقف معينة كالتي أوضحناها أعلاه، إن الجوانب البيولوجية بما فيها الاختلالات الكيميائية تلعب مع الظروف النفسية في تناسق ووحدة متكاملة وتفاعل مستمر.(نفس المؤلف 2008، ص85).

الفصل الرابع:

الدين وتأثيراته الإيجابية و العلاجية على جوانب السلوك الإنساني.

- تمهيد
- مفهوم الدين
- الدين في الدراسات النفسية
- التأثيرات النفسية الإيجابية والعلاجية لشعائر الدين ومعتقداته
- عناية الإسلام بجوانب السلوك الإنساني
  - ح - عناية الإسلام بالجانب الانفعالي
  - خ - عناية الإسلام بالجانب الفكري
  - د - عناية الإسلام بالجانب السلوكي
  - ذ - عناية الإسلام بالجانب الاجتماعي
  - ر - عناية الإسلام بالجانب الجسمي
- الاكتئاب من منظور ديني

تمهيد:

ظهرت حديثاً اتجاهات بين بعض علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية، وترى أن الإيمان بالله قوة خارقة تُمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة وتُجنبُه القلق والاكتئاب الذي يتعرض له كثير من الناس الذين يعيشون في هذا العصر الحديث المُشبع بالمادية والتنافس الشديد والمُفتقر في الوقت نفسه لمقومات الحياة الروحية وللمبادئ الأخلاقية، إن التمسك بالإيمان بالله وترسيخه وإتباع منهجه هو السبيل الأساسي لاحتمال معاناة الحياة بهمها وقلقها وهو الطريق الرئيسي الذي يؤدي إلى تحقيق أمن الإنسان وسعادته: ﴿ قال اهبطا منها جميعا بعضكم لبعض عدو فإما يأتينكم مني هدى فمن اتبع هداي فلا يضل ولا يشقى، ومن أعرض عن ذكري فان له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى ﴾(سورة طه،آية 123-124)، وهذه الآية فيها دلالة واضحة على حتمية الصراع بين البشر في هذه الحياة ، وأن الحياة مع هذا الصراع تصير ضلالاً وشقاءاً إن لم يَتبع الناس المنهج الرباني في حياتهم، فالله سبحانه وتعالى خلق الإنسان و يعلم خلقه ، قال الله تعالى:﴿ ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير ﴾(سورة الملك أية 14)، والخالق هو الذي يعرف كيف يكون الإنسان سوياً، ويعرف أسباب فساده وانحراف سلوكه لذا فعلى علماء العلاج النفسي أن يستفيدوا من الدين في وضع خططهم العلاجية ، وان يلتزموا هدي الخالق جل وعلا، لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذي خلقه . ولقد تعزز هذا الطرح بقرار الجمعية العمومية للصحة العالمية 1984 باعتبار الجانب الروحي جانب أساسي من جوانب السلوك الإنساني إضافة لباقي الجوانب الأخرى النفسية والاجتماعية والجسمية.

1-مفهوم الدين:

أ-لغة: وردت كلمة دان في المنجد الأبجدي بعد ة معانٍ: دَانَ: دَيْناً (دين) . الرجل: استقرض وصار عليه ديّنُ، أعطاه مالا إلى أجل وأقرضه"، ودَيْناً وديانه بديْنِ: اتخذه له ديناً.

أما في (لسان العرب 13/ 164): دَان فلانٌ ، يدينُ ديناً: إستقرض وصار عليه دَيْنٌ فهو دائن والدِّين: العادة والشأن، تقول العرب: مازال ديني و دَيْنِي أي عادتي، والدِّين: الطاعة، وقد دِنتْه ودِنْتُ له أي أطعته.

ب-اصطلاحا: الدين هو: الطاعة والانقياد لله والدين الإسلامي هو الاستسلام لأمر الله بالتوحيد والانقياد له بالطاعة وتجنب الشرك وإتباع لسنة رسوله محمد صلى الله عليه وسلم وجعله منهج حياة

شامل، يقول إبن تيمية: "الدين يتضمن معنى الخضوع والذل يقال دنته فدان: أي أذ للته فذل يدين الله، ويدين الله أي يعبد الله ويخضع له فدين الله عبادته وطاعته و الخضوع له" (الهراس 2004 ص125 قال تعالى: "وله مافي السماوات والأرض وله الدين واصا ب، أفغير الله تتقون" (النحل، أية 52).

إن إلتزام الفرد بالسلوك الدين ي أو ما يسمى "التدين" أساسه دافع فطري، يشعره في أعماق نفسه يدفعه إلى البحث والتفكير في الحياة والكون وعبود ية خالقهما والالتجاء إليه، وهو يجد في ذلك الطمأنينة والحماية قال تعالى: ﴿فأقيم وجهك للدين حنيفا، فطرت الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون ﴾(سورة الروم آية 30)، وقال عز وجل: ﴿وإذا أخذ ربك من بني أدم من ظهورهم ذريتهم وأشهدهم على أنفسهم ألست بربكم قالوا بل ى شهدنا أن تقولوا يوم القيامة إنا كنا عن هذا غافلين﴾(سورة الأعراف آية172).

يقول نجاتي (2001)أن هذا الاستعداد الفطري للتوحيد عرضة لأن تطمره الغفلة ويغمره النسيان ويطويه اللاشعور في أعماقه، ويصبح الإنسان في حاجة إلى ما يوقظ هذا الاستعداد الفطري، وينفض عنه غبار النسيان، ويبعثه من أعماق اللاشعور ليظهر واضحا جليا في الإدراك والشعور، ويتم ذلك عن طريق تفاعل الإنسان مع الكون، ونظره إلى عجيب خل ق الله في نفسه، وفي سائر مخلوقات الله وفي الكون بأسره، ومن العوامل التي تساعد على إيقاظ وبعث دافع التدين في الإنسان ما يحيط به في بعض الحالات من أخطار تهدد حياته، و تسد أمامه جميع سبل النجاة فلا يجد منها مهربا إلا الالتجاء إلى الله فيتجه إليه سبحانه وتعالى بدافعٍ فطر ي طالبا منه المعونة والنجدة، قال تعالى: ﴿هو الذي يسيركم في البر والبحر حتى إذا كنتم في الفلك وجرين بهم بريحٍ طيبة وفرحوا بها جاءتها ريحٌ عاصف وجاءهم الموج من كل مكان وظنوا أنهم أحيط بهم دعوا الله مخلص ين له الدين لئن انجيتنا من هذه لنكونن من الشاكرين ﴾(سورة يونس، ص 22) وكون الإنسان في كل مكان وفي جميع عصور التاريخ، منذ بدء الخلي قة حتى الآن إنما يشعر في حالات الخطر التي تحدق به، يحافز إلى الإستنجاد بقوة أسمى وأقوى وأعظم منه، إنما يدل على أن الدين فطري في طبيعة الإنسان.

2-الدين في الدراسات النفسية:

هناك اتجاهات حديثة بين علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الدراسات النفسية، وتعتقد أن أي علاج لا يأخذ بعين الاعتبار ديانة العميل هو إجراء عديم الجدوى يتناقض مع أسس علم النفس المعاصر، حيث أن الجانب الروحي هو جانب أساسي من طبيعة الإنسان وإغفال الحديث عنه ليس من الأمانة العلمية في شيء.

لتبيان عواقب إهمال الدين في الدراسات النفسية يورد الطالب الصورة العامة والعقيدة الأساسية لعلم النفس الغربي، فقد لاحظ إريك فروم Erick From (1977) ، أن علم النفس الغربي أهمل " الروح " و اقتصر على دراسة أشياء هامشية ملموسة في النفس فقال : (وكان اهتمامه (علم النفس الغربي) ينصب في أغلب الأحيان على مشكلات تافهة تتمشى مع منهج علمي مزعوم ، وذلك بدلا من أن يضع مناهج جديدة لدراسات مشكلات الإنسان الهامة ، وهكذا أصبح علم النفس علماً يفتقر إلى موضوعه الرئيسي و هو الروح وكان معنيا بالميكانيزمات وتكوين ردود الأفعال و الغرائز ، دون أن يعني بالظواهر الإنسانية المميزة أشد التمييز الإنسان كالحب والعقل والشعور والقيم) (ص 11)، وهناك إحصائية عن مجلة الطب النفسي الأمريكية تقول أن 95 % من أعضاء جمعية علم النفس الأمريكية لا يؤمنون بوجود الله فلكم أن تتصوروا خطر هذه العقائد و تتصوروا تأثيرها في نظرياتهم ،ويُنقل كذلك عن "جوردون" Gordon (1980) أسفهُ على أنه مازال هناك بعض الناس في أمريكا ينظرون إلى اللواط (Homosexuality) على أنه شيء معيب أو حرام ،وهو معجب بالجماعات التي نشطت تطالب بإباحة هذا (الحق) للناس ، ويقول بأن تقدماً ملحوظاً في هذه القضية قد تحقق عندما شطبت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اللواط من قائمة الاضطرابات النفسية واعتبرته سلوكاً عادياً(المهدي1990ص3) وكذلك قال بأن المجتمع الأمريكي أحياناً ينزعج إذا مارس أطفالهم الجنس مع بعضهم ،وهو لا يرى في ذلك أي ضرر بل على العكس هو يرى أن في منع هذه الممارسات ضرراً كبيراً حيث ينشأ الطفل خجولاً شكاكاً وعنده إحساس بالذنب،ويؤيد فكرته بكلام اريكسون (Erikson 1950) وكلام فرويد ثم ينقل رأي عالم آخر يدعى ياتس (Yates 1978) يقول بأن الاتجاه الحديث الآن يجب أن يشجع الممارسات الجنسية عند الأطفال ليمحوا الاتجاه القديم الذي يمنع ذلك وهو أيضا يصف المجتمع الأمريكي بأنه مجتمع متزمت من الناحية الجنسية ويعتبر أن القيود التي يفرضها المجتمع على الممارسات الجنسية خارج نطاق الزواج هي قيود غير عادية (نفس المؤلف 1990،ص35). ضِف إلى ذلك ما يقوم به المعالجون الغربيون من طرق للعلاج مثل

طريقتهم في العلاج الجمعي ، التي تتلخص في أن يجلس أفراد المجموعة العلاجية رجالاً و نساءاً مع بعضهم وهم عراة تماماً ليعالجوا اضطراباتهم النفسية بزعمهم ، وكل هذا ناتج عن فلسفة التحليل النفسي الفرويدية التي ترى أن صحة الفرد النفسية تكون بإطلاق العنان لشهواته الجنسية ، ومن ضمن عناصر النظرية الفرويدية " عقدة أوديب " التي يزعم فرويد أن الطفل الذكر في مرحلة الطفولة يتجه بنزعاته الجنسية نحو أمه وحين يجد الأب عائقا أمام هذا الاتجاه يشعر بالكراهية نحو أبيه و يكبت مشاعره نحو أمه خوفا مما أسماه " فرويد " بالخصاء أما عند البنات فهي تسمى" عقدة إليكترا " وكلها استوحاها فرويد من الأساطير اليونانية لذا قال سعد الدين صالح (1994ص 50):(هذا هو تحليل فرويد لشخصية الإنسان فهو مجرد غريزة جنسية ، ومن الجنس نبع كل شيء ، الدين، الفكر ،الفلسفة والحضارة)، ولقد أنكر فرويد الإيمان بالأديان السماوية و أنكر وجود الغيبيات وقال أن الرب ما هو إلا مجرد صورة أبوية مثالية عظّمها و قدّسها في طفولته ولضعفه النفسي بقي يعتقدها في رشده .،و(حاول فرويد أن يؤيد تحليله لنشأة الدين بأسطورة خرافية يزعم أنها قد حدثت في منشأ البشرية و هي أن الأبناء في مطلع البشرية اتجهوا نحو أمهم بدافع الجنس (عقدة أوديب) فوجدوا أباهم عائقاً في طريقهم فقتلوه ثم أحسوا بالندم على قتل أبيهم فقدّسوه و عبدوه)(ص57)، ضِف إلى ذلك رأي " فرويد " حول خصائص القيم الخلفية التي تتلخص فيما يلي :

- أنها مفروضة على الإنسان فرضا من قوة خارجية مسيطرة ومن هنا فهي لا تتفق مع طبيعته .

- أنها كوابح تمنع النشاطات الإنساني من الانطلاق و تمنع الفرد من التمتع بحريته و تصيبه بالأمراض النفسية ،فهي خطر على الإنسان .

- أنها شريرة بطبعها ولكنها تعبر عن نفسها بالصورة المناقضة .

عموما لقد اعتمد فرويد على أساطير يونانية مثل "عقدة أوديب" و "عقدة إلكترا " واعتمد أيضاً على نظرية النشوء و الارتقاء عند (داروين) الذي اعتبر الإنسان مخلوقاً أرضياً ويعود أصله إلى الحيوان ويتصور كثير من التحليليين أن نظريتهم بلغت درجة كبيرة من العمق في دراسة النفس، ولكن أي عمق، عمق الكهوف والسراديب المظلمة المليئة بالحشرات والشوائب والوحوش الضارية (مع بعض الأشياء النافعة)، ولهذا كان عمقاً ضاراً مرعبا ،إن فرويد كان كمن دخل قصراً فلم يستهوه من القصر إلا غرفة مغلقة ففتحها بشجاعة ودخلها فوجدها مليئة بركام القصر ويعيش فيها كم هائل

من الحشرات والحيوانات المفترسة ،فخرج ليصف للناس الحجرة واعتقد أنه وصف القصر (المهدي1990ص7).

إن اهتمام علماء نفسانيين معاصرين بالدين في الدراسات النفسية تجلى بشكل ممنهج في نهاية التسعينات من القرن التاسع عشر ميلادي عندما كتبت أول رسالة علمية تتناول علم النفس والمسيحية من طرف ادوين ستاربوك (A.Starbuck) بعنوان (هداية المراهق)، كذلك عندما قدّم أول رئيس للجمعية الأمريكية لعلم النفس APA ج.ستانلي هول(J.S.Hall) كتاباً من جزئين بعنوان "عيسى المسيح في ضوء علم النفس" عام 1917م، وشجع النقاش في الموضوع عن طريق جمعه لعدد من الباحثين مع بعضهم البعض، والذين عرفوا باسم "مدرسة كلارك في النفس الديني".

يرى (العواد 2007)أن التحرر من منطلق أن الدين هو سبب التخلف والتفكير به هو خرافة لا جدوى منها ولا فائدة، جعل بعض الكتابات في العالم الغربي تتجه نحو صياغة علم نفس ديني له قواعده وأسسه. حيث يمكن استعراض بعض الدراسات النفسية في مجال الدين، مثل دراسة ثولس(Thouless1923)مقدمة في علم النفس الديني، و هايتوير(Hightouwer 1930)المعلومات التي جاءت في الإنجيل في علاقتها بالشخصية والسلوك، ويونج(Jung 1938) دراسة عن علم النفس والدين، وبفسيتر(Pfister 1984)دراسة عن المسيحية والخوف، و وايت (White 1952) مفهوم الله والشعور، أرجيل (Argyle)دراسة عن السلوك الديني، وجولدمان(Goldman 1986) دراسة النمو الإدراكي في التفكير الديني للأطفال، كتابات إيريك فروم (Fromm 1977) الدين والتحليل النفسي، جوردن البورت (Allport 1967) الاتجاه الديني وأثره في الشخصية، ودراسات ايفريت وارثينجتون(Worthington 1980-1995) القيم والمفاهيم الدينية وأثرها في الإرشاد والعلاج النفسي.

بل إنه (في سنة 1948 أعطى مؤتمر الصحة النفسية لرجال الدين دوراً في ميدان العلاج النفسي، فقد اقتنع المؤتمرون بامتداد الاضطرابات النفسية إلى البعد الروحي الذي لا يعالج إلا بتنمية الإيمان،كما وضعت هذه المدارس برامج دراسية لتأهيل بعض الأطباء النفسيين لكي يكونوا قساوسة، وتأهيل بعض القساوسة في مجالات علم النفس الإكلينيكي لإكسابهم الخبرات في طرق العلاج والإرشاد النفسي لكي يعملوا في الإرشاد والعلاج الديني في مستشفيات الطب النفسي و المدارس ومراكز الشباب وغيرها)(توفيق،2002ص336)

يذكر "اندريو وآخرون Andrew J et al 2006" أن هناك (1100300) بحثاً تم نشرها خلال الفترة من 1965- 2000 على قاعدة البيانات PsycInfo من بين هذه الأبحاث 13059 بحثاً احتوت على كلمة الدين فقط واحتوت 1974 فقط على مصطلح الروحية، واحتوت على 1349 بحثاً احتوى على الروحية والدين، ويذكر المؤلفون السابقون انه خلال 35 عاما الماضية،فقد كان هناك زيادة كبيرة في عدد البحوث التجريبية التي تركز على مجال واسع للدين والروحية والصحة،فكشفت تحاليلهم عن الاهتمام المتزايد والذي يرجع إلى الاهتمام الكبير الذي تم تكريسه لعنصر الروحية، كما ازدادت الدراسات عن الروحية والصحة بصورة واضحة.

تقرر لوائح الجمعية النفسية الأمريكية أن عالم النفس يجب أن يحترم ويأخذ في الاعتبار وجهات النظر الدينية للعميل ، وفي حالة ما إذا لم يكن باستطاعته عمل ذلك، فإنه يجب إحالة العميل إلى أحد علماء النفس الذي يمكنه أن يحترم وجهات النظر هذه..، وهكذا فإن علماء نفس في كل العالم يقرون بضرورة الرجوع إلى مهمة علم النفس في دراسة الروح والنفس، بدلاً من الاقتصار على دراسة السلوك فقط، وكان الإنسان أشبه بالآلة أو الحيوان، وهذا هو الحق الذي لا مناص منه. لأن الدين هو المعتقد الذي يحرك الإنسان ويوجه السلوك بل ويوجه الانفعالات، فكيف يمكن إغفاله والتغاضي عنه!.(العواد،2007ص14)

(إن العلاقة بين علم النفس والدين تتضمن إضافات جلية لكل منهما ويمكن ملاحظة أربعة أنواع من التفاعل بينهما:

1 -تطبيق النظريات وطرق البحث النفسية لدراسة الخبرة الدينية.
2 -العديد من واضعي النظريات النفسية تعاملوا مع الدين بهدف تطبيق مفاهيمهم وأساليب بحثهم على الخبرة الدينية، وذلك من خلال الإطار المعرفي لعلم النفس (ومثاله تفسير فرويد للتعلق بالآلهة بأنه نتيجة لما سماه عقدة أوديب)، وبهذا حُجِم الدين في حدود أطر النظام المعرفي المستخدم في علم النفس.
3 -تطبيق النظريات والمعارف النفسية في برامج الرعاية المقدمة في الكنائس.
4 -عتبار الخبرة الدينية ومفاهيمها ومؤسساتها شركاء مُعتبرين في المناقشات الدائرة حول الخبرات الإنسانية، وهو أحدث الأنواع ، وهناك تراث كبير من التلاقي والحوار بين علم النفس والدين نشأ عنه تأسيس جمعيات ودوريات علمية متخصصة في هذا المجال، وكذلك

ظهور درجات علمية وكتب متخصصة فيه، مما كوّن تراثاً علمياً في هذا الموضوع.

ولتطوير هذا النوع الرابع من العلاقة فإنه حسب جونز (Jones2000) ينبغي:

أ -على علم النفس كمنظومة علمية ومهنية أن يطور لدى منسوبيه وعياً اكبر واحترام أكثر للإيمان الديني والتقاليد الروحية.

ب -إيجاد تعاون حواري اكبر بين الدين وعلم النفس كعلم، بحيث يؤخذ في الحسبان المعتقدات الموجودة لدى الباحثين الدراسين لموضوعات علم النفس وحواراتهم الصريحة مع علماء الدين للخروج بأرضية مشتركة يمكن الالتقاء فيها بينهما.

ت -الفهم بأن الدين والتطبيقات الروحية تساعد في الشفاء، وكذلك في مقاومة الأمراض، وفي مراحل التغيير لدى الأفراد.) (الصنيع2012 ص81).

3-التأثيرات النفسية الايجابية والعلاجية لشعائر الدين ومعتقداته:

اولاً: التأثير الايجابي والعلاجي للمعتقدات الدينية:

1- تأثير الإيمان بالله :

(المسلم يؤمن بالله تعالى ويصدق بوجوده وأنه هو المستحق وحده بالعبادة وأنه عز وجل فاطر السماوات والأرض عالم الغيب والشهادة رب كل شيء ومليكه موصوف بكل كمال منزه من كل نقصان ، والإيمان له مفهومان : مفهوم لغوي وهو الإقرار بالشيء والتصديق به ، ومفهوم شرعي وهو الإقرار المستلزم للقبول والإذعان لله المتضمن لأربعة أمور : الإيمان بوجوده ،والإيمان بربوبيته ، والإيمان بألوهيته، والإيمان بأسمائه وصفاته)(العثيمين بدون سنة نشر،ص 29) ، وأركانه هي في قوله عليه الصلاة والسلام في جوابه لجبريل عليه السلام : ((الإيمان أن تؤمن بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر والقدر خيره وشره))(صحيح أخرجه مسلم) ، والإيمان عند أهل السنة والجماعة هو الإقرار بالقلب والنطق باللسان والعمل بالجوارح وهو يزيد بالطاعة وينقص بالمعصية .

وللإيمان بالله تأثير ايجابي على الصحة النفسية للفرد ذلك أن الإيمان الصحيح يمنح الإنسان أعظم وأروع علاقة ،فالإنسان المتدين يشعر بعلاقة حب قوية لله ،وحب الله للمسلم يجعل الملائكة تحبه والناس كذلك ،بحيث يشعر الإنسان بالانتماء ويتخلص من الشعور بالوحدة والخوف اللذان يكمُنان وراء الكثير من الاضطرابات النفسية .

(إن الإيمان بالله يوصل المسلم إلى درجة عالية من القوة الروحية والتي تسمى في علم النفس بـ "القوة النفسية " والتي تحافظ على تماسك الشخصية وتناسق عمل مكوناتها وتجعلها أكثر فاعلية وتأثيراً وإنتاجاً، وعلى العكس فإن ضعف الطاقة الروحية التي هي مكافئة لما يسمى في علم النفس بـ "ضعف الطاقة النفسية " يكون سبباً لمعظم الاضطرابات النفسية حسب مفهوم نظرية جانيت"Theory Janet"(المهدي ،محمد،1989 ،ص 99).

الإيمان يعطي الفرد إحساساً باحترام الذات وذلك لما للدين من قيمة عليا لدى الفرد ولدى المجتمع، فيشعر الإنسان بتقبل واحترام ذاته وفي نفس الوقت بتقبل واحترام الآخرين من المؤمنين لأنهم في نظره إخوة في الله ،وكذلك يؤدي بالمؤمن إلى عدم التردد وسرعة اتخاذ القرار وهو ما يُطلق عليه "العزم" ﴿ فإذا عزمت فتوكل على الله إن الله يحب المتوكلين ﴾(سورة آل عمران آية 159)، وذلك لأن المؤمن عنده إطارٌ مرجعي وهو الدين يقيس به الأمور فيساعده ذلك على سرعة وحسن اتخاذ القرار ويساعده أيضا على الصبر والمثابرة في تنفيذ ما عزم عليه ،والإيمان يجعل المسلم يحس بالقرّب من الله وإمكانية مناجاته بالدعاء والقرآن والاستغفار والتوبة إليه عند الذنب واستجلاب رضاه بالأعمال الصالحة ،كل هذا يحمي المؤمن من التأثيرات النفسية الضارة لتقلبات الحياة ومصائبها وعقباتها لأن هذه المعاني والشعائر تمتص قوة الصدمات وتجعل سلوك الشخص اتجاهها ايجابياً، فبدلاً من اليأس والقنوط والإحساس بالعجز والمرارة نجد المؤمن صابراً محتسباً وفي نفس الوقت صامداً وعاملاً على مواجهة الموقف بإيمانٍ وإصرار .

(تتفق جميع مدارس العلاج النفسي على أن القلق هو السبب الرئيسي في نشوء أعراض الأمراض النفسية ولكنها تختلف فيما بينها في تحديد العوامل التي تسبب القلق وتتفق هذه المدارس أيضا على أن الهدف الرئيسي للعلاج النفسي هو التخلص من القلق وبث الشعور بالأمن في نفس الإنسان ولكنها تتبع لتحقيق هذا الهدف أساليب علاجية مختلفة وهذه الأساليب لا تنجح دائما في تحقيق الشفاء التام من الأمراض النفسية أما الإيمان بالله إذا ما بث في نفس الإنسان منذ الصغر فإنه يكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية)(نجاتي،محمد، 1987ص 249). ولقد وصف القرآن ما يُحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة في نفس المؤمن في قوله عز وجل:﴿ الذين أمنوا ولم يُلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون ﴾(سورة الأنعام آية 82)، وفي قوله تعالى:﴿ الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب ﴾(سورة الرعد آية 28).

إن الإيمان بالله يوقظ الأمل وروح التفاؤل نتيجة الإيمان بعدل الله والقناعة بعطائه والرضا بأقدار حاضره ،واتجاه المستقبل نتيجة الإيمان بما أعده الله من خير ورحمة وجنات للمتقين، أما الماضي بما فيه من أحداث وأخطاء مقلقة فان المؤمن على يقين من سعة رحمة الله ومغفرته وهذا يريحه من أثقال الماضي ويعطيه فرصة دائمة لبداياتٍ جديدة .

إن النفس البشرية مطبوعةٌ بدافع العبودية لله بالفطرة فهي تؤمن في أعماقها بأن الله ربها ،وما انحرافها عن عبوديته إلا نتيجة عوامل الإفساد على وجه الأرض قال عز وجل :﴿ فأقم وجهك للدين حنيفا فطرت الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون﴾(سورة الروم آية 30) ، لذلك قال ابن القيم الجوزية (691-715 هـ): أن(في القلب شعثٌ لا يلمه إلا الإقبال على الله وفيه وحشة لا يزيلها إلا الأنس بالله وفيه حزن لا يذهبه إلا السرور بمعرفته وصدق معاملته وفيه قلق لا يُسكنه إلا الاجتماع عليه والفرار إليه وفيه فاقة لا يسدها إلا محبته والإنابة إليه ودوام ذكره وصدق الإخلاص له ولو أعطي الدنيا وما فيها لم تسد تلك الفاقة أبدا) (2003 ص 45) ،و(إن الفاقة والحاجة لمعرفته تبقى قائمة ولن تجد أي إشباع آخر غير عبوديته ولو عمد الإنسان إلى تحقيق كل دوافعه الأخرى الأساسية منها والثانوية ، وإلا بقي عرضة للتوتر الدائم والقلق المزمن)(عبد العزيز ،حدار، 1995ص 76)،وفي نفس الفكرة نجد قول ابن القيم الجوزية بأسلوبه الشيق يصل إلى صميم الفكرة وجوهرها فيقول: (فأعلم أن حاجة العبد إلى أن يعبد الله وحده لا يشرك به شيئا أعظم من حاجة الجسد إلى روحه والعين إلى نورها بل ليس لهذه الحاجة نظيرٌ تقاس به فإن حقيقة العبد روحه ولا صلاح لها إلا بإلهها الذي لا إله إلا هو،فلا تطمئن في الدنيا إلا بذكره وهي كادحة إليه كدحا فملاقيه ولا بدلها من لقائه ولا صلاح لها إلا بمحبتها وعبوديتها له ورضاه وإكرامه لها ولو حصل للعبد من الملذات والسرور بغير الله ما حصل لم يدم له ذلك)(1992 ص 61)، وإن الإيمان بالله وحده لا شريك له يجمع عناصر النفس ويوحد اتجاهها ومشاعرها نحو مصدر واحد للتلقي ،فيؤدي بذلك إلى أثر تركيبي بنائي في الشخصية ،بعكس تعدد الآلهة وتعدد مصادر الخوف والنفع والضرر فإنه يؤدي إلى توزيع المشاعر وانقسام النفس وتشتت الانتباه إلى العديد من الاتجاهات ويؤدي إلى تفكيك رباط الشخصية (عبد العزيز،حدار،1995ص78).

وبما أن الدين يقضي على حالة الغموض والتيه حول الأسئلة الملحة والمحيرة والألغاز الوجودية للانسان من مثل: من الذي خلق الإنسان؟...ولماذا خلقه ؟...وما هي وظيفته ؟...وما هو

هدفه ؟ وما هي البداية ؟...وما هي النهاية ؟ ،بإعطاء التصور الإسلامي الصحيح والمعتقد الراسخ الذي يُشفي به الإنسان، لذا فإن الدين إحتل مكانة عالية في طريقة فرانكل Victor E.frank (1905) الذي يعزو سبب عدم الارتياح والتعاسة لعدم قدرة الفرد على إيجاد معنى ومغزى لحياته وهو ما سماه "الفراغ الوجودي"،ولقد قال الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي وليام جيمس(1910) James،william:(إن أعظم علاج للقلق ولا شك هو الإيمان...والإيمان من القوى التي لا بد من توفرها لمعاونة المرء على العيش،وفقده نذير بالعجز عن تحمل معاناة الحياة...إن بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه تعالى تحققت كل أمنياتنا وأمانينا)وقال أيضا :(إن أمواج المحيط المصطخبة المنقلبة لا تعكر قط هدوء القاع العميق ولا تقلق أمنه)(كارينجي،دايل،1956،ص 282)

ولقد قوّم النفساني العيادي ديفيد لارسون (david larson) بصورة منهجية كل الدراسات التي نُشرت في أكبر مجلتين متخصصتين في الطب النفسي بين عامي (1989/1978) فيما يتعلق بالعلاقات بين الإيمان والصحة النفسية وتوصل إلى نتيجة مفادها أن التدين يؤثر في (84%) من الحالات بشكل ايجابي، وفي(13%) بشكل حيادي، وفي(3%) فقط ظهر أن التدين مضر صحياً)(الأحدب ليلى،1993،م3).

ولقد لاحظ شريف محمد وهو طبيب نفساني باكستاني انخفاض حالات الاكتئاب في شهر رمضان عندما عالج أربعة وستين مريضا بالاكتئاب علاجاً طبياً وقسمهم إلى مجموعتين اثنان وثلاثون مريضا أعطاهم العلاج الطبي فقط واثنان وثلاثون مريضا أعطاهم العلاج الطبي وطلب منهم قيام الليل من الساعة الثانية على الرابعة صباحا لصلاة الفجر وذكر الله تعالى وقراءة القرآن والدعاء والاستغفار وبعد أربعة أسابيع وجد أن ثمانية وسبعين بالمائة من المجموعة الثانية وخمسة عشر بالمائة من المجموعة الأولى قد تخلصوا من الاكتئاب، وفي دراسة ثانية أشرف عليها جمال ماضي أبو العزم وهو طبيب نفسي مصري لعلاج 218 مدمن أفيون عالج منها 138حالة علاجا طبيا فقط و 80 حالة علاجاً نفسي اجتماعي ديني في "مسجد أبو العزائم"، ومن متابعة هذه الحالات لمدة خمس سنوات تبين أن نسبة من أقلعوا عن تعاطي الأفيون وعادوا إلى ممارسة الحياة العادية في العمل والأسرة ومع الناس هي مجموعة المسجد وذلك أعلى بكثير من المجموعة التي عولجت طبيا فقط ،وقد أرجع أبو العزائم هذا إلى تنمية الإيمان عند مجموعة المسجد عن طريق اعتيادهم الذهاب إليه وكثرة قراءة القرآن والصلاة والدعاء (توفيق عز الدين 1998 ص338).

قال كارل جوستاف يونغ (1961):(استشارني خلال أعوم الثلاثين الماضية أشخاص من مختلق شعوب العالم المتحضر وعالجت مئات كثيرة من المرضى، فلم أجد مريضا واحدا من مرضاي من لم تكن مشكلته في أساسها هي افتقاره إلى وجهة نظرة دينية في الحياة، وأستطيع القول إن كل واحد منهم قد وقع فريسة المرض لأنه فقد ذلك الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر لأتباعها،وأنه لم يتم شفاء أحدٍ منهم حقيقةً إلا بعد أن استعاد نظرته الدينية في الحياة)،وقال أيضا المحلل النفسي أبريل A.abrill :(المرء المتدين حقا لا يعاني قط مرضا نفسيا)(نقلا عن المهدي 1989ص 85)،لذا فإننا من كل ما سبق نُدرك التأثير النفسي المهم الوقائي والعلاجي للإيمان .

2- تأثير الإيمان باليوم الآخر:

(الإيمان باليوم الآخر يعني الإيمان بقيام الساعة ،وسمي يوماً آخر لأنه ليس بعده يوم ،فإن الإنسان كان عدما ثم وجد في بطن أمه ثم وجد في الدنيا ثم ينتقل إلى البرزخ ثم يوم القيامة، فهذه أحوال خمس للإنسان)(العثيمين بدون تاريخ نشر ص 39)، ويؤمن المسلم بما يكون بعد الموت، فيؤمن بأحوال القبور وقيام الساعة وبالنفخ في الصور وبالحساب في الميزان وبالحوض المورود و بكل ما أُثر في الكتاب والسنة ،لذا فالمسلم قوي الإيمان لا تراه يحزن على شيء فاته أو شهوات لم يصبها، وتراه محصناً من بعض الاضطرابات النفسية التي تتخذ من فكرة أن الدنيا هي آخر المآل والمطاف ،ولقد لاحظ جل علماء النفس من خلال الحالات المرضية التي عرضت عليهم أن سبب القلق يعود إلى الخوف من الموت و من المصير المجهول الذي يجعل الحياة لا مغزى لها، فيتخبطون في مشاعر الإحباط والتشاؤم والقلق من المجهول والخوف منه وبالتالي لا يطمئنون في حياتهم ولا يجدون لها طعما، وبالتالي فإن الخوف من الموت والمصير المجهول هو أصل الاضطرابات النفسية، إذ يرى "ماير Maier" أن الخوف من الموت هو أساس العصاب كما يرى "براون Brawn" أن الصراع مع الموت هو مصدر القلق الإنساني"وميلاني كلاين M.Klaine " وكذلك يرى "فيفل Fifel " أن معظم أنواع القلق الأخرى ما هي إلا مظهر خادع لقلق الموت ،و"كارل يونغ K.Yong"،وكذلك"أرسيث بيكرِ A. Becker" و"ألفرد أدلرِ. A.Adler "(عبد العزيز،حدار،2005ص85).

والمسلم الذي يؤمن باليوم الآخر يكون القلق عنده منخفضاً جداً لاعتقاده بوجود حياة ما بعد الموت ،ومفهوم الموت عند المسلم ليس ذاك المجهول الذي يبثُ الخوف والرهبة في النفوس ولكنه قضاء الله وحكمته في أن يعيش الإنسان عمراً زائلاً في الدنيا ثم يعيش عمراً خالداً في الآخرة فالمسلم يعلم أن الدنيا سجن المؤمن جنة الكافر وأن الدنيا مزرعة الآخرة لذا لا يقلق من الموت بشكل مرضي شاذ، ولا يتحسر على فوات محبوب في الدنيا ،ولقد أكدت دراسات ميدانية هذه الأفكار إذ (كشفت دراسة مصرية أجريت على طلبة ذكور من جامع الإسكندرية عن ارتباط جوهري بين قلق الموت والتدين أي أنه كلما زاد التدين انخفض قلق الموت وتؤكد دراسة أخرى لـ"وليام رنكول william rinkol " (1968) أن المفحوصين (شديدي) التدين كشفوا عن أقل درجة من القلق على حين حصل أفراد المجموعة المنخفضة التدين على أعلى درجة من عدم الأمان)(حدار عبد العزيز،2005ص86).

والإيمان بالآخرة يحقق التوازن الداخلي للشخصية بنحو لا يمكن البتة أن يتم لدى الشخصية غير المؤمنة وفي مقدمة ذلك التعويض الذي يهبه الله للمسلم، بحيث تطمئن الشخصية إلى أن أي تأجيل تمارسه حيال حاجاتها سوف لن يكون خسرانا بل هو مجرد تأجيل إشباع سوف يُعوض بإشباعٍ أكبر حجماً وأدوم ،على عكس غير المؤمن الذي يتخبط في أي خسارة أو فوات لذة أو مصلحة أو حصول مصيبة ،لأنه لا يملك يقيناً واعتقاداً بالتعويض بقدر ما يملك يقينياً واعتقاداً بالموت الذي يقضي على كل تطلعاته وهو ما يؤدي به إلى الاضطراب وللإستقرار النفسي ،قال تعالى مخاطباً نفساً تؤمن باليوم الآخر:﴿يأيتها النفس المطمئنة أرجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وأدخلي جنتي﴾ (سورة الفجر آية 27).

3- تأثير الإيمان بالقضاء والقدر :

الإيمان بالقدر معناه أن تؤمن بالله سبحانه وتعالى قد قدّر كل شيء:﴿وخلق كل شيء فقدره تقديرا﴾(سورة الفرقان،آية 02)، وهذا التقدير الذي قدره الله عز وجل تابع لحكمته وما تقتضيه هذه الحكمة من غايات حميدة وعواقب نافعة للعباد في معاشهم ومعادهم (العثيمين بدون تاريخ نشر،ص 41)، وفي الحديث الذي رواه الترمذي قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : ((يا غلام إني أعلمك كلمات إحفظ الله يحفظك ،إحفظ الله تجده اتجاهك ، إذا سألت فاسأل الله وإذا إستعنت فاستعن بالله وأعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك رفعت الأقلام وجفت الصحف)) ،لذا

فالمؤمن قوي الإيمان لا يخاف من شيء في هذه الحياة الدنيا،فهو يعلم أنه لا يمكن أن يصبه شرٌ أو أذى إلا بمشيئته تعالى:﴿ بلى من أسلم وجهه لله وهو محسن فله أجره عند ربه ولا خوف عليهم ولا هم يحزنون﴾(سورة البقرة آية 112) ، والمؤمن يعلم أن الموت واقع لا مفر منه، لذا فهو ينظر إليه نظرة واقعية فلا يخاف منه خوفاً مرضياً فلكل إنسان أجلاً محددا:﴿ولن يؤخر الله نفسا إذا جاء اجلها﴾ (سورة المنافقون آية 11)،﴿ كل نفس ذائقة الموت ﴾ (سورة آل عمران آية 185) .

والمؤمن قوي الإيمان لا يخاف مصائب الحياة ومشكلاتها ذاك الخوف اللاسوي، فهو لا يجزع إذا أصابه شر بل يتحمل ويصبر ويحمد الله على كل حال ،والمؤمن كذلك لا يضيق ذرعا من قلة الرزق فهو يعلم أن رزقه بيد الله وأنه سبحانه وتعالى قد قسم الأرزاق، لذا تراه راضياً بما قُدر له:﴿ الله يبسط الرزق لمن يشاء ويقدر ﴾(سورة الرعد آية 26) ، والمؤمن بالقضاء والقدر لا يجتّر أحزانه ولا يعيش مهموما بذكريات الماضي ولا يتأسف على ما مضى لذا فهو لا يشعر بالهم الذي يُثقل كاهل الكثير من الناس الذين يعيشون في أحزان الماضي وآلامه ،كما أنه كذلك إذا نال خيراً لا يبطر ولا يستكبر ولا يطغى بل يحمد الله تعالى على ما أنعم عليه من خير:﴿ما أصابكم من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير ، لكيلا تأسوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما أتاكم والله لا يحب كل مختال فخور﴾(سورة الحديد آية 22-23) .

ومما سبق يتبين لنا أن (المؤمن لا يخاف من الأشياء التي يخاف منها معظم الناس وهي الموت ،الفقر والمرض كما أنه لا يخاف الناس ولا مصائب الدهر وهو ذو قدرة على تحمل المصائب لأنه يرى فيها ابتلاءاً من الله تعالى يجب أن يصبر عليه ،وهو لا يكبت شعوره بالذنب بل يعترف بذنوبه ويستغفر الله منها، فلا غرابة بعد ذلك كله أن يكون المؤمن آمن النفس مطمئن القلب يغمره شعورٌ بالرضا وراحة البال)(المهدي 1989 ص 102).

(كما أن الاستسلام للقضاء والقدر يساعد الفرد على اجتناب الحزن على الخبرات الماضية وفي هذا الصدد تجدر الإشارة إلى أنه جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي بالولايات المتحدة الأمريكية سنة (1952) أن الأمراض النفسية هي اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساساً إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية وإلى الاضطرابات في العلاقات الاجتماعية والخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته وخاصة في طفولته المبكرة)(عزيزة عنو 2005 ص 101).

إن الإيمان بالقضاء والقدر يضمن للإنسان تلك السكينة والأمان، لأنه قد فوض أمره ومستقبله لله تعالى، لا يحمل هما ولا غما لوقائع لم تحدث بعد ،وبذلك ينعكس الإيمان بالقدر ايجابياً على نفسية الإنسان حيث يكون اليقين بأن المقدور الذي كتب له يأتي و إن لم يقدر لا يأتي، فمن أيقن بذلك أورث الله قلبه خصلتين إحداهما أن يؤمن بفوات ما قدر له، والثانية أن ييأس من أن ينال ما لم يقدر له، وبذلك يقل غمه وهمه وخضوعه للخلق والمداراة لهم إذ ليس بيدهم المنفعة ولا المضرة .

4 – تأثير التوبة :

عن أبي موسى عبد الله بن قيس الأشعري رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: ((إن الله تعالى يبسط يده بالليل ليتوب مسيء النهار ويبسط يده بالنهار ليتوب مسيء الليل حتى تطلع الشمس من مغربها)) (رواه مسلم 2759).

إن المسلم يشعر بالقلق والحزن ينتابه عندما يرتكب المعاصي والآثام ، والتوبة النصوح (تحرره من هذا الشعور ،ويلعب اعتراف المؤمن بذنبه دورا رئيسياً في تمتعه بالصحة النفسية والعقلية ،وحتى إذا حاول الإنسان شعورياً نسيان ذنوبه فإنها لا تموت وإنما تكبت في اللاشعور وتظل الأفكار المكبوتة في اللاشعور حية تتصارع مع غيرها من الأفكار والقيم حتى تؤدي بالإنسان إلى الشعور بالقلق والتوتر ومن ثم إصابته بالأمراض النفسية والعقلية)(العيسوي،عبد الرحمان،بدون سنة النشر،ص 184)،والتوبة أسلوبٌ فريد وناجح في علاج الشعور بالذنب لأنها تجلب غفران الذنوب وتقوي في الإنسان الأمل في رضوان الله ورحمته قال تعالى:﴿قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا انه هو الغفور الرحيم ﴾(سورة الزمر آية 53) ، وقال أيضا :﴿ ومن يعمل سوءاً أو يظلم نفسه ثم يستغفر الله يجد الله غفوراً رحيماً ﴾ (سورة النساء آية 110)،(إن الشعور بالذنب يسبب للإنسان الشعور بالنقص والقلق مما يؤدي إلى نشوء أعراض الأمراض النفسية ، ويهتم العلاج النفسي في مثل هذه الحالات بتغيير وجهة نظر المريض عن خبراته السابقة التي سببت له الشعور بالذنب فيراها في ضوءٍ جديد بحيث لا يرى فيها ما يبرر الاستمرار في شعوره بالذنب وشعوره بالنقص فيخف تأنيبه لنفسه ويصبح أكثر تقبلا لذاته فيزول قلقه وأعراض مرضه النفسي) (المهدي،محمد 1989 ص 91).

و إن التوبة كعملية نفسية تفتح للإنسان باب أملٍ في تطهير النفس عندما يشعر أن ذنوبه وآثامه قد حطمته وأصبحت عبئاً ثقيلاً لا يستطيع أن يتحمله وينظر إلى الحياة نظرةً مختلفة فيها أمل

وتفاؤل بعدما كانت نظرة كلُها تشاؤم ومرارة وخوفٌ من المصير ، والإنسان مجبولٌ على الخطأ قال عليه الصلاة والسلام: ((كل بن آدم خطاء وخير الخاطئين التوابون))، فلو لم تكن سعة الرحمة والتوبة لكان تراكم الذنوب والأخطاء كفيل بتصديع كيان الإنسان وإغراقه في دوامة الذنوب والقنوط من رحمة الله لكن لا يكون ذلك في مقابل حلاوة دعاء التائب المنيب قائلا:(أسألك بعزك وذلي إلا رحمتني ، أسألك بقوتك وضعفي وغناك وفقري إليك، هذه ناصيتي الكاذبة الخاطئة بين يديك، عبيدك سواي كثير وليس لي سيد سواك لا ملجأ ولا منجى منك إلا إليك، أسألك مسألة المسكين وأبتهل إليك ابتهال الخاضع الذليل وأدعوك دعاء الخائف الضرير سؤال من خضعت له رقبته ورغم لك أنفه وفاضت لك عيناه وذل لك قلبه)، ومما زاد من جميل رحمة الله أنه سبحانه يفرح بعبده المنيب إليه العائد إلى جنان طاعته، عن أبي حمزة عن أنس قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ((لله أفرح بتوبة عبده من أحدكم سقط على بعيره وقد أضله في أرض فلاة)) (متفق عليه خ 6309).

التوبة كعملية نفسية تتضمن جوانب كثيرة تساعد على إعادة بناء الشخصية منها أن:

(1- التوبة تفتح أمام الإنسان الذي حطمته ذنوبه وآثامه وأصبحت عبئا ثقيلاً لا يستطيع تحمله في معترك الحياة تفتح أمامه باب الأمل في تطهير النفس وفي تصفية حسابه مع ربه، إن هذا الأمل يجعله يشعر بالراحة النفسية والنظر إلى الحياة نظرة مختلفة يسودها التفاؤل بعد أن كانت نظرته كلها تشاؤم وخوف ومرارة .

2- تؤدي التوبة بصاحبها إلى احترام ذاته وهذا الاحترام يقوي شعوره بذاته وبعبارة أخرى نستطيع القول أن التوبة تؤدي إلى تأكيد الذات ،وهذا دافع هام في تكوين الشخصية التي تتمتع بقدر كاف من الصحة النفسية .

3- تؤدي التوبة إلى أن يتقبل الفرد ذاته بعد أن كان دوما يعلن الحرب عليها ويحتقرها ويحط من شأنها بسبب الآثام والذنوب التي يرتكبها .

4- تدفع التوبة إلى التحرر من الشعور بالذنب والخوف ، ذلك أن الفرد المذنب يشعر بالتعاسة ويحس بالتوتر الذي يعوق نجاحه في أي مجال من المجالات التي يتحرك فيها نتيجة لخوفه الشديد من الأذى الذي قد يصيبه بسبب الشعور المؤلم بالذنب عما يعتقد انه عمل خاطئ قام به) (مصطفى،فهمي 1976ص378).

ومما سبق كله ندرك التأثير النفسي الايجابي الذي تلعبه التوبة قال تعالى: ﴿وتوبوا إلى الله جميعا أيه المؤمنون لعلكم تفلحون ﴾(سورة النور آية 31).

5- التفويض والاحتساب:

إن المعالج النفسي المسلم في علاجه يسعى لتغيير نظرة الفرد إلىالمشاكل والمصائب التي تصيبه فلا يجب النظر إليها نظرة سوداوية بشكل مطلق، فإن لكل شيء جانب إيجابي حتى في الأمراض، وإن كشف هذا الجانب الايجابي يعتبر من أهم خطوات العلاج الإسلامي لأنه يستغل جانباً مهم في الدين الإسلامي هو تفويض الأمر لله واحتساب الأجر في حال الإصابة بمرض أو هم أو فقر.

وألخص أهم تلك الجوانب الايجابية فيما يلي:

1 - التطهر من الذنوب والسيئات: قال صلى الله عليه وسلم: (إذا أراد الله بعبده الخير عجل له العقوبة في الدنيا،وإذا أراد الله بعبده الشر أمسك عنه بذنبه حتى يوافيه يوم القيامة) (رواه الترمذي) وقال أيضاً :(ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة في نفسه وولده وماله حتى يلقى الله وما عليه خطيئة) وقال أيضا: (ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم، حتى الشوكة يشاكها،إلا كفر الله بها من خطاياه) (رواه البخاري) .

2 - استخراج عبودية الضراء (الصبر): فالله عز وجل يبتلي عباده بالسراء والضراء فيستخرج منهم عبودية السراء وهي الشكر وعبودية الضراء وهي الصبر ،فإذا كان العبد قوي الإيمان ظهرت عبوديته واضحة جلية في كل الأحوال كما قال صلى الله عليه وسلم :(عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله خير وليس ذلك لأحد إلا المؤمن ،إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وان أصابته ضراء صبر فكان خيراً له)(أخرجه مسلم)،والبلاء ليس علامةٌ على هوان العبد فلقد أخبر النبي صلى الله عليه وسلم أن أشد الناس بلاءاً الأنبياء ثم الصالحون ثم الأمثل فالأمثل.

3 - إيقاظ العبد من غفلته : فكم من عبدٍ كان تائهاً شارداً لم يسجد لله سجدةً واحدة ،وإذا به لما مرض تذكر ربه ومولاه فترك الذنوب والمعاصي وأقبل على ربه بالتوبة والاستغفار والندم على عمره الذي مضى وفتح صفحة جديدة كلها طاعة لله عز وجل ، وكما قيل (مصيبةٌ تقبل بها على الله خير لك من نعمة تنسيك ذكر الله).

4 – صحة وطهارة القلوب والأرواح: قال ابن القيم:(وانتفاع القلب والروح بالآلام والأمراض أمر لا يحس به إلا من فيه حياة، فصحة القلوب والأرواح موقوفةٌ على آلام الأبدان ومشاقها) ، وقال أيضا :(لولا محن الدنيا ومصائبها لأصاب العبد من أدواء الكبر والعجب والفرعنة وقسوةِ القلب ما هو سبب هلاكهِ عاجلاً و آجلاً،فمن رحمة أرحم الراحمين أن يتفقده في الأحيان بأنواع من المصائب تكون حاميةً له من هذه الأدواء وحفظاً لصحة عبوديته واستفراغاً للمواد الفاسدة الرديئة المهلكةِ منه،فسبحان من يرحم ببلائه ويبتلي بنعمائه).(2005 ص 161)

5 – أن يعلم العبد قدر النعمة : لأن كثيراً من الناس لا يقدرون النعم التي هم فيها من صحة ومال وفراغ إلا بعد أن تذهب عنهم ، فيكون البلاء بذلك داعيا له لتقدير نعم الله واستغلالها في طاعة الله وكما يقال: (الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى).

6 – النجاة في الآخرة : قال صلى الله عليه وسلم :(الحمى حظ كل مؤمن من النار) (الصحيحة1821) ، فبذلك يلقى العبد ربه نقياً طاهراً فيكون ذلك سبباً في نجاته من النار،ولقد أخبرنا صلى الله عليه وسلم أن الجنة تنال بما تكرهه النفوس فقال:(حفت الجنة بالمكاره وحفت النار بالشهوات) (رواه مسلم).

7 – رفع الدرجات: قال صلى الله عليه وسلم :(ما من مسلم يُشاك شوكةً فما فوقها إلا كتبت له بها درجة ومحيت عنه بها خطيئة) (رواه مسلم) ،وقال أيضاً: (إن الرجل ليكون له عند الله المنزلة فما يبلغها بعملٍ ،فما يزال الله يبتليه بما يكره حتى يبلغهُ إياها) (صحيح الجامع 1625).

وقال أيضا :(إن العبد إذا سبقت له من الله منزلة لم يبلغها بعمله، ابتلاه الله في جسده أو في ماله أو في ولده ،ثم صبّره على ذلك حتى يُبلغهُ المنزلة التي سبقت له من الله تعالى)(صحيح أبي داود 2/597) لذا قال عليه الصلاة والسلام:((من يرد الله به خيراً يُصب منه))(رواه البخاري 5645).

ولكون المرض والبلاء فيه نعمة كان الصالحون يفرحون به كما يفرح الواحد منا بالرخاء ،فقد ذكر النبي صلي الله عليه وسلم ابتلاء الأنبياء والصالحين بالمرض والفقر وغيرهما ثم قال :(وان كان أحدهم ليفرح بالبلاء كما يفرح أحدكم بالرخاء) (الصحيحة 144)، وقال بعضهم (إرضى عن الله في جميع ما يفعله بك ، فإنه ما منعك إلا ليعطيك ،ولا ابتلاك إلا ليعافيك ،ولا أمرضك إلا ليشفيك ولا أماتك إلا ليحييك ، فإياك أن تفارق الرضا عنه طرفة عين فتسقط من عينه)(الجوزية،2003،ص216)، ((دخل أعرابي على رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال له رسول

الله صلى الله عليه وسلم :((هل أخذتك أم ملدم قط ؟ قال: وما أم ملدم ؟ قال:(حر يكون بين الجلد واللحم) قال: ما وجدت هذا قط ، قال: (فهل أخذك هذا الصداع قط؟)قال: وما الصداع ؟ قال:(عرق يضرب على الإنسان في رأسه) قال:ما وجدت هذا قط ،فلما ولى قال:(من أحب أن ينظر إلى رجل من أهل النار فلينظر إلى هذا)) (رواه أحمد والنسائي)، لذا قال بعض الحكماء (رب محسودٍ على رخاء هو شقاؤه ،ومرحومٍ من سقم هو شفاؤه ، ومغبوطٍ بنعمة هي بلاؤه).

8 – البلاء علامة على محبة الله : ومن أسباب الصبر على المرض أن يعلم أن البلاء علامةٌ على محبة الله إذا كان صابراً محتسباً فلقد قال عليه الصلاة والسلام :((إن عظم الجزاء مع عظم البلاء، وان الله إذا أحب قوما إبتلاهم فمن رضي فله الرضا ومن سخط فله السخط))(صحيح الجامع 2110).

9 – قد يكون الخير كله في هذا المرض : قال تعالى :﴿وعسى أن تكرهوا شيئا وهو خير لكم ﴾ (سورة البقرة آية 216)،قال ابن القيم :(في هذه الآية عدة حكم وأسرار ومصالح للعبد، فان العبد إذا علم أن المكروه قد يأتي بالمحبوب والمحبوب قد يأتي بالمكروه لم يأمن أن توافيه المضرة من جانب المسرة ولم ييأس أن تأتيه المسرة من جانب المضرة لعدم علمه بالعواقب ،فان الله يعلم منها ما لا يعلمه العبد) (1999 ص200).

6- تأثير الصبر :

(أصل كلمة (الصبر) هو المنع والحبس ، فالصبر حبس النفس عن الجزع واللسان عن التشكي والتسخط ،والجوارح عن لطم الخدود وشق الثياب ونحوهما ، وأما حقيقته فهو خلقٌ فاضل من أخلاق النفس يمتنع به عن فعل ما لا يحسن ولا يحمد وهو قوة من قوى النفس التي بها صلاح شأنها وقِوام أمرها)(الجوزية،2005ص17)، إن المسلم قوي الإيمان لا يجزع عندما تلم به المصائب ولا ينهار، فهو صابر على أقدار الله غير متسخطٍ ولا متجهم لأنه يعلم أن ما من مصيبة ألمت به هي ابتلاء من الله يقول تعالى:﴿ ولنبلونكُم حتى نعلم المجاهدين منكم والصابرين ونبلوا أخباركم ﴾(سورة محمد آية 31)، والصبر يمنح الإنسان قوة الإرادة والصلابة للاحتمال والمثابرة على العمل والثبات أمام الصعاب والإصرار على تحقيق الآمال والأهداف،وهو بذلك يحقق أهم صفة تعينه على أن يكون بها من الناجحين في الحياة والناجين في الآخرة.

