

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت  
كلية الآداب واللغات والعلوم الإجتماعية  
قسم العلوم الإجتماعية



مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

## دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار دراسة عيادية لحالتين بمستشفى بن زرجب بعين تموشنت

تحت إشراف الأستاذة:

د. مقداد أميرة

من إعداد الطالبة:

بن علي وسام

تاريخ المناقشة: 2023/09/21

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من

اللقب والإسم	الرتبة	الصفة
زاوي أمال	أستاذ محاضر - أ -	رئيسا
مقداد أميرة	أستاذ محاضر - أ -	مشرفا ومقررا
بن عيسى رحال نوال	أستاذ مساعد - أ -	مناقشا

السنة الجامعية: 2022 - 2023



# إهداء

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى:

من أفدت حياتها لي ولتربيته وتعليمي، إلى أغلى ما عندي في هذا الكون "أمي"

العزيزة أدامها الله لي

من كان سندا وخير داعم لي في مسيرتي العلمية "زوجي الغالي"

نور حياتي وسر سعادتي إبنتي العزيزة "ألاء رزان"

صديقتي وأختي العزيزة "بن يوب إيمان"

أساتذتي جميعا وبالأخص ملهمتي "أ. مقداد أميرة" و "أ. بن عيسى رحال نوال"

كل زملائي في علم النفس العيادي

كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع ولو بكلمة طيبة

كل من أحبهم في الله

## الشكر والعرفان

الحمد لله حمدا كثيرا مباركا طيبا والشكر لله على كرمه وعظيم مَنِّه الذي وفقني على إتمام هذا العمل والصلاة والسلام على خير خلقه محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه أجمعين.

كذلك أتقدم بالشكر الخالص لمن كان دعائهم سر نجاحي وكانوا سندا لي وعونا في هذه الدراسة "أمي" و "زوجي" أدامهما الله لي.

كما أتقدم بخالص التقدير والإحترام للأستاذة المشرفة "مقداد أميرة" التي أخصتني بالنصح والتوجيه العلمي والدعم النفسي لإتمام هذه الدراسة والتي أشكرها على وقفها معي وأمنياتي لها بدوام الصحة والعافية.

كذلك أشكر العاملين في مستشفى الحكيم بن زرجب بشكل عام والمختصة النفسية "وسيلة" بشكل خاص التي لم تبخل علي بتوجيهاتها.

كذلك أشكر كل من ساهم سواء من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل المتواضع.

## • ملخص:

إن الدراسة الحالية هدفت إلى معرفة دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، وقد تمت الدراسة بمستشفى بن زرجب بولاية عين تموشنت، وعلى هذا الأساس تمت صياغة فرضيات الدراسة حيث أن الفرضية العامة التي نصت على أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، إندرجت تحتها ثلاث فرضيات فرعية والتي نصت بدورها على أن للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية وحياة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار، للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار، وللتكفل النفسي دور في رفع مستوى تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.

ولقد تم الإعتماد على المنهج العيادي وذلك بإستخدام أهم أدواته والتي تمثلت في: الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية نصف الموجهة، كما طبق مقياس قبلي (قبل التكفل النفسي) وبعدي (بعد التكفل النفسي) لكل من مقياس بيك Beck للإكتئاب، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث cooper smith المترجمان باللغة العربية، بالإضافة إلى إختبار رسم العائلة للويس كورمان Louis Korman. تكونت عينة الدراسة من حالتين (ذكر وأنثى)، تراوحت أعمارهم ما بين (17-21) سنة، والتي تم إختيارها بطريقة قصدية.

ولقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية إلى تأكيد كل الفرضيات الفرعية مع كلتا الحالتين، وبالتالي التوصل إلى أهم نتيجة وهي تحقيق الفرضية الرئيسية مع الحالتين عينة الدراسة حيث أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، وتمت مناقشتها على ضوء الدراسات السابقة.

❖ الكلمات المفتاحية: التكفل النفسي، الإكتئاب، المراهقة، المحاولة الإنتحارية.

- **abstract:**

The current study aimed to find out the role of psychological support in alleviating the severity of depression among adolescents attempting suicide. The study was conducted at Ben Zarjab Hospital in the state of Ain Temouchent. On this basis, the study hypotheses were formulated, as the general hypothesis stipulated that psychological support has a role in alleviating Regarding the severity of depression among adolescents who attempt suicide, three sub-hypotheses are included, which in turn stipulate that psychological support has a positive role on the psychology and life of depressed adolescents who attempt suicide. Psychological support has a role in improving the academic results of depressed adolescents who attempt suicide, and psychological support has a role in raising the level of esteem. The self among depressed adolescents attempting suicide.

The clinical approach was relied upon by using its most important tools, which were: clinical observation, semi-directed clinical interview, and a pre-scale (before psychological support) and a post-test (after psychological support) were applied for both the Beck depression scale and the Cooper Smith self-esteem scale. smith, translated into Arabic, in addition to the family drawing test by Louis Korman. The study sample consisted of two cases (a male and a female), whose ages ranged between (17-21) years, and which were chosen intentionally.

The results of the current study led to the confirmation of all sub-hypotheses with both cases, and thus reaching the most important result, which is achieving the main hypothesis with the two cases of the study sample, as psychological support has a role in alleviating the severity of depression among adolescents who attempt suicide, and it was discussed in light of previous studies.

❖ **Keywords:** psychological support, depression, adolescence, suicide attempt.

## فهرس محتويات البحث

الصفحة	العنوان
أ	إهداء
ب	الشكر والعرفان
ج	ملخص
هـ	فهرس محتويات البحث
ط	قائمة الجداول
ي	قائمة الملاحق
01	مقدمة
05	الجانب النظري
06	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
07	1- إشكالية الدراسة
11	2- فرضيات الدراسة
11	3- أسباب إختيار الموضوع
12	4- أهداف الدراسة
13	5- أهمية الدراسة
13	6- صعوبات الدراسة
14	7- المصطلحات الإجرائية لمتغيرات الدراسة
15	8- الدراسات السابقة
27	الفصل الثاني: التكفل والعلاج النفسي
28	تمهيد
29	أولاً: التكفل النفسي
29	1- مفهوم التكفل النفسي
30	2- المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي
33	3- أهداف التكفل النفسي
34	4- أهمية التكفل النفسي
35	5- مراحل التكفل النفسي

37	6- التكفل النفسي بالمرهقين محاولي الإنتحار
39	<b>ثانيا: العلاج النفسي</b>
39	1- مفهوم العلاج النفسي
40	2- تعريف المختص النفسي
41	3- سمات شخصية المختص النفسي
43	4- مهام المختص النفسي
45	5- العلاجات النفسية المقترحة لعلاج الإكتئاب لدى المرهقين محاولي الإنتحار
53	خلاصة
54	<b>الفصل الثالث: الإكتئاب والمرهقة</b>
55	تمهيد
56	<b>أولا: الإكتئاب</b>
56	1- مفهوم الإكتئاب
57	2- أنواع الإكتئاب
61	3- النظريات المفسرة للإكتئاب
64	4- أسباب الإكتئاب
66	5- أعراض الإكتئاب
68	6- تشخيص الإكتئاب
69	7- الوقاية من الإكتئاب
70	8- علاج الإكتئاب
72	<b>ثانيا: المرهقة</b>
72	1- مفهوم المرهقة
74	2- الفرق بين المرهقة والبلوغ
75	3- مراحل المرهقة
76	4- خصائص النمو في المرهقة
79	5- أنماط المرهقة
80	6- النظريات المفسرة للمرهقة
83	7- مشاكل المرهقة
86	8- المرهقة والإكتئاب
87	خلاصة

88	<b>الفصل الرابع: المحاولة الإنتحارية والإنتحار</b>
89	تمهيد
90	1- مفهوم المحاولة الإنتحارية
90	2- مفهوم الإنتحار
92	3- مؤشرات المحاولة الإنتحارية
93	4- أنواع وأشكال الإنتحار
96	5- العوامل والأسباب المؤدية للمحاولة الإنتحارية
100	6- طرق المحاولة الإنتحارية والإنتحار
100	7- النظريات المفسرة للإنتحار والمحاولة الإنتحارية
104	8- المحاولة الإنتحارية والمراقبة
105	9- التكفل بمحاولة الإنتحار
106	10- الإجراءات الوقائية من المحاولة الإنتحارية
109	خلاصة
110	<b>الجانب التطبيقي</b>
111	<b>الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها</b>
112	تمهيد
113	1- متغيرات الدراسة
113	2- الدراسة الإستطلاعية
113	3- الدراسة الأساسية
114	4- حدود الدراسة المكانية والزمانية
116	5- عينة الدراسة وخصائصها
116	6- منهج الدراسة
117	7- أدوات الدراسة
123	خلاصة
124	<b>الفصل السادس: دراسة الحالة وتحليل النتائج</b>
125	تمهيد
126	<b>أولاً: دراسة الحالة</b>
126	أ. دراسة الحالة الأولى
126	1- تقديم الحالة الأولى

131	2- ملخص المقابلات العيادية للحالة الأولى
131	3- التحليل العام لإختبار رسم العائلة للحالة الأولى
132	4- نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات للحالة الأولى
133	5- التحليل العام لمقابلات الحالة الأولى
135	6- إستخلاص الأعراض والأسباب للحالة الأولى
136	7- الخطة العلاجية المتبعة على الحالة الأولى
139	II. دراسة الحالة الثانية
139	1- تقديم الحالة الثانية
143	2- ملخص المقابلات العيادية للحالة الثانية
143	3- التحليل العام لإختبار رسم العائلة للحالة الثانية
144	4- نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات للحالة الثانية
145	5- التحليل العام لمقابلات الحالة الثانية
146	6- إستخلاص الأعراض والأسباب للحالة الثانية
147	7- الخطة العلاجية المتبعة على الحالة الثانية
150	ثانياً: تحليل النتائج
150	I. عرض وتحليل ومناقشة النتائج
156	II. إستنتاج
157	خلاصة
159	الخاتمة
159	التوصيات والإقتراحات
162	قائمة المصادر والمراجع
179	الملاحق
200	ملخص

## قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
116	خصائص عينة الدراسة	01
129	جدول المقابلات العيادية للحالة الأولى	02
132	نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي والبعدي للحالة الأولى	03
132	نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي والبعدي للحالة الأولى	04
142	جدول المقابلات العيادية للحالة الثانية	05
144	نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي والبعدي للحالة الثانية	06
145	نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي والبعدي للحالة الثانية	07

## قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
180	تحليل إختبار رسم العائلة	01
190	مقياس بيك Beck للإكتئاب	02
196	مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات	03

# مقدمة

## مقدمة

تعتبر الصحة النفسية حالة من التوازن والتوافق النفسي وحالة من إكمال السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، فهي تتأثر بمجموعة من المشاكل التي تصيب الفرد وتكون تفوق قدرة تحمله مما يؤدي به إلى الإصابة بعدة اضطرابات نفسية كالقلق، الوسواس، الإكتئاب وغيرها، والتي من شأنها أن تؤدي إلى مشاكل أخرى من بينها ظاهرة الإنتحار، حيث يترتب عنها العديد من المشكلات التي تمس كافة جوانب الحياة الأسرية والاجتماعية وغيرها، ولكن بالدرجة الأولى تتأثر الأسرة بشكل كبير خاصة الأبناء الذين يصبحون ضحية لهذه الظاهرة.

كما نجد أن الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار من المواضيع المهمة في علم النفس والتي لاقت إهتمام كبير من قبل العلماء على المستوى النظري وذلك لما يشهده العالم في عصرنا الحالي، ولكن فيما يخص التكفل والعلاج النفسي لم يلقى هذا الموضوع الإهتمام المطلوب (في حدود إطلاعي) وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية للبحث عن "دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار". ومن أجل الإلمام بالموضوع تم تقسيم العمل إلى قسمين، الأول نظري والثاني ميداني نعرضهما على النحو الآتي:

❖ **الجانب النظري:** يضم أربعة فصول وهي:

**الفصل الأول:** تحت عنوان "مدخل إلى الدراسة" حيث إشتمل على إشكالية الدراسة، فرضياتها، أسباب إختيار الموضوع، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، صعوبات الدراسة، والمصطلحات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وكذلك الدراسات السابقة.

**الفصل الثاني:** تم التطرق فيه إلى "التكفل والعلاج النفسي"، حيث قسم هذا الأخير إلى جزئين الأول متعلق بالتكفل النفسي ويضم كل من مفهوم التكفل النفسي، المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي،

أهدافه، أهميته، مراحلها، وأيضا التكفل النفسي بالمرهقين محاولي الإنتحار. أما الثاني فيتعلق بالعلاج النفسي حيث يضم مفهوم هذا الأخير، تعريف المختص النفسي، سمات شخصيته، مهامه، والعلاجات النفسية المقترحة لعلاج الإكتئاب لدى المرهقين محاولي الإنتحار.

### **الفصل الثالث: خصص لدراسة "الإكتئاب والمرهقة"، حيث تم تقسيمه إلى جزئين الأول تطرقنا**

فيه إلى الإكتئاب حيث يحتوي على مفهومه، أنواعه، نظرياته، أسبابه، أعراضه، تشخيصه، الوقاية منه، وعلاجه. أما الجزء الثاني فتطرقنا فيه إلى المرهقة حيث يحتوي على مفهوم هذه المرحلة، إبراز الفرق بين المرهقة والبلوغ، ثم ذكر مراحلها، خصائصها، نظرياتها، المشاكل المترتبة عنها، بالإضافة إلى عنصر مهم متعلق بالمرهقة والإكتئاب.

### **الفصل الرابع: تضمن "المحاولة الإنتحارية والإنتحار"، حيث تم التطرق فيه إلى مفهومها، ثم**

مفهوم الإنتحار، وذكر مؤشراتنا، وأنواع الإنتحار، أسبابها، طرق الإقدام عليها، النظريات المفسرة للإنتحار والمحاولة الإنتحارية، المحاولة الإنتحارية والمرهقة، التكفل بمحاولي الإنتحار، وأيضا الإجراءات الوقائية من المحاولة الإنتحارية.

### **❖ الجانب التطبيقي: يحتوي على فصلين:**

### **الفصل الخامس: إشتهل على "منهجية الدراسة وإجراءاتها"، حيث تم التطرق فيه إلى متغيرات**

الدراسة، ثم الدراسة الإستطلاعية، والأساسية، حدود الدراسة المكانية والزمانية، بالإضافة إلى عينة الدراسة وخصائصها، منهج الدراسة، وأدواتها.

### **الفصل السادس: خصص "دراسة الحالة وتحليل النتائج"، حيث قسم إلى جزئين أولهما خصص**

لدراسة الحالة تم من خلاله إتباع خطوات دراسة الحالة من تقديم الحالة إلى تحليلها، وذلك بالنسبة لكلا الحالتين عينة الدراسة. أما الجزء الثاني خصص لتحليل النتائج الذي تم من خلاله عرض هذه الأخيرة وتحليلها ومناقشتها على ضوء الفرضيات، وإعتمادا على الدراسات السابقة، بالإضافة إلى إستنتاج.

وفي الأخير تم ختم هذه الدراسة بخاتمة مع إدراج بعض التوصيات والإقتراحات، كما يجدر

الإشارة إلى أن كل فصل من الفصول السابقة إحتوى على تمهيد وخالصة.

# الجانب النظري

# الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أسباب إختيار الموضوع.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- أهمية الدراسة.
- 6- صعوبات الدراسة.
- 7- المصطلحات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.
- 8- الدراسات السابقة.

## 1- إشكالية الدراسة:

من بين المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان مرحلة المراهقة التي تعتبر مرحلة معقدة وحرجة ومبهما في حياة الفرد، تحدث فيها تأثيرات وضغوطات وتغيرات تجعل المراهق إنسان غير متزن، حيث يسيطر عليه الإرتباك والقلق لعدم إستيعابه للدور الذي عليه أن يؤديه، ويجد صعوبة في ضبط سلوكه. بالإضافة إلى كثرة تقلباته المزاجية (الإنفعالية)، وهذا ما أكدته دراسة إريكسون Erikson لهذه المرحلة حيث يمر المراهق بأزمة هوية مقابل إضطراب الدور أي أنه إن لم يحقق المراهق هويته فإنه يفقد الدور الذي عليه أن يقوم به. "المراهقة فترة مليئة بالمشكلات، لأنها فترة الشعور والميلاد النفسي الذي يتم بالتمييز بين الأنا والأبوين، كما يقول يونج Jung كذلك هي فترة مليئة بالمشكلات لأنها فترة تغير في الإنتماء للجماعة، وفترة إنتقال من منطقة معروفة إلى منطقة مجهولة كل ما فيها لم يتضح بعد من الناحية المعرفية حتى جسم المراهق نفسه." (محمد، 1986: 10)

وتعد هذه المرحلة من أخطر المراحل التي يمر بها الفرد ضمن أطواره المختلفة التي تتسم بالتجدد المستمر، حيث يكمن الخطر في هذه المرحلة التي تنتقل من الطفولة إلى الرشد في الصراعات المتعددة الداخلية والخارجية التي يتعرض لها المراهق وفي تغيرات مظاهر النمو المختلفة التي تطرأ عليه، منها: الجسدية، الفيزيولوجية، العقلية، الإنفعالية، والإجتماعية. فالمراهقة تختلف من فرد لآخر ومن بيئة جغرافية لأخرى.

ونجد أنه من بين المشكلات التي يواجهها المراهقون في هذه المرحلة هي مشكلة الإكتئاب الذي يعتبر أحد الإضطرابات النفسية، ويتمثل في الحزن الشديد والشعور باليأس والتناقل في إنجاز أبسط الحاجات اليومية كالأكل، النوم، الدراسة، العمل وغيرها. ووفق دراسة عشوي (2016) فإن الإكتئاب هو نتاج فشل الآليات الدفاعية على إحداث التوافق مع مختلف الأحداث المؤلمة والضاغطة ما يؤدي إلى إنهيار الفرد بشكل عام والمراهق بشكل خاص ودخوله في حزن ويأس شديدين.

وحسب ما أشار إليه **كفاي (2009: 222)** فإن الإكتئاب هو "حالة من الحزن الشديد والأسى الذي يدوم فترة طويلة، وغالبا ما يكون لفقدان شيء أو موضوع عزيز". ويعرف بيك **Beck** الإكتئاب بأنه نتيجة عن إستراتيجيات المواجهة اللاتكيفية للضغوط، مع وجود وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم، وعن المستقبل والتركيز الإنتباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير، وهذا حسب ما جاء به **هوفمان، وآخرون (2011) Hofman, and others**.

كما توصلت الدراسات في الفترة الأخيرة إلى مدى الإنتشار الواسع للإكتئاب وإرتفاعه الهائل في كل أنحاء العالم، "وتقول آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب 7%-10% من سكان العالم يعانون من الإكتئاب، وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة للإصابة بهذا الإضطراب، ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول **ميلاني كلاين Melanie Klein** أحد علماء النفس بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الإكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة." (**الشرييني، 2001: 17**)

ووفق **أبو غزال (2015)** فإن الإكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية خطورة فمن شأنه أن يصبح إضطرابا مهلكا، أي بمعنى أن الإكتئاب يؤدي إلى عواقب وخيمة مثل الإنتحار، فقد أكدت الدراسات إلى أن 50% من المقدمين على الإنتحار تم تشخيصهم على أنهم حالات عانت بشكل كبير من الإكتئاب. "وهناك دليل آخر على أن العالم اليوم يعيش عصر الإكتئاب، وهو ما ورد في إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول عدد الأشخاص الذين يقدمون على الإنتحار كل عام، ويصل هذا الرقم إلى 800 ألف شخص في العالم سنويا، وهذا يمثل العبء الأساسي لإضطراب الإكتئاب لأن الإنتحار يحدث كنتيجة مباشرة للإصابة بالإكتئاب حين يصل الشخص إلى مرحلة اليأس القاتل." (**الشرييني، 2001:**

بالإضافة إلى ذلك نجد أن ما تم ذكره في الإحصائيات لا يمثل العدد الحقيقي بل يفوق ذلك ففي دراسات ميدانية تم التوصل إلى أن 80% من المصابين بالإكتئاب لا يخضعون للعلاج ولا يصرحون بذلك بل يعانون في صمت من هذا الإضطراب. فحسب ما ذكره علاونه (2009) فإن الزيادة من حدة الإكتئاب عند المراهقين تجعلهم يلجؤون إلى الإنتحار لأنه أول حل يخطر على بالهم، والذي يعتبر "فعل قتل الذات بصورة واعية عادة، معتبرا الموت كوسيلة أو كغاية." (غودفريد، 2010: 24)

ومن بين الأمور المهمة التي يجب معرفتها هي إدراك حجم المشكلة التي بين أيدينا من خلال معرفة نسبة الوفيات الناتجة عن الإنتحار سنويا مقارنة بالوفيات الأخرى، بحيث يعتبر الإنتحار من أهم وأخطر ما يواجهه المختصين في مجال الصحة النفسية لأنه يعتبر من بين الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم، بحيث يحتل المرتبة العاشرة.

