

دليل الممارسة للتشخيص والعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الاكتئاب الشديد

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

تأليف JEAN GOULET و LOUIS CHALOULT بمشاركة THANH-LAN NGO

ترجمة سائل حدة وحيدة

TRADUCTION SAIL HADDA OUAHIDA

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2020

Montréal, QC, Canada
2020

ISBN TDM: 978-2-924935-15-6
Dépôt légal 4e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2020
Bibliothèque et Archives Canada 2020
1re édition de la version arabe

Traduction de

GUIDE DE PRATIQUE POUR LEDIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DUTROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2018

ISBN 978-2-924935-02-6
Dépôt légal 3e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2018
Bibliothèque et Archives Canada 2018
1re édition

بخصوص دليل الممارسة هذا

يوجه دليل الممارسة هذا في المقام الأول للممارسين العياديين وهو يسعى لتوفير لهم المعلومات موجزة وعملية ومحدثة بشكل معقول تتعلق بالفهم والعلاج المعرفي السلوكي- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) لاضطراب الاكتئاب الشديد (TDM) Trouble dépressif majeur، ومع ذلك يبقى هذا الإصدار وثيقة عمل، لا تدعي أنها مكتملة ولا يمكن أن تكون موضوع للنقاش والتصحيح والتغييرات المستقبلية.

نحيل القراء إلى المؤلف لـ Chaloult وآخرون (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008) الذي يقدم عرض نظري وتطبيقي للمبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

بخصوص المؤلفين

Thanh-Lan Ngô هي طبيبة نفسية، تمارس بعيادة الأمراض الوجدانية بجناح Albert Prévost، وهو جزء من قسم الطب النفسي بمستشفى Sacré-Coeur في مونتريال، وهي أستاذة في قسم الطب النفسي بجامعة مونتريال.

Louis Chaloult هو طبيب نفسي، يمارس في مكتب خاص في عيادة متعددة الخدمات Concorde بـ لافال، وكان أستاذًا بقسم الطب النفسي في جامعة مونتريال من 1980 إلى 2010. Jean Goulet هو طبيب نفسي، يمارس بقسم الطب النفسي في مدينة الصحة في لافال وفي قسم الطب النفسي بمستشفى Sacré-Coeur في مونتريال، وهو أستاذ بقسم الطب النفسي في جامعة مونتريال.

بخصوص مترجمة هذا الدليل

سائل حدة وحيدة، مختصة في علم النفس السريري وأستاذة بقسم علم النفس بجامعة الجزائر2. ومارست كمختصة نفسانية في القطاعين العام والخاص من 1993 إلى 2009.

الفهرس

6	.....	مقدمة	القسم 1:
8	.....	تقييم اضطراب الاكتئاب الشديد	القسم 2:
8	.....	1.2 معايير تشخيص نوبة الاكتئاب الشديد وفقاً لـ (American Psychiatric Association, 2013 DSM-5)	
11	.....	2.2 أدوات التقييم لنوبة الاكتئاب الشديد	
12	.....	العلاج الدوائي لاضطراب الاكتئاب الشديد	القسم 3:
18	.....	تفسير النموذج السلوكي المعرفي للاضطراب الاكتئاب الشديد	القسم 4:
19	.....	1.4 تناول السلوكي في فهم وعلاج الاضطراب الاكتئابي الشديد	
20	.....	2.4 تناول المعرفي في فهم الاضطراب الاكتئابي الشديد	
23	.....	المراحل الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب	القسم 5:
23	.....	1.5 التقييم (انظر القسم 2)	
23	.....	2.5 معلومات للمريض: النموذج السلوكي المعرفي (انظر القسم 4)	
23	.....	3.5 تحديد أهداف واقعية وإعداد خطة علاجية	
23	.....	4.5 وصف الأدوية إذا لزم الأمر (انظر القسم 3)	
23	.....	5.5 الطريقة السلوكية	
23	.....	1.5.5 الشرح الجيد لطبيعة وهدف الطريقة السلوكية	
23	.....	2.5.5 المراقبة الذاتية	
24	.....	3.5.5 مناقشة الأنشطة الحالية والسابقة ووضع برنامج للأيام القادمة (تخطيط الأنشطة)	
25	.....	4.5.5 الزيادة التدريجية في المهام (إسناد المهام المتدرجة)	
26	.....	5.5.5 إشراك المحيط في العلاج	
26	.....	6.5 الطريقة المعرفية	
26	.....	1.6.5 إعادة البناء المعرفي السطحي (أي على مستوى الأفكار التلقائية) غير المنتظم	
29	.....	2.6.5 إعادة البناء المعرفي السطحي (أي على مستوى الأفكار التلقائية) المنتظم	
33	.....	3.6.5 إعادة البناء المعرفي على مستوى أكثر استبطاناً أو عمقا (أي على مستوى لا شعوري أكثر بكثير)	
34	.....	4.6.5 استهداف الاجترار (اختياري)	
35	.....	7.5 الإنهاء ومنع الانتكاسة	
37	.....	سير عملية العلاج	القسم 6:
54	.....	أدوات القياس وأدوات العلاج	القسم 7:
55	.....	1.7 مقياس Beck للاكتئاب	
57	.....	2.7 مقياس Beck للحصر	
60	.....	3.7 استبيان صحة المريض 9 (PHQ-9)	
62	.....	4.7 استبيان حول الاضطراب الثنائي القطب (استبيان اضطراب المزاج)	
64	.....	5.7 سجل الأنشطة اليومية	
67	.....	6.7 قائمة الأنشطة	
69	.....	7.7 جدول تسجيل الأفكار الآلية	

71	..... إعادة النظر في الأفكار السلبية
73	..... التحيز التفسيري (التشوهات المعرفية)
75	..... حل- المشكلات
78	..... توكيد الذات
81	..... ملخص العلاج
83	..... بطاقة الوقاية من الانتكاسة
86	..... العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب: دليل إعلامي للمرضى
110	..... شرح العلاج المعرفي السلوكي لعامة الناس (الكلية الملكية للأطباء النفسيين 2009)
119	..... نص أولي للمشاركين في العلاج المعرفي القائم على التأمل
124	..... العلاج النفسي التفاعلي أو البيئشخصي
129	..... المراجع

القسم 1: مقدمة Introduction

اضطراب الاكتئاب الشديد هو مرض شائع جدًا Le trouble dépressif majeur est une maladie très répandue

يختلف معدل حدوث وانتشار اضطراب الاكتئاب الشديد بشكل كبير من دراسة إلى أخرى، ولكن يتفق الجميع على أنه مرض يظهر بشكل متكرر، يبلغ معدل انتشاره مدى الحياة 12.2٪ في كندا حسب وكالة الصحة العامة (Public Health Agency, 2006) ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية OMS سيكون الاكتئاب المرض المرتبط بثاني أكبر عبء عالمي في عام 2020.

اضطراب الاكتئاب الشديد يعد من الأمراض الأكثر إيلاما Le trouble dépressif majeur se situe parmi les maladies les plus souffrantes

يشعر الشخص المصاب بالاكتئاب أنه لا يستحق، وأن من محيطه معادي أو غير قادر على مساعدته، وأنه ليس لديه وسائل أو هي قليلة للخروج من هذا المرض (ثالث بيك triade de Beck).

الاضطراب الاكتئابي الشديد هو مرض خطير Le trouble dépressif majeur est une maladie dangereuse

1. غالبا ما يكون قاتل، رسمياً يعد الانتحار مسؤول عن 2٪ من الوفيات في كيبك، وهو أيضاً السبب الثاني للوفاة بين المراهقين.
2. يسبب أو يزيد من شدة العديد من الأمراض العضوية، وبشكل خاص الأمراض النفسية الجسدية أو السيكوسوماتية.
3. يسبب أو يزيد العديد من شدة أشكال الإدمان على المخدرات، وخاصة إدمان الكحول.

لا يزال اضطراب الاكتئاب الشديد غير مفهوم جيداً من قبل عامة الناس وغالباً حتى من قبل الأطباء أو غيرهم من المهنيين في القطاع الصحي على سبيل المثال:

1. 15٪ فقط من الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من أمراض نفسية خطيرة، وخاصة الاكتئاب، يرون أن أمراضهم معروفة ويتم معالجتها بشكل مناسب.
2. 25٪ من كبار السن "تركوا مهملين" بسبب الاعتقاد أنهم مصابون بالخرف، لديهم أمراض نفسية يمكن علاجها ولكن لم يتم اكتشافها، وأبرزها الاكتئاب (الخرف الوهمي).
3. وفقاً لـ Stanley Lesse (1977) فإن 50٪ من الأشخاص الذين يستشيرون طبيهم بشكل متكرر بسبب الأمراض الجسدية ولا نجد لديهم أمراض عضوية يعانون من الاكتئاب، 65٪ من أمراض الاكتئاب المقنع لا يتم الكشف عنها قبل عامين أو أكثر من المتابعة العضوية.

اضطراب الاكتئاب الشديد يُعالج ويُشفى منه أغلبية الحالات Le trouble dépressif majeur se traite et se guérit dans la très grande majorité de cas

1. تتوفر أدوية فعالة، بما في ذلك مضادات الاكتئاب ومعدلات المزاج.
2. هناك أيضًا أشكال من العلاج النفسي نتائجها جيدة بشكل خاص العلاج النفسي المعرفي السلوكي، وفي الواقع اهتم هذا العلاج منذ ظهوره بعلاج الاكتئاب. وقد تم إثبات فعاليته في هذا المجال من خلال البحوث الوفيرة والمقنعة، دعونا نعطي بعض الأمثلة. العلاج النفسي المعرفي لوحده له نفس الفعالية أو أكثر على المدى المتوسط والطويل من مضادات الاكتئاب (Cottraux, 1990), p.198). Deux méta-analyses (Dobson, 1989), 28 études et (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990), 58 études كلها دراسات تشير إلى فعالية متساوية أو أكبر للعلاج النفسي المعرفي مقارنة بأشكال العلاج النفسي الأخرى في علاج الاكتئاب. بينما يشكّل العلاج النفسي التفاعلي أو البينشخصي thérapie interpersonnelle الوحيد موضوع بحث مكثف وله نتائج مماثلة لتلك الخاصة بالتناول المعرفي السلوكي، على سبيل المثال (Luty et al., 2007).

مراجع أخرى ضرورية (Chaloult et al., 2008; Fava, Grandi, Zielesny, Rafanelli, & Canestrari, 1996; Fontaine & Apfeldorfer, 1984; Hawton, 1989; Leahy & Holland, 2000).

القسم 2: تقييم اضطراب الاكتئاب الشديد Evaluation du trouble dépressif majeur (TDM)

ينقسم هذا القسم إلى جزأين:

1.2 معايير التشخيص لنوبة الاكتئاب الشديد وفقاً لـ DSM-5

2.2 أدوات التقييم لنوبة الاكتئاب الشديد.

1.2 معايير تشخيص نوبة الاكتئاب الشديد وفقاً لـ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5

A. تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً). (ملاحظة : يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثنان).
2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
3. فقدان بارز في الوزن بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب الوزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5 % في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً. (ملاحظة : عند الأطفال، ضع في الحسبان الإخفاق في كسب الوزن المتوقع).
4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
6. تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

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

B. تسبب الأعراض انخفاضاً سريرياً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
C. لا تُعزى أعراض النوبة لتأثيرات فسيولوجية لاستعمال مادة أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية شديدة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقدان شخص عزيز، الإهميار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب، على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، يتطلب هذا القرار حتماً الخبرة السريرية للحكم المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

D. لا يتم تفسير حدوث النوبة الاكتئابية الشديدة بشكل أفضل بالاضطراب الفصام الوجداني schizoaffective ، أو الفصام schizophrenia ، أو اضطراب الفصامي الشكل schizophreniform disorder ، أو الاضطراب التوهيمي delusional disorder ، أو غير ذلك من طيف الفصام المحدد وغير المحدد والاضطرابات الذهانية الأخرى.

E. لم يكن هناك قط نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف. ملاحظة: لا ينطبق هذا الاستثناء إذا كانت جميع النوبات الشبيهة بالهوس أو الهوس الخفيف ناتجة عن استعمال مادة أو تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لحالة طبية أخرى.

إجراءات الترميز والتسجيل

يستند الرمز التشخيصي للاضطراب الاكتئابي الشديد على ما إذا كان نوبة منفردة أو متكررة، والشدة الحالية، وجود مظاهر ذهانية، ووضعية التحسن. يشار إلى الشدة الحالية والمظاهر الذهانية فقط إذا تم حالياً استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الشديد، ولا يشار إلى محددات التحسن إلا إذا لم تستوف المعايير الكاملة حالياً لنوبة الاكتئاب الشديد، والرموز كما يلي:

نوبة متكررة*	نوبة منفردة	محدد الشدة/ السير
296.31(F33.0)	296.21(F32.0)	خفيف (p. 188)
296.32(F33.1)	296.22(F32.1)	متوسط (p. 188)
296.33(F33.2)	296.23(F32.2)	شديد (p. 188)
296.34(F33.3)	296.24(F32.3)	مع مظاهر ذهانية** (p. 186)
296.35(F33.41)	296.25(F32.4)	في تحسن جزئي (p. 188)
296.30(F33.9)	296.20(F32.9)	في تحسن كلي (p. 188)
296.30(F33.9)	296.20(F32.9)	غير محدد

*لاعتبار النوبة متكررة يجب وجود فاصل زمني على الأقل شهرين متتالين بين نوبتين منفصلتين والتي لم تستوفي فيها المعايير لنوبة اكتئاب شديد، توجد تعريفات المحددات على الصفحات المشار إليها.
**إذا تواجدت المظاهر الذهانية، ينبغي الترميز "مع مظاهر ذهانية" مهما كانت شدة النوبة.

في تسجيل اسم التشخيص، يجب أن يتم سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب اكتئابي شديد، نوبة منفردة أو متكررة، محددات الشدة/الذهان/التحسن، تليها العديد من المحددات التالية دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية.

حدد:

مع انزعاج حصري (p.184)

مع مظاهر مختلطة (pp. 184-185)

مع مظاهر سوداوية أو ملانخولية (p.185)

مع مظاهر لا نموذجية (pp. 185-186)

مع مظاهر ذهانية متوافقة مع المزاج (p.186)

مع مظاهر ذهانية غير متوافقة مع المزاج (p.186)

مع كاتاتونيا (p.186) ملاحظة للترميز : استخدام رمزاً إضافياً 293.89 (F06.1)

مع بداية ما حول الولادة (pp. 186-187)

مع النمط الفصلي (للنوبة المتكررة فقط)(pp. 186-187).

2.2 أدوات التقييم لنوبة الاكتئاب الشديد Outils d'évaluation pour un épisode dépressif majeur

في تناول المعرفي السلوكي، من الضروري سرد أعراض المريض بشكل صحيح وتقييم شدتها قبل البدء في العملية العلاجية، ثم يتم إعادة استخدام النتائج مع التقدم في العلاج (يمكن أن يُطلب من المريض ملئ مقياس الاكتئاب قبل كل جلسة) وفي نهاية العلاج لقياس فعاليته، في نوبة الاكتئاب الشديد، تُستخدم مقياس "بيك" Beck بشكل أساسي للاكتئاب والحصر، لاحظ مع ذلك أن هذه ليست مقاييس تشخيصية.

1. مقياس "بيك" Beck للاكتئاب (انظر القسم 7.1)

يسمح هذا المقياس بتحديد وقياس خطورة أعراض الاكتئاب، يتم مراجعة الأعراض الرئيسية التي تغطي المجالات الوجدانية والمعرفية والسلوكية والبيولوجية واحدة بواحدة، ولقياس شدة العرض، يُطلب من العميل الاختيار بين ثلاث أو أربع أو خمس جمل التي تمثل كل منها شدة مختلفة، ثم نضع درجة وفقاً للجملة المختارة، ونجمعها والنتيجة النهائية تعطينا فكرة أفضل عن خطورة الاكتئاب.

2. مقياس "بيك" Beck للحصر (انظر القسم 2.7)

يعتبر الاعتلال المشترك la comorbidité بين الاكتئاب واضطرابات الحصر (القلق كما نجده في المؤلفات العربية ولكن أفضل عبارة الحصر) مهما، يسمح هذا المقياس بتقييم أفضل لأعراض الحصر المصاحبة للاكتئاب.

هناك توجيهات متاحة لتفسير نتائج مقياس "بيك" Beck للاكتئاب والحصر، نذكر أن هذه النتائج تقريبية فقط ويجب تقييمها دائماً في ضوء الممارسة السريرية.

يمكن أيضاً استخدام PHQ-9 (انظر القسم 3.7) لتقييم أعراض الاكتئاب الشديد ومتابعة التطور أثناء العلاج.

غالبًا ما تكون طرق الأخرى مفيدة في تقييم الاكتئاب، مثل جمع المعلومات من أفراد المحيط أو قياس وزن المريض للتحقق من أي تغيير في الوزن، بالإضافة إلى ذلك، يجب دائماً إيلاء قدر كبير من الاهتمام لتقييم وإعادة تقييم خطر الانتحار.

القسم 3: العلاج الدوائي لاضطراب الاكتئاب الشديد Traitement pharmacologique du trouble dépressif majeur

قبل تقديم العلاج لمريض يعاني من أعراض الاكتئاب الشديد، من الأفضل استبعاد وجود حالة عضوية (أمراض جسدية، مواد ذات تأثير نفسي) التي قد تسبب هذه الأعراض، يُقترح إجراء فحص طبي قاعدي يتضمن على الأقل [TSH] l'hormone thyroïdienne و La formule sanguine [FSC] complète، وإذا التزم الأمر وصف أدوية مضادات زهان غير النموزجية، فيجب إجراء مراقبة الأيض: الوزن وقياس سكر الدم خلال الصوم، وإنزيمات الكبد وتوازن الدهون، ثم يكرر ذلك من 3 و6 أشهر و سنوياً.

وقبل وصف دواء مضاد للاكتئاب، من الضروري أيضاً التأكد من أنه ليس اضطراب ثنائي القطب، أي لم يسبق للمريض أن تعرض في الماضي لنوبة من الهوس أو الهوس الخفيف (راجع استبيان المرض ثنائي القطب) وإذا أمكن تأكيد ذلك مع أحد أفراد الأسرة، يمكن أيضاً السؤال عما إذا كان هناك تاريخ عائلي لاضطراب ثنائي القطب، في الواقع، يمكن أن يتسبب وصف دواء مضاد للاكتئاب لمريض يعاني من اضطراب ثنائي القطب في حدوث تغيير نحو الهوس ويؤدي إلى خلل كبير في استقرار الحالة المزاجية (دورات أسرع وأكثر شدة).

يمكن وصف دواء مضاد للاكتئاب في حالة الاكتئاب شديد متوسط إلى حاد، وعادة ينشط الدواء مضاد للاكتئاب النموزجي ويعطي تأثيره في فترة من 4 إلى 6 أسابيع، فإذا كان معدل الاستجابة أقل من 20٪ في 4-8 أسابيع (المتوسط 6)، ينبغي وصف دواء آخر مضاد للاكتئاب (انظر الجدول 1). وبالتالي، وفقاً لدراسة، فإن الاستجابة المرتبطة بدواء ثاني المثبط الانتقائي لإعادة امتصاص السيروتونين [ISRS] inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine يكون بـ 66٪ إذا كان تأثير الدواء الأول ضعيفاً و 48٪ إذا كان المريض مقاوماً للدواء الأول، وبشكل عام، يتراوح معدل الاستجابة بين 40٪ و 50٪ عند تغيير الدواء المضاد للاكتئاب. وإذا كان هناك استجابة جزئية، يُقترح الاستمرار في تناول نفس الدواء لمدة 4-8 أسابيع أخرى، وذلك بزيادة الجرعة كل 2-4 أسابيع إذا توقف المريض عن التحسن ويسمح التحمل بذلك. وإذا كان هناك ثبات في غضون 8-16 أسبوعاً (المتوسط 12) من العلاج

بنفس مضاد للاكتئاب بأعلى جرعة التي يتحملها المريض، ينبغي النظر في دمجها مع مضاد اكتئاب آخر (انظر الجدول 2) أو التدعيم بدواء آخر (انظر الجدول 3).

ما هو مضاد الاكتئاب الذي يمكن اختياره؟ قد تكون جميع مضادات الاكتئاب المدرجة في الجدول اختيارات أولية، باستثناء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricycliques و tétracycliques، ورباعية الحلقات، والترازودون trazodone، و مثبطات للأنزيم المؤكسد أحادي الأمين Inhibiteurs de la monoamine-oxydase [IMAO] التي لا رجعة فيها. إذا استجاب المريض أو أحد أفراد أسرته لمضاد للاكتئاب في الماضي، فيمكن إعادة وصفه، وإذا كان لدى المريض تفضيل ملحوظ لمضاد الاكتئاب فيمكن أن يؤخذ ذلك في الاعتبار، بخلاف ذلك، يمكننا الاعتماد على ملمح التأثيرات الجانبية (الجدول 4) وجوانب السلامة وتكلفته وبالتالي، إذا كان المريض يتناول أكثر من دواء واحد، فيجب اختيار دواء له تفاعلات دوائية قليلة (مثل Cipralex و Celexa و Remeron و Effexor). إذا اشتكى من زيادة الوزن، فتجنب تلك المرتبطة بزيادة الوزن (مثل Paxil، Remeron). إذا كان يعاني من شره الطعام، يجب تجنب مضادات الاكتئاب التي تضعف من عتبة التشنج لأن المريض قد يكون بالفعل معرضاً لخطر التشنج بسبب اضطرابات التحليل الكهربائي الناجم عن التقيء (على سبيل المثال: Wellbutrin). إذا اشتكى المريض من الأرق، يمكن وصف مضاد الاكتئاب المهدئ (على سبيل المثال: Paxil و Remeron). وإذا اشتكى من الحصر، يمكن تجنب وصف مضاد الاكتئاب الذي يمكن أن يزيد من مستوى الحصر (مثل: Wellbutrin) أو تقديمه في البداية جرعة صغيرة جداً (على سبيل المثال: ½ أو ¼ من أصغر جرعة فعالة) نزيد منها تدريجياً كل أسبوع حتى الوصول إلى جرعة فعالة، إذا كان يعاني من اكتئاب غير نمطي، فيمكن اعتبار مثبط الأنزيم المؤكسد أحادي الأمين والمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين، إلخ.

كما تشير بعض المعطيات إلى أن الاستجابة تكون أفضل عند علاج الأرق لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون من الأرق الشديد، فيمكن استعمال دواء منوم بشكل انتقالي، خاصة إذا لم يكن هناك تعيين مضاد مثل ماضي في الإدمان أو العجز أو الخرف أو اضطراب الشخصية (انظر دليل الأرق في هذه السلسلة لمناقشة أكثر تفصيلاً للخيارات). من ناحية أخرى، يُقترح تجنب وصف البنزوديازيبين ومشتقاته على المدى الطويل لأنها أدوية مرتبطة بخطر التبعية، وزيادة الاندفاعية، وزيادة التعب، والحصر الارتدادى، إلخ.

إلى متى يجب الاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب؟ خطر الانتكاسة عند التوقف عن تناول مضاد الاكتئاب هو 50% بعد النوبة، و70% بعد نوبة الثانية و90% بعد نوبة الثالثة، لذلك فإن العلاج الوقائي أمر بالغ الأهمية، يجب أيضًا مراعاة العوامل التالية في هذه المرحلة من العلاج: خطر الانتكاسة (يزداد إذا كان هناك اعتلال مشترك وأعراض متبقية)، وشدة النوبة (خطر الانتحار، والذهان، والخلل الوظيفي الكبير) والتأثيرات الجانبية وتفضيل المريض. بعد نوبة واحدة، يستمر وصف مضاد الاكتئاب بنفس الجرعة لمدة 4-5 أشهر بعد التحسن الكامل للأعراض. وبعد نوبتين، نستمر في وصفه لمدة عامين. وبعد 3 نوبات نستمر لمدة 5 سنوات أو مدى الحياة. عند اتخاذ قرار بسحب مضاد الاكتئاب، يجب أن يتم ذلك تدريجيًا بسبب خطر ظهور أعراض الانسحاب والخطر الكبير للانتكاسة عند التوقف المفاجئ عن تناوله. إذا تم تعزيز مضادات الاكتئاب بعامل آخر وقد أدت هذه التقوية إلى فوائد كبيرة، فيجب الحفاظ على العامل الثاني لمدة 2-6 أشهر على الأقل إن لم يكن طوال مدة العلاج.