ويُعمق محمد عبد الفتاح المهدي (1990) فهمنا للصبر فيقول أنه :(مفهوم إسلامي لا يعرفه علم النفس الغربي الذي لم يعرف غير الكبت ،والصبر يختلف كثيراً عن الكبت)(ص 119) ،فالكبت هو عملية لا شعورية تدفع بالذكريات المؤلمة والرغبات الغريزية المرفوضة إلى غياهب اللاشعور محملة بطاقة تظل تقلق الإنسان في محاولتها للخروج إلى مستوى الشعور ومحاولة الجهاز النفسي كتمانها ،وأما الموقف في التصور الإسلامي فهو جد مختلف حيث أن المؤمن بتصوراته الصحيحة ونظام عباداته ومعاملاته وأخلاقه يتناول معظم الأفكار والمشاعر والمؤثرات بادراك واع منطقي واقعي وما لا يقدر عليه لا يكبته كارهاً بل يصبر عليه، فهو يعرف أن له الثواب على هذا الصبر يفوق لذة تحقيق رغباته ولقد أوصانا الله تعالى في كثيرٍ من الآيات القرآنية بالصبر قال تعالى:﴿ واستعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين وإنها لكبيرة إلا على الخاشعين ﴾(سورة البقرة آية 45) وقوله تعالى: ﴿ يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين ﴾(سورة البقرة آية153)،وقوله:﴿ولأن صبرتم لهو خير للصابرين واصبر وما صبرك إلا بالله ﴾(سورة النحل آية 126-127) ،وفي قوله صلى الله عليه وسلم:((عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله له خير وليس ذلك لأحد إلا المؤمن إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وان أصابته ضراء صبر فكان خيراً له))(رواه مسلم 2999) ، وأكثر أسقام البدن والقلب إنما تنشأ من عدم الصبر فما حُفظت صحة القلوب والأبدان والأرواح بمثل الصبر، فهو الترياق الشافي والبلسم المعافي، (وبهذا المعنى يكون الصبر بما يأمر به العقل وما تهدف إليه الحكمة ،وهذه نظرة عميقة لمفهوم الصبر غير النظرة الساذجة التي يراها أصحاب التحليل النفسي الحديث من أن الصبر نوع من الكبت وأن جوهر الكبت يكمن في تجنب ما هو مؤلم وأن مصدره صراع بين رغبات وأهواء متضاربة تؤدي إلى الكبت،كما أنه لا يتحمل شيئاً لأنه كالوتر المشدود مرتاباً قلقاً خائفاً يحي في الهم والغم)(نفس المؤلف، 1990 ص120).

ونفس الكابت نفسٌ مضطربة تخاف دائما أن تقع في قلب الفضيحة، لذا فإنها من النزاعات والصراعات تكون دائمة الهروب فراراً من الوعي إلى اللاوعي على عكس المؤمن الصابر فهو واعي لما يفعل مُدركاً لماذا يصبر ،فهو إذن قويٌ بالله صابراً ليس بمستذلٍ ولا كابتٍ، إنما متوكلاً على الله راضياً بما يأتيه من خير أو شر ،ويمكن أن نلخص الفروق بين الصبر والكبت في الجدول التالي :

جدول رقم (15) يُبرز الفروق بين الصبر والكبت:

الصبر	الكبت
1 –فعل إرادي على مستوى الوعي 2 –فعل ايجابي اختياري 3 –دافعهُ الخشية من الله وابتغاء رضاه والتسليم بقضائه وقدره 4 –نتيجته الاحتساب والرضا 5 –يقوي الإرادة ويعطي الإحساس بالقدرة على ضبط النفس وقيادتها 6–يرتبط بتصور إسلامي صحيح عن الإنسان والمجتمع والحياة و الألوهية 7–يصاحبه ويخلفه شعور بالراحة والأمل في ثواب الله وعطائه بعد المشقة والابتلاء 8–الصبر يكون على الأشياء التالية: أ–صبر عن الطاعة ب–صبر عن المعصية ج–صبر عن ابتلاء	1 –فعل لاإرادي على مستوى اللاشعور 2 –فعل سلبي قهري 3 –دافعه الخوف من المجتمع 4 –نتيجته وجود شحنة مصاحبة للمادة المكبوتة تثير قلقاً في محاولاتها الملحة للخروج إلى مستوى الشعور 5 –يضعف النفس بما يشكلهُ من ضغط داخلي هائل،يهدد بالانفجار في أية لحظة 6 –يرتبط بالتطور المادي للحياة على أنها صراع بين نزعات الفرد ورغباته وبين قيود المجتمع الثقيلة . 7 –يصاحبه ويخلفه شعور بالعدوانية نحو المجتمع الذي يحرمه من تحقيق نزواته ويضطره للكبت. 8 –الكبت يكون للأشياء التالية : أ–الذكريات والمواقف المؤلمة ب–الرغبات الغريزية المرفوضة اجتماعيا

(المهدي،1989 ص 122).

مما سبق ندرك أن الصبر من المؤشرات الهامة للصحة النفسية لأنه به يمتلك الفرد القدرة على تحمل مشاق الحياة فلا يضعف أمامها ولا ينهار ولا يتملكه اليأس﴿ ولئن صبرتم لهو خيرٌ للصابرين﴾(سورة النحل آية 126).

7- التأسي بالأنبياء والصالحين:

قال تعالى:﴿ لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجوا الله واليوم الأخر﴾(سورة الأحزاب الآية21) ،ولقد وصفت عائشة أم المؤمنين رضي الله عنها النبي عليه الصلاة والسلام:((كان خلقه القرآن))(رواه مسلم)، وكان قرآناً يمشي وكذلك كان خلقٌ الأنبياء والمرسلين ، فالمسلم يؤمن بأن الله اصطفى من الناس رسلاً وأوحى إليهم شرعه وعهد إليهم بإبلاغه ، ابتدأهم بنبيه نوح وختمهم بمحمد عليهما الصلاة والسلام ،وهذا الإيمان يجعل المسلم يطّلعُ على سيرهم وقصصهم فيأخذ منهم العبرة والأخلاق والسير ، فيأخذ من أيوب عليه السلام الصبر،ومن يوسف عليه السلام الثبات أما الفتن، ومن داوود حرصه على الأكل من كسب يده، ومن يونس تسبيحه لربه وغيرهم من أنبياء الله الصالحين فكلهم يختص بخلقٍ أو سجية ، وإيمان المسلم بالرسل يكون أولاً بإيمانه برسالة محمد خاتم النبيين وبسنته التي يُستدلُ بها على الطريق المستقيم ، وإننا نجد في السيرة النبوية القولية منها والعملية ما يدلنا على كيفية مواجهة الحالات النفسية من خوفٍ وحزنٍ وقلق لذلك يمكن أن نقول أن إتباع السنة النبوية تحقق الصحة النفسية ، وعليه فإن تحقيق التوازن النفسي لدى الفرد يقتضي الإقتداء بشخصية الرسول عليه الصلاة والسلام ،(وإذا كان التقمص عملية يسعى فيها الفرد إلى أن يتوحد مع شخصية أخرى وينتحل صفاتها فهو يفعل ذلك لتخفيض الشعور بالتوتر النفسي ،وهو بالنسبة للمؤمن عملية شعورية واعية يقصد من ورائها إتباع الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم كشرط من شروط الإيمان ولإشباع خاصية نفسية لحب محمد صلى الله عليه وسلم)(العيسوي عبد الرحمان،1984 ص 83).

فكلما كان الفرد محباً له كان ذلك أدعى للإقتداء به و إقتفاء أثره وسيرته وجوانب شخصيته عليه الصلاة والسلام، (ولقد كانت السنة النبوية شارحةً ومفصلةً للقرآن الكريم وكان النبي صلى الله عليه وسلم يترجم معطيات القرآن الكريم وتوجيهاته في شخصه حالاً وأقوالاً وأفعالاً يحدد مقاييس الحق والباطل ومعايير السوء والشذوذ بوحي من الله وبذلك تجلت بكل وضوح صورة العبادة وأهدافها في ذهن المؤمن مدركاً من خلاله أصله وحقيقته ومصيره) (عزيزة عنو 2005 ص106).

لذا فإن من ثمرات الإيمان بالرسول الكريم أن المسلم يتخذه نموذجاً مثالياً حياً للإنسان المتوازن الذي يتمتع بالصحة القلبية والنفسية في أعلى درجات الكمال الإنساني، عكس غير المسلمين الذين ليس لهم نموذج إنساني مثالي متفق عليه الذي سينعكس في أن تختلف عندهم معايير السواء والشذوذ وهذا ما نراه جلياً في المجتمعات الغربية وتصور علماءها النفسانيين لمفهوم السواء النفسي .

ثانياً- التأثير الايجابي والعلاجي للعبادات الأدائية:

(إن أوامر المحبوب (الله) قرة العيون وسرور القلوب ونعيم الأرواح ولذات النفوس وبها كمال النعيم، فقرة عين المحب في الصلاة والحج وفرحه وسروره في ذلك وفي الصيام والذكر والتلاوة أما الصدقة فعجبٌ من العجب وأما الجهاد والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والدعوة إلى الله والصبر على أعداء الله سبحانه وتعالى فلذة بذلك أمر آخر لا يناله الوصف ولا يدركه من ليس له نصيب منه وكل من كان به أقوى كان نصيبهُ من الالتذاذ به أعظم)(الجوزية،ابن القيم،2005، ص74).

إن التقرب بالعبادات إلى الله يبعث في الإنسان قوة روحية عظيمة والشعور بالسعادة والأمن النفسي فهو يعلم أنه بذلك في رعاية الله تعالى وحمايته وأن الله يمده بعونه وتأييده فعن أبي هريرة رضي الله عنه أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال مُحدثا عن ربه :((قال تعالى:من عادى لي ولياً فقد آذنته بحرب ،وما تقرب لي عبدي بشيء أحب إلي من أداء ما افترضته عليه ،وما يزال عبدي يتقرب إلي بالنوافل حتى أحبه، فإذا أحببته كنت سمعه الذي يسمع به وبصره الذي يبصر به ويده التي يبطش بها ورجله التي يمشي بها ،وأن سألني لأعطينه وإن استعاذني لأعيذنه))(أخرجه البخاري).

1- تأثير النفسي العلاجي للصلاة :

(الصلاة عمود الإسلام قد فرضها الله عز وجل على نبيه محمد صلى الله عليه وسلم في أعلى مكان وصل إليه البشر وفي أفضل ليلة لنبيه وبدون واسطة أحد ،وهذا يدل على أهميتها ومحبة الله لها وأنها جديرة بأن يصرف الإنسان شيئاً كثيراً من وقته فيها ولهذا دل على فرضيتها :الكتاب والسنة وإجماع المسلمين)(العثيمين،محمد،بدون تاريخ نشر،ص 109).

الصلاة حقيقةً أفضل الوسائل لتهذيب النفوس وتجديد طاقة الأرواح وتزكية الأخلاق ،وهي للمصلي ملجأٌ وأمان وبلسم للجراح وقوة الضعيف وسلاح الأعزل يستعين بها على نوائب الدهر وقهر

الرجال وظلم الظالمين قال الله تعالى:﴿ يأيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الظالمين ﴾ (سورة البقرة آية 45) .

وكان النبي عليها الصلاة والسلام إذا حزّ به أمر فزع إلى الصلاة وكان ينادي بها ويقول : ((أرحنا بها يا بلال)) وقال:((جعلت قرة عيني في الصلاة))، (الصلاة صلةٌ بين العبد وخالقه فهي حافظة للصحة، دافعة للأذى ،مُطردةٌ للأدواء، مُقويةٌ للقلب، مُفرحةٌ للنفس، مُذهبة للكسل، مُنشطة للجوارح،مُمدة للقوى، شارحة للصدر، مُغذية للروح، مُنورة للقلب، حافظة للنعم دافعة للنقم، مُبعدة من الشيطان، مُقربةٌ للرحمن، وبالجملة منها تأثير عجيب في حفظ صحة البدن والقلب ودفع المواد الرديئة عنها وما أُبتلى رجُلانِ بعاهةٍ أو داءٍ أو محنةٍ أو بلية إلا وكان حظ المُصلي منها أقل وعاقبتهُ أسلم،تفتح عليه من الخيرات أبوابها وتقطع عنه من الشرور أسبابها وتفيض عليه مواد التوفيق من ربه عز شأنه العافية والصحة والراحة والنعيم والأفراح والمسرات)(الجوزية،ابن القيم، 2006،ص 32).

ولِيقوم المسلم بالصلاة عليه أن يتطهر بالوضوء وهذا الأخير له (تأثير فسيولوجي إذ أنه يساعد على استرخاء العضلات وتخفيف حدة التوتر البدني والنفسي ولذلك أوصى النبي عليه الصلاة والسلام بالوضوء إذ غضب الإنسان فقال: ((إن الغضب من الشيطان و الشيطان خلق من النار وإنما تُطفأ النار بالماء فإذا غضب أحدكم فليتوضأ)).) (الراضي،أسامة، 1993، ص 69).

والصلاة مطهرةٌ للنفس وزكاةٌ لها من صفاتها المذمومة، وخاصة تلك التي غلبت على الذين يعيشون حياة مادية وصارت الدنيا أكبر همهم ومبلغ علمهم وأهملوا تغذية أرواحهم قال تعالى:﴿ إن الإنسان خُلق هلوعا إذا مسه الشر جزوعا وإذا مسه الخير منوعا إلا المصلين الذين هم على صلاتهم دائمون والذين في أموالهم حق معلوم للسائل والمحروم﴾ (سورة المعارج آية 19-25)

والصلاة وقاية من الانحرافات والرذائل قال تعالى:﴿ وأقم الصلاة إن الصلاة تنهى عن الفحشاء والمنكر ﴾(سورة العنكبوت آية 45) ،والصلوات بمثابة محطاتِ شحن بالطاقة الروحية أو جرعات طب النفوس من لدن حكيمٍ خبير ،يَلزُم تناولها في وقتها لحماية النفس من الفتن، حيث أن المصلي كما يقول عفيف طبارة (1983):(إن لم تتصل روحه بمبدعها ظهرت عليه عوارض القلق و الاكتئاب بسبب ما علقته من مصائب وخيبة أمل فيحاول التغلب على ما يعانيه من قلقٍ بتعاطي المخدرات وشرب الخمر ،بينما الصلاة تتيح للمرء أن يسأل بارئه كل ما يريد، الأمر الذي يُنفس عن

مشاعره)(ص28)،ونقل أيضا طبارة خلاصة بحث أجراه "هنري لانك H.lanek "حول أهمية الصلاة وفائدتها على شخصية الإنسان فقال:(إن كل من يعتنق ديناً أو يتردد على دار عبادة يتمتع بشخصية أقوى وأفضل مما لا دين له ولا يزاول أية عبادة)(ص 29)،(ولقد ثبُت علمياً أن الصلاة بحركاتها للجسم والضغط على الجبهة تزيد من حافزية استعارة خلايا الدماغ لتزداد إفرازاتها الأمينية، تلك الإفرازات التي تساعد على الانشراح والانبساط النفسي إثر التفاعلات الخلوية الدماغية)(القبانجي 2003ص09) ، وأهم العناصر التي يراها الطالب تساهم في تحقيق الصحة النفسية في الصلاة هي :

أ- تحقيق التزام الوجهة الواحدة بتوجيه الإنسان ذهنه وقلبه إلى واحدٍ هو الله لا شريك له فتسلم نفسه من الصراعات والمتناقضات وتعدد وجهات الإرضاء، وكذلك من خلال قبلةٍ واحدة للصلاة يشترك فيها كل المسلمين .

ب- الخشوع والذي يُعتبر إنقطاعٌ شعوري مؤقت عن الدنيا ومشاغلها إلى التسامي بحالة روحية نفسية عالية وصافية يتدبر فيها آيات القرآن بما فيها التوحيد والوعد والوعيد والأحكام والأخبار والقصص والآداب والأخلاق، كذلك لما فيه من الدعاء ومناجاة رب العالمين.

ج-الاسترخاء والذي تُصبغه الصلاة على المقيم لها والتي لها أثرٌ علاجي هام كما يقول "توماس هايسلب H.Tomas":(وان أهم مقومات النوم التي عرفتها في خلال سنين طويلة قضيتها في الخبرة والتجارب هو الصلاة أهم أداة عُرفت حتى الآن لبث الطمأنينة في النفوس وبث الهدوء في الأعصاب) (نقلا عن الخراشي،ناهد، 1999ص 127)،وقد بلغ من فائدة وأهمية "الاسترخاء relaxation" أن جعله علماء النفس المعاصرين من أهم تقنيات العلاج النفسي لبث الطمأنينة وإزالة القلق ،وكان حظ المسلم منها سباقاً بخمس مرات في اليوم من خلال صلواته الخمس .

د- وفيما يخص مواقيت الصلاة، يقول جمال أبو العزائم (1985)(أن المسلم يؤدي صلاة الفجر ،وقد اتضح من دراسة نشاط المخ بواسطة جهاز رسم المخ الكهربائي أن كمية النوم الحالم تزيد في الجزء الآخر من الليل، وأن هناك علاقة بين زيادة كمية النوم الحالم و الاكتئاب،وهناك وسيلة لعلاج الاكتئاب بإيقاظ المريض في فترة النوم الحالم ، إذن فالمسلم حين يصحوا في ذلك الوقت فإنه يتفادى التعرض لكثرة النوم، ولذلك يلاحظ أن من يقومون لصلاة الفجر أنهم يظلون طوال يومهم

نشيطين مستبشرين)، أما فيما يخص التوقيت الزمني لأداء الصلوات فإن لله حكما في ذلك منها أننا(نجد أن الوقت الفاصل بين الفجر وصلاة الظهر 07 ساعات وهذه أطول فترة لأنها تأتي بعد راحة النوم في الليل ثم تأتي صلاة الظهر لتريح الشخص من عناء العمل والإرهاق النفسي والجسمي ثم تأتي صلاة العصر بعد نصف الفترة السابقة حيث إن الإنسان يكون مرهقاً أكثر فيحتاج إلى راحةٍ أقرب ثم تأتي صلاة المغرب بعد فترة أقصر من سابقتها وتأتي صلاة العشاء بعد فترة أقصر وأقصر،وهكذا نجد أن مواعيد الصلاة تمشي مع احتياج الإنسان للراحة النفسية والجسمية طوال اليوم)،(وقد ثبت أيضاً أن كمية الأدرينالين تزداد في وقت صلاة العصر بالذات ولقد أكد الإسلام على أهمية صلاة الوسطى)(نقلاً عن المهدي،محمد 1990ص103) .

و- في المسجد تسوى الصفوف فتتلاشى الفوارق الاجتماعية وتتربى في النفوس الشعور بالوحدة العامة بين المسلمين حتى في أنحاء العالم، حيث يتجه المسلمون في صلاتهم إلى مكانٍ واحد وإلى ربٍ واحد، لذا فهو يقضي على الإحساسات النفسية المرضية من شعورٍ بالوحدة أو العزلة وعدم الانتماء وعدم تقبل الغير، وإن ارتياد المسلم للمسجد يجعله يكتسب صداقاتٍ ويُنشأُ علاقاتٍ اجتماعية متماسكة ليست مبنية على أمورٍ مادية هشة ، وكذلك يكسبه ما يسمى بالمهارات الاجتماعية .

ولصلاة الجُمعة دوراً وقائياً ودوراً علاجياً، فالدور الوقائي هو ما يستمده المصلي من معلوماتٍ دينية وإرشاداتٍ عملية توجه حياته توجيهاً سليماً ،أما الدور العلاجي فيرجع إلى التأثير الذي تحدثه الصلوات الخمس اليومية وخطب الجمعة والأعياد فيما يشبه العلاج النفسي الجماعي التعليمي.

هـ - الشفاء من عقدة الذنب،(أن الذنب أو الإثم والإحساس به من طرف الفرد يؤدي إلى تكوين العُصاب وأن الأعراض النفسية ومظاهر سوء التوافق هي أمراض الضمير أو هي حيل هروبية من تأنيب الضمير ،وهكذا فان الذنوب التي يرتكبها الإنسان تتحول إلى عقدة نفسية تتركه عرضةً للقلق والتوتر، ولا يمكن التخلص من هذه العقدة إلا باللجوء إلى العبادة مثل الصلاة)(عبد العزيز،حدار،1995ص 98)،وكما جاء في الحديث الشريف:((أرأيتم لو أن نهراً بباب أحدكم يغتسل منه كل يومٍ خمس مرات هل يبقى من درنه شيء ،قالوا: لا يبقى من درنه شيء قال: فذلك مثل الصلوات الخمس يمحوا الله بهن الخطايا))(متفق عليه)، وفي حديث أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:((الصلوات الخمس والجمعة إلى الجمعة كفارة لما بينهن ما

لم تغش الكبائر)) ، مما سبق نُدرك أن الصلاة بحق أعظم علاج رباني للنفس وهي مُجمعٌ لأنواع العلاجات النفسية المختلفة ،وفوق ذاك أنها وقاية قبل أن تكون علاج.

2-التأثير العلاجي النفسي للصوم:

-يقول الحق عز وجل: ﴿يأيها الذين آمنو اكتب عليكم الصيام كما كتب على ال ذين من قبلكم لعلكم تتقون﴾ (سورة البقرة آية 183) ويقول في الآية 185 من سورة البقرة: ﴿ شَهۡرُ رَمَضَانَ ٱلَّذِيٓ أُنزِلَ فِيهِ ٱلۡقُرۡءَانُ هُدٗى لِّلنَّاسِ وَبَيِّنَٰتٖ مِّنَ ٱلۡهُدَىٰ وَٱلۡفُرۡقَانِ ﴾، الصوم هو إمساك عن تناول الطعام والشراب والامتناع عن المحرمات وفرصة لزيادة الطاعات وهو ركن من أركان الإسلام الخمس.

يمنح الصوم للمسلم فوائد جمة جسمية ونفسية يمكن أن نذكرها فيما يلي:

-الإمتناع عن الطعام في الصيام ينقي الدم ويريح المعدة، ويقوي مختلف أعضاء الجسم، مما يعزز الصحة الجسمية التي حتما تنعكس على الصحة النفسية .

-ينمي ويقوي الصبر على إحتياجات الجسم وتأجيلها، وهو أ حد الأليات النفسية الإيجابية لحل التوتر وتحقيق الاطمئنان النفسي .

-تدريب على مقاومة الشهوات والسيطرة عليها مدة شهر كامل ، مما يقوي العزيمة والإرادة ويعزز الثقة بالنفس، وهو ما ينعكس أيضاً على باقي سلوكياته في الحياة عامة.

-شهر رمضان كذلك مناسبة إجتماعية تتقوى فيها الروابط عن طريق الزيارات العائلية والاجتماعية على الإفطار و التكافل بين الجيران وقضاء الليالي معهم في ال صلوات وقراءة القرآن ، كذلك يقوي الإنتماء الاجتماعي من خلال عمل وشعيرة واحدة وهو الصيام وتوقيت واحد وهو شهر رمضان ورب واحد ومعتقد واحد .

-من فوائد الصوم إحساس الغني بآلام الجوع مما ينمي عنده عواطف الإحساس بالفقراء والمساكين والشفقة عليهم ويقوي أوصر التكافل والتعاون والاجتماعي.

-شهر رمضان محطة سنوية للتوبة الشاملة ولفتح صفحة جديدة في الحياة بعيدا عن ضغوط الذنوب والعادات السيئة التي يرزح تحتها ، مما يساهم في تخفيف أحاسيس الذنب التي يعتبرها الكثير من علماء النفس جوهر الاضطراب النفسي.

-في رمضان فرص عظيمة متنوعة تشرأب لها النفوس الضامئة، فهناك دعاء الإفطار وهو فرصة للدعاء المستجاب يحرص المؤمن على أن يغتنمها ويبث فيها حاجاته و آماله وطلبه غفران الذنوب وتقبل الطاعات، وكذلك هناك فرصة عظيمة وهي خير من ألف شهر ألا وهي ليلة القدر التي تفتح أمال النفس لمصرعيها في طلب حاجات الدنيا والآخرة، ففيها نزول القرآن وتنزل الرحمان بالعفو والغفران.

وبالجملة ففي الصيام فوائد نفسية كثيرة وهو تربية وتهذيب للنفس و علاج لكثير من أمراض النفس والجسم .

3-الحج والعمرة و تأثيراتهما النفسية الإيجابية:

قال تعالى: ﴿..ولله على الناس حج البيت من إستطاع إليه سبيلا ومن كفر فإن الله غني عن العالمين﴾(سورة أل عمران ص 97) فالحج هو الركن الخامس من أركان الإسلام وقد فرضه الله تعالى مرة واحدة في العمر.

(الحج يتطلب من الحاج روحا عالية ونفسا صافية تبتعد عن الرفث والفسوق والجدال، وتحرص على كل أنواع الخير، وتتوجه إلى الله بهذا العمل، حتى ترتقي في سلم التقوى والتقرب من مرضاته، قال تعالى: ﴿الحج أشهر معلومات فمن فرض فهن الحج فلا رفث ولا فسوق ولا جدال في الحج وما تفعلوا من خير يعلمه الله وتزودوا فإن خير الزاد التقوى واتقونِ يأولى الألباب﴾(البقرة آية 197)

عبادة الحج والعمرة فرصة يتخلى فيها الإنسان عن مظاهر و زخارف الحياة الدنيا، فالجميع بلباسٍ واحد وعلى صعيدٍ واحد، فيكون التواضع والمودة والرحمة بين المسلمين بعضهم لبعض.

بيّن رسول الله صلى الله عليه وسلم أن الحج المبرور يكفر الله به جميع الذنوب التي سبق للعبد أن وقع فيها، وهذا يجعل المؤمن بعد الحج طيب النفس سعيداً مُقبلاً على الحياة بتفاؤلٍ وإيجابية ، يشعر بالسعادة لكونه عَمِل عَملاً تغفر به الذنوب السابقة، فقد روى الإمام البخاري في صحيحه عن أبي هريرة رضى الله عنه قال: سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "من حج لله فلم يرفث ولم يفسق

رجع كيوم ولدته أمه" (الصنيع، 2000ص483) . وفي الحج تقوية لروابط الأخوة جميعا في مكان واحد يعبدون الله تعالى ويبتهلون إليه ويتضرعون، وفيه تدريب للإنسان على ضبط النفس والتحكم في شهواتها و إندفاعتها، إذ يتنزه الحاج وهو محرم عن مباشر النساء، وعن الجدل و الخصام والشحناء والسباب وعن المعاصى، و عن كل ما نهى الله تعالى عنه، وفي ذلك تدريبٌ للإنسان على ضبط النفس، وعلى السلوك المُهذب، وعلى معاملة الناس بالحسنى وعلى فعل الخير) (نجاتي، 2001، ص298)، قال تعالى: ﴿الحج أشهر معلومات فمن فرض فيهن الحج فلا رفث ولا فسوق ولا جدال في الحج، وما تفعلوا من خير يعلمه الله وتزودوا فإن خير الزاد التقوى، واتقون يا أولي الألباب﴾، ويعلم المسلم أن الحج المبرور يغفر الذنوب، ويرجع المسلم من الحج كيوم ولدته أمه، ففي الحديث عن أبي هريرة: "من الحج فلم يرفث ولم يفسق رجع كيوم ولدته أمه" (رواه البخاري)، وعن عبد الله بن مسعود رضى الله عنه أن رسول الله عليه الصلاة والسلام قال: "تابعوا بين الحج والعمرة، فإنهما ينفيان الفقر والذنوب كما ينفي الكير خبث الحديد والذهب والفضة، وليس للحجة المبرورة ثواب إلا الجنة،)(رواه الترمذي)، ولا شك أن معرفه المسلم أن الحج المبرور يغفر الذنوب يجعل الحاج يعود من حجه منشرح الصدر سعيدا، يغمره الشعور بالأمن والطمأنينة وراحة البال وبطاقة روحية هائلة تنسيه هموم الحياة ومتاعبها) (نفس المؤلف 2001ص299) .الإكثار والإلحاح في الدعاء من شعائر الحج والعمرة حيث يجأر الحجاج والمعتمرون إلى الله بخالص الدعاء عند إحرمهم وطوافهم وسعيهم ووقوفهم بعرفة، عند ذبحهم ومبيتهم بمنى، عند إستقبال الحجر الأسود حيث إستقبال رسول الله صلى الله عليه وسلم والحجر وإستلمه ثم وضع شفته يبكي طويلا فإلتفت فإذا عمر يبكي، فقال: " يا عمر، هاهنا تسكب العبارت" (رواه الحاكم في المستدرك)، كذلك يدعو المسلم عند شرب ماء زمزم، وذلك أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "ماء زم زم لما شُرب له" "سنن ابن ماجه"، ومن أكثر الأيام التي يدعو فيها الحاج يوم عرفة، وما أعظم يوم عرفة حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "ما رئي الشيطان يوما فيه أصغر ولا أدحر ولا أحقر ولا أغيظ منه في يوم عرفة، وما ذاك إلا لما رأى من تنزل الرحمة وتجاوز الله عن الذنوب العظام..." (موطأ مالك).

4- التأثير النفسي العلاجي للصدقة والزكاة :

قال تعالى:﴿ وما أنفقتم من شيء فهو يخلفه ﴾(سورة سبأ آية 39) ،وقال تعالى: ﴿وما تنفقوا من خيرٍ فلنفسكم وما تنفقون إلا ابتغاء وجه الله وما تنفقوا من خير يُوف إليكم وأنتم لا تظلمون ﴾(البقرة

آية 27)، وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:((قال الله تعالى: أنفق يا ابن آدم يُنفق عليك))(رواه البخاري ومسلم).

(الصدقة بذلٌ وعطاء تدل على الجود والسخاء فكم تدخل السرور إلى قلب آخذها وكم تُولّد في نفسه محبةً لباذلها؟ ولا يخلوا أن ينطلق من قلبه دعاء له، والدعاء بحقٍ لا يرد، وفي هذا المعنى قوله عليه الصلاة والسلام :((حصنوا أموالكم بالزكاة وداووا مرضاكم بالصدقة واستقبلوا أمواج البلاء بالدعاء والتضرع)(الراضي،أسامة، 1993ص7).

وُيلخص المهدي،محمد عبد الفتاح (1990) التأثيرات النفسية للتصدق فيما يلي:يشعر الفرد بعدم الملكية المطلقة للمال وإنما المال مال الله وهذا ما قد يخفف من تعلق الإنسان بالمال وما تبعه من قلق على تحصيليه وخوفاً عليه حتى يحصل وحجزه عن النفع العام وعن الفقراء ،تخفيف حدة الصراع داخل النفس وداخل المجتمع ،فحين يتعلق الإنسان بالمال ويحبسه عن الناس يعيش حالة من القلق والتوجس خشية انقضاض الناس على ماله أو سلبه أو نهبه أما حين ينفق منه ويفيد به مجتمعه فإن الصراع الداخلي الناتج عن الخوف والحرص يخفت (ص 108بتصرف).

والصدقة تدريب على عاداتٍ سلوكية ايجابية ومع تكرارية التدريب تصبح هذه العادات جزءاً لا يتجزأ من سلوك الإنسان وهو الذي يتصف بجملة من المفاهيم والصفات أهمها :

1-قيمة المال ليست قيمة مادية نهائية متناهية وإنما قيمته فيما يؤديه من وظائف وأعمال دنيوية ودينية فالصدقة طهارة للمال .

2- قيمة التكامل الاجتماعي من أفراد المجتمع غنيهم و فقيرهم في مقابل القيمة السلبية للفردية على إطلاقها .

3 - قيمة الإيثار في مقابل قيمة الأثرة.

4- التعود على الأخذ والعطاء في حركة ديناميكية ايجابية تمتد لتشمل كل إمكانات الحياة وليس المال فقط .

5- الإنفاق في السر خير من العلن ،وذلك ليربي في النفس الدافع الداخلي للخير فهو يربي المشاعر النبيلة بعيداً عن الرياء والقيم النفعية ،وإخراج الصدقة يُطفأ غضب الرب، ضف إلى

ذلك أن التصدق يُحسّن الأخلاق قال الله تعالى:﴿ خذ من أموالهم صدقة تطهرهم وتزكيهم بها وصل عليهم إن صلواتك سكن لهم والله سميع عليم ﴾(سورة التوبة آية 102-103)، وقال السعدي في تفسيره للآية:(أي تطهرهم من الذنوب والأخلاق الرذيلة ،وتزكيهم أي تنميهم وتزيد في أخلاقهم الحسنة وأعمالهم الصالحة وتزيد في ثوابهم الدنيوي والأخروي وتنمي أموالهم) (2003،ص 328).

ثالثاً- التأثير الإيجابي والعلاجي للذكر :

يقول الله تعالى:﴿ الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾(سورة الرعد، آية 28)،ويقول أيضا:﴿ فاصبر على ما يقولون وسّبح بحمد ربك قبل طلوع الشمس وقبل غروبها،ومن أناء الليل فسبح وأطراف النهار لعلك ترضى ﴾(سورة طه ،آية 130)،ويقول عليه الصلاة والسلام :(ذكر الله شفاء القلوب)(رواه الترمذي) .

إن ذكر الله من تسبيحٍ وتكبيرٍ واستغفارٍ ودعاءٍ وتلاوةٍ تؤدي إلى تزكية نفس الذاكر وصفائها بالأمن والطمأنينة ،وهو بلا شك علاجٌ للقلق الذي يعتري الإنسان حينما يشعر أنه ضعيفٌ عاجز أمام ضغوط الحياة وأخطارها، أما المُعرض عن ذكر الله﴿ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى﴾،(سورة طه ،آية 124)،يقول الحسن الشرقاوي (1976) عن أثر ذكر الله في العلاج النفسي: (من أفضل طرق العلاج النفسي الإسلامي" الذكر" لأنه يصقل القلوب إذ أنه يبدل الخوف أمناً والعداوة محبةً،ويحول القلق والجزع والاضطراب إلى سكينة،والرعب إلى طمأنينة،ويغلب بالذكر على الذاكر روحانيته على تُرابيتِه ،فيعرف أن الريبة هواجس شيطانية والتوتر وساوس،فإذا أخلص الإنسان في عبوديته وأطاع ربه وافتقر إلى ربه تعالى رفع عنه الهم والحزن وبذا يكون الذاكر أبدا مع الله)(نقلا عن المهدي،محمد، 1990،ص116)، قال عليه الصلاة والسلام أن الله تعالى قال:((أنا عند ظن عبدي بي وأنا معه إذا ذكرني،فإذا ذكرني في نفسه ذكرته في نفسي،وإن ذكرني في ملأٍ ذكرته في ملأ خير منه،وإن تقرب إلي شبراً تقربت منه ذراعاً،وإن تقرب إلي ذراعاً تقربت منه باعاً وإن أتاني يمشي أتيته هرولةً))(أخرجه الشيخان والترمذي) ،وعنه أيضاً صلى الله عليه وسلم:((أن الله تعالى يقول:أنا مع عبدي ما ذكرني وتحركت شفتاه بي)(رواه أبو هريرة).

1- تأثير تلاوة القرآن:

قال الله تعالى : ﴿ وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ﴾(سورة الإسراء آية 82) وقد قال المفسرون إن "شفاء" هنا تعني شفاء من الأمراض في الدنيا، ورحمة تعني رحمة من الله يوم القيامة، و(من) هنا لبيان الجنس لا للتبعيض وقال الله تعالى:﴿ يأيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور ﴾(سورة يونس آية 57) والآية الأخيرة هذه ركزت أكثر على شفاء أمراض القلوب والنفوس، يقول ابن القيم:(فالقرآن هو الشفاء التام من جميع الأدواء القلبية والبدنية وأدواء الدنيا والآخرة وما كل أحد يُؤهل ولا يُوفق للاستشفاء به وإذا أحسن العليل التداوي به ووضعه على دائه بصدقٍ وإيمان وقبولٍ تام واعتقادٍ جازم واستيفاء شروطه لم يقاومه الداء أبداً، وكيف تقاوم الأدواء كلام رب السماوات والأرض الذي لو نزل على الجبال لصدعها أو على الأرض لقطعها)(2006 ص 352)، وعن أمير المؤمنين علي ابن أبي طالب رضي الله عنه قال سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول:((كتاب الله فيه نبأ من قبلكم وخير ما بعدكم وحكم ما بينكم هو الفصل ليس بالهزل من تركه من جبار قصمه الله،ومن ابتغى الهدى في غيره أضله الله وهو الحبل المتين والنور المبين وهو الذكر الحكيم وهو الصراط المستقيم هو الذي لا تزيغ به الأهواء ولا تلتبس به الألسنة ولا يشبع منه العلماء ولا يخلق على كثرة الرد ولا تنقضي عجائبه،هو الذي لم تنتهي الجن إذ سمعته حتى قالوا إنا سمعنا قرآناً عجباً يهدي إلى الرشد، من علم به عِلمه سبق، ومن قال به صدق ومن عمل به اجر ،ومن حكم به عدل،ومن دعا إليه هُدى إلى الصراط المستقيم))، وعن أبي هريرة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:((وما اجتمع قوم في بيت من بيوت الله يتلون كتاب الله ويتدارسونه فيما بينهم إلا نزلت عليهم السكينة وغشيتهم الرحمة وحفتهم الملائكة وذكرهم الله فيمن عنده))(أخرجه مسلم99-26).

(وقد أُحدثت في (بنما سيتي) بولاية فلوريدا تجارب من طرف مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية الهدف منها الكشف عن القوة الشفائية للقرآن الكريم وقد أُستخدمت أجهزة الكترونية مُزودة بالكمبيوتر لدراسة ما إذا كان للقرآن أي أثر على وظائف أعضاء الجسم البشري وليقاس هذا الأثر إن وجد،وقد توصلوا وتأكدوا أن للقرآن الكريم القدرة على تخفيف درجة توتر الجهاز العصبي) (عزيزة عنو 2005 ص 70).

ولقد شبه النبي عليه الصلاة والسلام الذي يقرأ القرآن والذي لا يقرأ القرآن مثل الحي والميت،وإن المؤمنين أثناء تلاوتهم لكتاب الله وتدبره تنتاب قلوبهم انتعاشة وجدانية وقشعريرة ثم تلين جلودهم وقلوبهم لذكر الله ، إنه حال قلب المؤمن عندما يذكر ربه ويقرأ كتابه فينتهي إلى ترك المعاصي وإلى فعل الأوامر مخافةً وتقوى لله فتستريح النفس وتشفى من أمراضها .

ومن التأثير العلاجي للقرآن استعماله فيما يسمى بالرُقية ،والرُقية هي"العوذة" التي يرقي بها صاحب الآفة أو المرض، من ذاك قراءة "القلاقل الثلاث": ﴿قل هو الله أحد..﴾،﴿قل أعوذ برب الفلق..﴾،﴿قل أعوذ برب الناس ..﴾، عن عائشة رضي الله عنها:((أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان إذا اشتكى يقرأ على نفسه بالمعوذات وينفث،فلما اشتد وجعه كنت أقرأ عليه ،وأمسح بيده رجاء بركتها))(متفق عليه)،وكذلك قراءة سورة الفاتحة فلقد ثبت في الصحيحين أن صحابياً رقى رجلاً بها فشُفي بإذن الله .

2- تأثير الدعاء :

قال الله تعالى:﴿ وقال ربكم ادعوني أستجيب لكم ﴾(سورة غافر آية 60) ،وقال أيضا:﴿ وإذا سألك عبادي عني فإني قريب أجيب دعوة الداعي إذا دعاني﴾(سورة البقرة آية 18) ، وعن نعمان بن بشير رضي الله عنهما عن النبي صلى الله عليه وسلم قال :((الدعاء هو العبادة))(رواه أبو داود 1479)، لذلك فإن المسلم يجد في الدعاء راحة النفس وشفاء لها، والداعي يؤمن باستجابة الله له وأنه قريب مجيب الدعوات ويجب الملحين في الدعاء،قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:((إن ربكم تبارك وتعالى يستحي من عبده إذا رفع يديه أن يردهما صفرا))(أخرجه أبو داود عن سليمان).

الإنسان في دعائه إلى الله يعترف بذنوبه وخطاياه وهي خطوة مهمة في العلاج الديني لأنه يخفف من الشعور بالذنب قال الله تعالى:﴿ ومن يعمل سوءا أو يظلم نفسه ثم يستغفر الله يجد الله غفورا رحيما ﴾(سورة النساء آية 110)، وإن تذكر المؤمن لذنوبه واعترافه بها واستغفاره الله سبحانه وتعالى عن ارتكابه لها وتوبته إليه إنما يعمل على وقاية نفسه من كبت الإحساس بالذنب الذي هو أساس كثير من الاضطرابات النفسية ، (وفي الدعاء يقوم الإنسان بمناجاة ربه ويبث إليه ما يشكوه وما يعانيه في حياته من مشكلات تزعجه وتقلقه وهو في هذه الحالة من الاسترخاء والهدوء النفسي يؤدي به أيضا إلى التخلص من القلق وهو تكوين ارتباطي شرطي جديد بين هذه المشكلات وحالة الاسترخاء والهدوء النفسي فتفقد هذه المشكلات قدرتها على إثارة القلق تدريجياً وترتبط ارتباطاً شرطياً

بحالة الاسترخاء والهدوء النفسي وهي حالة معارضة للقلق)(المهدي،محمد، 1990،ص 118)، وانه لمن المعروف في علم النفس أن مجرد إفضاء المريض بمشكلاته إلى المختص النفساني يؤدي به هذا إلى الشعور بالراحة ،علماً أنه مُجردُ بشرٍ مثله لا حول له ولا قوة، وأغلب لقاءه به هو لقاء أسبوعي فما بالك بمقدار التحسن لو أفضى الإنسان بمشكلاته إلى الله العلي الكبير القادر على كل شيء وتوقيتُ دعاء الله يكون في أي لحظة يريدها فمبجرد ما يرفع العبد يديه ويقول:(يا ألله..) إلا ويجد الله قريب مجيب الدعاء، ضِف إلى أن إيمانه بقدرته على تفريج همه قوي بقدر ما يستحق رب السماوات والأرض لذلك كله كان لدعاء الله تأثير عجيب في طب النفوس، وهذا ما يحسه خاصةً من ألمت به مصيبة أو هم أو كانت له حاجة أو أنه ظلم، لأنه يعلم أن هناك رباً عادلاً يقتص للعباد سميع الدعاء رءوف رحيم يقول للشيء كن فيكون .

ولقد أُثر عن النبي صلى الله عليه وسلم أدعية تُخفف وتُزيل القلق والحزن،من ذاك قوله:((ما أصاب أحد قط هم ولا حزن فقال:اللهم إني عبدك ابن عبدك ابن أمتك ناصيتي بيدك ماض في حكمك عدل في قضاؤك أسالك بكل اسم هو لك سميت به نفسك أو أنزلته في كتابك أو علمته أحدا من خلقك أو استأثرت به في علم الغيب عندك أن تجعل القرآن ربيع قلبي ونور صدري وجلاء حزني وذهاب همي))(رواه الإمام أحمد 391/1) ،وأُثر عنه أيضاً قوله عند الكرب:((لا إله إلا الله العظيم الحليم،لا إله إلا الله رب العرش العظيم،لا إله إلا الله رب السماوات ورب الأرض ورب العرش الكريم))(البخاري 154/7)، وعن أبي سعيد الخذري قال:((دخل رسول الله صلى الله عليه وسلم ذات يوم فإذا هو برجل من الأنصار يقال له أبو أمامه فقال: يا أبا أمامه مالي أراك جالسا في المسجد في غير وقت صلاة ؟ قال:همومٌ لازمتني وديون يا رسول الله ، قال عليه الصلاة والسلام :(أفلا أعلمك كلاماً إذا قلته أذهب الله همك وقضى عنك دينك ؟ ،قال: بلى يا رسول الله قال:(قل: إذا أصبحت وأمسيت اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن والعجز والكسل والبخل والجبن وضلع الدين وغلبة الرجال))(رواه البخاري 158/7).

وكان النبي صلى الله عليه وسلم يعالج نفسه بالدعاء والقرآن وينفث في يديه ويُمررهما على جسمه،وكذلك كان يعالج الحسن والحسين رضي الله عنهما وكذلك فِعل الصحابة رضوان الله عليهم أجمعين، ففي الصحيحين أن النبي صلى الله عليه وسلم كان يعوذ بعض أهله يمسح بيده اليمنى ويقول: ((اللهم رب الناس أذهب البأس وأشف أنت الشافي لا شفاء إلا شفاءك شفاء لا يغادر سقما))،ومما ورد في صحيح مسلم كذلك عن أبي سعيد الخذري أن جبريل عليه السلام أتى النبي

صلى الله عليه وسلم فقال:((يا محمد اشتكيت ؟ فقال: نعم، فقال جبريل عليه السلام: بسم الله أرقيك من كل شيء يؤذيك من شر كل نفس أو عين حاسد الله يشفيك،بسم الله أرقيك)) .

قال ابن القيم الجوزية: (واعلم أن الأدوية الإلهية تنفع من الداء بعد حصوله وتمنع من وقوعه،وان وقع لم يقع وقوعا مضرا وان كان مؤذيا، والأدوية الطبيعية إنما تنفع بعد حصول الداء، فالتعوذات والأذكار إما أن تمنع وقوع هذه الأسباب وإما أن تحول بينها وبين كمال تأثيرها بحسب كمال التعوذ وقوته وضعفه فالرقى والعوذ تستعمل لحفظ الصحة ولإزالة المرض)(1998،ص182) وفي صحيح مسلم عن عثمان ابن أبى العاص رضي الله عنه أنه شكا إلى رسول الله عليه الصلاة والسلام وجعا يجده في جسده منذ أسلم، فقال له رسول الله صلى الله عليه وسلم:((ضع يدك على الذي تألم من جسدك وقل: بسم الله ثلاثا ثم قل: أعوذ بعزة الله وقدرته من شر ما أجد وأحاذر)) وفي رواية قال عثمان:(فقلت ذلك،فأذهب الله ما كان بي فلم أزل آمر به أهلي وغيرهم)

3- تأثير الاستغفار:

قال الله تعالى:﴿واستغفر لذنبك﴾(سورة محمد آية 19)،وقال تعالى:﴿ واستغفر الله إن الله كان غفوراً رحيماً﴾(سورة النساء آية 106)،وقال:﴿ومن يعمل سوءاً أو يظلم نفسه ثم يستغفر الله يجد الله غفوراً رحيماً﴾ (سورة النساء آية 110)، عن ابن مسعود رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :((من قال: أستغفر الله الذي لا اله إلا هو الحي القيوم وأتوب إليه، غفرت ذنوبه وان كان قد فر من الزحف)) (رواه أبوداود 1517)، وفي حديث أبى هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم فيما يحكيه عن ربه عز و جل قال: ((أذنب عبدٌ ذنباً، فقال: اللهم اغفر لي ذنبي، فقال تبارك و تعالى:أذنب عبدي ذنباً فعلِم أن له رباً يغفر الذنب و يأخذ بالذنب، ثم عاد فأذنب، فقال :أي ربي اغفر لي ذنبي، فذكر مثله مرتين و في آخره اعمل ما شئت فقد غفرت لك))(أخرجه مسلم).

من خلال ما سبق يتبين لنا فائدة الاعتراف بالذنب و الاستغفار منه قال صلى الله عليه وسلم:((إن العبد إذا اعترف بذنبه ثم تاب إلى الله تاب الله عليه))(أخرجاه في الصحيحين)، وان الإنسان لا محالة واقعٌ في الخطأ والإثم،لذا فمن رحمة الله أن جعل لنا سعة رحمته و غفرانه لئلا نهلِك هماً وأساً من ذنوبٍ إقترفناها، قال عليه الصلاة و السلام:((والذي نفسي بيده لو لم تذنبوا،لذهب الله بكم وجاء بقوم يذنبون و يستغفرون إليه،فيغفر لهم))(الصحيحة 1950).

فالاستغفار أمان للإنسان يحفظه كما قال عز وجل: ﴿ وما كان الله ليعذبهم وأنت فيهم وما كان الله معذبهم وهم يستغفرون ﴾ (سورة الأنفال آية 33)،و إن استغفار العبد المنيب إلى الله هو بمثابة تجديدٍ لطاقة النفس من براثن الذنوب وثقل تراكمها على النفس ،لذا فهي حياة للقلب وحماية له من أن يصيبه "الران" والقسوة اللذان يصيبان قلوب غير المستغفرين.

إن مما يضيف تأثيراً ايجابياً للاستغفار عِلمُ العبد أن من ثمرات استغفاره المتاع الحسن و الرزق الطيب،كما قال عز و جل ﴿وان استغفروا ربكم ثم توبوا إليه يمتعكم متاعاً حسناً إلى اجلٍ مسمى ويؤتِ كل ذي فضل فضله،وإن تولوا فاني أخاف عليكم عذاب يوم كبيرا ﴾(سورة هود آية 03)، وفي وصية النبي هود لقومه حين قال ﴿ ويا قوم استغفروا ربكم ثم توبوا إليه يرسل السماء عليكم مدراراً ويزدكم قوة إلى قوتكم ولا تتولوا مجرمين ﴾(سورة هود آية 52) ،ووصية نوح عليه السلام لقومه تفصل لنا كذلك فوائد أخرى للاستغفار حين قال: ﴿فقلت استغفروا ربكم انه كان غفارا يرسل السماء عليكم مدرارا، ويمددكم بأموال وبنين ويجعل لكم جنات و يجعل لكم أنهارا ﴾(سورة نوح آية10-12)، وهذا عدا تفريج الهموم فقد روى أبو داوود عن ابن عباس رضي الله عنهما قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :((من لزم الاستغفار جعل الله له من كل ضيقٍ مخرجا،و من كل همٍ فرجا،ويرزقه من حيث لا يحتسب))، وفي الترمذي عن سعد بن أبي وقاص قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:((دعوة ذي النون إذ دعا ربه وهو في بطن الحوت:(لا اله سبحانك إني كنت من الظالمين)،لم يدع بها رجل مسلم في شيء قط إلا أستجيب له))، وفي رواية:((إني لأعلم كلمة لا يقولها مكروب إلا فرج الله عنه: كلمة أخي يونس))، ولِعظم فضل الاستغفار أن النبي عليه الصلاة والسلام كان يُكثر من الاستغفار ولا يتركه على أي حال ،قال عليه الصلاة والسلام :((إنه ليُغان على قلبي،واني لأستغفر الله))(رواه مسلم 42/2702) وقال :((والله إني لأستغفر الله وأتوب إليه في اليوم أكثر من سبعين مرة))(رواه البخاري 101/11).

***- عناية الإسلام بالسلوك الإنساني:**

الدين الإسلامي دين شامل في تعاليمه ورعايته لشؤون الإنسان في الدين والدنيا قال تعالى : ﴿ ما فرطنا في الكتاب من شيء ﴾، فالله خلق الإنسان وهو أعلم بما يُصلحه وما يفسده، فوضع له توجيهات تدله على الطريق الصحيح وتجنبه سبل الغواية والضلال، وتعم تلك التوجيهات والعناية كافة أشكال السلوك .

أولاً- عناية الإسلام بالجانب الانفعالي:

تعتبر الانفعالات جزءا هاما في الحياة الوجدانية للسلوك الإنساني، وهي تعد مُنشط للحياة داعية إلى تنويعها و تلوينها إذ دون الانفعالات تصبح الحياة رتيبة تضي ق بها الذات، وهي محفزات للسلوك، ويرتبط الانفعال بإشباع حاجة أو رغبة أو عاطفة ، فمن الانفعالات ما تكون صيغته إيجابية مريحة، ومنها ما تكون صيغته سلبية مؤلمة.

للانفعال وظائف حيوية في الحياة الإنسان من حفظ بقائه وتنش يط حياته النفسية والذهنية وغير ذلك، لكن الإسراف وتجاوز الحد في شدة واستمرارية الانفعالات السلبية منها م ضرة بالصحة الجسمية، وهو ما تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية، ودليل على عدم توازن الشخصية فهم إما في طريقهم للاضطراب الانفعالي، أم هم حقا واقعون فيه، لذا فأهم منحى لتجنب ذلك هو التوازن الإنفعالي وتجنب الإنفعالات السلبية والسيطرة عليه ا، وهو ما سبق الدين إلى الدعوة إليه بشكل كبير في توجيهاته وفي محتوى شعائره. ونجد كذلك وصفا للتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للإنفعالات في كثير من ا لآيات، حيث يقول (نجاتي 2001) أن القرآن وصف ما يحدث في القلب أثناء إنفعال الخوف من خفقان شديد يؤدي إلى كثرة تدفق الدم إليه مما يزيد من حجمه ويجعله يقترب من القصبة الهوائية كما يؤدي إلى شعوره بإقتراب قلبه من حنجرته(يوجد القلب من الناحية التشريحية تحت تشعب القصبة الهوائية بما يقرب من سنتمتر ونصف) ﴿ إذا جاءوكم من فوقكم ومن أسفل منكم إذ زاغت الأبصار وبلغت القلوب الحناجر وتظنون بالله الظنونا *هنالك ابتلى المؤمنون وزلزلوا زلزالا شديدا﴾ سورة الآحزاب آية 10-11 ويصف القرآن حالة الفرع التي تصيب الناس يوم القيامة ﴿وأنذرهم يوم الآزفة إذ القلوب لدى الحناجر كاظم ين ما للظالمين من حميم ولا شفيع يطاع﴾(سورة غافر آية 18)

1-الحزن: يشعر الإنسان بالحزن عندما يفقد شخصاً عزيزاً أو شيئا هاما له قيمة، ويُحدثُ الحزن في الإنسان شعورا بالكدر والضيق، ولقد تعوذ منه الرسول صلى الله عليه وسلم بدعائه: "اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن..." (أخرجه البخاري)، ودعا المسلمين إلى السيطرة على الحزن، إذا ما حلت بهم مصيبة، وليس المقصود بالسيطرة عدم البكاء، فللشعور بالحزن في مثل هذه المواقف أمر طبيعي، وإنما المقصود بالسيطرة الامتناع عن المبالغة في البكاء بصوت مرتفع وعن النياحة والندب، فعن ابن عمر أن رسول الله صلى الله عليه وسلم عاد سعد بن عباده ومعه عبد الرحمن بن عوف وسعد بن أبي وقاص وعبد الله بن مسعود، فبكى رسول الله صلى الله عليه وسلم ، فلما رأى القوم بكاء رسول الله صلى الله عليه وسلم بكوا، فقال: "ألا تسمعون؟ إن الله لا يعذب بدمع العين ولا بحزن القلب، ولكن يعذب بهذا أو يرحم، وأشار إلى لسانه)(رواه الشيخان) ، كذلك لما توفي ابنه إبراهيم حيث قال:" إن العين لتدمع وإن القلب ليحزن ولا نقول إلا ما يرضى الله" ،وقد أشار القرآن إلى حزن أم موسى عليه السلام حينها ابتعد عنها ابنها بعد أن وضعته في صندوق وألقت به في النهر وقذف به الموج بعيدا عنها. ﴿فرددناه إلى أمه كي تقر عينها ولا تحزن..﴾ (سورة القصص آية 13) ووصف القرآن حزن يعقوب من فقد إبنه يوسف عليه السلام: ﴿ وتولى عنهم وقال يا أسفي على يوسف وإبيضت عيناه من الحزن فهو كظيم * قالوا تالله تفتؤا تذكر يوسف حتى تكون حرضا أو تكون من الهالكين* قال إنما أشكو بثي وحزني إلى الله وأعلم من الله مالا تعلمون ﴾ (سورة يوسف آية 84-86)، وذكر القرآن أيضا شعور الحزن الذي ألم بأبي بكر رضي الله عنه حينما كان مع الرسول عليه صلوات الله وسلامه في الغار، وكان الكفار يطاردونهما للفتك بهما، ﴿..إذ يقول لصاحبه لا تحزن إن الله معنا...﴾(سورة التوبة 40)، وكان يحزن صلوات الله عليه وسلم حينما يسمع ما يقول الكافرون في الله تعالى، وحينما يسمع تكذيبهم له ﴿ قد نعلم إنه ليحزنك الذي يقولون فإنهم لا يكذبونك ولكن الظالمين بآيات الله يجحدون﴾(سورة الانعام آية 33). (نجاتي، 2001 ص100).

