
فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب لدى عينة
من مريضات الشره العصبي

د/ الشيماء علي الدسوقي على زعفان

مدرس علم النفس الإكلينيكي- كلية الآداب - جامعة السويس

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الوقوف على تأثير برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الإكتئاب لدى عينة من مريضات الشره العصبي ، و قد تكونت عينة الدراسة من (١٢) من العاديين و (١٢) من مريضات الشره العصبي ممن يعانون من الاكتئاب و اللواتي يتراوح اعمارهن من (١٨ - ٣٠ سنة ، بمتوسط ٢٣.٥ ، وانحراف معياري ٣.٥) و قد تم تحقيق التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة ، و قد استخدمت الباحثة أدوات لضبط العينة مثل استمارة المستوي الاقتصادي و الاجتماعي ومقياس الذكاء ، ثم انتهت النتائج إلى وجود فروق بين التطبيقات الاولى والتالية مما يشير الى فعالية البرنامج في خفض الاكتئاب و التقليل منه لدى مريضات الشره العصبي ، و ايضا عن طريق سؤال الوالدين و الاهل أشاروا إلى انخفاض مستوي معاناة المريضات من الاكتئاب بعد البرنامج العلاجي .

الكلمات المفتاحية : العلاج المعرفي السلوكي - الإكتئاب - الشره العصبي .

مقدمة :

تشير اضطرابات الأكل إلى مجموعة من الأمراض التي تتميز بأفكار وسلوكيات غير طبيعية حول تناول الطعام، أو القلق الشديد حول وزن الجسم أو شكله. وتنتمي اضطرابات الأكل إلى اضطرابات الصحة النفسية، حيث يستخدم فيها المصاب سلوكيات الأكل كوسيلة للتعامل مع المشاعر والمواقف الأخرى. قد تتضمن هذه السلوكيات تناول كميات قليلة وغير كافية من الطعام، أو تناول كميات كبيرة جداً مقارنة بالكميات التي يتناولها الناس بشكل عام، في كلتا الحالتين تسبب هذه الاضطرابات آثاراً سلبية على الجسم والصحة النفسية.

كما أن اضطرابات الأكل هي حالات معقدة للغاية، ولا تزال أسبابها تحت الدراسة، وعلى الرغم من أنها جميعاً تشترك في مشكلات تتعلق بتناول الطعام والوزن، فإنه يعتقد أنها ناجمة عن محاولة الأشخاص التغلب على مشاعرهم وعواطفهم المؤلمة من خلال التحكم بالطعام، مما يؤدي إلى الإضرار بصحة الشخص الجسدية والنفسية واحترامه لذاته، وتؤثر اضطرابات الأكل على جميع الأشخاص، ومع ذلك هناك بعض عوامل الخطر التي تعرض بعض الأشخاص لخطر أكبر كالعمر، حيث تكون أكثر شيوعاً خلال فترة المراهقة وأوائل العشرينيات. ويعد النساء والفتيات أكثر عرضة للإصابة. بالإضافة إلي التاريخ العائلي للإصابة.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

و من أهم الاضطرابات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب هي اضطرابات الأكل. حيث أن اضطرابات الأكل يشيع انتشارها بصفة أساسية في المدي العمري من ١٥-٣٠ سنة تقريباً، وهو المدي الذي يوازي مرحلة المراهقه والشباب، مع ارتفاع ملحوظ في سن الثامنة عشر، ويندر وجودها في المستويات العمرية الأدنى والأعلى من ذلك.

(الدسوقي ، ٢٠٠٧ ، ٩)

ويشير مصطلح "اضطرابات الأكل" إلى شخص ما، لا يأكل بطريقة صحيحة، وبالتأكيد نجد أن بعض الأفراد ذوى اضطرابات الأكل يتناولون كميات منخفضة بشدة من الأطعمة لدرجة المخاطرة بصحتهم أو حياتهم، والبعض الآخر يفرط في تناول الطعام بشكل متكرر، ويمكن أن يقوم بأفعال بها مخاطرة؛ للتخلص من السعرات الحرارية التي استهلكها .

(Schechtman et al.,2022:9)

(

ومعظم الأفراد الذين تنمو اضطرابات الأكل لديهم - والمقدرين بحوالى ٩٠% - من الإناث وترتبط اضطرابات الأكل عادة بالنساء صغيرات السن والمراهقات، كما أن هذه الاضطرابات تؤثر أيضاً على النساء الكبار وذوات السن المتوسط، بالرغم من أنه حتى وقت حديث نسبياً لم نكن نعرف الكثير عن الانتشار لهذه الاضطرابات بين تلك المجموعة

العمرية الأكبر سناً، وتنقسم اضطرابات الأكل إلى ثلاثة أنواع هي : فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي، واضطراب الأكل الفوضوي أشارت العديد من الدراسات إلي مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية لدي ذوى الشره العصبي حيث أنهم يعانون بشدة من الإكتئاب و لديهم عدم رضا عن صورة أجسامهم، وامتلاك مستويات منخفضة من تقدير الذات و الذكاء الانفعالي بالمقارنة بمجموعة الأفراد العاديين (غير ذوى اضطرابات الأكل)، خصوصاً في الجوانب مثل (العلاقات الشخصية، التكيف، إدارة الضغوط، والمزاج العام)، كما أظهرت النتائج دور العلاج المعرفي السلوكي في تعديل اتجاهات الأكل المضطربة، وتعد هذه النتيجة هامة للوقاية من اضطرابات الأكل .

(Gamze & Berfin,2024,211-213)

مشكلة الدراسة ومبررات إجرائها:

تعد الحاجة إلى تناول الطعام من أهم الحاجات الفسيولوجية الهامة، والتي لا غنى عنها لأي إنسان، كما أنها تعد من أهم المظاهر الدالة على صحته. ولكن الأمر لن يكون كذلك إذا شعر الفرد بأنه في حاجة ملحة لتناول كميات كبيرة من الطعام، أو شعر أنه لا يستطيع التوقف إذا بدأ في تناول الطعام، أو شعر الفرد أنه عازف عن تناول الطعام أو أغلب أصنافه.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

وربما لا يكون من قبيل الصدفة أننا أثناء العقدين الماضيين شاهدنا اهتماماً ملحوظاً ومتزايداً بما يعرف باضطرابات الأكل، ذلك الوافد الجديد على خريطة الاضطرابات النفسية، ويكاد يكون هناك اتفاق تام بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر، ولعل الزيادة الظاهرة في معدل انتشار اضطرابات الأكل يعطي انطباعاً بأن اضطرابات الأكل من أكثر الاضطرابات النفسية إثارة للجدل .

(الدسوقي، ٢٠٠٧: ٩)

ومن هنا ظهرت الحاجة إلى إجراء برامج علاجية للتخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية المصاحبة للمصابين باضطرابات الأكل ، و هذا ما أكدته دراسة دراسة كيسر و اخرون (Kesser et al ,2021) علي مدي كفاءة العلاج المعرفي السلوكي من فنيات لعب الدور و المحاضرة و المناقشة و الأنشطة التمثيلية و الترفيهية و الرياضية في إستمرار أثر البرنامج بعد القياس البعدي و حتي فترة القياس التتبعي في خفض الإكتئاب وتحقيق التكيف النفسي لمرضي الشره العصبي.

بينما هدفت دراسة (Moher et al , 2020) إلى إجراء مراجعة منهجية للتجارب التي بحثت فعالية العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب بين مرضي الشره العصبي ، و تم حصر التجارب في مجموعات

المقارنه التي عملت علي مقارنه العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي الذي تم إجراؤه بشكل مباشر أو غير مباشر مع عدم تلقي علاج معرفي سلوكي ، حيث اتفقت أغلب الدراسات علي أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) علاجاً فعالاً للإكتئاب بين مرضي الشره العصبي ، ولا بد و أن تعمل البحوث المستقبلية علي إستكشاف الطرق النهائية و الفعالة لعلاج المرضى من أصحاب السمات الشخصية المختلفة و المتباينة.

وقد تركزت بعض الدراسات كدراسة (Maria, etal , 2024) علي تأكيد و تقييم الفعالية الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي CBT الفردي الطابع أم الجماعي لدي المريضات اللواتي يعانين من الإكتئاب و الإنهاك العصبي المصاحب للشره العصبي . وقد و اتضح أن (العلاج المعرفي السلوكي ، العلاج الفردي الطابع)، قد اظهر انخفاضاً جوهرياً أفضل في خفض مستوى الإكتئاب مقارنة بعلاج (SEGP) ، العلاج الجماعي الطابع و تؤكد النتائج بصورة عامة ان علاج CBT من أفضل العلاجات لتخفيف أعراض الإكتئاب و الإنهاك العصبي مقارنة بالمجموعة الضابطة ، وعلاج الاسترخاء (RT) ، و علاج (SEGP) . ويبدو أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) سيكون اسلوباً واعداً ومقبولاً و مفيداً عيادياً و الذي من الممكن و أن يفيد مرضي الإنهاك و

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

الإكتئاب المصاحب للشهره العصبي مستقبلا و انه مازالت هناك حاجة ماسة لمزيد من الابحاث لتحديد اي فنيات العلاج المعرفي السلوكي CBT كانت الأكثر فاعلية و ايضا تحديد أنسب أسلوب و توقيت اخضاع مريض الإكتئاب المصاحب للشهره العصبي للعلاج فيه وفي ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية :

١-هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشهره العصبي ؟

٢-هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي علي مقياس بيك للإكتئاب لدي عينة من مريضات الشهره العصبي ؟

٣-هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و القياس التتبعي (المتابعة الأولي) علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشهره العصبي ؟

٤-هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و القياس التتبعي (المتابعة الثانية)علي مقياس الإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي ؟

٥-هل توجد فروق جوهريّة بين متوسطات درجات التقرير الذاتي من قبل المجموعة التجريبية الخاصة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر المريضات و أسرهم

أهمية الدراسة :

وبناءا علي ما سبق نعرض لأهمية الدراسة و مبرراتها فيما يلي :

أولاً: الأهمية النظرية :

- تكمن أهمية هذه الدراسة في وجود ندرة الدراسات العربية و الأجنبية في حدود علم الباحثة التي تناولت مرض الشره العصبي بالدراسة و خصوصا في التدخل بالإستراتيجيات المعرفية و السلوكية لخفض أعراض الإكتئاب .
- و تتبدي أهمية هذه الدراسة في زيادة معدلات إنتشار مرض الشره العصبي بين الإناث بدرجة أكبر من الذكور ، كما أوضحتها التقارير و الإحصائيات المتعلقة بنسبة شيوع هذا المرض بين الجنسين من الذكور و الإناث.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

- كما تتضح أهمية هذه الدراسة في أن بعض الدراسات الأجنبية عن مرض الشره العصبي قد أسفرت نتائجها عن ظهور أعراض الإكتئاب و الذي يؤثر بدوره علي الوظائف التنفيذية في القيام ببعض الأنشطة اليومية و هو ما دعا الباحثة إلي التدخل بالبرنامج العلاجي لخفض أعراض الإكتئاب لدي المريضات .

ثانيا : الأهمية التطبيقية :

- تتضح الأهمية التطبيقية في إستفادة المعالجين و الإختصاصيين النفسيين من العاملين بمستشفيات الصحة النفسية في الإستفادة من نتائج هذه الدراسة في تطبيق البرامج العلاجية علي من يعانون من الإكتئاب لدي المصابين بالشره العصبي.
- كما تأتي أهمية الدراسة في الإستفادة من نتائجها في تقديم الخدمات العلاجية و الوقائية لدي مرضي اضطرابات الاكل المصابين بالإكتئاب في كافة المؤسسات الإجتماعية و المستشفيات التابعة لوزارة الصحة و العيادات النفسية الخاصة و الحكومية التابعة للمستشفيات .

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلي :

- ١- الكشف عن الفروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.
- ٢- الكشف عن الفروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي علي مقياس بيك للإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.
- ٣- الكشف عن الفروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و القياس التتبعي (المتابعة الأولي) علي مقياس الاكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.
- ٤- الكشف عن الفروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و القياس التتبعي (المتابعة الثانية) علي مقياس الاكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.
- ٥- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات التقرير الذاتي من قبل المجموعة التجريبية الخاصة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر المريضات و أسرهم .

مصطلحات الدراسة

أولاً: اضطرابات الأكل : Eating Disorders

هي اضطرابات في عملية الأكل أو السلوك الغذائي للشخص، وينطوي ذلك عادة على تغييرات في نوعية أو كمية الطعام المتناول . ولكي يصنف أي سلوك غذائي غير اعتيادي على أنه اضطراب غذائي، يجب أن يستمر هذا السلوك فترة من الوقت. كما أنه يجب أن يسبب ضرراً جسيماً على صحة الشخص الجسدية وقدرته على أداء أعباء العمل أو الدراسة، أو أن يؤثر هذا السلوك الغذائي بشكل سلبي في تعاملات الشخص مع الآخرين وعلاقته معهم.

(Freedman, et al., 2013,5)

هي اضطرابات حادة و مزمنة في سلوك تناول الأكل تؤؤل بالفرد إلى عدة اضطرابات ، وتشمل نوعين فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا)، وفرط الشهية العصبي (البوليميا) .

(Engel ,etal. , 2023: 65)

أما الشره العصبيBulimia Nervosa: حالة يشعر فيها الفرد بأنه دائماً جائع مما يجعله يميل إلى تناول الطعام بصورة مفرطة، يؤدي بدوره إلى عدم قدرة المعدة على تحمل كمية الطعام الموجودة بها، فيؤدي

إلى التقى ثم يعود مرة ثانية إلى تناول الطعام مرة أخرى ويتقيا فيؤدي ذلك إلى شعور بالآلم البطن وإحساسه بالغثيان، والقلق، والاكتئاب، والعزلة

عن الآخرين

(Katherine, etal.,2022,199)

ثانيا: العلاج المعرفي السلوكي : Cognitive Behavioral Therapy

يعرف عبد الله (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي، يركز علي كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة و تفسيراته لها ، و إعطاء المعاني لخبراته المتعددة ، ويعتمد علي تصحيح التشغيل الخاطيء للمعلومات ، و تعديل الإعتقادات المختلة وظيفيا و التي تعمل علي الإبقاء علي أنماط السلوك و الإنفعالات ، و بذلك يشمل التغير لدي الفرد جوانب معرفية وسلوكية وإنفعالية . (محمد ، ٢٠٠٠ ، ٢١)

ثالثا: الاكتئاب : Depression

ويعرف الاكتئاب علي أنه مجموعة أعراض إكلينيكية مترامنه تتألف من انخفاض الإيقاع المزاجي و صعوبة في التفكير . (عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ١٨)

محددات الدراسة :

- **الحدود مكانية :** أجريت الدراسة في محافظة القاهرة في مستشفيات جامعة عين شمس .
- **الحدود الزمنية :** تم إجراء الجانب العملي عام /٢٠٢٢.
- **الحدود البشرية :** أجريت الدراسة علي عدد من السيدات المصابات بالشره العصبي المتكررات علي مستشفى الدمرداش ممن تم تشخيصهم بمعدل اكتئاب مرتفع .

