كفاءة التحالف القائم على العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى الاكتئاب

إعداد

د. / محمود عطية محمود إسماعيل
قسم علم النفس - جامعة المنوفية

ملخص :

تؤكد العديد من الدراسات على أن التحالف العلاجي هو أحد العوامل الرئيسة التي تضمن نتائج إيجابية للعلاج النفسي بمختلف مدارسه، وعبر جميع الأعمار والقطاعات الصحية المتخصصة، ويمكن أن يكون حاسماً بعد جائحة كورونا لذا هدفت الدراسة إلى فحص كفاءة التحالف العلاجي لدى المتعافين والمنتكسين والمنسحبين من مرضى الاكتئاب المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من (٧٨) مريضاً بالاكتئاب طبق عليهم قائمة التحالف العلاجي المعدلة والمختصرة **BR-WAI**، وقائمة بك للاكتئاب الاصدار الثاني **BDI-II**، وأسفرت النتائج عن فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين في اتجاه المكتئبين المنسحبين، ووجود فروق دالة إحصائية في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين في اتجاه المكتئبين المتعافين، وعدم وجود علاقة دالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لعينة الدراسة من المكتئبين. وتمت مناقشة النتائج في ضوء أدبيات الدراسة والتوصية بمزيد من الدراسات حول التحالف العلاجي لدى مرضى الاكتئاب المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

الكلمات المفتاحية : تحالف علاجي - الاكتئاب - علاج معرفي سلوكي.

مقدمة :

حظي نجاح العلاج النفسي باهتمام الباحثين، ويجادل بعضهم بأنه لا يوجد دليل كاف لتحديد الآليات والعوامل المسؤولة عنه (Kazdin, 2009)، ويعد مفهوم العلاقة العلاجية حاليًا من بين أكثر المفاهيم التي تم استكشافها ودراستها بشكل مكثف في الأدبيات المتعلقة بالعلاج النفسي (Webb et al., 2021; Folmo et al., 2014)، وتؤكد العديد من الدراسات على أن التحالف العلاجي هو أحد العوامل الرئيسية التي تضمن نتائج إيجابية للعلاج النفسي (Folmo et al., 2021)، بمختلف مدارسه (Orlinsky et al., 1994)، وعبر جميع الأعمار والقطاعات الصحية المتخصصة (Charmant et al., 2021)، ويمكن أن يكون حاسمًا بعد جائحة COVID-19 حيث ربما تأثرت مشاعر الترابط بين الناس (Jones et al., 2022).

اكتسب التحالف العلاجي⁽¹⁾ والمعروف أيضًا باسم "التحالف العامل"⁽²⁾، اهتمامًا مؤخرًا داخل نظام الرعاية الصحية على مدار العقد الماضيين (Kinney et al., 2020)، ولقد ثبت أنه يبني رابطة علائقية بين مقدم الرعاية الصحية والمريض، مما يحسن التشخيص والنتائج (Meyers et al., 2022)؛ حيث أنه يمكن المعالج النفسي من التكيف مع خصائص المريض، ومن بناء إطار آمن لفنيات وطرق عمل مختلفة تسمح له بإقامة اتصال دائم مع الجزء المستقر من شخصية المريض؛ مما يساعد المريض على السعي للتغيير المتوقع (Prusiński, 2022)، ولقد أكدت نتائج الأبحاث والدراسات وباستمرار أن العلاقة القوية بين المريض والمعالج هي المحدد الرئيس لنتائج العلاج الناجحة خلال المعالجات النفسية المختلفة فمن بين المرضى الذين يسعون لعلاج الأمراض النفسية والإدمان، كان للتحالف العلاجي القوي تأثير يعادل ثمانية أضعاف احتمالات النجاح مقارنة بذوي التحالف العلاجي الضعيف (Van Benthem et al., 2020).

وتوجه الباحثون إلى فحص كيفية عمل هذا التحالف في أشكال متنوعة من العلاجات النفسية، مثل العلاج الفردي (Martin et al., 2000)، والأسري (Bolle et al., 2010) والزوجي (Mateu et al., 2014)، كما أكدت دراسة سيراسولا وآخرون (Cirasola et al., 2022) على أنه تختلف نتائج التحالف العلاجي تبعاً للاضطراب النفسي فعلى سبيل المثال، يبدو أن تأثير التحالف العلاجي على اضطرابات القلق الشديدة وتعاطي المخدرات واضطرابات الأكل أقل من تأثيره على الاضطرابات الأخرى مثل الاكتئاب (Strappini et al., 2022)؛ حيث يؤدي التحالف العلاجي دورًا رئيسًا في فهم علاج الاكتئاب ومقاومة الاكتئاب للعلاج، سواء للعلاج النفسي أم الدوائي من خلال صياغة الأهداف المشتركة والمهام المتفق عليها وقوة الترابط بين المعالج والمريض، وتركيز التدخلات على المريض أولاً، والاعتراف بالتحويل وإدارته، ومساعدة المريض على العمل نحو

(1) Therapeutic alliance.

(2) Working alliance.

الشفاء (West et al., 2022)، كما أكدت نتائج العديد من الدراسات إلى وجود ارتباطات بين التحالف العلاجي وتحسين أعراض الاكتئاب في عينات المرضى الخارجيين/ غير المنومين (Webb et al., 2014)، وارتباط توقعات التحالف العلاجي السابق (قبل العلاج) ارتباطاً كبيراً بالتحالف اللاحق بعد العلاج لدى ذوي الاكتئاب الرئيس (Barber et al., 2014).

ويؤكد ويزمان (Whisman 1993) في مراجعته للأدبيات النظرية والتجريبية التي تناولت المكونات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب أنه قد حُصص "القليل من المناقشة لأهمية العلاقة العلاجية" واقترح أن التحقيقات البحثية المستقبلية تحتاج إلى التركيز على هذا التفاعل بين المريض والمعالج. ويضيف ميرفي وآخرون (Murphy et al., 2022) أن التحالف العلاجي مساهماً مهماً في خطر التسرب/ الانسحاب من العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. ويجب أن تبحث الأبحاث المستقبلية في استراتيجيات التدخل التي قد تعزز التحالف كوسيلة للحد من التسرب/ الانسحاب.

بناءً على ما سبق توجهت الدراسة الحالية إلى فحص مدى كفاءة التحالف العلاجي لدى مرضى الاكتئاب المتعافين والمنسحبين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية. مشكلة الدراسة :

يعتبر الاكتئاب السبب الرئيس لاعتلال الصحة والعجز في جميع أنحاء العالم، وهناك أدلة قوية على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT)^(١) لكن في الوقت الحاضر هناك نقص في وضوح العلاقة بين التحالف العلاجي ونتائج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (Cameron et al., 2018)، وبفحص الدراسات التي تناولت التحالف العلاجي يتضح التالي :

- وجود قصور في الدراسات التي تناولت نتائج التحالف العلاجي، حيث في الجزء الأكبر منها تستند إلى طبيعة تقييمات التحالف والتي تنحصر ما بين جلسة واحدة أو جلسات قليلة فقط وعادةً ما تتم في المرحلة المبكرة من العلاج (Horvath et al., 2011). فتفترض الدراسات التي تستخدم مثل هذه التصميمات ضمناً أن تقييمات التحالف في جلسة واحدة أو جلسات قليلة تمثل بشكل كاف حالة التحالف طوال فترة العلاج بدعوى أنه قد تكون "لقطة" من جلسة واحدة كافية لتقدير قوة التحالف بدقة. إلا أنه إذا كان التحالف غير مستقر نسبياً على مدار علاج معين، فإن التقييمات المستندة إلى جلسة واحدة أو بضع جلسات مبكرة من شأنها أن تسفر عن تقديرات غير موثوقة (Webb et al., 2014).

- وجود تعارض في نتائج البحوث والدراسات التي تناولت التحالف العلاجي، حيث تؤكد بعض نتائج بعض الدراسات إلى أن التحالف يرتبط بشكل كبير بتغير أعراض الاكتئاب اللاحق مثل

(1) Cognitive behavior therapy.

دراسة كل من: (Horvath et al., 2011; Bolle et al., 2010; Falkenström et al., 2013;) ، في حين أن نتائج دراسات فشلت في العثور على مثل هذا الارتباط مثل دراسة كل من: (Puschner et al., 2008; Strunk et al.,) ، (2010; Strunk et al., 2012; Don et al., 2021).

- هناك القليل من الأدلة الإمبريقية المتعلقة بالعوامل التي تعتمد عليها جودة التحالف العلاجي وما الذي يميزها (Prusiński, 2022).

وتشير التناقضات السابقة في النتائج أو في تقييم التحالف العلاجي التساؤل حول ما إذا كانت السمعة القوية للعلاقة العلاجية كعنصر نشط في العلاج قابلة للتطبيق بالفعل على العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب أم لا؟. لذا وبناء على ما سبق توجهت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن السؤال الرئيس التالي : هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لدى عينة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي ؟

أسئلة الدراسة :

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لدى عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي؟

أهداف الدراسة :

- معرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.
- معرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.
- معرفة العلاقة ذات الدلالة الإحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لدى عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

أهمية الدراسة :

يُعد التحالف العلاجي أحد المكونات المهمة للعلاج النفسي الفعال (Bordin, 1979) وعاملاً مشتركاً بارزاً في العلاجات النفسية المختلفة (Wampold & Imel, 2015) ومؤشر قوي للنتائج في

العلاج النفسي (Flückiger et al., 2018; Bur et al., 2002). ويؤكد ساكيتوبولو (Saketopoulou 1999) أنه يجب على الباحثين أن يهدفوا إلى فهم أفضل لتطور التحالف العلاجي في سياق عملية العلاج من أجل تحديد العناصر المميزة للتحالف التي تؤثر على تطويره والحفاظ عليه، ويجب مراجعة النتائج التجريبية الحالية لمجموعة متنوعة من التوجهات العلاجية (مثل الديناميكا النفسية، والمعرفية، والمعرفية السلوكية، والعلاج الأسري، وما إلى ذلك).