ووفق دراسة محمد (2018: 40) "بلغت نسبة الوفيات كنتيجة للإنتحار 1.4% من حالات الوفيات عالميا وذلك في عام 2012 طبقا للإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. وخلال القرن الماضي وبدايات القرن الحالي فإن معدل الإنتحار كان ثابتا تقريبا وبمعدل 12 حالة لكل 100000 فرد. إن أكثر من 35 ألف شخص يموتون إنتحارا سنويا بالولايات المتحدة الأمريكية بينما يحاول أكثر من 650 ألف الإنتحار. وطبقا للدراسات الحديثة فإن 40 بالمائة من المكتئبين ممن أقدموا على الإنتحار لديهم تاريخ سابق لمحاولة الإنتحار."

وأیضا حسب ما جاءت به دراسة محمد (2018: 40-41) فإن الولايات المتحدة الأمريكية

أجرت دراسة علمية سنة 2014 ووجدت أن:

❖ "9.4 مليون ممن بلغ عمرهم ثمانية عشرة عاما أو أكثر كانت لديهم أفكار إنتحارية.

❖ 2.7 مليون تبين أن لديهم خطة محددة لتنفيذ المهمة.

❖ 1.1 مليون كانت لديهم محاولات إنتحار غير ناجحة أي أنها لم تنتهي بالوفاة."

ونظرا لصعوبة المشكلة يجب إخضاع كافة المراهقين المكتئبين الذين حاولوا الإنتحار إلى التكفل النفسي المطلوب. وحسب دراسة **محلين (2019: 12)** فإن التكفل النفسي هو "جملة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية بإستعمال الوسائل والإمكانيات العلمية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه أو مساعدته في حل مشكلة ما". ويعتبر أيضا التكفل النفسي عبارة عن مهمة يقوم بها الأخصائي النفسي والتي من خلالها يتمكن من فهم إستعدادات الفرد وقدراته وإستخدامها من أجل حل مشاكل الحالة حتى يصبح قادرا على التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة وأيضا حتى يتمكن من التخطيط لمستقبله، ويتم ذلك وفق مراحل وإستخدام وسائل محددة.

وعليه نجد أن الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار يعد من المشاكل العويصة التي لا بد أن تلقى أهمية كبيرة من خلال التكفل النفسي الدقيق والمتقن من أجل إنقاذ تلك الأرواح التي تعاني من الألم والعذاب النفسي، وذلك بالتعامل مع الأفكار التي تسيطر على تفكير المراهق المكتئب بالجدية اللازمة مع مراقبة سلوكياته بحذر. ومن هنا يتضح أن الصحة النفسية والحياة الإجتماعية من الأمور البالغة الأهمية التي من خلالها يستطيع الفرد وبالأخص المراهق ممارسة حياته بشكل طبيعي في جميع المجالات.

إن زيادة القدرة على إجراء البحوث الميدانية تلقي الضوء على الجوانب الإجتماعية والنفسية والطبية لمشكلة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، كما تهيئ للباحثين فرصا أكبر وأعظم للتقريب على معلومات صادقة، ودقيقة، وشاملة عن الذين يعانون من هذه المشكلة وبالأخص ما يترتب عنها. لذا يجب على الأخصائي النفسي أن يجعل من المراهق شخصا ذو وعي وبصيرة أفضل لأفكاره وأفعاله ويكون أكثر معرفة وإدراك لأسباب سلوكه وأكثر قدرة على حل مشكلاته المختلفة. ونظرا لأهمية هذا الموضوع جاءت الدراسة الحالية التي تسعى لمعرفة إذا كان للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار. ويمكننا من هذا المنطلق بداية بحثنا بالتساؤل التالي: هل للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار؟

وعليه جاءت الدراسة الحالية للإجابة عن التساؤل سابق الذكر، بالإضافة إلى التساؤلات الفرعية

التي تدرج تحته، وهي:

- ❖ هل للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية وحياة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار؟
- ❖ هل للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار؟
- ❖ هل للتكفل النفسي دور في رفع مستوى تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار؟

## 2- فرضيات الدراسة:

من أجل الإجابة على الأسئلة المطروحة سابقا تم صياغة الفرضيات التالية:

### 2-1- الفرضية العامة:

- ❖ للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار.

### 2-2- الفرضيات الفرعية:

- ❖ الفرضية الفرعية الأولى: للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية وحياة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.

- ❖ الفرضية الفرعية الثانية: للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.

- ❖ الفرضية الفرعية الثالثة: للتكفل النفسي دور في رفع مستوى تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.

## 3- أسباب إختيار الموضوع:

إن من أهم وأبرز العوامل التي دفعت الباحثة للقيام بهذا البحث وإختيار موضوع الدراسة الحالية

"دور التكفل النفسي في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار"، نذكر ما يلي:

- ❖ الإهتمام الشخصي بالموضوع.
- ❖ القدرة على دراسة الموضوع.
- ❖ وجود هذه الفئة في المحيط الخاص.
- ❖ تسليط الضوء أكثر على هذه الفئة وعلى مدى حاجتها للتكفل والعلاج.
- ❖ وجود نقص وندرة في تناول هذا الموضوع خاصة بالنسبة لجامعة بلحاج بوشعيب، وهذا في حدود إطلاع الباحثة.
- ❖ الرغبة في معرفة دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار.
- ❖ الرغبة في إنقاذ هذه الأرواح البريئة وتقديم لها مختلف المساعدات النفسية حتى لا تعيد هذا الفعل الإنتحاري.

#### 4- أهداف الدراسة:

- ❖ إن لكل بحث علمي أهداف يسعى إلى تحقيقها، أما بالنسبة للدراسة الحالية فتكمن أهدافها في:
- ❖ معرفة إذا كان للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.
- ❖ معرفة إذا كان للتكفل النفسي دور في تحسين حياة هذه الفئة.
- ❖ معرفة إذا كان للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لهذه الفئة.
- ❖ محاولة تحديد دور التكفل النفسي إتجاه هذه الفئة.
- ❖ توضيح مدى خطورة هذه المشكلة ومدى تأثير المحيط الخارجي على بلورتها مع محاولة تقديم العلاج والتكفل المناسب لهذه الفئة، وهذا يعتبر الهدف الرئيسي لهذه الدراسة.

**5- أهمية الدراسة:**

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- ❖ تناول مرحلة المراهقة التي تعتبر من أصعب مراحل النمو لدى الفرد.
- ❖ الإهتمام بفئة محاولي الإنتحار.
- ❖ دراسة الإكتئاب الذي يعتبر أكثر الإضطرابات النفسية خطورة.
- ❖ إستفادة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار من التكفل النفسي المقدم لهم، وأيضاً مساعدة كل من هو مهتم بهذه الفئة.
- ❖ الإثراء العلمي بمثل هذه الدراسات، بالإضافة إلى أن هذه الدراسة تمهد لدراسات مستقبلية عن كيفية التكفل النفسي بهذه الفئة.

**6- صعوبات الدراسة:**

في الدراسة الحالية تلقينا بعض الصعوبات من بينها:

- ❖ عرقلة المؤسسة من أجل إجراء التريص فيها (إستجالات مستشفى مدغري).
- ❖ قلة توفر العينة والتحفظ عليها.
- ❖ عدم تجاوب أب الحالة الثانية لتطبيق العلاج الأسري، ما تعذر منا إلغاء هذا الأخير.

## 7- المصطلحات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

تمثلت متغيرات الدراسة في المصطلحات التالية:

### 7-1- تعريف التكفل النفسي:

هو عبارة عن عملية يقوم بها المختص النفسي وذلك بالإعتماد على مختلف الطرق والفنيات العلاجية من أجل مساعدة المريض على التخلص من اضطرابه والمشاكل التي تعيق صفو حياته، وإعادة بناء توازنه النفسي، وإكسابه القدرة على التكيف مع مختلف المشكلات حتى لا تحدث له إنتكاسة.

### 7-2- تعريف الإكتئاب:

هو أحد الإضطرابات النفسية الأكثر خطورة والذي يتمثل في الشعور بالحزن الشديد واليأس، والتشاؤم، والعزلة الإجتماعية، وعدم القدرة على إنجاز أبسط الحاجات اليومية، بالإضافة إلى كراهية الذات وإيذاء النفس، أي من شأنه أن يقود صاحبه إلى الإقدام على فعل الإنتحار أو محاولة الإنتحار.

### 7-3- تعريف المراهقة:

هي أحد المراحل العمرية التي يمر بها الفرد والتي تفصل بين الطفولة والرشد، حيث تتراوح ما بين (15-23) سنة.

### 7-4- المحاولة الإنتحارية:

هي إنتحار فاشل، أي إقدام الفرد على تدمير ذاته بصفة إرادية، وذلك بقتل نفسه بإستعمال طرق مختلفة كتناول جرعات زائدة من الأدوية، أو شرب مواد سامة (كالجافيل) وغيرها، لكن يتوج هذا الفعل بالفشل، وعليه عدم وضع حد لحياته وعدم تحقيق الموت.

**8- الدراسات السابقة:**

من خلال بحثنا عن دراسات سابقة تناولت بالدراسة والتحليل متغيرات بحثنا الحالي، المعنون بدور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، وفي حدود إطلاع الباحثة فإننا لم نتحصل على دراسات مطابقة لدراستنا من حيث الإتفاق في جميع متغيرات الدراسة، ولكن تم الحصول على مجموعة من الدراسات التي هي مرتبطة نوعا ما مع دراستنا، والتي من شأنها أن تفيدنا وتساهم في إثراء بحثنا الحالي.

**8-1- الدراسات العربية:****✓ دراسة يحيوي (1996):**

"بعنوان المحاولة الإنتحارية دراسة نفسية بالمستشفى الجامعي بباب الواد ومستشفى دريد حسين للطب العقلي بالجزائر العاصمة. بحيث تمثلت عينة الدراسة في 10 حالات محاولة للإنتحار لأول مرة و 10 حالات مصابة بالإكتئاب، بإستعمال أدوات بحث تمثلت في مقياس بيك Beck للتشاؤم واليأس، سلم الضغط النفسي الإجتماعي للراشدين (DSM-3-R). وقد خلصت الدراسة إلى هذه النتائج: لا توجد فروق بين الأفراد المحاولين للإنتحار والمكتئبين من حيث التعرض لعوامل الضبط النفسي والمحاولين للإنتحار أكثر إكتئابا من المصابين بالإكتئاب في العينة بفروق دالة إحصائية، الأفراد الذين حاولوا الإنتحار يعانون من يأس شديد مقارنة بالأفراد المصابين بالإكتئاب، قد أثبتت الدراسة أن اليأس والإكتئاب عوامل ذات تأثير في تفجير السلوك الإنتحاري." (كعواش، ويايع راسو، 2020: 11)

**✓ دراسة العكاشي (2006):**

"هدفت إلى قياس العلاقة بين مظاهر ضغوط الحياة والإكتئاب واليأس وتصور الإنتحار لدى طلبة الثانويات التخصصية بشعبية المرقب، والتعرف إلى مدى إنتشار هذه المظاهر بين أفراد العينة، والتعرف على نوعية الفروق بين مجموعات الدراسة في حالة القياس الثنائي عن طريق حساب قيمة (ت)

وفي حالة القياس الجمعي عن طريق حساب قيمة (F)، كما قاست العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة منفردة عن طريق تطبيق إختبار مربع كا ( $2^k$ )، كما إستخدم الإنحدار المتعدد لمعرفة مدى إسهام المتغيرات المستقلة والوسيط في حدوث تصور الإنتحار في حالة وجودها منفردة أو مجتمعة. إتضح أن للمتغيرات المستقلة وهي: ضغوط الحياة، اليأس، الإكتئاب دورا في حدوث تصور الإنتحار، فقد ظلت ( $2^k$ ) عالية في حالة فحص العلاقة بين أي متغير من المتغيرات المستقلة وتصور الإنتحار كل على حدى، وتبين أيضا أن المتغيرات المستقلة تتوزع بشكل معتدل بين الذكور والإناث. " (الجرادات، 2015: 54)

✓ دراسة لعقاب (2008):

بعنوان بعض العوامل الأسرية والنفسية للإنتحار والمحاولة الإنتحارية، تم الإعتماد فيها على المنهج العيادي أي دراسة الحالة، تمثلت عينة الدراسة في 12 حالة من ولاية بجاية تتراوح أعمارهم بين (18-36) سنة، معظم الحالات إناث ويتمثل عددهم في 9 حالات أما الذكور 3 حالات. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إذا كان لإضطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء سبب لإقدام الشاب على محاولة الإنتحار، ونفس الشيء بالنسبة للتفكك الأسري، وغياب الإتصال بين أفراد العائلة، حيث توصلت الدراسة إلى أن الإنتحار ومحاولة الإنتحار عند الشباب يمكن تفسيره على أساس أنه مجموعة عوامل متداخلة ومتشابكة مع بعضها البعض يصعب عزل أحدهما عن العوامل الأخرى، فالمشكلات الأسرية تؤثر على النمو السليم لشخصية الفرد الأمر الذي يؤدي به إلى إيجاد صعوبة في مواجهة مختلف المشاكل والإحباطات في المستقبل، فيكون عرضة للأمراض النفسية والعصابية خاصة القلق والإكتئاب، فقدان الثقة، الوسواس، التي كثيرا ما تكون سببا في إنحراف الفرد أو إنتحاره، وعليه تم التحقق من صحة الفرضيات وتأكيدهما.

## ✓ دراسة بلحيك (2008):

بعنوان مدى فعالية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الإكتئاب، دراسة إكلينيكية على طلاب جامعة صنعاء باليمن. تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض حدة الإكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة من طلاب جامعة صنعاء، المترددون على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة. تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج التجريبي، وقد تم إختيار العينة بالطريقة القصدية، حيث تكونت عينة الدراسة من 34 حالة منها 22 ذكر و12 أنثى ممن يعانون من اضطراب الإكتئاب، و10 طلاب أسوياء يمثلون مجموعة ضابطة، تتراوح أعمارهم ما بين (19-30) سنة، بمتوسط عمري قدره 22.7 سنة، وإنحراف معياري قدره 8.92 من مختلف المستويات الدراسية. إستخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس بيك Beck الثاني للإكتئاب من ترجمة وإعداد غريب عبد الفتاح غريب، ومقياس هاملتون Hamilton لتقدير شدة الإكتئاب HRSD من إعداد وترجمة جمال التركي ولطفي فطيم، وإستبيان الأفكار التلقائية السلبية ATQ تأليف كاندال وهولون Kendall & Hollon بترجمة وإعداد الباحث، ومقياس التشويه المعرفي DAS تأليف وايزمان وبيك Weissman & Beck من ترجمة وإعداد الباحث، وأيضا ثلاث إستمارات تطبيقية من إعداد الباحث (إستمارة دراسة الحالة، إستمارة تقييم إنخفاض حدة اضطراب الإكتئاب، إستمارة مدى الإستفادة من البرنامج العلاجي ونسبة تقدير التحسن)، بالإضافة إلى المقابلات العيادية، ودليل المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية لمنظمة الصحة العالمية ICD/10-WHO، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود كفاءة وفعالية للعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب الإكتئاب خصوصا لدى طلاب الجامعة المضطربين.

## ✓ دراسة إسماعيل وآخرون (2010):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إنتشار السلوك الإنتحاري بين طلبة المدارس الثانوية في مدينة الكويت ومعرفة بعض المتغيرات التي لها علاقة بالسلوك الإنتحاري، تم الإعتماد فيها على دراسة مقطعية معتمدة على المدرسة حيث تكونت العينة من 1067 طالب وطالبة. هذا ونجد أنه تم جمع المعلومات والبيانات بإستخدام إستبيان يملئ ذاتيا دون ذكر الإسم وذلك إعتمادا على إستمارة المسح العالمي لصحة الطالب في المدرسة. وقد أسفرت النتائج بأن 8.3% أي ما يعادل 89 حالة من أصل 1067 من الطلبة لديهم سلوك إنتحاري أي أنهم يفكرون في محاولة الإنتحار أو قاموا بمحاولة الإنتحار. ونجد في هذه الدراسة أن العوامل المرتبطة معنويا بالسلوك الإنتحاري للمراهقين تشمل الكآبة (الشعور بالوحدة، والشعور بالحزن)، القلق، وإنخفاض المستوى الدراسي. كما أن العقوبة البدنية في البيت من شأنها أن تؤدي إلى السلوك الإنتحاري، وهذا الأخير أيضا يتأثر بعوامل تربوية وإجتماعية نفسية والتي بدورها تؤدي إلى إنخفاض المستوى الدراسي. (العادلي، وناصر، 2016)

## ✓ دراسة فاضلي (2010):

سعت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن الإستراتيجيات التي يستخدمها محاولي الإنتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم وأسباب معاودة هذا السلوك وذلك من خلال بعض المميزات المعرفية والشخصية المتمثلة في كل من الإكتئاب واليأس. تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، وهذا بإستخدام إستبيان إدراك الضغط لفنستاين Levenstein وإستبيان أساليب التعامل لفولكمان Folkman ولزاروس Lazarus، بالإضافة إلى مقياس بيك Beck للإكتئاب واليأس. تمثلت عينة الدراسة في 75 فرد منهم 35 إناث و40 ذكور حاولوا الإنتحار وذلك بمتوسط يتراوح ما بين مرة وأربع مرات، وهذا بمختلف المراكز الإستشفائية والعيادية بولاية عنابة. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك الضغط النفسي وإستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي

بين الفئات الثلاث لمحاولة الانتحار، وأيضا وجود فروق أخرى ذات دلالة إحصائية في كل من متغير الإكتئاب واليأس.

#### ✓ دراسة الوداد (2010):

بعنوان العوامل المهيئة للانتحار وعلاقتها ببعض المتغيرات، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الأسباب المهيئة للانتحار في البيئة الفلسطينية، تم الإعتماد فيها على المنهج الوصفي التحليلي، مع استخدام مقياس الإكتئاب، وإستبانة حول المشكلات النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من 60 مفحوص تم تقسيم العينة إلى نصفين القسم الأول 30 مفحوص للعينة التجريبية (13 حالة من الذكور بنسبة 43.3%، و 17 حالة من الإناث بنسبة 56.6%) و 30 الأخرى للعينة الضابطة (12 حالة من الذكور بنسبة 40%، و 18 حالة من الإناث بنسبة 60%)، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (14-55) سنة. وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن جميع الذين حاولوا الانتحار في عينة الدراسة كان لديهم التفكير في تنفيذ هذه المحاولة بدرجة سريعة وغير مخططة من قبل وبدون تفكير في العواقب، وبينت الدراسة أن درجة الإكتئاب النفسي تلعب دور كبير في زيادة الميول الإنتحارية؛ حيث إرتفعت الدرجة الكلية للإكتئاب في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، أما العوامل الأخرى فهي تلعب دورا مساعدا.

#### ✓ دراسة كوروغلي (2010):

بعنوان مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل الأسباب وإستراتيجيات التكفل النفسي، تم الإعتماد فيها على المنهج العيادي أي دراسة الحالة لثلاثة أفراد بالمركز الإستشفائي الجامعي تتراوح أعمارهم بين (17-21) سنة، هدف هذه الدراسة هو معرفة إذا كانت صدمة الفشل في البكالوريا تدفع المراهق إلى محاولة الانتحار، وأيضا معرفة إذا كانت صدمة الفشل العاطفي تدفع المراهق إلى محاولة الانتحار، حيث توصلت الدراسة إلى أن صدمة الفشل العاطفي من شأنها أن تؤدي بالمراهق إلى محاولة الانتحار، وهذا تبين عند كل حالات الدراسة، وبالتالي تحقيق الفرضية الثانية،

أما الفرضية الأولى فلم تحقق وذلك لعدم وجود حالات على مستوى المؤسسة الإستشفائية المعنية بالدراسة الميدانية.

#### ✓ دراسة مزياني (2020):

بعنوان أثر التكفل النفسي على المراهقين المصدومين نفسياً، تم الإعتماد فيها على المنهج العيادي مستخدمين مقياس قبلي أي قبل التكفل النفسي وبعدي وذلك بعد التكفل النفسي، بالإضافة إلى أدوات الدراسة المتمثلة في: المقابلة نصف موجهة، إختبار الروشاخ، مقياس إجهاد الصدمة المنقح وسلم جودة الحياة، تمثلت عينة الدراسة في ثلاثة حالات من المراهقين المصدومين نفسياً المتواجدين بمركز إستقبال اليتامى ضحايا الإرهاب بأمر البواقي تتراوح أعمارهم بين (19-21) سنة وهم ذكور وهذا قصد تثبيت متغير الجنس. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التكفل النفسي في التخفيف على الإنعكاسات السيكولوجية طويلة المدى لدى المراهقين المصدومين نفسياً، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى التأكد من بقاء آثار الصدمة النفسية جراء العنف الإرهابي لدى حالات مجتمع الدراسة وقد تجسد ذلك من خلال مجموعة من الأعراض الملازمة للصدمة النفسية كالتجنب والأفكار الدخيلة، الإكتئاب، الخوف والقلق، الكوابيس، تعاطي الكحول والمخدرات، وأيضاً التوصل إلى أن للتكفل النفسي أثر إيجابي على حياة ونفسية المراهقين المصدومين المتكفل بهم على مستوى المركز، بالإضافة إلى ذلك ساهمت عملية التكفل النفسي في التخفيف من حدة إضطرابات ما بعد الصدمة لدى المراهقين، كما ساهمت هذه العملية أيضاً في تحسين نوعية الحياة لدى المراهقين المصدومين، وتحسين النتائج الدراسية لهذه الفئة.