الإطار النظري للدراسة

تعريفات اضطرابات الأكل :

هي اضطرابات في عملية الأكل أو السلوك الغذائي للشخص، وينطوي ذلك عادة على تغييرات في نوعية أو كمية الطعام المتناول . ولكي يصنّف أي سلوك غذائي غير اعتيادي على أنه اضطراب غذائي، يجب أن يستمر هذا السلوك فترة من الوقت. كما أنه يجب أن يسبب ضرراً جسيماً على صحة الشخص الجسدية وقدرته على أداء أعباء العمل أو الدراسة، أو أن يؤثر هذا السلوك الغذائي بشكل سلبي في تعاملات الشخص مع الآخرين وعلاقته معهم.

(Freedman, et al., 2013,5)

تعرف اضطرابات الأكل بوجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو هي سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب. والعرضان الأساسيان في اضطرابات الأكل هما فقدان الشهية العصبي، وفرط الشهية العصبي (عبد الموجود، ٢٠٠١، ٢٢)

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري من تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد مما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، والذي يصاحب محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. (شقيير ، ٢٠٠٢ : ١٣-١٤)

فهي اضطرابات تتمثل في وجود سلوكيات خاطئة نحو الأكل بطريقة غير معتادة في محاولة للوصول إلى شكل معين للجسم، وينشأ عن ذلك بعض الأمراض النفسية علاوة على ذلك بعض الأمراض العضوية تؤدي على الوفاة.

(الهويش، ٢٠١١، ٢٧٧)

بأنها عبارة عن مواقف وسلوكيات متطرفة تتعلق بالأكل والوزن، وتكون على شكل فقدان الشهية العصبي أو النهام العصبي، والتي تعكس مشاكل نفسية وفيزيولوجية يمكن أن يكون لها تأثيرات مدمرة، ونتائج خطيرة على حياة من يعاني منها. (الزغاليل، ٢٠٠٩، ١٦٩)

هذا، ومن خلال التعريفات السابقة تري الباحثه بأنها مجموعة من السلوكيات الخاطئة في تناول الطعام، والتي يكون فيها الفرد إما: عازف عن تناول معظم أصناف الطعام دون سبب عضوى (الأنوركسيا)، أو لديه رغبة شديدة في تناول كميات كبيرة منه (البوليميا) .

أسباب اضطرابات الأكل:

هناك مجموعة من الأسباب التي قد تؤدي إلى اضطرابات الأكل أو عودة الإصابة بها خلال عمر الفرد وهى كالآتى :

١-الحزن : مع تقدم السن تزداد احتمالية أن يفقد الفرد أناسا يهتمون به. ويمكن للحزن أن يزيل شهيتك وتجد أن تقييد تناول الأطعمة، يمكن أن يكون طريقة للتعامل مع مشاعر الآخرين. فمثلا سجلت ممثلة الروايات الهزلية (الكوميديا) "جون ريفرز" بدايتها المفاجئة للشهر العصبي فى الخمسينات من عمرها بعد وفاة زوجها بالانتحار.

٢-الطلاق : بالإضافة إلى الحزن والفقدان فإن الانفصال يمكن أن يحث المرأة على النظر إلى جسدها بعدم استحسان بالمقارنة بالنساء والفتيات ذات الحالات الاجتماعية الأخرى.

٣-الوعى الزائد بتقدم السن : وهذا يكون شديد على وجه الخصوص عندما تعود النساء للدراسة أو العمل، أو عندما تحتاج إلى الاحتفاظ

بالعمل بعد السن التقليدي للتقاعد خاصة في المجالات المرتبطة بالمظهر .

٤- **المرض الطبى :** إذا أدى مرض قصير المدى إلى فقدان الوزن، قد تتلقى المرأة ثناء بشأن مظهرها الرشيق، الامر الذى يجعلها تستمر فى وضع قيود على الطعام بعد شفاءها؛ لكى تتجنب زيادة الوزن
(Harvard Medical School,2012:2)

أنواع اضطرابات الأكل :

- توجد فئتين من اضطرابات الأكل تبدو في نظامين :
- اضطرابات الأكل في فترة المهد أو الطفولة المبكرة .
- اضطرابات الأكل التي تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة : وتضم اضطرابين هما :
- فقدان الشهية العصبي .
- فرط الشهية العصبي .

النوع الأول : اضطراب الشره العصبي : **Bulimia Nervosa**

يؤكد الباحثون علي دور العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية والأسرية فى نمو الشره. ولأن الأفراد ذوى هذا الاضطراب يخافون بشدة من اكتساب وزن إضافي فإنهم يعوضون استهلاك الكميات الكبيرة من الطعام بالقئ، والصيام، الإفراط فى ممارسة التمرينات الرياضية أو إساءة استخدام الملين، المدر للبول، الحقن الشرجية، أدوية

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

فقدان الوزن. كما أن الشره العصبي يتميز بدورة من الشراهة عند تناول الطعام يليها بعض أنواع اجراءات التعويضات لتجنب زيادة الوزن. ويعد الشره العصبي اضطرابا في الأكل وليس في الوزن، وهو يتسم بنوبات من النهم، وعادة ما يتبعها إعادة التخلص من الطعام بوسيلة ما، مثل القيء العمدى أو الإفراط في استخدام المليينات، وعادة ما يكون تناول الطعام في الفترات بين النوبات مفيداً .

(Meg ,etal., 2020:99)

تعريفات الشره العصبي :

يعزى الفضل إلى روسيل, Russell الذى قام بوصف الأعراض المرضية المرتبط بالشره العصبي عام ١٩٧٩م. كما يبدأ الشره عادة في سن المراهقة وبداية سن الرشد (موسى، ٢٠٠٣، ٦)

فهو دافع ملح وقهرى لتناول كميات كبيرة من الطعام، فى فترة قصيرة من الوقت، مع الشعور بآلام فى المعدة، يصحب ذلك إحساس الفرد بالأكتئاب، واحتقار الذات والقلق، من زيادة الوزن، يلى ذلك احساس بالذنب يجعل المريض يلجأ إلى استخدام المليينات ومدرات البول بصورة منتظمة، ومحاولة الفرد التقيؤ الذاتى أو استخدام وسائل أخرى للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام، لتحقيق الراحة النفسية.(عيسى ٢٠٠٦، ٦٠،)

وعرفه كلاً من مارش و جروز (March&Grose,2011:1) بأنه يعد من اضطرابات الأكل النفسية، وهو يتميز بنوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام (أى فقدان السيطرة أثناء تناول الطعام والذي يؤدي إلى استهلاك كميات كبيرة بشكل غير عادى من الطعام فى أى فترة زمنية تستمر ساعتين) يثيرها الضغط النفسى، الجوع الشديد، والمدركات غير الطبيعية حول صورة الجسم والطعام .

فهو حالة من النهم والأكل فوق المعقول الذي قد يتسبب في الآلام الشديدة، فيأكل الطفل كميات زائدة من الأغذية ربما تزيد وزنه بعدها بمقدار ٢ كيلو جرام، وتظهر في صورة اندفاع أو إجبار للنفس على أكل كميات كبيرة، وأحيانا دون أن يحسن مضغه، وقد يكون ذلك الأمر حالة طارئة. (الشربيني، ٢٠٠٨ : ١٥٠)

كما انه حالة يشعر فيها الفرد بأنه دائماً جائع مما يجعله يميل إلى تناول الطعام بصورة مفرطة، يؤدي بدوره إلى عدم قدرة المعدة على تحمل كمية الطعام الموجودة بها، فيؤدي إلى التقيؤ ثم يعود مرة ثانية إلى تناول الطعام مرة أخرى ويتقيا فيؤدي ذلك إلى شعور بالآلم البطن وإحساسه بالغثيان، والقلق، والاكتئاب، والعزلة عن الآخرين . (السيد، ٢٠٠٨، ١٩)

الأنماط الفرعية للشهره العصبي :

١- النوع الخاص بتناول المطهرات للبطن : أثناء نوبات الشهره

العصبي ينهمك الفرد بانتظام في القيء المستحدث ذاتيا، أو سوء استخدام المليينات، المدر للبول أو الحقنة الشرجية.

٢- النوع الخاص بعدم تناول المطهرات للبطن : أثناء نوبة الشهره

يستخدم الفرد سلوكيات تعويضية أخرى غير مناسبة مثل الصيام أو التمرينات الرياضية الزائدة، ولكنه لا ينهمك بشكل منتظم في القيء المستحدث ذاتيا أو سوء استخدام الملين، المدر للبول أو

الحقنة الشرجية. (Brooke, etal., 2021,35-41)

أهم الأعراض والمعايير التشخيصية للشهره العصبي :

يمكن أن نتعرف بسهولة على الشخص ذو الشهره العصبي من خلال سلوكيات الأكل بكثرة والتطهير، أى إذا امكن مشاهدته على اساس أن هذه السلوكيات يتم ادائها خفية دائما، حيث يحدث أكل لكميات كبيرة من الطعام فى جلسة واحدة و احيانا عشرات الالاف من السعرات الحرارية بسرعة غالبا، ويقوم الشخص ذو الشهره العصبي بالتطهير لكى يتخلص من هذه السعرات الحرارية (Schulherr,2008:13)

وفيما يلي أهم المعايير التشخيصية لاضطراب الشهره العصبي :

١-نوبات متكررة من تناول الطعام بنهم وتتميز نوبات تناول الطعام

بنهم بكل مما يلي :

تناول الطعام في فترة زمنية مميزة (مثلاً خلال أي ساعتين، بمقدار أكبر مما يتناول معظم الأفراد خلال فترة زمنية مشابهة وتحت نفس الظروف) .

احساس بفقدان التحكم في تناول الطعام خلال نوبات الشره مثل (الإحساس بأن الفرد لا يمكنه التوقف عن تناول الطعام أو التحكم فيما يأكله أو مقدار ما يأكله) .

٢- سلوك تعويضي متكرر وغير مناسب من أجل منع اكتساب الوزن مثل القيء المستحدث ذاتياً، سوء استخدام الملين المدر للبول، الحقنة الشرجية، أو أدوية أخرى، الصيام أو ممارسة التمرينات الرياضية الزائدة .

٣- أن تناول الطعام بنهم والسلوكيات التعويضية يحدثان معا مرتين على الأقل كل أسبوع لمدة ٣ شهور في المتوسط

٤- يتأثر تقويم الذات بشكل الجسم ووزنه.

٥- لا يحدث الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي

التشخيص الفارقي للشره العصبي : يتضمن ما يلي :

١- اضطرابات بالجهاز الهضمي الأعلى، تؤدي إلى قيئ متكرر .

٢- اضطرابات في التشخيص أكثر عمومية إذ أن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب مع الاعتماد على الكحول أو بعض

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

الإختراقات البسيطة للقانون على سبيل المثال : سرقة أشياء صغيرة من المحال .

٣- اضطرابا اكتئابيا (إذ أن مرضى الشره المرضي كثيرا ما يعانون الاكتئاب) (عكاشة و عكاشة، ٢٠٠٩: ٦٠٣)

ثانيا : الإكتئاب.

تعريف الإكتئاب :

الإكتئاب هو الشعور بالحزن وانخفاض الاهتمام أو المتعة في ممارسة النشاطات، والذي يصبح اضطراباً عندما يكون شديداً بما فيه الكفاية للتأثير في الأداء. قد يحدث الاكتئاب عقب فقدان حصل مؤخراً أو حدث حزين آخر، ولكنه يكون غير متناسب مع هذا الحدث ويستمر لفترة زمنية أطول مما هو مناسب.

(Angol et al.,2018,-901)

هو هبوط نفسي بالغ الشدة ، يخيل للمرء المصاب به أنه فاشل في كل شيء وغير نافع لأي شيء ، فيداهمه اليأس ويسلبه نشاطه ويفتر همته . وقد يختفي الاكتئاب من تلقاء نفسه ولكنه يتكرر ، والعلاج لدى الطبيب النفسي يخفض من شدته ويقلل من احتمال عودته. (Rea, et al.,2023,321) يرى علماء النفس ان للاكتئاب اساسا بيولوجيا ، ويؤكدون حدوث تغيرات فعلية في كيميائية الدماغ متى شعر المكتئب

بالحزن والاسى ، فيلاحظ إنخفاضاً في الموصلات العصبية الكيميائية الحيوية لتنظيم أمزجة المريض خلال نوبة خطيرة من الاكتئاب.

أعراض الاكتئاب : ومن أهم أعراض الاكتئاب الأكثر شيوعاً ما يلي:

- حزن مستمر أو قلق أو إحساس بالخواء .
- الإحساس بفقدان الأمل والتشاؤم .
- الإحساس بالذنب وفقدان القيمة وعدم الحيلة .
- فقدان الاهتمام وعدم الاستمتاع بالهوايات أو الأنشطة التي كنت تستمتع بها من قبل بما فيها الجنس
- الأرق خصوصاً في الساعات الأولى من النهار والاستيقاظ قبل الفجر وأحياناً النوم الكثير
- فقدان الشهية ونقص بالوزن أو زيادة الشهية وزيادة الوزن .
- فقدان الحيوية والإجهاد والبطء .
- التفكير في الموت أو الانتحار أو محاولة الانتحار .
- عدم القدرة على الاستقرار والتوتر المستمر . Caroline (etal.,2024,99)

أسباب الاكتئاب : من أهم العوامل المسببة للاكتئاب ما يلي :

- ١ - العوامل الحادة من أزمات ومفاجئات وفقد الأحبة أو مرض الأعداء.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

- ٢ - الظروف النفسية المزمنة التي تتجمع في ذلك المريض وتعرضه لليأس و الحزن ، و أخطر هذه الظروف الأحوال المالية المتدهورة و احتمال الإفلاس و الأمراض المزمنة لأحد أفراد العائلة وسوء التفاهم والعراك الزوجي وعدم الانسجام في العمل أو الوظيفة أو الكلية أو عدم التكيف مع الزملاء أو الأصحاب ثم الفشل المعنوي والفشل في الحياة الجنسية.
- ٣ - التعرض لمرض جسمي مزمن ومنهك للقوى مما يدفع بالمصاب إلى التفكير بالنتائج السيئة واحتمال الموت .
- ٤ - العوامل الوراثية والاستعداد التكويني للاكتئاب و هي عوامل أقل تأثيراً و قوة من العوامل الخارجية والنفسية
- (Abubakr, etal.,2024,88) .

النظريات المفسرة للإكتئاب.