الأهمية النظرية :

- ما زالت الدراسات الأمبيريقية المتراكمة حول تأثير جودة التحالف العلاجي على عملية العلاج النفسي تشجع على المزيد من الاستكشافات والتحليلات في هذا المجال حتى الآن، ويبدو أن المعرفة حول هذه المسألة ما زالت بعيدة عن الاكتمال (Prusiński, 2022).
- التحالف العلاجي هو المتغير الأكثر دراسة عملية العلاج النفسي، ولكن علاقته بالتسرب من العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ليست مفهومة جيداً (Murphy et al., 2022).
- دراسة التحالف العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي للأفراد المصابين بالاكتئاب يمكن أن يثري فهمنا لعوامل التحسن العلاجي الفعالة للعلاجات القائمة على الأدلة المطبقة على المكتئبين.
- ندرة البحوث والدراسات العربية والمحلية التي تناولت التحالف العلاجي ومرضى الاكتئاب المتعافين والمنتكسين والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

الأهمية التطبيقية :

قد تفيد نتائج الدراسة المعالجين النفسيين بالعلاج المعرفي السلوكي في تحسين التحالف العلاجي وانعكاس ذلك إيجابياً على مرضى الاكتئاب.

مصطلحات الدراسة :

- التحالف العلاجي : تستند حالياً معظم تصورات التحالف العلاجي جزئياً إلى عمل بوردين (Bordin, 1979; 1994, P173) والذي قدم تعريفاً هو الأكثر شيوعاً للتحالف لأول مرة وهو "الأساس ككيان تعاوني، ويتكون من ثلاثة مكونات وهي: الرابطة بين المعالج والمريض، اتفاق المعالج والمريض على أهداف العلاج، اتفاق المعالج- المريض على مهام العلاج". أما هال وآخرون (Hall et al. (2010) فينظروا إلى التحالف العلاجي على أنه بناء علاقة من أجل تعزيز/ تحفيز المريض ويشجع الاتفاق المتبادل على الأهداف وخطط العلاج. كما عرّف هورفاث وغرينبرغ (Horvath & Greenberg (1989) التحالف العلاجي بأنه "الرابط التعاوني بين المريض والمعالج". ويعرفه الباحث إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها العميل في قائمة التحالف العامل المختصرة (BR-WAI) المستخدمة في هذه الدراسة.

• العلاج المعرفي السلوكي : العلاج المعرفي- السلوكي هو منحنى علاجي مكثف وقصير المدى مدته من 6-20 جلسة، وموجه نحو حل المشكلات. تم تصميمه ليكون علاجاً سريعاً وعملياً وموجهاً نحو الهدف، ولتزويد الأشخاص بمهارات طويلة الأجل للحفاظ على صحتهم. وينصب تركيز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر - المشكلات التي تظهر في الحياة اليومية للشخص - ويساعد العلاج المعرفي السلوكي الأشخاص على النظر في كيفية تفسيرهم وتقييمهم لما يحدث من حولهم وتأثيرات هذه التصورات على تجربتهم الانفعالية. ويتعلم العميل في العلاج المعرفي السلوكي التعرف على الأفكار وطرح الأسئلة عليها وتغييرها، المواقف والمعتقدات والافتراضات المتعلقة بمشاكله، وردود الفعل الانفعالية والسلوكية لأنواع معينة من المواقف. من خلال مراقبة وتسجيل أفكارك خلال المواقف التي يؤدي إلى اضطراب انفعالي، تتعلم أن الطريقة التي تفكر بها يمكن أن تسهم في المشاكل الانفعالية مثل الاكتئاب (Rector, 2010, P2-3)، ويعرف الباحث العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً والمستخدم في هذه الدراسة بأنه منحنى علاجي نفسي يعتمد علي مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية للعمل مع المكتسبين لتغيير أفكارهم ومعتقداتهم ومشاعرهم السلبية المرتبطة بأعراض الاكتئاب بهدف خفض هذه الاعراض معتمدين على فنيات مثل اعادة البناء المعرفي، المراقبة الذاتية، سجل الافكار، التجارب السلوكية، الانشطة السلوكية، التعرض التخيلي والواقعي، حل المشكلات، أساليب المواجهة... إلخ.

• الاكتئاب : يشكل الاكتئاب اضطراباً متعدد العوامل يتضمن مجموعة من الأعراض التالية :

- السلوكية أو الحركية المحددة (الإثارة أو التباطؤ الحركي، ومحاولات الانتحار، والتثبيط العام، والبكاء، وسوء اللغة، والإدمان، واليأس والحزن، والعدوان على الذات، والألفاظ السلبية، والشكاوى والاضطراب في المظهر).
- الأعراض المعرفية (تقييم سلبي للذات والبيئة والمستقبل)، والأعراض الاجتماعية (زيادة الاعتماد على الآخرين وتجنب التفاعل الاجتماعي الترفيهي)
- الأعراض البيولوجية (زيادة/ نقص الوزن، والأرق أو فرط النوم، والتعب، وفقدان الطاقة والشهية، وتغير الأداء الجنسي، وانزعاج الجسم المنتشر، والوهن، وآلام العضلات والمفاصل، والأرق). مما يتسبب في فقدان الشخص لتقوية بيئته وبالتالي خلق صعوبات في أدائه اليومي (Bernard, 2018, P7). ويعرف الاكتئاب إجرائياً في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها المريض في اختبار بيك للاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

حدود الدراسة :

- الحدود الموضوعية: تناولت الدراسة المتغيرات التالية (التحالف العلاجي، العلاج المعرفي- السلوكي، مرضى الاكتئاب).
- الحدود الزمانية: تم التطبيق في الفترة من ٦-٢٠٢١ حتى ٨-٢٠٢٢م.

- الحدود المكانية: التطبيق بوحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي بجامعة تبوك.

- الحدود البشرية : المرضى المشخصين بالاكتئاب وخضعوا للعلاج المعرفي السلوكي بوحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي بجامعة تبوك.

أدبيات الدراسة :

العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي :

قام إدوارد بوردين (Bordin, 1979, 1994) بوضع تصور لنظرية ثلاثية لتحالف العلاجي، تتكون من ثلاثة عوامل مشتركة تنطبق على معظم - إن لم يكن كل - مناهج العلاج النفسي تتمثل في الأهداف والمهمة والشراكة :

- الأهداف: وتتطلب تحديد الأهداف جهدًا تعاونيًا بين المعالج والمريض لتحديد ما يريد المريض تحقيقه من خلال العلاج. يتم تحديد الأهداف بشكل عام في بداية العلاج ومن ثم تأطير الأنشطة (أي المهمة) المختارة في العلاج. كما تتم أيضًا مراجعة الأهداف وضبطها خلال فترة العلاج للتأكد من أنها تظل ذات صلة بالمريض.

- المهمة: وتشير المهمة إلى تبادل متفق عليه بين المعالج والمريض والأنشطة التي تحدد كيفية تحقيق أهداف المريض، وينطوي التعاون بين المريض والمعالج على المشاركة النشطة للمريض في اختيار المهمة للتأكد من أنها ذات صلة بأهدافهم، مع اعتبار المعالج مصدرًا رئيساً لاختيار المهام نظرًا لرؤيته وخبرته العيادية.

- الشراكة: وتتبع من الأنشطة المشتركة والتوافق بين المعالج والمريض. ويوصف النشاط المشترك بأنه "شعور بالالتزام المشترك والفهم المشترك للأنشطة المنفذة في العلاج"، بينما يتم وصف التوافق من حيث الإعجاب والثقة واحترام بعضنا البعض.

ويُنظر إلى العلاقة العلاجية السليمة بالعلاج المعرفي السلوكي على أنها عنصر ضروري ولكنه غير كافٍ للعلاج الفعال (Beck, 1979; DeRubeis et al., 2005)، ويصور العلاج المعرفي السلوكي العلاقة العلاجية كمكون تيسيري للعلاج، على عكس الطرائق الأخرى، مثل العلاج الديناميكي النفسي والعلاجات التي تركز على الشخص، والتي تدعي دورًا أكثر مركزية للعلاقة في العلاج ويترتب على ذلك أن العلاقة قد يكون لها تأثيرات متباينة عبر التوجهات النظرية (Luong et al., 2020)، ويرى ويلموتس وآخرون (Wilmots al. (2020 أن العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي تساعد في تحفيز المكتئبين على الانخراط في المهام المعرفية والانفعالية الصعبة من خلال توفير فهم لما يساعد ويعيق تطوير علاقة علاجية إيجابية، وتقدم نتائج الدراسات نظرة ثاقبة مهمة حول كيفية قيام المعالجين بتعزيز العلاقات الإيجابية مع

المراهقين المصابين بالاكتئاب، وستزيد هذه المعرفة من احتمالية انخراط المراهقين في عملية العلاج وبالتالي تحقيق مكاسب علاجية أكبر، كما أشارت نتائج الدراسات في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب إلى أن التحالف قد يكون نتيجة أكثر من كونه سبباً لتغير أعراض الاكتئاب، في حين وجد أن التقيد بفيئات علاجية معينة من العلاج المعرفي السلوكي مرتبط بتحسن الاكتئاب بعد تطبيقها (Don et al., 2021)، ويُعتقد أن التحالف العلاجي ضروري في علاج الانتحار ومن المثير للدهشة أن الدراسات حول الارتباط بين التحالف العلاجي والتغيير في التفكير الانتحاري على مدار العلاج قليلة وتتحدث عن نتائج غير متسقة (Fartacek et al., 2022).