#### 8-2- الدراسات الأجنبية:

#### ✓ دراسة يونج وكلوم (1994) Yong & Clum:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تصور الإنتحار والإكتئاب، تم الإعتماد فيها على المنهج الوصفي حيث تم تطبيق مقياس مسح خبرات الحياة PSLES، ومقياس ميلر Miller لتصور

الإنتحار، ومقياس بيك Beck لليأس، ومقياس المساندة الإجتماعية لسارسون وآخرون Sarson and others، ومقياس زونج zung. تمثلت عينة الدراسة في 101 من الطلاب الآسيويين المقيمين في أمريكا منهم 73 ذكر و28 أنثى، تراوحت أعمارهم بين (18-40) سنة بمتوسط عمري قدره 23.4 سنة وإنحراف معياري 24.4. توصلت النتائج إلى أن العلاقة بين تصور الإنتحار والإكتئاب علاقة مباشرة وأن هناك مجموعة من العوامل المرضية التي تؤثر في هذه العلاقة مثل: إرتفاع مستوى الضغط النفسي، وإنخفاض السند الإجتماعي، وإفتقاد الثقة في حل المشاكل، واليأس. (فايد، 2005).

#### ✓ دراسة ستيوارت وآخرون (1999) Stewart & others:

أجريت هذه الدراسة بهدف معرفة علاقة الإكتئاب بالتفكير في الإنتحار لدى عينة من المراهقين الصينيين في هونغ كونغ. تم الإعتماد فيها على المنهج الوصفي وذلك بتطبيق قائمة بيك Beck الصينية للإكتئاب (C-BDI)، كما قومت سلسلة كبيرة من الضغوط كمنبه لمستوى التفكير الإنتحاري، تمثلت عينة الدراسة في 996 حالة من المراهقين الصينيين. وقد توصلت النتائج إلى أن التفاعل المشترك بين مستوى الضغوط والإكتئاب قد تنبأ بإمكانية حدوث الإنتحار بنسبة 33% من التباين الكلي، بالإضافة إلى أن إنخفاض رعاية الوالدين، ووجود صراع كبير مع الوالدين له أثر في التنبؤ بمستوى التفكير في الإنتحار.

#### ✓ دراسة كاتو وشابروول (2005) Catteau & Chabrol:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة والشعور بالإكتئاب والأفكار الإنتحارية عند المراهقين، تم الإعتماد فيها على إستبيان ذاتي لتقييم الأعراض الإكتئابية والأفكار الإنتحارية وإستراتيجيات المواجهة، حيث طبق هذا على عينة من تلاميذ الثانوية في ولاية تولوز Toulouse بفرنسا يقدر عددها بحوالي 382 تلميذ موزعة على 14 قسم، منهم 187 ذكور بمعدل عمر 17.1 أي ما يتراوح بين (14-20) سنة، و195 إناث بمعدل عمر 17.1 أي ما يتراوح بين (15-20) سنة. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين إستراتيجيات المواجهة والشعور بالإكتئاب، وبالتحديد غياب

إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ينبأ بالشعور بالإكتئاب ويدفع إلى التفكير في الإنتحار عند كلا الجنسين (الإناث والذكور).

#### ✓ دراسة بيفرز وميلر (2005) Beavers & Miller:

"هدفت الدراسة إلى معرفة مدى قدرة العلاج المعرفي في تعديل الأفكار الخاطئة والأعراض الإكتئابية، وتكونت عينة الدراسة من أفراد تم إختيارهم بطريقة عشوائية لديهم حالات إكتئابية أخضعوا لبرنامج علاجي إستمر لمدة ستة أشهر، وتكون البرنامج من علاج معرفي بالإضافة إلى الأدوية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأفكار الخاطئة وبين الأعراض الإكتئابية، وإستمرت المتابعة للأفكار الخاطئة والأعراض الإكتئابية كل شهر مدة عام واحد، وكذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاقة بين الأفكار الخاطئة والإكتئاب قد إنخفضت لدى عينة الأفراد الذين خضعوا للعلاج المعرفي مقارنة بالأفراد الذين لم يتلقوا العلاج المعرفي." (الجرادات، 2015: 58)

#### ✓ دراسة ويلبر وسميث (2005) Wilburn & Smith:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة الضغط النفسي وتقدير الذات بالأفكار الإنتحارية عند المراهقين، حيث تمثلت العينة في مجموعة من طلاب الجامعة. وأسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة بين كل من الضغط النفسي وتقدير الذات والتفكير في الإنتحار، حيث نجد أن التقدير السيء للذات أو تدني إحترام الذات، وزيادة التعرض للمواقف الضاغطة وعدم القدرة على مواجهتها كثيرا ما يدفع إلى التفكير في الإنتحار.

#### ✓ دراسة تشين وآخرون (2006) Chen & others:

بعنوان تقييم تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لتقدير الذات والإكتئاب لدى المرضى لخفض مستوى الإكتئاب، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الإكتئابية لدى بعض المكتئبين. وتكونت العينة الكلية من 51

مريضاً، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وقوامها 26 حالة، والمجموعة الضابطة وقوامها 25 حالة، تم إخضاعهم جميعاً للإختبار القبلي أي كل من المجموعة التجريبية والضابطة. وإشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته 12 أسبوع، وأظهرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي، ومقياس بيك Beck للإكتئاب الجماعي في خفض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وإرتفاع مستوى تقدير الذات لهذه المجموعة، بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، بالإضافة إلى ذلك نجد أيضاً إستمرار بعض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة ولكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل إشتراكها في البرنامج.

#### ✓ دراسة سينغ وجوشي (2008) Singh & Joshi:

سعت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الأفكار الإنتحارية بالضغط النفسي والإكتئاب وسمات الشخصية عند عينة من طلاب جامعة كوروكشري بالهند. تم الإعتماد على المنهج الوصفي، وإستخدام مقياس بيك Beck للإكتئاب، ومقياس أيزنك Eysenck للشخصية، بالإضافة إلى مقياس الحياة الضاغطة PSLES، حيث تمت المعالجة الإحصائية بإستعمال معامل إرتباط بيرسون Pearson. تمثلت عينة الدراسة في 250 شخص مقسمة بالتساوي بين الجنسين أي 125 ذكور و125 إناث، تم إختيارها بالطريقة العنقودية وذلك من مختلف كليات ولاية هاريانا. وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية بين الأفكار الإنتحارية والأحداث الضاغطة، بالإضافة إلى أن الإرتفاع في مستوى الضغط يؤدي إلى زيادة التفكير في الإنتحار. كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الإكتئاب والتفكير في الإنتحار، وأيضاً وجود ترابط متسلسل لثلاث عوامل مؤدية إلى الأفكار الإنتحارية وهي: الإكتئاب، ضغوط الحياة، الإنبساط.

## ✓ دراسة ناير وآخرون (2013) Nyer &amp; others:

بعنوان العوامل التي تميّز طلاب الجامعات المصابين بالإكتئاب وعلاقتها بالأفكار الإنتحارية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن العوامل المحتملة التي من الممكن أن تميّز طلاب الجامعات المصابين بالإكتئاب وذلك بوجود الأفكار الإنتحارية أو عدم وجودها. تم الإعتماد في هذه الدراسة على مقياس بيك Beck للإكتئاب، ومقياس الأفكار الإنتحارية، وزيادة على ذلك إعتد الباحث على التحليل الإحصائي بإستخدام إختبار (ت) للعينات المستقلة. وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن وجود الأفكار الإنتحارية ترتبط بنسب عالية مع وجود أعراض الإكتئاب، القلق، واليأس.

## ✓ دراسة نجوين وآخرون (2013) Nguyen &amp; others:

بعنوان الإكتئاب والقلق والتفكير بالإنتحار عند طلاب المرحلة الثانوية في الفيتنام، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق والإكتئاب بإعتبارها عوامل خطر والتفكير بالإنتحار، تم الإعتماد فيها على مقياس القلق، مقياس الإكتئاب، ومقياس التفكير بالإنتحار، حيث تكونت عينة الدراسة من 1161 طالب ثانوي من مدينة كان تاو الفيتنامية. وأسفرت نتائج الدراسة أن 22.8% من طلاب عينة الدراسة لديهم أعراض قلق، و41.1% لديهم أعراض إكتئاب، بالإضافة إلى 26.3% منهم فكروا بالإنتحار، و12.9% منهم لديهم خطة للإنتحار، و3.8% منهم حاولوا الإنتحار.

## ✓ دراسة سوبويل وآخرون (2014) Sobowale &amp; others:

بعنوان الإكتئاب والتفكير بالإنتحار عند طلبة كلية الطب في الصين، حيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين الإكتئاب والأفكار الإنتحارية، تم الإعتماد في هذه الدراسة على مقياس الصحة النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من 348 طالب من طور السنة الثانية والثالثة من كلية الطب. وأظهرت نتائج الدراسة أن 13.5% لديهم إكتئاب، و7.5% لديهم أفكار إنتحارية، كما أنه لا

يوجد إختلاف بين طلاب السنة الثانية وطلاب السنة الثالثة، بالإضافة إلى ذلك أسفرت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية قوية بين الإكتئاب والأفكار الإنتحارية بنسبة 30%.

### ✓ دراسة ستراندهايم وآخرون (2014) Strandheim & others:

بعنوان عوامل الخطر وعلاقتها بالأفكار الإنتحارية المحتملة في مرحلة المراهقة عند طلبة ترونديلاج النرويجية، هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن وجود علاقة إرتباطية بين عوامل الخطر القلق والإكتئاب وتطور الأفكار الإنتحارية، تم الإعتماد في هذه الدراسة على مقياس الأفكار الإنتحارية، وتمثلت عينة الدراسة في 2399 طالب من طلاب المرحلة الثانوية العليا، تتراوح أعمارهم بين (16-19) سنة. أسفرت نتائج الدراسة إلى أن 17% لديهم أفكار إنتحارية منهم 14.2% ذكور، و19.5% إناث، إضافة إلى ذلك توصلت الدراسة إلى أن أعراض الإكتئاب والقلق تتراوح ما بين (21%-23.2%) عند الإناث، وهي أعلى من نسبة الذكور والتي تتراوح بين (11.5%-13.4%).

### 8-3- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة التي توفرت لدينا، نجد أننا قمنا بإستعراض الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية، والتي لها علاقة نوعا ما بدراستنا الحالية أي الأكثر قربا من موضوع البحث، حيث تم ترتيب هذه الدراسات حسب تسلسلها الزمني وذلك وفق سنة النشر بدء بالأقدم والإنتهاء بأحدث دراسة. إن أهم ما تمت ملاحظته في هذه الدراسات أنها إختلفت في المنهج المتبع حيث نجد أن بعض الدراسات إعتمدت على المنهج الوصفي، ومنها من إعتمدت على المنهج التحليلي، ومنها من طبقت المنهج العيادي (دراسة الحالة). أما فيما يخص العينة نجد أغلب الدراسات ركزت بصفة كبيرة على المراهقين والتي تعتبر أحد متغيرات بحثنا الحالي.

هذا ونجد أن هذه الدراسات بصفة عامة توصلت إلى نتيجة مشتركة وهي: أن الإكتئاب يعتبر

الدافع الأول والمحفز الأكبر للإقدام على الإنتحار أو محاولة الإنتحار أو التفكير في الإنتحار، وأيضا

نجد أن بعض الدراسات توصلت إلى وجود أثر إيجابي للتكفل النفسي وبالأخص العلاج المعرفي السلوكي حيث أظهرت النتائج أنه يؤدي إلى خفض حدة الإكتئاب. وقد إستفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسات في إعداد أدوات الدراسة المستخدمة لجمع البيانات والمعلومات التي تخص عينة الدراسة، كما نجد أنها إستفادت منها أيضا في بعض الجوانب النظرية للدراسة الحالية.

نستنتج مما سبق أيضا أن الدراسات السابقة إقتصرت على أحد المتغيرات فقط أو متغيرين أي سواء التكفل النفسي، الإكتئاب، المراهقين، محاولة الإنتحار على عكس الدراسة الحالية التي تجمع بين كل هذه المتغيرات. وعلى هذا الأساس فإن النتائج المتحصل عليها من دراستنا الحالية تبين العلاقة بين كل هذه المتغيرات، التي لم يتم تناولها في أي دراسة سواء المحلية أو العربية أو الأجنبية وذلك في حدود إطلاع الباحثة.

# الفصل الثاني: التكفل والعلاج النفسي.

• تمهيد.

أولاً: التكفل النفسي.

- 1- مفهوم التكفل النفسي.
- 2- المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي.
- 3- أهداف التكفل النفسي.
- 4- أهمية التكفل النفسي.
- 5- مراحل التكفل النفسي.
- 6- التكفل النفسي بالمراهقين محاولي الإنتحار.

ثانياً: العلاج النفسي.

- 1- مفهوم العلاج النفسي.
- 2- تعريف المختص النفسي.
- 3- سمات شخصية المختص النفسي.
- 4- مهام المختص النفسي.
- 5- العلاجات النفسية المقترحة لعلاج الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار.

• خلاصة.

## • تمهيد:

يمر الإنسان في حياته اليومية بمختلف المشكلات والمواقف التي تولد له ضغوطات مما تسبب له جملة من الإنفعالات والتوترات السلبية التي بدورها تؤثر على سلوكاته نحو ذاته ونحو العالم الخارجي، فصعوبة التعايش مع هذه الضغوطات من شأنها أن تؤدي به إلى الإصابة بمختلف الإضطرابات النفسية والعقلية التي تستدعي التكفل والعلاج النفسي.

إن التكفل النفسي بهذه الحالات المضطربة وعلاجها يكون من طرف المختص النفسي، ويتواجد هذا الأخير في عيادات ومراكز متخصصة، مستشفيات وغيرها، من أجل تقديم الخدمات النفسية التي هم بحاجة لها وذلك حسب ما تستدعيه كل حالة وإعادة دمجهم في المجتمع بطريقة صحيحة وسليمة، وتعليمهم كيفية مواجهة مختلف المشكلات الحياتية، وذلك من أجل وقايتهم حتى لا تحدث لهم إنتكاسة.

## أولاً: التكفل النفسي

### 1- مفهوم التكفل النفسي:

يوجد عدّة تعاريف حول مفهوم التكفل بصفة عامة والتكفل النفسي بصفة خاصة، ومن بين هذه

المفاهيم نذكر ما يلي:

#### 1-1- لغة:

إشتق التكفل في اللّغة العربية من كلمة كفل، ويقال كفلا وكفالة، أي أخذ على عاتقه (على

مسؤوليته) وتعهّد بشيء أو بشخص وألزمه، وهذا حسب ما جاء به معلوف (2000).

#### 1-2- إصطلاحاً:

➤ تعريف نوار (2018):

يعرف التكفل النفسي بأنه مجموعة من الخدمات النفسية التي يتم تقديمها للفرد من أجل مساعدته

في حياته ليتمكن من التخطيط لها وللمستقبله، وذلك حسب قدراته وإمكانياته وميولاته، حيث يكون ذلك من

خلال إستخدام أسلوب يشبع حاجياته ويحقق تصوره لذاته وصولاً إلى ما يسمى بالتوافق.

➤ تعريف وولبارغ (Wolberg 1967):

إن التكفل النفسي هو "توع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية، يقوم فيها شخص مدرب

ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض ما، وذلك بهدف إزالة أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها

أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه أو تعزيز النمو والتطور في شخصيته." (بن فاضل،

2013: 79)

➤ تعريف لابلانـش Laplanche وبونتاليس Pontalis (د.ت: 185):

"التكفل هو التزام أو إرتباط من طرف شخص لغرض تحقيق مساعدة طبية أو مساعدة إجتماعية، وهو عبارة عن مصدر أولي للطمأنينة الإجتماعية ويهدف للوصول ولو جزئيا لتحقيق علاج أو إعادة تدريب."

➤ تعريف كوروغلي (2010):

إن التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف المجالات العلاجية التربوية والبيداغوجية والإجتماعية، يمكن أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أرطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي.

نستنتج مما سبق أن التكفل النفسي هو مساعدة نفسية تكون شاملة أي تمس جميع جوانب المريض بهدف حصول هذا الأخير على الراحة والإستقرار النفسي، وذلك بالتخلص من الإضطرابات النفسية التي تعيق صفو حياته اليومية.

## 2- المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي:

إن مصطلح التكفل النفسي يتداخل مع بعض المصطلحات، حيث أنها تتقارب وتتشابه في المعنى من بينها نذكر ما يلي:

### 2-1- التكيف:

"التكيف مفهوم مستمد أساسا من علم البيولوجيا على نحو ما حددته نظرية تشارلس داروين Charles Darwin المعروفة بنظرية النشوء والإرتقاء (1859). فيشير هذا المفهوم عادة إلى أن الكائن الحي يحاول أن يوائم بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه محاولة منه من أجل البقاء." (فهيم، 1978: 9)

ويعرف التكيّف في معجم مصطلحات علم النفس بأنه: "التغير الذي يطرأ على الخبرة الحسية سواء من حيث الكيف أو الشدّة أو الوضوح عندما يظل التنبه ثابتا كالتكيّف في حالات البصر واللمس والشم والذوق والألم، كالرائحة العطرية إذا إستمر الشخص بإستعمالها يقل تأثيره بها." (الخان، د.ت: 16)

ويعرف أيضا بأنه: "تغيير في الكائن الحي سواء أكان في البناء أم في الوظيفة يجعله أكثر قدرة على المحافظة على حياته أو على أبناء جنسه. وما يتعلق بمعناها في علم النفس الإجتماعي تغيير سلوك الفرد كي يتفق مع غيره من الأفراد وخاصة بإتباع التقاليد والخضوع للإلتزامات الإجتماعية." (بدوي، 1982: 8)

**2-2- التوافق:**

وفق أحمد (2014: 12) "التوافق هو حالة يتم فيها إشباع حاجات الفرد من جانب ومطالب البيئة من جانب آخر إشباعا تاما، وهي تعني الإتساق بين الفرد والهدف أو البيئة الإجتماعية". ويعرف التوافق في معجم علم النفس والتربية بأنه: "تلائم الكائن الحي مع البيئة، إما بتغيير سلوكه أو تغيير بيئته أو بتغييرهما معا." (أبو حطب، وفهمي، 1984: 8)

حسب ما جاء به إبراهيم (2014) فإن عملية التوافق تنقسم إلى شطرين: الأول هو إتزان الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته، أما الثاني فهو إنسجام الفرد مع ظروف بيئته المادية والإجتماعية. ويشير مفهوم التوافق إلى وجود علاقات منسجمة مع البيئة تتضمن القدرة على إشباع معظم حاجات الإنسان وتلبية معظم مطالبه البيولوجية والإجتماعية، وعلى ذلك يتضمن التوافق كل التباينات والتغيرات في السلوك والتي تكون ضرورية حتى يتم الإشباع في إطار العلاقة المنسجمة مع البيئة." (بطرس، 2008: 112)

"تحدث إضطرابات التوافق نتيجة التعرض للمواقف الضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الإضطراب خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة إضطراب في الحياة الإجتماعية أو العملية أو الدراسية، وتحدث عند النساء أكثر من الرجال، وقد تكون مصحوبة بالقلق أو الإكتئاب، ويتضمن العلاج الوسائل النفسية وإستخدام الأدوية في بعض الحالات." (الشريبي، د.ت: 3)

### 2-3- التاهيل:

يعرف مصطلح التاهيل على أنه: "عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تتيح بنيا ونفسيا وإجتماعيا بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة." (بوزياني، 2013: 43)

ويعرفه داود (2006: 41) بأنه: "عملية موجهة نحو هدف ومحددة زمنيا بهدف تمكين شخص معتل من الوصول إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسدي أو إجتماعي، وبذلك يتوفر له أو لها الوسائل اللازمة لتغيير مجرى حياته أو حياتها، من خلال التدابير التي تعوض فقدان أو محدودية وظيفة (بالأدوات المعينة) والتدابير الأخرى الهادفة إلى تسهيل التكيف أو إعادة التكيف الإجتماعي."

كما أشار لعلام (2018) أن التاهيل عملية شاملة تعمل على إبراز قدرات الفرد المختلفة منها: الجسمية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية والتربوية والمهنية، التي تساعده على تحقيق الإندماج مع البيئة التي يعيش فيها.