النظرية الحيوية Biological Theory حيث ترى بعض النماذج النفسية الحيوية ان التعرض لضغوطات شديدة ينتج تغيرات عصبية كيميائية متنوعة . و يفترض احد هذه النماذج ان الاصابة بالاكتئاب يزيد من امتصاص النوربينفرين ، ويزيد من مستويات كاتيكولامين البلازما في الدم وينخفض الدوبامين و السروتونين في الدماغ . وهذا الانخفاض في نسبة النوربينفرين يجعل الفرد الذي يصاب بالاكتئاب

غير قادر على الهرب مما يؤدي بدوره الى انخفاض نسبة الدوبامين ،
وعندما يتكرر حدوث النوبة او عند تذكر اى شئ يرتبط بها يصاب
الفرد بالتبلد و الخدر كاستجابته تجاه المرض و ذلك بسبب ان الدماغ
يفرز مواد مخدرة تسمى المورفينات الذاتية. Manuel
(etal.,2022,55)

٢ - النظرية السلوكية **Behavioural Theory**: يرى السلوكيون انه
يمكن تفسير كثير من الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد وفقا لنماذج
متعددة من التعلم تتضمن نظريات المنبه - الاستجابة التقليدية،
ونظرية العاملين لماورر تفسير كيف ان الفرد الذى يتعرض
لضغوطات شديدة يصبح لديه نفور لمدى واسع من الهاديات ، وقد تم
اخذ الاشراف التقليدى والاجرائى فى الاعتبار ، ففى المرحلة الاولى
يصبح المنبه الى كان محايدا قبل صدمة المرض والذى ارتبط
بالاحداث الضاغطة الشديدة مثيرا شرطيا حاملا للخصائص المنفر
كنتيجة لهذا الارتباط . ومن خلال عملية الاشراف العليا ينتج عن
اقران المنبه الشرطى الجديد مع المنبه المحايد الجديد يصبح المنبه
المحايد الجديد منفرا ، و من خلال عملية تعميم المنبهات يزداد تنوع
المنبهات المنفرة و ذلك بواسطة جعل المنبهات الاخرى المشابهه
للمنبه المنفرة منبهات منفرة ايضا و تحدث المرحلة الثانية عندما
يتعلم الفرد الذى تعرض للصدمة استجابة للمواقف المنفرة بالتجنب او

الانسحاب ، وهكذا فان نظرية العاملين تزودنا بطريقة لتفسير كيفية اكتساب استجابات الخوف والتجنب . (موسي ، ٢٠٠٣ ، ٥٤)

٣ - **نظرية العزو Attribution Theory** : و هى تقوم على افتراض ان الناس يحاولون ان يجدوا تفسيراً للخبرات التى يمرون بها . فالاحداث غير القابلة للتنبؤ و السيطرة و كذلك الاحداث المنفرة يمكن عزوها لاسباب داخلية او خارجية . فالشعور بالذنب (عزو داخلى للسبب) وجد بانه مرتبط بالخبرات الصادمة للأفراد و قد وجد ان العزو العام يرتبط مع الصدمات لدى الافراد الذين تعرضوا للاصابة . (Ani , etal.,2021,44-47)

٤ - **النظرية المعرفية Theory Cognitive** : و تهدف هذه النظرية الى التعرف على كيفية ادراك الشخص للاحداث الصادمة و كيف تظهر لديه المعاناة بسبب هذه الاحداث ، فوفقا لهذا النموذج تكون الاحداث التى يخبه الشخص صادمة عندما تحطم اعتقاداته ، فالاشخاص الاسوياء يكون لديهم معتقدات ايجابية نحو الذات و نحو العالم الذين يعيشون فيه و عندما تقع الاحداث الصادمة تؤدى الى زعزعة هذه المعتقدات الايجابية و تتحطم امالهم و يشعرون بالذهول و اليأس و بالتالى تتحول المعتقدات الايجابية الى معتقدات سلبية و تفقد الذات قيمتها . و يصبح العالم الخارجى مهددا و مخيفا . وتظهر هنا اهمية العلاج المعرفى الذى يركز على اعادة البناء المعرفى لهذه

المعتقدات و الافكار السلبية عن الذات او العالم الخارجى .
(مصطفى ، ٢٠٠٩ ، ١١٢ ، ١١٥)

٥ - نظرية معالجة المعلومات Information processing

Theory : وترى هذه النظرية ان الانسان عندما يستقبل المعلومات يقوم الدماغ باستيعابها و معالجتها . و لكن هناك نوع من المعلومات لا يقوم الدماغ بمعالجتها بشك صحيح و يرجع ذلك الى ان هذه المعلومات تكون ناقصة او فوق طاقة الجهاز العصبى . وهذا ما يحدث فى المعلومات او التنبيهات التى تأتى عند التعرض لاي حدث صادم، حيث ان المعلومات و التنبيهات الصادمة لا تكون ملائمة لخبرات الشخص ونماذجه المعرفية وبالتالي يحدث التشوية و الاضطراب فى معالجة هذه المعلومات الصادمة و هنا تبقى هذه المعلومات او التنبيهات ناشطة و تستمر فى الضغط على الشخص مما يسبب له الالم فيلجأ الى محاولة ابعادها عن وعيه ليشعر بالراحه و ذلك من خلال استخدامه لوسائل دفاعية سلبية مثل النكران و التبدل و التجنب . الا ان محاولته هذه لا تتجح فيستمر لديه الشعور بالضيق و الالم بسبب التكرار القهرى للذكريات المرتبطة بالصدمة و التى تأتى على شكل كوابيس و صور و افكار اقتحامية ، و لهذا لا يرتاح من هذا الضيق و الالم الا عندما تتم معالجة هذه المعلومات الصادمة بشكل صحيح و كامل . (Inge, etal.,2019, 22-26)

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي :

- مفهوم العلاج المعرفي - السلوكي

لقد تميز العلاج المعرفي - السلوكي CBT منذ نشأته بالتأكيد على موضوعة " الـهنا والآن here-and-now "، وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلة وظيفيا، آخذا بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها. فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، كما يختلف عن العلاج السلوكي الذي يهمل التفكير وعالم المريض الخاص به. (Anna,etal.,2023,14-17)

ويعتبر بيك المعنى الخاص للحدث هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له. هذا المعنى موجود في مفردة معرفية وهي عادة فكرة أو صورة خيالية، أو حكم قيمة . ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات المتعالجين لأفكارهم ومشاعرهم ، وخلال عملية العلاج يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف إلى التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة وظيفيا للمتعالج وتشخيصها ودحضها

وتجريبها وتعديلها بمساعدة المتعالج محدثة تغيرا في كيفية رؤيته لذاته وللعالَم والمستقبل.

وتساعد طريقة CBT المتعالج على أن ينمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات فالمعالج هنا لا يستطيع أن يحل للمتعالج كل مشكلة تزعجه. إن المتعالج هنا بمعنى ما " يتعلم كيف يتعلم " (Learning to Learn) وقد أطلق بيك على هذه العملية " التعلم الثاني "

لقد اعتبر المعرفيون أمثال بيك Beck وإليس Ellis وميكنباوم Meichenbaum أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يُفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب أو غيره . وهذه الآليات هي الثالوث المعرفي، التشوهات المعرفية، المخططات Schemata

أ- الثالوث المعرفي: The Cognitive Triad

يتألف الثالوث المعرفي "من ثلاثة عناصر معرفية تحت المتعالج على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة. فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقدا أنه شخص غير مرغوب فيه، و عديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه. ويتألف العنصر الثاني من الثالوث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا تُقهر، ولا يمكن

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

تدليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة، فهو مهزوم. وأما العنصر الثالث من الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية إلى المستقبل، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية". (Carlbring, 99-103, etal.,2022,

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

ب- التشوهات المعرفية: Cognitive Distortion

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

وهناك عدة تشوهات أساسية تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المتعالجين. (جدول التشوهات)

ويكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة المتعالج على التخلص من التشوهات المعرفية، أو أن يتكيف في استجاباته معها، إذا كان ذلك مستحيلاً. (عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ٤٥-٤٧)

ج- المخططات Schemata:

هي بنى (Structures) معرفية، يعتقد أنها تسبب شتى التشوهات التي نراها لدى المتعالجين.

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

(Jessamine, etal.,2022,88-89)

"ففي حالات الاكتئاب الخفيف (Milde) غالباً ما يكون المريض قادراً على النظر إلى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية إلى أن يصبح مشغولاً بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدؤوبة، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة أو الانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويغدو التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذاتي التحكم لا يستجيب للمدخلات المحيطة به". (مصطفى، ٢٠٠٩، ١٢٠-١٢٢)

وهنا يكون التركيز الرئيس في العلاج المعرفي للاكتئاب مساعدة المتعالج على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم (المعرفيات) وتجربيه سلوكاً أكثر مرونة، مما يؤدي بذلك إلى تحطيم دورة الإكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات والعالم أو المستقبل محوراً للعلاج.

أهداف العلاج المعرفي - السلوكي CBT :

يهدف العلاج المعرفي إلى:

- ١- إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي يتعدل الطرفان الآخران .
- ٢- تعليم المتعالجين أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخييلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكات المضطربة أو المؤلمة.

٣- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية .

٤- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية .

٥- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات).

٦- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثمّ تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام خلال الحوار الداخلي. (الصبوة و يوسف ، ٢٠٠٦ ، ١٤٤-١٤٨)

الدراسات السابقة

حيث قامت الباحثة بعمل مسح شامل للدراسات العربية والأجنبية في محاولة لإبراز نتائج هذه الدراسات ثم قامت الباحثة بالتصنيف المرتب لهذه الدراسات وذلك من الأقدم إلي الأحدث وبعد عرضها يتم التعقيب عليها من حيث الأدوات والهدف والعينة والنتائج ، وهما كالآتي :

دراسات تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب عند مرضي الشره العصبي.

دراسة جانيينا وآخرون (٢٠١٩) Janina et al

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

استهدفت هذه الدراسة تقييم فعالية التدخل العلاجي المعرفي السلوكي للمجموعات والهادف لتقليل الإكتئاب ودعم جودة الحياة والصحة النفسية لمريضات الشره العصبي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨٢ مريضا بالشره العصبي : وتضمن التصميم مجموعة تجريبية تتلقي البرنامج العلاجي و أخرى ضابطة ويتم فيها توزيع افراد العينة عشوائيا علي المجموعات، تم توزيع المرضى عشوائيا علي مجموعات العلاج (جلسات للعلاج المعرفي السلوكي للمجموعات، العدد ٤١) وعلي مجموعة المقارنة (عدد ثلاث جلسات تثقيفية ، العدد ٤١)، ومن الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة قائمة بيك للإكتئاب (Beek Inventory) Depression، (MSQOL) المنقح لجودة الحياة ، الصحة النفسية (PANAS)، مقياس دوافع الهوية، حسن التماسك والانسجام (SOC) ، و مقياس الفاعلية الذاتية للمريضات . وتوصلت نتائج الدراسة إلي أنه قد نزلت معدلات الإكتئاب للإنخفاض نتيجة للتدخل العلاجي المستخدم و تؤكد نتائج الدراسة إن التدخل العلاجي له تأثير فعال في خفض معدلات الإكتئاب وتحسين جودة الحياة وكان له تأثيره علي التعافي من أعراض الإكتئاب والفاعلية الذاتية النفسية دراسة جيك وآخرون (Jick, etal 2020)

استهدفت هذه الدراسة تقييم مدي فعالية للعلاج المعرفي السلوكي للإضطرابات النفسية الشائعة بين المصابات بالشره العصبي ومقارنتها

بالتجارب السابقة ذات المجموعة الضابطة والتي يتم فيها توزيع أفراد العينة عشوائيا علي المجموعات (RCTS) للعلاج المعرفي السلوكي بين هذه المجموعة من الأفراد ، تكونت عينة الدراسة من (٤٩) للعلاج المعرفي السلوكي ، وتم قياس القلق و الإكتئاب بواسطة المقياس العيادي للإكتئاب و القلق Anxiety and Depression Scale . وتمت مقارنة النتائج التي جاءت في صورة تأثير قياسي للعلاج مع خمسة تجارب (RCTS) سابقة ، وكشفت نتائج الدراسة المتحصل عليها من هذه الخدمة العيادية إلي إنخفاض بمعدلات الإكتئاب و القلق .

دراسة موهر و آخرون (Moher et al 2020)

هدفت هذه الدراسة إلي إجراء مراجعة منهجية للتجارب التي بحثت فعالية العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب بين مرضي الشره العصبي ، و تم حصر التجارب في مجموعات المقارنه التي عملت علي مقارنه العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي الذي تم إجراؤه بشكل مباشر أو غير مباشر مع عدم تلقي علاج معرفي سلوكي . و قام إثنان من المراجعين بإستخلاص البيانات لحساب الفوارق القياسية المتوسطه (SMD) للأعراض المبلغة ذاتيا للإكتئاب و الفوارق الذاتية المرجحه (WMD) لمقياس تأثير الشره العصبي ، و توصلت نتائج الدراسة إلي أن سبعة دراسات موثوقة (عدد أفراد العينة = ٤٣٣)، عملت جميعها علي تقييم التأثير العلاجي للعلاج المعرفي السلوكي علي الإكتئاب بشكل

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

فردى (٣ دراسات) وبشكل جماعى (٣ دراسات) و عن طريق الحاسب الآلى (دراسة واحدة) حيث اتفقت أغلب الدراسات على أن العلاج المعرفى السلوكى (CBT) علاجاً فعالاً للإكتئاب بين مرضى الشره العصبى ، ولا بد و أن تعمل البحوث المستقبلية على إستكشاف الطرق النهائية و الفعالة لعلاج المرضى من أصحاب السمات الشخصية المختلفة و المتباينة.

دراسة كيسر و اخرون (2021) Kesser et al

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاعراض الاكتئابية لتحسين التكيف النفسى لدى مرضى الشره العصبى. حيث تم استخدام اسلوب العلاج المعرفى السلوكى لخفض الإكتئاب وتحقيق التكيف النفسى لمرضى الشره العصبى حيث تضمن العلاج مجموعة من المهارات الاجتماعية وحل المشكلات و المهارات الحياتية وإدارة المشقة والتدريب على الوقاية من الانتكاس و يظهر ذلك فى انخفاض مستوى الاكتئاب لديهم، وتكونت عينة الدراسة من ٩٤ مصاباً بالشره العصبى ممن يعانون من الإكتئاب وقد تعرضو للبرنامج المعرفى السلوكى. وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجى فى انخفاض معدل الإكتئاب بين مرضى الشره العصبى ، و الذى إنعكس أثره ايجابيا فى تنمية و تحسين مستوى التكيف النفسى لدى المرضى بينما استمر هذا التحسن ايضا خلال فترات المتابعة و بعد القياس البعدى

مما يعكس مدي كفاءة العلاج المعرفي السلوكي من فنيات لعب الدور و المحاضرة و المناقشة و الأنشطة التمثيلية و الترفيهية و الرياضية في إستمرار أثر البرنامج بعد القياس البعدي و حتي فترة القياس التتبعي في خفض الإكتئاب وتحقيق التكيف النفسي لمرضي الشره العصبي.