بالإضافة إلى ذلك، يجب التأكد من أن المريض يتبنى عادات نمط حياة صحية من أجل تعزيز شفائه، لذلك يوصى بما يلي:

- التوقف عن تناول المنشطات مثل القهوة أو الشاي أو الشوكولاته أو المشروبات الغازية المحتوية على الكافيين إذا كان يعاني من الحصر أو الأرق.
- التوقف عن استهلاك الكحول لأنه من المسلم به أنه حتى استهلاك الكحول المعتدل يساهم في استمرار حالات الاكتئاب، وإذا كان غير قادر على القيام بذلك بمفرده، يمكن الاقتراح عليه الاتصال بدمني الكحول المجهولين أو مصادر إزالة تسمم المخدرات (1-800-265-2626).
- الامتناع عن تعاطي المخدرات (على سبيل المثال: متلازمة غياب الدافعية الناتجة عن استخدام الماريجوانا) وإذا كان غير قادر على القيام بذلك بمفرده، فيمكن اقتراح عليه مصادر إزالة التسمم.
- تناول الطعام بشكل مناسب (3 وجبات يوميًا) لتجنب التعب المرتبط بنقص التغذية.
- ممارسة التمارين لأن التمارين الأيروبيك (زيادة 30 نبضة في الدقيقة)، 3 مرات في الأسبوع لمدة 30-45 دقيقة يمكن أن تساعد في محاربة الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط.
- إذا كان المريض يعاني من الاكتئاب الموسمي، فقد يُقترح عليه شراء مصباح العلاج بالضوء (lux 10000) أو الخروج للمشي في الصباح الباكر.
- إذا كان يعاني من الأرق، فيمكن تشجيعه على تجنب المنشطات، وخفض درجة الحرارة في الغرفة، وممارسة الرياضة أثناء النهار، والحد من القيلولة، والاستيقاظ يوميًا في نفس الوقت، عدم

الذهاب إلى الفراش قبل الشعور بالنعاس، إذا لم يتمكن من النوم بعد 15 دقيقة، فعليه النهوض من السرير وقراءة شيء ممل حتى ينام مع تكرار هذه الطريقة إذا لزم الأمر.
الجدول 1: مضادات الاكتئاب المستخدمة بكثرة antidépresseurs fréquemment utilisés

الجرعة المرتفعة (ملغ/يوم)*	الجرعة المتوسطة (ملغ/يوم)	جرعة البداية (ملغ/يوم)	مضاد الاكتئاب غير الجينيس (التجاري)
ثلاثية الحلقات او رباعية الحلقات			
الأمينات الثلاثية			
	100-300	25 BID	Amitryptiline(Elavil)
	75-300	25 BID	Clomipramine(Anafranil)
الأمينات الثانوية			
	75-300	25 BID	Desipramine (Norpramin)
	50-150	25	Nortryptiline (Aventyl)
المثبط الانتقائي لإعادة امتصاص السيروتين ISRS			
	20-40	20	Citalopram (Celexa)
30	10-20	10	Escitalopram (Cipralext)
60-80	20-40	20	Fluoxetine (Prozac)
400	150-200	50	Fluvoxamine (Luvox)
60	20-40	20	Paroxetine (Paxil)
150-200	50-100	50	Sertraline (Zoloft)
المثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص الدوبامين-النورأدرينالين			
ISRDNa			
375-450	150-300	100 am	Bupropion SR (Wellbutrin SR)
المثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتين-النورأدرينالين			
IRSNa			
300-375	75-225	37.5	Venlafaxine SR (Effexor XR)
معدلات السيروتين			
	150-400	50	Trazodone (Désyrel)
معدلات النورأدرينالين			
60	15-45	15	Mirtazapine (Remeron)
مثبطات للأنزيم المؤكسد أحادي الأمين IMAOs			
لا رجعي - غير انتقائي			
	45-90	15 am	Phenelzine (Nardil)
	20-60	10 BID	Tranlycypromine (Parnate)
رجعي IMAO-A			
900	300-600	150 BID	Moclobemide (Manérix)
* للاستعمال بحذر			

الجدول 2: استراتيجيات التركيب stratégies d'association

التركيب	الجرعة (ملغ/يوم)	فارماكولوجيا
ISRS+bupropion	100-300	5HT+(NA+DA)
ISRS+trazodone	300-600	5HT+ (5HT, 5HT2a)
ISRS+mirtazapine	15-45	5HT+NA (α 2,5HT2a/2c, 5HT3,H1)
:*ISRS+ATC		5HT+(5HT,NA, H1, Ach...)
amitryptiline	10-25	
desipramine	25-75	
ISRS+venlafaxine		5HT+NA
ISRS+antipsychotique atypique		5HT+ (5HT2+DA)
Venlafaxine+mirtazapine		5HT+NA (α 2,5HT2a/2c, 5HT3,H1)
Venlafaxine+bupropion		5HT+NA+DA

* للاستعمال بحذر

الجدول 3: استراتيجيات التقوية stratégies de potentialisation

الدواء المعزز مع	الجرعة اليومية (ملغ إلا إذا تم تعيينه)	
Lithium (Eskalith, Duralith)		
(مستويات البلازما 1.2-0.8 mmol/l)	600-900	كل مضاد اكتئاب
(T3 (Cytomel	25-50 mcg	TCA ISRS
(Buspar) Buspirone	10-15 TID	ISRS
(Ritalin) Méthyphenidate	10-60	
(Dexedrine) Dextroamphetamine	5-20	
(Alertec) Modafinil	ad 400	ISRS IRSN
مضادات الدهون غير النمذجية		
(Zyprexa) Olanzapine	05-10	
(Quetiapine XR (Seroquel XR	150-300	
(Rispéridone (Risperdal	0.25-2	
(Abilify) Aripiprazole	02-10	
(Zeldox) Ziprasidone	40-80	
(Asenapine (Saphris	0.25	
(Tryptan) Tryptophane	1-3 g	
(Visken) Pindolol	2.5 TID	ISRS IRSN
(Lamictal) Lamotrigine	100-300	
Pramipexole	0.25-1 TID	ISRS

حسب Blier (2013)

الجدول 4: استراتيجيات لعلاج الآثار الجانبية الشائعة لمضادات الاكتئاب

التأثير الجانبي	استراتيجيات العمل	العلاج الدوائي (ملغ/يوم)
الأرق	التريث الى غاية استجابة المريض للدواء يتم وصف الدواء لاستعماله صباحا خفض الجرعة (مع خطر فقدان الفعالية) تغيير الدواء المضاد للاكتئاب	اضافة : 7.5 Zopiclone 100-50 Trazodone 50-10 Amitryptiline 3000-500 Tryptophane 1 Ativan (لكن حذاري للتبعية)
فرط النوم / التعب / اللامبالاة	التريث الى غاية استجابة المريض للدواء يتم وصف الدواء لاستعماله مساء خفض الجرعة (مع خطر فقدان الفعالية) تغيير الدواء المضاد للاكتئاب	اضافة : Bupropion 100-200 Désipramine 25-50 Buspirone 10-40
الغثيان	التريث إلى غاية استجابة المريض للدواء خفض الجرعة (مع خطر فقدان الفعالية) تغيير الدواء المضاد للاكتئاب تناول الدواء بعد الوجبات الغذائية	اضافة 25-50 dimenhydrinate خطر الغثيان : fluvoxamine>venlafaxine>sertraline>paroxétine> Fluoxétine>citalopram>mirtazapine gingembre
اختلال الوظيفة الجنسية	التريث إلى غاية استجابة المريض للدواء خفض الجرعة (مع خطر فقدان الفعالية) تغيير الدواء المضاد للاكتئاب (مثلا . bupropion, mirtazapine (moclobemide ou	في حالة انخفاض الرغبة الجنسية، إضافة : Amantadine 100-400 PRN Bupropion 100-300 Buspirone 15-60 Béthanécol 10-50 PRN Sildénafil 25-100 PRN Yohimbine 5.4-16.2PRN في حالة غياب النشوة الجنسية، إضافة : Amantadine 100-400 Bupropion 75-150 Buspirone 15-60 Mirtazapine 15-45 Sildénafil 25-100 PRN: 1er choix Yohimbine5.4-10.8
زيادة الوزن	التمرين الجسدي حمية غذائية	Bupropion 100-300 Topiramate 50-300 Axid 300 BID
متلازمة الانسحاب	إذا كانت غير خطيرة: تقديم الدعم الانخفاض التدريجي من الجرعة في الحال مضادات الاكتئاب مخاطره أعلى (مثلا، paroxétine, ATC, IMAO, venlafaxine)	علاج الأعراض (مثل مضاد القلق، مضاد القيء) في الحالات المتوسطة إلى الشديدة : • استئناف مضادات الاكتئاب • التبديل إلى عامل نصف حياته أطول (مثل Prozac) ثم التخفيض تدريجيا

القسم 4 : تفسير النموذج السلوكي المعرفي للاضطراب الاكتئاب الشديد Modèle cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur

يمكن تقديم عدة مصادر معلومات للمريض، ستجد في القسم 14.7 من هذا الدليل، دليلنا الإرشادي خاص بالمريض والذي يعتبر موجزاً نسبياً ويتبع نفس الخطوات المتوفرة هنا، كما أنه متاح في القسم العام على موقعنا: www.tccmontreal.com/section-grand-public/. المراجع الببليوغرافية التالية مخصصة أيضاً للمرضى ويمكن العثور عليها في دليلنا الخاص بهم.

- BURNS, D.D. (1985) « Être bien dans sa peau ». St-Lambert : Les Éditions Héritage inc. (Burns, 1994)
- GREENBERGER, D. et PADESKY, C.A. (1995) « Mind over mood : a cognitive therapy treatment manual for client ». Guilford Press. (2e édition anglaise attendue en 2015). (Greenberg & Padesky, 1995)
- Version française : (2005) « Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive ». Décarie Éditeurs. (Greenberg & Padesky, 2005)
- ADDIS, M.E. et MARTELL C.R. (2009) « Vaincre la dépression une étape à la fois », Les éditions de l'homme. (Addis & Martell, 2009)
- BLACKBURN, I.M. et COTRAUX, J. (1988) « Thérapie cognitive de la dépression ». Masson. (Blackburn & Cottraux, 1988)
- **Sur le net :** عبر الانترنت
 - PATERSON, R. et BILSKER, D. Université Simon Fraser, Faculté des sciences de la santé, CARMHA: « Programme d'autotraitement de la dépression: Guide du patient », www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf
 - BILSKER, D. et coll. « Antidepressant Skills at Work : Dealing with Mood Problems in the Workplace ». <http://www.bcmhas.ca/Research/default.htm>
 - MOODGYM, Programme d'autosoins cognitivo-comportemental de la "Australian National University", (anglais), www.moodgym.anu.edu.au .
 - LIVING LIFE TO THE FULL, Site britannique d'autosoins, (anglais), www.ltttf.com

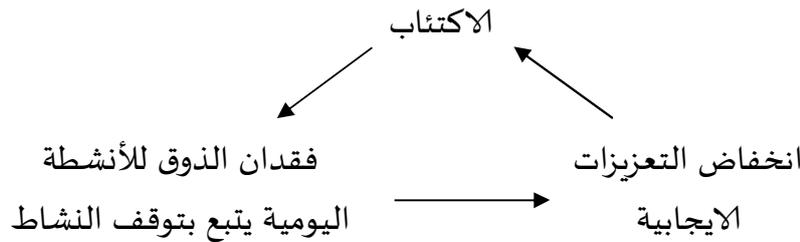
نشير إلى أن أعمال Greengerg و Padesky تركز على التناول المعرفي، بينما يركز Addis و Martell على التناول السلوكي.

ستجدون أيضًا في القسم 15.7 نصًا للترويج يشرح العلاج المعرفي السلوكي لعامة الناس والذي تم نشره عبر الإنترنت من قبل الكلية الملكية للأطباء النفسيين (Collège Royal des Psychiatres, 2009).

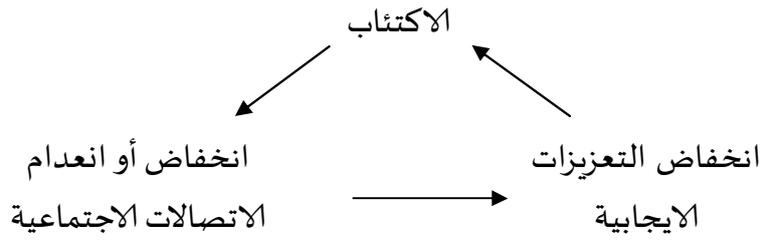
1.4 التناول السلوكي في فهم وعلاج الاضطراب الاكتئابي الشديد L'approche comportementale dans la compréhension et le traitement du trouble dépressif majeur

لفهم ما يلي بشكل أفضل، دعنا أولاً نشرح باختصار أسباب الاكتئاب الشديد وفقًا للفرضية السلوكية.

نتيجة لأسباب بيولوجية (نشاط الأيض والنواقل العصبية) أو تربوية (نظام قيم غير مناسب) أو ظرفية (الضغوطات أو غيرها)، يصاب الفرد بالاكتئاب، مما يقوده إلى إدراك الحياة بطريقة متشائمة ولا يجد متعة في ذلك. تكون هذه الحالة مصحوبة حتمًا بفقدان الذوق للأنشطة اليومية في نفس الوقت مع انطباع شخصي عن عدم القدرة على القيام بالمهام المعتادة. لذلك يؤدي هذا دائمًا تقريبًا إلى توقف نشاط ملحوظ إلى حد ما مما يقلل من الرضا والمتعة التي يستمدّها هذا الفرد عادة من الحياة. وهذا ما يسمى انخفاض التعزيزات الإيجابية، سيؤدي هذا الانخفاض بدوره إلى إبراز الاكتئاب، وبالتالي المساهمة في إنشاء الحلقة المفرغة التالية:



في نفس الوقت، يحدث أمر آخر، في البداية، يحاول الأفراد من محيط المكتئب مساعدته، ولكن كونه متشائم وغير مبالي يجعل الناس يقرون منه، والمكتئب لا يكثر بهم، وبسبب عدم الاهتمام هذا واللامبالاة، قد يصبح من حوله غاضبين ويحاولون التحكم في سلوكه لهذا نجد المكتئب قد يثور من خلال نوبات الغضب. سيؤدي هذا إلى فراغ اجتماعي بالنسبة له، وهو بدوره يؤدي إلى انخفاض في بعض التعزيزات الإيجابية، وهي المساعدة التي يقدمها المحيط والمتعة من الاتصالات الاجتماعية، بالتالي يعزز الاكتئاب ويتم إنشاء الحلقة المفرغة التالية التي تشبه الأولى:



تتفاعل هذه الحلقات مع بعضها وتجعل المرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد في حالة من الخمول واللامبالاة، لديهم علاقات اجتماعية قليلة، يمضون معظم وقتهم في النوم أو أمام التلفاز دون مشاهدته.

وعليه يهدف العلاج السلوكي إلى كسر هذه الحلقات المفرغة، يحث المكتئب على النشاط والتواصل الاجتماعي من أجل الرفع من التعزيزات الايجابية، وكلما زادت شدة الاكتئاب وتأثر السلوك، زادت أهمية هذا الجانب من العلاج.

2.4 التناول المعرفي في فهم الاضطراب الاكتئابي الشديد L'approche cognitive dans la compréhension du trouble dépressif majeur

انطلاقاً من دراسة متلازمات الاكتئاب المختلفة، طور Beck في البداية نموذج المعرفي (A. T. Beck & Rush, 1979; J. S. Beck, 2011) دعونا نلخص نظريته حول هذا باختصار شديد.

بعد التفاعل بين مختلف العوامل البيولوجية والعائلية والاجتماعية والثقافية، يطور الفرد التراكيب الذهنية عبارة عن بنى معرفية لاشعورية ومستقرة نسبياً تشكل شبكة تقييم يستخدمها الفرد في إدراك وتحليل الواقع، يمكن أن تظل هذه التراكيب الذهنية غير نشطة لبعض الوقت ثم يتم تنشيطها من خلال تجارب محددة. إذا كانت متكيفة مع الواقع، فإن وجودها يسمح للفرد بمعالجة المعلومات بسرعة في موقف معين والتفاعل بطريقة أفضل. إذا كانت خاطئة، يمكن تحلل إدراك الأحداث، بحيث يكون مشوه وإثارة ردود فعل مضطربة (مثل التعظيم). تنتج مجموعة تشوهات في التفسير، (يسمى Beck أخطاء المنطق التي تم وصفها في القسم 9.7)، تنتج لدى المكتئب حديث داخلي الذي يكون متشائماً وغير واقعي (غير مبرر بالحقائق) وآلي (يكون واعي إلى حد ما). يحتوي هذا الحديث الداخلي على ثلاث خصائص تشكل ما يسمى "الثالوث المعرفي لـ Beck" la triade cognitive .de Beck

1. للمكتئب نظرة سلبية حول الذات، يرى نفسه على أنه ناقص بشكل عام، وغير جدير، وغير ملائم ويفتقر إلى الصفات المطلوبة لتحقيق أهدافه أو التي تجعله سعيداً (عديم القيمة). مثلاً: أنا لا أستحق الكثير، أنا أكره نفسي، أنا ضعيف، عديم القيمة، أنا خاسر، فاشل، ما هو أسوأ من هذا في نفسي؟
2. للمكتئب نظرة سلبية حول المحيط يرى كل من حوله أنه لا يحبه، ولا يفهمه، ويطلب منه الكثير ولا يعطيه ما هو مستحق له. وباختصار، فإن المحيط عاجز أو عدائي (العجز). مثلاً: لا أحد يفهمني، لا أحد يستطيع مساعدتي حقاً، كيف يمكن لأحد أن يضع نفسه في مكاني وهو لم يكن مكتئباً أبداً؟
3. للمكتئب نظرة سلبية حول المستقبل لديه انطباع بأن المستقبل يخزن له فقط خيبات الأمل والفشل والرفض له، وأنه لن يخرج من هذا الوضع (اليأس) مثلاً: ليس لدي أمل، لا مستقبل، إنه لا يستحق العناء، لا يمكنني التحمل أكثر من هذا.

يمكن تلخيص الثالث المعرفي في ثلاث جمل:

- أنا لا أستحق الكثير أو لا أستحق شيئاً (على الأقل في أحد أدوار)
- المحيط من حولي معادي أو عاجز عن مساعدتي
- لن أخرج من هذه الوضعية.

يمكن أن يختلف هذا الثالث في شدته حسب متلازمة الاكتئاب المتضمنة وقد يتم التركيز بشكل أكبر على جانب أو آخر من جوانبه، ولكن في أي اكتئاب خطير، ستكون جميع الجوانب الثلاثة موجودة دائماً في وقت واحد في شكل أو آخر.

يساهم هذا الثالث المعرفي في ظهور أعراض الاكتئاب واستمرارها وتفاقمها على سبيل المثال:

- في الجانب الوجداني، كيف لا يكون حزيناً، أو متشائماً أو خجولاً، أو عدائياً، أو يحتقر الذات إذا اعتقد أنه لا يساوي الكثير وأن المحيط لا يجلب له ما يحتاج إليه.
- في الجانب السلوكي، كيف لا يكون: لا ذوق له، أو غير متحفز، أو لا مبالي إذا كان يعتقد أنه لا يوجد أمل.

➤ في الجانب البيولوجي، الخوف من المستقبل الناتج عن الانطباع بعدم القدرة على الخروج من هذا الوضع سيؤدي إلى حصر مزمن مسؤول في كثير من الأحيان عن أمراض جسدية متعددة. من ناحية أخرى، محتوى الأفكار (ما يعتقد المريض)، وكذلك شكلها (كيف يفكر) يسبب الاكتئاب. نحن نعلم الآن أن هذا الاجترار، أي الأفكار المتكررة والمستمرة وغير المنتجة حول أعراض الاكتئاب وأسبابها وعواقبها المحتملة تضخم الوجدانات والأفكار السلبية، وتزيد من إمكانية الوصول إلى الذكريات السلبية ويضعف القدرة على حل المشكلات. لذلك، على سبيل المثال، إذا كان المريض حزيناً وبدأ في اجترار عواقب التوقف عن العمل، فسوف يصبح أكثر اكتئاباً بعد فترة، هناك موضوعات متكررة: التركيز على الخسائر السابقة، وتحليل إخفاقاته، ومقارنة نفسه بالآخرين والحكم على نفسه بقسوة. يبنى الميل إلى الاجترار باحتمالية واستمرار أعراض الاكتئاب، يرتبط بزيادة مخاطر التكرار، وفي حالة الاكتئاب المتبقي (بعد التحسن من النوبة)، يمكن للمرضى اجترار 50-75٪ من الوقت لمدة 6-10 ساعات في كل مرة، والاجترار هو أكثر شيوعاً عند النساء، وهناك أيضاً تداخل بين الانشغالات (المرتبطة بالحصر) والاجترار (المرتبط بالاكتئاب).

القسم 5: المراحل الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب Principales étapes du traitement cognitif comportemental de la dépression

1.5 التقييم Evaluation (انظر القسم 2)

2.5 معلومات للمريض: النموذج السلوكي المعرفي- L'information au patient : modèle cognitivo- comportemental (انظر القسم 4)

3.5 تحديد أهداف واقعية وإعداد خطة علاجية Fixer des objectifs réalistes et préparer un plan de traitement

4.5 وصف الأدوية إذا لزم الأمر (انظر القسم 3) Prescrire des médicaments s'il y a lieu

5.5 الطريقة السلوكية La démarche comportementale

نعرض فيما يلي المراحل الرئيسية للطريقة السلوكية (التنشيط السلوكي) في علاج الاكتئاب الشديد:

1.5.5 الشرح الجيد لطبيعة وهدف الطريقة السلوكية

كلما زاد فهم المريض لطبيعة العلاج والأسباب التي تم وصفه من أجلها كلما زاد حماسه ورغبته في التعاون، يمكننا أن نبدأ في توضيح تأثير السلوكيات على الانفعالات من خلال تقديم حلقتين مفرغتين للاكتئاب.

2.5.5 المراقبة الذاتية Auto-observation

يُسلم للمريض شبكة بعنوان "سجل الأنشطة اليومية" Registre des activités quotidiennes (القسم 7.5) لبدء المراقبة الذاتية.

تتمثل الخطوة الأولى في التنشيط السلوكي في المراقبة الذاتية، بفضل سجل الأنشطة اليومية، سيكون المعالج قادرًا على تقييم السلوكيات الحالية للمريض، أي إلى أي مدى هو نشط، وماذا يفعل حينها، ومتى يفعل ذلك، وما هي درجة حزنه، وتحكمه ومتعته في هذه السلوكيات المختلفة. مجالات

النشاط الأكثر أهمية والمتعلقة بالحياة الصحية (هل يأكل الشخص جيداً، ويمارس بعض التمارين، ومتى وكيف ينام؟) والعمل (بما في ذلك التدبير المنزلي)، والحياة الأسرية، والحياة الاجتماعية والهوايات. يُطلب من المريض استكمال الجدول حتى الزيارة التالية حسب أهداف المعالج، وتقدير الأنشطة من صفر إلى عشرة إذا لزم الأمر، حسب درجة التحكم والمتعة.

منذ الزيارة الأولى يمكن نصح المريض، مع أفراد الأسرة أو الأشخاص المرافقين، بعدم البقاء غير نشيط أو إشغال وقته قدر الإمكان، من بين بعض الاقتراحات الملموسة (أعمال الصغيرة، والنزهات، والتمارين البدنية وما إلى ذلك) مفيدة، إنه تخطيط الأنشطة.

3.5.5 مناقشة الأنشطة الحالية والسابقة ووضع برنامج للأيام القادمة (تخطيط الأنشطة)

مناقشة الأنشطة الحالية

عندما يعود المريض بعد بضعة أيام، نراجع معه جدول توقيته باستخدام الشبكة التي أكملها للتو، غالباً ما يصاب المكتئبون أنفسهم بالفراغ في حياتهم الحالية الذي لاحظوه بشكل أو بآخر حتى الآن، سوف يدرك المريض في غالب الأحيان أن مزاجه يتدهور عندما يكون غير نشيط وأن الألم ينقص عندما ينشط قليلاً أو عندما يكسر عزلته قليلاً.

غالباً ما تكون هذه المراقبة الذاتية مصدراً مهماً للتحفيز.

مناقشة الأنشطة السابقة

ما هي الأنشطة التي مارسها المريض بالفعل بتحكم ومتعة في الماضي ثم تركها بسبب اللامبالاة؟ كالرياضة، والقراءة، والطبخ، والتنزه... الخ.

قد يكون من المفيد مساعدة المريض في كتابة قائمة بالأنشطة التي سبق وان استمتع بها، والتي قد لا يزال يستمتع بها أو تجعله يشعر بالرضا، فالأنشطة التي تحمل معنى بالنسبة له والتي تتلاءم جيداً مع نظام قيمه من المرجح جدا أن تحفزه (القسم 6.7).

وضع برنامج أنشطة للأيام القادمة

في ضوء المعلومات التي تم جمعها، يضع المعالج مع الشخص (المفحوص) برنامجاً من الأنشطة البسيطة والسهلة للأيام القليلة القادمة باستخدام منهجية محددة للطريقة السلوكية:

دليل الممارسة للتشخيص والعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الاكتئاب الشديد

أ.وضع أهداف محددة ومحدودة للمريض، تشجيعه على القيام بمهام صغيرة وبسيطة وسهلة يكاد يكون من المؤكد أن ينجح فيها وسيستمد منها بعض الرضا.

ب. جعل هذه المهام ملموسة وقابلة للقياس، على سبيل المثال: بدلاً من نصح المريض بممارسة الرياضة، لا أكثر، نتفق معه على المشي لمدة عشر دقائق مرتين يومياً وذلك بعد الغداء أو العشاء في مكان معين من اختياره.

وبدلاً من أن يطلب منه الاختلاط بالآخرين (الاجتماعية) يُقترح عليه زيارة صديق ما في مساء ما من الأسبوع والبقاء لمدة ساعة على الأقل.

ج. نتخذ موقف المجرب الذي يتصرف بـ "التجربة والخطأ" والذي يسعى إلى حل المشكلات (اتجاه "حل المشكلات") أحسن من أن نظهر محقين، إذا سارت الأمور على ما يرام، نواصل الانتقال من الأبسط إلى الأكثر تعقيداً، في حالة الفشل، نعيد تقييم أهداف المريض (الصعبة للغاية أو المعقدة للغاية)، وإمكانياته (ليست واقعية بما يكفي أو غير ملموسة بما يكفي) ثم نعيد تعديلها ونستمر، أمثلة: اتجاه "حل المشكلات": "تعتقد أنك لا تستطيع غسل الأطباق لكن من جهتي أنا أعتقد العكس، رأيك جيد تماماً مثل رأيي، والطريقة الوحيدة لمعرفة ذلك هي المحاولة، قم بتجربتها بكل صدق".

موقف "التجربة والخطأ": "لم تفلح عملية الأطباق؟ هل قمت بمسح ثلاث أطباق فقط؟ إنه ليس بهذا السوء بالفعل! هيا نرى ما يمكن فعله لتحقيق المزيد، من المهم المحاولة أكثر من النجاح".
د. يفضل في معظم الحالات تدوين كتابيا الواجبات المنزلية التي تم الاتفاق عليها مع المريض ومطالبته بالشيء نفسه، تضيف طريقة العمل هذه جدية أكثر على التعليلة وتسمح بمتابعة التقدم الجيد للواجبات بشكل أفضل من جلسة إلى أخرى.

4.5.5 الزيادة التدريجية في المهام (إسناد المهام المتدرجة)

إذا سارت الأمور على ما يرام، نزيد من المهام تدريجياً كل ثلاثة إلى أربعة أيام أو كل أسبوع حتى يعود المريض إلى نشاطه العادي، خلال ذلك، يمكننا أن نقترح عليه تحديد مهامه بنفسه على سبيل المثال، أن يعد كل مساء بعد العشاء جدولاً مفصلاً لأنشطة يومه لليوم التالي (تخطيط الأنشطة).

إذا كان لديه ميل للتأجيل، يمكن أن يحاول مواجهة التحديات من خلال "تقسيم" مهمة تبدوله مستحيل إنجازها إلى عدة خطوات صغيرة على سبيل المثال، قد يقرر المريض المكتئب، الذي يشعر بالإحباط، لأنه يتعين عليه إصلاح فرنه، الاتصال بأقربائه للحصول على نصائح، ثم الاتصال بعمال التصليح في اليوم التالي، ثم تحديد موعد وما إلى ذلك...

5.5.5 إشراك المحيط في العلاج

إذا كان ذلك ممكنًا، فمن المفيد غالبًا إشراك زوج أو أسرة أو أقارب الشخص المكتئب لمساعدته في اختيار المهام وخاصة لمساعدته على احترام تنفيذها، أحيانًا تمثل هذه المشاركة للأفراد من المحيط الفرق بين النجاح والفشل في العلاج.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الطريقة السلوكية في علاج الاكتئاب قد تبدو للوهلة الأولى مملة بعض الشيء، ولكن في الممارسة العملية نحصل عادةً على نتائج ملموسة وفورية ممتازة، علاوة على ذلك، هذه هي فقط إجراءات أولية صادرة من المنطق السليم ولكنها تطبق هنا بطريقة أكثر تنظيمًا ومنهجية مما تعلّمه الحكمة الشعبية.

بالإضافة إلى ذلك، نعلم أن التنشيط السلوكي هو حجر الأساس في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، عند مقارنة فعالية التنشيط السلوكي بروتوكول العلاج الذي تضمن أيضًا إعادة البناء المعرفي، كان التناولين فعالين بشكل متساوٍ على المدى القصير والمدى البعيد، كما يتم معاينة التنشيط السلوكي بشكل خاص في علاج الاكتئاب الشديد الحاد بحيث يبدو أكثر فعالية من العلاج المعرفي.

6.5 الطريقة المعرفية *La démarche cognitive*

عندما يقوم المريض بتجسيد مبادئ التنشيط السلوكي بشكل جيد، يمكن للمعالج الانتقال إلى الخطوة الموالية، وهي الطريقة المعرفية، يتمثل العلاج النفسي المعرفي للاكتئاب قبل كل شيء في تعليم المكتئب التفكير بطريقة أكثر جدية ودقيقة، وهي تتشكل من ثلاث مراحل رئيسية.

1.6.5 إعادة البناء المعرفي السطحي (أي على مستوى الأفكار الآلية) غير المنتظم *La restructuration cognitive superficielle (c.-à-d. au niveau des pensées immédiates) non systématisée*

خلال هذه المرحلة، يعمل المعالج على مستوى سطحي للغاية على الأخطاء المنطقية التي تظهر على الفور لدى مريضه والتي تقع عادةً في إطار ثالوث "بيك" Beck .

