

بسم الله الرحمن الرحيم
 دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية (٢٠٠٥): نظمتها الجمعية المصرية للدراسات
 النفسية بالتعاون مع مستشفى الطب النفسي (هشام عادل صادق)، القاهرة.
 أ. د. غريب عبد الفتاح غريب

I - مقدمة:

- أ- نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية التي لا ينطبق عليها محكات الاضطرابات الاكتئابية، ونسبة انتشار الاضطرابات الاكتئابية.
 ب- ترتيب الاضطرابات الاكتئابية بين الأمراض المختلفة التي تؤدي إلى عجز في الإنتاجية البشرية.

II - عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية:

- ١- الجنس. ٢- التاريخ العائلي. ٣- الشخصية والمزاج.
 ٤- الاستهداف المعرفي:-
 أ- المخططات المعرفية كعنصر استهداف للاكتئاب. ب- أنماط العزو أو التفسير.
 ج- وجهة الضبط والاكتئاب. د- تعلم اليأس. هـ- انخفاض تقدير الذات.
 ٥- الاستهداف البيئشخصي :
 أ- الخجل. ب- نقص المهارات الاجتماعية. ج- الوحدة.
 ٦- العلاقات البيئشخصية:-
 أ- التعلق. ب- أساليب المعاملة الوالدية.
 ٧- الضغط .

III - نظريات الاكتئاب:

- أولاً: النظرية السلوكية من وجهة نظر لوينسون Lewinsohn في الاكتئاب.
 ثانياً: النظرية المعرفية من وجهة نظر بك Beck في الاكتئاب.

IV - قياس الاكتئاب:

- أولاً: مقياس الاكتئاب (د) BDI- IA.
 ثانياً: مقياس الاكتئاب (د - ٢) BDI-II .
 ثالثاً: مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI.
 رابعاً: مقياس توكيد الذات.

الاضطرابات الاكتئابية

I مقدمة:

١- نسبة انتشار الاعراض والاضطرابات الاكتئابية:

يُعتبر الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية والتي تُعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً وهي بالتالي مسؤولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول بأن ٥٠-٧٠% من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٣٥١). وأيضاً فإن تقريباً ١٥-٢٠% من المرضى بالاضطرابات الوجدانية سوف يموت حتماً eventually بالانتحار (WHO online)

ويرى أحمد عكاشة (في المرجع السابق ص ٣٥٢) أنه على ما يبدو فإن الأمراض الوجدانية تنتشر بين أفراد الشعب بنسبة تتراوح ما بين ٥-٦% بغض النظر عن مستوى التحضر أو الجهة الجغرافية. وقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية في عام ١٩٨٨ على أن نسبة الاكتئاب في العالم تصل إلى ٥% . إلا أنه يجب التفريق بين أعراض الاكتئاب والتي تعتبر أكثر انتشاراً ، وبين اضطراب الاكتئاب، حيث لا تشكل الأعراض مرضاً، ولكن تُعتبر هذه الأعراض تفاعلاً للظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية ؛ إلا أن إهمالها قد يحولها إلى اضطرابات اكتئابية مزمنة. (يلاحظ نوع الاكتئاب المقترح في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بأسم الاكتئاب الفرعي أو الأصغر والذي يجعلنا نشخص الحالة بالاكتئاب في حالة اتصاف الفرد بعرضين فقط و لكن أقل من خمسة أعراض على أن ينطبق محك المدة الزمنية وهي أسبوعين حد أدنى).

ويرى برندان برادلي (في ليندزاي و بول- ترجمة صفوت فرج ٢٠٠٠، ص١٢٧) أن الاكتئاب يُعد إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً ، وتفترض بعض الدراسات معدلات تتراوح بين ٢,٢ إلى ٣,٥% لاضطراب الاكتئاب الرئيسي- بوصفه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية- ويُعتبر الاكتئاب الذي لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R أكثر شيوعاً ، ويُقدر أن ما بين ٩% و ٢٠% 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 .

وفي مسح تم في الولايات المتحدة الأمريكية ، ظهر أن واحداً من كل خمس أفراد - حوالي ١٩% - من المرجح أن يعاني من اضطراب في الوجدان خلال حياته ؛ وأن حوالي واحداً من كل عشرة أفراد يعاني بالفعل من اضطراب الوجدان خلال العام السابق. (Zuckerman, 1999, p.159). ويُعتبر الاكتئاب الرئيسي هو أكثر أنماط الاضطرابات الوجدانية انتشاراً ، وحيث تصل نسبة انتشاره إلى ١٧% (من الاضطرابات الوجدانية). ويذكر نجر (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 ١,٥% في تايوان إلى ١٩% في بيروت ، كما وجدت أيضاً نسب مرتفعة في باريس وفلورينسا ونيوزيلاند. وفي 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 ٧,١% للرجال و١٢,٥% للنساء. علاوة على ذلك فإن الدراسات تقترح أن زيادة حدوث الاكتئاب الأحادي لدى النساء مقارنة بالرجال لا يمكن إرجاعها إلى الظروف الاجتماعية المحلية للمرأة ، بل في الحقيقة، فإن ثلاث دول غربية – إنجلترا، فرنسا، نيوزيلاند- تُعتبر من بين الدول التي يوجد فيها نسبة عالية من الاكتئاب في النساء (Ibid.,P.160). ويؤكد ديفسون ونيل (Davison., & Neal, 1998, p.227) على أن الاكتئاب الرئيسي يُعتبر أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بنسبة انتشار مقدارها ١٧% (من بين الاضطرابات النفسية) ، 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.

وفي مصر، وجد أحمد وطارق عكاشة (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ٣٥٢) أن نسبة الأمراض الوجدانية في مصر تصل إلى ٢٤,٥% من جملة الاضطرابات العقلية ومن هذه النسبة، فإن حوالي ١٩,٧% من المرضى يعانون الاكتئاب التفاعلي .

ب- ترتيب الاضطرابات الاكتئابية بين الامراض المختلفة التي تؤدي الى عجز في الانتاجية:

يعنى مصطلح العبء الكلى أو العام للمرض (GBD) Global burden of disease ما يؤدي إليه هذا المرض من عجز في القوى البشرية ونسبة الوفيات في المجتمع العام. ويستخدم هذا المصطلح في المحل الأول بواسطة منظمة الصحة العالمية WHO. وقد أوضحت الدراسات التي استبعدت نسبة الوفيات من العبء العام أو الكلى للأمراض على مستوى العالم مكثفية فقط بنسبة العجز التي يؤدي إليها ١٠٧ مرضاً رئيسياً، أن الاضطرابات النفسية كان ترتيبها في المقدمة ويمثل ترتيب الأمراض القلبية والأمراض التنفسية فيما تؤدي إليه من عجز في القوى البشرية، بينما كانت الاضطرابات الاكتئابية بوصفها فئة تشخيصية واحدة في مقدمة الأسباب المؤدية للعجز في العالم.

(Ustun., & Kessler, 2002, P .181)

وفي دراسة أخرى أكثر حداثة تبنتها منظمة الصحة العالمية للعبء العام أو الكلى تناولت عشرة أمراض رئيسية فقط عام ٢٠٠٢ ، وقورنت فيها نسبة العجز المترتبة على هذه الأمراض، احتل اضطراب الاكتئاب الأحادي المرتبة الأولى لدى النساء، بنسبة عجز مقدارها ٨,٤% سنة عجز في الحياة، وبالنسبة للرجال احتل اضطراب الاكتئاب الأحادي المرتبة الرابعة بنسبة عجز مقدارها ٤,٨% سنة عجز في الحياة ، وحيث تقدم عليه في المرتبة الأولى مرض فقدان المناعة، وفي المرتبة الثانية أمراض القلب وفي المرتبة الثالثة مرض السكتة الدماغية. (WHO, 2005)

وتقدم نتائج هذه الدراسات دعماً قوياً للقائمين بالعمل في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية، وذلك لأنها توضح الخسارة في الإنتاجية البشرية التي ترجع إلى الاضطرابات النفسية بوجه عام وإلى الاضطرابات الاكتئابية بوجه خاص.

II عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية

١- الجنس:-

- يعتبر الجنس من أكثر عوامل الخطر المتفق عليها في المجال، سواء في الدراسات الوبائية أو الدراسات الإكلينيكية. سواء لدى الراشدين أو المراهقين (ولكن ليس لدى الأطفال)، وذلك بأن كون الفرد أنثى يجعلها معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعفي أو ثلاثة أضعاف الرجل. وتنقسم التفسيرات التي عرضت للفروق بين الجنسين في الاكتئاب إلى قسمين رئيسيين يمثلان رأيين متعارضين، فالرأي الأول يرى أصحابه أن هذه الفروق الجنسية في الاكتئاب ما هي إلا فروق مصطنعة مرجعها: أ- إدراك النساء لضغوط وتغيرات الحياة واستجاباتهن العاطفية الانفعالية لهذه الضغوط، وإلى

ب- استعدادهن للإفصاح والاعتراف بأعراضهن الوجدانية، وإلى

ج- زيادة نسبة النساء بالنسبة للرجال اللاتي يذهبن إلى الأطباء والعيادات الطبية طلباً لأنواع المساعدة الطبية المختلفة.

أما أصحاب الرأي الآخر، فإنهم يرون أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب تمثل ظاهرة حقيقية يرجعونها إلى أ- الحساسية البيولوجية للمرأة والتي ترجع إلى اختلافات أو فروق بيولوجية أو هرمونية أو إلى ب- أسباب اجتماعية - مثل التفرة الأزلية بين الجنسين - أو إلى ج- أسباب نفسية أو إلى د- التغيرات الحديثة في دور المرأة في المجتمع.

أولاً : الرأي الذي يرى أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب فروق مصطنعة :

يذهب التفسير الأول، الذي يرى أصحابه بأن الفروق الجنسية في الاكتئاب فروق مصطنعة artifact أو زائفة إلى أن هذه الفروق ترجع إلى الفروق بين الجنسين في الدخل income وليس في النوع gender ويذهب أصحاب هذا التفسير إلى أن كل الدلائل تشير إلى أن دخل المرأة دائماً أقل من دخل الرجل وأن المرأة أيضاً لا تحصل على ما يحصل عليه الرجل من تعليم، وعلى هذا فإن الفروق بين النساء والرجال في الاكتئاب إنما تعود إلى فروق في المكانات الاجتماعية والاقتصادية لكل منهما.

أما التفسير الثاني والذي يرى أصحابه أن الفروق الجنسية في الاكتئاب فروق مصطنعة أو زائفة، فإنه يذهب إلى أن هذه الفروق مرجعها التحريف في التعبير أو الإفصاح عن الاكتئاب reporting biases . بمعنى أن الفروق الجنسية في الاكتئاب إنما تنتج من عدم استعداد الرجال للاعتراف بالأعراض الاكتئابية أو السعي طلباً للمساعدة منها (Padesky & Hammen, 1977, Phillips, & Segal, 1969. Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, p. 266) ويرى

أصحاب هذا التفسير أن كلا من النساء والرجال يخبرون مشاعر اكتئابية بطريقة متساوية لا خلاف فيها وبنفس الدرجة، لكن ولأن الأعراض أو المشاعر الاكتئابية تدرك أو ينظر إليها على أنها مرتبطة بالأنوثة، فإن الرجال يكونون أقل استعداداً للاعتراف بها.

ويرى أصحاب التفسير الثالث في اصطناعية الفروق بين الجنسين في الاكتئاب وعدم وجودها حقيقة إلى أن المرأة تدرك وتعترف وتصرح، وتسعى في طلب المساعدة في حالة الضغوط وفي حالة وجود أى مشاكل بطريقة تختلف عن الرجل، وأن هذه العوامل السابقة هي التي تقف وراء الفروق الجنسية في الاكتئاب أو بمعنى آخر فإن أصحاب هذا التفسير يرون أن نمط الاستجابة وعمليات وصفية أو تمييزية بين النساء والرجال هي التي تقف وراء تضخيم نسبة النساء في الاكتئاب. (Weissman & Klerman, 1979, p.392).

أما أصحاب التفسير الرابع والذي يرى أصحابه أن الفروق الجنسية في الاكتئاب فروق مصطنعة فإنهم يرجعون هذه الفروق إلى نوعية الأعراض kinds of symptoms وتبعاً لهذا التفسير فإن كلا من النساء والرجال معرضون بالتساوي للمشاعر الاكتئابية والأعراض الاكتئابية، إلا أن الاكتئاب لدى الرجال يأخذ شكل التعبير الصريح الواضح الفعلي acting out بدلاً من أعراض الحزن السلبية، البكاء، والتي تمثل الأعراض الشائعة للاكتئاب والتي تغطيها المقاييس المستخدمة لقياس هذا الاضطراب (Nolen - Hoeksema, 1987, p. 266) وبشكل أكثر تحديداً فإن أصحاب هذا التفسير يرون أن ما يساوى أو يعادل الاكتئاب في النساء لدى الرجال هو إدمان الرجال للخمر (أو غير ذلك). (Winokur & Clayton 1967, Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, p. 267) ويدلل أصحاب هذا التفسير على رأيهم بأنه قد تم تشخيص عدد من الرجال يساوى ضعف عدد النساء كحالات إدمان خمر (Williams & Spitzer, 1973) ويقترحون بأن نسبة مدمني الخمر من الرجال تعوّض غياب الاكتئاب لديهم أو انخفاض نسبته بينهم. ويدعمون رأيهم، بأنه في المجتمعات التي تحرم الخمر مثل مجتمع الأميش Amish، لم توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب. كما أن العديد من الدراسات قد أشارت إلى وجود أعراض اكتئابية عديدة لدى مدمني الخمر من الرجال. وقد دفع كل هذا بأصحاب هذا التفسير إلى القول، بأن الاكتئاب وإدمان الخمر مرتبطان وراثياً ببعضهما، مع ارتباط المظاهر الاكتئابية بكموسومات النساء وارتباط إدمان الخمر بكموسومات الرجال (Winokur & Clayton, 1971, Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, P. 267) ويرى أصحاب هذا التفسير أيضاً، أن كلاً من الاكتئاب وإدمان الخمر اضطرابين مختلفين ولكنهما متكافئين، فالنساء تصاب بالاكتئاب، أما الرجال فإنهم يترددون في الاعتراف بأنهم مكتئبون، ويترددون أيضاً، في طلب المساعدة، ويتخفون mitigate من هذه المشاعر الاكتئابية بإدمان الخمر، فإنهم بذلك و كأنهم يقومون بعلاج أنفسهم بأنفسهم.

ويرى وينوكر وكلايتون أن العوامل البيئية ربما تجعل من الصعب على النساء أن يشربن الخمر، أو أن يشربن الخمر بكثافة مثلما يفعل الرجال. ويرى بأن كلا من الاكتئاب وإدمان الخمر يعتبران وسيلتين مختلفتين للتعبير عن اضطراب واحد (Weissman & Klerman, 1979, p. 395).