دراسة لوريا و آخرون (2022) Lorio, etal

أستهدفت هذه الدراسة معرفة ما اذا كان بإمكان العلاج المعرفي السلوكي CBT تحسين جودة الحياه لدي مضطربات الاكل بالتحديد نمط الشره العصبي ، و اذا ما كانت الاجابة ايجابا فانها تعمل علي استكشاف اي العوامل تلك التي يمكن أن تساهم في هذا التأثير. حيث يعتبر هذا تحليلًا ثانويًا لتجربة ذات مجموعة تجريبية و افراد عينة تم انتقاؤها عشوائيا ، حيث تكوت عينة الدراسة من ١٢٧ مشاركة ممن يعانون من الشره العصبي و الاكتئاب الي مجموعة علاج (T- CBT) عن طريق الهاتف أو مجموعة التدعيمي المرتكز علي العاطفة و المقدم ايضا عن طريق الهاتف (T- SEFT) . و قد أظهرت المريضات بمجموعة (T- CBT) تحسنا اكبر بجودة الحياة (QOL) مقارنة بالمرضي مجموعة (T- SEFT) وتم قياس معدلات التحسن الكبيرة باستخدام مقياس جودة الحياة بجودة الحياة بين افراد مجموعة (T- CBT) و قد لوحظ انخفاض في مستوي الإكتئاب لدي المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي، وتؤكد نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي المقدم عن طريق

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

الهاتف (T- CBT) له مردوده الإيجابي علي جودة حياة مريضات الشره العصبي و ظهر ذلك في انخفاض مستوى الاكتئاب والتاثيرات الايجابية للبرنامج علي أفراد عينة الدراسة مقارنة بعلاج (T- SEFT) حيث ترجح هذه الدراسة أن اجراءات علاج (T- CBT) لخفض الاكتئاب لها تاثيراتها الايجابية علي تحسين جودة الحياة .

دراسة مارينو و آخرون (2023) Marino et al

استهدفت هذه الدراسة معرفة مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تبديل و تغيير التجليات المرضية و تحسين جودة حياة المرضى المصابين بالشره العصبي و ذلك من خلال معدل الانخفاض في مستوى الإكتئاب لديهم ، حيث أن الشره العصبي هو اضطراب يتسم بفقدان السيطرة أثناء تناول الطعام والذي يؤدي إلى استهلاك كميات كبيرة بشكل غير عادي من الطعام في أى فترة زمنية و الذي تعمل تبعاته النفسية الرئيسية علي تقليل جودة الحياة . و تكونت عينة الدراسة من ٣٥ متطوعا تم توزيعهم في التصميم التجريبي الذي تضمن المجموعة الضابطة ، و تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلي مجموعتي الضبط و التدخل العلاجي ، وقد تم اخضاع مجموعة التدخل العلاجي لحزمة مركزة من فنيات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) علي مدي زمني يعادل عشرة جلسات أسبوعية (جلسة كل اسبوع لمدة عشرة اسابيع) . و تم استخدام مقاييس (IPQ- R) و (SF -36) لتقييم تجليات المرض و

جودة الحياة ، و قائمة بيك للإكتئاب (Beek Depression Inventory) (BDI) لقياس الأعراض المرضية في القياس القبلي و تقسيم مدي انخفاض مستوي الإكتئاب المرتبط بجودة الحياة في القياس البعدي. وكشفت نتائج الدراسة عن تغييرات ايجابية متضمنة هوية و تتبعات المرض وتماسكه إضافة إلي التحكم الشخصي ، وظهرت التغييرات الايجابية المترابطة في التمثلات الإنفعالية و التحسن الإيجابي علي النطاقات الجسمانية و النفسية و انخفاض مستوي الإكتئاب و الذي يتمثل في انخفاض المشاعر السلبية و تذكر الأحداث الإيجابية و تغيير العادات الغذائية السيئة. و تؤكد نتائج الدراسة علي أن العلاج المعرفي السلوكي القائم علي " نظرية موني "Moony" ذي فعالية كبيرة في تحسين جودة الحياة من خلال تعديل و ضبط التمثلات الإنفعالية والمرضية و الغذائية والذي ظهر من خلال انخفاض مستوي الاكتئاب .

دراسة ماريا و آخرون (2024) Maria, etal

استهدفت هذه الدراسة تأكيد و تقييم الفعالية الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي CBT لدي مريضات اللواتي يعانين من الإكتئاب و الإنهاك العصبي المصاحب للشره العصبي . حيث تم البحث بقاعدتي بيانات (Embase) و (Cochrane) وذلك لايجاد وحصص التجارب التي تتضمن مجموعة للتحكم و تم انتقاء افراد العينة فيها بشكل عشوائي ، و المنشورة باللغة الانجليزية ، و تعمل علي تقييم تأثير العلاج المعرفي

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

السلوكي CBT علي مريضات الشره العصبي اللواتي يعانين من الإكتئاب و الإنهاك العصبي المصاحب للشره العصبي ، وتم تقييم جدارة الانتخاب الخاصة بالتجارب بواسطة اثنان من المراجعين و تواجد مراجع ثالث لتصحيح اي انحراف، و بالمقارنة بين علاج CBT و العلاجات الاخرى تم اجراء التحليل المتعدد ذي التأثير العشوائي بأستخدام برنامج تحليل الحاسب الالي (STATA) علي التغير من مرحلة ما قبل العلاج (الخط القاعدي) إلي مرحلة النهاية علي نتائج الإكتئاب و الإنهاك العصبي ، و تم تحقيق التكافؤ بين المجموعتين حتي لا توجد فروق جوهرية بين مجموعات العلاج فيما يتعلق بالخصائص الديموجرافية ، وأظهرت النتائج حدوث انخفاض ذي دلالة احصائية فيما يخص الإكتئاب باستخدام مقياس بيك الإكتئاب و ذلك بعد شهرين من بداية العلاج باستخدام اسلوب العلاج المعرفي السلوكي مقابل عدم الخضوع لاي علاج علي الاطلاق، وعند مقارنة علاج CBT مع استخدام اسلوب الاسترخاء RT بعد شهران من العلاج ، وبعد ثمانية اشهر من العلاج و خلال فترة المتابعة، كانت الفعالية للعلاج المعرفي السلوكي و هو ما يوضح أن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي قد تحسنت بصورة جوهرية فيما يخص الإنخفاض الواضح في معدل الإنهاك العصبي و الإكتئاب أكبر مما كان الحال عليه بمجموعة العلاج الاسترخائي و أن هذا التحسن قد دام لفترة طويلة ، بالاضافة الي ذلك و

عندما تم تقييم علاج (CBT) مقارنة بعلاج (SEGP) و اتضح أن (العلاج المعرفي السلوكي ، العلاج الفردي الطابع)، قد اظهر انخفاضاً جوهرياً افضل في خفض مستوى الإكتئاب مقارنة بعلاج (SEGP) ، العلاج الجماعي الطابع و تؤكد النتائج بصورة عامة ان علاج CBT من أفضل العلاجات لتخفيف أعراض الإكتئاب و الإنهاك العصبي مقارنة بالمجموعة الضابطة ، وعلاج الاسترخاء (RT) ، و علاج (SEGP) . ويبدو أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) سيكون اسلوباً واعداً ومقبولاً و مفيد عيادياً و الذي من الممكن و أن يفيد مرضي الإنهاك و الإكتئاب المصاحب للشره العصبي مستقبلاً و انه مازالت هناك حاجة ماسة لمزيد من الابحاث لتحديد اي فنيات العلاج المعرفي السلوكي CBT كانت الأكثر فاعلية و ايضا تحديد أنسب أسلوب و توقيت اخضاع مريض الإكتئاب المصاحب للشره العصبي للعلاج فيه.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

اتضح من خلال عرض الدراسات السابقة العديد من النقاط للإستفادة منها :

ويتضح من العرض السابق للدراسات مايلي :

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

- تبين لنا من خلال العرض السابق ندرة الدراسات العربية و الأجنبية التي تتناول علاقة مفاهيم الدراسة الراهنة بعضها بعضا و بدت هذه الندرة في عدة مظاهر منها :
- لم نجد دراسات تجريبية عربية - في حدود علم الباحثة - قامت باجراء تدخلا علاجيا بالعلاج المعرفي السلوكي بهدف خفض مستوى الاكتئاب لدي مريضات الشره العصبي.
- اتضح لنا من خلال عرض الدراسات السابقة مدي إتفاق الدراسات علي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب المصاحب للشره العصبي مثل دراسة ماريا و آخرون (2024) Maria, etal و دراسة مارينو و آخرون (2023) Marino etal و دراسة لوريا و آخرون (2022) Lorio, etal و دراسة جيڪ و آخرون (2020) Jick, etal ودراسة موهر و آخرون (2020) Moher etal (2020)
- و**عند النظر بمنظور اجمالي** ، فإن هذه الدراسات ترجح أن العلاج المعرفي السلوكي لمريضات الشره العصبي (CBT) يعتبر تدخلا فعالا لمعالجة الإكتئاب العام بين الأشخاص المصابين بالشره العصبي.

فروض الدراسة :

من خلال الإطار النظري و الدراسات السابقة يمكن صياغة
فروض الدراسة بناءا علي ما أثير من تساؤلات في مشكلة البحث علي
النحو التالي :

١. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية
و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الإكتئاب لدي عينه من
مريضات الشره العصبي لصالح المجموعة التجريبية.

٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية
في القياسين القبلي و البعدي علي مقياس بيك للإكتئاب لدي عينه
من مريضات الشره العصبي في إتجاه القياس البعدي .

٣. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة
التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) علي
مقياس الإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.

٤. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة
التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي (المتابعة الثانية) علي
مقياس الإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي.

٥. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التقدير الذاتي
من قبل المجموعة التجريبية الخاصة بتأثير العلاج المعرفي

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

السلوكي من وجهة نظر المريضات وأسرهم لصالح المجموعة التجريبية .

إجراءات الدراسة:

المنهج:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج التجريبي Experimental Method و ذلك بهدف الوقوف علي فعالية البرنامج العلاجي كمتغير مستقل يمارس تأثيره في خفض الإكتئاب (والتي تمثل المتغيرات التابعة في الدراسة الحالية) .

التصميم التجريبي

اتبعت الدراسة الحالية تصميم المجموعتين التجريبية و الضابطة بقياس قبلي - بعدي متكرر، وتعتبر الدراسة الحالية من البحوث التجريبية المقارنه، حيث يمكننا المقارنة بين مجموعتين ، لمعرفة أثر التدخل ببرنامج معرفي - سلوكي في خفض الإكتئاب لدي مريضات الشره العصبي ، وتم قياس المتغيرات التابعة علي أربع مراحل نذكرها فيما يلي :

١- خط الأساس المتعدد : ويشير إلي تقدير أعراض الإكتئاب لدي مريضات الشره العصبي ، وتم تقسيم الأفراد إلي عينتين بطريقة

عشوائية بحيث تلقت المجموعة التجريبية جلسات البرنامج المعرفي السلوكي ، والمجموعة الضابطة لم تتلق أي جلسات .

٢- القياس البعدي : ويشير إلي تقدير مدي التحسن في أعراض الإكتئاب عقب إنتهاء البرنامج مباشرة.

٣- القياس التتبعي (المتابعة الأولى) : و تشير إلي تقدير لمدي إستمرار التحسن بعد مرور فترة تساوي فترة العلاج الفعلية و التي استغرقت ثلاثة اشهر .

٤- القياس التتبعي (المتابعة الثانية) : و تشير إلي تقدير إستمرار التحسن بعد فترة تساوي ضعفي فترة العلاج أي بعد ستة أشهر من إنتهاء العلاج .

عينة الدراسة

نظرا للصعوبات التي واجهت الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة و البرنامج العلاجي وعدم إقامة مريضات الشره العصبي في المستشفيات ، فقد استطاعت الباحثة الحصول علي بيانات المريضات من خلال السجلات الطبية المتعلقة بالمرضي في المستشفى ومعرفة محل إقامتهم و هواتفهم و من خلال الإتصال علي المرضي وقد وجدت الباحثة عدم رغبة معظم الرجال في الإلتزام بجلسات البرنامج العلاجي و عدم إستعدادهم لحضور جميع الجلسات ، و أقروا بالإستعداد للإجابة علي مقاييس الدراسة الراهنة فقط ، مما دعا الباحثة إلي الإكتفاء بالإناث و

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

اللاتي أبدين إستعدادا تاما لجميع الجلسات و التطبيق عليهن في محل إقامتهن، وبناءا علي ما سبق فقد أجريت الدراسة الحالية علي عينة قوامها (١٢) من النساء ذوات مرضي الشره العصبي و اللاتي يعانين من مستويات مرتفعة من الإكتئاب واللاتي حصلن علي درجات مرتفعة علي مقياس الإكتئاب و اللاتي تم تصنيفهن وفقا لمقاييس الدراسة الراهنة إلي فئة الإناث المرتفعات في مستوي الإكتئاب و قد تراوحت اعمارهن من (٢٤ - ٤٩ سنة، بمتوسط ٣٧.٨٣، وإنحراف معياري - ٢.٣٢) وجميعهن من مستوي اقتصادي و إجتماعي متوسط و متقاربين في المستوي التعليمي ومن خريجي الجامعات المصرية الحكومية و يعملون في وظائف متعددة و مستوي الذكاء (وقد تم ضبطه من خلال إستخدام إختباري الفهم و المفردات من وكسلر لذكاء الراشدين) وجميع أفراد العينة من مستشفيات جامعة عين شمس (مستشفى الدمرداش) وتم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلي مجموعتين : ١- المجموعة التجريبية . ٢- المجموعة الضابطة .

و لتحقيق التجانس بين أفراد المجموعة التجريبية و الضابطة و تم ضبط متغيرات ، وهي كالآتي :

- ١- العمر الزمني
- ٢- الذكاء
- ٣- المستوي التعليمي

٤- المستوى الإقتصادي و الإجتماعي

وفي متغيرات الدراسة الحالية :

١- الإكتئاب

و قد إستخدمت الباحثة لحساب التجانس بين المجموعتين التجريبية و الضابطة إختبار مان ويتني وإختبار ويلكسون و فيما يلي بيان ذلك :

أولاً: التجانس في العمر

جدول (١) يوضح قيمة Z و دلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر

المتغير	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمة Z	مستوي الدلالة
العمر	تجريبية	٦	٥.٧٥	٣٤.٥٠	١٣.٥٠	٠.٧٣٠	غير داله
	ضابطة	٦	٧.٢٥	٤٣.٥٠			
	المجموع	١٢					

و في ضوء هذه النتائج يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في متغير العمر مما يدل علي التجانس بين المجموعتين في العمر .

ثانيا: التجانس في الذكاء (اختباري الفهم و المفردات)

جدول (٢) يوضح قيمة Z و دلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء باستخدام اختبار وكسلر بلفيو للراشدين

المتغير	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمه Z	مستوي الدلالة
الفهم	تجريبية	٦	٥.٩٢	٣٥.٥٠	١٤.٥٠	٠.٥٦٣	غير دالة
	ضابطة	٦	٧.٠٨	٤٢.٥٠			
	المجموع	١٢					
المفردات	تجريبية	٦	٥.٥٨	٣٣.٥٠	١٢.٥٠	٠.٨٩٠	غير دالة
	ضابطة	٦	٧.٤٢	٤٤.٥٠			
	المجموع	١٢					

و في ضوء هذه النتائج يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في متغير الذكاء مما يدل علي التجانس بين المجموعتين في مستوى الذكاء .