ولا ننسى مهارات المعالج المعرفي السلوكي في نجاح التحالف فتقّة المعالج في قدرته على مساعدة مرضاه مرتبطة بتحالف إيجابي (Ackerman & Hilsenroth, 2003)، وإظهاره للتعاطف والاحترام الإيجابي (Barrett-Lenard, 1962)، والتعبير عن نفسه بشكل واضح وأن يُنظر إليه على أنه بارع في سن الاستراتيجيات العلاجية (Price & Jones, 1998). فالمرضى قد يشعرون بالراحة مع معالج واثق ومشارك، كما أن التفاعل بين المريض والمعالج يؤدي دوراً رئيساً في تحديد التحالف والحفاظ عليه (Hersoug et al., 2001). ورغم ما سبق إلا أنه قد أكدت نتائج دراسة سنيب وآخرون (Snippe et al., 2019) إلى أن التزام المعالج والمهارات الشخصية للمعالجين والمشاركة النشطة للمرضى لم يتنبأ بخفض أعراض الاكتئاب بعد العلاج.

الاكتئاب والعلاج المعرفي السلوكي :

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً التي تصيب الأشخاص من جميع الأعمار بجميع مناطق العالم، وينتشر أكثر لدى الإناث مقارنة بالذكور، وتتراوح أعراضه من البسيطة العابرة إلى الحالات العيادية الشديدة والمنهكة، مما يتسبب في عجز اجتماعي ومهني شديد. يترافق الاكتئاب أيضاً مع العديد من الاضطرابات النفسية والعضوية مثل اضطرابات القلق وتعاطي المخدرات والوسواس القهري والسكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية (Beck & Hindman, 2017). قام آرون بيك وزملاؤه في البداية بتطوير العلاج المعرفي كعلاج للاكتئاب. ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب تطبيق استراتيجيات محددة مدعومة تجريبياً تركز على معالجة المعلومات المكتسبة والسلوك من أجل تخفيف التأثير الاكتئابي، يتم توجيه العلاج إلى المجالات الثلاثة التالية: الذهن والسلوك والسيولوجي، في الجانب الذهني يتعلم المرضى تطبيق فنيات إعادة البناء المعرفي بحيث يؤدي تصحيح الأفكار السلبية إلى المزيد من المنطقية والتفكير العقلاني/ الصحيح. وفي المجال السلوكي يتعلم المرضى فنيات مثل جدولة الأنشطة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب على الأنشطة السلوكية لمعالجة العجز السلوكي الذي يساهم في استمرار الاكتئاب (على سبيل المثال، الانسحاب الاجتماعي، وفقدان التعزيز الاجتماعي). أخيراً، في المجال الفسيولوجي، يتم تعليم المرضى الذين يعانون من الهياج والقلق استخدام إجراءات التخيل

والتأمل والاسترخاء لتهدئة أجسادهم (McGinn, 2000). تم إجراء عدد كافٍ من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب، وأظهر التحليل التبعدي^(١) لـ ١١٥ دراسة أن العلاج المعرفي السلوكي هو استراتيجية علاج فعالة للاكتئاب وأن تزامنه مع العلاج الدوائي أكثر فعالية بشكل ملحوظ مقارنة بالعلاج الدوائي وحده. كما تشير الدلائل أيضًا إلى أن معدل الانتكاس للمكتتب المعالج بالعلاج المعرفي السلوكي أقل مقارنة بالمرضى الذين تم علاجهم بالعلاج الدوائي وحده (Tripathi et al., 2020).

البحوث والدراسات السابقة :

دراسات لم تؤكد علاقة التحالف العلاجي بالاكتئاب للمرضى المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي :

حللت دراسة بوشنر وآخرون (Puschner et al. (2008) طبيعة التحالف العلاجي ونتائج الأعراض على مدار العلاج النفسي لمرضى الاكتئاب غير المنومين على المدى المتوسط والطويل. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي حيث تم تقييم التحالف العلاجي من قبل المريض وشدة الأعراض مرارًا وتكرارًا على مدار فترة عامين لعينة من (٢٥٩) مريضًا خارجيًا يعالجون بالعلاج النفسي الديناميكي والمعرفي السلوكي والتحليلي. وأظهرت النتائج أن شدة الأعراض الأولية تنبأت بانخفاض التحالف العلاجي بعد العلاج. تشير هذه النتائج الشكوك حول كون التحالف العلاجي مؤثرًا قويًا للنتائج العلاجية. وتصدت دراسة سترانك وآخرون (Strunk et al., (2010) لفحص عملية التغيير في العلاج المعرفي للاكتئاب وتنبؤها بالمكاسب المبكرة للأعراض بين الجلسات، اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي على عينة مكونة من (٦٠) مريضًا يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي وتم تقييم ثلاثة منبئات لتحسن الأعراض وهي: التزام المعالجين بتقنيات العلاج المعرفي، وتسهيل المرضى أو تثبيطهم لهذه التقنيات ، والتحالف العلاجي خلال الجلسات الخمس الأولى من العلاج، وأظهرت أهم النتائج ان التحالف العلاجي لم يكن مؤثرًا مهمًا في التحليلات وأن نتائج التحالف لم تتنبأ بتحسن الأعراض لاحقًا، وفحصت دراسة سترانك وآخرون (Strunk et al. (2012) التزام المعالج والتحالف العلاجي كمنبئين لتحسن أعراض الاكتئاب اللاحق (بعد العلاج) في العلاج المعرفي للاكتئاب عندما يقترن بالأدوية المضادة للاكتئاب، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث تم اختيار عينة عشوائيًا مكونة من (١٧٦) مريضًا خارجيًا مكتئبًا وتم تقييم الالتزام والتحالف كمنبئين لتغيير الأعراض اللاحقة من جلسة إلى جلسة عبر جلسات التصوير المقطعي المحوسب. وأظهرت أهم النتائج أن الأساليب السلوكية/ الواجبات المنزلية فقط وليس التحالف العلاجي مؤثرًا مهمًا لتغيير الأعراض اللاحق. كما فحصت دراسة دون وآخرون (Don et al. (2021) الارتباطات الزمنية للتحالف العلاجي والالتزام مع تغير أعراض الاكتئاب

(1) Meta-analysis.

في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب الشديد للبالغين المترددين على العيادات الخارجية، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي لعينة من البالغين (98) يعانون من نوبة اكتئاب كبيرة خضعوا لبرنامج علاجي معرفي سلوكي لمدة 22 أسبوعًا طبق عليهم استبيان التحالف العلاجي في الأسابيع رقم ٥ و ٢٢، ومقياس الاكتئاب لهاملتون في الأسابيع رقم ٠ و ٥ و ١٠ و ٢٢. واستخدمت الأساليب الاحصائية لفحص ارتباطات التحالف والالتزام مع تغير أعراض الاكتئاب قبل وبعد العلاج. وأظهرت أهم النتائج أنه لم يكن بين التحالف و الالتزام ارتباط دال بتغير الاكتئاب قبل وبعد العلاج.

دراسات أكدت علاقة التحالف العلاجي بالاكتئاب للمرضى المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي :

قارنت دراسة ارنو وآخرون (Arnow et al. (2013) جودة التحالف العلاجي ونتائج علاجين نفسيين متميزين للاكتئاب المزمن وهما العلاج النفسي بنظام التحليل السلوكي المعرفي (CBASP) مقابل العلاج النفسي الداعم المختصر (BSP). واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث اختارت عشوائياً عينة من (٣٩٥) راشداً استوفوا معايير الاكتئاب المزمن وخضعوا ما بين ١٦-٢٠ جلسة من جلسات العلاج النفسي CBASP أو BSP بالإضافة إلى الأدوية المضادة للاكتئاب. من بين هؤلاء، أكمل (٢٢٤) مريضاً نموذج قائمة فحص التحالف العلاجي المختصرة في الأسابيع ٢ أو ٤ من العلاج، وتم تقييم أعراض الاكتئاب على فترات أسبوعين عبر العلاج باستخدام مقياس هاملتون للاكتئاب. وأظهرت النتائج ارتباط التحالف العلاجي الأكثر إيجابية بانخفاض الأعراض الاكتئابية للمرضى المعالجين بالعلاج النفسي CBASP و BSP بالإضافة إلى ذلك، كان التفاعل بين التحالف العلاجي ونوع العلاج النفسي مهماً، بحيث كانت جودة التحالف أكثر ارتباطاً بانخفاض الأعراض للمعالجين (CBASP) مقابل المعالجين بـ(BSP). أما دراسة ويب وآخرون (Webb et al. (2014) فهذهت إلى تناول العلاقة الزمنية بين التحالف العلاجي وتغير الأعراض لمرضى الاكتئاب الشديد الذين يتلقون العلاج بالمستشفيات، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث اختارت عشوائياً عينة من المرضى الراشدين المصابون بالاكتئاب الشديد (العدد=١٠٣) يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي المشترك والعلاج الدوائي بالمستشفى وخضعوا للتقييمات المتكررة للتحالف العلاجي والاكتئاب، بالإضافة إلى تقييم توقعاتهم بتحسّن الأعراض، وأظهرت النتائج إلى أن التحالف العلاجي تنبأ بشكل كبير بتحسّن أعراض الاكتئاب اللاحقة. وفحصت دراسة كوبر وآخرون (Cooper et al. (2015) التحالف العلاجي والتزام المعالج كمتنبئين للتسرب من العلاج المعرفي للاكتئاب عندما يقترن بالأدوية المضادة للاكتئاب. واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي باختيار عينة عشوائياً بلغ عددها (١٧٦) مريضاً خاضعين للعلاج الدوائي من الاكتئاب المزمن أو المنكر وتوافر بهم محكات التشخيص وبعد العلاج وتحقيقهم معايير التحسن والتعافي (أو وصلوا إلى أقصى وقت مسموح به في الدراسة). تم فحص التحالف العلاجي من قبل المراقبين والالتزام من جانب المعالج في الجلسات الثلاث الأولى للعلاج كمؤشرات محتملة على التسرب من العلاج، وأظهرت أهم النتائج أن التحالف العلاجي وتركيز