كلما كان الاكتئاب أكثر شدة، كانت الأخطاء المنطقية أكثر وفرة وغالبًا غير واقعية. يحدد المعالج تلك التي يبدو أنها تضرّ بالعمل بشكل أكبر ويتم استخدام استجاباتٍ سقراطيةً دقيقةً لتوصيله إلى التفكير بطريقة أكثر واقعية، وبالتالي أقل ضررًا بالنسبة له ولمحيطه. يتم تجميع هذه الأسئلة بشكل عام حول الموضوعات الثلاثة الأكثر شيوعًا في الطريقة المعرفية: ما هو الدليل المؤيد أو المعارض لهذه الفكرة؟ هل من الممكن رؤيتها بشكل مختلف؟ وإذا حدث ذلك، فماذا ستكون العواقب؟

(أ) ما هو الدليل على هذه الفكرة أو ضد هذه الفكرة؟

في هذه الفئة نجد الأسئلة التي تسعى للتحقق من صحة تأكيد الموضوع:

- ✓ هل هذا صحيح حقا؟
- ✓ ما الدليل الذي تعتمد عليه لقول ذلك؟
- ✓ هل أنت حقا متأكد؟
- ✓ في ماذا أنت مرغم؟
- ✓ هل حدثت الأشياء حقا هكذا؟
- ✓ هل يوجد قانون يقول ذلك؟
- ✓ ألا ترى انك تبالغ؟
- ✓ هل مصادر المعلومات الخاصة بك جيدة؟
- ✓ ألا ترى انك تستبدل الاحتمالات باليقين؟

إلخ.

تسمح هذه الفئة من الأسئلة للمعالج أولاً بالحصول على معلومات حول كيفية إدراك المريض للواقع وتشويهه، يمكنه أن يدرك بسرعة الطبيعة الدقيقة لأخطائه المنطقية وافتراضاته الخاطئة أو المعلومات الخاطئة التي يبني عليها تفكيره، انطلاقاً من هنا، ومن خلال تزويده بمعلومات أكثر دقة، أو يفضل الاستمرار في استجابته، يمكن أن يوصله إلى إدراك أخطائه واستبدال تفسيراته الخاطئة بأخرى أكثر انسجاماً مع الواقع.

مثال: هل صحيح أنك فرد بائس لأنك فقدت وظيفتك؟ ما الذي تركز عليه لتقول ذلك؟ هل كل الناس الذين يفقدون وظائفهم هم عاجزين؟ هل يصح القول أن كل من حولك سيحكم عليك بشدة؟
إلخ...

- (ب) هل سيكون من الممكن رؤيته بشكل مختلف؟
- ✓ هل يمكن أن يكون هناك تفسيرات أخرى؟
- ✓ ماذا سيفعل شخص آخر مكانك؟
- ✓ هل يمكن تخيل حلول أخرى؟

- ✓ ما تقوله هو افتراض صحيح، هل توجد افتراضات أخرى؟
 - ✓ ضع نفسك في مكان رئيسك في العمل، كيف هي وجهة نظره؟
- إلخ...

عندما يشعر الناس بالحصر والاكْتئاب، غالبًا ما يكون لديهم منظور ضيق جدًا ومحدود جدًا للواقع "يقارن أكثر برؤية دودة الأرض بدلاً من رؤية طائر"، على حد قول Emery (1985, p. 206) وبالتالي فإن الغرض من هذه الفئة من الأسئلة هو مساعدتهم على تعديل وجهات نظرهم حتى يتمكنوا من الاقتراب من زوايا مختلفة مما يعتبرونه حالات ميؤوس منها أو مشاكل غير قابلة للحل.

مثال: ما الذي تركزين عليه لتقول أنه لا يمكنك أن تتخذي التدابير بمفردك بعد وفاة زوجك؟ خلال فترة مرضه الطويلة، ألم تنجحي في إدارة المنزل والميزانية وزيارته بانتظام؟ صحيح أن وفاته خسارة كبيرة بالنسبة لك، ولكن الآن دعنا نرى ما تبقى لديك: ثلاثة أطفال يحبونك ويكرسون أنفسهم لأجلك، والعديد من أفراد الأسرة الآخرين والعديد من الأصدقاء. هل أنت وحيدة حقًا في العالم؟

- (ج) وإذا حدث ذلك، فماذا ستكون العواقب؟
- ✓ هيا نضع الأمور في أسوأ حال، ماذا سيحدث؟
- ✓ لنفترض أنك أخطأت، هل هذا فظيع؟
- ✓ هل يمكنك رغم ذلك أن تستمر سعيدا؟
- ✓ هل سيكون مستقبلك في الخطر إلى الأبد؟
- ✓ لنفترض أن هذا فشل هل سيكون لهذا الوضع عيوبًا فقط؟
- ✓ هل توجد طريقة لتتكيف مع هذا الوضع؟
- ✓ كيف يمكنك المواجهة؟

إلخ...

الغرض من هذه المجموعة من الأسئلة هو التقليل من تضخيم الوضع أو صعوبة ما أو كارثة مزعومة، من خلال إثبات أن عواقبها ليست رهيبية للغاية كما تبدو للوهلة الأولى.*

مثال: ماذا سيحدث إذا تركتك زوجتك كما يبدو أنك تخشى كثيرًا؟ هل سيكون الأمر فظيلاً جدًا؟ هل سيكون مستقبلك في خطر إلى الأبد؟ ألا يمكن أن تكون سعيدا على أي حال؟ بالطبع سيكون هناك عواقب سيئة، ولكن هل هذا الوضع له عواقب سيئة فقط؟ دعنا نفحص هذا الاحتمال معًا.

تعتبر هذه الخطوة الأولى في العلاج المعرفي للاكتئاب غير بعيدة جدًا عن العلاج النفسي المساند، لكن المعالج الذي يستخدم هذا النوع من الأسئلة يكون بالفعل أكثر فاعلية من المعالج الذي يستمع فقط ويقدم بعض النصائح، حتى لو ظل سطحيًا، فهو تناول يجبر المكتئب على التفكير وإعادة النظر في الأفكار غير الواقعية التي تضر به، من ناحية أخرى فهو لا يتطلب الكثير من الجهد إذا كان الفرد مريضًا جدًا أو أقل تحفيزًا، إنه يفسح المجال جيدًا للتدخلات القصيرة جدًا ولا تتطلب تدريبًا مكثفًا للغاية من جانب المعالج.

2.6.5 إعادة البناء المعرفي السطحي (أي على مستوى الأفكار الآلية) المنتظم

تحدث هذه المرحلة بشكل خاص عندما لا يكون الاكتئاب شديدًا أو لم يعد شديدًا ويكون المريض قادرًا على التركيز والتفكير بشكل صحيح، والحد الأدنى من التحفيز هو ضروري أيضًا، من ناحية أخرى، يحتاج المعالج إلى تدريب أكثر بقليل مما يكون عليه في المرحلة الأولى، إذا كان لدى المريض الموارد اللازمة مقدمًا، فيمكن تفادي الخطوة السابقة.

هنا لا يزال التدخل على مستوى سطحي، لكنه مستوحى أكثر من النموذج المعرفي التقليدي لـ "بيك" Beck يتمثل هذا الأخير، كما رأينا، في الربط بين الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات، وفي إدراك الأفكار عند ظهور الانفعالات المختلفة، والتشكيك في صحتها وأخيرًا في استبدال المزيد من أفكار غير واقعية بالتفسيرات أكثر واقعية.

إن هذا التغيير للأفكار غير الواقعية بأفكار أكثر واقعية هو ما يسمى "إعادة البناء المعرفي" فهي العملية المركزية وفي نفس الوقت الهدف الرئيسي للعلاج النفسي المعرفي، ويمكن القيام بذلك بشتى الطرق، ولكن الطريقة الأكثر شيوعًا هي "جدول تسجيل الأفكار الآلية". إنه أداة عمل بسيطة وعملية وفعالة.

اقترح Albert Ellis رائد العلاج المعرفي السلوكي في بداية سنوات 1960 "جدول تسجيل الأفكار المختلفة" وهو يعادل جدول تسجيل الأفكار الآلية.

ترتكز نظريته على الحدث- المعتقد- الانفعال، كان يقترح لمرضاه إتباع خمسة مراحل حين يظهر انفعال مضطرب وهي عبارة عن أحرف أبجدية الأولى A - B - C - D - E بحيث يشير A الى المرحلة الأولى وال B الى المرحلة الثانية وهكذا...

1. ما هو الحدث، الوضعية التي ينتج عنها الانفعال؟ أسماها Ellis الحدث المنشط «Activating event (A)».
2. ما هي الأفكار التي تظهر مباشرة تتبع الحدث، أسماها Ellis "المعتقدات" (B) «Beliefs» وأسماها Beck "أفكار تلقائية أو آلية" «pensées immédiates ou pensées automatiques».
3. ما هو الانفعال الناتج عن الأفكار الآلية، مرحلة أسماها Ellis النتيجة. (C) «Consequence».
4. هل هذه الأفكار الآلية هي صحيحة؟ إذا كانت غير صحيحة فبأي أفكار دقيقة أخرى يمكن تعويضها؟ من هذا التغيير ينتج إعادة البناء المعرفي. أسماها Ellis النقد (D) «Disputing».
5. الانفعال المضطرب في C هل هو نفسه أم انخفض؟ كلما انخفض كلما كانت إعادة البناء المعرفي فعالة، هذه هي مرحلة التقييم أسماها Ellis (E) «l'Évaluation».

عمل Beck بجدول Ellis مع تغيير طفيف أحدثه بحيث قام بعكس مرحلة (B) و (C) لأنه لدى أغلبية الناس يرتبط الانفعال مباشرة بالحدث أو الوضعية، وأيضًا لأنه في العلاج النفسي يكون من العملي مقارنة الأفكار الآلية (التلقائية) والأفكار الواقعية عندما تكون قريبة من بعضها البعض، يطلب Beck أيضًا من المريض تقييم الانفعال قبل وبعد إعادة البناء على مقياس من صفر إلى مائة، ويقترح فعل الشيء نفسه بالنسبة لدرجة الاعتقاد بالفكرة الآلية ثم في الفكرة الواقعية، وحسب النسبة المئوية للفرق في كل مرحلة من هذه المراحل، يمكن أن نلتزم فعالية إعادة البناء.

نقدم لكم جدول تسجيل الأفكار الآلية لـ Padesky (كما هو موضح في كتابه "الاكتئاب والحصص: فهمه والتغلب عليه من خلال التناول المعرفي) (Greenberg & Padesky, 2005) (القسم 7.7) لأنه يسمح للمريض الإشارة إلى الأحداث التي تدعم وتناقض أفكاره الآلية، بالتالي يسمح هذا له بتوضيح الطريقة التي قادته إلى إيجاد فكرة بديلة بناءة أكثر.

إليك الآن كيف يمكننا استخدام هذا الجدول بشكل ملموس في النهج المعرفي.

(أ) في البداية يتعلم العميل الربط بين الحدث والمعتقد والانفعال ونقترح عليه قراءة حول الموضوع إذا لم يفعله بعد، ليستوعب هذه العلاقة نعتمد على أمثلة واقعية مستنبطة من الانفعالات المختلفة التي عاشها مؤخرًا.

(ب) وبعد التأكد من استيعاب الفرد على المستوى النظري، نمر إلى التطبيق ونطلب منه ملئ جدول الأفكار الآلية حسب Beck الأعمدة الثلاثة الأولى في واجب منزلي، نقترح عليه تسجيل الأفكار الآلية مباشرة بعد ظهور الانفعال، بهذه الطريقة يكون تحديدها سهل، وإذا لم تسمح الظروف، ننصحه القيام بذلك مباشرة عندما يجد وقت مناسب خلال النهار أو في المساء.

(ج) ثم يُطلب من المريض إحضار، في مقابلة، المواد التي تم جمعها بهذه الطريقة ويتم النظر فيها مرة أخرى معه، ننتهز الفرصة للتصحيح والإيضاح وإعادة الشرح حسب الحاجة. يمكن توضيح أنه في البداية، يمكن أن تتضخم الانفعالات (بما أننا نلاحظ الأفكار والانفعالات بدلاً من تجنبها) ولكن سنعلم بعد ذلك كيفية إعادة تقييم الأفكار حتى نتمكن من تعديل الانفعال. في هذه الأثناء، قد يتشتت انتباه المريض عندما يلاحظ أن الانفعالات مؤلمة للغاية (مثل التركيز على ما يحيط به، وما إلى ذلك).

(د) عندما يكون المريض قادرًا أخيرًا على التعرف بوضوح على انفعالاته المختلفة، إذا لم يعد ينسبها إلى الأحداث ولكن إلى أفكاره وإذا كان بإمكانه تحديد الأفكار المقابلة لكل منها دون صعوبة كبيرة، فهو بذلك يكون جاهزًا لإعادة البناء المعرفي على هذا النحو.

(هـ) يمكن للمعالج بعد ذلك المضي قدمًا على النحو التالي: أولاً، يبدأ بتحديد جميع الانفعالات المختلفة الناتجة عن موقف معين وكذلك الأفكار التي تثيرها بوضوح. ومن المهم تجنب تناول عائلتين من الانفعالات في وقت واحد (أي الغضب والحزن والحصر والشعور بالذنب والعار) إذا كنا لا نريد أن نضيع على طول الطريق. يطلب من المريض أن يبين الحقائق التي تدفعه لرؤية الأمور على هذا النحو، ثم يقوم بتعليم المريض كيفية التشكيك في صحة الأفكار غير الواقعية التي هي أساس كل انفعال مختل، بدءًا من تلك التي تؤثر عليه أكثر ("الفكرة الساخنة" أو la « hot thought » ou la pensée chaude) ويتم إعادة البناء بنفس الطريقة كما في الخطوة السابقة. سيقوم المعالج بتعليم المريض طرق القيام بالأشياء ومرافقته في هذا التعلم (انظر القسم 8.7). يستخدم الاستجواب السقراطي وجمع الأسئلة حول المواضيع الثلاثة العامة المألوفة في العلاج النفسي المعرفي: ما هو الدليل المؤيد أو المعارض لهذه الفكرة؟ هل من الممكن رؤيته بشكل مختلف؟ وإذا حدث ذلك، فماذا ستكون العواقب؟ كلما

كان ذلك ممكناً، يستمر الاستجواب السقراطي أو المناقشة ما دام المريض لم يغير ولو جزئياً اعتقاده الخاطئ.

(و) عند اكتمال إعادة البناء المعرفي، يتم تسجيل الأفكار الأكثر واقعية في العمود المعنون "التفكير البديل" « pensée alternative » وفي العمود الأخير يتم إعادة تقييم شدة الانفعال والأفكار المختلة عن طريق التقييم مرة أخرى برقم يتراوح من 0 إلى 100، كلما انخفضت الشدة كلما زادت فعالية إعادة البناء المعرفي.

(ز) يتبع المريض بين الجلسات طريقة مماثلة، يسجل أفكاره كتابياً عندما يظهر انفعال مختل وعندما يكون لديه وقت فراغ يعيد بناءها على أحسن طريقة يعرفها باستخدام نفس الجدول، يقوم بإحضار تسجيلاته إلى المعالج في اللقاء التالي ويستخدمها بمساعدة هذا الأخير لتصحيح أو تحسين إعادة البناء المعرفي إذا لزم الأمر.

(ح) في خطوة أخيرة، تُستخدم معتقدات المريض الجديدة لتعديل سلوكه في الحياة اليومية، هنا بشكل عام يتم استخدام الطريقة والتقنيات السلوكية (التجارب السلوكية) ويمكن أن تسمى هذه الخطوة الأساسية "المرور للعمل" « passage à l'action » أو "اختبار الواقع" « épreuve de la réalité ». تجعل من الممكن التحقق من صحة فرضيات العمل الجديدة، مثال: "لقد رأينا أنك لست معدمة كما كنت تعتقدين بعد وفاة زوجك وأن الكثير من الناس يحيطون بك ويهتمون بك، ما رأيك الآن في محاولة تنظيم حياتك اليومية أكثر؟ ما هو النشاط الذي تودين أن تبدئي به؟ هل توافقين على طلب المساعدة من حولك؟" راجع جدول "إعادة النظر في الأفكار السلبية" « Remettre en question les pensées négatives » (ص. 60).

حتى لو كانت تقع على مستوى سطحي، فإن هذه المرحلة الثانية لها عدة مزايا، عندما تكون إعادة البناء أكثر تنظيم وإذا تم إجراؤها كتابياً، فإنها تصبح أكثر فاعلية، وعندما يتم إجراؤها بشكل جيد، عادة ما يحصل المريض على الراحة بسرعة. من خلال فهم أفضل لأصل انفعالاته المختلة، يدرك أن لديه القدرة على التخفيف من حدتها، وبالتالي تقليل أعراضه ومعاناته، مما يشجعه ويدفعه إلى الاستمرار. وبالتالي، فإنه يطور تدريجياً أداة مفيدة له في الوقت الحاضر ولكن يمكن أيضاً أن يستخدمها لمنع أو علاج الانتكاسات في المستقبل.

3.6.5 إعادة البناء المعرفي على مستوى أكثر استبطانًا أو عمقا (أي على مستوى لا شعوري أكثر بكثير)

على الرغم من أنها قد تبدأ في وقت مبكر قليلا، إلا أنه يتعين إجراء هذه المرحلة الثالثة خاصةً عندما تحفّ متلازمة الاكتئاب مرة أخرى إلى درجة أن تصبح خفيفة أو في تحسن تام، هدفها هو قبل كل شيء وقائي، أي تجنب الانتكاسات عن طريق تعديل المعتقدات الرئيسية المختلفة الاكتئابية لدى المريض، يتم تعيينها إلا إذا كان هذا الأخير متحمسًا ولديه الموارد الضرورية لعلاج استبطاني حقيقي.

تتمثل إحدى طرق القيام بذلك في استخدام النموذج المعرفي لـ Beck، في البداية، يستخدم المعالج جدول تسجيل الأفكار الآلية بنفس الطريقة التي وصفناها للتو في المرحلة الثانية. عندما يتعود المريض على هذه الطريقة ويتمكن من إعادة بناء الأخطاء المنطقية الواردة في حديثه الداخلي بسهولة تامة، يقوم المعالج بتحديد الحقائق والتفسيرات والفرضيات والمعتقدات الواردة في هذا الحديث نفسه والتي يصفها المريض على أنها خطيرة أو غير مقبولة، ودون السعي للتحكم فيها فورًا، يسأل المعالج أسئلة تهدف إلى تحديد المعتقدات المسؤولة عن التضخيم وعدم التقبل. " لنفرض بأن هذا صحيح، ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟ "لماذا هو خطير جدا، رهيب وغير مقبول؟" في البداية، غالبًا ما نحدد المعتقدات الوسيطة (قواعد الحياة الناتجة عن المعتقدات الأساسية): القواعد أو المتطلبات والافتراضات والاتجاهات. إذا واصلنا بنفس الاستجاب، نتوصل إلى تحديد واحد أو أكثر من المعتقدات الأساسية (المعتقدات المطلقة عن الذات والآخرين والعالم والتي تنتج عن التفاعل بين بيولوجيا الفرد وتجارب حياته) التي تعزز الاكتئاب لدى هذا الشخص.

مثال: يعاني شخص من اكتئاب شديد بعد فقدانه لوظيفته، تتحسن حالته وهو متحفز، فيتبع المعالج طريقة استبطانية، "لماذا من الخطير للغاية أن تفقد وظيفتك؟" "لأنني أبدو فاشلاً في نظر الجميع". (الافتراض: "الشخص الذي يفقد وظيفته يعتبر فاشلاً من قبل محيطه") "لماذا الأمر فظيلاً جدًا أن يبدو المرء فاشلاً في نظر الآخرين؟" "لأن هذا يعني أنني فاشل إذا اعتقد الجميع ذلك" (الاعتقاد الأساسي: تعتمد قيمتي كإنسان على ما يعتقدونه الآخرون عني).

الجواب على السؤال: "لماذا من الخطير للغاية أن تفقد وظيفتك؟" كان ممكن أن يتخذ اتجاهات مختلفة. " إنه أمر خطير لأنني لا أستطيع تحمل الفشل". الكمالية والمطالب العالية، "إنه أمر خطير لأنني

لا أستطيع الاستسلام لأخذ الخطوات للعثور على عمل آخر". مستوى منخفض لتحمل المعارضات والجهد إلخ.

كما نرى، يسمح هذا النوع من الاستجابات بتحديد المعتقدات الأساسية للشخص، إذا استمرنا بنفس الطريقة مع العديد من المواقف المختلفة، فسينتهي بنا الأمر إلى معرفة، في نفس الوقت مع المريض، جميع معتقداته الأساسية أو ما يمكن أن نطلق عليه نظام قيمه. وانطلاقاً من هنا، يتم مساعدته على تغيير المعتقدات غير الواقعية أكثر والتي تضرّ به، وخاصة تلك التي سببت الاكتئاب، وبهذه الطريقة نحد من احتمالات الانتكاسة في المستقبل.

هذه نظرة عامة موجزة للغاية لمساعدتنا على فهم نوعاً ما العلاج النفسي المعرفي الاستبطاني، في الواقع السريري، تعتبر هذه العملية أكثر تعقيداً وتعتمد فعاليتها إلى حد كبير على مستوى مهارة وخبرة المعالج، وهي تتطلب وقتاً طويلاً إلى حد ما خاصةً إذا وجدنا لدى المريض سمات الشخصية المرضية في المحور الثاني II axe'.

في الختام، إليك بعض المعتقدات المسببة للاكتئاب وفقاً لـ Beck:

- ✓ في الحياة، أنا شخص أدنى من الآخرين، لذلك، يتعين عليّ أن أعوض عن دونيتي بطريقة أو بأخرى.
 - ✓ لكي أكون سعيداً، يجب أن أكون محبوباً دائماً وأنجح في كل ما أفعله.
 - ✓ تعتمد قيمتي كإنسان على ما يعتقدده الآخرون عني.
 - ✓ إذا ارتكبت خطأً، فهذا يعني أنني غبي.
 - ✓ إذا اختلف أحد معي، فهذا يعني أنه لا يحبني.
- إلخ.

4.6.5 استهداف الاجترار (اختياري)

عندما يكون المريض في حالة تحسن، يمكننا أيضاً اختيار تعليمه تقنيات التأمل لتقليل ميله إلى اجترار الأفكار وبالتالي تقليل خطر الانتكاسة.

في التناولات المعرفية- السلوكية القائمة على المبادئ الأساسية للتأمل، مثل العلاج المعرفي المؤسس على التأمل (Z. V. Segal, Williams, & Teasdale, 2013) la méditation الجدي la أو علاج التقبل والالتزام (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011) la thérapie de l'acceptation et l'engagement نحن نهدف

إلى ملاحظة الأفكار دون محاولة تعديلها حتى لو كانت متحيزة ومختلة. يتم توجيه الفرد إلى ملاحظة أنه إذا تجنب الانغماس في دوامة الأفكار (أي الاجترار أو الانشغال) فإن الأفكار ستتحول في النهاية وأن موقفه تجاه الأفكار سيتغير أيضاً (على سبيل المثال، عبر ظاهرة أخذ المسافة (distanciation)). بعد ذلك سيكون قادراً على التصرف بمهارة وفقاً لقيمه، يتم استخدام هذه الأساليب التكاملية والمقتصدة أيضاً في علاج الاكتئاب المتكرر (Z.V. Segal, Williams, Teasdale, & Kabat-Zinn, 2012) واضطراب الشخصية الحدية (M. Linehan, 2000) والذهان (Bach, 2002). تعد هذه العلاجات جزءاً من الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي (تتمثل الموجة الأولى هي العلاج السلوكي وتتمثل الموجة الثانية في العلاجات المعرفية السلوكية التقليدية التي تهدف إلى تقييم وتعديل الأفكار إذا كانت مختلة).

يمكن للمعالج استخدام البروتوكول الذي تم وصفه في كتاب Segal وWilliams وTeasdale (Z.V. Segal et al., 2012) والاقترح للمريض قراءة " التأمل للتوقف عن الاكتئاب " (Williams, 2009). من بين أمور أخرى، يمكن تعليم المريض تصوير الجسم le scan corporel (يركز المريض على الأحاسيس الموجودة في كل جزء من الجسم على التوالي)، والتأمل المركز حول التنفس (يركز المريض على كل شهيق وعلى كل زفير، ويعود إليه في كل مرة كان مدفوعاً بتيار الأفكار) وتمارين هاثا يوغا hatha yoga (التركيز على كل حركة وكل وضعية) والمشى التأملي (مع التركيز على كل خطوة)، نظراً لأن مصادر الانتباه محدودة، فإن المريض الذي يركز على هذه العناصر المختلفة يكون أقل قدرة على تكريس الطاقة للاجترار الذي يعزز ظهور الاكتئاب والإبقاء عليه.

7.5 الإنهاء والوقاية من الانتكاسة Terminaison et prévention des rechutes

يمكن أن تساعد عدة إجراءات بسيطة في الحفاظ على المكاسب لمدة طويلة.

1. يمكن إجراء مقابلات التثبيت (جلسات التعزيز)

مقابلة تثبيت واحدة أو اثنتين، بعد ثلاثة أو ستة أو 12 شهراً من نهاية العلاج، تساعد المريض في الحفاظ على عادات جيدة.

2. تلخيص العلاج (القسم 12.7)

يمكن دعوة المريض لتلخيص ما كان أكثر فائدة له في العلاج، ويمكن له الرجوع إلى هذا الملخص لاحقاً إذا واجه صعوبات.

3. بطاقة علاجية (بطاقة التعامل coping card) للوقاية من الانتكاسة (القسم 13.7)
يمكن للمريض أيضا تحضير بطاقة علاجية صغيرة بعنوان: "في حالة الانتكاسة" «En cas de rechute» ويمكن فصل هذه الورقة إلى قسمين، يتضمن الجزء الأول قائمة بالأعراض التي قد تشير إلى خطر الانتكاسة، ويدرج الجزء الثاني التدابير الرئيسية التي يجب وضعها والعثرات التي يجب تجنبها في حالة الانتكاسة.

القسم 6: سير عملية العلاج Déroutement du traitement

يختلف سير العلاج من مريض لآخر، يتم تقديم الخطة التالية للتوضيح فقط.

يمكن أن يكون الاكتئاب الشديد بمستويات، حاد أو متوسط أو خفيف. Une dépression majeure peut être d'intensité sévère, modérée ou légère.

أ. إذا كانت الشدة حادة *intensité sévère*، فعادةً يتضمن العلاج أربعة جوانب رئيسية:

1. وصف دواء مضاد للاكتئاب أو مهدئ أو مضاد للذهان حسب الحاجة.
2. اتخاذ تدابير استعجاليه إذا لزم الأمر.
3. العلاج النفسي السلوكي: يتعلق الأمر قبل كل شيء بإبقاء المريض مشغولاً وتشجيعه على التواصل الاجتماعي.
4. العلاج النفسي المعرفي: يقتصر المعالج هنا بشكل عام على علاج نفسي معرفي سطحي غير منتظم يركز على الأعراض الناتجة عن ثالوث Beck.

قد تتراوح الشدة من متوسطة إلى خفيفة *de modérée à légère* *intensité* بعد تحسن الاكتئاب الشديد الحاد أو فور بدء العلاج.

ب. تتراوح شدته من متوسطة إلى خفيفة بعد التحسن في الاكتئاب الشديد الحاد ، هنا، يشمل العلاج عادةً ثلاثة جوانب رئيسية:

1. متابعة العلاج الدوائي قصير ومتوسط وطويل المدى.
2. استمرار العلاج النفسي السلوكي حتى يستعيد المريض الوتيرة الطبيعية للأنشطة.
3. الاستمرار في العلاج النفسي المعرفي الذي يمكن أن يتطور من مستوى سطحي غير المنتظم إلى مستوى استبطاني (عميق). يختلف هذا التطور حسب احتياجات وموارد ودافعية المريض أو حسب معارف المعالج واستعداده وتيسره.