ويشير أصحاب هذا التفسير للفروق الجنسية في الاكتئاب، بأن العديد من الرجال الذين تم علاجهم من إدمان الخمر، قد أظهروا أعراضا اكتئابية. كما أن العديد من الدراسات أظهرت أن الأعراض الاكتئابية عادة ما تتواجد لدى المدمنين وبدرجات تتفاوت ما بين 35% و 53% (Ibid., p.396)

ثانيا: الرأي الذي يرى أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب فروق حقيقية:

هناك عدة تفسيرات تم طرحها للفروق بين الجنسين في الاكتئاب، ويمكن وضع هذه التفسيرات في فئات أربع. تقوم الفئة الأولى من التفسيرات على أساس الخصائص البيولوجية الهرمونية التي تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفي مقدمتها الاكتئاب. أما الفئة الثانية من التفسيرات فتقوم على معطيات التحليل النفسي فيما يتعلق بالنمو النفسي - الجنسي للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب. أما الفئة الثالثة فهي تفسيرات ذات أساس نفسي - اجتماعي تركز على تأخر المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية sex roles وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين. والفئة الرابعة من التفسيرات هي تلك التي تقوم على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب .

١ - التفسيرات البيولوجية للفروق بين الجنسين في الاكتئاب :

احتلت هذه الفئة من التفسيرات كثيراً من اهتمام الباحثين في جميع المجالات ، كما تم إجراء العديد من الأبحاث حول الأساس البيولوجي الهرموني للفروق الجنسية في الاكتئاب. وتقوم مجموعة التفسيرات البيولوجية على النتائج التي توصلت إليها دراسات شيوخ وانتشار اضطراب الاكتئاب والتي أوضحت أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب - بتفوق المرأة - هي فروق عالمية، بمعنى أنها توجد في كل الثقافات، وهذا يعني أن زيادة حساسية أو استهداف المرأة للاكتئاب يرجع إلى خصائص بيولوجية تختص بها المرأة ككائن حي في كل مكان.

وقد تم عرض مجموعتين من التفسيرات البيولوجية للفروق بين الجنسين في الاكتئاب ، يقوم التفسير البيولوجي الأول على أساس الشواهد التي توضح أن المرأة معدة أو مهيأة للاكتئاب ، أو أن تكون عرضة للإصابة به في فترات معينة من حياتها ترتبط بوجود تغيرات في مستويات الهرمونات وخاصة هرموني الاستروجين estrogen والبروجستيرون progesterone وغيرهما من الهرمونات ويقوم التفسير البيولوجي الثاني للفروق بين الجنسين في الاكتئاب على أساس إرجاع

ارتفاع معدل الاكتئاب لدى النساء إلى وجود استعدادات وراثية لديهن للإصابة بهذا الاضطراب، وتبعاً لهذا التفسير فإن المرأة تعتبر أكثر قابلية وعرضة لأن ترث الاضطراب لأن الخل الوراثي الذي يؤدي إليه مرتبطاً بطريقة ما بالكروموسوم X والذي يحدد الجنس.

٢ - تفسيرات تقوم على معطيات التحليل النفسي :

يذهب فرويد إلى أن شخصية المرأة البالغة سواء كانت سوية أو عصابية تتصف بالانرجسية والمازوخية وانخفاض في تقدير الذات والاعتمادية وعدوانية مكبوتة ، وذلك كنتيجة لحل الفتاة الصغيرة للصراع الاوديبى (Weissman & Klerman , 1979,p.409) ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية أن النساء لذلك أكثر عرضة من الرجال للاكتئاب وذلك لطبيعة بناء شخصياتهن والذي ينتج من النمو النفسي - الجنسي. فخلال المرحلة الاوديبية تدرك الفتاة أنها وكل الفتيات قد حرمن من كل القوى و المكنات التي تصاحب كون الفرد ذكراً . إن إدراك الفتاة هذا يؤدي بها إلى أن تكون عدوانية تجاه أمها بسبب هذا الحرمان ، كما يقلل بشكل هائل من تقديرها لذاتها و ينمى لديها حقداً هائلاً تجاه والدها وكل الرجال. إن تثبيت الفتاة على أبيها والذي يمثل شكلاً لعلاقة الحب فيما بعد مع الرجال - يمثل علاقة ضعيفة قائمة على حب نرجسي أكثر من قيامها على الارتباط أو التعلق بموضوع ، وذلك لأن الفتاة مدفوعة نحو هذه العلاقة بالرغبة في استعادة جزء من ذاتها تشعر أنها قد فقدته. إن هذا الاتجاه نحو علاقة حب نرجسية ، هو الذي يجعل المرأة أكثر عرضة من الرجل للاكتئاب. أن المرأة تنظر إلى الرجل ليعوّض ما خسرتة ولكنها لا محال سوف يخاب ظنها . وبعد خيبة الأمل هذه فإنها تميل إلى أن تحول طاقتها الجنسية مرة أخرى إلى نفسها بدلاً من إعادة ربطها بموضوعات جديدة ، إن "أناها" المجرّوح يجد نفسه مواجهاً بالعدوانية التي تشعر بها تجاه الموضوع الذي فقدته توا وتظهر الميلانكوليا (الاكتئاب).

وهناك نظرية تحليلية حديثة قللت من تأثيرات المحددات البيولوجية في بناء الشخصية ، وركزت على التفاعل بين دور هذه المحددات والقيود الثقافية أو التحريمات على سلوك المرأة ، فقد أوضح التحليلين الجدد أن القيود المفروضة على تعبيرات المرأة الجنسية وعلى حريتها الشخصية - من جانب ثقافات معينة - تمثل مصادر للإحباط وتؤدي إلى إصابتها بالاكتئاب . أيضاً فإن دور المرأة كمرربة مثلاً يتصارع مع حاجاتها لنمو الذات والاستقلال للدرجة التي تؤدي إلى معاناتها من عدم الاستحسان أو القبول الاجتماعي إذا ما قللت أو تقاعست عن قيامها بهذا الدور . إن هذه القيود المفروضة على المرأة وعلى تعبيرها عن نفسها ، وأيضاً المكانة الدنيا للدور الأنثوي ، والصراع بين الرغبة الفطرية داخلها لتنشئة الأطفال وبين حاجاتها للاستقلال ونمو الذات ، كل هذه عوامل تساعد على تعرضها للمازوخية (Horney, 1967, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987,

٣ - تفسيرات الأدوار الاجتماعية الخاصة بكل جنس للفروق بين الجنسين في الاكتئاب :

من نظريات الأدوار الاجتماعية الجنسية في تفسير تفوق المرأة على الرجل في الاكتئاب واحدة اهتمت بالتوقعات المتصارعة التي تجد المرأة نفسها فيها عندما تدخل مجال العمل (Frieze, et al, 1978; Kohn, et al, 1965, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987, p. 272) ينتظر منها أن تكون سلبية وغيرية وغير انانية ومساندة ومعاوضة وذلك تماشياً مع دورها الأنثوي، ولكن وفي نفس الوقت، فهي مطالب منها أن تؤكد ذاتها وأن تكون متمكنة لو أرادت أن تتجز عملها، وهذه الازدواجية في التوقعات أمراً في غاية الصعوبة، وذلك لأن المرأة ربما تضطر إلى إهمال أحد الدورين في سبيل تحقيق الدور الثاني. إن الانحراف عن الدور الاجتماعي الجنسي الطبيعي للمرأة ربما يؤدي إلى رفض اجتماعي لها.

ومن النظريات المثيرة للاهتمام في الأدوار الاجتماعية الجنسية وأثرها على تفوق المرأة في الاكتئاب على الرجل، تلك التي قال بها جوف وتودور (Gove & Tudor, 1973) حيث اقترح الباحثان أن وجود نوعين من المهام أو الأدوار في حياة الفرد بالتأكيد يؤدي إلى حمايته من الاكتئاب. وعلى هذا الأساس، فإن مصدر الخطأ في الدور التقليدي للمرأة - سيدة البيت - هو أنه يسمح لها بمصدر واحد للإشباع - العائلة - بينما يمكن أن يفسر انخفاض نسبة المكتئبين من الرجال بوجود نوعين من المهام أو الأدوار - العائلة والعمل - وذلك إذا ما فقد الرجل مصدراً للإشباع فسوف يظل لديه مصدراً آخر يلوذ إليه وقت الضرورة

٤ - تفسيرات تقوم على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب:

ترى نولين هوكسيما أنه يمكن تفسير الفروق بين الجنسين في الاكتئاب بالاختلاف بينهما في استجابتهما للمواقف المثيرة للاكتئاب. أن أغلب الناس يخبرون فترات اكتئابية بين الحين والآخر، ولا تدوم هذه الفترات بالنسبة لبعض الناس سوى عدة ساعات أو عدة أيام ، ولكن بالنسبة للبعض الآخر قد تدوم هذه الفترات الاكتئابية لمدة أطول، وقد تزداد شدتها حتى يصل الأمر بهم إلى السعي طلباً للعلاج. وترى الباحثة، أن الرجال عموماً يميلون إلى الاستجابة لما قد يخبرونه من مشاعر اكتئابية بطريقة أكثر فعالية يكون من شأنها القضاء على هذه المشاعر. بينما يميل النساء إلى الاستجابة للمشاعر الاكتئابية بطريقة فيها تضخيم ، وتأمل ذاتي زائد في أسباب هذه المشاعر وأصولها وما يمكن أن تنتهي إليه .

وبذلك فإن نولين هوكسيما ترى أن ميل المرأة الاستجابي نحو الاكتئاب يمثل سبباً في زيادة اتجاهها نحو هذا الاضطراب، بينما تؤدي اتجاهات الرجل الاستجابية نحو الاكتئاب إلى التقليل من فرص دوام حالات الاكتئاب لديه وبالتالي التقليل من نسبة المكتئبين من الرجال بالمقارنة بنسبة المكتئبات من النساء .

وترجع الباحثة الأصل في اختلاف الاتجاهات الاستجابية بين الرجل والمرأة نحو الاكتئاب إلى أن معنى الذكورة بالنسبة للرجل هو أن يكون نشطاً وفعالاً وأن يتجاهل مشاعره، بينما بالنسبة للمرأة فإن نمط الأنوثة يقتضى منها أن تكون عاطفية وأقل فاعلية.

(غريب عبد الفتاح ، ٢٠٠٣، ص ص ١١٩-١٨٠) .

٢- التاريخ العائلي:-

ويقصد به التاريخ العائلي المرضى، وحيث يتعرض أطفال الوالدين المكتئبين للإصابة بالاضطراب ضعفي إلى أربعة أضعاف الأطفال من والدين غير مصابين بالاضطراب، كما يكونوا معرضين لبداية مبكرة بالمرض وأيضاً متكررة. وينتقل عامل الخطر خلال الأجيال للأحفاد.

(Evans., et. al, 2005,pp.9-10)

لقد أكدت نتائج الدراسات العلاقة بين اكتئاب الوالدين واكتئاب الأبناء. فإن الآباء المكتئبين يظهرون صراعات أكثر وقليلًا من الانسجام أو التماسك في عائلاتهم، وهم أقل انغماساً وعاطفية مع أطفالهم، ويعانون من نقص في التواصل في علاقاتهم بأبنائهم. كما تميل الأم المكتئبة إلى أن تكون أكثر قسوة وأكثر تسلطاً وأقل استجابة وعاطفية. إن الأمهات المكتئبات يقضن وقتاً أقل في التحدث ولمس أطفالهن، ويظهرون وجدانات سالبة في تواصلهن مع أبنائهن.

إن اكتئاب الوالدين يمكن أيضاً أن يؤدي إلى اضطراب في السلوك التعلقى attachment ، لذلك ، فإن أطفال المكتئبين لديهم تعلقات أقل أمناً مما لدى أبناء الوالدين العاديين. (Ibid.)

(Goodman & Gotlib, 2002)

وتعتبر الظروف العائلية السيئة، أحد عوامل الخطر الإصابة بالاضطراب وأيضاً في بدأ الاضطراب ومرات حدوثه تلك الظروف العائلية التي تتصف بغياب التفاعلات المدعمة أو المساندة وعلاقات والدية قصيرة، ووفر في المودة والترابط والنظام القاسي في الأسرة.

٣- الشخصية والمزاج:-

لقد اقترح الباحثون سمة استهداف موروثه كعامل عام لأغلب الاضطرابات العقلية وقد أخذت هذه السمة العديد من الأسماء والتعريفات ومنها:

أ- تجنب الأذى. ب- العصابية. ج- سمة القلق. د- الكف السلوكي. هـ- الوجدانية السالبة.

وكل من هذه السمات تشير إلى سمة استعداد disposition للمرور بخبرة وجدان سالب. ويعتبر

مفهوم العصابية neurotism من السمات التي تشير إلى السمة السابقة.

وقد أظهرت نتائج الدراسات الطولية، إن الميل العصابي - العصابية- يتنبأ بالوجدانية السالبة فيما

بعد وأعراض بالكرب أو الكدر أو الضيق النفسي. (Evans., et al, 2005, P 10)

٤- الاستهداف المعرفي :-

ترى النظريات المعرفية في الاكتئاب ، أن المكتئبين من الأفراد لديهم استهداف معرفي للإصابة بهذا الاضطراب ، وتتفق هذه النظريات في الاكتئاب مع نظرية الاستهداف - الضغط diathesis- stress theory وحيث ترى: أنه عندما يواجه الفرد بحادثة حياة ضاغطة، فإن الفرد الذي لديه هذا الاستهداف سوف يقيم مصدر الضغط ونتائجه بطريقة سلبية وبالتالي يزداد توقع إصابته بالاكتئاب أكثر من غيره من الأفراد الذين ليس لديهم هذا الاستهداف المعرفي.

ومن أنماط المعارف أو الأفكار السالبة التي تشكل استهداف معرفي للاكتئاب نجد:
المخططات schemas ؛ أنماط الغزو أو التفسير attribution styles ؛ تعلم اليأس learned hopelessness ؛ تقدير الذات self-esteem .

أ: المخططات المعرفية كعناصر استهداف للاكتئاب:

المرضى بالاكتئاب الرئيسي يؤنبون ويحطون من شأن أنفسهم، وفي كل جهة ينظرون إليها، يرون شواهد تؤكد عدم قيمتهم، وكل ما يمكنهم تذكره من ماضيهم يتصف بالعقم والفشل، وكذلك أيضا كل ما يروه في مستقبلهم. أن مكونات الأفكار الاكتئابية تضخم وتبرز المزاج الاكتئابي؛ ولكن يظهر سؤال: هل تشكل هذه الأفكار الاكتئابية سبب أم نتيجة للتغيير في المزاج؟!

لقد رأى بك إن الأفكار الاكتئابية بوصفها متغيرات وسيطة mediating للتغيير في المزاج. أن الأفكار الاكتئابية التي تظهر خلال النوبة الاكتئابية- وعادة تختفي بعد انتهاء النوبة- لا تمثل عنصر الاستهداف.

لقد اقترح بك عام ١٩٧٢ أن الاستهداف يتضمن سمات معرفية، أو مخططات، تلك التي تتقدم أو تسبق أول نوبة اكتئاب، وتجعل من المريض الاكتئابي مستهدفا لنوبات اكتئابية مستقبلية تستثار بالفقدان، أو الفشل أو أي مصادر أخرى للضغط. تحت ظرف الضغط ، يفجر المخطط المعارف الاكتئابية النمطية.

إن المخططات الاكتئابية الرئيسية الثلاثة هي:-

١- وجهة نظر سلبية للذات (انخفاض في تقدير الذات).

٢- وجهة نظر سلبية في الخبرة (تشويهات معرفية).

٣- وجهة نظر سلبية في المستقبل (اليأس).

إن هذه المخططات ، وخاصة الأولى والثانية ، تحرف bias الشخص المستعد للاكتئاب نحو أخطاء نمطية في التفكير، ومنها الآتي:-

١- الاستدلال الإعتباطي : وفيه يتم الوصول إلى نتيجة خاطئة من حادثة غير مدركة.

