



جامعة عباس لغرور - خنشلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس



شعبة علم النفس

تخصص: عيادي

الرقم التسلسلي:

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على الوحدات (Modular Cbt) في
تخفيف أعراض الاكتئاب عند الأطفال: دراسة ميدانية على عينة من الأطفال

**The Effectiveness of a Modular Cognitive Behavioral Therapy
(Modular CBT) Program in Reducing Depressive Symptoms in
Children: A Field Study on a Sample of Children**

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

دريسي توفيق

إعداد الطلبة:

- بلعربي ليندة

- بوصلاح كريمة

أعضاء لجنة المناقشة

| الاسم واللقب | الرتبة | الصفة |
|----------------|--------------------|-------------|
| عبد الحفيظ جدو | أستاذ محاضر أ | رئيسا |
| توفيق دريسي | أستاذ مساعد قسم ب_ | مشرفا ومقرا |
| معروف لمنور | أستاذ محاضر أ | مناقشا |

الموسم الجامعي: 2025/2024





اهداء

طلب العلم فريضة، والعلم لاحد له، فلا العمر عائق ولا الظروف حجة، بل الإرادة وحدها تصنع الطريق.
الى روح أمي الغالية، التي رحلت عن الدنيا، وبقيت تسكن قلبي، ودعواتها تضيء دربي، يا من كنت الحياة.
أهدي هذا التخرج لك ولعينيك التي لم تشهدا لحظة الحصاد، لكنهما زرعتا البذور الأولى.
أمي التي علمتني أن طريق العلم ليس له عمر، وأشعلت في قلبي شغف المعرفة والصبر على المدى الطويل.
رغم رحيلك تبقى كلماتك نورا يهديني في كل خطوة. رحمك الله يا غاليتي.
الى خالتي التي كانت دوما بجانبني، وتزرع في قلبي الأمل والقوة.
الى أبي الذي كان السبب في وجودي.

الى زوجي رفيق دربي كنت السند والصوت الذي شجعني على النجاح،
الذي امن بي أكثر مما امنت بنفسي.
الى بناتي الصغيرات: **فرح، فردوس، نرمين**... أنتم النور الذي أثار طريقي، والحلم الذي لا ينتهي. من أجلكن تحملت التعب، وثابرت في وحب العلم، فكل حرف في المذكرة كتب وفي قلبي أمنية أن تفتخرن بي يوما، وتتبعن طريقي.
أهدي لكن هذا النجاح ليكون فخرا يحمل أسماءكم.
الى كل صديقاتي وأحبابي وزميلاتي في العمل، الى كل من كان لي السند والرفقة في رحلة العلم، الى كل من شاركني الضحك والدموع.
الى كل من امن بي، وامن بالعلم.



2025



اهداء

الحمد لله أولاً وآخرًا، ظاهرًا وباطنًا، الذي ألهمني الصبر ومنحني القوة وسدد خطاي في كل درب سلكته.
إلى أمي الحبيبة، نبع الحنان، وسندي الأول في الحياة... يا من غرست في قلبي حب العلم، ووهبتني من وقتك وجهك
ودعواتك ما لا يُحصى، لك كل الشكر والامتنان ما حييت.

إلى روح أبي الغالي، ذلك الحاضر الغائب، الذي لا تزال كلماته تسكن وجداني، ونصائحه تنير طريقي... وإلى عمي
العزیز، الذي ترك في قلبي بصمة لا تُنسى... أهدي هذه الصفحات لروحكما الطاهرتين، عسى أن يكون هذا العمل
صدقةً جاريةً في ميزانكما.

إلى زوجي الحبيب، الشريك، والسند، والرفيق في كل التفاصيل... كنت دائمًا خلف كل خطوة، تذلل الصعاب وتغفر لي
بعطائك اللامحدود. هذا النجاح ثمرة دعمك وإيمانك بي، فلك مني محبة لا تنتضب وامتنان لا ينتهي.

وإلى أبطال الصغار، **كنان ولقمان**، أنتما روحي التي تمشي على الأرض، ونبض قلبي الذي لا يخفت... لأجلكما
أكتب، وأتعلم، وأكبر، فكونا دائمًا فخورين بأمكما كما أنا فخورة بكما.



2025



شكر وعرافان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله تيسر الأمور وتتحقق الغايات. نتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان لكل من كان له الأثر الطيب في انجاز هذا العمل، ولكل من قدم لنا الدعم والمساندة خلال فترة اعداد المذكرة. نتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير والعرافان الى الأستاذ الفاضل **دريسي توفيق** مشرف هذا العمل، الذي كان نعم المرشد والداعم، على التوجيهات القيمة، والصبر والمتابعة المستمرة، لقد كان دعمه العلمي والانساني مصدر الهام وتحفيز دائم لنا، والذي كان له الأثر الكبير في تطوير هذا العمل وتحقيق أهدافه، كما لايفوتنا أن نتوجه بالشكر لكل أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس، على ماقدموه لنا من علم ومعرفة.

كما نشكر العائلة الكريمة التي منحتنا القوة والدعم في كل خطوة. نشكر كل من ساندنا ولو بكلمة، وكل من امن بقدراتنا، وساندنا في مسيرتنا العلمية.



مستخلص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال. وقد تم اعتماد المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي، على عينة مكوّنة من (10) أطفال تراوحت أعمارهم بين (7-12) سنة، تم تشخيصهم بالاكتئاب وفق معايير تشخيصية معتمدة.

تكوّن البرنامج العلاجي من (15) جلسة نُفذت على مدار ستة أشهر، وتضمّن وحدات أساسية هي: التثقيف النفسي، مراقبة المزاج، التنشيط السلوكي، وإعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى وحدات داعمة

تم استخدام مقياس الاكتئاب للأطفال (CDI) في التقييم القبلي والبعدي. وللتحقق من صلاحية الأداة، تم إجراء اختبار استطلاعي على عينة من (30) طفلاً، بلغ فيه معامل الثبات (0.84) كما أظهرت نتائج منحنى خصائص التشغيل المستقبلية (ROC) قدرة تمييزية ممتازة، إذ بلغت المساحة تحت المنحنى $AUC = 0.99$ ومؤشر Youden (0.67)،

تم تحليل نتائج القياسين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة، وأظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائية بين القياسين، مع حجم أثر كبير جداً ($r = 0.89$)، مما يعكس فعالية قوية للبرنامج في خفض أعراض الاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: Modular CBT ، الاكتئاب عند الأطفال،

Abstract:

This study aimed to examine the effectiveness of a therapeutic program based on Modular Cognitive Behavioral Therapy (Modular CBT) in reducing depressive symptoms in children. A quasi-experimental approach was adopted, using a single-group pretest-posttest design, on a sample of ten (10) children aged between 7 and 12 years, diagnosed with depression according to standardized diagnostic criteria.

The therapeutic program consisted of fifteen (15) sessions implemented over a six-month period. It included core modules such as psychoeducation, mood monitoring, behavioral activation, and cognitive restructuring, in addition to supportive modules tailored to individual needs.

The Children's Depression Inventory (CDI) was used in both pre- and post-assessments. To verify the validity of the tool, a pilot study was conducted on a sample of thirty (30) children, with a resulting reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.84. The Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis demonstrated excellent discriminatory power, with an Area Under the Curve (AUC) of 0.99 and a Youden Index of 0.67.

The data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test, which revealed statistically significant differences between pre- and post-assessments, with a very large effect size ($r = 0.89$), indicating the strong effectiveness of the program in reducing depressive symptoms.

Keywords: Modular CBT, depression

فهرس المحتويات

| الصفحة | العنوان |
|--|--|
| | شكر وتقدير |
| | اهداء |
| | ملخص الدراسة |
| | فهرس المحتويات |
| | قائمة الملاحق والأشكال |
| أ،ب،ج | مقدمة |
| الفصل الأول: الاطار العام للدراسة | |
| 5 | اشكالية الدراسة |
| 6 | فرضيات الدراسة |
| 6 | أهمية الدراسة |
| 7 | أهداف الدراسة |
| 7 | حدود الدراسة |
| 8 | المفاهيم الاجرائية للدراسة |
| 9 | الدراسات السابقة |
| الجانب النظري | |
| الفصل الثاني: الاكتئاب عند الأطفال | |
| 15 | تمهيد |
| 15 | مفهوم الاكتئاب |
| 16 | معايير التشخيص |
| 17 | الفرق بين الاكتئاب عند الطفل والراشد |
| 17 | أعراض الاكتئاب عند الطفل |
| 18 | أسباب الاكتئاب عند الطفل |
| 18 | علاج الاكتئاب عند الطفل |
| 19 | خلاصة الفصل |
| الفصل الثاني: العلاج المعرفي القائم على الوحدات (Modular Cbt) | |
| 21 | تمهيد |
| 21 | تاريخ ظهور العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |
| 22 | تعريف العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |

فهرس المحتويات

| | |
|---|--|
| 23 | مميزات العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |
| 23 | معايير العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |
| 24 | استراتيجيات تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |
| 24 | البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على الوحدات للاطفال المصابين بالاكتئاب |
| 32 | التخطيط للعلاج |
| 38 | خلاصة الفصل |
| الجانب الميداني | |
| الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة | |
| 41 | تمهيد |
| 41 | المنهج المستخدم في الدراسة |
| 41 | الدراسة الاستطلاعية |
| 41 | الاختبار الاستطلاعي |
| 46 | الدراسة الأساسية |
| 46 | متغيرات الدراسة |
| 46 | مجتمع الدراسة والعينة |
| 47 | أدوات الدراسة |
| 48 | مراحل تطبيق الدراسة |
| 49 | البرنامج العلاجي |
| 50 | تطبيق البرنامج العلاجي |
| 72 | الأساليب الاحصائية |
| الفصل الخامس عرض ومناقشة نتائج الدراسة | |
| 76 | تمهيد |
| 77 | عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى |
| 79 | عرض ومناقشة نتائج القياس التبعي |
| 80 | عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية |
| 81 | مناقشة نتائج لدراسة في ضوء الدراسات السابقة |
| 82 | تفسير النتائج |
| 83 | خلاصة الفصل |

فهرس المحتويات

| | |
|----|------------------------|
| 84 | التوصيات والمقترحات |
| 85 | خاتمة |
| 87 | قائمة المصادر والمراجع |
| 92 | الملاحق |

فهرس الجداول

| الصفحة | العنوان |
|--------|--|
| 34 | الجدول (1) تخطيط العلاج باستعمال الوحدات الأساسية |
| 35 | الجدول (2) تخطيط العلاج باستعمال الوحدات الداعمة |
| 43 | الجدول (3) مصفوفة الارتباك |
| 44 | الجدول (4) المؤشرات الاحصائية لأداء المقياس |
| 50 | الجدول (5) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (1) |
| 53 | الجدول (6) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (2) |
| 57 | الجدول (7) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (3) |
| 59 | الجدول (8) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (4) |
| 60 | الجدول (9) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (5) |
| 63 | الجدول (10) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (6) |
| 64 | الجدول (11) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (7) |
| 66 | الجدول (12) جلسات البرنامج العلاجي للحالة رقم (8) |
| 69 | الجدول (13) جلسات البرنامج العلاجي للحالة رقم (9) |
| 71 | الجدول (14) جلسات البرنامج العلاجي للحالة رقم (10) |
| 76 | الجدول (15) درجات الاكتتاب لأفراد العينة |
| 76 | الجدول (14) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري |
| 77 | الجدول (15) نتائج اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة |
| 77 | الجدول (16) احصائات اختبار ويلكوكسون |

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال :

| الصفحة | العنوان |
|--------|---|
| 25 | الشكل (1) المثلث المعرفي |
| 42 | الشكل (2) منحنى ROC |
| 79 | الشكل (3) التمثيل البياني لدرجات الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي |
| 80 | الشكل (4) التمثيل البياني لتطور درجات الاكتئاب للقياسات الثلاثة (القياس التبعي) |

فهرس الملاحق

| الصفحة | العنوان |
|---------|--|
| 89 | الملحق(1)خطة العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt) |
| 90 | الملحق(2)البرنامج العلاجي (الوحدات الأساسية) |
| 91 | الملحق (3) البرنامج العلاجي(الوحدات الداعمة) |
| 92 | الملحق(4)قائمة المشاعر الايجابية والصعبة |
| 93 | الملحق(5)مقياس حرارة المشاعر |
| 94 | الملحق(6) جدول تتبع المزاج |
| 95 | الملحق (7)قائمة العصف الذهني للأنشطة الممتعة |
| 96 | الملحق (8)جدول النشاطات الأسبوعي |
| 97 | الملحق (9)قائمة تكملة الجمل |
| 98 | الملحق (10) جدول فحص الأفكار |
| 99 | الملحق (11) خطوات حل المشكلات |
| 100 | الملحق (12)قائمة مراقبة الأعراض |
| 101 | الملحق (13)خطة السلامة والأمان |
| 102 | الملحق (14)خطة الوقاية من الانتكاسة |
| 103 | الملحق (15) شهادة تخرج |
| 111_104 | الملحق (16)مقياس الاكتئاب للصغار CDI |
| 112 | الملحق (17)الدرجات الخام للاكتئاب في الاختبار الاستطلاعي |
| 113 | الملحق(18) Zone sous la courbe ROC |
| 114 | الملحق(19) منحنى ROC |
| 116 | الملحق(20) التمثيل البياني لدرجات الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي |
| 117 | الملحق(21) Descriptive statistics |
| 119 | الملحق(22) Wilcoxon signed Ranks Test |
| 120 | الملحق (23) Test statistics |

مقدمة

مقدمة:

يُعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة التي تؤثر بشكل ملحوظ على جودة حياة الأفراد، ولا سيما الأطفال الذين يشكلون فئة هامة تتطلب اهتماماً خاصاً نظراً لخصوصية تطورهم النفسي والعصبي. على الرغم من أن الاكتئاب يُعترف به على نطاق واسع بين البالغين، إلا أن التعرف عليه وعلاجه في مرحلة الطفولة ما زال يمثل تحدياً كبيراً في المجال السريري والنفسي. يتميز الاكتئاب عند الأطفال بأعراض قد تختلف عن تلك المعروفة لدى الراشدين، مما يستدعي توظيف أدوات تقييم وعلاج ملائمة تستجيب للاحتياجات التنموية والنفسية الخاصة بهذه الفئة العمرية. في السنوات الأخيرة، شهد مجال الصحة النفسية تطوراً كبيراً في أساليب العلاج النفسي للأطفال، لا سيما العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الذي يُعتبر من العلاجات الفعالة والمبنية على أدلة علمية في معالجة اضطرابات الاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين. تطور هذا النوع من العلاج ليشمل نماذج أكثر مرونة وفعالية، من أبرزها العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، (Modular CBT) الذي يتيح تخصيص العلاج حسب احتياجات الطفل الفردية من خلال وحدات علاجية مستقلة تتناول جوانب محددة من الأعراض أو الصعوبات النفسية. يعتمد هذا المنهج العلاجي على مقارنة تكاملية تسمح للمعالج بانتقاء وتكييف الوحدات العلاجية المناسبة لكل حالة، مما يزيد من قدرة البرنامج على التعامل مع الحالات المعقدة والمصاحبة لاضطرابات متعددة، كما يحسن من استجابة الأطفال للعلاج ويعزز التزامهم واستمراريتهم في البرنامج. من جهة أخرى، يساهم هذا الأسلوب في تجاوز القيود التقليدية للعلاج الموحد، ويُعدُّ خطوة متقدمة نحو توفير علاج نفسي موجه وشخصي أكثر. تهدف هذه الدراسة إلى دراسة فعالية برنامج علاجي قائم على الوحدات في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال، وذلك من خلال تطبيق عملي يعتمد على تطبيق وحدات علاجية تتناسب مع احتياجات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. تستند الدراسة إلى مجموعة من المفاهيم النظرية الحديثة والدراسات السابقة التي توضح أهمية التدخل العلاجي المبكر والمرن في تحسين الحالة النفسية للأطفال. تتألف هذه الدراسة من ثلاثة فصول رئيسية:

الفصل الأول يعرض الإطار العام للدراسة، حيث تناولت الباحثتان الإشكالية، وفرضياتها، وأهداف الدراسة وأهميتها، وتحديد مصطلحات الدراسة والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع.

الفصل الثاني: ويتناول التعريف النفسي للاكتئاب وأسبابه وعوامله النفسية والبيولوجية والاجتماعية، بالإضافة إلى استعراض الفروقات بين الاكتئاب لدى الأطفال والراشدين، كما يتطرق إلى نماذج العلاج النفسي المتنوعة مع تركيز خاص على العلاج المعرفي السلوكي.

أما الفصل الثالث فيركز على العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، موضحاً تاريخ ظهوره، مبادئه وأهميته، مع عرض البرنامج العلاجي للاكتئاب،، وكذلك الدراسات التي أثبتت فاعليته في معالجة الاكتئاب عند الأطفال.

مقدمة

في الفصل الرابع، يتم تناول الجانب التطبيقي من الدراسة، حيث يتم شرح منهجية البحث، أدوات جمع البيانات، معايير اختيار العينة، والإجراءات العلاجية المتبعة.

أما الفصل الخامس: يتضمن عرض النتائج ومناقشتها مع التركيز على تقييم مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه العلاجية.

وفي الأخير، ختمنا بمجموعة من التوصيات، بالإضافة إلى خاتمة وقائمة المراجع والملاحق.

يشكل الجانب التطبيقي في هذه الدراسة جزءاً حيوياً يسعى إلى تقديم نموذج علاجي عملي قابل للتطبيق في الميدان النفسي، حيث تعتمد الجلسات العلاجية على وحدات متخصصة تهدف إلى تنمية مهارات معرفية وسلوكية تساعد الطفل على التعامل مع أعراض الاكتئاب بفعالية. كما يشمل البرنامج استخدام أدوات تقييم مستمرة لمتابعة تطور الحالة وتعديل الخطة العلاجية بما يتناسب مع التقدم المحرز.

تأتي هذه الدراسة في ظل الحاجة الماسة إلى تطوير برامج علاجية تلي خصوصيات الأطفال المصابين بالاكتئاب، خاصة في المجتمعات التي تشهد نقصاً في الموارد النفسية أو حيث تزداد معدلات الإصابة بالاكتئاب نتيجة لعوامل اجتماعية واقتصادية مختلفة. لذلك، فإن تقديم برنامج علاجي مبني على الوحدات لا يسهم فقط في تحسين الحالة النفسية للأطفال، بل يفتح آفاقاً جديدة لممارسات علاجية أكثر كفاءة ومرونة.

في الختام، تأمل هذه الدراسة أن تسهم في إثراء المعرفة العلمية حول التدخلات العلاجية الحديثة، وأن توفر دليلاً عملياً يساعد المختصين في مجال الصحة النفسية على تقديم علاج نفسي مخصص وفعال للأطفال الذين يعانون من الاكتئاب، ما يعزز من فرص الشفاء وتحسين نوعية حياتهم.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1_ اشكالية الدراسة

2_ فرضيات الدراسة

3_ أهمية الدراسة

4_ أهداف الدراسة

5_ دوافع اختيار الدراسة

6_ حدود الدراسة

7_ التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة

8_ الدراسات السابقة

1. اشكالية الدراسة:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية والحاسمة في نمو الفرد، حيث تبلور خلالها ملامح الشخصية وتشكل أسس التكيف النفسي والاجتماعي . لكن في ظل التغيرات الاجتماعية والضغط الاقتصادية والعائلية المتزايدة، أصبحت هذه المرحلة أكثر عرضة للاضطرابات النفسية، وعلى رأسها الاكتئاب، الذي لم يعد يقتصر على البالغين فقط، بل بات يُشخص بشكل متزايد لدى الأطفال (American Psychiatric Association, 2022)

ويُعرف الاكتئاب الطفولي بأنه اضطراب نفسي يتميز بمشاعر الحزن المستمر، فقدان الاهتمام أو المتعة، تراجع الطاقة، إضافة إلى أعراض معرفية وسلوكية تؤثر على الأداء الوظيفي في المدرسة والأسرة والمجتمع (Beck & Burns ,1987) كما أن أعراض الاكتئاب عند الأطفال قد تتخذ أشكالاً مختلفة عن البالغين، مثل العدوانية، الانسحاب الاجتماعي، والشكاوى الجسدية المتكررة (Malhotra & Sahoo 2018) .

تكمن خطورة الاكتئاب في الطفولة في تأثيراته الطويلة المدى، إذ تشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بالاكتئاب معرضون لمخاطر متزايدة للإصابة باضطرابات أخرى كاضطرابات القلق، تعاطي المخدرات، وحتى السلوك الانتحاري في مرحلة المراهقة. (Weisz et al 2012).

في هذا السياق، برزت الحاجة إلى تدخلات علاجية فعّالة تعتمد على الأدلة العلمية، تراعي الخصائص النمائية والمعرفية للأطفال. من أهم هذه التدخلات العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT)، الذي يتميز بمرونة عالية وتكييف خاص لكل حالة حسب الأعراض والحاجة (Chorpita & Weisz , 2009)

وقد أظهرت العديد من الدراسات فعالية هذا النموذج في تقليل أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأطفال في بيئات طبيعية كالمراكز العلاجية والمدار (Boustani et al,2020)

مع ذلك، يظل تطبيق هذا النموذج محدودًا في البلدان العربية، ومنها الجزائر، حيث تندر الدراسات التي تقيم فعاليته في السياق الثقافي والاجتماعي المحلي، مما يستدعي التحقق من مدى ملاءمته وفعاليته مع الأطفال الجزائريين.

وبناءً عليه، تتجلى إشكالية الدراسة في التساؤل التالي:

ما مدى فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي قائم على الوحدات (Modular CBT) في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي تعزى لتطبيق

البرنامج؟

2. فرضيات الدراسة:

- 1_ توجد فروق ذات دلالة احصائية في في متوسطات درجات الاكتئاب لدى الأطفال بين القياس القبلي والقياس البعدي من خلال تطبيق البرنامج العلاجي القائم على الوحدات (Modular cbt)
- 2_ يوجد أثر دال احصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات في خفض أعراض الاكتئاب عند الأطفال.

3. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من اعتبارات نظرية وتطبيقية متكاملة، تتعلق بطبيعة الموضوع المدروس، والفئة المستهدفة، والنموذج العلاجي المستخدم، وذلك على النحو الآتي:

3_1. الأهمية النظرية:

تساهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية في مجال علم النفس العيادي، لا سيما ما يتعلق بالاكتئاب لدى الأطفال، من خلال تسليط الضوء على أحد النماذج العلاجية الحديثة والمرنة وهو العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT).

تقدم الدراسة نموذجًا بحثيًا يمكن أن يُعتمد في دراسات لاحقة تهدف إلى مقارنة فعالية النماذج العلاجية المختلفة، أو التوسع في دراسة أثر هذا النوع من التدخلات على اضطرابات نفسية أخرى في مرحلة الطفولة.

تساعد النتائج المنتظرة على توسيع الفهم النظري للعلاقة بين درجة شدة الاكتئاب ومدى استجابة الطفل للعلاج، مما يعزز البحوث المهمة بفهم التغيرات النفسية الناتجة عن البرامج العلاجية الموجهة للأطفال.

3_2. الأهمية التطبيقية:

تقدم نموذجًا عمليًا يمكن استخدامه من قبل الأخصائيين النفسيين، والمعالجين، لتحسين الحالة النفسية للأطفال المكتئبين.

تساعد في تصميم برامج علاجية مشابهة تستهدف مشكلات نفسية أخرى.

تساعد الدراسة في رفع الوعي بأهمية الاكتشاف المبكر والتدخل العلاجي المخصص للأطفال المصابين بالاكتئاب، مما يساهم

في الحد من تفاقم الأعراض وتجنب تطورها في مراحل لاحقة من العمر.

4. أهداف الدراسة:

- التعرف على الفروق بين متوسطات درجات الاكتئاب بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- قياس فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات في تقليل أعراض الاكتئاب عند الأطفال.
- تقديم نموذج علاجي يمكن تطبيقه مع فئات اخرى تعاني من اضطرابات مشابهة.

5. دوافع اختيار موضوع الدراسة:

جاء اختيار موضوع "فاعلية برنامج علاجي قائم على الوحدات (Modular CBT) في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال" نتيجةً لجملة من الدوافع العلمية والميدانية. فمن الناحية النظرية، يشهد مجال علم النفس العيادي اهتمامًا متزايدًا بتطوير نماذج علاجية مرنة تستجيب للفروق الفردية بين الأطفال، وتراعي تعقيدات الاضطرابات النفسية في الطفولة، لاسيما الاكتئاب الذي يُعد من أكثر الاضطرابات شيوعًا وتأثيرًا على النمو الانفعالي والاجتماعي والمعرفي.

أما من الناحية التطبيقية، فقد لاحظت الباحثتان من خلال الخبرة الميدانية نقصًا في البرامج العلاجية المبنية على دلائل علمية ملائمة للبيئة العربية، فضلًا عن محدودية استخدام النموذج العلاجي القائم على الوحدات رغم ما أثبتته الدراسات الغربية من فاعليته في علاج اضطرابات متعددة، بما في ذلك الاكتئاب عند الأطفال. وقد تم اختيار هذا النموذج تحديدًا لما يوفره من مرونة، وقابلية للتكيف مع خصوصية كل حالة، مما يجعله أكثر ملاءمة للأطفال الذين يواجهون مشكلات نفسية مركبة.

كما أن الطفولة تُعد مرحلة حساسة تتطلب تدخلًا مبكرًا وفعالًا للحد من تطور الاضطرابات إلى مشكلات مزمنة في المراهقة والبلوغ، وهو ما جعل البحث في فاعلية هذا النموذج العلاجي أمرًا ذا أهمية علمية وعملية في آنٍ واحد.

6. حدود الدراسة:

الحدود البشرية: تتمثل في عينة من الأطفال الذين يعانون من أعراض اكتئابية.

الحدود الزمانية: من 15 نوفمبر 2024 الى 15 ماي 2025

الحدود المكانية: تمت الدراسة في مكتب الفحوصات النفسية الخاص بالباحثة ضمن مقر عملها كأخصائية نفسانية، بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية المحمل، ولاية خنشلة، تحديدا على مستوى العيادة متعددة الخدمات بالمحمل

وعيادة بابار، بعد تسهيل القيام بمهمة للباحثة الثانية، في عيادة بابار ولاية خنشلة، حيث وفرت هذه الفضاءات الشروط الملائمة لتطبيق البرنامج العلاجي في بيئة مهنية تراعي خصوصية الحالات وظروف تنفيذ الجلسات .

7_ .التعاريف الاجرائية:

تحدد مصطلحات الدراسة كالآتي:

1_7. الاكتئاب عند الأطفال (Dépression infantile)

تعريف إجرائي:

يقصد بالاكتئاب في هذه الدراسة درجة الأعراض الاكتئابية التي تظهر على الطفل في صورة مزاج حزين، فقدان الاهتمام، تراجع النشاط، تدني تقدير الذات، واضطرابات في النوم أو الشهية، كما تم قياسه باستخدام مقياس [CDI – Children’s Depression Inventory]، حيث تم اعتماد الدرجة الكلية للمقياس قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2_7. العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT)

تعريف إجرائي: هو برنامج علاجي نفسي تطبيقي يتكون من وحدات مرنة، تم تصميمه وتكييفه بما يتناسب مع احتياجات الطفل المكتئب، وطبق على عينة الدراسة خلال فترة زمنية محددة (15 جلسة 6/أشهر)، ويتضمن وحدات: التثقيف النفسي، مراقبة المزاج، إعادة البناء المعرفي، التنشيط السلوكي، حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية). تم تنفيذ الجلسات من قبل الباحثان، وفق دليل سريري مبني على مرجع..(Williams&Crandal, 2021)

8. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة موارد يستند ويلجأ إليها البحث في الاختيار السليم لموضوع بحثه وتساعده على الاطلاع على مختلف جوانب موضوعه وتسهل عليه الصعوبات والمشكلات التي واجهت الباحثين السابقين. كما أن للدراسات السابقة أهمية بالغة كونها مصدرا خصبا للمعلومات يتخذها الباحث ويستعملها كنقطة بداية قوية لبحثه من خلال استنباطه للأفكار والاجرائات والأدوات التي قد يستعين بها في بناء بحثه.