ثالثا : التجانس في المستوى التعليمي.

جدول (٣) يوضح قيمة Z و دلالتها بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في المستوى التعليمي

المتغير	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمة Z	مستوي الدلالة
التعليم	تجريبية	٦	٦.٥٠	٣٩.٠٠	١٨.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	غير داله
	ضابطة	٦	٦.٥٠	٣٩.٠٠			
	المجموع	١٢					

في ضوء هذه النتائج يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في متغير التعليم مما يدل علي التجانس بين المجموعتين في المستوى التعليمي .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

رابعاً : التجانس في المستوى الإقتصادي الاجتماعي.

جدول (٤) يوضح قيمة Z و دلالتها في الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في المستوى الاقتصادي و الاجتماعي

المتغير	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمه Z	مستوي الدلالة
المستوي الاقتصادي الاجتماعي	تجريبية	٦	٦.٥٠	٣٩.٠٠	١٨.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	غير داله
	ضابطة	٦	٦.٥٠	٣٩.٠٠			
	المجموع	١٢					

ويتضح من النتائج الموجودة بجدول (٤) أن قيمة Z بين متوسط رتب درجات مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) قد بلغت ٠.٠٠٠٠ وهي قيمة غير دالة إحصائياً ، و في ضوء هذه النتائج يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في متغير المستوى الإقتصادي و الاجتماعي مما يدل علي التجانس بين المجموعتين في

المستوي الإقتصادي و الإجتماعي. و هذا يؤكد أن جميع أفراد المجموعتين من مستويات إجتماعية و إقتصادية متوسطة .

الفروق بين المجموعتين في القياس القبلي علي متغيرات الدراسة لضمان التكافؤ بين المجموعتين وعدم وجود فروق بينهما و يوضحها الجدول التالي :-

خامسا : التجانس في متغير الإكتئاب

جدول (٥) الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس القبلي علي مقياس بيك للإكتئاب

المتغير	مجموعي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمه Z	مستوي الدلالة
الاكتئاب	تجريبية	٦	٦.٨٣	٤١.٠٠	١٦.٠٠	٠.٣٢٣	غير دالة
	ضابطة	٦	٦.١٧	٣٧.٠٠			
	المجموع	١٢					

ويتضح من النتائج الموجودة بجدول (٥) أن قيمة Z بين متوسط رتب درجات مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) قد بلغت ٠.٣٢٣

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

وهي قيمة غير دالة إحصائياً ، و في ضوء هذه النتائج يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة علي مقياس بيك للإكتئاب مما يدل علي التجانس بين المجموعتين في مستوي الإكتئاب .

أدوات الدراسة

أولاً: أدوات ضبط العينة :

- ١- إستمارة المستوي الإجتماعي و الإقتصادي للأسرة (عبد العزيز السيد الشخص) .
- ٢- مقياس الذكاء (حيث تم حسابه من خلال إختباري الفهم و المفردات من مقياس وكسلر للراشدين (تقنين/ نعيمه الشعاب) .

ثانياً: أدوات قياس المتغيرات التجريبية :

- ١- مقياس بيك للإكتئاب (ترجمة و تقنين غريب عبد الفتاح غريب) .
- ٢- برنامج العلاج المعرفي - السلوكي (اعداد الباحثة) .

ثالثاً: أدوات استخدمت في سياق البرنامج العلاجي :

- ١- مقياس توكيد الذات (إعداد محمد نجيب الصبوة) .
- ٢- إستخبار الأفكار الآلية (إعداد محمد نجيب الصبوة) .
- ٣- قائمة النشاطات السارة (إعداد محمد نجيب الصبوة) .

- ٤- إستمارة تاريخ الحالة (إعداد محمد نجيب الصبوة).
- ٥- إستبيان قياس تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر الحالة نفسها إعداد محمد نجيب الصبوة .
- ٦- إستبيان قياس تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر الأهل و المقربين إعداد محمد نجيب الصبوة.
- ٧- جداول المراقبة الذاتية .

أدوات قياس المتغيرات :

- ١- مقياس بيك للإكتئاب (تعريب و تقنين / غريب عبد الفتاح غريب) .

يعتبر مقياس بيك للإكتئاب هو أحدث صورة مطورة لمقياس بيك ويتكون المقياس من ٢١ بعد في كل بعد ٤ عبارات أو بنود .

أولاً: صدق مقياس بيك للإكتئاب

• صدق المحك الخارجي :

وفيه تم حساب معامل الارتباط بين مقياس بيك للإكتئاب الحالي و مقياس هاملتون للإكتئاب علي عينة قوامها (ن=٣٠) من المصابين بالشره العصبي ، فكان معامل الارتباط بين المقياسين ٠.٨٦ وهو دال عند مستوي ٠.٠٠١ .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

• صدق الإتساق الداخلي :

حيث تم حساب صدق المقياس بطريقة الإتساق الداخلي، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٨) معاملات الارتباط بين كل مفردة و الدرجة الكلية لمقياس بيك للإكتئاب

أ - إتساق المفردة مع الدرجة الكلية للمقياس.

من خلال الإتساق الداخلي أي كل مفردة مع الدرجة الكلية للمقياس:

معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
** ٠.٨٨	(٢)	** ٠.٨٥	(١)
** ٠.٦٧	(٤)	** ٠.٧٥	(٣)
** ٠.٥٩	(٦)	** ٠.٧٧	(٥)
** ٠.٦٣	(٨)	** ٠.٧٥	(٧)
** ٠.٥٧	(١٠)	** ٠.٨٨	(٩)
** ٠.٥٩	(١٢)	** ٠.٦١	(١١)
** ٠.٧٩	(١٤)	** ٠.٦٩	(١٣)
** ٠.٧٤	(١٦)	** ٠.٦٢	(١٥)
** ٠.٦٨	(١٨)	** ٠.٧٦	(١٧)
** ٠.٦٣	(٢٠)	** ٠.٧٤	(١٩)
		** ٠.٦٥	(٢١)

** دالة عند مستوي ٠.٠٠١ .

ويتضح مما سبق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق ، مما يؤكد علي صلاحية المقياس للفئة التي وضع لقياسها .

ثانيا : ثبات المقياس

• الثبات بطريقة إعادة التطبيق :

وذلك بتطبيق المقياس علي عينة التقنين (ن = ٣٠) بفواصل زمني ١٥ يوما فبلغ معامل الارتباط بين درجات التطبيقين إلى ٠.٨٨ وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١ .

• معادلة ألفا كرونباخ :

وفيه قامت الباحثة في الدراسة الراهة بحساب معامل الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ فخلصت إلى قيمة ثبات ٠.٨٥ مما يدل علي أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ٠.٠٠١ وعلي هذا تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات المقياس بطرق متنوعة مما يجعل تطبيق مقياس بيك لإكتئاب تعريب و تقنين غريب عبد الفتاح غريب مناسبا وملائما لتلك العينة.

٢-برنامج العلاج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة) :

يشتمل البرنامج على ثلاث مراحل وهي :

المرحلة الأولى: مرحلة تحديد خط الأساس المتعدد للمشكلات بهدف تقييم المشكلات قبل تقديم البرنامج العلاجي .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

المرحلة الثانية : وهى مرحلة التدخل و فيها جلسات البرنامج و إنتهائه.

المرحلة الثالثة : وهى مرحلة المتابعة و تنقسم إلى متابعتين :

المتابعة الأولى : مساوية لمدة البرنامج العلاجي أى ثلاثة شهور

المتابعة الثانية : وتكون ضعفى مدة البرنامج العلاجي أى ستة شهور

ب - بنية الجلسات

لكل جلسة إطار واضح و محدد و منظم و تتضمن كل جلسة ما يلي:

١ - أهداف علاجية .

٢- جدول أعمال .

٣- إجراءات الجلسة .

ج - التوقيت :

يتكون البرنامج من ١٩ جلسة بواقع جلستين أسبوعيا مدة الجلسة ٩٠ دقيقة ، بالإضافة إلي الجلسات الختامية و المتابعة واستمر البرنامج لمدة ثلاثة شهور ثم إجراء المتابعة الأولي بعد ثلاثة أشهر من القياس البعدي و المتابعة الثانية بعد مرور ضعفى مدة العلاج.

قوائم مشكلات الإكتئاب:

١-قوائم المشكلات المعرفية و تتضمن :

- صور و أفكار تتعلق بالمرض تعاود الظهور المره تلو الاخرى.
- افكار لا تنقطع عن المرض .
- نسيان أجزاء مهمة عن الإصابه بالمرض .
- ذكريات متكرره عن المرض تسبب حزنا و كربا عظيمما .
- إعادة تذكر الكرب بمعني أن يعيش الفرد المرض بطريقة الخدر عن طريق الكوابيس المزعجة المتكررة و التي تتعلق بموضوع المرض .
- صعوبة في التركيز .

٢-قوائم المشكلات الانفعالية :-

- مشاعر القلق والإكتئاب لها علاقة بالمرض او ترمز اليه .
- حذر دائم و تيقظ و سهوله الإستثارة بمعني أن يصبح الشخص يقظا و حذرا بطريقة تجعله يشعر بالقلق والخوف والغضب .
- ضيق الصدر ونوبات الغضب .
- شعور دائم بالتأهب والاستنفار.
- جمود إنفعالي فيصبح المريض غير قادر علي البكاء أو الضحك أو التعبير عن مشاعره و يصبح غير قادر علي الشعور بشعور الآخرين و التفاعل معهم .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

- صعوبة في الإحساس و التعبير عن عاطفه إيجابيه كالسعاده و الحب .

٣-قوائم المشكلات الاجتماعية :-

- شعور بانفصال عن الواقع و كأن الآخرين غرباء عنه ولا ينتمي اليهم ولا ينتمي لهم .
- الشعور بالغربة و النفور من الآخرين .
- فقدان الإهتمام بالأنشطه التي كانت تعتبر قبل الإصابة بالمرض أنشطه ممتعه و محببه له فتجده أغلب الوقت جالسا وحيدا شاردًا صامتًا مذهبولا .
- تهدم في العلاقات الشخصية و المهنية في الحياة اليومية و العجز عن أدائها بمعني - تغيير في السلوك اليومي للفرد فيصبح غير قادر علي التواصل مع الآخرين بطريقة إعتيادية و يصبح عاجزا عن أداء عمله اليومي المعتاد.

٤-قوائم المشكلات الجسمية :-

- إضطرابات في النوم حيث قد يجد صعوبة في النوم أو يسهر الليل بطوله لينام ساعه أو ساعتين في النهار .
- صعوبة الدخول في النوم بطريقة طبيعية مع تكرار الأحلام و الكوابيس المتعلقة بالمرض.

- الشكوي المستمره من بعض الأعضاء الجسمية
في المناطق المختلفه من الجسم .
- فقدان الشهية و إنخفاض الوزن .
- إضطرابات في الهضم أو الإصابة بعسر
الهضم .
- الخدر في الجسم .

٥- قوائم المشكلات السلوكية:-

- إضطرابات غذائية فيمتنع المريض عن الطعام
أو يتناول الحد الأدنى الكافي لحياته اليومية .
 - سلوك تجنبى بمعنى أن المريض يتجنب كل ما
له علاقة بالمرض .
- من خلال قوائم المشكلات السابقة نستخرج الأهداف العلاجية طويلة
المدي و قصيرة المدي كالآتي :

جلسات البرنامج :

يتكون البرنامج من ١٩ جلسة بواقع جلستين أسبوعيا مدة الجلسة ٩٠ دقيقة ، بالإضافة إلي الجلسات الختامية والمتابعة وإستمر البرنامج لمدة ثلاثة شهور ثم إجراء المتابعة الأولي بعد ثلاثة أشهر من القياس البعدي والمتابعة الثانية بعد مرور ضعفي مدة العلاج أي بعد ثلاثة أشهر من المتابعة الثانية.

صدق البرنامج :

اعتمدت الباحثة علي صدق المحكمين حيث تم عرض مكونات البرنامج علي عشرة محكمين لإبداء آرائهم نحو ملائمة هذه المكونات و قد بلغت نسبة الإتفاق بينهم علي كل مكون ٨٠% .

اجراءات الدراسة:

١-تم تحكيم البرنامج العلاجي بعرضه علي عشرة من اساتذة علم النفس قبل البدء في تطبيقه علي أفراد العينة ، وقامت الباحثة بإجراء التعديلات بناء علي آراء السادة المحكمين للبرنامج .

٢-إختيار أفراد العينة و إجراء التجانس بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية علي مقياسي الإكتئاب ، حيث تم ضبط متغير الذكاء في المجموعتين إعتقادا علي إختباري الفهم و المفردات من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين و ذلك بهدف إستبعاد من تقل درجة ذكائهم عن المعدل الطبيعي علي هذه الإختبارات ، وكذلك تم ضبط متغير المستوي الاجتماعي - الإقتصادي من خلال تقدير المستوي الاجتماعي - الإقتصادي عن طريق مستويات مهن الوالدين ومستويات تعليمهم و الدخل و العمر .

٣-تم إجراء الجانب العملي في عام ٢٠٢٣ و هي تلك الفترة التي تم فيها إجراء القياس القبلي و البعدي ثم بعد ذلك إجراء المتابعة الأولى و يليها إجراء المتابعة الثانية .

٤-تم تنفيذ البرنامج علي أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة بواقع ١٩ جلسة بواقع جلستين أسبوعيا مدة الجلسة ٩٠ دقيقة ، بالإضافة إلي الجلسات الختامية و المتابعة واستمر البرنامج لمدة ثلاثة شهور ثم إجراء المتابعة الأولى بعد ثلاثة أشهر من القياس البعدي و المتابعة الثانية بعد مرور ضعفي مدة العلاج.

٥-حرصت الباحثة علي أن يكون الأسبوع الأول متضمنا جلستين بفاصل زمني يومان و ذلك ضمن إجراءات البرنامج الفعلية بهدف إستكشاف مدي دافعية الحالات لتلقي العلاج و مدي الإستعداد للمواظبة .

٦-إختبار فروض الدراسة و المعالجة الإحصائية .

٧-تفسير نتائج الدراسة .

خطة التحليلات الإحصائية :

اعتمدت الباحثة في المعالجة الإحصائية علي إستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPS, و تم إستخدام الأساليب الاتية :

١-المتوسطات و الإنحرافات المعيارية .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

٢- إختبار مان ويتني للفروق بين المتوسطات غير المرتبطة للعينات الصغيرة .

٣- إختبار ويلكسون للفروق بين المتوسطات المرتبطة .

٤- معادلة كوهين لحجم الأثر .

عرض نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول ومناقشته :

وينص الفرض علي مايلي :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة
التجريبية و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الاكتئاب لدي
عينه من مريضات الشره العصبي لصالح المجموعة التجريبية"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إستخدام إختبار مان ويتني لإيجاد
الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة)
علي مقياس بيك للإكتئاب

جدول (٩) نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في

القياس البعدي علي مقياس بيك

للاكتئاب

المتغير	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني	قيمه Z	مستوي الدلالة	حجم التأثير	مستوي التأثير
الاكتئاب	تجريبية	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٨٩	٠.٠٠١	٠.٩٨	قوي جدا
	ضابطة	٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠					
	المجموع	١٢							

من النتائج الموجودة بجدول (٩) يتضح أن قيمة (Z) لإختبار مان ويتني قد بلغت (٢.٨٩) وهي قيمة دالة عند المستوي المقبول (٠.٠٠١) و في ضوء ذلك يمكن القول : وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية ، و بذلك تتحقق صحة هذا الفرض .