٢- التجريد الإنتقائي :تذكر فقط التفاصيل السالبة من سلسلة من الأحداث الإيجابية.

٣- التعميم المبالغ : التعميم المبالغ المبني على فشل وحيد غير دال أو غير هام.

٤- التضخيم والتقليل : التقليل من أهمية الخبرات الإيجابية والمبالغة في الخبرات السلبية.

٥- التشخص : personalization . لوم الذات بدون سبب لوقوع الأحداث السالبة.

ولم يصر بك على أن المعارف أو الأفكار الاكتئابية بالفعل تسبب اضطراب الاكتئاب ، ونظر إلى العمليات المعرفية المنحرفة deviant بوصفها ضمن intrinsic اضطراب الاكتئاب ، وليست سبب أو نتيجة للاكتئاب. ومع ذلك، فقد اعتقد بك أن المعارف أو الأفكار الاكتئابية تؤدي إلى ، وتزيد من حدة، وتطيل المزاج الاكتئابي وتدهور السلوك، ولذلك يجب أن يكونوا مركز العلاج.

إذا، على الرغم من أن المعارف الاكتئابية ربما تلعب دور سببي قريب proximal في أعراض أخرى للاكتئاب ، إلا إنها لا تمثل إستهداف للاضطراب. إن الإستهداف المعرفي هي المخططات التي تهئ predispose الأفراد للاستجابة للضغوط بكل من المعارف الاكتئابية والمزاج الاكتئابي. (Zuckerman ,1999,pp194-195)

ب: أنماط العزو أو التفسير attribution or explanatory types

طبق مارتن سيلجمان Seligman مفهومه تعلم العجز learned helplessness في تفسير أعراض الاكتئاب. إن تعلم العجز ظاهرة تصف خبرة الناس لمواقف فيها لا يملكون أي تحكم أو ضبط لوقوع أحداث حياة سلبية، ثم يقومون بتعميم اعتقادهم هذا في العجز لمواقف أخرى لا يكونوا فيها أصلاً عاجزون.

وظهرت بعد ذلك نظريته الجديدة، أو تطوير لنظرية العجز وذلك بتطوير elaborate وجهة نظر بك للتحريف المعرفي وذلك بوصف ثلاثة أنماط من الأجزاء أو التفسيرات للأحداث السالبة. (١) الذات مقابل الخارج. (٢) الكلي أو العام مقابل المحدد أو الخاص. (٣) الثابت مقابل غير الثابت. عندما يتم التعرض لحادثة غير سارة، فإن الشخص المهياً للاكتئاب يكون لديه نمط استدلالى يتصف بأجزاء: الذات internality والثبات stability العمومية globality للسبب.

ويمثل نمط الأجزاء الأول و هو الذاتية internality أجزاء الحدث أو الحادثة السالبة لأسباب ذاتية فى مقابل أعزائها لأسباب خارجية . ويبدو هذا البعد عندما يرى الشخص أن السبب فى الحادثة السالبة أو النتيجة غير السارة للموقف الذى يواجهه هو شىء يتعلق به نفسه، وهو أجزاء وتفسير داخلى. ومن أمثلة ذلك عندما يعزى المعالج النفسى محاولة انتحار إحدى مرضاة إلى انخفاض قدرته على التشخيص الدقيق للحالة وإلى تأخر إدراكه خطورة الأفكار الانتحارية للعميلة فى آخر جلسة معها .

أما النمط الثانى فهو نمط الثبات stability ويقصد به رؤية الشخص لأسباب الحادثة السالبة على أنها ثابتة لا تتغير ، فإن الشخص يرى أن سبب الحادثة غير السارة أو السالبة هو عاملاً مستمراً عبر الزمن و لن يتغير ، كأن يعتقد المعالج فى المثال السابق أن عدم توفيقه مع الحالة سوف يستمر ويتكرر لأنه فى الأصل غير موفق مع مثل هذه الحالات.

والنمط الثالث هو نمط العمومية globality ويبدو هذا النمط عندما يرى الشخص أن سبب الحادثة السالبة هو سبب عام ويمكن أن يحدث فى كل مواقف حياته ، وفى مثال المعالج السابق فإن المعالج سوف يعتقد انه كما لم يوفق مع الحالة التى حاولت الانتحار فانه لن يوفق فى باقى جوانب حياته.

وطبقا لنموذج العجز المتعلم فإن المكتئب يقوم بأعزاء الأحداث غير السارة إلى عوامل داخلية وثابتة وعامة؛ ويقوم بأعزاء الأحداث السارة إلى عوامل خارجية غير ذاتية (الحظ مثلا) وغير ثابتة وخاصة. وبمعنى آخر فإن المكتئب يميل إلى إرجاع أسباب الأحداث غير السارة كالفشل في أى صورة من صوره إلى عوامل ذاتية فيه وأسباب ثابتة لديه وأسباب عامة ، بينما يرجع الأحداث السارة إلى عوامل خارجية و غير ثابتة فيه وخاصة ومقصورة على الحادثة الحالية فقط .فالمكتئب يعتقد أن إمكانياته الذاتية لا تساعده على النجاح بل أن هذا النجاح فى حال وقوعه إنما يرجع إلى عوامل خارجية ولا يتحقق إلا بسبب الآخرين أو الظروف ، ويشير عدم ثبات الأحداث السارة إلى أن المكتئب يعتقد أن النجاح أو السرور وليد الصدفة وغير مضمون مهما بذل هو من جهد. أما فيما يتعلق بالنمط الثالث وهو نمط العمومية فالمكتئب يعتقد أكثر من غيره أن الأسباب التى أدت إلى حدوث الحادثة السارة أو الإيجابية التى صادفها تقتصر فقط على الموقف التى ظهرت فيه، ولا تشمل آثارها جوانب أخرى فى حياته.

ويتضح مما سبق انه على الرغم من أن نموذج سيلجمان يركز على الأحداث السالبة، إلا أن له مكمل يتعامل مع الأحداث الإيجابية. عندما تقع الأحداث الإيجابية للشخص المكتئب، فإنه يميل إلى تفسيرها كنتيجة لأسباب: خارجية، محددة ، وغير ثابتة، وذلك مثل: الحظ وليس لمجهوداته.

والخلاصة فإن الاكتئاب فى ضوء نظرية العجز المتعلم يرجع إلى:

١ - عزو الفشل إلى ما هو داخلى وعزو النجاح إلى ما هو خارجى.

٢ - عزو الفشل إلى ما هو ثابت وعزو النجاح إلى ما هو غير ثابت.

٣ - عزو الفشل إلى ما هو عام وعزو النجاح إلى ما هو محدد أو خاص.

وإذا رجعنا لمثالنا السابق عن المعالج النفسى ومحاولة إحدى عميلاته الانتحار سوف نجد

إن العزو للشخص غير المكتئب سوف يكون على هذه الصورة :

١- عزو الفشل إلى ما هو خارجى: لقد تصادف وواجهت المريضة بموقف رفض من زوجها فى هذا اليوم.

٢ - عزو الفشل إلى ما هو غير ثابت : لقد كنت تحت ضغوط ذلك اليوم و عانيت من مصاعب مع كل مرضاى.

٣ -عزو الفشل الى ما هو محدد : حالات الانتحار معروف عنها انها حالات صعبة بالنسبة لكل المعالجين.

إن أنماط العزو السابقة من المرجح ألا تؤدي بصاحبها إلى الاكتئاب .

وقد نظر باترسون وسيلجمان (Peterson & Seligman , 1984) لأنماط التفسير أو الأعزاء ،

مثلما نظر بك إلى المخططات أنها سمات معرفية كامنة التي ربما تنشط بواسطة أحداث حياة

ضاغطة، تحرف biasing التفسيرات لأحداث مؤدية الى الاكتئاب. إن الأنماط الاعزائية تتغير إلى الأحسن كلما اختفى الاكتئاب.

وهذه الأنماط الإعزائية ترجع إلى تأثيرات البيئة وذلك مثل: تقليد الوالدين وخاصة الأم ، أو القائمون على الرعاية المقربين، ونقد المدرسين، وخبرات فقدان والعجز المبكر. (Zuckerman, 1999, p.196)

ج: وجهة الضبط والاكنتاب:

يرتبط مفهوم وجهة الضبط الداخلي - الخارجي أساساً بدرجة المسؤولية التي يدرك الفرد أنه يتحملها على الأحداث في حياته. فإن الفرد ذو الاعتقاد في الضبط الداخلي يدرك أن أحداث الحياة ونتائجها أو عواقبها تتوقف أو تعتمد مباشرة على سلوكياته، بينما يدرك الفرد ذو الاعتقاد في الضبط الخارجي أحداث الحياة على أنها لا تتوقف ولا تعتمد على سلوكياته بل على أنها محددة بدلاً من ذلك بعوامل خارجة عن ذاته (O' Leary., Donovan., Freeman., & Chancy, 1976, P.899) ، ويرى ليفكورت أن وجهة الضبط الداخلي ربما تكون مطلباً سابقاً للسلوك التوافقي، ولقد أثبتت البحوث بعد ذلك وجود علاقة خطية liner بين إدراك وجهة الضبط والتوافق وحيث يميل الأفراد ذوي الاعتقاد في الضبط الخارجي لإظهار درجات مرتفعة من الاضطراب النفسي. وتشير العديد من الدراسات وتدعم العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والاعتقاد في أن العائد يتم ضبطه من خارج الفرد (Costelo, 1982, PP.340 - 341) . ولأن موضوع المكون المعرفي للأفراد المكتئبين أصبح من الموضوعات الشائع تناولها في التراث النفسي (Benassi., et al. 1988, P.357) ، فإن أحد النماذج التي تتناول هذا الموضوع يذهب إلى أن المكتئبين يميلون إلى إدراك الوقائع من حولهم على أنها لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها (Bibring, 1953, Seligman, 1975, In Benassi., et al, P.357).1988,

ويرى مولينيري وكاهان (Molinari.,& Khanna, 1991, P.315) أنه بالنسبة لذوي الاعتقاد في الضبط الخارجي الحقيقي congruent والذين يرون أن التدييمات لا تتوقف أو لا تعتمد على سلوكهم، ويتصرفون بناء على ذلك، يكونون أكثر ميلاً للاكتئاب. وتفتقر الدلائل وجود علاقة بين هذا النوع من الضبط الخارجي والاكنتاب الذي جاء من أعمال سيلجمان Seligman ، والذي ابتدع مصطلح تعلم العجز learned helplessness ليشير إلى إدراك الاستقلال بين سلوك الفرد وبين التدييم. وقد ارتبط تعلم العجز بالاكنتاب في العديد من الدراسات .. ويرى كلا من مولينيري وكاهان أنه من الصعب التفرقة بين هذا المفهوم - تعلم العجز - وبين الاعتقاد في الضبط الخارجي (Molinari., & Khanna, 1991, P.315). (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٤ ص ٩٥-١٥٠)

د : تعلم اليأس :

قامت إبرامسون وميتالسكي وأولو (Abramson., Metalsky, & Alloy, 1989) بدمج نظرية بك (عن التحريفات المعرفية السالبة) ونظرية سيلجمان (عن العجز المتعلم وأنماط العزو) في نمط اكتئاب اليأس hopelessness والذي يتصف بـ

- أ- اعزاء الأحداث السالبة لأسباب ثابتة، عامة.
ب- استنتاج نتائج سالبة عندما تحدث أحداث حياة سالبة.
ج- استنتاج مواصفات سالبة عن الذات كنتيجة للأحداث السالبة.

فى اكتئاب اليأس تبدأ السلسلة السببية المفترضة فى النظرية بإدراك أحداث الحياة السالبة. وتخدم أحداث الحياة السالبة هذه كمناسبة ليصبح الناس يائسين. ومع ذلك فإنه ليس من الضرورى أن يشعر الناس باليأس وبالتالي بالاكتئاب عندما يواجهون بأحداث سالبة. ويظهر تساؤل: متى تؤدي أحداث الحياة السالبة الى الاكتئاب؟ ومتى لا تؤدي مثل هذه الأحداث إلى الاكتئاب؟

وتبعاً لنظرية اليأس فى الاكتئاب هناك على الأقل ثلاثة أنماط من الاستنتاجات أو التفسيرات التى يقوم بها الناس والتى تحدد modulate ما إذا كانوا سوف يصيرون يائسين أم لا. وبالتالي سوف تظهر عليهم أعراض اكتئاب اليأس عند وقوع حادثة حياة سالبة.

- ١- استنتاجات (تفسيرات) عن لماذا وقعت الحادثة؟ (استنتاج سبب أو اعزاء سببى).
٢- استنتاجات عن العواقب consequences التى سوف تنتج من وقوع الحادثة (التوابع أو العواقب المستتجة).
٣- استنتاجات عن الذات عندما تقع الحادثة (الصفات أو المواصفات المستتجة عن الذات) وفيما يلى. وصف لهذه الأنماط التى تصف اكتئاب اليأس:
١- استنتاج أسباب ثابتة وعامة لأحداث حياة محددة سالبة، وإعطائها درجة عالية من الأهمية. إن أنواع الاستنتاجات السببية التى يصل إليها الناس لأحداث الحياة السالبة وإعطائهم أهمية كبيرة لهذه الأحداث ، كلها تعتبر عوامل هامة تساهم فى ما إذا كانوا سوف يعانون من اليأس وبالتالي تظهر لديهم أعراض اكتئاب اليأس أم لا ؟ وباختصار فإن اليأس المعمم نسبياً وبالتالي أعراض اكتئاب اليأس من المرجح أن يحدثا عندما يتم اعزاء أحداث الحياة السالبة إلى أسباب ثابتة (دائمة) وعامة (من المرجح أن تؤثر فى عواقب أو مترتبات عديدة)، وينظر إليها بوصفها هامة وذلك أكثر مما لو تم اعزاء أحداث الحياة السالبة هذه إلى أسباب غير ثابتة ومحددة وينظر إليها على إنها غير هامة.

ولفهم اكتئاب اليأس يتم التركيز على الإعزاءات الثابتة العامة فى مقابل الإعزاءات الثابتة المحددة لأحداث الحياة السالبة وذلك لأن الإعزاءات من النوع الأول هى التى يتوقع أن تؤدي إلى تعميم نسبى لليأس.

ويلاحظ فيما سبق أنه لم يأتى ذكر الإعزاء الذاتى أو الداخلى internality وذلك لأن فى نظرية

اكتئاب اليأس تم التقليل من التركيز على هذا البعد deemphasize بوصفه عامل إغراء سببي وتمت مناقشة دوره بدلا من ذلك في الجزء الذي تناول أعراض الاكتئاب في نظرية اكتئاب اليأس (Abramson., Metalsky., & Alloy, 1989, p.361)

٢- استنتاج عواقب سالبة لأحداث حياة محددة سالبة:

إن استنتاج عواقب أو نتائج سالبة يتوسط moderate العلاقة بين أحداث الحياة السالبة وأعراض اكتئاب اليأس وذلك بالتأثير على زيادة احتمالية أن يصبح الفرد يائسا.

إن استنتاج عواقب أو نتائج سالبة من أحداث الحياة السالبة لابد أن يؤدي إلى اليأس عندما يرى الفرد أن هذه العواقب أو النتائج السالبة هامة بالنسبة له.