(الحزن شيء فطري ينتاب كل البشر عندما تقابلهم متاعب هذه الحياة ولا أحد يستثني من ذلك يقول عكرمة: "ليس أحد إلا وهو يفرح ويحزن، ولكن إجعلو الفرح شكرا والحزن صبرا"، والحزن نوعان، أوله: الحزن على فوات أمر دنيوي وهذا أمر يجب ألا نتمادى فيه جزعا وردا لقضاء الله وقدره، وينبغي للإنسان أن يتغلب على الحزن: ﴿وما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من نقبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير *لكيلا تأسوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما أتاكم والله لا يحب كل مختال فخور ﴾ (سورة الحديد آية 22-23) وأما النوع من الحزن وهو حزنٌ مطلوب

وهو على أمر من أمور الدين لكنه حزن للدفع إلى العمل ولا يثبط مثل حزن الفقراء غزوة تبوك لما لم يجد النبي صلى الله عليه وسلم ما يحملهم عليه فرجعوا وقد أصابهم الحزن فامتدحهم الله سبحانه وتعالى بقوله: ﴿ولا على الذين إذا ما أتوك لتحملهم قلت لا أجد ما أحملهم عليه تولوا وأعينهم تفيض من الدمع حزنا ألا يجدوا ما ينفقون﴾(سورة التوبة آية 92)

2-الغضب: الغضب انفعال فطري يظهر عندما تعاق أحد الدوافع الأساسية أو الهامة عن الإشباع، فإذا منع عائق ما الإنسان عن الوصول إلى هدف معني يحقق عن الإشباع، فإذا منع عائق ما الإنسان عن الوصول إلى هدف معين يحقق إشباع أحد دوافعه الأساسية أو الهامة، فإنه يغضب ويثور ويقاوم هذا العائق من أجل التغلب عليه وإزالته حتى يستطيع الوصول إلى هدفه وإشباع دافعه، وتتوقف درجة شدة الغضب على درجة شدة الدافع، وتبعا لأهمية الهدف المراد بلوغه، هناك غضب محمود وآخرُ مذموم، ولقد أثنى الله تعالى على رسوله صلى الله عليه وسلم وأصحابه لغضبهم على الكفار في كفاحهم من أجل نشر الدعوة الإسلامية، قال تعالى: ﴿محمد رسول الله والذين معه أشداء على الكفار رحماء بينهم﴾(سورة الفتح آية 29)، والشدة على الكفار نتيجة غضبهم من اعتدائهم على الإسلام، والغضب المذموم هو الغضب بسبب عرض زائل من أعراض الدنيا التافهة، أي غير أساسي أو ضروري، وكان الرسول لا يغضب لشخصه، وإنما يغضب للحق، وإذا اجترئ على حد من حدود الله، قال علي رضي الله عنه: كان رسول الله صلى الله عليه وسلم لا يغضب للدنيا، فإذا أغضبه الحق لم يعرفه أحد ولم يقم لغضبه شيء حتى ينتصر له" (أخرجه الترمذي) وقد وصف النبي صلى الله عليه وسلم تغيرات فسيولوجية للغضب من تدفق للدم وبخاصة على سطح الوجه والإحساس بالحرارة، حيث قال: "...ألا وإن الغضب جمرة في قلب إبن آدم، أما رأيتم إلى حُمرة عينيه وانتفاخ أوجه..." (أخرجه الترمذي).

لقد أوصى النبي صلى الله عليه وسلم المسلمين بالتحكم في انفعال الغضب، فعن أبي هريرة قال إن رجلا قال للنبي صلى الله عليه وسلم: أوصني، قال: "لا تغضب" فردد مرارا قال لا تغضب" (أخرجه البخاري)، وكذلك ما رواه عبد الله بن مسعود من أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال لأصحابه: "ما تعدون الصرعة فيكم؟" قالوا: الذي لا تصرعه الرجال، قال "لا" ولكنه الذي يملك نفسه عند الغضب" (أخرجه مسلم)، في هذا الحديث يُعلم الرسول صلى الله عليه وسلم المسلمين معنى جديدا للقوة، وهو معنى خلقي نبيل يختلف عن معنى قوة البدن وصرع الرجال والبطش بهم، بل رغبهم في الثواب العظيم في الحياة الأخرى مقابل ذلك، حيث قال: "من كظم غيظا وهو قادر أن

ينفذه دعاه الله سبحانه وتعالى على رؤوس الخلائق يوم القيامة حتى يخير من الحور العين ما شاء "(أخرجه الترمذي)، ولأن الغضب تصاحبه تغيرات فسيولوجية وتوتر عصبى وعضلى عام، فقد أرشدهم إلى وسيلة عملية تخلصهم من ذلك وهو المعروف في علم النفس الحديث بالاسترخاء الذي هو كفٌ حركي وعضلي، فعن أبي ذر أن الرسول الله صلى الله عليه وسلم قال: إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب ،وإلا فليضجع" (أخرجه أبو د اود)، والوضوء كذلك من الاساليب التي نصح بها أصحابه للسيطرة على الغضب ، فعن عروة بن محمد بن السعدي أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال: "إن الغضب من الشيطان، وإن الشيطان خل ق من النار، وإنما تُطْفأُ النار بالماء، فإن اغضب أحدكم فليتوضأ" (أخرجه أبو داود 4784)، ويشير هذا الحديث إلى حقيقة طبية معروفة ، فالماء البارد يهدئ من فورة الدم الناشئة عن الانفعال، كما يساعد على تخفيف حالة التوتر العضلي والعصبي ولذلك كان الاستحمام يستخدم في الماضي في العلاج النفسي (نجاتي، 2006، ص121 بتصرف).

3-الحسد: (هو انفعال مركب موضوعه الحزن والغم للن عمة تحصل للشخص المحسود، والفرح لزوالها عنه، أو هو تمني زوال النعمة عن الآخر) (توفيق 2002 ص 383)

وهي تصنف ضمن ما يعرف ضمن ما يعرف عند علماء الإسلام بأمراض القلوب، وفي علم النفس المعاصر بأمراض الضمير أوما يسمى صاحبها فاقد الض مير CINSCIENCELESS وقد نجد مسميات أخر لها في كتابات علماء الإسلام من مثل "باطن الإ ثم" "مداخل الشيطان" "و" أصول الذنوب" ومن أمثلها: الرياء والعجب والغرور والكبر والحقد والحسد وسوء الظن...إلخ.

في أدبيات (علم النفس الإكلينيكي و علم نفس الشواذ لا نجد هذه الإنحرافات الباطنة، لأن إصابة الشخص بها لا يصيرهُ مريضاً بالمعيار الطبي، وإن كان بالمعيار الإسلامي يع تبر مريضاً وبحاجة إلى علاج، هذه الإنحرافات يجب أن يعتنى بها علم الصحة النفسية لأنها من مصادر القلق والتوتر الذي يوهن الصحة النفسية والجسدية، ولقد إهتم بها أهل العلم وشيوخ التربية في الإسلام ليس لما تسببه من توتر وقلق وما قد تفضي إليه من إنحرافات ظاهرة وسلوكات شاذة ت ضر بالفرد والمجتمع فقط، بل لأنها من الذنوب التي يعاقب بها المسلم في الأخرة أيضا .

إن بعض علماء الصحة النفسية في الغرب تناولوا بعض هذه الإنحرافات إلا أنهم تناو لوها تحت مسميات أخرى فاعتبروا الحقد والحسد والغيبة والنميمة وسوء الظن من أعراض الغيرة والإستعداد

للعدوان والشك والتطير والجزع واليأس علامة للقلق العصابي، والكبر والعجب والغرور حيل دفاعية لإخفاء النقص (نفس المرجع ص 373)

إن من أقسى ما تعاني منه النفس البشرية أمراض القلوب، إذ إنها سبيل الإنسان إلى الإنحراف والشذوذ واللاسوية في حياة الإنسان كلما إشتد سعار هذه الأمراض في النفس كلما إضطربت الحياة التوافقية للفرد، وإشتدت وطأت هذه الأمراض عليه وعلى أفراد مجتمعه، إن الأمراض النفسية المختلفة يمكن القول أن مسبباتها أمراض القلوب التي يصاب بها من ضعاف الإيمان، ممن يتهالكون على أهوائهم، فتشيع الفاحشة والإضطراب في سلوكهم، وهم من الذين أغفل الله قلوبهم عن ذكر الله تعالى واتبعوا أهوائهم، وهؤلاء الذين أعرضوا عن ذكر الله فهم معذبون في حياتهم الدنيا وبالمعيشة الضنكا في الأخرة" (الشربيني وآخرون 2002 ص417)

الحسد كما قلنا من أهم هاته الأمراض وهو نوعان: أحدهما مذموم شرعا، وهو كراهة النعمة على الغير مطلقا، وتمنى زوالها والنوع الثاني وهو ما يعرف بالغبطة أو المنافسة ثلوة، وفيه يتمنى الإنسان أن يكون لديه النعمة التي لدى الغير دون تمنى زوالها عنه، قال صلى الله عليه وسلم: "لا حسد إلا في إثنتين: رجل أتاه الله القرآن فهو يقوم به أناء الليل وآناء النهار ورجل آتاه الله مالا فهو ينفقه أناء الليل وأناء النهار" (أخرجه الشيخان) والحسد المذموم يقع فيه المسلم والكافر، قال تعالى ﴿.. أم يحسدون الناس على ما أتاهم الله من فضله ﴾(سورة النساء، آية 54)، وقوله:﴿إن تمسسكم حسنة تسؤهم وإن تصبكم سيئة يفرحوا بها ﴾(آل عمران آية 12) كما قد يحدث الحسد بين الإخوة كما حدث بين يوسف وإخوته وقابيل وهابيل، ولما كان الحسد يؤدي إلى الكراهية والعدوان و الأذى فقد وجهنا الله إلى الاستعادة من شر الحاسدين ﴿...ومن شر حاسد إذا حسد﴾ (سورة الفلق آية 05)

إن معرفة الإنسان لخطر هذا الشعور والتعوذ منه يساهم في دحره وكذلك(معرفة ضرره في الدين والصحة، أما ضرره في الدين: فالحسد يأكل الحسنات كما تأكل النار الحطب ، وأما ضرره في الصحة، فالحسد يأكل الصحة كما تأكل النار الحطب أيضا، فإن كان المرء حريصا على حسناته في الآخرة ألا يأخذها غيره فلا يحسد، وإن كان حريصا على بدنة ألا تذهب عافيته فلا يحسد) (توفيق 2002 ص383).

4-الكبر: هو شعور خادع بالاستعلاء والخيلاء، مصحوب باحتقار الناس والترفع عليهم فهو انفعالات داخلية أساساً، كما قال الله عز وجل: ﴿إن في صدورهم إلا كبر ما هم ببالغيه﴾(سورة غافر

آية 56)، وما يظهر من سلوكيات المتكبر تر جمه لهذه الانفعالات المكروهة شرعا ومذمومة خُلقاً، قال تعالى: ﴿تلك الدار الآخرة نجعلها للذين لا يريدون علوا في الأرض ولا فسادا والعا قبة للمتقين﴾ (سورة القصص آية 83).

ويرتبط بالكبر انحرافات نفسية أخرى يؤدي إليها مثل: رفض الحق و ازدراء الآخرين، وسوء الظن بهم، والكذب في مدح النفس، وذكرها بما فيها وما ليس فيها وسرعة الغضب والانتقام، وحب السيطرة والافتخار، والرياء، والمن ورد النصيحة، كما يُخفي الكبر حيلاً دفاعية، كإسقاط الأخ طاء على الآخرين وتبرير التصرفات وتصويبها على كل حال.

إن سبيل الفرد المسلم للتخلص من هذه الشعور النفسي السلبي هو الوعي بخطر هذا الخُلق وحكمه وضرره والعمل على نبذه والتخلص منه، حيث إنه من عمل الشيطان ومن صفاته، حيث تكبر على ربه عندما أمره بالسجود لأدم ، وهو ساعي أبدا لأن يجعل الإنسان يتصف بها فيهلك ويكون رفيقه في النار، لذا يجب الإستعا ذة منه ومن وسوسة الشيطان حياله كما قال سبحانه: ﴿إن في صدورهم إلا كبر ماهم ببالغي هفإستعذ بالله﴾(سورة غافر آية 56)، وعليه أن يستبصر حقيقة الكبر و حقيقة عبوديته لله واحتياجه إليه: ﴿ولا تمش في الأرض مرحا إنك تخرق الأرض ولن تبلغ الجبال طولا﴾ (سورة الإسراء آية 37) ومن أنه صفة مذمومة من الله: ﴿إن الله لا يحب من كان مختالا فخورا﴾(سورة النساء آية 36). وأنه من اتصف به محروم من الجنة قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "لا يدخل الجنة من في قلبه مثقال حبة خردل من كبر" (رواه الشيخان).

إن استبصار الفرد لخطورة هذا الخلق وحكمه يدفعه لبذل خطوات عملية للتخلص منه، والاتصاف بالتواضع كما هو خلق وسلوك الأنبياء والصالحين.

5-حب الله وحب الرسول: لقد اعتنى الإسلام كذلك بتنمية المشاعر الانفعالية الإيجابية والصفات الممدوحة، وكان على رأسها حب العبد لربه، فهو أسمي أنواع الحب الإنساني (يقتصر علماء النفس المعاصرون في دراستهم للحب على حب الذات والحب الجنسي والحب الأسري لكنهم يتغافلون عن حب الإنسان لربه ولرسوله وحبه للمُثل العليا والشعائر الدينية والتي بها يتميز الإنسان عن الحيوان) ، وإن هذا الحب السامي أكثر تحقيقاً للسعادة والمتعة والروحية وهو الطاقة المحركة لسلوكه وانفعالاته، فيجب أن يحبه بقدر عظمته واستحقاقه وبقدر نعمه التي أنعمها عليه، وأن يكون حبه فوق كل حب، لذا كانت من صفات الم ذمومة تقديم حب غير الله :﴿ قل إن كان آباؤكم وأبناءكم وإخوانكم وأزواجكم

وعشيرتكم وأموال اقترفتموها وتجارة تخشون كسادها ومساكن ترضونها أحب إليكم من الله ورسوله، وجهاد في سبيله ، فتربصوا حتى يأتي الله بأمره والله لا يهدي القوم الفاسقين ﴾(سورة التوبة، آية 24)،ومع أن الرسول الله صلى الله عليه وسلم كان أكثر الناس حبا لله تعالى فقد كان مع ذلك يطلب في دعائه أن يرزقه الله حبه،وكان يجد في هذا الحب لذة روحية لا نظير لها، فعن عبد الله بن يزيد الخطمي الأنصاري أن الرسول صلى الله عليه وسلم كان يقول في دعائه: "اللهم أرزقني حبك، وحب من ينبغي حبه عندك..." (أخرجه الترمذي) كذلك: "..أس ألك حبّك ، وحب من يحبك ، وحب عملٍ يقرب إلى حبك" (أخرجه الترمذي 247).

إن حب الإنسان لله تعالى يصبح كالطاقة التي توجه سلوكه نحو كل خير وتنفره وتبعده عن كل شر، وفي هذا المعنى قال صلى الله عليه وسلم: "من أحب لله وأبغض لله، وأعطى لله، فقد استكمل الإيمان" (رواه أبو داوود)، وقال أيضا: أفضل الأعمال الحب في الله والبغض في الله"، (نجاتى، 2006 ص78 بتصرف).

يقول إبن تيمية: "..فكلما ازداد القلبُ حُباً له(لله) إزداد له عبودية وكلما ازداد له عبودية، ازداد له حبا وفضّلَهُ عما سواه، والقلب فقير بالذات إلى الله من وجهني: من جهة العبادة، وهي العلة الغائية ، ومن جهة الاستعانة والتوكل، وهي العلة الفاعلة، فالقلب لا يصلح، ولا يفلح، ولا ينعم، ولا يسر ولا يلتذ، ولا يطيب، ولا يسكن ولا يطمئن إلا بعبادة ربه وحبه والإنابة إليه ولو حصل له كل ما يلتذ به من المخلوقات لم يطمئن ولم يسكن ، إذ فيه فقرٌ ذاتي إلى ربه من حيث هو معبوده ومحبوبه ومطلوبه ، وبذلك يحصل له الفرح والسرور واللذة والنعمة والسكون والطمأنينة" (إبن تيمية ص108)، ويقول إبن القيم الجوزية أيضا في نفس المعنى: "...لا شيء أحب إلى القلوب من خالقها وفاطرها، فهو إلا إلهها ومعبودها، ووليها ومولاها، وربها ومدبرها ورازقها ومميتها ومحييها، فمحبته نعيم النفوس، وحياة الأرواح، وسرور النفوس، وقوت القلوب، ونور العقول، وقرة العيون وعمارة الباطن ، فليس عند القلوب السليمة والأرواح الطيبة والعقول الزاكية أحلى ولا ألذ ولا أطيب ولا أسر ولا أنعم من محبته ولا الأنس به، والشوق إلى لقائه، والحلاوة التي يجدها المؤمن في قلبه بذلك فوق كل حلاوة، والنعيم الذي يحصل له بذلك أتم من كل نعيم، واللذة التي تناله أعلى من كل لذة..." (إبن القيم ص 197).

يأتي بعد حب الله في المنزلة حب النبي صلى الله عليه وسلم في أعلى درجات الحب الإنساني رقيا وكمالا، وهو واجب على كل مسلم، إذ أمرنا الله سبحانه وتعالى بحبه، وقرن حبه تعالى بحب

الرسول صلى الله عليه وسلم، كما هو وارد في الآية السابقة الذكر (رقم 24 من سورة التوبة)، وحب النبي صلى الله عليه وسلم مُقدم على حب الأقربين ، فعن أنس أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "لا يؤمن أحدكم حتى أكون أحب إليه من والده وولده والناس أجمعين" (أخرجه الشيخان).

يجد المؤمن في حبه لله تعالى وللرسول صلى الله عليه وسلم لذة وسعادة لا تعدلها أية لذة وسعادة في هذه الدنيا، ويشعر بهما في نفسه بحلاوة الإيمان ، فعن أنس أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "ثلاث من كن فيه وجد حلاوة الإيمان ، أن يكون الله ورسوله أحب إليه مما سواهما، وأن يحب المرء لا يحبه إلا لله، وأن يكره أن يعود في الكفر كما يكره أن يقذف في النار" (أخرجه النسائي ص78)، والمحب يطيع محبوبه، ويخضع له ويستسلم، وفي تقوية إخلاصهم للإسلام وشدة تمسكهم بمبادئه وتعاليمه والإلتفاق حول الرسول الله صلى الله عليه وسلم يتعلمون منه، ويعتدون به، ويأتمرون بأمره، وقد كانوا صفا واحد، وقلبا واحد في مواجهة الكفار وأعداء الدين، متشوقين إلى العمل على تبليغ رسالة الإسلام متلهفين على الإستشهاد في سبيلها، وكان ذلك من أهم عوامل إنتصارهم وإنتشار الدعوة الإسلامية (نجاتي، 2006 ص81).

وعد الله تعالى من يتبع الرسول ويأتمر بأمره بأن يحبهم ويغفر لهم ذنوبهم، قال تعالى موجها الخطاب إلى الرسول صلى الله عليه وسلم: ﴿ قل إن كنتم تحبون الله فاتبعوني يحببكم الله ويغفر لكم ذنوبكم والله غفور رحيم ﴾(سورة آل عمران آية 31)، كما وعد النبي صلى الله عليه وسلم من يحبه بالجنة فعن أنس، قال: إن رجلا سأل النبي صلى الله عليه وسلم عن الساعة، فقال: متى الساعة؟ فقال: "وما أعددت لها؟ قال: لا شيء إلا أني أحب الله ورسوله صلى الله عليه وسلم، فقال: "أنت مع من أحببت" (أخرجه البخاري 189)، عن أنس أيضا أن الرسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "...من أحبني كان معي في الجنة" (أخرجه الترمذي 47).

6-الحياء: كذلك من الصفات المحمودة في الإسلام الحياء (والحياء مشتق من الحياة، فإن القلب الحي يكون صاحبه حيا فيه حياء يمنعه من القبائح، فإن حياة القلب هي المانعة من القبائح التي تفسد القلب، ولهذا قال النبي صلى الله عليه وسلم: "الحياء من الإيمان" ...ولهذا كان الحي يظهر عليه التأثر بالقبح وله إرادة تمنعه عن فعل القبح ، بخلاف الوقح الذي ليس بحي فلا حياء معه ولا إيمان يزجره عن ذلك" (إبن القيم ص 413)

قال صلى الله عليه وسلم: " إن مما أدرك الناس من كلام البنوة الأول إذا لم تستحي فا صنع ما شئت" (أخرجه أبو داود) ، عن أبي هريرة أن الرسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "الإ يمان بضع وسبعون– أو بضع وستون شعبة، فأفضلها قول لا إله إلا الله، وأدناها إماطة الأذى عن الطريق، والحياء شعبة من الإيمان" (أخرجه الشيخان 683/2)، وعن عمران بن حصين أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "الحياء لا يأتي إلا بخير" وفي رواية لمسلم : "الحياء كله خير" (2/ 682)، " وكان الرسول صلى الله عليه وسلم أشد حياء من العذراء في خدرها ، فإن رأي شيئا يكرهه عرفناه في وجهه" (أخرجه النووي 684/4).

(الحياء حالة وجدانية يتصف بها الأشخاص ذو الأخلاق الفاضلة، الذين تربوا تربية سلمية، فنشأوا يكرهون التقصير، والخطأ والشر والرذيلة، ويتمسكون بالإيمان والتقوى، و يسعون دائما إلى فعل ما يُرضى الله و يحبه، إن الحياء إذن من علامات كمال الإيمان والتقوى، فعن عبد الله بن مسعود أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال: " استحيوا من الله حق الحياء"، قلنا: يا رسول الله إنا نستحي والحمد الله، قال: "ليس ذاك، ولكن الاستحياء من الله حق الحياء أن نحفظ الرأس وما وعي، والبطن وما حوى ولتذكر الموت والبِلى، ومن أراد الآخر ترك زينة الدنيا، فمن فعل ذلك إستحيا من الله حق الحياء" (أخرجه ص 59)، يفيد هذا الحديث أن كمال الاستحياء من الله هو حفظ الرأس وما وعا ه من البصر والسمع واللسان والبطن وما حواه من شهوة الأكل والفرج، وأن نتذكر الموت وبلاء ال جسم وفناءه، وأن نزهد في زينة الدنيا الفانية، ونعمل لنعيم الحياة الآخرة الباقية، فمن فعل ذلك فقد إستحيا من الله حق الحياء)(نجاتي،2006 ص 116).

7–مقاومة هوى النفس: إن مما يساعد على تجنب الصفات المذمومة والتحلي بالصفات المحمودة هو مقاومة هوى النفس ، يقول(الصنيع 2000) أنه يمكن للمسلم أن يقي نفسه من العديد من المشكلات النفسية عندما يقاوم هوى النفس الأمارة بالسوء، وكذلك عندما تدخل عليه من باب الوسواس فلا يسترسل معها بل يكفيها من البداية . في القرآن الكريم الكثير من الآيات التي تُبين أن النفس تجلب للإنسان الكثير من المشكلات النفسية سواء الخوف أو الكذب أو غيرهما، من ذلك ما في قصة امرأة العزيز التي اتهمت زورا يوسف عليه السلام، وبعدما ظهر الحق فقال الله تعالى على لسانها: ﴿ وما أبرئ نفسي إن النفس لأماره بالسوء إلا ما رحم ربي إ ن ربي غفور رحيم ﴾ (سورة يوسف 53)، وقد وبخ الله الإنسان الذي يتبع هوى نفسه فتضله عن سبيل الله ويصبح في ضي ق وكدر في الدينا والآخرة فقال الله تعالى: ﴿أفرأيت من اتخذ إلهه هواه وأضله الله على علم وختم على

سمعه وقلبه وجعل على بصره غشاوة فمن يهديه من بعد الله أفلا تذكرون ﴾ (سورة الجاثية آية 23)، كما أن الله سبحانه وتع الى امتدح الذي يكبح جماح النفس وهواها فيُسيرُها إلى الحق لا تُسيره إلى الظلال والكدر، فقال الله تعالى: ﴿وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى *فإن الجنة هي المأوى﴾ (سورة النازعات آية 40-41)، وقد أرشد الله سبحانه وتعالى إلى أن ما يصيب الإنسان في هذه الحياة الدنيا فإن من أسباب ذلك ما تجنيه النفس الله تعالى: ﴿ما أصابك من حسنة فمن الله وما أصابك من سيئة فمن نفسك ﴾(سورة النساء آية 79)، بل إنها قد تقوده إلى ارتكاب الجرائم التي يندم عليها مما قد يؤدي به إلى الاكتئاب الحزن من ذاك قصة جريمة قتل قابيل لأخيه هابيل قال تعالى: "فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتله فأصبح من الخاسرين" (المائدة: 30) وقد نسب السامري إلى تسويل نفسه السبب في صناعة العجل حتى تعبده بنو إسرائيل فكان فيه ظلالهم ، فقال الله تعالى: ﴿قال بصرت بما لم يبصروا به فقبضت قبضة من أثر الرسول فنبذتها وكذلك سولت لي نفسي ﴾(سورة طه آية 96) كان الرسول صلى الله عليه وسلم يستعي ذ بالله من منكرات الأهواء لما فيها من الأخطار عن نفس الإنسان، فقد روى الإمام الترمذي في سننه عن أبي هريرة رضى الله عنه قال: كان النبي صلى الله عليه وسلم يقوا: "اللهم إني أعوذ بك من منكرات الأخلاق والأعمال والأهواء" كما أنه صلى الله عليه وسلم علم الصحابة أن يستعيذوا بالله من شرور أنفسهم وذلك في خطبة الحاجة، فقد روى الإمام الدرامي في سننه عن عبد الله قال: علمنا رسول الله صلى الله عليه وسلم خطبة الحاجة: "إن الحمد لله نحمده، ونستعينه، ونستغفره، ونعود بالله من شرور أنفسنا...الحديث" .

8-**الاستعاذة والحذر من الشيطان** : مما يساعد المسلم على تجنب الصفات الانفعالية السلبية والاتصاف بالصفات والمشاعر المحمودة أن يحذر من كيد الشيطان، يقول ابن القيم الجوزية السلبية في كتابه "الفوائد" أن بداية السلوك خاطرٌ، وأن وقف الخواطر من بدايتها أجدى من وقف السلوك بعد استفحاله، فيقول :" واعلم أن الخطوات والوساوس تؤدي متعلقاتها إلى الفكر ، فيأخذها الفكر فيؤديها إلى الإرادة فتأخذها الإرادة إلى الجوارح والعمل فتستحكم فتصير عادة، فردُها من مبادئها أسهل من قطعها من قوتها وتمامها، فلو دفعتَ الخاطر الوارد إليه اندفع عنك ما بعده، وإن قبلته صار فكرا جوالاً" (1992 ص23)، وأخطر الخواطر ما كان مصدره الشيطان لأنه عدو للإنسان وغرورٌ له كما وصفه الله تعالى: ﴿يا أيها الناس إن وعد الله حق فلا تغرنكم الحياة الدنيا ولا يغرنكم بالله لغرور إن الشيطان لكم عدو فاتخذوه عدوا إنما يدعو حزبه ليكونوا من أصحابه السعير ﴾ (فاطر: 5-6) لذا يجب على مسلم الحذر من الشيطان واتخاذ سبل التوقي منه لكي لا يؤثر فيه ويصبه

بعض المشكلات التي منها الخوف حيث قال الله تعالى: ﴿إنما ذلك الشيطان يخوف ولياء فلا تخافوهم وخافون، إن كنتم مؤمنين﴾(أل عمران 175) وقد أرشد الله سبحانه إلى الطريق المُخلص من نزغ الشيطان وهو ذكر الله تعالى والاستعاذة به ، قال تعالى: ﴿وإما ينزغنك من الشيطان نزع فاستعذ بالله إنه سميع عليم *إن الذين اتقوا إذا مسهم طائف من الشيطان تذكروا فإذا هم مبصرون ﴾ (سور الأعرف آية 200- 201) وقال الله تعالى: ﴿وإما ينزغنك من الشيطان نز غ بإستعذ بالله إنه هو السميع العليم﴾ (فصلت: 36) ومن توجيهات الله لرسوله محمد صلى الله عليه وسلم أن يستعي ذ به من همزات الشياطين، فقال الله تعالى: ﴿وقل رب أعوذ بك من همزات الشياط ين﴾ (المؤمنون: 97)، وقال الله تعالى:﴿ من شر الوسواس الخناس *الذي يوسوس في صدور الناس *من الجنة والناس ﴾ (الناس: 4-6)، حذر رسول الله صلى الله عليه وسلم من وسوسة الشيطان للإنسان وعدم التمادي مع ما يورده على الإنسان من الخواطر ، والوساوس قد تصل به إلى السؤال عن من خلق الله سبحانه وتعالى، وفي هذا دليل على تأثير الشيطان على الإنسان من خلال الوساوس، وهي من المشكلات النفسية المعروفة، روى الإمام البخاري في صحيحه عن أبي هريرة رضى الله عنه قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "يأتي الشيطان أحدكم فيقول: من خلق كذا؟ من خلق كذا؟ حتى يقول: من خلق ربك، فإذا بلغه فليستعذ بالله ولينته" ، ويلاحظ في هذا الحديث وصف المشكلة وطرح العلاج لها وهو الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم ثم الانتهاء عن هذه الوساوس وعدم الاسترسال معها (الصنيع 2000، ص441).

ثانياً- عناية الإسلام بالجانب الفكري:

للتفكير thinking فى علم النفس معنى واسع ومعنى خاص ضيق، فالتفكير بمعناه العام هو كل نشاط عقلي أدواته الرموز ، أي يستعيض عن الأشياء والأشخاص والموافق والأحداث برموزها بدلا من معالجتها معالجة فعلية واقعية ويقصد بالرمز كل ما ينوب عن الشيء آو يعبر عنه أو يحل محله في غيابه، والرموز التي يستخدمها التفكير له أدوات مختلفة وشيء منها الصور الذهنية والمعاني والألفاظ والأرقام، ومنها الذكريات والإشارات والتعبيرات والإيماءات وكذالك الخرائط الجغرافية والصيغ الرياضية،

بهذا المعنى العام يشمل التفكير جميع العمليات العقلية من أبسطها إلى أكثرها تعقيدا فأحلام النوم وتصور والشخص رحلة قام بها، أو تذكره تاريخ ميلاده أو تخيله مستقبل أولاده، أو تفكيره في إعادة

تنظيم غرفة بمنزله، أو محاولته تخطيط مشروع مزمع القيام به، أو ابتكاره جهازا، أو اتخاذه قرارا كل ذلك يدخل في نطاق التفكير بمعناه العام.

أما التفكير بمعناه الخاص فيقتصر على حل المشكلات حلا ذهنيا أي عن طريق الرموز هو حل المشكلات بالذهن لا بالفعل، وهذا ما يعرف بالتفكير الاستدلالي، غير أن المعالجة الفعلية للأشياء لا تعنى أننا تفكر كما أن التفكير لا يعني أن نكف عن المعالجة الفعلية للأشياء إذا كثيرا ما يندمج التفكير والملاحظة والعمال في نشاط واحد متكامل كحل مشكلة عملية أو لعبة شطرنج أو شخص مرض وهنا يكون التفكير مندمجا في النشاط الحركي(رياض، 204، ص 127)، لقد دعى الإسلام إلى التفكير والتدبر والتأمل والتذكر من خلال الطبيعة وآيات وحدانيته والمعاد وكل ما يرتبط بتصحيح العقيدة والأخلاق والأحكام، فالقرآن الكريم بدأ آياته بدعوة الإنسان للعلم "اقرأ" من أجل أن يكون معتقده وتفكيره سليم: ﴿ ألم يتفكروا في أنفسهم ما خلق الله السموات والأرض وما بينها إلا بالحق وأجل مسمى﴾ (سورة الروم آية 08)، ﴿الذين يذكرون الله قياما وقعودا وعلى جنوبهم ويتفكرون في خلق السماوات والأرض ربنا ما خلقت هذا باطلا... ﴾ (سورة آل عمران آية 191)، ﴿أو لم يتفكروا في أنفسهم ... ﴾ (الروم: 08)، " قل سيروا في الأرض فانظروا كيف بدأ الخلق..." (العنكبوت: 20) وآيات أخرى كلها دعت إلى الملاحظة والنظر والتفكير، مما أسس لنهضة علمية في بلاد المسلمين من خلال ما منحهم الدين الإسلامي من أسس للتفكير والنظر في الأمور بطرق سلمية، استفاد منها حتى غير المسلمين من خلال بعث ما يعرف بـ"التفكير العلمي" المعاصر نجد في الإسلام الإشادة على استخدام العقل الذي يقوم بوظيفة التفكير، من مثل قوله صلى الله عليه وسلم لأشج عبد القيس: "إن فيك خصلتين يحبهما الله ورسوله: الحلم والأناة" (أخرجه مسلم 189/1)، وقال النووى في شرحه للحديث إن الحلم هو العقل، وإن الأناة هي التثبت وترك العجلة، وفي قوله صلى الله عليه وسلم لمعاذ بن جبل حين بعثه إلى اليمن: "كيف تقضي؟" فقال: أقضي بما في كتاب إليه، قال: "فإن لم يكن كتاب إليه؟" قال: فبسنة رسول الله صلى الله عليه وسلم، قال: "فإن لم يكن في سنة رسول الله؟" قال: أجتهد برأي، قال: "الحمد لله الذي وفق رسول الله" (أخرجه الترمذي 66/3) كذلك في قوله صلى الله عليه وسلم: "إذا احكم الحاكم فاجتهد فأصاب فله أجران، وإذا احكم فاجتهد فأخطأ فله أجر". كما حث الإسلام أيضا على التفكير الإبداعي من مثل قوله صلى الله عليه وسلم: "من سن في الإسلام سنة حسنة فله أجرها وأجر من عمل بها بعده من غير أن ينقص من أجورهم شيء..." (أخرجه مسلم 33)، نتيجة لذلك رفع الإسلام من قدر الإنسان الذي يستخدم عقله

وفكره بشكل سليم وفيما يفيد: قال تعالى: "..قل هل يستوى الذين يعلمون والذين لا يعلمون" (الزمر: 09) كما حط من قيمة من لا يستخدمه لوظيفته بشكل سليم لدرجة أقل من الحيوان: ﴿إن شر الدواب عند الله الصم البكم الذين لا يعقلون ﴾(الأنفال: 22)، ﴿أم تحسب أن أكثرهم يسمعون أو يعقلون إن هم إلا كالأنعام بل هم أضل سبيلا﴾(الفرقان: 44).

لقد قوّم الإسلام طرق تفكير الفرد المسلم وعدّل أفكاره لتصحيح معتقداته بطرق وأساليب تربوية علاجية منها مايلي:

1- الإقناع العقلي: لقد خاطب الإسلام العقل لفهم حقائق الأمور والتمييز بين الحق والباطل بالحجة والبرهان وحارب التقليد الأعمى والإكراه، فكان للإقناع العقلي مكان أساسي في الدعوة، عن أبي أمامة رضى الله عنه أن فتى شابا أتى النبي صلى الله عليه وسلم: فقال: يا رسول الله أأذن لي بالزنا، فأقبل القوم عليه فزجروه وقالوا: مه مه، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: أدنه، فدنا منه قريبا قال: فجلس، قال: أتحبه لأمك؟ قال: لا والله، جعلني الله فداءك، قال: والناس لا يحبونه لأمهاتهم، قال: أتحبه لابنتك؟ قال: لا والله، جعلني الله فداءك قال: ولا الناس يحبونه لبناتهم، قال أتحبه لأختك؟ قال: لا والله، جعلني الله فدائك، قال ولا الناس يحبونه لأخواتهم، قال أتحبه لعمتك؟ قال: لا والله جعلني الله فداءك، قال ولا الناس يحبونه لعماتهم، قال أتحبه لخالتك؟ قال ولا والله جعلني الله فداءك قال: ولا الناس يحبونه لخالاتهم، قال فوضع يده عليه، وقال: اللهم ...طهر قلبه، وأحصن فرجه، فلم يكن الفتى يلتفت إلى شيء".

(إن هذا الشاب قد جاء والغريزة تتوقد في نفسه، مما يدفعه إلى أن يكسر حاجز الحياء، ويخاطب النبي صلى الله عليه وسلم علنا أمام أصحابه، وأدرك النبي صلى الله عليه وسلم المربي المعلم أن لديه جانبا لم يدركه فيه أصحابه فما هو؟. لقد جاء هذا الشاب يستأذن النبي صلى الله عليه وسلم ولو كان قليل الورع عديم الديانة لم ير أنه بحاجة للاستئذان بل كان يمارس ما يريد سرا، فأدرك صلى الله عليه وسلم هذا الجانب الخير فيه فكانت النتيجة أن (لم يكن بعد ذلك الفتى يلتفت إلى شيء).

فهنا كان الحوار الإقناعي بني رسول صلى الله عليه وسلم والشاب في صورة نقاش حسمه الرسول صلى الله عليه وسلم بالحجة والبرهان حتى أقنع الشاب أن ما طلبه لا يقبله أحد بأي شكل من

الأشكال ثم دعا للفتى بالمغفرة وطهارة القلب وإحصان الفرح، فاستقام أمرا الفتى بعد ذلك (الشنقيطي، 2009، ص135)

2-المناقشة والحوار: إن الحوار والمناقشة من العوامل الهامة التي تساعد على وضوح التفكير وسلامته وعلى التخلص من الأخطاء والعوائق التي تحول دون الوصول إلى الحقيقة، وقد أوصى الله تعالى الرسول صلى الله عليه وسلم بالتشاور مع أصحابه: قال الله تعالى: ﴿...وشاورهم في الأمر...﴾(آل عمران: 159)، ففي المناقشة والحوار تتضح جوانب المشكلة، وتتحدد معالمها، وتبرز أراء جديدة تساعد على الوصول إلى إجابة مقبولة للتساؤل أو إلى حل ناجح للمشكلة، وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يستشير أصحابه، فقد استشارهم قبل أن يخوض معركة بدر واطمأن إلى موافقة الأنصار على القتال، كما استشارهم حول موقع المعركة، وفي أمرا الأسرى بعد انتصارهم على مشركي قريش، وتشاور معهم أيضا في غزوة الخندق، وقبل رأي سلمان الفارسي بحفر الخندق حول المدينة، وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يشجع أصحابه على التشاور، فقد قال عليه الصلاة والسلام: "ماخاب من إستخار ولا ندم من إستشار... الحديث" (نجاتي 2006 ص152) إن أسلوب الحوار البناء والهادف يثير البصائر ويعمق الوعي ويوسع المدارك ويهذب العواطف ويحسن الفهم والإقناع، ويزيد كذلك من التفاعل الاجتماعي والتقارب وتجاوب الآخرين. ولقد استخدم رسول الله صلى الله عليه وسلم أسلوب الحوار في كثير من تعليماته لإثارة الانتباه والتشويق إلى معرفة الجواب، والحض على إعمال الفكر لمعرفة الجواب وكان في حواره يدعم رأيه بالأدلة القاطعة والبراهين الساطعة على صدق علامه. تنوعت أسئلة الرسول صلى الله عليه وسلم أثناء الحوار بين التشويق والترغيب والتحذير والتعجب والتقرير، والتعلم. ومن تلك الأحاديث حديث أبي هريرة رضى الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "أتدرون من المفلس؟ قالوا: المفلس من لا درهم له ولا متاع، قال "إن المفلس من أمتي من يأتي يوم القيامة بصلاة وصيام وزكاة ويأتي وقد شتم هذا وقذف هذا، وأكل مال هذا وسفك دم هذا وضرب هذا. فيعطى هذا من حسناته وهذا من حسناته، فإذا فنيت حسناته قبل أن يقضى ما عليه أخذ من خطاياهم فطرحت عليه، ثم يطرح في النار"(أخرجه مسلم)، فنلاحظ هنا أن سؤال الرسول كان سؤالا تشويقيا، وكانت إجابته مخالفة لما فهموه من السؤال، مما يؤكد المعنى الجديد في نفوسهم، وفي حديث آخر عن معاذ بن جيل قال كنت ردف النبي صلى الله عليه وسلم ليس بيني وبينيه إلا مؤخرة المرحل، فقال: "يا معاذ بن جبل قلت لبين رسول الله ومعديك ثم سار ساعة ثم قال يا معاذ بن جيل قلت لبيك رسول الله وسعديك ثم سار ساعة ثم قال يا معاذ بن

جبل قلت لبيك رسول الله وسعديك قال هل تدرى ماحق الله على العباد؟ قال: قالت: الله ورسوله أعلم قال فإن حق الله على العباد أن رسول الله ومعديك قال هل تدري ما حف العباد على الله إذا فعلوا ذلك قال قلت الله ورسوله أعلم قال أن لا يعذبهم" (البخاري 6 597) فقي تكرار النداء لمعاذ رضي الله عنه، وفي نفس الوقت تربية وتعويد على الحوار الهادف البناء). (الشنقيطي 2009 ص108).

3-الموعظة: هو أسلوب تربوي ديني مهم في مخاطبة العقول وتنمية المبادئ والقيم وخاصة إذا تكررت الموعظة من مرة إلى أخرى، فالإنسان ينسى والذكرى تنفع المؤمنين، لذا كان ديدن النبي صلى الله عليه وسلم وعض أصحابه وتذكيرهم في المواقف والأوقات المناسبة.

الوعظ مخاطبة للعقول وعبرة لها. وتأثير في العواطف وتربية، فقد جاء في "لسان العرب" (ص 345) إن: (الوعظ والموعظة والعظة: النصح والتذكير بالعواقب). عن عبد الله ابن مسعود قال: (كان النبي صلى الله عليه وسلم يتخولنا بالموعظة في الأيام كراهة السآمة علينا". (رواه البخاري، قم68). ويحكي العرباض بن سارية عن موعظة وعظها إياهم النبي صلى الله عليه وسلم، فيقول: "وعظنا رسول صلى الله عليه وسلم يوما بعد صلاة الغداة موعظة بليغة ذرفت مناه العيون ووجلت منها القلوب، فقال رجل: إن هذا موعظة مودع فماذا تعهد إلينا يا رسول الله؟ قال: (أوصكم بتقوى الله والسمع والطاعة، وإن تأمر عليكم عبد حبشي فإنه من يعش منكم يرى اختلافا كثيرا، وإياكم ومحدثات الأمور فإنها ضلالة، فمن أدرك ذلك منكم فعليه بسنتي وسنة الخلفاء الراشدين المهديين عظوا عليها بالنواجذ) (رواه الترمذي 43/5)

4-أسلوب إيراد الأمثال: ضرب المثل أسلوب ديني نفسي مهم بليغ الأثر في مخاطبة العقول وتنمية الأفكار والمبادئ والقيم، سريع في إيصال الأفكار وتوضيحها وتقريب المعاني، وتكون عظم نتائج هذا الأسلوب بحسب مناسبة المثل للموضوع ودقته ومطابقته للموقف والحال.

قد تحقق الأمثال ما لم تحققه الكلمات كوعاء للأفكار، حيث أنها تستحضر الغائب المجهول إلى حاضر مشهود بصور ذهنية واقعية أو متخيلة قريبة من الحس لتستحضرها العقول وتتصورها الأذهان. لذا نجد لهذا الأسلوب مكان مهم في القرآن قال تعالى: ﴿إن الله لا يستحي أن يضرب مثلا ما بعوضة فما فوقها﴾، كما نجد لهذا الأسلوب كذلك مكانه هامة في السنة النبوية، عن أبن موسى الأشعري رضي الله عليه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "مثل المؤمن الذي يقرأ القرآن كالأترجة طعمها طيب، وريحها طيب، والذي لا يقرأ كالتمرة طعمها طيب ولا ريح لها ، مثل الفاجر الذي يقرأ

القرآن كمثل الريحانة ريحها طيب وطعمها مر، ومثل الفاجر الذي لا يقرآ القرآن كمثل الحنظلة طعمها مر ولا ريح لها) (رواه البخاري رقم 5020) وكذلك في قوله صلى الله عليه وسلم في الحديث الذي يرويه النعمان بن بشير رضي الله عنهما: "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" (رواه البخاري رقم 6011). أن استخدام الأمثال في أحاديث المصطفى صلى الله عليه وسلم كثيرة وذلك لما له من كثير فائدة وبالغ تأثير في الفكر والسلم وهو ما أكده الله تعالى في قوله: ﴿لو أنزلنا هذا القرآن على جبل لرأيته خاشعا متصدعا من خشية الله وتلك الأمثال نضربها للناس لعلهم يتفكرون﴾(سورة الحشر آية 21)

5-أسلوب القصة الدينية: حفلت آيات القرآن الكريم والسنة المطهرة بكثير من القصص التي هي حكم وعبر، شواهد وآيات معجزات تترك الأثر البالغ في سامعها حتى ولو لم يكن مسلما وهنا يبرز الأثر النفسي العميق والتوجيه اللطيف غير المباشر للذهن مما ينتقل إلى الأفكار ويتجسد في السلوك.

للقصة أثار نفسية وتربوية عظيمة قد لا تتحقق في غيرها من الأساليب فالقصة القرآنية النبوية تمتاز بميزات جعلت لها أثارا نفسية وتربوية بليغة محكمة بعيدة المدى على مر الزمن، مع ما تثيره من حرارة العاطفية، ومن حيوية النفس فتدفع الإنسان إلى تغيير سلوك هو تجديد عزيمته بحسب مقتضى القصة وتوجيهها وخاتمتها والعبرة منها.وهي تخاطب العقل والعاطفة معا وتشد القارئ والمستمع والشاهد إلى المتابعة والتأمل والتفكير. وإثارة الانفعالات، كالخوف والرجاء والترقب، والقصة تستخدم في تنمية القيم الإسلامية لدى الشباب، وتربية نفوسهم عليها، فإذا أبدع في عرض القصة واستنباط العبر والعظات واستخدام أروع العبارات في الدلالة على المقاصد، كان لذلك أثار تربوية عظيمة قد لا تتحقق بغير هذا الأسلوب(الشنقيطي،بتصرف 2009ص118)

لقد وردت في القرآن الكثير من القصص من ذلك قصة أهل الكهف، وفرعون وآدم وغيرها كثير وفي السنة كذلك من مثل قصص بني إسرائيل، وقصة أصحاب الغار، وقصة الراهب والغلام وقصص بعض الصحابة –رضى الله عنهم –كقصة كعب بن مالك حين تخلف عن غزوة تبوك، وكلها حكم وعبر ودلالات، ولنتلمس أكثر الفوائد التربوية نورد القصة التالية: عن أبن هريرة رضى الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: غفر لامرأة مومسة مرت بكلب على رأس بئر يلهث، قال: كاد يقتله العطش فنزعت خفها فأوثقته بخمارها فنزعت له من الماء فغفر لها بذلك" (رواه

البخاري رقم3320) هذه القصة تجسد لنا توجيها نبويا أنه "في كل ذات كبد رطب صدقة" فالقَصص أسلوب مجسد وعاكس للقيم الإسلامية وحاثٌ عليها .

6- أسلوب الحديث الذاتي الإيجابي: إن سلوكيات الإنسان هو صورة حقيقية وترجمة كما في عقله من أفكار و قناعات سواءا عن ذاته أو محيطه أو مستقبله، سواء كأفكار آنية ألية أو متعقدات لا عقلانية راسخة منذ الصغر تعود عليها الفرد فيرددها ويتقبلها دون تمحيص فتصبح بمثابة بديهيات غير قابلة للشك لذا كانت سنة النبي صلى الله عليه وسلم حاثة على تعود الأفكار الإيجابية والأحاديث الذاتية السليمة الداعمة للصحة النفسية، وتنفرهم عن الأقوال والأفكار السلبية التي إن قبلها ولم تجد زاجرا لها تمكنت وإستعصت فتسير حياة ذلك الإنسان تبعا لنوعها السلبي، فعن عائشة رضي الله عنها عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "لا يقولن أحدكم خبثت نفسي ولكن ليقل لقست نفسي" (متفق عليه)، قال الإمام الخطابي رحمه الله: "لقست، وخبثت بمعنى واحد، وإنما كره صلى الله عليه وسلم من ذلك اسم الخبث، فاختار اللفظة السالمة من ذلك، وكان من سنته تبديل الاسم القبيح بالحسن. ونلمس نتيجة الحديث السلبي مع الذات من خلال حديث ابن عباس رضي الله عنه، أن النبي صلى الله عليه وسلم دخل على أعرابي يعوده قال وكان النبي صلى الله عليه وسلم إذا دخل على مريض يعوده قال لا بأس طهور إن شاء الله، فقال: لا بأس طهور إن شاء الله، قال: قلت طهور كلا، بل هي حمى تفور أو تثور على شيخ كبير تزيره القبور، فقال النبي صلى الله عليه وسلم: فنعم إذا" ، فتبين من الحديث كيف كانت الرسائل الإيجابية من النبي صلى الله عليه وسلم لعموم الناس، فقد قال لهذا المريض "طهور" وهي رسائل إيجابية تعني أن الحمى طهرٌ لك، لكن الأعرابي أبي أن يتقبل هذه الرسائل الإيجابية، فألف لذاته رسالة سلبية تتمثل في الهلاك والموت من هذا المرض، فقد جاء في رواية أخرى للحديث من حديث شرحبيل الجعفي رضى الله عنه: "قال النبي صلى الله عليه وسلم: "أما إذا أبيت فهي كما تقول وما قضى الله فهو كائن، قال: فما أمسى من الغد إلا ميتا".

مما سبق نجد أن النبي صلى الله عليه وسلم كان يحذر من التفكير السلبي ومن ذلك حتى مجانبة الألفاظ والمسميات القبيحة التي تدعو إلى اليأس والقنوط، والعدول إلى غيرها مما يحمل البشر والخير بل حتى في أسماء الأولاد بل وحتى في الأمراض فكانوا يقولون للسقيم سليم فألاً بالشفاء. فقد علمنا أن ما نقوله لأنفسنا ومن نحمله من أفكار هو ما يتجسد في سلوكياتنا الحياتيه اليومية وهو ما دلت عليه الكثير من الدراسات النفسية والمعرفية، ولننظر إلى الحديث النبوي الذي يدعو المسلم إلى

الابتعاد عن ثمانية كلمات سلبية اللفظ والمعنى، وكل واحد منها مهلك للإنسان فكيف لو اجتمعت عليه كلها، قال أنس بن مالك رضى الله عنه: كنت أخدم رسول الله صلى الله عليه وسلم فكنت أسمعه كثيرا يقول: "اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن والعجز والكسل والبخل والجبن وضلع الدين وغلبة الرجل"، هذا الدعاء من جوامع الكلم لأن من أنواع الرذائل ثلاثة نفسية وبدنية وخارجية، فلأولى بحسب القوى التي للإنسان وهي ثلاثة العقلية والغضبة والشهوانية، فالهم والحزن يتعلق بالنفسية والجبن بالغضبية والبخل بالشهوانية والعجز والكسل بالبدنية. لذا فاللغة التي نستخدمها ونتحدث بها لا تعكس السلوك فقط، ولكنها أيضا تؤثر عليه، فكلما كانت العبارات والمسميات مفعمة بالحيوية والإيجابية والتفاؤل بقدر ما كانت السلوكيات كذلك والصحة النفسية تبعٌ لها.

7- التفقه: من الأساليب التى تدعم التفكير والمعتقد السليم والايجابي للمسلم هو التفقه في الدين الإسلامي، حيث يرى الصنيع (2000) أنه الوسيلة الأولى من وسائل الوقاية والعلاج.. وقد وجه الله رسوله محمد صلى الله عليه وسلم بطلب الزيادة في العلم ويدخل معه في ذلك جميع أتباعه، فقال الله تعالى:﴿ وقل ربي زدني علما ﴾، كما أمر الله سبحانه وتعالى بالرجوع إلى أهل العلم والمعرفة فيما يجهله الإنسان حتى يُعلمونه ويُبصرونه ويُدلونه على الطريق الصحيح، فقال الله تعالى: ﴿فاسألوا أهل الذكر إن كنتم لا تعلمون ﴾ (سورة النحل أية 43)، وقال الله تعالى: ﴿وإذا جاءهم أمر من الأمن أو الخوف أذاعوا به ولو ردوه إلى الرسول وإلى أولى الأمر منهم لعلمه الذين يستنبطونه منهم ولو لا فضل الله عليكم ورحمته لا تبعتم الشيطان إلا قليلا ﴾(سورة النساء آية 83)، وقد بيّن الله فضل العلماء وأنهم أرفع درجات عن من هم دونهم، فقال الله تعالى: ﴿يرفع الله الذين أمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات﴾ (سورة المجادلة أية 11).

بيّن الرسول صلى الله عليه وسلم أن من أراد الله به خيراً أكثر يفقهه في الدين فقد روى الإمام البخاري في صحيحه عن معاوية بن أبي سفيان رضي الله عنه قال:سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "من يرد الله به خيرا يفقهه في الدين"، وذلك لما في الدين من عقائد وأفكار توجه الإنسان إلى الحقيقة وتوضح له هدفه في الحياة وتعلمه الآداب والقيم والسلوكيات الإسلامية السليمة والإيجابية في التعامل مع الذات والمجتمع والحياة.

ثالثاً- عناية الإسلام بالجانب السلوكي

السلوك هو نشاط يُصدره الإنسان سواءا في تصنيفه الخاص في شكل أفعال ونشاطات فسيولوجية وحركية، أو في تصنيفها العام في شكل نشاطات غير ملحوظة مثل التذكر، التخليل، التفكير والتأمل وغير ذلك ولقد اهتمت النظرية السلوكية المعاصرة كثيرا بعنصر السلوك الظاهرة وأبدعت نظريات وتقنيات، هدفها التحكم في السلوك وتعديله إلى شكلٍ أفضل، منطلقةً من أن السلوك الخاطئ هو متعلم و قابل للتعديل، وإن المتأمل في تعاليم الإسلام ونصوصه الشرعية يجد توافقا كبيرا في بعض الأفكار والتقنيات ومن ذلك تقرير مبدأ "التعلم" و"قابلة السلوك للتعديل" .

1- التعلم: هو تغير ثابت نسبيا في السلوك ينشأ عن نشاط يقوم به الفرد أو عن الممارسة أو التدريب أو الملاحظة، ولا يكون نتيجة لعملية النضج الطبيعي، أو لظروف عارضة، وللتعليم أهمية كبيرة الشأن في حياة الإنسان، وليس أدل على تلك الأهمية حسب(نجاتي 2006 ص153) من أن أول آية نزلت من القرآن الكريم كانت تتعلق بالقراءة والكتابة والتعليم قال تعالى: ﴿أقرأ باسم ربك الذي خلق خلق الإنسان من علق* اقرأ وربك الأكرم الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم ﴾(سورة العلق آية 1-5) .

أشاد الرسول صلى الله عليه وسلم بفضل العلم، ودعا المسلمين إلى تعلمه وتعليمه الناس، فعن عبد الله بن مسعود أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "تعلموا العلم وعلموه الناس..." (أخرجه الدارمي 227)، وكان رسول صلى الله عليه وسلم معلما نافذ البصيرة يعلم أصحابه كل شيء يهمهم ويفيدهم في أمر دنياهم ودينهم، وكان يعظهم مما كان من أمر الأمم قبلهم، ويحذرهم من شر ما سيحدث من بعدهم، وكان معلماً رفيقاً يُعلم الناس في يُسرٍ ورفق، فيفتح بذلك قلوبهم وعقولهم لما سيعلمهم إياه حتى ترسخ في نفوسهمن قال معاوية بن الحكم السلمي عن الرسول الله صلى الله عليه وسلم: "ما رأيت مُعلماً قبله ولا بعده أحسن تعليماً منه "(الشيباني ج 2 ص252).

الإنسان مخلوق مسؤول لأن الله وهبه العقل فاستحق السؤال، قال تعالى: ﴿إنا عرضنا الأمانة على السماوات والأرض والجبال فأبين أن يحملنها وأشفقن منها وحملها الإنسان... ﴾(سورة الأحزاب سورة 72)، ومن اجل تلك المسؤولية زوده الله قدرات وإمكانات لكي يستطيع القيام بواجباته وقرر الإسلام قابلية تعديل الإنسان لسلوكه حيث قال تعالى: ﴿إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما

بأنفسهم﴾(سورة الأنفال آية 52)، بل إننا نجد تعاليم الإسلام ونصوصه الشرعية أساليب تربوية توافق ما نسميها بـ"تقنيات لتعديل السلوك"، ويمكن أن نوجز بعضها كالتالي:

2-**الترغيب والترهيب:** وهما أسلوبان قرآنيان كريمان، وهما دافعان لعمل الخير وترك الشر، وقد رغب الله بعمل الطاعات في آيات كثيرة منها: ﴿وبشر الذين أمنوا وعملوا الصالحات أن لهم جنات تجري من تحتها الأنهار كلما رزقوا منها من ثمرة رزقا قالوا هذا الذي رزقنا من قبل وأتوا به متشابها ولهم فيها أزواج مطهرة وهم فيها خالدون ﴾(سورة البقرة آية 25). ﴿ولا تحسبن الله غافلا عما يعمل الظالمون إنما يؤخرهم ليوم تشخص فيه الأبصار ﴾ (سورة إبراهيم آية 42)، ومن الآيات التي اشتملت على الأسلوبين: ﴿نبئ عبادي أني أنا أن الغفور الرحيم* وأن عذابي هو العذاب الأليم ﴾(سورة الحجر آية 50 49)، قال إبن كثير فتارة يدعو عباده إليه بالرغبة وصفة الجنة والترغيب بما لديه وتارة يدعوهم إليه بالرهبة وذكر النار وأنكالها وعذابها والقيامة وأهوالها، وتارة بهما ليجنح كلٌ بحسبه. إن هذا الأسلوب يتعامل مع طبيعة الإنسان في أنسه وحبه للأشياء التي تبعث في نفسه اللذة والنعيم والراحة والسرور ويخاف ويرهب من الأشياء التي فيها خوف وألم مادي أو معنوي (الشنقيطي 1999 ص 120).