توضح النتائج السابقة وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي بعد إنتهاء البرنامج العلاجي في إتجاه

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

تفوق المجموعة التجريبية ، حيث يظهر لنا من خلال التدقيق في الجدول السابق أن درجات المجموعة التجريبية انخفضت بشكل ملحوظ علي مقياس الإكتئاب و كان مستوي التأثير قوي جدا و هذا يدل علي التحسن الجوهري، مما يؤكد لنا فعالية البرنامج العلاجي في خفض الإكتئاب لدي مريضات الشره العصبي.

ويمكننا تفسير النتائج في ضوء النموذج المعرفي كما صاغه بيك ، حيث أن البرنامج العلاجي عمل علي تعديل الأفكار حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التي تثير أعراض الإكتئاب لدي المريضات ، بشكل يساعد علي خفض الإكتئاب لدي المرضي مما أدى إلي هذه النتائج.

أما عن تفسير النتائج في ضوء نماذج التعلم الاجتماعي ، نجد أن التعلم الإنساني و أغلب سلوكيات الإنسان متعلمة من خلال المشاهدة و التقليد و الإقتداء بسلوكيات الآخرين ، و يذكر باندورا أن الفرد يتعلم كثيرا من سلوكياته عن طريق المشاهدة و التقليد .

أما عن تفسير النتائج في ضوء النظرية الحيوية حيث ترى بعض النماذج النفسية الحيوية أن التعرض لضغوطات شديدة ينتج تغيرات عصبية كيميائية متنوعة . ويفترض أحد هذه النماذج أن الإصابة بالإكتئاب يزيد من إمتصاص النوربينفرين ، ويزيد من مستويات

كاتيكولامين البلازما في الدم وينخفض الدوبامين و السروتونين في الدماغ . و هذا الإنخفاض في نسبة النوربينفرين يجعل الفرد الذي يصاب بالإكتئاب غير قادر على الهرب مما يؤدي بدوره إلى إنخفاض نسبة الدوبامين ، وعندما يتكرر حدوث النوبة أو عند تذكر أى شئ يرتبط بها يصاب الفرد بالتبلد و الخدر كاستجابته تجاه المرض و قد تؤثر أعراضه العديدة والمتغيرة على الجوانب المختلفة من وظائف الجسد وقد يتضمن إعاقة معرفية ومشكلات عصبية نفسية بالإضافة إلي القدرة غير التكيفية العالية للمرض، إلى جانب حقيقة أنه يشخص عادة بأوائل مرحلة البلوغ. وقد يتسبب بإضطرابات نفسية خطيرة على المرضى، ولربما يكون للإضطرابات الوجدانية، وخاصة القلق والإكتئاب، تأثير قوى- ليس فقط على الجودة الكلية للحياة والحالة النفسية للمرضى، ولكن يمكن أيضا وأن تؤثر على علاقاتهم الإجتماعية والإلتزام بالعلاج والتكيف مع المرض. ولهذا السبب، فإن عدداً متزايداً من الدراسات قد ركزت على أهمية دعم مرضي الشره العصبي بالعلاج المعرفي السلوكي لمواجهة الصعوبات النفسية المترابطة مع المرض و خاصة الإكتئاب المنتشر بين مرضي الشره العصبي. (Inge, etal.,2019, 22-26)

نتائج الفرض الثاني ومناقشته :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة
التجريبية في القياسين القبلي والبعدى علي مقياس الاكتئاب لدى عينه
من مريضات الشره العصبي في اتجاه القياس البعدى "

جدول (١٠) نتائج الفروق بين القياس القبلي و البعدى داخل المجموعة
التجريبية علي مقياس بيك للإكتئاب

البعد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدالة
الاكتئاب	قبلي	-	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	٢.٢٣	٠.٠٥
		+	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	بعدى	=	٠				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١٠) يتضح أن قيمة (Z) لإختبار ويلكسون قد بلغت (٢.٢٣) و في ضوء ذلك يمكن القول : أنه وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدى علي مقياس بيك للإكتئاب ، و بذلك تتحقق صحة هذا الفرض

يظهر لنا من خلال النظر في الجدول السابق وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي و البعدي لدي مرضي المجموعة التجريبية المتلقين للبرنامج العلاجي مما يدعم كفاءة البرنامج العلاجي و فعاليتيه في تحقيق أهدافه ، و ذلك عند مستوى دلالة ٠.٠٥ وظهرت هذه الفروق في إنخفاض مستوى الإكتئاب لدي مرضي المجموعة التجريبية ، و ظهر أيضا في انخفاض مستوى المشاعر السلبية لديهم و تحسن النوم و إنخفاض مشاعر العزلة و أصبحوا أكثر قدرة علي الحديث عن المرض .وترجح أغلبية البحوث و الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب يعتبر علجا فعالا وإن لم يكن حاسما بين مرضى الشره العصبي (Roszak, et al., 2018 , 443)

نجد أن مرضي الشره العصبي الذين يعانون من الإكتئاب و بحسب إجماع الآراء فيما يخص علاج الإكتئاب ما بين مرضى الشره العصبي فإن الأساليب العلاجية العقاقيرية والعلاجية المعرفية السلوكية معاً كانوا أكثر فعالية في علاج الإضطرابات الناتجة عن المرض معاً .

(Milio & Kahana, 2020 , 6-8)

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

نتائج الفرض الثالث و مناقشته :

" لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي "

جدول (١١) نتائج الفروق بين القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الأولى) داخل المجموعة التجريبية علي مقياس بيك للإكتئاب

البعد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
الاكتئاب	بعدي	-	١	٥.٠٠	٥.٠٠	٠.٧٠٧	غير داله
		+	٤	٢.٥٠	١٠.٠٠		
	تتبعي ^١	=	١				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١١) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٠.٧٠٧) و هي قيمة غير دالة مما يدل علي عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) مما يدل علي كفاءة البرنامج و إستمرار تحسن العينة .

ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) بين مرضي المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب ، بمعنى أن هناك إستمرار للتحسن في المجموعة ، والتراكم العلاجي شديد مما يدعم فكرة إستمرار التحسن و تأثير البرنامج و عدم وجود انتكاسات بعد مرور ثلاثة أشهر مدة المتابعة الأولى .

تعد النتيجة السابقة هي بمثابة مؤشر هام لبقاء أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من الأعراض الإكتئابية ، و من خلال النتيجة السابقة تستطيع الباحثة أن تستنتج أمرا هاما و هو أن إستمرار المتابعة لفترات أطول سينعكس بالتالي علي مستوى التحسن إيجابيا ، و يؤكد علي ذلك ما أشار اليه (Roszak 2018) من أن العلاج المعرفي السلوكي ذو كفاءة عالية في خفض مستوى الأعراض الإكتئابية علي المدي الطويل من المتابعة و يستمر هذا التحسن و ينسحب علي جوانب أخرى من حياة المريض .

نتائج الفرض الرابع و مناقشته :

" لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) علي مقياس الإكتئاب لدي عينه من مريضات الشره العصبي "

جدول (١٢) نتائج الفروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية داخل المجموعة التجريبية علي مقياس بيك للإكتئاب

البعد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
الاكتئاب	بعدي	-	١	٤.٥٠	٤.٥٠	٠.٨٢٨	غير داله
		+	٤	٢.٦٣	١٠.٥٠		
	تتبعي ^٢	=	١				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١٢) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٠.٨٢٨) و هي قيمة غير دالة مما يدل علي عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) مما يدل علي كفاءة البرنامج و استمرار تحسن العينة .

ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الثانية)بين مرضي المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب ، بمعني أن هناك استمرار للتحسن في المجموعة ، و التراكم العلاجي شديد مما يدعم فكرة استمرار التحسن و تأثير البرنامج و عدم وجود انتكاسات بعد مرور ستة أشهر مدة المتابعة الثانية .

ويمكن تفسير النتيجة السابقة في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي المستند علي العلاج المعرفي السلوكي في الإستفادة من تنمية الخبرات و التجارب الحية التي مرت بها أفراد المجموعة التجريبية طيلة مدة البرنامج و إكتسابهم مجموعة من الممارسات السلوكية الصحيحة المستمدة من العمل علي إعادة تشكيل البنية المعرفية و الفكرية وفق طريقة تعمل علي تصحيح الأمور ، و التفكير بطريقة عقلانية في عواقب السلوكيات الإكتئابية و استبدال الافكار السلبية الغير منطقية و التي تتبناها الحالات حول أنفسهن و حول الآخرين في المجتمع بأفكار أكثر إيجابية و منطقية ، و إستمرار التمسك بتلك الأفكار لدي أفراد المجموعة التجريبية حتي بعد نهاية فترة العلاج و عند إجراء القياس التتبعي .، و يدعم النتيجة السابقة ما توصلت إليه دراسة دراسة ماريا و آخرون (2024) Maria, etal حيث أشارت النتائج إلي فعالية هذا النوع من العلاج في حل مجموعة من المشاكل السلوكية المرتبطة بالافكار السلبية اللامنطقية بعد مرور فترة الدراسة التتبعية .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

وتتفق الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة دراسة كيسر و اخرون **Kesser etal (2021)** من فعالية فنيات لعب الدور و المحاضرة و المناقشة و الأنشطة التمثيلية و الترفيهية و الرياضية في إستمرار أثر البرنامج بعد القياس البعدي و حتي فترة القياس التتبعي .

ثالثا: نتائج تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر المريضات أنفسهم، والأهل والمقربين: حتي تتمكن الباحثة من إثبات تأثير البرنامج العلاجي استخدمت أسلوب التقرير الذاتي مع المرضى، وأهلهم، لمعرفة هل حدث إنخفاض و تحسن في مشكلات المرضى أم لا وسنتناول ذلك فيما يلي :

نعرض في الجدول التالي الفروق داخل المجموعة التجريبية في التقرير الذاتي لمدي التحسن في الأعراض من وجهة نظر المرضى انفسهم و من وجهة نظر أسرهم في القياس القبلي والبعدي و التتبعي (المتابعة الأولى والثانية) .

نتائج الفرض الخامس ومناقشته :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التقرير الذاتي من قبل المجموعة التجريبية الخاصة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر المريضات و أسرهم "

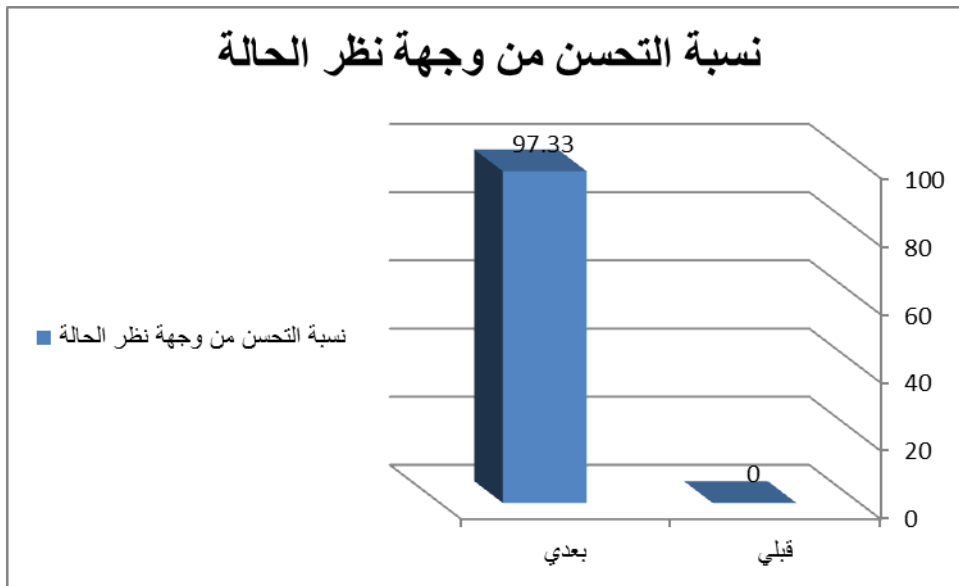
جدول (١٧) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي عن مدي التحسن وإنخفاض حدة أعراض الإكتئاب من وجهة نظر المرضى انفسهم في القياس القبلي والبعدى.

المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الحالة	قبلي/ بعدى	+	صفر	صفر	صفر	٢.٢١	٠.٠٥
		-	٦	٣.٥	٢١.٠٠		
		=	صفر				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١٧) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٢.٢١) وفي ضوء ذلك يمكن القول : أفرت المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي بالشعور بالتحسن و انخفاض الاكتئاب مما يدل علي كفاءة البرنامج العلاجي و ذلك من وجهة نظر المرضى انفسهم.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

شكل رقم (١) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياس القبلي و البعدي داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي من وجهة نظر الحالات انفسهم .



يوضح لنا الشكل السابق تفوق المجموعة التجريبية و التي تلقت جلسات البرنامج العلاجي، حيث نري من خلال هذه النتائج مدي شعور المرضى بتحسّنهم بعد إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي مما يدعم إستمرار التحسن بعد إنتهاء البرنامج العلاجي ، بشكل يؤكد ارتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج .

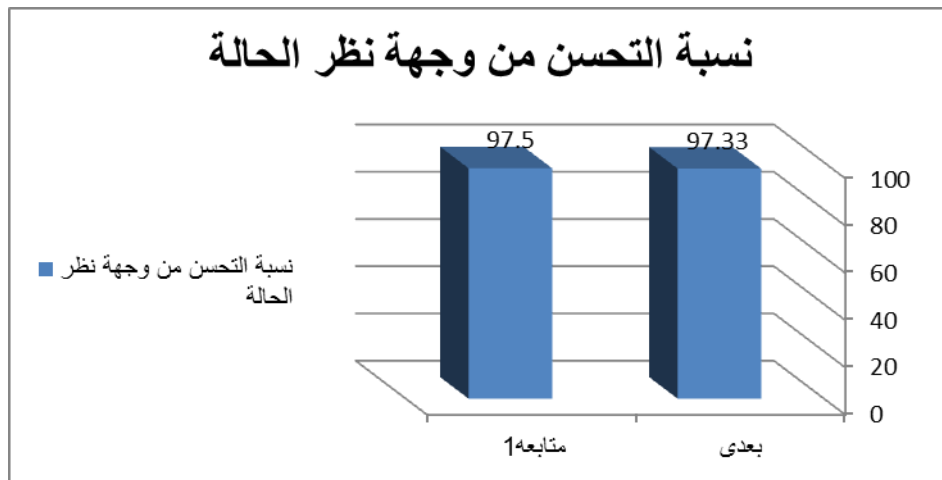
جدول (١٨) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي لمدي التحسن في خفض حدة الإكتئاب من وجهة نظر المرضى انفسهم في القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الأولي)

المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الحالة	بعدي / متابعة ١	+	٢	٣	٦.٠٠	٠.٣٨	غير دالة
		-	٢	٢	٤.٠٠		
		=	٢				
	المجموع		٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١٨) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٠.٣٨) وفي ضوء ذلك يمكن القول : أقرت المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي بإستمرار الشعور بالتحسن و انخفاض الإكتئاب مما يدل علي إستمرار كفاءة البرنامج العلاجي و عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولي) و ذلك من وجهة نظر المرضى انفسهم.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

شكل رقم (٢) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولي) داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي من وجهة نظر الحالات انفسهم



يوضح لنا الشكل السابق تفوق المجموعة التجريبية و التي تلقت جلسات البرنامج العلاجي، حيث نري من خلال هذه النتائج مدي شعور المرضى انفسهم بالتحسن بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولي) مما يدعم استمرار تأثير البرنامج العلاجي و خلال فترة المتابعة الأولي مما يدعم شدة تأثير البرنامج العلاجي لمدة إستمرت حتي ثلاثة أشهر من إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي ، بشكل يؤكد ارتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج ، و عدم حدوث أي إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي بثلاثة أشهر أي بعد ضعف مدة العلاج من وجهة نظر المرضى انفسهم.