٣- استنتاج صفات أو مواصفات سالبة عن الذات كنتيجة لأحداث الحياة السالبة:

بالإضافة إلى استنتاج عواقب أو نتائج لأحداث الحياة السالبة تقترح النظرية أن استنتاج صفات أو مواصفات سالبة عن الذات في حالة وقوع هذه الأحداث أيضا ربما يتوسط حدوث اليأس وبالتالي أعراض اكتئاب اليأس.

أن استنتاج مواصفات عن الذات يشير إلى الاستنتاجات التي يصل إليها الفرد عن قيمته وقدراته وشخصيته ومدى مرغوبيته ، وذلك في حالة وقوع حوادث حياة سالبة محددة.

إن استنتاج مواصفات سالبة عن الذات يجب أن يؤدي إلى اليأس عندما يعتقد الفرد أن هذه الصفات أو المواصفات السالبة غير قابلة للعلاج أو من غير المرجح أن تتعدل أو تتغير، وأن الاتصاف بها سوف يعيق الحصول على نتائج هامة في عدة مجالات من مجالات الحياة.

في حالة وقوع حادثة حياة سالبة فإن الأنواع الثلاثة من الاستنتاجات (السبب، والعواقب أو النتائج، ومواصفات الذات) ربما لا تكون متساوية في الأهمية في المساهمة في إما سوف يصبح الفرد يائسا أم لا وبالتالي سوف تظهر عليه أعراض اكتئاب اليأس.

ومثال ذلك: استنتاجات شابة عن النتائج السالبة لموت أمها ربما يكون أكثر أهمية في أنها سوف تصاب باليأس أم لا. وليس سبب هذا الموت أو التضمينات الفورية للكيفية التي ترى بها نفسها. وأشارت أبرامسون وزملائها أن اليأس هو السبب القريب proximal لاكتئاب اليأس والأنماط الثلاثة السابقة تمثل الاستهداف المعرفي.

إن اكتئاب اليأس، نمط فرعي من الاكتئاب يتصف بالتأخر السلوكي، وفقدان الطاقة، واللامبالاة ، وفقدان الدافعية، واضطراب في النوم ، وصعوبة التركيز، والمعارف السالبة ، والوجدان السالب ، والانتحار. (Zuckerman, 1999, p.197). (Abramson, et. al, 1989)

وأشارت إيرامسون وزملائها إلى أن نمط العزو الثابت، والكلّي أو العام للأحداث السالبة هو الاستهداف المعرفي والذي مع مصادر الحياة السالبة يساهم في نمو نمط فرعي من الاكتئاب وهو اكتئاب اليأس، ففي نموذجهم ، لا تنشط أنماط العزو والتوقعات السالبة للنتائج إلا بوقوع أحداث الحياة السالبة لتؤدي إلى اليأس، والذي بدوره يحدث الاكتئاب.

إن اليأس هو السبب القريب proximal للاكتئاب، والأنماط السالبة الثلاثة تمثل الاستهداف ، فهي ضرورية.

هـ :انخفاض تقدير الذات:

لقد كان تقدير الذات مفهوم محوري في أغلب نظريات الاكتئاب – انظر نظرية لوينسون السلوكية، ونظرية بك المعرفية – إن تقدير الذات يمثل المكون التقييمي لمفهوم الذات، والذي بدوره يعتبر متغير معرفي غاية الوضوح. ويرى هيلسمان وجاربر (Hilsman ,&Garber, 1995) إن الإدراكات والأفكار السالبة عن الذات ترتبط بالاكتئاب، وقد افترض الباحثان إن تقدير الذات والمنظومات الذاتية السالبة تلعب دورا في نشأة ودوام الاكتئاب.

وقد اقترح براون وهارس (Brown & Harris, 1978) إن اليأس وإن كان يعتبر سببا محوريا في حدوث الاكتئاب، فإن الانخفاض في تقدير الذات يعتبر عامل استهداف ربما يسهم في وقوع الأعراض الاكتئابية من خلال عملية اليأس، لذلك، اعتبر ميتالسكي وزملائه (Metalsky ,et .al 1993), إن نظريات تقدير الذات يمكن النظر إليها على أنها تتضمن استهداف - ضغط ومكونات وسيطة mediators- أي أن تقدير الذات المنخفض هو عنصر الاستهداف، وإن اليأس هو الوسيط. إذا، فإن تقدير الذات أو مفهوم الذات المنخفض ربما كان عامل استهداف، والذي بالتفاعل مع مصدر ضغط ، يؤدي إلى مزيد من الانخفاض في تقدير الذات، أو يجعل من الجوانب السالبة من الذات أكثر بروزا ويزيد من خطر الاكتئاب. (غريب عبد الفتاح ، ٢٠٠٣)

٥ - الاستهداف البيئشخصي :

أ - يرى أصحاب اتجاه الاستهداف البيئشخصي في الاكتئاب أنه بغض النظر عن أية عوامل أخرى قد تكون مسؤولة عن حدوث الاكتئاب، فإن المجال البيئشخصي يؤثر بشكل كبير فيما إذا كان الفرد سوف يصاب بالاكتئاب وفي نوعية الخبرة الشخصية التي سوف يمر بها في حالة إصابته وفي المظاهر السلوكية للاضطراب وفي اخفاء الاضطراب في حال الشفاء. لذلك فإن وضع العوامل البيئشخصية في الاعتبار عند دراسة الاكتئاب يعتبر ببساطة شيئا ضروريا لفهم هذا الاضطراب. (Joiner., & Coyne ,& Blaock, 1999 , p.3)

ب- وقد اقترح لوينسون (Lewinsohn , 1974) نموذج بيئشخصي سلوكي للاكتئاب. وتبعاً للوينسون ، إن الأشخاص المكتئبين يحصلون على تدعيمات ايجابية غير كافية من الأشخاص المهمين في حياتهم وذلك لأنهم ينقصهم المهارات الاجتماعية الضرورية لاستثارة استجابات بيئشخصية ايجابية .علاوة على ذلك فإن الناس المكتئبين يكونون أقل قدرة على تدعيم الآخرين، وبالتالي تقل فرصهم في التبادل الاجتماعي. وتؤكد نظرية لوينسون أيضا على أن بقاء الاكتئاب وشدته أيضا يتأثران بميل الشخص المكتئب للانخراط في نشاطات اجتماعية قليلة وعدم القدرة النسبية على أن يرى الأنشطة على أنها مصدر سعادة .

ج- اعترض كوين (Coyne , 1976) وهو من رواد مدخل الاستهداف البيئشخصي على افتراض النظريات المعرفية الذي يذهب إلى أن المكتئبين يتم النظر إليهم على أنهم نتاج لتحيز أو

تشويه أفكارهم؛ ورأى أن وجهة النظر البديلة هي أن الأشخاص المكتئبين يشغلون engage البيئة بطريقة تفقدهم المساندة وتستنير عائد feedback اكتئابي.

وصاغ كوين الاكتئاب كنتيجة لتمزق أو تعطل في توفير provision المساندة والتأييد من البيئة البيئيشخصية. وقد وصف الاكتئاب بوصفه عملية بينشخصية التي فيها يسعى الفرد المكتئب إلى التأكد أو الطمأنينة reassurance فيما يتصل بطبيعة علاقته بالإفراد الذين يتفاعل معهم، جنباً إلى جنب مع الجهود لتأكيد أو إنكار حاجات الشخص المكتئب للطمأنينة. وتبعاً لكوين فان الشخص المهيأ للاكتئاب يسعى إلى التأكد والطمأنينة reassurance من الآخرين المهمين عندما يحدث فقدان أو تغيير في البناء الاجتماعي. إنه يواجه حينئذ بمعضلة بينشخصية عما إذا كان العائد الاجتماعي المستثار حقيقي أم لا. وتبدأ سلسلة من السعي وراء الطمأنينة، وتزداد أعراض الفرد الاكتئابية سوءاً. وحتماً فإن الأشخاص المهمين سوف يصابوا بالضيق والإحباط من الشخص المكتئب ويبدءون في إعطائه علامات مختلطة بمعنى مساندة لفظية ايجابية ولكن معلومات غير لفظية سالبة. وتبعاً لكوين فان هذا النمط يزيد من عدم التأكد والأعراض الاكتئابية لدى الفرد، وبالتأكيد يؤدي بالفرد المكتئب إلى استخلاص مفاده أنه غير محبوب. إن النتيجة النهائية لهذه السلسلة من السعي للطمأنينة والشك يمكن أن تكون نوبة اكتئابية كاملة. (Schmidt.,Schmidt.,&Young.1999, pp. 132-133)

وسوف نتناول بعض المتغيرات التي تعتبر متغيرات استهداف بينشخصي للاكتئاب.

أ- الخجل :

أ- أشار كل من زيمباردو وزملاؤه (Zimbardo., et al, 1976) إلى أن حوالي ٤٠% من الأمريكيان قد اتضح أنهم يعانون من مشاكل خطيرة ترجع إلى الخجل (Dill.,&Anderson 1999, p93) يرى البعض أن الخجل نوع من القلق الاجتماعي، أو عدم الشعور بالراحة في حضور الآخرين. ويرى البعض الآخر أن الخجل مظهر لانفعال أساسي للحياء، ويرى البعض الثالث أن الخجل هو الميل للشعور بالتوتر، والانشغال أو الارتباك خلال التفاعل الاجتماعي وخاصة مع الناس غير المألوفين. ويركز التعريف السابق على أهمية القلق كاستجابة للتفاعلات الاجتماعية التي تتم وجها لوجه ، أنه يركز على الشعور بالخجل. ويعرف فريق رابع الخجل بأنه كزملة أعراض انفعالية – سلوكية تتصف بالقلق الاجتماعي والكف البيئيشخصي والذي يحدث من توقع أو حدوث تقييم بينشخصي. ويؤكد أحد العلماء أنه يمكن التعرف على الخجل من خلال ثلاث مكونات : (Ibid.,p101)

- الخوف، وهو مكون شبيه بالقلق أو الاستثارة.
- عجز في المهارات الاجتماعية – أو كف سلوكي.
- أفكار غير عقلانية. ويتضمن هذا المكون اعزاءات غير توافقية وغير منطقية لفشل بينشخصي سابق وتوقعات سلبية لأداءات بينشخصية مستقبلية.

وتتفق التعريفات السابقة كلها في تضمين دافعي عام رئيسي . إن الدافع المسيطر في كل الحالات هو التجنب الاجتماعي. وبمعنى آخر، فإن الأفراد الخجولين مدفوعين بقوة لتجنب التفاعل الاجتماعي، بسبب ما يخبروه في هذه المواقف من قلق واستثارة سلبية.

ب - نقص المهارات الاجتماعية

إن اتصاف الفرد بنقص في المهارات الاجتماعية يعتبر عنصرا أو متغيرا هاما في ظهور الاكتئاب على الرغم من أن العلاقة السببية بين الاستثارة arousal والمهارات الاجتماعية لم يتم حلها حتى الآن. وأحد الاحتمالات هو أن الاستثارة المرتفعة والقلق بالإضافة إلى السلوكيات الداخلية (الانسحاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي) تقلل من قدرة الفرد على تعلم المهارات الاجتماعية بطريقة مناسبة. والاحتمال الثاني، أن الافتقار لمهارات اجتماعية مناسبة (أو حتى اعتقاد الفرد إنه يفتقر للمهارات الاجتماعية) ربما يؤدي إلى الاستثارة المرتفعة عندما يواجه المواقف الاجتماعية.

إن النقص في المهارات الاجتماعية (سواء كانت حقيقية أو متخيلة) يمكن أن يفقم أو يزيد exacerbate مشاكل الاستثارة وذلك بزيادة الصعوبة المدركة وخطورة الفشل. وبمعنى آخر، فإن نقص المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون سببا أو نتيجة لمستويات غير سوية من الاستثارة في المواقف الاجتماعية. ومن المحتمل أيضا أن يؤدي الفقر في المهارات الاجتماعية وحده إلى الخجل، فإن مكون الكف inhibition السلوكي للخجل يمكن في حد ذاته النظر إليه بوصفه فقرا في المهارات الاجتماعية.

وتتفق وجهة النظر التي ترى أن النقص في المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون عنصر استهداف للاكتئاب مع آراء أحد رواد النظرية السلوكية وهو جوسيف وولب (Wolpe , 1979) (pp.555-562 ، وحيث يرى وولب أن هناك أربعة أنماط من الاكتئاب. الأول يحدث كنتيجة حالة قلق شديد طويلة ، والثاني يحدث كنتيجة لمعارف أو أفكار خاطئة ذات أساس قلق، والثالث يرجع إلى الفشل في المواقف البيئشخصية، وحيث يستثار القلق في هذا النوع من الاكتئاب إما بالتفكير في توكيد الذات وإما عند الشروع في توكيد الذات، وبسبب ألق، فإن الفرد يكف عن التعبير عن نفسه بالطريقة المناسبة.(أما النمط الرابع من الاكتئاب في رأى وولب فهو يرجع إلى المبالغة عن المعتاد في الاستجابة للفقدان).

ج - الوحدة:

لتعريف الوحدة اتجاهان، الأول يراها مفهوم أحادي البعد (الفرق بين ما يرغبه الفرد من علاقات اجتماعية وما يحصل عليه فعلا). والثاني يرى أن الوحدة مفهوم متعدد الأبعاد. ويرى أصحاب مفهوم الوحدة كمفهوم أحادي البعد إنها: خبرة غير سارة تحدث عندما يكون المجال الاجتماعي للفرد ناقص deficient أو به عجز سواء من الناحية الكمية أو من الناحية الكيفية. ويرى أصحاب تعدد مفهوم الوحدة أنها تتكون من: الوحدة العاطفية (الحادثة نتيجة غياب التعلقات الشخصية القريبة) وذلك كما تتمايز أو تختلف عن الوحدة الاجتماعية (الحادثة نتيجة غياب الشبكة

net work الاجتماعية). وهناك تعريف يتماشى مع وجهتي النظر في مفهوم الوحدة يذهب إلى أنها ظرف ثابت للضييق – الكدر – الانفعالي يظهر عندما يشعر الفرد إنه مبعّد estranged عن وغير مفهوم، أو مرفوض من جانب الآخرين/ أو هي نقص في الأنماط الاجتماعية المناسبة للأنشطة المرغوب فيها وبالذات الأنشطة التي تمد الفرد بالشعور بالتكامل الاجتماعي والفرص للآلفة أو المودة الانفعالية.

إن الأشخاص الوحيديين يعتقدون بأنهم يشعرون بهذا السوء بسبب عدم كفاية العلاقات البينشخصية. وربما يكون النقص في العلاقات الاجتماعية كمي (قليلا من الأصدقاء) أو كفي (لا يوجد علاقات حميمة عميقة) أو كلاهما. وفي كل الأحوال، فإن الدافع الاجتماعي المهيمن هو نوع من الدافع للاقتراب، فإن الوحيديين من الناس يريدون ارتباطات أكثر، بينما الأفراد الخجولين يريدون أن يتجنبوا المواقف الاجتماعية.

والوحدة مثلها كالجمل. بها مكون معرفي (التفكير بأن الفرد منفصل ومنعزل عن الآخرين) ومكون وجداني (مشاعر سلبية بالحزن والغضب والاكتئاب) ومكون سلوكي (مثل تجنب الارتباطات الاجتماعية) وبذلك، فإنه يمكن لمشاعر الوحدة أن تخدم كعامل في حدوث الاكتئاب.