1_8_دراسة Chorpita et al 2009 : هدفت الى تطوير نموذج علاجي مرن يمكن استخدامه لعلاج طيف واسع

من الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، مثل الاكتئاب، القلق، اضطرابات السلوك، من خلال وحدات علاجية مستقلة يتم تكي

يفها حسب احتياجات الطفل الفردية. حيث أظهرت النتائج أن الأطفال الذين خضعوا للعلاج الوحداتي، أظهروا تحسناً ملحوظاً في الأعراض مقارنة بمن تلقوا علاجات أخرى.

8_2_دراسة Wilhem وزملاؤه 2011:

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار دليل علاجي جديد قائم على العلاج السلوكي المعرفي القائم على الوحدات (Modular CBT) لعلاج اضطراب تشوه الجسم (BDD). تم تقييم مدى جدوى وتقبل العلاج وتناججه العلاجية على عينة مكونة من 12 بالغاً يعانون من اضطراب تشوه الجسم كتشخيص رئيسي. قُدم العلاج من خلال جلسات فردية أسبوعية استمرت بين 18 و22 أسبوعاً. استخدمت التقييمات المعيارية من قبل الأطباء والمعايير الذاتية لتقييم أعراض اضطراب تشوه الجسم والأعراض المرتبطة به (مثل المزاج) قبل العلاج وبعده، وكذلك بعد 3 و6 أشهر من المتابعة.

أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في أعراض اضطراب تشوه الجسم والأعراض المصاحبة بعد انتهاء العلاج، وتم الحفاظ على هذه التحسينات خلال فترات المتابعة. وأشارت معدلات انخفاض منخفضة ومعدلات رضا عالية لدى المرضى، إضافة إلى تعليقاتهم، إلى أن العلاج كان مقبولاً بشكل كبير لدى المرضى. وبحسب معرفتنا، تمثل هذه الدراسة أول اختبار لعلاج نفسي فردي شامل وقابل للتطبيق على نطاق واسع لاضطراب تشوه الجسم.

8_3_دراسة (Weisz et al. (2012): في عام 2012، قدم Weisz وزملاؤه مقارنة مباشرة بين التصميم القياسي والتصميم

الوحداتي للعلاج المعرفي السلوكي في تجربة فعالية عشوائية على شباب يعانون من الاكتئاب والسلوك التخريبي والقلق. تم تعيين 84 معالجاً مجتمعياً بشكل عشوائي لتقديم الرعاية المعتادة، أو العلاج اليدوي القياسي، أو العلاج الوحداتي. عمل هؤلاء المعالجون في عشر عيادات مجتمعية في هاواي وماساتشوستس، وقدموا علاجاً فردياً (مع إشراك العائلات عند الحاجة).

ومن الجدير بالذكر أن الباحثين وجدوا أن النهج الوحداتي تفوق على الرعاية المعتادة والعلاجات المعتمدة القياسية في عدة مقاييس للنتائج السريرية. لذلك، اقترح Weisz وزملاؤه أن النهج الوحداتي هو مسار واعد لتحسين فعالية العلاجات المعتمدة وتطبيقها بفعالية في البيئات الواقعية.

8_4_دراسة: Angela w chw et al 2013: هدفت هذه الدراسة الى تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي

القائم على الوحدات (modular cbt) لعلاج اضطرابات القلق عند الأطفال في بيئة مدرسية، بهدف تحديد ما اذا كان هذا العلاج يظل فعالاً عند تطبيقه في الظروف الواقعية مثل المدرسة، وليس فقط في البيئات البحثية. أجريت هذه الدراسة على عينة من 40 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات و12 سنة يعانون من اضطرابات القلق تم إحالتهم من قبل المعلمين وموظفي المدرسة، شارك المعالجون في العمل مع الأسرة كذلك المعلمين والموظفين المدرسين، مما عزز التعاون بين المدرسة والأسرة. وأسفرت هذه الدراسة على نتائج مفادها أن 95% من الأطفال حققوا استجابة إيجابية للعلاج وفق مقاس التحسن

الكلينيكي العام مقابل 16.7% فقط في مجموعة الانتظار. تفوقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (modular cbt) في المقاييس التشخيصية وتقارير اولياء الأمور حول أعراض القلق.

الدراسة قدمت دليلاً أولياً على أن العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات modular cbt يمكن أن يكون فعالاً عند تقديمه في المدارس الابتدائية.

8_5_دراسة Wood وزملاؤه 2021 نظراً للانتشار العالي للقلق المصاحب لاضطراب طيف التوحد (ASD) بين

المراهقين والشباب، تكتسب بروتوكولات العلاج الفعالة أهمية متزايدة في مساعدة هذه الفئة على تحقيق قدر أكبر من الاستقلالية عبر مختلف البيئات. فرغم وجود دعم بحثي لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لدى الأطفال الأصغر المصابين بالتوحد، فإن الأدبيات لا تزال محدودة فيما يتعلق بالتدخلات الموجهة للمراهقين والشباب الذين يعانون من اضطرابات قلق مصاحبة لاضطراب التوحد.

في هذا السياق، استخدمت الدراسة تجربة مفتوحة لتطبيق دليل معدل للعلاج المعرفي السلوكي قائم على الوحدات (Modular CBT) على عينة مكونة من سبعة مشاركين تتراوح أعمارهم بين 16 و 20 عامًا. تضمن البرنامج العلاجي 16 أسبوعاً من الجلسات المهيكلية، واشتمل على التثقيف النفسي، العلاج المعرفي، والعلاج بالتعرض. وتم قياس مؤشرات القلق والاكتئاب قبل العلاج وبعده.

أظهرت النتائج انخفاضاً دالاً إحصائياً في مستويات القلق بناءً على تقييمات الإكلينيكين، مما يشير إلى فعالية واعدة لهذا النوع من التدخل العلاجي. ومع ذلك، أوصى الباحثون بالحاجة إلى مزيد من الدراسات التجريبية لتقييم فعالية العلاج القائم على الوحدات لدى هذه الفئة، وتحديد المكونات العلاجية الأكثر نفعاً.

8_6دراسة Pozza و: (2020) Dèttore

تُعد الأعراض الوجدانية مثل القلق والاكتئاب شائعة لدى الأفراد الذين يُصنّفون في فئة الخطر المرتفع جداً (Ultra-high risk) لتطور الذهان. في هذا السياق، أجرت الدراسة تجربة عشوائية محكمة (RCT) هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) في تقليل أو تأخير احتمالية حدوث نوبة ذهانية أولى، وكذلك في تحسين الأعراض الوجدانية.

شملت العينة 58 فرداً تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، والتي تلقت 30 جلسة علاجية تضمنت مكونات موجهة للتجارب الذهانية وكذلك لأعراض الاكتئاب والقلق، ومجموعة الضبط التي تلقت تدخلاً داعماً غير موجه.

أظهرت النتائج أن عدد الأفراد الذين تطورت لديهم نوبة ذهانية أولى كان أقل في مجموعة CBT (10.34%) مقارنةً بمجموعة الضبط (27.60%) عند المتابعة بعد 14 شهرًا، وكان الفرق ذا دلالة إحصائية. ($\chi^2 = 3.68, p = .05$). كما أظهرت مجموعة CBT معدلات أعلى من التحسن في أعراض الاكتئاب والقلق عند نهاية العلاج وفي المتابعة. تشير هذه النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات ليس فقط في تقليل مخاطر الذهان ولكن أيضًا في تحسين الأعراض الوجدانية المرتبطة (Pozza and Dettore; 2020).

8_7 دراسة Telman وزملاؤها 2020 :

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) العلاج الأكثر فعالية لاضطرابات القلق لدى الأطفال. ومع ذلك، أظهرت عدة دراسات أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي (SAD) قد لا يستجيبون بنفس الكفاءة للعلاج السلوكي المعرفي المعياري كما هو الحال مع اضطرابات القلق الأخرى، مما يشير إلى أن الأطفال المصابين بـ SAD قد يحتاجون إلى نهج مختلف.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) للأطفال المصابين بـ SAD، مع تضمين مكون اليقظة الذهنية (mindfulness). شملت العينة عشرة أطفال ومراهقين (50% إناث، تتراوح أعمارهم بين 8-17 سنة) تم تحويلهم للعلاج من اضطراب القلق الاجتماعي، وتم تقييمهم في ثلاث نقاط زمنية: قبل العلاج، بعده، وبعد 10 أسابيع من المتابعة.

أظهرت النتائج أن 5 مشاركين (50%) تعافوا من اضطراب القلق الاجتماعي بعد انتهاء العلاج، و8 مشاركين (80%) عند المتابعة. وقد لوحظ تحسن سريري ملحوظ في 90% من الحالات في إجمالي أعراض القلق، و60% في أعراض القلق الاجتماعي، من القياس القبلي إلى المتابعة. كما كشفت تحليلات المجموعة عبر الفترات الثلاث عن تحسنات دالة إحصائية في شدة اضطراب القلق الاجتماعي (وفقًا لتقارير الطفل والأهل) وأعراض القلق الاجتماعي عبر تقارير الطفل، الأم، والأب. إن معدل التعافي البالغ 80% والانخفاض الكبير في أعراض القلق الاجتماعي يُعدان مشجعين، ويشكلان نقطة انطلاق لتطوير تدخلات علاجية أفضل للشباب المصابين باضطراب القلق الاجتماعي (Telman et al; 2020).

8_8 دراسة Van Steensel وزملاؤها 2024:

تضمنت هذه الدراسة تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات Modular cbt لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين، إلى جانب استكشاف العوامل المتنبئة بنتائج العلاج، حيث أجريت على عينة من 106 طفلًا وطفلة تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات و17 سنة تم تشخيصهم باضطراب أو أكثر من اضطرابات القلق، بعد العلاج

تراوحت نسبة الأطفال المستجيبين للعلاج 70%، حيث لوحظ انخفاض كبير في أعراض القلق وفق تقارير رسمية. اسفرت الدراسة على فعالية هذا العلاج كخيار علاجي من وفعال لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال، خاصة ضمن الممارسة العلاجية الواقعية، وتؤكد الدراسة أهمية تعزيز مشاركة الوالدين خاصة عند وجود مشكلان نفسية مترافقة لدى الطفل، كما توصي الدراسة باجراء مقارنات مستقبلية مع شروط ضابطة لاختبار قوة التأثير بدقة أكبر. تحقق نسب شفاء معتبرة وصلت إلى 70% من الأطفال الذين تخلصوا من اضطراب القلق الأساسي لديهم، خاصةً عند وجود مشاركة فعالة من الوالدين، لا سيما للأطفال الذين يعانون من اضطرابات مرافقة.

أوجه الاتفاق : تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدة جوانب، من حيث الاتجاه النظري والمنهجي، كما تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في اعتمادها على فئة عمرية طفولية، تعاني من اضطرابات مزاجية، ومن الناحية المنهجية نجد تقاطعا واضحا من حيث استخدام المنهج التجريبي بتصميم قبلي وبعدي، مع الاعتماد على أدوات تقييم مقننة ومناسبة للفئة العمرية المستهدفة، كما تشترك هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في التركيز على برامج علاجية منظمة، مرنة تلي احتياجات العميل.

جوانب الاختلاف: تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في نوع الاضطرابات، حيث ركزت الدراسات السابقة على اضطرابات القلق والاضطرابات السلوكية عموما، بينما خصت الدراسة الحالية اضطراب الاكتئاب عند الأطفال، كما أن معظم الدراسات استعانت بمجموعة ضابطة، بينما هذه الدراسة دون مجموعة ضابطة، إضافة الى ذلك ركزت الدراسة الحالية على جانب التطبيق العيادي العملي ضمن بيئة واقعية، بينما أجريت بعض الدراسات السابقة في بيئة بحثية أكثر انضباطا وتقييدا.

جوانب الاستفادة: تستفيد الدراسة الحالية من نتائج وخبرات الدراسات السابقة، في عدة جوانب، أولا تم الاستفادة من الاطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، والذي أثبت مرونته وفعالته في معالجة اضطرابات الأطفال، مما يساعد في تصميم برنامج علاجي يتناسب مع خصوصيات الفئة المستهدفة، ثانيا اعتمدت الدراسة على المنهديات والأدوات القياسية التي ثبت نجاحها في قياس وتقييم الاكتئاب عند الأطفال، ثالثا شكلت الدراسات السابقة مرجعا هاما لتجنب الصعوبات والمشاكل التي قد تواجه تطبيق البرنامج العلاجي، بالإضافة الى تطوير استراتيجيات التدخل المناسبة لسياق الدراسة الحالي، وأخيرا تساهم الدراسة الحالية في اثناء المعرفة العلمية بتقديم تطبيق عملي وموثق لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات في بيئة ثقافية جديدة، مما يفتح افقا لتوسع استخدام هذا النموذج العلاجي في مناطق مشابهة.

الفصل الثاني

الاكتئاب عند الأطفال

تمهيد

1_ مفهوم الاكتئاب

2_ معايير التشخيص

3_ الفرق بين الاكتئاب عند الطفل والراشد

4_ أعراض الاكتئاب عند الأطفال

5_ أسباب الاكتئاب عند الأطفال

6_ علاج الاكتئاب عند الأطفال

7_ خلاصة الفصل

تمهيد:

يمكن أن يصيب الاكتئاب الانسان في أي مرحلة من مراحل العمرية، حتى في مرحلة الطفولة، وذلك على عكس ما كان شائعاً عن أن الاكتئاب لا يلاحظ عند الأطفال، وذلك بسبب الاعتقاد السائد في السابق بأن الأطفال لا يمتلكون بعد القدرة العقلية الكافية التي تمكنهم من الاحساس بذواتهم. (عبد الخالق، عبد الغني، 2004)

ويرى Sheffer أنه في غضون سنوات قليلة قد تطور الوضع من الاعتقاد بأن الاضطرابات الاكتئابية لاتصيب الأطفال الى الاعتقاد أن الاكتئاب يصيب الأطفال ولكن في صورة مقنعة، وصولاً الى الموقف الحالي حيث أصبح مفهوم أن الاكتئاب يصيب الأطفال بصورة مقنعة، وصولاً الى الموقف الحالي حيث أصبح مفهوم الاكتئاب يصيب الأطفال بصورة قريبة أو مطابقة للاكتئاب الذي يصيب الكبار جزءاً من نظامنا التشخيصي القائم. (Sheffer, 1986, p383)

في هذا الفصل، نستعرض الأسس النظرية والسريية لفهم الاكتئاب عند الأطفال، تمهيداً لتوضيح دور العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات كأحد الأساليب العلاجية الفعالة في هذا السياق.

1_تعريف الاكتئاب:

يعد الاكتئاب اضطراباً نفسياً خطيراً يتجاوز مجرد الشعور العابر بالحزن، إذ يتمثل في حالة من الضيق العاطفي المستمر التي قد تدوم لأسابيع أو أكثر، وتؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على أداء وظائفه وأنشطته اليومية. ولا تقتصر أعراض الاكتئاب على الجوانب النفسية، بل تشمل أيضاً مظاهر جسدية مثل الألم المزمن، تغيرات في الوزن، اضطرابات في النوم، والإرهاق المستمر.

وغالباً ما يعاني المصابون بالاكتئاب من صعوبات في التركيز، وشعور دائم بانعدام القيمة أو الذنب المفرط، وقد يصل الأمر إلى التفكير المتكرر في الموت أو الانتحار. ويُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً على مستوى العالم، ويؤثر على الأفراد بمختلف فئاتهم العمرية والاجتماعية. (American Psychological Assosiation, 2024)

ويعرفه بيك Beck على أنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد وفقدان الحب وكراهية الذات، والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل، وعدم القيمة، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها. (Beck & Burns 1987, p120)

يعد الاضطراب الاكتئابي، أو ما يُعرف بالاكتئاب، من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويمكن أن يُصيب أي شخص

بغض النظر عن عمره أو حالته الاجتماعية. ويتميّز هذا الاضطراب بحالة من تكدر المزاج أو فقدان الشعور بالمتعة والاهتمام بالأنشطة اليومية المعتادة، والتي تستمر لفترات طويلة. وهو يختلف عن تقلبات المزاج العادية المرتبطة بالضغط اليومية.

و غالبًا ما تستمر نوبات الاكتئاب معظم ساعات اليوم، وتتكرر بشكل يومي تقريبًا لمدة لا تقل عن أسبوعين. وتشمل الأعراض الشائعة للاكتئاب: اضطرابات في النوم، تغيرات في الشهية، الشعور بالتعب، ضعف التركيز، تدني احترام الذات، واليأس من المستقبل، بالإضافة إلى أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار (منظمة الصحة العالمية، 2023)

وتبعًا للتصنيف العالمي الحادي عشر للأمراض، والصادر عن منظمة الصحة العالمية، فإن الاضطرابات الاكتئابية تتميز بمزاج اكتئابي مثل الحزن وسرعة التهيج والفراغ، أو بفقدان الشعور بالمتعة مع أعراض معرفية وسلوكية وعصبية مرافقة، مما يؤثر على قدرة الفرد على ادائه لوظائفه. (الحمادي، 2021، ص 268)

ويعرف آخر اصدار الجمعية الأمريكية لعلم النفس (Dsm5-Tr) الاضطرابات الاكتئابية أنها اضطرابات مزاجية انفعالية تتسم بالمزاج الحزين والفراغ مع هياج أو استثارة مزاجية واضحة مصحوبة بتغيرات معرفية وفيزيولوجية هامة تؤثر سلبًا على الأداء المهني والاجتماعي للفرد، كما ان اختلاف أشكالها العيادية راجع لاختلاف الشدة والتكرار والمسببات المفترضة. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2022، ص 135)

وجاء الاهتمام باكتئاب الأطفال في السنوات الأخيرة بعد توالي نتائج الأبحاث التي أشارت الى ارتباطه بعدد من المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال، حيث أوضحت ان العديد من المشكلات السلوكية يكمن ورائها اكتئاب الأطفال.

معايير تشخيص الاكتئاب: اورد الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (Dsm5) (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013) المحكات الأساسية المستخدمة في تشخيص الاكتئاب كالتالي:

أ_ وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين وبحيث تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون اما 1 المزاج منخفض أو 2 فقد الاهتمام أو المتعة.

1- مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبًا، ويعبر عنه اما ذاتيا(مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الاخرين مثل (أن يبدو دامعا)، ملاحظة يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

2- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها، وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبًا، ويستدل ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الاخرين.

3- فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبًا. ضع في الحسبان الاخفاق في كسب المتوقع لدى الأطفال.

4- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبًا.

5- هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا ملاحظ من قبل الاخرين.

6- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

7- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.

8- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا اما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الاخرين.

9- أفكار متكررة عن الموت وليس الخوف من الموت فقط، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

د- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة أو عن حالة طبية أخرى.

3_ الفرق بين الاكتئاب عند الطفل والراشد: رغم أن الاكتئاب قد يظهر في جميع مراحل العمر، إلا أن خصائصه تختلف بين الأطفال والراشدين، من حيث الأعراض، الأسباب وطريقة التعبير فالراشد يميل الى التعبير عن مشاعر الحزن واليأس بشكل مباشر ولفظي، أما عند الطفل غالباً ما يظهر من خلال التهيج، نوبات الغضب، أو السلوكيات العدوانية، وهو ما يؤدي الى صعوبة في تشخيصه بدقة. (American Psychiatric Association, 2022)

وعلى المستوى السلوكي، يلاحظ عند الأطفال انسحاب اجتماعي، تراجع في الأداء الدراسي، أو تغيرات في العادات اليومية كالنوم، فقدان الشهية، بين تكون الأعراض عند الراشد أكثر اتساقاً مع التعبير الانفعالي كالبكاء، فقدان الدافعية والأفكار، كما أن الأطفال قد يفتقرون الى القدرة على الوعي الذاتي أو التعبير عن المشاعر بالكلمات، مما يجعلهم يعبرون عن الاكتئاب من خلال جسدية متكررة دون سبب عضوي واضح (Mash & Barkley, 2022)

4_ أعراض الاكتئاب عند الأطفال:

1_ الاستجابة الوجدانية السالبة: وتشير الى سوء الحالة الانفعالية والمزاجية للطفل.

2_ المشكلات الاجتماعية: يعاني الطفل من صعوبات في التفاعل الاجتماعي الى جانب الشعور بالوحدة والعزلة.

3_ انخفاض تقدير الذات: تسوء اتجاهات الطفل ومشاعره المتعلقة بقيمة ذاته.

4_ الشعور بالذنب: يظهر في سيطرة مظاهر لوم الذات لدى الطفل.

5_ الانغماس في قضايا المرض والموت: ويظهر في خيالات الطفل وأحلامه المتعلقة بالموت.

6_ تختفي مظاهر المتعة والسعادة في حياة الطفل ومقاومته لمعايشة هذه الخبرات.(البخشة،2023)

بالإضافة الى انعدام ثقة الطفل بنفسه،وتوهم المرض،والشكاوي الجسمية،الحزن،الفشل الدراسي،اضطرابات النوم،المخاوف المرضية،النظرة التشاؤمية للمستقبل،وزيادة حدة تلك الأعراض قد تؤدي الى محاولات انتحارية.

5_ أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

هناك عوامل مختلفة لحدوث الاكتئاب ومن بينها:

الاستعداد الوراثي: تزداد احتمالية الإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال الذين لديهم تاريخ عائلي من اضطرابات المزاج خاصة عند أحد الوالدين.(Nationwide Children's Hospital;2023)

كيمياء الدماغ: الاختلالات الكيميائية في الدماغ مثل اضطراب توازن النواقل العصبية كالسيروتونين والدوبامين تؤثر بشل مباشر على المزاج والانفعال لدى الطفل (Cpd ;online,2023)

العوامل النفسية والاجتماعية: يساهم انخفاض تقدير الذات والميل الى التفكير السلبي والمزاج القلق في تعزيز الإصابة بالاكتئاب،بالإضافة الى الضغوط النفسية والاجتماعية مثل فقدان أحد الوالدين،الطلاق،الاهمال،التعرض للتنمر أو العنف الأسري.(Malhota&Sahoo,2018)

6_ علاج الاكتئاب عند الأطفال:

6_1.العلاج باللعب المتمركز حول الطفل:تشير العديد من الأبحاث الى فاعلية علاج الأطفال باستخدام العلاج باللعب،حيث يعد طريق فعالة للتواصل مع الأطفال وفهم تجاربهم،وقد طور بناءا على المبادئ الانسانية كارل روجرز،هذا النوع من العلاج يعزز ثقة الطفل بنفسه،ويستخدم خصوصا لدنا الأطفال الذين يجدون صعوبة في التعبير اللفظي عن مشاعرهم وتجاربهم. (الزهراني،2011،ص250)

6_2.العلاج المعرفي السلوكي: من أكثر الأساليب النفسية فاعلية لعلاج الاكتئاب عند الأطفال،ويستند الى فكرة أن الأفكار والمعتقدات السلبية تلعب دورا رئيسيا في نشأة الأعراض الاكتئابية واستمرارها،يساعد هذا العلاج على التعرف على الأفكار المشوهة،واستبدالها بأفكار منطقية،كما يتضمن عنصرا سلوكيا مهما يهدف الى تعزيز السلوكيات الايجابية وتقليل التجنب والانعزال. (Friedberg & McClure,2015)

6_3.العلاج النفسي السيكودينامي:تم التوصل الى أن العلاج النفسي السيكودينامي الفردي يمكن أن يعالج مجموعة واسعة من الأعراض المصاحبة للاكتئاب،يركز على فهم الصراعات اللاواعية،والعلاقات المبكرة مع مقدمي الرعاية،والاليات الدفاعية التي يستخدمها الطفل،ويهدف العلاج الى تسليط الضوء على الصراعات وفهمها من خلال

العلاقة العلاجية،ومن تم تعديلها تدريجياً. (Midgley&Kennedy,2011)

6_4. العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات Modular Cbt: من النماذج الحديثة الذي يتيح دمج مكونات علاجية متنوعة بناء على احتياجات كل طفل، بشكل فردي ، يختلف هذا النموذج عن العلاج التقليدي، في كونه لا يتبع تسلسلا صارما للمهارات ، بل يسمح للمعالج باختيار وحدات محددة تناسب مع احتياجات الحالة مما يجعله أكثر تكيفا وفعالية. (Chorpita et al,2009)

6_5. العلاج الدوائي: يُعد العلاج الدوائي خيارًا مساعدًا في علاج الاكتئاب لدى الأطفال، خاصة في الحالات المتوسطة إلى الشديدة التي لا تستجيب للعلاج النفسي فقط. ويُعتبر فلوكستين (Fluoxetine) من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) الدواء الوحيد المعتمد من FDA لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال بدءًا من سن 8 سنوات. ومع ذلك، يتطلب استخدامه مراقبة دقيقة لتفادي الآثار الجانبية المحتملة، مثل زيادة الأفكار الانتحارية في بداية العلاج. (Walkup et al,2008).

خلاصة الفصل

في الختام، يُعد الاكتئاب عند الأطفال حالة صحية نفسية هامة تستدعي اهتمامًا خاصًا نظرًا لتأثيرها الكبير على نمو الطفل وسلوكه وتطوره الاجتماعي. يختلف الاكتئاب في الطفولة عن مرحلة البلوغ من حيث الأعراض والأسباب، مما يستلزم تشخيصًا دقيقًا وتدخلات علاجية متخصصة تناسب هذه الفئة العمرية. كما أن الجمع بين العلاج النفسي والدعم الأسري والدوائي، عند الحاجة، يساهم بشكل كبير في تحسين النتائج العلاجية. إن الاستثمار في فهم أعمق لهذا الاضطراب وتطوير أساليب علاجية ملائمة يعد ضرورة حتمية للحد من تداعياته السلبية على حياة الأطفال ومستقبلهم.

الفصل الثالث

العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt)

تمهيد

1_ تاريخ ظهور العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات. Modular cbt:

2_ تعريف العلاج المعرفي القائم على الوحدات: Modular cbt:

3_ مميزات العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات.

4_ معايير العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات.

5_ استراتيجيات تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات.

6_ البرنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات للاطفال المصابين بالاكتئاب.

7_ التخطيط للعلاج.

8_ خلاصة الفصل

تمهيد:

شهد العقد الأخير تزايداً كبيراً في استخدام التدخلات العلاجية القائمة على الوحدات، وتتميز هذه التدخلات عن أدلة العلاج المعرفي السلوكي التقليدي (CBT manuals) بكونها تقدم نظاماً من القواعد والخوارزميات التي تساعد المعالجين في اتخاذ قرارات علاجية منظمة بناءً على احتياجات كل عميل، كل حالة على حدى. وتسمح هذه الطريقة للعلاج بأن يكون أكثر مرونة وتخصيصاً، مثل إعادة ترتيب الوحدات العلاجية، أو تقصير/تمديد مدة العلاج وفقاً لحالة الطفل أو اليافع. يستعرض هذا الفصل أربعة مفاهيم أساسية تُعرّف العلاج القائم على الوحدات، ويوضح كيف تسهم هذه المفاهيم في معالجة أوجه القصور في الأدلة العلاجية التقليدية.

1_ تاريخ ظهور العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات:

عادةً ما يتضمن العلاج المعرفي السلوكي نهجاً موحداً قائماً على البروتوكولات. البروتوكولات تكون موجهة نحو الاضطرابات وتشمل قائمة من التدخلات خطوة بخطوة. بشكل عام، يتم تطبيق نفس مجموعة إجراءات العلاج على جميع الأطفال. بينما العديد من العلاجات المعتمدة على الأدلة والتي من المحتمل أن تكون فعالة للأطفال الذين يعانون من الاكتئاب هي العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي (verndon,2021). إلا أنه في بعض الأحيان يتم استخدامها دون وفاء بالمعايير أو تطبيقها بشكل غير منتظم في الممارسات اليومية للرعاية المعتادة. في الدراسة الوحيدة المنشورة التي تتناول العلاج في الرعاية المعتادة للأطفال، لاحظ غارلاند وآخرون (2010) العلاج المعتاد للأطفال الذين يعانون من سلوكيات مدمرة (والذين شملوا أطفالاً تم تشخيصهم باضطرابات اكتئابية) في ستة عيادات مجتمعية، ووجدوا تبايناً محدوداً بين الرعاية المعتادة والرعاية المعتمدة على الأدلة. على سبيل المثال، استخدم المعالجون في العيادات المجتمعية مجموعة واسعة من تقنيات العلاج، بما في ذلك مكونات علاجية تتماشى مع الممارسات المعتمدة على الأدلة؛ ومع ذلك، تم استخدامها مع شدة أقل مما هو موجود عادة في الممارسات المعتمدة على الأدلة.