ح. تتراوح شدته في بدايته من متوسطة إلى خفيفة، يتضمن العلاج هنا أيضًا على ثلاثة جوانب رئيسية:

1. وصف الدواء حسب الحاجة
2. العلاج النفسي السلوكي، إذا كان الفرد غير نشط ويعزل نفسه، فسيهدف العلاج النفسي السلوكي هنا أيضًا إلى تشجيعه على البقاء مشغولاً وتشجيعه على التواصل الاجتماعي، وسيستمر حتى يعود المريض إلى وتيرة النشاط الطبيعي، عادة ما يكون هذا العلاج أقل ضرورة وتكون مدته أقصر عندما يكون الاكتئاب متوسطاً أو خفيفاً منذ البداية.
3. العلاج النفسي المعرفي، يبدأ هذا عادةً على مستوى سطحي ويصبح أكثر فأكثر استبطاناً وعمقا وفقاً لاحتياجات وحدود الفرد أو تلك الخاصة بالمعالج.

دعونا الآن نلقي نظرة على مراحل العلاج المختلفة لهذه الأنواع الثلاثة من الاكتئاب الشديد.

أ) خطوات علاج الاكتئاب الشديد الحاد

المقابلة الأولى (1)

1. التاريخ المعتاد للحالة (بما في ذلك خطر الانتحار، قائمة المشاكل وأهداف العلاج كما حددها المريض)
2. استبعاد الأمراض العضوية
3. إجراء التشخيص
4. شرح التشخيص
5. مقابلة الزوج والعائلة أو الأصدقاء إذا كانوا متفرغين وتؤكد من تعاونهم قدر الإمكان
6. تقييم أهداف وتوقعات المريض والأسرة
7. وضع الخطوط العريضة لخطة العلاج، وتحقيق التوازن بين أهداف المريض والأسرة وأهداف المعالج ووصف النموذج المعرفي السلوكي.
8. وصف الدواء المعين المناسب
9. اتخاذ الإجراءات الطارئة اللازمة:
 - الاستشفاء
 - مناوأة وقائية
 - عطلة العمل
 - منع اتخاذ القرار المفاجئ كثيرا، المستنبت من المرض مثل: انفصال الزوج، بيع تجاري أو منزل، إلخ.
 - إلخ.
10. ملئ مقاييس Beck للاكتئاب والحصر مع المريض
11. واجبات منزلية:
 - عرض الحلقات المفرغة للاكتئاب
 - تقديم نسخة من سجل النشاط اليومي للمريض والطلب منه إستكمالها بانتظام إلى غاية المقابلة التالية.

➤ نصحه بألا يبقى خاملًا للغاية وأن يتواصل اجتماعيًا قدر الإمكان، مراقبة نمط الحياة الصحي وخاصة النظام الغذائي والنوم، يجب تقديم هذه التوصيات أمام أفراد الأسرة الذين يتولون دور المراقبة والدعم.

➤ تقديم للمريض نسخة من مقياس Beck للاكتئاب والطلب منه ملؤه قبل الزيارة التالية بوقت قصير، الاستمرار في القيام بذلك في كل مقابلة لمراقبة التغيرات في الأعراض حتى تتحسن حالة المريض بشكل ملحوظ.

➤ تقديم للمريض وثيقة تشرح طبيعة العلاج المعرفي السلوكي.

12. في حالة الاكتئاب الشديد المرتفع، من الأفضل عادة مقابلة المريض أكثر من مرة في الأسبوع حتى يعطي العلاج تأثيره قدر الإمكان.

المقابلة الثانية (2)

1. المتابعة

المتابعة هنا تعني، كما في المقابلات التي ستتع، التعرف على تطور الوضع بشكل عام وعلى الأعراض بشكل خاص، مراجعة بعناية مقياس Beck استكماله قبل المقابلة، ضمان متابعة العلاج الدوائي، واستكمال نماذج التأمين أو المستندات الأخرى حسب الحاجة ومن الأفضل في بداية المقابلة.
2. مراجعة مع المريض سجل الأنشطة اليومية المكتمل خلال الأيام الماضية، تسجيل الأنشطة الممتعة والمجزية، الربط بين الأنشطة والحالة المزاجية، استجواب المريض عن أنشطته المفضلة وجدوله الزمني قبل بداية المرض، استخدام هذه المعلومات لبدء العلاج السلوكي للاكتئاب بطريقة منتظمة.
 - أ) اشرح بوضوح طبيعة العلاج والغرض منه: البقاء منشغلاً ومتواصل اجتماعياً قدر الإمكان للعودة إلى جدول زمني مشابه لما كان موجوداً قبل ظهور المرض.
 - ب) وضع برنامج للأيام القادمة (تخطيط الأنشطة).
 - ج) زيادة المهام تدريجياً (إسناد المهام المتدرجة)، يمكننا استهداف المهام التي يتجنبها المريض لأنها تبدو مستعصية (التأجيل).
 - د) أشرك المحيط في العلاج
 - هـ) الاستمرار في استخدام سجل الأنشطة اليومية للتحقق من فعالية وتقديم العلاج السلوكي.
 - ز) الاستمرار بهذه الطريقة حتى يعود المريض إلى جدول زمني مشابه للجدول الذي كان موجوداً قبل ظهور المرض.
3. بدء إعادة البناء المعرفي على مستوى سطحي غير منتظم، استهداف بشكل خاص الأفكار والانفعالات التي تقع ضمن ثالوث Beck :
 - أنا لا أستحق الكثير أو لا أستحق شيئاً
 - المحيط عاجز أو عدائي
 - لن أتخلص من هذه الوضعية.

نستهدف بشكل أساسي تلك التي تولد اليأس والتي تمنع المريض من التنشيط، يتم تشجيع المريض على الربط بين الأفكار والانفعالات.

4. الواجبات المنزلية:

(أ) أداء المهام التي تم الاتفاق عليه في إطار العلاج السلوكي، استكمال بانتظام سجل الأنشطة اليومية.

(ب) البدء بالتشكيك في صحة الأفكار المختلفة التي تقع ضمن ثلوث Beck ، القيام بذلك كتابيا إن أمكن.

(ج) استكمال مقياس Beck للاكتئاب.

المقابلة الثالثة (3) والمقابلات الموالية

حتى لو أن هذا ليس هو الحال دائمًا، إلا أن أعراض الاكتئاب الشديد الحاد تبدأ عادةً في الشفاء بعد ثلاثة إلى ستة أسابيع بعد التأثير المشترك للعلاج الدوائي والعلاج النفسي، وطالما لم يكن هناك تحسن واضح ومستمر إلى حد ما، يستمر المعالج في العلاج مع التركيز على الجوانب الثلاثة التالية:

(1) المتابعة. الاستمرار في استكمال مقياس Beck للاكتئاب قبل كل جلسة واستخدامه لتتبع التغيرات في الأعراض. ومراقبة عن كثب الآثار الجانبية للأدوية، وضبط جرعات الدواء حسب الحاجة.

(2) العلاج النفسي السلوكي. زيادة مهام المريض تدريجيًا بهدف تعزيز الاستخدام الأفضل للوقت والتواصل الاجتماعي بشكل أفضل.

(3) الاستمرار في العلاج النفسي المعرفي على مستوى سطحي غير المنتظم. تشجيع المريض قدر الإمكان على كتابة أفكاره الآلية على نصف قطعة ورق بين الجلسات وإعادة بنائها على النصف الآخر، تكون البداية بشرح نظام الأحداث والأفكار والانفعالات وما هي الانفعالات الرئيسية المختلة والأفكار التي تصدر منها هذه الانفعالات.

(أ) خطوات علاج الاكتئاب الشديد الذي تغير مستواه من متوسط إلى خفيف بعد أن كان حادا

Etapas du traitement du trouble dépressif majeur dont l'intensité est passée de modérée à légère après avoir été sévère

بشكل اعتباطي بالضرورة، تقع هذه الخطوة الثانية بعد أربعة أسابيع من العلاج (الجلسة التاسعة إذا قمنا بمقابلة المريض مرتين في الأسبوع، الجلسة الرابعة إذا رأيناه مرة واحدة في الأسبوع)، من المسلم به في هذه المرحلة هو أن الأعراض قد تحسنت بشكل كبير وأن المريض يستطيع التركيز والتفكير دون صعوبة كبيرة.

المقابلة الرابعة (4)

1. المتابعة. الاستمرار في متابعة العلاج الدوائي والأعراض كالمعتاد، بينما استخدام مقياس Beck للاكتئاب كما كان في كل المقابلة لم يعد بصفة عامة ضروريًا هنا.

2. الاستمرار في العلاج السلوكي وإنهائه عندما يصل المريض إلى مستوى من النشاط يضاهي ذلك الذي كان موجودًا قبل ظهور المرض.

3. إذا كان المريض متحفزًا، يتم الانتقال إلى مستوى التدخل الثاني للتناول المعرفي، أي المستوى السطحي المنتظم، يمكننا تطبيق الطريقة على النحو التالي:

(أ) تعليم المريض، إن لم يكن قد تم ذلك بالفعل، المبادئ الأساسية للتناول المعرفي، وعلى وجه الخصوص:

➤ النظام حدث والأفكار والانفعالات.

➤ يمكن تعليم الانفعالات الرئيسية المختلفة والأفكار الآلية التي تصدر منها هذه الانفعالات.

➤ الجدول تسجيل الأفكار الآلية Le tableau d'enregistrement des pensées automatiques (TEPA)

(ب) يتم استكمال جدول TEPA مع المريض وإعطائه نسخة من جدول تسجيل الأفكار الآلية. يُطلب منه استكمالها في المنزل على مستوى الأعمدة الثلاثة الأولى عندما تظهر الانفعالات المختلفة،

يمكن إخباره أنه إذا كانت الانفعالات شديدة جدًا، فيمكنه استخدام تقنيات الإلهاء (على سبيل المثال، التركيز على البيئة).

4. وحسب الاحتياجات، يمكن أيضًا الإشارة إلى أنواع أخرى من التدخلات في هذه المرحلة:

- تعلم توكيد الذات l'affirmation de soi
- استخدام تقنية حل المشكلات technique de résolution de problème
- مقابلات الأزواج Entrevues de couple
- إلخ.

5. الواجبات المنزلية:

- أ) إتمام المهام النابعة من التناول السلوكي إذا لم يكن قد تم ذلك بالفعل.
- ب) استكمال جدول تسجيل الأفكار الآلية كل يوم لمدة 15 إلى 30 دقيقة في وقت حدوث الانفعالات المختلة أو في نهاية اليوم.

المقابلة الخامسة (5)

1. المتابعة
2. مراجعة جداول تسجيل الأفكار الآلية التي أكملها المريض في ثلاثة أعمدة، بدءًا من تلك التي يعتبرها أكثر أهمية، تصحيح وشرح حسب الحاجة، الإجابة على الأسئلة.
3. تدريس إعادة البناء المعرفي على مستوى الأخطاء المنطقية / التحيز التفسيري (المستوى السطحي المنتظم).
4. الواجب المنزلي: استكمال جدول تسجيل الأفكار الآلية المكون من خمسة أعمدة يوميًا لمدة 15 إلى 30 دقيقة أو أكثر.

المقابلة السادسة إلى العاشرة (6-10)

1. المتابعة
2. مراجعة جداول تسجيل الأفكار الآلية التي استكملها المريض في خمسة أعمدة، بدءًا من تلك التي يعتبرها أكثر أهمية. اشرح وضح حسب الحاجة. أجب على الأسئلة.
3. الاستمرار في تعليم إعادة البناء المعرفي على المستوى السطحي المنتظم حتى يصبح المريض معتاد بهذا النوع من إعادة البناء ومرتاح له.
4. بمجرد أن يتمكن المريض من إعادة البناء بسهولة على المستوى السطحي، يتم الانتقال إلى المستوى المتوسط: المعتقدات الشرطية (عبارات مثل: إذا ... إذن **si...alors**) والقواعد (يجب علي ... يجب علينا... **je dois...on doit...**). إذن، في العلاج الانفعالي العقلاني، نستخدم الاتجاهات الأساسية المختلفة لـ Ellis: التضخيم، وعدم التقبل، والمطالب الصارمة، والأحكام الشاملة للقيمة الشخصية **dramatisation, non acceptation, exigences rigides et jugements globaux sur la valeur personnelle**.
5. الواجب المنزلي: إعادة البناء المعرفي على المستويين السطحي والمتوسط لمدة 15 إلى 30 دقيقة في اليوم أو أكثر.

المقابلة 11 – 14 (أو أكثر)

1. المتابعة
2. مراجعة مع المريض عمله حول إعادة البناء على المستويين السطحي والمتوسط، وشرح وتصحيح عند الحاجة، والإجابة على الأسئلة، واستخدام الطريقة السقراطية، الاستمرار في هذا الاتجاه حتى يصبح المريض على دراية ومريحًا لبداية العلاج النفسي المعرفي الاستبطاني (الداخلي العميق).
3. البدء تدريجيًا في تحديد وإعادة بناء المعتقدات الأساسية للمريض من خلال التأكيد على المعتقدات الأكثر شيوعًا في الاكتئاب: أنا غير قادر، لست محبوبًا، وليس لدي الموارد الضرورية للتعامل معها. فحص أصلها وتقييم تأثيرها على حياة المريض، مع ذكر اعتقاد بديل أكثر تكيفًا.
4. الواجب المنزلي:
الاستمرار في إعادة البناء المعرفي في البيت على مستويات تدخل مختلفة لمدة 15 إلى 30 دقيقة في اليوم أو أكثر.

المقابلة 15 – 18 (أو أكثر)

1. المتابعة
2. الاستمرار في إعادة البناء المعرفي على جميع المستويات مع التركيز بشكل خاص على المعتقدات الأساسية، مع المثابرة حتى يصبح المريض معتاداً ومرتاحاً في تحديد وإعادة بناء معتقداته الأساسية.
3. استكمال إعادة البناء المعرفي من خلال التنفيذ في الحياة اليومية، يمكن هنا استخدام التدريب على توكيد الذات أو على المهارات الاجتماعية أو تقنيات حل المشكلة أو إزالة الحساسية أو طرق أخرى للتنفيذ.
4. تناول على طول الطريق مسائل الأكثر خصوصية لكل مريض: العودة إلى سوق العمل، أو مشاكل العلاقات الزوجية أو الصعوبات العلائقية الأخرى، أو الأضرار الناجمة عن نوبة الاكتئاب، أو التساؤلات بعد نوبة الاكتئاب، إلخ.
5. أثناء التقدم نحو الإنهاء، يتم تناول المخاوف بشأن نهاية العلاج والطلب من المريض إعادة استكمال مقاييس Beck للاكتئاب والحصر.
6. الواجبات المنزلية:
 - الاستمرار في إعادة البناء المعرفي اليومي لمدة 15 إلى 30 دقيقة يوميًا أو أكثر واستكمالها بالتنفيذ حسب الحاجة.
 - استكمال مقاييس Beck للاكتئاب والحصر.
 - إذا كنا نتجه نحو الإنهاء، نطلب من المريض مراجعة المراحل الرئيسية للعلاج والوسائل المستخدمة لتعديل الأفكار والمعتقدات والانفعالات المختلفة، كيف ساعدت إعادة البناء المعرفي على تعديل السلوكيات والمواقف في الحياة اليومية؟ كيف غير العلاج النفسي العلاقات الشخصية مع الغير؟ كيف تستخدم هذه الأدوات في المستقبل إذا ظهرت صعوبات مرة أخرى؟

1. المتابعة
2. مراجعة مقاييس Beck التي أستكملها المريض، وإذا كانت النتائج غير مرضية، ينبغي إعادة تقييم الموقف واستئناف جوانب معينة من العلاج إذا لزم الأمر
3. العودة إلى المخاوف بشأن إنهاء العلاج إذا لزم الأمر
4. التأكد من متابعة العلاج الدوائي طويلة المدى (من قبل الطبيب المعالج أو طبيب الأسرة)
5. مراجعة المراحل الرئيسية للعلاج مع المريض (ملخص العلاج):
 - الوسائل المستخدمة لتعديل الأفكار والمعتقدات والانفعالات المختلفة.
 - الوسائل المستخدمة لتعديل السلوكيات المختلفة وتحسين العلاقات مع الغير
 - كيفية استخدام هذه الأدوات في المستقبل إذا ظهرت صعوبات مرة أخرى؟
6. جدولة مقابلات المتابعة إذا لزم الأمر (جلسات تثبيت أو تقوية booster sessions).
7. بطاقة الوقاية من الانتكاسة
 - ما هي الانتكاسة؟
 - احتمالات الانتكاسة؟
 - الأعراض التي تشير إلى حدوث انتكاسة.
 - كيفية استخدام الأدوات التي تم تعلمها أثناء العلاج في حالة الانتكاسة.
 - متى ومن يستشير إذا لزم الأمر.

ج) خطوات في علاج الاكتئاب الشديد الذي ظهرت شدته منذ البداية متوسطة إلى خفيفة

يشبه علاج هذا النوع من الاكتئاب نسبياً الاكتئاب الحاد ، والذي يصبح تدريجياً معتدلاً ثم خفيفاً، الاختلافات الرئيسية هي كما يلي:

1. التدابير الاستعجالية هي أقل ضرورة وأقل عدد
2. عادة ما يكون تعليم مبادئ التنشيط السلوكي لمدة أقصر (على الرغم من أنه يمكن تعيين واجب سلوكي لكل جلسة).
3. يكون العلاج النفسي المعرفي أقل وقتاً عند المستوى السطحي غير المنتظم ويتطور بسرعة أكبر إلى العلاج النفسي الاستبطاني عندما يتعين ذلك.
4. يكون المرور إلى العمل أسرع
5. تكون المدة الإجمالية للعلاج أقصر.

المقابلة الأولى

الخطوة

1. تاريخ الحالة المعتاد
 - 2.
 3. ...
 4. الواجبات المنزلية:
- أ. اطلب استكمال الاستبيانات
 - ب. طلب كتابة قائمة بأهداف العلاج
 - ج. تسليم القراءات المناسبة
 - د. ...

المقابلة الثانية الخطوات

1. ...
 - 2.
 3. الواجبات المنزلية:
-

القسم 7: أدوات القياس وأدوات العلاج Instruments de mesure et outils de
traitement

1.7 مقياس Beck للاكتئاب Inventaire de Beck pour la dépression

مقياس BECK للاكتئاب

الإسم:.....

التاريخ:.....

النتائج:.....

هذا استبيان يشمل مجموعات كثيرة من الجمل، المطلوب منك بالنسبة لكل مجموعة:

الاسم:.....	التاريخ:.....	النتائج:.....
1. قراءة كل الجمل بعناية		
2. وضع علامة «X» داخل القوس بجانب الجملة التي تصف بشكل أكثر كيف تشعر بنفسك منذ أسبوع وفي الوقت الحالي		
3. إذا كانت جمل تناسبك، ضع «X» امام كل منها		
1. (0) لا أشعر بالحزن	11. (0)	لست مزعجاً الآن أكثر مما كنت عليه في العادة
(1) أشعر بالحزن والكآبة	(1)	أصبح مزعجاً أو غاضباً بسهولة أكبر الآن من الأوقات العادية
(2) أنا كئيب أو حزين طوال الوقت ولا أستطيع وأعجز عن الفكك منهم	(2)	أشعر بالانزعاج دوماً
(2) أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة تؤلمني	(3)	لا تغضبني الآن اطلاقاً الأشياء التي تسبب عادة لي ذلك
(3) أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أتحمّلها	12. (0)	لم أفقد اهتمامي بالناس
2. (0) لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل	(1)	أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق
(1) أشعر بالتشاؤم من المستقبل	(2)	فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين
(2) أشعر أنه لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل	(3)	فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين ولا أنشغل بهم على الإطلاق
(2) أشعر أنه لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعي	13. (0)	أخذت القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل
(3) أشعر باليأس من المستقبل وأن الأمور لن تتحسن	(1)	أحاول تأجيل اتخاذ القرارات إلى وقت لاحق
3. (0) لا أشعر بأنني فاشل	(2)	لدي صعوبات كثيرة في اتخاذ القرارات
(1) أشعر أنني فشلت أكثر من العاديين	(3)	أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرّة
(2) أشعر أنني حققت أشياء قليلة جداً لها معنى أو أهمية معينة	14. (0)	لا أشعر بأن شكلي أسوأ من ذي قبل
(2) عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل	(1)	أشعر بالقلق من أنني أبداً أكبر سناً وأقل جاذبية
(3) أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبأ أو زوجاً أو امرأة)	(2)	أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبداً أقل جاذبية
4. (0) لست ساخطاً على وجه الخصوص	(3)	أشعر بأن شكلي قبيح أو مشمئز.
(1) أشعر بالملل أغلب الوقت	15. (0)	يمكنني العمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل
(2) لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل	(1)	أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
(2) لم أعد أجد شيئاً يحقق لي الرضا	(1)	لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل
(3) إنني غاضب أو ساخط من كل شيء	(2)	أحتاج لأدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء
5. (0) ليس لدي إحساس خاص بالذنب على شيء	(3)	أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق
(1) أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت	16. (0)	أنام جيداً كما تعودت
(1) يصيبني إحساس شديد بالذنب	(1)	أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل
(2) أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً	(2)	أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل، وأعجز عن استئناف يومي
(3) أشعر بأنني سيء وتافه للغاية	(3)	أستيقظ مبكراً كل يوم ولا أستطيع النوم أكثر من 5 ساعات
6. (0) لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي	17. (0)	لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد
(1) أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث لي	(1)	أتعب بسهولة أكثر من ذي قبل
(2) أشعر بأن عقاباً وقع أو سوف يقع علي بالفعل	(2)	أتعب من فعل أي شيء
(3) أشعر بأنني أستحق أن أعاقب	(3)	أنا متعب جداً لفعل أي شيء
(3) لدي رغبة في أن أعاقب	18. (0)	شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل
(0) لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي	(1)	شهيتي للطعام ليست جيدة كالسابق
(1) يخيب أمني في نفسي	(2)	شهيتي للطعام أسوأ بكثير الآن
(1) لا أحب نفسي	(3)	ليس لدي شهية على الإطلاق
(2) أشمئز من نفسي	19. (0)	وزني تقريباً ثابت
(3) أكره نفسي	(1)	فقدت أكثر من 2 كغ من وزني
8. (0) لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر	(2)	فقدت أكثر من 4 كغ من وزني
(1) أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي	(3)	فقدت أكثر من 6 كغ من وزني
(2) ألوّم نفسي لما ارتكبت من أخطاء	20. (0)	لست قلقاً على صحي أكثر من المعتاد
(3) ألوّم نفسي على كل شيء سيئ يحدث لي	(1)	أنا قلق من الأوجاع أو الآلام، أو مشاكل في الهضم أو الإمساك
9. (0) لا تتناهي أي أفكار لايداء نفسي	(2)	أنا قلق للغاية بشأن ما أشعر به أو كيف أشعر إلى درجة يصعب علي التفكير في أي شيء آخر
(1) تراودني أفكار لايداء نفسي ولكن لا أنفذها	(3)	أفكر فقط فيما أشعر به أو كيف أشعر.
(2) أشعر أنه أفضل لي أن أموت	21. (0)	لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية
(2) أشعر أنه يكون أفضل لعائلتي لو كنت ميتاً	(1)	أنا أقل اهتماماً برغبتني الجنسية من ذي قبل
(3) لدي خطط أكيدة للانتحار	(2)	أنا أقل اهتماماً بكثير برغبتني الجنسية الآن
(3) لو استعطت لقتلت نفسي	(3)	لقد فقدت اهتمامي برغبتني الجنسية تماماً
10. (0) لا أبكي أكثر من المعتاد		
(1) أبكي أكثر مما كنت من قبل		
(2) أبكي حالياً طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك		
(3) كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك		

2.7 مقياس Beck للحصر للأنخية Inventaire de Beck pour l'anxiété

كيف يتم تفسير نتائج
BECK مقاييس
للاكتئاب والحصر

عادي	من 0 إلى 9 :
اكتئاب أو حصر خفيف	من 10 إلى 19 :
اكتئاب أو حصر معتدل	من 20 إلى 25 :
اكتئاب أو حصر معتدل أو حاد	من 26 إلى 29 :
اكتئاب أو حصر حاد	من 30 إلى 40 :
حاد جدا	40 وأكثر :

هذه المقاييس ليست أدوات تشخيصية ويجب استخدامها في سياق سريري في المقام الأول، والأرقام المذكورة أعلاه ما هي إلا معالم تسمح بوضع أفضل لأولئك الذين هم أقل دراية بهذه المقاييس.

3.7 استبيان صحة المريض 9 (PHQ-9)

استبيان صحة المريض 9 (PHQ-9)

الاسم:..... التاريخ:..... النتائج:.....

خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة تضايقت المشاكل التالية؟

(للإشارة إلى إجابتك "✓" استخدم)

تقريباً كل يوم	أكثر من 7 أيام	عدة أيام	أبداً	
3	2	1	0	1. الاهتمام ضئيل والمتعة قليلة في فعل الأشياء
3	2	1	0	2. الشعور بالحزن أو الاكتئاب أو اليأس
3	2	1	0	3. صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا أو إما النوم أكثر من اللازم
3	2	1	0	4. الشعور بالتعب أو نقص الطاقة
3	2	1	0	5. الأكل الكثير أو فقدان الشهية
3	2	1	0	6. إدراك خاطئ حول الذات تعتقد أنك فاشل أو أنك خيبت نفسك أو عائلتك
3	2	1	0	7. صعوبة في التركيز، مثل مشاهدة التلفزيون أو قراءة الجريدة
3	2	1	0	8. الانتقال أو التحدث ببطء شديد، لدرجة ملاحظة الآخرين لذلك أو العكس أنت متبهج لدرجة تتحرك بسرعة أكثر من المعتاد
3	2	1	0	9. تفكر في أنك ستكون أفضل حالاً ميتاً، أو كنت تفكر في أن تؤذي نفسك بطريقة ما

.....+.....+.....+ 0

المجموع:.....=

10. إذا تم اختيار مشكل على الأقل من المشاكل المدرجة في هذا الاستبيان، أجب على السؤال التالي: ما مدى مساهمة هذا المشكل في صعوبة القيام بعملك، أو العناية بالأشياء في المنزل، أو التعامل مع الآخرين؟

صعب للغاية

صعب كثيراً

صعب إلى حد ما

غير صعب تماماً

من إعداد الدكتورة Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues

4.7 استبيان حول الاضطراب الثنائي القطب (استبيان اضطراب المزاج)

Questionnaire sur la maladie bipolaire (*Mood Disorder Questionnaire*)

استبيان حول الاضطراب الثنائي القطب MDQ

A.	هل سبق ان عشت مرحلة في حياتك بحيث لم تكون كما كنت في المعتاد و أو	لا	نعم
1.	شعرت بالسعادة وانك مليء بالنشاط الزائد بحيث أن الآخرين فكروا بأنك لست الشخص نفسه أو بأنك نشيط جداً بحيث أوقعت نفسك بمشاكل؟		
2.	هل كنت قابل للاستشارة وتصرخ على الآخرين أو بدأت العراك والجدال مع الآخرين؟		
3.	هل شعرت بأن لديك ثقة أكثر من المعتاد؟		
4.	هل نمت قليلاً جداً دون أن تشعر انك بحاجة للنوم؟		
5.	هل تحدثت بسرعة أو أكثر بكثير من المعتاد؟		
6.	الأفكار تتسارع بذهنك بحيث أنك لا تستطيع إبطاؤها؟		
7.	أنت سريع التشويش من الأشياء حولك مما جعلك تواجه مشاكل في التركيز وبقاؤك على نفس المسار؟		
8.	شعرت أن لديك طاقة أكثر من المعتاد؟		
9.	أنت أكثر نشاطاً وتقوم بأفعال أكثر من المعتاد؟		
10.	كنت اجتماعياً وصريحاً أكثر من المعتاد(مثال على ذلك مهاتفة الأصدقاء متأخراً في الليل)؟		
11.	كنت أكثر اهتماماً من المعتاد في الأمور الجنسية؟		
12.	قمت بعمل أشياء غير اعتيادية بالنسبة لك واعتبرها الآخرون بأنها أمور زائدة وغريبة وخطرة؟		
13.	هل أسرفت في إنفاق النقود بحيث أوقعت نفسك أو أفراد أسرتك في مشاكل؟		
B.	إذا أجبت بـ "نعم" على أكثر من إجابة واحدة أعلاه هل حدث العديد من هذه الميزات في نفس المرحلة؟ ضع دائرة حول الإجابة	لا	نعم
C.	إلى أي درجة سببت لك هذه السلوكيات او الانطباعات مشاكل؟ مثلاً: عدم القدرة على العمل، مشكلات عائلية، قانونية، مالية، العراك والجدال مع الآخرين؟ اختر إجابة واحدة بوضع علامة	<input type="checkbox"/> لا توجد مشكلة	<input type="checkbox"/> مشكلة معتدلة
		<input type="checkbox"/> مشكلة صغيرة	<input type="checkbox"/> مشكلة كبيرة

Réf : Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the Mood Disorder Questionnaire. American Journal of Psychiatry. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5
Traduction et adaptation : Gaetan Grenier, m.d., André Tremblay, r.s., J. Leblanc, m.d., Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Juillet 2004

5.7 سجل الأنشطة اليومية **Registre des activités quotidiennes**

سجل الأنشطة اليومية

التاريخ: من _____ إلى _____
 ملاحظة: يتم تنقيط من 0 إلى 10 في درجة المتعة (م) (P) de plaisir والتحكم (ت) (M) de maîtrise بجانب
 كل نشاط (0=لا يوجد، 10=أعلى)

الأحد	السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الساعة
							7-6 سا
							7-8 سا
							8-9 سا
							9-10 سا
							10-11 سا
							11-12 سا
							12-13 سا
							13-14 سا
							14-15 سا
							15-16 سا
							16-17 سا
							17-18 سا
							18-19 سا
							19-21 سا
							21-24 سا
							00-06 سا

سجل الأنشطة اليومية

التاريخ: من _____ إلى _____

ملاحظة: يتم تنقيط من 0 إلى 10 في درجة المتعة (م) de plaisir أو التحكم (ت) de maîtrise أو الحزن (ح) tristesse بجانب كل نشاط (0= لا يوجد، 10= أعلى)

الاحد	السبت	الجمعة	الخميس	الاربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الساعة
							7-6 سا
							7-8 سا
							8-9 سا
							9-10 سا
							10-11 سا
							11-12 سا
							12-13 سا
							13-14 سا
							14-15 سا
							15-16 سا
							16-17 سا
							17-18 سا
							18-19 سا
							19-21 سا
							21-24 سا
							00-06 سا

6.7 قائمة الأنشطة Liste d'activités

قائمة الأنشطة

قم بإعداد قائمة بالأنشطة التي استمتعت بها من قبل، والتي قد تعجبك أو تمنحك شعورًا بالرضا. والأنشطة التي لها معنى بالنسبة لك والتي تتلاءم جيدًا مع نظام القيم لديك لها فرصة أفضل لتحفيزك. تأكد من أن بعض هذه الأنشطة يمكن تحقيقها بسهولة في ضوء حالتك الحالية. احرص أيضًا على اختيار الأنشطة التي ستساعدك على زيادة وتنويع اتصالاتك الاجتماعية. لا تنس النشاط البدني ! إنه مضاد للاكتئاب ثبت فعاليته على نطاق واسع.

