

مستوى الاكتئاب لدى المرضى المترددين على

مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بمدينة تعز

إعداد الباحثان

أ.د. عدنان محمد عبده القاضي استاذ
دكتور

قسم الارشاد النفسي جامعة تعز

adnan.alqadh@taiz.edu.ye

adnan_alqadh@yahoo.com

د. ياسين أحمد محمد القدسي

طالب دكتوراه

تخصص علم النفس الاكلينيكي جامعة تعز

yaseenAlkadasi65@gmail.com

ملخص البحث:

هدف البحث الحالي التعرف إلى مستوى الاكتئاب لدى المرضى المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بمدينة تعز .

وذلك من خلال التعرف إلى مستوى الفروق وفقا لمتغير الجنس (ذكور- إناث) تكون مجتمع البحث الحالي من (300) مريض من المرضى المترددين على المستشفى خلال الربع الثالث من عام 2024 وتم استخدام مقياس بيك الصورة الثانية واستخراج الخصائص السيكومترية للمقياس وتوصلت النتائج إلى أن مستوى الاكتئاب لدى الجنسين من المرضى المترددين على المستشفى فوق المتوسط الفرضي للمقياس ولا توجد فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب فهو مرتفع لدى الجنسين

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب النفسي - المرضى المترددين على مستشفى الامراض النفسية والعصبية

Abstract:

The current study aimed to identify the level of depression among patients visiting the Psychiatric and Neurological Hospital in Taiz city and to examine differences according to gender (males and females). The primary research population consisted of 300 patients who visited the Psychiatric and Neurological Hospital during the third quarter of 2024. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was used as the measurement tool, and the scale's psychometric properties were extracted. The results indicated that the level of depression among patients visiting the Psychiatric Hospital in Taiz city was above the hypothetical average of the scale. Additionally, no significant differences were found between genders in terms of depression levels, as it was equally high between both males and females.

Keywords: Depression - Patients visiting the Psychiatric and Neurological Hospital

مقدمة البحث:

اطلق العالم على القرن الواحد والعشرين في مستهله بعصرالازتهار والرخا والتقدم التكنولوجي والخلو من الأمراض ومنها المعدية التي تهدد ملايين البشر من الفئة المنتجة حول العالم، إلا أن المتخصصين والمهتمين بالجانب النفسي والعقلي يطلقون على عصرنا الحالي بعصر الاكتئاب والقلق، نظراً لما يعانيه العالم برمته من أمراض وكوارث طبيعية وحروب وأزمات اقتصادية؛ أدى إلى انتشار مزيد من الأمراض والأوبئة، والإعاقات الجسمية والعقلية بمختلف مسمياتها، وارتفاع نسبة البطالة، مما انعكس سلباً على حالة الفرد النفسية والعقلية ويتصدرها الاكتئاب الذي يظهر على شكل اضطراب نفسي بسيط بشكل تدريجي ومستمر نتيجة لمتطلبات الحياة والضغط الحياتية اليومية التي يواجهها الفرد سواء كان في الجانب الغذائي أو الأمني أو العاطفي ومنها: الطلاق والنزوح والهجرة وفقدان عزيز أو خسارة مالية، ويبدأ بالحالات القريبة من السوية، ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي وكراهية الذات وإلى توقف العمليات العقلية وإيذاء النفس الذي قد يوصل إلى الانتحار.

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية في مارس (2023) أن نسبة الإصابة بالاكتئاب تزداد يوماً بعد يوم وتنفوق التقديرات المتوقعة سنوياً بنحو (3.8%) من سكان العالم، وقد حثت منظمة الصحة العالمية المنظمات الدولية على مزيد من التعاون للتعامل مع الظروف المتفاقمة في هذا الجانب.

بالرغم من التدخلات الملحوظة في تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية النفسية ووجود الأدوية النفسية الفعالة المعروفة بفعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب، إلا إن نحو 70% من هذه الحالات لم تحصل على العلاج النفسي والأدوية النفسية، ولم تتماثل للشفاء، ويلعب الوصم الاجتماعي دور كبير في ذلك، وتبرز شدة ظهور أعراض المرض لدى الجنسين دون وجود أي فروق ملحوظة لديهم، وهو ما لاحظته الباحثان أثناء عملهما بالمستشفى كونهما متخصصان بالعلاج النفسي.

مشكلة البحث The Problem of Research:

تعد مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقيداً، فهو يشمل كافة الصفات والخصائص الجسمية والعقلية والوجدانية، ويحمل مصطلح الشخصية معاني متعددة؛ فهو مفهوم متغير، كما أن العمليات التي تتكون منها الشخصية تنتظم وتتكامل بطريقة مستمرة، وتتداخل وتتشابك؛ بحيث لا يمكننا فصلها نظراً للتفاعل الدينامي فيما بينها، لذا اختلفت وجهات نظر علماء النفس، وتنوعت تفسيراتهم، وتباينت طرق وأساليب دراساتهم للشخصية الإنسانية (قشاشطة وبلقاسم، 2013:144).

ويعد الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية والعقلية الشائعة والأكثر انتشاراً وحدثاً على مستوى العالم حسب التقديرات السنوية لمنظمة الصحة العالمية أن حوالي (280) مليون شخص حول العالم يعانون من الاكتئاب بنسبة إصابة تقدر بـ (3.8%)، ويؤدي الاكتئاب في أسوأ حالاته إلى الانتحار، حيث قدرت نسبة الانتحار السنوي بحوالي (70%) من إجمالي (700.000) شخص مضطرب نفسياً حول العالم يقدموا على الانتحار كل عام، ويعد الانتحار رابع الأسباب الرئيسية للوفاة عند الأشخاص المكتئبين وخصوصاً الذين تتراوح أعمارهم بين (15-29) سنة، وهو مؤشر مخيف ومذهل في معدلات الإصابة، وفي حصد المرض لأرواح الكثيرين من الأشخاص داخل المجتمعات على مستوى العالم، وخاصةً البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (WHO 2023).

ومن الدراسات العربية التي تؤكد حجم مشكلة الاكتئاب دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية عام 2018 على (3,000) مشارك، أظهر أن نسبة انتشار الاكتئاب بلغت نحو (19%) (Ahmed, & Al-Faris, 2018,98 :104) ، وفي دراسة استقصائية شملت (6) دول عربية (مصر، العراق، الأردن، المغرب، تونس، الجزائر) عام 2019، وجدت أن متوسط انتشار الاكتئاب في المنطقة العربية يصل إلى (22%) (Khalifa, etal. 2019:16-27)

وبحث أجري في سلطنة عمان عام 2017 على عينة تكونت من (2,200) شخص، خلص إلى أن (25%) من المشاركين لديهم مستويات اكتئاب متوسطة إلى شديدة (Al-Abri,etal, 2017:45-52).

وفي اليمن أجريت دراسة عام 2020 على عينة تكونت من (1,500) شخص، وجدت أن (27%) منهم يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد (Al-Harrasi,etal, 2020.:24-32).

وتعد اليمن من البلدان المنخفضة الدخل، إضافة لما تعاني منه منذ سنوات من حرب مدمرة عكست آثارها سلباً على الفرد من حيث ارتفاع نسبة الإعاقات وتدني مستوى دخل الفرد وارتفاع معدلات البطالة وانتشار الأمراض والاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب؛ الذي أظهر نسبة ارتفاع من حيث الحدوث السنوي وفشل المعالجة وتدني مؤشر الشفاء، وهو ما تم ملاحظته من خلال عمل الباحثين كونهما متخصصان في العلاج النفسي.