النهج المعياري للعلاج المعرفي السلوكي في السنوات الأخيرة، كان هناك دعم متزايد من الأدلة لهذا النهج المرن القائم على الوحدات في العلاج الذي قد يساعد في معالجة القلق لدى المعالجين بشأن القيود التي تفرضها البروتوكولات القياسية للعلاج المعرفي السلوكي، في السنوات الأخيرة، اختبر الباحثون قدرة التصميم المعتمد على الوحدات في علاج هؤلاء الشباب الذين يعانون من مشكلات متعددة ومعقدة في خلفياتهم واحتياجاتهم. يقدم العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات حلاً محتملاً لبعض الانتقادات التي توجه إلى العلاج المعرفي السلوكي القياسي. يسمح العلاج القائم على الوحدات بتخصيص العلاج المعرفي السلوكي لتلبية احتياجات العميل المحددة مع الحفاظ على الدعم التجريبي. علاوة على ذلك، تم تطوير العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات ودعمه تجريبياً لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين. (Chorpita et al,2012).

يعالج العلاج القائم على الوحدات بعض الفجوات في تخصيص وتكيف العلاج المعرفي السلوكي ويزود المعالجين بالمهارات اللازمة لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بفعالية في بيئات الصحة النفسية المجتمعية. (Weisz et chorpita;2012) حدّد العلاج المعتمد على الوحدات (Modular CBT) عملية اتخاذ القرارات السريرية من خلال نظام من القواعد والخوارزميات التي يمكن للأطباء النفسيين استخدامها لتحديد احتياجات عملائهم وأفضل الاستراتيجيات لمعالجة تلك الاحتياجات. شهد البحث المنهجي في أساليب العلاج المعتمدة على الوحدات في العلاج السلوكي المعرفي زيادة خلال السنوات العشر الماضية، حيث استهدفت الفئات التي تعاني من الاكتئاب، القلق، مشاكل السلوك، الصدمات النفسية، واضطراب طيف التوحد المصحوب بالقلق. تنظم تصاميم العلاج المعتمدة على الوحدات عناصر الممارسة (التقنيات أو الاستراتيجيات السريرية المميزة مثل "المراقبة الذاتية" أو "الثقيف النفسي") إلى "وحدات محتوى" مستقلة، والتي يمكن استخدامها بشكل متكرر، أو دمجها مع وحدات أخرى، أو عدم استخدامها على الإطلاق. يمكن تصميم الوحدات لمرض واحد فقط، أو لعدة تشخيصات (أي أن الوحدة نفسها يمكن استخدامها لعلاج تشخيصات مختلفة)، أو لعلاج تشخيصات مختلفة بشكل متتابع. تساعد الخوارزميات أو "وحدات التنسيق" في توجيه عملية اتخاذ القرارات حول الوحدات التي يجب استخدامها وأي ترتيب يجب اتباعه في العلاج مع مريض معين. قد يعني ذلك أن أي طفلين قد يخضعان لعلاجات مختلفة للغاية، حتى إذا كانا يتلقون نفس العلاج المعتمد على الوحدات لنفس المشكلة. على الرغم من أن التعددية قد تبدو مرادفة للمرونة، إلا أن هذا ليس هو الحال دائمًا. بعض العلاجات المرنة ليست وحدات (على سبيل المثال، قد تكون مرنة للغاية ولكنها ليست مصممة من وحدات مستقلة)، في حين أن بعض العلاجات يمكن أن تكون معتمدة على الوحدات ولكنها ليست مرنة (بعض العلاجات المعتمدة على الوحدات تحتوي على وحدات تنسيق صارمة تحدد كيفية تقديم الوحدات)

2_تعريف العلاج المعرفي القائم على الوحدات: Modular cbt:

العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على الوحدات (Modular CBT) هو نهج علاجي يقوم على تقسيم مكونات العلاج إلى "وحدات" أو "مكونات" مستقلة، بحيث يمكن لكل وحدة أن تُنفذ بشكل منفصل لمعالجة جانب معين من المشكلة النفسية التي يعاني منها الفرد.

كل وحدة تهدف إلى تحقيق هدف علاجي محدد، مثل: تدريب الاسترخاء، الثقيف النفسي، مراقبة المزاج، أو إعادة البناء المعرفي، مما يسمح بمرونة في تصميم الخطة العلاجية. وتتيح هذه البنية دمج الوحدات أو استخدامها بشكل مستقل حسب احتياجات الحالة، بدلاً من تطبيق بروتوكول علاجي موحد لجميع الحالات كما في النماذج التقليدية.

(Weisz et al., 2012).

تتميز هذه الطريقة بأنها قابلة للتعديل والمرنة، حيث يمكن تخصيص العلاج وفقاً لاحتياجات كل فرد. قد يتضمن العلاج وحدات متعددة تشخص نفس المشكلة من زوايا مختلفة أو يمكن تعديلها لتناسب حالات متعددة. يتم تحديد الوحدات التي سيتم استخدامها وترتيبها عبر خوارزميات تساعد المعالجين في اتخاذ قراراتهم بناءً على حالة المريض الخاصة.

(Chorpita & Weisz, 2009)

3_ مميزات العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات:

_تنظيم العلاج في وحدات مستقلة.

_القدرة على تعديل ترتيب أو عدد الوحدات حسب احتياجات الطفل.

_تصميم خطة علاجية مخصصة تتماشى مع نقاط القوة والضعف لدى كل طفل بدلاً من الالتزام الصارم ببروتوكول موحد.

4_ معايير العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt):

لكي يُعتبر العلاج وحداتياً بحق، يجب أن يفي بـ 4 شروط:

قابلية التجزئة: العلاج يُقسَّم إلى وحدات مستقلة لها معنى.

هدف واضح لكل وحدة: يجب أن تكون لها غاية خاصة بها.

واجهة موحدة: كل وحدة يجب أن تتكامل بسهولة مع الأخرى.

الاكتفاء الذاتي: تحتوي الوحدة على كل ما يلزم لتطبيقها دون الحاجة إلى وحدة أخرى

(Friedberg & Nakamura, 2022)

5_ استراتيجيات تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات:

ينصح بتحديد أهداف S.M.A.R.T منذ البداية: (محددة، قابلة للقياس، قابلة للتحقيق، واقعية، ومحددة بالزمن)

تُوضع هذه الأهداف بالتعاون مع الطفل وأسرته.

تختلف الأهداف حسب السياق، حتى لدى من يعانون من نفس الاضطراب.

مثال: مراهق مصاب بالاكتئاب الحاد: الهدف = رفع الحضور المدرسي من مرة إلى 3 مرات أسبوعيًا

مراهق يعاني من اكتئاب خفيف: الهدف = زيادة الأنشطة الممتعة من 3 إلى 7 مرات يوميًا. (مرجع سابق، 2022)

6_العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات للأطفال المصابين بالاكتئاب: يتكون العلاج المعرفي

السلوكي القائم على الوحدات من عدة وحدات أساسية تتناول جوانب متعددة من العلاج النفسي، وأخرى وحدات داعمة. يتم اختيار الوحدات بما يتناسب مع التقييم الفردي للمريض. تشمل هذه الوحدات المستخدمة لعلاج الاكتئاب:

6_1. الوحدات الأساسية:

6_1_1_1. وحدة التثقيف النفسي: يعد التثقيف النفسي الخطوة الأساسية في أي برنامج علاجي، فهو تعليم المواضيع

النفسية بهدف تعزيز الوعي الذاتي والقدرة على التغيير، خلال هذه الوحدة يشارك المعالجون الكثير من المعلومات من أجل تمهيد الطيق لعملائهم وأسرههم للتقدم نحو نجاح العلاج، حيث يؤخذ الوقت لتحضير كل جلسة من جلسات التثقيف النفسي بتصميم مخطط للمواضيع الرئيسية التي يخطط لتغطيتها. فهي تهدف إلى زيادة وعي الطفل بالاكتئاب، مع توضيح الكيفية التي تتفاعل بها الأفكار والمشاعر والسلوكيات في التأثير على الحالة المزاجية وتحسينها. في هذه الوحدة يتم التركيز على تحضير الجلسات، والتأكد من أن المعالج على دراية بالمواد التي ينوي شرحها، تمامًا عندما يفعل المعلم عند انجاز خطة الدرس، وان يكون له مخطط واضح في ذهنه. (Friedberg & Nakamura, 2022, P46)

كما يتم شرح المثلث المعرفي .

يُعد المثلث المعرفي من المحاور المركزية في وصف عملية العلاج المعرفي السلوكي الوحداتي (Modular CBT) وقد تم

تقديم هذا المفهوم لأول مرة من قبل كلارك، لوينسوهن، وهوبس (1990)، وأصبح منذ ذلك الحين من اللبنيات

الأساسية في تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال، والمراهقين، والأسر . (Cohen&Mannarino, 2008)

لبدء شرح المفهوم، يُرسم مثلث على اللوح أو على ورقة خلال الجلسة العلاجية، ويُكتب عند كل زاوية من زوايا المثلث إحدى الكلمات الثلاث: "الأفكار"، "المشاعر"، و"السلوكيات". يُخصص وقت لمناقشة كل عنصر على حدة، مع التأكد من فهم الطفل للفروقات بين: الفكرة والشعور، الشعور والسلوك، والسلوك والفكرة.

بعد ذلك، يُوضح المعالج كيف تعمل هذه المفاهيم معًا بشكل مترابط، وكيف يؤثر كل منها على الآخر

شكل 1

المثلث المعرفي



6_1_2. وحدة مراقبة المزاج: تعد مراقبة المزاج من الوحدات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، حيث تساعد المعالج على تتبع التغيرات الانفعالية اليومية، والتعرف على أنواع المشاعر الواسعة ومدى شدتها خلال اليوم، كما يطور المعالج فهمه الخاص لهذا العميل الفريد، الأطفال الذين يتلقون العلاج للاكتئاب غالبًا ما يعانون من صعوبات عاطفية. وقد وجد الباحثون أن ضعف الوعي بالمزاج والتعبير عنه يمكن أن يتنبأ بزيادة المشاعر السلبية، وردود الفعل العاطفية الشديدة، وزيادة التفكير المتكرر في الحالة المزاجية السلبية.

أما القدرة الأفضل على تسمية المشاعر، من جهة أخرى، فتنبأ بتجارب إيجابية أكثر للشخص، بما في ذلك المشاعر الإيجابية، والانفتاح الاجتماعي، وارتفاع تقدير الذات، يمكن اعتبار الوعي العاطفي بوابة للتغيير العاطفي، بينما التعبير العاطفي يمثل وسيلة هذا التغيير. عندما يكون هناك وعي محدود بالمشاعر، يصبح من الصعب جدًا التعبير عنها. وبدون التعبير، يفقد الشباب المكتئبون فرصة الاستفادة من آراء ونقاط نظر الآخرين. يؤدي هذا الانغلاق الداخلي إلى فصلهم عن العملية الأساسية للتواصل الاجتماعي، التي تساعد كل واحد منا على تحسين وتعديل تفسيراتنا وأفكارنا. في غياب هذه العملية الاجتماعية، تنغرس التفسيرات السلبية والخاطئة وتتقوى مع مرور الوقت نتيجة التكرار المستمر، خلال هذه الوحدة، يساعد المعالجون العملاء على زيادة وعيهم بتجربة المشاعر (بما في ذلك ردود الفعل الفسيولوجية الطبيعية المرتبطة بها) وعلى التعبير عن هذه المشاعر. يشمل هذا العملية تحديد المشاعر وتسميتها، والتفريق بين المشاعر والأفكار، ووصف مدى تأثير المشاعر وشدته، يتم تخصيص وقت في الجلسات العلاجية لمساعدة الأطفال على التعرف على مشاعرهم وتفريقها عن الأفكار والسلوكيات، باستخدام قائمة مصنفة للمشاعر الإيجابية والصعبة تساعد الطفل على التعبير بدقة عمّا يشعر به (Williams & Crandal, 2016,p82) انظر الملحق رقم (02)

كما يستخدم مقيس حرارة المشاعر ووأداة بصرية بسيطة تستخدم كثيرًا في العلاج النفسي، خاصة عند الأطفال لمساعدتهم على تحديد شدة مشاعرهم بطريقة سهلة. انظر الملحق (05)، بالإضافة إلى جدول تتبع المزاج، يستخدم لمساعدة الأطفال أو المراهقين على تتبع حالتهم المزاجية اليومية، والتعرف على الأنماط المرتبطة بالأفكار والسلوكيات والمواقف المختلفة انظر الملحق (06)، وحدة مراقبة الحالة المزاجية هي بداية لفهم المشاعر؛ حيث يبدأ العميل في تعلم أن المشاعر قابلة للتعديل، وأنه فيما يتعلق بالمشاعر، نحن جميعًا في موقع القيادة. هذه الحقيقة الأساسية قد تكون معلومة جديدة كليًا للشباب ويمكن أن يكون لها تأثير عميق ودائم على حياتهم. (مرجع سابق، 2016، ص84)

3_1_6 وحدة التنشيط السلوكي: التنشيط السلوكي هو نهج علاجي يستخدم في علاج اضطراب الاكتئاب وبعض الاضطرابات العاطفية الأخرى، ويهدف هذا النهج إلى تعزيز المشاركة في الأنشطة الإيجابية والمتعة في الحياة اليومية لدى الفرد المصاب بالاكتئاب، والتي تساعد في تحسين المزاج والشعور بالرضى والسعادة.

ويتضمن مجموعة متنوعة من الأنشطة بناءً على اهتمامات وقدرات الشخص المصاب بالاكتئاب وقد تشمل هذه الأنشطة: القراءة، الرياضة، الاجتماع مع الأصدقاء، المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، والتطوعية. ويعتمد التنشيط السلوكي على مفهوم أن النشاط والمشاركة في الأنشطة الإيجابية يمكن أن يساعد في تحسين المزاج والشعور بالرضا والسعادة، ويمكن استعمال هذا النهج كجزء من البرامج العلاجية، ويهدف إلى زيادة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والشخصية المتعة، من أجل علاج اضطراب الاكتئاب. (عبد العليم، 2023، ص21)

يستخدم في هذه الوحدة جدول الأنشطة الأسبوعي انظر الملحق رقم (07)

جدول الأنشطة السارة لحث العميل على زيادة الأنشطة، انظر الملحق (08)، قائمة عصف ذهني للأنشطة المتعة (أنشطة روتينية، أنشطة موجهة نحو الهدف، أنشطة اجتماعية، وهي مفيدة في برامج التنشيط السلوكي). (بطاطو، 2013، ص163)

3_1_6 وحدة إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring)

تعد إعادة البناء المعرفي من الوحدات الجوهرية ضمن برنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) الموجه للأطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب، حيث يهدف هذا التدخل إلى التعرف على أنماط التفكير السلبي التلقائي واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا وتكيفًا، مما يساهم في تحسين المزاج وتقليل الأعراض الاكتئابية. تركز هذه الوحدة على النموذج المعرفي الذي طوره (Beck, 1976) والذي يفترض أن الاكتئاب ناتج عن أفكار غير تكيفية تشوه تفسير الفرد للذات، والعالم، والمستقبل. تُصنّف هذه الأفكار إلى ثلاثة مستويات متدرجة:

الأفكار التلقائية: رسائل داخلية فورية وسطحية، غالبًا ما تكون سلبية وغير دقيقة.

المعتقدات الوسيطة: افتراضات وقواعد شخصية توجه التفكير.

المعتقدات الجذرية: أفكار عميقة وثابتة تعكس صورة الفرد عن ذاته وقيمه.

تهدف الى تعزيز الوعي بالأفكار التلقائية السلبية، تعليم الطفل مهارات التعرف على التشوهات المعرفية، تدريب الطفل على استبدال الأفكار غير التكيفية بأفكار بديلة أكثر واقعية وإيجابية، بالإضافة الى دعم المهارات المعرفية عبر أنشطة تطبيقية وتمارين منزلية. (Friedberg & Nakamura, 2022,P107)

الأفكار غير التكيفية هي تلك التي تؤدي إلى تفاقم المشكلة الرئيسية. وبالنسبة للأشخاص المصابين بالاكتئاب، تمثل هذه الأفكار إلى أن تكون سلبية بشكل مبالغ فيه أو غير عقلانية عن الذات أو العالم أو المستقبل. ومنذ بداية العلاج، يلاحظ معالجو CBT تأثير هذه الأفكار على مشاعر العميل وسلوكياته، ويبحثون عن عبارات أو تعبيرات تشير إلى وجود تشوهات معرفية.

كيفية التعرف على الأفكار غير التكيفية

لأن الأفكار لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر، يجب على المعالجين البحث عن طرق لفهم التجارب الداخلية للعميل. تتطلب مساعدة العملاء في مواجهة أفكارهم غير التكيفية فهمًا عميقًا لكيفية تفكيرهم. اللغة هي المفتاح للوصول إلى أفكار الطفل.

يمكن للمعالجين استخدام الأسئلة المفتوحة، والتأكيدات المتعاطفة، والتلخيصات العاكسة كأدوات للوصول إلى تجارب العميل الداخلية. عندما يشعر الأطفال بأنهم مفهومان دون إصدار أحكام، يكونون أكثر استعدادًا للتعبير عن أنفسهم شفهيًا، مما يسهل معالجة هذه الأفكار وتغييرها.

بعض الأطفال المصابين بالاكتئاب يكونون خجولين جدًا أو يستخدمون اللغة بشكل محدود. في هذه الحالات، قد تساعد الأنشطة الكتابية أو الفنية في تحفيز مناقشة أعمق حول التجارب الداخلية للعميل. يمكن أن تكون جمل غير مكتملة وسيلة مفيدة لبدء المحادثات. (Williams & Crandal, 2016,p105) انظر الملحق رقم (09)

يهدف هذا التمرين إلى استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية للأطفال والمراهقين، خاصة أولئك الذين يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم شفهيًا. يمكن للمعالجين استخدام هذه الجمل لمساعدة الأطفال على التعبير عن أفكارهم ومخاوفهم بطريقة غير مباشرة.

بعد استخراج تعبيرات الطفل عن أفكاره الداخلية، يمكن البدء في تحديد الأخطاء المعرفية التي يعاني منها. من المهم أن يكون المعالج على دراية بأنماط التفكير المشوهة الشائعة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب حتى يتمكن من التعرف عليها بسهولة أثناء الجلسات العلاجية. انظر الملحق (10)

الأخطاء المعرفية الشائعة لدى الأطفال المكتئبين:

تعد الأخطاء المعرفية من المفاهيم الجوهرية في النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب، إذ تؤدي هذه التحيزات الفكرية إلى تفسير مشوه للواقع، مما يعزز الأفكار السلبية ويؤدي إلى تثبيت المشاعر الاكتئابية. وتشير الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب غالبًا ما يستخدمون أنماطًا فكرية غير وظيفية تؤثر سلبًا على إدراكهم لذواتهم، وللآخرين، وللمستقبل (Beck,1976,Friedberg,2002)

فيما يلي أبرز الأخطاء المعرفية التي يُلاحظ شيوعها في حالات الاكتئاب الطفولي:

التفكير بطريقة (الكل أو لا شيء): يرى الطفل الأمور بصورة متطرفة دون حلول وسط (مثال: "إما أن أنجح تمامًا أو أنني فاشل تمامًا").

التعميم المفرط: تعميم تجربة سلبية واحدة على جميع المواقف (مثال: "فشلت مرة، إذن سأفشل دائمًا").

التسمية السلبية: وصف الذات بصفات سلبية مطلقة بدلاً من وصف السلوك (مثال: "أنا غبي").

التركيز على السلبيات: تضخيم الجوانب السلبية في الموقف وتجاهل الإيجابيات (مثال: "أخطأت في سؤال واحد، إذن الامتحان كان فاشلاً").

إلغاء الإيجابيات: رفض الإنجازات الإيجابية أو التقليل من قيمتها (مثال: "نجحت بالصدفة فقط").

القفز إلى الاستنتاجات: تبني استنتاجات سلبية دون أدلة كافية.

قراءة الأفكار: افتراض نوايا أو أفكار سلبية لدى الآخرين دون تحقق (مثال: "هم يضحكون، لا بد أنهم يسخرون مني").

التنبؤ السلبي بالمستقبل: توقع الفشل أو الإحباط المستقبلي كحقيقة مؤكدة (مثال: "لن أتمكن من تكوين صداقات").

التضخيم أو التهوين: المبالغة في الأخطاء أو التقليل من الإيجابيات.

التفكير العاطفي: اعتبار المشاعر السلبية دليلاً على الحقائق (مثال: "أشعر أني غير مهم، إذن أنا كذلك").

استخدام "يجب" و"لا يجب": فرض توقعات صارمة على النفس أو الآخرين، ما يؤدي إلى اللوم أو الإحباط (مثال: "يجب أن أكون مثاليًا دائمًا").

الشخصية: لوم الذات على أحداث لا تقع ضمن نطاق السيطرة الشخصية (مثال: "أمي حزينة، لا بد أنني السبب").

إن التعرف على هذه الأخطاء وتصحيحها يشكّل محورًا أساسيًا في العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، إذ تُخصّص وحدة كاملة لتعليم الطفل كيفية ملاحظة أفكاره المشوهة، وتحديدّها، واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتوازنًا (Williams, Ellis, 2021, p115)

6_1_4. وحدة الوقاية من الانتكاسة (Relapse Prevention):

تُعد الوقاية من الانتكاس من الوحدات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، وهي تمثل عادةً المرحلة الختامية في خطة العلاج. يهدف هذا المكون إلى تعزيز المهارات المكتسبة خلال العلاج، ومساعدة الطفل على الاحتفاظ بالتقدم المحقق، ومنع عودة الأعراض الاكتئابية بعد انتهاء العلاج

النشط. تهدف وحدة الوقاية من الانتكاس في العلاج المعرفي السلوكي الوحداني إلى مساعدة الأطفال والمراهقين الذين أهدوا علاجهم في الحفاظ على تحسنهم والحد من احتمالية عودة الاكتئاب مستقبلاً، من خلال مراجعة إنجازاتهم العلاجية، وتعليمهم كيفية مراقبة الأعراض المبكرة، ووضع خطة عمل للتعامل مع الانتكاس في حال حدوثه، تشمل استخدام المهارات المكتسبة وطلب الدعم عند الحاجة. تتضمن الجلسة النهائية أيضًا تلخيصًا للمحتوى العلاجي، وتغذية راجعة من الطفل، واحتفالاً رمزيًا بالتحجج لتعزيز الشعور بالنجاح. وتؤكد الوحدة على أن عودة الأعراض لا تعني الفشل، بل تستدعي استخدام الأدوات المكتسبة، مع إشراك الأهل في دعم الطفل مستقبلاً. (مرجع سابق، 2016، ص224)

بعد تطبيع احتمال عودة الأعراض، من المهم فهم السبب وراء أن مراقبة الأعراض المستمرة يمكن أن تلعب دورًا حاسمًا في منع حدوث الانتكاس. من خلال التحقق المنتظم من العلامات المبكرة أو التغيرات الطفيفة في الأعراض، يمكن للعملاء أن يصبحوا أكثر وعيًا بالصعوبات الناشئة قبل أن تتصاعد إلى نوبات كاملة.

قائمة مراقبة الأعراض الملحق رقم 12 ، ووضع خطة الوقاية من الانتكاسة.

خطة الوقاية من الانتكاسة انظر الملحق رقم 14 (مرجع سابق، 2016، ص225)

احتفال التحجج

الخطوة النهائية في الجلسة هي الاحتفال بتقدم وإنجازات العميل من خلال احتفال التحجج. يمثل هذا الاحتفال نهاية ذات معنى للعمل العلاجي ويساعد في تعزيز شعور العميل بالنجاح والتحفيز على الاستمرار في النمو والتطور.

يمكنك تقديم شهادة مخصصة للعميل تسلط الضوء على نقاط القوة والمهارات التي اكتسبها خلال الجلسات. تتوفر

شهادة نموذجية انظر الملحق رقم 15

إذا كان ذلك مناسبًا من الناحية النمائية وإذا كانت الموارد متاحة، يمكن أيضًا إرفاق الشهادة بمكافآت صغيرة أو حلوى كنوع من التقدير لجهود العميل والتزامه. تساعد هذه المكافآت على تعزيز السلوك الإيجابي وجعل الاحتفال أكثر تميزًا وذا أثر إيجابي. (مرجع سابق، 2016، ص 232)

6_2 الوحدات الداعمة:

تعد الوحدات الداعمة جزءًا أساسيًا من المرونة التي يتميز بها النموذج العلاجي القائم على الوحدات، حيث تستخدم لتكييف الخطة العلاجية وفقًا لاحتياجات الطفل الفردية، وتُفعل حسب الضرورة لدعم تطبيق الوحدات الأساسية أو

لتخطي العقبات العلاجية. (Chorpita & Weisz, 2009)

من بين أهم الوحدات الداعمة:

وحدة خطة السلامة والأمان: تساعد في تقليل المخاطر وتعزيز الشعور بالسيطرة والأمان خلال مراحل العلاج وبعده، فهي تهدف إلى ضمان سلامة الطفل خلال فترة العلاج، خاصة في الحالات التي يظهر فيها خطر محتمل مثل التفكير الانتحاري، إيذاء النفس أو التعرض للاسائة، تركز هذه الوحدة على تطوير خطة أمان واضحة، انظر الملحق رقم 09 بمشاركة الطفل، الأسرة، المعالج، تتضمن مؤشرات التحذير، استراتيجيات المواجهة، وجهات الاتصال الطارئة، ومصادر الدعم، كما تشمل تدريب الطفل على طلب المساعدة عند الشعور بالخطر. (Boustani et al, 2020, p267)

خطة السلامة انظر الملحق رقم 13

الاسترخاء: تعتبر وحدة الاسترخاء إحدى الوحدات المهمة في برامج العلاج المعرفي السلوكي الموجهة للأطفال، حيث تهدف إلى خفض مستويات التوتر الفسيولوجي المرتبطة بالأعراض الانفعالية كالاكتئاب والقلق. ويُعد تعلم تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق، واسترخاء العضلات التدريجي، والتخيل الهادئ، وسيلة فعالة لمساعدة الطفل على استعادة السيطرة على استجابات جسده في المواقف المثيرة للضغط (Kendall et al, 2005).

فبتدريب الأطفال على الاسترخاء، التنفس العميق وارتخاء العضلات، وتهدئة الأعصاب، يعمل على تركيز الانتباه وتوجيه الطاقة، ويشعر الطفل بالراحة والاطمئنان. (الزغول، 2006، ص 175)

يتم تقديم هذه المهارات باستخدام أساليب مرحة وبصرية تناسب الفئة العمرية، مثل "بالونة التنفس" أو "لعبة السلحفاة

البطيئة"، لتسهيل التعلم وتحفيز الممارسة المنزلية. كما تساهم هذه الوحدة في إعداد الطفل لاستقبال التدخلات المعرفية الأكثر تعقيداً، إذ يُظهر الأطفال قدرة أعلى على التركيز والانخراط في الجلسات بعد تعلم استراتيجيات الاسترخاء (Creswell&willetts,2019)

وحدة التدريب على المهارات الاجتماعية: تعتبر جزءاً مهماً من العلاج المعرفي القائم على الوحدات، وتتركز على تطوير القدرات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التواصل والتفاعل مع الآخرين، تهدف هذه الوحدة الى تعليم الطفل كيفية التعبير عن مشاعره، بدء محادثات، كما تتضمن تدريب الطفل على مواقف اجتماعية محددة في بيئة علاجية آمنة، مع تشجيع الممارسة المستمرة في الحياة اليومية. (Spence,2003)

مهارات التواصل، الثقة بالنفس، كيفية الرد على السخرية، الرد على الأقران ،بدء المحادثة، طلب المساعدة،.....