(Dill.,&Anderson.p.106-110)

٦- العلاقات البينشخصية:-

تركز وجهة النظر هذه في الاكتئاب على أهمية البيئة الاجتماعية ونمو تعلق attachment آمن وتفترض وجهة النظر هذه أن الاستهداف للاكتئاب يظهر في البيئات الأسرية المبكرة والتي فيها تكون حاجة الأطفال إلى الأمن والراحة والقبول غير متوفرة وحيث يسهم هذا في نمو المعارف – الأفكار – السالبة عن الذات وعن الآخرين، ويفترض بالتالي أن تؤدي إلى زيادة استهداف الفرد للاكتئاب وخاصة عندما يتعرض لمصادر ضغط بينشخصية جديدة.

(Evans., et al , 2005,pp.15-17)

أ- التعلق:

أظهرت أغلب الدراسات التي تناولت العلاقة بين البيئة الأسرية والاكتئاب، أن عائلات الأفراد المكتئبين تتصف بوجود مشاكل مرتبطة بالتعلق attachment، والتواصل والصراع والانسجام، والمساندة الاجتماعية وأيضا بالفقر أو النقص في أساليب التنشئة الإيجابية. أن الأمن في التعلق يساعد الفرد على التعامل مع البيئة، بينما ربما يؤدي النقص في هذا التعلق بالفرد – الرضيع – للبحث عن الحماية بالانسحاب من البيئة.

ب- أساليب المعاملة الوالديه:

هناك بعدين من أبعاد التنشئة الاجتماعية، يرتبطان على وجه الخصوص بالاكتئاب لدى الأطفال وهما: القبول – الرفض والضبط – الاستقلال. فإن المكتئبين من الراشدين يذكرون والديهم على

أنهم كانوا ناقدون، رافضون، ضابطون ومتدخلون مقحمون intrusive . كما أن أسلوب الإساءة أو سوء المعاملة الوالدية والإهمال يمثل بعدا ثالثا في الاكتئاب .
فإن الإساءة الخطيرة والإهمال في الصغر تتدخل interfere مع التعبيرات الانفعالية العادية للرضع وتؤدي إلى التجنب أو مقاومة التعلق بالآخرين خاصة لو كانت الأم هي التي تقوم بإساءة المعاملة والإهمال .

وتلخيصا لعامل خطر العلاقات البينشخصية في الاكتئاب، يتضح نقطتين:

الأولى:- أن الأسرة التي لديها فردا مكتئبا تميل إلى أن تتصف بقدر قليل من المساندة، وقدر كبير من الصراع ومثل هذا الخلل الأسري يزيد من خطر إصابة أطفال هذه الأسر بالاكتئاب .
الثاني:- أن الأفراد المكتئبين هم أنفسهم أكثر صعوبة من الناحية البينشخصية، والتي تؤدي إلى مشاكل أكبر في بيئتهم .

ولذلك، فالعلاقة بين الاستهداف البينشخصي والاكتئاب تميل إلى أن تكون علاقة تبادلية. وأظهرت الدراسات في هذا الشأن أن المشاكل الاجتماعية تتقدم أو تسبق زنيا الاكتئاب، وأن الاكتئاب يساهم في حدوث صعوبات بينشخصية. بالإضافة إلى ذلك، فإن الصعوبات البينشخصية يظهر أنها تقاوم وتستمر بعد انقضاء الأعراض الاكتئابية. وأيضا فإن العوامل الاجتماعية المؤدية إلى الاكتئاب مثل: صداقات مستمرة فقيرة ، ضعف اشتراك الوالدان، الاتجاهات السلبية من جانب أعضاء الأسرة، والبيئة الأسرية الضاغطة يمكن أن تسهم في استمرار أو انتكاس الاضطرابات الاكتئابية.

إن البيئة البينشخصية من الواضح تعتبر مجالا ضاغطا في بعض الأحيان، والذي فيه ينمي الأطفال منظومات أو مخططات schemas عن أنفسهم وعن الآخرين، والتي يمكن بعد ذلك أن تخدم كعنصر استهداف للاكتئاب ، بالإضافة إلى أن رد فعل الأطفال أنفسهم لهذه البيئات يمكن أن يضخم ويديم تبادلات اجتماعية سلبية والتي بدورها تزيد من الدائرة المفرغة للعلاقات البينشخصية وبالتالي تزيد من الرفض والاكتئاب، لذلك فإن النموذج التبادلي transactional للتأثير المتبادل ربما يصف بطريقة أفضل التزامن أو الارتباط association بين المكتئبين وبيئتهم الاجتماعية .

(Evans ., et al, 2005, p.15-17)

٧ - الضغط:-

أ- هناك تركيز عام لكل تعريفات الضغوط على أنها ظروف بيئية تشكل تهديدا بإيذاء الرفاهية البيولوجية أو النفسية للفرد. وتحدث الضغوط أما كحادثة شديدة، أو أذى مزمن، أو كحادثة حياة رئيسية، أو كحادثة خفيفة مع تأثيرات متراكمة (أما متجمعة أو متعددة). وبالطبع بعض الحوادث الضاغطة قد تكون أحداثا عادية (الانتقال التربوي أو الزواجي) أو قد تكون مرضية (إساءة المعاملة) وربما تكون حادثة حياة مستقلة أو قد تكون معتمدة على سلوك الفرد.

- ب- وقد ظهر أن النتائج البيئية الموضوعية للضغط (والتي يتم تقييمها موضوعيا بواسطة ملاحظ خارجي) يكون لها تأثير مباشر على نمو الاكتئاب. إن التهديد الذاتي كمصدر ضغط يتضمن تقييم الفرد لحادثة على أنها ضاغطة، والتي ربما بعد ذلك تؤثر على رفاهيته النفسية.
- ج- ولا بد من ملاحظة أنه ربما يكون هناك تحديد specificity في العلاقة بين الضغط والاضطراب النفسي كأن تكون هناك مجالات فرعية للضغط أكثر ارتباطا من غيرها بالاكتئاب.
- د- بعض المواقف الضاغطة التي ارتبطت بالاكتئاب:-
- ١- إيذاء الفرد وهو طفل. ٢- الإساءة الجنسية. ٣- خيبة الأمل. ٤- فقدان. ٥- الانفصال.
 - ٦- الرفض.
 - ٧- الفقر (نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأمهات الفقيرات ضعف ما لدى الأمهات لدى المجتمع العام).
 - ٨- الصراع البينشخصي .
- وتزداد أهمية المواقف الضاغطة السابقة لدى الأفراد الميالين للاعتماد على الغير.

III نظريات الاكتئاب

مقدمة :

يوجد العديد من أنظريات التي حاولت شرح وتفسير الاكتئاب، كما يوجد بعض المداخل أو الآراء التي لم تصل بعد إلى حد النظرية المتكاملة. و يوجد أيضا عدة أوجه نظر داخل بعض النظريات، وخاصة تلك التي أشترك أكثر من عالم في صياغتها. وسوف نكتفي هنا بعرض وجهتي نظر داخل نظريتين وهما النظرية السلوكية ممثلة في وجهة نظر لوينسون Lewinsohn والنظرية المعرفية ممثلة في وجهة نظر بك Beck ، والواقع أن دمج وجهتي النظر سوف يكون لنا النظرية الأولى في المجال في تفسير الاكتئاب وفي علاجه وهي النظرية المعرفية السلوكية.

أولا: النظرية السلوكية من وجهة نظر لوينسون في الاكتئاب :

عرف لوينسون Lewinsohn الاكتئاب بأنه زملة syndrome سلوكيات تم التعرف عليها من الدراسات الوصفية و التحليلية -التحليل العاملي - للإفراد والتي تتضمن :-

أ- انخفاض في معدل السلوك. ب- عبارات لفظية تعبر عن: القلق أو عدم الارتياح dysphoria ، التقليل من قيمة الذات Self-depreciation ، الذنب، الملل المادي أو الدنيوي material والإجهاد. ج- الشكاوى الجسمية مثل: عدم النوم، وفقدان الشهية والصداق .

(Lewinsohn, 1974, P. 157;

Lewinsohn & others, 1968, P 231; Lewinsohn, & others, 1971, 87)

إن الفرض الأساسي لوجهة نظر لوينسون وزملاءه يذهب إلى أن: المعدل المنخفض من الاستجابات التي يتلوها تدعيم يشكل مقدمة حاسمة لحدوث الاكتئاب.

ويعرف التدعيم بنوعية التفاعلات بين الشخص وبيئته. فالتفاعلات بين الفرد وبيئته التي تؤدي إلى عائدات ايجابية (عائدات تشعر الفرد بالسعادة والرضا) تشكل تدعيمات ايجابية، إن مثل هذه التفاعلات تقوى من سلوك الفرد.

ويشير اللفظ تعتمد أو تنتج أو تنلوا contingent إلى العلاقة الزمنية temporal بين السلوك ونتائجه. ويفترض أن سلوك الشخص المكتتب لا يؤدي إلى التدعيم الايجابي لدرجة كافية للمحافظة على السلوك، وبالتالي يجد الفرد المكتتب أنه من الصعب عليه أن يبدأ أو يحافظ على سلوكه، ويصبح تدريجيا سلبيا. إن المعدل المنخفض للتدعيم الايجابي يفترض أيضا أن يسبب مشاعر القلق وعدم الراحة و التي تعتبر مركزية في ظاهرة الاكتئاب.

إن خبرة الحصول على تفاعلات مكافئة rewarding مع البيئة قليلة أو أن عدم الحصول عليها نهائيا تسبب شعور الفرد بالحزن. إن حجر الزاوية أن الاكتئاب ينتج من قلة العائدات الموجبة التي يحصل عليها الشخص في تعامله مع البيئة .

ويظهر فرض آخر كنتيجة طبيعية لما سبق وهو: أن المعدل المرتفع من الخبرات المعاقبة يسبب أيضا الاكتئاب. ويعرف العقاب بأنه التفاعلات بين الشخص و بيئته التي تؤدي إلى عائد منفرد aversive (الكر، الضيق، انعدام السرور). إن التفاعلات المعاقبة مع البيئة ربما تؤدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى الاكتئاب، وذلك لتدخلها بين انهماك الشخص في، أو التمتع بأنشطة مكافئة rewarding في حياته.

إن غياب الأحداث المدعمة ايجابيا المتصلة بالذات بحدوث الاكتئاب تقع في عدة محاور مثل:-
الخبرات الجنسية الايجابية، التفاعلات الاجتماعية المكافئة، الأنشطة الخارجية المبهجة، وخبرات الكفاءة ؛ أما بالنسبة للأحداث المعاقبة الهامة المتصلة بالاكتئاب نجد: مشاكل العمل، وتلقى ردود فعل سلبية من الآخرين. (Lewinsohn , &Hoberman, 1982, p.339)

وهناك افتراضات رئيسية يتأسس عليها مدخل لوينسون وزملائه في الاكتئاب وهي:
أ- إن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدي إلى التدعيم الإيجابي يلعب دور المثبر (غير الشرطي) المحدث لبعض السلوكيات الاكتئابية مثل:- مشاعر القلق، الإجهاد، وغير ذلك من أعراض جسدية.

ب- إن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدي إلى التدعيم الايجابي يكون تفسيريا كافيا لأجزاء من الزملة الاكتئابية، مثل معدل السلوك.. و ما إلى ذلك.. فإن الشخص المكتتب يفترض أنه على جدول طويل من الانطفاء..

ج- تقوم البيئة الاجتماعية بتقديم تدعيمات في شكل: التعاطف، الاهتمام، والانشغال؛ والتي تقوى وتحافظ على السلوك الاكتئابى. إن هذه التدعيمات تقدم بواسطة أجزاء صغيرة من البيئة الاجتماعية للشخص المكتتب، ومع ذلك، ربما أن أغلب الناس في بيئة الشخص المكتتب يجدون هذه السلوكيات منفردة، فإنهم سوف يقوموا بتجنبه كلما كان ذلك ممكنا، وبالتالي، ينقص معدل تلقيه تدعيمات ايجابية، ويزداد ظهور الاكتئاب لديه.

د- إن الكمية الكلية للاستجابة التي يتبعها تدعيم إيجابي يتلقاه الفرد يفترض أن تكون وظيفة لثلاث مجموعات من المتغيرات:-

١- عدد الأحداث (بما في ذلك الأنشطة) ذات القوة التدعيمية (Pot) potentially Reinforcing (Re) للفرد. إن الأحداث ذات القوة التدعيمية يفترض أن تكون متغيرة وذلك تبعاً للفروق الفردية وتتأثر بالعوامل البيولوجية (الجنس والسن) والخبرة.

٢- عدد الأحداث ذات القوة التدعيمية التي يمكن أن تتوفر بواسطة البيئة. أي مدى توافر التدعيمات في البيئة (Availability of reinforcement (Avai Re)

٣- السلوك الأدائي للفرد. أي مدى ما يملك الفرد من مهارات وسلوكيات التي تنتزع أو تستخرج التدعيم من البيئة. (Lewinsohn, 1974, p.158, 1975, p.30)

ويختلف موقف لوينسون وزملاؤه عن المواقف السلوكية الأخرى في الاكتئاب، في افتراض علاقة سببية بين انخفاض معدل الاستجابة والشعور بالقلق أو الضيق dysphoria، وذلك بتركيزه على أ- المحافظة على السلوكيات الاكتئابية بواسطة البيئة الاجتماعية، وتركيزه على

ب- النقص في المهارات الاجتماعية كأحد المقدمات (الأسباب) antecedents للمعدل المنخفض من التدعيمات الإيجابية وبالتالي الاكتئاب .

ويرى لوينسون وزملاؤه، إن هناك العديد من التوضيحات والتي يضعونها في إطارهم فيما يتعلق بالاكتئاب:

١- يفترض إن الدرجة التي يحافظ بها maintain سلوك الفرد (يتبع) على التدعيم، هي الظرف السابق antecedent الحاسم لحدوث الاكتئاب وذلك أكثر من الكمية الكلية من التدعيمات التي يتلقاها الفرد. وبناء على هذا الافتراض، يمكننا أن نتنبأ بالاكتئاب عندما تكون هناك احتمالية منخفضة في إن سلوك الفرد سوف يتبع بالتدعيم وأيضا عندما تكون هناك احتمالية مرتفعة أن يدعم الفرد عندما لا يصدر عنه السلوك. ويعتقد لوينسون وزملاؤه أنه تحت كلا الظرفين، تتخفف احتمالية صدور السلوك من جانب الفرد.

٢- انخفاض تقدير الذات، التشاؤم، ومشاعر الذنب، هي بعض التغيرات changes المعرفية (الاتجاهية) التي تلاحظ عموماً لدى الأفراد المكتئبين، على الرغم من أن المظاهر المحددة تختلف من فرد إلى آخر. أنهم يرون أن هناك بعض المرضى المكتئبين الذين لا يتصفون بانخفاض في تقدير الذات، كما أن هناك العديدين الذين ينقصهم مشاعر الذنب. ويفترض لوينسون وزملاؤه أن التغيرات المعرفية تعتبر تفصيلات ثانوية لمشاعر الضيق، والتي بدورها يفترض أن تكون نتيجة لمعدل منخفض من التدعيمات الإيجابية.