لذا رأى الباحثان بلورة مشكلة البحث الحالي بالسؤالين التاليين:

1. ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى المرضى المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى المرضى المترددين على المستشفى وفقاً لمتغير الجنس (الذكور - الإناث)؟

أهمية البحث :Importance of the Research

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية حدوثاً على مستوى العالم، وهو أحد الأسباب المؤدية إلى العجز والإعاقة والوفاة، وتكمن أهمية هذا البحث كونه من المحاولات العلمية الرائدة على المستوى المحلي والعربي بحسب علم الباحث؛ حيث سيتناول مستوى بروز الأعراض المرضية لدى المرضى المكتئبين من الجنسين المترددين على المستشفى خلال الربع الثالث من عام 2024.

ويمكن تلخيص أهمية البحث في جانبين:

أ- **الأهمية النظرية:** تتمثل الأهمية النظرية للبحث في الآتي:

1. يعد هذا البحث قيمة مضافة إلى الدراسات والبحوث السابقة حيث يمكن أن يكون مرجعاً للمعالجين النفسيين والباحثين والمهتمين، للاستفادة منه، نظراً لقلّة البحوث والدراسات المقدمة في هذا الموضوع بحسب علم الباحث.
2. تزويد المكتبة اليمنية بهذا البحث؛ للاستفادة منه في قطاع الرعاية الصحية الأولية - الصحة النفسية.

ب - الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية للبحث في أنه قد يسهم في مساعدة المتخصصين والمهتمين في مجال علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية ومجال الطب النفسي لمعرفة نسبة الاكتئاب مقارنةً بالاضطرابات النفسية الأخرى، ومدى قدرة المريض الإفصاح عن ما يعانيه من أعراض وخاصةً القطاع النسوي الذي تخفي المرأة كثيراً من معاناتها خوفاً من الوصم الاجتماعي الذي يُعد أحد أسباب الانقطاع عن مواصلة العلاج سواء العلاج النفسي أو الدوائي.

أهداف البحث :Objectives of the Research

يسعى الباحثان في هذا البحث تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف إلى مستوى الاكتئاب لدى المرضى المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بمدينة تعز.
2. التعرف إلى الفروق في مستوى الأعراض الاكتئابية لدى المرضى المترددين على المستشفى وفقاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث).

تحديد المصطلحات :Definition of Terms

الاكتئاب (Depression):

يعرفه Beck (1991) بأنه "افتقار للتعزيز الإيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد" (Beck,1991: 29). يعرفه محمد (2020) بأنه "أحد الاضطرابات النفسية الشائعة والتي تتميز بالحزن الشديد وفقدان الاهتمام أو المتعة والشعور بالذنب والنظرة الدونية للذات وفقدان الشهية، والشعور بالتعب، وضعف التركيز". (محمد،2020:85). ويتبناه الباحثان تعرف بيك للاكتئاب (Beckz,1997) بأنه "اضطراب وجداني يتسم بخمسة عناصر أساسية هي:

أولاً: التقلب المزاجي الذي يشمل: الحزن والشعور بالوحدة والذنب.

ثانياً: مفاهيم خاصة عن الذات تشمل: لوم الذات وانخفاض تقدير الذات.

ثالثاً: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل: الرغبة في العزلة والموت.

رابعاً: تغيرات جسمية تشمل: الأرق وفقدان الشهية ونقص الطاقة الحيوية.

خامساً: تغير في مستوى النشاط تشمل: القصور والبطء".

حدود البحث :Limitation of the Research: يقتصر البحث الحالي على:

• الحدود الموضوعية: مستوى الاكتئاب.

• الحدود البشرية والمكانية: مرضى الاكتئاب من الجنسين تحت المعالجة في مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بمدينة تاز.

• الحدود الزمانية: الربع الثالث لعام 2024.

ثانياً: إطار نظري ودراسات سابقة

أولاً: الإطار النظري

1. مفهوم الاكتئاب (Depression):

يعرفه Beck (1991) بأنه "افتقار للتعزيز الإيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد" (Beck,1991: 29).

يعرفه محمد (2020) بأنه " أحد الاضطرابات النفسية الشائعة والتي تتميز بالحزن الشديد وفقدان الاهتمام أو المتعة والشعور بالذنب والنظرة الدونية للذات وفقدان الشهية، والشعور بالتعب، وضعف التركيز". (محمد، 2020: 85).

ويعرفه (أندرسون وآخرون، 2012: 2) بأنه "حالة من المشاعر الحزينة التي تتسم بالشدة والأستمرار، وهي ناتجة عن ظروف سلبية أو مشكلات اجتماعية ونفسية تحيط بالفرد دون أن يدرك مصدرها الحقيقي".

التعريف الطبي السيكاتري:

يعرف الاكتئاب في الطب العقلي بأنه "حالة مرضية تركز أساسًا على نوعين من الافتراض من جهة حدوث تغير في المزاج المتمثل في التشاؤم، الشعور بعدم القدرة، والاحتقار وتأنيب الذات، مع تباطؤ ملحوظ في كل من النشاط العام في السلوكيات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية" (بطرس، 2008: 309).

تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO):

عرفت منظمة الصحة العالمية الاكتئاب في تصنيفها الدولي العاشر ICD-10 بأنه "انحطاط في المريض وفقر اهتماماته مع عدم تمتع بمباهج الحياة ومع الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط، المتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه ومعاناته من الإحساس بالذنب وعدم الأهمية، والتشاؤم، سرعة الإنهاك أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، مع الأرق الشديد والنوم المتقطع وفقدان الشهية".

تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع (DSM-IV, 1994, 61)

تعرفه بأنه "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرًا في الأداء الوظيفي وهي:

المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، النقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم أو زيادة الوزن، أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به، ويمكن أن يكون

المزاج في الأطفال والمراهقين متهيأ يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً واضحاً في المجالات الاجتماعية والمهنية، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أوموت شخص عزيز".
وتعرفة جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الخامس (DSM-5): بأنه اعتلال عقلي يعاني فيه الفرد من الحزن، والتشاؤم، والمشاعر السلبية، وفقدان الحماس، والشعور بالذنب، مع انعدام وجود هدف للحياة، والنفور من الأنشطة ونظرته إلى العالم الخارجي، مما يجعل الفرد بعيداً عن الواقع (American Psychiatric Association, 2013).

2-أسباب الاكتئاب:

لقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث للتعرف على الأسباب المؤدية للاكتئاب، وقد توصلت تلك البحوث والدراسات إلى وجود عوامل مختلفة تشير إلى ذلك، ومنها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وما زال البحث قائم حتى هذه اللحظة عن الأسباب الحقيقية المؤدية للاكتئاب.
وفيما يلي يعرض الباحث تلك الأسباب على النحو التالي:

أولاً: الأسباب البيولوجية:

1) الجينات الوراثية:

كشفت العديد من الدراسات التي أجريت على عينات من الأسر، ودراسة التوائم عن وجود مؤشر للعامل الجيني وله دور مهم في نقل الاكتئاب، وقد لوحظ انتشار الاكتئاب أوساط عائلات معينة دون سواها، وقد يرتبط ذلك بجين أحادي سائد أو متعدد الأساس الجيني، وافترضت بعض الدراسات أنه يرتبط بالجين الأنثوي، وذلك لشيوع الإصابة بالاكتئاب أوساط النساء أكثر من الرجال (إبراهيم، 1998: 23).

2) الأمينات الدماغية:

أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين)،(ولدوبامين) الذي يؤدي زيادته إلى الهوس إلى الاكتئاب، ويُعد هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب، نظراً لانخفاضه داخل الخلية، كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعطى لعلاج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وأي اختلال في إفراز بعض الهرمونات مثل هرمون الغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية، يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية، والذي قد ينتج عن اضطراب في المخ والجهاز العصبي، وقد اثبتت بعض الباحثين بأن الخلل

الغدي ناتج عن خلل في الجهاز المناعي ويؤدي ذلك إلى حدوث الأعراض النفسية لدى مرضى الاكتئاب، وذلك من خلال الاختلال الهرموني واختلال في عملية الأيض (الميلادي، 2003:65).