7.7 جدول تسجيل الأفكار الآلية
Tableau d'enregistrement des pensées
automatiques

جدول تسجيل الأفكار الآلية

الحدث	الانفعال	أفكار الآلية	الأحداث	الأحداث	أفكار البديلة	النتيجة
الموقف أو المناسبة أو مسار الأفكار	حدد الانفعال (0-100%)	اكتب حرفيا الأفكار والصور في مصدر الانفعال	المدعمة للأفكار الآلية	التي تتعارض مع الأفكار الآلية	اكتب الأفكار الواقعية الناتجة من إعادة البناء المعرفي	إعادة تقييم شدة الانفعال (0-100%)

8.7 إعادة النظر في الأفكار السلبية Remettre en question les pensées négatives

إعادة النظر في الأفكار السلبية

1. قم بوصف الوضعية: ماذا؟ أين؟ متى؟ مع من؟
2. قم بكتابة انفعالاتك ثم تقييم شدة كل واحدة منها (0-100%).
- استعمل عبارة لوصف كل انفعال مثلا: الغضب، الحزن، الحصر، الخجل، الاشمئزاز، الفخر، colère, tristesse, anxiété, honte, dégoût, fierté...
3. اكتب أفكارك:
 - ما هي الأفكار التي تراود ذهني قبل أن اشعر بنفسي هكذا؟
 - ماذا يعني هذا لي والمستقبلي وحياتي؟
 - ماذا كنت أغشى؟
 - ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث لي؟ هل هذا صحيح؟
 - وهذا يعني كيف يراني الآخرون؟
 - يشير هذا أن الناس والعالم بشكل عام هو.....
 - ما هي الصور او الذكريات التي ترافق الشعور بهذا الانفعال؟
4. ضع دائرة حول "الفكرة الساخنة" *pensée chaude* وقم بتقييم درجة الاعتقاد بها (0-100 %)
 - الفكرة الساخنة هي الفكرة الآلية المرتبطة بأكثر شحنة انفعالية
5. اكتب الأحداث المدعمة للفكرة الآلية:
 - كتابة الأحداث التي تدعم هذا الاستنتاج (تجنب قراءة التفكير وتفسير الأحداث)
6. اكتب الأحداث التي تعارض الفكرة الآلية:
 - هل لدي تجارب سابقة تشير إلى أن هذه الفكرة ليست دائما صحيحة؟
 - إذا كان اعز صديق لي أو شخص أحبه يفكران هكذا، ما يمكنني قوله لهم؟
 - إذا كان اعز صديق لي أو شخص يحبني يعلمان أنني أفكر هكذا، ما سوف يكون قولهم لي؟ ما هي الأحداث التي قد يذكرها لتبيان أن هذه الأفكار ليست صحيحة 100%؟
 - عندما لا اشعر أنني على هذا الحال، هل طريقي في رؤية الأشياء تكون مختلفة؟ كيف؟
 - عندما شعرت بنفسي هكذا في الماضي، هل راودتني أفكار ساعدتني؟
 - هل كنت في نفس الوضعية في الماضي؟ ماذا حدث؟ هل يوجد فرق بين الوضعية الماضية وبين الوضعية الحالية؟
 - ماذا تعلمته من التجارب السابقة التي يمكن أن تساعدني الآن؟
 - هل توجد أشياء صغيرة تعارض أفكارني والتي لا اعتبرها لأنها غير "مهمة"؟
 - بعد 5 سنوات، إذا تفحصت هذه الوضعية، هل سوف أراها بشكل مختلف؟ هل سوف يرتكز اهتمامي حول الجوانب المختلفة للوضعية؟
 - هل أنسى اعتبار بعض القوى او الميزات الشخصية أو تلك المرتبطة بالوضعية؟
 - هل أقوم باستنتاجات سريعة لا تبررها تماما الأحداث؟
 - هل أقوم بتوبيخ نفسي بسبب شيء أنا لا أتحكم فيه؟
7. الفكرة البديلة/ المتوازنة أو المتكيفة
 - المركزة على الحقائق المؤيدة والمعارضة، هل توجد طريقة أخرى للنظر في الأشياء؟
 - اكتب جملة تلخص الخطوتين 5 و6، هلا تجمع الجملتين مع الكلمة وتأتي بفكرة متوازنة تعتبر جميع المعلومات المكتسبة؟
 - هل لشخص أثق به طريقة أخرى لفهم هذا الموقف؟
 - وإذا كان ما اعتقده صحيحا، فما هي أسوأ نتيجة؟ وأيهما أفضل؟ أيهما أكثر واقعية؟
 - قم بتقييم درجة الاعتقاد بالفكرة البديلة واعد تقييم درجة الاعتقاد بالفكرة "الساخنة"
8. إعادة تقييم شدة الانفعالات
9. خطة العمل
 - هل يمكنك فعل شيء لتغيير الوضعية التي سببت الضيق لديك؟
 - وإذا لم يكن الأمر كذلك، فهل من الممكن التصرف بشكل مختلف في المرة القادمة؟

ترجمة (1995) Thanh-Lan Ngô, M.D. de Greenberger, D et Padesky, C

1.7 التحيز التفسيري (التشوهات المعرفية)

Biais d'interprétation (distorsions cognitives)

التحيز التفسيري

بعض الأفكار الآلية صحيحة، وبعضها خاطئ، والبعض الآخر يحمل ذرة من الحقيقة، أكثر التحيزات التفسيرية شيوعًا هي:

1. الكل أو لا شيء Tout ou rien: (إما الأبيض أو الأسود، الثنائية الفكرية): تصنيف الوضعية في واحدة من فئتين مستقطبتين بدلاً من سلسلة متصلة.
على سبيل المثال، إذا لم يكن لدي 100٪، فأنا لا شيء
2. التضخيم Dramatisation: وضع الأشياء في أسوأ حالاتها.
مثال: لن يتحدث أحد معي.
3. استبعاد أو خصم الايجابي La disqualification du positif تقول في نفسك أن الصفات والخبرات الإيجابية لا تهم.
مثال: لقد حصلت على درجة جيدة ولكن هذا لا يعني شيئًا، لقد كنت محظوظة....
4. الاستدلال الانفعالي Raisonement émotif : التفكير في أن شيئًا ما صحيح لأننا نشعر به حقًا، وتجاهل الحقائق التي تتعارض معه.
مثال: أنا أعلم أنني لست سيئًا، لكنني أشعر بالسوء
5. العنونة Etiquetage: يتم تعيين عنوان شامل لشخص ما دون التفكير في بدائل أكثر منطقية.
مثال: أنا مغفل، إنه مقرف.
6. تهوين تهويل Magnification/minimisation : عندما نقيم شخصًا أو موقفًا، فإننا ننظر إلى السلبية ونقلل من الإيجابية.
مثال: يثبت هذا التقييم السيئ أنني صفر، والتقييمات الأخرى، كلها جيدة، لا تعني شيئًا.
7. ترشيح أو فلتر عقلية Filtre mental : التركيز على التفاصيل السلبية بدلاً من الصورة العامة.
على سبيل المثال، نظرًا لأن لدي نقاط سلبية في جميع تقييماتي، فهذا يعني أنني غير كفء.
8. قراءة الأفكار Lecture de la pensée : تأكد من معرفة ما يفكر فيه الآخرون، دون التفكير في بدائل أكثر منطقية.
على سبيل المثال، يعتقد أنني لا أعرف ما أفعله.
9. التعميم الزائد Généralisation à outrance : التوصل إلى نتيجة سلبية تتجاوز الحقائق.
على سبيل المثال، بما أنني شعرت بعدم الارتياح في هذا الموقف، فهذا يثبت أنني غير قادر على تكوين صداقات.
10. الشخصية Personnalisation : " اعتبر الأمر شخصيًا".
مثال: كان مديري في مزاج سيء بسببي.
11. القواعد الالزامية (الينبغيات) Dois et devrais : امتلاك فكرة ثابتة عن القواعد التي تحكم سلوكك وسلوك الآخرين وأبالغ في تقدير عواقب انتهاك القواعد.
على سبيل المثال ، من المرعب ألا يكون لديك 100٪. يجب أن أبذل قصارى جهدي دائمًا.
12. رؤية النفق Vision en tunnel : رؤية الجوانب السلبية للموقف فقط.
مثال: معلم ابني غير كفء. إنه ناقد وغير حساس.

ترجمة Thanh-Lan Ngô, M.D.

10.7 حل- المشكلات Résolution de problèmes

حل- المشكلات

1. الوعي بوجود المشكلة أو المشكلات

- (أ) التعرف على وجود مشكلة أو مشكلات مهمة وتحديدتها.
 (ب) وصف المشكلة او المشكلات بدقة وبشكل ملموس.
 (ج) إذا كان هناك أكثر من مشكلة، ينبغي إدراجها في قائمة بدءًا من الأكثر أهمية بناءً على الخطورة والإلحاح.

قائمة المشكلات:

- .1
- .2
- .3
- .4

2. اتخاذ موقف بناء

- (أ) يمكن اعتبار المشكلة تحديًا وليس تهديدًا.
 (ب) يمكن أن تكون المشكلة فرصة للنمو.

3. تحديد الأهداف

- ضع أهدافًا واضحة وواقعية ومحدودة.
 قائمة الأهداف:

- .1
- .2
- .3
- .4

4. ابحث عن الحلول الممكنة

- اكتب تلقائيًا جميع الحلول التي تبدو جيدة أو غير جيدة دون تحليلها على الفور.
 قائمة الحلول:

- .1
- .2
- .3

5. النظر في إيجابيات وسلبيات الحلول

- (أ) اذكر مزايا المدى القصير والمتوسط والطويل للحلول الموجودة في النقطة 4.
 (ب) اذكر عيوب المدى القصير والمتوسط والطويل للحلول الموجودة في النقطة 4.

السلبيات	الايجابيات	الحل 1
		على المدى القصير
		على المدى المتوسط
		على المدى الطويل

السلبيات	الايجابيات	الحل 2
		على المدى القصير
		على المدى المتوسط
		على المدى الطويل

6. اختر حلا

اختيار حل أو مجموعة من الحلول

7. التعرف على العقبات والموارد

أ) التعرف على العقبات للتغلب عليها:

ب) البحث عن الموارد المتاحة

8. تحديد خطة العمل

أ) إعداد خطة مفصلة

ب) وضع جدول زمني واقعي ودقيق

ج) البدء بخطوة سهلة

د) اتخاذ الإجراءات في أسرع وقت ممكن

قائمة المراحل:

1.

2.

3.

4.

5.

9. اتخاذ الإجراءات العملية وتقييم النتائج.

11.7 توكيد الذات L'affirmation de soi

توكيد الذات

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً، انظر الملف الخاص بتوكيد الذات لـ Chaloult, L وأتباعه (2014) على الموقع www.tccmontreal.com في قسم المخصص لعامة الناس.

تعريف السلوك التوكيدي comportement affirmatif

يتمثل توكيد الذات في تعبير الفرد عن انفعالاته ورغباته وأرائه، والدفاع عن حقوقه مع احترام حقوق الآخرين، بطريقة مباشرة وصادقة ومناسبة.

الجوانب الثلاثة الأساسية التي يجب مراعاتها للنجاح في توكيد الذات

- معرفة الفرد لمشاعره ورغباته وأرائه وحقوقه.
- مراعاة مشاعر الآخرين ورغباتهم وأرائهم وحقوقهم.
- توصيل الفرد لانفعالاته ورغباته وأرائه وحقوقه بشكل ملائم.

تعرف على السلوكيات الأخرى وخصائصها

خاضع Soumis : عدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره ورغباته وأرائه أو التعبير عنها بشكل غير مناسب على حساب حقوقه (ربما، لا أعرف، إلخ).

عدواني Agressif : أن يكون الفرد قادرًا على التعبير عن انفعالاته ورغباته وأرائه وكذلك الدفاع عن حقوقه، ولكن في كثير من الأحيان على حساب حقوق الآخرين، وهذا بطريقة مباشرة وصادقة في كثير من الأحيان ولكن بشكل غير مناسب (رفع الصوت، إظهار الغضب، إلخ).

متلاعب Manipulateur : تعبير الفرد بشكل غير مباشر وغالبًا بطريقة غير صادقة عن انفعالاته ورغباته وأرائه من أجل تلبية احتياجاته والدفاع عن حقوقه على حساب احتياجات الآخرين (إذا كنت تحبني حقًا ، فأنت ...).

الطريقة الموصى بها

* إذا تم تحديد أكثر من سلوك واحد، فمن مصلحة الفرد معالجة كل سلوك على حدة.
1. وضع علامة أمام السلوك المعتمد*

الخاضع العدواني المتلاعب التوكيدي

2. البحث من أين جاء هذا السلوك ومتى بدأ

3. التعرف على الأفكار المرتبطة بالسلوك المعتمد

4. التمييز بين إيجابيات وسلبيات السلوك المحدد على المدى القصير والطويل.

5. وضع قائمة بإيجابيات وسلبيات لتوكيد ذات الأفضل.

6. تعلم توكيد الذات قبل اتخاذ أي إجراء

- تحديد الفرد لمشاعره ورغباته وأفكاره وحقوقه
- التعرف على مشاعر ورغبات وأفكار وحقوق الآخرين
- النظر في التسويات (التنازلات) المحتملة في وضعية معينة
- تلخيص الوضعية
- التعبير عن المشاعر التي تثيرها الوضعية
- تطوير الأهداف التي تستهدفها الطريقة
- النظر في العواقب والمخاطر الناشئة عن الطريقة
- إذا أمكن، كرر التوكيد من خلال لعب الأدوار أو غير ذلك.

7. المرور للعمل (التنفيذ)

- وضع قائمة بالوضعيات المشكلة الرئيسية
- إتباع ترتيب تصاعدي، أي ابدأ بالوضعية الأسهل
- وضع قائمة بالحجج المؤيدة أو المعارضة للسلوك التوكيدي، مع مراعاة احتياجات وحقوق الآخر
- التعرف على مخاطر السلوك التوكيدي والاعتراف بالمخاوف والأفكار المرتبطة به
- التذكر أنه من الأفضل الحكم على الفعل وليس على الشخص
- الحفاظ على الهدوء
- قبول التسويات
- اختر أنسب وقت للمرور للعمل
- العمل (التنفيذ).

8. تقييم النتائج

12.7 ملخص العلاج Résumé de thérapie

ملخص العلاج

اسحب جميع أوراق التمارين والمواصفات و الواجبات المنزلية والقراءات التي أنجزتها كجزء من علاجك. وألقِ نظرة عليها دون مراجعة كل شيء بالتفصيل لتذكير نفسك بكل ما فعلته في هذا العلاج. اكتب أسفله ما وجدته أكثر فائدة، هذا ملخص شخصي للغاية، ليس المقصود منه أن يكون شامل، ولكن تحديد الأدوات التي كانت مفيدة بالنسبة لك لزيادة فرصك في دمجها في حياتك اليومية على المدى الطويل.

13.7 بطاقة الوقاية من الانتكاسة Fiche de prévention des rechute

بطاقة الوقاية من الانتكاسة

هل تحدث لي انتكاسة؟	
ماذا أفعل إذا اعتقدت أنه قد تكون انتكاسة	وضعية الخطر
	الأعراض*

* قم هنا بوصف الأعراض التي تظهر عندما تحدث لك انتكاسة. انتبه بشكل خاص للأعراض الأولى التي تظهر. اكتب كيف تختلف عن تقلبات الأداء المعتاد. سيكون من الأفضل أن تكتب شيئاً مثل "أنا لا أنام أكثر من أربع ساعات في الليلة كل مساء تقريباً لعدة أسابيع" بدلاً من مجرد قول "أنا لا أنام جيداً".

بطاقة الوقاية من الانتكاسة

هل تحدث لي انتكاسة؟	
<p>وَضْعِيَّاتِ الْخَطَرِ</p> <ul style="list-style-type: none"> • العمل الزائد ورحلات العمل • جدال مع ابني • عندما لا يكون لدي وقت للتدريب • الوالدين مرضى 	<p>ماذا أفعل إذا اعتقدت أنه قد تكون انتكاسة</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتصل بطبيب المعالج :الدكتور...، الهاتف: 0667... • اتصل بطبيبي الدكتور...، الهاتف: 0667... • تحدث معهم لتقرير ما إذا كان ينبغي علي تناول الدواء الذي ساعدني مرة أخرى ، أي : Rx untel, x mg كل صباح • أعيد قراءة ملخص العلاج الخاص بي • استأنف التمارين التي ساعدتني: • سجل النشاط • نشاط بدني ثلاث مرات في الأسبوع • إعادة البناء المعرفي إذا لزم الأمر ، استخدم الجدول المكون من 5 أعمدة لمساعدتي • أضع حدودا في العمل • حل المشكلات إذا لزم الأمر
<p>الأعراض*</p> <ul style="list-style-type: none"> • قلة النوم (4 ساعات /ليلاً)، صعوبة في النوم خاصة في نهاية الليل، لعدة أسابيع متتالية • دموع في العين بدون سبب • أنا لا أضحك إطلاقاً • قلة الطاقة حتى في الصباح، وهو عادة أفضل وقت لي • لا أشعر بالرغبة في الذهاب للتدريب • فقدان الرغبة الجنسية 	

* قم هنا بوصف الأعراض التي تظهر عندما تحدث لك انتكاسة. انتبه بشكل خاص للأعراض الأولى التي تظهر. اكتب كيف تختلف عن تقلبات الأداء المعتاد. سيكون من الأفضل أن تكتب شيئاً مثل "أنا لا أنام أكثر من أربع ساعات في الليلة كل مساء تقريباً لعدة أسابيع" بدلاً من مجرد قول "أنا لا أنام جيداً".

14.7 العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب: دليل إعلامي للمرضى

La thérapie cognitivo-comportementale de la dépression : Manuel d'information destiné aux patients

يمكن للمرضى الحصول على هذا الدليل مجاناً من موقعنا
على الإنترنت www.tccmontreal.com، في قسم المخصص
لعامة الناس.

دليل الممارسة للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الاكتئاب الشديد: دليل إعلامي للمرضى

La thérapie cognitivo-comportementale de la dépression : Manuel d'information destiné aux patients

تأليف THANH-LAN NGO و LOUIS CHALOULT بمشاركة JEAN GOULET

ترجمة سائل حدة وحيدة

TRADUCTION SAIL HADDA OUAHIDA

1. مقدمة Introduction

ينقسم هذا الدليل إلى جزأين، الأول بعنوان "الفهم" ، يعطي معلومات عن أعراض الاكتئاب والحلقات المفرغة التي، على الرغم من أنها غالبًا ما تكون مزعجة للغاية وحتى معطّلة، إلا أنها تتجذر وتتسبب في استمرار هذه المشكلة مع مرور الوقت.

الجزء الثاني بعنوان "التغلب على الصعوبات الخاصة بك"، ويعرض الخطوات الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، إنه أفضل شكل علاج تم دراسته علميًا لعلاج هذه الحالة، نظرًا لأن كل شخص فريد من نوعه، يجب أن تكون الطريقة التي يتم اختيارها لمساعدتك خاصة بك أنت شخصيًا، وسيقوم معالجك بإرشادك إلى الخطوات التي تنطبق عليك والأدوات الأخرى التي قد تفيدك.

ندعوك للاطلاع على قسم "الجمهور العام" أو العامة من الناس على موقعنا (www.tccmontreal.com/section-grand-public) هذا الموقع مخصص للعلاج المعرفي السلوكي ويقدم العديد من الأدوات والروابط، ستجد هذا الدليل والاستبيانات وبطاقات العمل التي يمكنك استخدامها لتسجيل التمارين المقترحة في هذا الدليل.

هناك العديد من القراءات الأخرى التي قد تكون مفيدة. فيما يلي بعض المراجع المكتوبة الجيدة لعامة الناس:

- BURNS, D.D. (1985) « Être bien dans sa peau ». St-Lambert : Les Éditions Héritage inc. (Burns, 1994)
- GREENBERGER, D. et PADESKY, C.A. (1995) « Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for client ». Guilford Press. (2e édition anglaise attendue en 2015). (Greenberg & Padesky, 1995)
- Version française : (2005) « Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive ». Décarie Éditeurs. (Greenberg & Padesky, 2005)
- ADDIS, M.E. et MARTELL C.R. (2009) « Vaincre la dépression une étape à la fois », Les éditions de l'homme. (Addis & Martell, 2009)
- BLACKBURN, I.M. et COTRAUX, J. (1988) « Thérapie cognitive de la dépression ». Masson. (Blackburn & Cottraux, 1988)

• وعبر الأنترنت :

- PATERSON, R. et BILSKER, D. Université Simon Fraser, Faculté des sciences de la santé, CARMHA : « Programme d'autotraitement de la dépression: Guide du patient », www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf
- BILSKER, D. et coll. « Antidepressant Skills at Work : Dealing with Mood Problems in the Workplace ». <http://www.bcmhas.ca/Research/default.htm>
- MOODGYM, Programme d'autosoins cognitivo-comportemental de la "Australian National University", (anglais), www.moodgym.anu.edu.au .
- LIVING LIFE TO THE FULL, Site britannique d'autosoins, (anglais), www.llttf.com

يمكنك أيضًا الحصول على معلومات على مواقع الويب الخاصة بمراكز العلاج المتخصصة أو من مجموعات دعم معينة.

• في كيبك Au Québec :

○ مجموعات الدعم

▪ Revivre

<http://www.revivre.org>

• هواتف: 1 866 REVIVRE • (738-4873) 514 REVIVRE

○ موقع الانترنت

▪ حكومة كيبك:

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?p?id=62,73,0,0,1,0

▪ <http://ladepressionfaitmal.ca/fr/> الاكتئاب يؤلم:

▪ <http://www.aqps.info> جمعية كيبك للوقاية من الانتحار:

• فرنسا France :

○ <http://www.france-depression.org> فرنسا الاكتئاب:

○ العديد من الموارد والروابط المتاحة على موقع إعلام الاكتئاب:

http://www.info-depression.fr/?page=liens_utiles

2. فهم Comprendre

1.2 ما هو الاكتئاب الشديد ؟ Qu'est-ce que le trouble dépressif majeur (TDM)?

ينبغي قبل كل شيء التمييز بين الحزن العادي والاكتئاب، على الرغم من أن الحزن غير سار، إلا أنه انفعال عادي نشعر به جميعًا بدرجات متفاوتة، وعادة ما يكون هذا الانفعال حاضر عندما نشعر أن شيئًا سيئًا لحق بنا أو نحزن على شخص نحبه. يصبح الحزن مشكلة عندما تؤثر شدته أو مدته أو تكراره على أداء الفرد أو تسبب له في معاناة كبيرة، فهذا الحزن الملحوظ هو أحد أعراض الاكتئاب الشديد MDD. ومع ذلك، من المهم أن نفهم أن الحزن أو الأعراض الأخرى تنسب للاكتئاب، يمكن أن تكون موجودة في مجموعة متنوعة من التشخيصات، على سبيل المثال: اضطراب التكيف، واضطراب الشخصية، والاضطراب ثنائي القطب، الاكتئاب الناجم عن الكحول أو المخدرات أو غيرها من المواد، والاضطراب الاكتئابي الناجم عن مرض جسدي ... إذا كنت تعاني من أعراض خطيرة، فمن المهم الاستشارة، يمكن لطبيبك أو طبيبك النفسي أو الأخصائي النفسي مرشدك أن يساعدك في توضيح التشخيص.

اضطراب الاكتئاب الشديد هو مشكلة عرضية

تسمى نوبة الاكتئاب بنوبة اكتئاب شديد، وقد تشير طريقة تسميتها بالضرورة إلى أنها خطيرة للغاية، لكنها ليست كذلك وذلك لأن نوبة الاكتئاب الشديد يمكن أن تكون خفيفة أو متوسطة أو حادة. غالبًا ما تستمر الأعراض لعدة أشهر، خلال نوبة الاكتئاب الشديد، لا يكون الشخص المصاب به في الحقيقة كالمعتاد (انظر الأعراض في الفقرة التالية). غالبًا ما تختفي هذه النوبات تلقائيًا، لكن العلاج يقلل بشكل كبير من المدة (التي يمكن أن تكون لعدة سنوات وحتى أنها تصبح مزمنة) والمعاناة، وصعوبات الأداء وخطر الانتكاسة. بالإضافة إلى ذلك، بدون علاج، أكثر من نصف الأشخاص الذين يتعافون من نوبة اكتئاب شديد سوف ينتكسون.