٣- يفترض أن يكون دور العدوانية hostility ثانوياً للمعدل المنخفض للتدعيمات الإيجابية ويعتقدون أن السلوك العدواني ربما يفترض أن يستثار elicited بالمعدل المنخفض من التدعيمات الإيجابية في الفرد المكتئب. وعندما يتم التعبير عن الاستجابات العدوانية، فإنها تخدم في تنفير وابتعاد alienate الآخرين، ولذلك، فإنها تسهم أكثر في العزلة الاجتماعية للفرد

المكتئب. وبالتالي يتعلم أن يتجنب التعبير عن ميوله العدوانية وذلك بكبتها أو إخفائها.
٤- يفترض أن تستثير عدد مختلف من الأحداث البيئية (الفقدان بسبب الموت، الانفصال، الرفض، الفقر، سوء الحظ) أو فقدان لمهارة هامة (من خلال إصابة في العمود الفقري أو مرض في الدماغ) حالات اكتئاب، وذلك تبعا لحقيقة أن العديد من هذه الأحداث تحرم الفرد من مصادر هامة للتدعيم.

ويمكن تلخيص وجهة نظر لوينسون وزملاؤه في الاكتئاب بالقول أنهم عرضوا الاكتئاب من خلال إطار نظرية التعلم. أنهم يرون أن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدي إلى التدعيم الايجابي هو عنصر سببي ومحافظ على بقاء الاكتئاب. إن السلوك المكتئب يعتقد أنه ينتج كنتيجة لانخفاض تكرارية أو نوعية الاستجابات المؤدية إلى التدعيم. أنه ليس المعدل المطلق absolute للتدعيم في حد ذاته الذي يكمن وراء نمو وبقاء الاكتئاب، ولكنه بالأحرى معدل أو نسبة التدعيم الايجابي المتحصل acquired عليه اعتمادا contingent على سلوك الفرد. ويرى لوينسون وزملاؤه، أنها ليست فقط أحداث بيئية، بل سمات وحالات كائنية أو عضوية organismic (مثل نقص في المهارات الاجتماعية) يمكن أن تؤدي إلى انخفاض في معدل التدعيمات الايجابية. بالإضافة إلى ذلك، فقد ركزوا على دور التدعيمات البيئية، مثل: التعاطف، الاهتمام، في الإبقاء على السلوك الاكتئابي.

ثانيا: النظرية المعرفية من وجهة نظر بك Beck في الاكتئاب:

*- في بداية نمو نظريته، فرق بك بين ثلاثة مستويات ربما تلعب دورا في الاكتئاب وعلاجه: الأفكار الأوتوماتيكية Automatic thoughts – المخططات (أو الافتراضات الأساسية) Schemas – التشويهات او التحريفات المعرفية Cognitive distortion.

١- تعتبر الأفكار الأوتوماتيكية مستوى سطحي للمعارف والتي يمكن أخراجها للوعي بطريقة سهلة بواسطة المريض والاكلينيكي. إن المكتئبين من الأفراد نمطيا لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم وعن العالم وعن مستقبلهم (وهذا ما يعرف بالثالوث الاكتئابي) وهذا الثالوث يجسد موضوعات themes عدم القيمة، الذنب، عدم الكفاءة، الانهزام، الحرمان، الوحدة واليأس. وتتصف الاضطرابات الأخرى – غير الاكتئاب – بأفكار مختلفة تماما. هذه الأنماط من الأفكار (أو التصورات) يشار إليها بأنها "أوتوماتيكية" لأنها تظهر عفويا، وعادة فهي تتطلق بسرعة fleeting، وربما تتلاشى دون أن يدركها الفرد إلا إذا تم توجيهه لرصدها بطريقة قصدية. هذه الأفكار الأوتوماتيكية والتي تعكس تقييم الفرد للموقف أكثر من الموقف الفعلي الموضوعي، تؤدي إلى استجابات المريض الانفعالية والسلوكية. هذه الاستجابات سوف تكون غير سوية إلى المدى التي تكون عليه التقييمات مشوشة أو مبالغ، والتي سوف تحدث عندما تنشأ من عمل operation المخطط المختل وظيفيا.

٢- يمكن اعتبار المخططات نماذج داخلية لجوانب الذات والعالم التي يستخدمها الأفراد لإدراك وترميز واسترجاع المعلومات. وتنمو المخططات عبر طريق من الخبرات المحددة الكثيرة، وهي متكيفة adaptive طالما تسهل عملية معالجة معلومات information processing أكثر كفاءة،

فهي تمكن الفرد من ربط معلومات جديدة بمعلومات قديمة، وذلك حتى يمكن إدراكها واستعادتها بطريقة أكثر إمكانية، ويمكن أن يتخذ التصرف المناسب وقت الحاجة إليه. وقد أوضحت الدراسات التجريبية لعلم النفس المعرفي والدراسات المعرفية الاجتماعية – مع ذلك – أن هذه الفاعلية تتضمن أوتوماتيكيا تحيز تجاه ترميز encoding واسترجاع retrieving أفكار متناغمة مع المخطط، على حساب معلومات مضادة للمخطط. أن تمثيل assimilation المعلومات الجديدة للمخطط يحدث بسهولة أكثر من تكيف أو توافق المخطط للمعلومات الجديدة. إن النظريات المعرفية في الاضطرابات النفسية ترى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية لديهم مخططات معينة تدفعهم للتحيز نحو رؤية – إدراك – المواقف في عبارات: فقدان ، الخطر، أو أنماط أخرى من التهديد للذات. إن المخططات التي تنتظم حول هذه الموضوعات ربما تكون عامة universal ذلك بسبب قيمتها التكيفية، ومع ذلك ، لدى بعض الأفراد فإنها تكون نامية بشكل قوى بسبب خبراتهم النمائية المعينة. وعلى الرغم من أن هذه المخططات ربما تكون ساكنة dormant نسبيا في أغلب الأحيان، فهي يمكن أن تصبح نشطة نتيجة حدوث أحداث حياتية ضاغطة محددة أو حالات مزاجية سالبة محددة. وبمجرد أن تنشط فإن هذه المخططات ربما تسيطر على إدراك الفرد للمواقف الجديدة ، وبالتالي الإبقاء على الحالة الانفعالية.

(Robins., &Hayes, 1993, pp.205-214)

ويوجد لدى كل شخص مجموعة من المخططات، فالمخطط جهاز هام لتشكيل معلوماتنا وإكسابها المعاني وما توحى به من توجهات. ويقتضى التفكير المنطقي بصورته السوية إن تنصف المخططات بدرجة من المرونة تسمح لها أن تؤسس نفسها على قدر معقول من الموضوعية في معالجة التنبهات الواردة على الفرد. أما لدى المكتئبين، فإن هذه المخططات تكون على درجة عالية من التصلب أو الجمود، وتكون عموما ذات توجه سلبي، ومن ثم فهي تشكل إدراكهم وتذكرهم وتقييمهم للأشياء والأحداث في الاتجاه السلبي.

وحددت النظرية المعرفية ستة عشر مخططا رئيسيا تظهر لدى المكتئبين. ويجرى اكتسابها ودعمها من خلال خبراتهم الاكتئابية. وتنتظم هذه المخططات حول ستة محاور رئيسية؛ وفيما يلي هذه المحاور وما يقع على كل منها من مخططات.(مصطفى سويف، بدون تاريخ)

المحور الأول:- ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الآخرين:

ومضمونه وجود توقع بأن حاجة الشخص للشعور بالأمن والاستقرار والتعاطف لا يمكن إشباعها في حدود سياق العلاقات الأسرية الحميمة. والغالب فإن العائلات التي ترسب عند الطفل هذا التوقع يكون بها نوع من الانفصال غير الصحي، ويكون فيها انفجارات انفعالية كثيرة مؤذية في أوقات كثيرة. ولهذا المحور ثلاث مخططات:-

١- الهجر.

وفيه يدرك الطفل الصغير جدا في السنوات الأولى، عدم الثبات وعدم الاستقرار في المحيطين به الذين يقدمون له الحماية. ويقوم هذا المخطط على أن الآخرين الذين لهم قيمة لن يستمروا في

تزويده بالدعم العاطفي، أو الشعور بالتعلق أو القوة أو الحماية العملية ، لأنهم عاطفيا غير مستقرين، وبالتالي لا يمكن التنبؤ بسلوكهم ولا يمكن الاعتماد عليهم، لأنهم يمكن أن يتركوه ويهجروه لكي يذهبوا إلى طفل آخر أفضل منه.

٢- ضعف الثقة بالآخرين وتوقع الإساءة .

وهنا كذلك لا يستطيع الطفل أن يثق فيمن حوله ضمنا وليس صراحة، وأنه قد يتوقع منهم الإيذاء في أي وقت، وأنهم سوف يسيئوا إليه، وسوف يذلوه، وسوف يقسون ويكذبوا عليه ويتلاعبوا به لمصلحتهم. وفي لحظة ما، سوف يواجه بانفجارات انفعالية منهم.

٣-الحرمان العاطفي .

ويوجد ثلاثة أنواع من الحرمان: أ- حرمان من الرعاية بوجه عام. ب- حرمان من الحماية. ج- حرمان من التعاطف. وهذه المعاني الثلاثة من الحرمان يربط بينهما أسم المحور وهو: ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الآخرين.

المحور الثاني: التلقائية المنقوصة، وله ثلاث مخططات: -

الاعتماد على الآخرين /عدم الكفاءة :

وحيث يكون الاعتقاد عند الشخص بأنه عاجز عن معالجة مسؤولياته اليومية بطريقة تتميز بالكفاءة دون أن يتلقى مساعدة من الآخرين.

٢- الاستهداف للأذى والمرض:

وهو خوف مبالغ فيه بأنه سوف تقع مصيبة، وشعور مستمر بالتهديد ولذلك يستمر الفرد معتمدا على الآخرين.

٣- الاندماج في الآخرين / قصور نمو الذات:

هنا يكون الشخص تقريبا تابعا في توجهاته حتى في عاطفته للآخرين. ويكون لديه كذلك اندماج عاطفي مغالي فيه وارتباط شديد بشخص أو بأكثر في مجموعة أفراد عائلته المحيطة به، على حساب التفرد أو الارتقاء الاجتماعي للشخصية بصورة سوية.

المحور الثالث: التنفير أو انعدام الجاذبية: وله ثلاث مخططات: -

١- كثرة العيوب / الخزي :

يشعر الشخص بأنه معاب داخليا، وبالتالي لا يمكن للآخرين أن يحبوه، وخاصة المهمين في حياته. والذي يمكن أن يرسب هذه المشاعر لدى الطفل بعض خبرات الحياة التي تحدث له، أو شعوره بالخزي إزاء بعض عيوبه التي يستشعرها بداخله.

٢- انعدام الجاذبية الاجتماعية:

يغلب على الفرد الاهتمام بالمظهر الخارجي ورأى الآخرين. فيكون الفرد مقتنعا بأن الآخرين ينفرون منه، ويعتقد أن شكله غير مقبول لدى الآخرين، وبالتالي يكون لديه الشعور بالاغتراب.

٣- العجز عن الإنجاز:

في هذا المخطط، يعتقد الفرد أنه من المؤكد سوف يفشل، أو أنه مقارنه بأقرانه فهو أقل منهم.

المحور الرابع:- محدودية أو قمع التعبير عن الذات: وله مخططين هما:

١- العبودية أو الاستعباد:

وهو تسليم مبالغ فيه بأنه لا يتخذ قرارات، وأنه لن يتحكم في قراراته وتفضيلاته، وعادة ما يكون مختبئ وراء هذه المظاهر السلوكية، يتحاشى غضب الآخرين الذي قد يحل في أي لحظة والنار والهجر التام.

٢- الكف العاطفي أو الوجداني:

وجود صعوبة شديدة جدا في مناقشة مشاعره أو عواطفه، سواء كانت مشاعر حزن أو مشاعر سعادة، لأنه في حالة توقع دائم أن أي تعبير سوف يصدر عنه سوف يكشف عن هذه المشاعر وسوف يؤدي إلى فقدان القيمة الذاتية، سوف يؤدي إلى أنه سوف يؤدي من حوله، ويؤدي إلى معاقبتهم له لأنه عبر بهذه الصورة.

المحور الخامس: محدودية أو قمع الإشباع:- وله ثلاث مخططات:-

١- تضخم الشعور بالمسئولية:

ويغالى الشخص في التضحية بنفسه لكي يسعد الآخرين، بصرف النظر أن هذا سوف يرضيه هو أو لا، أي على حساب إرضاء جوانب معينة في نفسه. ومن أهم الأسباب والمبررات التي يصوغها الفرد ما يلي: أ- أنه لا يريد إيلاام الآخرين. ب- يتحاشى أن تظهر عنده مشاعر الذنب. ج- التضحية للتقليل من الضرر ولكي يحظى بتقدير الآخرين.

٢- المغالاة في المعايير بالنسبة للذات والآخرين (معايير التحصيل، الانضباط، الأخلاقيات):

وفى هذا المخطط، فإن محاولات الفرد لا تتوقف عن أن يرقى إلى توقعات رفيعة جدا من نفسه أو من الآخرين، فيضع معايير قاسية على حساب سعادته وصحته وراحته.

٣- السلبية/ التشاؤم:

يكون التركيز في هذا المخطط على مدى امتداد العمر على جوانب الحياة السلبية مثل: الموت، الخسارة، خيبة الأمل، الصراع والذنب.

المحور السادس: اختلال الحدود:- وله مخططين وهما :-

١- التمرکز في الذات:

ويشير هذا المخطط إلى أن الشخص لديه إصرار شديد ومغالي فيه على أن من حقه أن يحصل على كل ما يريد، بغض النظر عما يعتبره الآخرون أنه مطلب معقول، حتى لو يتم هذا المطلب على حساب الآخرين.

٢- ضعف ضبط النفس:

في هذا المخطط، يجد الفرد صعوبة شديدة في أن يتحكم في نفسه أو أن يضبط انفعالاته ورغباته وتعبيراته، ويجد صعوبة في تحمل بعض أنواع الحرمان ومن أن ينال بعض الأهداف التي يسعى إليها، ويحاول الحصول على أشياء أكثر فأكثر.

٣- التشويهات المعرفية: Cognitive Distortions

يمكن تصنيف أفكار المكتئب تبعا للطرق التي تتحرف بها عن المنطق أو التفكير الواقعي. فيمكن تصنيف العمليات المعرفية أما إلى ما يشبه المنطق Para logical وذلك مثل: الاستدلال الاعباطي arbitrary inference ، التجريد الانتقائي selective abstraction، والتعميم المبالغ overgeneralization وأما إلى ما يسمى الأسلوب stylistic وذلك مثل المبالغة أو التقليل exaggeration or magnification and minimization، وأما ما يسمى المحتوى semantic وذلك مثل التسمية أو العنونة غير الصحيحة inexact labeling وفيما يلي وصفا لهذه التشويهات المعرفية. (Beck , 1967 ,PP.233-235)

١- الاستدلال الاعباطي: ويعرف بأنه العملية التي يتم فيها التوصل إلى نتيجة ما من موقف أو حادثة أو خبرة، في الوقت الذي لا يوجد فيه أي دليل ليدعم هذه النتيجة ، أو عندما تتعارض النتيجة مع الموقف أو الحادثة أو الخبرة. مثال: مريض موجود بالمصعد، جاءته فكرة: أن عامل المصعد يعتقد أنني شخص تافه. وشعر المريض بالحزن، وعندما سؤل بواسطة المعالج ، أدرك بعدم وجود أي أساس حقيقي لهذه الفكرة. ويميل هذا النمط من التشويه في التفكير للحدوث بالذات عندما يكون المثير غامض (الموقف أو الحادثة أو الخبرة).