(أ) الاختلال الهرموني:

تعمل الاختلالات الهرمونية على زيادة وضوح أعراض الاكتئاب وتبرز تلك الأعراض في الحالات الآتية:

- أثناء الطمث والحمل لدى المرأة.
- تقدم العمر ودخول سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية لدى المرأة.
- تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب وانبساط لدى مرضى "كوشنج" (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية) أو خلال علاج المرضى بعقار الكورتيزون (عسكر، 1998:26-27).

(ب) اختلال عمليات الأيض:

وهو الاختلال الناجم عن عمليات الهدم والبناء والتي تتركز في زيادة ونقص نسبة البوتاسيوم، والصوديوم داخل الخلايا العصبية (عكاشة، 1980: 18).

ثانياً: الأسباب الاجتماعية والبيئية:

تُعد الظروف الحياتية الضاغطة خاصة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين أو كليهما، أو الحرمان من العيش في بيئة مشبعة، والعنف الأسري والتصلب في معاملة الطفل، والتربية الاعتمادية، وكذلك العزلة الأسرية، والضغط الاقتصادي، والحياتية مثل ضغوط الانتقال والتغير، في العمل والسكن، والهجرة، لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وكذلك فإن النماذج الأبوية المكتتبة بالتأكيد تجعل الأطفال يقلدون مظاهر الاكتئاب فيتعلمون كيف يكونوا متشائمين وحزينين، وبالتالي ليس من السهل أن يثيرهم الفرح والسرور (شقيير وملمان، 1999: 124).

ثالثاً: الأسباب النفسية:

- إن عدم النضج الانفعالي، والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة لها دور مباشر وهام في الإصابة بالاكتئاب.
- ومن بين أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب لدى الفرد هي:
- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل فقدان عزيز.
- الحرمان، وفقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقد حبيب أو صديق أو ثروة أو الإصابة بمرض.
- الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
- الخبرات الصادمة (زهران، 1997:515).

3- أعراض الاكتئاب:

صنف ارون بيك Beck أعراض الاكتئاب إلى عدة مظاهر، منها:

- المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان الاستمتاع بمباهج الحياة وضعف الثقة بالنفس.
- المظاهر المعرفية: وتتضمن السلبية لمفهوم الذات، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرارات، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.
- المظاهر الواقعية: ضعف القدرة على الإنجاز، أهداف غير واقعية، هروب من الواقع.
- المظاهر الجسمية: الشعور بالتعب والإرهاق لأقل مجهود، فقدان الطاقة الجسمية والجنسية، وزيادة التعرق كما ورد في (المصري، 2011: 361).

4- تشخيص الاكتئاب:

تعد عملية تشخيص الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب من الخطوات الرئيسة والهامة في عملية تحديد مسار وخطوات العملية العلاجية من حيث وضع التنبؤات المستقبلية لنتائج العلاج، وتبدأ عملية التشخيص بجمع المعلومات الخاصة بالمفحوص ومن ثم تنظيمها وتحليلها ووضع خطة علاجية ملائمة للحالة بناءً على التشخيص الأولي الذي توصل إليه المعالج، فالتشخيص نصف العلاج.

وتعتبر عملية تشخيص الاكتئاب من العمليات الصعبة والمعقدة؛ نظراً لتداخلها، وقد اتفق معظم المتخصصين في العلاج النفسي على مجموعة من الأعراض، وأن تستمر هذه الأعراض لفترة ليسه قصيرة، ولا يشترط وجود جميع هذه الأعراض لدى مريض الاكتئاب، إذ أن نسبة وجودها هو الذي يحدد درجة حدة الاكتئاب (أبو أسعد، 2011: 355-356).

محكات تشخيص الاكتئاب وفقاً لـ (DSM- 5) (2013):

اضطراب الاكتئاب الجسيم:

ورد بالدليل الأمريكي التشخيصي الخامس تحت مسمى اضطراب بدل النوبة وهي:

- (أ) وجود خمسة أعراض أو أكثر تلاحظ تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد من الأعراض متواجداً، أما مزاجاً منخفضاً أو فقدان الاهتمام أو المتعة، بشرط ان تكون هذه الأعراض لا تتفق مع مواصفات النوبات المختلطة (الهوس الاكتئابي)، ولا ترجع إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة ما، والأعراض المعتمدة هي:

- 1- مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريبًا، ويعبر عنه إما ذاتيًا (بالشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس، أو يلاحظه من قبل الآخرين (كأنه يبدو باكيًا)، يمكن في الأطفال والمراهقين يظهر عليهم المزاج المتهيج أو مستثار.
 - 2- انخفاض بشكل واضح في الاهتمام والاستمتاع في معظم الأنشطة أو كلها تقريبًا.
 - 3- فقدان في الوزن بشكل واضح قد يصل إلى (5% في الشهر) دون اتباع نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبًا.
 - 4- الأرق، أو النوم الزائد كل يوم تقريبًا.
 - 5- التهيج النفسي الحركي أو تعوق كل يوم تقريبًا، وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو التباطؤ.
 - 6- التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبًا.
 - 7- أحاسيس بانعدام القيمة، أو شعور مفرط وغير مناسب بالذنب والذي قد تكون وهمية، ويكون هذا الشعور كل يوم تقريبًا وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضًا.
 - 8- تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريبًا، اما معبرًا عنه ذاتيًا، أو ملاحظ من قبل الآخرين.
 - 9- أفكار معاودة للموت ليس مجرد خوف من الموت أو الانتحار، دون وجود أفكار انتحارية معاودة ودون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.
- (ب) تسبب الأعراض ضيقًا وألمًا سريريًا واضحًا، أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو
(ج) غيرها من المجالات المهمة.

(د) لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة أو عن حالة طبية عامة.

(هـ) لا توجد نوبة جنون أو هوس خفيف.

5- تصنيف الاكتئاب:

هناك محاولات عديدة في العصر الحديث لتصنيف الاضطرابات النفسية والعصبية وتختلف نظم التصنيف وفقًا لمسبباتها وأعراضها، ومدى توافر وبروز هذه الأعراض، ومن هذه الاضطرابات الاكتئاب الذي صنف إلى تصنيفات مختلفة سنذكر منها ما يخدم البحث الحالي ومنها:

تصنيفات (زهرا، 2005: 515-514) وهي:

● **الاكتئاب التفاعلي "الموقفي" (Reactive Depression):**

وهو رد فعل لحدث ما أو كوارث طبيعة كالحروب والزلازل، أو الخسارة المالية أو فقدان عزيز وبهذه الحالة قد يكون المرض موقفي يزول بزوال الموقف وهو قصير المدى.

● **الاكتئاب الشرطي (Cop Depression):**

يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة أو موقف مؤلم أدت إلى ظهوره، ويظهر عند حدوث وضع مشابه أو خبرة مماثلة للخبرة السابقة .

● **الاكتئاب الخفيف (Mild Depression):**

وهو أخف صور الاكتئاب، تبدأ أعراضه على شكل شعور بالإجهاد وهبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة

● **الاكتئاب البسيط (Simple Depression):**

وهو أبسط صور الاكتئاب، لا زال الفرد في هذه المرحلة يقوم إلى حد ما بواجباته اليومية والمهنية مع بذل جهد نظراً لحالات الذهول الذي يعاني منها والشعور بالذنب والتفاهة والتهرب من تحمل المسؤولية، لكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

● **الاكتئاب الحاد (Acute Depression):**

وهو أشد صور الاكتئاب حدة، ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعتبره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله وتبدو عليه البلادة الذهنية ويختل تفكيره، وقلة الشهية والنوم ويعجز عن القيام بأي نشاط من الأنشطة العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثر الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

● **الاكتئاب المزمن (Chronice Depression):**

وهو دائم وليس متقطع تبرز لديه جميع أعراض الاكتئاب الحاد، فإذا استمر لأكثر من (6) شهور أطلق عليه اكتئاب مزمن.