وحدة تنظيم الانفعالات: تهدف الى تعليم الأطفال مهارات تنظيم الانفعالات، مما تساهم في خفض الاندفاعية والانفعالات السلبية، وتظهر الأبحاث أن تحسين مهارات تنظيم الانفعال يعد مؤشراً قوياً على تحسن الحالة النفسية للأطفال داخل البرامج العلاجية. (Zeman, Cassano, Perry, 2006)

وحدة التعاون العائلي: تعتبر هذه الوحدة من المكونات المهمة في برامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، حيث تهدف الى اشراك الوالدين أو مقدمي الرعاية في العملية العلاجية بشكل فعال، فمشاركة الأسرة تعزز من تعميم المهارات المكتسبة، وتزيد من التزام الطفل للعلاج. (Haine-Schlagel & Escobar Walsh, 2015)

تشمل هذه الوحدة تعليم الوالدين استراتيجيات التواصل الداعم، استخدام التعزيز الايجابي، مما يخلق بيئة منزلية مساندة تعزز الصحة النفسية للطفل. (Kerns et al.2017)

وحدة مهارة حل المشكلات: تعد من المهارات المعرفية التي يتم تدريب الأطفال عليها ضمن البرامج العلاجية، بهدف مساعدتهم على مواجهة التحديات اليومية والتعامل مع الضغوط النفسية، بطريقة صحية، وقد أظهرت الدراسات أن تحسين مهارات حل المشكلات يرتبط بانخفاض الأعراض الاكتئابية وزيادة التكيف النفسي ، خاصة الأطفال الذين يفتقرون الى استراتيجيات المواجهة الفعالة. (Chorpita et al;2017)

خطوات حل المشكلات انظر الملحق رقم 11

وحدة الانخراط في العلاج:

تعزيز الانخراط في العلاج ، ودافعية الطفل، ووالديه للمشاركة الفعالة في العلاج، تشير الأدبيات الى أن مرحلة الانخراط تعد

مؤشرا رئيسيا على الالتزام العلاجي والتحسن على المدى الطويل، خاصة في حالة الاضطرابات الاطثنائية لدى الأطفال.
(Williams&Ellison,2021,p190)

7_التخطيط للعلاج: تنظيم خطة العلاج من خلال ترتيب الوحدات العلاجية المختارة بعناية، وتتضمن وجود خطة علاجية مرنة ومدروسة أمرًا أساسيًا في نجاح العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، مزيجًا من الوحدات الأساسية والداعمة. تُرتب الوحدات الأساسية غالبًا ضمن تسلسل علاجي تقليدي:

التثقيف النفسي: يكون عادة الخطوة الأولى في العلاج، لأنه يؤسس للفهم المشترك ويضع مصطلحات واضحة بين المعالج والطفل (Chorpita & Daleiden,2009).

مراقبة المزاج: تدخل لاحقًا، وتُعتبر خطوة مباشرة تمهد للانتقال نحو معالجة الأفكار غير التكيفية.

التنشيط السلوكي: فعال في تخفيف الأعراض بسرعة، خاصة في حالات الاكتئاب الشديد، لكنه يتطلب التزامًا معينًا من الطفل، وقد يُؤخر استخدامه في حال لم يكن الطفل مدرّجًا لهدفه من العلاج (McCauley et al ,2016).

معالجة الأفكار غير التكيفية: تُعد من الوحدات المحورية وتحتاج إلى أساس معرفي ومهاري، لذا غالبًا ما توضع في منتصف أو أواخر الخطة.

الوقاية من الانتكاس: تُدرج في نهاية العلاج ونادرًا ما يُعاد ترتيبها (Weisz et al,2017)

ورغم هذا التسلسل، يُمكن تعديل ترتيب الوحدات الأساسية بناءً على التصور العلاجي لكل حالة.

الوحدات الداعمة

لا تُرتب الوحدات الداعمة ضمن تسلسل ثابت، بل تُنظم حسب تصور الحالة:

خطة الأمان وإدارة الأزمات: تُستخدم عند وجود مخاوف تتعلق بالسلامة، مثل الأفكار الانتحارية أو سلوكيات إيذاء النفس.

الاسترخاء: تُقدم عادة في بداية العلاج، لما توفره من مهارات عملية وسريعة التعلم تُحفّز على التفاعل الإيجابي.
(Williams&Ellison;2021)

المهارات الاجتماعية: تعتمد على درجة العجز الاجتماعي. تُدرج لاحقًا إذا كان العجز طفيفًا، أو مبكرًا إذا كان مكونًا رئيسيًا في الحالة (Chorpita et al, 2009).

تنظيم الانفعالات: تُصمم كوحدة تراكمية تُبنى على ما تم اكتسابه في التثقيف النفسي والاسترخاء، وغالبًا ما تُدرج

لاحقًا.

التعاون الأسري: وحدة مرنة في التوقيت؛ قد تُستخدم في البداية لدعم التماسك العائلي أو لاحقًا إذا كان التركيز منصبًا على العلاج الفردي.

حل المشكلات: يمكن إضافتها لاحقًا إذا تبين وجود ضعف في هذه المهارات خلال سير العلاج.

تعزيز الاندماج في العلاج: تُستخدم حسب الحاجة، أو تُوزع موضوعاتها على مراحل مختلفة من العلاج.

بناء ملف علاجي وخطة مفصلة

بعد اختيار الوحدات، يُنصح بإنشاء ملف علاجي منظم (ورقي أو إلكتروني)، يحتوي على أوراق العمل والمواد التثقيفية، ليكون مرجعًا شخصيًا للطفل ضمن استراتيجيات الوقاية من الانتكاس.

قبل الشروع في التدخل العلاجي، يُعد التقييم الشامل أمرًا ضروريًا. يبدأ التقييم الشامل بجمع تاريخ مفصل

يتضمن تواصلًا واضحًا بين الأخصائي والعميل وعائلة العميل. وجد Poston وHanson (2010)، في دراسة

تحليلية شاملة، أن مستوى عاليًا من التعاون والتغذية الراجعة الشخصية كان أمرًا حاسمًا في إجراءات التقييم النفسي.

إن بناء علاقة الثقة وتطوير التحالف العلاجي خلال عملية التقييم أمران أساسيان للحصول على معلومات ذات صلة. بدون هذه اللبنات الأساسية من الثقة والتحالف، قد لا يشعر الطفل أو المراهق (وأهله) بالراحة لتقديم معلومات حساسة حول الحالة التي دفعتهم للجوء إلى العيادة

التقييم الأولي: يُعد التقييم النفسي الشامل خطوة أساسية تسبق أي تدخل علاجي فعال، خاصة في إطار العلاج المعرفي السلوكي الوحداتي. يهدف هذا التقييم إلى جمع معلومات دقيقة حول الأعراض، والسياق الأسري، والتاريخ النمائي والنفسي للطفل، مما يسمح ببناء خطة علاجية فردية ملائمة.

تؤكد الأدبيات أن جودة العلاقة المهنية بين الأخصائي والطفل وأسرته، إلى جانب استخدام أدوات تشخيص متعددة (مثل المقابلات النصف مهيكلة والمقاييس النفسية)، يُسهم في دقة التشخيص وفعالية العلاج، (Meyer et al 2001)

كما أن غياب هذا التقييم أو تنفيذه بشكل سطحي قد يؤدي إلى اختيارات علاجية غير مناسبة أو محدودة الأثر.

بالتالي، فإن التقييم التمهيدي لا يمثل مجرد مرحلة أولية، بل هو مكون أساسي في بناء تصور سريري شامل، يوجه اختيار الوحدات العلاجية المناسبة ضمن البرنامج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات.

7_2. تصور الحالة في العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular Cbt)

يُعد تصور الحالة أحد الركائز الأساسية في بناء خطة علاج معرفي سلوكي فعّالة، حيث يُدمج فيه الأخصائي جميع المعطيات التي تم جمعها خلال مرحلة التقييم الأولي، بما في ذلك المقابلة السريرية، الأدوات النفسية، والملاحظات السلوكية. يهدف هذا التصور إلى تكوين "صورة سريرية متكاملة" تُوضح كيف تساهم الأفكار والمعتقدات غير التكيفية لدى الطفل في إنتاج الأعراض السلوكية أو المزاجية التي يعاني منها (Persons, 2012)

ضمن النموذج المعرفي السلوكي، يُنظر إلى تصور الحالة كفرضية علاجية قابلة للتعديل، يتم فيها تحديد الروابط بين المثيرات (الضغوط أو الأحداث)، الأفكار التلقائية، المشاعر، والسلوكيات، والنتائج. كما يُدمج فيها الأخصائي العوامل السياقية مثل الهوية الثقافية أو العوائق المحتملة للعلاج. فمثلاً، قد تقود فكرة تلقائية مثل: "أنا غير محبوب" إلى انسحاب اجتماعي، ثم إلى حالة من اليأس والشعور بانعدام القيمة (Stoddard & Williams, 2012)

ويؤكد (Stoddard و Williams 2012) أن تصور الحالة يجب أن يكون عملية ديناميكية مستمرة، يتم مراجعتها وتعديلها وفق تطورات العلاج. كما يُوصى بأن تتم مناقشة هذا التصور مع الطفل وأسرته، وأخذ ملاحظاتهم بعين الاعتبار، مما يعزز التحالف العلاجي ويدعم فعالية التدخل (Meyer et al 2001).

التقييم الشامل يبدأ بجمع تاريخ مفصل يتضمن توصلات واضحة بين الأخصائي، والطفل، وعائلة الطفل. تُعد بطارية تقييم متعددة الطرق، والتي تشمل مقابلة سريرية نصف مهيكلة، وأدوات قياس معيارية ذات موثوقية وصلاحيات عالية، وسيلة منظمة تساعد الأخصائيين المهرة على تعظيم دقة التقييمات الفردية. يمكن للأخصائيين بعد ذلك استخدام البيانات للنظر في توافق الأدلة التي تدعم التشخيص وتصوّر الحالة.

_تخطيط العلاج بناء على تصور الحالة:

جدول 1 تخطيط العلاج باستخدام الوحدات الأساسية ترجمة الباحثين.

| المشكلة المستهدفة | الهدف | الوحدة | أمثلة عن التدخلات | النتيجة المتوقعة |
|--|---|----------------|---|---|
| عدم الوعي بالمزاج المكتئب | زيادة الوعي بالاكنتاب وكيف أن الأفكار والمشاعر والسلوكيات يمكن أن تساهم في تحسين المزاج | التثقيف النفسي | شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية | تحسين الفهم حول كيفية تأثير الأفكار والمشاعر والسلوكيات تأثيراً سلبياً |
| الوعي المحدود وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والمزاج | زيادة الوعي بالتغيرات في المزاج وتحسين القدرة على التعبير عن المشاعر | مراقبة المزاج | تحسين الوعي بالمزاج والتعبير عنه من خلال مراقبة وتتبع الحالة المزاجية | زيادة تعبير الشخص عن مشاعره عبر سلوكيات التعبير عن المشاعر، مثل التعبير عن مشاعره 3مرات أو أكثر يومياً في |

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|---|
| مكانيين أو أكثر | | | | |
| مشاركة الفرد في نشاط ممتع أو اجتماعي واحد يوميا دون الحاجة الى تنبيه، مع تحديد فكرة او مشاعر ليجابية مرتبطة بكل نشاط | التدريب على المشاركة في أنشطة اجتماعية أو ممتعة وتحديد تأثير التجارب على الأفكار والمشاعر | التنشيط السلوكي | تنمية المشاركة الفعالة والنشطة في الانشطة الممتعة أو الاجتماعية | المشاركة الغير الفعالة في الأنشطة الممتعة أو الاجتماعية |
| التعرف على 5 امثلة على التشوهات المعرفية في مكانيين او أكثر خلال أسبوع واستبدالها بأفكار دقيقة من خلال تتبع ذلك او مناقشته مع شخص بالغ | تحديد التشوهات المعرفية واستبدالها بأفكار دقيقة | اعادة البناء المعرفي | التعرف على التفكير السلبي المستمر واستبداله بتفكير ايجابي أو تكيفي | التفكير السلبي المستمر الذي يؤدي الى مزاج سلبي وشعور سلبي |
| اظهار اتقان المهارات الجديدة عند مواجهة المواقف في 3 مواقف أو أكثر وفي مكانيين | تحديد الاستجابات الجديدة للمثيرات او تحديد الفرص لاستخدام المهارات الجديدة في بيئات مختلفة | الوقاية من الانتكاسة | تعزيز المهارات المكتسبة وتوسيع استخدامها في بيئات اخرى | المهارات التي تم تطويرها حديثا مع امكانية التعميم |

جدول 2

تخطيط العلاج باستخدام الوحدات الداعمة

| النتيجة المتوقعة | أمثلة على التخلات | الوحدة | الهدف | المشكلة المستهدفة |
|---|---|--|--|--|
| التخلص من الأفكار الانتحارية ونية إيذاء الذات | تطوير خطة لادارة الأزمات تشمل الدعم من عدة أفراد | خطة السلامة | تعزيز الأمان والاستقرار وتقليل مخاطر الأزمات | المخاطر الأمنية(الأفكار الانتحارية، أو السلوكيات المؤذية للذات) |
| الاستخدام الذاتي لتقنيات الاسترخاء لتقليل القلق أو الغضب في مواقف مختلفة 3 مرات أو أكثر في الأسبوع | تطوير القدرة على استخدام تقنيات التنفس العميق،استرخاء العضلات،ومهارات التخيل | التدريب على الاسترخاء | تطوير القدرة على زيادة الاسترخاء لتقليل القلق أو الغضب المفرط | القلق المفرط أو مشاكل الغضب التي تساهم في الاكتئاب |
| استخدام تقنيات التأكيد للاستجابة للمضايقات في مواقف اجتماعية واحدة أو أكثر زيادة الوقت المستغرق في الأنشطة الاجتماعية | تعزيز الراحة من خلال التدويب على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والقدرة على التعبير عن النفس والتفاعل مع الأقران | التدريب على المهارات الاجتماعية | تطوير المشاركة الفعالة في التفاعلات الاجتماعية والحد من مشاعر العزلة | العزلة الاجتماعية،دعم اجتماعي غير محدود أو ضعف الثقة في التفاعلات الاجتماعية |

الفصل الثالث _____ العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات Modular Cbt

| | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|--|
| مشاكل الغضب وتقلبات المزاج التي تساهم في الاكتئاب | تطوير القدرة على الاستجابة للمحفزات وتنظيم المشاعر لتحقيق استقرار المزاج | تنظيم الانفعالات أو العواطف | إظهار استخدام مهارات تنظيم الانفعالات لتعزيز المزاج المستقر عند مواجهة المثيرات المعتادة | استخدام استراتيجيات إعادة التقييم بفعالية وبشكل مستقل 3مرات أو أكثر في موقفين مختلفين أو أكثر لتصحيح التشوهات المعرفية وتعزيز استقرار المزاج |
| تعبير غير متوازن عن التجارب الايجابية والسلبية في السياق الأسري | تحسين قدرة العائلة على زيادة التفاعلات الايجابية وتقليل التفاعلات السلبية مما يعزز الدعم الأسري | التعاون العائلي | تحسين جودة وزيادة تكرار التواصل الداعم بين أفراد الأسرة في المنزل | مشاركة الأسرة في نشاط مشترك كل أسبوع خلال شهر لمدة ساعة |
| صعوبة في مواجهة التحديات وضعف في مهارات المواجهة | تعزيز قدرة الطفل على التعرف على المشكلات ووضع الحلول وتنفيذها عند مواجهة العقبات | مهارات حل المشكلات | وضع هدف واضح وتحديد استراتيجية مناسبة لتحقيقه | استخدام مهارات المواجهة الفعالة في مواقف جديدة أو عند مواجهة مثيرات انفعالية |
| ضعف الدافعية أو ضعف المشاركة في خطوات العلاج | تعزيز مشاركة ودافعية الأسرة والطفل في العملية العلاجية | الانخراط في العلاج | تحسين الوعي بأسباب المشاركة في العلاج | الالتزام بحضور الجلسات العلاجية بانتظام والمشاركة الأنشطة الممارسة بين الجلسات |

(Williams&Crandall,2011)

تتضمن الخطة ما يلي: انظر الملحق رقم 01

المشكلة الرئيسة: ما يعاني منه الطفل بشكل واضح.

الهدف العام: يُكتب بلغة مفهومة بعيداً عن المصطلحات المتخصصة، ويجب أن يحظى بقبول الطفل وأسرته.

الأهداف قصيرة المدى: ترتبط بتغييرات سلوكية أو معرفية قابلة للتحقيق.

التدخلات العلاجية: مكونات محددة ضمن الوحدة، مثل استخدام جداول مراقبة المزاج أو تدريبات على مهارات التعبير.

النتائج المتوقعة: تغييرات قابلة للقياس والملاحظة، تُظهر تطور الطفل واكتسابه للمهارات المستهدفة.

مراجعة الخطة وتحديثها

يجب أن تستند التعديلات إلى تقييمات دورية وبيانات موضوعية، وليس إلى الانطباعات فقط. يتطلب التحديث تصوراً

سريرياً محدثاً وموثوقاً يُراعي تطور الحالة.(مرجع سابق،2009)

فالخطة العلاجية ضمن العلاج المعرفي السلوكي للوحدات ليست مجرد جدول زمني، بل هي عملية ديناميكية تتضمن الفهم العميق، والمرونة، والتعاون بين الطفل، أسرته، والمعالج. نجاح هذه الخطة يعتمد على دقة التقييم، واستجابة فعالة للتغيرات، وتكيف مدروس مع احتياجات الحالة الفردي.

خاتمة الفصل:

يمثل العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) نقلة نوعية في التدخلات النفسية الموجهة للأطفال، لما يتيح من مرونة عالية تسمح بتكييف الخطة العلاجية تبعاً للاحتياجات الفردية لكل طفل، ووفقاً لتقدم الحالة. وقد أظهرت الدراسات فاعلية هذا النموذج العلاجي في التعامل مع الاضطرابات النفسية المتعددة، خاصة الاكتئاب واضطرابات القلق، وذلك بفضل بنيته المبنية على وحدات متكاملة يمكن تفعيلها حسب الأعراض الظاهرة. يمتاز هذا الأسلوب بقدرته على مواجهة التحديات السريرية الواقعية التي قد لا تستطيع البرامج التقليدية معالجتها، من خلال دمج وحدات تعزز المشاركة والانخراط في العلاج، والتعامل مع الأزمات، بما يعزز من نتائج التدخل العلاجي على المدى القصير والطويل. كما تدعم الأطر النظرية الحديثة والمعطيات البحثية المتراكمة فاعلية هذا النموذج، مما يجعله خياراً واعداً في الممارسة السريرية مع الأطفال والمراهقين. وعليه، فإن تبني العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات يُعد خطوة نحو تحقيق تدخلات نفسية أكثر تخصصاً ومرونة وفاعلية، تستجيب للتنوع الفردي في الأعراض والسياقات، وتتماشى مع التوجهات الحديثة للعلاج المبني على البراهين.



الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1_ المنهج المستخدم في الدراسة

2_ الدراسة الاستطلاعية

3_ الاختبار الاستطلاعي

4_ الدراسة الأساسية

4_1_ متغيرات الدراسة

4_2_ مجتمع الدراسة والعينة

4_4_ أدوات الدراسة

4_5_ مراحل تطبيق الدراسة

4_6_ البرنامج العلاجي

4_7_ تطبيق البرنامج العلاجي

4_8_ الأساليب الاحصائية

تمهيد:

يخصص هذا الفصل للجانب الميداني المتمثل في الاجراءات المنهجية للدراسة الذي يساهم في اثراء ودعم الجانب النظري بعرض الوصول لصورة واضحة للموضوع المدروس والتحقق من صحة الفرضية والاجابة عن التساؤل المطروح، كما يهتم هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في الدراسة والحدود الزمانية والمكانية لها اضافة الى ادوات البحث المستند اليها ميدانيا والعينة.

1_ المنهج المستخدم في الدراسة:

استعملت الباحثتان المنهج الشبه التجريبي، وذلك لانه الأنسب لهذه الدراسة، ويتلائم مع اهدافها. و” هو منهج يقيس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع من خلال التجربة.” (حنون، 2024، ص34) حيث تناولت الباحثتان التصميم ذو المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي.

2. الدراسة الاستطلاعية: تم اجراء الدراسة الاستطلاعية بغرض :

جمع اكبر عدد من المعلومات حول متغيرات الدراسة.

التحقق من ملائمة الظروف الميدانية لتطبيق البرنامج العلاجي، تم اختيار مكتب الفحص النفسي الخاص بالباحثة في العيادة المتعددة الخدمات الحمل، والعيادة المتعددة الخدمات بآبار، بعد القيام بأمر تسهيل بمهمة. اختيار العينة المناسبة من الأطفال المصابين بالاكتئاب.

ساعدت هذه الدراسة الاستطلاعية في تهيئة الظروف الملائمة للتطبيق الفعلي للبرنامج العلاجي.

الاختبار الاستطلاعي: Pilote testing

الاختبار الاستطلاعي لمقياس الاكتئاب :حساب الحساسية والنوعية.

الخطوة 1 :مصفوفة الارتباك

تم حساب القيم الأربعة بناءً على البيانات:

TP = 13 - ايجابي حقيقي: الطفل مكتئب ونتيجة المقياس تشير الى الاكتئاب

TN = 12 - سلمي حقيقي، الطفل سليم ونتيجة المقياس لاتشير الى الاكثاب

FP = 2 - ايجابي كاذب الطفل سليم ونتيجة المقياس تشير للاكثاب

FN = 3 - سلمي كاذب، الطفل مصاب بالاكثاب ونتيجة المقياس لاتشير الى الاكثاب.

| نتيجة المعيار المرجعي | التشخيص الحقيقي | الحالة غير موجودة |
|-----------------------|-----------------|-------------------|
| الاختبار الإيجابي | TP = 13 | FP = 2 |
| الاختبار السلبي | FN = 3 | TN = 12 |

الخطوة: حساب الحساسية والنوعية

$$\text{الحساسية} = \frac{TP}{(TP + FN)} = \frac{13}{16} = 81.25\%$$

$$\text{النوعية} = \frac{TN}{(TN + FP)} = \frac{12}{14} = 85.71\%$$

تفسير: تشير القيم إلى أداء جيد للمقياس في التمييز بين المكتتبين وغير المكتتبين.

حساب مؤشر يودن لنقاط القطع (Youden's Index)

مؤشر يودن يستخدم لتقييم الأداء الكلي للاختبار التشخيصي من خلال الجمع بين الحساسية والنوعية.

الصيغة:

$$\text{Youden's Index} = \text{الحساسية} + \text{النوعية} - 1$$

بناء على النتائج:

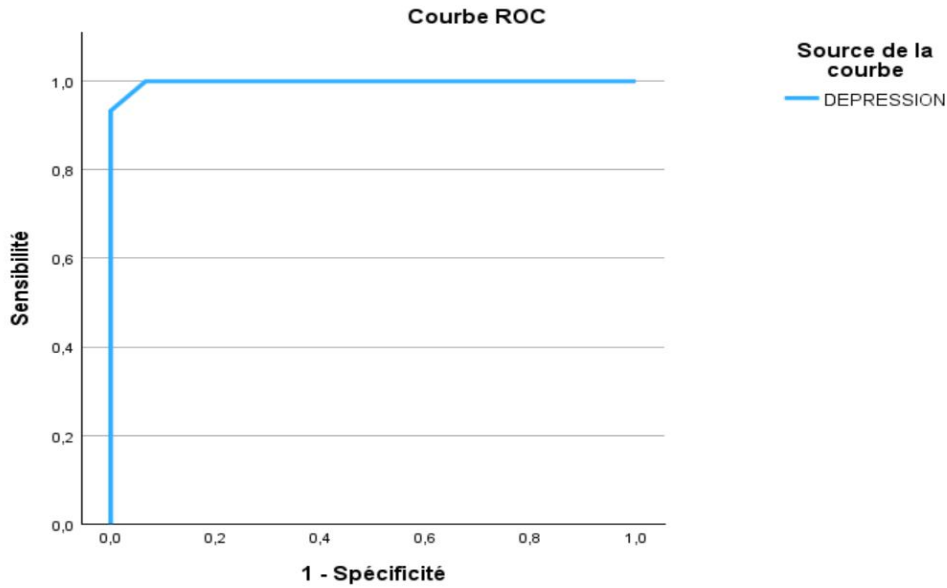
$$- \text{الحساسية} (0.8125) = 81.25\%$$

$$- \text{النوعية} (0.8571) = 85.71\%$$

$$\text{Youden's Index} = 0.8125 + 0.8571 - 1 = 0.6696 \approx 0.67$$

قيمة 0.67 تُعد جيدة وتشير إلى أن المقياس لديه قدرة متوازنة على التمييز بين المكتئبين وغير المكتئبين

منحنى ROC



الشكل 2 منحنى ROC

يمثل منحنى ROC العلاقة بين معدل الإيجابيات الحقيقية (True Positive Rate) ومعدل الإيجابيات الكاذبة (False Positive Rate) عبر نقاط قطع مختلفة للاختبار الاكتئاب. كل نقطة على المنحنى تمثل توازناً بين الحساسية والنوعية عند مستوى قطع معين.

كما تشير المساحة تحت المنحنى $AUC = 0.99$ ، انظر للملحق فإن المقياس يتمتع بقدرة جيدة على تمييز الأطفال المصابين بالاكتئاب عن غير المصابين.

كلما اقتربت AUC من 1، دلّ ذلك على دقة أعلى للاختبار، بينما تشير قيمة $AUC = 0.50$ إلى أداء عشوائي.

وبالتالي، فإن = 0.99 AUC تعتبر دلالة على جودة تنبؤية قوية وقيمة تشخيصية مقبولة في السياق الإكلينيكي

4_4_4 الدراسة الأساسية:

4_4_1. متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: البرنامج العلاجي القائم على الوحدات Modular CBT

المتغير التابع: أعراض الاكتئاب عند الأطفال.

4_4_2. عينة الدراسة:

خصائص العينة: أطفال يعانون من الاكتئاب، تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات و 12 سنة.

عدد الافراد: 10 أطفال

طريقة اختيار العينة: تم اختيار الأطفال عشوائياً من بين الحالات الموجهة من طرف وحدة الكشف والمتابعة المدرسية، وفقاً للمعايير الآتية:

العمر بين 7 و 12 سنة.

تشخيص بالاكتئاب استناداً إلى تقرير نفسي.

القدرة على المشاركة في الجلسات العلاجية.

استبعاد الحالات التي تعاني من اضطرابات مصاحبة أو تتلقى علاجات نفسية أخرى.

4_4_4 الادوات المستخدمة:

4_4_1_4. الملاحظة: تعد الملاحظة من بين الأدوات المستعملة خاصة في الدراسة الميدانية، وهي تمثل طريقة منهجية يقوم

بها الباحث بدقة تامة وفق قواعد محددة للكشف عن تفاصيل الظواهر ولمعرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها، وتعتمد

الملاحظة على قيام الباحث بملاحظة ظاهرة من الظواهر في ميدان البحث، وتسجيل ملاحظاته وتجميعها أو الاستعانة

بالالات السمعية البصرية. (حامد، 2008، ص127).

4_4_2. المقابلة العيادية: هي تبادل لفظي بين المفحوص والأخصائي النفساني حيث تجرى وجها لوجه بغرض جمع المعلومات من الحالة والتعرف على مختلف التغيرات الانفعالية واراتها من خلال حديثها، والمقابلة العيادية ثلاث أنواع رئيسية: المقابلة الحرة والمقابلة الموجهة، والمقابلة نصف الموجهة، وهذه الأخيرة هي التي اعتمدنا عليها في الدراسة الحالية، تم اعلا اعتمادا على المقابلة نصف الموجهة لجمع أكبر قدر من المعلومات يتم فيها طرح جملة من الأسئلة التي تهدف للتوصل الى اجابات تخدم البحث حيث يتعين فيها على المفحوص الاجابة عن الأسئلة بجرية دون الخروج عن اطار الموضوع. (جدو، 2014، ص128)

4_4_3. مقياس الاكتئاب للأطفال: CDI: استخدمنا مقياس الاكتئاب للصغار، أعدت هذا الاختبار في الأصل Maria Kovacs عام 1985، وقد اعتمدت في اعداده على دراستين قام بها كل من العالمين Beck و Albert وكانت من نتائجهما أن زملة أعراض الاكتئاب التي وجدت لدى الأطفال باستخدام مقياس BDI لم تختلف عن تلك التي توجد لدى الكبار ثم قام غريب في سنة 1995 باعداد الاختبار وتقنيته واعداد معايير ونشره باللغة العربية تحت اشراف Maria Kovacs.

صفات المقياس: يغطي هذا المقياس طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية تتضمن الاضطرابات في المزاج، الوظائف النمائية والقدرة على الاستمتاع، وتقدير الذات، وسلوك الفرد مع الآخرين، وتدور بنود المقياس حول ما يتركه الاكتئاب من اثار في مجالات مرتبطة بالأطفال مثل المجال المدرسي، ويناسب المقياس الأطفال من 7 سنوات الى 18 سنة، ويتكون من 27 بندا، يتكون كل بند من 3 عبارات على المفحوص أن يقوم باختيار احداها، وتأخذ العبارات درجات من 0 الى 2 وذلك في اتجاه ازدياد شدة الأعراض وبذلك فان الدرجة على المقياس تدرج من 0 الى 54. انظر الملحق رقم 14

تمت الاستفادة من النسخة العربية المستخدمة في رسالة الماجستير المقدمة من ناريمان سعدي محمد ناجب 2002، حيث تم التحقق من الخصائص السيكومترية في البيئة العربية.