### 2-4- الرعاية:

يعرف بن سماعيل (2015: 35) الرعاية بأنها: "الخدمة التي تقدّم بجهود مشتركة، يمتلك القائمون بها القدرة، والمعرفة، والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد، أو المتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم الحياتية المعتادة، بعد إستعادتهم لعافيتهم التي كانوا عليها قبل المرض، أو لمساعدتهم على الموت بسلام، كما هو الحال في حالات الموت الدماغية، الذي يكون نتيجة تلوث أنسجة المخ بالفيروسات Encephalitis".

وتعرف الرعاية أيضا بأنها: "جملة من الجهود والعلاقات والخدمات والبرامج الرسمية وغير الرسمية التي تستهدف مساعدة وإعانة من يعجز أو عجز عن إشباع حاجاته الفردية للنمو المتزن المتكامل." (السدحان، 2003: 14)

وحسب ما جاء به الكسادي وسليم (2012: 51) فإن الرعاية هي: "تمط متميز من الأنشطة تقوم بوظيفة أساسية في المجتمع وتتضمن من الأساليب والوسائل التي تختص بمساعدة الأفراد والأسر والمجتمعات على إشباع الإحتياجات الإنسانية وتحقيق مستوى أفضل من الحياة وتأمين مستويات مناسبة من الأداء الإجتماعي من أجل الوصول إلى الإستقرار الإجتماعي".

ونستنتج مما سبق أنه بالرغم من وجود تشابه بين هذه المصطلحات إلا أنه يوجد لكل منها مفهومه الخاص وخصائصه المنفردة التي تميّزه عن غيره.

### 3- أهداف التكفل النفسي:

- إن للتكفل النفسي مجموعة من الأهداف التي تختلف وتتعدد بحسب كل مشكلة أو كل حالة يراد التكفل بها، ومن بين هذه الأهداف نجد ما ذكره عماري (2014: 15-16) والمتمثلة فيما يلي:
- ❖ "تعديل أو تبديل أو إزالة سلوكيات وأعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري.
  - ❖ المساهمة في نمو تقدير الذات وإحترامها وغرس الثقة بالنفس وبالآخرين.
  - ❖ محاولة شفاء المريض أو تحسين حالته أو إختصار مدّة التكفل به، وذلك بإختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى.
  - ❖ إزالة الإضطرابات وتقويته وتدعيم قدراته لجعله قادرا على التحكم في الحالات الإنفعالية الصراعية.
  - ❖ ترميم الشخصية وإعادة بنائها بمساعدته على التكيف مع العائلة من جديد.
  - ❖ زيادة وعي الفرد وإستبصاره وفهمه لذاته فهما صائبا وموضوعيا، بعيدا عن المبالغة.

❖ حل الصراعات الناجمة عن العجز؛ الصراعات التي تسبب عجز الإنسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة.

❖ زيادة قبول الحالة لذاته والرضا عنها.

❖ إنتهاج أساليب أكثر من الكفاءة في التعامل مع المشاكل التي تواجه العميل ومن ثمة التغلب عليها.

❖ تقوية أو تنمية قوة الذات لدى العميل بحيث يشعر بالموائية، بالأمن والأمانة."

نستنتج مما سبق أن أهداف التكفل النفسي تمس مختلف الجوانب المعرفية والسلوكية والإنفعالية

وحتى التربوية لهذا نجد أن المختص النفسي يتواجد في مختلف القطاعات.

#### 4- أهمية التكفل النفسي:

يمتاز التكفل النفسي بأهميته البالغة التي تمس العديد من المجالات المختلفة، حيث أشار

بوزياني (2013: 45) إلى أهمية التكفل النفسي في النقاط التالية:

❖ "ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.

❖ ضرورة إجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الإجتماعية

الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.

❖ دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء

المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ للمجتمع وحدته

وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الإجتماعي والنفسي.

❖ ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع وإحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.

❖ إزدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو

المسلح والإغتصاب.

❖ العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.

❖ إزدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الإنحراف.

❖ أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه.

بناء على ما سبق نستنتج أن للتكفل النفسي أهمية بالغة في الحفاظ على سلامة الفرد بصفة خاصة والمجتمع ككل بصفة عامة، وذلك من كافة الجوانب النفسية، الإجتماعية، الدينية... إلخ.

## 5- مراحل التكفل النفسي:

إن التكفل النفسي يتم وفق مراحل وخطوات محددة وذلك حتى يتم إنجاح هذه العملية، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

### 5-1- الفحص Examination:

يعتبر الفحص الدقيق بمثابة حيز زاوية للتشخيص السليم والعلاج الفعال، وفي عملية الفحص يكون المعالج على دراية تامة بشروطها وأهدافها وأهميتها وخطواتها، والتي من خلالها يتم تحديد شخصية الحالة ومدى توازنها ومدى إضطرابها، وذلك بجمع مصادر المعلومات كالبيانات وغيرها، ويتم في الفحص النفسي الحصول على المعلومات وجمعها من خلال الملاحظة، المقابلة العيادية، دراسة الحالة، والإختبارات والمقاييس النفسية، وهذا حسب ما جاء به زهران (2005).

### 5-2- التشخيص Diagnostique:

"وهي حالة عملية يستخدم فيها الأخصائي مختلف أدوات القياس والوسائل والإختبارات المقننة الملائمة لأغراضه إلى جانب تطبيق الإختبارات الإسقاطية والملاحظات، والمقابلات الشخصية، ودراسة الحالة،... إلخ. وفي هذه العملية يركز الإهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الإضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره والعوامل المسببة، إلى جانب التعرف على مصدر

الإضطراب إن كان عضويا أو وظيفيا، ومسار هذا الإضطراب مستقبلا، والمناهج العلاجية لهذا المريض." (بوزياني، 2013: 47)

### 5-3- العلاج :Thérapie

ووفق دراسة حمايدية (2016: 41) "يتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لا بد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله للمشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عقيما، ينبغي إذا أن توضع خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ." وسيتم التطرق لاحقا لهذا العنصر بشكل مفصل.

### 5-4- التنبؤ :Pronostic

"يمكن القول أن الفحص يتناول ماضي المرض وحاضره (ماذا حدث وماذا يحدث)، وأن التشخيص يتناول حاضر المرض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما المآل فإنه يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره. وتهدف عملية تحديد المآل إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع، وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح، وتحديد حد مرن للنجاح يساعد في تقييم عملية العلاج." (زهران، 2005: 179)

نستنتج مما سبق ذكره أن مراحل التكفل النفسي تعتبر عملية أساسية لعلاج الحالات المختلفة سواء من حيث نوع الإضطراب أو شدته، بحيث تعتبر كل مرحلة مكملة للأخرى ولا يمكن تسبيق مرحلة عن أخرى، لذا يجب إتباع المراحل بحسب تنظيمها حتى تكون هذه العملية أنجع وذات فعالية بالنسبة للحالة.

## 6- التكفل النفسي بالمرهقين لمحاولي الإنتحار:

إن أول ما يقدم لمحاولي الإنتحار هو الإستجالات الأولية وذلك بأخذ المُقدم على هذه العملية إلى المستشفى بحيث يتم تقديم الرعاية الطبية اللازمة له وهذا ما يسمى بالتكفل الطبي، وبعد ذلك يجب أن يعرض محاول الإنتحار على مختص نفسي من أجل تقديم التكفل النفسي لحالته.

"إن فترة الإستشفاء الإستعجالي يجب أن تُلخص بتقييم عيادي مفصل لظروف محاولة الإنتحار، العلاقات بالمحيط، أهمية الأفكار الإنتحارية وأخطار الإنتكاس، وبالمقابل فالمقابلة يكون هدفها ربط أو وضع الأسس لبناء علاقة علاجية دقيقة، حيث يكون متاحا لمحاول الإنتحار إمكانية الثقة بالمعالج، كما أن إقتراح علاج نفسي يكون خاضع لبعض المتغيرات، فعادة التدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا، لأنه يسمح بعمل نوع من تشكيل الأفكار حول فعل الإنتحار، ويضيف العياديون إلى أن الأزمة الإنتحارية (مدخلين الرغبة في الموت أو قتل النفس) يمكن أن تدوم من 6 إلى 8 أسابيع، كما أن العلاج النفسي على المدى الطويل ومن الأفضل ذو إحياء سيكوديناميكي يوصف إذا إرتبطت محاولة الإنتحار بصراعات عميقة أو مرض عقلي معين." (كوروغلي، 2010: 34)

ولابد أيضا من الإتصال بالعائلة وبالأخص الوالدين لأنه أمر ضروري ومهم في عملية التكفل النفسي، حيث لهما دور كبير في التخفيف من شدة الأزمة الإنتحارية. بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين تقديم المساعدة في العلاج من خلال دعم الفرد محاول الإنتحار، وإن كان هناك صراع في الوسط العائلي وهذا الأخير هو سبب نشأة الإضطراب في هذه الحالة يطبق العلاج الأسري، وهذا حسب ما جاء به كوروغلي (2010).

نستنتج مما سبق أن التكفل النفسي يكون على حسب كل حالة وبالأخص المراهقين (أزمة الهوية) وعلى حسب كل اضطراب وشدته، بحيث تتعدد العلاجات النفسية في عملية التكفل النفسي، لذا يجب على المعالج إختيار العلاج المناسب والفعال حتى لا تحدث إنتكاسة، وذلك مع مراعاة الأسباب الرئيسية التي دفعت الفرد للإقدام على محاولة الإنتحار والقضاء عليها.

## ثانياً: العلاج النفسي.

## 1- مفهوم العلاج النفسي:

إن العلاج النفسي يعتبر من أول وأقدم العلاجات التي عرفت البشرية، ولقد تعددت التعريفات التي تناولت هذا المصطلح، ومن بينها نذكر ما يلي:

## 1-1- لغةً:

يعرف مصطلح العلاج في معجم اللغة العربية المعاصرة بمعنى "تعالج المريض: تداوى، تعاطى الدواء، ذهب إلى الطبيب ليتعالج من الإدمان. وعالج المريض: عالج العطل، بحث عنه وأصلحه. وعالج المشكلة: بحث عن أخطائها وصلاحها." (عمر، 2008: 1537)

إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الإنجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين **Psycho-therapy** حيث يعني المقطع الأول **Psycho**: نفس، أما الثاني **Therapy** فيعني خادم وفي فعله يخدم، فالعلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني علاج العقل." (بوزياني، 2013: 50)

## 1-2- إصطلاحاً:

➤ تعريف لابلانـش **Laplanche** وبونتاليس **Pontalis** (1997: 375):

يعرف العلاج النفسي في معناه الواسع بأنه: "طريقة لعلاج الإضطرابات النفسية أو الجسدية باستخدام وسائل نفسانية، وبشكل أكثر دقة باستخدام علاقة المعالج مع المريض من مثل: التنويم المغناطيسي، الإيحاء، وإعادة التربية النفسانية، والإقناع،... إلخ."

➤ تعريف سري (2000: 83):

ويعرف العلاج النفسي أيضا بأنه: "توع من العلاج للأمراض العقلية والإضطرابات السلوكية ينشئ فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض، ومن خلال إتصال علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من إضطرابات المريض الإنفعالية، وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق، وتنمية شخصيته وتطورها."

### ➤ تعريف الدايري (2008: 260):

"العلاج النفسي هو الجهد الذي يبذله الأخصائي النفسي وذلك بقصد إحداث تغييرات بنائية إنشائية من أجل توافق الفرد."

### ➤ تعريف ديفسون Davison ونيل Neal (1994):

"يعرف العلاج النفسي بأنه عملية تفاعل إجتماعي، يحاول فيها فرد مهني مدرب مساعدة المريض على التفكير والشعور والسلوك بطريقة سوية تحقق الرضا الحياتي." (عبيد، 2008: 333)

وبناء على ما سبق نستنتج أن العلاج النفسي هو ذلك العلاج الذي يهتم بالإضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية، ويعمل على إزالة الأعراض غير المرغوب فيها من خلال إستعمال وسائل وتقنيات محددة، من أجل مساعدة المريض على التخلص من المشكلة التي يعاني منها وإعادة بناء شخصيته وتوافقته النفسي والإجتماعي.

## 2- تعريف المختص النفسي:

إن من بين التعاريف التي حاولت إعطاء مفهوم واضح عن المختص النفسي نجد التعريفات الموضحة فيما يلي:

يعرف إبراهيم وعسكر (2008: 42) المختص النفسي بأنه: "الحاصل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي بعد حصوله على درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في ميدان القياس والعلاج النفسي، ويقوم بمهمة القياس النفسي للمساعدة على

التشخيص الدقيق وتحديد خطة علاجية خاصة بكل مريض (علاج فردي) والمشاركة والمساعدة لقائد الجماعة العلاجية والمشاركة في القرارات الإكلينيكية وحضور إجتماعات الفريق العلاجي لوضع أنسب الخطط العلاجية بإشراف الإستشاري النفسي."

ويعرف الأخصائي النفسي أيضا بأنه: "ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتكتيكات والطرق السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب، الأخصائي الإجتماعي، وغيره في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلته والتوصل للعلاج المناسب لحالته والتنبؤ بها للوصول إلى أقصى درجات التوافق الشخصي والإجتماعي." (صدقاوي، 2020: 226)

"وهناك من عرفه على أنه الشخص الذي يدرس السلوك الإنساني والعمليات العقلية ويعمل على تطبيق ما تعلمه في عمليات تقويم علاج الأمراض النفسية والعقلية." (خلف الله، 2017: 25)

بناء على ما سبق نستنتج أن المختص النفسي هو ذلك الشخص المؤهل نفسيا وعلميا ومهنيا لتقديم الخدمات لمن يحتاجها، وذلك من خلال دراسة المشكلة وتشخيصها وعلاجها باستخدام وسائل وأساليب مختلفة.

### 3- سمات شخصية المختص النفسي:

يتميز الأخصائي الإكلينيكي عن غيره من الأفراد بمجموعة من الخصائص والسمات التي تنتشر لدى المعالجين الناجحين رغم إختلاف وجهاتهم ومفاهيمهم النظرية، ومن أهم هذه السمات نذكر ما جاء به بوشريط (2012: 109-110) والمتمثلة فيما يلي:

- ❖ "قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في العملاء أحاسيس الإشفاق أو الرثا وأيضا لتكون مناسبة لقيامهم بواجباتهم في عملهم.
- ❖ إتران إنفعالي مع إتران في الشخصية يكسب صاحبه القدرة على ضبط النفس والنضج الإنفعالي.

- ❖ إبتزان عقلي مناسب يتضمن معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة.
  - ❖ قيم إجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية والتحكم في نزاعاته في أهوائه الخاصة وقادرا على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانبا حينما يبدأ في مساعدة الآخرين.
  - ❖ الإبتباه الكافي الذي يجعله يدرك وجهات نظر من يقومون على علاج المريض.
  - ❖ أن يكون شجاعا لا يخاف من المرض أو يرهب العدوى وألا يتأثر من المناظر غير المريحة وأن يدرك القيم المختلفة للحياة.
  - ❖ يتميز بسمات شخصية بشوشة متزن كحسن الإنصات الإيجابي المتفاعل ذو عواطف دافئة واضحة معبرا في أحاسيسه وفي خلجاته ودقيق الإدراك.
  - ❖ قادرا على نقد ذاته، يعترف بالخطأ ويسعى لطلب المساعدة والنصح من مشرفيه.
  - ❖ أن يكون أمينا دقيقا في التعبير عن عواطفه.
- وحسب ما أشار إليه **غانم (د.ت: 26)** فإن سمات شخصية المعالج النفسي التي يجب أن تتوفر فيه تتمثل في:
- ❖ "يجب أن ينمي صفة الفهم، المتبادل بمرضاه من خلال فهمه لنفسه.
  - ❖ إمتلاك القدرة والإستعداد للتعاطف مع مدى واسع من الشخصيات المختلفة.
  - ❖ أن يكون أكثر تعاطفا مع إنفعالات الآخرين وغيرها.
  - ❖ ضرورة إلمامه بالنظريات النفسية وفنيتها.
  - ❖ الأمانة والود والتعاطف والعناية بالآخرين.
  - ❖ المرونة والثقة بالنفس.
  - ❖ الذكاء وتكامل الشخصية، وسعة الأفق والحدس.

- ❖ يكون ملما بكافة السلوك البشري، متقبلاً لأي تجاوزات سلوكية أو سلطوية من وجهة نظر الآخرين.
- ❖ التعمق في فهم الإنسان وما يدور بداخله من صراعات وإحتياجات ورغبات.
- ونجد أيضاً أن من أهم السمات التي يجب توفرها لدى المختص النفسي خاصية الإنصات الجيد والفعال أي الإستماع الدقيق لكل ما يقوله المريض وبتركيز عالي ومستوى مرتفع من الإنتباه وهذا يعتبر من أعلى درجات الإستماع، بالإضافة إلى ذلك يجب على الأخصائي أن يمتلك القدرة على فهم لغة الجسد وكل ما يطرأ على الحالة بكل دقة.

#### 4- مهام المختص النفسي:

- إن المختص الإكلينيكي يقوم بأدوار وأعمال مهمة ومتعددة، ويمكن أن تتلخص مهام الأخصائي النفسي فيما أدرجه العبيدي (2013: 16-17) والمتمثلة فيما يلي:
- ❖ "تقويم السلوك العصابي إلى السلوك المهذب.
- ❖ القيام بنفسه بكل أنواع العلاج النفسي لكافة الأنماط الإكلينيكية وخاصة القلق والإكتئاب والعصاب الذي أصبح يشمل الآن كل الأفراد أو الجماعات التي تطلب العون للتخلص من أنماط ومشكلات إجتماعية أو عملية أو تطلب الإرشاد لطرائق أكثر إيجابية وفعالية لمساعدته على حياة أفضل.
- ❖ القيام بالإستفادة من معظم وقت الإكلينيكي في مساعدة المريض لتعليمه كيفية القيام بأدواره الإجتماعية بطريقة تكون أكثر نضجا.
- ❖ بناء العلاقات الإنسانية المتينة بين المعالج وصاحب الحالة والمجتمع.
- ❖ أكد باترسون **Patterson (1973)** أن عمل الأخصائي يندرج تحت التعامل مع مشكلات الأفراد في العلاج النفسي منها الجنسي، جنوح الأحداث، الإدمان، المخدرات، الإكتئاب، العصبية، الإنفعالات الحادة، والمشكلات الحادة التي تتصف بإتصالها بالشعور، والمشكلات الحادة التي تتصف بإتصالها بالاشعور."

كما نجد أن غوس **Goss (1972)** قد حدد دور المعالج النفسي في سبعة مهام، وهي:

- ❖ "القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد والقيادة العملية في عمليات الإرشاد الجماعي وغيرها.
- ❖ تشخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية.
- ❖ الإشراف على إعداد وسائل وحفظ السجلات الخاصة بالعملاء.
- ❖ القيام بعملية الإرشاد، فهو الأخصائي الخبير المسؤول عن هذه العملية، وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي بصفة خاصة.
- ❖ تولي مسؤولية متابعة حالات العلاج والإرشاد.
- ❖ مساعدة زملائه أعضاء الفريق العلاجي والإرشادي إستشارياً، فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص.
- ❖ الإسهام في تطوير العملية التربوية والمناهج، وإدماج وتكامل برنامج العلاج والتوجيه والإرشاد فيها."

(حمادية، 2016: 51)

نستنتج مما سبق أن مهمة المختص النفسي الأساسية هي تقديم خدمات ومساعدات للآخرين، وبالأخص محاولاته من أجل تخليص المريض من مشكلته التي يعاني منها من خلال إتباع طرق علاجية مناسبة وموائمة لمتطلباته.

## 5- العلاجات النفسية المقترحة لعلاج الإكتئاب لدى المراهقين محاولي

### الإنتحار:

إن العلاجات النفسية وتقنياتها تتعدد وتختلف حسب كل نظرية وكل إتجاه، ومن بين العلاجات النفسية الأكثر إنتشاراً والتي يمكن إقتراحها لعلاج الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار والتي لاقت فعالية كبيرة نذكر من بينها الأنواع التالية:

## 5-1- العلاج التحليلي (التحليل النفسي):

العلاجات التحليلية "تهدف إلى النضج النفسجنسي عن طريق الإستبصار وتقوية وظائف الأنا. ويستخدم فيها طريقة التداعي الحر، تحليل الأحلام، وتحليل الطرح. وهذا بالنسبة للعلاج السيكو دينامي الكلاسيكي لفرويد **Freud**. أما العلاج السيكو دينامي المعاصر، فيهدف إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بالتعلقات المبكرة، وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا، ويستخدم فيه تحليل الطرح والطرح المضاد." (فايد، 2005: 12)

حسب التحليل النفسي فإن الصحة النفسية هي: "أن يوفق الشخص بين اللاشعورية والشعورية وإبتكر **Jung** مفهوم التفرد ويعني أن الصحة العقلية تتطلب أن يكون الفرد قادرا على التعبير عن فرديته تعبيراً كاملاً وليس الصحة العقلية فقط هي التي تحل الصراعات الجنسية كما يرى فرويد **Freud**. أما أدلر **Adler** فيرى أن المدخل المناسب لفهم الإنسان هو أن نفهمه من خلال فهمنا لأهدافه الإجتماعية وعلاقاته بالناس خاصة أفراد أسرته، وإذا أخذنا هذه الأشياء مجتمعة نصل إلى ما يسميه أدلر **Adler** أسلوب الحياة، وبواسطته يمكن النظر إلى العالم الداخلي والواقع الرئيسي للفرد." (العبيدي، 2013: 38)

"يعيد العلاج بالتحليل النفسي الفرد إلى ماضيه، وعن طريق التقنيات العلاجية التحليلية يفرغ الفرد إنفعالاته ومكبواته ويتعاون مع المعالج على فهمها وترتيبها والوصول بها بطريقة واعية إلى سطح الشعور لمواجهتها والتعامل معها والإرتقاء بآليات الدفاع وتنشيطها وبالتالي ينخفض الصراع وتعود حياة الفرد النفسية للتوافق وتلاشي القلق والشعور بالراحة." (نحوي، 2016: 22)

## 5-2- العلاج بالإسترخاء:

وفق إبراهيم (1994: 152) "يستخدم الإسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة، ففي سنة 1929 أبدى طبيب نفسي اسمه **جيكبسون**

**Jacobson** إهتمامه بإكتشاف طرق للإسترخاء العضلي بطريقة منظمة. وفي كتاب مشهور له بعنوان **الإسترخاء التصاعدي Relaxation Progressive** قرر أن إستخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الإسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الإسترخاء، وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي **جوزيف ولبى Joseph Wolpe** نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقا.