● **اكتئاب سن اليأس (Involutional Depression Reaction):**

ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهجم والتهييج وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما تصحبه ميول انتحارية.

• اكتئاب ما بعد الولادة:

بعد الولادة تشعر المرأة بحزن مبكر مع العلم أنها لا تحتاج لأي علاج، لكن بعض النساء يشعرن باكتئاب كبير بعد لإنجاب، تكون أعراضه في الغالب وخيمة.

• الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression):

يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً لأنه عادةً ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان شخص عزيز أو خسارة مالية أو مشكلة في العمل أو مهنة أو انهيار علاقة اجتماعية وثيقة.

يعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار.

• الاكتئاب الذهاني (Psychotic cn):

ويكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل: الهلوس والهواجس وتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية ويمكن التفريق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن مريض الاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان.

• الاكتئاب كأحد دوري زهان الهوس والاكتئاب:

هو مرض ذهاني يشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، وقد يكون خليطاً من أدوار الهوس والاكتئاب، وقد يتخللها فترات انتقائية يكون الفرد فيها عادياً نسبياً.

• الاكتئاب الذهولي (الجامودي):

يمثل أقصى درجات الحدة من المرض (وهو حالة نادرة من الاكتئاب) فإذا ترك المريض وشأنه يظل راقداً دون حركة، ويتخذون وضعيات غير طبيعية، ويتحدثون قليلاً جداً ويعتادون باستخدام بعض الإشارات ليس لها أي معنى، ويعزفون عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتانوني.

• الاكتئاب التهيجي: Agitatd Depression:

تظهر على المريض بعض الأعراض الحركية النفسية، أو التهيج وكثرة الحركة والاستثارة، مع عدم الشعور بالراحة أو الاستقرار.

دراسات سابقة

يتناول هذا الجزء دراسات سابقة ذات علاقة بمتغيرات البحث المستقلة والتابعة مرتبة من الأقدم إلى الأحدث، وفيما يلي تفصيلاً لذلك.

قام أندرو وكارت (2001) Carter and Andrew : بدراسة معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المجتمع الاسترالي و الاطلاع على آراء الجمهور حول الصحة النفسية وخصوصا الاكتئاب والقلق، أُجريت الدراسة بواسطة المركز القومي للدراسات النفسية في استراليا عام 1997 اشترك في الدراسة (10641) من الأشخاص البالغين وكان معدل الاستجابة (78%) واهتم الباحثان بقياس معدل انتشار القلق والاكتئاب واضطرابات أخرى وكذلك عدد الاستشارات نتيجة المشاكل النفسية والعلاج المتلقى. وتم استخدام المقابلة الشخصية لتحديد ماهية الاضطرابات النفسية التي تعاني منها العينة. فكانت نتائج الدراسة كالتالي: (6-13%) من العينة انطبقت عليهم معايير الإصابة بالقلق أو الاكتئاب خلال (12) شهراً، وكان لديهم فشل في أداء الوظائف اليومية وكان معدل استشارتهم للطبيب العام أو الفريق الطبي (1,4) مرة خلال فترة الدراسة، وأكثر من نصف العينة لم يستشيروا أخصائي نفسي خلال فترة الدراسة وذلك بسبب شعورهم بعدم الحاجة لذلك، وخلصت الدراسة إلى أن معظم الأشخاص الذين بحاجة إلى تلقي الخدمات النفسية لم يتلقوها بالشكل المطلوب نظراً لعدم اقدمهم على إستشارة الطبيب، مما يؤكد بأن الطبيب العام من الممكن أن يلعب دوراً كبير وفعال في تقديم الخدمات النفسية للمرضى بشكل فعال وبتكلفة أقل متى ماوصل المريض إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

دراسة بيكر وآخرون (2002) Becker al et ,هدفت الى دراسة معدل انتشار الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية وخصوصاً الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية، وهدفت الدراسة إلى التعرف على الأعراض السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق ولذلك استخدمت استبيان حول صحة المرضى (PHQ) وهو أداة مسح للتعرف وتشخيص الأمراض السيكوسوماتية وأمراض نفسية أخرى وتم تعديل المقياس ليشمل قياس معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمها مع الاكتئاب، ولذلك استخدمت عينة مقطعية عشوائية من (431) مريضاً من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية من الرجال والنساء. المرحلة الأولى من الدراسة تضمنت استخدام PHQ لمعرفة معدل انتشار الأمراض خصوصاً السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق. وزع الاستبيان على مريض، منهم (173) مريض (40%) تمت مقابلتهم بواسطة مهنين نفسيين واستخدموا R-SCID مقابلة منظمة إكلينيكية كمعيار لمصادقية استبيان صحة المرضى في المجتمع السعودي، وبعد ذلك تم استخدام المعيار أو المقياس لقياس

مدى انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من سيكوسوماتية واكتئاب على المرضى المتبعين
(258) مريضًا

كانت النتائج كالتالي:

معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية (19,3%) ومعدل انتشار الاكتئاب (20%) وخلصت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمه مع الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية مشابهة أو مساوي لمعدل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العالم، وأنه من الممكن فحص معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية بواسطة استخدام استبيان صحة المريض كأداة فعالة لهذا الغرض.

دراسة بنسليمان (2019) التي هدفت إلى تقييم مستويات الاكتئاب والقلق بين المراهقين، وتكونت العينة من (300) مراهق وتم استخدام مقياس كوفمان للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أن (40%) من المراهقين يعانون من الاكتئاب.

دراسة علي (2021) التي هدفت إلى تقييم مستوى الاكتئاب النفسي لدى طلبة الجامعات في مصر وتكونت العينة من (600) طالب وطالبة وتم استخدام مقياس الصحة النفسية العامة وتوصلت الدراسة إلى أن (55%) يعانون من مستوى معتدل إلى شديد من الاكتئاب.

دراسة جعفر (2021) التي هدفت إلى استكشاف مستويات الاكتئاب بين النساء وتأثير العوامل الاقتصادية

والاجتماعية وتكونت الدراسة من (350) امرأة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب وتوصلت الدراسة إلى أن 65% من النساء أبلغن عن مستويات معتدلة إلى شديدة من الاكتئاب.

دراسة محمد (2022) التي هدفت إلى تقييم مستوى الاكتئاب النفسي بين الشباب في اليمن وتمت على عينة (500) شاب وشابة وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب وتوصلت الدراسة إلى أن (60%) يعانون من مستويات متوسطة إلى شديدة من الاكتئاب.

دراسة بنعمر (2022) التي هدفت إلى تقييم مستويات الاكتئاب والقلق لدى طلاب المدارس الثانوية وتكونت عينة الدراسة من (400) طالب، وتم استخدام مقياس كوفمان للاكتئاب وتوصلت الدراسة إلى أن (45%) من الطلاب يعانون من الاكتئاب.

مناقشة الدراسات السابقة والإستفادة منها:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة ومناقشتها تم التوصل إلى تشابه البعض منها واختلاف البعض الآخر وذلك من حيث الآتي:

1- من حيث الأهداف:

تشابه البحث الحالي بالأهداف مع بعض الدراسات كدراسة(علي,2021) و(محمد,2022) و(جعفر,2021) حيث هدفت إلى تقييم مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة، واختلفت جزئياً مع دراسة(أندرووكارتر,2001) و(بيكروآخرون,2002) و(بنسليمان,2019) و(بنعمر,2022) حيث هدفت إلى التعرف على معدل انتشار القلق والاكتئاب وتقييم مستواه لدى أفراد عينة الدراسة.