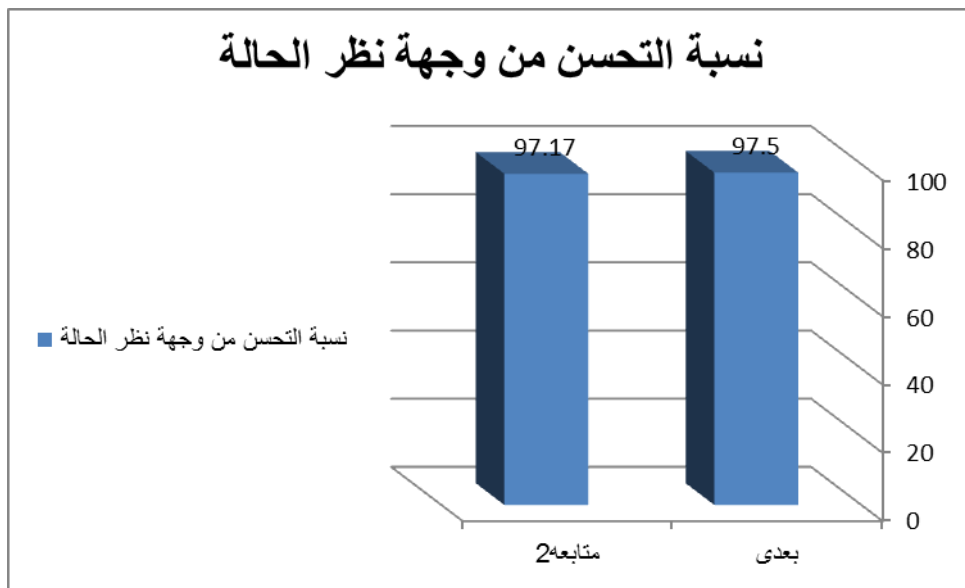
جدول (١٩) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي لمدي التحسن في خفض حدة الإكتئاب من وجهة نظر المريضات انفسهم في القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) .

المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الحالة	بعدي / متابعة ٢	+	١	٢.٠٠	٢.٠٠	٠.٤٤	غير دالة
		-	١	١.٠٠	١.٠٠		
		=	٤				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (١٩) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٠.٣٨) و في ضوء ذلك يمكن القول : أقرت المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي بإستمرار الشعور بالتحسن و انخفاض الإكتئاب مما يدل علي إستمرار كفاءة البرنامج العلاجي و عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) و ذلك من وجهة نظر المرضى انفسهم.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

شكل رقم (٣) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياس البعدي و المتبعي (المتابعة الثانية) داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي



يوضح لنا الشكل السابق مدي شعور المرضى انفسهم بالتحسن بعد إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي و المتبعي (المتابعة الثانية) مما يدعم إستمرار تأثير البرنامج العلاجي و خلال فترة المتابعة الثانية مما يدعم شدة تأثير البرنامج العلاجي لمدة إستمرت حتي ستة أشهر من إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي ، بشكل يؤكد ارتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج ، و عدم حدوث اي انتكاسة بعد إنتهاء

البرنامج العلاجي بستة أشهر أي بعد ضعفي مدة العلاج من وجهة نظر المرضى أنفسهم.

جدول (٢٠) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي لمدي التحسن في خفض حدة الإكتئاب من وجهة نظر الالهل في القياس القبلي و البعدي .

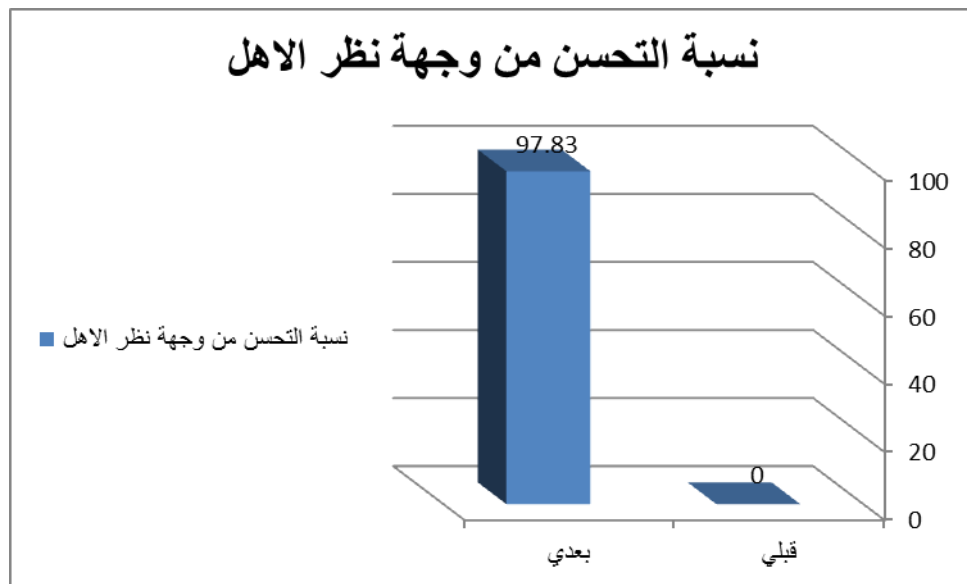
المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الالهل	قبلي/ بعدي	+	صفر	صفر	صفر	٢.٢١	٠.٠٠٥
		-	٦	٣.٥	٢١.٠٠		
		=	صفر				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (٢٠) يتضح أن قيمة (Z) لإختبار ويلكسون قد بلغت (٢٠٢١) و في ضوء ذلك يمكن القول : أن أسرة و أهل المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي قد أقروا ر بالتحسن و انخفاض الإكتئاب لدي المرضى الذين تلقوا العلاج مما يدل

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

علي كفاءة البرنامج العلاجي ووجود فروق بين القياس القبلي و البعدي و ذلك من وجهة أهل المرضى.

شكل رقم (٤) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياس القبلي و البعدي داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي من وجهة نظر الاهل و المقربين



يوضح لنا الجدول السابق مدي شعور أهل المرضى بتحسّنهم بعد إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي مما يدعم إستمرار التحسن بعد إنتهاء البرنامج العلاجي ، بشكل يؤكد إرتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج .

جدول (٢١) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي لمدي التحسن في خفض حدة الإكتئاب من وجهة نظر الالهل و المقربين في القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الأولى) .

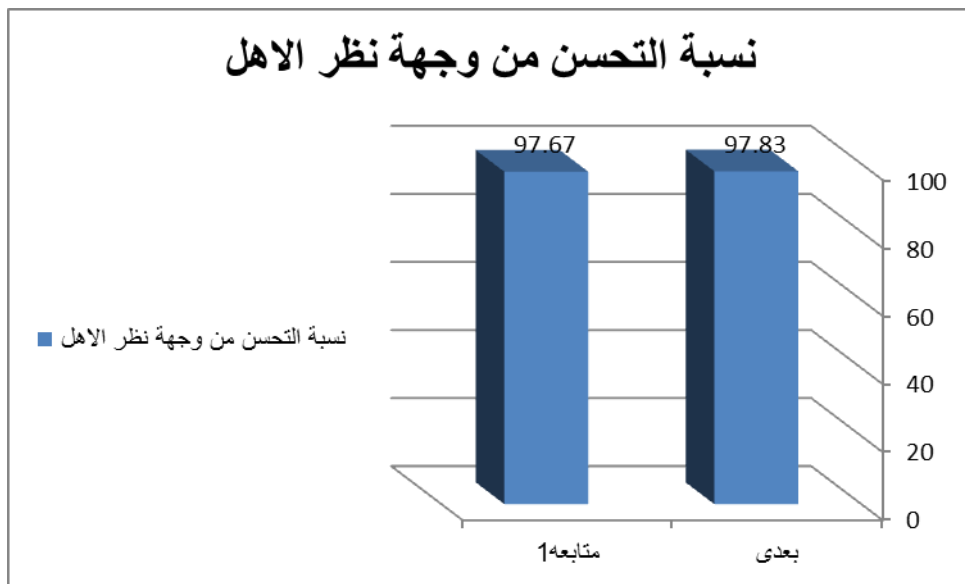
المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الالهل	بعدي / متابعة ١	+	٢	٣.٥	٧.٠٠	٠.١٤	غير دالة
		-	٣	٢.٦٧	٨.٠٠		
		=	١				
	المجموع		٦				

من النتائج الموجودة بجدول (٢١) يتضح أن قيمة (Z) لإختبار ويلكسون قد بلغت (٠.١٤) و هي قيمة غير دالة و في ضوء ذلك يمكن القول : أن أسر و أهل المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي قد أفروا بإستمرار الشعور بالتحسن و إنخفاض الإكتئاب لدي المرضى الذين تلقوا العلاج و أنه لم تظهر فروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) مما يدل علي إستمرار كفاءة البرنامج

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

العلاجي و عدم وجود فروق بين القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الاولى) وذلك من وجهة أهل المرضى.

شكل رقم (٥) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الاولى) داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي من وجهة نظر الاهل و المقربين .



يوضح لنا الجدول السابق مدي إستمرار شعور أهل المرضى بتحسن الحالات بعد إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) مما يدعم إستمرار تأثير البرنامج العلاجي و خلال فترة المتابعة الأولى مما يدعم شدة تأثير البرنامج العلاجي لمدة استمرت حتي ثلاثة أشهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي ، بشكل

يؤكد ارتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج ، و عدم حدوث أي إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي بثلاثة أشهر أي بعد ضعف مدة العلاج من وجهة نظر المرضى انفسهم.

جدول (٢٢) يوضح الفروق داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي لمدي التحسن في خفض حدة الإكتئاب من وجهة نظر الالهل و المقربين في القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) .

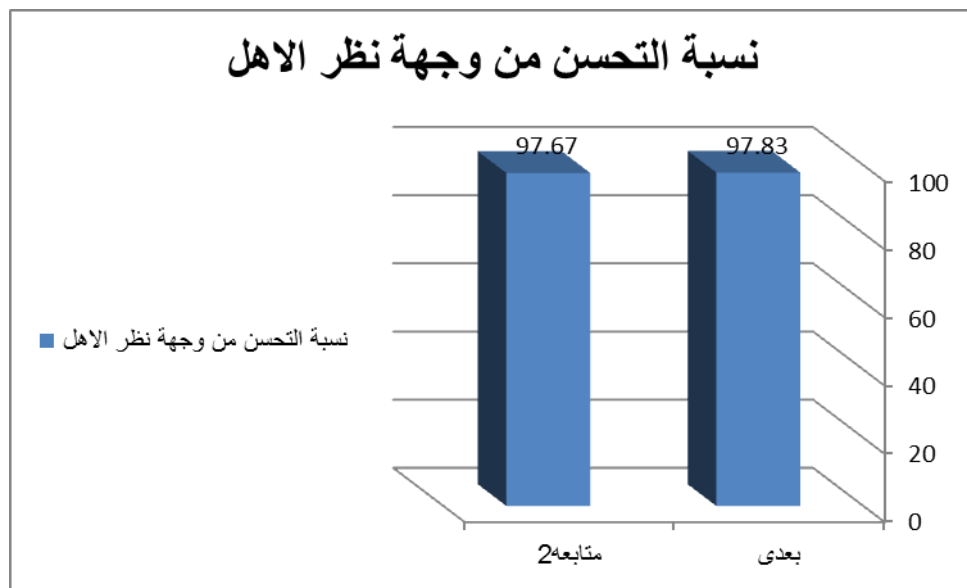
المتغير	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
نسبة التحسن من وجهة نظر الالهل	بعدي / متابعة ٢	+	صفر	صفر	صفر	صفر	غير دالة
		-	صفر	صفر	صفر		
		=	٦				
		المجموع	٦				

من النتائج الموجودة بجدول (٢٢) يتضح أن قيمة (Z) لاختبار ويلكسون قد بلغت (٠) وهي قيمة غير دالة و في ضوء ذلك يمكن

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

القول : أن أسرة و أهل المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي قد أقرروا بإستمرار الشعور بالتحسن و إنخفاض الإكتئاب لدي المرضى الذين تلقوا العلاج وأنه لم تظهر فروق بين القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الثانية) مما يدل علي إستمرار كفاءة البرنامج العلاجي و عدم وجود فروق بين القياس البعدي و المتابعة الثانية و ذلك من وجهة أهل المرضى.

شكل رقم (٦) يوضح التمثيل البياني للفروق بين القياس البعدي والتتبعي (المتابعة الثانية) داخل المجموعة التجريبية علي مقياس التقرير الذاتي من وجهة نظر الاهل و المقربين.



يوضح لنا الجدول السابق مدي شعور أهل الحالات بالتحسن بعد إنتهاء جلسات البرنامج العلاجي في القياس البعدي و التتبعي (المتابعة الثانية) مما يدعم إستمرار تأثير البرنامج العلاجي و خلال فترة المتابعة الثانية مما يدعم شدة تأثير البرنامج العلاجي لمدة استمرت حتي ستة أشهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي ، بشكل يؤكد إرتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج ، و عدم حدوث أي إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي بستة أشهر أي بعد ضعفي مدة العلاج من وجهة نظر المرضى أنفسهم.

تعليق عام علي نتائج الدراسة :

النتائج السابقة يمكن ايجازها فيما يلي : أن البرنامج العلاجي ذو فعالية و تأثير و ذلك من وجهة نظر المرضى أنفسهم و الأهل و المقربين في خفض الإكتئاب لدي مريضات الشره العصبي ، حيث أثبتت نتائج الدراسة ما يلي :

- ١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي علي مقياس بيك للإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي في اتجاه القياس البعدي .

٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (المتابعة الأولى) علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي .

٤- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي (المتابعة الثانية) علي مقياس الإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي.