كما نجد أن الإسترخاء يعرف بأنه توقف كامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية التي تصحب القلق والتوتر، والإسترخاء هنا لا نعني به الهدوء الظاهري أو عن النوم بل هو يختلف تماما عن ذلك، لأنه هناك العديد من الأشخاص بالرغم من إستلقائه في السرير أو الأريكة إلا أنه لا يتوقف عن التحرك والتقلب حيث يكون ذهنه مشحون بالأفكار المشوهة والصراعات. بالإضافة إلى ذلك نجد أنه إذا كان الإضطراب الإنفعالي يؤدي لإثارة التوتر، فأیضا هذا الأخير يجعل الفرد مستقرا للإنفعال السريع في الإتجاه الملائم لهذه التوترات، فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الفرد سريع الإستجابة للمواقف الإجتماعية بالغضب والعكس صحيح، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية وإيقاف إنقباضاتها تؤدي للتقليل من الإنفعالات المصاحبة لتلك التوترات، وهذا وفق ما جاء به **إبراهيم (1980)**.

وحسب دراسة **غانم (د.ت)** يجب على المعالج في العلاج بالإسترخاء أن يظهر للعميل أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة، وأن هذه الأخيرة لا تختلف عن أي مهارة أخرى قد تعلمها في حياته. كما يجب أن يوضح له أيضا أنه مثله مثل باقي الأفراد يكون عصبي ومتوتر وبنفس المنطق يمكن أن يكون عكس ذلك، بعدها يشرع المعالج في عملية الإسترخاء في أول الأمر يبدأ بالذراع ثم تليها اليد ثم باقي الأعضاء المختلفة في الجسم.

## 5-3- العلاج الأسري:

يعرف العلاج الأسري بأنه: "عملية يقوم بها الأخصائي الإجتماعي وغيره من المعالجين لمشكلات الأسرة حيث يتعامل الشخص المعالج مع أفراد الأسرة الواحدة كجماعة أو كوحدة واحدة من خلال التعرف على طبيعة العلاقات الإجتماعية التي تجمع بين أفراد وأعضاء هذه الخلية وكذلك طرق الإتصال بينهم وصوره وأنماطه، وكذلك التعرف على الأدوار والمكانات داخل الأسرة، وهناك كثير من الحالات تتطلب التعرف على تاريخ الأسرة والتركيز هنا يكون على الأسرة كنظام موحد وأنماط العلاقات والإتصالات بين أفرادها." (القرني، والغالي، 2004: 97)

"إن العلاج الأسري جعل محور إهتمامه الأسرة ولم ينظر إلى العضو الذي حددته الأسرة كمريض على أنه فقط الشخص الذي يحتاج إلى الرعاية بل إن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيدا، وما الشخص الذي حدد كمريض من قبلها إلا -في أحسن الحالات- أضعف الحلقات في الأسرة والذي أفصحت الأسرة من خلاله عن مرضيتها وانحرافها. ولأن هذا المدخل العلاجي يتخذ من الأسرة نقطة إنطلاقه ومحور إرتكازه كأن الطابع النسقي هو الغالب على معالجي الأسرة، من حيث إن الأسرة نموذج مثالي للنسق في كل خصائصه، ولذا نجد أن المعالجين الذين كرسوا أنفسهم وعلمهم وبحوثهم وممارستهم في إطار العلاج الأسري يعملون داخل التوجه النسقي في التفكير والممارسة." (كفافي، 1999: 188)

"العلاج الأسري ينظر إلى المشكلات في إطار منظومة الأسرة ويرتكز على الطريقة التي تتركب وتتظم بها هذه المنظومة، كما ينظر إلى المريض على أنه نتيجة للطريقة الخاطئة التي تنظم بها هذه المنظومة، ولكي يحدث التغيير المطلوب فإن الإهتمام ينصب على تغيير منظومة العلاقات بدلا من التركيز على الجوانب النفسية الداخلية للفرد المريض، بحيث يحاول المعالج تغيير ومساعدة الفرد صاحب

المشكلة ولكن بشكل غير مباشر عن طريق تغيير وتركيب ونسيج العلاقات داخل أسرته. (حاج سليمان، 2017: 34)

#### 5-4- العلاج السلوكي:

"يعتمد هذا الأسلوب في علاج الأشخاص المضطربين في السلوك على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، حيث أنهم يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه والشاذ حدثا قابل للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك محوه أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادى بها العالم الكبير سكنر Skinner ألا وهي السلوك المحكوم بنتائجه." (القمش، والمعايطة، 2006: 91)

ويرى هوسفورد Hosford (1969) أن شخصية الفرد تتكون من العادات الإيجابية والسلبية معا، حيث يتم تعلم العادات غيرالملائمة كالإنحراف، وعليه نجد أنه بالطريقة ذاتها يتم تعلم السلوكات الملائمة. ويشير أيضا في نفس الموضوع إلى أن السلوك اللاتكفي يختلف عن السلوك التكفي، ذلك من خلال الطريقة التي إكتسب بها السلوك اللاتكفي والذي لا يحقق الرضا لصاحبه بل يجعله في صراع مع العالم الخارجي، وهذا وفق ما ذكره إزروق (1997).

وحسب ما أشار إليه إبراهيم وعسكر (2008) فإن من بين الأساليب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي نجد أساليب التنفير، حيث توضح نظرية التعلم أن الإستجابة التي يصاحبها أو يتلوها ألم أو عقاب تضعف وتتلاشى، ومن ثم يمكن إحداث تغيرات سلوكية من خلال عقاب أو إلحاق ألم بالفرد لظهور بعض الإستجابات غير المرغوبة، ويطلق عليه العلاج بالتنفير، حيث يتم إستخدامه بكثرة في علاج طائفة كبرى من المشكلات السلوكية والإنحرافات كالإدمان على التدخين، الكحول، المخدرات

وغيرها من السلوكات غير السوية التي تعد من إحدى الطرق المؤدية للإنتحار، لذلك تعتبر هذه الطريقة فعالة مع هذه الفئات من الأفراد.

### 5-5- العلاج المعرفي:

"تتضمن العلاجات المعرفية على كل الطرق التي تزيل الألم النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة. والعلاج المعرفي هو تطبيق الطرق الشائعة في التفكير والتي طورت في الحياة العادية. وبذلك تهدف العلاجات المعرفية إلى التعامل مع عملية تحريف الواقع، والتعامل مع التفكير غير المنطقي." (فايد، 2005: 13)

وحسب بيك **Beck** يفسر الإكتئاب بأنه عبارة عن إضطراب في إستراتيجية التفكير، فيقوم الفرد بتكوين نظم فكرية سلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، بحيث نجد أن العلاج المعرفي يتجه هنا نحو تغيير النظم الفكرية السلبية التي كونها الفرد عن نفسه وتصحيحها، وبالتالي تخليصه من إضطرابه أي من الإكتئاب، وهذا حسب ما جاء به عكاشة (2008).

ووفق بوزياني (2013: 64-65) فإن العلاج المعرفي يرتكز على مجموعة من الأهداف من

بينها نذكر ما يلي:

- ❖ "التعبير المعرفي: ومفاده حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء من خلال الكثير من الهدوء والوضوح، وإتخاذ مسافة معينة إتجاه الحدث.
- ❖ تغيير نظرة الفرد إلى العالم وتمثله حوله، سيسمحان له بالوصول إلى التحكم أكثر في ذاتيته وأفكاره الآلية.
- ❖ تعلم كيفية قبول العالم كما هو، وليس كما يجب أن يكون، وأن يتخلى الفرد عن النظرة المثالية المرضية للذات والواقع والمستقبل.

❖ تعلم كيف يقدم الفرد نفسه للآخرين كما هو وليس كما يريد أن يكون، وتقبل الآخر كما هو وليس كما يريده أن يكون.

❖ تعليم الفرد كيف يضع عقله وذكائه في وجه هفوات إنفعالاته وذاتيته الناتجة عن أفكاره المشوهة وأسلوب تفكيره غير المتلائم مع الواقع."

فالعلاج المعرفي يسعى إلى تحقيق أسمى هدف وهو تخليص المريض من اضطراباته إنطلاقاً من تغيير أفكاره المشوهة عن ذاته وعن العالم الخارجي.

### 5-6- العلاج المعرفي السلوكي:

"تطلق تسمية الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية على تلك الطرائق العلاجية التي تستخدم مستوى المعرفة المطور في علم النفس الإمبريقي. وهي طرائق علاجية قائمة على نظرية التعلم السلوكية من جهة، ومن جهة أخرى طرائق علاجية تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي. كما تطلق على الأولى تسمية طرائق العلاج السلوكي وعلى الثانية طرائق العلاج المعرفي. وبالنظر إلى هاتين الطريقتين العلاجيتين المختلفتين مفاهيمياً، فإننا نتحدث عن طرائق العلاج المعرفية السلوكية." (السقا، 2009: 2)

وحسب ما أشار إليه كريال (2019) فإن ما يميّز هذا العلاج عن غيره من العلاجات أنه يعتمد على مبدأ هنا والآن وعلى ما يقوم به المريض الآن من أجل الإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفياً، وذلك دون إهمال المعلومات التاريخية وكل ما يتعلق بالمريض من تاريخ مرضي وعلاقات إجتماعية وغيرها.

ومن بين المسلمات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، نجد ما ذكره كريال (2019: 96) والتي

تتلخص أهمها فيما يلي:

❖ "أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الإنفعالات والسلوك.

- ❖ أن الإضطراب الإنفعالي الوجداني ينشأ من التفكير السلبي الذي يؤدي إلى إنفعالات وسلوكات سلبية.
- ❖ الإضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير الذي نفترض أنه متعلم."

ووفق السقا (2009: 5-6) "يعطي العلاج المعرفي السلوكي دورا مهما للعلاقة بين مجالات التفكير والإنفعال والسلوك، فجميعها أشكال متلاحمة ومتكاملة والتعديل في إحداها يعدل في المجالات الأخرى جميعها. لقد إعتبر المعرفيون أمثال بيك Beck وإليس Ellis وميكنباوم Meichenbaum أن الإضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يفترض أنها تساعد في الإبقاء على الإضطرابات كالإكتئاب أو غيره. وهذه الآليات هي: الثالث المعرفي، التشوهات المعرفية، المخططات."

"إن التفسير المعرفي للإكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل. حيث يتجلى هذا الثالث المعرفي السلبي من خلال إستجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويعتقد أن الثالث السلبي يقوم بصياغة تلقائية ومستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ تزيد التشوهات التلقائية في تأثير الإعتقادات الضمنية المختلة وظيفيا، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، والمزاج المكتئب يؤثر بدوره سلبيا في إستدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، مما يديم ويوسع من مزاج المكتئب. وهنا يكون التركيز الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب مساعدة المتعالج على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم (المعرفيات) وتجربيه سلوكا أكثر مرونة، مما يؤدي بذلك إلى تحطيم دورة الإكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات والعالم أو المستقبل محورا للعلاج." (السقا، 2009: 7-8)

وبناء على ما سبق نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي جمع بين مسلمات ومبادئ كل من العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج واحد، وذلك لأن الأفكار تعتبر هي المولد الأساسي للتعامل مع المواقف، والتي بدورها تحدد الطريقة التي نتبعها كرد فعل إتجاه تلك المواقف فكلما كانت الأفكار

سلبية أو خاطئة كان السلوك غير متوافق وعليه السلوك غير سوي، والعكس صحيح أي كلما كانت الأفكار إيجابية كان السلوك متوافق إذن فهو سوي.

بالإضافة إلى ذلك نجد فيما يخص العلاجات النفسية فإن ما تم ذكره سابقا هي فقط بعض العلاجات لأن هذه الأخيرة تختلف من نظرية لأخرى وفي النظرية ذاتها تختلف من عالم لآخر، لهذا تعددت أساليب العلاج النفسي وفنياته كأسلوب التداعي الحر، أسلوب التفرغ، العلاج بالتنويم المغناطيسي، العلاج الجماعي، العلاج بالعمل، العلاج البيئي، العلاج الإنساني، العلاج التفاعلي، وغيرها من الأساليب والعلاجات النفسية التي يجب أن تختار بدقة على حسب كل مشكلة وكل اضطراب وحسب كل حالة، وذلك من أجل تحقيق نتيجة فعالة ألا وهي تخليص المريض من مشكلته وعدم إنتكاسه.

## • خلاصة:

إن عملية التكفل النفسي متداخلة مع عملية العلاج النفسي حيث نجد أن هذه الأخيرة تعتبر من أحد أهم المراحل في عملية التكفل. كما نجد أن كلاهما يشتركان في الأهداف والأهمية المرجوة منهما والتي تتمثل في تخليص الأفراد من إضطراباتهم ومشاكلهم والتمتع بالصحة النفسية.

ونستنتج في الأخير أن التكفل النفسي هو عبارة عن إستخدام مجموعة من الإجراءات المنهجية المناسبة لمساعدة الحالات المرضية من أجل تخليصها من مختلف الإضطرابات النفسية التي يعانون منها من خلال إستخدام مجموعة من الوسائل والتقنيات العلاجية والتي تتناسب مع التشخيص الذي يحدده الأخصائي النفسي والذي يتم من خلال الملاحظات والمقابلات والإختبارات النفسية، ثم بعد ذلك يقدم العلاج المناسب لكل حالة، ومن بين العلاجات النفسية نجد العلاج التحليلي، العلاج المعرفي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالإسترخاء...إلخ. وكخطوة أخيرة يجب على المختص النفسي أن يقوم بوضع تقويم للنتائج المتحصل عليها أي إذا تم تحقيق التكفل النفسي وتخليص الحالات من الإضطراب النفسي الذي تعاني منه.

# الفصل الثالث: الإكتئاب والمراهقة.

• تمهيد.

أولاً: الإكتئاب.

- 1- مفهوم الإكتئاب.
- 2- أنواع الإكتئاب.
- 3- النظريات المفسرة للإكتئاب.
- 4- أسباب الإكتئاب.
- 5- أعراض الإكتئاب.
- 6- تشخيص الإكتئاب.
- 7- الوقاية من الإكتئاب.
- 8- علاج الإكتئاب.

ثانياً: المراهقة.

- 1- مفهوم المراهقة.
- 2- الفرق بين المراهقة والبلوغ.
- 3- مراحل المراهقة.
- 4- خصائص النمو في المراهقة.
- 5- أنماط المراهقة.
- 6- النظريات المفسرة للمراهقة.
- 7- مشاكل المراهقة.
- 8- المراهقة والإكتئاب.

• خلاصة.

## ● تمهيد:

تطغى على عصرنا الحالي العديد من الأزمات، والضغوطات، والتوترات بسبب كثرة المشاكل الحياتية التي تواجه الفرد وبالأخص المراهق وتضاربها مع إحتياجاته الخاصة، حيث أن تزايد هذه الصراعات التي يحاول مواجهتها بمختلف الطرق والأساليب الإيجابية، قد يؤدي به إلى العديد من المشكلات النفسية مثل: القلق، الأمراض السيكوسوماتية، الوسواس، والإكتئاب الذي يعتبر من أهم وأخطر المشكلات النفسية التي تواجه المراهقين حيث يؤثر بشكل كبير على مختلف مجالات الحياة الإجتماعية، النفسية، العملية وغيرها، ونظرا لما يترتب عنه من آثار سلبية التي تمس صحة الفرد بشكل عام والمراهق بشكل خاص في مختلف جوانبها. وفي هذا الفصل سنتطرق إلى كل ما يتعلق بالإكتئاب والمراهقة.

**أولاً: الإكتئاب.****1- مفهوم الإكتئاب:**

يعتبر الإكتئاب من أكثر الظواهر النفسية إنتشاراً، وهذا حسب تزايد مصاعب الحياة وأزماتها، ولقد تعددت التعاريف التي حاولت إعطاء مفهوم واضح وملم لمصطلح الإكتئاب، ومن بين هذه التعاريف نذكر ما يلي:

**1-1- لغة:**

"الكأب والكآبة: الغم وسوء الحال والإنكسار من الحزن، كئب وإكتئاب فهو كئيب ومكتئب. وأكأب: حزن ووقع في هلكة." (بجياوي، 2014: 207)

**1-2- إصطلاحاً:**

➤ تعريف الهور (2016):

إن الإكتئاب هو إضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية، والمزاجية للفرد المتمثلة في الحزن الشديد، والإحباط، وإنعدام الثقة.

➤ تعريف برييس Bryce (2010):

إن الإكتئاب هو إضطراب نفسي يشمل عدم القدرة على التركيز، وفقدان الشهية، وأعراض أخرى سيتم التطرق إليها في عنصر آخر تحت عنوان أعراض الإكتئاب من هذا الفصل.

## ➤ تعريف العيسوي (2011: 144):

"هو إنفعال عاطفي أو شعور إنفعالي، يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضحا، وينطوي على الشعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس، بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا ويصاحبه إنخفاض عام في النشاط النفسي والعضوي."

## ➤ تعريف عبد الخالق:

"هو حالة إنفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الإنقباض، والحزن، والضيق، وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الإنفعالية، والسلوكية، والمعرفية، وحتى الجسمية." (رضوان، د.ت: 3)

## 2- أنواع الإكتئاب:

لقد تعددت أنواع الإكتئاب حيث نجد أنه يأخذ أشكالا عديدة تتفاوت من حيث الشدة والمدة، ومن أنواعه نذكر ما يلي:

## 2-1- الإكتئاب الخفيف:

يتميز المصاب بهذا النوع من الإكتئاب بالشعور بالحزن والكآبة والتي تتمثل جسديا في ضيق في الصدر والبكاء بسهولة. بالإضافة إلى ذلك نجد أن صاحبه يشعر أيضا بضياح الأمل، اليأس والتشاؤم. وهذه الأعراض الأساسية يجب أن تظهر معظم الوقت ولمدة سنتين، وهذا حسب ما أدرجته **حجازي (2013)**.

**2-2- الإكتئاب المتوسط:**

إن الأعراض في هذا الإكتئاب تكون ظاهرة على الحالة وبشكل ملحوظ لمدى تأثيرها على حياته، حيث أنه يفقد القدرة على مساعدة نفسه ويصبح عاجزاً، مما يحتاج إلى متابعة عند مختص نفسي للخروج من هذه الحالة، وهذا ما ذكره الشامي (2019).

**2-3- الإكتئاب الشديد:**

"فيتميّز بأنه أشد الأنواع قوة وحدّة وفيه يشعر المريض بأنه في عزلة تامة عن المجتمع، يرفض الإختلاط بالآخرين وينقطع تماماً عن الحياة الإجتماعية وعادة تكون إجابته عن أي سؤال بكلام مختصر جداً وبصعوبة." (شكشك، 2009: 63)

**2-4- الإكتئاب المزمن:**

بصورة عامة يتميّز هذا الإضطراب بكونه مزمناً أكثر، ولكي يشخص الإضطراب على أنه إكتئاب مزمن يجب أن تستمر الأعراض لمدة سنتين بالنسبة للراشدين، أما بالنسبة للطفل والمراهق يجب أن تستمر لمدة سنة، وهذا حسب ما جاء به أبو غزال (2015).

**2-5- الإكتئاب داخلي المنشأ:**

"لم تحدد أسباب الإكتئاب داخلي المنشأ، وهو في العادة حالة شديدة تترك على المرء أعراض جسدية كفقدان الشهية والوزن، الإستيقاظ المبكر، فقدان الإهتمام بالعلاقة الجنسية، ولا يتخلص الفرد من هذا الإكتئاب إلى بعد الخضوع للعلاج." (مكزي، 2013: 38)

**2-6- الإكتئاب التفاعلي:**

"وهو رد فعل لحلول الكوارث، وهو قصير المدى." (زهران، 2005: 514)

**2-7- الإكتئاب الموسمي:**

"لدى كثير من الناس توجد علاقة زمنية بين الأمزجة المختلفة وفصول السنة المختلفة. غير أن بعضهم يمر بأطوار واضحة من المجرى المرتبط بالفصول أو إكتئاب شتوي يبدأ في الخريف ويتراجع كلية في الربيع (بعض هؤلاء يمرون في الربيع بطور هوسي خفيف)." (كاس، وآخرون، 2009: 67)

**2-8- الإكتئاب ثنائي القطب:**

تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الإكتئاب إلى 10% حتى 15%، كما يطلق على هذا الإكتئاب بإضطراب المزاج، وهذا ما أشار إليه مصطفى (2011).