1- من حيث العينة:

اختلفه البحث الحالي مع بعض الدراسات كدراسة (أندرووكارتر,2001) و(بنسليمان,2019) و(بنعمر,2022) حيث كان جميع أفراد العينة من الذكور فقط، بينما اتفق مع دراسة (علي,2021) و(محمد,2022) و(بيكروآخرون,2002) حيث كان أفراد العينة من الجنسين (ذكور وإناث).

كما اختلفت الجميع مع دراسة (جعفر,2021) حيث كانت افراد عينة الدراسة من الاناث.

2- من حيث منهج الدراسات:

استخدمت جميع الدراسات المنهج الوصفي.

3- من حيث أدوات الدراسات:

تبين من العرض السابق تعدد أدوات القياس المستخدمة كل بحسب دراسته ولم يستخدموا أكثر من مقياس، تشابهت دراسة (محمد,2022) و(جعفر,2021) مع دراسة (بنسليمان,2019) و(بنعمر,2022) حيث استخدموا جميعاً مقاييس للاكتئاب واختلفت مع دراسة(علي,2021) و(بيكروآخرون,2002) حيث استخدموا مقياس الصحة النفسية واستخدم (أندرو وكرتر,2001) المقابلة الشخصية.

- استفاد الباحثان من الدراسات السابقة في معرفة مدى انتشار الاكتئاب واختيار إجراءات البحث المناسب.

- فروض البحث Hypothesis of the Research:

يهدف البحث الحالي إلى التحقق من صحة الفروض الآتية:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي لمقياس بيك للاكتئاب ومتوسط درجات أفراد العينة.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المرضى المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية وفقاً لمتغير الجنس (الذكور - الإناث).

ثالثاً: منهجية البحث وإجراءاته:

يعرض هذا الجزء توصيفاً شاملاً لإجراءات البحث لتحقيق أهدافه ويتضمن: المنهج المتبع في هذا البحث، والتعريف بمجتمع البحث، وحجم وخصائص العينة، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في البحث، وخصائصها السيكومترية، وكذلك توضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً منهج البحث:

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي لمعرفة مستوى الاكتئاب لدى المرضى المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية باعتباره المناهج المناسبة لدراسة موضوع البحث الحالي.

ثانياً: مجتمع البحث:

يشمل مجتمع البحث جميع الأفراد والعناصر التي لها خصائص واحدة، ويمكن ملاحظتها والتي يسعى الباحث لدراستها للوصول إلى حل للمشكلة أو الظاهرة قيد الدراسة (عليان وغنيم، 1987: 137) (أبو علام، 2007: 127). ويتكون مجتمع البحث الحالي من جميع مرضى الاكتئاب من الجنسين المترددين على مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بمدينة تعز خلال الربع الثالث من عام 2024، والمسجلين بسجلات المستشفى، حيث بلغ إجمالي مجتمع

البحث (592) مريضاً ومريضة من مرضى الاكتئاب المترددين على المستشفى للمتابعة واستلام العلاج خلال الربع الثالث من عام 2024 م ، والجدول (1) يوضح توزيع العينة بين الجنسين :

جدول (1) يوضح مجتمع البحث بحسب متغير الجنس

الشهر	العدد		الإجمالي
	ذكور	إناث	
يوليو	150	70	220
أغسطس	102	82	184
سبتمبر	132	56	188
الإجمالي	384	208	592

3-4 عينة البحث Sample Research:

تعرف العينة بأنها: "مجموعة جزئية من مجتمع البحث يتم اختبارها بطريقة معينة لإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج، وتعميمها على مجتمع الدراسة" (عبيدان وآخرون، 1999: 86).

وشمل عينة البحث الحالي:

أ- عينة البحث الاستطلاعية:

بلغت عينة البحث الاستطلاعية (150) شخصاً من المرضى وغير المرضى، حيث تم تطبيق أداة البحث عليهم بهدف التأكد من المدة الزمنية للإجابة، ومن صدق وثبات أداة البحث، والتحقق من صلاحية التطبيق في البيئة اليمنية - مدينة تعز، كما في الجدول التالي:

جدول (2) توزيع أفراد العينة الاستطلاعية تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	82	%54.7
الإناث	68	%45.3
الإجمالي	150	

ب- عينة البحث الأساسية:

وتكونت عينة البحث الفعلية من (300) مريضاً من مرضى الاكتئاب النفسي المترددين على المستشفى والذين حصلوا على درجة مرتفعة (إكتئاب شديد) على مقياس بيك الثاني ويمثلون (50.67 %) من إجمالي مجتمع البحث البالغ عددهم (592) مريضاً الذين تتراوح أعمارهم من (30) إلى (39) سنة وفقاً لتقسيم الفئة العمرية، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، ووفقاً للمعايير الذي وضعها الباحث وهي:

- التأكد من تشخيص الحالة من قبل الطبيب المعالج بأنها حالة اكتئاب نفسي وفقاً لكرت المتابعة الخاص بالمريض.
- التأكد أن المريض ليس معاقاً ذهنياً وواعياً ومستبصراً للزمان والمكان والأشخاص ويجب عن الأسئلة الموجهة له (مستبصر بالحالة وليس ذهاني) ، والجدول التالي يوضح خصائص العينة حسب الجنس

جدول (3) يوضح خصائص العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	168	%56
الإناث	132	%44
الإجمالي	300	%100

- أن يكون المريض وفق الفئة العمرية المستهدفة من (30) إلى (39) عاماً
- أداة البحث: للتحقق من أهداف البحث استخدم الباحثان:

مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II:

يعتبر مقياس بك الثاني BDI الأول الذي نشر لأول مرة عام 1961م (Beck, word, mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

ثم ظهرت النسخة الأولى المعدلة Amended والتي يرمز له بالرمز BDI-IA في عام 1979م (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 pp.398-399).

ثم أخيراً النسخة الحالية موضوع البحث والتي يرمز لها بالرمز BDI-II ونشرت عام 1996 (Beck., Steer., & Brown, 1996-A) وقد قام غريب عبدالفتاح بإعداد ونقل الصورة الأولى المعدلة لمقياس بك إلى اللغة العربية عام 1981 واستخدمها في بحث باللغة الإنجليزية نشر عام 1984 (Ghareeb, 1984, pp.158-162)، ثم قام بنشر

الصورة المختصرة لمقياس بك الأول المعدل للاكتئاب عام 1985 (غريب 1984، 1985، 1986) واستخدمها في العديد من الدراسات (غريب، 1987، 1988، أ، 1988 - ب، 1993) (Ghareeb., 1987).

ومنذُ نشر الصورة المختصرة لمقياس بك الأول المعدل للاكتئاب بالعربية، استخدم المقياس على نطاق واسع في مصر والبلاد العربية كأداة بحثية رئيسية في دراسة الاكتئاب، ومنذُ صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية DSM-III والذي صدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1980، ثم الدليل الثالث المعدل DSM-III-R عام 1987، وأخيراً الدليل الرابع DSM-IV عام 1994 ظهرت الحاجة إلى ضرورة إجراء تعديلات في بنود مقياس بك للاكتئاب BDI وذلك لكي تتسق البنود التي يتضمنها مع محكات تشخيص الاكتئاب في هذا الدليل والذي يعد المرجع الرئيسي في التشخيص من جانب الأطباء النفسيين وكذلك الأخصائيين النفسيين والمرشدين النفسيين.