ثبات المقياس:

طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل الفا ولقد تراوحت معاملات ثبات المقياس بين 0.72 الى 0.88 وكلها معاملات ثبات مرتفعة اما في البيئة المحلية الفلسطينية فقد كان معامل ثبات المقياس 0.84 حسب معامل كرونباخ الفا.

صدق المقياس: استخدم غريب طريقة صدق التكوين على عينة من الطالبات ن=46 وقد وصل معامل الارتباط بين درجات مجموعة الطالبات على مقياس الاكتئاب للصغار ومقياس الاكتئاب للكبار الى 0.97، بينما وصل معامل الارتباط بين درجات مجموعة الطلبة ن=51 على مقياس الاكتئاب للصغار ومقياس الاكتئاب للكبار الى 0.71 وتشير النتائج الدراسات السابقة عن المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب للصغار على أن المقياس يتمتع بقدر جيد من

الثبات وأنه على درجة عالية من الصدق. (غريب، 1995)

وفي دراسة مصرية 2017، البنية العاملية والخصائص السيكومترية لمقساس الاكتئاب للصغار، والتي اجريت على عينة كبيرة 4166 تلميذا وتلميذة في مصر، تراوحت أعمارهم بين 6 و 17 سنة، بهدف التحقق من خصائص المقياس السيكومترية، كشفت الدراسة عن معاملات ثبات بلغت 0.78 للأطفال و 0.80 للمراهقين، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات.

4_4_4. برنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات: هو برنامج علاجي منظم يهدف الى تقليل

أعراض الاكتئاب عند الأطفال والمراهقي، يتميز بمرونته في اختيار الوحدات العلاجية الملائمة لل حالة، حسب تقييم الأعراض والاحتياجات الفردية، مما يتيح تعديل خطة العلاج بما يتناسب مع الطفل، يتضمن هذا البرنامج جلسات مركزة على تعليم مهارات التعامل مع الأفكار السلبية، تنظيم المشاعر، التنشيط السلوكي، يمتد البرنامج من 12 الى 15 جلسة،

5_ . مراحل الدراسة

5_1. المرحلة الأولى: التخطيط والإعداد:

1. ترجمة البرنامج العلاجي القائم على الوحدات واختيار الأنشطة المناسبة لكل وحدة.
2. مراجعة الادبيات المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات.
3. الحصول على الموافقات الأخلاقية من الجهات المختصة وأولياء الأمور.

5_2. المرحلة الثانية: القياس القبلي

1. تطبيق مقياس الاكتئاب للأطفال (CDI) لتحديد مستوى الاكتئاب قبل بدء البرنامج.
2. جمع البيانات الديموغرافية (مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية).

5_3. المرحلة الثالثة: تنفيذ البرنامج

1. تنفيذ الجلسات العلاجية بناءً على الوحدات المحددة:

- مدة كل جلسة: 45-60 دقيقة.

- عدد الجلسات الإجمالي: 15 جلسة.

2. تسجيل الملاحظات أثناء الجلسات حول استجابة الأطفال للأنشطة والتغيرات السلوكية.

4_5. المرحلة الرابعة: القياسات أثناء التطبيق

1. استخدام أدوات مثل مفكرة المزاج أو مقياس الوجوه التعبيرية لتقييم تقدم المشاركين أسبوعيًا.
2. تحليل التغيرات التدريجية في المزاج والسلوك.
3. القياس الوسيط من أجل تتبع مسار البرنامج العلاجي.

5_5. المرحلة الخامسة: القياس البعدي

1. إعادة تطبيق مقياس الاكتئاب للأطفال (CDI) بعد انتهاء البرنامج.
2. مقارنة النتائج مع القياسات القبلية لتحديد مدى فعالية البرنامج.

6_ البرنامج العلاجي:

الدليل العملي للعلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات لعلاج الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين/ من اعداد Williams&Crandal(2020)، والذي يعد من أبرز المراجع التطبيقية المعاصرة في هذا المجال، يتميز بطابعه العلمي ومرونته في التطبيق، يحتوي على برنامج علاجي مفصل، يشمل تعليمات دقيقة حول كيفية استخدام النهج الوحداتي لتلبية الحاجات الفردية المتنوعة للعملاء، يستخدم من قبل المعالجين، كما يستخدم كمرجع لبناء تصور الحالة والتخطيط العلاجي. أنظر الملحق (2) و(3)

7_ تطبيق البرنامج العلاجي: تم تنفيذ الجلسات العلاجية بشكل فردي في مكتب الفحوصات النفسية بالعيادة متعددة الخدمات المحمل، وبابار، وبمراعاة الخصوصية وظروف الطفل النفسية والاجتماعية. وقد التزمت الباحثتان بالخطة العلاجية وتوثيق كل جلسة وفقاً لنموذج موحد، استغرقت كل جلسة بين 45 دقيقة و60 دقيقة، وركزت على التفاعل المباشر، واستخدام أوراق العمل اضافة الى الواجبات المنزلية بين الجلسات لتعزيز المهارات المكتسبة، وقد تم اشراك أولياء الأمور في بعض المراحل لدعم الاستمرارية.

الحالة رقم 01

التقييم الأولي وتصور حالة: الطفلة "سيدرا:

سيدرا طفلة تبلغ من العمر 8 سنوات، تدرس في السنة الثالثة ابتدائي، وتعيش مع والدتها وجدتها بعد وفاة والدها قبل حوالي ثمانية أشهر. بدأت أعراض الاكتئاب بالظهور تدريجيًا بعد هذا الحدث الصادم، حيث لاحظت الأسرة والمعلمة

تغيرًا واضحًا في سلوكها ومزاجها. تشمل الأعراض التي ظهرت عليها: حزن مستمر، نوبات بكاء متكررة، عزلة وانسحاب من التفاعل مع الأقران، فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، تراجع ملحوظ في الأداء المدرسي، إضافة إلى ضعف في الشهية وميول إلى الصمت. تم تقييم الحالة باستخدام مقياس الاكتئاب للأطفال (CDI) حيث حصلت على درجة 29، ما يشير إلى اكتئاب بدرجة متوسطة، خلال المقابلات الأولية، عيّرت الطفلة عن أفكار تلقائية ذات طابع سلبي، مثل الشعور بالذنب والاعتقاد بأنها السبب في فقدان والدها. كما تبين وجود صعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر، مع ميل للتعلق المفرط بالروتين المنزلي والبقاء في نطاق الأمان الأسري، تم بناء الخطة العلاجية لسيدري (8 سنوات) باستخدام نموذج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات، استنادًا إلى نتائج التقييم الأولي التي أظهرت معاناتها من اكتئاب متوسط إلى حاد بعد فقدان والدها. شملت الخطة وحدات متعددة تم اختيارها لتلبية احتياجاتها النفسية، بدءًا بالتحقيق النفسي لتمكين الأسرة، ثم مراقبة المزاج لفهم مشاعر الطفلة، تليها وحدات التنشيط السلوكي وإعادة البناء المعرفي لمعالجة الانسحاب والأفكار السلبية. كما أُدرجت وحدات تنظيم الانفعالات والوقاية من الانتكاس لدعم استقرارها النفسي وتعزيز قدرتها على التكيف مستقبلاً. يعكس هذا التدرج مرونة النموذج وملاءمته لخصائص الطفلة وظروفها.

جدول رقم (5) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (1) سيدرا

| الوحدات | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفنيات والنشاطات |
|----------------|--------|-------------|---|---|
| التقييم الأولي | 1 | 2024/11/14 | بناء العلاقة العلاجية، تقييم الأعراض والاكتئاب، تهيئة الطفلة للعلاج | الرسم الحر، مقياس CDI |
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/11/19 | وعي الأم بتأثير الفقد على الأطفال والاكتئاب | شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية. شرح معنى الاكتئاب، وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2024/11/24 | تأكيد دور الأم في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | الحوار مع الأم، تقديم تغذية راجعة حول دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | 1 | 2024/12/12. | مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها وفهمها | تعليم مهارات التخيل، استخدام الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية. واجب منزلي: جدول تسجيل المشاعر. |
| | 2 | 2024/12/23 | مساعدة الحالة على تحليل و تفسير المشاعر وربطها بالمسببات | مراجعة جدول تسجيل المشاعر مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر. |

الفصل الرابع ————— الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|--|---|------------|---|------------------------------------|
| | تعزير مهارات التعامل مع المشاعر السلبية. | | | |
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارة التعبير عن المشاعر | 2024/12/29 | 3 | |
| استرخاء العضلات، تعليم التنفس العميق | تطوير القدرة على الاسترخاء لتقليل القلق والغضب | 2025/01/02 | 1 | التدريب على الاسترخاء (وحدة داعمة) |
| تسجيل قائمة من النشاطات الممتعة والممكنة. واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية اليومية من أجل معرفة عاداتها اليومية | معرفة الأنشطة الممتعة والمقبولة داخل الأسرة. زيادة الوعي بتأثير الأنشطة على المزاج تقييم نشاطات الطفلة ونمطها الحالي | | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة . وضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها. النذجة ولعب الأدوار. التغذية الراجعة. واجب منزلي:جدولة الأنشطة الأسبوعي، مع تسجيل الأنشطة التي قامت بها والتي لم تقم بها. مع وضع رمز تعبري حول شعورها بعد القيام بكل نشاط. | المشاركة في أنشطة اجتماعية وممتعة وتحديد تأثيرها على الأفكار والمشاعر | | 2 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق،زيادة النشاطات تدريجيا | زيادة الأنشطة | | 3 | |
| تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الاسرة. مشاركة الأسرة في نشاط مشترك مرة كل أسبوع | تثقيف لأم والجددة حول دورهم في الدعم | | | الدعم العائلي(وحدة داعمة) |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| واجب منزلي:تكملة جمل اكمال الجمل الغير مكتملة | تحديد الأخطاء المعرفية | | 2 | |
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية. ووضعها في شمس واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية في | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | | 3 | |

| جدول | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|--|
| تنظيم الانفعالات (وحدة داعمة) | تعليم الطفلة تهدئة الذات عند الحزن والغضب | تمارين التنفس العميق، مقياس الانفعال للتعرف على شدة الانفعال . | | |
| الوقاية من الانتكاسة | تعزيز الاستقلالية العاطفية تثبيت المكتسبات الوقاية من الانتكاس | مراجعة المهارات المكتسبة. خطة الطوارئ | 1 | |

التقييم البعدي: تم اجراء التقييم البعدي بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، بهدف قياس مدى التحسن الذي طرأ على الأعراض المستهدفة وذلك من خلال الملاحظات السريرية، انطباعات الطفلة، أداة التقييم المستخدمة سابقاً، حيث حصلت سيدراً على الدرجة **12**

تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة 02:

الحالة: 02: تسنيم

تصور حالة الطفلة تسنيم

تسنيم، فتاة تبلغ من العمر 8 سنوات، في السنة الرابعة الابتدائي، تعيش مع والدتها وجدتها بعد انفصال والديها عن طريق الخلع. تعاني الطفلة من أعراض اكتئابية تتمثل في حزن مستمر، انسحاب اجتماعي، نوبات غضب متكررة، تراجع في الأداء الدراسي، فقدان الشهية، وأفكار متكررة عن الهروب أو إيذاء الذات. تعكس أفكارها التلقائية معتقدات جوهرية سلبية مثل "أنا غير محبوبة" و"أنا سبب الانفصال".

نمط استجابتها للأحداث يتضمن حزناً وغضباً، وسلوكيات انسحابية مع نوبات بكاء أو غضب مفاجئ. من نقاط قوتها الذكاء والفضول، وقدرتها على التعبير من خلال الرسم والقصص، بالإضافة إلى وجود علاقة مرنة مع والدتها يمكن استثمارها في العلاج.

تهدف خطة التدخل إلى دعم تسنيم نفسياً عبر توفير بيئة آمنة للتعبير، تعديل الأفكار السلبية، تنمية مهارات تنظيم الانفعال، وتحسين التفاعل الاجتماعي، مع إشراك الأسرة في الدعم العلاجي.

الجلسة الأولى: 2024/12/15 تم تخصيص الجلسة الأولى لتقييم الأعراض النفسية التي تعاني منها الطفلة تسنيم بعد انفصال والديها من خلال أنشطة مثل الرسم الحر، ومقابلة فردية بأسلوب داعم وامن، كما تم استخدام مقياس الاكتئاب عند الاطفال CDI لتقييم شدة الاكتئاب، حيث حصلت الطفلة على درجة **30**، مما يشير الى وجود اكتئاب

حاد، اضافة الى ذلك تم بناء العلاقة العلاجية.

الجدول رقم (6) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (2)

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفنيات |
|----------------------------------|--------|------------|---|--|
| خطة السلامة والأمان (وحدة داعمة) | 1 | 2024/12/22 | تعزيز الامان والاستقرار وتقليل مخاطر الازمات | تحديد مؤشرات الانذار، خطة السلامة، تطوير شبكة دعم أسري. |
| التثقيف النفسي | 1 | | توعية الأم بتأثير الانفصال بين الزوجين على الأطفال | شرح للأم معنى الانفصال وتأثيره على الأطفال. وبأنهم حساسون جدا للعلاقات مع والديهم. شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية. شرح معنى الاكتئاب، وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | | تأكيد دور الأم في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | حوار مع الأم وتأكيد دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | | | مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها وفهمها | تسجيل المشاعر اليومية، استخدام الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، واجب منزلي جدول لتسجيل المشاعر |
| | 2 | | مساعدة الطفلة على تحليل وتفسير المشاعر المسجلة في الجدول وربطها بالمسببات، مع | واجب منزلي: جدول تسجيل المشاعر مع إضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر |

| | | | | |
|---|---|------------|---|-----------------------|
| | تعزير مهاراتها في التعامل مع المشاعر السلبية | | | |
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارة التعبير عن المشاعر | | 3 | |
| التدريب على التنفس العميق، استرخاء العضلات، مهارات التخيل | تطوير القدرة على زيادة الاسترخاء لتقليل التوتر والقلق والغضب المفرط | | 1 | التدريب على الاسترخاء |
| تسجيل الأنشطة المفضلة . واجب منزلي :تسجيل الأنشطة اليومية. من أجل معرفة عاداتها اليومية. | زيادة الوعي بتاثير الانشطة على المزاج، وتاثير العزلة على المزاج. تقييم نشاطات الطفلة وغطها الحالي | 2025/02/11 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تسجيل قائمة النشاطات الممتعة والممكنة. | معرفة النشاطات الممكنة والمقبولة داخل الاسرة | 2025/02/19 | 2 | مقابلة مع الأم |
| تشجيع العودة الى الانشطة، ووضع قائمة من الأنشطة، وتصنيفها. النمذجة، لعب الادوار، التغذية الراجعة. واجب منزلي: جدول الانشطة الاسبوعي، مع تسجيل الانشطة | المشاركة في أنشطة اجتماعية وممتعة. وتحديد تاثيرها على الافكار والمشاعر | 2025/02/26 | 3 | |

| | | | | |
|---|---|------------|---|-----------------------------|
| التي قامت بها، ووضع رمز تعبيرية حول شعورها بعد كل نشاط | | | | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق. التعزيز والتحفيز. زيادة النشاطات تدريجياً. تحسين جودة التواصل الداعم مشاركة الاسرة في نشاط مشترك كل اسبوع خلال شهر لمدة ساعة | الوعي بتأثير العادات على المزاج. استرجاع النشاطات الممتعة. زيادة الفعالية الذاتية | 2025/03/05 | 4 | |
| تحسين جودة التواصل بين أفراد الأسرة، لعب أدوار، حوار عائلي، | تحسين قدرة العائلة على زيادة التفاعلات الايجابية وتقليل التفاعلات السلبية مما يعزز الدعم الأسري | 2025/03/17 | 1 | التعاون الأسري (وحدة داعمة) |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. واجب منزلي: تكملة جمل | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | 2025/03/24 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق تغذية راجحة.مراجعة الواجب المنزلي شرح الأخطاء المعرفية بطريقة مبسطة. مناقشة الأخطاء المعرفية تدريجياً، وشرح تأثير الفكرة السلبية على المشاعر والتصرفات | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/04/09 | 2 | |

| | | | | |
|---|--|------------|---|----------------------|
| واجب منزلي: كتابة 3 اشياء سلبية | | | | |
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاوله استبدالها بأفكار إيجابية. ووضعها في شمس واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية في جدول. | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/04/15 | 3 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | | 2025/04/22 | 4 | |
| تحديد الفرص لاستخدام المهارات الجديدة في بيئات مختلفة، خطة طوارئ، دفتر النجاحات | تعزيز المهارات المكتسبة وتوسيع استخدامها في بيئات أخرى | 2025/05/06 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |

التقييم البعدي: بعد انتهاء البرنامج العلاجي، تم اجراء التقييم البعدي، باستخدام نفس المقياس الذي استخدم في القياس القبلي، اظهرت نتائج التقييم حصول تسنيم على الدرجة 18

تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة يوسف

يوسف طفل يبلغ من العمر 9 سنوات، يدرس في السنة الرابعة ابتدائي، ويعيش مع والدته وشقيقه بعد وفاة والده منذ ثلاث سنوات، وهو الحدث الذي شكل نقطة تحول عاطفية في حياته. تشير ملاحظات الأم والمقابلات الأولية إلى أن يوسف يُظهر أعراضاً انفعالية وسلوكية تتمثل في الحزن المتكرر، انخفاض النشاط، ضعف التركيز في القسم، تجنب الأقران، وأحياناً نوبات غضب مفاجئة. كما لوحظ تراجع في الأداء الدراسي، خاصة في المواد التي تحتاج إلى تركيز كالرياضيات. يعاني الطفل من أفكار تلقائية سلبية مثل "أبي ذهب ولن يعود"، و"أنا مختلف عن الآخرين"، مما يعكس معتقدات جوهرية تتمحور حول العزلة وانعدام الأمان. تتسم البيئة الأسرية بالدعم المادي مع ضعف في الدعم العاطفي، بينما تمثل العلاقة مع الأم عنصر قوة يمكن البناء عليه في التدخل العلاجي. من نقاط القوة لدى يوسف حبه للرسم والأنشطة الإبداعية، وفضوله المعرفي. تم تخصيص الجلسة الأولى لتقييم الأعراض النفسية التي تعاني منها الطفلة سيدرا بعد وفاة والدها، من خلال أنشطة مثل الرسم الحر، ومقابلة فردية بأسلوب داعم وامن، كما تم استخدام مقياس الاكتئاب عند الاطفال CDI لتقييم شدة الاكتئاب، حيث حصل يوسف على درجة 25، مما يشير الى وجود اكتئاب متوسط، إضافة الى ذلك تم بناء العلاقة العلاجية.

جدول رقم (7) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (6) يوسف

| الوحدات | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفيئات |
|------------------------------------|--------|------------|---|--|
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/12/03 | وعي الأم بتأثير الفقد على الأطفال والاكنتاب | شرح المثلث المعرفي شرح معنى الاكنتاب وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2024/12/10 | تأكيد دور الأم في العلاج واهمية الدعم والالتزام بالعلاج | الحوار مع الأم، تقديم تغذية راجحة |
| الدعم العائلي (وحدة داعمة) | 1 | 2024/12/17 | تنقيف الأم حول دورها في الدعم | تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الأسرة، مشاركة أفراد الأسرة في نشاط مشترك كل أسبوع |
| مراقبة المزاج | 1 | 2024/12/24 | مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها، وفهمها | استخدام الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، واجب منزلي حول تسجيل المشاعر |
| | 2 | 2024/12/31 | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر وربطها بالمسببات، تعزيز مهارات التعامل مع المشاعر السلبية. | مراجعة الواجب المنزلي مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر |
| | 3 | 2025/01/14 | اكتساب مهارة التعبير عن المشاعر | مراجعة الواجب المنزلي |
| التدريب على الاسترخاء (وحدة داعمة) | 1 | 2025/01/20 | مساعدى الحالة على التعامل مع التوتر والانفعالات. | التنفس العميق. |
| التنشيط السلوكي | 1 | 2025/01/29 | معرفة الأنشطة المقبولة داخل الأسرة، زيادة الوعي بتأثير الأنشطة على المزاج، تقييم نشاطات الطفلة الحالية، وتمطها الحالي | تسجيل قائمة من النشاطات الممتعة والممكنة، واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية اليومية من أجل معرفة عاداتها اليومية |
| | 2 | 2025/02/05 | المشاركة في أنشطة اجتماعية وممتعة، تحديد تأثيرها على الأفكار والمشاعر | تشجيع العودة الى الأنشطة، وضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها، النمذجة ولعب الأدوار، التغذية الراجعة، واجب منزلي: جدول الأنشطة الأسبوعي مع تسجيل الأنشطة التي قامت بها والتي لم تقم بها، مع وضع رمز تعبيرى حول |

| | | | | |
|--|--|------------|---|----------------------|
| شعورها بعد القيام بكل نشاط | | | | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق، زيادة الأنشطة تدريجياً | زيادة الأنشطة | 2025/02/13 | 3 | |
| اكمال الجمل، مناقشة كل اجابة دون اصدار احكام، واجل منزلي اكمال الجمل | اكتشاف الأفكار | 2025/02/23 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق، تعذية راجحة، مراجعة الواجب المنزلي، شرح التشوهات المعرفية، مناقشة الأخطاء المعرفية، وشرح تأثير الفكرة السلبية على المشاعر والسلوكيات، واجب منزلي كتابة 3 افكار سلبية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/03/03 | 2 | |
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة، ومحاولة استبدالها بأفكار ايجابية ووضعها في شمس، واجب منزلي التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الايجابية في جدول. | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/03/17 | 3 | |
| محاكاة مواقف يومية، لعب الأدوار | تعزيز القدرة على بناء علاقات ايجابية | 2025/03/24 | 1 | التدريب على المهارات |
| مراجعة المهارات المكتسبة، وضع خطة انة كاسية، شهادة تخرج | تثبيت المهارات المكتسبة | 2025/04/14 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |

التقييم البعدي: بعد اكمال البرنامج العلاجي، اعدنا تطبيق مقياس الاكتئاب لأطفال الذي استخدم في التقييم القبلي وقد

حصل يوسف على الدرجة 09

الحالة 04 سارة

تصور الحالة والتقييم الاولي:

سارة طفلة تبلغ من العمر 7 سنوات، تدرس في السنة الثانية ابتدائي، وتعيش مع والديها وشقيقتها. منذ دخول عمها السجن، بدأت تظهر عليها أعراض مزاجية وسلوكية تشير إلى اضطراب اكتئابي، منها: الحزن المستمر، انخفاض النشاط، الانسحاب الاجتماعي، وتراجع الحماس تجاه الأنشطة التي كانت تستمتع بها سابقاً. كما أبلغت الأم عن

الفصل الرابع ————— الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

نوبات بكاء مفاجئة، قلة الشهية، واضطرابات في النوم. أظهر التقييم الأولي، الذي شمل المقابلة الإكلينيكية ومقياس اكتئاب مخصص للأطفال، حصولها على درجة 30 أي انها تعاني من اكتئاب حاد، يرتبط بحدث ضاغط عائلي (سجن العم)، ويؤثر على مستوى تفاعلها الأسري والمدرسي.

جدول رقم (8) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (4) سارة

| الوحدات | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفتيات |
|------------------------------------|--------|------------|--|---|
| خطة السلامة | 1 | 2024/12/03 | توفير بيئة آمنة، | تحديد شبكة دعم، خطة السلامة |
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/12/18 | رفع وعي الأم بتأثير الغياب على الكنتاب | شرح المثلث المعرفي، شرح مفهوم الاكتئاب |
| | 2 | 2024/12/26 | تعزيز دور الأم في الدعم العاطفي والالتزام بالعلاج | حوار مع الأم، تغذية راجحة، |
| التدريب على الاسترخاء (وحدة داعمة) | 1 | 2025/01/09 | تطوير القدرة على زيادة الاسترخاء لتقليل القلق والغضب | التدريب على تقنيات التنفس العميق، استرخاء العضلات، ومهارات التخيل |
| مراقبة المزاج | 1 | 2025/01/16 | مساعدة سارة على التعرف على مشاعرها | استخدام الوجوه التعبيرية، بطاقات المشاعر، تسجيل المشاعر اليومية |
| | 2 | 2025/01/30 | تحليل المشاعر وربطها بالمسببات، تعزيز مهارات التعامل | مراجعة جدول المشاعر، إضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر |
| الانخراط في العلاج (وحدة داعمة) | 1 | 2025/02/18 | تعزيز مشاركة ودافعية الأسرة والطفل في العملية العلاجية | تحسين الوعي بأسباب المشاركة في العلاج |
| التنشيط السوكي | 1 | 2025/02/25 | تقييم الأنشطة اليومية والروتين الحالي | اعداد قائمة من الأنشطة، تسجيل النشاطات اليومية |
| | 2 | 2025/03/16 | تشجيع المشاركة ودعم الأسرة | جدولة الأنشطة الأسبوعية |
| | | 2025/03/25 | زيادة الأنشطة | مراجعة الجدول، مناقشة العوائق، التعزيز |
| اعادة البناء | 1 | 2025/04/17 | اكتشاف الأفكار | اكمال الجمل |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|-------------------------|---|------------|-------------------------------|--|
| المعري | 2 | 2025/04/24 | التعرف على التشوهات المعرفية | شرح الأخطاء المعرفية،مراجعة ومناقشة الواجب. |
| | 3 | 2025/04/07 | تحدي واستبدال الأفكار السلبية | سحابة وشمس.التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الايجابية |
| الوقاية من الانتكاسة | 1 | 2025/05/13 | تثبيت المهارات المكتسبة | خطة الانتكاسة،شهادة تخرج |

التقييم البعدي: تم اجراء التقييم البعدي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، بهدف قياس مدى التحسن الذي طرأ على الأعراض المستهدفة،حيث حصلت سارة على الدرجة **12** في مقياس الاكتئاب CDI
الحالة **05** أيمن

تصور الحالة والتقييم الاولي: أيمن طفل يبلغ من العمر 9 سنوات، يدرس في السنة الرابعة ابتدائي، يعاني من اعراض اكتئابية بعد فقدانه لوالدته وانتقاله للعيش مع الجدة والعمة إثر زواج الأب من امرأة أخرى. تظهر عليه أعراض واضحة مثل الحزن المستمر، الانسحاب الاجتماعي، وانخفاض الدافعية. حصل على درجة **30** في مقياس الاكتئاب CDI

جدول رقم (9) جلسات البرنامج العلاجي للحالة 5 أيمن

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفنيات |
|-------------------|--------|------------|--|---|
| خطة السلامة | 1 | 2024/12/10 | تعزيز الامان والاستقرار وتقليل مخاطر الازمات | تطوير خطة لادارة الأزمات تشمل الدعم من عدة أفراد،ارقام الطوارئ |
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/12/19 | توعية العمة بتاثير فقدان الأم،وغياب الأب | شرح للعمة معنى الفقد وتأثيره على الأطفال.وبأنهم حساسون جدا للعلاقات مع والديهم. شرح المثلث المعري،وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية. شرح م2عنى الاكتئاب،وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2025/12/30 | تأكيد دور مقدم الرعاية في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | حوار مع العمة وتأكيد دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | 1 | 2025/01/08 | مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها وفهمها | تسجيل المشاعر اليومية، استخدام الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية،واجب منزلي جدول لتسجيل المشاعر |

الفصل الرابع ————— الاجرائات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|---|---|------------|---|------------------------------|
| واجب منزلي: جدول تسجيل المشاعر مع إضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر | مساعدة الطفل على تحليل وتفسير المشاعر المسجلة في الجدول وربطها بالمسببات، مع تعزيز مهاراتها في التعامل مع المشاعر السلبية | 2025/01/16 | 2 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارة التعبير عن المشاعر | 2025/01/28 | 3 | |
| التدريب على التنفس العميق، استرخاء العضلات، مهارات التخيل | تطوير القدرة على زيادة الاسترخاء لتقليل التوتر والقلق والغضب المفرط | 2025/02/11 | 1 | التدريب على الاسترخاء |
| تسجيل الأنشطة المفضلة . واجب منزلي :تسجيل الأنشطة اليومية. من أجل معرفة عاداته اليومية. | زيادة الوعي بتأثير الأنشطة على المزاج، وتأثير العزلة على المزاج. تقييم نشاطات الطفل ونمطه الحالي | 2025/02/19 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تسجيل قائمة النشاطات الممتعة والممكنة. | معرفة النشاطات الممكنة والمقبولة داخل الاسرة | 2025/02/27 | 2 | مقابلة مع العمة |
| تشجيع العودة الى الانشطة، وضع قائمة من الأنشطة، وتصنيفها. النمذجة، لعب الادوار، التغذية الراجعة. واجب منزلي:جدولة الانشطة الاسبوعي، مع تسجيل الانشطة التي قام بها، ووضع رمز تعبيري حول شعوره بعد كل نشاط. | المشاركة في أنشطة اجتماعية وممتعة. وتحديد تأثيرها على الافكار والمشاعر | 2025/03/11 | 3 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العواقب. التعزيز والتحفيز. زيادة النشاطات تدريجيا. تحسين جودة التواصل الداعم مشاركة الاسرة في نشاط مشترك كل اسبوع خلال شهر لمدة ساعة | الوعي بتأثير العادات على المزاج. استرجاع النشاطات الممتعة. زيادة الفعالية الذاتية | 2025/03/05 | 4 | |
| تحسين جودة التواصل بين أفراد الأسرة، لعب أدوار، حوار عائلي | تحسين قدرة العائلة على زيادة التفاعلات الايجابية وتقليل التفاعلات السلبية مما يعزز الدعم الأسري | 2025/03/18 | 1 | التعاون العائلي (وحدة داعمة) |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. واجب منزلي:تكملة جمل | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | 2025/03/25 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق تغذية راجحة.مراجعة الواجب المنزلي شرح | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/04/10 | 2 | |

| | | | | |
|---|---|------------|---|-------------------------|
| الأخطاء المعرفية بطريقة مبسطة. مناقشة الأخطاء المعرفية تدريجياً، وشرح تأثير الفكرة السلبية على المشاعر والتصرفات، واجب منزلي: كتابة 3 أشياء سلبية | | | | |
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية. ووضعها في شمس، واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية في جدول. | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/04/17 | 3 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | | 2025/04/29 | 4 | |
| تحديد الفرص لاستخدام المهارات الجديدة في بيئات مختلفة، خطة طوارئ، دفتر النجاحات. | تعزيز المهارات المكتسبة وتوسيع استخدامها في بيئات أخرى | 2025/05/06 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |

التقييم البعدي: بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، قمنا بتطبيق مقياس الاكتئاب للأطفال CDI كقياس
بعدي، حيث حصل أيمن على الدرجة **16**، حيث لوحظ تحسن تدريجي في المزاج العام، وزيادة في الأنشطة الاجتماعية، إلى
جانب تحسن في القدرة على التعبير عن المشاعر بشكل لفظي.