٢- التجريد الإنتقائي: ويشير إلى عملية التركيز على عنصرا بعيدا عن المحيط context ، وتجاهل مظاهر أكثر وضوحا في الموقف، وفهم الخبرة كلها على أساس هذا العنصر. مثال: مريضة كانت قد امتدحت من جانب رئيسها عن بعض جوانب عملها. وعند نقطة ما، طلب منها رئيسها التوقف عن عمل نسخ إضافية لا لزوم لها من مراسلاته، وكان تفكيرها الفوري: أنه غير راضى عن عملي. وقد أصبحت هذه الفكرة مسيطرة على الرغم من كل عبارات رئيسها الايجابية التي وجهها لها .

٣- التعميم المبالغ: فيه تأخذ حادثه أو عنصر واحد كمثل لفئة واسعة من المواقف أو العناصر، فالفرد يصل إلى نتيجة عامة عن قدراته أو أدائه أو قيمته على أساس حادثة واحدة. مثال: ذكر مريض هذه السلسلة من الأحداث التي تحدث في فترة نصف ساعة فقط: إن زوجته كانت مستاءة لأن الأطفال كانوا بطيئون في ارتداء ملابسهم. وكان تفكيره: أنه والد سيئ لأن الأطفال غير منضبطين. ولاحظ هو بعد ذلك.. أن صنوبر المياه يرشح بعض الماء، وفكر في أن هذا يوضح أنه أيضا زوج رديء أو سيئ. وبينما هو سائقا إلى عمله.. فكر: يجب أن أكون سائقا سيئا، وإلا لما كانت كل السيارات الأخرى تسبقتني. وعندما وصل إلى عمله لاحظ أن بعضا من الموظفين الآخرين قد وصلوا قبله. ففكر: لا يمكن أن أكون مخلصا للعمل وإلا لكنت جئت مبكرا عن ذلك. وعندما لاحظ دوسيهات وأوراق ملقاة على مكتبه.. توصل إلى: أنا شخص سيئ التنظيم و لدى الكثير من العمل لتأديته.

٤- التضخيم والتقليل: ويشير إلى خطأ واضح في التقييم يصل إلى حد التشويه. هذا النوع من التفكير المشوه، يظهر عندما يقلل الفرد من أداءه، أو تحصيله، أو قدراته، ويضخم في ذات الوقت من حجم مشاكله ومهامه. ومثال آخر يظهر في المبالغة في شدة أو دلالة حادثة صادمة. فإن رد فعل المريض الأولى لحادثة غير السارة، يكون في اعتبارها فاجعة أو كارثة، بينما يلاحظ الاكلينيكي أن هذه الحادثة غير السارة مشكلة صغيرة. مثال: ذكر رجلا أنه ظل متضايقا ومحبطا لما حدث من تحطم لمنزله نتيجة لعاصفة عندما اكتشف ما حدث من تحطم لأول مرة، كان تسلسل تفكيره كالتالي: أن أحد جوانب المنزل قد تصدع سوف يحتاج لثروة لإصلاحه. وكان رد فعله الفوري أن فاتورة الإصلاح سوف تكون عدة آلاف من الدولارات. وبانتهاء الصدمة الأولى، أدرك أن ما حدث من تصدع في بيته شيء بسيط، وأن الإصلاح سوف يتكلف حوالي ٥٠ دولار فقط.

٥- العنونة غير الصحيحة: ويرى بك أن العنونة غير الصحيحة غالبا ما تساهم في النوع الأخير من التشويه - التضخيم أو التقليل - إن رد الفعل الانفعالي يتناسب للمسمى الوصفي للحادثة، وليس للشدة الحقيقية للموقف الصادم.

وعلى الرغم من أن أنماط التحريف المعرفي هذه يمكن عزلها نظريا، إلا أن أي فكرة يمكن أن تعكس أكثر من نمط من هذه الأنماط. إن النموذج المعرفي يدرك أن المزاج يؤثر في التفكير، كما يحدث العكس أيضا، وأن المعارف تؤثر أيضا في السلوك بطرق ربما تحدث أو تنتج مواقف ضاغطة، والتي بالتالي سوف تحدث لدى الأفراد أفكار محبطة *upsetting*. إذن فإن التفكير يلعب دورا واحدا في سلسلة من التأثيرات الديناميكية المتداخلة. ومع ذلك فإن النموذج المعرفي يركز على تأثير التفكير على المزاج والسلوك و يهدف أساسا إلى تغيير العمليات المعرفية للمريض.

(Beck, 1967, pp. 233-235)

ويمكن تلخيص وجهة نظر بك في الاكتئاب في النقاط التالية :-

أ- تكون نموذج بك المعرفي من أنماط معرفية ثابتة نسبيا (مخططات) وهي: نظرة سلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل (الثالوث المعرفي) ؛ وعملية معالجة معلومات معيبة أو خاطئة (التشويهات المعرفية) لتكون مسئولة عن الأساس النفسي للاكتئاب.

ب- إن المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي والتي من خلالها يتعرف الكائن ويفسر ويصنف ويقيم خبراته . وتتصف مخططات الفرد المكتتب بوجهات نظر سلبية: رؤية الذات على أنها معيبة defective ، غير كفاء وغير مرغوب فيها، ورؤية العالم كمطالب demanding محبط أو انهزامي defeating ، والنظر إلى المستقبل على أنه عقيم ومليء باليأس .

ج- لقد افترض بك أن المخططات السالبة يتم تفجرها أو ظهورها بحدوث (أو إدراك حدوث) أحداث حياة سلبية، ويتم المحافظة عليها بميل الفرد إلى تشويه المعلومات الواردة إليه بطريقة منظمة في أسلوب غير توافقي أو سلوك انهزامي.

د- وتبعاً لبك، فإن وجدان affect وسلوك الفرد يتم تحديدهما إلى حد بعيد بالطريقة التي بها يبني أو يفكر في العالم. وقد اقترح بك أن خبرات الحياة المبكرة تؤثر في طبيعة التنظيم المعرفي للفرد وذلك لأنها تخدم كأساس منه تتشكل مفاهيم سلبية عن الذات والعالم والمستقبل. إن الأفراد الذين ينمون وجهات نظر سلبية عن الذات والعالم والمستقبل ، والذين يحافظون على وجهة النظر هذه من خلال التشوهات أو الانحرافات المعرفية يكونوا مهينون للاكتئاب عندما تنشط المخططات بخبرات حياة سلبية مماثلة أو مشابهة بتلك التي ساهمت في نمو المخططات السالبة.

IV- قياس الاكتئاب

يوجد العديد من مقاييس الاكتئاب الموضوعية، إلا أن أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداماً في المجال هو مقياس بك BDI فحتى الآن - نوفمبر ٢٠٠٥ ذكر في الشبكة الدولية للمعلومات اسم المقياس في ٥٠١٠٠٠ دراسة استخدمت المقياس أو أشارت إليه . ويوجد الآن صورتين للمقياس، الأولى هي تطوير لأول نسخة ظهرت للمقياس والتي ظهرت عام ١٩٦١، وقد نشرت هذه النسخة عام ١٩٧٩، وتعرف الآن في المجال بـ BDI-IA ، بمعنى مقياس بك للاكتئاب الأول I والمعدلة amended A ، ويوجد من هذه الصورة، نسخة مختصرة. والصورة الثانية هي أحدث تطوير للمقياس وتعرف بمقياس (د - ٢) أو BDI-II ونشرت عام ١٩٩٦. وسوف نتناول بالشرح كلا الصورتان، ثم نتناول بعد ذلك مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI ، وكانت الصورة الأولى له عملاً مشتركاً بين بك ومؤلفته ماريا كوفاكس، وتم تصميمه على نفس نمط مقاييس بك ويتبع في تطبيقه وتصحيحه تقريباً نفس الطرق المستخدمة في مقاييس بك. ثم نختم هذا القسم عن قياس الاكتئاب بعرض مقياس توكيد الذات وذلك لأهمية توكيد الذات (المهارات الاجتماعية) في فهم والتعامل مع الاكتئاب .

أولاً: - مقياس الاكتئاب (د) BDI- IA:

١- نشر المقياس لأول مرة عام ١٩٦١ تحت اسم BDI ولقد أشترك أكثر من باحث في إعداده مع بك، ثم ظهرت الصورة المعدلة amended عام ١٩٧٩ وذلك بعد خضوعها لعدة تعديلات في مرجع لبك وزملاء له عن العلاج المعرفي للاكتئاب. (Beck, et al, 1979)

- ٢- يلاحظ أن العديد من التغييرات قد حدثت على أول نسخة للمقياس التي ظهرت عام ١٩٦١ والتي للأسف تستخدم حتى الآن في بعض الأقسام العلمية لعلم النفس أو الأقسام النفسية بالمستشفيات.
- ٣- قام بك وزميله باسم بك أيضا بعمل نسخة مختصرة للمقياس عام ١٩٧٢، وأثبتت الدراسات أنها تعطي تقريبا نفس نتائج النسخة الكلية. (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩، ص ٦)
- ٤- وصف المقياس:- يتكون المقياس في صورته الكلية من ٢١ مجموعة من العبارات ، تتكون كل منها من أربع عبارات ، تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من ٠-٣ وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الإكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من البنود اعتمادا على نظرية محددة في الاكتئاب.
- أما المقياس المختصر، يتكون من ١٣ مجموعة من العبارات فقط، وقد وجدت معاملات ارتباط تدور كلها حول التسعينيات بين النتائج على المقياس الكلي و نتائج الصورة المختصرة.
- ٥- البنود الثلاثة عشر التي يتكون منها المقياس المختصر هي:-
- ١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الشعور بالفشل. ٤- عدم الرضا. ٥- الشعور بالذنب.
- ٦- عدم حب الذات. ٧- إيذاء الذات. ٨- الانسحاب الاجتماعي. ٩- التردد.
- ١٠- تغير صورة الذات. ١١- صعوبة النوم. ١٢- التعب. ١٣- فقدان الشهية.
- ٦- ويستخدم مقياس الاكتئاب (د) أساسا لتقييم شدة الاكتئاب ، ويستخدم مع المرضى النفسيين ومع الأسوياء أيضا، ويمكن تطبيق المقياس في البيئة العربية بدء من سن حوالي ١٥ سنة فيما فوق.
- ٧- درست المواصفات السيكومترية للمقياس في مصر والإمارات والخارج ، ويمكن الرجوع إلى كراسة تعليمات المقياس للاطلاع على هذه المعلومات.
- ٨- تطبيق وتصحيح مقياس الاكتئاب (د) BDI-IA
- أ- يمكن استخدام المقياس فرديا أو جماعيا في حالة التطبيق على الأسوياء (يطبق المقياس فرديا في حالة التطبيق على المرضى)، وتتضمن الصفحة الأولى من ورقة الإجابة التعليمات التفصيلية التي توضح طريقة الاستجابة للمقياس، ويسجل المفحوص استجابته على نفس ورقة الأسئلة.
- ب- إذا طبق المقياس فرديا، يكفي أن يطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة بالصفحة الأولى من ورقة الإجابة ، ثم البدء في الاستجابة للمقياس، و يختلف الأمر مع المرضى، حيث يفضل أن يعاون الفاحص المفحوص في قراءة عبارات المقياس لو وجد أن الموقف يستدعي ذلك.
- ج - يستغرق تطبيق المقياس ما بين ٥ - ٧ دقائق في التطبيق مع الأسوياء ، إلا أن بعض المفحوصين قد يستغرق وقتا أطول، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على المقياس.
- ء- وفي التطبيق يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي تصف حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك يوم التطبيق وذلك في كل مجموعة عبارات بما في ذلك العبارة رقم (٠) على أن تكون العبارة المختارة هي أكثر العبارات الأربع التي تصف

بطريقة أفضل حالته .

- هـ- في التصحيح، يقوم الفاحص بجمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاثة عشر كما هي بالضبط تحت الدوائر التي وضعها المفحوص .
و- تتراوح الدرجة على المقياس ما بين صفر (لا يوجد اكتئاب) إلى ٣٩ وهي الحد الأقصى التي يمكن أن تصل إليها شدة الاكتئاب باستخدام مقياس (د) المختصر .

المعايير :

- أ- يتوافر نوعين من الدرجات المعيارية للمقياس في البيئة المصرية؛ المعايير المئينية والمعايير التائية.
ب- تكونت عينة التقنين في مصر عدد ١٦٨٦ فردا ، منهم ٩٥٥ أنثى و ٧٣١ ذكرا .
ج- تتوافر المعايير المئينية والمعايير التائية لطلاب الثانوي بنين وبنات وطلاب الجامعة بنين وبنات ومن في أعمارهم .
د - تم عمل درجات فاصلة أو قاطعة أو حدية cut-off scores لكل فئات العمر التي تغطيها عينة التقنين ، وحددت مستويات الاكتئاب كالاتي:
١- لا يوجد أو ضعيف Non - Minimal . ٢- خفيف Mild . ٣- معتدل Moderate .
٤- شديد severe وذلك تماشيا مع شدة الاكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع .
(غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٩ ، ٢٤١)

ثانيا مقياس الاكتئاب (د - ٢) BDI-II

- ١- يعتبر مقياس الاكتئاب (د - ٢) أحدث صورة مطورة لمقياس الاكتئاب (د) BDI ومنذ ظهور المقياس الجديد سمي المقياس الأول BDI-IA للفرقة بين المقياسين .
٢- تمت العديد من التغييرات في مجموعات بنود المقياس الأول، إلا أن عددها وهو ٢١ ظل كما هو، وكذلك طريقتي التطبيق والتصحيح، وكذلك الحد الأدنى والحد الأعلى للدرجات التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص على المقياس كما هي تتراوح ما بين صفر - ٦٣ درجة، كما في المقياس الأصلي في صورته الكاملة.
٣- تم تصميم المقياس، وإعادة صياغة بنوده بالتغيير والإضافة تلبية لمتطلبات محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية. وتمثلت التغييرات الجوهرية في:
أ- امتداد المدة الزمنية للتعبير عن استجابة المفحوص للعبارات، حيث أصبحت أسبوعان أي، يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك يوم تطبيق المقياس . ب- مجموعتي العبارات التي تتناول أعراض النوم، ونمط تناول الطعام، ثم تغييرها، وذلك لتلبية مطالب محكات التشخيص للنوبة الاكتئابية، حيث أصبحت بنود المجموعتين تتعامل مع كل من الزيادة والنقصان في تناول الطعام وفي النوم بدلا مما كان عليه الحال في

الصورة الأولى، وحيث كانت تتناول بنود النوم الانخفاض فيه، وكانت تتعامل بنود الطعام الانخفاض في الشهية للطعام فقط.

٤- الأعراض الـ ٢١ التي يقيسها مقياس الاكتئاب (د -٢) BDI-II -١ - الحزن. Sadness
٢- التشاؤم. Pessimism ٣- الفشل السابق. Past Failure ٤- فقدان الاستمتاع. Loss
of Pleasure ٥- مشاعر الإثم. Guilty Feelings ٦- مشاعر العقاب. Punishment
٧- عدم حب الذات. Self dislike - ٨- نقد الذات. Self-Criticalness
٩- الأفكار أو الرغبات الانتحارية. Suicidal Thoughts or Wishes ١٠- البكاء Crying
١١- التهيج والاستثارة. Agitation ١٢- فقدان الاهتمام. Loss of Interest
١٣- التردد. Indecisiveness ١٤- انعدام القيمة. Worthlessness ١٥- فقدان الطاقة. Loss
of Energy ١٦- تغيرات في نمط النوم. Changes in Sleep Pattern ١٧- القابلية
للغضب أو الانزعاج. Irritability ١٨- تغيرات في الشهية. Changes in Appetite
١٩- صعوبة التركيز. Concentration Difficulty ٢٠- الإرهاق أو الإجهاد Tiredness or
Fatigue ٢١- فقدان الاهتمام بالجنس. Loss of Interest in Sex

٥- المواصفات السيكومترية والمعايير والدراجات الفاصلة: لمقياس الاكتئاب (د -٢) BDI-II
أ- تتوافر العديد من معاملات الصدق والثبات للمقياس في البيئات الأجنبية وفي مصر، كلها مذكورة
بكراسة التعليمات.