وقد صدر مقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II عام 1996 (Beck., et al., 1996-A) وظهرت الحاجة في مصر والبلاد العربية إلى ضرورة إعداده ليحل مكان الصورة الأولى المعدلة المختصرة التي تستخدم حتى الآن، وذلك لكي تتواءم الدراسات النفسية مع مثيلاتها في البلاد الأخرى وأيضاً لكي يكون المقياس أداة مناسبة لتشخيص اضطرابات الاكتئاب من جانب الأطباء النفسيين والأخصائيين والمرشدين النفسيين على حد سواء، مستخدمين في ذلك لغة العصر الحالي في التعامل مع الاضطرابات العقلية.

ويتكون مقياس بك الثاني من (21) بنداً لقياس شدة الاكتئاب ابتداءً من عمر (16) سنة (ترجمة غريب عبدالفتاح عام 2000، ترجمة المقياس وتعليماته).

وتضمن مقياس بيك الثاني في صورته النهائية (21) عرض هي :

الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع، مشاعر الإثم، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، التهيج الاستثارة، فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، التردد في اتخاذ القرارات، انعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، الإرهاق أو الإجهاد، فقدان الاهتمام بالجنس.

تتميز هذه القائمة بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM-IV) للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994، تم إجراء تعديلات على القائمة سواء في صورتها الأولى BDI 1961 أو في صورتها الأولى المعدلة BDI-1A1979، أو صورتها الثانية BDI-II 1991.

الخصائص السيكومترية لمقياس بيك الثاني:

تم تطبيق المقياس على عدد (150) شخصاً وكان الهدف من هذا الاجراء هو ايجاد الخصائص السيكومترية للمقياس المتمثلة بالصدق والثبات والتي يمكن توضيحها كالآتي:

أولاً: المقياس:

يُعرف الصدق validity (بأن يقيس الاختبار ما وضع لقياسه أي الاختبار الصادق اختبار يقيس الوظيفة التي ينبغي أنه يقيسها ولا يقيس شيئاً آخر بدلاً منها أو بالإضافة إليها) .
(أحمد , ب.ت : 179) ' (ملحم , 2002 : 266) , (عبدالهادي , 2002 : 122) , (الزبيد , عليان , 2005 : 145) .

حيث تم حساب الصدق بالطرق الآتية:

- الصدق الظاهري:

تم عرض فقرات المقياس على عدد من المحكمين وقد بلغ عددهم (8) محكمين طلب منهم إبداء الرأي حول سلامة المقياس من الناحية اللغوية ومدى مناسبه للبيئة اليمنية , وبعد حساب نسبة الاتفاق بين المحكمين على عبارات المقياس والتصرفات اعتمد الباحث نسبة اتفاق (80%) بين المحكمين لقبول أو حذف التصرفات والمواقف وهذا يعني استبقاء أو حذف المواقف أو التصرفات التي يتفق عليها (6) من المحكمين، وقد أتفق جميع المحكمين على بنود وفقرات المقياس دون حذف أو إضافة.

صدق الاتساق الداخلي:

تم التحقق من هذا الصدق من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات المستجيبين على فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس (معامل الاتساق الداخلي) حيث تعد الدرجة الكلية للمقياس بمثابة قياسات معيارية آنية من خلال

ارتباطها مع أي من درجات الأفراد على العبارات وبالتالي فإن ارتباط درجة العبارة مع الدرجة الكلية يعني أن العبارة تقيس نفس المفهوم الذي يقيسه المقياس وتم حساب ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس كما يوضح ذلك الجدول التالي :

جدول (5) يوضح معاملات ارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	**0.81	11	**0.78
2	**0.88	12	**0.65
3	**0.83	13	**0.76
4	**0.58	14	**0.76
5	**0.75	15	**0.69
6	**0.70	16	**0.85
7	**0.69	17	**0.77
8	**0.75	18	**0.65
9	**0.79	19	**0.79
10	**0.85	21	**0.74

الارتباط دال عند مستوى (0.01) **

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) وهذا يشير إلى صدق بناء فقرات المقياس وصلاحيته لقياس ما أعد من أجله .

• القوة التمييزية للفقرات:

يقصد بالقوة التمييزية للمقياس " قدرة الفقرات على أن تميز بين الأفراد الحاصلين على درجات مرتفعة وبين من يحصلون على درجات منخفضة في السمة التي تقيسها الفقرات كلها " أي الاختبار (أحمد , ب.ت : 258) وأشار (Ebel) في (عودة , 1985) إلى أن الهدف من تحديد تمييز العبارات هو الإبقاء على العبارات المميزة في المقياس

(عودة , 1985: 26) وتم تحليل الفقرات إحصائياً باستخدام أسلوب المجموعتين المتطرفتين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا وفق الخطوات الآتية :

1. تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس ترتيباً تصاعدياً.
2. تم اختيار مجموعتين متطرفتين نسبة (27% مجموعة عليا , 27% مجموعة دنيا) إذ بلغ عدد أفراد كل مجموعة (41) فرداً.
3. تم اختبار الفروق بين المجموعتين باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين ($T_{test} \ n1+n2-2$) إذ اعتبرت دلالة الفروق بين المجموعتين الدنيا والعليا على فقرات المقياس مؤشراً للقوة التمييزية .

وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للفقرات باستخدام برنامج (spss) أن جميع فقرات المقياس كانت مميزة عند مستوى دلالة (0.01) كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (6) يوضح القوة التمييزية لفقرات المقياس

ت	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		الفقرات
	%27 ن=41		%27 ن=41		
	ع	م	ع	م	
** 6.05	0.00	0.88	0.00	0.72	1
**6.61	0.00	0.93	0.00	0.83	2
**5.69	0.00	0.77	0.00	0.59	3
**5.50	0.00	0.69	0.00	0.52	4
**5.52	0.00	0.79	0.00	0.59	5
**5.13	0.00	0.77	0.00	0.53	6
**7.44	0.00	0.79	0.00	0.54	7
**4.36	0.00	0.69	0.00	0.80	8
**6.55	0.00	0.81	0.00	0.41	9
**7.35	0.00	0.87	0.00	0.72	10
**5.11	0.00	0.75	0.00	0.87	11
**4.74	0.00	0.75	0.00	0.52	12
**6.97	0.00	0.78	0.00	0.48	13
**9.82	0.00	0.78	0.00	0.74	14
**4.36	0.00	0.69	0.00	1.04	15
**5.23	0.00	0.57	0.00	0.41	16
**5.33	0.00	0.79	0.00	0.57	17
**4.55	0.00	0.72	0.00	0.44	18
**5.54	0.00	0.81	0.00	0.61	19

الفقرات	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		ت
	م	ع	م	ع	
20	0.80	0.00	0.76	0.00	**7.68
21	0.59	0.00	0.71	0.00	**6.10

ن=150 جميع الفقرات دالة عند مستوى (0.01)**

يتضح من الجدول السابق ان جميع فقرات المقياس مميزة عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يدل على قدرة فقرات المقياس على التمييز بين الأشخاص العدوانيين وغير العدوانيين.

• حساب ثبات المقياس:

للثبات (Reliability) معاني عدة منها اتساق درجات الفرد بمعنى أن درجته لا تتغير جوهرياً بتكرار تطبيق المقياس عليه , وقد يعني الاستقرار بمعنى لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من

الاستقرار كما يعنى الموضوعية بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كائنًا من كان الأخصائي الذي يطبق عليه الاختبار أو الذي يصححه. (أحمد , بدون : 219) , (ملحم , 2002 : 244) .
وقد تم استخراج ثبات المقياس الحالي بالطرق الآتية:

1- طريقة التجزئة النصفية:

ولغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة قسم الباحثان فقرات المقياس إلى نصفين (فقرات فردية وفقرات زوجية) وقد تم استخراج معامل الارتباط بيرسون بين درجات النصفين و بلغ (0.91) وبعد إجراء معادلة جتمان التصحيحية بلغ معامل الثبات (0.96) والتي تمثل معامل التكافؤ بين نصفي فقرات المقياس وهي درجة عالية ودالة على ثبات المقياس.