ما هي أعراض نوبة الاكتئاب الشديد؟

يمكن أن تختلف الأعراض بشكل كبير من فرد لآخر، وتظهر بشكل تدريجي، كل من الأعراض تشكل تغيير عن الأداء المعتاد، مع ظهور الاكتئاب، تصبح الأعراض التي كانت عرضية في البداية تصبح موجودة معظم الوقت وحتى في بعض الأحيان تظهر بشكل ثابت، والأعراض الأكثر استخدامًا لتحديد نوبة الاكتئاب الشديد هي:

1. المزاج المكتئب المستمر (الحزن، شعور بالفراغ أو اليأس)
2. فقدان الاهتمام أو المتعة أو بكل الأنشطة تقريباً
3. فقدان الشهية للطعام وفقدان الوزن اللاإرادي (أو زيادة أحياناً)
4. الأرق (أو أحياناً فرط النوم)
5. تباطؤ الحركات (أو أحياناً التهيج)
6. تعب أو نقص الطاقة
7. تدني تقدير الذات أو شعور بالذنب المفرط
8. صعوبة في التركيز أو التردد
9. أفكار الموت أو أفكار انتحارية متكررة

يقترح الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) أن 5 على الأقل من هذه الأعراض التسعة يجب أن تكون موجودة لمدة أسبوعين على الأقل (عادة أطول بكثير) ويجب أن يمثل كل منها تغييراً في الأداء المعتاد لإثبات أنها نوبة اكتئاب شديد. غالباً ما توجد أعراض أخرى مثل الحصر وانخفاض الرغبة الجنسية والأعراض الجسدية... يتم تشخيص الاضطراب الاكتئابي الشديد عندما يكون الشخص قد عانى من نوبة اكتئاب شديدة واحدة أو أكثر والتي لم تكن ناجمة عن الأدوية أو الكحول أو المخدرات أو مرض جسدي ولم يسبق له أن عانى من نوبة الهوس أو الهوس الخفيف.

اضطراب الاكتئاب الشديد هو مرض شائع جداً

12.2٪ من الكنديين سيعانون من نوبة اكتئاب شديد مرة واحدة على الأقل في حياتهم (Public Health Agency, 2006) ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية سيكون الاكتئاب هو المرض المرتبط بثاني أكبر عبء عالمي في عام 2020.

2.2 ما هي عواقب اضطراب الاكتئاب الشديد؟

اضطراب الاكتئاب الشديد هو أحد الأمراض أكثر الما

غالباً ما يشعر الفرد المصاب بالاكتئاب أنه لا يستحق، وأن محيطه غير قادر على مساعدته وأن لديه وسائل قليلة أو معدومة لتخطيه.

اضطراب الاكتئاب الشديد هو مرض خطير

• يكون قاتل في بعض الأحيان، رسمياً، الانتحار مسؤول عن 2٪ من الوفيات في كيبك، وهو أيضاً السبب الرئيسي الثاني للوفاة بين المراهقين.

- يسبب أو يزيد من حدة العديد من الأمراض الجسدية
- يسبب أو يفاقم العديد من أشكال إدمان المخدرات وخاصة إدمان الكحول.

3.2 ما هي علاجات اضطراب الاكتئاب الشديد ؟

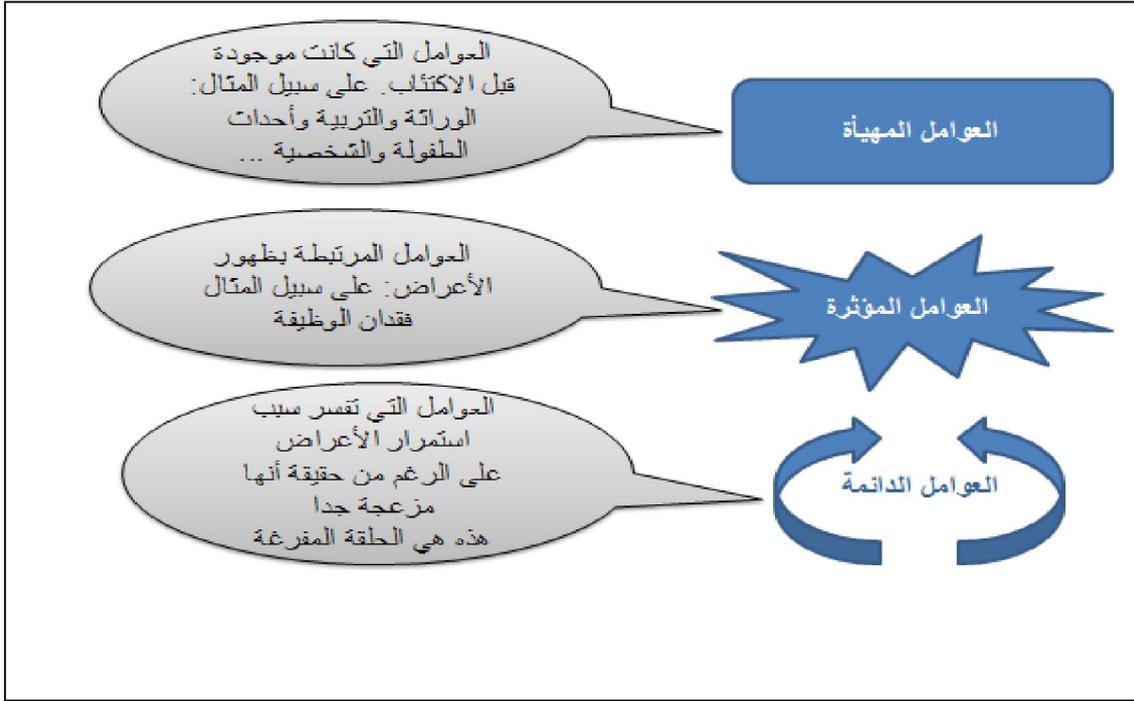
- يمكن علاج الاضطراب الاكتئابي الشديد والشفاء منه في الغالبية العظمى من الحالات
1. تتوفر أدوية فعالة، بما في ذلك مضادات الاكتئاب وبعض مضادات الذهان ومعدلات المزاج.
 2. هناك أيضًا أشكال من العلاج النفسي تعطي نتائج ممتازة، ولا سيما العلاج النفسي المعرفي السلوكي.

4.2 كيف يفسر الاكتئاب الشديد ؟ (النموذج السلوكي المعرفي للاكتئاب)

أسباب الاكتئاب

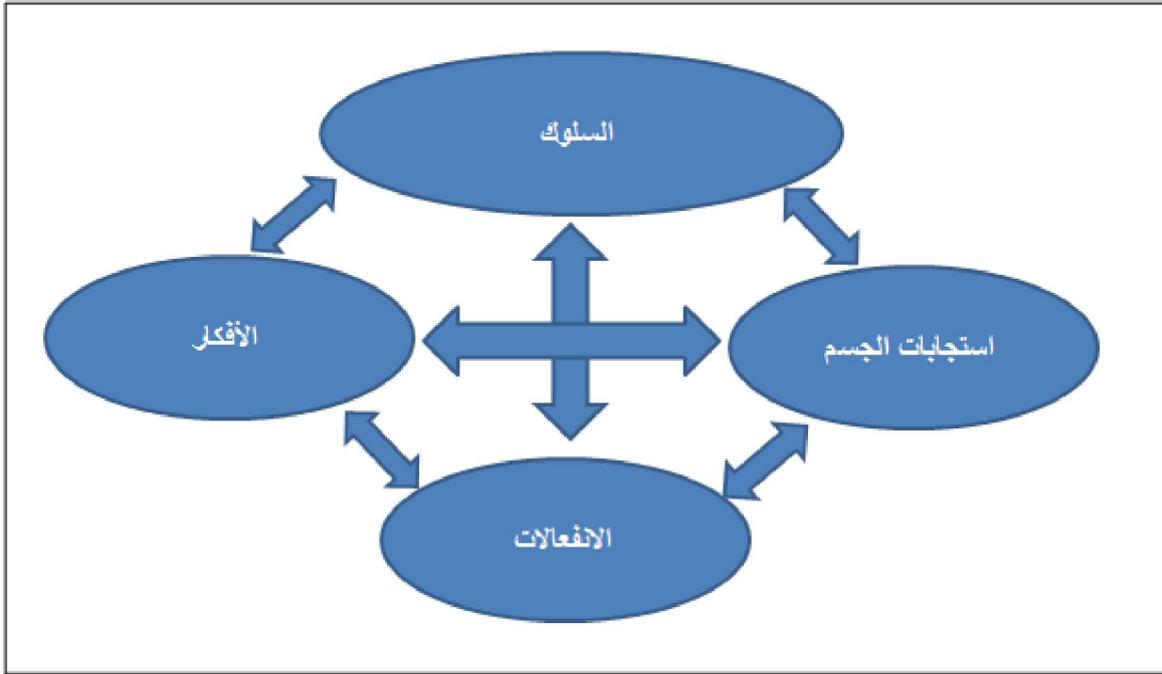
- لا يوجد سبب واحد للاكتئاب، ولكن هناك عوامل متعددة.
- بعض الناس لديهم استعداد أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب، العوامل التي تفسر هذا الاستعداد موجودة قبل الاكتئاب وتزيد من الخطر، هذه هي العوامل المهيأة، تتضمن هذه العوامل التربية والتأثيرات البيئية والوراثة وبعض سمات الشخصية.
- الاكتئاب لا يحدث بدون أسباب، غالبًا ما توجد أحداث أو ظروف تساعد في إثارة النوبة، هذه هي العوامل المؤثرة.

في كثير من الأحيان، يبذل الشخص المصاب بالاكتئاب الكثير من الجهد لمحاولة فهم سبب شعوره بهذه الحالة، لسوء الحظ، تدور هذه الأفكار في معظم الأحيان في حلقات وتزيد من الاكتئاب، عادة ما يكون من المفيد العمل على ما يجعل الاكتئاب يستمر، هذه هي العوامل الدائمة. هذه حلقات مفرغة تؤدي إلى استمرار الاكتئاب حتى لو كان مؤلمًا جدًا ومعيقًا، يشرح النص التالي الدوائر المفرغة الأكثر شيوعًا عند الأشخاص المصابين بالاكتئاب، الجزء الثالث من الوثيقة بعنوان "التغلب على الصعوبات الخاصة بك" سيشرح بعد ذلك كيف يمكنك عكسها والخروج تدريجيًا من الاكتئاب.



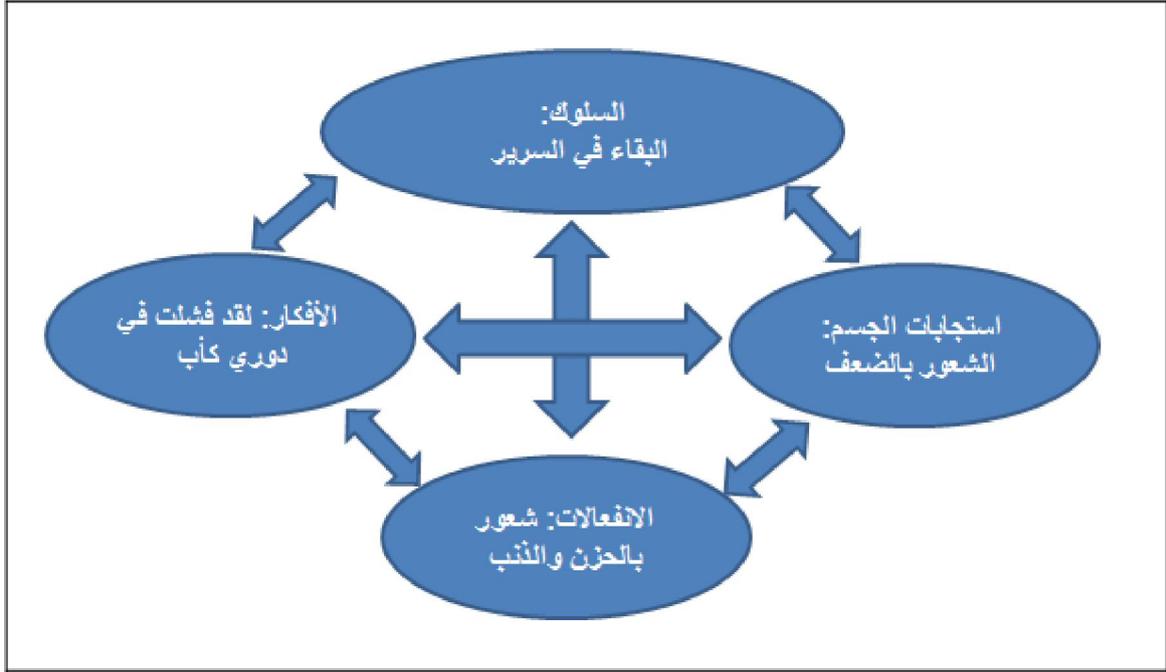
العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات

ترتبط أفكارنا وانفعالاتنا وسلوكياتنا واستجاباتنا الجسدية ارتباطاً وثيقاً وتؤثر على بعضها البعض.



دعونا نعطي مثالاً، "روبرت" Robert مكتئب، ظل في الفراش حتى الظهر ، رغم أنه ظل مستيقظاً لمدة أربع ساعات، يفكر في ابنه الذي لم يتصل به منذ أسبوعين، يعتقد أن ابنه لا يريد معرفة أي شيء عنه، يعتقد أنه فشل في دوره كأب. هذه الأفكار تجعله حزيناً أكثر فأكثر ويشعر بالذنب، يشعر بالإحباط والضعف، رغبته في النهوض تقل أكثر فأكثر.

سلوكه في البقاء في الفراش يزيد من أفكاره السلبية وتعبه وحزنه وشعوره بالذنب، يزيد جسده المتعب من احتمالية بقاءه في السرير وان يكون لديه أفكار سلبية ويشعر بالذنب وهكذا، قد يعطي هذا المثال انطباعاً بأنه سيكون من الصعب على "روبرت" Robert أن يجد مخرجاً لحالته، ولكن عندما نفكر في الأمر، فإننا ندرك أن هذه التأثيرات المتبادلة تجعل من الممكن تحسين واحدة من الخصائص لتحسن الخصائص الأخرى، على سبيل المثال، إذا قرر Robert تغيير سلوكه، فيستيقظ، ويستحم ويتصل بابنه للاطمئنان عليه، فهناك فرصة جيدة أن يساعد ذلك في تقليل من تعبته وأفكاره السلبية وحزنه.



إن خطة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب سوف تتأخر خاصة في تغيير السلوكيات والأفكار التي تجعل الاكتئاب يدوم، لذلك عليك العمل على تعديل الحلقات المفرغة التي تبقيك في هذه الحالة وذلك بشكل تدريجي.

3. التغلب على صعوباتك

ملاحظة: قبل كل شيء، لا تتخطى الخطوات، تأكد من إتقان خطوة واحدة جيدًا قبل الانتقال إلى الخطوة التالية، اعمل بانتظام، ثلاثون دقيقة من الواجب المنزلي كل يوم ستكون أكثر فعالية من 4 ساعات من العمل مرة واحدة في الأسبوع، يتعلق الأمر بتغيير العادات التي تتطلب جهدًا مدعماً، انتبه إلى التحسينات الصغيرة وهئى نفسك على كل جهد من جهودك.

الآن دعنا نلقي نظرة على الخطوات التي يمكن أن تقودك إلى الشفاء.

1.3 التقييم من قبل المعالج

سيقوم المعالج بإجراء تقييم، قد يكون من المخيف طرح مشاكلك وإخبار شخص غريب عن حياتك. هذه الخطوة مهمة جدًا ليس فقط للتأكد من أن معالجك يفهمك جيدًا، ولكن أيضًا لبناء علاقة الثقة التي ستسمح لك بالانتماء له والشعور بالدعم في الأوقات الصعبة.

2.3 فهم اضطراب الاكتئاب الشديد

يمكن أن يساعدك القسم السابق وتفسيرات معالجك وربما القراءات التي سيقترحها لك على تحقيق هذا الهدف.

3.3 وضع خطة العلاج

قم بتقييم أهدافك ودافعتيك، من هنا يمكنك أن تتوصل إلى تفاهم مع معالجك بشأن خطة علاج منظمة مصممة خصيصًا لاحتياجاتك، في هذا الوقت يمكنك معًا تحديد العناصر العلاجية في هذا الدليل التي من المحتمل أن تفيدك، قد يتم الاقتراح عليك طرق العلاج الأخرى. الخطوات التالية تعرض عليك كمؤشر، إنها مميزة تمامًا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي كما هو مقترح للأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الشديد.

4.3 وصف الدواء إذا لزم الأمر

يمكن لطبيبك إخبارك ما إذا كان من المستحسن وصف دواء للمساعدة في السيطرة على الاكتئاب.

5.3 الانطلاقة في العمل وكسر العزلة: الطريقة السلوكية (التنشيط السلوكي)

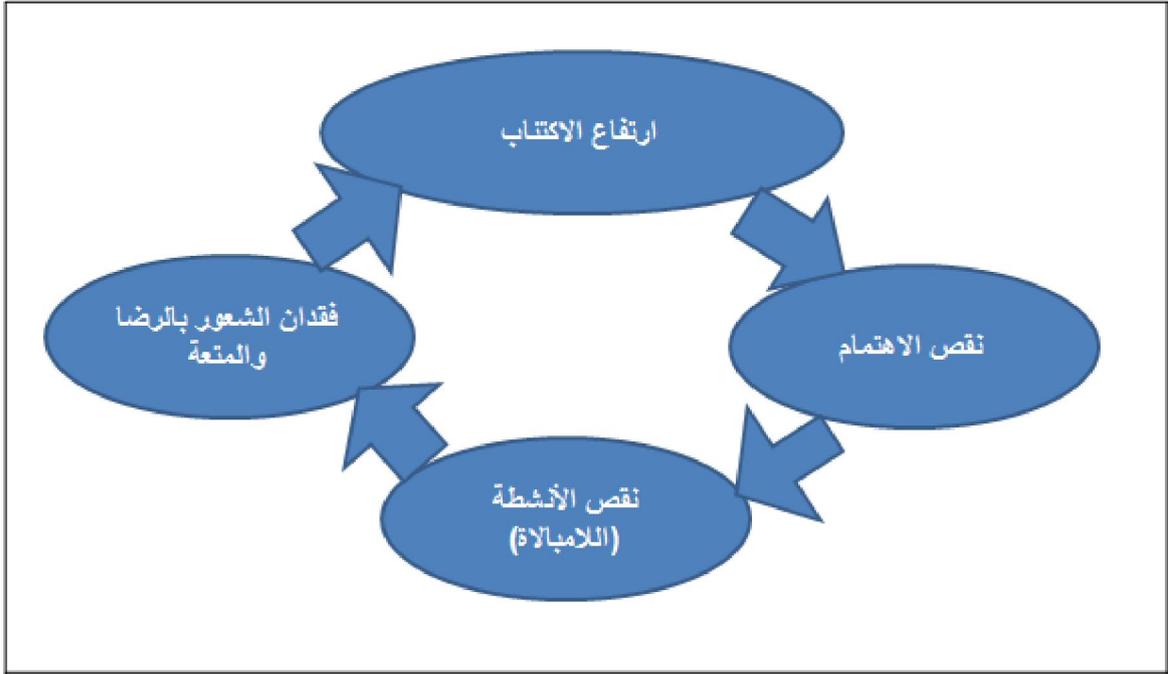
غالبًا ما تكون هذه الخطوة هي الأكثر أهمية، أولاً، سنشرح دور اللامبالاة والعزلة، ثم سنرى كيفية مراقبة أنشطتك وتأثيرها على مزاجك، ثم بعدها سنصف كيفية إعادة تنشيط نفسك وكسر العزلة.

1.5.3 فهم دور اللامبالاة والعزلة والتعب

الآن دعنا نلقي نظرة على حلقتين مفرغتين تلعبان دورًا مهمًا في حبسك بالاكتئاب: الحلقة المفرغة للامبالاة والحلقة المفرغة للعزلة.

الحلقة المفرغة من اللامبالاة

اللامبالاة هي عرض رئيسي للاكتئاب، أن تكون لا مباليًا هو أن تكون أقل نشاطًا، يرتبط هذا العرض ارتباطًا وثيقًا بفقدان الاهتمام، كلما زاد الاكتئاب، قل رغبة الشخص المصاب به في القيام بأنشطته المعتادة، إنه نقص الاهتمام، سيؤدي عدم الاهتمام هذا بالشخص المكتئب إلى تقليل أنشطته، إنها لامبالاة، سيؤدي هذا الانخفاض في النشاط إلى جعل الشخص أقل فرص للشعور بالرضا أو المتعة مما سيزيد من الاكتئاب.

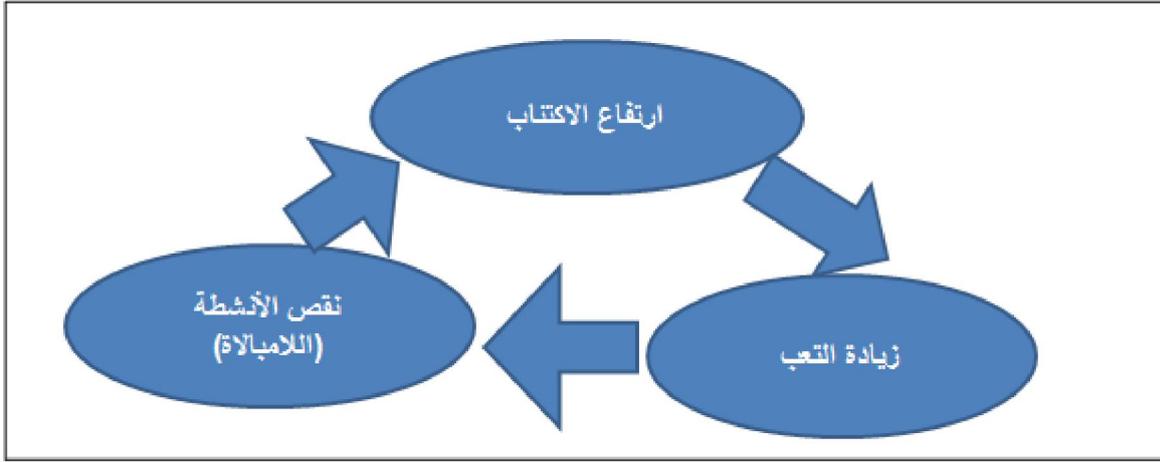


دور التعب

اسأل نفسك السؤال التالي، ماذا علي أن أفعل عندما أشعر بالتعب؟ سيقول معظم الناس أنه يجب علينا الراحة عندما نكون متعبين، هذا الاعتقاد خاطئ ويشكل أحد العوامل المهمة التي تحافظ على هذه الحلقة المفرغة .

دعونا نلقي نظرة على حالتين تثبتان أن هذا الاعتقاد خاطئ، تخيل أن يتم إرسالك إلى موقع بناء ليوم واحد حيث ساعدت العمال في نقل المواد طوال اليوم، في نهاية اليوم، من المحتمل أن تشعر بالتعب الشديد، يُعرض عليك خياران لتصحيح هذا التعب، إما 30 دقيقة من المشي السريع أو 30 دقيقة من الاستماع إلى برنامجك التلفزيوني المفضل، أيهما أفضل لتصحيح التعب؟ سيكون بالطبع البقاء أمام التلفزيون، إليك سبب الاعتقاد بأن الراحة هي الاستجابة المناسبة للتعب: في بعض الأحيان يكون مفيداً. الآن دعنا نغير مثالنا، قضيت النهار كله، من الصباح إلى المساء، أمام التلفاز دون انقطاع، حتى أنه أحضرت لك وجباتك أمام التلفزيون، أنت لم تفعل أي شيء سوى مشاهدة التلفزيون، في نهاية هذا اليوم، من المرجح أن تشعر بالتعب، هذه المرة، هل سيكون المشي السريع أم نصف ساعة إضافية أمام التلفزيون هو ما سيساعد في تقليل التعب؟ المشي السريع هو الذي سيصحح التعب، يشير هذا المثال إلى أن التعب ليس بإشارة تخبرنا أننا بحاجة إلى الراحة، بل إشارة إلى أننا بحاجة إلى تغيير نوع النشاط.

لدينا الآن فهم أفضل لكيفية تسبب التعب الذي نمر به في الاكتئاب في جعلنا أكثر خمولاً، مما يؤدي بدوره إلى زيادة التعب.



"تذوب" العضلات بسرعة عندما لا تكون تستعمل، إنه ضمور l'atrophie، ربما تكون قد أتاحت لك الفرصة بالفعل لملاحظة مدى السرعة التي يمكن أن تكون عليها هذه الظاهرة، على سبيل المثال عند إزالة جبيرة لشخص ما أو عندما يكون شخص مسن طريح الفراش بسبب المرض، هذا الضمور في العضلات يزيد من الشعور بالضعف، هذا هو سبب أهمية تضمين بعض الأنشطة البدنية في برنامج إعادة التنشيط الخاص بك.

لنلاحظ أيضًا أن الخمول يقلل من جودة النوم: نستيقظ في الصباح متعبين، مما يقلل من رغبتنا في أن نكون نشيطين أثناء النهار، نفضل الذهاب إلى الفراش مرة أخرى، مما يؤثر مرة أخرى على نوعية النوم الذي لم يعد مريحًا ومعدلاً، لذلك يُقترح إتباع روتين يومي يتضمن أوقاتًا منتظمة للاستيقاظ والنوم، بالإضافة إلى قيود على أوقات القيلولة.

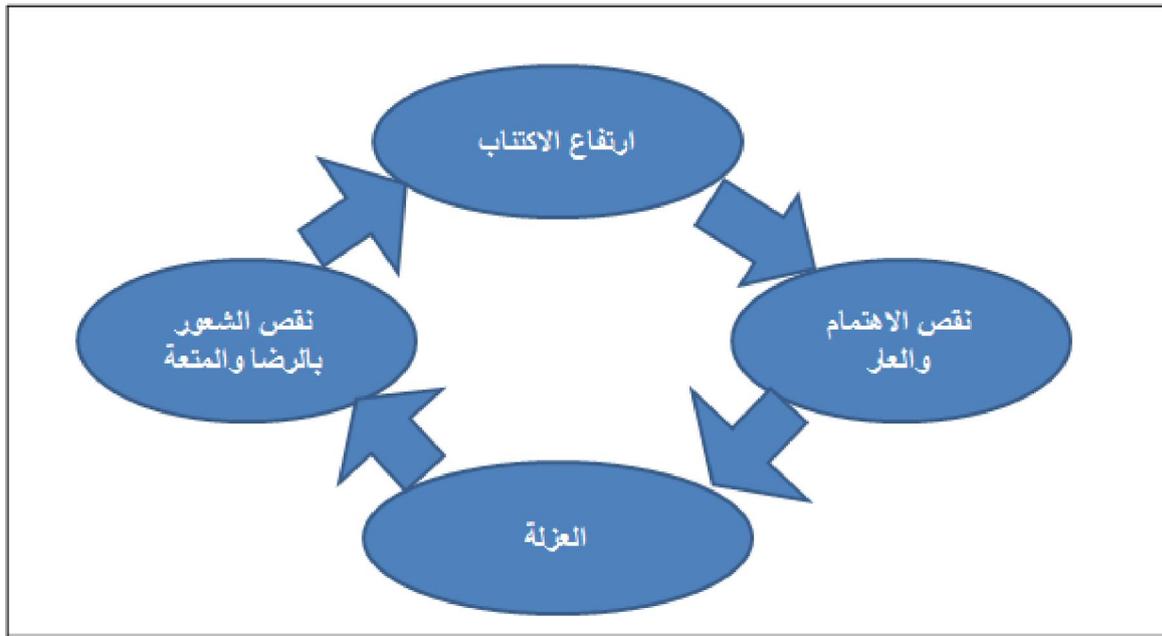
بالإضافة إلى ذلك، نظرًا لأن الشهية أو جودة الأطعمة المختارة يمكن أن تنخفض عندما نعاني من الاكتئاب، فإن تناولنا للطعام يقل مما يزيد من الشعور بالتعب، لذلك من الضروري تناول ثلاث وجبات في اليوم بالإضافة إلى وجبتين خفيفتين صحيّتين لمنع تفاقم التعب بسبب نقص التغذية.