3-**المكافأة:** وهي مهمة في تعزيز السلوك الإيجابي سواء بشكل مادي أو معنوي وهذا الأسلوب نجد له أهمية في الدين الإسلامي، وحثُ عليه، قال صلى الله عليه وسلم: "أعطوا الأجير أجره قبل أن يجف عرقه" (رواه إبن ماجه 2 رقم 2443)، حيث بينّت الدراسات الحديثة أن الأثر الإيجابي للمكافأة يكون أفضل في حال تقديمه مباشرةً عقب السلوك المستهدف والممدوح. وقال صلى الله عليه وسلم: "...من صنع إليكم معروفاُ فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافؤه به فادعوا له، حتى تروا أنكم قد أنكم قد كافأتموه" (أجرحه أبو داود ج01 ص201) .

4-**التكرار:** مهم في تثبيت العادات والمهارات وترسيخ المعلومات، وكان رسول الله صلى الله عليه وسلم يكرر ما يقوله للصحابة ثلاث مرات حتى يطمئن لفهم الصحابة لما يقوله ويستوعبوه، قال أنس: " إن النبي صلى الله عليه وسلم إذا تكلم بكلمة أعادها ثلاثا حتى تفهم عنه..." (أخرجه البخاري رقم 3/ 853)، وكان عليه الصلاة والسلام يُوصى أصحابه بتعهد ما حفظوه من القرآن بالمداومة على قرأْءته ومذاكرته حتى لا ينسوه، قال صلى الله عليه وسلم: " إنما مَثَل صاحب القرآن كمثل صاحب الإبل الُمعلقة، إن عاهد عليها امسكها، وإن أطلقها ذهبت" (البخاري 5031/19) .

5-**التدرج في التعلم:** وهو مبدأ أساس ومهم في تعديل السلوك، وكان هذا المبدأ مطبقا في تحريم الخمر فهو لم يُحرَم فجأة، وإنما منع بمراحل متدرجة حتى تحريمهُ قطعاً، قالت عائشة رضي الله عنها: "إنما نزل أول ما نزل منه (أي القرآن) سورة من المفصَّل فيها ذكر الجنة والنار، حتى إذا ثاب الناس إلى الإسلام نزل الحلال والحرام، ولو نزل أول شيء: لا تشربوا الخمر، لقالوا لا ندع الخمر أبدا، لو نزل لا تزنوا لقالوا لا ندع الزنا أبدا" (أخرجه البخاري 4993/19). ويبرز جليا واضحا هذا المبدأ في وصيته صلى الله عليه وسلم لمعاذ بن جبل حين بعثه إلى اليمن، فعن ابن عباس أن النبي صلى الله عليه وسلم قال لمُعاذ: "إنك ستأتي قوما أهل كتاب، فإذا جئتهم فادعهم إلى أن يشهدوا أن لا إله إلا الله، وأن محمد رسول الله، فإن أطاعوا لك بذلك ، فاخبرهم أن الله قد فرض عليهم صلوات في كل يوم وليلة، فإن هم أطاعوا لك بذلك، فاخبرهم أن الله قد فرض عليهم صدقة تُؤخذ من أغنيائهم فترد على فقرائهم، فإن هم أطاعوا لك بذلك، فإياك و كرائم أموالهم، واتق دعوة المظلوم، فإنها ليس بينها وبني الله حجاب" (رواه الشيخان ج 2 ص322).

6-**الإقتداء:** هو مبدأ كذلك أساسي في المدرسة السلوكية الحديثة و به يتم تعليم الكثير من السلوكيات والمهارات وسمات الشخصية، والإقتداء أو النمذجة محور أساسي في تحديد معالم معايير السواء والشذوذ، والحق والباطل، الخير والشر فبذلك تتضح المعالم وتتحدد اتجاهات السلوك و تتفق المفاهيم والقيم، وفي الإسلام هذا النموذج الكامل هو محمد صلى الله عليه وسلم الذي كان "قرأناً يمشي"، ﴿لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الآخر وذكر الله كثيرا﴾(سورة الأحزاب آية 21)، وقد أوصى الرسول صلى الهآ عليه وسلم أصحابه بالإقتداء به، وبالخلفاء الراشدين من بعده، قال عليه الصلاة والسلام "عليكم بسنتي وسنة الخلفاء المهديين الراشدين فتمسكوا بها وعضو عليها بالنواجذ..." (أخرجه أبو داود 4607/4).

على عكس غير المسلمين يغيب هذا النموذج الكامل عن اعتقادهم، هذا المبدأ المهم وهو الإقتداء استغله النبي صلى الله عليه وسلم في تعليم أصحابه العبادات والمناسك، فعن أبي حازم بن دينار أن الرسول الله صلى اله عليه وسلم قام مرة على المنبر فكبر، وكبر الناس وراءه وهو على المنبر عم ركع فنزل القهقري حتى سجد في أصل المنبر ثم عاد حتى فرغ من صلاته، ثم أقبل على الناس فقال "إنما صنعت هدا لتأتموا بي ولتعلموا صلاتي" (رواه الشيخان). عن أبي الزبير أنه سمع جابراً يقول: رأيت النبي صلى الله عليه وسلم يرمي على راحلة يوم النحر، يقول: "لتأخذوا مناسككم، فإني لا أدري لعلي أن لا أحج بعد حجتي هذه" (أخرجه أحمد ج318/3).

7-الترويح والأنشطة السارة: هي نشاطات ترفيهية مشروعة تتم في أوقات الفراغ تحقق الاسترخاء والتوازن النفسي والجسمي. وإن من عظمة شريعة الله تعالى أنها جاءت موافقة للفطرة التي فطر الناس عليها، لم تأت مُصادمة معها، لذلك لم يُحرم الإسلام الطيبات، لأن من الفطرة أن الإنسان يحب الطيبات ويكره والخبائث ويحب الأشياء الجميلة ويكره القبيحة، ولذلك الإسلام لم يشرع الرهبانية لأنها نوعٌ من تعذيب الجسد بزعم تصفية الروح، فالمسلم في فُسحةٍ من دينه ما دام في حدود المشروع، أما سمعنا قول الحبيب المصطفى صلى الهص عليه وسلم إذ يقول: "لا يزال المؤمن في فسحة من دينه ما لم يصب دما حراما" (رواه البخاري)، فالقلوب سريعة الملل وإذا أصابها الملل فترت ولابد من شيء يجدد نشاطها، ومن هنا جاء قول المصطفى عليه وسلم لحنظلة: (ولكن يا حنظلة ساعة وساعة)(أبو سلمة، 2007 ص 02). وأصل الكلام السابق قصة نوردها من خلال الحديث التالي، عن حنظلة الأسدي رضى الله عنه، قال: (لقيني أبو بكر فقال: كيف أنت يا حنظلة؟ قال قلت نافق حنظلة، قال سبحان الله، ما قلت؟ قال: قلت: نكون عند رسول الله صلى الله عليه وسلم، يُذكرنا بالنار والجنة حتى كأنا رأي عين، فإذا خرجنا من عند رسول الله صلى الله عليه وسلم، عافسنا الأزواج والأولاد والضيّعات فنسينا كثيرا. قال أبو بكر فو الله لنلقى مثل هذا، فانطلقت أنا وأبو بكر حتى دخلنا على رسول الله صلى الله عليه وسلم، قلت: نافق حنظلة يا رسول الله، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: وما ذاك، قلت: يا رسول الله نكون عندك تذكرنا بالنار والجنة حتى كانا راي عين، فإذا خرجنا من عندك عافسنا الأزواج والأولاد والضيعات ونسينا كثيرا، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: والذي نفسي بيده أن لو تدومون على ما تكونون عندي وفي الذكر لصافحتكم الملائكة على فرشكم وفي الطرقات .ولكن يا حنظلة: ساعة وساعة)(رواه مسلم) .

وللترويح على النفس ضوابط مستخلصة من الشريعة الإسلامية منها:

-أن نكون بنية صادقة وخالصة للتقوية والتنشيط على الأعمال والعبادات والتقرب إلى الله - معرفة أن الجد أصل والترويح فرع.

-ألا يلهي عن عبادة الله وذكره فكل ما يلهي عن الله فهو حرام

-ألا يؤدي إلى مفاسد وارتكاب الذنوب

-ألا يكون مضيعة للوقت بدون نفع أو جدوى.

-عدم الإسراف في الترويح حتى لا يحل إلى الإدمان

-أن تكون وسائل وأنشطة الترويح مشروعة.

للأنشطة السارة والترويح فوائد وأثار إيجابية إذا ما كانت وفق الضوابط السابقة من ذلك: -إظهار سماحة الإسلام وأن فيه فسحة ولا رهبانية فيه .

-إسعاد النفس والآخرين والتودد إليهم .

-التنمية العضلية واكتساب مهارات مثل (الرماية، السباحة، ركوب الخيل...).

-إزالة التوتر والحزن والضغوط والمساعد على الاسترخاء والتكيف النفسي.

-تنمية الروح الإبتكارية والتخيلة، كما في لعب ودمى الأطفال الصغار ومجسماتهم

-تعزيز الروابط الاجتماعية واكتساب صداقات جديدة

-اكتشاف وتنمية مهارات وهوايات حركية وذهنية.

رابعاً- عناية الإسلام بالجانب الاجتماعي :

قال الله تعالى: ﴿وجعلناكم شعوبا وقبائل ولتعارفوا إن أكرمكم عند الله اتقاكم ﴾، ويقول تعالى: ﴿إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بني أخويكم وإتقوا الله لعلكم ترحمون" ﴾(سورة الحجرات آية 10) ويقول تعالى:﴿وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان" ﴾(سورة...المائدة آية 02)، ويقول صلى الله عليه وسلم:﴿أن تخالط الناس وتصبر على أذاهم خير من ألا تخالط الناس ولا تصبر على أذاهم.."﴾. نجد بين دفتي القرآن الكريم وفي السنة النبوية حثٌ على السلوك الاجتماعي الإيجابي الفعال وعلى توجيهات اجتماعية وآداب في التعامل مع الآخرين وتقوية الروابط الأخوية الاجتماعية، ونتلمس عناية الإسلام أكثر بالجانب الاجتماعي للإنسان من خلال النماذج التالية:

1- التسامح: يقول المحسن والهلول (2012) أن الاختلاف بني البشر أمر طبيعي فهو من أصل خلقتهم الآدمية، ومظهرا من مظاهر إبداع الله في خلقه، فقد خلق الله البشر مختلفين اجتماعياً وثقافياً، كما أنهم مختلفون في طباعهم وأمزجتهم ومراتبهم وميولهم وطموحاتهم، وهذا ليس غريبا أن يختلف البشر في نواحي الحياة، فهو ضرورة وجودية وهي دليل على صحية المجتمع، وقد تحدث

القرآن الكريم عن هذا الاختلاف و إلى حتمية وجوده حتى يتمكن كل فرد وكل مجتمع من العيش حسب ما لديه من إرادة وحرية اختيار، حيث قال تعالى: ﴿ولو شاء ربك لجعل الناس أمة واحدة ولا يزالون مختلفين﴾ (سورة هود آية 118).

التسامح أمر جوهري لوجود حياة اجتماعية سلسة وإيجابية بعيدة عن التعصب واللاتسامح والاستئثار ورفض الآخر كما هو منتشر في كثير من دول العالم، مما انجر عنه من جرائم اجتماعية وسياسية وثقافية. إن التسامح موقف إيجابي فيه إقرارٌ بحق الآخر في التمتع بحقوق الإنسان الشرعية وحرياته الأساسية، وقد أرسى الإسلام قيم التسامح في فترة غلبت فيها الصراعات القبلية والقوميات والاستهتار بالنفس الإنسانية، بل حتى بفئة البراءة من الرضع الإناث، نزلت الشريعة الإنسانية مقررةً مبدأ الأُخوة مؤكدةً أن البشر جميعاً من أب واحد وأم واحدة، عن أحمد والترمذي وأبو داود عن النبي صلى الله عليه وسلم: أن الله خلق آدم من قبضة قبضها من جميع الأرض فجاء بنو آدم قدر الأرض منهم الأحمر والأبيض والأسود وبين ذلك، والسهل والحزن، والخبيث والطيب) (رواه الترمذي رقم 2955)، ويؤكد القرآن مبدأ الأُخوة بقوله تعالى: ﴿يا أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة﴾(النساء آية 01)، وآيات وأحاديث التسامح والعفو عديدة، والمتصفح لسيرة النبي صلى الله عليه وسلم يجد موقفا وحدثا يؤشر لعهد جديد من التسامح الاجتماعي والعفو، ونموذجا إنسانيا يجسد مبدأ العفو والتسامح في أبهى صورة ، وهو يوم فتح مكة، حينما قال لأهل قريش الذين قاتلوه وناصبوه العداء وأخرجوه من بلاده الحبيبة مكة، بأن قال لهم "اذهبوا فأنتم الطلقاء".

يرى المحسن الهلوك (2012) اهتماما للباحثين بدراسة التسامح على نطاقٍ واسع خلال السنوات الأخيرة وارتباطه بالصحة النفسية والجسمية فالتسامح يعد خطوة هامة لاستعادة العلاقات المتصدعة والثقة المتبادلة بين طرفين، العلاقة نحو مزيد من التناغم كما أنه يُسهم في حل المشكلات القائمة ويمنع حدوث مشكلات مستقبلية، فهو أرضية خِصبة لبناء المجتمع المدني ويحقق الوئام بين أفراده وغيابه في مجتمعاتنا يعمق الخلافات ويزيد من الاحتقانات التي تغذي مظاهر العنف والتوتر في المجتمع. كما يعد التسامح جانبا هاما في حياة الإنسان، وذلك أن غياب التسامح غالبا ما يُولد الإجهاد والتوتر والضغط النفسي لصاحبه والمحيطين به، كما يؤدي إلى الشعور بالذنب والندم، وهذا بدوره يؤثر على الصحة العقلية للفرد، فقد طُلب في إحدى الدراسات العلمية من المشاركين فيها استحضار وإعادة معاينة موقف إساءة حدث لهم فعليا، واتسمت إستجاباتهم فيها إما بالتسامح أو عدم التسامح ثم تم قياس استجاباتهم الفسيولوجية المصاحبة لاستدعائهم لهذه المواقف، فتبين أن

المشاركين الذين اتسمت استجاباتهم في هذا الموقف بعدم التسامح قد ظهروا تغيرات فسيولوجية سلبية، وذلك بالمقارنة بالمشاركين الذين اتسمت استجاباتهم بالتسامح، وقد فسّر الباحثون هذه النتيجة في ضوء أن التسامح يحافظ على الصحة من خلال تخفيض الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي السبمثاوي، وقد ارتبط التسامح في العديد من الدراسات بانخفاض معدل ضربات القلب وضغط الدم، وزيادة كفاءة الأوعية الدموية بالحالة الفسيولوجية والنفسية، وانخفاض في الغضب والمشاعر السلبية وأعراض الإجهاد ومستوى الاكتئاب واستقرار الحالة الصحية والراحة النفسية (المحيسن والهلول 2012 ص153).

2-**الابتسامة صدقة:** عنى الإسلام بأن تسود العلاقات الإنسانية المودة والسكينة وأن يكون لقاء المسلم لأخيه المسلم بوجه مبتسم فيه البشاشة والوداعة، عن جابر بن عبد الله قال: رسول الله صلى الله عليه وسلم "كل معروف صدقة وإن من المعروف أن تلقى أخاك بوجهٍ طلّقْ، وأن تفرغ من دلوك في إناء أخيك"(سنن الترمذي). لقد قام علماء بدراسة تأثير الابتسامة على الآخرين، فوجدوا أن الابتسامة تحمل معلومات قوية تستطيع التأثير على العقل الباطن للإنسان، وأن بها عطاءات كثيرة تقدمها للآخرين تفوق العطاء المادي لعدة أسباب:

1) – يمكنك من خلال الابتسامة أن تدخل السرور لقلب الآخرين، وهذا نوع من أنواع العطاء بل قد يكون أهمها، لأن الدراسات بينت أن حاجة الإنسان للسرور والفرح ربما تكون أهم من حاجيته أحيانا للطعام والشراب وأن السرور يعالج كثيرا من الأمراض وعلى رأسها اضطرابات القلب.
2) – من خلال الابتسامة يمكنك أن توصل المعلومة بسهولة للآخرين، لأن الكلمات المحملة بابتسامة يكون لها يكون لها تأثير أكبر على الدماغ حيث بينت أجهزة المسح بالرنين المغنطيسي الوظيفي أن تأثير العبارة يختلف كثيرا إذا كانت محملة بابتسامة، مع أن العبارة ذاتها إلا أن المناطق التي تثيرها في الدماغ تختلف حسب نوع الابتسامة التي ترافق هذه المعلومة أو هذه العبارة.
3) – بابتسامة لطيفة يمكنك أن تبعد جو التوتر الذي يخيم على موقف ما، وهذا ما لا يستطيع المال فعله، وهنا نجد أن الابتسامة أهم من المال، ولذلك فإن أقل ما تقدمه للآخرين هو صدقة الابتسامة.

4) –الابتسامة والشفاء: لاحظ كثير من الأطباء تأثير الابتسامة في الشفاء وبالتالي بدأ بعض الباحثين بالتصريح بأن ابتسامة الطبيب تعتبر جزءا من العلاج، إذن عندما نقدم ابتسامة لصديق أو زوج أو جار إنما نقدم له وصفة مجانية للشفاء من دون أن نشعر وهذا نوع من أنواع العطاء من أجل هذه الأسباب وغيرها، فإن الابتسامة هي نوع من أنواع العطاء والصدقة والكرم، والآن نعلم لماذا قال نبي الرحمة صلى الله عليه وسلم: "وتبسمك في وجه أخيك صدقة" (الكحيل 2004 ص106)

3–القدوة الحسنة: (القدوة الحسنة نموذج مثالي واقعي يجمع بين الإيمان والاعتقاد والوعي والرشد والنضج، ويقوم على الحب والطاعة والوضوح، يقتدى به الفرد والجماعة قولا وعملا.

إن من السهولة تأليف مُؤلف في التربية والنظرية ولكن من الصعوبة جعله بشرا يتحرك ومن الصعوبة لعامة الناس أخذ المنهج من مؤلفات وكتب، ولكن من السهولة أخذه من نموذج حي، لقد جعل الله تعالى محمداً صلى الله عليه وسلم قدوة حسنة ومثالا حيا لمنهجه العلوي، وتطبيقا واقعيا للمُثل العليا والقيم الكبيرة التي أنزلها في كتابه العزيز فقال تعالى: ﴿لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجوا الله واليوم الأخر وذكر الله كثيرا ﴾(سورة الأحزاب آية 21) وهذا دليل على أهمية أسلوب القدوة في حياة البشر حيث اصطفى الله عز وجل أكمل الناس خُلقا، وأفضلهم قولا وعملا، كي يكون قدوة مطلقة لكل مؤمن على مدار العصور) (الشنقيطي، 2009ص 101)

إن من أهم نقاط ضعف علم النفس الغربي هو عدم اتفاقهم على نموذج سلوك إنساني إيجابي وسليم، وعلى معايير موحدة وثابتة في الحكم على السواء والشذوذ مابين العلماء النفسانيين فضلا على الناس العاديين، ولنا أن نتصور تبعات نقطة الضعف هذه على سلوك الأفراد في الحياة اليومية وعلى تطور العلوم السلوكية النفسية، بينما يملك المسلمون وعلماءهم النفسانيين معايير إسلامية ثابتة وموحدة في الحكم على السلوك الصحيح والخاطئ السوي والشاذ ولهم نموذج بشري يقتدون به ألا وهو الرسول صلى الله عليه وسلم ومن بعده صحبه رضوان الله عليهم أجمعين.

(السنة النبوية شارحة ومُفصِلة للقرآن الكريم، وكان النبي صلى الله عليه وسلم يترجم معطيات القرآن الكريم وتوجيهاته في شخصه حالا وأقوالا وأفعالا، يحدد مقاييس الحق والباطل ومعايير السواء بوحي من الله، وبذلك تجلت بكل وضوح صور العبادة وأهدافها في المؤمن، مدركاً من خلالها أصله وحقيقته ومصيره، هذه المعرفة الشاملة أغنته عن مشقة البحث عن نفسه ووجوده، وهذا الكون المحيط به، وأسعفته من التخبط في متاهات التساؤلات الغيبية المحيرة، وأبعد عنه بذلك

مشاعر الحيرة والقلق والخوف واليأس فكان محمد عليه الصلاة والسلام، ترجمة حية لهذه الأفكار" (عنو،2006، ص106)، لقد دعانا الإسلام إلى الإقتداء بالقدوة العظمى والأسوة الفضلى والنموذج البشري الكامل في قوله تعالى: ﴿لقد كان لكم في رسوله الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الأخر وذكر الله كثيرا ﴾(سورة الأحزاب آية 21) لأنه طبق تعاليم الإسلام وكان قرآنا يمشي في حركاته وسكناته، وسطا في أموره، عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال جاء ثلاثة رهط إلى بيوت أزواج النبي صلى الله عليه وسلم يسألون عن عبادة النبي صلى الله عليه وسلم فلما أخبروا، كأنهم تقالوها، فقالوا: أين نحن من النبي صلى الله عليه وسلم؟ قد غفر الله له ما تقدم من ذنبه ما تأخر، قال أحدهم أما أنا فإني أصلى الليل أبدا، وقال آخر أنا أصوم الدهر ولا أفطر، وقال أخر أنا أعتزل النساء فلا أتزوج أبدا، فجاء رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال: (أنتم الذين قلتم كذا وكذا؟ أما والله إني لأخشاكم لله وأتقاكم له، لكني أصوم وأفطروا واصلي وأرقد وأتزوج النساء فمن رغب عن سنتي فليس مني) (رواه البخاري رقم 5063) كذلك ممن يجعلهم الفرد المسلم قدوة له بعد النبي صلى الله عليه وسلم هم صحابة رسول الله من المهاجرين والأنصار رضي الله عنهم أجمعين، فقد زكاهم الله واختارهم لصحبة نبيه من جميع الخلائق، ولقد عاصروه وأخذوا منه الدين والأخلاق والقيم والسلوك السوي الإسلامي.

4- التوكيدية: يقول نجاتي (2006 ص 293) كان الرسول صلى الله عليه وسلم ينمي في أصحابه تأكيد الذات والاستقلال في الرأي وتجنب التبعية للغير في أرائهم وأعمالهم دون أن يكون ذلك صادرا عن تفكر منهم و روية ودون أن تكون أرائهم وأفعالهم صادرة عن إرادتهم الحرة واختيارهم الشخصي، عن حذيفة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "لا يكن أحدكم إمعة، يقول أن مع الناس، إن أحسن الناس أحسنت وإن أساءوا أسأت، ولكن وطنوا أنفسكم الناس إن أحسن الناس أن تحسنوا وإن أساءوا تجنبوا إساءتهم" (أخرجه الترمذى ج 4 ص306) .

من أسس التوكيدية الذي هو أساسٌ للصحة النفسية والسلوك الاجتماعي السليم كما جاء في الحديث السابق عن تجنب المسلم أن يكون إمعة بتبعية مُطلقة لغيره من الناس، بل أن يكون له قوة شخصية ورأي مستقل فإرضاء الناس غاية لا تدرك فما بالك لو كانت في سخط الله، عن ابن عباس رضي الله عنه عن رسول الله صلى الله عليه وسلم: ﴿من أسخط الله في رضى الناس سخط الله عليه...﴾.

إن المتتبع لسلوكيات النبي صلى الله عليه وسلم في المواقف المختلفة يجد أنه يُعلمنا من خلال سنته القولية والفعلية التوكيدية في أسمى صورها لا إفراط ولا تفريط في الحقوق والواجبات، وهو ما يجب أن تلهم منه الدراسات النفسية الحديثة، حيث جمع النبي صلى الله عليه وسلم ما بين المهارات الاجتماعية الايجابية والدفاع عن حقوق بالحكمة واللين والرحمة والموعظة الحسنة.

5- الدين المعاملة: لقد أعطى الإسلام العلاقات الاجتماعية أهمية كبيرة مما تجلى في سلوكيات الرسول صلى الله عليه وسلم وأصحابه الكرام، فكثير ممن دخلوا في دين الإسلام دخلوا من جراء ما رأوه من المعاملات الحسنة والسلوك الاجتماعي السامي والايجابي من المسلمين، ونلمس عناية الإسلام الشديدة بحسن المعاملة أن قال صلى الله عليه وسلم: "الدين المعاملة" (رواه الشيخان) وهذا راجع إلى عِظم منزلة التعامل الاجتماعي الحسن في هذا الدين.

من حسن المعاملة أن يحب المسلم لأخيه ما يحبه لنفسه وإذا حدث مكروه أن يكون بجانبه، وإذا حدث خلاف بين اثنين عليه الإصلاح بينهما حتى تتعزز لحمة جسد المسلمين الواحدة، إذا اشتكى منه عضو منه تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى، وقد أوصى الرسول صلى الله عليه وسلم بالإصلاح بين الناس، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "كل سُلامى من الناس عليه صدقة، كل يوم تطلع فيه الشمس يعدل بين الناس صدقة)، وعن أبى الدرداء قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : "ألا أخبركم بأفضل من درجة الصيام والصدقة؟ قالوا: بلى، قال: صلاح ذات البين، فإن فساد ذات البين هي الحالقة) (رواة الترمذي).

كذلك حث الإسلام على التعاون، فالمؤمن قوي بإخوانه، عن أبي موسي عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "إن المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضا وشبك أصابعه" (رواه البخاري)

وعن النعمان بن بشير قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "ترى المؤمنين في تراحمهم وتوادهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر جسده بالسهر والحمى" (رواه البخاري)

عن أبي هريرة قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "من نفّس عن مؤمن كُربة من كُرب الدنيا نفّس الله عنه كربة من كرب الآخرة، ومن ستر على مسلم ستره الله في الدنيا والآخرة، والله في عون العبد ما كان العبد في عون أخيه" (سنن الترمذي)

من حسن المعاملة التواد والتحاب بين المسلمين، فعن الزبير أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "...والذي نفسي بيده لا تدخلون الجنة حتى تؤمنوا ولا تؤمنوا حتى تحابوا، ألا أدلكم على ما

تحابون به؟ أفشوا السلام بينكم" (رواه الترمذي ج 2 ص23)، وليعزز الإسلام تلك المحبة ويذهب أي شحناء وبغضاء تقع بين المسلمين في معترك هذه الحياة اليومية، قال صلى الله عليه وسلم: "تصافحوا يذهب الغِلّ، وتهادوا تحابوا وتذهب الشحناء" (أخرجه مالك رقم 1642)

إن تراحم الناس وتوادهم وتعاطفهم يقوى الروابط الاجتماعية بينهم ويعمل على تماسك وحدة المجتمع واستقراره، فالأفراد إنما هم لبِنات في بناء المجتمع إذا تفككت بينهم الروابط وانقطعت بينهم الصلة بسبب البغضاء والشحناء تفكك المجتمع وإنهار كما ينهار البناء إذا تفككت أجزاءه، فحث الرسول صلى الله عليه وسلم المسلمين على التعاون والتآخي والتماسك حتى يظل بناء المجتمع الإسلامي مستقرا ثابتا قويا لا تؤثر فيه عوامل التدمير والتخريب" (نفس المرجع ص 88)

6- حُسن الخُلق: روى الإمام أحمد في مسنده عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق"، من هذه الحديث نعلم عناية الإسلام الشديدة بحسن الخلق في التعامل مع النفس والآخرين، وحتما كان نبينا أفضل الناس خلقا بشهادة من رب العالمين، وذلك بقوله تعالى:﴿ وإنك لعلى خلقٍ عظيم﴾ (سورة القلم آية 04)

إن حُسن الخلق داعم أساسي للصحة النفسية بها يحدث التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي حيث أن أي اختلال أو تضارب في القيم الأخلاقية يهيئ لاضطراب سلوكي (ويدعم ذلك ما كشفت عنه الدراسات التي تمت في هذه المجال بهدف المقارنة بين الأنساق القيمية لدى المرضى النفسيين والأسوياء، والتي أوضحت نتائجها أن المرضى النفسيين يظهرون اتجاها مُضادا أو معاكسا للقيم الدينية... لذا يرى "بوهلر" C.buhler أنه لا يمكن الحديث عن العلاج النفسي دون الوقوف على قيم المريض وأهدافه في الحياة...ومهمة المعالج هي أن يبحث عن حلٍ مُقنع لصراعات المريض بين قيمه سلوكه... كما أكد" كارل يونغ في أبحاثه ودراساته النفسية ضرورة غرس الإيمان لدي المريض النفسي حتى يتم شفاؤه، كما أوضح أن الشخص يصبح مريضا نفسيا حين يضل الطريق عن الجوانب الدينية الروحية، وأن المريض لا يتسنى له الشفاء إلا حتي يسترد نظرته للحياة الدينية، توفر القيم النفسي الدينية الأمن والأمان بالنسبة للفرد) (عبد اللطيف 1992، ص208).

خامساً: عناية الإسلام بالجانب الجسمي:

لقد عنى الإسلام منذ ظهوره بالجانب الجسمي في وقت كانت فيه هذا الاهتمام متدنياً حيث مثلاً النظافة كانت بعض الأديان الوضعية المحرفة التي عُرف عندها (القذارة المقدسة) أو الرهبان الذين

يتجنبون النظافة بزعم أن إغفال وإهمال البدن المتعمد يقوى العنصر الديني، ولا من حيث الطب حيث برز الاهتمام بالعلاج والطب ونبغ كثيرٌ من العلماء المسلمين حتى أصبح مصدر إشراقٍ للغرب وللإنسانية جمعاء، ويمكن أن نذكر عناصر أو نماذج لعناية واهتمام الإسلام بالجسم منها ما يلي:

1- العناية بالصحة الجسمية: حث الإسلام على الاهتمام بالصحة الجسمية كوسيلة للعبادة والجهاد وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يُعلم أصحابه أهمية الصحة ويضعها في درجة أعلى من الغنى، قال صلى الله عليه وسلم: "لا بأس بالغني لمن اتقى، والصحة لمن اتقى خير من الغنى وطيب النفس من النعيم" (أخرجه بن ماجه ج 2رقم 2141)، وكما هو معروف وأشرنا له سابقا أن من مقومات الصحة النفسية الصحة الجسمية كما قيل: العقل السليم في الجسم السليم، وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يعتبر صحة الجسم وعافيته من المقومات الرئيسية لسعادة الإنسان قال صلى الله عليه وسلم: "من أصبح آمناً في سربه، معافى في جسده، عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها" (أخرجه الترمذي ج 4ص 45)

إدراك لأهمية الصحة الجسمية في الدين والدنيا كان عليه الصلاة والسلام كثير الدعاء بـ:" اللهم عافني في بدني وعافني في سمعي وعافني في بصري لا إله إلا أنت" (أخرجه أبو داود). بل كان يُعلم أصحابه وأهله أن يسألوا الله تعالى العافية ففي مسند الإمام أحمد أن النبي صلى الله عليه وسلم قال للعباس: "يا عباس يا عم رسول الله سل الله العافية في الدنيا والآخرة" (الجوزية، ص202) وفيه أيضا أن أبا بكر الصديق قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: "سلوا الله اليقين والمعافاة، فما أوتي أحد بعد اليقين خير من العافية" (مرجع سابق ص 202) أما إذا وقع المرض فإن العلاج مطلوب لكل سقم من واقع حديثه صلى الله عليه وسلم: "تداووا عباد الله فإن الله لم يضع داء إلا ووضع له دواء غير داء واحد: الهرم" (رواه أحمد في المسند ج4/ ص278).

2- الرياضة: من خصوصية الدين الإسلامي أنه دين الشمولية فاهتم بالإنسان روحا وبدنا، ومما نجده في اهتمامه بالبدن عنايته بما يسمى "الرياضة" والتي تعني ممارسة ألوان من الحركة لكي تتهيأ الأعضاء لأداء وظائفها بسهولة وتوفر للجسم القوة وتزيل عنه أمراضا ومخلفات ضارة بطريقة طبيعية

من مقصد الإسلام من ممارسة الرياضة أن يكون المسلمين أقوياء وأصحاء في أجسامهم غير ضعفاء ولا أذلاء ولا مرضى لذا أمر الله تعالى المؤمنين باكتساب القوة: بقوله: ﴿ وأعدوا لهم ما استطعتم من قوة ومن رباط الخيل ترهبون به عدو الله وعدوكم ﴾(سورة الأنفال أية 60)، وحث عليها المصطفى عليه الصلاة والسلام في أكثر من حديث كقوله له: "المؤمن القوى خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف"(رواه مسلم)، والجسم القوي يعين صاحبه على أداء التكاليف الدينية والدنيوية وعلى التعود على الصبر والعزيمة والتحمل، فالشخصية الرياضية أكثر قدرة على مواجهة الصعوبات من غيرها.

من أشكال الرياضة السباحة والرمي وركوب الخيل، قال عليه الصلاة والسلام في قوله تعالى: ﴿وأعدوا لهم ما استطعتم من قوة ﴾: ألا إن القوة الرمي (رواه مسلم)،ومنها المسابقة بالجري والمصارعة والتسابق والرياضات الحديثة بالشروط المشروعة.

3- النظافة: اهتم الإسلام بطاهرة الجسم وحث المسلمين على التطهر والحرص على الوضوء فبها يبعثون يوم القيامة غراً محجلين أي وجوههم وضاءة تكون لهم علامة تميزهم عن غيرهم ممن لا يتوضؤن ولا يتطهرون، إن طهارة البدن في الإسلام شرطٌ لابد منه للصلاة، يقول الله تعالى:﴿يا أيها الذين آمنوا إذا قمتم إلى الصلاة فأغسلوا وجوهكم وأيدكم إلى المرافق وأمسحوا برءوسكم وأرجلكم إلى الكعبين، وإن كنتم جبنا فاطهروا ﴾(سورة المائدة آية 06)، إن المتصفح للسنة النبوية يجد مواقف وأحاديث كثيرة تحضُ على النظافة من ذلك قوله صلى الله عليه وسلم: "إن الله تعالى طيبٌ يحب الطيب، نظيف يحب النظافة، كريم يحب الكرم، جواد يحب الجود فنظفوا أفنتكم ولا تشبهوا باليهود" (سن الترمذي)، بل رتب على تكرار الوضوء والطهارة مع الصلوات ذهاب السيئات، فقال عليه أفضال الصلاة وأزكى السليم: "أرأيتم لو أن نهراً بباب أحدكم يغتسل منه كل يوم خمس مرات، هل يبقى من درنه شيء؟ قالوا: لا يبقى من درنه شيء قال: فذلك مثل الصلوات الخمس يمحو الله بهن الخطايا" (الصحيح مسلم) وفي رواية أخرى: "إذا توضأ العبد المسلم أو المؤمن فغسل وجهه خرج من وجهه كل خطيئة نظر إليها بعينه مع الماء أو مع آخر قطرها" (صحيح مسلم)

إن من النظافة العامة كذلك زينة الثوب والتطيب وهو ما عنى به الإسلام كذلك ودعى إليه قال تعالى: ﴿يا بني آدم خذوا زينتكم عند كل مسجد... ﴾(سورة الأعراف آية 31)، وقال صلى

الله عليه وسلم: "وإن الله جميل يحب الجمال" (صحيح مسلم) ومن الشمائل المحمدية نجد أن أُمنا عائشة رضي الله عنها كانت تطيب شعر النبي صلى الله عليه وسلم وتسرحه وترجله، حتى أن الطيب كان يُرى في مفرق شعره عليه الصلاة والسلام.

إن الإسلام دين الفطرة، وللفطرة معان كثيرة من ذاك "سنن الفطرة" التي تُجمل المسلم وتجعله في أحسن هيئة وصفة، عن أبي هريرة رضي الله عنه: سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "الفطرة خمس: الختان، والإستحداد، وقص الشارب، وتقليم الأظافر، ونتف الإبط" (رواه البخاري رقم 5891) إن السنن السابقة لها فوائد صحيحة وتمسكٌ بهدي الإسلام.

4- الغذاء: أحل الله لعباده الطيبات من الرزق وعرفهم على نعمه كي يعبدوه ويشكروه قال جل وعلا: ﴿ولقد مكناكم في الأرض وجعلنا لكم معايش، قليلا ما تشكرون﴾ (سورة الأعراف أية 10)، وقال عز من قائل: ﴿يا أيها الذين آمنوا كلوا من طيبات ما رزقناكم واشكروا لله إن كنتم إياه تعبدون﴾ (البقرة آية 172) كما حذرهم من الإسراف والشراهة ولو في المُباحات لأنها ما كانت في الأساس إلا لحفظ الجسم وصحته وللتقوي على عبادة الله وحماية النوع الإنسان وتوفير المتعة والسعادة له، فللجسد حاجة طبيعية محددة من الدوافع البيولوجية، وأكد أنها ليست غاية في حد ذاتها ما قد يتشبه في ذلك مع البهائم التي لا هم لها إلا الاستغراق في شهواتها لذا فالمسلم يبتعد جهده عن الإسراف، قال تعالى: ﴿يا بني آدم خذوا زينتكم عند كل مسجد وكلوا واشربوا ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين﴾(سورة الأعراف آية 21).

ووراء "التغذية في الإسلام" غاية عُظمى وهدفٌ سام يعيش له المسلم ويحي من أجله، ألا وهو تحقيق العبودية لله عز وجل: ﴿قل إن صلاتي و نُسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين"﴾(سورة الأنعام آية 162)، ﴿وما أمروا إلا ليعبوا الله مخلصين له الدين حنفاء ويقيموا الصلاة ويؤتوا الزكاة وذلك دين القيمة﴾(سورة البنية آية 05).

لقد رُوي عن أحد السلف الصالح رضوان الله عليهم: (إني لأحتسب لله أكلتي وشربتي كما أحتسب نومتي"، وكان لهذا المبدأ أثرا كبير في ترشيد نظرة المسلم للغذاء وترشيد التعامل معه مما يعفيه من الكثير من المشاكل الصحية المُختلفة لذا حث الإسلام أفراده على أن يعتنوا بغذائهم فلا يأكلوا إلى الطيبات من الرزق، ووفق آداب مذكورة في كتب الفقه والآداب، وعلى أن يحرص على تلبية احتياجات جسمه من جميع العناصر الغذائية التي يضمن توفرها الإبقاء على

الجسم صحيحاً سليماً بعيداً عن الأمراض وكذلك الحرص على تجنب الأغذية الضارة التي تسبب المشاكل الصحية والأمراض الجسمية .

5- النوم: النوم آية من آيات الله ورحمة مهداة من رب العالمين قال تعالى: ﴿الله يتوفى الأنفس حين موتها والتي لم تمت في منامها فيمسك التي قضى عليها الموت و يرسل الأخرى إلى أجل مسمى إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون ﴾ (سورة الزمر آية 42)، وقال تعالى: ﴿ومن آياته منامكم بالليل والنهار وابتغاؤكم من فضله إن في ذلك لآيات لقوم يسمعون ﴾(سورة الروم آية 23) ويذكر القرآن فائدة أخرى للنوم وهو راحة للجسم ويقول تعالى: ﴿وجعلنا نومكم سباتا ﴾ (سورة لنبأ آية 09)، ولذلك حث الإسلام على استغلال هذه الآية بأن وضع لها آداب وأذكار حتى ينال من النوم حقه والطبيعي وفوائده المرجوة.

نجد في سيرة النبي صلى الله عليه وسلم سنة التبكير للنوم والاستيقاظ حيث يروى انه كان يكره النوم قبل العشاء والحديث بعده. وذلك لكي يأخذ المسلم حقه الكافي من النوم وكذلك للمسايرة قوانين الطبيعة فالأصل أن الليل للنوم والنهار للعمل وللمحافظة على ما تعرف بـ: "الساعة البيولوجية" حيث أن أي اختلال فيها يؤدي إلى اختلالات واضطرابات على مستوى الجسم ووظائفه.

نجد في الإسلام الاستيقاظ المبكر (بعد أن نام كذلك مبكرا) لأداء صلاة الفجر حيث أن للاستيقاظ المبكر فوائد صحية حيث أن الكورتيزون الذي هو هرمون النشاط في جسم الإنسان يبدأ في الازدياد وبحدة مع دخول وقت صلاة الفجر لذا يتصف الذين يستيقظون باكراً بالجد والنشاط ،كما تكون في هذا الوقت أعلى نسبة لغاز الأوزون في الجو، ولهذا الغاز تأثير مُنشط للجهاز العصبي وللأعمال الذهنية والعضلية لذلك قال صلى الله عليه وسلم: " اللهم بارك لأمتي في بكورها" (رواه الترمذي)ن يقول جمال أبو العزائم (1985) (إن المسلم يؤدي صلاة الفجر، وقد اتضح من دراسة نشاط المخ بواسطة رسم المخ الكهربائي أن كمية النوم الحالم تزيد في الجزء الأخير من الليل، وأن هناك علاقة بني زيادة كمية النوم الحالم والاكتئاب وهناك وسيلة لعلاج الاكتئاب بإيقاظ المريض في فترة النوم الحالم، إذن فالمسلم حين يصحوا في ذلك الوقت فإنه يتفادى التعرض لكثرة النوم، لذلك يلاحظ أن من يقومون لصلاة الفجر أنهم يظلون طوال يومهم نشطين مستبشيرين، ضِف إلى ذلك أذكار ما قبل النوم حيث أن المتمعن فيها يجدها كل

دعاء بالسلام وتفويض الأمر لله ودعاء بالحفظ والرعاية مما يهيئ لاطمئنان النفس ونومه على تلك الراحة النفسية مما يجعله في حالة بعيدة عن الأرق أو مسببات الأحلام المزعجة، ففي الصحيحين عن ابن مسعود أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "من قرأ الآيتين من آخر سورة البقرة في ليلة كفتاه"، والمعتمد في الحديث كفتاه من كل سوء وكل بلاء وكل هم وكل غم، وورد أيضا قراءة أية الكرسي فكان فضلها (فلا يزال عليك من الله حافظ، ولا يقربك شيطان حتى تصبح)، كما ثبت في صحيح البخاري روى الترمذي أن الرسول صلى اله عليه وسلم إذا أراد أن يرقد وضع يده اليمنى تحت خده ثم يقول: (اللهم قني عذابك يوم تبعث عذابك) ثلاث مرات، وكان يقول (اللهم أنت خلقت نفسي وأنت تتوفاها لك مماتها ومحياها، إن أحييتها فأحفظها وإن أمتّها فاغفر لها، اللهم إني أسألك العافية) (رواه مسلم)، وفي الحديث: (إذا أتيت مضجعك فتوضأ وضوءك للصلاة ثم اضطجع على شقك الأيمن وقل: اللهم إني أسلمت نفسي إليك، وفوضت أمري إليك وألجأت ظهري إليك رهبة ورغبة إليك لا ملجأ ولا منجا منك إلا إليك آمنت بكتابك الذي أنزلت وبنبيك الذي أرسلت، فإن مت، مت على الفطرة. واجعلهن آخر ما تقول) متفق عليه.

كذلك نجد في الأذكار والتسبيح بديلا إسلاميا عن بعض التصرفات التي ينصح بها بعض المعالجين من مثل عدد الأرقام والأشياء عبثاً أو القراءة في كتابٍ ممل.

مما سبق وغيره نجد في الإسلام اهتماما ورعايةً لحق الإنسان في النوم وجعل له آداباً وفقهاً يجعل الفرد يأخذ منه فوائد كثيرة و يحصنه عن مشاكله وأضراره المتوقعة بعد انحرافه عن شكله الطبيعي.

6- تحذير الإسلام من الآفات الصحية (الخمر، المخدرات،التدخين): الإسلام أحل لنا الطيبات، وحرم علينا الخبائث فكل ما يُضر العقل أو الجسم منصوصٌ على تحريم تناوله ، ولقد أكدت السنة النبوية المُطهرة منع أي شرابِ أو طعامِ يؤثر سلبا على الجسم أو العقل ، فالشريعة إنما جاءت لتحصيل المصالح وتكثيرها، ودرء المفاسد وتقليلها، فما خلص أو غلب نفعه كان حلالاً، وما خلص أو غلب ضرره كان حراماً.

والخمر والمخدرات من القسم الثاني، حيث أن من أضرار الخمر ما ذكره الحق سبحانه: ﴿يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون

إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون ﴾ [المائدة: 90-91]. ففي هاتين الآيتين أكد الله تحريم الخمر والميسر "القمار" تأكيداً بليغاً إذ قرنهما بالأنصاب والأزلام، وجعلهما من عمل الشيطان، وإنما عمله الفحشاء والمنكر، وأمر باجتنابهما، وجعله سبيلاً للفلاح، وذكر من أضرارهما الدينية: الصدِّ عن الواجبات والفضائل الشرعية من ذكر الله والصلاة، وذكر من أضرارهما الاجتماعية: تقطيع الصلات، وإيقاع العداوة والبغضاء.

انه لا يحل لمسلم أن يتناول من الأطعمة أو الأشربة شيئا يقتله بسرعة أو ببطء فإن جسمه ليس ملكه وإنما هو وديعة عنده ولا يحل له التفريط فيها قال الله تعالى :﴿ ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيما﴾(سورة النساء 29) وقال : ﴿ ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة﴾(سورة البقرة آية 195)

إن الفقهاء قد بحثوا في مشكلة أخرى من الآفات الصحية وهي المخدرات حيث انتبهوا إلى انتشارها في المجتمعات وانطلقت أحكامهم من قواعد أصولية وخلصوا إلى أن المخدرات تشترك جميعها في أنها مُفسدة للعقل ومُخربة للبدن وُمضيعة للمال والجهد والإنتاج ومُخربة للشخصية ومجلبة للضرر ، تقضي على رابطة المحبة الإنسانية في المجتمع وتستبدل بها العداوة والبغضاء ، ضف إلى ذلك الأضرار المادية التي تذهب بالأموال سفها وتبذيرا فيما يضر ولا ينفع .

المخدرات تحدث آثار الخمر في الجسم والعقل لذا حرمها دفعاً لمضارها وسداً لذرائع الفساد ، قالت أم سلمة زوجة الرسول صلى الله عليه وسلم . :(نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر). رواه أحمد وأبو داود و "المفتر" كما قال العلماء كل ما يورث الفتور والخور في أعضاء الجسم يقول الله تعالى :﴿ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة ﴾(سورة البقرة 195)، ويقول أيضا :﴿ ولا تقتلوا أنفسكم ﴾(سورة النساء 29)ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم (كل مسكر خمر وكل خمر حرام). رواه مسلم ويقول أيضا :(ما أسكر كثيره فقليله حرام) (رواه الترمذي وأبو داود والنسائي).

كذلك آفة التدخين فقد ثبت باليقين ضررها لكل عاقلٍ مُستبصر ، فالسيجارة أصبحت إحدى آفات هذا العصر وقاربت في ضررها المُسكرات والمخدرات ، ولم يعد ضررها قاصرا على الفرد المدخن بل تعداه إلى المجتمع والاقتصاد فالشخص المدخن يضر بنفسه من كل النواحي الطبية والذهنية والاقتصادية والاجتماعية، قال الرسول صلى الله عليه وسلم :(لا ضرر ولا ضرار).

7-**نظافة المحيط:** قال صلى الله عليه وسلم: " نظفوا أفنيتكم ولا تشبهوا باليهود." ويقول:" إن الله نظيف يحب النظافة" (رواه الترمذي)، ونهى صلى الله عليه وسلم عن التبول في مناطق الظل لأنها تعتبر جوا ملائما لنمو وعيش أغلب أنواع البكتيريا وبويضات الديدان لخلوها من تأثير أشعة الشمس.

8-حفظ الطعام ، الهواء، والماء: تعتبر السبل الثلاث السابقة أسهل الطرق لانتقال العدوى والمرض، فأساليب الغذاء غير السلمية تؤدي حتما إلى الإصابة بالمرض كالتيفوئيد ، إلتهاب الكبد الفيروس، حيث ينتقل المرض عن طريق اللمس ، ولهذا نجد رسول الله صلى الله عليه وسلم خصص اليد اليمنى للأكل والمصافحة واليسرى لمباشر الأذى والخلاء، وهي ثقافةٌ صحية في أرقى مستوياتها حتى قبل أن تكشف الجراثيم الدقيقة.

من جهة أخرى فإن تلوث الهواء يؤدي إلى اضطرابات التنفس والأمراض كالأنفلونزا والسُل والحصبة وغيرها، وهنا أيضا نجد أن رسول الله صلى الله عليه وسلم أوصى بعدم النفخ في آنية الأكل والشرب وتغطيتها، كما يغطى الفم أثناء التثاؤب والعطاس، سبيل الماء هو الآخر من السُبل الناقلة للأمراض الوبائية خاصة إذا كان راكدا، فيعتبر الوسط الملائم لنمو الكثير من البكتيريا كالكوليرا والسالمونيلا وبعض الديدان لإكمال دوره حياتها خارج جسم الإنسان، لهذا نهى نبي الأمة عن التبول في الماء الراكد، وربط قِرب الماء وعدم الشرب من فم السقاء، لأن في الميلمتر الواحد من اللعاب بلايين الجراثيم، فعندما تخرج هذه الجراثيم من فم الشارب وتصب في السقاء تصبح مصدر شرب للآخرين ولك أن تتصور سرعة وكم انتقال هذه الجراثيم (بن غذفة، 2007، ص47)

9-**عزل المرضى والحجر الصحى:** أسس النبي صلى الله عليه وسلم لأحد أهم ركائز الطب الوقائي والذي لم يكن معروفاً من قبل ،بقوله: "إذا سمعتم بالطاعون في أرض فلا تدخلوها، وإن كان وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها" (رواه الشيخان).

5- الاكتئاب النفسي من منظور ديني

الاكتئاب عند العرب المسلمين بمعني الحزن الشديد، فتقول العرب: كئب الرجل أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن، واكتئب وجه الأرض أي تغير وضرب إلى السواد، والحزن احد المكونات الأساسية له (ابن منظور ص 343). ولقد أطلق المسلمين عدة مسميات على الاكتئاب منها الحزن الهم، والوسواس والمالنخوليا.

(الحزن شيء فطري ينتاب كل البشر عندما تقابلهم متاعب هذه الحياة الدنيا، ولا أحد يستثنى من ذلك والأمثلة كثيرة في القرآن: كحزن أم موسى، وحزن الأنبياء وحزن الرسول الله صلى الله عليه وسلم على قومه عندما لم يستجيبوا له، فقال سبحانه وتعالى: "ولا يحزنك الذين يسارعون في الكفر" (سورة آل عمران آية 176)...ومن الصحابة كحزن أبي بكر رضى الله عنه في حادثة الهجرة يقول تعالى: ﴿ إلا تنصروه فقد نصره الله إذ أخرجه الذين كفروا ثاني اثنين إذ هما في الغار إذ يقول لصاحبه لا تحزن إن الله معنا فأنزل سكينته عليه وأيده بجنود لم تروها وجعل كلمة الذين كفروا السفلى وكلمة الله هي العليا والله عزيز حكيم ﴾ (سورة التوبة آية 40). فالحزن يحصل لكل الناس، لكنه قضية وقتية وإذا ما استمر وطال وقته صار اكتئابا) (الخاطر 1992، ص17)

أ-أنواع الحزن

الأول: الحزن على فوات أمر دنيوي "وهذا يجب أن نحرص على أن لا يحدث" ، لأن هذه الدنيا لا تساوي شيئا بالنسبة للآخرة

فينبغي للإنسان أن يتغلب على هذا الحزن، ولذلك يقول -سبحانه تعالى: ﴿ ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير * ليكلا تأسوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما أتاكم والله لا يحب كل مختال فخور ﴾(سورة الحديد آية 22-23).

الثاني: هو الحزن مطلوب ويمتدحه الله- سبحانه وتعالى-: "الحزن" على أمر من أمور الدين، لكنه حزن يدفع إلى العمل ولا يثبط مثل:

حزن الفقراء في غزوة تبوك "الذين جاؤوا إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يسألونه أن يحملهم معه إلى الجهاد، فلم يجد الرسول صلى الله عليه وسلم ما يحملهم عليه، فرجعوا وقد أصابهم الحزن والضيق والكدر" ، فامتدحهم الله سبحانه وتعالى بقوله: ﴿و لا على الذين إذا ما أتوك لتملهم قلت لا

أجد ما أحملكم عليه تولوا وأعينهم تفيض من الدمع حزناً ألا يجوا ما ينفقون ﴾(سورة التوبة آية 92). من هذا النوع ما حدث بعد وفاة الرسول الله صلى الله عليه وسلم التي كانت أعظم المصائب التي مرت على المسلمين، حيث حزن الصحابة رضي الله عنهم أجمعين (نفس المرجع ص 19)

ب- أسباب الاكتئاب النفسي من منظور ديني:

كما هو معلوم فإن للاكتئاب أسباب مختلفة فسيولوجية اجتماعية، وحياتية مختلفة وكذلك يوجد منظور وتفسير روحي لأسباب هذا الاضطراب المزاجي.

تتطرق آيات القرآن الكريم إلى مناقشة وتوضيح المواقف التي تنشأ عنها الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية مثل انشغال الإنسان على المال والأبناء والمستقبل وحالته الصحية، وكذلك الوساوس التي تتسلل إلى النفس ويستخدمها الشيطان للسيطرة عليه، ويتسبب ذلك في شعور الهم والكآبة أو الاستسلام للجزع أو اليأس، ولنتأمل معا في قوله تعالى: ﴿الشيطان يعدكم الفقر ويأمركم بالفحشاء والله يعدكم مغفرة منه... ﴾.﴿المال والبنون زينة الحياة الدنيا والباقيات الصالحات خير عند ربك ثوابا وخيرا أملا﴾، ولما كانت الخسارة المادية هي السبب الرئيسي في حدوث الاكتئاب لدى كثير من الناس وكذلك المكاسب التي يحصلون عليها كانت النتائج في كل هذه الحالات سلبية (الشربيني، 2012 ص168). أن الأعراض الاكتئابية هي استجابة غير سوية لضمير الفرد بسبب ما تعرض له من إهمال، أو نتيجة لقيامه بسلوك يتضمن نوعا من التحدي السافر لتعاليم الدين. وفي ضوء هذا تحدث أستيكل (STECKLE ،1949) عن ما أطلق عليه الأنا الأخلاقية والتي إعتبرها عاملا محددا في التكوين العصابي، فهو يعتبر العُصاب ذا صلة بالضمير أو بالذات الأخلاقية. وقد بنى استيكل وبعض العلماء مثل مورر (MOWRER ،1953) نظريتاهم على أساس محاسبة الضمير وعقابه والشعور بالخطيئة على أعمال مارسها الفرد ويعتبرون أن الإثم قد يكون له تأثير ضار مدمر للشخصية عندما يشعر به الإنسان ولا يستطيع تصحيحه. وبالإضافة إلى ذلك يؤكد الفرويديون الجدد (يونج- سوليفان- آدلر-هورنى) على الجوانب الأخلاقية والروحية في خلق العُصاب، حيث أن ما هو إلا اضطراب في العلاقات. ويبدو أن الصراع النفسي في النظرية الدينية كما أشار إلى ذلك مصطفى خليل الشرقاوي (1973) أمر حتميا مع بداية الحياة و الوعي بالحاجات بين الخير والشر وبين إتباع أوامر ونواهي الله إرضاءاً لله، وبين إتباع غواية الشيطان إرضاء للشيطان، ويقود الشيطان حملة الصراع النفسي متخذا من النفس الأمارة بالسوء منطلقا لمهاجمة كل من النفس اللوامة

والنفس المطمئنة ووسيلته في ذلك ما يوسوس به في الصدور في تزيين طريق الشر، وما يترك الناس فيه من حيرة وقلق ويأس وقنوط، وما يصيبهم من غفلة ونسيان، ويهدف الشيطان إلى إضعاف جبهة النفس اللوامة. ويلاحظ أن الصراع هنا له طبيعة خاصة، فحينما تكون النفس الأمارة بالسوء أقوى من النفس اللوامة، يكون الصراع داخل الفرد في أقل حالاته ويسهم ذلك في تقوية النفس الأمارة بالسوء وهو ما يفسر استمرار بعض الناس في الغي وتعميق جذور الشر في نفوسهم وصعوبة ردعهم، وحينما تكون النفس اللوامة أقوى من النفس الأمارة بالسوء يكون الصراع أيضا في داخل الإنسان في أقل حالاته ويكون الفرد أكثر قابلية للصحوة من حالة الغفلة التي تكون قد دفعت به إلى الشقاء والعودة إلى الفلاح، غير أن الصراع يكون على أشده في حالة تساوى قوة كل من النفس اللوامة والنفس الأمارة بالسوء داخل الفرد، ويوجد لون آخر من الصراع يحدث داخل الفرد دون أن يكون للشيطان دخل فيه ما يكون أن يسمى الصراع الناتج عن الابتلاء، ويبدو أنه نوع الصراع يختص الله به عباده المؤمنون ليختبر مدى قوة إيمانهم وصلابة النفس اللوامة أو مدى قوة وسلامة النفس المطمئنة ويتم صراع الابتلاء بني النفس المطمئنة والنفس اللوامة، وينجح الفرد في التغلب على حالة الجزع الناجمة عن هذا الصراع كلما كانت كلا النفسيين قوية راسخة. (رشاد، 1998 ص578)

ج-علاج الحزن والإكتئاب من منظور ديني:

قال صلى الله عليه وسلم: "ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء' وهذا ينطبق على الأدواء العضوية والأدواء النفسية والاكتئاب دواءه موجود في صيدلية الطب الروحي الإسلامي.