المعالجين على الواجبات المنزلية والأساليب السلوكية يؤدي إلى انخفاض احتمالات التسرب ويعزز نتائج العلاج والاحتفاظ بنتائج. وتعد دراسة كامبيرون وآخرون (Cameron et al., 2018) هي أول دراسة مرجعية تحليلية تناولت العلاقة بين التحالف العلاجي والنتائج العيادية للعلاج المعرفي السلوكي للبالغين المصابين بالاكتئاب ضمن نموذج التأثيرات العشوائية، وظهرت النتائج أن حجم التأثير الإجمالي متوسط، مما يشير إلى أن التحالف العلاجي كان مرتبطاً بشكل معتدل بنتائج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. العلاقة بين نتائج التحالف العلاجي زادت بشكل هامشي على مدار العلاج المعرفي السلوكي. وتناولت دراسة ويلموتس وآخرون (Wilmots al., 2020) العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي مع المراهقين المكتئبين واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي؛ حيث تم إجراء مقابلات مع (٧٧) مراهقاً تتراوح أعمارهم بين ١٤-١٨ سنة ويعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي وحققوا نتائج جيدة تم تحليلها باستخدام **IPA**، وأشارت النتائج إلى أنه تم تعزيز علاقة علاجية إيجابية مع المعالجين الذين يحترمون استقلالية المراهقين وشعورهم بالفردية ويجمعون ما بين ان تكون "ودوداً" لطيفاً، وخبيراً محترفاً وبالتالي تجسد نهجاً تعاونياً ومتكافئاً انعكس إيجابياً على تحسن أعراض الاكتئاب. وهدفت دراسة دكاني وآخرون (Doukani et al., 2022) إلى فحص تجارب الممارسين لتحديد ميسرات ومعوقات التحالف العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي المختلط للاكتئاب، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث أجرت المقابلات النوعية شبه المنظمة مع (١٣) من المعالجين الذين قدموا العلاج المعرفي السلوكي المختلط (**b-CBT**) خليط من الجلسات وجها لوجه وعن طريق الانترنت والمهاتف وللتحقق من فعاليته تم مقارنته بالعلاج المعرفي السلوكي وجهاً لوجه وبعد تحليل البيانات، وظهرت أهم النتائج تحديد المعالجون لأربعة عوامل تسهل بناء تحالف علاجي عامل والحفاظ عليه في **b-CBT** وهي : الحصول على مزيد من الوقت لتقديم العلاج ، والحصول إلى مجموعة أدوات أوسع، والقدرة على تصميم مكونات **b-CBT** وتلقي التدريب والدعم المناسبين. وتناولت دراسة ميرفي وآخرون (Murphy et al., 2022) التحالف العلاجي وخطر التسرب/ الانسحاب في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث قيمت التحالف في الجلسة الأولى كما ورد من قبل العملاء والمعالجين كمتبئين للتسرب بلغ عددهم (١٢٦) مريضاً يعانون من اضطراب اكتئابي شديد وينخرطون في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب خلال فترة زمنية مماثلة وأظهرت أهم النتائج أن العملاء اقرؤا بارتباط التحالف بتقليل مخاطر الانسحاب.

يتضح من نتائج الدراسات السابقة وجود تعارض في نتائجها فقد أكدت الدراسات التالية عدم وجود علاقة بين التحالف العلاجي وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (Puschner et al., 2008; Strunk et al., 2010; Strunk et al., 2012; Don et al., 2021)، بينما أكدت نتائج الدراسات التالية وجود علاقة بين التحالف العلاجي وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

(Arnow et al., 2013; Webb et al., 2014; Cooper et al., 2015; Cameron et al., 2018;) واعتمدت الدراسات السابقة على المنهج التجريبي عدا دراسة كامبيرون وآخرون (Cameron et al., 2018) المرجعية ودراسة بوشنر وآخرون (Puschner et al., 2008) الوصفية، وتناولت جميع الدراسات السابقة عينة من المرضى الراشدين عدا دراسة كل من (Cameron et al., 2018; Wilmots et al., 2020; Don et al.,) (2021) تناولت مراهقين وبالغين، كما اعتمدت معظم الدراسات السابقة على المقابلات والاستبانات لتقييم التحالف العلاجي على المرضى عدا دراسة دكاني وآخرون (2022) Doukani et al. أجريت على معالجين ودراسة ميرفي وآخرون (Murphy et al., 2022) أجريت على مرضى ومعالجين.

كما يتضح من الدراسات السابقة أنه لا توجد دراسة عربية أو محلية تناولت علاقة التحالف العلاجي بالاكتئاب لدى المرضى المتعافين والمنتكسين والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي وهو ما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة .

فروض الدراسة :

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لعينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبته هدف الدراسة، حيث هدفت الدراسة إلى فحص التحالف العلاجي لدى مرضى الاكتئاب المتعافين والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى النفسيين المترددين على وحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي بجامعة تبوك في الفترة من ٦-٢٠٢١ حتى ٨-٢٠٢٢م، وموضح بياناتهم في الجدول التالي:

جدول (١) اعداد المترددين من المرضى النفسيين على وحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي بجامعة تبوك للعام الجامعي ٢٠٢١-٢٠٢٢م^(١)

المكان	القسم الرجالي	القسم النسائي	المجموع	نسبة التكرار
وحدة علم النفس العيادي	١٤٠	٣٢٤	٤٦٤	%٥١,٦٨
وحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي	٣٠٠	٣٥٠	٦٥٠	%٥٨,٣٤
المجموع	٤٤٠	٦٧٤	١١١٤	%١٠٠

يتضح من نتائج الجدول السابق أن نسبة المترددين على وحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي (%٥٨,٣٤) أعلى من المترددين على وحدة علم النفس العيادي (%٥١,٦٨) من المجموع الكلي للمترددين والبالغ عدده (١١١٤) مريض ومريضة.

عينة الدراسة :

تم اختيار عينة الدراسة قصدياً من المكتئبين المتعافين والمنتكسين والمنسحبين الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي ولديهم تشخيص سابق بالاكتئاب من الذكور والإناث ومترددين على وحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي، وبلغ عددهم (٧٨) مريض ومريضة، ونسبتهم لمجتمع الدراسة (%٧,٠٠١)، وتتضح مواصفات عينة الدراسة بالجدول التالي :

جدول (٢) مواصفات عينة الدراسة من المكتئبين وفق متغير النوع والعمر والعدد

الاكتئاب	النوع		العمر		المجموع	
	ذكور	اناث	م	ع	العدد	نسبة التكرار
المتعافين	٦	٢٦	٢٥,٢٥	٥,١٦	٣٢	%٤١,٠٣
المنتكسين	٨	٢٢	٢٤,٠٣	٤,٥٧	٣٠	%٣٨,٤٦
المنسحبين	١٢	٤	٢٤,١٩	٥,٦٥	١٦	%٢٠,٥١
الكلي	٢٦	٥٢	٢٤,٤٩	٥,١٢	٧٨	%١٠٠

يتضح من نتائج الجدول السابق أن نسبة المتعافين هي الأكبر في العينة فقد بلغت %٤١,٠٣، تليها فئة المنتكسين وبلغت نسبتها %٣٨,٤٦، وجاءت نسبة المنسحبين بالمرتبة الأخيرة وبنسبة %٢٠,٥١ من المجموع الكلي.

أدوات الدراسة :

[١] قائمة التحالف العلاجي/ العامل المعدلة والمختصرة (BR-WAI)^(٢) :

أعد قائمة التحالف الفعالة آدم هورفاث Adam Horvath عام 1981 لقياس التحالف العلاجي بين المريض والمعالج، وقد تم الاستشهاد بالقائمة أكثر من (٨٣٠) مرة، وتم ترجمتها إلى أكثر من

(١) وفق إحصائيات وحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي بجامعة تبوك.
(2) Brief Revised Working Alliance Inventory.

(١٨) لغة، وأظهر تحليل بعدي Meta – Analysis حديث استخدام القائمة في (٨٠) دراسة من مجموع (٢٠١) دراسة تناولت التحالف العلاجي الفعال ونتائج العلاج النفسي ومنذ عام 1973. وهكذا خلال ربع القرن الماضي برزت قائمة التحالف الفعالة (WAI) كأداة رائدة لتقييم جودة العلاقة في العلاج النفسي، وكانت باكورة أبحاث التحالف العلاجي هي أحد أهم المرتكزات في أبحاث العلاج النفسي. وخضعت مؤخراً قائمة للتحالف العلاجي المعدلة إلى تحديثات، وتم تطويرها من خلال نموذج راش في نظرية الاستجابة للفقرة^(١) لزيادة إجمالي معلومات ومدى صعوبة الفقرة، وأصبحت القائمة تتكون من (١٦) بنداً موزعين بالتساوي على بُعدين فقط البُعد الأول ويختص ببعد الروابط وبنوده رقم (١، ٣، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٥)، والبُعد الثاني يختص ببُعد المهام والأهداف وبنوده رقم (٢، ٤، ٦، ٨، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦) وتصحح البنود كالتالي: (موافق بشدة/٥، موافق/٤، محايد/٣، معارض/٢، معارض بشدة/١)؛ عدا البنود رقم (٤، ٨، ١٢، ١٦) تصحح عكسياً، وتمثل الدرجة الأعلى تحالفاً علاجياً أقوى (Mallinckrodt & Tekie, 2015).

التحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة التحالف العلاجي :

صدق القائمة :

- الصدق الظاهري: تم عرض القائمة على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس والممارسين المتخصصين في علم النفس العيادي والإرشادي بلغ عددهم (٨)، وفي ضوء ملاحظاتهم أعيدت صياغة بعض البنود بالقائمة لتصبح أكثر وضوح وملائمة للبُعد الذي تنتمي إليه، ويوضح الجدول التالي التعديل الذي تم في بعض البنود أما البنود الأخرى فقد تم الاتفاق عليها من (٦) محكمين و بنسبة اتفاق قدرها (٧٥%).

جدول (٣) تعديلات المحكمين على بعض بنود قائمة التحالف العامل المختصرة

البند بعد التعديل	البند قبل التعديل
أنا ومعالجي نفهم بعضنا البعض.	اتفاهم انا ومعالجي.
أشعر بأن معالجي يقدرني.	اشعر بتقدير معالجي.
أؤمن بأن معالجي يتقبلني.	لدى إيمان بأن معالجي يتقبلني.
ما أقوم به في العلاج يمنحني طرقاً جديدة للنظر في مشكلتي	ما افعله في العلاج يجعلني اصل لطرق جديدة للنظر لمشكلتي
أؤمن بأن معالجي يهتم بي حتى عندما أفعل أشياء لا يوافق عليها.	أثق بان معالجي يهتم بي عندما أفعل اشياء لا يوافق عليها.
أثق في قدرة معالجي على مساعدتي.	لدى ثقة في معالجي
أثقق أنا ومعالجي على تحديد المهم والعمل عليه.	نتفق أنا ومعالجي على تحديد الهام والعمل عليه
أنا ومعالجي يثق كل منا في الآخر.	يثق معالجي في وأنا أيضاً.
أنا ومعالجي يحترم كل منا الآخر.	احترم معالجي وكذلك هو.
الأشياء التي يطلب مني معالجي القيام بها غير مفيدة.	الأشياء التي يطلبها معالجي للقيام بها غير مفيدة.

(1) Rasch model item response theory.

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه أُجري تعديل على (١٠) بنود من بنود القائمة البالغ عددها (١٦) بنوداً، أي بنسبة تعديل قدرها (٦٢,٥%) لبنود القائمة ككل.

- الاتساق الداخلي: تم تطبيق القائمة على عينة استطلاعية من المكتئبين بلغ قوامها (٢٠) مريض ومريضة من خارج عينة الدراسة، وتم تحليل بنود القائمة وارتباطها بالبعد والدرجة الكلية، وتوضح النتائج في الجدول التالي :

جدول (٤) معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه، والبنود والدرجة الكلية التحالف العلاجي المختصرة

معامل الارتباط مع البعد الذي تنتمي إليه للقائمة	معامل الارتباط مع البعد الذي تنتمي إليه	رقم البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للقائمة	معامل الارتباط مع البعد الذي تنتمي إليه	رقم البند
٠,٨٤	٠,٧٨	٩	٠,٧٢	٠,٧٧	١
٠,٧٨	٠,٨٠	١٠	٠,٥٤	٠,٦٣	٢
٠,٧٩	٠,٧٠	١١	٠,٦٢	٠,٥٩	٣
٠,٨٠	٠,٨٠	١٢	٠,٧٣	٠,٧٠	٤
٠,٦٩	٠,٦٥	١٣	٠,٥٩	٠,٦٦	٥
٠,٧٠	٠,٦٦	١٤	٠,٨٠	٠,٧٦	٦
٠,٨٥	٠,٧٩	١٥	٠,٨٧	٠,٨٠	٧
٠,٨٦	٠,٨٠	١٦	٠,٧٩	٠,٨١	٨

يتضح من نتائج الجدول السابق أن معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بند والبعد الذي تنتمي إليه تراوح ما بين (٠,٥٩ و ٠,٨١)، وكذلك تراوح معامل الارتباط بين درجة البند والقائمة الكلية ما بين (٠,٥٤ و ٠,٨٧)؛ مما يشير إلى أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً.

- ثبات القائمة: بعد تطبيق القائمة على العينة الاستطلاعية، وإعادة تطبيقها بعد مرور أسبوعين، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني، وظهرت النتائج في الجدول التالي :

جدول (٥) معامل ارتباط بيرسون بين درجة التطبيق الأول والثاني لقائمة التحالف العلاجي المختصرة

معامل الارتباط	التطبيق الثاني
التطبيق الأول	٠,٩٥٨**

يتضح من نتائج الجدول السابق أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١..

[٢] قائمة بك للاكتئاب/ الإصدار الثاني BDI-II^(١) :

أعد الطبيب ارون بك Aaron Temkin Beck الصورة الثانية من قائمة بك للاكتئاب عام 1996 للأعمار بدءاً من ١٦ عام، وتُرجمت إلى عدة لغات، وتعد حالياً أحد أكثر المقاييس استخداماً

(1) Beck Depression Inventory-II.

على نطاق واسع في كل من الأبحاث والممارسة الإكلينيكية لتقييم الاكتئاب، وقد تم التحقق من خصائص القائمة السيكومترية في العديد من الدراسات بجميع أنحاء العالم (García-Batista et al., 2018)، وعبر مجموعات سكانية ودول مختلفة أظهرت نتائجها صدق الاتساق الداخلي جيداً والثبات بطريقة الاختبار-إعادة الاختبار (Gomes-Oliveira et al., 2012) لمرضى العيادات الخارجية من المراهقين والبالغين وكذلك في المرضى المقيمين بالبالغين، وأظهر الصدق المحكي أيضاً حساسية ونوعية مقبولة لـ BDI-II مما دعم فائدة القائمة العيادية كمقياس يستخدم لأغراض التشخيص (Osman et al., 2008; Subica et al., 2014; Contreras et al., 2015)، وتقيس القائمة الأعراض الواحد والعشرون التالية: (الحزن، التشاؤم، الفشل، فقدان الاستمتاع، مشاعر الذنب، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام والانسحاب الاجتماعي، التردد في اتخاذ القرار، انعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، الإرهاق، فقدان الاهتمام بالجنس)، وتتوزع الاستجابة عليها من (٠، ١، ٢، ٣)، وتتوزع مستويات الاكتئاب ودرجاته في الجدول التالي :

جدول (٦) توزيع مستويات الاكتئاب وفق درجات قائمة بك للاكتئاب /الإصدار الثاني

مستوى الاكتئاب	الدرجات
غياب الاكتئاب	١١-٠
اكتئاب خفيف	١٩-١٢
اكتئاب متوسط	٢٧-٢٠
اكتئاب شديد	٦٣-٢٨

(Beck et al., 1996)

التحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة بك للاكتئاب (الإصدار الثاني) :

- صدق الاتساق الداخلي: تم تطبيق القائمة على عينة استطلاعية من المكتبيين بلغ قوامها (٢٠) مريض ومريضة من خارج عينة الدراسة، وتم تحليل بنود القائمة وارتباطها بالبعد والدرجة الكلية وتوضح النتائج في الجدول التالي :

جدول (٧) معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية لقائمة بك للاكتئاب (الإصدار الثاني)

رقم البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للقائمة	رقم البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للقائمة
١	٠,٧٢	١٢	٠,٨٠
٢	٠,٥٨	١٣	٠,٧٢
٣	٠,٦١	١٤	٠,٧٣
٤	٠,٧٣	١٥	٠,٦١
٥	٠,٥٢	١٦	٠,٥٤
٦	٠,٨٦	١٧	٠,٧٨
٧	٠,٨٠	١٨	٠,٨٥
٨	٠,٧٥	١٩	٠,٨٦
٩	٠,٧٣	٢٠	٠,٥٥
١٠	٠,٤٩	٢١	٠,٥٦
١١	٠,٧٤		

يتضح من نتائج الجدول السابق أن معامل ارتباط بيرسون بين درجة البند ودرجة القائمة الكلية ما بين (٠,٤٩ و ٠,٨٦)؛ مما يشير إلى أن معاملات الارتباط دالة إحصائية.

- ثبات القائمة: بعد تطبيق القائمة على العينة الاستطلاعية، وإعادة تطبيقها بعد مرور أسبوعين، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (٨) معامل ارتباط بيرسون بين درجة التطبيق الأول والثاني لقائمة بك للاكتئاب (الإصدار الثاني)

معامل الارتباط	التطبيق الثاني
التطبيق الأول	٠,٨١١**

يتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١.