ب- أجريت ثلاثة أبحاث منفصلة عن المقياس قبل نشره للاستخدام العام في مصر، تتناول
المواصفات السيكومترية والمعايير والدرجات الفاصلة.

ج- بالنسبة للمعايير : تكونت عينة المعايير في مصر من ٣١٧٢ مفحوص منهم ٣١٥ من
المرضى النفسيين. وتتوافر معايير تائية لفئات السن من ١٥ سنة إلى ما فوق الستين سنة، وتغطي
الفئات: الثانوي بنين وبنات، الجامعة بنين وبنات، العاملين والعاملات، المرضى النفسيين نساء
ونكور، وما في أعمارهم.

— بالإضافة إلى توافر الدرجات الفاصلة أو القاطعة أو الحدية. cut-off scores لكل الفئات
السابقة والتي تتواكب في الشدة ما بين الفئات التالية:

لا اكتئاب أو ضعيف Non-Minimal ، خفيف Mild ، معتدل Moderate ، شديد Severe

١- نوكد ما قاله معدوا المقياس الأصلي BDI-II، من أنه لم يقصد من المقياس أن يكون أداة
لتشخيص الكلينيكي، لذلك يجب استخدامه بحذر بوصفه أداة تشخيصية منفردة ، إن تحديد مستوى
الاكتئاب ، وتأسيس تشخيص الاكتئاب يتطلب فحص للحالة من جانب الأخصائي الكلينيكي ولا
يعتمد فقط على درجات مقياس الاكتئاب (د -٢) أو أي مقياس آخر للاكتئاب.

(غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ص ٤٢)

٢- ونشير أيضا إلى أن الدرجات الفاصلة لتقييم شدة الاكتئاب لدى المرضى العقليين، على الرغم
من أنها تستخدم في تقييم شدة الاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد في حالة معاناتهم من الاضطراب النفسي
مقارنة بغيرهم من المرضى ، إلا أنه على الأخصائي الكلينيكي أو المعالج النفسي أن يتطلع دائما

إلى أن تكون إحدى علامات تقدمهم في العلاج وتحسن حالتهم هي إمكانية مقارنة شدة اكتئابهم بالدرجات الفاصلة لتقييم شدة الاكتئاب الخاصة بفئة العاديين من الأفراد الذين ينتمون إليها من ناحية العمر والجنس ، وألا يظل مقيدا بتقييم شدة اكتئاب هؤلاء المرضى بالدرجات الفاصلة للمرضى العقليين. (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ص ٤٥) .

ثالثا: مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI

- ١- أعدت هذا المقياس في الأصل ماريا كوفاكس Kovacs ، بعد إجراء دراسة استطلاعية اشتركت فيها مع بك.
 - ٢- يغطي المقياس طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية، تتضمن : الاضطراب في المزاج ، وفي القدرة على الاستمتاع ، وفي الوظائف النمائية ، وتقدير الذات ، وسلوك الفرد مع الآخرين ، كما تدور بنود المقياس حول ما يتركه الاكتئاب من آثار في مجالات مرتبطة بالأطفال مثل: المجال المدرسي. ويناسب المقياس الأطفال من سن ٧ سنوات إلى ١٨ سنة.
 - ٣- وصف المقياس: يتكون المقياس من ٢٧ مجموعة من العبارات تتكون كل منها من ثلاث عبارات، على المفحوص أن يقوم باختيار أحدها ، وتأخذ العبارة درجات من صفر -٢ وذلك في اتجاه ازدياد شدة العرض ، وبذلك فإن الدرجة على المقياس تتراوح ما بين صفر - ٥٤ .
 - ٤- الأعراض التي يغطيها المقياس: يغطي المقياس كما ذكر ٢٧ عرضا وهي:-
 - ١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الإحساس بالفشل. ٤- الشعور العام بفقدان الاستمتاع.
 - ٤- التصرف الخاطئ. ٥- القلق التشاؤمي. ٦- كراهية الذات. ٧- تخطيء الذات.
 - ٨- الأفكار الانتحارية. ٩- البكاء. ١٠- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط.
 - ١١- انخفاض الاهتمام الاجتماعي. ١٢- التردد. ١٣- تصور سالب للجسم.
 - ١٤- انخفاض في الدافعية للعمل المدرسي. ١٥- اضطراب النوم. ١٦- الإجهاد. ١٧-
 - انخفاض الشهية للطعام. ١٨- انشغالات عضوية أو جسمية. ١٩- الشعور بالوحدة ٢٠-
 - عدم الاستمتاع في المدرسة. ٢١- العزلة الاجتماعية. ٢٢- انعدام الأصدقاء. ٢٣- تدهور الأداء المدرسي. ٢٤- الانتقاص من قيمة الذات. ٢٥- الشعور بعدم المحبة من الآخرين. ٢٦- عدم الطاعة. ٢٧- مشاكل اجتماعية.
- (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٥، ص ٤)

٥- تطبيق وتصحيح المقياس:-

أ- صمم المقياس للاستخدام الفردي ، ويمكن تطبيقه جماعيا على الأطفال الأسوياء ، ولكن لابد أن يطرد عدد أفراد جماعة التطبيق مع الزيادة في سن أفرادها، بمعنى كلما كان سن المفحوصين صغيرا كان عدد أفراد المجموعة قليلا وهكذا. ب- يقوم الفاحص بقراءة تعليمات المقياس بصوت واضح، ويطلب من المفحوص متابعته في كراسته بعينه والقلم مارا بكل كلمة ينطق بها الفاحص، ويقرأ معه قراءة صامته. ويجب على الفاحص في التطبيق الجمعي بالذات متابعة كل طفل أول بأول في استجابته للمقياس. ج- تنتظم عبارات المقياس كما ذكرنا في ٢٧ مجموعة، كل منها

يتكون من ثلاث عبارات. يطلب من المفحوص أن يضع علامة إمام الدرجة جوار العبارة الواحدة التي اختارها من كل مجموعة.

د- بالنسبة لتصحيح المقياس: للمقياس مفتاح تصحيح على ورق مقوى، يقوم الفاحص بتفريغ المربعات الكبيرة الموضحة في الشكل (١) في كراسة تعليمات المقياس ص ٥ ، ثم يقوم المصحح بإحصاء الدرجات المتواجدة أمام كل مجموعة عبارات.

٦- المواصفات السيكومترية: ذكرت العديد من المواصفات السيكومترية، من ثبات وصدق، في البيئات الأجنبية وكذلك في البيئات العربية - مصر والأمارات العربية - وكلها عند مستوى جيد ومقبول إحصائياً (ص ص ٦ - ١٢).

٧- الدرجات المعيارية لمقياس CDI والدرجات الفاصلة:

أ- استخدمت عينة قوامها ٢٠٢٩ تلميذ وتلميذة (١٠١٠ ذكور، ١٠١٩ إناث) من المراحل الابتدائية والإعدادية والثانوية، بنين وبنات. ب- تطبيقاً لاستمرارية مفهوم النمو في المرحلة العمرية لعينة التقنين، تم تقسيم العينة بناء على العمر الزمني إلى ثلاث فئات، وضع لكل فئة معايير خاصة بها، وكذلك معايير خاصة لكل جنس داخل الفئة. ج- استخدمت الدرجات التائية بوصفها درجات معيارية معدلة في عمل معايير المقياس، ثم تم عمل درجات فاصلة لشدة الاكتئاب للمقياس (ملحق ١، ٢) لكل جنس على حدة، وكل فئة عمرية على حدة. وتتوأكب الدرجات الفاصلة لشدة الاكتئاب ما بين الفئات التالية :

لا اكتئاب أو ضعيف Non - Minimal ، خفيف Mild ، معتدل Moderate ، شديد ، شديداً . severer

٨- لم يقصد من المقياس أن يكون أداة لتشخيص اكلينيكي، لذلك فإنه يجب استخدامه بحذر بوصفه أداة تشخيصية منفردة، إن تحديد مستوى الاكتئاب وتأسيس تشخيص الاكتئاب يتطلب فحص عميق للحالة من جانب الأخصائي الكلينيكي، ولا يعتمد فقط على درجات مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI أو غيره من المقاييس التي تقيس الاكتئاب.

رابعاً: مقياس توكيد الذات :

يتم تضمين مقياس توكيد الذات في دورة للاضطرابات الاكتئابية وذلك لأن متغير توكيد الذات- المهارات الاجتماعية - يعتبر أحد المتغيرات البينشخصية الهامة التي تعتبر عنصر استهداف للإصابة بالاضطرابات الاكتئابية.

١- أعد المقياس في الأصل وولب ولازاروس عام ١٩٦٦ (Wolpe & Lazarus , 1966)

٢- وصف المقياس: يتكون المقياس في صورته العربية من خمسة وعشرون سؤالاً بعد حذف خمسة أسئلة من المقياس الاصلى أظهرت التطبيقات الأولية للمقياس في البيئة المصرية عدم مناسبتها لهذه البيئة. ولم يؤثر حذف الأسئلة الخمسة على بناء المقياس، وحيث وجد قدراً عالياً من الارتباط بين الصورة الكلية للمقياس والمكونة من ٣٠ سؤالاً وبين الصورة الحالية المكونة

- من ٢٥ سؤالاً، ووصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى ٩٥, لمجموعة من المهندسين العاملين بقطاع التدريب بالمصانع الحربية في مصر.
- ٣- التطبيق والتصحيح: يطلب من المفحوص أن يضع علامة x تحت كلمة نعم و أمام العبارة لو كان يتصرف عادة بالطريقة التي تصفها العبارة، أو يضع العلامة x تحت كلمة لا وأمام العبارة إذا لم يكن يتصرف بالطريقة التي تصفها العبارة.
- ويصحح المقياس بواسطة مفتاح من ورق مقوى، يطابق الفاحص المفتاح على ورقة الإجابة بصفحاتها الثلاث. (ومذكور الإجابات الصحيحة في كراسة التعليمات والتي يمكن الاستعاضة بها عن مفتاح التصحيح).
- ٤- المواصفات السيكومترية للمقياس: ذكر العديد من معاملات الثبات والصدق في البيئات الأجنبية والمصرية والإماراتية، وكلها تشير إلى ثبات وصدق المقياس.
- (كراسة التعليمات ص ص ٦-٩).
- ٥- معايير المقياس: للمقياس معايير ثنائية على عينة قوامها ١٧٢٠ مفحوصا (٨٤١ ذكورا و ٨٧٩ إناثا). وتتوافر معايير لطلاب الثانوي بنات وبنين، وطلاب الجامعة بنات وبنين، والعاملين والعاملات.

ملاحظة:-

في حالة الرجوع إلى المادة العلمية في هذه المحاضرات ، يتم توثيقها بالشكل التالي:
* غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٥): دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية. نظمتها الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع مستشفى الطب النفسي (عادل صادق)، القاهرة.

المراجع:-

أولا المراجع العربية:

- ١- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٤): بحوث في الصحة النفسية. الجزء الثالث. القاهرة. الانجلوالمصرية.
- ٢- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٣): بحوث في الصحة النفسية. الجزء الأول. القاهرة. الانجلوالمصرية.
- ٣- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠): مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II : التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة القاهرة. الأنجلو المصرية.
- ٤- غريب عبد الفتاح (١٩٩٩): علم الصحة النفسية . القاهرة . الانجلو المصرية.
- ٥- غريب عبد الفتاح (١٩٩٩): مقياس الاكتئاب (د) BDI: التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة. القاهرة. الانجلو المصرية.
- ٦- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥): مقياس الاكتئاب (د) للصحار. CDI : التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير (للسورتين العامية والفصحى) والدرجات الفاصلة القاهرة. الانجلو المصرية.

- ٧- غريب عبد الفتاح (١٩٩٨): نموذج دراسة الحالة. القاهرة. الانجلو المصرية .
- ٨- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥): بحوث نفسية فى دولة الإمارات العربية المتحدة ومصر. القاهرة. الانجلو المصرية.
- ٩- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥): مقياس توكيد الذات: التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير. الطبعة الثانية. القاهرة. الانجلو المصرية.
- ١٠- مصطفى سوييف (بدون تاريخ) محاضرات فى علم النفس الاكلينيكي. القاهرة. جامعة القاهرة. كلية الآداب . قسم علم النفس .

ثانيا المراجع الأجنبية:

- 11 – Abramson, L., Metalsky, G& Alloy, L. (1989) Hopelessness Depression: A theory – based subtype of depression. Psychological Review, 96, No.2, 358-372
- 12- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (1994) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 13- Beck, A. (1967): Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- 14– Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979) Cognitive Therapy of Depression .New York: The Guilford Press.
- 15- Dill, J. & Anderson, C. (1999) Loneliness, shyness, and Depression: the etiology and interrelationships In Thomas Joiner & James Coyne (Eds.) The Interactional Nature of Depression .Washington, DC: American Psychological Association.
- 16- Evans, D. and others (2005): Depression and bipolar disorders. In Dwight L. Evans et al. treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders .New York: Oxford University Press.
- 17- Goodman, S. & Gotlip, I (2002): Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implication for Treatment .Washington, DC: American Psychological Association.

- 18 - Joiner, T., Coyne, J & Blalock, J. (1999) On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis In Thomas Joiner, & James Coyne (Eds.) the Interactional Nature of Depression. Washington, DC: American Psychological Association.
- 19- Lewinsohn , P (1975): The behavioral study and treatment of Depression. In Hersen, M., and others (Eds.) Progress in Behavior Modification. New York: Academic Press.
- 20- Lewinsohn, P (1974): A behavioral approach to depression. In Friedman, R & Katz, M. (Eds.) the Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. New York: John Wiley and Sons.
- 21- Lewinsohn , P & Hoberman, H. (1982): Behavioral and cognitive approaches. In Paykel, E. S. (Ed.) Handbook of Affective Disorders. New York: The Guilford Press.
- 22- Lewinsohn , P & Shaffer, M. (1971): Use of home observations as an integral part of the treatment of depression . Preliminary report and case studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 37, Ho.1, 87-94.
- 23- Lewinshon, P & others (1968): Depression: A Clinical-research Approach. In R.D. Rubin & C. M. Frank (Eds.) Advance in Behavioral Therapy. New York: Academic Press.
- 24- Robins, C. & Hays, A. (1993): An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61, No. 2, 205 – 214
- 25- Ustun, Bedirhan & Kessler, Ron (2002) Global Burden of Depressive Disorders. Journal of Psychiatry .181,181-183

26- Zuckerman, M (1999): Vulnerability to Psychopathology. Washington, DC: American Psychological Association

27- Wolpe, J. (1979) The Experimental Model and Treatment of Neurotic Depression .Behavior Research and Therapy .vol.17