إن الدعاء سلاح للمؤمن في مدلهمات الحياة ومعتركها فهو مخ العبادة ووصال ببن الله وعبده فما إن رفع يعقوب عليه السلام دعائه حتى قال: ﴿إنما أشكو بثي وحزني إلى الله فصبر عسى الله أن يأتيني بهم جميعا، إنه هو العليم الحكيم ﴾ حتى كشف الله غمه وجمع بينه وبين أولاده، وكذلك يونس عليه السلام أن التقمه الحوت، و نادى في الظلمات: ظلمات الليل، وظلمة البحر، وظلمة الحوت: ﴿أن لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين فاستجبنا له ونجيناه من الغم وكذلك ننجي المؤمنين﴾، وكذلك نصر الله لسيدنا محمد صلى الله عليه وسلم يوم أخرجه الذين كفروا من بلده الحبيبة مكة، يقول تعالى: ﴿ إلا تنصروه فقد نصره الله إذ أخرجه الذين كفروا ثاني اثنين إذ هما في الغار إذ يقول لصاحبه لا تحزن إن الله معنا فأنزل سكينته عليه وأيده بجنود لم تروها وجعل كلمة

الذين كفروا السفلى وكلمة الله هي العليا والله عزيز حكيم ﴾(سورة التوبة آية 40)، توجد في السنة النبوية أدعية خاصة بالهم والحزن التي هي مهيآت للاكتئاب النفسي وعناصر له، من ذاك ما ورد في "مسند الإمام أحمد: عن ابن مسعود، عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "ما أصاب عبدا هم ولا حزن فقال: اللهم إني عبدك، ابن أمتلك ناصيتي بيدك، ماضٍ فيّ حكمك، عدل فيّ قضاؤك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك، أو أنزلته في كتابك، أو عملته أحدا من خلقك، أو استأثرت به في علم الغيب عندك: أن تجعل القرآن العظيم ربيع قلبي، ونور صدري، وجلاء حزني، وذهاب همي، إلا أذهب الله حزنه وهمه، وأبدله مكانه فرحا."

في "سنن أبي داود "عن أبي سعيد الخدري، قال: دخل رسول الله صلى الله عليه وسلم ذات يوم المسجد، فإذا هو برجل من الأنصار يقال له: أبو أمامة فقال: "يا أبا أمامة مالي أراك في المسجد في غير وقت الصلاة؟ "فقال: هموم لزمتني، وديون يا رسول الله فقال: ألا أعلمك كلاما إذا أنت قلته أذهب الله عز وجل همك وقضى دينك؟ "قال: قلت: بلى يا رسول الله، قال: "قال إذا أصبحت وإذا أمسيت: اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل، وأعوذ بك من الجبن والبخل، وأعوذ بك من غلبة الدين وقهر الرجال"، قال: ففعلت ذلك، ، فأذهب الله عز وجل همي، وقضى عني ديني.

إن العقيد الإسلامية التي هي منظومة معرفية روحية شاملة ذات اثر كبير في الوقاية وعلاج الاكتئاب، ففي اعتقاد المؤمن في القضاء والقدر تحصينٌ من الحزن الشديد، ففي الحديث الصحيح الذي رواه الترمذي عن ابن عباسي رضي الله عنهما، جاء فيه قول النبي صلى الله عليه وسلم: "وأعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك، وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك" (رواه الترمذي 308/2)، وفي رواية أخرى: "واعلم أن ما أخطأك لم يكن ليصيبك وما أصابك لم يكن ليخطئك" يبرز لنا (الخاطر، 1992) أثر هذا المعتقد بأن المسلم عندما يعلم أن الأمور مفروغ منها ومكتوبة فإنه لا يحزن، وكيف يحزن وهو يعلم بأن هؤلاء البشر الذين هم حوله لا يستطيعون أن يضروه ولا أن ينفعوه إلا بقدر الله؟ فلِم القلق إذن ولِم الحزنُ الشديد؟... إن بعض الناس يفوته مال يخسره في تجارة أو تفوته زوجة ما، أو يموت له طفل، أو يخسر وظيفته أو مكانته، فإذا به يجزع فلو تصور هذا الأمر وهذه المصيبة أنها مقدرة من عند الله سبحانه في كتاب فإن لا يحزن على فائت: ﴿ لكيلا تأسوا على ما فاتكم..﴾(سورة الحديد آية 23).

كذلك اعتقاد المسلم باليوم الآخر وأن هذه الدنيا لا تساوي شيئا وهي قصيرة جداً، فعندما يفقد عزيزا يعرف انه سيلتقي به في الآخرة إن شاء الله، ومن أقوى الأدلة على أن الإيمان باليوم الآخر يخفف الحزن ويُسلي المؤمن، حادثة وفاة إبراهيم ابن الرسول صلى الله عليه وسلم فقد ورد في حديث الحسن: "أن الرسول صلى الله عليه وسلم حزن على وفاة إبنه وقال تدمع العين ويحزن القلب ولا نقول ما يسخط الرب، ولولا أنه (وهنا الشاهد) وعدٌ صادق وموعود جامع وأن الآخر منا يتبع الأول لوجدنا عليك يا إبراهيم وجدا، إنا بك يا إبراهيم لمحزونون" (رواه البيهقي) يعني: لولا أنا نؤمن باليوم الآخر لحزنا عليك حزنا شديدا.

ح-نظرة المسلم للمصائب مسببات الحزن والاكتئاب:

يُضيف (الخاطر 1992) لنا أنه مفهوم خاص بالمسلمين جدير بأن يكتب بماء الذهب وأما الذين لا يعشون هذا المفهوم فإن حياتهم تسير في نكد وضنك...فمفهومنا عن الابتلاء بالمصائب خاص وعظيم تكتب فيه المجلدات ويمكنه بمفرده أن يقينا المشكلات ويقينا الحزن، بإذن الله تعالى) (ص44).

إن مفهوم المؤمن من المشكلات والمصائب لا يخلو من أنه :

-علامة على محبة الله له قال صلى الله عليه وسلم: "إن الله إذا أحب قوما ابتلاهم" (رواه أحمد).

-ابتلاءٌ على قدر الإيمان، قال صلى الله عليه وسلم: "أشد الناس بلاءاً الأنبياء ثم الصالحون ثم الأمثل فالأمثل" (رواه الطبراني)

- مصدرٌ للأجر والثواب قال صلى الله عليه وسلم: "ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم، حتى الشوكة يُشاكها إلا كفر الله بها من خطاياه ضف إلى ذلك ما يتبعه من صبر المسلم عليها فيلقى الأجر العظيم والرفعة في الدرجات قال تعالى: ﴿.. إنمَا يُوَفَّى ٱلصَّـٰبِرُونَ أَجۡرَهُم بِغَيۡرِ حِسَابٍ ..﴾(سورة الزمر آية 10). روى مسلم في صحيحه أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال: "عجباً لأمر المؤمن إن أمره كله خير وليس ذلك لأحد إلا المؤمن إن أصابته سراء شكر وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له (أخرجه مسلم).

إن المسلم حال وقوع المصائب عليه الأوبة إلى الله والترجيع: ﴿الذين إذا أصابتهم مصيبةٌ قالوا إن لله وإنا إليه راجعون﴾ ويطبق قوله تعالى: ﴿وأصبر على ما أصابك إن ذلك من عزم الأمور ﴾، وأنه إن صبر فهو في فضل عظيم ﴿وما يلقاها إلا الذين صبروا و ما يُلقاها إلا ذو حظ عظيم ﴾ فحال المسلم تحميدٌ لله على كل حال.

الباب الثاني:

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية

1- الدراسة الاستطلاعية

2- إجراءات الدراسة الأساسية:

أ- منهج البحث والتصميم

ب- العينة

ت- مكان وزمان الدراسة

ث- ضبط متغيرات الدراسة

ج- أدوات الدراسة

ح- المعالجة الإحصائية

ي- البرنامج العلاجي المقترح

1- الدراسة الاستطلاعية:

تُعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحث الصغير للوصول إلى الافتراضات و الفرضية النهائية وتسمى كذلك بمرحلة "ما قبل التحقيق"، وتُعتبر من المراحل المهمة للبحث العلمي، لهذا أعطاها الباحث أهمية لِكونها تجعله أكثر اتصالاً بالميدان ،كما تساعده على الاتصال والملاحظة المُباشرة على مجموعة العينة و تساعده على التأكد من مدى صحة اختيار المنهجية المُتبعة وتصميمه وخطوات العلاج المُتبع ومن حُسن اختيار المقاييس النفسية، ولقد ساعد خبرة الباحث في العمل في ميدان الصحة المدرسية على اختصار الخطوات الأولى للدراسة الاستطلاعية والانطلاق في تطبيق جلسات رئيسية للبرنامج العلاجي والمقاييس المختارة على 04 أفراد يعانون من اكتئاب شديد ،

كما ساعدت الدراسة السابقة الباحث خاصة في :

- تفحص إجراءات و برنامج وحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية في الثانوية.

- معرفة الوقت الذي يلزم لتطبيق خطوات البرنامج.

- اكتشاف المتغيرات الدخيلة التي قد تؤثر سلباً على النتائج، من أجل ضبطها سواءًا أكانت المتغيرات الذاتية للمفحوصين أو المتغيرات المُتعلقة بالموقف التجريبي (فيزيقية، مدرسية ، تنظيمية، مدرسية، الفحوصات الطبية).

- الوقوف عن قرب من (عينة البحث، مكان التجربة، الصعوبات غير المتوقعة والتي قد تقف في وجه السير الحسن لتطبيق البرنامج).

وكل ذلك من أجل المراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون الطالب مُطمئناً لسلامة التنفيذ فيما بعد، حيث أن هذه المرحلة هي الفرصة الرئيسية للتعديل في البرنامج.

لقد تم في هذه الدراسة الاعتماد على المقاييس التالية:

1- أداة الدراسة الأساسية وهي سلم بيك الثاني للإكتئاب (BDI-II) وذلك لإختبار فعالية البرنامج العلاجي المقترح لتخفيض درجة الاكتئاب النفسي

2- أدوات لقياس تأثير محاور العلاج الفرعية:

أ -مقياس الأفكار السلبية والإيجابية حنان عبد العزيز لإختبار فعالية الجلسات الرئيسية للمحور المعرفي في تحسين أفكار العينة.

ب مقياس المهارات الاجتماعية لسمية حربوش لإختبار فعالية الجلسات الرئيسية للمحور الإجتماعي في تنمية المهارات الإجتماعية والتوكيدية.

ت مقياس السلوك الصحي لشريفة بن غذفة لإختبار فعالية الجلسات الرئيسية للمحور الجسمي في تعزيز سلوك الصحة الجسمية.

ث مقياس الأنشطة الترويحية لحمدي عباس السيسي لاختبار فعالية الجلسات الرئيسية للمحور السلوكي في تعزيز ممارسة الأنشطة والسلوكيات السارة الترفيهية.

ج -استمارة مراقبة شخصية لعبد الستار إبراهيم لتحري فعالية الجلسات الرئيسية للمحور الانفعالي في التقدم في الاسترخاء وإزالة التوتر.

لقد كانت نتائج الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث نتائج ايجابية كثيرة ومشجعة للانطلاق في الدراسة الأساسية.

2- إجراءات الدراسة الأساسية:

أ- منهج البحث والتصميم:

لقد تبنّى الباحث في دراسته لفعالية البرنامج المُقترح المنهج التجريبي، لأنه المناسب في دراسة أثر أو فعالية ظاهرة أو متغير ما، وكذلك لما له من قيمة علمية ولأنه يسمح بالمقارنة مع عينات لم تخضع للمتغير المستقل محل الدراسة .

إن البحث التجريبي هو تغييرٌ مُتعمد و مضبوط للشروطِ المحدِدَة لواقعة معينة، وملاحظة التغييرات الناتجة عن هذه الواقعة ذاتها وتفسيرها وهو(يتضمن محاولة لضبط كل العوامل الأساسية المُؤثرة في المتغير أو المتغيرات التابعة في التجربة ماعدا عاملاً واحداً يتحكم فيه الباحث ويُغيره على نحوٍ مُعين بقصد تحديد و قياس تأثيره في المتغير أو المتغيرات التابعة)(محمد جاسم 2004 ص63).

يُحاول هذا المنهج تحقيق فرضيةٍ تُرجح احتمال وجود علاقة بين متغيرين متصلين بظاهرة ما فافتراض أثر أحد المتغيرات يؤثر في زيادته أو نقصانه بزيادة أو نقصان المتغير الآخر، حيث يبدأ الباحث في ملاحظة الوقائع ثم يتلوها إيجاد الفروض والتحقق منها بالتجربة ليصل إلى العلاقة التي تربط بينهما، والممارسة التجريبية لدراسة السلوك تتيح للفرد أن يتذوق حلاوة الفهم الموضوعي ويُدرك الكثير من المعاني العلمية المُحددة بطريقة علمية بسيطة، وهذا يعني أن التجريب ما هو إلا طريقة لجمع المعلومات وتصنيفها للوصول إلى القوانين العامة، وبذلك يُعتبر التجريب من أهم طرق البحث العلمي.

إن أهم ما يميز البحوث التجريبية هو ضبط العوامل المختلفة في التجربة بتثبيت بعض العوامل المؤثرة، ويتصف المنهج التجريبي بدرجة عالية من القدرة على ضبط الأحداث أي معاملة عينتين بالتساوي عند بدء التجربة ثم تُعرض إحداهما لمتغيرات لا تتعرض لها الأخرى، بحيث يتمكن الباحث من تحديد أثر المتغيرات التجريبية و يقارن بين أوصاف العينتين في نهاية التجربة.

يقول "ديوبولد فان دالين"(1994) " Diobovled vandaline" :(أن المنهج التجريبي أكثر الوسائل كفايةً في الوصول إلى معرفة موثوقة بها، وذلك عندما يمكن استخدامه في حل المشكلات،وأصبحت مشكلة استخدامه في العلوم الاجتماعية ذات أهمية قصوى و إذا لم يتيسر تطبيق هذا المنهج على الظواهر الاجتماعية فإنه يبدو من المعقول أن تظل العلوم الاجتماعية قاصرة بدرجة كبيرة إذ لم يُعِق سيرها نحو قدر أكبر من الدقة)(نفس المؤلف، 2004ص62).

لقد اعتمد الباحث على تصميمٍ مناسب و أكثر دقة في النتائج وهو تصميم"القياس القبلي– البعدي لمجموعتين ضابطة وتجريبية"، وفيها يتم اختيار مجموعتي البحث بالطريقة العشوائية وإجراء التكافؤ و التجانس بينهما في الخصائص أو أي عناصر يعتقد الباحث أن عدم ضبطها يُؤثر سلباً في النتائج، ويكون قد سبق ذلك إجراء القياس القبلي للمتغير التابع لكل منهما وبشكلٍ متزامن، ثم يتم حساب متوسط درجات مجموعتي البحث في القياسات القبلية، تتعرض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل، أما المجموعة الضابطة فلا تتعرض لأي متغير، ثم يتم تطبيق القياس البعدي على المجموعتين.

يتم حساب متوسط الفرق بين القياس البعدي والقبلي لكل مجموعة وتتم المقارنة وحساب دلالة الفرق.

– المجموعة التجريبية (قياس قبلي ← متغير مستقل ← قياس بعدي)

- المجموعة الضابطة (قياس قبلي← بدون متغير مستقل ← قياس بعدي)

(إن هذا التصميم يعمل على ضبط الكثير من العوامل التي تؤثر في الصدق الداخلي: كالتاريخ، النضج، الاختبار، أدوات القياس، الانحدار، والاختيار، تسرب المفحوصين، والتفاعل بين هذه المتغيرات)(عباس وآخرون، 2009 ص 196)، كما أن الباحث يُضمِنُ البرنامج قياسات فرعية لجوانب سلوك المتغير التابع وهو ما يزيد من الصدق الداخلي لهذا التصميم التجريبي.

(إن استخدام مجموعة ضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية يُمكن الباحث من التحكم أو تقليل تأثير المتغيرات الدخيلة على الإختبار البعدي، حيث يُحاول الباحث جهوده في ان يكون الأفراد في كلتا المجموعتين متكافئتين، وان يتم إخضاعهم لنفس الظروف ما عدا ان الأفراد في المجموعة التجريبية يتلقون المعالجة التجريبية.)(البطش وأبو زينة، 2007 ص270)

(إن استخدام تصميم المجموعات يحقق الصدق الخارجي للنتائج وبالتالي يمكن تعميمها واستخدام البرنامج نفسه مع حالات أخرى مشابهة، وإن استخدام المجموعة الضابطة يؤكد لنا أن النتائج التي تحققت ترجع إلى البرنامج و لا ترجع إلى عوامل أخرى، وتُفيدنا في المقارنة في حالة البرامج القصيرة)(سعفان،2005ص233).

ب- العينــة:

إن تحديد العينة يعتبر من أهم المحاور الأساسية التي تقوم عليها البحوث الميدانية، وهي من بين أصعب الأمور التي يتطلب ضبطها، لأن أفرادها يُفترض أنهم يُمثلون المجتمع الأصلي في جُل الخصائص التي يتميز بها مجتمع الدراسة ، ولقد اعتمد الباحث على" العينة القصدية " كنوعٍ لعينته والتي هي تعمدٌ في اختيار فئة معينة، ويكون هذا الاختيار مبنياً على اعتبارات منطقية ، وكان ذلك في ضوء ما لوحظ في الدراسة الاستطلاعية و النظرة الشاملة لملفات الصحة المدرسية بوحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية بحاسي بحبح ولاية الجلفة، وخاصة إن كان المعيار الأساسي في اختيار الحالات هي المعاناة من أعراض اكتئابية شديدة.

أن مجتمع الدراسة الحالية هم جميع تلاميذ ثانوية بلحرش البشير بولاية الجلفة والمقدر عددهم بـ 560، حيث قام الباحث رفقة الأخصائي النفساني العامل بوحدة الصحة المدرسية بتوزيع نسخ من سلم بيك الثاني عليهم وتوضيح التعليمة وبعد الإجابة عليها تم استرجاع أكبر قدر منها بحيث وصل

تعداد النسخ المسترجعة إلى 511 ، وبعد جهد من الفحص والتمحيص والتصحيح تم إلغاء عدد من النسخ والتي كانت فيها الإجابات ناقصة أو طريقة الإجابة خاطئة(عدم فهم تعليمة الإجابة). واعتماد 35 حالة صُنفت نتائجها على سلم بيك الثاني للإكتئاب على أنها تعاني من إكتئاب شديد.

بعد الإتصال بالحالات المعنية وعرض الكفالة النفسية وفق البرنامج العلاجي المقترح في وحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية الموجودة في الثانوية، وجدنا الرد الإجابي من 31 حالة . و لقد أُعتمد على عينة قوامها (24) فرد (وهذا راجع لعدة اعتبارات منها التخلف عن الجلسات أو بعضها وضرورة المجانسة و متغيرات دخيلة أخرى). فكان تقسيم الحالات بطريقة عشوائية إلى مجموعتين:

- المجموعة التجريبية (Expérimental group): وعدد أفرادها (12) وهي التي يتلقى أفرادها البرنامج العلاجي السلوكي المتعدد المحاور المقترح ،في شكل جلسات من أجل تخفيض درجة الأعراض الاكتئابية .

- المجموعة الضابطة (Control group): وعدد أفرادها (12) وهي التي لا يتلقى أفرادها البرنامج العلاجي، وتُستخدم لتُقدم لنا مدى الفرق بين أفرادها و أفراد المجموعة التجريبية للتأكد من فعالية البرنامج.

وهذا بعد مجانستهم قدر المستطاع عن طريق فرز البيانات العامة وفق الخصائص التالية:(- السن، - الجنس، - المستوى الاقتصادي للوالدين، - المستوى التعليمي والتخصص) .

(مع ملاحظة أن المجموعة الضابطة خضعت للكفالة النفسية من طرف الأخصائي النفساني للوحدة الصحية بعد انتهاء سير الدراسة الحالية).

ت – حدود الدراسة:

1 - مكان الدراسة: وحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية الواقعة بثانوية بلحرش البشير حاسي بحبح ولاية الجلفة، والتي يوجد بها ثلاث مكاتب للطبيب العام وطبيب الأسنان والأخصائي النفساني، قاعة علاج، قاعة انتظار وقاعة اجتماعات مكان إجراء جل الجلسات.

2- زمن الدراسة: الثلاثي الأول من الموسم الدراسي 2015/2014.

ث- ضبط متغيرات الدراسة :

المتغير عبارة عن موقف ، مشكلة ، ظاهرة أو سلوك مُشاهد مثال ذلك : التحصيل الدراسي التكيف النفسي أو الاجتماعي، الصدق، الوزن، قوة السمع، القلق...وغيرها ،و هذه المتغيرات غير مستقرة أي بمعنى متغيرة في درجتها ،وإن كانت ثابتة فإن ثباتها يكاد يكون نسبياً، وإن ال باحث قبل التجربة قام بتحديد متغيرات التجربة، وتحديد مدى العلاقة بين المتغيرين الأساسيين من خلال صياغة الفروض، وحاول الوقوف عند حدود المتغيرات الأخرى التي قد تلعب دورا فاعلا في إفساد تلك العلاقة بين :

- المتغير المستقل (والذي هو برنامج العلاج السلوكي المقترح)
- المتغير التابع (والذي هو الاكتئاب النفسي)

و اللذان هما أساسا عملية البرنامج التجريبي، وهناك متغيرات أخرى دخيلة متوقعة فعزلها مقصود و تحييد أثرها مطلوب، لذا فإن الباحث قام بعملية ضبط المتغيرات الدخيلة والمعلومة بتثبيتها أو تحييد أثرها قدر الإمكان ، ما عدا العامل أو المتغير المستقل الذي يرادُ معرفة أثره، وإن نتائج الدراسات السابقة والمشاهدات الميدانية أَمدت الباحث بأغنى مصدر للمعلومات عن المتغيرات التي يجب ضبطها في التجربة، وهناك أربعة عوامل حاول الباحث ضبطها :

1- العوامل التي تنشأ من المجتمع الأصلي للعينة مثل:(السن ،الجنس ،الحالة الاجتماعية والاقتصادية ،التاريخ المرضي، تناول أدوية أو أي عقاقير..).

2- العوامل التي تنبع من إجراءات الاختبار التجريبي مثل: (التعب، أو الملل، عدم إعلام المفحوص بالجلسة أو عدم السماح للطالب بالالتحاق بالوحدة الصحية سواء من طرف الأستاذ أو مستشاري التربية، تكرار الغياب في نفس الحصة أو المادة الدراسية، أو الوقت غير المناسب لتطبيق البرنامج، تجنب فترة الاختبارات الفصلية، وأوقات المذاكرة) .

3- العوامل التي ترجع إلى مؤثرات من مصادر خارجية يكون لها تأثير على سير البرنامج ومتغيرات الدراسة وبالتالي ينعكس سلباً على النتائج مثل :(احتكاك المجموعتين الضابطة والتجريبية لما له من احتمال انتقال التعلم، أو التشافي في عيادات طبية أو نفسية خارجية سواء للعينات التجريبية أو الضابطة...).

5 -العوامل التي ترجع إلى تأثير الباحث المُجرب من مثل:(أخطائه في تقسيم المجوعات وعدم المجانسة، عمليات التسجيل والعمليات الحسابية، أخطاء تأثير شخصيته على المفحوصين أو تأثير توقعاتهِ عليهم ....).

ج-أدوات الدراسة:

لقد تم في هذه الدراسة الاعتماد على:

1- سلم بيك الثاني للإكتئاب(BDI-II):

أول من قام ببناء قائمة لقياس الاكتئاب هو أ.ت، بيك، الطبيب النفسي الأمريك ي وزملائه، وتعرف باسمه رغم اشتراك العديد من زملائه في إعدادها. ولها صورتين الأولى عام 1961 ثم عدلت عام 1979، لتظهر الصورة الثانية عام 1996 ويرمز لها اختصاراً بالرمز B.D.I-II وهي تتكون من 21 بند لقياس شدة الاكتئاب ابتداءا من 16 سنة، صُممت لتقييم الأعراض الاكتئابية (1- الحزن، 2- التشاؤم، 3- الفشل السابق، 4- فقدان الاستمتاع، 5-مشاعر الإثم، 6- مشاعر العقاب، 7- عدم حب الذات، 8- نقد الذات، 9- الأفكار الانتحارية، 10- البكاء، 11- التهيج، 1فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، 13- التردد في اتخاذ القرارات، 14-انعدام القيمة، 15- فقدان الطاقة، 16- تغيرات في نمط النوم، 17- القابلية للغضب أو الانزعاج، 18- تغيرات في الشهية، 19- صعوبة التركيز، 20- الإرهاق أو الإجهاد، 21- فقدان الاهتمام بالجنس.

ا-طريقة التصحيح:

يتكون السلم من واحد وعشرون مجموعة أعراض وكل عرضٍ منها له أربعة عبارات ، إلا المجموعتين التين تقيسان نمط النوم، والشهية،فإنهما يتكونان من سبع عبارات لكل واحدٍ منهما، بحيث تقيس العرض بأسلوب متدرج من عدم وجود للعرض إلى غاية وجود مرتفع له، أي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من الصفر إلى ثلاث درجات لدرجة العرض المرتفع.

أما تعليمة السلم، فتنص على:(تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات ، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط ، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة

التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في المجموعة الواحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول من لها أعلى رقم، وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط فمن كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ(تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ(تغيرات في الشهية)).

يجمع الباحث المستعمل للسلم الأرقام الواحد والعشرين التي وضع عليها المفحوص دائرة ليحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص.

ب-مجال استعماله:

حسب بشير معمرية (2010،ص 95) فإن هذا السلم يستعمل للبحث العلمي وكأداة تشخيص للاكتئاب تتفق مع محكات التشخيص في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع الصادر في 1994 .

جدول رقم (16) يوضح فئات مستويات الاكتئاب

المستويات		لا اكتئاب	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الفئات	ذكور	16-0	24 -17	32 -25	63 -33
	اناث	20-0	29 -21	38 -30	63 -39

ت-خصائصه السيكومترية:

-**الصدق:** تم حساب صدقه من طرف معمرية بشير 2010 بثلاث طرق وهي:

- الصدق التمييزي: فتبين أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب، مما جعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور والاناث(معمرية 2010).

- الصدق الاتفاقي: حيث قام معمرية بشير بتطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة بيك لقياس الياس، واستبيان معمرية لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين،واستبيان قياس التشاؤم أحمد عبد الخالق، واستبيان التعب المزمن لسماح الذيب وعبد الخالق، وقائمة بيك لقياس القلق. فوجد أن

من معاملات الصدق الاتفاقي أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

– الصدق التعارضي: حيث قام معمرية بتطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة توكيد الذات للازاروس وولب، واستبيان قياس السعادة لمايسة النيال، واستبيان لقياس التفائل لعبد الخالق. فوجد من معاملات الصدق التعارضي ان قائمة بيك الثانية للاكتئاب تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

–**الثبات:** قام معمرية بشير 2010 بحساب الثبات بطريقتين:

2 – طريقة إعادة تطبيق الاختبار: فوجد من معاملات الصدق والثبات التي حصل عليها أن القائمة تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

3 – طريقة تطبيق القائمة وتصحيحها وتقدير درجة المفحوص: تم تطبيق القائمة من طرف معمرية 2010 في حصص دراسية على عدد من المفحوصين في كل جلسة تطبيق تتراوح بين 15 و58 فرداً في شوط تطبيق مُراقبة وفي زمن يتراوح بين 15– 20 دقيقة (معمرية ،2010ص 112).

2– مقياس التفكير الإيجابي والسلبي:

أ-خطوات إعداد المقياس:

صُمم هذا المقياس من طرف الباحثة حنان عبد العزيز 2012 وذلك لتعذر إيجاد مقياس جاهز يقيس التفكير بنمطيه السلبي والإيجابي، فبعد إلمامها بموضوع التفكير والإحاطة الشاملة بنمطيه السلبي والإيجابي حيث تم التعرف على خصائص وسمات كل نمط على حدى، فهذا ما ساعدها على وضع مجموعة من الفقرات منها ما تدل على التفكير السلبي وأخرى توحي إلى التفكير الإيجابي من خلال تلك السمات، وذلك كان كخطوة أولى في الانطلاق لتكوين فقرات المقياس، حيث تم التوصل بـ39 فقرة، منها 17 دالة على التفكير السلبي، و 22 للتفكير الإيجابي، وتم وضع الإجابة

تبعا لطريقة ليكرت (Likert) حيث قدمت المقياس لبعض أساتذة جامعة القدس بفلسطين لغرض التحكيم.

كذلك تم تقديم نموذج الاستمارة على بعض أساتذة قسم علم النفس ذوي الخبرة في التحكيم، فبعد ذلك تم التوصل إلى تشكيل استمارة متكونة من 38 فقرة 16 منها تدل على التفكير السلبي و 22 منها تدل على التفكير الإيجابي، حيث تم وضع أربع بدائل وهي (تنطبق بشدة/تنطبق/لا تنطبق/لا تنطبق أبدا).

أبعاد الاختبار:

تنقسم فقرات المقياس إلى ما يلي:

جدول رقم (17) يوضح توزيع فقرات مقياس التفكير على بعديه الإيجابي والسلبي

فقرات التفكير الإيجابي	3-4-5-6-7-8-9-10-12-15-17-18-19-21-22-25-26-27-32-3335-36.
فقرات التفكير السلبي	1-2-11-13-14-16-20-23-24-28-29-30-31-34-37-38

ب-تطبيق وتصحيح الاختبار:

يتم تطبيق مقياس التفكير بين الإيجابي والسلبي على الأفراد البالغين، كون المقياس يلمس بعض أساليب التفكير القائمة على التجريد المحظ وذلك ما تتوفره تلك المرحلة العمرية.

كذلك يطبق على الأفراد المتمدرسين فالمقياس يحتوي بعض الفقرات الموجهة للطلبة المتمدرسين التي تتعلق بجماعة الزملاء والجو داخل القسم.

تمنح إجابة المفحوص درجة تتراوح بين (4-1) على ترتيب البدائل حسب فقرات التفكير الإيجابي، أما بالنسبة للفقرات السلبية للمقياس فتمنح الدرجات (1-4) على ترتيب البدائل، وبذلك فإن الدرجة الكلية على هذا المقياس تتراوح بين (38-152) درجة.

بينما الدرجة المنخفضة تعتبر مؤشرا على التفكير السلبي وقد اعتمدت الدرجة (114) الحد القاطع بين التفكير الإيجابي والسلبي، حيث تعتبر درجة المفحوص (114 فأكثر) بمثابة على تفكير المفحوص الإيجابي، بينما الدرجة (114 فأقل) بمثابة دليل على تفكير المفحوص السلبي.

ت-الخصائص السيكومترية للمقياس:

- الثبات:

أ/ الثبات بطريقة إعادة الاختبار (برافي بيرسون):

طبقت مُعدة المقياس على عينة بلغ عددها 40 طالب كخطوة أولى حيث تكرر تطبيق المقياس نفسه للمرة الثانية على نفس العينة بفارق زمني مدة 15 يوم وذلك بغرض التأكد من ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار (برافي بيرسون)، حيث بلغت النتيجة 0.71 دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهي قيمة ذات شدة مرتفعة وجد مرضية.

ب/ الثبات بطريقة ألفا كرومباخ (α):

بعد تطبيق معادلة (α) لحساب الثبات الخاص باستمارة التفكير المكونة من 38 فقرة، تم التوصل إلى أن قيمة (α) تساوي 0.83 وهي قيمة ذات شدة مرتفعة مما يبين تناسق فقرات الاستمارة.

ج/ الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

وجدت مُعدة المقياس قيمة معامل الثبات المحسوبة بطريقة سبيرمان-براون (Spearman Brown) تساوي 0.75 بعد تقسيم فقرات الاستمارة إلى نصفين، شمل النصف الأول الفقرات من 1 إلى 19، والنصف الثاني الفقرات من 19 إلى 38، وتعتبر هذه القيمة مرتفعة وجد مرضية.

جدول يبين قيمتي ثبات مقياس التفكير حسب برافي بيرسون وألفا كرومباخ:

الطريقة	قيمة ر	قيمة α	قيمة ر S.B
القيمة	0.71	0.83	0.75

تشير بيانات الجدول إلى ارتفاع قيم الثبات بالطرق المختلفة في ذلك، إعادة الاختبار، ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية.

كما قام الباحث بالتأكد من ثبات المقياس ع ن طريق طريقة اعادة الاختبار حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني r=0.97 عند مستوى دلالة α=0.01وهو يدل على أن مقياس أنماط التفكير يتمتع بمعامل ثبات قوي فهو صالح للتطبيق .

***- الصدق:**

أ/ **صدق المحكمين:** عرضت عبد العزيز حنان فقرات المقياس على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس وذوي خبرة في التحكيم، وقد تراوحت نسب الموافقة على فقرات المقياس بهذه الطريقة بين (75%-85%) وهي نسب مقبولة للصدق لمثل هذا النوع من المقاييس.

ب/ الاتساق الداخلي:

تحققت عبد العزيز حنان من صدق الاستمارة عن طرق الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجموع الكلي للفقرات المكونة للاستمارة ويظهر الجدول التالي تلك المعاملات.

جدول رقم (18) يبين معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجموع الكلي لاستمارة التفكير

رقم الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
01	0.434	دال عند 0.01
02	0.341	دال عند 0.01
03	0.452	دال عند 0.01
04	0.432	دال عند 0.01
05	0.611	دال عند 0.01
06	0.312	دال عند 0.01
07	0.434	دال عند 0.01
08	0.532	دال عند 0.01
09	0.546	دال عند 0.01
10	0.326	دال عند 0.01

11	0.677	دال عند 0.01
12	0.338	دال عند 0.01
13	0.612	دال عند 0.01
14	0.498	دال عند 0.01
15	0.588	دال عند 0.01
16	0.393	دال عند 0.01
17	0.511	دال عند 0.01
18	0.581	دال عند 0.01
19	0.631	دال عند 0.01
20	0.545	دال عند 0.01
21	0.311	دال عند 0.01
22	0.467	دال عند 0.01
23	0.626	دال عند 0.01
24	3.333	دال عند 0.01
25	0.522	دال عند 0.01
26	0.583	دال عند 0.01
27	0.399	دال عند 0.01
28	0.435	دال عند 0.01
29	0.442	دال عند 0.01
30	0.677	دال عند 0.01
31	0.634	دال عند 0.01
32	0.398	دال عند 0.01
33	0.422	دال عند 0.01
34	0.483	دال عند 0.01
35	0.581	دال عند 0.01
36	0.593	دال عند 0.01
37	0.421	دال عند 0.01
38	0.593	دال عند 0.01

يتضح من هذا الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير إلى صدق فقرات الاستمارة. (حنان،2012 ص 102).

كما قام الباحث بحساب الصدق الذاتي للمقياس حيث بلغ الجذر التربيعي لمعامل الثبات 0.98 وهو يدل على ان مقياس انماط التفكير يتمتع بالصدق الذاتي .

3- مقياس المهارات الاجتماعية:

أعد مقياس المهارات الاجتماعية من طرف (سمية حربوش 2009) وهو يتكون من مجموعة من البنود أو العبارات، التي تغطي مختلف صور السلوك في مواقف التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، ويحدد المجيب على المقياس (في ضوء ملاحظته لنفسه في المواقف المختلفة) موقفه من كل عبارة (باختيار بديل واحد فقط من خمسة بدائل)، بما يوضح ما إذا كان السلوك الذي تتضمنه هذه العبارة، يحدث بالنسبة له...

- دائما؟ ،- كثيرا؟ ، - أحيانا؟ ، - نادرا؟ ، - لا يحدث مطلقا؟

مقياس للمهارات الاجتماعية يغطي مختلف أنماط السلوك التي تكشف عن درجة كفاءة الفرد في المهارات الاجتماعية النوعية السابقة الذكر (مهارة تأكيد الذات، مهارة الضبط الاجتماعي ومهارة التواصل الاجتماعي).

وبالتالي يهدف هذا المقياس إلى قياس درجة كفاءة الفرد في مهارة تأكيد الذات، ومهارة الضبط الاجتماعي ومهارة التواصل الاجتماعي، كمهارات اجتماعية نوعية، بحيث يتحصل الفرد على درجة كلية يشير ارتفاعها على الكفاءة الجيدة للمهارات الاجتماعية أو على مستوى مرتفع فيها، في حيت تعبر الدرجة المنخفضة على ضعف هذه الكفاءة.

ا- تصحيح المقياس:

يشتمل المقياس على 60 بندا تقيس بمجموعها المهارات الاجتماعية، وتتوزع على ثلاثة محاور يمثل كل محور مهارة نوعية (مهارة تأكيد الذات، مهارة الضبط الاجتماعي ومهارة التواصل الاجتماعي)، ولكن دون توضيح هذه المحاور في المقياس المعد للتطبيق.

وفيما يتعلق بطريقة إجابة المفحوص على بنود مقياس المهارات الاجتماعية فقد تمثلت في تقدير كل بند من البنود في ضوء خمس مستويات، تبدأ من (5) حيث ينطبق البند تماما، إلى (1) حيث لا ينطبق البند إطلاقا، أو بعبارة أخرى: من تواتر حدوث السلوك بك ثرة إلى إنعدام حدوثه، وبذلك يحصل المبحوث على درجة كلية تتراوح بين (60 و 300)، كما قد روعي عند التصحيح عكس البنود السلبية التي هي في الاتجاه العكسي للمهارة، حيث بلغ عددها 18 بندا .

ب- الخصائص السيكومترية:

*** حساب الثبات:**

لجأت سمية حربوش إلى حساب معاملات الثبات للمقياسين بطريقتين: طريقة التجزئة النصفية، وطريقة الاتساق الداخلي (حساب معامل ألفا كرومباخ)

معاملات الثبات المقياس	قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (ن-100)	قيم معاملات الاتساق الداخلي "ألفا" (ن-100)
مقياس المهارات الاجتماعية	75	79

كما قام الباحث بحساب الثبات بطريقة طريقة إعادة الاختبار حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين الاول والثاني r=0.97 عند مستوى دلالة α=0.01وهو يدل على أن مقياس المهارات الاجتماعية يتمتع بمعامل ثبات قوي فهو صالح للتطبيق.

*** حساب الصدق:**

-صدق المحتوى

ويسمى أيضا صدق المضمون، ويقصد به فحص محتوى الاختبار فحصا منطقيا دقيقا بغرض تحديد ما إذا كان يغطي بالفعل عينة ممثلة للسلوك المراد قياسه، وبالتالي فهو يقوم بتحليل المجال السلوكي المراد قياسه تحليلا يتيح الكشف عن عناصره ومكوناته الأساسية بحيث تصبح فقرات الاختبار بمثابة العينة الممثلة حقا لهذه العناصر والمكونات جميعا. (الحنفي و الغندور، 1997، ص57 و58).

لجأت سمية حربوش إلى حساب صدق المحتوى وفقا للمعادلة التالية:

حيث:

ع: هو عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند يقيس السلوك المراد قياسه.

غ: هو عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند لا يقيس السلوك المراد قياسه.

ج: عدد المحكمين الإجمالي.

ونتائج التحكيم موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (19) يوضح نتائج تحكيم مقياس المهارات الاجتماعي

الاستجابة البنود	تقيس	لا تقيس	ن م ص
1	4	1	0.6
2	5	0	1
3	5	0	1
4	5	0	1
5	4	1	0.6
6	5	0	1
7	5	0	1
8	5	0	1
9	5	0	1
10	3	2	0.4
11	5	0	1
12	5	0	1
13	5	0	1
14	5	0	1

1	0	5	15
1	0	5	16
1	0	5	17
1	0	5	18
1	0	5	19
1	0	5	20
0.6	1	4	21
0.6	1	4	22
0.6	1	4	23
0.6	1	4	24
0.6	1	4	25
1	0	5	26
1	0	5	27
1	0	5	28
1	0	5	29
1	0	5	30
0.4	2	3	31
1	0	5	32
0.6	1	4	33
1	0	5	34
0.6	1	4	35
0.6	1	4	36
0.6	1	4	37
1	0	5	38
1	0	5	39
1	0	5	40
1	0	5	41
1	0	5	42
1	0	5	43
1	0	5	44

45	5	0	1
46	5	0	1
47	5	0	1
48	5	0	1
49	5	0	1
50	4	1	0.6
51	4	1	0.6
52	5	0	1
53	5	0	1
54	5	0	1
55	5	0	1
56	4	1	0.6
57	5	0	1
58	5	0	1
59	5	0	1
60	5	0	1

وبما أن: ن م ص= $\frac{\text{نالبنود ص 1+ن م ص 2+ن م ص 3+⋯+ن م ص 60}}{\text{عدد}}$

فإن: ن م ص= $\frac{1+\cdots+1+1+0.6}{60} = \frac{52.8}{60}$

ن م ص= 0.88 وهذا ما يدل على تمتع المقاس بصدق مرتفع.

-حساب الصدق الذاتي للمقياسين:

تم تقدير صدق المقياسين أيضا عن طريق حساب الصدق الذاتي الذي يقوم على القاعدة التالية:
الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات.

وبذلك فالصدق الذاتي لمقياس المهارات الاجتماعية= 0.75 =0.86 (سمية حربوش 2009 ص 121).

كما قام الباحث بحساب الصدق الذاتي للمقياس حيث بلغ الجذر التربيعي لمعامل الثبات 0.98 وهو يدل على ان مقياس المهارات الاجتماعية يتمتع بالصدق الذاتي .

4- مقياس السلوك الصحي:

أعدت هذا المقياس شريفة بن غذفة شريفة2007 وفق الخطوات التالية :

- الاعتماد على التراث السيكولوجي الذي كتب حول هذا المتغير أو كيفية قياسه وأهم المؤشرات المعتمد عليها وهذا من خلال الكتب وخاصة المقالات المنشورة على شبكة الانترنت.

- ترجمة مقياس السلوك الصحي الموجود باللغة الإنجليزية Health Behavoir questionnaire (1992). إلى العربية ثم من العربية إلى الإنجليزية وعرضه على أساتذة مختصين في علم النفس واللغة الإنجليزية ، فكانت النسخة النهائية للاستمارة والمبينة في الملاحق كما يلي:

تصحيح المقياس:

الاستمارة تتكون من 50 سؤالا وعدد الاختيارات المتاحة للإجابة على كل سؤال هي 4 اختيارات على التوالي: لا-أحيانا-غالبا-دائما، ويحتوي المقياس على 20 سؤال سلبي و 30 سؤال إيجابي حيث تكون طريقة التنقيط من 1 إلى 4 بالنسبة للأسئلة الإيجابية والعكس بالنسبة للأسئلة السلبية، وبهذا تكون النقطة القصوى للفرد على هذه الاستمارة هي 200 درجة.

الخصائص السيكومترية:

الثبات:- قامت مُعدة المقياس بحساب ثبات وصدق المقياس بتطبيقه الأولي على 10 أفراد من العينة، وتم حساب الثابت بحساب ألفا α لكرونباخ (Alpha Coefficient) والذي يستخدم لحساب الاتساق الداخلي لاختبار أو المقياس المكون من درجات مركبة، والذي يربط ثبات المقياس بثبات بنوده، أما الصدق فكانت النتائج كالتالي:

- بعدما قامت بحساب تباينات البنود لأفراد العينة التجريبية لكل مقياس وأيضا حساب التباين الكلي للدرجات تم حساب الثبات.

كما قام الباحث بحساب الثبات عن طريق طريقة اعادة الاختبار حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين الاول والثاني r=0.98 عند مستوى دلالة α=0.01وهو يدل على ان مقياس السلوك الصحي يتمتع بمعامل ثبات قوي فهو صالح للتطبيق .

الصدق:

– كانت α= 0.98 وبالتالي قيمة الصدق الذاتي للمقياس ص= 0.98 وهذا يعني أن قيمة الثبات والصدق عالية وأن المقياس يتمتع بقيمة علمية وإحصائية كبيرة.(بن غذفة 2007،ص106).

5– مقياس الأنشطة الترويحية:

المقياس أعده حمدي عباس السيسي حيث أنه أنسب المقاييس لخدمة هذه الدراسة، حيث أنه يحتوي على أنشطة ترويحية مختلفة (رياضية و ثقافية و اجتماعية و خلوية..) وكذلك يتضمن أنشطة إيجابية و وجدانية و إبتكارية ويتم توزيع درجات المقياس بصورة متدرجة (0،1،2) تبلعا، للممارسة تكون الدرجة (2)، وللمشاهدة فقط تكون الدرجة(1) وعدم الممارسة أو المشاهدة تكون الدرجة (0)، ويتميز المقياس بسهولة التطبيق ووضوح العبارات ومناسبته للمرحلة الإعدادية والثانوية.

– الخصائص السيكومترية لمقياس الأنشطة الترويحية:

قامت رقية خضر 2012 بإيجاد المعاملات العلمية للمقياس على عينة مكونة من (54) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية وذلك خلال الفترة من 2010/12/2 وحتى الموافق 2011/3/7.

– ثبات المقياس:

قامت رقية خضر 2012 بحساب ثبات المقياس عن طريق:

1– طريقة إعادة الاختيار:

فقد قامت بتطبيق المقياس على عينة التقنين ثم أعادت تطبيقه عليهم بفاصل زمني قدره لا يقل عن 45 يوما وذلك في الفترة من 2010/11/2 حتى 2011/1/8 ثم قام بإيجاد معاملات الارتباط بين درجات التطبيقين

فوجدت ارتباط دال إحصائيا بين درجات طالبات العينة الاستطلاعية في التطبيق الأول ودرجاتهم في إعادة التطبيق عند مستوى معنوية 0.01 للمحاور الخمسة والدرجة الكلية للمقياس كما يتضح أن معاملات الارتباط قد تراوحت ما بين (0.872، 0.971) وهي قيم معاملات ارتباط مرتفعة مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

2- تحليل التباين:

كما قامت بإيجاد تحليل التباين الأحادي بين درجات القياسين القبلي والبعدي في المحاور والدرجة الكلية للمقياس، كأحد مؤشرات ثبات الدرجات . فوجدت أن قيم ف المحسوبة للمحاور الخمسة والدرجة الكلية للمقياس الترويحي قد تراوحت ما بين (0.01) و(0.31) وجميع قيم ف المحسوبة أقل من قيم ف الجدولية مما يشير إلى عدم وجود فروق بين درجات القياسين ووجود درجة عالية من الثبات.

كما قام الباحث بحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين الاول والثاني r=0.96 عند مستوى دلالة α=0.01وهو يدل على ان مقياس الأنشطة الترويحية يتمتع بمعامل ثبات قوي فهو صالح للتطبيق

- الصدق:

كما قامت رقية خضر 2012 بالتحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق الإحصائي. وقد قامت بإيجاد الصدق الإحصائي عن طريق:

الاتساق الداخلي:

حساب صدق المحتوى أو الاتساق الداخلي وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل محور من المحاور الخمسة والدرجة الكلية للمقياس، وكذا حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور وكذا الدرجة الكلية

حيث وجدتان قيم الارتباط المحسوبة بين درجة المحور والدرجة الكلية للمقياس أكبر من قيمة (ر) الجدولية عند مستوى معنوية 0.01 وأن قيم معاملات الارتباط قد تراوحت ما بين (0.766)، (0.900) مما يشير إلى أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الاتساق.

كما وجدت أن قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحاور جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.01 وقد تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.616، 0.855) كما أن قيم معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01) مما يشير إلى تمتع عبارات المقياس بدرجة عالية من الاتساق وكذلك الصدق.

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)

قامت رقية خضر بترتيب أفراد عينة التقنين ترتيبا تنازليا من حيث الدرجة الكلية للمقياس ثم قامت بإيجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة الكلية ثم قامت بإيجاد الفرق بين متوسط الربيعين لهما

فوجدت أن قيم (ت) المحسوبة بين متوسط درجات الربيع الأدنى أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى معنوية 0.01 وأن قيم (ت) المحسوبة قد تراوحت ما بين (7.71)، (12.42) مما يشير إلى أن المقياس يتميز بدرجة عالية من التمييز.

كما قام الباحث بحساب الصدق الذاتي حيث بلغ الجذر التربيعي لمعامل الثبات 0.97 وهو يدل على ان مقياس الأنشطة الترويحية يتمتع بالصدق الذاتي.

6 إستمارة مراقبة شخصية لمدى التقدم في الاسترخاء:

حسب(معمرية 2007) فالتقدير هو تحديدٌ للصفة أو الخاصية بطريقة الحدس أو الأنطباع الذي يكون لدى الإنسان، وهو اقل موضوعية ودقة من القياس، يستعمل لجمع ملاحظات عن أداء أو منتوج أو طريقة في العمل لا نستطيع قياسها، لأننا لم ننجح في تصميم أدوات قياس أدق وأكثر موضوعية من أدوات التقدير.

سلالم التقدير Rating Scales تستعمل لتبين على أي درجة من السلم تقع الخاصية التي يجري تقديرها، وهي تستعمل كذلك لتسجيل الملاحظات حول سلوك الأفراد في مجالات الحياة المختلفة، قدراتهم واستعداداتهم، وإنجازاتهم وسماتهم، وطرقهم في الأداء...إلخ، كما تستعمل في علم النفس لتقييم النمو النفسي والحركي واللغوي، والتكيف الإجتماعي، وفي دراسة الشخصية، والإتجاهات والميول والقيم (معمرية 2007،ص 16 بتصرف)

لذا (فإن التدريب على الاسترخاء يتطلب جمع بعض المعلومات عن المواقف التي تثير قمة التوتر لدي الفرد، وتلك التي يشعر فيها بالهدوء والراحة، يجب أن يتأكد الفرد عند جمعه لهذه المعلومات أن يضع أولا مقياساً يحدد درجة الشعور بالتوتر والقلق المرتبطة بنوع المواقف والأوقات التي تثور فيها هذه المشاعر، ويقترح "ليفنسون" وزملاؤه من الولايات المتحدة ان يتراوح ذلك المقياس من صفر إلى عشرة باستخدام مقياس مراقبة الاسترخاء . ونجد وفق هذا المقياس أن الدرجة 10 تساوي اعلى درجة من القلق والتوتر، بينما يُمثل الصفر أقصى درجات الهدوء والاسترخاء) (عبد الستار،2007ص 191 بتصرف)

و- المعالجة الإحصائية:

لغرض معالجة البيانات المُتحصل عليها من خلال تطبيق المقياس ، فانه تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1-المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على كل من المقياسين المستخدمين في البحث.

2- اختبار(ت) لاختبار دلالة الفروق لمتوسطين حسابيين ،والذي يستعمل عندما لا يمكن للباحث أن يحصل على الانحراف المعياري للمجتمع ،أو عندما يكون الانحراف المعياري للمجتمع معروفا وحجم العينة صغير، ويجب الأخذ بعين الاعتبار حجم العينة مع استعمال درجات الحرية (DF)، حيث تكون عملية القياس على مستوى الوحدات المتساوية أي أن المعطيات تكون في شكل متوسطات، وتستخدم هذه الطريقة ليتم تحديد هل الفروق الموجودة بين متوسطين حسابيين جوهرية وذات دلالة إحصائية بمعنى قابلة للتعميم أم لا. كما استخدم الباحث مقياس مربع إيتا " η^2 " لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل ومن ثم حساب قيمة (d) والتي تعبر عن حجم التأثير

ي- البرنامج العلاجي المقترح:

1 بروتكول البرنامج العلاجي المقترح:

جدول رقم (20) يوضح بروتكول البرنامج العلاجي

مسماه	برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور للإكتئاب النفسي
هدفه	تخفيض درجة الأعراض الإكتئابية
خلفيته النظرية	العلاج السلوكي المتعدد المحاور
عدد جلساته	16 جلسة
متوسط مدة الجلسة	53.4 دقيقة
حجم العينة	12 عينة تجريبية 12 عينة ضابطة
الفئة الإكلينيكية	إكتئاب شديد
طبيعة الجلسات	مغلقة
تواترت الجلسات	مرتان في الأسبوع
مدة البرنامج العلاجي	بالدقائق=855 بالساعات= 14 ساعة تقريباً بالأيام=16 يوم بالأسابيع=08 أسابيع بالأشهر= 02 شهران
المتابعة البعدية	بعد أربعة اسابيع
قيادة الجلسات	المعالج (الباحث)
المساعدون	أخصائي النفساني لوحدة الصحة المدرسية
المشاركون	طبيب وحدة الصحة المدرسية طبيب أستاذ النشاط البدني والتربية البدنية
مكان إجراء الجلسات	قاعة الاجتماعات لوحدة الصحة المدرسية
الجلسات الملغاة	لاتوجد
تسرب العينات	02 إثنان

2- أهداف البرنامج

***- الهدف الرئيسي:**

اختبار فعالية البرنامج في خفض درجة الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة العلاجية

***- منحى الأهداف :**

- **منحى علاجي:** تخفيض درجة الأعراض الاكتئابية عند أفراد المجوعة العلاجية

- **منحى وقائي** : إكساب أفراد المجموعة العلاجية مهارات وأساليب مختلفة (معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية، بدنية، ودينية) تحصنهم من الوقوع ضحايا للإضطراب النفسي وللاكتئاب في المستقبل.

- **منحى ايجابي نمائي** : تنمية مفهوم "الايجابية في السلوك" لدى أفراد المجموعة وتعزيز ممارستها على المستوى الفردي والجماعي.

***- الأهداف الفرعية:**

تتحقق الأهداف الرئيسية للبرنامج من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التي يتم تحقيقها من خلال محتويات جلسات محاور البرنامج العلاجي، والتي تتمحور حول:

- اكتشاف الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية وتغييرها إلى أفكار ايجابية ومعتقدات معقولة.
- تعلم تقنية الاسترخاء العضلي والتخيلي في مواجهة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات السلبية.
- زيادة معدل السلوك السار والأنشطة المبهجة
- تنمية المهارات الاجتماعية وتعزيز التو كيدية
- تعزيز لياقة وسلوك الصحة الجسمية
- زيادة ممارسة الشعائر الدينية وترسيخ المعتقدات الدينية

3- الحاجة إلى البرنامج:

تظهر الحاجة للبرنامج العلاجي من خلال ما يلي:

- تأكد من خلال الدراسات السابقة ومعلومات الإطار النظري أن في عصرنا هذا ازداد تفشي اضطراب الاكتئاب مما يحتم ابتكار برامج علاجية مناسبة له وبخاصة إذا كانت الفئة المستهدفة هم من فئة المراهقين.
- إن المراهق في مرحلة نموه الحساسة ولعدم نضجه المناسب لمواجهة ضغوط الحياة والمشكلات النفسية فإنه تعوزه الاستراتيجيات الحياتية المناسبة والأساليب المختلفة (النفسية، الاجتماعية...) التي تساعده على تخطي مشكلاته وعدم وقوعه ضحية لها. لهذا جاء هذا البرنامج ليوفر له تلك الفنيات والأساليب.
- إن بناء هذا البرنامج العلاجي يساهم بقدر معين في توفير خدمات علاجية متكاملة (معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية، بدنية، دينية) للطلاب ومن طرف أخصائيين متعددين.
- إن تطبيق واعتماد البرنامج العلاجي على مستوى وحدات الصحة المدرسية يساهم في تحقيق احد إستراتجيات وتوصيات الصحة الحديثة وهي "الاكتشاف والعلاج المبكر للاضطرابات النفسية" .
- أن البرنامج المقترح يعزز إتباع المنهج العلاجي والوقائي والايجابي النمائي في مواجهة المشكلات النفسية.

4- الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يساهم البرنامج المقترح في تخفيض درجة الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من خلال توفير الخدمات العلاجية المتنوعة التالية:

- خدمات علاجية معرفية: وتتمثل في مساعدة أفراد العينة على تعديل المنظومة المعرفية المُشوهة واللاعقلانية المولدة للاكتئاب وتحسينها لتكون إيجابية وصحية.
- خدمات علاجية سلوكية: وتتمثل في إزالة السلوكيات السلبية والروتينية المتعود عليها المولدة والداعمة للاكتئاب و تعلم سلوكيات مناهضة للسلوك الاكتئابي بإدخال عادة ممارسة الأنشطة السارة والمبهجة.

- خدمات علاجية انفعالية: وتتمثل في تحسين المزاج الوجداني والتنفيس وإزالة التوتر و التغيرات الفسيولوجية السلبية المصاحبة وكل ذلك عن طريق تقنية الاسترخاء العضلي والتخيلي.
- خدمات علاجية اجتماعية: عن طرق تنمية المهارات الاجتماعية وتعزيز التوكيدية والتفاعل والتواصل الاجتماعي.
- خدمات علاجية جسمية: من خلال تبني سلوك صحي من مثل نشاط رياضي داعم للصحة الجسدية، النظافة، نظام غذائي متوازن ومتنوع، عدم الإجهاد وساعات النوم الكافية، البعد عن التدخين والمخدرات والمسكرات، الفحوص الطبية والتثقيف الصحي
- خدمات علاجية دينية: من خلال تطبيق توجيهات وتعاليم الإسلام في العناية بكل جوانب السلوك السابقة وتعزيز ممارسة الشعائر وترسيخ المعتقدات الدينية.

كما يقدم البرنامج خدمات وقائية تعمل على إكساب أفراد المجموعة التجريبية أساليب وفنيات سلوكية مختلفة تساعده على تكو ين منظومة استراتيجيات نفسية تُحصنه مستقبلا من المشكلات النفسية المختلفة خاصة الاكتئاب.

كذلك يقدم البرنامج خدمات تنمية الايجابية بحيث يرسخ مفهوم الايجابية لدى الأفراد من خلال تعليمهم سلوكيات ايجابية مختلفة في حدود موضوع الدراسة.

يقدم البرنامج كذلك خدمات المتابعة لمدى تطبيق توجيهات وفنيات البرنامج داخل وخارج الجلسات، وكذلك متابعة مدى التحسن واستمراريته بعد إنهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

5- مصادر إعداد البرنامج:

- الإطار النظري للدراسة الذي تناول موضوع الاكتئاب وتفسيراته وأسبابه وأعراضه وطرق علاجه.
- المراجع العربية والأجنبية التي تناولت طرق العلاج النفسي والعلاج السلوكي خاصة مؤلفات عبد الستار إبراهيم.
- خضوع الباحث لدورة تدريبية خاصة به في العلاج السلوكي المعرفي من تنظيم نقابة المهن النفسية التخصصية بمصر ومركز مصر الدولية للاستشارات النفسية والتدريب والبحوث(إيجاب) تحت إشراف عبد الستار إبراهيم (13-2013/04/15)

- الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت إعداد البرامج الإرشادية والعلاجية لتخفيض درجة الاكتئاب النفسي، خاصة من حيث كيفية إعدادها، فنياتها، محتوى جلساتها، المقاييس المستعملة.
- كتب الفقه والعقيدة الدينية وكتب التأصيل الإسلامي لعلم النفس
- كتب مناهج البحث في علم النفس وبخاصة المناهج التجريبية.
- الخبرة المهنية الميدانية للباحث وتوجيهات (طبيب الصحة المدرسية، طبيب وأستاذ التربية البدنية والرياضية،أخصائي نفساني بالصحة المدرسية).

6- خطوات إعداد البرنامج العلاجي:

إن العمل السليم يلزمه الإعداد والتخطيط الجيد الذي يوضح مسار العمل ويهيئ الفرص لإنجاحه، ولا شك أن الإعداد للبرنامج العلاجي في الدراسة الحالية يتضمن مجموعة من الخطوات التي يلخصها الباحث فيما يلي:

1 -الإطلاع على الدراسات والمراجع العلمية الخاصة بموضوع الاكتئاب وجمع مادة علمية مكنت الباحث من تسهيل إعداد الجانب النظري للبحث الحالي.
2 -الإطلاع على البرامج العلاجية المّختلفة التي تناولت تخفيض درجة الاكتئاب النفسي من دراسات سابقة وأطر نظرية مختلفة تبناها الباحثين، مما سهّل إعداد الإطار العام للبرنامج.
3 -الاستفادة من ملاحظات الزملاء الممارسين والمختصين في ميدان وموضوع البحث.
4 -تحديد الأهداف العامة والجزئية للبرنامج.
5 -قراءة وفحص المناهج العلمية وتصاميمها من خلال كتب مناهج البحث في علم النفس، واختيار أنسبها وأفضلها موثوقية وعلمية.
6 -اختيار مقاييس نفسية مناسبة لموضوع الدراسة ومتغيراته.
7 -تصميم مبدئي لجلسات البرنامج واختيار الفنيات ومحتويات كل جلسة.
8 -تحكيم البرنامج العلاجي من طرف مجموعة أساتذة خبراء والاستفادة من ملاحظاتهم وأرائهم.
9 -اعتماد النسخة النهائية للبرنامج بعد اجراء التجربة الاستطلاعية و ضبطها.

7- الأساليب والفنيات العلاجية:

انطلاقاً من المبدأ النظري للبرنامج العلاجي وهو استهداف كل جوانب السلوك الإنساني فإنه يتم اعتماد فنيات وأساليب مناسبة لكل جانب سلوكي وتبعاً للخصوصية الإكلينيكية للاضطراب ولأفراد المجموعة العلاجية. فتحضر مرونة المعالج الخبير في اختيار الأساليب والفنيات وعدم اشتراط الموازنة بين الجوانب السلوك، حيث أن التخطيط العلاجي يتتبع حاجات المريض ومشكلاته وثقل كل جانب و أولويته.

يمكن أن نحصر أهم الفنيات والأساليب العلاجية المختلفة التي يمكن أن يعتمدها المعالج فيما يلي:

جدول رقم(21) يوضح أهم التقنيات والأساليب تبعاً لجوانب السلوك

جوانب السلوك	**الجانب المعرفي**	فنية تحليل العلاقة بين A.B.C – فحص واكتشاف الأفكار السلبية – فنية الدحض والتفنيد– المحاضرة والمناقشة– التحصين ضد الضغوط– فنية إيقاف الفكرة– إعادة البناء المعرفي – الحديث الذاتي الايجابي
	الجانب الانفعالي	الاسترخاء العضلي والتخيلي– التنفيس الانفعالي– ضبط الانفعال – فنية الكرسي الخالي– فنية التغذية المرتدة
	الجانب السلوكي	ممارسة الأنشطة السارة– التدعيم – التخطيط للسلوك المسؤول– الضبط السلوكي– الواجبات المنزلية– العزيز – التدعيم – النمذجة
	الجانب الاجتماعي	لعب الأدوار– تدريب على التو كيدية– التوصل البصري– التعامل مع النقد والنقاد– أساليب تعبيرية مناسبة حسب المشاعر– أساليب بدنية مرتبطة بمهارات التعبير عن المشاعر
	الجانب البدني	النشاط البدني– الغذاء الصحي المتوازن – عدم الإجهاد وعدد ساعات النوم الكافية– تجنب التدخين والكحول والمخدرات– النظافة – تدعيم السلوك الصحي– تغذية مرتدة بيولوجية– التثقيف الصحي.
	الجانب الروحي	المحاضرة الوعظية– القصص النبوية– شرح معاني الآيات الخاصة– التوجيهات الدينية الخاصة بالعناية بجوانب السلوك الإنساني– الشعائر والأخلاق و العقائد الدينية

8- الوسائل المادية المستخدمة في البرنامج:

استعان الباحث ببعض الوسائل المادية أثناء الجلسات لتحقيق أهداف البرنامج وأهمها ما يلي:

- جهاز حاسوب
- جهاز العرض المرئي للمعلومات Data Shaw projector
- مواد علمية وعلاجية مسجلة على الحاسوب
- تسجيلات سمعية مرئية خاصة بتمرينات الاسترخاء
- سبورة ، – مقاييس نفسية ، – مطويات ورقية توجيهية
- بطاقات الواجبات المنزلية ، – برنامج تدريبات رياضية .
- تدريبات الاسترخاء .
- فحوص طبية وتحاليل دم وقياسات طبية حيوية.

9- – تحكيم البرنامج العلاجي المقترح:

بعد أن صمّم الباحث المحتوى المبدئي للجلسات البرنامج العلاجي المقترح قام بعرضه على عشرة (10) من أعضاء هيئة تدريس وخبراء في:(علم النفس، علم الاجتماع، النشاط الرياضي والتربية البدنية، الطب المدرسي، الشريعة) لتحكيم البرنامج ومعرفة آرائهم خاصةً فيما يلي:

- خطوات البرنامج التي تم تحديدها.
- محتوى البرنامج وتوافر عناصر الترابط فيه وشموله على جوانب السلوك الإنساني
- مناسبة كل جلسة وزمنه لعينات الدراسة.
- مناسبة إجراءات وتقنيات وادوات كل جلسة لأهدافها .
- مناسبة التصميم التجريبي لدراسة فعالية البرنامج .
- مناسبة المقاييس النفسية المعتمدة لاستخلاص النتائج .

وقد تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة على البرنامج وذلك لتحسين وزيادة كفاءة وفعالية البرنامج العلاجي، حيث أجمع المحكمون على صلاحية وملائمة جلسات البرنامج وزمنه وفنياته لما وضع من أجله. (قائمة المُحكمين مرفقة مع الملاحق)

10- إجراءات تنفيذ البرنامج:

إن التخطيط الجيد للبرنامج ثم التنفيذ السليم والدقيق له يضمن نجاح سير البرنامج والوصول إلى تحقيق أفضل النتائج والأهداف، يمكن وصف إجراءات تنفيذ البرنامج في العناصر المرتبة كما يلي:

1 -القيام بالترتيبات الإدارية والتنسيق مع مسؤولي وحدة الصحة المدرسية والثانوية لتطبيق البرنامج العلاجي.

2 -تحديد المشاركين في تطبيق البرنامج وتحديد مهامهم (طبيب الصحة المدرسية، الطبيب أستاذ التربية البدينة، الأخصائي النفساني المساعد، الإمام المدرس).

3 -القيام بالدراسة الاستطلاعية وتحديد مجتمع الدراسة وتمرير مقياس بيك الثاني للاكتئاب .

4 -واختيار أفراد العينة ذوي الاكتئاب الشديد والتعاقد العلاجي معهم .

5 -الشروع في تطبيق التجربة الأساسية وانطلاق جلسات البرنامج عبر مراحل، كل مرحلة تمثل محور علاجي لجانب سلوكي معين بمحتوى ديني ثم تطبيق قياس فرعي بعدي مناسب له

6 -انتهاء الجلسات البرنامج وتطبيق قياس بعدي بمقياس بيك الثاني للاكتئاب وتقييم محتوى البرنامج العلاجي من طرف أفراد العينة عن طرق استمارة خاصة.

7 -بعد أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج تم تطبيق القياس البعدي التتبعي (مقياس بيك الثاني الاكتئاب).

8 -استخراج البيانات والقيام بالمعالجة الإحصائية ثم استخلاص النتائج.

11- زمن تطبيق البرنامج:

طبق البرنامج الإرشادي في الثلاثي الأول من الموسم الدراسي 2015/2014

ويمكن تفصيل التوقيت المخصص للمحاور العلاجية في البرنامج كما يلي:

جدول رقم (22) يوضح التوقيت المخصص للمحاور العلاجية في البرنامج

المحور العلاجي	الزمن المخصص	
	عدد الدقائق	النسبة المئوية من توقيت المحاور
الانفعالي	160 د	%25.6

الجسمي	170 د	%27.2
المعرفي	105 د	%16.8
الاجتماعي	100 د	%16
سلوكي	90 د	%14.4
المجموع	625 د	100%

وتفصيل التوقيت المخصص للعناصر الدينية الايجابية في محتوى المحاور العلاجية كما يلي:

جدول رقم (23) يوضح التوقيت المخصص للعناصر الدينية الايجابية في محتوى المحاور العلاجية

المحور العلاجي	**الزمن المخصص للعناصر الدينية الايجابية**	
	الدينية	**الايجابية**
الانفعالي	15 د	15 د
الجسمي	15 د	20 د
المعرفي	20 د	20 د
الاجتماعي	25 د	15 د
سلوكي	10 د	20 د
المجموع	85 د	90 د
	175د	

حيث تمثل 175د نسبة 28% من مجموع وقت المحاور العلاجية

جدول رقم (24) يوضح توقيت محتويات أخرى في البرنامج العلاجي:

المحتوى		**الزمن المخصص**	
تأسيس العلاقة العلاجية		20 د	
الاكتئاب		35 د	
التقييم	تقييم الواجبات	70 د	105د
	تقييم بنائي و تقييم كلي	35 د	
القياسات	قياسات فرعية بعدية	45 د	60 د

	قياس بعدي أساسي	15 د	
انتهاء البرنامج العلاجي		10 د	
المجموع		230 د	

12-**مكان تطبيق البرنامج:**

وحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية بثانوية بلحرش البشير- حاسي بحبح، ولاية الجلفة.

13- المشاركون في تطبيق البرنامج:

- طبيب وحدة الكشف والمتابعة للصحة المدرسية (للقيام بالفحوص الطبية والتوعية بأهمية الصحة الجسمية واهم المُخلات بها).
- طبيب أستاذ التربية البدنية بجامعة الجلفة (للتوعية بأهمية النشاط البدني والإشراف على البرنامج الرياضي والبرنامج الغذائي)
- أخصائي نفساني مساعد بوحدة الكشف والمتابعة (لتسهيل ظروف إجراء البرنامج وتمرير القياسات النفسية واسترجاعها).

14- جلسات البرنامج:

جلسات البرنامج بمحتوياته وتفصيلاته الأخرى موضحة على شكل جداول في الصفحات التالية:

جدول رقم (25) يوضح محتوى جلسات البرنامج العلاجي

الجلسة رقم (01)

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
تأسيس العلاقة العلاجية	- تعارف مابين الأفراد - هدف البرنامج العلاجي	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار	- التعارف المتبادل بين أفراد المجوعة العلاجية والباحث. - توضيح هدف البرنامج العلاجي وأهداف محاوره. - شرح بنود العقد العلاجي وإمضاءه	20 د
الاكتئاب	- مفهوم الاكتئاب - أعراضه -أسبابه - أشكاله - المراهقون والاكتئاب - الاكتئاب من منظور متعدد المحور		- شرح مفهوم الاكتئاب - توضيح أعراض الاكتئاب - توضيح أشكال الاكتئاب - توضيح أسباب الاكتئاب - توضيح خصوصية مرحلة المراهقة مع الاكتئاب - وضوح التصور المتعدد المحاور للاكتئاب	35 د

الجلسة رقم (02)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الانفعالي	**- الانفعالات والتغيرات الفسيولوجية**	- تعريف الانفعالات - آثار الانفعالات السلبية والتغيرات الفسيولوجية المُصاحبة لها	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - عرض تسجيل مرئي (الآثار الفسيولوجية للانفعال. جلسة استرخاء) - تدريب تطبيقي للاسترخاء - استمارة تقييم مدى الاسترخاء	إيصال تصور عام لمفهوم الانفعالات وآثارها والتغيرات الفسيولوجية إلى عينة المجموعة العلاجية	20 د
	- الاسترخاء	- ماهية تقنية الاسترخاء العلاجية وأشكالها - فوائد الاسترخاء - تدريب على الاسترخاء العضلي التصاعدي(01) - ثم تقييم درجة الاسترخاء		- توضيح ماهية تقنية الاسترخاء العلاجية أشكالها، فوائدها - بدء التدرب على تقنية الاسترخاء من أجل إزالة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات السلبية - بدأ متابعة وتقييم مستمر لمدى التقدم في درجة الاسترخاء (قياس مستمر للسلوك الفرعي)	30 د
	واجب منزلي وخارجي	- تطبيق للاسترخاء المدرب عليه 03 مرات يومياً مع تسجيل مدى التقدم في تطبيقه		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (03)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الانفعالي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم للواجب المنزلي والخارجي السابق	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - تدريب تطبيقي - آيات وأحاديث نبوية خاصة - استمارة تقييم درجة الاسترخاء	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	الاسترخاء	- تدريب على الاسترخاء العضلي التصاعدي(02) - تقييم درجة الاسترخاء - الخشوع والاطمئنان في الصلاة وفوائده الاسترخائية والعلاجية		- مواصلة التدريب على الاسترخاء لإتقانه والاستفادة من مزاياه - استشعار ما للصلاة من فوائد استرخائية وعلاجية	20 د
	- التنفيس الانفعالي	- ماهية وفوائد التنفيس الانفعالي - التعبير عن المشاعر والمشكلات النفسية - تحقيق الدعاء والتوبة لأسمى أنواع التنفيس		- إيصال مفهوم التنفيس الانفعالي وفوائده لأفراد العينة، ومن ثمة المشاركة الوجدانية وإزالة المكبوتات وتفريغها والتعبير عن المشاعر	25 د
	واجب منزلي وخارجي	- ثلاث تطبيقات للاسترخاء يومياً - السعي نحو إقامة الصلاة و زيادة الخشوع فيها مع الدعاء والتوبة . - التعبير كتابةً عن المشاعر في المنزل		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	
	تقييم بنائي	- تقييم الجلسات الرئيسية للمحور العلاجي الانفعالي	- استمارة التقييم المرحلي للجلسات	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص .	05 د

الجلسة رقم (04)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الجسمي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم للواجبات الجلسات السابقة	- تحاليل دم أساسية - قياسات حيوية (دقات القلب وESG الضغط الدموي وتيرة التنفس. حرارة الجلد) - الإلقاء - المناقشة والحوار - رزنامة برنامج نشاط رياضي فردي - آيات وأحاديث نبوية وقصص دينية خاصة	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	- فحص طبي	- فحص طبي سريري (من طرف طبيب الوحدة المدرسية ومساعدة الطبيب أستاذ التربية البدنية)		تحري أي مشكلات في الصحة البدنية ومن ثمة علاجها	35 د
	- نشاط رياضي	- النشاط البدني الرياضي وفوائده النفسية والجسمية وإشادة الإسلام به وبالمؤمن القوي - اعتماد برنامج نشاط رياضي هوائي (مشي، هرولة، سباحة) (إشراف الطبيب أستاذ التربية البدنية)		- إدراك أهمية النشاط البدني الرياضي والتعود على ممارسته وفق برنامج مدروس	20 د
	واجب منزلي و خارجي	- تطبيق برنامج النشاط الرياضي يوميا و في المنزل - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (05)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الجسمي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - صورة هرم الأغذية - مطويات توعوية توجيهية خاصة بالغذاء - رزنامة برنامج غذاء أسبوعي - رزنامة أوقات وساعات النوم والراحة	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	برنامج غذائي	- الغذاء وأنواعه وأهميته للصحة الجسمية والنفسية - مقدار الحاجة لكل نوع من الغذاء - التغذية في الإسلام(حقُ وآداب) - اعتماد برنامج غذائي سليم وصحي		- إدراك أهمية الغذاء ومقداره وأنواعه والتعود على نظام غذائي صحي مدروس	25 د
	الراحة والنوم	- حاجة الجسم والنفس للراحة وخطر الإجهاد - أهمية النوم وعدد الساعات الكافية - تقرير الدين لحق الجسم والعناية به - ضبط دورة النوم وأوقات الراحة		- إدراك أهمية الراحة وعدم الإجهاد وكذا النوم وعدد الساعات الكافية والتعود على دورة نوم وأوقات راحة مناسبة وصحية.	20 د
	واجب منزلي وخارجي	- تطبيق برنامج الغذاء المعتمد - تطبيق برنامج النوم والراحة اليومي - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	
	تقييم بنائي	- تقييم الجلسات الرئيسية للمحور العلاجي الجسمي	- استمارة التقييم المرحلي للجلسات	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص .	05د

الجلسة رقم (06)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور المعرفي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - فنية تحليل العلاقة بين A.B.C – فحص واكتشاف الأفكار السلبية – فنية الدحض والتفنيد - استمارة المراقبة الأسبوعية للأفكار السلبية وتعديلها	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
	- الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية	- تعريف الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية - أثرها في ظهور السلوك الاكتئابي ونموذج A.B.C - فنيات تعديل الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية(01) - تحذير الدين من الأفكار والأحاديث الذاتية السلبية الهدامة وحثه على الفأل وحسن الظن بالله والناس والاستعاذة من وساوس النفس والشيطان		- إدراك معنى الأفكار السلبيق واللاعقلانية وتأثيراتها في توليد الانفعالات والسلوكيات السلبية، ومن ثمة السعي لدحضها ولتعديلها	40د
	- واجب منزلي وخارجي	- مراقبة الأفكار السلبية وتعديلها - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (07)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور المعرفي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - فنية إيقاف الفكرة -إعادة البناء المعرفي – الحديث الذاتي الايجابي - التحصين ضد الضغوط - قراءة آيات وأحاديث وقصص أنبياء (النبي أيوب وغيره) خاصة بالموضوع واستخلاص الفوائد والعبر	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية	- فنيات تعديل الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية(02) - مخاطبة الإسلام للعقل وحثه على التفكير السليم ومدح المتصف به - الابتلاء وأجره العظيم ومنزلة المبتلى، التفويض والاحتساب، الصبر		- مواصلة دحض وتعديل الأفكار السلبية واللاعقلانية - الكشف عن بعض الجوانب الايجابية في المرض من منظور ديني	20د
	الأفكار الايجابية	- مفهوم وتنمية (حسن الظن،الواقعية، الحوار والمناقشة،البحث عن الحق في المواقف والإذعان له،المرونة في التفكير ، ترسيخ معنى الحياة والهدف فيها)		إدراك مفهوم الأفكار الايجابية وتبنيها والتعود عليها	25د
	- واجب منزلي وخارجي	- اعتماد ورد من القرآن وأدعية اليوم والليلة- الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	
	تقييم بنائي	- تقييم الجلسات الرئيسية للمحور العلاجي المعرفي	- استمارة التقييم المرحلي للجلسات	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص .	05د

الجلسة رقم (08)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الاجتماعي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - قائمة المواقف التوكيدية الحرجة - لعب الأدوار - استرخاء - نماذج توكيدية من حياء النبي المصطفى وصحابته الكرام	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
	التوكيدية	- مفهوم وأهمية التو كيدية في الحياة الاجتماعية والنفسية - حث الدين على عزة المسلم من غير كبرٍ ولا عدوان - التفريق بين الحياء الممدوح في الإسلام و الخجل المذموم - التدريب على السلوك التوكيدي(01)		- إيصال معنى التو كيدية الصحيح وأهميتها لأفراد المجموعة العلاجية - اكتساب تدريجي لسلوك التوكيدية	40 د
	واجب منزلي وخارجي	- تطبيق مواقف توكيدية في الحياة اليومية - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (09)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الاجتماعي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - لعب الأدوار - آيات وأحاديث تحث على الايجابية الاجتماعية والتعامل الحسن مع الناس - نماذج مهارات اجتماعية وأخلاقية في حياة النبي المصطفي وصحبه	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05د
	التوكيدية ومهارات اجتماعية أخرى	- التدريب على السلوك التوكيدي(02) - نماذج عن مهارات اجتماعية صحية - طرق معالجة المشكلات الاجتماعية و التعامل مع النقد والنقاد بإيجابية - الإسلام ودعم العلاقات الاجتماعية وتعزيز الأخلاق والقيم في التعامل مع الآخرين		- اكتساب تدريجي لسلوك التوكيدية - تنمية مفهوم المهارات اجتماعية وأهميتها و كيفية ممارسة نماذج منها	30 د
	الايجابية الاجتماعية	مفهومها وتنمية (التعاون،الإيثار،الصداقة التسامح،الابتسامة،النشاط الخيري والتطوعي ،عيادة المريض،الذكاء الاجتماعي، المواطنة الايجابية)		إدراك مفهوم الايجابية الاجتماعية والتعود على ممارستها	15د
	واجب منزلي وخارجي	- الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة. - التطبيق اليومي لبعض المهارات الاجتماعية		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	
	تقييم بنائي	- تقييم الجلسات الرئيسية للمحور العلاجي الاجتماعي	- استمارة التقييم المرحلي للجلسات	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه وتلافي النقائص	05د

الجلسة رقم (10)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور السلوكي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - قائمة الأنشطة الشخصية السارة(فردية وجماعية)	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
	- الأنشطة السلوكية الترويحية	- توضيح أن الروتين والملل وعدم وجود أنشطة ممتعة من السمات السلوكية في المكتئب - وضع قائمة الأنشطة السارة والتعود التدريجي على ممارستها (اجتماعية، وثقافية) - دحض فكرة أن الإسلام ليس به جانب للمرح والمتعة		- استبصار حالة الروتين والملل وعدم وجود أو نقص عناصر البهجة والسرور في النشاط اليومي - التعود السلوكي على الأنشطة الممتعة والسارة اليومية (اجتماعية، وثقافية) المُعارضة للاكتئاب	35 د
	واجب منزلي وخارجي	- برنامج الأنشطة السارة(01) (اجتماعية، وثقافية)- الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة.		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	
	تقييم بنائي	- تقييم الجلسات الرئيسية للمحور العلاجي السلوكي	- استمارة التقييم المرحلي للجلسات	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص .	05د

الجلسة رقم (11)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الانفعالي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - فنيات التخيل والإيحاء - استمارة مدى التقدم في الاسترخاء اليومي	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05د
	الاسترخاء	- ماهية تقنية الاسترخاء الذهني التخيلي والإيحائي - فوائد الاسترخاء الذهني - تدريب على تقنية الاسترخاء الذهني، مع إمكانية مرافقتها بسماع القرآن وأذكار وأدعية مناسبة		- توضيح ماهية تقنية الاسترخاء الذهني العلاجية و فوائدها في مواجهة الاكتئاب - إتقان تقنية الاسترخاء الذهني من أجل إزالة الانفعالات السلبية والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة وإعادة معايشة المواقف المحبطة والمؤلمة في جو صحي ايجابي واسترخائي وديني	35د
	التنفيس الانفعالي	- التعبير عن المشاعر والمشكلات الانفعالية.- الدعم والمشاركة الوجدانية		التعبير عن المشاعر وإزالة المكبوتات وتفريغها	
	الانفعالات الايجابية	- مفهومها وتنمية(التفاؤل، الأمل، المحبة، الطموح وعدم الإحباط ،الإصرار وعدم اليأس، الثقة بالذات وتقبلها، الرضا، حب الخير،التعاطف والمشاركة الوجدانية)		إدراك مفهوم الانفعالات الايجابية وتبنيها والتعود عليها	15د
	واجب منزلي وخارجي	- تطبيق الاسترخاء الذهني في المنزل - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة.		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (12)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور السلوكي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - قائمة الأنشطة الشخصية السارة(فردية وجماعية) - نكت وطرائف	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	- الأنشطة السلوكية الترويحية	- تعزيز ممارسة البرنامج السابق للأنشطة السارة الترفيهية(اجتماعية وثقافية) (01) - دعم تنوع قائمة الأنشطة السارة بأنشطة(رياضية،خلوية وجمالية)(02) والتعود التدريجي على ممارستها		- التعود السلوكي على الأنشطة الممتعة والسارة اليومية (رياضية،خلوية وجمالية)(02) المُعارضة للاكتئاب	20 د
	السلوك الترويحي الايجابي	- مفهومه وتنميته (السرور،إسعاد الآخرين وحس الدُعابة، خلق المتعة من مشاغل اليوم، تنويع مصادر البهجة المشروعة وفي وقتها)		إدراك مفهوم السلوكيات الترويحية الايجابية والتعود على ممارستها	20د
	واجب منزلي وخارجي	- تطبيق برنامج الأنشطة السارة - الاستمرار في تطبيق واجبات الجلسات السابقة.		تطبيق وترسيخ لتوجيهات وتقنيات الجلسة العلاجية في الحياة اليومية والمواقف الحقيقية	

الجلسة رقم (13)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الجسمي	**تقييم الواجبات**	- تقييم وتقويم لواجبات الجلسات السابقة	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - عرض تسجيلات مرئية خاصة بالموضوع	مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	الآفات المُضرة بالصحة الجسمية	- التحذير من الآفات الصحية (التدخين، المخدرات، الكحول) وتوضيح أثارها السلبية على الصحة الجسمية والنفسية والمجتمع - كيفية الوقاية منها ومجابهتها		- إدراك مفهوم الآفات الصحية(التدخين،المخدرات،الكحول) وأضرارها الجسيمة على الصحة والمجتمع وترسيخ سلوكيات الوقاية منها ومعرفة طرق مجابهتها	30د
	السلوك الصحي الايجابي	مفهوم سلوك الصحة الجسمية الايجابي وتنميته (النظافة، الزيارات الدورية للأطباء ، القيام بالتحاليل الدورية(السكري، الكولسترول، فقر الدم،الضغط الدموي)، نظافة الأسنان، إجراءات الوقاية من الأمراض، تعزيز رصيد الثقافة الصحية، الانضمام إلى النوادي الرياضية، الحميات الغذائية الصحية)		إدراك مفهوم سلوكيات الصحة الجسمية الايجابية والتعود على ممارستها	20د

الجلسة رقم (14)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الانفعالي	**الاسترخاء**	- تقييم وتقويم لممارسات الاسترخاء التصاعدي والذهني (التخيلي والإيحائي المضاد للاكتئاب) خارج العيادة	- المناقشة والحوار - استمارة النشاطات السلوكية السارة الشخصية	- مراقبة مدى إتقان تقنية الاسترخاء بأنواعه وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
المحور المعرفي	**- الأفكار السلبية الخاطئة و اللاعقلانية**	- تقييم وتقويم وتعزيز تعديل الأفكار السلبية الخاطئة و اللاعقلانية		- مراقبة مدى إتقان تقنيات تعديل الأفكار السلبية واللاعقلانيةِ وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
المحور الاجتماعي	**- التو كيدية والمهارات الاجتماعية**	-تقييم وتقويم و تعزيز ممارسة التوكيدية والمهارات الاجتماعية		- مراقبة مدى إتقان السلوك التوكيدي وبعض المهارات الاجتماعية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
المحور السلوكي	**- الأنشطة السلوكية السارة**	- تقييم وتقويم وتعزيز ممارسة الأنشطة السارة والمبهجة		- مراقبة مدى التقدم في ممارسة الأنشطة السلوكية السارة بأنواعها وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د
المحور الجسمي	**- سلوك الصحة الجسمية**	تقييم وتقويم و تعزيز ممارسة الأنشطة والسلوكيات المُعززة للصحة الجسمية		مراقبة مدى تطبيق البرنامجين الرياضي والغذائي وباقي سلوكيات الصحة الجسمية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	10د

الجلسة رقم (15)

محور العلاج	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	هدف الجلسة	زمن التطبيق
المحور الانفعالي	**الاسترخاء**	تقييم وتقويم وتعزيز ممارسة الاسترخاء	- الإلقاء (المحاضرة) - المناقشة والحوار - لعب الأدوار - استمارة النشطة السلوكية السارة الشخصية	- المراقبة العامة لمدى تطبيق أفراد العينة لمجمل التوجيهات والتقنيات العلاجية على مدار الأسابيع السابقة وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه	05 د
	قياس بعدي للسلوك الفرعي	- تجميع استمارات التقييم المستمر لمدى التقدم في الاسترخاء			05 د
المحور الجسمي	**سلوك الصحة الجسمية**	تقييم وتقويم وتعزيز تطبيق البرنامجين الرياضي والغذائي وعدم الإجهاد وساعات النوم الكافية			10 د
المحور المعرفي	**الأفكار السلبية الخاطئة و اللاعقلانية**	تقييم وتعزيز تعديل الأفكار السلبية الخاطئة و اللاعقلانية			10د
	- قياس بعدي للسلوك الفرعي	- قياس بعدي للأفكار السلبية والايجابية			10 د
المحور السلوكي	**- الأنشطة السلوكية الترفيهية**	- تقييم وتقويم وتعزيز ممارسة الأنشطة السارة والمبهجة (فردية وجماعية)			05 د
المحور الاجتماعي	**- التو كيدية والمهارات الاجتماعية-**	-تقييم وتقويم و تعزيز ممارسة التوكيدية والمهارات الاجتماعية			05 د
	قياس بعدي للسلوك الفرعي	قياس بعدي للمهارات الاجتماعية			10د

الجلسة رقم (16)

	مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
اختتام جلسات البرنامج العلاجي	**تقييم ذاتي كلي**	- تقييم كلي لمُجمل جلسات البرنامج العلاجي من طرف أفراد المجموعة العلاجية	- استمارة التقييم الكلي لجلسات البرنامج - مقاييس نفسية	معرفة مدى الاستفادة و التقبل لمجمل جلسات البرنامج ومدى تحقيقه لأهدافه، ومعرفة أي ثغرات و نقائص حسب آراء أفراد العينة	10د
	- قياس بعدي **- قياسات فرعية بعدية**	- تمرير القياس البعدي للمتغير التابع (مقياس بيك الثاني للاكتئاب) - تقديم القياسات الفرعية لجوانب السلوك المتبقية (قياس سلوك الأنشطة الترويحية، قياس سلوك الصحة الجسمية)		إتمام وضع أرضية قياس بعدي شامل للمتغير التابع و لجوانبه الفرعية لمقارنتها بالقياسات القبلية واستخلاص النتائج	35د
	انتهاء البرنامج العلاجي	- شكر أفراد المجموعة على التجاوب والالتزام بالحصص - تحديد موعد جلسة المتابعة - اختتام جلسات البرنامج		- اختتام جلسات البرنامج ومواعدة أفراد العينة على جلسة قياس تتبعي	10د

15- تقييم البرنامج:

يتم تقييم البرنامج الحالي بعدة طرق:

1- **التقييم المبدئي:** وذلك من خلال:

أ -تحكيم البرنامج من طرف مجموعة من المحكمين في اختصاصي علم النفس علم الاجتماع، التربية البدنية والرياضية، الطب المدرسي والشريعة الإسلامية وذلك لمعرفة مدى مناسبة أهداف الجلسات، المحتويات، الفنيات والأساليب، القياسات، والتوزيع الزمني لما وضع له البرنامج وهو تخفيض درجة الاكتئاب النفسي.

ب -القياس القبلي عن طريق تمرير اختبار بيك الثاني للاكتئاب على مجتمع الدراسة، وذلك لاختيار عينة الدراسة.

ت -التجربة الاستطلاعية وذلك للوقوف على الظروف المساعدة والمعيقة وتقييم مدى الجاهزية والملائمة للانطلاق في التجربة الأساسية.

2- **التقييم البنائي (التكويني):**

يتمثل في:

1 -تقييم تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية للجلسات من أجل مراقبة مدى تطبيق وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه في بداية كل جلسة.

2 -التقييم المرحلي بعد الجلسات الرئيسة لكل محور علاجي لمعرفة مدى الاستفادة من تلك الجلسات ومدى تقبلهم لها، وكذلك مرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص .

3 -يتمثل في القياسات الفرعية للمحاور العلاجية بعد تطبيق الجلسات الرئيسية لذلك المحور العلاجي.

3- **التقييم النهائي:**

يتمثل في القياس البعدي على أفراد العينة عن طريق الإجابة على سلم بيك الثاني للاكتئاب، وذلك بعد انتهاء كل جلسات البرنامج العلاجي، وكذلك الإجابة على استمارة التقييم النهائي للبرنامج العلاجي.

4- التقييم التتبعي:

من خلال إعادة التطبيق لمقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج العلاجي للوقوف على مدى استمرارية فعالية البرنامج بعد التوقف عن استخدامه.

5- التقييم الكلي:

وهو التقييم الكلي لمدى فعالية البرنامج العلاجي في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي وفق التصميم المنهجي لدراسة الموضوع وذلك من خلال:

- المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل من المجموعة التجريبية والضابطة، ثم القياس البعدي لكلى المجموعتين .
- المقارنة بين القياسات الفرعية البعدية للمجموعة التجريبية والضابطة.
- المقارنة بين القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعات التجريبية .

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

4 - عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية العامة الأولى

5 - عرض ومناقشة نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجيـــة:

ح -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور المـــعـــــــرفـــــــي

خ -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الاجـــتـــــمـــاعـــي

د -عرض ومناقشة نتائج فرضية محور سلوك الصحة الجـسمية

ذ -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الســــــلـــــوكـــــي

ر -عرض ومناقشة نتائج فرضية المحور الانـــــفـــــعـــــالـــــي

3-عرض ومناقشة نـتائج دراسة الفرضية العامة الثانية والفرضيتين الفرعيتين

ث - عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى

ج - عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية

ح - مناقشة نتائج الفرضيتين الفرعيتين والفرضية العامة الثانية

خاتمة ومقترحات

***-عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:**

في هذا الفصل يعرض الباحث نتائج دراسته ، من خلال عرض نتائج اختبار الفرضيات العامة والجزئية كما يلي:

أولاً- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى:

تنص الفرضية العامة الأولى على أنه:(يعاني تلاميذ ثانوية بلحرش البشير بجاسي بحبح من مستويات مختلفة من الاكتئاب النفسي).

1 عرض النتائج:

بعد تمرير سلم بيك الثاني للاكتئاب على مجتمع الدراسة المقدر عدده بعد استرجاع الاستبيانات هو(511) ،حيث أن اقل درجة يمكن الحصول عليها هي00 وأعلى درجة هي63 . وتكون تصنيفات مستويات الاكتئاب حسب بشير معمرية 2010 كالتالي:

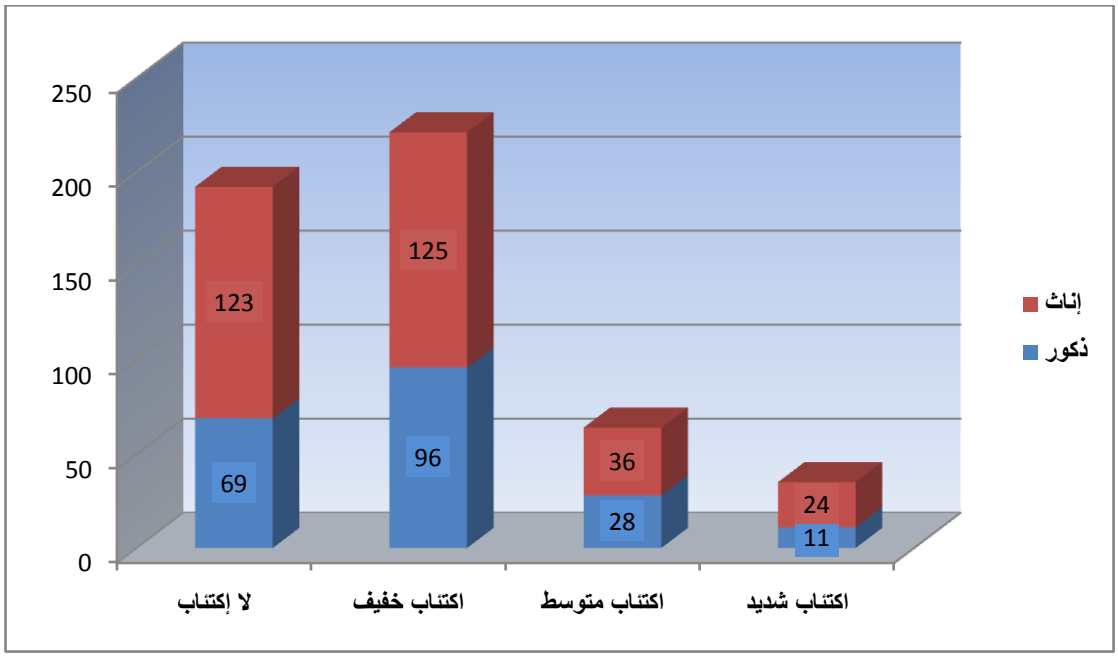
المستويات		لا اكتئاب	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الفئات	ذكور	16-0	24 -17	32 -25	63 -33
	اناث	20-0	29 -21	38 -30	63 -39

فكانت النتائج بعد الفرز والتمحيص كالتالي:

جدول رقم (26) يوضح نتائج اكتئاب مجتمع الدراسة

مستوى الاكتئاب	عدد التلاميذ		
	العدد	النسبة المئوية	العدد بحسب الجنس
لا اكتئاب	192	%37 ,57	ذكور = 69
			اناث =123
اكتئاب خفيف	221	%43,24	ذكور = 96
			اناث =125
اكتئاب متوسط	63	%12,32	ذكور = 28
			اناث = 36
اكتئاب شديد	35	%06,84	ذكور = 11
			اناث = 24

ويمكن توضيح النتائج في الشكل التالي:



شكل رقم (02) يوضح نتائج اكتئاب مجتمع الدراسة

يوضح جدول النتائج والشكل السابق مستويات الاكتئاب لدى أفراد مجتمع الدراسة حيث يتبين أن: 57, 37% منهم لا يوجد عندهم اكتئاب، و 43,24% لديهم اكتئاب خفيف، و12,32% لديهم اكتئاب متوسط، و 06,84% لديهم اكتئاب شديد (نسبة الثلثين منهم بالتقريب من جنس الاناث بنسبة 68,57%، والثلث الباقي جنس ذكر بنسبة 31,42%). حيث تم الإعتماد في هذه الدراسة على عينات التي لديها مستوى اكتئاب شديد.

2 مناقشة النتائج:

إن النتائج المتوصل إليها والتي تشير إلى الانتشار الكبير للاكتئاب توافق (إحصائيات منظمة الصحة العالمية التي أشارت إلى أن عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 07% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10 % من خلال أعوام قليلة، وتشير إحصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة،

7.7% كحالات اكتئاب متوسطة، 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة.)(الشربيني، 2012 ص 19).

كما أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20% من المرضى الذين يراجعون الأطباء من أعراض مرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض الاكتئاب أو أنها مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة به، وأن نصف هؤلاء المرضى تقريبا أي 10% تكون الأعراض الاكتئابية لديهم شديدة.

لقد أطلق الشربيني 2012 وصف "ظاهرة الجبل الجليدي" الذي يتم التعبير به عن الظواهر التي يختفي الجزء الأكبر منها بينما يبدو على السطح الجزء الأقل وهو ما ينطبق على الاكتئاب حيث أنه بحجمها الهائل لا يمكن الإحاطة بها عن طريق الأرقام والإحصائيات، وكل ما نراه من حالات الاكتئاب النفسي هو مجرد الحالات الحادة والواضحة، بينما يوجد أضعاف هذه الحالات من المرضى الذين يعانون في صمت، ولا يكتشف أحد حالتهم لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا يطلبون العلاج ، والدليل على ذلك الدراسة الميدانية الموسعة التي أجريت في خريف عام 1974 واشترك فيها حوالي 15 ألف طبيب ينتمون إلى عدة بلدان منها ألمانيا، فرنسا، أستراليا وسويسرا وغيرها، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقارب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشافهم، أما البقية من حالات الاكتئاب فإن ما يقارب من 13 – 15 % منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين الذين يعملون في التخصصات المختلفة غير الطب النفسي، ولا يذهب إلى الأطباء النفسيين سوى 2% فقط من مرضى الاكتئا ب، هناك نسبة من المرضى يُقدمون مباشرة على الانتحار دون أن يتم تشخيص حالتهم (الشربيني، 2012، ص17).

هذا الأمر كذلك يظهر عند المراهق المكتئب الذي يستطيع أن يطوّر مهارة واستعداد في إخفاء أحاسيسه الاكتئابية وذلك بالتظاهر بالبهجة والملامح العادية، وهناك سلوكيات أخرى هدفها تبديد التأثيرات الاكتئابية: فمن أجل التصدي للملل لكي لا يفكر أو لكي لا يحس، يعمد المراهق إلى نشاطات سلبية غير فعالة، مثل قضاء ساعات في مشاهدة التلفاز أو سماع الراديو أو نشاطات اتوماتيكية مثل الألعاب الإلكترونية، كما يمكن للمراهق أن يستعمل مواد مثل التدخين،

تعاطي المخدرات أو الكحول لأنه يجد فيها أثراً منشطاً للمزاج هذا ما يمكن أن ندعوه بالتداوي الذاتي.(يحياوي،2014 ص279)

يمكن تفسير الانتشار في نسب الاكتئاب إلى :-ارتفاع معدل الأعمار (سبب التقدم الطبي الهائل).- التغيرات النفسية والاجتماعية السريعة جدًا لدرجة أنها تسبب الإرهاق النفسي والعصبي، وتستنفذ الطاقة الحيوية للإنسان .- استهلاك العقاقير الطبية بكثرة والتي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب كأحد تأثيرات الجانبية السلبية. - ازدياد الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقها الاكتئاب كعرض مرضي من أعراضها.(عُلا 2009 ص 20).

ضف إلى ذلك تعقد الحياة ونمط المعيشة والظروف الاقتصادية التي تعصف بالدول الصناعية فضلا عن غيرها والبطالة ، وطغيان المادية في التعاملات والبعد عن الدين . كما يرى فيفر feffer 1986 أنه يمكن إرجاعه جزئياً إلى تغير العوامل الاجتماعية كزيادة الحراك، وارتفاع معدلات الطلاق، والعنف الذي تعرضه وسائل الإعلام، وزيادة أعداد المراهقين(عادل، 1999ص 160)

كذلك يعود إلى نمط تفكير المراهقين في حد ذاته، فغالباً ما يسيء المراهقون تقدير بيئتهم، وكل ما يحيط بهم، وكذلك تقييمهم لذويهم، وقد يعتقدون-بناء على ملاحظاتهم القاصرة المفتقدة للبرهان- أن أحداً لا يرى فيهم ما يدعو للجاذبية ، وقد يعتقدون أنهم من الصعب الحصول على وظيفة أو أن تتم دعوتهم لحضور حفلات كبيرة ، وعندما لا يسمح لهم بان يتصرفوا أو يرتدوا ملابس كأصدقائهم،فإن ذلك قد يكوم مدمرا لهم.(يحياوي، 2014ص 275)

إن الامتحانات المدرسية التي يجتازها المراهق تزيد من توتره والضغط عليه، فهي تشكل بالنسبة له وقتاً عصيباً تزيد من أفكاره السلبية، والأعراض الاكتئابية خاصة منها الجسمية، وخاصة عندما يضع هو أو أحد والديه قيمته وتقديره لذاته تبعاً للأداء الأكاديمي الذي ينجزه، فكثيراً ما نسمع عن حالات هروب من البيت أو سلوك انتحاري لبعض الطلبة بعد ظهور نتائج دراسية سلبية خوفاً من الأهل أو كعدوان ذاتي وعقاب لها جراء تقصيرها وعدم استحقاقها للتقدير أو الحياة. كذلك الأمر ينتج عن بعض المشكلات العاطفية التي تبرز بحدة في هذه الفترة من

العمر، وما قد ينجر عنها من تعقد الأمور والتأثر الشديد من عدة جوانب نفسية ودراسية وجسمية مما يزيد من احتمالية تفاقم الأعراض الاكتئابية.

فيما يخص النتائج المتوصل إليها باعتبار متغير الجنس، فهي كذلك توافق دراسات الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمع الإنساني ، حيث وجد أن المرأة تعاني أكثر من الرجال في الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب ، حيث تذكر كلبرسون CULBERSON (1997) في تقريرها، أن النساء تفوقن عن الرجال خلال الثلاثين سنة الأخيرة، من حيث نسبة الإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف وهذه النتيجة تنطبق على المستوى العالمي (عبد الستار، 1998، ص 37).

إن احتمال الإصابة بالاكتئاب خلال الحياة تتراوح ما بين 10% بالنسبة للرجال و 20% بالنسبة للنساء، هذا بالنسبة للمجتمع العام .(kacha . 1996 . p 60).

كذلك بينت دراسة روتر RUTTER (1985): أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى مرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الإناث بعد سن المراهقة .

ويمكن عزو ذلك إلى ميكانيزمات بيولوجية نفسية واجتماعية خاصة بالأنثى، حيث يربط كل من غراهام وروتر GRAHAM ET RUTTER (1985) وريان RAYEN (1986)، بين الاكتئاب وبين هذه التغيرات، فإذا كان منشط الأنوثة مسؤولا عن الاكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكور عند الفتى يحميه من الاكتئاب، أو يسهل السلوك الذي يخفيه (شاريول، 1998، ص18).

كذلك ترجع إلى نمط حياة المرأة فهي أكثر صعوبة من حياة الرجل، وأن المرأة في الأغلب أكثر تعبا وإرهاقا من الرجل فهي تواجه خبرات حياتية يومية صعبة ومؤلمة أكثر مما يواجهها الرجل، وحتى إذا تساوى الاثنان (الرجل والمرأة) في مواجهة المواقف الصعبة، فإن المرأة ليست لها نفس مهارات التكيف والمواجهة التي يمتلكها الرجل عموما.

بعض النساء يُصبن ما بين 10 – 15 % بحالات اكتئاب ما بعد الولادة، وقد تكون النسبة الحقيقية أكبر من ذلك، لأن العديد من النساء لا يطلبن المساعدة، ولا يتحدثن عن معاناتهن (عُلا ، 2009، ص 20).

من خلال النتائج المتوصل إليها ومما سبق ذكره، فإنه يجب التجند كلٌ حسب اختصاصه ومسؤلياته من أجل يتصدى لهذه الآفة التي تعصف بالمجتمع وبشريحة المراهقة خاصة، لذا كانت هذه الدراسة اسهاماً منا بحكم اختصاصنا في علم النفس العيادي، بتصميم برنامج علاجي سلوكي نضعه بعد اتمامه واجازته بين يدي الزملاء الممارسين والباحثين من أجل التخفيف من درجة الاكتئاب النفسي.

ثانياً- عرض ومناقشة نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجية:

ينطلق البرنامج العلاجي المقترح من مبدأ استهداف كل جوانب السلوك الانساني، حيث يتضمن البرنامج مجموعة جلسات وتقنيات علاجية لكل محور علاجي، الهدف منه تعزيز وتنمية جانب معين، وذلك من اجل التأثير العلاجي الشامل لتخفيض درجة الاكتئاب النفسي.

أ -عرض ومناقشة نتائج دراسة فرضية المحور المعرفي:

تنص الفرضية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط ات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التفكير الايجابي والسلبي لصالح المجموعة التجريبية).

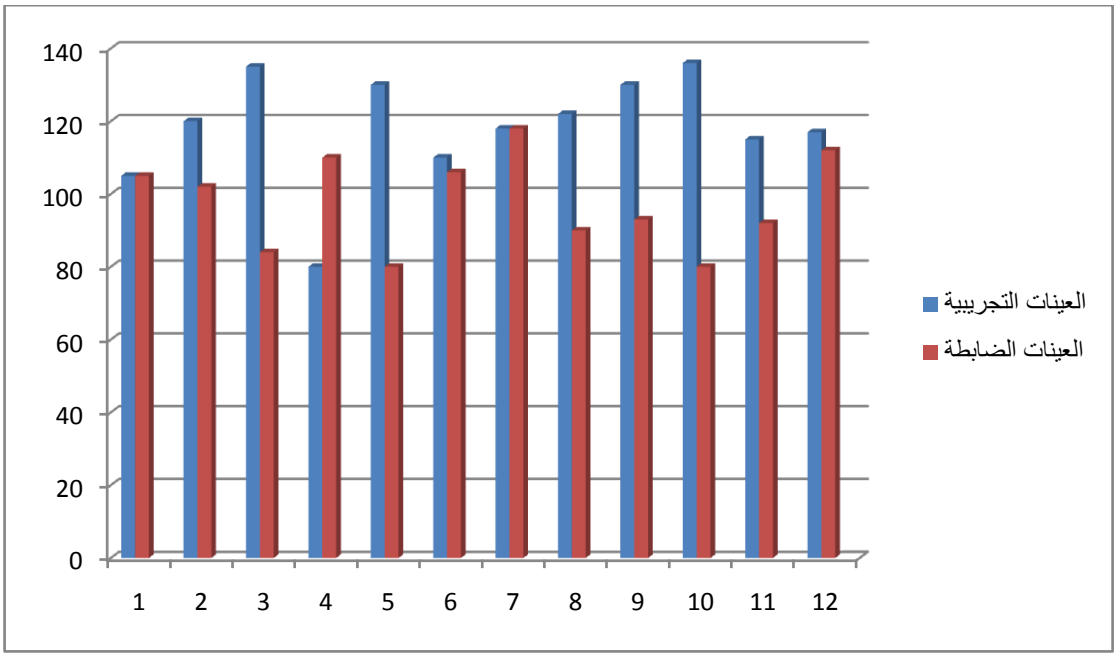
1 عرض النتائج:

حيث وجد الباحث بعد تطبيق القياس الفرعي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة الدرجات التالية على مقياس التفكير السلبي والايجابي لعبد العزيز حنان 2012،(حيث أقل درجة يمكن الحصول عليها هي: 38 وهي ذات إتجاه نحو التفكير السلبي، وأعلى درجة هي:152 وهي ذات أتجاه نحو التفكير الايجابي)

جدول رقم:(27) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الايجابي والسلبي

التجريبية	الدرجة البعدية	ضابطة	الدرجة البعدية
ج01	105	ظ01	105
ج02	120	ظ02	102
ج03	135	ظ03	84
ج04	80	ظ04	110
ج05	130	ظ05	80
ج06	110	ظ06	106

118	ظ07	118	ج07
90	ظ08	122	ج08
93	ظ09	130	ج09
80	ظ10	136	ج10
92	ظ11	115	ج11
112	ظ12	117	ج12



شكل رقم: (03)يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الايجابي والسلبي

لاختبار فرضية المحور المعرفي استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس التفكير السلبي والايجابي، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (28): النتائج الإحصائية لفرضية المحور المعرفي.

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	مستوى الدلالة
التجريبية	12	118.16	15.39	3.53	2.50	0.01
الضابطة	12	98.66	12.92			

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات "التفكير السلبي والايجابي" في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على سلم بيك الثاني بلغت (3.53) ، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار السلبية والإيجابية لصالح المجموعة التجريبية.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تعديل نمط الأفكار لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2} ، علماً أن القيمة المرجعية لإيتا^2 هي(0.15) أي أنه إذا كانت إيتا^2

أكبر من (0.15) فإن التأثير قوي، أما إذا كانت أقل فإن التأثير ضعيف.

جدول رقم (29): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على مقياس التفكير السلبي والايجابي والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

قيمة إيتا (η^2)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير *
0.36	0.75	كبير

* قيمة (d) = 0.2 (حجم التأثير صغير)، وقيمة (d) = 0.5 (حجم التأثير متوسط)، وقيمة (d) = 0.8 (حجم التأثير كبير)

من خلال الجدول رقم (28) نلاحظ أن قيمة إيتا^2 تساوي(0.36)، وأن قيمة(d) تساوي (0.75)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير كبير، ويدل هذا على أن جلسات البرنامج العلاجي المصمم له

أثر قوي في تعديل الأفكار من السلبية إلى الإيجابية.، وبالتالي نستطيع ان نقول ان فرضية المحور المعرفي قد تحققت.

مناقشة النتائج:

النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال دراسته للفرضية السابقة انطلقت مما وصلت إليه دراسات سابقة من أن الأفراد المكتئبين يتسمون بتشويهات معرفية بأفكار سلبية ومعتقدات غير عقلانية حول أنفسهم ومحيطهم ومستقبلهم، من تلك الدراسات التي اثبتت هذا: دراسة فينيل وكامبل1984 Campbell & Fennell التي هدفت لتحري وتحديد الأخطاء النوعية في التفكير المرتبطة بالاكتئاب، ودراسة الريحاني وآخرون (1989) بعنوان: "علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى طلبة كليات الجامعة الأردنية". و دراسات ممدوحة سلامة (1987، 1989، 1991) التي أجرت الباحثة ثلاث دراسات اهتمت بالعلاقة بين الاكتئاب والتشويه المعرفي..وغيرها من الدراسات السابقة.