الحالة 06 إيمان

إيمان طفلة تبلغ من العمر 10 سنوات، تعاني من أعراض اكتئاب حاد في سياق أسري مضطرب يتسم بصراع دائم بين
الوالدين وتفضيل واضح للذكور على الإناث. ظهرت لديها مظاهر انسحاب اجتماعي، حزن مستمر، انخفاض في
التقدير الذاتي، وأفكار سوداوية. أدرجت حالتها ضمن برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على الوحدات، ركز على
تعديل الأفكار السلبية، تنمية المهارات العاطفية، وتعزيز الدعم الأسري، مما ساهم في تحسن ملحوظ في حالتها النفسية
والتكيفية. أظهرت نتائج مقياس CDI حصولها على درجة **30**، ما يشير إلى اكتئاب حاد، وتستدعي حالتها تدخلاً
نفسياً متكاملاً يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات

الجدول رقم (10) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (6)

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفنيات |
|----------------|--------|------------|--|--|
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/11/24 | زيادة الوعي بالاكتئاب | شرح المثلث المعرفي، شرح أثر الصراعات الأسرية على الطفلة |
| | 2 | 2024/11/30 | تعزيز دور الأم في الدعم العاطفي والالتزام بالعلاج | مناقشة دور الأسرة الداعم |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|--|---|------------|---|------------------------------|
| التغذية الراجعة | شرح كيف أن الأفكار والمشاعر والسلوكيات يمكن ان تساهم في تحسين المزاج | 2024/12/08 | 3 | |
| خطة السلامة ،شبكة دعم أسري | تعزيز الأمان والاستقرار،وتقليل المخاطر | 2025/12/15 | 1 | خطة السلامة(وحدة داعمة) |
| الوجوه التعبيرية،تسجيل المشاعر اليومية،واجب منزلي جدول تسجيل المشاعر | تمكين الطفلة من التعرف على مشاعرها | 2024/12/22 | 1 | مراقبة المزاج |
| مراجعة الجدول مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر | 2024/12/31 | 2 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | تعزيز قدرة الطفلة على التعبير عن مشاعرها وادارتها بشكل أفضل | 2025/01/06 | 3 | |
| التنفس العميق | تطوير القدرة على الاسترخاء | 2025/01/09 | 1 | الاسترخاء |
| تسجيل قائمة من الأنشطة المقبولة داخل الأسرة،واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية | معرفة الأنشطة الممتعة والمقبولة داخل الأسرة،تقييم نشاطات الطفلة | 2025/01/16 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة ووضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها.واجب منزلي: جدول الأنشطة اليومية مع التعزيز | تنمية المشاركة الفعالة والنشطة في الأنشطة الممتعة أو الاجتماعية | 2025/01/29 | 2 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق مع التعزيز | زيادة الأنشطة | 2025/02/05 | 3 | |
| تحسين جودة التواصل بين أفراد الأسرة ،عي أدوار،الحوار العائلي | تحسين قدرة العائلة على زيادة التفاعلات الايجابية وتقليل التفاعلات السلبية،مما يعزز الدعم الأسري | 2025/02/10 | 1 | التعاون العائلي (وحدة داعمة) |
| اكمال الجمل | اكتشاف الأفكار التلقائية | 2025/05/12 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| شرح التشوهات المعرفية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/02/19 | 2 | |
| تحديد التشوهات المعرفية واستبدالها بأفكار ايجابية ،واجب منزلي :جدول تسجيل واستبدال الأفكار المشوهة | تحدي الأفكار المشوهة واستبدالها | 2025/02/26 | 3 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارات تحدي الأفكار المشوهة | 2025/03/12 | 4 | |
| زيادة الوقت المستغرق في الانشطة الاجتماعية،لعب الأدوار،التدريب على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي،والتفاعل مع الأقران | تطوير المشاركة الفعالة في التفاعلات الاجتماعية والحد من مشاعر العزلة | 2025/02/27 | 1 | تنمية المهارات الاجتماعية |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|---------------------|---|------------|--------------------------------|--|
| الوقاية من الانتكاس | 1 | 2025/03/14 | زيادة وعي الحالة بمؤشرات الخطر | تعليم الطفلة كيفية معرفة الأعراض الاكتئابية من خلال متابعة الأعراض |
|---------------------|---|------------|--------------------------------|--|

التقييم البعدي: حصلت على الدرجة 10 في التقييم البعدي.

الحالة 07 ملاك

تصور الحالة والتقييم الأولي: ملاك طفلة تبلغ من العمر 11 سنة، تدرس في السنة الخامسة ابتدائي، وتعيش مع عمته بسبب ظروف عمل والديها في الفلاحة، حيث تلتقي بمهما فقط خلال العطلة الصيفية. تعاني ملاك من مشاعر متكررة بالحزن والوحدة، خاصة في الأوقات التي تشهد تفاعلات عائلية لدى زميلاتها، مما يثير لديها شعورًا بالنقص والحرمان العاطفي. تظهر عليها علامات انسحاب اجتماعي وتراجع في المبادرة داخل القسم، مع بعض نوبات من الحزن الصامت والتفكير السلبي المرتبط بعلاقتها المحدودة مع والديها. تم تطبيق مقياس الاكتئاب CDI كقياس قبلي حيث حصلت ملاك على درجة 28

الجدول رقم (11) جلسات البرنامج العلاجي للحالة رقم 7

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الغيات والنشاطات |
|----------------|--------|------------|---|---|
| التثقيف النفسي | 1 | 2025/01/07 | وعي العمة بتأثير البعد عن الوالدين على الأطفال | شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة، شرح معنى الاكتئاب وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2025/01/15 | تأكيد دور العمة في العلاج واهمية الدعم والالتزام بالجلسات | الحوار مع العمة، تغذية راجعة |
| خطة السلامة | 1 | 2025/01/20 | تعزيز الأمان والاستقرار وتقليل مخاطر الأزمات | وضع خطة لإدارة الأزمات تشمل الدعم من المحيطين |
| مراقبة المزاج | 1 | 2025/02/05 | مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها، وفهمها | استخدام الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، كواجب منزلي |
| | 2 | 2025/02/12 | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر وربطها، بالمسببات، تعزيز مهارات التعامل مع | مراجعة الواجب المنزلي، إضافة خاتمة كيفية التعامل مع المشاعر |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| المشاعر السلبية | | | | |
|---|--|------------|---|-----------------------|
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارة التعبير عن المشاعر | 2025/02/19 | 3 | |
| استرخاء العضلات، التنفس العميق | تطوير القدرة على الاسترخاء لتقليل القلق | 2025/02/19 | 1 | التدريب على الاسترخاء |
| تسجيل قائمة النشاطات الممكنة، تسجيل الأنشطة الحالية لمعرفة الروتين اليومي، | معرفة الأنشطة الممكنة داخل الأسرة، زيادة الوعي بتأثير الأنشطة على المزاج، تقييم نشاطات الطفلة وغطها الحالي | 2025/02/26 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة، وضع قائمة من الأنشطة، وتصنيفها، واجب منزلي: جدولة الأنشطة الأسبوعي مع تسجيل الأنشطة التي قامت بها، مع التعزيز | المشاركة في أنشطة اجتماعية، وتحديد تأثير ذلك على الأفكار والسلوكيات | 2025/03/04 | 2 | |
| مراجعة الواجب المنزلي، ومناقشة العوائق، مع زيادة النشاطات تدريجياً | زيادة الانخراط في الأنشطة | 2025/03/18 | 3 | |
| تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الأسرة، مشاركة أفراد الأسرة في نشاط مشترك كل أسبوع | تتقيف العمة حول دورها في الدعم | 2025/03/25 | 1 | التعاون العائلي |
| اكمال الجمل | اكتشاف الأفكار التلقائية | 2025/04/07 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| شرح التشوهات المعرفية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/04/15 | 2 | |
| تحديد التشوهات المعرفية واستبدالها بأفكار ايجابية، واجب منزلي: جدول تسجيل واستبدال الأفكار المشوهة | تحدي الأفكار المشوهة واستبدالها | 2025/04/22 | 3 | |
| مراجعة الواجب المنزلي | اكتساب مهارات تحدي الأفكار المشوهة | 2025/04/29 | 4 | |
| تغذية راجحة، خطة انتكاسة | تعزيز المهارات المكتسبة | 2025/05/13 | 1 | الوقاية من الازتكااسة |

القياس البعدي: حصلت على الدرجة 7 في التقييم البعدي.

الحالة 08 يقين 07سنوات

تصور الحالة والتقييم الأولي:

الطفلة يقين تبلغ من العمر 7 سنوات، احيلت للمتابعة النفسية بسبب معاناتها من أعراض مختلفة: صعوبة في النوم، ميل الى العزلة، نوبات بكاء وحزن، عدوانية اتجاه الغير، قلة الدافعية، عاشت لفترة في كندا قبل ان تنتقل مع أسرتها للعيش في الجزائر، ماشكل تغييرا كبيرا في محيطها الثقافي والاجتماعي، كما تعاني من حرمان عاطفي، يتمثل في غياب الأب المتكرر بسبب العمل، وغياب الأم طيلة النهار بسبب عملها، تشير نتيجة مقياس الاكتئاب CDI في التقييم الأولي: بتاريخ 2025/12/17 الى حصول الطفلة يقين على 23 درجة، اكتئاب متوسط. ارتأيا الر رسم خطة علاجية تراعي السياق الثقافي والتحويلي الذي تعيشه الطفلة.

الجدول رقم (12) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (8)

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفيئات |
|----------------|--------|------------|---|--|
| التثقيف النفسي | 1 | 2024/12/24 | توعية الأم بتأثير غياب الأب على الأطفال. وتأثير الانتقال من دولة الى اخرى . | شرح للأم معنى البعد وتأثيره على الأطفال. وبأنهم حساسون جدا للعلاقات مع والديهم. شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية. شرح معنى الاكتئاب، وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2025/01/07 | تأكيد دور الأم في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | حوار مع الأم وتأكيد دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | 01 | 2025/01/14 | التعرف على المشاعر | الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، واجب منزلي جدول تسجيل المشاعر |
| | 02 | 2025/01/29 | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر وربطها بالمسببات | مراجعة الجدول مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|--|--|------------|---|------------------------------|
| تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الاسرة. مشاركة الأسرة في نشاط مشترك مرة كل أسبوع | تثقيف الأم حول دورها في الدعم | 2025/02/11 | 1 | التعاون العائلي (وحدة داعمة) |
| تسجيل قائمة من الأنشطة المقبولة داخل الأسرة، واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية | معرفة الأنشطة الممتعة والمقبولة داخل الأسرة، تقييم نشاطات الطفلة الحالية | 2025/02/19 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة ووضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها، واجب منزلي: جدول الأنشطة اليومية مع التعزيز | تنمية المشاركة الفعالة والنشطة في الأنشطة الممتعة أو الاجتماعية | 2025/02/26 | 2 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق مع التعزيز | زيادة الأنشطة | 2025/03/12 | 3 | |
| لعب الأدوار، قصص تفاعلية، نشاطات حل مشكلات بسيطة كواجب منزلي | التعرف على المشاكل ووضع الحلول لها | 2025/03/26 | 1 | مهارات حل المشكلات |
| مراجعة الواجب المنزلي | تنمية قدرة الطفلة على التعامل مع المواقف الصعبة بشكل فعال | 2025/04/09 | 2 | |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. واجب منزلي: تكملة جمل | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | 2025/04/17 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق تغذية راجحة. مراجعة الواجب المنزلي شرح الأخطاء المعرفية بطريقة مبسطة. مناقشة الأخطاء المعرفية تدريجياً، وشرح تأثير الفكرة السلبية على المشاعر والتصرفات واجب منزلي: كتابة 3 اشياء سلبية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/04/24 | 2 | |
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية. ووضعها في شمس واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/05/07 | 3 | |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|---|-------------------------|------------|---|----------------------|
| بالافكار الإيجابية في جدول. | | | | |
| مراجعة المهارات، تغذية راجحة، خطة انتكاسة | تعزيز المهارات المكتسبة | 2025/05/15 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |
| | تعزيز المهارات المكتسبة | 2025/05/15 | 1 | |

التقييم البعدي: بعد انتهاء البرنامج العلاجي، تم تطبيق مقياس الاكتئاب للأطفال CDI كقياس قبلي وكانت النتيجة حصول الطفلة يقين على الدرجة **05**

الحالة 09: دعاء

تصور الحالة والتقييم الأولي: دعاء (9 سنوات): 2024/12/24

بدأت دعاء في إظهار سلوك رفض المدرسة بعد الأزمة العائلية المرتبطة بحمل أختها الغير الشرعي، إذ أصبحت تتجنب الذهاب إلى المدرسة بشكل متكرر، وتبدي أعراضاً جسدية (كالصداع أو ألم البطن) عند اقتراب موعد الدوام. يُفسَّر هذا الرفض على أنه استراتيجي هروب من بيئة قد تشعر فيها بالخزي، أو القلق من نظرة الآخرين، أو نتيجة لتشوش داخلي في الشعور بالأمان والانتماء، حيث أصبحت ترى المدرسة مكاناً يهدد خصوصيتها، ويشعرها بالخجل والوصمة. حصلت على الدرجة 30 في مقياس الاكتئاب، مما يدل على اكتئاب شديد.

الجدول رقم (13) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (9)

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الغيات |
|----------------|--------|------------|---|--|
| التثقيف النفسي | 1 | 2025/01/07 | توعية الحالة بمفهوم الاكتئاب. | شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة الميزاجية. شرح معنى الاكتئاب، وكيف يظهر عند الأطفال |
| | 2 | 2025/01/14 | تأكيد دور الأم في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | حوار مع الأم وتأكيد دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | 01 | 2025/01/29 | التعرف على المشاعر | الوجوه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، واجب منزلي جدول تسجيل المشاعر |

الفصل الرابع ————— الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|---|--|------------|----|------------------------------|
| مراجعة الجدول مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر وربطها بالمسببات | 2025/02/11 | 02 | |
| تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الاسرة. مشاركة الأسرة في نشاط مشترك مرة كل أسبوع | تنقيف الأم حول دورها في الدعم | 2025/02/19 | 1 | التعاون العائلي (وحدة داعمة) |
| تسجيل قائمة من الأنشطة المقبولة داخل الأسرة، واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية | معرفة الأنشطة الممتعة والمقبولة داخل الأسرة، تقييم نشاطات الطفلة | 2025/02/19 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة ووضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها. واجب منزلي: جدول الأنشطة اليومية مع التعزيز | تنمية المشاركة الفعالة والنشطة في الأنشطة الممتعة أو الاجتماعية | 2025/03/12 | 2 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق مع التعزيز | زيادة الأنشطة | 2025/03/26 | 3 | |
| لعب الأدوار، قصص تفاعلية، نشاطات حل مشكلات بسيطة كواجب منزلي | التعرف على المشاكل ووضع الحلول لها | 2025/04/09 | 1 | مهارات حل المشكلات |
| مراجعة الواجب المنزلي | تنمية قدرة الطفلة على التعامل مع المواقف الصعبة بشكل فعال | 2025/04/17 | 2 | |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. واجب منزلي: تكملة جمل | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | 2025/04/24 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق تغذية راجحة. مراجعة الواجب المنزلي شرح الأخطاء المعرفية بطريقة مبسطة. مناقشة الأخطاء المعرفية تدريجياً، وشرح تأثير الفكرة السلبية على المشاعر والتصرفات واجب منزلي: كتابة 3 اشياء سلبية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/05/07 | 2 | |

| | | | | |
|--|--|------------|---|----------------------|
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية ووضعها في شمس | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/05/15 | 3 | |
| واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية في جدول. | | | | |
| مراجعة المهارات، تغذية راجحة، خطة انتكاسة | تعزيز المهارات المكتسبة | 2025/05/15 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |

القياس البعدي: تم تطبيق مقياس الاكتئاب للصغار CID وحصلت على درجة 10

الحالة رقم 10 ايداد

ايداد طفل يبلغ من العمر 8 سنوات، يدرس في السنة الثالثة ابتدائي، أظهر انسحاب اجتماعي، وتراجع مستواه الدراسي، يعيش مع والدته وإخواته الثلاثة، بعد انفصال والديه منذ سنتين، وقد كان لغياب الأب أثر واضح في سلوك الطفل وانفعالاته، تم تقييم أعراض الاكتئاب من خلال مقياس الاكتئاب، حيث حصل على درجة 26، تم اعتماد برنامج علاجي قائم على الوحدات (Modular CBT) لتقديم تدخل متكامل مع الحالة، يراعي طبيعة الاكتئاب لدى الأطفال، مع التركيز على وحدات: مراقبة المزاج، التثقيف النفسي، التنظيم الانفعالي، وإعادة البناء المعرفي، إلى جانب جلسة خاصة مع الأم. الهدف من التدخل هو مساعدة إيداد على فهم مشاعره، تحسين تصوراتها عن ذاته، واكتساب مهارات للتعامل مع التغيرات الأسرية والدعم النفسي.

الجدول رقم (14) جلسات البرنامج العلاجي للحالة (10)

| الوحدة | الجلسة | التاريخ | الأهداف | الفنيات |
|----------------|--------|------------|---|--|
| التثقيف النفسي | 1 | 2025/01/13 | توعية الحالة بمفهوم الاكتئاب. | شرح المثلث المعرفي، وكيف تؤثر الأفكار والمشاعر والسلوكيات على الحالة المزاجية. شرح معنى الاكتئاب، وكيف يظهر عند الأطفال، وتأثير الطلاق على الحالة الانفعالية للأطفال |
| | 2 | 2025/01/20 | تأكيد دور الأم في العلاج، وأهمية الدعم العاطفي والالتزام بالجلسات | توار مع الأم وتأكيد دورها في الدعم العاطفي |
| مراقبة المزاج | 01 | 2025/01/27 | التعرف على المشاعر | الوجه التعبيرية، تسجيل المشاعر اليومية، واجب منزلي جدول تسجيل المشاعر |

الفصل الرابع _____ الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | | | | |
|--|---|------------|----|------------------------------|
| مراجعة الجدول مع اضافة خانة كيفية التعامل مع المشاعر | مساعدة الحالة على تحليل وتفسير المشاعر وربطها بالمسببات | 2025/02/03 | 02 | |
| تحسين جودة التواصل الداعم بين أفراد الاسرة. مشاركة الأسرة في نشاط مشترك مرة كل أسبوع | تثقيف الأم حول دورها في الدعم | 2025/02/19 | 1 | التعاون العائلي (وحدة داعمة) |
| تسجيل قائمة من الأنشطة المقبولة داخل الأسرة، واجب منزلي تسجيل الأنشطة الحالية | معرفة الأنشطة الممتعة والمقبولة داخل الأسرة، تقييم نشاطات الطفل | 2025/02/26 | 1 | التنشيط السلوكي |
| تشجيع العودة الى الأنشطة ووضع قائمة من الأنشطة وتصنيفها. واجب منزلي: جدول الأنشطة اليومية مع التعزيز | تنمية المشاركة الفعالة والنشطة في الأنشطة الممتعة أو الاجتماعية | 2025/03/12 | 2 | |
| مراجعة الجدول ومناقشة العوائق مع التعزيز | زيادة الأنشطة | 2025/03/26 | 3 | |
| لعب الأدوار، قصص تفاعلية، نشاطات حل مشكلات بسيطة كواجب منزلي | التعرف على المشاكل ووضع الحلول لها | 2025/04/09 | 1 | مهارات حل المشكلات |
| مراجعة الواجب المنزلي | تنمية قدرة الطفلة على التعامل مع المواقف الصعبة بشكل فعال | 2025/04/17 | 2 | |
| اكمال الجمل الغير مكتملة. مناقشة كل إجابة دون اصدار احكام. واجب منزلي: تكملة جمل | استكشاف الأفكار والمشاعر الداخلية | 2025/04/24 | 1 | اعادة البناء المعرفي |
| مراجعة ماسبق تغذية راجحة. مراجعة الواجب المنزلي شرح الأخطاء المعرفية بطريقة مبسطة. مناقشة الأخطاء المعرفية تدريجياً، وشرح تاثير الفكرة السلبية على المشاعر والتصرفات واجب منزلي: كتابة 3 اشياء سلبية | تحديد التشوهات المعرفية | 2025/05/07 | 2 | |

| | | | | |
|---|--|------------|---|----------------------|
| كتابة الأفكار السلبية ووضعها في سحابة مظلمة ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية. ووضعها في شمس | تحدي الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار بديلة | 2025/05/15 | 3 | |
| واجب منزلي: التدريب على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية في جدول. | | | | |
| مراجعة المهارات، تغذية راجحة، خطة انتكاسة | تعزيز المهارات المكتسبة | 2025/05/15 | 1 | الوقاية من الانتكاسة |

القياس البعدي: تم تطبيق مقياس الاكتئاب وتم الحصول على درجة 6

المعالجة الإحصائية للبيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقارنة مستويات الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، تمت معالجة البيانات التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي **SPSS**، وذلك بهدف اختبار فرضية الدراسة المتعلقة بفعالية البرنامج العلاجي القائم على الوحدات في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال. وقد تم اعتماد مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة وأهدافها، وذلك على النحو الآتي:

الاحصائيات الوصفية: تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي، بهدف توصيف البيانات وتحديد مدى التغير في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

التحليل الاحصائي للفروق: نظرًا لعدم تحقق افتراض التوزيع الطبيعي في البيانات (بسبب صغر حجم العينة التي تقل عن 30 مشاركًا)، تم اعتماد الأساليب غير المعلمية في تحليل الفروق بين القياسين القبلي والبعدي. وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب (**Wilcoxon Signed-Rank Test**) كونه اختبارًا غير معلمي يُستخدم في حالة وجود ارتباط بين القياسات وغياب التوزيع الطبيعي. ويُعد هذا الاختبار بديلاً مناسباً لاختبار "ت" للعينات المرتبطة في مثل هذه الحالات، حيث يُستخدم لقياس الفروق بين درجتين مرتبطتين لنفس العينة قبل وبعد التدخل، بهدف التحقق مما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية، مما يعزز من دقة التحليل وملاءمته لطبيعة البيانات. (Field, 2013)

وبما أن التصميم المعتمد في الدراسة هو تصميم قبلي-بعدي لمجموعة واحدة، مع غياب التوزيع الطبيعي، فقد تم اعتماد اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين لمقارنة درجات الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، بهدف التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لتأثير البرنامج. (Pallant, 2020)

3_ التمثيل البياني: تم استخدام التمثيل البياني كوسيلة لتبسيط عرض البيانات بصرياً، مما يسهل قراءتها وفهمها. وقد تم الاعتماد على الرسوم البيانية بالأعمدة لعرض نتائج الدراسة، حيث تُظهر هذه الأعمدة الفروقات بين القياسين القبلي والبعدي لأعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة. ويُعد التمثيل البياني من الأساليب الفعالة في توضيح الفروق، مما يعزز من قوة التحليل الإحصائي ويساهم في تفسير النتائج بشكل أوضح.

4_ حجم الأثر: يشير حجم الأثر (Effect Size) إلى مقدار التغير والتحسين الناتج عن التدخل العلاجي، ويُعد مؤشراً يعكس قوة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع. ويُعتبر حجم الأثر من المؤشرات الأساسية التي توصي بها الأدبيات الحديثة في علم النفس التطبيقي والتجريبي لما لها من أهمية في تفسير النتائج من الناحية السريرية. (Field, 2013)

ونظراً لطبيعة البيانات في هذه الدراسة، والتي لا تتبع التوزيع الطبيعي، تم استخدام اختبار ويلكوكسون، وبالتالي تم حساب حجم الأثر المناسب له،

(**r**): ويُستخدم غالباً مع اختبار ويلكوكسون، ويُحسب وفق المعادلة:

$$r = \frac{z}{\sqrt{n}}$$

حيث **Z**: القيمة الإحصائية الناتجة عن اختبار ويلكوكسون.

n: عدد أفراد العينة.

ويُفسّر حجم الأثر وفقاً لتصنيف (Cohen 1988) على النحو الآتي:

$0.30 \leq r$ أثر صغير

$r \leq 0.50$ أثر متوسط

$r \geq 0.50$ أثر كبير

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1_ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2_ عرض نتائج القياس التبعي

3_ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

4_ مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة.

5_ تفسير النتائج.