**2-9- الإكتئاب التهيجي:**

"حيث يظهر المريض بعض الأعراض الحركية النفسية أو التهيج وكثرة الحركة والإستثارة وعدم الشعور بالراحة والإستقرار." (الهور، 2016: 36)

**2-10- إكتئاب ما بعد الولادة (النفاس):**

"وفيما يتعلق بحالات الكآبة المرتبطة بالنفاس، فإن التقدير بأنها تصيب 10-15% من النساء بعد الولادة، وأن معظم هذه الحالات تحدث في أول أسبوعين من النفاس." (سرحان، وآخرون، 2008:

(178)

**2-11- الإكتئاب التخلفي:**

"هو الإكتئاب الذي تتباطأ معه الحركة الذهنية والجسدية وتضعف القدرة على التركيز، وعندما يشد هذا النوع يستحيل على المريض الحركة أو الكلام أو تناول الطعام وقد تصل به الأمور إلى حد الموت جوعاً." (مكزي، 2013: 40)

**2-12- إكتئاب سن القعود:**

"ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي في سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والإهتمام بالجسم." (زهران، 2005: 514)

**2-13- الإكتئاب العصابي:**

"هو إضطراب نفسي يتطور نتيجة تكوين غير سوي في شخصية المصاب به. إذ تطبعه سمات عصابية كالقلق والتظاهرات الوسواسية." (عودية، 2002: 55)

**2-14- الإكتئاب الذهاني:**

يغلب على هذا النوع من الإكتئاب الهلوس والأوهام، والإنسحاب التام من المحيط الخارجي للفرد، مما يجعل تكيفه مع البيئة أمراً مستحيلاً، وهذا ما جاء به صالح (2015).

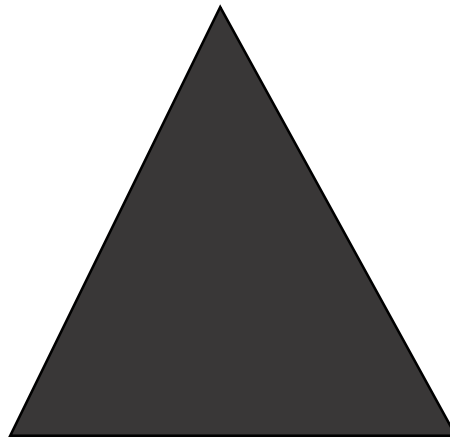
## 3- النظريات المفسرة للإكتئاب:

لقد تعددت النظريات التي حاولت إعطاء تفسير واضح لما يعرف بالإكتئاب، ومن أهم هذه النظريات وأبرزها نذكر ما يلي:

## 3-1- النظرية المعرفية:

يقوم هذا التوجه على إفتراض أن الإضطرابات النفسية تنتج من أفكار غير عقلانية وخاطئة بخصوص الذات وأحداث الحياة التي يعيشها الفرد، حيث ذكر **الفحل (2016)** ما جاء به **بيك Beck** في تفسير المفاهيم المعرفية الخاطئة من خلال ثلاثية وهذه الأخيرة موضحة في الشكل التالي:

## أفكار سلبية عن الذات



أفكار سلبية عن العالم

أفكار سلبية عن المستقبل

الشكل 1: مخطط يوضح ثلاثية بيك Beck عن المكتئبين.

"كما يرى بيك Beck أن للمرضى المكتئبين مجموعة من الخصائص الإدراكية مثل إنخفاض

إحترام الذات، وفقد الذات، ولوم الذات، ومطالب الذات، والرغبات الإنتحارية." (الفحل، 2016: 14)

## 3-2- نظرية التحليل النفسي:

"ترجع مدرسة التحليل النفسي الإكتئاب على أنه ناتج عن التفاعل بين الدوافع أو الرغبات والجوانب الوجدانية بينما فيها مشاعر الذنب والخسارة، وقد عبر أبراهام Abraham عن النظرة التحليلية للإكتئاب ووفق نظريته التي تتبلور حول العلاقة بالموضوعات أي العلاقة بالموضوع فعندما لا يجد الفرد تلبية لإرضاء رعايته الجنسية وإشباع حاجاته للحب، فإنه يشعر بالغضب والكراهية نحو موضوع الحب وهذا الغضب والكراهية يتحولان إلى مشاعر الذنب وهذا هو الإكتئاب، فحسب النظرية التحليلية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط أو خيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب فيتحول إلى آليات دفاعية لاشعورية يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها." (إبراهيم، 1998: 86-87)

## 3-3- النظرية السلوكية:

أشار أبو فايد (2010: 40) إلى تفسير النظرية السلوكية للإكتئاب حيث أنها: "تعتمد المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم (التعزيز)، فنظرية التدعيم تفسر الإكتئاب على أن المدعم هو حدث أو موقف أو مثير من المواقف التي تحدث في السلوك ويتحدد مفهوم التدعيم بمدى تفاعل الشخص مع بيئته، ولقد أظهرت الدراسات أن مصدر حدوث التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي كل مستقل عن الآخر يفترض نشوء حالات البؤس ما يسبب إنخفاض في معدل الإستجابة الإيجابية بثلاثة طرق وهي:

- ❖ الأولى: أن تكون الأحداث الشارطة للسلوك غير مدعمة.
- ❖ الثانية: أن تكون الأحداث المدعمة للسلوك غير متوفرة.
- ❖ الثالثة: أن يفتقر الفرد لبعض المهارات اللازمة وبالتالي يكون غير قادرا على إحداث التدعيم الإيجابي اللازم لهذه المهارات."

وحسب النظرية السلوكية يوجد هناك نموذجين أساسيين في تفسير الإكتئاب وهما:

### 3-3-1- النموذج الأول:

"يذهب إلى أن الإكتئاب ينشأ عن مستويات منخفضة للإثابة، أو مستويات مرتفعة للعقاب أو

كليهما." (أبو فايد، 2010: 40)

### 3-3-2- النموذج الثاني:

"يفسر الإكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة

الفرد قبل التعاطف والدعم من الآخرين، وتفترض المدرسة السلوكية أن تلقي الفرد لمستويات منخفضة من

الإثابة أو لمستويات مرتفعة من العقاب أو كليهما سوف يؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب أو أنه يحدث نتيجة

لانسحاب مصادر التعزيز المضادة أو غيابها من حياة الفرد." (أبو فايد، 2010: 40)

### 3-4- النظرية البيولوجية والفيسيولوجية:

"الوراثة والتغيرات الكيميائية الحيوية وبناء الجهاز العصبي الوظيفي من أهم العوامل لنشأة

الإكتئاب، كما يشير أنصار هذه النظرية إلى وجود نمطا رئيسيا للإكتئاب، يقوم النمط الأول على أساس

الإضطراب في الأيض الإلكترونيين الخاص بالمرضى المكتئبين، ويعتبر كلور الصوديوم والبوتاسيوم

هامين بصفة خاصة في التحكم وإستثارة الجهاز العصبي، أما النظرية الفيسيولوجية الثانية تعتبر الإكتئاب

عبارة عن قصور موروث في العنصرين الرئيسيين من كيمياء الدماغ النوربايين والسيروتونين." (يحياوي،

2014: 121)

وبناء على ما سبق نستنتج أن كل نظرية حاولت إعطاء تفسير واضح للإكتئاب، حيث تعددت

هذه النظريات واختلفت نتيجة إختلاف وجهات النظر والإتجاهات والتصورات حول الإضطراب، لذلك كل

نظرية لها وجهتها الخاصة الصائبة فيها، لذا وجب الإعتماد على كل النظريات لإعطاء تفسير واضح للإكتئاب لأن كل نظرية مكملّة للأخرى.

#### 4- أسباب الإكتئاب:

إن الإكتئاب كغيره من الإضطرابات النفسية الأخرى يحدث نتيجة عدّة عوامل وأسباب نذكر من أهمها ما يلي:

#### 4-1- الأسباب الوراثية:

تبقى الأسباب الإجتماعية والنفسية هي الأكثر تأثيرا للإصابة بالإكتئاب وحسب **مكنزي Mckenzie (2013)** تؤدي الجينات دورا مهما في الإصابة بالإكتئاب؛ حيث أن العلماء عجزوا عن تحديد عمل هذه الجينات بعد، كما أنه قد لا ينشأ الإكتئاب بسبب إصابة والدك أو والدتك أو أخوك أو أختك لكن تزداد إحصائية إصابتك لو كان لديك أخ توأم أصيب سابقا بالإكتئاب، إضافة إلى أنه حتى لو بين تاريخ العائلة حالات إكتئاب سابقة يبقى الإكتئاب بحاجة إلى الأحداث الحياتية الضاغطة التي تثيره. وحسب هذا الإتجاه أيضا "إن بعض مراحل العمر تعتبر كعامل مسبب للمرض ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الإكتئاب بسبب العزلة، الوحدة، والأمراض، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات، والنساء هن أكثر إصابة بالإكتئاب نتيجة التغيرات الهرمونية." (الغبور، 2015: 62)

#### 4-2- الأسباب النفسية:

تعتبر العوامل النفسية من أهم الأسباب المؤدية للإكتئاب ومن أهمها نجد ما ذكره **زهران (2005: 516)** والتمثلة فيما يلي:

❖ "التوتر الإنفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة (موت عزيز، طلاق، هزيمة...).

❖ الحرمان وفقدان الحب.

- ❖ الصراعات اللاشعورية.
- ❖ الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ❖ ضعف الأنا الأعلى وإتهام الذات والشعور بالذنب بالنسبة لسلوك سابق.
- ❖ الخبرات الصادمة.
- ❖ سوء التوافق.

إضافة إلى الأسباب النفسية السابقة يضيف مكنزي Mckenzie (2013) بعض الأسباب

الأخرى منها: الضغط النفسي حيث أنه يكون سبب للإصابة بالإكتئاب على حسب تعدد أنواع الضغوطات.

#### 4-3- الأسباب الإجتماعية:

الإنسان يعيش وسط مجتمع تربطه معه علاقات إجتماعية يتفاعل معهم يؤثر فيهم ويؤثرون فيه، ويرجع الإكتئاب إلى إختلال التوازن بين الفرد والآخرين، ومن أهم الأسباب الإجتماعية نجد ما أشار إليه الغبور (2015: 61) والمتمثلة فيما يلي:

- ❖ "الحرمان وفقدان المساعدة العاطفية (فقدان الكرامة أو المكانة الإجتماعية).
- ❖ تشجيع الطفل بأسلوب الوالدين الخاطيء (النمذجة).
- ❖ أثر الرفاق.
- ❖ الوحدة، العنوسة.
- ❖ البطالة.
- ❖ الفشل العاطفي.
- ❖ موت الأحبة.

نستنتج مما سبق أن هذه الأسباب تعد الأكثر إنتشارا والتي تؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب، لذلك يجب الوقاية منها وأخذ التدابير والإحتياطات اللازمة خاصة فيما يتعلق بفترة المراهقة لتقليل الإصابة بهذا الإضطراب، كما أن معرفة العلة تعد نصف العلاج حتى لا يحدث إنتكاس للحالة.

### 5- أعراض الإكتئاب:

إن الإكتئاب يشمل زملة من الأعراض تظهر في العديد من الأشكال، والتي تشمل عدّة مجالات مختلفة والمتماثلة فيما يلي:

#### 5-1- ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

"من العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الإكتئاب، يكون أقل بشكل واضح منه عما كان عليه في السابق في حالته العادية. وليس من النادر أن نجد الشخص المكتئب يقضي يومه جالسا في مكانه دون أي نشاط إيجابي، أو منهمكا في أحسن الأحوال في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التلفزيون، والرقود، وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل. أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات المنزلية والإجتماعية الأخرى فهي تبدو للشخص شيئا عسيرا يصعب إنجازه، دون بذل طاقة شاقة. حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى تبدو له الآن بشكل غير مرغوب ولا دافع له نحوها، وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى." (إبراهيم، 2008: 17)

#### 5-2- الشعور بتناقل الأعباء:

"بعض المكتئبين يشعرون بأنهم غير مسؤولين عن إكتئابهم ومن ثم تتزايد شكواهم من أن الآخرين يحملونهم ما لا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعية عليهم." (إبراهيم،

(1998: 22)

**5-3- توتر العلاقات الإجتماعية:**

"وتكون من خلال الإفتقار للإيجابية في المواقف الإجتماعية، وتكون لديهم صعوبة كبيرة في بدأ علاقة أو المبادرة إليها عند الرغبة في خلق علاقة جديدة، ويعانون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل ونتيجة لهذا فهم يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباطات ومشاعر التعاسة وعدم السرور، عدم الرضا على علاقاتهم الإجتماعية كالعلاقة بالزوج والزملاء أو بالناس المألوفين له." (عمار، 2012: 16)

**5-4- الأعراض النفسية:**

"إنحراف المزاج، البؤس واليأس والأسى، عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس، والشعور بنقص الكفاءة والشعور بعدم القيمة والتفاهة، فتور الإنفعال والإنطواء والإنسحاب والوحدة والصمت والشروء حتى الذهول، التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة، أفكار الإنتحار أحيانا ومحاولات الإنتحار في الحالات الحادة، ويلاحظ أن أغلب محاولات الإنتحار عند الإناث وأكثر الوسائل شيوعا هي تناول جرعات كبيرة من الأدوية." (عمار، 2012: 16)

وبضيف إلى ذلك تغزة (2014: 40) ما جاءت به منظمة الصحة العالمية حيث تستعرض رابطة الأطباء النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي الرابع سبعة أعراض رئيسية مميّزة للإكتئاب وهي:

- ❖ "ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- ❖ الأرق أو النوم المفرط.
- ❖ التأخر الحركي النفسي.

- ❖ فقدان الإهتمام أو السرور عند ممارسة الأشياء المعتادة.
- ❖ الإحساس بإنعدام الثقة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
- ❖ الشكوى أو التظاهر بعدم القدرة على التركيز أو التفكير.
- ❖ تكرار التفكير بالموت بصفة دورية.

نستنتج مما سبق أن للإكتئاب زملة من الأعراض الأساسية التي يجب توفرها في الفرد حتى يتم تشخيصه بهذا الإضطراب، وليس بمجرد وجود عرض أو عرضين مما سبق ذكره. كما أنها تساهم في معرفة شدة نوع الإكتئاب وذلك من أجل تقديم العلاج المناسب.

## 6- تشخيص الإكتئاب:

إن للإكتئاب مجموعة من الأعراض الأساسية التي يجب توفرها في الفرد حتى يتم تشخيصه على أنه مصاب بالإكتئاب، وحسب ما أدرجته شارف (2021: 17) نجد أنه:

"إنفق معظم المعالجين النفسيين على ضرورة ظهور خمسة أعراض على الأقل من الأعراض العامة للإكتئاب قبل الحكم على شخص ما بأنه مريض بالإكتئاب وأن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل وألا تغيب بقية الأعراض لمدة تزيد على الشهرين، وأن تؤثر الأعراض على أمرين هامين في حياة الإنسان، حيث تظهر مشكلات وصعوبات كثيرة في الحياة العملية أو الدراسية لم تكن موجودة من قبل، كما تتأثر الحياة الإجتماعية والعائلية تأثراً سلبياً واضحاً."

وبناء على ما سبق نستنتج أن من بين الوسائل التي يجب الإعتماد عليها في التشخيص هي الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية والعقلية في نسخته الحديثة، لأنه في كل مرة يتم تطويره إما بزيادة أو حذف أعراض، وذلك حتى يتم تشخيص الحالة بكل مصداقية.

## 7- الوقاية من الإكتئاب:

هناك العديد من الأفعال والسلوكيات التي من شأنها أن تساهم في الوقاية من الوقوع في حالة إكتئاب بالنسبة لكافة المراحل العمرية وخصوصا لدى المراهقين، ولكن ذلك مع مساعدة الأسرة من خلال ما جاءت به **جلبي (2015)** والمتمثل فيما يلي:

- ❖ الرفع من مستوى تقدير الذات لجميع الفئات العمرية وبالأخص المراهقين.
- ❖ زرع التفاؤل في النفوس والنظرة الإيجابية إتجاه الحياة.
- ❖ تجنب الشعور بالذنب من خلال الكف عن اللوم والتشدد في التربية.
- ❖ ممارسة أنشطة ممتعة لملأ الفراغ وكسر الروتين.
- ❖ الملاحظة والمتابعة المتواصلة من قبل الأسرة.
- ❖ مواجهة المشاكل وتعلم كيفية إيجاد حلول لها من خلال الجد والمثابرة.
- ❖ إبداء الرأي من خلال الإتصال والتواصل.
- ❖ تقديم الرعاية والعناية المناسبة وذلك خاصة بإظهار مشاعر المحبة.

ولذلك يجب مراعاة هذه الأفعال والسلوكيات حتى نتجنب العواقب الوخيمة التي من الممكن أن تقع فيها، مع زيادة التوعية بهذه الأمور من خلال حملات تحسيسية وبرامج تليفزيونية تكون تحت إشراف مختصين نفسانيين.

**8- علاج الإكتئاب:**

إن الإكتئاب أحيانا يكون حالة مؤقتة يمكن تفاديها وعلاجها، خاصة الإكتئاب النفسي، أما الإكتئاب الذهاني فهو مستعصي بعض الشيء لكن يمكن العمل على تحسين الحالة وإستقرارها ولقد ذكر **عبد الله (2000)** خطة علاجية توضح كيفية القيام بذلك من خلال ما يلي:

**8-1- الإكتئاب النفسي:**

- ❖ "مساندة المريض وأسرته، ومساعدته على حل مشاكله.
- ❖ مراقبة المريض لإحتمال ظهور أي علامات تدل على زيادة إكتنابه.
- ❖ تفسير مشاعر المريض لأقاربه وأسرته. " (عبد الله، 2000 : 186)

**8-2- الإكتئاب الذهاني:**

- ❖ "منع المريض من الإنتحار، وتوفير بيئة آمنة له وإشعاره بقيمته الشخصية.
- ❖ تقليل إحساسه بالحزن ومساعدته على الحفاظ على نفسه.
- ❖ الإهتمام بالإحتياجات الغذائية وتشجيعه على النوم.
- ❖ تنظيم عملية الإخراج للمريض.
- ❖ السماح للمريض بالتعبير عن نفسه، وإشراكه في الأنشطة الرياضية.
- ❖ تقديم الرعاية له من خلال العلاج بالصدمات الكهربائية **Électro-convulsive Thérapy**. " (عبد الله، 2000 : 186)

كما يمكن وصف أدوية خاصة بالإكتئاب مثل: السيرترالين Sertraline وغيرها من المضادات الأخرى، وهذا حسب ما تستدعيه كل حالة ويكون ذلك بالنسبة لحالات الإكتئاب العصابي الحاد وحالات الإكتئاب الذهاني.

نستنتج مما سبق أنه يجب تشخيص نوع الإكتئاب بدقة حتى يتم تقديم العلاج المناسب للحالة وإخراجها من دائرة هذا الإضطراب الذي تكون غالبا نتائجه وخيمة.

## ثانياً: المراهقة.

### 1- مفهوم المراهقة:

لقد تعددت التعاريف التي تناولت مصطلح المراهقة نذكر من بينها ما يلي:

#### 1-1- لغةً:

حسب ما جاء في لسان العرب لابن منظور (د.ت: 130) "راهق الغلام، فهو مراهق إذا قارب

الإحتلام، والمراهق الغلام الذي قارب الحلم."

"المراهقة تعني الإقتراب أو الدنو، فحين نقول راهق الغلام فهو مراهق، أي أنه قارب الإحتلام،

والحلم هو قدرة المراهق على الإنجاب." (سليم، 2002: 375)

#### 1-2- إصطلاحاً:

"مصطلح المراهقة Adolescence مشتق من الكلمة اللاتينية Adolescere ومعناه التدرج نحو

النضج الجسمي، العقلي، الإنفعالي، والإجتماعي." (ملحم، 2015: 292)

وتعرف المراهقة في معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية حسب بدوي (1982: 9) بأنها:

"مرحلة النمو التي تبدأ في سن البلوغ أي في سن 13 تقريباً وتنتهي في سن النضوج أي حوالي 18 أو

20 من العمر وهي سن النضوج العقلي، والإنفعالي، والإجتماعي."