أخلاقيات وإجراءات الدراسة :

اجتاز الباحث دورتين في أخلاقيات تطبيق البحوث **NIDA Clinical Trials Network**؛ **KACST** ، ودورات تدريبية عن الأخلاقيات والعلاج المعرفي السلوكي^(١)، وخضع للتدريب على

(١) دورة تدريبية بعنوان "أخلاقيات ممارسة مهنة العلاج النفسي" في الفترة من ٢٠/٥/٢٠٢١ إلى ٢٨/٥/٢٠٢١ بواقع (٢٠) ساعة تدريبية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم". - دورة تدريبية بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب" ٢٩/٧/٢٠٢١ إلى ٦/٨/٢٠٢١، بواقع (٢٠) ساعة تدريبية، مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الآداب - جامعة القاهرة. - دورة تدريبية بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي للاعتماد على تعاطي المواد المخدرة" ٢٧/٥/٢٠٢٢ إلى ١/٦/٢٠٢٢، بواقع (٣٠) ساعة تدريبية، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن) **The Egyptian Psychotherapist Association (EPA)**. - دورة تدريبية بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي" في الفترة من ٢٠/٦/٢٠٢١ إلى ٢٣/٦/٢٠٢١ بواقع (٢٠) ساعة تدريبية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم". - دورة تدريبية بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية" ٢٥/٧/٢٠٢١ إلى ٢٨/٧/٢٠٢١، بواقع (٢٠) ساعة تدريبية، مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الآداب - جامعة القاهرة.

الجلسات العلاجية تحت الإشراف بوحدة علم النفس العيادي بواقع (١٠٠٠ ساعة) إحلال عيادي نفسي، وبعد الموافقة على اجراءات الدراسة من المشرف على وحدة علم النفس العيادي تم التطبيق على المرضى المترددين على وحدة علم النفس العيادي ووحدة تعزيز الصحة النفسية بالمستشفى الجامعي، ويتوافر لديهم محكات تشخيص الاكتئاب وخضعوا لجلسات العلاج المعرفي السلوكي، وتم شرح أهداف الدراسة والبروتوكول العيادي وإجراءات الحفاظ على هوية البيانات قبل توقيع المرضى على استمارة الموافقة المستنيرة والتي تؤكد مشاركتهم بشكل طوعي بالدراسة، ولم يتلقى المرضى أي شكل من أشكال المقابل المالي أو المكافآت نظير المشاركة بالدراسة.

نتائج الدراسة وتفسيرها :

نتائج الفرض الأول وتفسيره :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وظهرت النتائج في الجدول التالي :

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاكتئاب لدى عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي

العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
المتعافين	١٦,٠٣	٣,٩٢
المنتكسين	٣٣,٨٧	٧,٠٣
المنسحبين	٤٦,٨١	٨,٦٢

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ظاهرة في المتوسطات الحسابية للاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، ولمعرفة مستوى الدلالة الإحصائية للفروق في المتوسطات الحسابية للاكتئاب بين عينة الدراسة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، وظهرت النتائج في الجدول التالي :

جدول (١٠) نتائج تحليل (One Way ANOVA) للكشف عن دلالة الفروق في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع الوسط	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١١١٦٥,٨٥	٢	٥٥٨٢,٩٢	١٣٨,٥٢	٠.٠٠٠
داخل المجموعات	٣٠٢٢,٨٧	٧٥	٤٠,٣٠		
المجموع	١٤١٨٨,٧٢	٧٧			

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، وللكشف عن مصدر

الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الاكتئاب تم إجراء مقارنات بعدية بطريقة "شيفيه" (Scheffe)،
وظهرت النتائج في الجدول التالي :

**جدول (١١) نتائج المقارنات البعدية بطريقة "شيفيه" (Scheffe) للكشف
عن مصدر الفروق في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين،
والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالمعرفي السلوكي**

العينة	المتعافين	المنتكسين	المنسحبين
المتعافين	--	١٧,٨٤*	٣٠,٧٨*
مستوى الدلالة		٠,٠٠	٠,٠٠
المنتكسين	--	--	١٢,٩٥*
مستوى الدلالة			٠,٠٠
المنسحبين	--	--	--
مستوى الدلالة			

يتضح من نتائج الجدول السابق للمقارنات البعدية أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي في اتجاه المكتئبين المنسحبين؛ مما يدل على أن المكتئبين المنسحبين الأكثر اكتئاباً بين عينة الدراسة.

تشير نتائج الجداول (٩، ١٠، ١١) السابقة إلى رفض الفرض الصفري فقد ظهرت فروق في الاكتئاب بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي في اتجاه المكتئبين المنسحبين حيث بلغ متوسط اكتئابهم ب(٨,٦٢±٤٦,٨١) يليهم المكتئبين المنتكسين حيث بلغ متوسط اكتئابهم ب(٧,٠٣±٣٣,٨٧) بينما الأقل اكتئاباً هم المتعافين بمتوسط قدره (٣,٩٢±١٦,٠٣).

يفسر الباحث ارتفاع الاكتئاب لدى المكتئبين المنسحبين إلى عدم استمرارهم واستفادتهم من جلسات العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالمكتئبين المتعافين الذي انخفض لديهم الاكتئاب بسبب خضوعهم لجلسات العلاج المعرفي السلوكي. فالعلاج المعرفي السلوكي هو منحى علاجي مكثف وقصير المدى وموجه نحو حل المشكلات وسريع وعملي ويزود المرضى بمهارات طويلة الأجل للحفاظ على صحتهم، ويساعدهم على إعادة تقييمهم لما يحدث من حولهم ويوضح لهم تأثيرات تصوراتهم على تجربتهم الانفعالية. ويعلمهم التعرف على الأفكار وطرح الأسئلة عليها وتغييرها، وتوضيح المواقف والمعتقدات والافتراضات من خلال مراقبة وتسجيل الأفكار خلال المواقف التي تؤدي إلى الاكتئاب (Rector, 2010). ويضيف ميرفي وآخرون (Murphy et al. 2022) أن التحالف العلاجي مساهما مهما في تجنب أو التقليل أو خفض خطر التسرب/ الانسحاب من العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. ويجب أن تتناول الأبحاث المستقبلية استراتيجيات التدخل التي قد تعزز التحالف كوسيلة للحد من خطر التسرب/ الانسحاب.

نتائج الفرض الثاني وتفسيره :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة وظهرت النتائج في الجدول التالي :

جدول (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتحالف العلاجي لدى عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي

العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
المتعافين	٧٠,٧٢	٩,٩٥
المنتكسين	٥٩,٠٣	٤,٩٩
المنسحبين	٢٧,٥٦	٩,٥٦

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ظاهرة في المتوسطات الحسابية للتحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، ولمعرفة مستوى الدلالة الإحصائية للفروق في المتوسطات الحسابية للتحالف العلاجي بين عينة الدراسة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٣) نتائج تحليل (One Way ANOVA) للكشف عن دلالة الفروق في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع الوسط	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢٠٠٠٠,٨٥	٢	١٠٠٠٠,٤٢	١٤٥,٢٦	٠,٠٠٠
داخل المجموعات	٥١٦٣,٣٧	٧٥	٦٨,٨٤		
المجموع	٢٥١٦٤,٢٢	٧٧			

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، وللكشف عن مصدر الفروق ذات الدلالة الإحصائية في التحالف العلاجي أُجريت مقارنات بعدية بطريقة "شيفيه" (Scheffe)، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٤) نتائج المقارنات البعدية بطريقة "شيفيه (Scheffe)" للكشف عن مصدر الفروق في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالمعري السلوكي

المنسحبين	المنتكسين	المتعافين	العينة
٤٣,١٦*	١١,٦٩*	--	المتعافين
٠,٠٠	٠,٠٠		مستوى الدلالة
٣١,٤٧*	--	--	المنتكسين
٠,٠٠			مستوى الدلالة
--	--	--	المنسحبين
			مستوى الدلالة

يتضح من نتائج الجدول السابق للمقارنات البعدية أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً في مستوى التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالمعري السلوكي، في اتجاه المتعافين؛ فهم الأكثر تحالفاً علاجياً.

تشير نتائج الجداول (١٢، ١٣، ١٤) السابقة إلى رفض الفرض الصفري فقد ظهرت فروق في التحالف العلاجي بين عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالمعري السلوكي في اتجاه المكتئبين المتعافين حيث بلغ متوسط تحالفهم العلاجي (٩,٩٥±٧٠,٧٢) يليهم المكتئبين المنتكسين حيث بلغ متوسط تحالفهم العلاجي بـ (٤,٩٩±٥٩,٠٣) بينما الأقل تحالفاً المنسحبين (٩,٥٦±٢٧,٥٦).

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى كفاءة التحالف العلاجي بالمعري السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المتعافين حيث ارتفع التحالف العلاجي لديهم يليهم المنتكسين بينما انخفض لدى المكتئبين المنسحبين بسبب عدم خضوعهم لجلسات العلاج المعري السلوكي.

ويُرجع الباحث النتيجة السابقة إلى أن المكتئبين المتعافين واطبوا على حضور جلسات العلاج المعري السلوكي واستفادوا منها. كما أشارت العديد من الدراسات إلى وجود ارتباطات بين التحالف العلاجي وخفض أعراض الاكتئاب (Webb et al., 2014)، فالتحالف العلاجي مكن المعالج النفسي من التكيف مع خصائص المريض، ومن بناء إطار آمن لفنيات وطرق عمل مختلفة تسمح له بإقامة اتصال دائم مع الجزء المستقر من شخصية المريض مما ساعد المريض على السعي للتغيير المتوقع (Prusiński, 2022). كما أدى التحالف العلاجي دوراً رئيساً في فهم علاج الاكتئاب ومقاومة الاكتئاب للعلاج، من خلال صياغة الأهداف المشتركة والمهام المتفق عليها وقوة الترابط بين المعالج والمريض، وتركيز التدخلات على المريض أولاً، والاعتراف بالتحويل وإدارته، ومساعدة المريض على العمل نحو الشفاء (West et al., 2022).

أما في العلاج المعرفي السلوكي فيُنظر للعلاقة العلاجية السليمة على أنها عنصر ضروري (DeRubeis et al., 2005)، ومكون تيسيري للعلاج (Luong et al., 2020)، ويرى ويلمست وآخرون (Wilmots al., 2020) أن العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي تساعد في تحفيز المكتئبين على الانخراط في المهام المعرفية والانفعالية الصعبة. من خلال توفير فهم لما يساعد تطوير علاقة علاجية إيجابية.