2- طريقة الاتساق الداخلي:

تعتمد فكرة هذه الطريقة على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار، وكذلك ارتباط كل وحدة أو بند مع الاختبار ككل (عبد الرحمن , 1998 : 170) ولإستخراج الثبات بهذه الطريقة استخدم الباحثان معادلة كرونباخ الفا وهذه الطريقة تعتمد على اتساق أداء الفرد من مجال إلى آخر (ثورانديك وهيجن , 1989 : 79) وقد بلغ معامل الارتباط بهذه الطريقة (0.97) وهي قيمة عالية تدل على ثبات المقياس والجدول التالي يلخص درجات ثبات المقياس بالطريقتين:

جدول (7) يوضح معامل الثبات بطريقتي التجزئة النصفية وطريقة الاتساق الداخلي (كرونباخ الفا):

معامل الثبات	الطريقة	معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس	معادلة جتمان التصحيحية	كرونباخ الفا

0.97	0.96	0.91	الدرجة	
معامل الاتساق الداخلي لفقرات المقياس مع الدرجة الكلية	معامل تكافؤ بين نصفي الاختبار		الدلالة	

ويتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات مما يتيح استخدامه في البحث الحالي بصورة يطمئن إليها الباحثان حيث تمثل نتيجة معادلة جتمان التصحيحية درجة التكافؤ بين نصفي المقياس ونتيجة معادلة كرونباخ ألفا درجة الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية.

• طريقة تصحيح المقياس:

يتكون المقياس من (21) عبارة مكونه من أربعة خيارات مرتبة من حيث شدة الاعراض من الأدنى إلى الأعلى وهو المستوى الصفري أي عدم وجود أعراض بحيث يعطى للخيارات الأعلى شدة في الأعراض والعكس (1,0 , 2 , 3) لكل فقرة دون تكرار .

وعند التصحيح تجمع الدرجات من مقابل كل عبارة دون تكرار، وبالتالي يتم قياس مستوى الأعراض كالآتي:

جدول (8) يوضح تفسير درجات مقياس بيك للاكتئاب

الدرجة	تفسير الدرجة
9- 0	لايوجد اكتئاب
15 - 10	اكتئاب بسيط
23 - 16	اكتئاب متوسط
36 - 24	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جدا

طريقة الإجابة على المقياس:

يطلب من المستجيب أن يضع علامة (/) أمام العبارة التي تعبر عن مشاعرة الحقيقية خلال الاسبوعين الماضيين من زيارة الأخصائي النفسي.

سابعًا: الوسائل الإحصائية:

1. الاختبار التائي لعينة واحدة لإيجاد دلالة الفروق بين الوسط الفرضي للمقياس ومتوسط المجتمع.
2. الربيع الأعلى (27%) لتحديد درجات المتعالجين الأكثر ارتفاعًا في الاعراض الاكتئابية
3. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لإيجاد دلالة الفروق بين المجموعة العليا التي تمثل نسبة قطع (27%) والمجموعة الدنيا التي يمثل نسبة قطع (27%) بهدف اختيار القوة التمييزية للفقرات .

4. معامل الارتباط بيرسون لحساب ثبات المقياس استخدام معادلة جتمان التصحيحية) . بالإضافة إلى الوزن المئوي لحساب الأوزان المئوية لفقرات المقياس.

• عرض نتائج البحث ومناقشتها:

يتضمن هذا الجزء عرضاً شاملاً للنتائج التي أسفرت عن البحث مع عرض لأهم الاستنتاجات التي توصل إليها الباحث ومن ثم التوصيات والمقترحات التي خرج بها البحث الحالي.

• عرض النتائج وتفسيراتها:

أولاً: عرض نتيجة الفرض الأول ومناقشتها:

نص هذه الفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية والمتوسط الفرضي للمجتمع".
و للتحقق من صحة الفرض إحصائياً تمت معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) باستخدام الاختبار التائي لعينة ومجتمع One sample test للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي, و الجدول (9) يوضح ذلك :

جدول (9) نتائج الاختبار الثاني لعينة ومجتمع التي توضح الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية والمتوسط الفرضي للمجتمع. " (ن=300)، ودرجة الحرية(199)

المتغير	المتوسط الحسابي للعينة	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية	45.33	12.13	31.5	9.45	0.01

يتضح من الجدول (9) أن قيمة "ت" بلغت (9.45)، وهي دالة عند مستوى (0.01)، وبما أن متوسط العينة البالغ (45.33) هو أكبر من المتوسط الفرضي للمقياس الذي بلغ (31.5)، وهذا يعني أن مستوى الاكتئاب مرتفع لدى عينة الدراسة , وهذا النتيجة منطقية ولاسيما مع الوضع الاجتماعي والسياسي لأفراد العينة حيث أن فقدان بكل أنواعه المادية والمعنوية مثل فقدان الأحبة والراتب والعمل والامن والصحة والدراسة والرفاهية النفسية كل هذه العوامل تزيد من حدة الاكتئاب لدى الأفراد وما زاد من تفاقم الأمر هو قلة الوعي بطلب الخدمة النفسية ووصمة العار المتعلقة بالمرض النفسي جعل من الحالات تتفاقم في الأعراض وتؤثر بشكل سلبي على حياتهم .

ثانياً: عرض نتيجة الفرض الثاني ومناقشتها:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي لدى المرضى المترددين على مستشفى الامراض النفسية والعصبية وفقاً لمتغير الذكور والاناث ؟

و للتحقق من صحة الفرض إحصائياً تمت معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) باستخدام الاختبار التائي لعينين منفصلتين $test n1+n2-2$ للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، و الجدول (10) يوضح ذلك :

جدول (10) نتائج الاختبار التائي لعينين منفصلتين $test n1+n2-2$ التي توضح الفروق في متوسط درجات الاكتئاب على مقياس بيك وفقاً لمتغير الجنس (ن=300)، ودرجة الحرية(299)

الدالة المعنوية	ت	الاناث ن=132		الذكور ن=168		الدرجة الكلية للاكتئاب
		ع	م	ع	م	
غير دالة عند مستوى 0.01	5.05	12.05	45.6	13.02	46.3	

يتضح من الجدول (10) أنه لا يوجد فروق في الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي وفق مقياس بيك الثاني للاكتئاب بين الذكور والإناث فهو مستوى مرتفع لدى الجنسين وهذا يمكن أن يفسر ان الجنسين يعانون من نفس الظروف التي ساهمت في زيادة مستوى الاكتئاب النفسي لديهم منها الحرب وآثارها السلبية منها الوضع الاقتصادي وغلاء المعيشة وفقدان كثير من الأهل والاصدقاء بسبب الحرب والصدمات النفسية وارتفاع نسبة البطالة والتسرب من التعليم وقله فرص العمل وارتفاع نسبة الطلاق والخلافات الأسرية بسبب الوضع المعيشي وتكاليف الحياة الصعبة.

التوصيات :

- التوعية المجتمعية بمرض الاكتئاب وأسبابه ومخاطره من خلال برامج توعوية مرئية ومسموعة ومقرؤاه بان مرض الاكتئاب مرض نفسي ليس له علاقة بالجن والسحر والشعوذة وانه قابل للعلاج مثله مثل أي مرض آخر.
- أن تتولى إدارة مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بالتعاون مع مكتب الصحة والسكان بمحافظة تعز انشاء وحدة خاصة بالتوعية النفسية للمجتمع بمرض الاكتئاب بأنه مثل غيره من الأمراض قابل للشفاء وذلك بهدف نشر الوعي وتوفير سبل الوقاية من الأمراض النفسية.
- أن يتولى مكتب التربية والتعليم بالتعاون مع مكتب الصحة والسكان نشر التوعية بمرض الاكتئاب أوساط طلبية المراحل التعليمية جميعاً في مدارس الذكور والإناث والتأكيد بأنه مثل غيره من الأمراض النفسية القابل للشفاء وأن هناك عدداً من الاستراتيجيات النفسية التي تساعد في التوافق مع المحيط الاجتماعي .