يعرفها أحمد زكي صالح (1979): "المراهقة Adolescence مصطلح (وصفي) يقصد به

مرحلة نمو معينة تبدأ بنهاية الطفولة وتنتهي بإبتداء مرحلة النضج أو الرشد، أي أن المراهقة هي المرحلة

النمائية أو الطور الذي يمر به الناشئ. والمراهق هو الفرد غير الناضج جسمياً، وإنفعالياً، وعقلياً،

وإجتماعياً، نحو بدء النضج الجسمي، والعقلي، والإجتماعي." (محمد، 2009: 9)

وحسب ما أشار إليه الشربيني (2001) فإن مرحلة المراهقة تطراً عليها مختلف التغيرات والتحويلات التي تشمل كافة الجوانب بالإضافة إلى بعض الإضطرابات والمشكلات التي يمكن أن تنشأ خلال هذه المرحلة.

إن المراهقة فترة تمتد من (12-21) سنة ويكون نضج الفرد فيها تدريجياً في كافة الجوانب وليس بطريقة مباشرة فهي تبدأ بالنضج الجنسي أي البلوغ وتنتهي بالنضج الاجتماعي والإنفعالي، وهذا وفق دراسة قام بها الصبوحين، والقضاة (2013).

كما أشار نور (2015) أن طول أو قصر فترة المراهقة يتحدد بحسب كل أسرة ومجتمع، وكذلك حسب المستوى المعيشي والثقافي، بحيث أن هذه المرحلة تطول في الحضارات الغربية الحديثة، على عكس الحضارات البدائية التي تقصر فيها هذه الفترة أي فترة المراهقة حتى تكاد تنعدم بسبب سرعة نضج الطفل.

ووفق الشافعي (2009) فإنه يرى أن مرحلة المراهقة تعد مرحلة هامة وصعبة وذلك بسبب المرحلة الإنتقالية التي تحدث للفرد، فالمراهق فيها يصبح يتكل على نفسه بعدما كان يتكل على الآخرين. لهذا يحتاج إلى العناية والإرشاد الصحيح خاصة من قبل الأسرة من أجل مساعدته على تخطي المشاكل التي يمكن أن يتعرض لها في هذه الفترة لكي يكون في الأخير شاب سليم من كل النواحي العقلية، النفسية، الإنفعالية، السلوكية، والإجتماعية لأنها فترة تتميز بالتجدد المستمر.

ويرى الطارقي (2011) أن أحسن تعريف للمراهقة من وجهة نظر بعض الباحثين هو التعريف الذي جاء به كل من بيش Beach وفورد Ford حيث يعرفان المراهقة بأنها: "هي الفترة الممتدة من البلوغ وحتى النضج التناسلي الكامل".

إن مرحلة المراهقة تختلف عند الجنسين بحيث تدخل الفتاة في هذه المرحلة قبل الفتى بحوالي عامين، بالإضافة إلى أنها تشمل مختلف نواحي شخصية المراهق، وهذا حسب ما ذكره العيسوي (1993).

وعليه فإن مرحلة المراهقة هي أحد مراحل النمو التي تنقل الفرد من الطفولة إلى الرشد، وتتميز هذه الفترة بحدوث تغيرات على مستوى كافة الجوانب الجسمية، العقلية، الإنفعالية، والإجتماعية. كما تختلف مدتها من فرد لآخر ومن منطقة جغرافية لأخرى.

## 2- الفرق بين المراهقة والبلوغ:

قبل التطرق إلى إبراز الفرق بين المراهقة والبلوغ يجب إبراز مفهوم كلا المصطلحين وبالأخص مصطلح البلوغ، وعليه:

"يعرف البلوغ بأنه مرحلة من مراحل النمو العضوي التي تسبق المراهقة وتحدد نشأتها ويستطيع فيها الفرد أن يحافظ على نوعه واستمرار سلالته." (محروس، 1994: 8)

ويرى سليمان (2006: 297): "أن البلوغ هو تغير فيسيولوجي يتناول الفرد بأكمله." وذكر بيرمان (Birman 2004: 89): "أن البلوغ عبارة عن سلسلة من الأحداث الحيوية Biological والعضوية الفيسيولوجية."

وحسب ما أشار إليه داکو (Daco د.ت: 77): "أن البلوغ في الجوهر متميز بظهور وظائف تناسلية وتغيرات نفسية متعددة مثل: ظهور الشعر على الجسم، تطور نمو الثدي عند الفتاة، تغير في الصوت.

"قالبلوغ يصاحبه تغيرات خارجية وداخلية في جسم المراهق. ويقتصر البلوغ على ناحية واحدة من نواحي النمو الجسدي وهي الناحية الجنسية. أما المراهقة فهي مرحلة وسط تقع بين سن الطفولة وسن الرشد، وهي مرحلة إنتقالية ينتقل فيها المراهق وهو طفل غير ناضج جسميا وعقليا وإنفعاليا وإجتماعيا إلى

إنسان يتدرج نحو النضج الكامل، ومحاولة الإستقلال والإعتماد على النفس وإثبات الذات." (أبو سعد،

(2010: 21)

وهذا أيضا ما أكده آل عبد الله (د.ت: 6) حيث ذكر أن البلوغ هو: "تمام نضوج الغدد التناسلية إعلاما بإكتساب معالم جنسية. أما المراهقة هي التدرج نحو النمو البدني والنضج الجنسي والعقلي والفكري."

من خلال هذا يتضح أن الفرق الجوهرى بين المراهقة والبلوغ هو أن هذا الأخير يعتبر أحد جوانب النمو في مرحلة المراهقة (النمو الجنسي) أي أنه جزء منها. كما يعتبر البلوغ دليل على بداية هذه المرحلة وذلك من أجل الإستعداد لتحمل المسؤولية.

### 3- مراحل المراهقة:

لقد تم تقسيم المراهقة من قبل العلماء إلى ثلاثة مراحل وهي:

#### 3-1- المراهقة المبكرة:

ترى عدي (2011) أن من مميّزات هذه المرحلة هو ما يحدث للمراهق من تغيرات وذلك نتيجة التقلبات المتعددة، والعدوانية، والتي تصاحبها أيضا تغيرات فزيولوجية، ينتج عنها فقدان التوازن، حيث في هذه الفترة يسعى المراهق للتخلص من كل ما يقيد، وذلك لتحقيق الإستقلالية وتمتد هذه المرحلة من (12 إلى 16 سنة).

#### 3-2- المراهقة الوسطى:

ذكرت صندلي (2012) أن هذه الفترة تبدأ من سن 16 سنة وتنتهي حوالي سن 18 سنة، إذ تعتبر هذه المرحلة أساس المراحل الأخرى، فهي تتوسط كل من المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، ويتم

من خلالها النضج على مستوى العديد من الجوانب، حيث أنها تتميز بالهدوء والتقبل للحياة، كما أن المراهق في هذه الفترة يتعلم مجموعة من الخصائص منها:

- ❖ تحمل المسؤولية.
- ❖ تقديم المساعدة للآخرين.
- ❖ بناء علاقات مع الآخرين وأيضاً مع الأفراد من الجنس الآخر.
- ❖ فهم المراهق لرغباته، وتوجهاته ووضوحها.

### 3-2- المراهقة المتأخرة:

يطلق أحيانا على هذه الفترة بمرحلة الشباب والتي من خلالها يحقق المراهق التوازن والإستقلالية في إتخاذ القرارات، بالإضافة إلى إمتياز المراهق بالقوة مع وضوح هويته والتزامه بمسؤولياته، حيث تمتد هذه الفترة من (18 إلى 21 سنة)، وهذا حسب ما أشارت إليه **عدي (2011)**.

إن هذه المراحل سابقة الذكر تتميز كل واحدة منها بمجموعة من الخصائص، والتي بدورها تؤثر على المراهق، إما بشكل إيجابي أو سلبي، لذلك يجب مراعاة ما يمر به المراهق في هذه المراحل، وذلك لتحقيق الصحة النفسية للمراهق في نهاية مرحلة المراهقة لكي لا تتأثر المراحل التي تليها.

### 4- خصائص النمو في المراهقة:

تتميز مرحلة المراهقة بمجموعة من الخصائص والتغيرات التي تحدث للفرد والمتمثلة في:

#### 4-1- النمو الجسمي:

من بين التغيرات الأولى التي تطرأ على المراهق هي التغيرات الجسمية والهرمونية ومن مميّزاتها

ما ذكره **محمود (1981)** والتي تتمثل فيما يلي:

- ❖ ظهور الشعر في مختلف أنحاء الجسم مثلا في الأعضاء التناسلية وتحت الإبطين ويكون ذلك عند كلا الجنسين، كما ينمو شعر الذقن والشارب عند الفتى.
- ❖ تغير حجم الجسم ويظهر ذلك بوضوح من خلال الزيادة في الطول وذلك بشكل مفاجئ، وأيضا الزيادة في طول الذراعين والساقين، وحجم القدمين واليدين، بالإضافة إلى زيادة الوزن، كما نلاحظ أيضا تضخم في بعض أجزاء الجسم الأخرى وبصفة خاصة صدر الفتاة.
- ❖ نضج الأعضاء التناسلية مع كبر حجمها، وبدءها بإفراز الحيوانات المنوية والبويضات، والتي تعد وظيفتها الطبيعية.
- ❖ ظهور دم الحيض عند الفتاة (العادة الشهرية) لأول مرة والتي تعتبر علامة نضجها، والإحتلام عند الفتى (ظهور المنى)، ويتم ذلك من خلال عمل الجهاز التناسلي.
- ❖ أخذ جسم الفتى شكل الرجل والفتاة شكل جسم المرأة، ويكون ذلك في نهاية مرحلة المراهقة.

#### 4-2- النمو العقلي:

- يرى زهران (1986) أن مرحلة المراهقة تشهد نمو عقلي، حيث تتنضج القدرات العقلية بصفة عامة، كما تتميز أيضا بما يلي:
- ❖ النمو الواضح في الذكاء العام أكثر من تمايز القدرات الخاصة.
  - ❖ الدقة في التعبير (كالقدرة اللفظية، القدرة العددية).
  - ❖ الزيادة في التحصيل الدراسي ويتم ملاحظة ذلك في القراءة ومواد الحساب.
  - ❖ نمو القدرة على التذكر من خلال الإعتماد على الفهم والإستنتاج.
  - ❖ نمو الإنتباه وزيادة القدرة على الإستيعاب بسهولة خاصة المشاكل التي يعاني منها المراهق.
  - ❖ زيادة القدرة على التخيل المجرد، أي الإتجاه من المحسوس إلى المجرد كأحلام اليقظة.
  - ❖ نمو القدرة على التعميم وفهم العموميات أي الأفكار العامة.

❖ نمو القدرة على فهم وإدراك معنى الزمن وبالأخص المستقبل والقيام بالتخطيط له.

#### 4-3- النمو الإنفعالي:

يرى سليمان (2005) أن المراهق يتعرض لمجموعة من التغيرات النفسية والعاطفية ويكون حساس جدا في هذه المرحلة، لما يحدث له من تغيرات جسمية وهذه الأخيرة تولد له الشعور بالقلق والخوف، والخجل، والإحراج، وذلك يكون نتيجة المعاملة التي يتلقاها المراهق من طرف الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه. كما ذكر العيسوي (2000) أيضا أن المراهق في هذه المرحلة يسعى إلى الإعتماد على ذاته لأنه لم يعد طفل، ويستطيع إتخاذ قراراته بنفسه فهو قادر على تحمل المسؤولية، بالإضافة إلى أنه يتأثر بالتقدير والنقد. وحسب ما أشار إليه حمودة (1998) فإن المراهق يعيش أزمة هوية لإيجاد حلول لكبح غرائزه الجنسية وعدوانيته لتلائم مع ثقافة بيئته الإجتماعية، كما أنه يعيش في حالة من التناقض الوجداني والميول النكوصية.

#### 4-4- النمو الإجتماعي:

ذكر أبو سعد (2010) مجموعة من التغيرات التي تحدث لدى المراهق فيما يتعلق بالجانب الإجتماعي، والتي تظهر من خلال التفاعلات مع مختلف الأفراد خاصة الذين هم في نفس سن المراهق، ونجده أيضا يميل إلى التقليد خاصة النماذج التي يحبها كالمشاهير، بالإضافة إلى محاولته في التأثير على الآخرين ومشاركة الأهل في إتخاذ القرارات، والسعي لتكوين علاقات مع الراشدين، حيث تتحدد قوتها أو ضعفها بحسب المواقف التي يتعرض لها المراهق، والمبادرة في تحمل المسؤولية عن الوالد وتكوين صداقات، وقد تتغير هذه الأخيرة بين فترة وأخرى.

من خلال هذه الخصائص المتنوعة يتضح أن المراهق يعيش فترة من التوتر التي يعتبرها البعض أزمة، لكن ليس بالضرورة أن يعيش المراهق هذه الأزمة، إذا ما حظي بالمعاملة الصحيحة والسليمة والمتكيفة مع متطلباته ومع مراعاة التغيرات التي تحدث معه من قبل الأسرة والمجتمع.

**5- أنماط المراهقة:**

تتميّز مرحلة المراهقة بأربعة أنواع وأشكال، والمتمثلة فيما يلي:

**5-1- المراهقة المتكيفة أو المتوافقة:**

إن المراهق المتكيف يتميز بالهدوء والرغبة في الإستقلال، والتفكير السليم، وتكوين علاقات قائمة على الحب والعطف، وتحمل المسؤولية والقدرة على إتخاذ القرارات، والشعور بالسعادة والطمأنينة، بالإضافة إلى الثقة المبنية بين الآباء والأبناء. وهذا كله يرجع إلى أساليب المعاملة التي يتلقاها المراهق من قبل الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه وبالأخص الأسرة، وهذا حسب ما ذكره زيدان (1974).

**5-2- المراهقة الإنسحابية المنطوية:**

يتميّز هذا النمط بالإنطواء، العزلة، الإكتئاب، الشعور بالدونية والنقص، قلة العلاقات الإجتماعية، التمرکز حول الذات، الغوص في أحلام اليقظة، رفض تربية الوالدين، التطرف الديني وذلك من أجل التخلص من الشعور بالذنب والحصول على الراحة النفسية، إن هذه الخصائص من نتاج التربية الخاطئة بسبب جهل الأسرة أو الحماية الزائدة وغيرها، بالإضافة إلى ضعف المستوى الإقتصادي والإجتماعي، تدهور الصحة أو الإصابة بإعاقة، وأيضاً سوء التقدير الذي يتعرض له المراهق من قبل الآخرين، وهذا حسب ما أشارت إليه الملك (2004).

**5-3- المراهقة العدوانية المتمردة:**

"يكون فيها المراهق عدوانياً، ثائراً على السلطة سواء كانت سلطة الوالدين، سلطة المدرسة، أو المجتمع الخارجي. والسلوك العدواني عند هذا النمط قد يكون مباشراً يتمثل في الإيذاء، أو قد يكون بصورة غير مباشرة كالعناد. وبعض المراهقين من هذا النوع قد يتعلق بالأوهام والخيال وأحلام اليقظة ولكن بصورة أقل عما سبقها." (هتهات، 2014: 35)

نجد هنا أن سلوك المراهق يتأثر بالتربية القاسية والحرمان العاطفي.

#### 5-4- المراهقة المنحرفة:

يرى الأشول (2008: 511) بأنها: "تأخذ صورة الإتحلال الخلفي التام أو الإنهيار النفسي الشامل، وتتفق عوامل هذا الشكل مع الشكليات السابقين مع إشتداد في درجة هذه العوامل ومع إضافة عوامل أخرى. كما أن بعض المراهقين قد مروا بخبرة شاذة مريرة أو صدمة عاطفية عنيفة لونت تفكيرهم ووجدانهم لبعض الوقت بلون قاتم متشائم، وإنعدام الرقابة الأسرية وتخاذلها، وضعفها، والقسوة الشديدة في معاملة المراهق، وتجاهل رغباته وحاجاته، والتدليل الزائد، وتكاد الصحبة السيئة أن تكون عاملا مشتركا، والإقتران مع جماعة الرفاق بعيوب التربية في المنزل والمدرسة."

من خلال ما تم ذكره يتضح أن الأسرة هي أساس تكوين المراهق سواء بشكل سوي أو غير سوي، بالإضافة إلى مؤسسات التنشئة الإجتماعية الأخرى كالأصدقاء، المدرسة، والمجتمع ككل والتي يجب أن تبقى على رقابة من قبل الأسرة من أجل حماية المراهق من الإنحراف مع تصحيح أساليب التربية.

#### 6- النظريات المفسرة للمراهقة:

لقد تعددت النظريات التي حاولت دراسة مرحلة المراهقة وإيجاد تفسير لها، نذكر من بينها:

##### 6-1- النظرية البيولوجية (العضوية):

"يعد ستانلي هول Stanely Hall أول من قارب المراهقة من وجهة نظر بيولوجية عضوية وعلاقتها بالمقرب البيولوجي، إعتمادا على أفكار داروين Darwin، لامارك Lamarck وروسو Rousseau التطورية والبيولوجية، حيث إعتبر المراهقة فترة عصيبة من فترات الإنسان. وبالتالي فهي بمثابة عاصفة أو أزمة وقلق وتوتر وإضطراب، تترك آثارا سلبية في نفسية المراهق. وأكثر من هذا فهي

ولادة ثانية أو ميلاد نفسي جديد؛ بسبب التغيرات العضوية والنفسية والإنفعالية التي يمر بها المراهق. ولم يهتم **ستانلي هول Stanely Hall** بالمؤثرات الإجتماعية أو البيئية المكتسبة، بل ركز بالخصوص على ما هو عضوي في علاقة تامة بما هو نفسي. لذا تقترب أفكاره كثيرا من آراء **فرويد Freud** الذي ألف بحثا حول المراهقة سنة 1905م، حينما يشير إلى البلوغ والنضج الجنسي، ومن الباحثين الفرنسيين الذين تمثلوا المقاربة العضوية أو البيولوجية التطورية نذكر: **ميندوس Mendousse**، و**دوبيس Debesse**، و**جيزل Gesel**. (حمداوي، د.ت: 23-24)

## 6-2- النظرية المعرفية لبياجيه Piaget:

"يرى **بياجيه Piaget** أن علم النفس المعرفي يركز على إظهار المظهر العقلي أو المعرفي المتمثل في القدرات العقلية كالذكاء، التخيل، الذاكرة، وكذا المهارات التي يكتسبها من خلال تفاعله مع الآخرين وإحتكاكه. وهذا ما يساعد في تحديد فترة المراهقة وتمييزها عن غيرها، حيث أن المراهق يستعمل مجاله المعرفي في التعبير عن نفسه ورغباته، يعرف ما يريد في حياته وكل ما يستطيع أن ينجزه من أعمال، وما يمكن أن يقدمه من آراء، وهذه القدرات طبعا تختلف من فرد لآخر من حيث السعة، وهذا لا يعني أنه ينكر السمات الأخرى، وإنما يعتبر أن مستوى النمو العقلي الذي يبلغه الفرد سيوظف في مختلف مظاهر حياته، ومما يحدث إضطرابا في عملية توافقه مع بيئته." (حمدوش، 2013: 35)

## 6-3- نظرية التحليل النفسي لفرويد Freud:

ذكر **فرويد Freud** التوازن الذي يحدث عن طريق الإشباع التام من خلال إرضاء الرغبات الغريزية، بمعنى تحقيق اللذة يؤدي إلى سواء الفرد، وهذا حسب ما أشار إليه **فرانكل Frankl** (1998/1969)، وهذا مرتبط خاصة بمراحل النمو في الطفولة المبكرة.

"يرى **فرويد Freud** أن مرحلة المراهقة تغطيها ما يعرف بالمرحلة التناسلية فإبتداء من البلوغ تصبح المهمة الكبرى للمراهق أن يحرر نفسه من والديه بالنسبة للذكر يعني أن يتخلص من إرتباطه بأمه

ويحرر نفسه من أبيه، وكذلك الحال للبنات إذ ينبغي هي أيضا أن تتخلص من الإرتباط الوالدي وتبدأ حياتها الخاصة، ولاحظ فرويد **Freud** أن هذه الإستقلالية لا تتم بسهولة مطلقة بسبب إعتيادها لسنوات طويلة بالإعتماد على الوالدين، والإرتباط بهم عاطفيا. (كواشي، 2015: 68)

وحسب ما ذكره عبد الرحمن (1998: 79) فإن فرويد **Freud** يقول: "تزداد الإهتمامات الجنسية بشكل ملحوظ في نشاطها وحدتها وتتركز على أعضاء الجنس المقابل، وتنشأ مشاكل جديدة من إزدياد الدور الجنسي بشكل مباشر، وينشأ لدى المراهق صراع بين الرفض الإجتماعي والتحريمات التي يملئها عليه ضميره من ناحية، وبين رغباته الجنسية الحادة إتجاه الجنس المخالف من ناحية أخرى، وهناك أيضا الخوف من حدوث الحمل، ومن النظرة السائدة بأن الإتصال الجنسي قبل الزواج هو طريق غير مقبول للتعامل مع الجنس الآخر." أي أن فرويد **Freud** أرجع أصل الصراع النفسي في مرحلة المراهقة إلى كل ما هو جنسي.