أخيرًا، لدى الفرد غير النشط الكثير من الوقت للتفكير، ومع ذلك، فقد أظهرت الأبحاث أن اجترار الأفكار يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب، ويزيد من مدة وشدة أعراض الاكتئاب، إنه يقلل من القدرة على حل المشكلات، أيضا يمكن أن يكون تراكم المشاكل مصدر ضغط إضافي للفرد المكتئب ...

وبالتالي فإن التنشيط السلوكي سيسمح للفرد بتجنب قضاء أيامه في تكرار تناول مشاكله وتضخيم المزاج المكتئب.

الحلقة المفرغة للعزلة

العزلة هي أحد الأعراض المركزية للاكتئاب، العزلة تعني تقليل الاتصال بمن حولنا، يرتبط هذا العرض ارتباطاً وثيقاً بفقدان الاهتمام، كلما زاد الاكتئاب كلما قل رغبة الشخص المصاب به في رؤية الناس، هذا النقص في الاهتمام وأحياناً الخجل يؤدي بالشخص إلى العزلة، ستعني هذه العزلة أن الشخص سيكون لديه فرص أقل للشعور بالرضا أو المتعة مع أحبائه، مما سيزيد من الاكتئاب.



يمكنك الآن أن نفهم بشكل أفضل سبب إعطاء أهمية كبيرة، في المراحل اللاحقة، للعملية السلوكية التي تهدف إلى مساعدتك على العودة إلى العمل وكسر العزلة، تسمى هذه الطريقة التنشيط السلوكي. تساعد في تقليل التعب، وزيادة الطاقة، واستعادة المتعة، وتحسين الدافعية، وإيجاد مجالات الاهتمام، وترك مساحة أقل للأفكار السلبية، باختصار، للشعور بالتحسن والتقليل من أعراض الاكتئاب. هذا ليس بمعجزة، للوصول إلى ذلك، ستحتاج إلى بذل جهد مستمر وسيكون التحسن تدريجياً. قد تعتقد أن هذا سيكون صعباً جداً عليك. غالباً ما تتداخل الأفكار السلبية للاكتئاب مع التقدم في التحسن. في المرحلة 6.3، سنتناول هذه الأفكار. إلى غاية ذلك الحين، حاول ألا تستمع إليها كثيراً واتخذ إجراءات للتحرك. تدعوك الطريقة الموضحة أدناه إلى وضع أهداف واقعية، من الأفضل أن تتقدم ببطء وبإصرار بدلاً من محاولة إحراز تقدم هائل غير واقعي بين عشية وضحاها.

2.5.3 لاحظ العلاقة بين أنشطتك ومزاجك

ندعوك الآن لكتابة أنشطتك، يميل بعض الناس إلى الاعتقاد بأنه لا معنى لهذا لأنها لا فائدة منها، عندما نلاحظ بعناية، غالبًا ما نجد أنه لا تزال هناك أنشطة معينة توفر القليل من الرضا أو المتعة أو التي ستقلل من الحزن قليلاً على الأقل، حتى لو لم يكن الأمر كذلك، فإن الملاحظة ستمنحك فهمًا أفضل للعقبات التي تكبحك.

ما هي كيفية القيام بذلك ؟

باستخدام سجل النشاط، سوف تقوم بتدوين جميع الأنشطة التي تقوم بها، ساعة بساعة، السجل متاح في قسم "الجمهور العام" على موقعنا (www.tccmontreal.com/section-grand-public) لا تنتظر لتستكمله، عليك أن تملأ الشبكة تباعاً، تكون المعلومات أكثر موثوقية عند تدوينها بانتظام، مرة إلى ثلاث مرات في اليوم، اجعل هذا التمرين جزءاً من روتينك.

سوف يدعوك المعالج الخاص بك لتقييم معايير معينة بجوار كل نشاط على مقياس من 0 إلى 10: المتعة (م) plaisir (P)، التحكم (ت) maîtrise (M) أو الحزن (ح) tristesse (T) لاحظ أن التحكم هنا يشير إلى الشعور بالإنجاز. هناك بعض الأنشطة التي يمكن أن تولد إحساساً بالإنجاز عندما تفعل شيئاً مفيداً، حتى لو لم يكن ممتعاً للغاية، على سبيل المثال، فإن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب وترك أطباقه المتسخة في حوض المطبخ لفترة طويلة سيكون له ما يبرر الشعور بالرضا الكبير بعد قيامه بغسل الأطباق على الرغم من إجهاده الشديد، وتنقيطه ت=9/10، حتى لو لم يشعر بمتعة كبيرة عند القيام بذلك (م=10/2) لا تقللوا من شأن نجاحكم، تجنب مقارنة نفسك بالآخرين أو بما فعلته قبل الاكتئاب، قم بتقييم نجاحك بناءً على حالتك الحالية، لذلك قد يكون الأمر البسيط المتمثل في الذهاب لاقتناء الجريدة هو إنجاز كبير جداً قد يستحق ت=9.

احرص على ملاحظة الأوقات التي لا تكون فيها نشطاً، على سبيل المثال، يمكنك كتابة: "مشاهدة التلفزيون: م1، ت0. ح7" أو "مستلقي على الأريكة: م0، ت0. ح9" وبالتالي، سيتم ملء الشبكة من شروق الشمس إلى غروبها.

الساعة	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
7-6 سا							
7-8 سا	الاستقظ ح 3 م 0 ت 2					الاستقظ ح 3 م 0 ت 2	الاستقظ ح 4 م 0 ت 2
8-9 سا	القهوة ح 2 م 3 ت 0					متجر ح 2 م 2 ت 5	التلفز ح 7 م 2 ت 0
9-10 سا	التلفز ح 6 م 2 ت 0	الاستقظ ح 7 م 0 ت 2				متجر ح 2 م 2 ت 5	التلفز ح 7 م 2 ت 0
10-11 سا	عمل منزلي ح 3 م 3 ت 5	السري ح 8 م 0 ت 0	الاستقظ ح 7 م 0 ت 2	الاستقظ ح 7 م 0 ت 2	الاستقظ ح 7 م 0 ت 2	متجر ح 2 م 2 ت 4	التنظيم ح 3 م 3 ت 7
11-12 سا	صديق ح 1 م 5 ت 5	القهوة ح 2 م 3 ت 0	السري ح 8 م 0 ت 0	السري ح 8 م 0 ت 0	السري ح 9 م 0 ت 0	العشاء مع جون ح 5 م 2 ت 2	التنظيم ح 3 م 3 ت 7

بعد تدوين أنشطتك لبضعة أيام، حاول ملاحظة ما تفعله وما يبدو أنه يجعل مزاجك المكتئب أسوأ وما يبدو أنه يقلل من ذلك. وبذلك ستكون قادرًا على اكتشاف الحلول الممكنة. غالبًا ما تؤكد الملاحظة أن اللامبالاة تزيد من الاكتئاب وأن الأوقات النشطة قليلاً تقلل المعاناة. خلال مرحلة المراقبة هذه، يمكنك أيضًا البدء في إعداد قائمة بالأنشطة التي استمتعت بها بالفعل، والتي قد تستمتع بها أو تمنحك شعورًا بالرضا. يمكنك كتابتها على ورقة أو يمكنك استخدام النموذج المقدم لهذا الغرض ("قائمة الأنشطة" المتاحة على الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public) إذا كنت تفضل ذلك. الأنشطة التي تحمل معنى بالنسبة لك والتي تتلاءم جيدًا مع نظام القيم لديها فرصة أفضل لتحفيزك. تأكد من أن بعض هذه الأنشطة يمكن تحقيقها بسهولة في ضوء حالتك الحالية، احرص أيضًا على اختيار الأنشطة التي ستساعدك على زيادة وتنويع اتصالاتك الاجتماعية. لا تنس النشاط البدني! إنه مضاد للاكتئاب ثبت فعاليته على نطاق واسع، اختر الأنشطة المناسبة لحالتك الجسدية وتحسن تدريجيًا. استشر طبيبك أو أخصائي الحركة عند الحاجة، ستكون هذه القائمة بمثابة مصدر إلهام للخطوة التالية حيث ستزيد مستوى نشاطك تدريجيًا.

3.5.3 قم بزيادة أنشطتك

لمساعدتك على زيادة أنشطتك تدريجيًا، سيكون من المهم التخطيط لها جيدًا، قم بتخصيص وقت قصير منتظم ويومي في روتينك لتخطيط جدول أنشطتك لليوم التالي. على سبيل المثال، يمكنك القيام بذلك عند استكمال سجل نشاطك لليوم الحالي . يمكنك تدوين التخطيط الخاص بك في النموذج المقدم لهذا الغرض ("تخطيط النشاط" المتاح على الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public). استهدف تحقيق التوازن بين الأنشطة الممتعة والمجزية، ضع في اعتبارك اختيار الأنشطة التي تتضمن الاتصالات الاجتماعية والنشاط البدني، تأكد من أن هذا التخطيط واقعي بناءً على حالتك الحالية. من الأفضل أن تضع القليل في تخطيطك للتأكد من أنك تستطيع تحقيقه، عليك الشروع في العمل دون تردد أو تفاوض مع نفسك، ونظرًا لأن الجزء الصعب هو بدء العمل، فإن هذه الترددات تطيل الجزء الأكثر إيلاّمًا، لذلك بمجرد أن يبدأ النشاط، يكون عادةً أقل صعوبة، إن لم يكن أكثر إمتاعًا. هنا نفسك، كافئ نفسك وشجع نفسك. سجل يوميًا ما فعله واستمر في سجل أنشطتك، استمر في تقييم الحزن والسرور والتحكم حسب توصيات معالجك، لاحظ جيدًا تأثير هذه الأنشطة على مزاجك، ثم قم بزيادة مستوى نشاطك بشكل تدريجي للغاية، يمكنك أن تفخر بنفسك إذا كنت أكثر نشاطًا من الأسبوع السابق، عندما نسير في الاتجاه الصحيح ونثابر، يمكننا أن نتحسن كثيرًا حتى لو لم نتحرك بسرعة كبيرة.

6.3 تغيير الأفكار التي تجعلك تعاني: الطريقة المعرفية

كما رأينا في (القسم 4.2)، ترتبط أفكارنا وانفعالاتنا وسلوكياتنا واستجابتنا الجسدية ارتباطاً وثيقاً مع بعضها البعض، لقد عملنا على السلوكيات بالطريقة السلوكية. الآن سوف يتم عرضك لطريقة قد تسمح لك بتعديل الأفكار التي تغذي اكتئابك، هذه هي الطريقة المعرفية، هناك عدة طرق للقيام بذلك. في الفقرات التالية، سنقدم لك ملخصاً لهذه التقنيات، نقترح عليك القيام بذلك عندما يساعد التنشيط السلوكي في تقليل أعراض الاكتئاب وبمساعدة معالجك، لأنه في العادة تكون هذه تغييرات صعبة التنفيذ. يمكنك أيضاً أن تجد عرضاً أكثر تفصيلاً في الكتاب التالي: Greenberger, D. et Padesky, C. S. : *Dépression et anxiété comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Evides, 2005.

عادة ما نقوم بإتباع الخطوات الأربع التالية:

• فهم العلاقة بين الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات.

• تطوير عادة الوعي بالأفكار التي تثير انفعالاتك المختلفة.

• ناقش هذه الأفكار ثم استبدلها بأفكار مناسبة أكثر، ولاحظ النتيجة على مستوى الانفعالات والسلوكيات.

• يمكننا بعد ذلك، إذا دعت الحاجة، تحديد ومناقشة معتقدات معينة أعمق.

1.6.3 فهم العلاقة بين الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات

دعونا نلقي نظرة على الدور المركزي للأفكار باستخدام مثال، هل تتذكر Robert الذي يعاني من الاكتئاب؟ ذهب لزيارة والديه حيث التقى بشقيقه François، و بعد تناول وجبة مع العائلة، اقر والديه إنهما متعبين. أمام هذا الحدث، يشعر Robert بالذنب والحزن بينما يكون François سعيداً ومتحفظاً لمدهم بالمساعدة، كيف نفسر أن نفس الحدث يسبب مثل هذه الانفعالات المختلفة؟ برأيك، ما الذي يجعل روبرت وفرانسوا يشعران بانفعالات مختلفة حول نفس الحدث؟

هذه هي الأفكار، طريقة تفسيرها لملاحظة الوالدين هي مختلفة تمامًا، الحدث هو المناسبة، المثير، لكن الأفكار المتعلقة بهذا المثير هي التي ستحدد الانفعالات التي تنبع منه. في مثالنا، يمكننا أن نتخيل أن Robert يخبر نفسه أنه عبء على والديه، بينما يسعد François برؤية والديه لكونهما لا يزالان في حالة جيدة بما يكفي على الرغم من تقدمهما في السن لاستقبالهما، ويجد أنه من المؤثر أنهما يصنعان مثل هذا الجهد من باب المودة لهم.

غالبًا ما تكون أفكار الأشخاص المصابين بالاكتئاب مثل النظارات السوداء التي يرون من خلالها الواقع، ثم تأتي الانفعالات التي تنشأ من هذه الأفكار الاكتئابية لتخل بالأداء، هذا هو سبب تسميتها بالانفعالات المختلة.

إذا تمرنت لملاحظة هذه الأفكار ورؤية الأشياء بطريقة بناءة، فقد يساعدك ذلك على تقليل انفعالاتك السلبية وتحسين أدائك وبالتالي التغلب على أعراض الاكتئاب.

2.6.3 تنمية عادة الوعي بالأفكار التي تثير انفعالاتك المختلة

قبل أن تعلم مناقشة هذه الأفكار، من المهم أن تعلم كيفية تحديدها، في كثير من الأحيان، يتم أخذها كأمر مسلم به لدرجة لا ندرك أنها تغذي الانفعالات المختلة. هذا هو سبب تسميتها بالأفكار الآلية، على الرغم من أن الأمر قد يبدو بسيطًا، إلا أنه ليس من السهل تطوير عادة الانتباه، إنها عادة تتطور مع الممارسة.

لمساعدتك في القيام بذلك، يمكنك استخدام جدول تسجيل الأفكار الآلية المتاح على www.tccmontreal.com/section-grand-public. يمكنك البدء باستخدام الأعمدة الثلاثة الأولى فقط، عندما تدرك أنك تشعر بانفعال مزعج، حاول أن تأخذ بضع ثوانٍ للانتباه إلى الأفكار التي تدور في رأسك. لا تدفع نفسك بقوة، إذا كان بإمكانك القيام بذلك فهذا رائع، ولكن إذا لم تستطع فهو رائع أيضًا، لأنه في هذه المرحلة فإن الشيء الأكثر أهمية هو مجرد التعود على الانتباه، لا ينبغي أن يقودك هذا التمرين إلى اجترار أكثر لأفكارك السلبية، ولكن عليك ببساطة أن تدركها بمجرد أن تحاول لفترة وجيزة، أخبر نفسك أنها مجرد أفكار، امض قدمًا واستمر في أنشطتك. الجزء الآخر من التمرين يتعلق بتدوين بعض الأمثلة أسبوعيًا، إن أمكن واحدًا في اليوم، وللقيام بذلك استخدم الأعمدة الثلاثة الأولى من جدول تسجيل الأفكار الآلية، قم بوصف الحدث في العمود الأول بإيجاز. في العمود

الثاني، اكتب الانفعالات غير السارة التي شعرت بها في ذلك الوقت، مع تحديد شدتها على مقياس من 0 إلى 100٪ بحيث يستعمل 0 عندما يكون الانفعال غائب تمامًا و 100 عند الشعور بها مع أقصى كثافة يمكن تخيلها. في العمود الثالث، حاول تحديد الأفكار التي كانت تدور في ذهنك في ذلك الوقت، انتبه بشكل خاص لتلك التي يبدو أنها تغذي الانفعالات غير السارة التي تم تسجيلها في العمود السابق. في المثال التالي، وصف Robert في جدولته الوجدية العائلية الموضحة التي تم وصفها سابقاً.

الأفكار	الانفعالات (الشدة من 0 الى 100)	الحدث
أنا عبء كبير على والدي، فهما لا يستحقان هذا بعد كل شيء ما فعلاه من أجلي	شعور بالذنب 80٪ 60٪ تحقير الذات	والدي استقبالا وبعده الوجبة قالا لنا أنهما متعبان

3.6.3. انتقد تلك الأفكار ثم استبدلها بأفكار مناسبة أكثر، لاحظ النتيجة على مستوى الانفعالات والسلوكيات

أنت تعرف الآن كيفية تحديد الأفكار التي تغذي انفعالاتك المختلفة، حان الوقت الآن للتشكيك في صحة هذه الأفكار للتمكن من استبدالها بأفكار أكثر فائدة وأكثر دقة وأكثر ملاءمة، دعونا نرى بإيجاز كيفية القيام بذلك.

يمكنك استخدام جدول تسجيل الأفكار الآلية الموضح أدناه والمتوفر على الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public-hot من بين فيض الأفكار التي لاحظتها، ركز على الأفكار التي تبدو لك مشحونة أكثر بالانفعالات، يطلق عليهم أحياناً الأفكار المهيمنة (الأفكار الساخنة hot cognitions، الترجمة الحرفية pensées chaudes). ابدأ بتدوين الحجج التي تقودك إلى الاعتقاد بأن هذه الفكرة واقعية أو مناسبة. ثم انظر إلى الجانب الآخر من العملة، ثم حدد الحجج التي تشير إلى أن هذه الفكرة ليست صحيحة تماماً. باختصار، أنت تزن الحجج التي تناضل لصالح الفكرة وتلك التي تتعارض معها. تسمح لك هذه الخطوة بشكل عام بإدراك أن الفكرة الساخنة قد لا تكون صحيحة تماماً، سجل هذه الحجج في العمودين الرابع والخامس من الجدول (انظر مثال Robert أدناه). بمجرد أن تشكك في الأفكار الساخنة، حاول أن تجد طريقة أخرى للنظر إلى الأشياء التي قد تكون أكثر

ملاءمة أو مفيدة. سجلها في العمود السادس، ثم لاحظ النتيجة، عد إلى الانفعالات من العمود الثالث ولاحظ ما إذا كانت شدتها قد انخفضت. تدرب بانتظام، وإذا أمكن، طبق مثال واحد في اليوم، من المحتمل أن تجد أنك مع الممارسة تصبح أكثر مهارة في التشكيك في أفكارك الساخنة وبالتالي تتوصل إلى تسيير أفضل لانفعالاتك.

الحدث	الانفعالات (الشدة من 0 الى 100)	الأفكار الآلية	حقائق تدعم الفكرة	حقائق التي تناقض الفكرة	أفكار بديلة	النتيجة
والذي استقبلانا وبعد الوجبة قال لنا أنهما متعبان	شعور بالذنب 80٪ 60٪ تحقير الذات	أنا العبء كبير على والدي، فهما لا يستحقان هذا بعد كل شيء ما فعلاه من أجلي	أعلم أن والدي قلقان بشأن رؤيتي في مشكلة. يبدو أن متعبين حقاً، إنهما في العادة لا يشكيان من العدم.	عندما وصلت كانا يبدو أن سعيدين برؤيتي. يبدو أن الإرهاق بدأ في وقت متأخر من المساء، بعد أن عملا بجد لإعداد الوجبة.	صحيح أنهما قلقين بشأني، ولكن ربما ليس هذا ما أرهقهما.	الشعور بالذنب 30٪ تحقير الذات 40٪

4.6.3 يمكننا بعد ذلك، إذا دعت الحاجة، تحديد ونقد بعض المعتقدات أكثر عمقا

يمكن للمعالج أن يخبرك إذا كانت هذه الخطوة مفيدة، يمكن لبعض هذه المعتقدات أن تجعلنا عرضة للاكتئاب، وتشمل هذه الشك في الذات والمطالب العالية والكمالية.

إليك كتابان مثيران للاهتمام لمساعدتك على تحديد هذه المعتقدات وتعديلها:

- BURNS, D.D. (1985) « Être bien dans sa peau ». Deuxième et troisième parties, Ch.4 à 12. St-Lambert : Les Éditions Héritage Inc. (Burns, 1994).
- YOUNG, J. E. et KLOSKO, J. S. (1995) « Je réinvente ma vie ». Les éditions de l'homme. (Young, Perron, & Klosko, 2013).

7.3 تقنيات أخرى

قد تكون عدة تقنيات أخرى مفيدة، والأكثر منها شيوعاً هي تقنية حل المشكلات والتوكيد الذات، يتوفر دليل التوكيد الذات في القسم العام على موقعنا الإلكتروني www.tccmontreal.com

8.3 استهداف الاجترار: التأمل بالوعي الكامل (mindfulness)

تشير بعض الأبحاث إلى أن الممارسة المنتظمة للتأمل أو التقنيات ذات الصلة (التأمل القائم على العلاج المعرفي للاكتئاب MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression والعلاج بالتقبل والالتزام باستخدام ACT Acceptance and Commitment Therapy) قد تكون فعالة في علاج الاكتئاب والوقاية من الانتكاسة. تتيح لك هذه الأساليب تعلم كيفية إدارة الأفكار المهيمنة بطريقة تكميلية ومختلفة عن الطريقة المعرفية الكلاسيكية الموضحة في القسم 6.3. نحن نهدف هنا إلى اخذ مسافة عن هذه الأفكار، نعتد موقف الملاحظ المتفتح، نتعلم كيف نلاحظ الأفكار دون أن نلتزم بها، ولا نرفضها ولا نحكم عليها، ونتركها تمر ببساطة، يشبه إلى حد ما الطريقة التي نلاحظ بها السحب تمر في السماء.

قد ينصحك معالجك ببعض هذه الأساليب، هناك العديد من الكتب الجيدة التي تستهدف عامة الناس. يعرض المجلد التالي بطريقة يسهل الوصول إليها العديد من الممارسات التأملية ويتضمن قرصاً مضغوطاً لمرافقتك في التدريبات الخاصة بك، « Méditer jour après jour »، (ANDRÉ, C. (2011): Iconoclast. (André, 2011).

يمكنك أيضاً العثور على الملفات الصوتية للتأمل التي يقدمها فريق Dr. Ngô في قسم "الروابط المفيدة للجميع liens utiles pour tous" من الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public

9.3 الحفاظ على المكتسبات والوقاية من الانتكاسات

إذا لزم الأمر، يمكن أن يقترح لك معالجك تقنيات مختلفة لزيادة فرصك في الحفاظ على التحسن على المدى الطويل وحتى مواصلة تقدمك بعد نهاية العلاج.

يمكن أن تساعد عدة إجراءات بسيطة في الحفاظ على المكاسب طويلة المدى:

- مقابلات التقوية:

o هي بعض الجلسات من العلاج متفرقة في الزمن، يمكن أن يقترحها معالجك لمساعدتك في الحفاظ على التغييرات التي إفادتك كثيرا.

- ملخص العلاج:

o هذا تمرين تأخذ فيه الوقت الكافي للتفكير في كل ما قمت به للتعافي، بهدف تحديد أكثر ما كان مفيداً لك، يمكنك العثور على بطاقة العمل بعنوان: "ملخص العلاج" على الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public في القسم الخاص بالاكْتئاب.

- بطاقة الوقاية من الانتكاسة:

o يمكنك أيضاً إعداد بطاقة علاج بعنوان: "هل أعاني من انتكاسة؟" يمكنك العثور على هذا المستند ومثال عن كيفية القيام بذلك في الصفحة www.tccmontreal.com/section-grand-public في القسم الخاص بالاكْتئاب.

15.7 شرح العلاج المعرفي السلوكي لعامة الناس (الكلية الملكية للأطباء
النفسيين 2009)

La thérapie cognitivo-comportementale expliquée au
grand public (Collège Royal des Psychiatres 2009)

العلاج المعرفي السلوكي

الأهداف

هذه المطوية مخصصة لأولئك الذين يرغبون في معرفة المزيد عن العلاج المعرفي السلوكي la thérapie cognitivo-comportementale ou TCC يتناول طريقة عمله، مؤشرات، آثاره المباشرة والجانبية وكذلك العلاجات البديلة.

ما هو العلاج المعرفي السلوكي؟

هذه طريقة لاستكشاف:

- ▣ نظرتك إلى نفسك والعالم بشكل عام والآخرين
- ▣ كيف يؤثر سلوكك على أفكارك وعواطفك.

يمكن أن يساعدك العلاج المعرفي السلوكي في تغيير طريقة تفكيرك (الجانب المعرفي) والطريقة التي تتصرف بها (الجانب السلوكي) يفترض أن تحسن هذه التغييرات حالتك الانفعالية، على عكس العلاجات الأخرى، يركز هذا العلاج على مشاكلك الحالية، بدلاً من تحليل ماضيك للعثور على أسباب أعراضك، يساعدك هذا النوع من العلاج في العثور على تقنيات عملية لتشعر بتحسن الآن.

يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الحصر والاكْتئاب ونوبات الهلع وفوبيا الأماكن المفتوحة وأنواع الفوبيا الأخرى (بما في ذلك فوبيا الخلاء و الفوبيا الاجتماعية) والتوتر والشه المرضي واضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب ثنائي القطب، وذهان.

يمكن أن يساعدك العلاج المعرفي السلوكي أيضًا إذا كنت تعاني من نوبات الغضب، أو لديك تدني تقدير الذات، أو كنت تعاني من مشاكل جسدية مثل الألم أو التعب.

طريقة العمل

يساعدك العلاج المعرفي السلوكي على فهم مشاكلك بشكل أفضل عن طريق تقسيمها إلى عدة عناصر، يمكننا بعد ذلك رؤية الروابط بين هذه العناصر وتأثيرها عليك بسهولة أكبر.

يمكن تقسيم هذه العناصر على النحو التالي:

- حدث
- أفكار
- الانفعالات
- الأحاسيس الجسدية
- إجراءات

كل عنصر يمكن أن يؤثر على الآخر. يمكن أن تؤثر الطريقة التي تدرك بها مشكلة ما على أحاسيسك الجسدية والانفعالية وبالتالي تؤثر على سلوكك.

هناك طرق عديدة للاستجابة لموقف ما، يعتمد ذلك على إدراكك لهذا الموقف والذي يمكن أن يكون مساعداً أو مزعجاً.

على سبيل المثال: تعرف يوم سيء وحالتك المزاجية سيئة، تذهب للتسوق، وفي الشارع، عن طريق الصدفة تصادف شخصاً تعرفه يبدو أنه يتجاهلك تماماً.

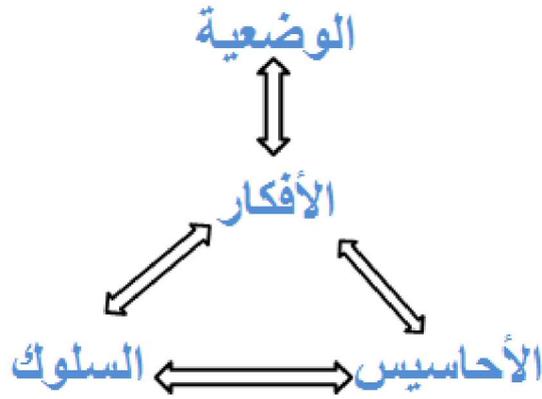
ايجابي	سلبي	
يبدو منشغلاً أتمنى أن يكون بخير	لقد تجاهلني لذا فهو غاضب ولا يحبني	الأفكار
قلق على الشخص	مكتئب، حزين، مرفوض	الانفعالات
مرتاح	تقلصات في البطن، تعب، غثيان	الأحاسيس الجسدية
نتصل به لمعرفة المزيد	الذهاب للمنزل وتجنب هذا الشخص	السلوك

في هذا المثال، نرى أنه تم تفسير نفس الموقف بطريقتين مختلفتين، كان للأفكار تأثير على الانفعالات والسلوكيات، وبالتالي فإن النتائج مختلفة في الحالتين.