نتائج الفرض الثالث وتفسيره :

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لدى عينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٥) معامل الارتباط بين التحالف العلاجي والاكتئاب لعينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي

العينة	المتعافين	المنتكسين	المنسحبين
المتعافين	٠,٠١٨-	--	--
مستوى الدلالة	٠,٣٢٠		
المنتكسين	--	٠,٠٨٨-	--
مستوى الدلالة	٠,٦٤٣		
المنسحبين	--	--	٠,٠٥٤
مستوى الدلالة			٠,٨٤٣

يتضح من نتائج الجدول السابق قبول الفرض الصفري حيث أن معامل الارتباط غير دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥؛ مما يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين التحالف العلاجي والاكتئاب لعينة الدراسة من المكتئبين المتعافين، والمنتكسين، والمنسحبين المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Puschner et al., 2008; Strunk et al., 2010) والتي أكدت نتائجهم عدم وجود علاقة بين التحالف العلاجي والاكتئاب للمعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي، بينما تتعارض مع نتائج دراسة كل من (Arnold et al., 2013; Webb et al., 2014; Cooper et al., 2015; Cameron et al., 2018;) (Wilmots al., 2020; Doukani et al., 2022; Murphy et al., 2022) والتي أكدت نتائجها وجود علاقة بين التحالف العلاجي والاكتئاب للمعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.

ويفسر الباحث ذلك إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يصور العلاقة العلاجية كمكون تيسيري للعلاج على عكس الطرائق الأخرى، مثل العلاج الديناميكي النفسي والعلاجات التي تركز على

الشخص (Luong et al., 2020)، فيُنظر إلى العلاقة العلاجية السليمة بالعلاج المعرفي السلوكي على أنها عنصر ضروري ولكنه غير كافٍ للعلاج الفعال (Beck, 1979; DeRubeis et al., 2005)، ويضيف كامبيرون وآخرون (Cameron et al., 2018) أنه رغم وجود أدلة قوية على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاجه للاكتئاب لكن في الوقت الحاضر ما زال هناك نقص في وضوح هذه العلاقة. ورغم أن التحالف العلاجي هو المتغير الأكثر دراسة عملية العلاج النفسي ولكن علاقته بالتسرب / الانسحاب من العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ليست مفهومة جيداً (Murphy et al., 2022).

أما بالنسبة لدور المعالج المعرفي السلوكي فرغم أن هناك دراسات تؤكد دور التزام المعالج المعرفي السلوكي والمشاركة النشطة للمرضى في تحسين أعراض اكتئاب إلا أنه لم يتنبأ التزام المعالج والمهارات الشخصية للمعالجين والمشاركة النشطة للمرضى بتقليل أعراض الاكتئاب بعد العلاج (Snippe et al., 2019). وبسبب مجموعة عوامل تتداخل مع التحالف العلاجي يمكن إيجازها في التالي :

- يرتبط لدى المكتئبين توقعاتهم السابقة عن التحالف العلاجي (قبل العلاج) ارتباطاً كبيراً بالتحالف العلاجي اللاحق بعد العلاج (Barber et al., 2014).
- قد يكون التحالف العلاجي نتيجة أكثر من كونه سبباً لتحسن أعراض الاكتئاب، في حين وجد أن تحسن الاكتئاب مرتبط بالتقيد بفنيات معينة بالعلاج المعرفي السلوكي (Don et al., 2021).
- وجود قصور في الدراسات التي تناولت نتائج التحالف العلاجي، حيث يستند الجزء الأكبر منها إلى طبيعة تقييم التحالف العلاجي والتي ينحصر ما بين جلسة واحدة أو جلسات قليلة فقط وعادةً ما تتم في المرحلة المبكرة من العلاج (Horvath et al., 2011). فتتعرض هذه الدراسات ضمناً أن تقييمات التحالف في جلسة واحدة أو جلسات قليلة كاف لتمثيل شكل وحالة التحالف طوال فترة العلاج بدعوى انه قد تكون "لقطة" من جلسة واحدة كافية لتقدير قوة التحالف بدقة، إلا أنه إذا كان التحالف غير مستقر نسبياً على مدار علاج معين فإن التقييمات المستندة إلى جلسة واحدة أو بضع جلسات مبكرة من شأنها أن تسفر عن تقديرات غير موثوقة (Webb et al., 2014).
- هناك القليل من الأدلة الإمبريقية المتعلقة بالعوامل التي يعتمد عليها جودة التحالف العلاجي وما الذي يميزه (Prusiński, 2022).

ويؤكد ساكيتوبولو (Saketopoulou 1999) أنه يجب على الباحثين أن يهدفوا إلى فهم أفضل لتطور التحالف العلاجي في سياق عملية العلاج من أجل تحديد العناصر المميزة لمتغيرات التحالف التي تؤثر على تطويره والحفاظ عليه، ويجب مراجعة النتائج التجريبية الحالية لمجموعة

متنوعة من التوجهات العلاجية (مثل الديناميكا النفسية، والمعرفية، والمعرفية السلوكية، والعلاج الأسري، وما إلى ذلك).

بناءً على ما سبق يتضح أن تناول التحالف العلاجي والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي يحتاج إلى مزيد من الدراسات المحكمة للتحقق من نتائجها ومعرفة كافة المتغيرات المؤثرة عليها.

التوصيات :

- الاهتمام بمرضى الاكتئاب المنسحبين من العلاج المعرفي السلوكي فهم أكثر اكتئاباً من المجموعات الأخرى.
- الاهتمام بالتحالف العلاجي في العملية العلاجية فمجموعة المتعافين من الاكتئاب الأكثر تحالفاً علاجياً.
- المزيد من الدراسات حول العلاقة بين التحالف العلاجي والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي.
- دراسة التحالف العلاجي في أشكال العلاج النفسي البديلة مثل العلاج النفسي عن بُعد والعلاج الجمعي وتوجيهات المساعدة الذاتية.

قائمة المراجع

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin. Psychol. Rev.*, 23, 1-33.
- Arnow, B.A.; Steidtmann, D.; Blasey, C.; Manber, R.; Constantino, M.J.; Klein, D.N.; Markowitz, J.C.; Rothbaum, B.O.; Thase, M.E.; Fisher, A.J. & Kocsis, J.H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J. Consult Clin Psychol*, 81(4), 627-38.
- Barber J.P.; Connolly, M.B.; Crits-Christoph, P.; Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68: 1027-1032.
- Barber, J.; Zilcha-Mano, S.; Gallop, R.; Barrett, M.; McCarthy, K. & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychother Res*, 24(3), 257-68.
- Barrett-Lenard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change *Psychological Monographs*, 76(42), 1-36.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford press.
- Beck, J. & Hindman, R. (2017). Cognitive therapy. In: Sadock B.; Sadock, V. & Ruiz, P. (editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. pp. 2760-74, Wolter Kluwer India Pvt Ltd.
- Beck, A.T.; Steer, R.A. & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *APA PsycTests*.
- Bernard, J.R. (2018). Depression: a review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6-7.
- Bolle, M.; Johnson, J.G. & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378-385.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In *The working alliance: Theory, Research and Practice* (eds Horvath, AO, Greenberg Leslie, S): 13-37. John Wiley & Sons,

- Bur, O.T.; Bielinski, L.L.; Krauss, S.; Häfliger, A.; Guggisberg, J.; Krieger, T. & Berger, T. (2022). *Working alliance and adherence mediate the effect of guidance in a web-based program for participants with mild to moderate depressive symptoms: A secondary mediation analysis*. *Internet Interv*, 30, 100593.
- Cameron, S.; Rodgers, J. & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Psychother*, 25(3), 446-456.
- Charmant, W.M.; Van der Wees, P.J.; Staal, J.B.; Van Cingel, R.; Sieben, J.M.; de Bie, R.A. (2021). A framework exploring the therapeutic alliance between elite athletes and physiotherapists: A qualitative study. *BMC Sports Sci. Med. Rehabil*. 13, 122.
- Cirasola, A.; Midgley, N.; Fonagy, P.; IMPACT Consortium, & Martin, P. (2022). The therapeutic alliance in psychotherapy for adolescent depression: Differences between treatment types and change over time. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(3), 326-341.
- Contreras, J.; Hernández, L. & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3): 195-203.
- Cooper, A.; Strunk, D.; Ryan, E.; DeRubeis, R.; Hollon, S. & Gallop, R. (2015). The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*, 50, 113-119.
- DeRubeis R.J.; Brotman M.A, & Gibbons, C.J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the non specific argument. *Clin Psychol*. 12:174.
- Don, F.; Driessen, E.; Peen, J.; Spijker, J.; DeRubeis, R.; Blankers, M. & Dekker, M. (2021). The Temporal Associations of Therapeutic Alliance and Manual Adherence with Depressive Symptom Change in Cognitive Behavioral Therapy for Adult Outpatient Major Depression. *Front. Psychiatry*, 11, 1-9.
- Doukani, A.; Free, C.; Araya, R.; Michelson, D.; Cerga-Pashoja, A. & Kakuma, R. (2022). Practitioners' experience of the working alliance in a blended cognitive-behavioural therapy intervention for depression: qualitative study of barriers and facilitators. *BJPsych Open*, 25; 8(4), 1-9.
- Falkenström, F.; Granström, F. & Holmqvist R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*. 60(3): 317-328.