لذا فعلى المعالج النفسي تضمين برامجه لعلاج الاضطرابات النفسية والاكتئاب خصوصاً تعديل الأفكار السلبية والمعتقدات غير العقلانية ، وهو ما أثبتت فعاليته العلاجية الكثير من الدراسات ، منها : دراسة هويل وآخرون Hiwel et al (2006) عنوانها "تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب"، و دراسة لين وآخرون Lynne et, al (2007) عنوانها "العلاج المعرفي لانخفاض تقدير الذات في معالجة الاكتئاب لدى كبار السن". ودراسة دانيال وآخرون, Daniel et . Al (2007) عنوانها "كفاءة المرضى في الأداء ومهارات العلاج المعرفي، وعلاقته بالحد من خطر الانتكاس بعد علاج الاكتئاب".

إن التفسير النظري لهذه العلاقة بين المنظومة الفكرية والاكتئاب نجده عند المدرسة المعرفية ورائدها خاصة آرون بيك A .Baek والنظرية العقلانية الانفعالية لرائدها إليس Ellis حيث فسر" إليس" دور الأفكار اللاعقلانية في السلوك المضطرب من خلال نظريته الشهيرة ABC، حيث إن الأحداث أو الخبرات المنشطة يرمز لها بالحرف A ، ونظام التفكير لدى الفرد يرمز له بالرمز B، أما الاضطراب الانفعالي الناشئ عن الحدث فيرمز له بالرمز C. ويرى أن

الحدث الذي يقع لا ينشأ عنه الانفعال مباشرة، إنما ينتج عن منظومة تفكير الفرد، فإذا كان التفكير لاعقلاني وغير منطقي يصبح الانفعال مضطربا ومشوشا (Jerom.2002)

A ⟶ B ⟶ C

الخبرات المنشطة **نظام التفكير** **الاضطراب الانفعالي**

وحدد بيك (Beck, 1979) أساليب التفكير التي ينشأ عنها الاضطراب فيما يلي: -

التهويل والمبالغة ؛ حيث يضفي الفرد دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة ، أو المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي – التعميم ، بمعنى تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل – الكل أو لا شيء ، حيث يدرك الأشياء إما سيئة تماما أو لا شيء – عزل الأشياء عن سياقها ، بمعنى الانتقاء السلبي.– التفسير السلبي لما هو إيجابي – القفز إلى الاستنتاجات ، بمعنى إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان دون أن تكون هناك دلائل على ذلك – قراءة المستقبل سلبيا وحتميا – التأويل الشخصي للأمور ، فينسب لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (Abela , & D'Allesandro, 2002; 114)

كذلك يعزو الباحث النتائج المتحصل عليها إلى استعمل الباحث أسلوب التعليم والتثقيف النفسي وضرب الأمثلة من الحياة اليومية المُعاشة حول تأثير أفكار سلبية خاصة بالمراهقين على إحداث الإحباط واليأس والتشاؤم . كذلك:

–تعليمهم اكتشاف أفكارهم الخاصة السلبية ودحضها، وتعلم تقنيات لوقفها والابتعاد عنها، والتدريب اليومي عليها في مواقف حياتية يومية، مع مساعدة استمارة خاصة بذلك. – اعتماد الواجبات المنزلية الخاصة . – اعتماد الباحث على تقييم مرحلي بنائي لجلسات المحور العلاجي من وجهة نظر أفراد المجموعة العلاجية لتحري أي قصور أو عدم فهم ومعرفة أرائهم حول سير البرنامج، من أجل تحصينه وزيادة كفاءته وتقبل العينة وتجاوبهم معه.

– فتح باب المناقشات الجماعية لاكتشاف أهم أفكار الشباب السلبية وكيفية دحضها بأفكار ايجابية صحية، من خلال مواقف وأمثلة حياتية يومية.

لا شك أن اعتماد الباحث على التعليم والتثقيف النفسي وأسلوب المناقشة لكيفية تأثير الأفكار السلبية على الانفعالات والسلوك من خلال أمثلة ومواقف واقعية حياتية ويومية خاصة بالمراهقين، والتدرب الميداني على مواجهة تلك الأفكار في المواقف الحياتية مع تعزيز هذه العملية العلاجية بمخرجات "الإيجابية في التفكير"، وبتوجيهات دينية خاصة تحض على التفكير السليم وترسيخ المعتقد الديني الذي يدعم هذه الايجابية في الأفكار. كل ما سبق كان من أسباب نجاح جلسات المحور العلاجي في تحقيق أهدافه.

ب عرض ومناقشة نتائج دراسة فرضية المحور الاجتماعي:

تنص الفرضية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية).

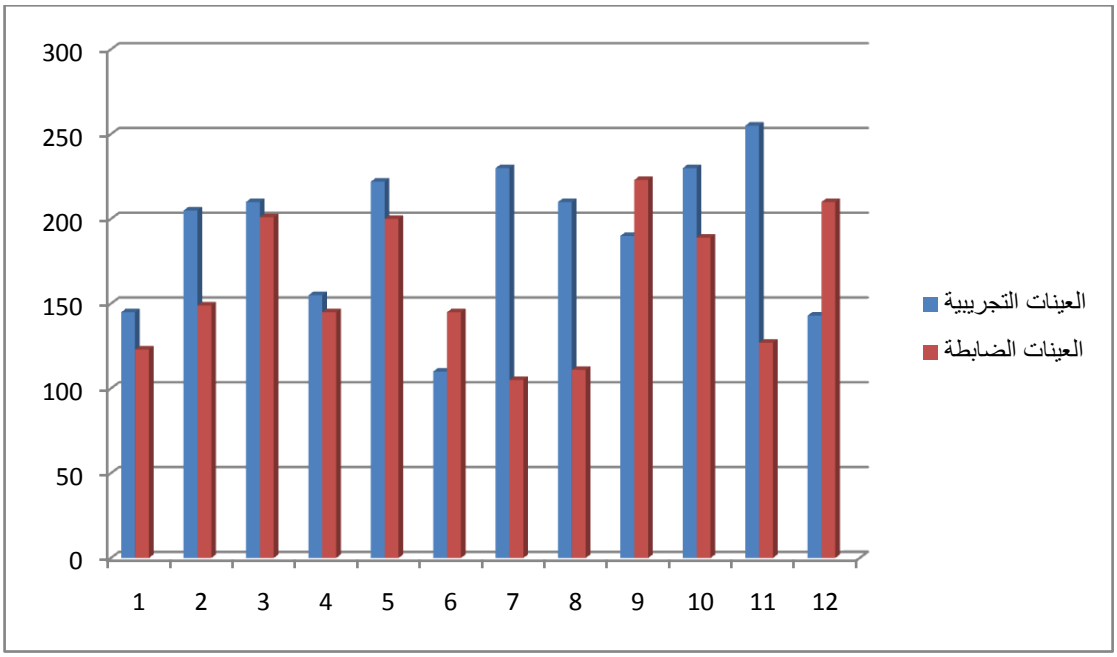
1 عرض النتائج:

وجد الباحث بعد تطبيق القياس الفرعي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة الدرجات التالية على مقياس المهارات الاجتماعية لحربوش سمية 2009

(حيث أقل درجة يمكن الحصول عليها هي:60 وهي ذات اتجاه نحو مستوى أقل من المهارات الاجتماعية ، وأعلى درجة هي:300 وهي ذات اتجاه نحو مستوى أعلى من المهارات الاجتماعية).

جدول:(30) درجات القياس البعدي للتجريبية والضابطة على مقياس المهارات الاجتماعية

التجريبية	الدرجة البعدية	ضابطة	الدرجة البعدية
ج01	145	ظ01	123
ج02	205	ظ02	149
ج03	210	ظ03	201
ج04	155	ظ04	145
ج05	222	ظ05	200
ج06	110	ظ06	145
ج07	230	ظ07	105
ج08	210	ظ08	111
ج09	190	ظ09	223
ج10	230	ظ10	189
ج11	255	ظ11	127
ج12	143	ظ12	210



شكل رقم:(04) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المهارات الاجتماعية

لاختبار فرضية المحور الاجتماعي استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات الاجتماعية، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (31): النتائج الإحصائية لفرضية المحور الاجتماعي .

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التجريبية	12	192.08	43.98	1.79	1.71	22	0.05
الضابطة	12	160.66	41.60				

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات المهارات الاجتماعية في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات الاجتماعية بلغت (1.79)، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.05)، وهذا يدل على

وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعتين على مقياس المهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2}

جدول رقم (32): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على مقياس المهارات الإجتماعية والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

قيمة إيتا (η^2)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير
0.12	0.38	صغير

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.12)، وأن قيمة(d) تساوي (0.38)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير صغير، ويشير هذا على أن جلسات البرنامج العلاجي المصمم له أثر لكنه ليس قوي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

مناقشة النتائج:

النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال دراسته للفرضية السابقة انطلقت مما وصلت إليه دراسات سابقة من أن الأفراد المكتئبين يتسمون بقصور في السلوك الاجتماعي الإيجابي وفي تأكيد ذواتهم في الحياة الاجتماعية اليومية ، من تلك الداراسات: دراسة بوروفاى Borovay, 1977عن العلاقات بين الاكتئاب وتوكيد الذات ومركز الضبط حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الطالبات اللاتي كن أقل توكيداً أظهرن مستوى أعلى من الاكتئاب، كذلك دراسة لى و باكوين (Lea & Paquin, 1981) حيث كان هدف الدراسة الرئيسى هو" التحقق من العلاقة العكسية بين الاكتئاب وتوكيد الذات وذلك باستخدام عينات سوية وإكلينيكية،وأظهرت نتائج الدراسة أن كل معاملات الارتباط بين الاكتئاب وتوكيد الذات لكل أفراد الدراسة كانت سلبية واضحة بمعنى

أن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقاييس توكيد الذات ، قد حصلوا على درجات منخفضة على مقاييس الاكتئاب، وفيما يخص المهارات الاجتماعية عموما فقد أشارت دراسة عبد الرحمان (1998) المعنونة بـ"المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال" ودراسة رجيعة وإبراهيم (2003) وهي دراسة عن المهارات الاجتماعية والتوافق الدراسي وعلاقتهما بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات "دراسة تنبؤية" إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب.

إن الاكتئاب يرتبط ارتباطاً جوهريا باضطراب السلوك الاجتماعي للفرد وافتقاده للمهارات اللازمة لإدارة حياته الاجتماعية، حيث أن المكتئبين يشتركون جميعا بخصائص منها أنهم: – يفتقرون للإجابية في المواقف الاجتماعية. – كما أنهم يجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة أو المبادرة في خلق علاقة جديدة. – يوصف الشخص بالاضطراب عندما تختل أساليب تفاعله بالآخرين، وعندما يعزف عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تتطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل. – كذلك يوصف المضطربون بالجمود والتصلب، والافتقاد للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتطور الاجتماعي بالشخصية . – ويعانون من حساسية شديدة للرفض أو الخوف من التجاهل عند دخولهم في مواقف تتطلب التفاعل بالآخرين، ونتيجة لهذا يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباط الألم، مما ينفرهم فيما بعد من الدخول في مواقف اجتماعية جديدة . فضلا عن هذا ، تبين أن غالبيتهم لا يحسنون التعبير عن أنفسهم أو الدفاع كما قد ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات عند دخولهم في علاقات اجتماعية بالآخرين (عبد الستار 2008، ص 10).

فالمعالج الذي يخطط لعلاج حالة اكتئاب يجب أن يأخذ هذه المعلومات والنتائج في الحسبان، فيضع ضمن خططه العلاجية للاكتئاب، خطط فرعية أو جلسات خاصة بتنمية المهارات الاجتماعية وتعزيز التوكيدية والتدرب عليها، فالعناصر السابقة المضطربة قد تكون هي المسبب الرئيسي للاكتئاب وقد تكون مصاحبة أو أثر للاكتئاب. لذا فإن الباحث من خلال النتائج السابقة ومن مشاهداته الإكلينيكية السابقة بحكم عمله كمعالج نفسي سابق أن وضع في برنامجه العلاجي موضوع الدراسة محور علاجي كامل خاص بالجانب الاجتماعي.

يفسر الباحث النتائج المتوصل إليها إلى محتويات المحور الاجتماعي المعتمد حيث تم التركيز على عناصر أساسية محورية في الجانب الاجتماعي للمكتئب وهي التوكيدية، تعزيز المهارات الاجتماعية الأساسية وتنمية الايجابية في السلوك الاجتماعية، مُستدخلاً في ذلك التوجيهات الدينية المساعدة على الإيمان بتلك العناصر وعلى نجاح تطبيقها.

مما ساهم في بروز النتائج المتوصل إليها الجاذبية العلاجية لتنمية التوكيدية والتدرب عليها، فلها فوائد على كل الأصعدة مما يدفع إلى تجاوب وتفاني أفراد العينة في الأخذ بالتوجيهات والتدرب عليها، خاصة بعد استخدام تقنية "لعب الأدوار"، حيث أن فيها تدريب مرحلي واكتشاف للموقف المشكل من زوايا متعددة، كما أن فيه تدريبا تخيلياً وتكرارياً يسمح له بتحضير نفسه للموقف ودراسة احتمالات ردات الفعل وكيفية التعامل معها مما يشجع العملاء على تخطي الحواجز والتطبيق الواقعي لأسلوب التوكيدية في الحياة اليومية.

تضمن البرنامج إبراز فوائد تعلم أسلوب التوكيدية من جوانب متعددة منها الجوانب النفسية والاجتماعية حيث أن استخدامها ينزع الكثير من الضغوط والآلام النفسية التي يرزح تحتها غير المؤكد لذاته، حيث أن فيها حرية في التعبير عن الذات ومشاعرها، فتمنح المتصف بها راحة نفسية وطمأنينة وثقة بالذات. وتمهد له سبيل النجاح في معترك الحياة.

كذلك مما ساهم في بروز نتائج هذا المحور العلاجي هو استخدام تقنية "النمذجة" أو المحاكاة لأشخاص تتصفون بالتوكيدية من خلال مواقف لهم وأساليب تعاملهم، فهم يجسدون مستويات ايجابية ومتقدمة من تأكيد الذات يستلهم منها أفراد العينة ملامح وسلوكيات واقعية للتوكيدية.

لقد اعتماد الباحث على أسلوب "تقييم الواجبات المنزلية والخارجية" قبل كل جلس وكذلك أسلوب "التقييم المرحلي البنائي" لجلسات المحور العلاجي من وجهة نظر أفراد المجموعة العلاجية، وذلك لتحري أي قصور أو عدم فهم، ومعرفة أرائهم حول سير البرنامج، من أجل تحصينه وزيادة كفاءته وتقبل العينة للجلسات وتجاوبهم معها.

يعتقد الباحث أن تنويع محتويات المحور العلاجي وتقديمه بأسلوب شيق وفي جو من التفهم والثقة المتبادلة واستغلال قوة الوازع الديني، وكذلك تعزيز "الإيجابية" في السلوكيات الاجتماعية،

وكل ذلك بمرافقة التدريب التخيلي المرحلي ولعب الأدوار والنمذجة كانت كلها أسباب ساهمت في تحقيق جل أهداف المحور العلاجي.

ت عرض ومناقشة نتائج دراسة فرضية المحور الجسمي:

تنص الفرضية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الصحي لصالح المجموعة التجريبية).

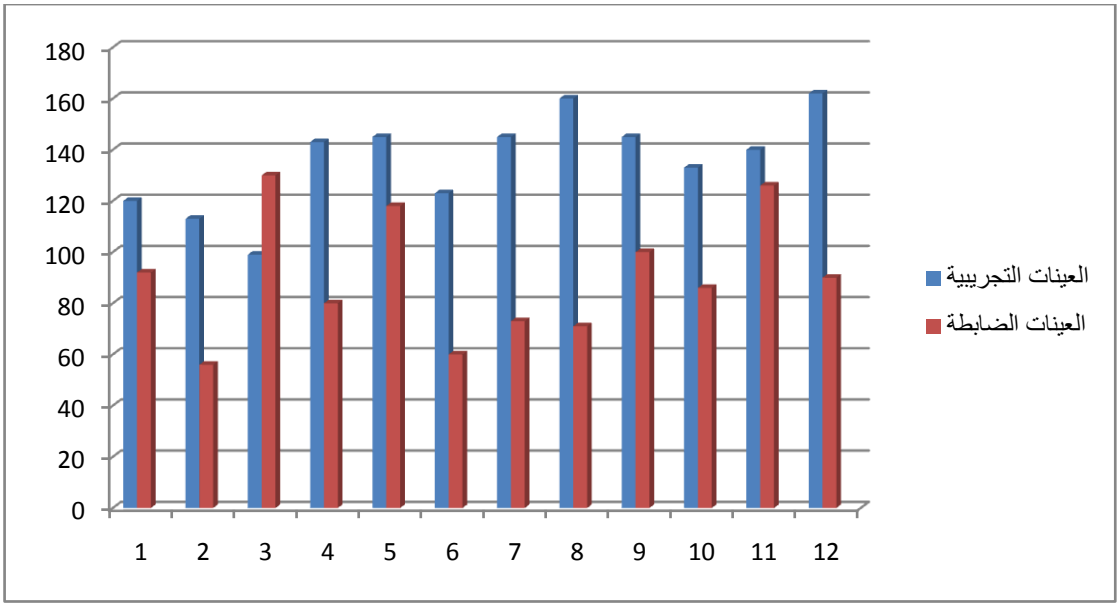
1 عرض النتائج:

حيث وجد الباحث بعد تطبيق القياس الفرعي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة الدرجات التالية على مقياس السلوك الصحي لبن غذفة شريفة 2007

(حيث أقل درجة يمكن الحصول عليها هي:50 وهي ذات اتجاه نحو مستوى أقل من السلوك الصحي، وأعلى درجة هي:200 وهي ذات اتجاه نحو مستوى أعلى من السلوك الصحي)

جدول رقم:(33) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس السلوك الصحي

التجريبية	الدرجة البعدية	ضابطة	الدرجة البعدية
ج01	120	ظ01	92
ج02	113	ظ02	56
ج03	99	ظ03	130
ج04	143	ظ04	80
ج05	145	ظ05	118
ج06	123	ظ06	60
ج07	145	ظ07	73
ج08	160	ظ08	71
ج09	145	ظ09	100
ج10	133	ظ10	86
ج11	140	ظ11	126
ج12	162	ظ12	90



شكل رقم:(05) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس السلوك الصحي

لاختبار فرضية المحور الجسمي استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الصحي، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (34): النتائج الإحصائية لفرضية المحور الجسمي .

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التجريبية	12	135.66	18.80	5.10	2.50	22	0.01
الضابطة	12	90.16	24.50				

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات السلوك الصحي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس "السلوك الصحي" بلغت (5.10)، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على

وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار السلوك الصحي لصالح المجموعة التجريبية.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في زيادة السلوك الصحي لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2}

جدول رقم (35): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

قيمة إيتا (η^2)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير
0.54	1.08	كبير

من خلال الجدول رقم (34) نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.54)، وأن قيمة(d) تساوي (1.08)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير كبير، ويدل هذا على أن جلسات البرنامج العلاجي المصمم له أثر قوي في زيادة سلوكيات التي تدعم الصحة الجسمية، وبالتالي نستطيع ان نقول ان فرضية المحور الجسمي قد تحققت.

مناقشة النتائج:

النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال دراسته للفرضية السابقة انطلقت مما وصلت إليه دراسات سابقة من أن للنشاط البدني والرياضة تأثير إيجابي في علاج الاكتئاب، من تلك الدراسات دراسة مورجان morgan وزملائه 1980 حيث قام بتقييم تأثير النشاط البدني على الاكتئاب، فاتضح أن المجموعات التي خضعت للتدريب البدني أظهروا انخفاضا واضحا لمستويات الاكتئاب بعد التدريب وهذه النتائج تتفق مع نتائج العديد من البحوث التي أوضحت أن التمرين البدني يعتبر أفضل العوامل المساعدة لتخفيف الاكتئاب من ذلك على سبيل المثال نتائج دراسة نورث north وزملائه 1990. و دراسة جريست grist وزملاؤه 1999 التي شملت

مجموعة من المكتئبين حيث أظهرت النتائج كذلك نقصا واضحا في درجات الاكتئاب لدى مجموعة طلب منها أداء تمرين الجري كذلك قام برجر berger وموتل motl 2000 بمراجعة الدراسات لمدة 25 سنة و التي أجريت بغرض التعرف على تأثير النشاط البدني على الحالة المزاجية وخفض كل من التوتر والاكتئاب والغضب والاضطراب والتعب وأمكن تفسير تحسين الحالة المزاجية نتيجة تدعيم مفهوم الذات ومشاعر الكفاية الذاتية والاستمتاع وتوقع الفوائد النفسية وزيادة الإحساس بالتحكم والسيطرة .

يمكن تفسير تأثير النشاط البدني في تخفيف الاكتئاب من خلال أنها:

- تساعد الجسم على امتصاص المعادن والفيتامينات مما يحسن بدوره من وظائف الجهاز المناعي الذي يقوم بدور رئيسي في الوقاية من الأمراض .
- من المعروف كذلك أن كثير من الوظائف البدنية كوظائف القلب والرئة والدورة الدموية وهي الوظائف المرتبطة أيضا بالحالة المزاجية تتحسن بالممارسة الرياضية المنتظمة.
- بالممارسة المنتظمة نجد أنفسنا أكثر قدرة على التنفس الجيد والحيوية مما يقلل بدوره من التعرض للقلق والاكتئاب .
- كذلك تبين البحوث أن الأشخاص الذين يمارسون الرياضة سواءا بشكل مكثف أو مخفف يشعرون بأنهم أصحاء أو يشعرون بأنهم أفضل حالا، ويستمعون بحياة أفضل.
- تفيد الأبحاث أن التمارينات الرياضية تزيد من الثقة بالنفس التي بدورها تساهم بشكل بارز في تحسين صورة الذات وتقديرها. (عبد الستار 2009، ص281).

أما فيما يخص استهداف البرنامج العلاجي لعادات النوم وساعاتها، فإن ذلك راجع إلى نتائج دراسات أثبتت العلاقة بينها وبين الاكتئاب، حيث أثبتت دراسة في كلية الباقي الطبية بجامعة يوثيون قام بها "آلان كرافت" a. kraft مع آخرين سنة 1984 على عينة حرمت من النوم، على ارتباط الاكتئاب بالحرمان من النوم (أبو زيد ، 2000 ص 131). هذه النتيجة تدعمها كذلك دراسة غانم (2002) المعنونة بـ: "مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب" هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية، ومن بين ما توصلت إليه الدراسة ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين عادات وطقوس النوم ومشكلات النوم والاكتئاب.

إن الحرمان من النوم وعدم انتظام دورته ومسايرته الساعة البيولوجية يكون سبباً للعديد من المشاكل الصحية والاضطرابات الذهنية والانفعالية مثل الاكتئاب وكذلك الانخفاض مستوى الطاقة وفقدان الشهية. إن بروز الأعراض الاكتئابية قد يكون أثر لاضطرابات النوم سواءا بزيادة عدد ساعاته أو نقصانها، حيث سجل (أن المصابين بفرط النوم لديهم أعراض اكتئابية قد تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الشديد)(جمعة 2000، ص 150).

من بين العناصر الأساسية كذلك للمحور العلاجي تعزيز السلوك الصحي لأفراد العينة حيث أثبتت دراسة للصبوة والمحمود(2007) والتي قامت بفحص العلاقة بين أنماط السلوك الصحي كالرياضة والتدخين وإساءة استخدام الأدوية وقيادة السيارات وسلوك النوم وكل من فعالية الذات وتقدير الذات والاكتئاب، والتي شارك فيها 565 طالباً وطالبة من جامعة الكويت أجابوا عن عدة مقاييس من ضمنها مقياس السلوك الصحي الايجابي ، إلى أن هناك علاقة سلبية دالة بينها وبين الاكتئاب.

مما سبق ندرك أن "المحور العلاجي الجسمي" قد ارتكز على عناصر أساسية من اجل تعزيز هذا الجانب في البرنامج الكلي، ضِف إلى ذلك تضمينه لفحوص طبية وتحاليل دم تحت إشراف طبيب الصحة المدرسية مما يجعل البرنامج قائم على أرضية صلبة عززت من سرعة ظهور النتائج الايجابية.

يفسر الباحث النتيجة التي توصل إليها إلى الفهم القديم والحديث للعلاقة بين الجسم والنفس والتي تطورت حديثاً في شكل برامج متنوعة (رياضية، حميات غذائية، عقاقير كيميائية، تعزيز السلوك الصحي..إلخ)، بل وفي تخصصات علمية من مثل: الطب السيكوسوماتي، الطب السلوكي، علم النفس الطبي..وغيرها.

إن إدراك التداخل بين ما هو نفسي وجسمي قد أعاد النظرة الكلية للإنسان فلم يعد بالإمكان تفتيت علوم الشفاء إلى فروع متخصصة تعني بالأجزاء و تهمل الكل فالكلية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء، مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي.

إن ما عزز تحقيق المحور العلاجي لنتائجه المرجوة هو اشتراك أطباء متخصصين (طبيب الصحة المدرسي، وطبيب أستاذ جامعي في النشاط الرياضي والتربية البدنية) من خلال إشرافهم على الفحص الطبي وتحاليل الدم والبرنامج الرياضي والغذائي، كذلك من خلال توجيهاتهم لفوائد النشاط البدني وانتظام ساعات النوم عدم الإجهاد وأهمية تطبيق سلوكيات الصحة الجسمية، وكذلك وشروحاتهم الطبية والمتابعة المتخصصة.

لقد كان للمحتوى الديني في هذا المحور دفع قوي ومناسب لعناصر هذا المحور من خلال ذكر التوجيهات الدينية الخاصة بكل عنصر وبعض الآليات والأحاديث وحتى قصص ونماذج من سيرة النبي و بعض الصالحين.

وكذلك كان لعنصر تعزيز الايجابية في سلوكيات الصحة الجسمية دور في دفع أفراد المجموعة التجريبية نحو تطبيق السلوكيات في حياتهم اليومية مع كثير من الحماس والإيمان العميق بمحتواها.

مما عزز النتائج أسلوب "المتابعة والتقييم" المرحلي من أجل معرفة مدى الاستفادة و التقبل لجلسات المحور العلاجي، ومرافقة نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه، وتلافي أي نقائص . وكذلك في بداية كل جلسة من أجل مراقبة مدى تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية وتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه.

ث عرض ومناقشة نتائج دراسة فرضية المحور السلوكي (الأنشطة السارة الترويحية):

تنص الفرضية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأنشطة الترويحية لصالح المجموعة التجريبية.).

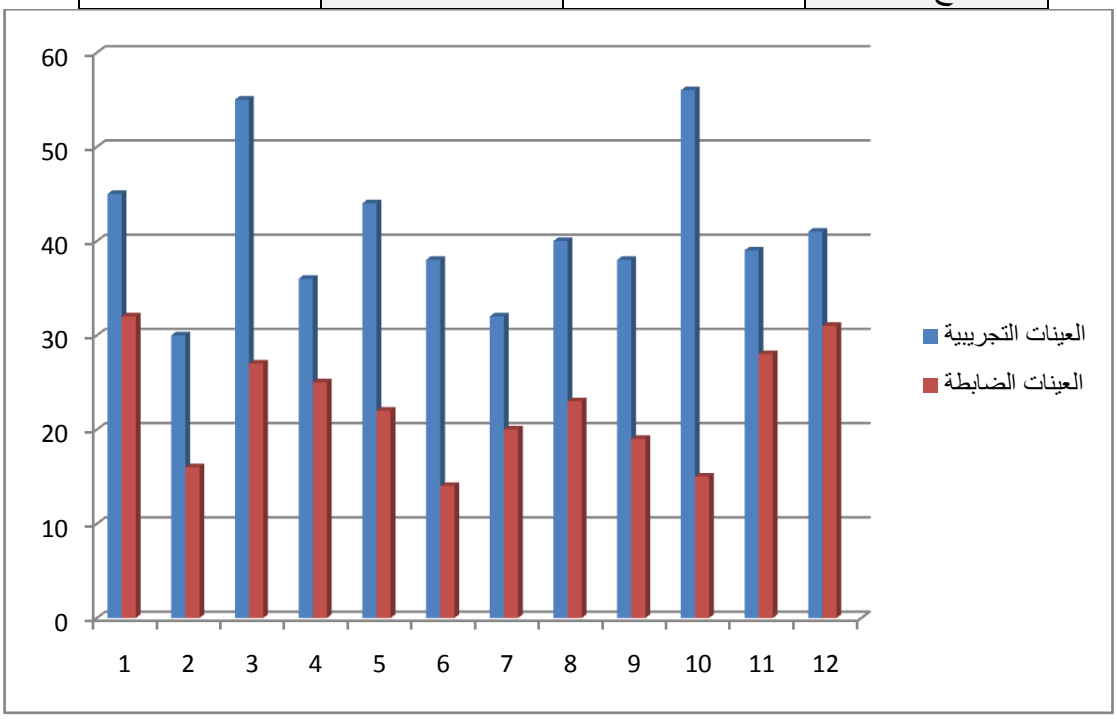
1- عرض النتائج:

حيث وجد الباحث بعد تطبيق القياس الفرعي البعدي للمجموعتين التجريبية و الضابطة الدرجات التالية على مقياس الأنشطة الترويحية لحمدي السيسي

(حيث أقل درجة يمكن الحصول عليها هي: 00 وهي ذات اتجاه نحو مستوى أقل من النشاطات الترويحية، وأعلى درجة هي: 80 وهي ذات اتجاه نحو مستوى اعلى من النشاطات الترويحية)

جدول رقم:(36) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأنشطة الترويحية

التجريبية	الدرجة البعدية	ضابطة	الدرجة البعدية
ج01	45	ظ01	32
ج02	30	ظ02	16
ج03	55	ظ03	27
ج04	36	ظ04	25
ج05	44	ظ05	22
ج06	38	ظ06	14
ج07	32	ظ07	20
ج08	40	ظ08	23
ج09	38	ظ09	19
ج10	56	ظ10	15
ج11	39	ظ11	28
ج12	41	ظ12	31



شكل رقم:(06) يوضح درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأنشطة الترويحية

لاختبار فرضية المحور السلوكي(الأنشطة الترويحية) استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الأنشطة الترويحية، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (37): النتائج الإحصائية لفرضية المحور السلوكي.

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التجريبية	12	41.16	7.95	6.39	2.50	22	0.01
الضابطة	12	22.66	6.09				

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات الأنشطة الترويحية في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس "الأنشطة الترويحية" بلغت (6.39)، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأنشطة الترويحية لصالح المجموعة التجريبية.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في زيادة سلوكيات الأنشطة الترويحية لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2}

جدول رقم (38): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على مقياس الأنشطة الترويحية والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

(η^2 قيمة إيتا)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير
0.64	1.36	كبير

من خلال الجدول رقم (37) نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.64)، وأن قيمة(d) تساوي (1.36)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير كبير، ويدل هذا على أن جلسات البرنامج العلاجي

المصمم له أثر قوي في زيادة سلوكيات الأنشطة الترويحية، وبالتالي نستطيع ان نقول ان الفرضية قد فرضية المحور السلوكي قد تحققت.

مناقشة النتائج:

النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال دراسته للفرضية السابقة انطلقت مما وصلت إليه دراسات سابقة من أن الأفراد المكتئبين يتسمون بالرتابة والملل وافتقار حياتهم للأنشطة السارة الترويحية، فمثلاً دراسة تونسيند وماهوني (Townsend and Mahoney, 1981) انتهت إلى أن الطلاب الذين يحصلون على درجات مرتفعة في مقياس الاكتئاب أقل استجابة لحاسة الدعابة، كذلك دراسات كيتولا ورينو (Cetola and Reno, 1985) وروللر ولانكستر (Roller and Lankester, 1987) التي انتهت إلى أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب النفسي أقل استجابة لحاسة الدعابة. كما قام سكوجين وميربوم (Scogin and Merbaum, 1983) بدراسة العلاقة بين الاكتئاب النفسي وحاسة الدعابة. فتبين لهم أن أفراد المجموعة مرتفعة الاكتئاب أقل استجابة لحاسة الدعابة.

لذا يجب تضمين برامج علاج الاكتئاب برامج لتعلم عادات ايجابية ذات أنشطة سارة ترويحية تنمي حس الدعابة لديهم من اجل إخراجهم من حالة الرتابة والملل وملئ حياتهم بالحيوية والنشاط، حيث أشارت دراسة نسبون وميشكوس Nussbaun and Michaux 1963 إلى وجود ارتباط موجب بين التحسن في الأعراض الاكتئابية والاستجابة المرتفعة لحاسة الدعابة.

إن نجاح المحور العلاجي في تحقيق أهدافه يعزوه الباحث إلى أن محتويات هذا المحور تبعث على الحيوية والنشاط لدى أفراد المجموعة في خضم البرنامج العلاجي المتعدد، وإلى أن برنامج الأنشطة السارة نابعة من اختيارات كل فرد في حد ذاته، فهو يمارس ما يحب ويعتقد انه يدخل السرور والبهجة عليه، ضِف إلى ذلك اعتماد مبدأ التنويع التدريجي للأنشطة ما بين أنشطة(ثقافية، اجتماعية، خلوية، جمالية) وأن من أهداف المحور العلاجي جعل أفراد المجموعة يستبصرون حالة الروتين والملل وافتقار حياتهم اليومية لجوانب المرح والسرور، وأن يوضح لهم الباحث المعالج الأهمية والفوائد المتعددة لتغيير هذه العادة بإدخال أنشطة ترويحية. ضف إلى ذلك تخلل الجلسة سرد بعض النكت والطرائف التي تساهم في تجسيد أهداف الجلسة.

كما حرص الباحث على تضمين المحتوى الديني في المحور العلاجي من خلال توضيح فكرة أن ليس في الدين رهبانية وأن فيه سعة وفسحة للسرور ما لم يكن فيه مخالفات، وذلك انطلاقا من توضيح "حديث الصحابي حنظلة"، وسرد نماذج من مواقف السرور في سيرة النبي صلى الله عليه وسلم.

انطلاقاً من مبدأ تنمية الايجابية في السلوكيات المختلفة، فقد حث المعالج أفراد العينة على تعلم عادة إظهار" الابتسامة" والبشاشة على الوجه، وكذلك محاولة زرعها في وجوه الآخرين، ولا شك أنه يعود عليه أيضا ويعزز الفوائد الايجابية لهذا السلوك.

ج عرض ومناقشة نتائج دراسة فرضية المحور الانفعالي(الاسترخاء):

تنص الفرضية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء القبلي و البعدي بعد ممارسة حصص الاسترخاء لصالح التقييم الشخصي البعدي).

1- عرض النتائج:

حيث وجد الباحث بعد تطبيق تفريغ استمارات المراقبة الشخصية لمد التقدم في الاسترخاء للعينات التجريبية النتائج التالية قبل وبعد تطبيق حصص الاسترخاء

(حيث سلم التقييم يتراوح من:00 أقصى درجات الاسترخاء، إلى:10 أقصى درجات عدم الاسترخاء والتوتر)

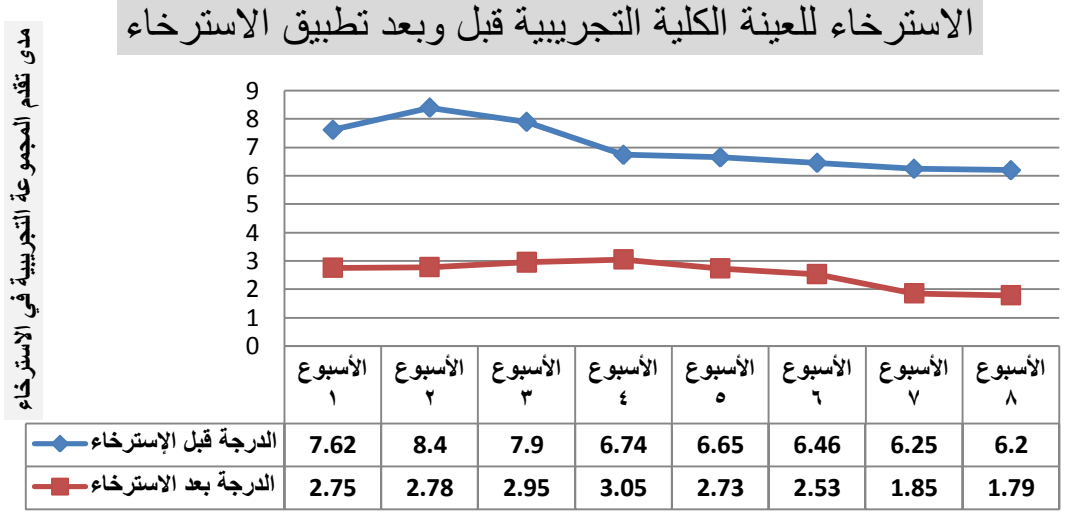
جدول رقم:(39) يوضح درجات التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء للعينات التجريبية قبل وبعد تطبيق حصص الاسترخاء على مدار ثمانية اسابيع.

المجموعة التجريبية		متوسط درجات الأسبوع 01	متوسط درجات الأسبوع 02	متوسط درجات الأسبوع 03	متوسط درجات الأسبوع 04	متوسط درجات الأسبوع 05	متوسط ارجات الأسبوع 06	متوسط درجات الأسبوع 07	متوسط درجات الأسبوع 08
ج01	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.5	09.1	08.2	05	06.5	07.6	06.5	06
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	03.2	02.5	04.4	03.7	02.3	03	01.5	01.5
ج02	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07	07.8	08.1	07.3	06.5	06.7	06.5	06
	الدرجة **بعد**	02.2	02.6	02.5	03.3	03.6	02.9	01.5	02

	الاسترخاء								
ج03	الدرجة **قبل** الاسترخاء	.08.8	09	07.5	08	06.5	07.5	05	06.5
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	04	03.8	02.5	03	03.1	02.5	02.3	01
ج04	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.3	07.5	08.4	07.9	06.5	07	06.5	06
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	02.7	02	02.5	03	02.2	03	01.5	01.5
ج05	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.3	09	08.1	05	07.5	07.7	08	07
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	03	02.5	04	02	02	02	02.5	03
ج06	الدرجة **قبل** الاسترخاء	09	08	07.5	05.9	06.5	06.5	05	06.5
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	03.5	02.5	02.5	03	03.6	02	01.5	01.5
ج07	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.6	07.5	08	07.5	06.5	07.5	05.5	06
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	02	02.2	02.5	03	03.6	04	02.5	02
ج08	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07	09	07.5	08	06.5	07	06.5	06.5
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	02	02.5	02.5	03.2	02.6	03	02	02
ج09	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.5	09	08	05.8	07	07	06.5	06
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	03	02.5	04	02.9	02.2	02	01.5	01.5
ج10	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07	09	08	05	06.5	07	08	07
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	02	02.8	02.5	03	02.6	02	02.5	02
ج11	الدرجة **قبل** الاسترخاء	08	09	07.5	08.1	07	06.5	05	05
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	03	04	02.5	03	02.5	02	02	01.5
ج12	الدرجة **قبل** الاسترخاء	07.5	07	08	07.4	06.3	06.5	06	06
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	02.5	03.5	03	03.5	02.5	02	02.5	02
	الدرجة **قبل**	7.62	8.40	7.9	6.74	6.65	6.46	6.25	6.20

العينة الكلية	الاسترخاء								
	الدرجة **بعد** الاسترخاء	2.75	2.78	2.95	3.05	2.73	2.53	1.85	1.79

شكل رقم:(٠٧)يوضح التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء للعينة الكلية التجريبية قبل وبعد تطبيق الاسترخاء



لاختبار فرضية المحور الإنفعالي استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء عند المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق حصص الاسترخاء العلاجية، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (40): النتائج الإحصائية لفرضية المحور الانفعالي (الاسترخاء) .

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة قبل الاسترخاء	12	7.10	0.187	−56.71	22	0.01
الدرجة بعد الاسترخاء	12	2.54	0.156			

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات التقييم الشخصي لمدى التقدم في الاسترخاء قبل وبعد تطبيق حصص الاسترخاء للمجموعة التجريبية بلغت (56.81)،

وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات التقييمات الشخصية لمدى التقدم في الاسترخاء قبل وبعد ممارسة حصص الأسترخاء لصالح التقييم الشخصي القبلي.

للتعرف على أثر جلسات هذا البرنامج العلاجي نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2}

جدول رقم (41): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على جدول المراقبة الشخصية لمدى التقدم في الإسترخاء والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر .

(η^2 قيمة إيتا)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير
0.99	12.09	كبير

من خلال الجدول رقم (40) نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.99)، وأن قيمة(d) تساوي (12.09)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير كبير، ويدل هذا على أن حصص الإسترخاء المتعلمة في البرنامج العلاجي والمطبقة داخل وخارج الجلسات لها فعالية في زيادة درجات التقييم الشخصي في الإحساس بالاسترخاء ، وبالتالي نستطيع ان نقول ان فرضية المحور الإنفعالي قد تحققت.

2- مناقشة النتائج:

إن النتائج المتوصل إليها انطلقت مما وصلت إليه دراسات سابقة أثبتت الأثر الايجابي لتقنيات الاسترخاء بشقيه العضلي والتخيلي في تخفيض الاكتئاب النفسي وسواءاً أكان بشكلٍ مستقل أو بمصاحبة علاجات أخرى، من ذلك دراسة أنور حمودة البنا 2011 بدراسة معنونة بـ"فعالية برنامج استرخائي تدريبي لخفض حدة الاكتئاب" ودراسة رينولدس وآخرون (Reynolds et al .1986) التي تحققت من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج

بالتدريب على الاسترخاء لدى عينة من المكتئبين، كذلك دراسة بويرز و.أ (1990) Bowers A.W المعنونة بـ" علاج مرضى الاكتئاب بالقسم الداخلي بالأسلوب المعرفي مع استخدام العقاقير وبالاسترخاء مع العقاقير معا وبالعقاقير فقط "، كذلك دراسة دراسة ميرفي ج. كارني ر.م والآخرون1995 (Carney Murphy. and al) المعنونة بـ" العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء والعلاج المضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات كعلاج للاكتئاب".

يعزو الباحث التأثير النفسي الايجابي لتقنيات الاسترخاء العلاجية إلى أن(حالة الاسترخاء هي عكس حالة التوتر والضغط النفسي، وحدوث الاسترخاء يقوم على وظيفة الجهاز الباراسمبثاوي الذي يؤدي إلى إبطاء حركية القلب وتنظيم حركة التنفس بصورة هادئة وتدفئة الجسم والسيطرة الهادئة على وظائف الهضم، وهو الشق أيضا الذي يشير فيها إلى الرغبة في النوم ويشعر الفرد بالإحساس بالطمأنينة،..كما يعرفها الكثير من الأطباء أنه عنصر حيوي لأسلوب المعيشة الصحية)(إليس، 1995 ص25) .

يُجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء العضلي في السيطرة على التوتر (العلاقة بين الجسم والنفس)، إذ إنه يُضعف فرط تنبيه الجملة العصبية الإعاشية والتوتر العضلي في التكوين الشبكي، وبالتالي يعيد تصنيع هرمون التوتر(الكاتيكولامينات) إلى حالة السوية ويجعل مستويات الكورتيزول بالدم في حدودها الطبيعية وبذلك يوقف الإنذار الذي يسببه التوتر النفسي اي يثبط الآليات الباثولوجية للتوتر النفسي. كما ان الاسترخاء يحقق التوازن النفسعصبي، بجعل وظائف البدن منتظمة الوظيفة، وأنه ينقل موجات الدماغ إلى سيطرة موجات ألفا وهي موجات الاسترخاء، وينشط تصنيع مورفينات الجسم الطبيعية الأندروفينات والأنكفيليات، وان هذا الأسلوب هو البديل عن المهدئات والأدوية النفسية المثبطة للقلق والتوتر لأنه يحقق الغرض نفسه دون التأثيرات الجانبية السيئة للمهدئات وفي طليعتها الإدمان والاعتماد ، بالإضافة إلى أن أسلوب الاسترخاء العضلي يبدل السلوك التوتري من خلال تعلم مهارات الاسترخاء واستخدمها في المواقف المتوترة ، وهو إستراتيجية هامة في الطب النفسي السلوكي القائم على معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية.(حجار 2005 ص73)

يعزو الباحث كذلك النتائج المتوصل إليها إلى: – تضمين البرنامج توضيح تلك التأثيرات السلبية الآنية والبعدية للتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات السلبية لأفراد العينة.

- توضيح فوائد التعلم والتدريب على الاسترخاء.

- الاعتماد على المحاضرة والمناقشة والعرض المرئي لجلسة استرخاء نموذجية يرافقها تطبيق ذاتي وتصحيح من طرف المعالج واكتشاف الفرق بين الشد والإرخاء لكل عضلة.

- تضمين البرنامج لواجبات منزلية خارجية لتطبيق الاسترخاء ثلاث مرات يومياً، مع تسجيل بياناتها في استمارة خاصة لمراقبة مدى التقدم في الاسترخاء مع ما تفضيه وتبعثه هذه العملية والاستمارة من جدية في التطبيق والمتابعة وملاحظة ذاته

- اعتماد الباحث على تقييم مرحلي بنائي لجلسات المحور العلاجي من وجهة نظر أفراد المجموعة العلاجية لتحري أي قصور أو عدم فهم ومعرفة أرائهم حول سير البرنامج، من أجل تحصينه وزيادة كفاءته وتقبل العينة وتجاوبهم معه.

- الأثر النفسي الايجابي العميق والملموس لمزاوجة جلسات الاسترخاء مع أذكار وأدعية دينية.

- تضمين الجلسات عمليات التخيل والإيحاء بأمور شخصية ايجابية وجميلة.

- إعادة اكتشاف ومعايشة ما للصلاة من فوائد علاجية نفسية واسترخائية

إن مما تضمنه المحور الانفعالي أسلوب "التنفيس الانفعالي" وهو أسلوب للتفريغ والإفصاح عن المكبوتات والمشاركة الوجدانية بين أفراد المجموعة العلاجية وتلقى الدعم النفسي والتآزر الجماعي، ولا شك ما لهذا الأسلوب في فائدة وتأثير وجداني ايجابي. إن مما يعزز هذه الفائدة وهذا الأثر النفسي الايجابي هو معايشته لمشاعر وأحاسيس وجدانية مثل حالته، وما قد يتلقاه من تقبلٍ لمشاعره من أعضاء المجموعة العلاجية والمعالج ،في مكانٍ ليس فيه محاكمة ولا تأنيب بل آذانُ صاغية متفهمة ليست أجواءه السلبية التي اعتادها، والتي كلها كبحُ لمشاعره و وعدم اهتمام لأرائه وأفكاره.

إن أسلوب التنفسي الانفعالي العلاجي يجعل الفرد فيه مستبصراً لمشاعره وأحاسيسه، فيقوم بمرافقة المعالج بإعادة توجيهها الوجهة الصحيحة والشكل الايجابي. كذلك الواجب المنزلي الذي يدعم هذا الأمر والمتمثل في التعبير والتنفيس الانفعالي الكتابي.

يحاول المعالج في هذا المحور من العلاج أن يكتشف أفراد المجموعة العلاجية ما للدعاء من فوائد تنفيسية نفسية في قوة اعتقاد بالله على تغيير الأمور نحو الأحسن وفي كل لحظة يرفع فيها اكف الضراعة لله بأدعية من القلب إلى قريب مجيب الدعوات.

يعتقد الباحث أن تنويع محتويات المحور العلاجي وتقديمه بأسلوب شيق وفي جو من التفهم والثقة المتبادلة واستغلال قوة الوازع الديني، وكذلك تعزيز "الإيجابية" في الانفعالات كانت كلها أسباب في نجاح جلسات المحور العلاجي في تحقيق أهدافه.

ثالثاً- عرض ومناقشة الفرضية العامة الثانية والفرضيات الفرعية:

انطلق البحث من فرضية عامة ثانية تنص على أنه :(لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي). وللاجابة عن مدى تحقق هذه الفرضية فإننا ننطلق من دراسة فرضيتيها الجزئيتين، كالتالي:

أ -**عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:**

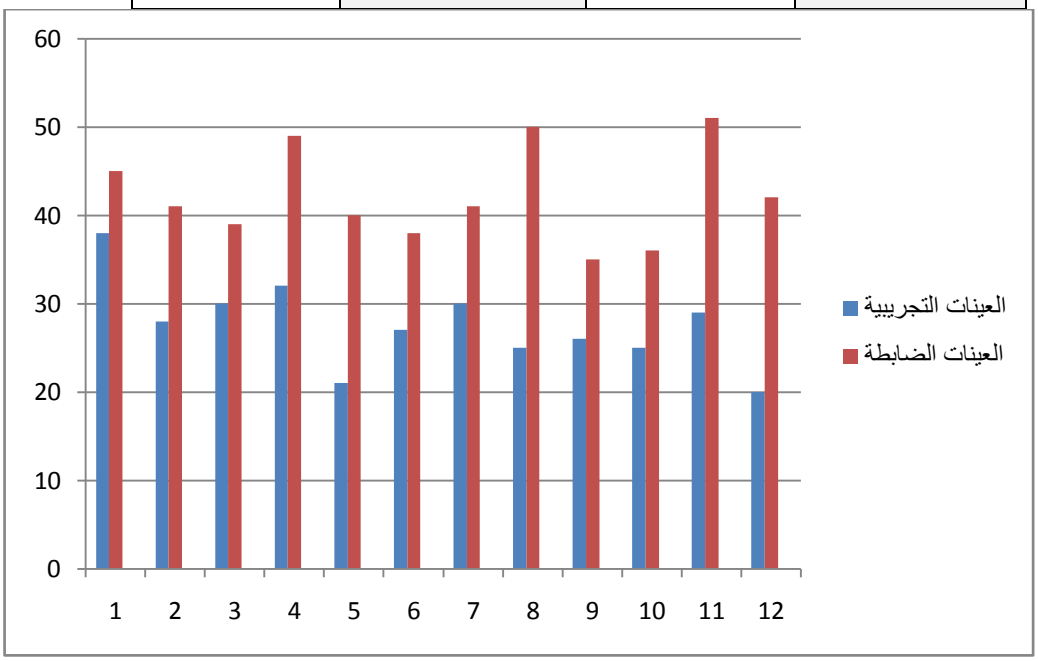
تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب لصالح المجموعة الضابطة).

كانت نتائج سلم بيك الثاني للإكتئاب في القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة كالتالي:

جدول رقم :(42) يوضح درجات الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة

العينات التجريبية	درجة الاكتئاب	العينات الضابطة	درجة الاكتئاب
ت-1	38	ظ-1	45
ت-2	28	ظ-2	41
ت-3	30	ظ-3	39
ت-4	32	ظ-4	49
ت-5	21	ظ-5	40

38	ظ-6	27	ت-6
41	ظ-7	30	ت-7
50	ظ-8	25	ت-8
35	ظ-9	26	ت-9
36	ظ-10	25	ت-10
51	ظ-11	29	ت-11
42	ظ-12	20	ت-12



شكل رقم:(08) يوضح درجات الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة

لاختبار الفرضية الجزئية الأولى استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (43): النتائج الإحصائية للفرضية الفرعية الأولى.

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التجريبية	12	27.58	4.851	−7.014	22	0.01
الضابطة	12	42.25	5.378			

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على سلم بيك الثاني للاكتئاب بلغت (7.014−) ، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على سلم بيك الثاني للإكتئاب لصالح المجموعة الضابطة.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح (المتغير المستقل) على الاكتئاب (المتغير التابع) لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2} .

جدول رقم (44): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على سلم بيك الثاني للإكتئاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

قيمة إيتا (η^2)	**قيمة (d)**	**مقدار حجم التأثير**
0.71	1.58	كبير

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.71)، وأن قيمة(d) تساوي (1.58)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير كبير، ويدل هذا على أن جلسات البرنامج العلاجي المصمم له

أثر قوي في التخفيف من شدة الإكتئاب لدى افراد المجموعة التجريبية، وبالتالي نستطيع ان نقول ان الفرضية الفرعية الأولى قد تحققت.

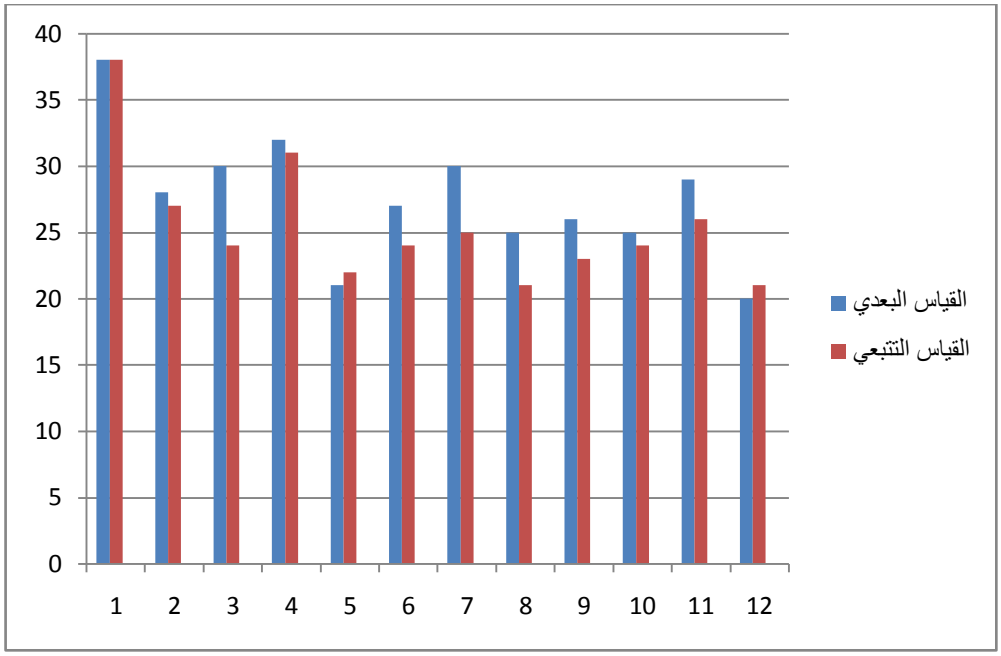
ب-عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه:(يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب بعد مرور أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي).

كانت نتائج سلم بيك الثاني للإكتئاب في القياس القبلي والتتبعي للمجموعة التجريبية كالتالي:

جدول رقم :(45) يوضح درجات الاكتئاب في القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

االمجموعة التجريبية	درجة القياس البعدي	درجة القياس التتبعي
ت-1	38	38
ت-2	28	27
ت-3	30	24
ت-4	32	31
ت-5	21	22
ت-6	27	24
ت-7	30	25
ت-8	25	21
ت-9	26	23
ت-10	25	24
ت-11	29	26
ت-12	20	21



شكل رقم :(09)يوضح درجات الاكتئاب في القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

لاختبار الفرضية الجزئية الثانية استخدم الباحث اختبار (ت)، لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب، والجدول التالي يُبين النتيجة:

جدول رقم (46): النتائج الإحصائية للفرضية الفرعية الثانية.

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
البعدي	12	27.58	4.851	1.05	22	0.05
التتبعي	12	25.50	4.814			

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على سلم بيك الثاني للاكتئاب بلغت (1.05) ، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أ قل من قيمة (ت)

المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.05)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على سلم بيك الثاني للإكتئاب .

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح (المتغير المستقل) على الاكتئاب (المتغير التابع) لدى عينة المجموعة التجريبية نستخدم معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا ^{2} .

جدول رقم (47): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح قيمة إيتا ^{2} على سلم بيك الثاني للإكتئاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

قيمة إيتا (η^2)	قيمة (d)	مقدار حجم التأثير
0.04	0.21	صغير

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة إيتا ^{2} تساوي(0.04)، وأن قيمة(d) تساوي (0.21)، وبالتالي فإن مقدار حجم التأثير صغير، ويدل هذا على الفرضية الفرعية الثانية لم تتحقق

خ -مناقشة نتائج الفرضيتين الفرعيتين والفرضية العامة الثانية:

تنص الفرضية العامة الثانية على أن:(لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي)

وبالرجوع إلى نتائج الفرضيتين الجزئيتين التي هي كما يلي:

جدول رقم:(48) يوضح النتائج الاحصائية للفرضيتين الفرعيتين

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية قياس بعدي للاكتئاب	12	27.58	4.851	−7.014	22	0.01
المجموعة الضابطة	12	42.25	5.378			

قياس بعدي للاكتئاب						
التجريبية قياس بعدي للاكتئاب	12	27.58	4.851	1.05	22	0.05
التجريبية قياس تتبعي للكتئاب	12	25.50	4.814			

نجد أن في الجدول السابق قيمة (ت) بين متوسطي درجات الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على سلم بيك الثاني للاكتئاب بلغت (7.014−)، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.01)، أي اننا متأكدون بنسبة 99 % من أن جلسات البرنامج لها فعالية في خفض درجات الاكتئاب ، و أن الفرق بين المتوسطين دال إحصائيا عند هذا المستوى لصالح المجموعة الضابطة ، أي أن المجموعة التجريبية أقل اكتئاباً، ولذلك نستطيع أن نقول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

كذلك من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على سلم بيك الثاني للاكتئاب بلغت (1.05)، وبالرجوع الى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة أ قل من قيمة (ت) المجدولة عند درجة حرية (22) ومستوى دلالة (0.05)، أي أنه لا توجد فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي ولذلك نقول أن الفرضية ال جزئية الثانية لم تتحقق.