في العمود الأيمن، نرى أن الشخص قد قفز إلى الاستنتاجات دون التحقق من الحقائق، نتيجة لذلك، لديه انفعالات غير مريحة وسلوكيات يمكن أن تزيد من الحصر والاكتئاب.

إذا عدنا إلى المنزل مكتئبين، فقد نميل إلى اجترار ما حدث ونشعر بمزيد من الاكتئاب، إذا اتصلنا بالشخص الآخر، يمكننا أن نشعر بتحسن، وإذا تجنبنا الشخص الآخر فلن نتحقق من التصوراتنا عنه وبالتالي، يمكن أن نشعر بأسوأ من ذلك.

إليك رسم تخطيطي مبسط للدورة التي تربط العناصر الأربعة:



يمكن لهذه "الحلقة المفرغة" أن تؤثر سلباً على انفعالاتك، ويمكن أن تخلق مواقف جديدة قد تجعل حالتك أسوأ، وقد يكون لديك إدراك غير واقعي وغير منتج عن نفسك، في أوقات الضيق، قد يميل المرء إلى القفز إلى الاستنتاجات وتفسير الأحداث بطريقة متطرفة وذات نتائج عكسية.

يمكن أن يساعدك العلاج السلوكي المعرفي في كسر هذه الحلقة المفرغة من الأفكار والانفعالات والسلوك، من خلال تجزئة عناصر هذه الدورة، ستكون قادراً (من خلال التقنيات التي يتم تعليمها خلال الجلسات) على تعديل حالتك الانفعالية، و بمرور الوقت، ستجد طرقك الخاصة للتعامل مع هذه المشكلات بشكل أفضل.

ما هو العلاج المعرفي السلوكي في الممارسة؟

المقابلات

يتم إجراء العلاج المعرفي السلوكي في مجموعات وبشكل فردي، كما انه متاح من خلال قراءة الكتب المتخصصة (على سبيل المثال، "اشعر بالرضا عن نفسك" David Burns J Etre bien dans sa peau أو "التغلب على الاكتئاب" Dennis Greenberger et Christine Padesky J Surmonter la dépression) أو برامج الإعلام الآلي التفاعلية (مثل [https:// moodgym.anu.edu.au/welcome](https://moodgym.anu.edu.au/welcome) : <http://www.lttf.com>).

إذا كنت تخضع للعلاج الفردي:

- ستلتقي بمعالج نفسي لمدة 5 إلى 20 جلسة، كل أسبوع أو كل أسبوعين. تستغرق كل جلسة ما بين 30 و 60 دقيقة.
- خلال أول جلستين إلى أربع جلسات، يمكننا معرفة ما إذا كنت مرتاحًا لهذا النوع من العلاج وما إذا كان يساعدك.
- سيسألك المعالج أسئلة حول ماضيك وحياتك الحالية، صحيح أن العلاج السلوكي المعرفي يركز على الحاضر، لكن من المهم أن يعرف المعالج القليل عن ماضيك لفهم تأثير ذلك عليك.
- ستقرر الأولويات على المدى القصير والمتوسط والطويل.
- عادة ستبدأ جلساتك بمناقشة مع المعالج حول محتوى الجلسة.

العلاج

مع المعالج سوف تجزأ المشكلة إلى عناصر منفصلة كما في المثال السابق، سيطلب منك المعالج الاحتفاظ بمسجل يومي، سيساعدك السجل على تحديد تفكيرك وانفعالاتك وأحاسيسك الجسدية وسلوكياتك.

ستلاحظان معًا أفكارك وانفعالاتك وسلوكياتك لمعرفة ما إذا كانت:

- غير واقعية أو تأتي بنتائج عكسية
- الروابط بين هذه العناصر وتأثيرها عليك

إذا لزم الأمر، سيساعدك المعالج على إعادة تقييم هذه الأفكار والسلوكيات.

من السهل قول هذا بالطبع، وأصعب للقيام به، بعد تحديد الجوانب التي ينبغي تغييرها، يقدم لك المعالج مهام منزلية - ستطبق ما تعلمته في العلاج، على سبيل المثال، يمكنك:

1. انتقاد فكرة حزينة أو سلبية واستبدالها بفكرة أكثر فائدة وواقعية
2. تدرك أنك ستتخذ إجراءات سيكون لها تأثير سلبي على حالتك العاطفية واخترتبني سلوك يكون أكثر دعماً.

في كل جلسة، ستقوم بتقييم تقدمك منذ الجلسة الأخيرة، يمكن أن يقترح معالجك تعديلات إذا بدت بعض المهام صعبة للغاية أو تؤدي إلى نتائج عكسية.

لن تضطر إلى فعل أشياء لا تريد القيام بها، ستقرر الوتيرة التي سوف تتبعها والمستوى الذي يناسبك، تتمثل إحدى ميزات العلاج المعرفي السلوكي في أنك ستكون قادرًا على تطبيق التقنيات حتى بعد انتهاء العلاج، هذا ما يجعل العلاج أكثر فعالية على المدى الطويل ويقلل من فرص الانتكاس.

ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي؟

إنه أحد أكثر العلاجات فعالية لحالات مثل الاكتئاب والاضطرابات الحصرية.

إنه العلاج النفسي الأكثر فعالية للاكتئاب المعتدل والحاد.

إنه فعال مثل مضادات الاكتئاب للعديد من أنواع الاكتئاب.

ما هي العلاجات البديلة وما مدى فعاليتها؟

يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لعدة شروط، لا يمكن سردها جميعاً، فيما يلي البدائل عندما تكون تعاني من الاكتئاب أو الحصر:

- العلاج المعرفي السلوكي غير ملائم للجميع، قد يكون أفضل لك شكل آخر من العلاج النفسي.
- العلاج المعرفي السلوكي فعال مثل مضادات الاكتئاب للعديد من أنواع الاكتئاب، قد يكون أكثر فاعلية نسبياً لاضطرابات الحصر.
- لأنواع الاكتئاب الحاد، يجب استخدام العلاج المعرفي السلوكي بالتزامن مع الأدوية، سوف تساعدك الأدوية في الوصول إلى حالة عقلية تسمح لك بالمشاركة في هذا النوع من العلاج.
- المهدئات بشكل عام لا ينبغي أن تستخدم على المدى الطويل لعلاج اضطرابات الحصر، فالعلاج المعرفي السلوكي هو الأفضل.

حدود العلاج المعرفي السلوكي

- لا يقدم العلاج المعرفي السلوكي حلاً سريعاً، والمعالج هو مثل المدرب الشخصي الذي ينصحك ويشجعك، لكن لا يمكنه يتصرف بدلا عنك.
- إذا كنت مكتئباً، غالباً ما يكون من الصعب التركيز أو تحفيز نفسك.
- للتغلب على الحصر، عليك مواجهته، قد تشعر بمزيد من القلق لبعض الوقت
- سيقوم المعالج الجيد بتكييف جلساتك مع الوتيرة التي تناسبك، ستختاران معاً ما ستفعله وبالتالي تتحكم في الموقف.

ما هي مدة العلاج؟

يمكن أن يمتد العلاج على مدى 6 أسابيع إلى 6 أشهر، يعتمد ذلك على طبيعة مشكلتك وتقدمك، يتوفر العلاج المعرفي السلوكي بشكل أو بآخر في جميع أنحاء كندا وقد يتم وضعك في قائمة الانتظار قبل تلقي العلاج.

ماذا لو عادت الأعراض؟

هناك دائمًا خطر عودة الاكتئاب أو اضطرابات الحصر، وفي هذه الحالة، من المفترض أن تساعدك التقنيات التي تعلمتها أثناء علاجك على التحكم في الأعراض بشكل أفضل، من المهم أن تستمر في ممارسة تقنيات العلاج المعرفي السلوكي حتى عندما تشعر بتحسن وفي غياب أعراض.

تشير بعض الأبحاث إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من مضادات الاكتئاب في تقليل مخاطر الانتكاسة في الاكتئاب، قد تحتاج إلى زيارة المعالج مرة أخرى حسب الحاجة.

كيف سيؤثر العلاج المعرفي السلوكي على حياتي؟

الاكتئاب والحصر مزعجان للغاية، يمكن أن يكون لهما آثار سلبية على نوعية حياتك، يمكن أن يساعدك العلاج المعرفي السلوكي في التحكم في الأعراض، ومن غير المحتمل أن يكون له تأثير سلبي على حياتك بخلاف الوقت الذي ستحتاجه لتكريسه للعلاج.

كيف يمكنني الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي؟

تحدث إلى طبيبك، قد يوصي بشخص تدرّب على العلاج المعرفي السلوكي- على سبيل المثال، مختص نفسي أو ممرضة أو أخصائي اجتماعي أو طبيب نفسي.

يمكنك محاولة مساعدة نفسك - بكتاب أو برنامج علاج ذاتي عبر الإنترنت، قد يساعدك العلاج المعرفي السلوكي أكثر إذا كان لديك أيضًا دعم من قبل متخصص.

ماذا لو كنت لا أريد هذا العلاج؟

يمكنك دائمًا أن تسأل طبيبك عما إذا كانت هناك أشكال أخرى من العلاج، يمكنك أيضًا:

- إبلاغك بهذا العلاج وغيره قبل اتخاذ قرارك؛
- جرب قبل أن تشتري كتابًا أو قرصًا مضغوطًا لبضعة أيام؛

- تريث لترى ما إذا كانت الأعراض تتحسن بدون علاج، يمكنك الاستفادة العلاج المعرفي السلوكي في وقت لاحق.

تغيير الموقف: 10 حقائق مفتاحيه حول العلاج المعرفي السلوكي

البحث: يظهر أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعدك	غير طريقة تفكيرك وتصرفك
المهام في المنزل: "بطرق الحديد يصير المرء حدادًا"	الأفق: انظر إلى الأحداث من وجهة نظر أخرى
أن التعلم يأتي بالممارسة	العمل: الأفعال لها وزن أكبر من الكلمات
التجربة: اختبر معتقداتك	الأهداف: السعي لتحقيق أهدافك
أستطيع فعله. العلاج الذاتي	الكتابة: لتتذكر نجاحاتك
الحاجة: تحديد المشكلة	

© November 2009 Royal College of Psychiatrists. This leaflet may be downloaded, printed out, photocopied and distributed free of charge as long as the Royal College of Psychiatrists is properly credited and no profit is gained from its use. Permission to reproduce it in any other way must be obtained from the Head of Publications. The College does not allow reposting of its leaflets on other sites, but allows them to be linked to directly.

16.7 نص أولي للمشاركين في العلاج المعرفي القائم على التأمل

**Texte préliminaire pour les participants à la thérapie cognitive basée
sur la méditation**

نص أولي للمشاركين في العلاج المعرفي القائم على التأمل

الاكتئاب:

الاكتئاب مشكلة شائعة جدًا عشرون بالمائة (20%) من البالغين يصابون بالاكتئاب الحاد مرة واحدة على الأقل في حياتهم، يتضمن الاكتئاب تغييرات بيولوجية في طريقة عمل الدماغ وتغيرات نفسية - في طريقة تفكيرنا وشعورنا، لهذا السبب، غالبًا ما يكون من المفيد الجمع بين العلاجات الطبية لعلاج الاكتئاب والعمل على الدماغ وذلك بالأساليب النفسية التي تعلم طرقًا جديدة للتعامل مع الأفكار والمشاعر.

علاج الاكتئاب

عندما كنت مصابًا بالاكتئاب في الماضي، قد كان طبيبك قد وصف لك مضادات الاكتئاب، إنها تعمل من خلال تأثيرها على النواقل العصبية في دماغك، في حالة الاكتئاب، تعمل هذه النواقل العصبية بشكل ضعيف، مما يقلل من مستويات الطاقة والمزاج، ويزعج شهيتك للطعام ونومك، يستغرق الأمر بعض الوقت لمضادات الاكتئاب لتصحيح النواقل العصبية، لكن معظم الناس سيشهدون تحسنًا في غضون ستة إلى ثمانية أسابيع.

على الرغم من أن مضادات الاكتئاب عادةً ما تعمل بشكل جيد لتقليل الاكتئاب، إلا أنها ليست علاجًا دائمًا - تستمر تأثيراتها فقط طالما استمرت في تناولها، قد يستمر طبيبك في وصف مضادات الاكتئاب لأشهر أو حتى سنوات، بما أنها تعتبر الآن طريقة استخدام مضادات الاكتئاب إذا كنا نرغب في الوقاية من العودة الاكتئاب.

ومع ذلك، يفضل الكثير من الناس استخدام طرق أخرى للوقاية من حالات اكتئاب الأخرى، هذا هو الغرض من البرنامج الذي تمت دعوتك للمشاركة فيه.

الوقاية من حالة اكتئاب أخرى

مهما كان سبب اكتئابك، فإن تجربة الاكتئاب لها عواقب، الأول هو أن فرص إصابتك باكتئاب آخر تزداد، الهدف من هذا البرنامج هو زيادة فرصك في الوقاية من اكتئاب آخر، خلال جلسات هذا البرنامج، ستتعلم مهارات تساعدك على توجيه أفكارك ومشاعرك بطريقة مختلفة.

نظرًا لأن العديد من الأشخاص يعانون من الاكتئاب ويتعرضون لخطر الإصابة باكتئاب آخر، فسوف تتعلم هذه المهارات في مجموعة من ثمانية أشخاص مصابين أيضًا بالاكتئاب وتم علاجهم بمضادات الاكتئاب، خلال ثماني جلسات مدة كل واحدة منها ساعتان، ستلتقي المجموعة لتتعلم طرقًا جديدة للتعامل مع ما يدور في أذهانكم، وللمشاركة ومناقشة التجارب مع المشاركين الآخرين والتي ستعيشها بشكل فردي.

الواجبات المنزلية: أهمية الممارسة

معًا، سنعمل على تغيير طرق التفكير ("الأنماط") التي تم العمل بها لفترة طويلة، يمكن أن تكون هذه الأنماط الآن عادات راسخة، لا يمكننا أن نتوقع أن ننجح في التغيير إلا إذا كررنا الوقت والجهد لتعلم مهارات جديدة.

تعتمد هذه الطريقة كليًا على رغبتنا في أداء الواجبات المنزلية بين اللقاءات، ستستغرق هذه الواجبات المنزلية ساعة على الأقل يوميًا، ستة أيام في الأسبوع، لمدة ثمانية أسابيع التي سستمر فيها البرنامج.

سيضمن ذلك مهام مثل الاستماع إلى الأشرطة المسجلة، والقيام بتمارين قصيرة وما إلى ذلك حسب الجلسات، نحن ندرك أنه غالبًا ما يكون من الصعب للغاية اقتطاع جزء من الوقت لشيء جديد، لأن حياتك مشغولة ومكثفة للغاية بالفعل، ومع ذلك، فإن هذا الالتزام بأخذ وقت لأداء واجباتك المنزلية هو جزء أساسي من البرنامج؛ إذا كنت لا تشعر بأنك قادر على الوفاء بهذا الالتزام، فمن الأفضل عدم القيام بالبرنامج في هذا الوقت.

مواجهة الصعوبات

يمكن أن تعلمك الجلسات والمهام أن تكون أكثر وعياً وأن تعيش في الحاضر في كل لحظة من حياتك. والخبر السار هو أنها ستجعل حياتك أكثر تشويقاً ونشاطاً وإثابة من ناحية أخرى، يعني مواجهة ما هو موجود حتى عندما يكون غير سار وصعب. من الناحية العملية، ستجد أن مواجهة الصعوبات والتعرف عليها هي الطريقة الأكثر فعالية وعلى المدى الطويل التقليل من المصاعب، هذا ضروري أيضاً للوقاية من الاكتئاب آخر. من الواضح أن مواجهة مشاعرك غير السارة أو الأفكار السلبية أو التجارب المؤلمة عند ظهورها، تعني أنك ستكون في وضع أفضل لاقتلاعها من المصدر، قبل أن تتطور إلى اكتئاب أقوى أو أكثر مقاومة.

ستتعلم خلال الجلسات طرقاً لطيفة للتغلب على الصعوبات التي تواجهها، وسيدعمك المدربون وأعضاء المجموعة الآخرون.

الصبر والمثابرة

نظرًا لأننا سنعمل على تغيير أنماط التفكير الراسخة، فسيتعين عليك استثمار الكثير من الوقت والجهد. يمكن أن تظهر نتائج هذه الجهود في وقت لاحق فقط، من نواحٍ عديدة، يشبه الأمر كثيرًا البستنة - فنحن نجهز الأرض، ونزرع البذور، ونتأكد من سقمها جيدًا وتغذيتها، وعندما فقط ننتظر النتائج بصبر.

ربما تكون على دراية بهذا النمط كما هو الحال في علاجك بمضادات الاكتئاب، في كثير من الأحيان، لا توجد نتائج حتى تأخذ الدواء لفترة معينة من الوقت، ومع ذلك، فإن تحسين الاكتئاب لديك يعتمد على الاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب، حتى عندما لا تشعر بأي فائدة فورية.

وبالمثل، نطلب منك أن تتعامل مع الجلسات والواجبات المنزلية بروح الصبر والمثابرة، تلزمك ببذل الوقت والجهد المطلوب منك، مع قبول ذلك بصبر على أن ثمار جهودك قد لا تظهر على الفور.

خلال اللقاء الأول، يمكنك طرح أي أسئلة لديك بخصوص هذا البيان؛ قد تجد أنه من المفيد تدوين أي نقاط تود توضيحها.

تجارب جيدة !

Léon Maurice Larouche de Segal, Z, Williams, M., Teasdale, J (2002)

ترجمة

MBCT. Guilford

17.7 العلاج النفسي التفاعلي أو البينشخصي

La psychothérapie interpersonnelle

العلاج النفسي التفاعلي أو البينشخصي

نشأ العلاج النفسي التفاعلي أو البينشخصي في أوائل الثمانينيات بفضل أعمال اثنين من الأمريكيين بشكل خاص، Gerald Klerman، طبيب نفسي، و Myrna Weissman، عاملة اجتماعية، كلاهما تكونا في التحليل النفسي، ولكنهما تأثران بشكل أساسي بالمدرسة الثقافية لـ Harry Stack Sullivan و Eric Fromm و Adolf Meyers والتي ساهمت قبل كل شيء في إبراز أهمية العلاقات التفاعلية أو البينشخصية في تكوين بينية الشخصية وكذلك في أداء الفرد يوماً بيوم، في وقت لاحق، أثرت مساهمات John Bowlby ونظريته حول التعلق بشكل كبير على الطريقة العلاجية.

يهدف الطريقة التفاعلية أو البينشخصية بشكل خاص إلى علاج الاكتئاب (لم يبدأ استخدامها إلا مؤخراً في أمراض أخرى) وهي تلي أربعة أهداف محددة:

- الاحتفاظ بالجوانب المفيدة للتحليل النفسي لعلاج الاكتئاب والتخلص من الجوانب غير الضرورية والمرهقة.
- مبدئياً وضع في الاعتبار الجوانب التفاعلية التي تعتبر أساسية في مصدر الاكتئاب والإبقاء عليه.
- انطلاقاً من هذا، وضع طريقة علاج بسيطة وسهلة الفهم ومتاحة بسهولة لكل من المرضى ومقدمي الرعاية.
- التحقق من فعاليتها عن طريق العديد من البحوث الدقيقة.

لقد تم تحقيق هذه الأهداف وهذا هو السبب في أن الطريقة التفاعلية أو البينشخصية قد اكتسبت شعبية بسرعة لتصبح أحد أكثر أشكال العلاج النفسي استخداماً في علاج الاكتئاب اليوم.

المبادئ الأساسية

دعونا نرى بإيجاز كبير مصدر الاكتئاب وفقاً للفرضية التفاعلية أو البينشخصية. خلال مرحلة الطفولة المبكرة، بسبب العجز البيولوجي أو البيئي، يفشل الفرد في تطوير علاقات تفاعلية مرضية. عندما يصبح مراهقاً، تستمر علاقاته التفاعلية بالضعف ويصبح أكثر عرضة للخسائر والاكتئاب، وعندما يحدث الاكتئاب، تتراجع مهاراته العلائقية الضعيفة مرة أخرى وهذا غالباً ما يؤدي

إلى الرفض من حوله يليه العزلة. لذلك تنشأ حلقة مفرغة: كلما زاد رفض الفرد، زاد اكتنابه وكلما زاد اكتنابه زاد رفضه وعزلته.

وبالتالي فإن الهدف من الطريقة التفاعلية هو التغلب على هذا النقص في العلاقات الشخصية، الخصائص الرئيسية لطريقة تدخلها هي كما يلي:

(أ) الأنواع الأربعة الأكثر شيوعًا والأكثر أهمية من المشاكل التفاعلية هي: استجابة الحداد المرضية، والصراعات البينشخصية وخاصة الخلافات الزوجية، وتغيير الأدوار (الطلاق، والتقاعد، وفقدان الوظيفة، وتغيير الوظيفة، وتغيير الإقامة، الخ) والعجز التفاعلي وخاصة الوحدة، في الطريقة البينشخصية، يركز العلاج على العلاقات التفاعلية ويقتصر على واحدة من هذه المشاكل وأحيانًا اثنتين على الأكثر.

(ب) العلاج النفسي التفاعلي منظم بمعنى أنه محدود الوقت (12 إلى 16 جلسة) وأن المراحل الرئيسية موصوفة ومحددة جيدًا.

(ج) يكون المعالج نشطًا وموجهًا.

(د) يركز على قدرات المريض ويحاول قبل كل شيء وهو يحاول خاصة أن يوضح له التكيف مع مشاكله بدلاً من حلها إلى الأبد.

(هـ) الطريقة التفاعلية هي تكاملية بمعنى أنها لا تستبعد العلاج الدوائي وأنها تقبل الدمج مع الطرق العلاجية الأخرى.

(و) إنها متفتحة على البحث الذي تعتبره ضروريًا لجعل العلاج النفسي أكثر صرامة وفعالية.

الطريقة التفاعلية في علاج الاكتئاب

بشكل ملموس سريريًا، طورت الطريقة التفاعلية أربعة بروتوكولات بسيطة وسهلة نسبيًا لإتباعها تتوافق مع الإشكاليات التفاعلية الأربعة الرئيسية التي تهتم بها، تشمل الأربع كلها الخطوات الثلاث التالية:

- التحديد الجيد وجمع معلومات حول المشكلة.
- وضع أهدافًا واضحة ومحدودة.
- وصف الطريقة التي ينبغي إتباعها لتحقيقها.

ها هو وصف موجز لها.

الاستجابة للحداد

(أ) التشخيص الصحيح لوجود الحداد المرضي (انظر السبعة مؤشرات الأكثر أهمية: (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984)) ص. 98.

(ب) الأهداف:

- تسهيل عملية الحداد.
- السماح للمريض بإعادة تأسيس الاهتمامات والعلاقات التي يمكن أن تحل محل تلك التي فقدتها.

(ج) كيف تتم العملية :

- مناقشة الظروف والعواقب حول الوفاة أو الفقدان.
- تحديد والعمل على المشاعر المختلفة المتعلقة بالفقدان.
- تحديد وتعديل المعتقدات المختلفة المتعلقة بالفقدان.
- مساعدة الشخص على إيجاد اهتمامات جديدة أو علاقات اجتماعية جديدة (جانب سلوكي).

الصراعات التفاعلية وخاصة الصراعات الزوجية

(أ) جمع معلومات حول وجود وطبيعة الصراع أو الصراعات.

(ب) الأهداف:

- مساعدة المريض على التحديد الجيد لوجود وطبيعة الصراعات.
- إعادة تقييم وتعديل التوقعات غير الواقعية.
- تعديل الاتصالات غير المناسبة.

(ج) كيف تتم العملية:

- تحديد الوضع الحالي للعلاقة الزوجية (إعادة التفاوض، طريق مسدود، فك العلاقة).
- حدد التوقعات واجعلها أكثر واقعية.
- تحسين التواصل.
- إذا انفصل الزوجان، تعامل مع المريض كما لو كانت استجابة حداد.

تغييرات الدور

(أ) تحديد الضغوط الرئيسية المسؤولة عن الاكتئاب بعد تغيير الدور:

- فقدان الدعم الأسري أو الروابط الأخرى.

- وجود انفعالات مختلفة: الحصر، الحزن، الغضب، إلخ.
- صعوبات التكيف مع المتطلبات الجديدة للدور الجديد.
- انخفاض في تقدير الذات بعد تغيير الدور (رحيل الزوج، الشيخوخة ، إلخ).

(ب) الأهداف:

- تسهيل الحداد على الدور القديم والتكيف مع الدور الجديد.

(ج) كيف تتم العملية:

- تحديد وإعادة تنظيم الانفعالات المختلفة المرتبطة بفقدان الدور القديم وكذلك بصعوبات التكيف مع الدور الجديد.
- اكتساب مهارات جديدة للتكيف مع الدور الجديد.
- تطوير اهتمامات جديدة وعلاقات جديدة مع الغير قيّمة في إطار الدور الجديد.

العجز التفاعلي أو البينشخصي (يتجلى في الغالب بالوحدة الشديدة)

(أ) جمع معلومات حول طبيعة الخلل في العلاقات التفاعلية، والضغوط الناتجة ودورها في إحداث الاكتئاب.

(ب) الهدف:

- التقليل من عزلة المريض.

(ج) كيف تتم العملية:

- مراجعة الجوانب السلبية والإيجابية للعلاقات التفاعلية الهامة في ماضي الفرد.
- استكشاف الجوانب المتكررة في هذه العلاقات.
- تحديد وإعادة بناء الانفعالات والمعتقدات المختلة للمريض فيما يتعلق بهذه العلاقات الفاشلة إلى حد ما، و استكشاف الانفعالات والمعتقدات حول العلاقة الحالية مع المعالج.
- تعليم المريض المهارات الاجتماعية (لعاب الأدوار).
- تشجيعه على تطوير علاقات اجتماعية جديدة.

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression, une étape à la fois*. Montréal: Éditions de l'homme.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)* American Psychiatric Publishing.
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour: L'iconoclaste*.
- Beck, A. T., & Rush, A. John. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.): Guilford Press.
- Bentler, L.E., Machado, P.P.P, Engle, D., Mohr, D. (1993). *Differential Patient Treatment among Cognitive, Experiential and Self-directed Psychotherapies*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 15-30.
- Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (1988). *La thérapie cognitive de la dépression*. Paris: Masson.
- Blier, P., El Mansari, M. (2013). *Serotonin and beyond: therapeutics for major depression*. *Philosophical Transactions: Biological Sciences* Vol. 368, No. 1615, The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies (5 April 2013) (pp. 1-7).
- Burns, D. D. (1994). *Être bien dans sa peau*: Héritage.
- Chalout, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivocomportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cottraux, J. (1990). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 414-419.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C., & Canestrari, R. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*, 153(7), 945-947. doi: 10.1176/ajp.153.7.945
- Fontaine, O., & Apfeldorfer, G. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*: Mardaga.
- Greenberg, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood*. New-York: Guilford Press.
- Greenberg, D., & Padesky, C. A. (2005). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*: Décarie Éditeurs.
- Hawton, K. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*: Oxford University Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New-york: Guilford Press.
- Kennedy, S. (2009) *CANMAT clinical guidelines for the treatment of major depressive disorders in adults*. *Journal of Affective Disorders*, 117, S1-2.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, Bruce J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*: Basic Books.
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état limite*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT® Skills Training Manual, Second Edition*: Guilford Publications.

- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry*, *190*, 496-502. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024729
- Public Health Agency of Canada (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness In Canada*. Récupéré du site gouvernemental: <http://www.phac.aspc.gc.ca/publicat/humanhumain06/index-eng.php>
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull*, *108*(1), 30-49.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New-York: Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., & Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition*: Guilford Publications.
- Williams, M. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer: La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*: O. Jacob.
- Young, J.E., Perron, M., & Klosko, J.S. (2013). *Je Réinvente Ma Vie: Vous Valez Mieux Que Vous Ne Pensez*: Editions de l'Homme.