- Fartacek, C.; Kunrath, S.; Aichhom, W. & Plöderl, M. (2022). Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide. *Journal of Affective Disorders*, available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722013891?via%3Dihub>
- Flückiger, C.; Del Re, A.C.; Wampold, B. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Folmo, E.J.; Stanicke, E.; Johansen, M.S.; Pedersen, G. & Kvarstein, E.H. (2021). Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment-Goals, Bonds, and Tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder. *Psychother Res*, 31(5), 604-618.
- García-Batista, Z.; Guerra-Peña, K.; Cano-Vindel, A.; Herrera-Martínez, S. & Medrano, L. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLOS ONE, Public Library of Science*, 13(6), 1-12.
- Gomes-Oliveira, M.H.; Gorenstein C.; Neto, F.L.; Andrade, L.H. & Wang YP. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389-394.
- Hall, A. M.; Ferreira, P.H.; Maher, C.; Latimer, J.; Ferreira, M.L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Phys. Ther.*, 90, 1099-1110.
- Hersoug, A.G.; Hoglend, P.; Monsen, J.T. & Havik, O.E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research*, 10(4), 205-216.
- Horvath, A. (2001). The Therapeutic Alliance: Concepts, Research and Training, *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O.; Del Re, A.C.; Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Jones, S.E.; Ethier, K.A.; Hertz, M.; DeGue, S.; Le, V.D.; Thornton, J.; Lim, C.; Dittus, P.J.; Geda, S. (2022). Mental health, suicidality, and connectedness among high school students during the covid-19 pandemic-Adolescent behaviors and experiences survey, United States, January–June. *MMWR Suppl.* 71, 16-21.
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res*, 19(4-5): 418-28.

- Kinney, M.; Seider, J.; Beaty, A. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother. Theory Pract*, 36, 886-898.
- Luong, H.; Drummond, S. & Norton, P. (2020). Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102322.
- Mallinckrodt, B. & Tekie, Y.T. (2015). Item response theory analysis of Working Alliance Inventory, revised response format, and new Brief Alliance Inventory, *Psychotherapy Research*. 26(6), 1-25.
- Martin, D.J.; Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McGinn, L.K. (2000). Cognitive Behavioral Therapy of Depression: Theory, Treatment, & Empirical Status. *American Journal of Psychotherapy*, 54(2), 257-262.
- Meyers, R.N.; McHugh, R.B. & Conde, A. (2022). Factors That Foster Therapeutic Alliance in Pediatric Sports and Orthopedics: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 2-16.
- Murphy, R.; Kettner, H.; Zeifman, R.; Giribaldi, B.; Kartner, L.; Martell, J.; Read, T.; Murphy-Beiner, A.; Baker-Jones, M.; Nutt, D.; Erritzoe, D.; Watts, R. & Carhart-Harris, R. (2022). Therapeutic Alliance and Rapport Modulate Responses to Psilocybin Assisted Therapy for Depression. *Front Pharmacol*, 12, 1-19.
- Orlinsky, D.E.; Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy-*Noch einmal*: A.E. Bergen, S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, (1994), 270-376.
- Osman, A.; Barrios, F.; Gutierrez, P.; Williams, J. & Bailey J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal Clinical Psychology*, 64(1), 83-102.
- Price, P.B. & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the *Psychotherapy Process Q-Set Psychotherapy*, 25(3), 392-404.
- Prusiński, T. (2022). Factors promoting alliance quality: Differentiation of therapeutic alliance according to the formal aspects of the psychotherapeutic process and demographic variables. *The European Journal of Psychiatry*, available at : <https://www-sciencedirect-com.sdl.idm.oclc.org/science/article/abs/pii/S0213616322000842>

- Puschner, B.; Wolf, M. & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: what predicts what in routine outpatient treatment ? *Psychotherapy Research*, 18, 167-178.
- Rector, N.A. (2010). *Cognitive behavioral therapy An information guide*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: theoretical conceptualizations and research findings .*Psychotherapy*, 36 (4), 329-342.
- Snippe, E.; Schroevers, M.J.; Tovote, K.A.; Sanderman, R.; Emmelkamp, P. & Fler, J. (2019). Explaining variability in therapist adherence and patient depressive symptom improvement: the role of therapist interpersonal skills and patient engagement. *Clin Psychol Psychother*, 26, 84-93.
- Strappini, F.; Socci, V.; Salianni, A; Grossi, G.; D'Ari, G.; Damato, T.; Pompili, N.; Alessandri, G. & Mancini, F. (2022). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 13, 1-16.
- Strunk, D.R.; Brotman, M.A. & DeRubeis, R.J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early intersession symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*. 48, 599-606.
- Strunk, D.R.; Cooper, A.A.; Ryan, E.T.; DeRubeis, R.J. & Hollon, S.D. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80,730-738.
- Subica, A.; Fowler, C.; Elhai, J.; Frueh, C.; Sharp, C.; Kelly, E. & Allen, J. (2014). Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: Comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychological Assessment*, 26(4), 1106-1115.
- Tripathi, M.; Deshmukh, D. & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian J. Psychiatry*, 62, 223-229.
- Van Benthem, P.; Spijkerman, R.; Blanken, P.; Kleinjan, M.; Vermeiren, R.R.J.M.; Hendriks, V.M. (2020). A dual perspective on first-session therapeutic alliance: Strong predictor of youth mental health and addiction treatment outcome. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 1593-1601.
- Wampold, B.E. & Imel Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (Second ed.), Routledge.

- Webb, C.A.; Beard, C.; Auerbach, R.P.; Menninger, E. & Björqvinnsson, T. (2014). The therapeutic alliance in a naturalistic psychiatric setting: temporal relations with depressive symptom change. *Behav Res Ther*, 61, 70-77.
- West, J.C.; Vance, M.C. & Ursano, R.J. (2022). Maintaining motivation and preserving the therapeutic alliance as tools to overcome treatment-resistant depression. (pp. 575-582) Quevedo, J. ; Riva-Posse, P. & Bobo, W. (Eds). *Managing Treatment-Resistant Depression*, Elsevier Inc.
- Whisman, M. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy for depression *Psychological Bulletin*, 114(2), 248-265.
- Wilmots, E.; Midgley, N.; Thackeray, L.; Reynolds, S. & Loades, M. (2020). The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychol Psychother*, 93(2), 276-291.
- Zilcha-Mano, S.; Dinger, U.; McCarthy, K.S. & Barber, J.P. (2013). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 82(6), 931-5.

[ملحق ١]

قائمة التحالف العامل المختصرة (BR-WAI)^(١)

التعليمات: في التالي توجد مجموعة من البنود تصف الطرق المختلفة التي قد يفكر بها الشخص أو يشعر بها تجاه مستشاره أو معالجه. نحن ندرك أن أفكارك أو مشاعرك قد تخضع للتغيرات على مدار فترة زمنية، لكننا نرغب في معرفة آرائك أو مشاعرك اعتباراً من الآن. فضع علامة (√) امام ما يتفق مع تفكيرك او شعورك.

م	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض
١	أنا ومعالجي نفهم بعضنا البعض.				
٢	أنا ومعالجي بنينا فهم جيد لنوع التغييرات التي ستكون جيدة بالنسبة لي.				
٣	أشعر بأن معالجي يقدرني.				
٤	أؤمن بأن وقت معالجي ووقتي لا يمضي بكفاءة.				
٥	أؤمن بأن معالجي يتقبلني.				
٦	ما أقوم به في العلاج يمنحني طرقاً جديدة للنظر في مشكلتي.				
٧	أؤمن بأن معالجي يهتم بي حتى عندما أفعل أشياء لا يوافق عليها.				
٨	معالجي لا يفهم ما أحاول انجازه في العلاج.				
٩	أثق في قدرة معالجي على مساعدتي.				
١٠	أشعر أن الأشياء التي أقوم بها أثناء العلاج سوف تساعدني على تحقيق الأهداف التي أريدها.				
١١	أنا ومعالجي يثق كل منا في الآخر.				
١٢	لا أتفق مع معالجي حول ما يجب أن أخرج به من العلاج.				
١٣	أؤمن بأن معالجي مهتم حقاً بعلاجي.				
١٤	أثق أنا ومعالجي على تحديد المهم والعمل عليه.				
١٥	أنا ومعالجي يحترم كل منا الآخر.				
١٦	الأشياء التي يطلب مني معالجي القيام بها غير مفيدة.				
درجة بعد الروابط : / ٤٠		درجة بعد المهام والاهداف: / ٤٠			
الدرجة الكلية : / ٨٠					

(١) ينصح بالتطبيق كل (٤ أسابيع).

Effectiveness of Alliance-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressed Patients

By

Mahmoud Atteia Mahmoud Ismail
Dept. Psychology - Menoufia University

Abstract:

Many studies confirm that the therapeutic alliance is one of the main factors that guarantee positive results for psychotherapy in its various schools, across all ages and specialized health sectors, and it can be decisive after the COVID-19 pandemic. So The study aimed to examine the Efficiency of the therapeutic alliance among recovering, relapses, withdrawn depressed patients, treated with cognitive behavior therapy. The study depend on the descriptive Method and the study sample consisted of 78 Depressed patients applied them the Brief Revised Working Alliance Inventory (BR-WA I), and Beck Depression Inventory (BDI-II), and the results showed statistically significant differences in depression among the study sample recovering, relapses, withdrawn depressed patients, in the direction of withdrawn depressed patients and the presence of statistically significant differences in the therapeutic alliance among the study sample of recovering, relapses, withdrawn depressed patients, in the direction of recovering depressed patients , and no statistically significant relationship between therapeutic alliance and depression of the study sample. The findings were discussed in the light of the literature of the study and recommending more studies on the therapeutic alliance in depressed patients treated with cognitive behavioral therapy.

Key Words: Therapeutic alliance - Depression - Cognitive behavior therapy.