من خلال ما سبق ذكره من النتائج يمكن القول أن الفرضية العامة الثانية والتي تنص على ان لبرنامج العلاج السلوكي المتعدد المحاور بالمحتوى الديني المقترح فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي قد تحققت

يفسر الباحث النتائج المتوصل إليها إلى تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي المعتمد في الدراسة، الذي اثبت فعاليته في تخفيض درجة الاكتئاب النفسي وهو الذي ينطلق مما وصلت إليها دراسات وتجارب علاجية سابقة أكدت أن تظافر مداخل وتيارات علاجية متنوعة

تسهم في علاج الاكتئاب ، من تلك الدراسات دراسة رينولدس وآخرون Reynolds et al.1986)) الذي استخدم العلاج المعرفي والسلوكي والاسترخاء، و دراسة بويرز و.أ (1990) Bowers A.W الذي استخدم الأسلوب المعرفي والعقاقير والإسترخاء، و دراسة ميرفي. كارني والآخرون 1995 (Murphy, Carney. and al) الذي استخدم العلاج المعرفي السلوكي والاسرخاء والعقاقير المضادة للاكتئاب، ودراسة برينت ، هولدر د، وآخرون 1997 (Brent ; Holder D ; and al.) التي استخدمت العلاج المعرفي والعلاج العائلي والعلاج بالمساندة ، ودراسة وردة يحياوي 2014 التي اعتمد نموذج ارنولد لازاروس المتعدد، حتى ولو أن أغلب الطرق العلاجية أدخلت للمقارنة بين فعالياتها أو استخدمت بشكل منفصل على مجموعات متعددة، و بعضها أدخل بطريقة مشوهة و الآخر بشكل جزئي فقط .

إن البرنامج العلاجي المعتمد الحالي ينطلق من مبدأ استهداف كل جوانب السلوك الإنساني فكلها تتكامل وتتعاضد في مرضها وشفائها، فهي بمثابة ركائز وأركان لبناء الصحة إذا اختل أحدها تداعى لها باقي الأركان و أنهدم البنيان . و هاته الأركان هي جوانب سلوك الإنسان الست(المعرفية، الانفعالية، السلوكيات الظاهرة، الاجتماعية، الجسمية والروحية)، وهي سر نجاح العلاجي الحالي.

إن الباحث في أخذه بهذا البرنامج المتعدد المحاور الذي يتجاوز حدود النظريات الضيقة ويأخذ منها الأساليب والفنيات العلاجية بحرية وبطريقة منسقة ما يناسب حالاته الإكلينيكية وجوانب سلوكها، مثله مثل المعالج الجراح الذي توضع أمامه كل الأدوات الطبية مهما كانت فهو لا يدري ما يجد في جسم مريضه وما يحتاجه لأمور طارئة وأعضاء أخرى متضررة متخفية ومتداعية للمرض الأصلي.

إن فعالية البرنامج راجع كذلك إلى ثرائه بالفنيات والأساليب العلاجية المتنوعة التي تشكلت في منظومة علاجية متكاملة مترابطة تناسب وتعقد وتشابك اضطراب الاكتئاب، والتي يجب أن تستخدم بسلالة وخبرة وكذلك في مرونة وبمراحل مبرمجة حسب كل محور علاجي، هذه المحاور والطرق العلاجية المختلفة والمتعددة استخدمت انطلاقا من دراسات وتجارب سابقة أثبتت فعاليتها والأساليب التي تنتمي إليها في تخفيض الاكتئاب النفسي، وان تجميعها من طرف الباحث في علاج واحد غايته منها لتتضافر وتتآزر لتؤتي أكلها بشكل أكبر وأعمق وأدوم.

إن البرنامج في شكله الحالي جمع مابين أمرين أساسيين ومهمين في الممارسة الإكلينيكية يصعب التوفيق بينهما إلا بخطط مرنة وسلسة، ألا وهما الشمولية والاختصار.مع ما تضمنته من عناصر دينية وعناصر إيجابيۃ وقياسات متعددة غير متزامنة، مع محاولة تصميمها وتطبيقها في منهج تجريبي ضوابطه صعبة ومتغيراته متعددة،

مما زاد من فعالية البرنامج وتعاطي أفراد المجموعة العلاجية وتجاوبهم معه، هو مشاركة طبيبهم طبيب الصحة المدرسية، وطبيب آخر دكتور في النشاط البدني والرياضي مما أعطى لمسة اختصاصية أخرى وجدية أكثر وتلهف إضافي لمجريات البرنامج العلاجي، الذي تضمن فحوص طبية مجانية وقياسات حيوية و إرشادات طبية متنوعة (رياضية، غذائية، تثقيفية وتوعوية...) وباساليب متنوعة وشيقة من مثل المطويات المصورة والتسجيلات المرئية عن طرق جهاز العرض المرئي للمعلومات Data Shaw projector، وبعض التدريبات الحركية النموذجية...).

كذلك مما سهل وساهم في تفعيل كفاءة البرنامج إجراء جلساته في عيادة الصحة المدرسية UDS وهي عيادة متكاملة ومجهزة بمرافق أساسية، وكذلك تجند الفريق الطبي والنفسي كله في خدمة السير الحسن للبرنامج، كذلك تواجد العيادة داخل الثانوية مكان عينة الدراسة ، وكذلك التنسيق المحكم والتسهيل المشكور من طرف الفريق البيداغوجي والادراي، كذلك ساهم في نجاح البرنامج خبرة الباحث كأخصائي نفساني عمل بمصالح استشفائية متعددة وكذلك في الصحة المدرسية وفي نفس مكان إجراء البحث الحالي ونفس فريق العمل الطبي والإداري والبيداغوجي. مما منحه سلاسة ومرونة في التطبيق العلاجي وتجاوز للعقبات الإدارية وغيرها.

إن مما حرص عليه الباحث في تطبيقه للبرنامج أن يكون أفراد المجموعة العلاجية مشاركون ايجابيون وشركاء في تحقيق النجاح والشفاء، وذلك من خلال عدة أمور منها توضيح أهداف كل جلسة وتقنياتها والفوائد المرجوة منها، مراعاة آرائهم في طريقة تطبيق البرنامج من خلال إستمارت "التقييم البنائي المرحلي"و "النهائي"، والمشاركة في تقييم وتعزيز تطبيق الواجبات المنزلية والخارجية، اطلاعهم على الخطوط العريضة للمراحل العلاجية القادمة وتشويقهم لتطبيقها.وكل ذلك في جو من العلاقة العلاجية الايجابية والمتفهمة، وجو من النقاش وسماع الآخر.

مما زاد في فعالية البرنامج هي الجاذبية والحيوية والمرح التي تبعثها جلسات وفنيات دعم الأنشطة الترويحية، من خلال بعض اسرد بعض النكت والطرائف بما يخدم أهداف ونظام البرنامج، فبالتالي هي بمثابة "استراحة محاربين" يقاومون الاكتئاب.

مما عمق من الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي هو استغلال وتضمين المحتوى الديني الذي يُجمع علماء النفس مهما كانت مشاربهم الأيديولوجية على تأثيره القوي في النفوس ودعم استقرار الصحة النفسية وتجاوز المشكلات والأزمات الانفعالية وتديم المنظومة الفكرية وتحصينها. وهو ما ضمنها الباحث في برنامجه بحيث يدعم المحتوى الديني و يآزر باقي المحاور العلاجية في أهدافها وتقنياتها.

مما تميز كذلك به البرنامج هو لمسة "الايجابية" الناتجة عن الفرع الحديث من علم النفس الايجابي، والتي حرص الباحث أن يضمنها في كل جوانب السلوك ومحاوره العلاجية بما يلائمها ويعززها، والتي يعتقد الباحث أن تنميتها يُسرع الشفاء في كل محور، فهناك في كل محور مكان واحد لا يجتمع فيه ضدان إما للايجابية أو السلبية المرضية.

مما سبق ذكره يعتقد الباحث أنه فسر وناقش كيفية الوصول إلى نتائج تخفيض درجة الاكتئاب عند المجموعة التجريبية العلاجية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى هذا التدخل.

*- فيما يخص القياس التتبعي:

لقد قام الباحث بالقياس التتبعي من أجل التأكد من استمرارية وبقاء مستويات التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية، وأنه ليس تحسن مؤقت سرعان ما يزول بتوقف البرنامج، وهو ما يعتبره الكثير من المعالجين الدليل لنجاح برامجهم العلاجية خاصة مع شريحة المراهقين وخصائصهم وبسبب ما يتعرضون له من مشكلات وظروف نفسية اجتماعية ودراسية مختلفة.

بعد القيام بالقياس التتبعي عن طريق سلم بيك الثاني للاكتئاب واستخلاص النتائج تبين بقاء الأثر العلاجي، والذي يعزوه الباحث إلى نجاح البرنامج بمحتوياته في تنمية الطاقات والقدرات الايجابية الكامنة في أفراد العينة، واستثمارها للعمل بفعالية لتحقيق الكفاءة الذاتية، كذلك تعود هذه النتيجة إلى أثر الأساليب والفنيات العلاجية التي تعلموها وتدربوا عليها داخل الجلسات

وخارجها في شكل واجبات، والتي أعطتهم القدرة المواجهة المشكلات المستقبلية وتحصين أنفسهم.

اقتناع وحب المراهقين للأنشطة والفعاليات المختلفة التي تمت في البرنامج العلاجي والتي استمروا في تطبيقها بعد انتهاء البرنامج من مثل السلوك الصحي، النشاط الرياضي والأنشطة الترويحية والاسترخاء ،وهذا الاستمرار في التطبيق كان تطبيقاً للتوجيهات التي حرص الباحث على أن ينفذها المراهقين بعد انتهاء البرنامج العلاجي. وهو أيضا أثر منطقي لمبدأ اعتمده الباحث في البرنامج، وهو تعويد أفراد المجموعة التجريبية أن يكونوا مشاركين ايجابيين في علاج أنفسهم، ما جعلهم أكفاء في مواجهة المشكلات التي تعترضهم. كذلك هو نتاج لتنمية "الايجابية" في السلوكيات المختلفة والذي هو مبدأ حديث يُعول عليه كثيراً في العلاج النفسي، وهو ما لاحظ أثره الباحث وساهم في جني النتائج السابق ذكرها.

إن ملاحظة وإحساس أفراد العينة بفعالية البرنامج وتقنياته وتوجيهاته في تحسين حالتهم أثناء وبعد تطبيق البرنامج، زادهم اقتناعا بجدواها وتمسكاً بتطبيقها، ضف إلى ذلك الأجواء التي سادت مجريات ومراحل العملية العلاجية من تفاعل ايجابي وثقة واحترام متبادل وإحساسٍ بالانتماء.

زيادة الاقتناع بأهمية التقرب إلى الله أكثر وترسيخ المعتقدات الدينية وممارسة شعائرها، ولما يضفيه هذا النشاط الروحاني من زيادة في الصلابة النفسية والتحصين من الاضطرابات المختلفة والاكتئاب إحداها.

كذلك خصوصية هذه المرحلة العمرية والتي تتميز بسرعة التعلم والتشوق لما هو أفضل، واعتمادها في تعلمها كثيرا على أسلوب المحاكاة أو "النمذجة"، والتي كانت تقنية مهمة في البرنامج العلاجي المعتمد.

انطلاقا من فلسفة النظرية العلاجية التي اعتمدها الباحث واعتقاده الخاص فإنه افترض في الأساس أن التحسن الشفائي من الأعراض الاكتئابية يزداد مع مرور الزمن، لأن البرنامج يعتمد على التغيير والتعديل الجذري والشامل للاضطراب النفسي، فالتعديل والتحسين في أي محور علاجي يدعم تحسن المحور الآخر، وبعض الجوانب تترسخ وتتحسن كلما طال بها الزمن من

مثل تطبيق حصص الاسترخاء، وسلوكيات الصحة الجسمية ، وكذلك الأنشطة الترويحية المختلف.

ولكن هذا الافتراض بحسب النتيجة المتوصل إليها في القياس التتبعي لم تتحقق ويعتقد الباحث أن بقاء التحسن المتحصل عليه في القياس البعدي هو شيء ايجابي في حد ذاته ودليل لنجاح البرنامج، وأنه يقترح دراسات مستقبلية تقوم بالقياس التتبعي بعد مدة أطول، فقد تحتاج زيادة التحسن في القياس التتبعي أكثر من المدة التي اعتمدها الباحث وهي أربعة أسابيع.

خاتمة ومقترحات:

بعد إدراك الباحث لمدى انتشار الاكتئاب النفسي في المجتمع تبعاً للإحصائيات والمشاهدات الإكلينيكية وخصوصا لدى شريحة المراهقين، وشعوراً منه بضرورة تحمل جزء من المسؤولية والمساهمة في القضاء على انتشار هذا الاضطراب، فقد صمم برنامج علاجي ينطلق من مبدأ العلاج الشامل لكل جوانب السلوك الإنساني مع تضمينه لمحتوى ديني وعناصر لتنمية صفة "الإيجابية"، ودراسة فعاليته عن طريق المنهج التجريبي وبتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة والقياس القبلي والبعدي ، فكان أن وُفق البرنامج المقترح والمسمى " برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني" في تحقيق أهدافه، و من ذلك هدفه الرئيسي ألا وهو تخفيض درجة الاكتئاب النفسي.

وإن الباحث في الأخير يقترح توصيات علّها تخدم مجال موضوع الدراسة وشريحة عينته والباحثين والعلم عموماً.

- القيام بقياسات تتبعية متكررة للاكتئاب ولجوانب السلوك لقياس مدى الاستمرارية الطويلة للتحسن بعد تطبيق برامج العلاج الشامل.
- تطبيق البرنامج على عينات واضطرابات أخرى
- بناء برامج لتنمية الايجابية في السلوكيات الفردية الأسرية والجماعية، وفي مختلف مجالات الحياة والمهن المتنوعة.
- القيام بدراسات مسحية إحصائية وطنية لمدى انتشار الاكتئاب في الوطن ، وعبر شرائح عمرية متعددة خاصة شريحة المراهقين.
- تعزيز نموذج علاج الاضطرابات النفسية بـ" فريق العمل المتعدد الاختصاصات" خاصة الاختصاصات التالية:(علم النفس العيادي، الطب النفسي، علم الاجتماع، علم النفس الرياضي،التغذية العلاجي، الإرشاد الديني)
- تضمين الدين في العلاج النفسي والوقاية من الاضطرابات النفسية، والقيام بدراسات في هذا الشأن.
- تطوير ودراسة نماذج برامج العلاج النفسي الشاملة في الجامعات ومراكز البحث، وتعميم استخدامها في الميدان العلاجي.

- دراسة نظرية وميدانية لجدوى إضافة المحور أو الجانب البيئي كأحد الجوانب في العلاج النفسي الشامل.
- تسهيل توفير الوسائل الطبية وأجهزة قياس الوظائف الحيوية واستغلالها في القياسات النفسية للأخصائيين النفسانيين وتنظيم دورات تدريبية لهم خاصة بكيفيات الاستغلال وقراءة النتائج.
- إدخال وسائل الإعلام وتكنولوجيا الاتصال في العلاج النفسي بالجزائر، من ذلك "الممارسة النفسية عن بعد"، لما لها من فوائد متعددة.

المراجع

***- المراجع العربية:**

القرآن الكريم

أولاً: الكتب

1 - أبو العلا، أحمد نصر الدين (2003): **فسيولوجيا اللياقة البدنية** ، دار الفكر العربي، القاهرة ،ط1

2 - أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية** ، **ج6**، دار المعرفة الجامعية، السويس

3 - -أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2007): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، ج5**، دار المعرفة الجامعية، السويس

4 - -أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2007): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج 4**، دار المعرفة الجامعية، السويس

5 - أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2006): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج 3**، دار المعرفة الجامعية، السويس

6 - أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2005): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج 2**، دار المعرفة الجامعية، السويس

7 - أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2004): **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج 1**، دار المعرفة الجامعية، السويس. مصر

8 - أبو النيل،محمود سيد (1984):**الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي** ، دار الخانجي ، القاهرة

9 - الأفريقي، ابن منظور (2001): **لسان العرب**، دار المعرفة، القاهرة

10 -بدوي، احمد (1987)،**معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، مكتبة لبنان بيروت.

11 -بركات، زياد(2006)،**التفكير الايجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة** ، دار المعرفة الجامعة،السويس

12 -توفيق، محمد عز الدين، **التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية** ، دار السلام، القاهرة ،ط1، 1998

13 -الخاطر، عبد الله (1992): **الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة** ، المنتدى الإسلامي، الرياض

14 -خير الزراد، فيصل محمد(2000): **الأمراض النفسية-جسدية**،دار النفائس بيروت، ط1

15 -جابر عبد الحميد جابر، **مناهج البحث في التربية وعلم النفس** ،دار النهضة العربية، القاهرة، 1984

16 -الجوزية ، ابن القيم، **عدة الصابرين وذخيرة الشاكرين** ، مؤسسة الرسالة،بيروت،ط 1، 2005

17 -الجوزية ،ابن القيم، **مدارج السالكين**، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط2،2003

18 -العيسوي، عبد الرحمان (1990):**الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية والعقلية**، دار النهضة العربية، بيروت.

19 -عبد الستار، ابراهيم (1998): **الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه**، مطابع الرسالة، الكويت، ط3

20 -عبد الستار، إبراهيم،و رضوى إبراهيم(2003): **علم النفس أسسه ومعالمه** ،المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط1

21 -عبد الستار، إبراهيم (2008):**إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التو كيدية ومهارات الحياة الاجتماعية**، دار الكاتب، مصر

22 -عبد الستار، إبراهيم (2008ب):**الاكتئاب والكدر، فهمه وأساليب علاجه** ، دار الكاتب، مصر، ط02

23 -عبد الستار، إبراهيم (2009): **السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحيا**ة، دار العلوم للنشر، القاهرة ،ط02

24 -عبد الستار، إبراهيم، وآخرون (2009ب): **العلاج السلوكي للطفل والمراهق** ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ط02

25 -عبد الستار، إبراهيم (2011):**عين العقل: دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الايجابي**، المكتبة الأنجلومصرية، مصر، ط01

26 -عبد الستار، إبراهيم (2011ب): **العلاج السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ، مصر،ط05

27 -عكاشة ، أحمد(1998): **الطب النفسي المعاصر**،المكتبة الأنجلومصرية ، القاهرة، ط3

28 –عسكر،عبد الله (1988): **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص** ، القاهرة، المطبعة الأنجلومصرية

29 –عبد الستار ،إبراهيم وعسكر ،عبد الله، **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي** ، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة،ط3، 2005

30 –عبد الظاهر ،محمد الطيب وآخرون، **مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية** ،مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة،ط1، 2000

31 –المهدي، محمد عبد الفتاح،**العلاج النفسي في ضوء الإسلام**، دار الوفاء،ط1، 1990

32 –عويظة،كمال محمود(1996): **رحلة في علم النفس**،دار الكتب العلمية، بيروت

33 –عبد الخالق،احمد محمد (2000): **أسس علم النفس**، دار المعرفة الجامعية، السويس

34 –عبد اللطيف، محمد خليفة(1992): **ارتقاء القيم**،دراسة نفسية،عالم المعرفة،الكويت

35 –عثمان، نجاتي محمد(1993): **الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين** دار الشرف ، بيروت، ط1

36 –مليكة،لويس كامل (2010)، العلاج النفسي، دار الفكر ،عمان،ط1

37 –سلامة، بهاء الدين إبراهيم (1997): **الصحة والتربية الصحية** ، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1

38 –سعفان، محمد إبراهيم، **العملية الإرشادية** ،دار الكتاب الحديث،القاهرة، 2005

39 –زهران،حامد عبد السلام(1977): **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ،عالم الكتاب، القاهرة،ط2

40 –الشربيني، لطفي عبد العزيز (2012):**الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب**، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية،عدد 23

41 –الشربيني، زكريا وآخرون(2002): **السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي وأسس علم النفس المعاصر**، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة

42 –الشربيني لطفي عبد العزيز (2012): **الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب**، شبكة العلوم النفسية العربية، تونس

43 –موسى، عبد الله عبد الحي(1988): **الطب النفسي**، جدة ، الدار السعودية للنشر والتوزيع ط1

44 -محمد جاسم محمد، **علم النفس التجريبي** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ،ط 1، 2004

45 -راتب، أسامة كامل(2004): **النشاط البدني والاسترخاء** ، مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة ،دار الفكر العربي، القاهرة، ط1

46 -كولز ،إ،م(1991): **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي** ،ترجمة الدمياطي وآخرون، دار المعرفة الجامعة، السويس ، مصر

47 -الخطيب، جمال (2008): **تعديل السلوك الإنساني**، دار الفكر، عمان،ط1

48 -طه،عبد العظيم حسين(2008): **استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة**،دار الجامعة الجديدة، دار الجامعة الجديدة.

49 -الصنيع،صالح إبراهيم (2000): **التدين والصحة النفسية** ،الإدارة العامة للثقافة والنشر، الرياض

50 -الكحيل، عبد الدائم(2004):**روائع الإعجاز النفسي في القرآن الكريم** ،دار المقدسي،بيروت،ط1

51 -محمد خليل عباس وآخرون، **مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس** ،دار المسيرة، عمان ط 02، 2009

52 -معمرية بشير (2011):**علم النفس الايجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية**، مجلة دراسات نفسية، الجزائر

53 -الخاطر عبد الله(1992):**الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة**، المنتدى الإسلامي ، الرياض

54 -الصنيع ،صالح بن إبراهيم، **التدين علاج الجريمة**،1998،ط2،مكتبة الرشد،الرياض

55 -رشاد علي عبد العزيز موسى(1998):**دراسات في علم النفس المرضي**، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط02

56 -رولان دورون، فرانسوا زبارو، ترجمة فؤاد شاهينز **، موسوعة علم النفس** ،ج1، منشورات عويدات،ط1، 1997

57 -الدباغ ،فخري، **أصول الطب النفساني**،دار الطليعة، بيروت،ط1983،3

58 -يخلف عثمان (2001): **علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة**،ط1، الدوحة،دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع

59 -ياسين، عطوف محمود(1988): **أسس الطب النفسي الحديث** ، بيروت، منشورات ميسون الثقافية،ط1

ثانياً- رسائل جامعية:

60 -أبو سليمة، يوسف محمد(2007): **التربية الترويحية من منظور إسلامي** مذكرة غير منشورة، الجامعة الأسلامية،غزة

61 -آسيا، علي بركات(2000): **العلاقة بين معاملة الوالدين والاكتئاب لدى بعض المراهقين الُراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف** ، جامعة أم القرى، مذكرة غير منشورة

62 -أيمن، رمضان زهران(2009):**فاعلية العلاج التكاملي في تنمية بعض مهارات الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم** ،أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.

63 -بن غدفة شريفة(2007): **السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة**، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة .الجزائر

64 -بشاي، نرمين غطاس(2011):**فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف الأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب القولون العصبي لدى طلاب الجامعة** . مذكرة ماجستير غير منشورة ،معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

65 -

66 -الشهري، حمزة خضر عامر(2011): **اثر برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في تنمية الذكاء الوجداني والتوافق النفسي والنجاح الأكاديمي** ،رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية،القاهرة

67 -زعطوط، رمضان(2003): **الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدنين**، مذكرة غير منشورة،جامعة ورقلة، الجزائر.

68 -العجوري، وداد ابراهيم (2007): **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية** ، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة

69 –سمية، ابراهيم التحو (2001): **الفروق في كفاءة المهارات الاجتماعية بين المتفوقين معرفياً وغير المتفوقات**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، البحرين

70 –الددا، مروان سالم (2008): **فعالية برنامج مقترح لزيادة الكفاءة الاجتماعية للطلاب الخجولين في مرحلة التعليم الأساسي**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية ، غزة

71 –العواد، فواز عبد الله(2007): **فعالية أسلوب الإرشاد النفسي الديني والمعرفي السلوكي في تحسين التوافق النفسي لدى بعض الطلبة المتفوقين**، أطروحة دكتوراه غير منشورة ،معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة

72 –الشنقيطي، الطيب أحمد(2009): **الأساليب النبوية لتنمية القيم الإيمانية لدى الشباب المسلم في ضوء التحديات المعاصرة**، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى

73 –حربوش سمية(2009): **المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري**، مذكرة ماجستير ، جامعة باتنة. الجزائر

74 –رقية خضر(2012): **التطبيع الاجتماعي وعلاقته بممارسة الترويح لفتيات المرحلة الثانوية**، مذكرة ماجستير ،جامعة المنوفية.مصر

75 –حدار ، عبد العزيز(1995): **الصحة النفسية من منظور إسلامي** ، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الجزائر

76 –عزيزة، عنو(2006) :**مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم و الأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعة** ،رسالة دكتوراه غير منشورة،جامعة الجزائر.

77 –عيادي نادية(2009):**علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة**، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة .الجزائر

78 –الحارثي إسماعيل احمد(2014): **مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات**،مذكرة ماجستير غير منشورة،جامعة أم القرى

79 –شادلي، عبد الرحيم(2011): **فعالية العلاج النفسي المتعدد الأساليب في تحقيق التوافق النفسي لدى الذهانيين**، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة بسكرة.

80 -العواد، فواز عبد الله(2007): **فاعلية أسلوب الإرشاد النفسي الديني والمعرفي السلوكي في تحسين التوافق النفسي لدى بعض الطلبة المتفوقين** ، أطروحة دكتوراه غير منشورة،معهد البحوث والدراسات العربية القاهرة.

81 -فرحات، سعاد مصطفى(2008): **مدى فعالية التدريب عل المهارات الاجتماعية في تعديل السلوك العدواني لدى الطفل الكفيف بالجماهيرية الليبية** ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

82 -الشهرين حمزة عامر (2011): **اثر برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في تنمية الذكاء الوجداني والتوافق النفسي والنجاح الأكاديمي لدى الطلاب المتاخرين دراسياً في المرحلة الثانوية بالسعودية** ، مذكرة ماجستير غير منشورة معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

83 -الخضري، جهاد محمد(2007): **مقارنة بين فعالية برنامج إرشادي نفسي ديني وبرنامج عقلاني انفعالي في خفض حدة الضغوط النفسية وبعض العوامل المرتبطة بها لدى الشباب الجامعي بمحافظات غزة**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث والدراسات العربية،القاهرة.

84 -العازمي، احمد مهدي(2010) **فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية(إليس) في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المراهقين ذوي الميول الاكتئابية في دولة الكويت**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

85 -عودة، سمر بني(2010): **مدى فعالية برنامجين في الإرشاد النفسي في رفع مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى عيينة من المتأثرين بالصدمة النفسية،** أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.

86 -عطالله، مصطفى محمود(2010): **فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية بعض مهارات إدراة قلق الامتحان لدى عينة من طلاب الجامعة** مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المنية، مصر.

87 -الحملاوي، منال منصور (2005): **برنامج علاج نفسي اسري للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية القاهرة.

88 -العلوي، علي راشد(2009): **برنامج الإرشاد النفسي الديني وأثره في خفض بعض الاضطرابات السلوكية**، مذكرة ماجستير غير منشورة ،معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

89 -زعتر نورالدين(2009):**فعالية برنامج علاج نفسي اسلامي في تخفيض القلق، قلق ماقبل العملية الجراحية أنموذجا**، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة بسكرة ، الجزائر

90 -يحياوي وردة(2014): **اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس)**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بسكرة .الجزائر.

ثالثاً-مجلات علمية:

91 -باضة،أمال إسماعيل(1999): **التدخين وآثاره الصحة الجسمية والنفسية** ، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد 10، عدد38، دار النهضة العربية، بيروت

92 -عمار سليم(1997): **إدمان الخمر، مضاره وأخطاره وعلاجه** ، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، مجلد 08، عدد 31،دار النهضة العربية ،بيروت

93 - النابلسي، محمد أحمد(1993): **الأسس الإحيائية للسلوك** ، الثقافة النفسية المتخصصة، عدد14 المجلد الرابع،، دار النهضة العربية العربية، بيروت

94 -معمرية،بشير (2005): **الذكاء الوجداني** ، المجلة الالكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية عدد25

95 -الصنيع،صالح إبراهيم(2012): **المدخل إلى التأصيل الإسلامي لعلم النفس** المجلة الالكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية عدد33/32،تونس

96 -محيسن عوض،و الهلول إسماعيل(2012): **التسامح وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة الأقصى** بغزة، المجلة الإلكترونية للشبكة العربية للعلوم النفسية، عدد33/32

97 -سلامة، ممدوحة محمد (1989): **التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين** ، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب عدد 11

رابعاً :مراجع أجنبية

98-Abela, J.R.Z. & D'Allesandro, D.U. (2002). Beck's cognitive theory of depression **: The diathesis – stress and causal mediation components**, *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111- 128

99-American Psychological Association, (2002). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition, Text Revision) (DSM-IV-TR)**. Washington. DC.

100-Beck, A.T. (1967). **Depression, Clinical, Experimental, and theoretical aspects,** New York: Harper Collins.

101-Beck, A.T. (1976) **Cognitive theropy and emotional disorders.** New York: Internatioal universities press .

102-Jerom, R. Gardner (2002) **Cognitive behavior management** , perceiving automatic thoughts. Cognitive behavior com.

103-Adler.A(1927) **The parctice and theory of individual psychology** .New York .N.Y: Norton Press.

104-Kelly .G.A (1955)**The psychology of personal constructs.**New York.N.Y;Norton

105-Ellis.A.(1998) The Allbert Ellis reader;**A guide to well-being using rational emotive behavior therapy**.edited by albert Ellis and shawn Blau .Syracus.N.J ;Carol Poblishing Group.

106-Kach, Farid(1996);**Psychiatrie et psychologie medical enterprise national du liver**,Alger

107-Clark,G,NHombrook,M,Lynch,F,pollen,u,Gale,j Bearslee & Seely,J: (2001)**Arondomized trail of a group cognitive intervention for perventing depression in adolesont offspring of depressed parent**, Archive of general psychiatry,58(113-12)

108- Beck, A (1967) **The Diagnosis and Management of Depression**. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

109- Strrieker, G. & Gold, J, R. (1996): **Psychotherapy integration**: An assimilative,psychodynamic approach. Cyberpsych http://www.ccyper-psycho.org. Availableat 15/8/2010

110- Liyard,R.(2005).**Happiness:Lessons** From a New science. London: penguin books(pp11-20).

111-Seligaman.M.&Csikzentmihalyi.M.(2000) **Postivepsychology** :An introduction.American Psychologist.55.1

112- Fort.J:Drugs and Vouth.The Pleasureseekere :**The drug crisis**. Youht and society.newyourk:Grove press1970.

113- Michelle J.N(Nov.2006)The Power of Positive thought: **Methods for maintaing a positive attitude .blackenterprise** (New Yourk)

114-Evans, Allison Schettini (2004) . **Adolescent depression and externalizing problems** : testing two models of co morbidity in an inpatient sample, *Adolescence*, Spring , 114-146.

115-Tollefson,G,D(1992) depression in :D,L,Dunner(eds) **psychatric therapy** (pp196)Phlidelphia :W,b saunders comany

116-Domart ,Endre(1990),**petit larousse de la medecine**,librairi larousse, paris

117-Beak,A (1997): **Cognitive therapies Essential papers psychoanalysis**,newyourk :U,S,A university press

118-Molton,B,R, **La depression,instital scientilique de la sante publique**, IPA 2002-011,Belgique),somatization

119-Ryder A,G,et al(2002 **as psychologization of emotional distress** :a paradigmatic of cultural psy

الملاحق

ملحق رقم (01)

جـــامــعـة الـــحـــاج لـخـضـر- بــاتـنـة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية

طلب تحكيم برنامج علاجي نفسي

الأستاذ المحترم :

بين يديكم برنامج علاج نفسي أعد في إطار أطروحة دكتوراه في اختصاص علم النفس العيادي، مُسجلة بجامعة الحاج لخضر باتنة وتحت إشراف أ.د/جبالي نورالدين. وهي معنونة بـ:

فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني

في تخفيض الاكتئاب النفسي

دراسة شبه تجريبية على عينة من التلاميذ المكتئبين

بثانوية بلحرش البشير بحاسي بحبح. الجلفة

الرجاء من حضرتكم المشاركة في تحكيمه و إضفاء خبرتكم على محتواه، بتسجيل ملاحظاتكم و اقتراحاتكم في استمارة التحكيم.

و دمتم في خدمة العلم و أهله و لكم مني جزيل الشكر و التقدير

الباحث : زعتر نورالدين

الملحق رقم: (02)

مقياس بيك الثاني للاكتئاب – B . D . I II

الاسم : ..... **الجنس:** ..... **العمر :** .....

السنة الدراسية : ..... **الشعبة :** .....

تعليمات

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات ، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط ، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في المجموع ة الواحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول من لها أعلى رقم، وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط فمن كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ(تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ(تغيرات في الشهية)

أولاً :

0 – لا أشعر بحزن .

1– أشعر بحزن معظم الوقت.

2- أشعر بحزن طوال الوقت .

3-أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك .

ثانياً :

0-لم تضعف همتي فيما يتعلق مستقبلي .

1-أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت.

2-أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي .

3-أشعر بأن لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءاً .

ثالثاً :

0 – لا أشعر أني شخص فاشل .

1-لقد فشلت أكثر مما ينبغي .

2-كلما نظرت إلى الحياة السابقة أرى الكثير من الفشل.

3-أشعر بأني شخص فاشل تماماً .

رابعاً :

0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل .

1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه .

2- أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل .

3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.

خامساً :

0- لا اشعر بالذنب .

1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. .

2- أشعر بالذنب معظم الوقت.

3-أشعر بالذنب في كل الأوقات .

سادساً :

0 – لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب والأذى .

1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو الأذى .

2- أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو الأذى .

3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو الأذى .

سابعاً :

0- شعوري نحو نفسي عادي .

1-فقدت الثقة في نفسي .

2-أصبت بخيبة أمل في نفسي .

3-لا أحب نفسي .

ثامناً:

0 – لا أنقد ولا ألوم نفسي .

1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت .

2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي.

3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة

تاسعاً :

0- ليس لدي أي أفكار للانتحار .

1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها .

2- أريد أن انتحر .

3- قد انتحر لو سمحت لي الفرصة .

عاشراً :

0- لا أبكي أكثر مما تعودت .

1- أشعر بالرغبة في البكاء .

2- أبكي أكثر مما تعودت.

3- أبكي بكثرة جداً .

حادي عشر :

0 – أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية .

1- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت .

2- أتهيج وأثور إلى درجة انه من الصعب عليّ البقاء مستقراً .

3-أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما .

ثاني عشر :

0-لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.

1-أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية .

2–فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى .

3–من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء.

ثالث عشر :

0 – اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها .

1– أجد صعوبة في اتخاذ القرارات .

2– لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه .

3– لا أستطيع اتخاذ أي قرار .

رابع عشر:

0– لا اشعر أني عديم القيمة .

1– أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون .

2– أشعر بأني عديم القيمة بالمقارنة مع الآخرين .

3– أشعر بأني عديم القيمة تماماً.

خامس عشر :

0– لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت .

1– لدي قدر من الطاقة اقل مما تعودت .

2– ليس لدي طاقة كافية للعمل الكثير من الأشياء .

3– ليس لدي طاقة لعمل أي شيء .

سادس عشر:

0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.

1-أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما.

1-ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما .

2-أ- أنام أكثر مما تعودت بكل كبير

2-ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير .

3-أ- أنام معظم اليوم.

3-ب- أستيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.

سابع عشر :

0- أغضب بدرجة عادية .

1- أغضب اكبر مما تعودت .

2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت .

3- أكون في حالة غضب طوال الوقت .

ثامن عشر :

0 – لم يحدث أي تغير في شهيتي .

1- أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما.

1- ب-شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما.

2-أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت .

2-ب- شهيتي أكبر كثيراً مما تعودت.

3-أ- ليس لدي شهية على الإطلاق.

3-ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طوال الوقت.

تاسع عشر:

0- استطيع التركيز بكفاءة كما تعودت .

1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت .

2- من الصعب عليّ أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة .

3- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني .

عشرون :

0- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعودت .

1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها .

2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها .

3- أنا مرهق ومجهد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.

واحد و عشرون :

0- إن اهتمامي بالجنس عادي هذه الأيام .

1- أنا اقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت .

2- أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة هذه الأيام .

3-فقدت الاهتمام بالجنس تماماً .

الملحق رقم: (03)

قائمة بأسماء المحكمين

أسماء المحكمين	الدرجة العلمية والتخصص	مكان العمل
مالك بدري	أستاذ التعليم العالي - علم النفس	جامعة السودان- ماليزي
بكاي ميلود	دكتوراه – علم الإجتماع	جامعة الجلفة
بن شريك عمر	دكتوراه – علم النفس	جامعة الجلفة
بلعربي أمحمد	دكتوراه – الخدمة الإجتماعية	جامعة الجلفة
شريط حكيم	دكتوراه- نشاط رياضي وتربية بدنية دكتوراه في الطب العام	جامعة الجلفة
غريب حسين	دكتوراه – علم النفس	جامعة الجلفة
حناط عبد القادر	دكتوراه –الإرشاد النفسي الرياضي	جامعة الجلفة
العربي عطاالله قويدري	دكتوراه – علم النفس	المجلس الأعلى للصحة - قطر
كيتي مراد	دكتوراه طب مدرسي	الصحة المدرسية - الجلفة

ملحق رقم:(04)

استمارة التقييم المرحلي لجلسات البرنامج

اليوم :..... التاريخ : .....

الاسم:..... محور و رقم الجلسة:.....

نظراً لأهمية آراء ومقترحات أفراد المجموعة العلاجية في سير البرنامج نطلب منك الإجابة على أسئلة الاستمارة التالية :

- ما هي أهم الموضوعات التي استفدت منها في جلسات هذا المحور العلاجي؟

....

....

- هل يتناسب أوقات الجلسات مع مضمونها؟ .....

....

- أذكر أهم الفنيات أو التوجيهات العلاجية التي شعرت بالراحة اتجاهها:

....

....

....

- أذكر أهم الفنيات أو التوجيهات العلاجية التي لم تشعر بالراحة اتجاهها:

. .....

.....

.....

- ما هي المقترحات التي ترغب في طرحها؟.....

.....

... .

- ما رأيك في أداء المعالج في الجلسات؟ .....

....

....

- ملاحظات أخرى ترغب في تسجيلها: .....

....

ملحق رقم:(05)

استمارة تقييم الكلي للبرنامج العلاجي

اليوم :..... اللقب : .....

نظراً لأهمية آراء ومقترحات أفراد المجموعة العلاجية في البرنامج، نطلب منك الإجابة على أسئلة الاستمارة التالية :

- ما رأيك في البرنامج العلاجي؟ .....
.....
- هل تعتقد أنه ساعدك على التخفيف من درجة الاكتئاب؟ .....
.....
.....
- هل تحققت الأهداف التي كنت تتوقعها من البرنامج :.....
.....
.....
- هل ساعدك البرنامج على تكوين اتجاهات وسلوكيات ايجابية تساعدك مستقبلاً على تخطي المشكلات النفسية عموما والاكتئاب خصوصاً؟:
.....
.....
- في رأيك هل هناك موضوعات مهمة لم يتطرق لها؟.....
.....
.....

- هل ترى بوجود نقائص في جلسات البرنامج ؟وما هي؟ .....

....

....

- هل عندك مقترحات لتحسين محتوى جلسات البرنامج؟ وما هي؟: .....

....

....

- ملاحظات أخرى ترغب في تسجيلها: .....

....

....

....

الملحق رقم:(06)

مقياس التفكير الإيجابي والسلبي

الرقم	الفقـــــرات	تنطبق كثيراً	تنطبق إلى حد ما	لا تنطبق	لا تنطبق ابداً
01	يبدو لي أن الحياة كلها تعب.				
02	أشعر كثيرا بفقدان الأمل.				
03	لا أشعر أنني إنسان ضعيف إذا اكتشف الناس أخطائي.				
04	لن تكون نهايتي إذا فشلت في الحصول على ما أريد.				
05	أنا متفائل بأن مستقبلي سيكون أفضل من الحاضر.				
06	أحاول دائما تغيير نظرة الآخرين السلبية نحوي.				
07	أود السعي والعمل بجد لأن الحياة مليئة بالفرص.				
08	إنني أنسى الإساءة بسرعة.				
09	السرور والبهجة مطلب أساسي لي في الحياة.				
10	أحب الناس وأود أن أكون اجتماعيا.				
11	ليس المهم أن أشعر بمتعة الدراسة بقدر الحصول على الشهادة.				
12	أشعر أن الله يرعاني.				
13	أكره الناس المتسلطين ولا يهمني أن أتعامل معهم.				
14	أشعر دائما بأن ما عشته البارحة سأعيشه اليوم.				
15	طلب مساعدة الآخرين وعونهم لا يشعرني بالضعف.				
16	ضروري أن أنجح في كل ما أفعل، فإذا لم أنجح قد أنطري عن نفسي.				
17	حتما سيوجد بعض الناس أفضل وأكفئ مني في بعض الأمور.				
18	إني لا أستطيع أن أتحكم فيما يحدث، ولكني أستطيع أن أتحكم في تفكيري ومشاعري نحو ذلك.				
19	أعتقد أن مصائب الدنيا اليوم قد تكون لها فوائد في المستقبل.				
20	لن أجد من يحبني لو ظهرت ضعيفا أو				

	فاشلا في بعض المواقف.				
21	لن أتوقف عن محاولة تصحيح أخطائي.				
22	مواجهة المشاكل أفضل من الهروب منها وتجاهلها.				
23	لا أستطيع أن أشعر بالسعادة والثقة بنفسي لو تعرضت لمواقف محرجة أمام زملائي.				
24	لا أشعر بالذنب أو الخطأ عند إبداء رأيي حتى ولو شعر البعض بالضيق والإزعاج.				
25	لولا الكفاح والصبر والعمل بجد لما وصلت إلى النجاح الذي أحققه في حياتي.				
26	كل علم وعمل فيه خير ومنفعة فهو عبادة.				
27	لا يوجد إنسان شرير تماما.				
28	حاليا لا يهمني التفكير بمصلحة غيري بقدر أن أفكر في مصلحتي الخاصة.				
29	أعتقد أني أقل حظا من إخوتي.				
30	أشعر أنه كان بإمكاني أن أصل إلى أحسن مما أنا عليه، لو ما تعرضت له من سلب ونهب بسبب الآخرين.				
31	أشعر بصفة مستمرة بأن ما أقوم به بلا هدف.				
32	لدي إيمان أن ما يحدث لي من خير أو شر فهو بمشيئة الله.				
33	أتقبل وجهة نظر الآخر حتى لو لم تتفق مع وجهة نظري.				
34	من عادتي أن أتأثر بالمشكل الذي يواجهني إلى درجة أنه لا أستطيع وضع حلول فاعلة له.				
35	حددت أهدافا في حياتي وأسعى إلى تحقيقها.				
36	أعمل بالمثل القائل: "عامل الناس كما تحب أن يعاملوك".				
37	في معظم المواقف التي تكون فيها المناقشات حادة لا أستطيع تملك نفسي، لدرجة قد تصدر مني أقوال وأفعال غير لائقة.				
38	أشعر أنني شخص تقليدي ولا أمتلك أساليب ومهارات تواكب التطورات الحياتية المعاصرة.				

ملحق رقم :(07)

مقياس المهارات الاجتماعية

تاريخ تطبيق الاختبار :.....

الرقم	العبارات	يحدث دائما	يحدث كثيرا	يحدث أحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث مطلقا
1	أتمسك بحقي إذا تعدى شخص ما دوري.					
2	ليس من الصعب علي أن أعارض رئيسي .					
3	أتجنب الشكوى على خدمة سيئة في مطعم أو أي مكان آخر.					
4	إذا وصلت متأخرا عن اجتماع، أفضل أن أقف على أن أجلس في معقد أمامي حيث يراني كل الحاضرين.					
5	أعبر عن مشاعري بسهولة.					
6	أتمكن بسهولة من بدأ محادثة مع شخص غريب.					
7	إذا حضرت ندوة، أو محاضرة وصدرت عن المتحدث كلمة أو عبارة أعتقد أنها خاطئة أعبر عن ذلك بوضوح.					
8	أستطيع تقديم نفسي للآخرين بصورة واضحة.					
9	أخجل من الاعتذار إذا طلب مني شخص عزيز تقديم خدمة تعرضني للحرج.					
10	أشعر بالعزلة غالبا.					
11	يمكن أن أرفض بسهولة طلب مقابلة أو موعد معي إذا كان وقتي لا يسمح.					
12	أستطيع أن أقدم التبرير المناسب لتصرفي في موقف ينتقدني فيه الآخرون.					
13	أبادر عادة بتقديم وتعريف نفسي للغرباء.					
14	أخجل من المساومة في ثمن الأشياء مع البائعين حتى عندما يقتضي الأمر ذلك.					
15	يمكنني توضيح الجوانب الجيدة في عملي لمن ينتقده.					
16	من الصعب علي الدفاع عن حقي في أي شيء وفي أي موقف.					
17	أصارح أصدقائي بوجود عيب في تصرفاتهم أو بالخطأ في أدائهم.					
18	إذا أذاع شخص ما أخبار غير صحيحة علي أسعى لمقابلته فورا وأناقش معه الأمر.					
19	يصعب علي إيجاد المدخل المناسب للحديث عن نفسي مع أصدقائي.					
20	عندما أحكم في نزاع أقول الحق عن الشخص المخطئ ولو كان قريبا أو صديق عزيز.					
21	أستطيع التوافق مع كل الناس صغيرهم أو كبيرهم، غنيهم أو فقيرهم.					
22	عندما أكون مع مجموعة من أصدقائي أكون غالبا أنا					

	الشخص المتحدث إليهم.					
23	أجد صعوبة أحيانا في النظر إلى وجوه وعيون الآخرين عندما أتحدث معهم.					
24	أثق في نفسي بشكل كبير.					
25	لست ماهرا في إجراء محادثات حتى ولو سبق الإعداد لها.					
26	أجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة كبيرة من الناس.					
27	يصعب علي القيام بأدواري الاجتماعية بشكل جيد.					
28	أكون عادة ماهرا جدا في إدارة المناقشات الجماعية.					
29	أشعر غالبا بعدم الارتياح عندما أكون مع مجموعة من الأشخاص يختلفون عني في المستوى الاجتماعي.					
30	لست ماهرا في الاختلاط بالناس أثناء الحفلات.					
31	أستطيع أن أفهم مضمون الحوار ضمن جماعة من الأشخاص بشكل جيد.					
32	أشعر بعدم الراحة أو بأني غريب في الحفلات التي يحضرها بعض الأشخاص المهمين جدا.					
33	ألاحظ أحيانا أن الناس من المستويات الاجتماعية الأقل مني يشعرون بعدم الارتياح عندما يجلسون معي.					
34	أخطئ أحيانا عندما أتحدث مع أشخاص غرباء.					
35	أرغب غالبا في أن أكون قائد جماعة.					
36	أستطيع التكيف مع مواقف اجتماعية متعددة.					
37	أضع نفسي غالبا في مواقف اجتماعية حرجة.					
38	أمارس نشاطات مختلفة في اليوم الواحد.					
39	عندما أكون مع مجموعة من الأشخاص يضطرب تفكيري بخصوص مدى صحة الموضوعات التي يجب أن أتحدث عنها.					
40	أستطيع أن أتكيف بسهولة في أي موقف اجتماعي.					
41	أصغي جيدا لأي شخص يتحدث معي.					
42	أحاول دون تردد طلب الإذن لفعل أي شيء إذا استلزم الأمر ذلك.					
43	أبادر عادة في الحديث مع الآخرين.					
44	أتيح للآخرين معرفة حقيقة شعوري بطريقة لطيفة.					
45	أتحدث عادة مع الآخرين في الموضوعات ذات الاهتمام المشترك.					
46	أفهم ما يشعر به الآخرين بصورة جيدة.					
47	أبادر بطرح أي أسئلة على الآخرين عندما أشعر بحاجتي إلى مزيد من المعرفة بأمر من الأمور.					
48	أتفهم حالة أي شخص في موقف غضب وأتعامل معه بهدوء وبلا انفعال.					
49	في أي موقف خلاف مع شخص آخر أحاول أن أتوصل إلى نتيجة مرضية لكل منا.					
50	أقدم الشكر والعرفان لأي شخص يقدم لي خدمة ما.					

51	لا أتردد في الاعتذار للآخرين عن أي خطأ يصدر عني.					
52	حين أتصدى للدفاع عن حقوقي أتصرف بما يسمح للآخرين بمعرفة دوافعي وما أفكر فيه، وحقيقة ما أشعر به.					
53	أبادر عادة بتعريف الأشخاص ببعضهم في أي حفلة أو مناسبة اجتماعية.					
54	أظهر إعجابي بالآخرين إذا أجادوا عملا أو أحسنوا التصرف في موقف ما.					
55	عادة أتجنب المواقف التي يمكن أن تسبب لي مشكلات معينة.					
56	أحاول توضيح حقيقة الأسباب التي أدت إلى فشلي في أداء أو تحقيق شيء ما.					
57	ألجأ عادة إلى المسالمة أو أي طرق بديلة في المواقف المثيرة للشجار مع الآخرين.					
58	أتعامل بحكمة في أي موقف يتهمني فيه شخص ما بفعل أو قول لم يصدر عني أصلا.					
59	لا أخضع عادة لضغوط الآخرين لعمل أي شيء غير ما أردت عمله.					
60	أنجح عادة في إشعار الآخرين عن أي خطأ يصدر عني.					

الملحق رقم:(08)

مقياس السلوك الصحي

الرقم	العبارات	لا	أحيانا	غالباً	دائماً
1	- هل تشعر أنك مليء بالطاقة؟				
2	- هل وزنك مناسب لسنك؟				
3	- هل تقوم بأعمالك اليومية دون إحساس سريع بالتعب؟				
4	- هل تفعل ما بوسعك للمحافظة على صحتك؟				
5	- هل تتحسن بسرعة بعد مرضك؟				
6	- هل تتمتع بصحة جيدة عموما؟				
7	- هل تحافظ على عادات صحية فيما يخص الأكل، النوم، ...؟				
8	- هل تؤجل أعمالك عندما تحس بالتعب؟				
9	- هل تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية؟				
10	- هل تتبع حمية غذائية (رجيم)؟				
11	- هل تحرص على تناول أغذية صحية معينة؟				
12	- هل تتناول الحلويات بكثرة؟				
13	- هل تتناول اللحوم بكثرة؟				
14	- هل تتعرض بسرعة للأمراض المعدية كالأنفلونزا؟				
15	- هل تتعرض للمرض بشكل متكرر؟				
16	- هل تحتاج إلى إضافة الملح في وجباتك الغذائية؟				
17	- هل تتناول القهوة والشاي بكثرة؟				
18	- هل تتناول الأدوية دون استشارة الطبيب؟				
19	- هل تفضل تناول الأدوية المصنوعة من الأعشاب؟				
20	- هل يثقلك غسل أسنانك ثلاث مرات في اليوم؟				
21	- هل تتناول المشروبات الغازية بكثرة؟				
22	- هل تعود إلى إهمال صحتك بعد شفائك من المرض؟				
23	- هل يعاني بعض أفراد عائلتك من الأمراض المزمنة؟				
24	- هل تشاهد التلفزيون (الكمبيوتر) لوقت طويل؟				

25	- هل تكثر من المأكولات سريعة التحضير؟				
26	- هل تدخن؟				
27	- هل تعتمد على العجائن في وجباتك اليومية؟				
28	- هل تفضل الصوت المرتفع عموما؟				
29	- هل تحترم مواعيد أخذ الدواء؟				
30	- هل تحتفظ بالأدوية الضرورية في المنزل؟				
31	- هل تقوم بصيانة دورية للأجهزة التي تعمل بالكهرباء والغاز في البيت؟				
32	- هل تقوم بالفحوصات والتحاليل الروتينية للاطمئنان على صحتك؟				
33	- هل تحاول المحافظة على تناول الوجبات في أوقاتها؟				
34	- هل تهتم بنظافة جسمك كما يجب؟				
35	- هل تهتم بنظافة المحيط الذي تعيش فيه؟				
36	- هل تمارس بعض التمارين الرياضية؟				
37	- هل تنام لوقت كاف؟				
38	- هل تقوم بزيارة الطبيب إذا ما أحسست بألم أو توعك؟				
39	- هل تحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب؟				
40	- هل تتناول الأدوية المهدئة؟				
41	- هل تقدر مدى احتياجك لشرب الماء؟				
42	- هل تأكل طعامك بسرعة؟				
43	- هل تقوم بالاستراحة عند إحساسك بالتعب؟				
44	- هل وضعك الأسري مستقر؟				
45	- هل تتناول وجبات متنوعة (لحوم، فواكه، خضر، حليب، عجائن، ...)؟				
46	- هل تأكل قدر حاجتك من الطعام؟				
47	- هل تتبع نصائح الطبيب عندما تصاب بمرض معين؟				
48	- هل تتوجه للمركز الوقائي في حالة سماعك بمرض معدي في الحي؟				
49	- هل تحرص على شراء ملابس مريحة ومناسبة لمقاسك؟				
50	- هل تعاني من المرض؟				

الملحق رقم: (09)

مقياس الأنشطة الترويحية

الترويح الرياضي			النشاط الاجتماعي			النشاط الثقافي			الترويح الجمالي			الترويح الخلوي		
النشاط	أمارس	أشاهد	النشاط	أمارس	أشاهد	النشاط	أمارس	أشاهد	النشاط	أمارس	أشاهد	النشاط	أمارس	أشاهد
كرة القدم			المحادثة			الكتابة			الزخرفة			المعسكرات		
الكرة الطائرة			زيارة الأقارب			الشعر			تأمل الطبيعة			رحلات والنزهات		
كرة اليد			رواية النكت والطرائف			حل الكلمات المتقاطعة			تنسيق الحدائق والزهور			الذهاب إلى المصايف		
تنس (الطاولة)			زيارة الأصدقاء			حضور الندوات الثقافية			مهارات فنية			صيد السمك		
السباحة			تقديم الهدايا			زيارة المعارض والمتاحف			تربية ومداعبة الحيوانات الأليفة			التكشيف والتجوال		
الدرجات			العمل الخيري			المطالعة الثقافية			مشاهدة المناظر الجميلة			طهي والسمر في الخلاء		
رفع الأثقال			العمل الجمعوي			حل الألغاز			ارتداء الألبسة الجميلة			صيد الطيور		
التمرينات البدنية			مصاحبة الأقارب			جمع الطوابع			استخدام والتمتع بالعطور			تسلق الجبال		

ملحق رقم: (10)

استمارة مراقبة شخصية لمدى التقدم في الاسترخاء

مقياس التقييم يتراوح من: 00 إلى ← 10

حيث صفر00 = أقصى حالات الاسترخاء و الهدوء

و عشرة10 = أقصى حالات التوتر والشد

تاريخ التقييم:.../.../..... من :..... إلى: .....

متوسط الدرجة لليوم	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	متوسط الدرجة = المجموع +الأيام
أكثر الأوقات توتراً								
الدرجة								
متى؟								
الموقف								
أكثر الأوقات استرخاء أو هدوء								
الدرجة								
متى؟								
الموقف								
أعراض التوتر								
ص=صداع								
م=آلام المعدة								
ن=اضطرابات نوم								
ممارسة الاسترخاء								
متى قمت بالتدريب؟								
طول المدة في كل مرة								
الدرجة قبل الاسترخاء								
الدرجة بعده								