خاتمة الفصل

تمهيد: بعد تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد العينة، قمنا بعرض النتائج المتوصل إليها في هذا الفصل، وذلك بعد تطبيق القياس القبلي والبعدي لمقياس الدراسة (مقياس الاكتئاب للأطفال)، وبعد جمع البيانات تم تفرغها ومن تم معالجتها احصائياً باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية، (spss v29)، وقد استخدمنا الأساليب الاحصائية المناسبة مع فرضيات الدراسة، ومن تم الحصول على نتائج الدراسة ومناقشتها.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

. الإحصاءات الوصفية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي، وذلك بهدف توصيف البيانات وتحديد مدى التغير في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

الجدول 15 درجات الاكتئاب لأفراد العينة

| الحالة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| القياس القبلي | 29 | 30 | 25 | 30 | 30 | 30 | 28 | 23 | 30 | 26 |
| القياس البعدي | 12 | 18 | 9 | 12 | 16 | 10 | 7 | 5 | 10 | 6 |

الجدول 16 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

| القياس | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الحد الأدنى | الحد الأقصى |
|--------|-------|-----------------|-------------------|-------------|-------------|
| القبلي | 10 | 28.10 | 2.56 | 23.00 | 30.00 |
| البعدي | 10 | 10.50 | 4.17 | 5.00 | 18.00 |

تشير القيم إلى انخفاض ملحوظ في متوسط درجات الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، مقارنة بالقياس القبلي. يتضح لنا من

خلال نتائج الجدول رقم وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات الأفراد للمجموعة في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الاكتئاب للأطفال. حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (28.10) بانحراف معياري قدرته قيمته ب 2.56، في حين بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي 10.50 بانحراف معياري قدرته قيمته ب 4.17، مما يشير إلى انخفاض واضح في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

1_ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى الأطفال بين القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على الوحدات". وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة باعتباره مناسباً لطبيعة العينة الصغيرة وفرضية المقارنة بين قياسين مرتبطين (قبلي-بعدي) على نفس المجموعة كما هو موضح في الجداول التالية:

الجدول 17 : نتائج اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة

| نوع الفرق | العدد | متوسط الرتبة | مجموع الرتب |
|-----------------------|-------|--------------|-------------|
| قبل > بعد (رتب سالبة) | 10 | 5.50 | 55.00 |
| قبل < بعد (رتب موجبة) | 0 | . | . |
| بعد = قبل | 0 | . | . |

احصائيات اختبار ويلكوكسون جدول 18

| الفرق بين القياسين | Z | مستوى الدلالة |
|-------------------------|--------|---------------|
| بعد العلاج _ قبل العلاج | -2.812 | 0.005 |

وقد أظهرت النتائج أن هناك فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات الاكتئاب في

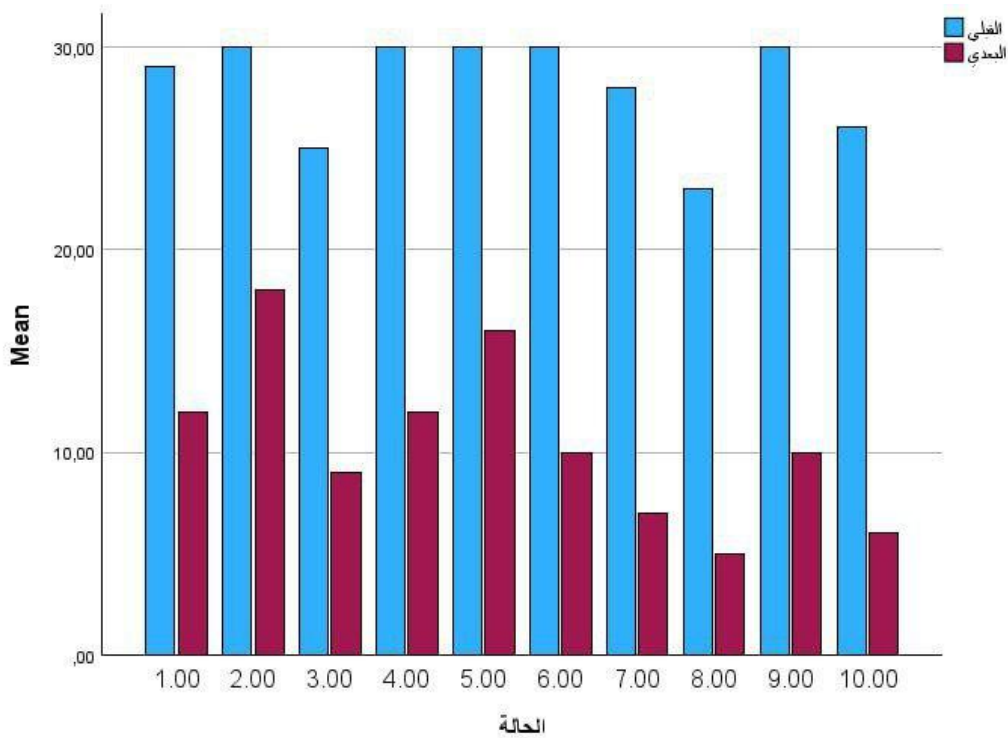
القياسين، حيث انخفضت الدرجات في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي. وبدل هذا الانخفاض على تحسن ملحوظ في الحالة النفسية للأطفال بعد خضوعهم للبرنامج العلاجي.

وبناءً على هذه النتائج، يتم قبول الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين، مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي القائم على الوحدات (Modular CBT) في خفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، اذ بلغت قيمة

$z = -2.812$ وقيمة الدلالة الاحصائية $Sig = 0.005$ وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد 0.05 أي أن الفرق دال احصائيا، وتشير هذه النتيجة الى أن البرنامج العلاجي كان فعالا في خفض مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة، مما يدعم صحة الفرضية الاولى.، حيث تم رفض الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق فردية بين القياسين القبلي والبعدي.

التمثيل البياني: الشكل رقم 03 التمثيل البياني للدرجات القبليّة والبعديّة



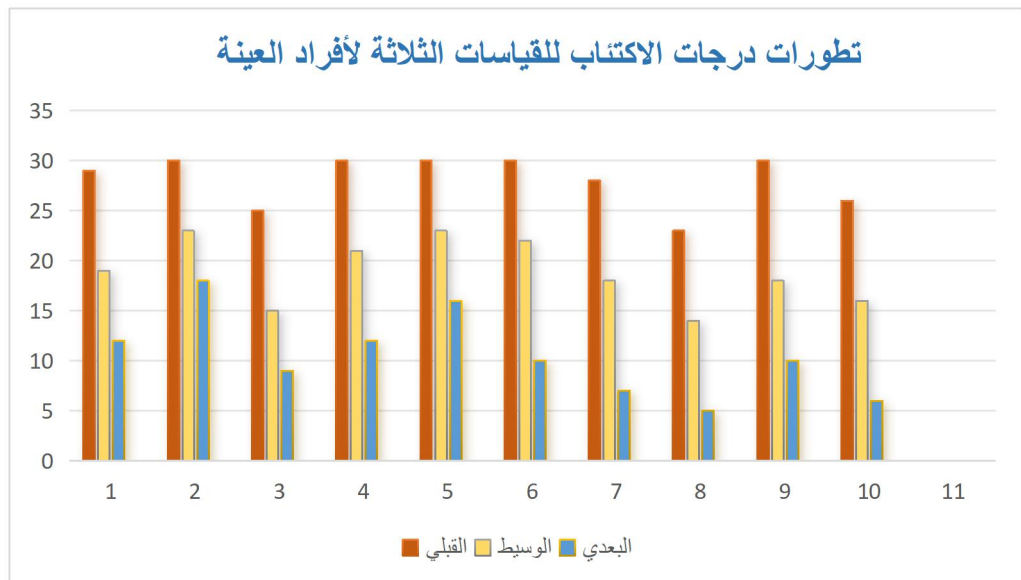
نلاحظ انخفاض درجات الاكتئاب لدى أفراد العينة في القياس البعدي، أي بعد تطبيق البرنامج العلاجي، ففي حين كانت الدرجات قبل التدخل تشير الى مستوى مرتفع من أعراض الاكتئاب، بينت النتائج في القياس البعدي انخفاضا ملحوظا.

2_ عرض نتائج القياس التبعي: بالاضافة الى التحليل الاحصائي الذي استند عليه القياس القبلي والبعدي.

تم اجراء تحليل وصفي للنتائج المسجلة في القياس الوسيط الذي أجري بعد الجلسة السابعة، من البرنامج العلاجي، وقد بلغ متوسط درجات الاكتئاب في هذا القياس 18.30 وهو ما يمثل انخفاضاً واضحاً مقارنة بالقياس القبلي 28.10 مما يدل على تحسن تدريجي في الأعراض النفسية منذ الجزء الأول من البرنامج العلاجي، ورغم أن هذا القياس لم يستخدم لاختبار الفرضيات الرئيسية، إلا أنه يعزز نتائج الدراسة من خلال اظهار استجابة أولية ايجابية لدى الأطفال، ويؤكد اهمية الاستمرار في الجلسات للحصول على الأثر العلاجي الكامل، كما ظهر في القياس البعدي 10.50.

يوضح هذا التمثيل البياني تطور درجات الاكتئاب لدى أفراد العينة عبر ثلاث مراحل، القياس القبلي، القياس الوسيط، والقياس البعدي، نلاحظ من خلاله: انخفاضاً تدريجياً في الدرجات، مما يعكس فعالية البرنامج العلاجي المستخدم.

الشكل 4 تطور درجات الاكتئاب للقياسات الثلاثة (القياس التبعي)



نلاحظ من خلال التمثيل البياني ان نتائج القياس الوسيط أظهرت انخفاضاً تدريجياً في درجات الاكتئاب لدى أفراد العينة مقارنة بالقياس القبلي، يشير هذا التغير الى بداية الاستجابة الايجابية للتدخل العلاجي بعد تطبيق عدد من الوحدات الأساسية، هذا الانخفاض يعد مؤشراً أولياً على فعالية البرنامج قبل بلوغ مرحلته النهائية، حيث بدأ التحسن بالظهور تدريجياً.

3_ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: توجد فعالية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على الوحدات في تخفيض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال.

حجم الأثر: باستخدام معامل الرتبة الموحدة r المناسب للاختبارات الغير المعلمية:

$$r = \frac{z}{\sqrt{n}}$$

$$r = \frac{2.812}{\sqrt{10}} = 0.89$$

حجم الأثر هو $r=0.89$ يعد حجما كبيرا جدا بحسب معايير Cohen,1988، مما يدل على فعالية قوية للبرنامج العلاجي. مما يؤكد أن التغيير الذي حدث ليس فقط ذا دلالة احصائية، بل يتمتع أيضا بأهمية علمية وسريية عالية، أي أن البرنامج لم يكن فعالا فقط من الناحية الاحصائية، بل أحدث تأثيرا قويا وملموسا في خفض أعراض الاكتئاب.

4_ مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق دالة احصائية، بين متوسط درجات الأطفال قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده في مستوى الاكتئاب، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي القائم على الوحدات في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال.

وتتوافق هذه النتائج مع ماتوصلت اليه دراسة (Chorpita et al,2006) التي أكدت أن استخدام وحدات علاجية مرنة تمكن الأخصائي من اختيار التقنيات الملائمة لاحتياجات الطفل الفردية، مما يعزز فاعلية العلاج ويؤدي الى نتائج سريرية ايجابية.

كذلك تتماشى هذه النتائج مع ما أشار اليه (Weisz et al,2012) من أن النماذج العلاجية القائمة على الوحدات، تحقق نتائج أفضل من البرامج التقليدية الثابتة، خاصة في البيئات العلاجية.

كما تتوافق هذه النتائج مع دراسة (Boustani et al,2020) التي أكدت أن العلاج القائم على الوحدات يعد نموذجا فعالا في التدخل مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وعلى رأسها الاكتئاب، القلق، نظرا لمرونته وملائمته للفروق الفردية وللبيئة العلاجية.

5_ تفسير النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في درجات الاكتئاب لدى الأطفال

المشاركين، بعد تطبيق البرنامج العلاجي وهو ما يشير الى تحسن ملحوظ في الحالة النفسية للأطفال. وقد أظهر اختبار ويلكوكسون للرتب دلالة احصائية قوية، ما يدل على وجود فرق حقيقي بين القياسين، لا يعزى للصدفة، ولتعزيز موثوقية النتائج تم حساب حجم الأثر باستخدام حجم الأثر I و هي حجم أثر كبير جدا وفق المعايير الاحصائية ما يدعم فعالية البرنامج بشكل قوي من الناحية العلمية والعملية، كما تم اجراء القياس التبعي حيث أظهرت نتائج القياس الوسيط انخفاضاً واضحاً في شدة الاكتئاب مقارنة بالقياس القبلي، مما يشير الى أن البرنامج العلاجي أحدث تأثيراً إيجابياً في منتصف مساره. تتوافق هذه النتائج مع أهداف الدراسة التي سعت الى قياس فعالية البرنامج العلاجي في خفض أعراض الاكتئاب عند الأطفال، حيث تحقق الهدف من خلال انخفاض ملحوظ في أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة بعد تطبيق 15 جلسة علاجية موزعة على 6 أشهر، كما يدعم ذلك الهدف المتعلق بتوفير نموذج علاجي لا يمكن تكيفه مع احتياجات الأطفال، إذ أظهرت الجلسات المرنة والقدرة على الاستجابة للفروق الفردية.

تؤكد هذه النتائج أن استخدام خطة علاجية مرنة قائمة على الوحدات قابلة للتكيف مثل وحدات التنقيف النفسي، مراقبة المزاج، التنشيط السلوكي، إعادة البناء المعرفي، يساهم في بشكل فعال في تقليل الأعراض النفسية لدى الأطفال، لا سيما عندما يكون العلاج فردياً ومبنياً على علاقة علاجية مستقرة ومرنة، وعليه يمكن تفسير التحسن الملحوظ في أعراض الاكتئاب بفعالية البرنامج العلاجي في معالجة الجوانب الانفعالية والسلوكية والمزاجية لدى الأطفال، من خلال وحدات مرنة قابلة للتكيف مع احتياجات كل حالة، مما ساعد في الوصول الى حل مشكلات الطفل الجوهرية، والتعامل معها بفعالية. كما أن العلاقة العلاجية الايجابية والأنشطة التفاعلية داخل الجلسات مثل أنشطة مراقبة المزاج ساهمت في زيادة وعي الطفل بحالته النفسية والمزاجية اليومية، وهو ما يعد خطوة أولى نحو تنظيم المشاعر والانخراط الفعال في التغيير، كما أدت وحدة التنشيط السلوكي الى ادخال أنشطة ممتعة ومنظمة في حياة الطفل، مما ساعد في تقليل الانسحاب الاجتماعي والحمول، وهما عرضان شائعان في الاكتئاب، وقد ساهمت هذه الأنشطة في رفع المزاج وتنشيط الدافعية الذاتية، أما وحدة إعادة البناء المعرفي فقد تم تدريب الأطفال من خلالها على التعرف على أفكارهم السلبية وتحديدها واستبدالها بأفكار إيجابية، مما ساهم في تقليل مشاعر الذنب واليأس، بما في ذلك وحدة التعاون العائلي التي ساهمت من خلال المتابعة المنزلية والواجبات ساعدت في تعزيز استمرارية المهارات خارج الجلسات، وهكذا مع باقي الوحدات.

التوصيات:

تشجيع البحوث المستقبلية على استخدام تصميم تجريبي أكثر دقة يتضمن مجموعة ضابطة، وعينات أكبر، بما يعزز من القدرة على تعميم النتائج.

اعتماد نموذج Modular Cbt كبروتوكول علاجي في المؤسسات النفسية نظراً لمرونته وفعالته.

تكوين أخصائيين نفسانيين في تطبيق هذا النموذج العلاجي من خلال دورات تدريبية.

اعداد دلائل اكلينيكية باللغة العربية لتسهيل استخدام هذا البرنامج من طرف الممارسين في السياق المحلي، مع مراعاة الخصوصيات الثقافية والاجتماعية.

خاتمة الفصل:

في ضوء النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية، يتضح أن البرنامج العلاجي القائم على الوحدات Modular Cbt أظهر فاعلية واضحة في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال، وهو ما يدعم الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة، كما بينت النتائج أن البرنامج ساهم في تحسين الأداء الانفعالي والاجتماعي للأطفال، مما يعطي مرونة هذا النموذج وقابليته للتطبيق العملي في بيئات علاجية متنوعة. وقد كانت هذه النتائج متسقة الى حد كبير مع ماورد في الأدبيات والدراسات السابقة التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات غي علاج الاضطرابات الوجدانية عند الأطفال، لاسيما الدراسات التي أجريت في بيئات حقيقية كالمدارس والعيادات، ويعزى نجاح هذا النموذج الى طبيعته المعيارية التكوينية، حيث يمح للمعالج باختيار الوحدات العلاجية الأنسب حسب خصوصية كل حالة، مما يزيد من جودة التدخل واستجابته. وعليه تؤكد هذه الدراسة أهمية توظيف النماذج العلاجية المرنة والمبنية على الأدلة في التعامل مع الاضطرابات النفسية عند الأطفال، خصوصا في السياقات التي تتطلب حلولاً تطبيقية وقابلة للتكيف مع الفروق الفردية والقيود البيئية، كما تفتح هذه النتائج المجال أمام مزيد من الدراسات لتوسيع استخدام هذا النموذج في مجالات أخرى ومع فئات عمرية متعددة.

الخاتمة


الخاتمة

في ختام هذه المذكرة، يتضح من خلال الدراسة أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات (Modular CBT) يمثل نهجاً علاجياً فعالاً ومرناً في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال. لقد أظهرت النتائج أن اعتماد هذا البرنامج يتيح تلبية الاحتياجات الفردية لكل طفل من خلال وحدات علاجية مخصصة، مما يعزز من فعالية التدخل العلاجي ويزيد من التزام الأطفال واستجابتهم للعلاج.

كما بيّن البحث أهمية تقديم علاج نفسي موجه ومتكامل يأخذ في الاعتبار الفروق التنموية والنفسية لدى الأطفال، ويعالج الأبعاد المتعددة للاكتئاب بطريقة شمولية، بما يساهم في تحسين الحالة النفسية وتعزيز المهارات التكيفية لديهم. ويبرز البرنامج كخيار واعد ضمن الأساليب العلاجية النفسية القائمة على الأدلة، لا سيما في السياقات التي تحتاج إلى علاج نفسي مرن وقابل للتعديل حسب حالة الطفل.

وعلى الرغم من النتائج الإيجابية، يوصى بمزيد من الدراسات التي تستهدف عينة أوسع ومتابعة طويلة الأمد لقياس تأثير البرنامج على جودة حياة الطفل بشكل شامل، بالإضافة إلى دمج تدخلات داعمة لعوامل البيئة الأسرية والاجتماعية. كما تؤكد هذه الدراسة على ضرورة تدريب المختصين على استخدام هذا النهج العلاجي بفعالية، وتطوير مواد تدريبية ملائمة تعزز من قدراتهم المهنية.

ختاماً، نأمل ان تساهم هذه الدراسة في إثراء المعرفة العلمية والتطبيقية في مجال علاج الاكتئاب عند الأطفال، وأن تكون إضافة نوعية تساهم في تحسين ممارسات الصحة النفسية، وتعزيز فرص الشفاء والنمو النفسي السليم للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.



قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع باللغة العربية:

- إحجادن، حماني ليلي. (2016). *فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى الأطفال المتأخرين دراسياً*. [رسالة ماجستير غير منشورة].
- الزغول، عادل عبد الرحمن. (2006). *الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام. (1986). *علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة*. القاهرة: دار المعارف.
- جدو، عبد الحفيظ. (2014). *استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم*. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة سطيف، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، تخصص تربية علاجية.
- خالد، حامد. (2008). *منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية*. عمان: جسور للنشر والتوزيع.
- حنون، سميرة. (2024). *المتسلسل المبسط لمنهجية العلوم النفسية والتربوية* (الطبعة الثانية). عمان: دار إخلام للنشر.
- طباس، نسيم. (2012). *الاكتئاب عند الطفل*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (9).
- عبد، منى محمد إبراهيم. (2013). *دراسة الأعراض الشائعة لاضطراب الاكتئاب لدى أطفال* (مرحلة رياض الأطفال – المرحلة الابتدائية). مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، (14).
- عبد الخالق، أحمد محمد، وعبد الغني، السيد محمد. (2004). *معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين*. مجلة الطفولة العربية، 8، 8-25.
- غريب، عبد الفتاح غريب. (1994). *اكتئاب أطفال المرحلة الابتدائية: دراسة مقارنة للبنية العاملية للاكتئاب بين مصر والإمارات العربية*. مجلة مركز الدراسات وبحوث المعوقين، 4.
- مكي، هبة كمال. (2013). *فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية*. مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، (6)، 596-631.

المراجع باللغة الانجليزية:

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing

- Beck, A. T. (1987). *Cognitive models of depression*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1, 5-37.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Boustani, M., Regan, J., & Stanick, C. (2020). *Modular CBT for youth: Principles and guides*. In R. D.
- Chiu, A. W., Langer, D. A., McLeod, B. D., Har, K., Drahota, A., Galla, B. M., Jacobs, J., Ifekwunigwe, M., & Wood, J. J. (2013). *Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools*. School Psychology Quarterly, [https://doi.org/10.1037/spq000001728\(2\)](https://doi.org/10.1037/spq000001728(2)), 141–153.
- Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2009). MATCH-ADTC: *Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems*. PracticeWise.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). *Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents*. Child and Adolescent Mental Health, 13(4), 158–162. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x>
- CPD Online. (2023). *Depression in children and adolescents*. Royal College of Psychiatrists. <https://www.psychiatrycpd.co.uk/learningmodules/depression-in-children.aspx>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed.). Sage Publication
- Friedberg & B. G. Nakamura (Eds.), *Cognitive behavioral therapy in youth: Tradition and innovation* (pp. 231–249). (Neuromethods; Vol. 156). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0700-8_12
- Friedberg, R. D., & Nakamura, B. J. (Eds.). (2022). *Cognitive behavioral therapy in youth: Tradition and innovation*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91273-2>
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2015). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts* (2nd ed.). Guilford Press.

Halldorsson, B., Elliott, L., Chessell, C., Willetts, L., & Creswell, C. (2019). *Helping your child with fears and worries: A self-help guide for parents – Treatment manual for therapists* (Version 1.2). University of Reading. (Adapted from Willetts, L., Creswell, C., Thirlwall, K., & Parkinson, M., 2017).

Haine-Schlagel, R., & Escobar Walsh, N. (2015). *A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133–150.

Kerns, C. M., Renno, P., Kendall, P. C., Wood, J. J., & Storch, E. A. (2017). *Anxiety Disorders Interview Schedule–Autism Addendum: Reliability and validity in children with autism spectrum disorder. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 88–100.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1233501>

Lakens, D. (2013). *Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. Frontiers in Psychology*, 4, 863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>

Malhotra, S., & Sahoo, S. (2018). *Antecedents of depression in children and adolescents. Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 11–16.
https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_29_17

Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). *Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232–260.
<https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738>

McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., & Dimidjian, S. (2016). *The Adolescent Behavioral Activation Program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 291–304.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.979933>

Nationwide Children's Hospital. (2023). *Childhood depression: What parents need to know.*
<https://www.nationwidechildrens.org>

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS (7th ed.). McGraw-Hill, Open University Press.*
<https://doi.org/10.4324/9781003117452>

Persons, J. B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.

Pozza, A., & Dèttore, D. (2020). *Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis*: Randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), <https://doi.org/10.1002/jclp.22901>392–405.

Sheffer, D. (1986). *Depression in childhood and adolescence*. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 383–406). Guilford Press.

Spence, S. H. (2003). *Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice*. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84–<https://doi.org/10.1111/1475-3588.00051>96.

Telman, L. G. E., Van Steensel, F. J. A., Verveen, A. J. C., Bögels, S. M., & Maric, M. (2020). *Modular CBT for youth social anxiety disorder: A case series examining initial effectiveness*. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(1), 16–<https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1727791>27.

van Steensel, F. J. A., de Pauw-Telman, L. G. E., Maric, M., & Bögels, S. M. (2024). *Modular CBT for childhood anxiety disorders: Evaluating clinical outcomes and its predictors*. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(3), 790–801. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01437-1>

Vernon, A. (2021). *Depression in children and adolescents: RE-CBT approaches to assessment and treatment*. In A. Vernon (Ed.), *Rational-emotive and cognitive-behavioral approaches to child and adolescent mental health: Theory, practice, research, applications* (pp. 201–221). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-53075-2_9

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2008). *Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a*

- combination in childhood anxiety*. The New England Journal of Medicine, 359(26), 2753–2766.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., & Weersing, V. R. (2012). *Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial*. Archives of General Psychiatry, 69(3), 274–282.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Williams, K. N., & Crandall, B. R. (2021). *Modular CBT for children and adolescents with depression: A clinician's guide to individualized treatment*. New Harbinger Publications.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Didie, E. R., Fama, J. M., & Keshaviah, A. (2011). *Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder*. Behavior Therapy, 42(4),
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.002>624–633.
- Wood, J. J., Sze Wood, K., Cho, A. C., Rosenau, K. A., Cornejo Guevara, M., Galán, C., Bazzano, A., Zeldin, A. S., & Hellemann, G. (2021). *Modular cognitive behavioral therapy for autism-related symptoms in children: A randomized, controlled trial*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, <https://doi.org/10.1037/ccp0000621>189(2), 110–125.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). *Emotion regulation in children and adolescents*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27(2), 155–168.
<https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>

الملاحق

الملحق رقم 01 :خطة العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوحدات Modular Cbt

اسم العميل: التاريخ:

اسم فرد من العائلة: دوره في العائلة:

اسم المعالج: عمر العميل:

هدف العلاج طويل المدى:

ترجمة بلعربي_بوصلاح

نقاط القوة والمهارات التي تساعد على تحقيق الهدف:

| | |
|---|---|
| <p>المشكلة المستهدفة(قابلة للملاحظة):</p> <p>هدف العلاج (قصير المدى)</p> <p>الوحدة:</p> <p>التدخلات:</p> <p>النتيجة المتوقعة(قابلة للملاحظة):</p> | <p>المشكلة المستهدفة(قابلة للملاحظة):</p> <p>هدف العلاج (قصير المدى)</p> <p>الوحدة:</p> <p>التدخلات:</p> <p>النتيجة المتوقعة(قابلة للملاحظة):</p> |
|---|---|

Treatment Planning with the Core Modules

Treatment Planning for the Modular Approach

| Targeted Problem | Objective | Core Module | Example Interventions from Module | Expected Outcome / Example of Skill Development |
|---|---|-----------------------------------|---|--|
| Limited Understanding/Insight About Depressed Mood | Increase awareness of depression and the ways thoughts, feelings, and behaviors can contribute to improving mood. | Psychoeducation | Develop understanding of the cognitive triangle and the ways thoughts, feelings, and behaviors impact mood. | Improve understanding of how thoughts, feelings, and behaviors contribute to particular negative affect, demonstrated by teaching someone about the cognitive triangle. |
| Limited Awareness and Low Articulation About Feelings and Mood | Increase awareness of changes in mood and improve articulation related to feelings. | Mood Monitoring | Improve mood awareness and articulation through mood monitoring/tracking. | Demonstrate increased "affect expression" behaviors (articulating feelings three times per day or more) across two or more settings. |
| Inactive or Ineffective Engagement in Pleasant or Social Activities | Develop active and effective engagement in pleasant or social activities. | Behavioral Activation | Practice engaging in pleasant or social activities and identify impact of experiences on thoughts and feelings. | Initiate engagement in one pleasant or social activity daily without prompting, and identify one or more associated positive thoughts and feelings for each activity. |
| Persistent Negative Thinking that Leads to Negative Affect and Mood | Identify and replace persistent negative thinking with adaptive thinking. | Addressing Maladaptive Cognitions | Identify use of cognitive distortions and practice replacing distortions with accurate thoughts. | Recognize five examples of cognitive distortions across two or more settings in a week and autonomously replace distortions with accurate thoughts (track and describe on worksheet or discuss with supportive adult or peer). |
| Newly Developed Skills with Tentative Generalizability | Strengthen and extend newly developed skills to additional settings. | Relapse Prevention | Identify new responses to triggers or identify opportunities to use newly developed skills. | Demonstrate mastery of new skills when confronted with triggers or challenging situations on three or more occasions and across two or more settings (role-play mastery may be substituted if necessary). |

Downloadable copies of this table are available online at <http://www.newharbinger.com/31175>. (See the very back of this book for more details.)