- أن تتولى الجهات ذات العلاقة منها الصحة والتربية بدعم بناء برامج علاجية تساهم في الحد من تفاقم الآثار السلبية لمرض الاكتئاب .
- أن تعمل المراكز النفسية على تقديم خدمات نفسية متكاملة للمرضى النفسيين ولا يتم التركيز على جانب واحد وهو ما ركز عليها لازاروس في نظريته .
- توجة قطاع الرعاية الصحية بوزارة الصحة العامة والسكان بجلب مزيد من المنظمات لدعم قطاع الرعاية النفسية وذلك لما له من فوائد في تحسين الخدمات من حيث الكم والكيف كون مرضى الاضطرابات النفسية أكثرلماً ومعاناة من المرضى الآخرين.
- تكثيف البرامج العلاجية والارشادية النفسية، ووضع خطط علاجية منفردة ومشاركة مع العلاج الدوائي للمرضى تحت المعالجة الذين لم يتمثلوا للشفاء .
- تقديم مزيد من البرامج الارشادية والتثقيفية الهادفة لتعريف بمرض الاكتئاب للتخفيف من الوصم الاجتماعي لدى المرضى وعائلاتهم حتى يتمكنوا من الوصول إلى مقدمين الخدمات النفسية للتخفيف من شدة المعاناه.

المقترحات :

- تكثيف الجهود لتنفيذ دراسات وبحوث تهدف الى بناء برامج علاجية انتقائية وفق نظرية لازاروس لعلاج مرض الاكتئاب النفسي يتم تنفيذها منفرد ومزدوجة مع العلاج الدوائي للمرض الخاضعين للعلاج لفترات طويلة ولم يتمثلون للشفاء .
- اجراء دراسة تهدف إلى معرفة أسباب الاكتئاب لدى الشاب اليمني ونسبته على مستوى اليمن .
- تنفيذ دراسة تهدف إلى تدريب الاخصائيين النفسيين على مهارات العلاج الانتقائي للتخفيف من أعراض الاكتئاب ومن معاناة المرضى .

قائمة المراجع:

إبراهيم، عبد الستار (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. (ط. 3)، الكويت: مطابع الرسالة.

أبو أسعد، أحمد عبداللطيف (2011): علم النفس الإرشادي، (ط.1) الأردن، دار المسيرة.

بطرس، حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، (ط.1)، عمان الأردن، دار المسيرة.

بيرمان، بيرلس (2004): قواعد التشخيص والعلاج النفسي، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف (ط.1)، القاهرة، ايتراك للنشر والتوزيع.

عكاشة، أحمد (1980): علم النفس الفسيولوجي، دار المعارف، القاهرة.

قشاشطة، عبدالرحمن؛ وبالقاسم، عوين (2013): سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد الثاني.

لازاروس، أرنولد (2002): العلاج النفسي الشامل الحديث: الأسلوب متعدد الأشكال والمختصر، ترجمة: محمد حمدي الحجار، (ط.1)، بيروت: مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد، جيهان أحمد حمزة. (2020). مظاهر الإخفاقات المعرفية في مهام الحياة اليومية وعلاقتها بأعراض الاكتئاب لدى طالبات الجامعة كلية التربية بجامعة القصيم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، جامعة عين شمس، مصر، ع107، ج30، 75-122.

المصري، مصطفى (2011): دليل الممارسة لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي، برنامج الدبلوم العالي - العلاج النفسي، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

منظمة الصحة العالمية (2023): القسم الاعلامي.

محمد، أحمد (2022): مستوى الاكتئاب النفسي بين الشباب في اليمن. مجلة العلوم النفسية، 15(2)، 45-60.

علي، محمود (2021): الاكتئاب النفسي لدى طلبة الجامعات في مصر، المجلة المصرية للصحة النفسية، 12(1)، 23-38.

بنسليمان، فاطمة (2019): الاكتئاب والقلق لدى المراهقين في المغرب المجلة المغربية للصحة النفسية، 8(2)، 12-27

جعفر، رنا (2021): مستويات الاكتئاب بين النساء في لبنان. المجلة اللبنانية للصحة النفسية، 5(1)، 34-50.

بنعمر، سليم (2022): الاكتئاب والقلق لدى طلاب المدارس الثانوية في تونس، المجلة التونسية للصحة النفسية، 6(3)، 50-65

عليان، ريحى مصطفى وغنيم، عثمان محمد (1987): دراسة علم النفس الصناعي والمهني، ط1 دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: مصر.

عبيدان، محمد وآخرون (1999): منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات، ط2 دار وائل للطباعة والنشر، عمان:الأردن،

سامي محمد ملحم (2001): الارشاد والعلاج النفسي: الأسس النظرية والتطبيقية ط1، عمان، الأردن: دار المرأة.

عبدالرحمن، محمد السيد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

عبدالمنعم عبدالقادر الميلادي (2003): الأمراض والاضطرابات النفسية، ط1 ، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

زهران، حامد (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي ط1، عالم الكتاب، القاهرة.

زهران، حامد عبدالسلام (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4 ، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة: مصر.

شقيير، سلمان (1999): سيكولوجية الطفولة والراهقة، ترجمة: سعيد العزه، دار صبح للطباعة والنشر، بيروت.

ارون بيك (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: عادل مصطفى، ط1، القاهرة: دارالأفاق العربية.

عسكر، عبدالله (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، الانجلو المصرية، القاهرة.

Beck,A.(1997). cognitive therapies: Essential papers psychoanalysis. Newyork: U.S.A University prss.

American Psychiatric Association APA. (2013). Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-5). (5th ed.). Washington DC, United States of America: American Psychiatric Press.

Biggs. D. A. (1994). Dictionary of Counseling.

Dryden, W. Myttom, J. (1999). :u4 APPROches To Counseling And psychotherapy Hoboken: Taylor & Francis Ltd, London, isted.

Nelson-jones, R (2011). *Theory and Practice of Counselling and Therapy*. SAGE Publications, 5th ed.

Palmer, S. (2000). Introductione to counselling and psychotherapy The Esential Ciuide. SAGE Publication. London

Perini, S., Titov, N. and Andrews, G.(2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. Behaviour. **Aust N Z J Psychiatry**, 43(6):571-8. DOI: [10.1080/00048670902873722](https://doi.org/10.1080/00048670902873722)

Andrew, G, carter, GL,(2001). What people say about their General Practitioners Treatment of Anxiety and Depression, Medical Journal Australia .(16): 175.

Becker, Susan (2002).Screening For Somatization And Depression In Saudi Arabia: A Validation Study OF The PHQ In Primary Care, The International Journal of Psychiatry in Medicine. (32),(3).

Al-Harrasi, A., Al-Sinani, Y., & Al-Yahyai, M. (2020). Prevalence of depression among adults in Yemen: A cross-sectional study. Yemeni Journal of Psychiatry, 12(1), 24-32.

Ahmed, H. O., & Al-Faris, E. A. (2018). Prevalence of depression among adults in Saudi Arabia. Saudi Journal of Psychiatry, 22(2), 98-104.

Khalifa, D. S., Glavin, K., Bjertness, E., & Lien, L. (2019). Prevalence and risk factors for depression in Arab countries: A systematic review. Journal of Arab Mental Health, 14(1), 16-27.

Al-Abri, M. A., Al-Sinani, S., & Al-Mamari, A. (2017). Depression among adults in Oman: A community-based survey. Omani Journal of Psychiatry, 9(2), 45-52.