٥- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التقدير الذاتي من قبل المجموعة التجريبية الخاصة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر المريضات وأسرههم لصالح المجموعة التجريبية

فقد حاول ال البحث الحالي أن يسهم في مجال العلاج النفسي بشكل عام ، و العلاج المعرفي السلوكي علي وجه الخصوص ، فقد اسهمت الدراسة الراهنة في ارساء عدد من الأسس النظرية ، و الإجراءات التطبيقية في مجال العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور . كما حاولت الدراسة استكشاف العلاقات التفاعلية بين كل مكونات العلاج المعرفي السلوكي و مدي اهميتها في العملية العلاجية ، و مدي إسهام هذا التفاعل في إحداث التحسن و إستمراره عبر الزمن .

حيث عملت الدراسة الراهنة علي اكتشاف مدي كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الأعراض المرضية و الجوانب

المرتبطة بالإكتئاب لدي عينة من مريضات الشره العصبي. وعلي الرغم من عدم امكانية العديد من البحوث من تحديد حجم الاسهام النسبي بشكل دقيق لكل من العلاج المعرفي السلوكي و العلاج الدوائي في تحسين اعراض الاكتئاب الاساسي ، فإنه تم تأكيد هذا الإسهام لكل منهما بمقادير مختلفة التأثير- كيفيا - عبر المراحل العلاجية سواء فيما يتعلق بالتحسن أو احتمالات القابلية للإنتكاس ، و يشير ذلك إلي :

١- أن العلاج الدوائي يساعد عل تقبل المرضي و إعدادهم للعلاج النفسي عموما خاصة بالنسبة للحالات الحادة ، لما يؤديه من دور في خفض اعراض الاكتئاب بشكل اسرع .

٢- أن كفاءة هذا النوع من العلاج تتزايد عندما يكونا متزامنين ، و تظهر هذه الكفاءة واء فيما يتعلق بسرعة و مستوي التحسن و استمراره بعد العلاج او الوقاية من الانتكاس .

كما اسهم البحث الحالي في بيان مدي الحاجه لزيادة و تكثيف الاجراءات العلاجية الخاصة بالجوانب الاجتماعية و المعرفية (توكيد الذات و حل المشكلات) في سياق البرامج العلاجية حيث انها تستغرق وقتا اطول حتي حدوث التحسن نظرا لانها تتطلب قدرا اعلي من التدريب و مستوي من العمليات و المهارات المعرفية أكثر تعقيدا .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

وقد حاول البحث الحالي تأكيد أن العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي ، يقوم علي إعادة تعليم المريض كيفية معالجة المعلومات المتوفرة في المواقف الحياتية ، الحافزة لظهور الإكتئاب و استمراره ، من خلال عدد من الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية .

كما يعد تصميم و اعداد و تجريب برنامج للعلاج المعرفي السلوكي وفقا للأسس النظرية للنظريات المعرفية و السلوكية متضمنا أساليب المساعدة الذاتية كأحد الاساليب ذات الكفاءة العلاجية ، و تضمن ذلك ما يلي :

١-وضع اطار عام للبرنامج العلاجي متعدد المراحل حيث اشتمل علي المرحلة التمهيدية ، قبل العلاجية ، المرحلة العلاجية ، مرحلة الوقاية من الانتكاس ، و يمكن استخدام هذا الاطار في اعداد برامج علاجية اخري لعديد من الاضطرابات النفسية.

٢-و تصميم البرنامج العلاجي وفقا لاجراءات عامة و نوعية محددة تتضمن الاساليب و التدخلات العلاجية الملائمة بناءا علي كفاءة هذه التدخلات في علاج الاكتئاب لدي عينة مريضات الشره العصبي.

المقترحات و التوصيات:

ثم تختتم الباحثة في هذا الجزء بالقول أن البحث الحالي يمهد لدراسات لاحقة في هذا المجال و من البحوث المقترحة ما يلي :

- تأثير ممارسة الأنشطة كمتغير وسيط في العلاقة بين الاصابة بالمرض و تحسين التوافق النفسي لمرضي الشره العصبي .
- مدي فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض اضطراب صورة الجسم لدي مرضي الشره العصبي
- مدي فعالية برنامج تأهيلي لتنمية المهارات الاجتماعية لدي مرضي الشره العصبي.
- مدي فعالية برنامج للعلاج السلوكي في خفض المخاوف الشائعة لدي مرضي الشره العصبي.
- مدي فعالية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور لأسر المريضات في تحسين مستوى المساندة الاجتماعية و النفسية لدي المريضات .
- العلاقة بين وجهة الضبط الداخلي و الخارجي و اضطراب صورة الجسم لدي المريضات بالشره العصبي.
- تطبيق إجراءات الأسلوب العلاجي كما تم عرضه في سياق البحث الحالي بإستخدام البرنامج العلاجي علي فئات عمرية

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

مختلفة (الطفولة - و المراهقة - كبار السن) و ذلك للوقوف علي :

١-مدي ملائمة العلاج المعرفي السلوكي لهذه الفئات العمرية وفقا للإجراءات الحالية للبرنامج بشكل عام .

٢-مدي أختلاف النواتج العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في كل مرحلة عمرية .

٣-هل هناك متغيرات إرتقائية تؤثر علي الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي ؟

- إجراء بحوث عن مدي ملائمة اسلوب العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في شفاء أنواع أخرى من الإضطرابات الإنفعالية ، او إضطرابات نفسية أخرى .
- دراسة مقارنة للفروق بين الجنسين عن مدي تقبل العلاج ، و المواظبة ، وحجم التسرب، وإختلاف النواتج العلاجية لكل منها .
- دراسات تتعلق بثبات التأثير العلاجي عبر الزمن و القابلية للإنتكاس من خلال فترات متابعة طويلة المدي (من عام إلي عامين) .
- دراسة العوامل التي تؤدي إلي زيادة إحتتمالات القابلية للإنتكاس لكل من نوعي العلاج بما يعين علي وضع برامج وقائية لاحقة للبرامج العلاجية .

- دراسة عن نوع و مستوى التحسن وإخلافه من مريض إلي مريض آخر بعد التعرض للبرامج العلاجية ذاته و العوامل التي تؤدي إلي هذا الإختلاف .
- دراسة عن حجم تأثير التفاعلات المتبادلة بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي في كل المراحل العلاجية و ما هو التأثير النسبي لها مرحليا .
- إجراء دراسات لاختبار فعالية العلاج المعرفي - السلوكي مقارنة مع أساليب علاجية أخرى في علاج الإكتئاب لدي مرضي النهام العصبي.
- إجراء دراسة مسحية لمعرفة مدي إنتشار مرض الشره العصبي في مصر .
- إعداد برامج علاجية للاضطرابات النفسية المصاحبة للشره العصبي.
- إجراء دراسات خاصة للكشف عن اضطرابات الاكل و هل هناك فروق بين الذكور والإناث في الإستجابة للبرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي .

قائمة المراجع

أولا : قائمة المراجع العربية :

الصبوة ، محمد و يوسف ، جمعة (٢٠٠٦) . دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية ، القاهرة ، ايتراك للنشر و التوزيع .

الدسوقي ، مجدي (٢٠٠٧) : اضطرابات الأكل، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

الشربيني ، زكريا (٢٠٠٨) : المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي، ص ص ١٤٧-١٥٠.

السيد ، عمر (٢٠٠٨) : العلاقة بين الوحدة النفسية واضطرابات الأكل لدي المراهقين المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة بنها.

الهويش، فاطمة (٢٠١١) : فقدان الشهية العصبى وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلاب والطالبات، دراسات نفسية، مجلد ٢١، عدد ٢، ص ص ٢٧٧ - ٣٠٥ .

الزغاليل ، أحمد (٢٠٠٩) : مشكلة اضطرابات الأكل عن طلبة الجامعة ومدى الاختلاف في اتجاهاتهم نحو ذلك تبعاً لبعض المتغيرات

الديموغرافية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد ١٠، العدد الأول،
ص ص ١٦٩ .

شقيق ، زينب (٢٠٠٢) : إحذر اضطرابات الأكل، الشره العصبي،
السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبي، مجلد ٢، القاهرة، مكتبة
النهضة المصرية .

عكاشة أحمد و عكاشة طارق (٢٠٠٩) : الطب النفسي المعاصر،
القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٥٩٩-٦٠٣ .

عبد الموجود ، سيد (٢٠٠١) : اضطرابات الأكل لدى المراهقين
والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية، علم النفس، العدد ٥٩،
السنة الخامسة عشر، ص ص ١٥٦-١٦٣ .

عيسي ، إسماعيل (٢٠٠٦) : دافعية الإنجاز والإقدام علي المخاطره
لدي ذوات فقدان الشهية والشره العصبي والعاديات من المراهقات "
دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة
طنطا .

عبد الله ، عادل (٢٠٠٠) . العلاج المعرفي السلوكي (أسس،
تطبيقات)، القاهرة، دار الرشاد.

عبد الرحمن ، محمد (١٩٩٨) :دراسات في الصحة النفسية، ، القاهرة
، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الإكتئاب

محمد ، محمد (٢٠١٠) : اضطرابات الأكل لدى ذوي الاحتياجات الخاصة (رؤية اكلينيكية)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، .

مصطفى ،محمود (٢٠٠٩) . العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب " برنامج علاجي تفصيلي " ، القاهرة ، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع .

موسي ، رشاد (٢٠٠٣) : التنبؤ بالشره العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية لدى المراهق الأزهري، مجلة التربية، العدد، ١١٨، ص٦٠.

Angol,Erkanli, Fairbank &Burns (2018): Psychiatric disorder, impairment and service use inrural aAfrican American and white youth. Archives of General Psychiatry.v59,pp 893-901

Anna , Natalia , Agata, Graczy, kowska , Gerhard & Andersson (2023). The effect of internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression and anxiety on quality of life: A meta-analysis of randomized controlled trials. Internet Interventions, v33,pp14-17

Abubakr, Iris ,Yuefan, Shao , MPH , Kyle & Ganson(2024). The Association of Screen Time With Binge-Eating Disorder Among Adolescents in the United States: The Mediating Role of Depression

Symptoms, Journal of Adolescent Health, v52,pp88-84.

Ani

, Keshishian , Nassim, Tabri , Kendra, Becker , Debra L, Franko & David(2021). Comorbid depression and substance use prospectively predict eating disorder persistence among women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Behavioral and Cognitive Therapy,33,pp44-47.

Brooke

, Donna , Christine, Christianne, Cheng , Jaimie & Davis (2021). The mediating role of emotional eating in the relationship between perceived stress and dietary intake quality in Hispanic/Latino adolescents. Eating Behaviors, v44,pp35-41.

Caroline, Christian, Stephanie , Zerwas& Cheri (2024). The Unique and Moderating Role of Social and Self-Evaluative Factors on Perinatal Eating Disorder and Depression Symptoms. Behavior Therapy, v12,pp98-101.

Carlbring, Andersson, Cuijpers, Taylor & Francis(2020). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Behavior Therapy, v22,pp99-103.

Engel , Vilhelmsen , Richter , Moritz & Ryynänen(2023). Psychological factors affecting eating disorders. Appetite,200,pp65-68.

Freedman, Peter, Lewis & Tamminga (2013). "The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns". *The American Journal of Psychiatry*. 170 (1): 1–5.

Gamze & Berfin(2024) . Relationships among alexithymia, psychological distress, and disordered eating behaviors in adolescents. *Appetite*,200,pp211-214.

Harvard Medical School,USA(2012).Eating disorders in adult women. *Harvard Women Health Watch*,28(9)pp1-3.

Inge, Brechan, Ingela, Lundin& Kvalem (2019). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*,v19,pp22-26

Janina , Dorron, Philipp , Ulrich, Patrick & Peter (2019).Treatment interventions based on cognitive behavioral therapy Patients with bulimia nervosa . *Behavior Therapy*,Vol 85(14) , pp47-65.

Jick , Joane , Michel , Andre M & Andre L (2020) . Cognitive behavioral therapy for common psychological disorders among women with bulimia nervosa . *Behavior Modification*, Vol 30(4) ,pp 383-410 .

Jessamine, Viviana, & Diana (2022). Advances in the Psychological Management of Older Adult Mental Health. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, v44,pp88-89.

- Katherine**
, Henderson , Nicole , Annick & Nicholas(2022).
Coping in adolescents: A mediator between stress and
disordered eating. Eating Behaviors, v74,pp125
- Kesser, Kirchner , Lara & Moss(2021). Psychological**
therapy reduces depressive symptoms and improves
psychological adjustment for patients with bulimia
nervosa. Eating Behaviors, v33,pp90-101.
- Lorio , Moressa& Zenarro (2022). Intervention with**
treatment to improve the quality of life for eating
disorders" Bulimia nervosa " : Psychol Rep ,Vol
107(2) ,pp 655-660.
- Manuel , Resendez , Stacey , Winham , Francisco ,**
Romo& Barboza(2022). Quantification of diet quality
utilizing the rapid eating assessment for participants-
shortened version in bipolar disorder: Implications
for prospective depression and cardiometabolic
studies. Journal of Affective Disorders, v201,pp55-58.
- Meg , Lenka, Laurie, Wideman , Jessica**
&Dollar(2020). Associations between eating
behaviors, diet quality and body mass index among
adolescents. Eating Behaviors, v34,pp99-102.
- March &Grose (2011).Bulimia nervosa. Cinahi**
Information systems, pp 1-2.
- Moher Jimenez& Hart (2020) . Cognitive-behavioral**
treatment for depression among bulimia nervosa

patients...a systematic review, Arch GenPsychiatry ,Vol 62 (9), 398-410.

Marino, Martin & Lisa (2023) The effect of cognitive behavioral therapy on improving the quality of life in people with bulimia nervosa" jornal of behavior medicin, Vol 14 (248) ,pp 419- 422.

Maria, Catarina, Heidi, Franchesca, Colleen & Paola (2024). Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for women with bulimia nervosa, Scientific Reports ,Vol 7(2) ,pp 88-94.

Milio & Kahana (2020). bulimia nervosa, ganetics and the environment " autoimmun Rev,Vol 13(6) , pp5-12.

Rea, Pillai, Patel, Rajesh & Balkrishnan(2023). Risk factors and strategies for prevention of depression, anxiety and eating disorders among adolescents during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: a review. Global Health Journal, , v66,pp320-322.

Roszak ,Baczyk, Pierchal , Horyniecki , Majchrza , Mutryan , Kosalka, Michalski , Pyszak&Wach (2018) .quality of life in people with bulimia nervosa association with clinical features fatigue and depressive syndrome . PsychiatriaPloska ,Vol 2(3) ,pp 433-440.

Schechtman ,Avnon &Jeczmiem (2006). Psychological disorders associated with eating disorders : specific

impairment or general distress related deficiency.
Depression and Anxiety, 23, pp 331-339
Schulherr (2008).Eating disorders, wiley publishing.
Inc., Indiana polis, Indiana.
Schechtman, John, Cruz & Marcolino (2022).
Investigation of the relationship between Identity
crisis and eating attitude in patients diagnosed with
bipolar disorder, . [Eating Behaviors](#), v43,pp820-844.