Modular CBT for Children and Adolescents with Depression

Treatment Planning with the Supporting Modules

| Targeted Problem | Objective | Supporting Module | Example Interventions from Module | Expected Outcome / Example of Skill Development |
|--|--|-----------------------------------|---|--|
| Safety Risks (e.g., suicidal ideation or self-injurious behaviors) | Enhance safety and stability and reduce risk of crisis. | Safety Plan and Crisis Management | Develop crisis-management plan that includes support from multiple individuals. | Eliminate suicidal ideation or intent to harm self. |
| Intrusive Anxiety or Anger Problems Contributing to Depressive Presentation | Develop capacity to increase relaxation to reduce or avoid excessive anxiousness or anger. | Relaxation Training | Develop capacity to use deep breathing, progressive muscle relaxation, and vivid imagery skills to manage anxiety or anger. | Demonstrate autonomous use of relaxation skills to effectively reduce anxiety or anger three or more times in one week across two or more settings. |
| Loneliness, Limited Social Support, or Low Confidence in Social Interactions | Develop active and effective engagement in social interactions. | Social Skills Training | Strengthen comfort with assertiveness, communication, and social interaction skills in social settings and among peers. | Use assertiveness training autonomously to respond to teasing in one or more social situations; use communication skills to strengthen one or more friendships and increase time engaged in social activities. |
| Intrusive Anger or Mood Instability Problems Contributing to Depressive Presentation | Develop capacity to respond to triggers and regulate emotions to improve mood stability. | Affect Regulation | Demonstrate use of affect regulation skills to promote stable mood when confronted by usual triggers. | Effectively and autonomously utilize reappraisal strategies three or more times in two or more settings to correct cognitive distortions and enhance mood stability. |
| Unbalanced Expression of Positive and Negative Experiences Within Family Context | Improve family capacity to consistently increase positive interactions and reduce negative interactions. | Family Collaboration | Improve quality and increase frequency of supportive communication among family members in the home. | Participate as a family in shared activity each week during a month for one hour in which family members engage in constructive communication 90 percent of the time or more. |

الملاحق

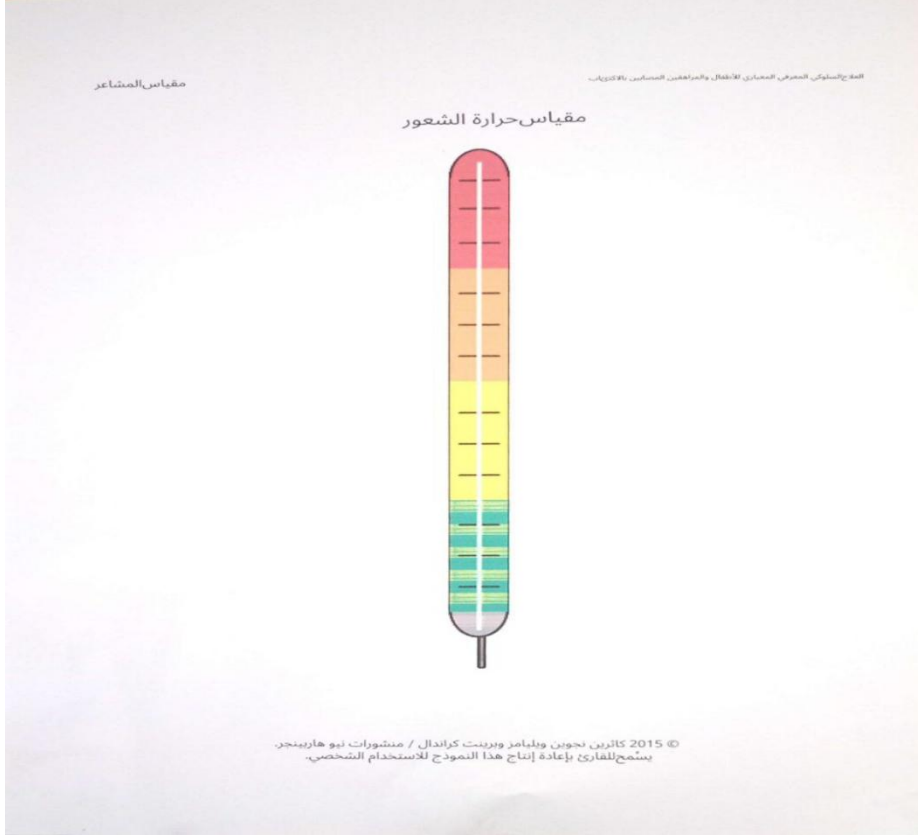
الملحق رقم 04 : قائمة المشاعر الإيجابية والصعبة المستخدمة في الجلسات العلاجية

المشاعر الإيجابية:

| | | | |
|--------------|--------------|-------------|-------------|
| ودود | مفهوم | صبور | دافئ |
| مرتاح | منبه | قوي | مستمتع |
| هادئ | قادر | مُلهِم | دافئ (مريح) |
| مرتاح جسديًا | سعيد | مسالم | مهتم |
| راضي | متعاطف | جذاب | محبوب |
| متحمس | متفائل | حازم | مُعنى به |
| منتبه | مُفعم بالأمل | مسرور | محترم |
| واثق | شجاع | مرتاح البال | مُحب |
| موافق عليه | مسرور | مرتاح | مُتعاطف |
| هادئ | متحمس | | |

المشاعر السلبية: اعداد الطالبين بلعربي_بوصلاح

| | | | |
|----------------------|------------|--------------|-------------|
| متقلّب المزاج | حاسد | ناقم | غير محبوب |
| كئيب | غير سعيد | مرير | غاضب |
| محبط | ضجر | متضايق | مجروح |
| متدّمّر | خائب الأمل | محبط | وحيد |
| متعب | غير كفء | حزين | ساخر |
| غير مبالي | عاجز | مكتئب | عديم القيمة |
| غير واثق | مستسلم | مريض | مهجور |
| غير صبور | خجول | مرهق | مُهان |
| تابع | غير مرتاح | مستنزف | مُذل |
| غير مهم | مشوش | عديم الفائدة | مذعور |
| نادم | مرتبك | ضعيف | محاصر |
| خجلان | متوتر | ميوؤس منه | مذعور جدًا |
| حائر | مشدود | مرفوض | خائف |
| مفرط في الوعي الذاتي | قلق | مذنب | مرعوب |
| متوتر | مرتبك جدًا | مخرج | منهك |



الملحق رقم (06) جدول تتبع المزاج

| اليوم | التاريخ | حالي المزاجية من (1 إلى 10) | مشاعري | ماذا حدث؟ | ماذا فعلت؟ |
|----------|---------|-----------------------------|--------|-----------|------------|
| السبت | | | | | |
| الأحد | | | | | |
| الاثنين | | | | | |
| الثلاثاء | | | | | |
| الأربعاء | | | | | |
| الخميس | | | | | |
| الجمعة | | | | | |

ترجمة الباحثين بلعربي_بوصلاح

الملاحق

الملحق رقم 08 جدول النشاطات الأسبوعي

| اليوم | النشاط الممتع المنجز | الوقت | شعوري قبل النشاط | شعوري بعد النشاط | ملاحظات | هل أنجز النشاط |
|----------|----------------------|-------|------------------|------------------|---------|----------------|
| السبت | | | | | | |
| الأحد | | | | | | |
| الاثنين | | | | | | |
| الثلاثاء | | | | | | |
| الأربعاء | | | | | | |
| الخميس | | | | | | |
| الجمعة | | | | | | |

ترجمة الباحثان بلعربي_بوصلاح

الملحق رقم 9 ورقة عمل: أكمل الجملة (للأطفال)

عزيزي الطفل، أكمل الجمل التالية بما تشعر به أو تفكر فيه. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، فقط كن صادقاً.

أنا

كثيراً ما أفكر في

يعجبني أن

أحياناً أقلق من

يعتقد الناس أنني

أسوأ شيء حدث لي هو

أشعر بالإحراج من

أفضل شيء في حياتي هو

الأطفال الآخرون يظنون أنني

لا أحبترجمة الباحثان بلعربي_بوصلاح

أعتقد أن

لا أحد يعرف أنني

أمي تظن أنني

لا أحب أن أخبر الناس أن

من الصعب أن

الملحق رقم 11
خطوات حل المشكلات

1_التحدي:(Challenge) ترجمة بلعربي_بوصلاح

ما هو التحدي أو المشكلة التي تواجهها؟

2_التأكيد:(Affirm)

قول جملة إيجابية لنفسك مثل:

"أنا قادر على حل هذه المشكلة."

3_الخيارات الواقعية:(Realistic choices for action)

ما هي الخيارات الممكنة والمعقولة التي يمكنك اتخاذها؟

4_تقييم العواقب:(Evaluate consequences)

فكر في نتائج كل خيار من الخيارات المتاحة.

5_الإصلاح واتخاذ القرار:(Fix it. Make a choice)

اختر الحل الأنسب وقم بتنفيذه.

6_فهم ما حدث:(Understand what happened)

ماذا حدث بعد أن اتخذت هذا القرار؟

7_هل أعجبك؟:(Like it?)

هل كنت راضيًا عن النتيجة؟ هل يجب تعديل الخطة أو المحاولة بطريقة مختلفة؟

الملحق رقم 12 قائمة مراقبة الأعراض

(1) التفكير - هل واجهت صعوبة اليوم في:

التركيز؟

اتخاذ القرارات؟

إكمال الواجبات المدرسية؟

الحفاظ على الأداء الدراسي؟

(2) الجوانب الجسدية - هل شعرت اليوم بأي من التالي؟

صداع؟

آلام في المعدة؟

اعداد الباحثان بلعربي_بوصلاح

آلام في المفاصل أو الظهر؟

نقص في الطاقة؟

مشاكل في النوم؟

تغيرات في الوزن أو الشهية (زيادة أو نقص)؟

(3) السلوكيات - هل شعرت أو تصرف اليوم بأي من التالي؟

شعور بعدم الراحة أو القلق؟

التهيج أو العصبية؟

عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة؟

الرغبة في العزلة أغلب الوقت

صعوبة في التعامل مع الآخرين؟

التغيب عن الحصص أو الهروب من المدرسة

التوقف عن ممارسة الرياضة أو الهوايات أو الأنشطة؟

شرب الكحول أو تعاطي المخدرات؟

(4) خطر الانتحار - هل فكرت اليوم في إيذاء النفس؟ الانتحار؟ الموت؟

الملحق رقم 13 خطة السلامة و الأمان

سلوكيات الخطر لدى الطفل، بما في ذلك المحفزات

(مثلاً: "ما هي الأفكار الانتحارية التي تراودني؟ ما الذي يحفز تلك الأفكار؟")

استراتيجيات التكيف الخاصة بالطفل

(مثلاً: "ماذا يمكنني أن أفعل لأشعر بتحسن عندما يتم تحفيزي على القيام بتلك السلوكيات الخطرة؟")

إجراءات الأسرة والأشخاص الداعمين لمساعدة الطفل

(مثلاً: "ماذا يمكنني، كداعم للطفل، أن أفعل لمساعدته على استخدام استراتيجيات التكيف والبقاء آمناً؟")

في حالة الطوارئ أو المواقف عالية الخطورة (يرجى ذكر بعض الأمثلة):

سأتصل بالموارد التالية:

قسم الشرطة (رقم الهاتف):

الخط الساخن للأزمات النفسية في المقاطعة:

الخط الساخن لمنع الانتحار أو خط الدردشة للأزمات:

الطبيب النفسي المناوب في المستشفى:

ترجمة بلعربي_بوصلاح

يُفضل حفظ هذه الأرقام على الهاتف المحمول إن أمكن.

توقيع الطفل:

"أوافق على اتباع هذه الخطة."

التوقيع: التاريخ:

توقيع أحد أفراد الأسرة أو الداعم:

الملحق رقم 14 خطة الوقاية من الانتكاس

عندما ألاحظ أنني أبدأ في الشعور بالمزيد من الأعراض، ماذا يجب أن أفعل؟.....

ما هي الموارد أو الأشخاص الذين أشعر بالراحة عند اللجوء إليهم؟.....

إجراءات الأسرة والأشخاص الداعمين لمساعدة الطفل:.....

(مثلاً: "ماذا يمكنني، كداعم للطفل، أن أفعل لمساعدته على استخدام استراتيجيات التكيف وتقليل الأعراض؟")

في حال أردت العودة إلى المعالج، بمن أتواصل؟

في حالة الطوارئ أو في موقف عالي الخطورة (يرجى ذكر بعض الأمثلة السابقة على هذه المواقف):

سأتصل بالموارد التالية:

قسم الشرطة (رقم الهاتف):

الخط الساخن للأزمات النفسية في المقاطعة:

الخط الساخن لمنع الانتحار أو خط الدردشة في الأزمات:

الطبيب النفسي المناوب في المستشفى:

يُنصح بحفظ أرقام الهاتف هذه على الهاتف الذكي متى أمكن ذلك.

ترجمة الباحثان بلعربي_بوصلاح

الملحق رقم 15 شهادة تخرج
اعداد الباحثتان بلعربي_بوصلاح

شهادة تخرج

عملٌ متميّز في تطوير مهارات التكيف لديك واكتساب مهارات فعّالة.
نهنئك على التزامك المستمر وجهودك المتميزة!



ملحق 16 مقياس الاكتئاب للأطفال CDI

تذكر أنك تختار العبارة التي تصف مشاعرك وأفكارك في الأسبوعين الأخيرين:

- | | | |
|---|---|--|
| ١ | إني أشعر بالحزن أحيانا إني أشعر بالحزن في أوقات كثيرة إني أشعر بالحزن طوال الوقت | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٢ | كل ما يخصني لا يسير سيرا حسنا أنا لست متأكدا من أن الأشياء والظروف سوف تسير سيرا حسنا الأشياء و الظروف سوف تسير سيرا حسنا بالنسبة لي | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٣ | أنا أعمل أغلب الأشياء بطريقة جيدة أنا أعمل أشياء كثيرة بطريقة خطأ أنا أعمل كل شئ بطريقة خطأ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٤ | توجد أشياء كثيرة تسليني بعض الأشياء والحاجات تسليني لا يوجد شئ يسليني | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٥ | في كل الأوقات أنا سيئ في أوقات كثيرة أكون سيئ أحيانا أكون سيئ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٦ | أحيانا أفكر في أشياء سيئة (غير مستحبة) تحدث لي أنا قلق ومشغول من بعض الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث لي أنا متأكد من أشياء سيئة أو غير مستحبة سوف تحدث لي | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ٧ | أنا أكره نفسي أنا لا أحب نفسي أنا أحب نفسي | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

كل الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا
كثير من الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا
لا تحدث الأشياء السيئة أو غير المستحبة دائما بسببي أنا

٨

أنا لا أفكر في أن أقتل نفسي
أنا أفكر في قتل نفسي ولكن لن أفعل ذلك
أنا أريد أن أقتل نفسي

٩

يوميا أشعر بأنني أريد أن أبكي
في أوقات كثيرة أشعر بأنني أريد أن أبكي
أحيانا أشعر أنني أريد أن أبكي

١٠

توجد أشياء تضايقتني دائما
توجد أشياء تضايقتني أوقات كثيرة
توجد أشياء تضايقتني أحيانا

١١

أنا أحب أن أكون مع الناس
أنا لا أحب أن أكون مع الناس في أوقات كثيرة
أنا لا أريد أن أكون مع الناس أبدا

١٢

أنا لا أستطيع أن أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء
من الصعب علي أن أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء
أنا أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء بسهولة

١٣

أنا شكلي حسن
يوجد بعض الأشياء في شكلي غير حسنة
أنا شكلي غير حسن

١٤

يجب علي أن أدفع نفسي طوال الوقت حتي أكمل واجبات المدرسة
يجب علي أن أدفع نفسي أكثر من مرة حتي أكمل واجبات المدرسة
واجبات المدرسة ليست مشكلة كبيرة بالنسبة لي

١٥

كل ليلة يصعب علي النوم
في ليالي كثيرة يصعب علي النوم
أنا أنام جيدا

١٦

أشعر أحيانا أنني مجهد أو متعب
أشعر في أوقات كثيرة أنني مجهد أو متعب
أشعر طوال الوقت بالاجهاد أو التعب

١٧

في أغلب الأيام لا تكون لدي شهية للطعام
في أيام كثيرة لا تكون لدي شهية للطعام
أنا أكل بطريقة جيدة

١٨

أنا غير قلق من أي آلام أو أوجاع
في مرات كثيرة أكون قلقا من بعض الآلام و الأوجاع
طوال اقت أكون قلقا من الآلام و الأوجاع

١٩

أنا لا أشعر بالوحدة
في أوقات كثيرة أشعر بالوحدة
طوال الوقت أشعر بالوحدة

٢٠

لم أشعر بالمتعة في المدرسة أبدا
أحيانا أشعر بالمتعة في المدرسة
في أوقات كثيرة أشعر بالمتعة في المدرسة

٢١

٢٢ لدي أصدقاء كثيرون
لدي بعض الأصدقاء ولكن أتمني أن يكون لدي أصدقاء أكثر
أنا ليس لدي صديق واحد

٢٣ عملي - شغلي - المدرسي جيد
عملي المدرسي ليس جيدا كما كان من قبل
عملي المدرسي سي جدا في مواد كنت دائما جيد فيها

٢٤ أنا لا يمكن أن أكون جيدا مثل باقي زملائي
لو أردت فإني أستطيع أن أكون مثل باقي زملائي
أنا جيد مثل باقي زملائي

٢٥ في الحقيقة لا أحد يحبني
أنا لست متأكدا من أن أحد يحبني
أنا متأكد من أن بعض الأشخاص يحبونني

٢٦ أنا عادة أعمل ما يطلب مني
في أغلبية الوقت أنا الأعمل ما يطلب مني
طوال عمري لم أعمل ما يطلب مني

٢٧ أنا أنسجم مع الناس
في أوقات كثيرة أجد نفسي متورطا في مشاجرات
طوال الوقت أنا أتورط في مشاجرات

المجموع :-----

التطبيق (فردى - جماعى)

شكرا للإجابة على الأسئلة

مفتاح التصحيح

| | |
|---|----|
| ٠ | ١٩ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١٠ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٠ | ١ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ٢٠ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١١ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٢ | ٢ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ٢١ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ١٢ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|---|
| ٠ | ٣ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ٢٢ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١٣ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٠ | ٤ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ٢٣ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ١٤ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|---|
| ٢ | ٥ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ٢٤ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١٥ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٠ | ٦ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ٢٥ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١٦ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٢ | ٧ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ٢٦ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ١٧ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|---|
| ٢ | ٨ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|----|
| ٠ | ٢٧ |
| ١ | |
| ٢ | |

| | |
|---|----|
| ٢ | ١٨ |
| ١ | |
| ٠ | |

| | |
|---|---|
| ٠ | ٩ |
| ١ | |
| ٢ | |

|

Interpretation Guide:

| Age | | Female | |
|------------|------------|-----------------|---------------------|
| From | To | Total raw score | Interpretation |
| 7 Y & 6 M | 10 Y & 5 m | 0 to 14 | Normal |
| | | 15 to 22 | Mild depression |
| | | 23 to 29 | Moderate depression |
| | | 30 and above | Sever depression |
| 10 Y & 6 M | 13 Y & 5 M | 0 to 16 | Normal |
| | | 17 to 23 | Mild depression |
| | | 24 to 30 | Moderate depression |
| | | 31 and above | Sever depression |
| 13 Y & 6 M | 16 Y & 5 M | 0 to 18 | Normal |
| | | 19 to 24 | Mild depression |
| | | 25 to 30 | Moderate depression |
| | | 31 and above | Sever depression |

| Age | | Male | |
|------------|------------|-----------------|---------------------|
| From | To | Total raw score | Interpretation |
| 7 Y & 6 M | 10 Y & 5 m | 0 to 14 | Normal |
| | | 15 to 22 | Mild depression |
| | | 23 to 29 | Moderate depression |
| | | 30 and above | Sever depression |
| 10 Y & 6 M | 13 Y & 5 M | 0 to 14 | Normal |
| | | 15 to 21 | Mild depression |
| | | 22 to 27 | Moderate depression |
| | | 28 and above | Sever depression |
| 13 Y & 6 M | 16 Y & 5 M | 0 to 14 | Normal |
| | | 15 to 21 | Mild depression |
| | | 22 to 28 | Moderate depression |
| | | 29 and above | Sever depression |

Children Depression Inventory (Arabic Version)

By Dr. Gharib Abdel Fattah

Purpose: *Diagnostic standardized assessment for children depression*

Description: *the scale assesses 27 depressive symptoms such as ; grief , pessimism ,loss of interest, pessimism anxiety, self-hate, self-blame, crying, suicidal ideas, inability to endure frustrations, hesitation, negative body image, demotivation for academic achievement, fatigue, sleep disorder, loss of appetite, feeling of loneliness, losing interests in social relations and academic deterioration*

Age Range: *7 years to 16 years old*

Scoring:

difficulties are rated according to their occurrence, the rating scale ranges from 0 to 2

0: never observed

1: sometimes observed

2: always observed

| رقم الفرد | العمر | الجنس | الدرجة الخام | تصنيف المقياس | تقرير الأخصائي |
|-----------|-------|-------|--------------|---------------|----------------|
| 1 | 8 | ذكر | 20 | 1 | 1 |
| 2 | 9 | أنثى | 24 | 1 | 1 |
| 3 | 7 | ذكر | 13 | 0 | 0 |
| 4 | 7 | أنثى | 11 | 0 | 0 |
| 5 | 9 | أنثى | 26 | 1 | 1 |
| 6 | 10 | ذكر | 10 | 0 | 0 |
| 7 | 11 | ذكر | 19 | 1 | 1 |
| 8 | 12 | أنثى | 15 | 1 | 1 |
| 9 | 8 | ذكر | 8 | 0 | 0 |
| 10 | 12 | أنثى | 12 | 0 | 0 |
| 11 | 8 | ذكر | 18 | 1 | 1 |
| 12 | 7 | أنثى | 11 | 0 | 0 |
| 13 | 10 | ذكر | 29 | 1 | 1 |
| 14 | 11 | أنثى | 9 | 0 | 0 |
| 15 | 12 | ذكر | 18 | 1 | 1 |
| 16 | 11 | أنثى | 21 | 1 | 1 |
| 17 | 9 | ذكر | 15 | 0 | 1 |
| 18 | 8 | ذكر | 18 | 1 | 1 |
| 19 | 7 | أنثى | 20 | 1 | 1 |
| 20 | 7 | ذكر | 16 | 1 | 0 |
| 21 | 12 | أنثى | 9 | 0 | 0 |
| 22 | 11 | ذكر | 12 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|----|----|------|----|---|---|
| 23 | 12 | أنثى | 13 | 0 | 0 |
| 24 | 10 | ذكر | 23 | 1 | 1 |
| 25 | 11 | أنثى | 10 | 0 | 1 |
| 26 | 9 | أنثى | 16 | 1 | 1 |
| 27 | 9 | أنثى | 13 | 0 | 0 |
| 28 | 8 | ذكر | 16 | 1 | 0 |
| 29 | 7 | ذكر | 8 | 0 | 1 |
| 30 | 7 | ذكر | 7 | 0 | 0 |

الملحق 18

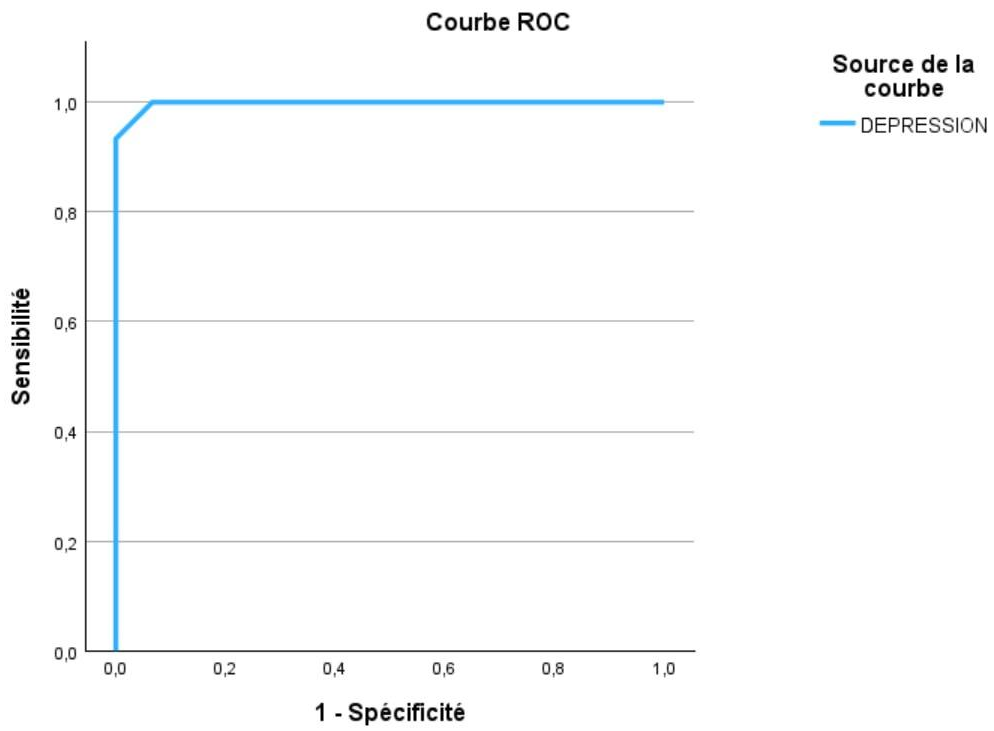
Zone sous la courbe ROC

Variable(s) de résultats tests: DEPRESSION

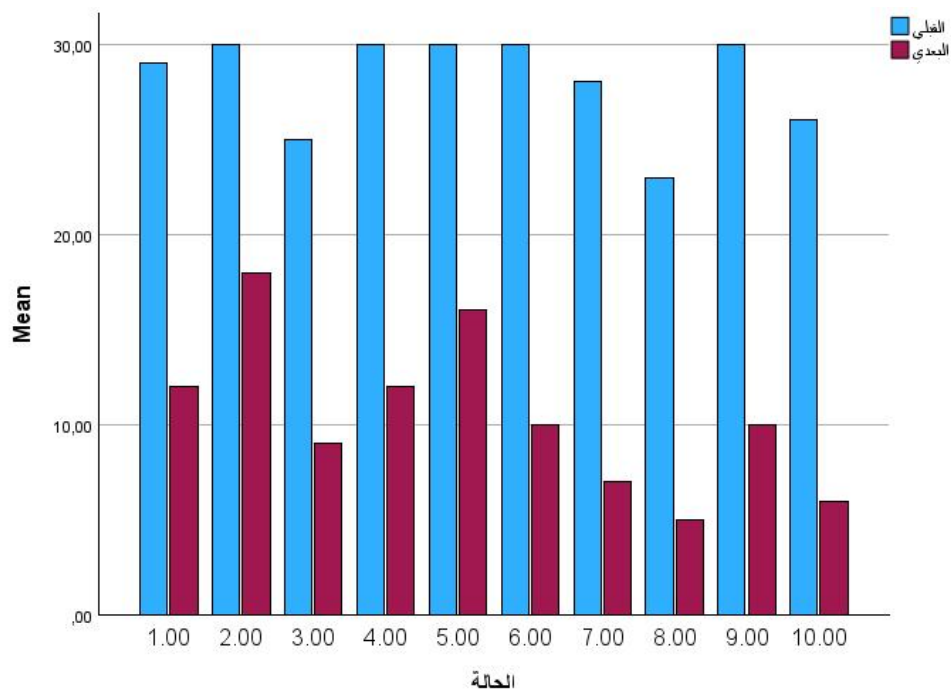
Zone

,998

Les variables de résultats tests : DEPRESSION comportent au moins une liaison entre le groupe d'état réel positif et le groupe d'état réel négatif. Les statistiques peuvent être déformées.



الملحق 20



الملحق 21

Descriptives

Notes

| | |
|----------------|-------------------------|
| Output Created | 20-MAY-2025 19:38:08 |
| Comments | |

| Input | Active Dataset | DataSet1 |
|------------------------|--------------------------------|---|
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 10 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | All non-missing data are used. |
| | Syntax | DESCRIPTIVES القبلي VARIABLES= البعدي الحالة /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX. |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.02 |

Descriptive Statistics

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|----|---------|---------|---------|----------------|
| القبلي | 10 | 23,00 | 30,00 | 28,1000 | 2,55821 |
| البعدي | 10 | 5,00 | 18,00 | 10,5000 | 4,17000 |
| الحالة | 10 | 1,00 | 10,00 | 5,5000 | 3,02765 |
| Valid N (listwise) | 10 | | | | |

NPar Tests

Notes

| | | |
|------------------------|--------------------------------|--|
| | Output Created | 20-MAY-2025 19:38:49 |
| | Comments | |
| Input | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 10 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test. |
| | Syntax | NPAR TESTS /WILCOXON=القبلي (PAIRED) البعدي WITH |

| | | |
|-----------|--------------------------------------|--------------------|
| | | /MISSING ANALYSIS. |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.05 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.06 |
| | Number of Cases Allowed ^a | 449389 |

a. Based on availability of workspace memory.

الملحق 22

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| - البعدي القبلي | Negative Ranks | 10 ^a | 5,50 | 55,00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | ,00 | ,00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 10 | | |

a. البعدي < القبلي

b. البعدي > القبلي

c. البعدي = القبلي

الملحق 23

Test Statistics^a

| | البعدي - القبلي |
|------------------------|---------------------|
| Z | -2,812 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,005 |

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.