#### 6-4- نظرية إركسون Erikson:

تعرف هذه النظرية بالنظرية النفسية الإجتماعية، "ولقد كان إركسون **Erikson** معروفا بإهتمامه بفترة النمو في المراهقة، إذ يشير أنها ما بين 12-18 سنة، عادة ما يكون المراهقون في شغل شاغل للبحث عن هويتهم وذاتيتهم، فإما أن يتمكنوا من تحقيقها أو يحدث لهم ما يسميه إرتباك أو خلط لأدوارهم rôle-confusion ويرجع ذلك إلى ما يحدث في تفاعلاتهم مع العالم." (الأشول، 2008: 96)

وكما ذكر عبد الرحمن، زهران، والمذكوري (2016: 122): "أن المراهق يكون في مرحلة تساؤل تصاحب نموه الجسمي السريع ونضجه الجنسي في وقت يستطيع فيه التعامل بنجاح مع العالم الخارجي، ويسعى للإعتراف بإستمرار نمو شخصيته في المواقف المختلفة، ومن خلال التفاعل مع أشخاص مختلفين. مما يؤدي إلى تحقيق الذات وتحديد الهوية، والإهتمامات الرئيسية للمراهق هي أن يحقق ذاته وأن يختار مهنته. وقد يهدد المراهق تشوش في الدور إذا شعر بعدم إثبات ذاتيته، ولكي

يعوض ذلك التشوش في الدور فقد يلجأ المراهق إلى التعلق ببطل أو شخص مثالي. وقد يكون هناك رد فعل آخر وهو اللجوء إلى مخرج في الحب يحقق فيه ذاته. إن نقصت القدرة على تحقيق الذات خاصة فيما يتعلق بالأدوار الجنسية والإختيار المهني يؤدي إلى تشوش الدور.

من خلال ما سبق نستنتج أن إختلاف هذه النظريات راجع إلى الإتجاه الذي تبناه أصحابها، فنجد أن كل نظرية تركز على جانب فقط من جوانب شخصية المراهق، وهذه الأخيرة عبارة عن تفاعل بين جميع الجوانب (النفسية، العقلية، الإجتماعية، ...إلخ). لذلك يجب ألا يقتصر فهم المراهق على نظرية واحدة فقط، وإنما يجب أن يكون هناك إمتزاج بين هذه النظريات من أجل الفهم الصحيح لمرحلة المراهقة.

## 7- مشكلات المراهقة:

إن المراهق يواجه العديد من المشاكل في هذه الفترة الحساسة، والتي تخل بتوافقه مع الذات ومع

الآخرين، ومن بين هذه المشاكل نذكر:

### 7-1- القلق:

قد يعاني المراهق من الشعور بالقلق خوفا من فقدانه للسيطرة والتحكم الذاتي، فهو يسعى لتكوين هويته الذاتية وتقبله من الآخرين، فهذه الخصائص ذات أهمية كبيرة في هذه المرحلة، فحينما يعاني المراهق من مرض ما، قد تظهر لديه حالات نكوص Regression، فيصبح إتكالي على الآخرين وبالأخص على الوالدين إذ يتخذ سلوكا طفوليا، كما أنه قد ينصرف ويبتعد عن البيئة الإجتماعية وينطوي على ذاته، فضعف قدرته على التحكم والسيطرة يشعره بعدم الكفاءة والنقص، ويضعف من تقديره لذاته، وهذا حسب ما أشار إليه حمود، وعبد الله (2015).

## 7-2- العدوانية:

حسب ما ذكره العقاد (2001: 98): "أن العدوان هو الإستجابة التي تعقب الإحباط ويراد بها إلحاق الأذى بفرد آخر وحتى بالفرد نفسه". فالعدوان هو أحد المشاكل التي يعاني منها المراهق ويكون غالبا نابع من دافع توكيد الذات ضد العادات والتقاليد والسلطة، وفي تمرد العداواني هذا قد يتمكن من التحكم في بعض فائض التوتر والقلق الذي لا يستطيع التخلص منه، وغالبا ما يبدأ بالهدوء تدريجيا مع إستمرار مرحلة المراهقة وإيجاد الحلول، بالإضافة إلى التفاعلات الإجتماعية التي تجمع بين الجنسين تكون بمثابة علاج لهذه العدوانية، وهذا ما يراه الدايري (2008).

ويرى عوض (1999) أن العدوان عدّة أنواع من بينها العدوان الموجه نحو الذات ويعرف بالعدوان المباشر أي التخلص من الإحباط من مصدره الحقيقي، وذلك من خلال إيذاء الفرد لنفسه، ويوجد عدوان موجه نحو الآخرين، ويعرف أيضا بالعدوان غير المباشر أي التخلص من الإحباط من غير المصدر الحقيقي، وذلك بإيذاء الأفراد الآخرين.

## 7-3- الجنوح:

يرى بينيش Benesch (2003/1987) أن الجنوح هو القيام بسلوكات منافية للمجتمع لكنها تكون بسيطة الشدّة. فأحيانا يجد المراهق نفسه يتمتع بقوة جسمية، وهذه الأخيرة تعد دافعا كافيا بالنسبة له لممارسة الجناح، إذ يسعى إلى تحقيق رغباته الإجتماعية عن طريق ممارسة الجناح، فكثيرا ما يلجأ المراهقون لهذا الفعل فقط من أجل إثبات ذكورتهم، بالإضافة إلى أنه يعتبر بمثابة رد فعل للمحاولة من التخلص والتحرر من قيود الأسرة، والبحث عن الإستقلالية عن ما تفرضه الأسرة على المراهق، حيث قد يتولى عن أبيه بعض مسؤولياته أو ربما تكون الحماية الزائدة من قبل الوالدين هي السبب، ففي كلا الحالتين إن أساليب المعاملة الوالدية هي التي تحدد نظرة المراهق لهويته ومستقبله، وقد يتصرف بعنف

مع الوالدين، أو المجتمع ككل في حالة إن لم يجد حل لتحقيق ذلك، وهذا حسب ما أشار إليه سالم (2008).

#### 7-4- مشاعر النقص والكمال:

من خلال ملاحظة المراهق لمختلف التغيرات التي تطرأ عليه على كافة الجوانب الجسمية، العقلية، الإجتماعية، وغيرها، وما يتمتع به من قوة تجعله يكتسب الثقة بالذات والتفوق على الأصدقاء،... إلخ. لكن التركيز الزائد على مميّزاته يولد له صراع عند إحتكاكه بأقرانه، إذ يدخل المراهقون في تنافس بينهم من أجل إثبات النجاح الشخصي والإجتماعي، وبكثرة المقارنة يكتشف المراهق نقاط الضعف التي لديه. وتلعب التفاعلات الإجتماعية دور كبير في إكتشاف هذا الأمر، حيث قد يجد الفرد نفسه أحيانا مرفوضا ومنبوذا من قبل الأصدقاء، ووقوف المراهق على هذا الأمر يشكل له غموض وصراع، وهذا حسب ما ذكره بكار (2011).

#### 7-5- مشاكل جنسية:

من بين التغيرات التي تحدث للمراهق والتي تتحقق في هذه المرحلة هي النضج الجنسي الذي ينتج عن التغيرات الهرمونية التي تحدث على مستوى الجسم، والتي تنتج فيها قوة الدافع الجنسي، خاصة في حالة النضج الجنسي المبكر لهذا المراهق، حيث نرى أن هناك قيود يفرضها المجتمع والدين والأخلاق على إشباع هذا الدافع، مما يجعل المراهق شديد التفكير والإشغال بهذا الموضوع، وذلك يؤدي به إلى التواجد في حالة صراع، وهذا حسب ما أشار إليه جابر (1985).

إن معظم هذه المشاكل التي تصيب المراهق تكون نتيجة المفهوم الخاطئ عن الذات وسوء تقديرها، ودخول المراهق في خانة الإكتئاب لعدم قدرته على التكيف مع المواقف الجديدة التي يتعرض لها، والتي تشمل العديد من التغيرات على مستوى كافة الجوانب النفسية، الجسمية، الإجتماعية وغيرها.

## 8- المراهقة والإكتئاب:

تتميز مرحلة المراهقة بشكل عام بأنها مرحلة حرجة، كما يعد الإكتئاب من المشكلات العويصة التي تؤثر على الصحة العامة نظرا لكثرة إنتشاره وخطورته على المستوى الشخصي والإجتماعي، بحيث يظهر ذلك في كثرة إنتشار محاولات الإنتحار والإنتحار.

"إعتبر الإكتئاب لدى المراهق عموما على أنه تعبير غير نموذجي وتطور عفوي يتناسب مع أزمة المراهقة حيث يشكل عرضا من أعراضها، وحاليا ينظر إلى أن أعراض الإكتئاب لدى المراهقين مشابهة لأعراض الإكتئاب لدى الراشدين، كما أن تطور الإكتئاب هو تنمية لحالة مرضية لدى الراشد وخطورته مرتبطة بأثرها على عملية النمو في مرحلة المراهقة." (دريبين، 2012: 66)

"لقد أثبتت دراسات علم الأوبئة التي أجريت في جزيرة وايت **WIGHT** إن المراهقين غالبا ما يكونون حزينين ومكتئبين علما أن هذه الدراسة تمت على مجموع المراهقين الذي بلغ عددهم 2030 بعمر 14 سنة وتوصل من خلال هذه الدراسة أن 35% مراهقا يعانون من حالة إكتئاب، بينما إعتزف 21% من الذكور، و23% من الإناث يميزهم مزاج حزين لكن دون أن تبرز عندهم أية عوارض كافية لتشخيص الإكتئاب. وفي دراسة أخرى لـ **ديقس وكاندل Diggs & Kandel (1982)** اللذان إستعملا الإستمارة الذاتية للمزاج الإكتئابي الموزعة على عينة من المرضى فوجدوا عند 8000 مراهق من 14 إلى 18 عاما أن المعدلات الوسطى كانت أعلى عند الإناث منها عند الذكور." (دريبين، 2012: 66-67)

وبناء على ما سبق يجب مراعاة ما يمر به المراهق في مرحلة المراهقة من تغيرات ومشكلات نفسية وبالأخص إضطراب الإكتئاب وذلك بتقديم العلاج المناسب لهذه المشكلة قبل تفاقمها.

## • خلاصة:

تتميّز المراهقة بأنها مرحلة عمرية صعبة نظرا لما يحدث فيها للمراهق من تغيرات مفاجئة على مستوى كافة الجوانب العقلية، الإنفعالية، والإجتماعية، وبالأخص الجانب الجسمي (أي ما يتعلق بالجانب الجنسي خاصة)، لذلك يجب على الأسرة مراعاة ما يحدث مع المراهق من تغيرات، وذلك من أجل التخلص من المشاكل النفسية التي يواجهها كالإكتئاب الذي يعتبر أحد أعراضها وذلك بخلق التوافق المناسب له، وهذا أيضا ينطبق على مؤسسات التنشئة الإجتماعية الأخرى نظرا لأهمية هذه المرحلة في تحديد النمو السوي للمراهق.

## الفصل الرابع: المحاولة الإنتحارية والإنتحار.

• تمهيد.

- 1- مفهوم المحاولة الإنتحارية.
- 2- مفهوم الإنتحار.
- 3- مؤشرات المحاولة الإنتحارية.
- 4- أنواع وأشكال الإنتحار.
- 5-العوامل والأسباب المؤدية للمحاولة الإنتحارية.
- 6- طرق المحاولة الإنتحارية والإنتحار.
- 7- النظريات المفسرة للإنتحار والمحاولة الإنتحارية.
- 8- المحاولة الإنتحارية والمراهقة.
- 9- التكفل بمحاولي الإنتحار.
- 10- الإجراءات الوقائية من المحاولة الإنتحارية.

• خلاصة.

## • تمهيد:

تعتبر المحاولة الإنتحارية من الظواهر الأكثر إنتشارا في عصرنا الحالي، والذي يعتبر عصر السرعة والتطور التكنولوجي، حيث نجده قد مس مختلف الميادين وحتى الكيان الشخصي للفرد، وعندما لا يستطيع هذا الأخير مواجهة الضغوطات ومواكبة هذا العصر يقوم بطرق وأساليب للإنتحار كتعاطي جرع زائدة من المخدرات والمواد السامة والشنق...إلخ.

وتعد المحاولة الإنتحارية من الظواهر المهمة التي يجب الإهتمام بها لكونها مشكلة إجتماعية ونفسية ذات جوانب سلبية وتحدث لأسباب عديدة تتنوع بين الأمراض النفسية والظروف الإجتماعية، بحيث يقوم الفرد بوضع حد لحياته وذلك عن طريق الإنتحار للتخلص من معاناته النفسية كانت أو إجتماعية أو إقتصادية لكن هذا الإنتحار عندما يبوء بالفشل يزيد من معاناة هؤلاء الأفراد عند بقاء الأوضاع التي دفعتهم لمحاولة الإنتحار كما هي. وفي هذا الفصل سنحاول الإلمام بكل ما يتعلق بالمحاولة الإنتحارية والإنتحار.

**1- مفهوم المحاولة الإنتحارية:**

يوجد العديد من المفاهيم التي قامت بتعريف المحاولة الإنتحارية من بينها نذكر التعاريف التالية:  
تعرف المحاولة الإنتحارية على أنها: "إنتحار فاشل مهما كان سبب هذا الفشل. بعبارة أخرى تعد المحاولة الإنتحارية إستغاثة وصرخة ووسيلة للتعبير عن المشاكل والتوترات النفسية التي يعيشها المقدم على مثل هذا السلوك." (لعقاب، 2009: 343)

ونجد أن المحاولة الإنتحارية عبارة عن: "مفهوم نظري عام يستخدم عندما تكون الإشارة عامة إلى الإنتحار والشروع فيه، وهذا يعني أن مفهوم المحاولة ينسحب نظريا على الإنتحار الفعلي وعلى الشروع فقط على السواء." (الضمور، 2010: 8)

"وتعرف أيضا على أنها سلوك عدواني موجه نحو الذات ومن المحتمل أن يكون ضارا وغير مميت بغية الموت حتى ولو لم يتسبب السلوك في الإصابة." (Dhèman, 2020: 2)

وبناء على ما سبق نستنتج أن المحاولة الإنتحارية هي إقدام الفرد على فعل الإنتحار ولكن دون تحقيق هذا الأخير أي بمعنى آخر هي إنتحار فاشل.

**2- مفهوم الإنتحار:**

لقد تعددت التعاريف التي حاولت إعطاء مفهوم واضح وملم لمصطلح الإنتحار ومن بين هذه التعاريف نذكر ما يلي:

**2-1- لغة:**

"حسب ابن منظور إنتحر الرجل أي نحر نفسه، ويرى ابن فارس أن الإنتحار يعد مصدر لفعل إنتحر، وهو إصابة الإنسان نفسه لقصد إيذائها." (سعدات، د.ت: 3)

وأیضا یقال: "إنتحر الرجل أي نحر نفسه وفي المثل سرق السارق فإنتحر." (بازمول، د.ت: 3)

"هو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل **Caedere** بمعنى يقتل والإسم **Sui**

بمعنى النفس أو الذات." (معوشة، 2008: 54)

## 2-2- إصطلاحاً:

➤ **تعريف بوسيف (2004):**

"إن الإنتحار هو إعتداء إرادي ضد الذات يؤدي إلى الموت، يمكن أن يكون سلوكاً مرضياً ناتجاً عن تدهور عقلي كالإنهيار والهذيان الحاد، أو مرض نفسي كالإكتئاب أو الإدمان، أو نتيجة أزمة مفاجئة تصيب الفرد مثل وفاة شخص قريب، أو مرض مزمن، أو إفلاس." (ميسوم، وبن دحو، 2016: 175)

➤ **تعريف وازي (2012):**

إن الإنتحار هو سلوك ناتج عن رغبة الفرد في تدمير ذاته وإزهاق روحه.

➤ **تعريف إميل دوركايم Émile Durkheim (2011):**

يعرفه على أنه كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم بتنفيذه الضحية بنفسه وهو مدرك أن هذا الفعل يقوده إلى الموت.

➤ **تعريف بونر Bonner وريتش Rich:**

يعرفان الإنتحار على أنه: "عملية دينامية معقدة بدلا من كونه حدثاً منعزلاً ثابتاً. فهو عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصوير الإنتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الإنتحار النشط، ثم التخطيط للإنتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات إنتحار نشطة لدى الفرد. وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقاً لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية الإجتماعية." (إستيتية، وسرحان، 2012: 82)

➤ **تعريف فيريول Ferréol (2011: 165):**

ويعرف أيضاً الإنتحار على أنه: "حالة وفاة ناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن فعل إيجابي

أو سلبي قامت به الضحية ذاتها مع يقينها بالنتيجة المحتملة."

ونستنتج مما سبق أن الإنتحار هو إقدام الفرد على قتل نفسه بمختلف الوسائل عند وصوله إلى

درجة قصوى من الإكتئاب واليأس.

### 3- مؤشرات المحاولة الإنتحارية:

إن إقدام الفرد على محاولة الإنتحار لا يأتي بشكل مباشر، وإنما تكون هناك مؤشرات وأعراض

من شأنها أن تجعلنا نتنبأ بحدوث هذه العملية الإنتحارية، ومن بين المؤشرات التي ذكرها **جانس Jans**،

**تانيلي Taneli**، و**وارنك Warnack (2012: 16)** نذكرها فيما يلي:

❖ "الشعور باليأس، بلوم الذات، بالوحدة وبأنه يساء فهمه.

❖ الإجتراح السلبي، والشفقة على الذات.

❖ قلة النشاط والإنسحاب الإجتماعي.

❖ تحول العدوان المثبط إتجاه الذات (العدوان التلقائي).

❖ تخيلات إنتحارية وتخطيط إنتحاري.

❖ عسر المزاج.

❖ أعراض جسدية، مشاكل النوم، التعب، وفقدان الشهية."

كما جاء مركز **هدو (2017: 6)** أيضا بمجموعة من المؤشرات التي تدل على أن الفرد سيقدم

على محاولة الإنتحار والتي تتمثل في:

❖ "التحدث عن الرغبة في الموت أو قتل نفسه.

❖ البحث عن طرق لقتل نفسه.

❖ الحديث عن الشعور بالتقييد والألم الذي لا يطاق.

❖ الحديث عن الشعور بكونه عبئا على الآخرين.

❖ الإلتجاه إلى الكحول أو المخدرات.

❖ التصرفات القلقة والمتهورة.

❖ الشعور بالعزلة والإسحاب.

❖ تقلبات المزاج.

❖ اضطراب النوم.

إن ملاحظة هذه المؤشرات على الفرد من شأنها أن تساهم في الوقاية من حدوث الانتحار الفعلي لأنه ليست كل محاولة إنتحار يمكن أن تبوء بالفشل، وإنما من الممكن جدا أن تتوج بالنجاح (إنتحار- موت) أي تؤدي إلى عواقب وخيمة، لذلك يجب تقديم الرعاية المناسبة لتفادي الوقوع فيها.

#### 4- أنواع وأشكال الإنتحار:

لقد تنوعت وتعددت أشكال الإنتحار وهذا حسب الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع، والتي

يمكن تصنيفها فيما يلي:

#### 4-1- حسب النموذج الإجتماعي:

لقد ميّز دوركايم Durkheim حسب هذا النموذج أربعة أنواع للإنتحار، وسنذكرها فيما يلي:

4-1-1- الإنتحار الجبري **le suicide fataliste**: "هذا النوع من الإنتحار ينتج بسبب المعايير

الصارمة التي يتم فرضها على الناس، ويتم إضطهادهم ويكون مستقبلهم مجهولا." (أبو الحاج، 2022:

267)

4-1-2- الإنتحار الغيري أو الإيثاري **le suicide altruiste**: "هو الإنتحار الذي تكون فيه قيم

المجتمع مقدمة على قيم الشخص المنتحر. ويعرف على أنه الإنتحار في سبيل محبة غيره، أو الولاء له

والتفاني في سبيله." (الشمائلة، 2022: 350)

**4-1-3- الإنتحار الأناني le suicide égoïste**: يذكر **صندلي (2012)** أن وجود أي خلل أو مشكل في إندماج الفرد في الجماعة الإجتماعية هو السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى هذا النوع من الإنتحار. وحسب ما أشارت إليه **وازي (2012)** فإن غياب صورة المجتمع لدى الفرد ومبالغته لنفسه من شأنه أن يؤدي به إلى الإنعزال عن مجتمعه الذي يقوده إلى تمركزه حول ذاته مع إنعدام وجود القدرة على إيجاد مبررات وأسباب مقنعة وقوية.

**4-1-4- الإنتحار الأنومي أو الفوضوي le suicide anomique**: ينسحب الفرد إلى الإنتحار في فترات الإضطراب وإختلال التنظيم الإجتماعي وخاصة خلال التغيرات الإجتماعية الحادة والأزمات الإقتصادية حيث تهدم القيم وتضطرب عناصر الثقافة في المجتمع. "**سمعان، (1963: 36)**

#### **4-2- حسب النموذج المرضي:**

وفقا لما ذكره **دوركهايم Durkheim (2011: 22-23)** حسب هذا النموذج فإن الإنتحار ينقسم

إلى أنواع وهي:

**4-2-1- "الإنتحار الهوسي**: ينشأ هذا النوع من الإنتحار إما بسبب الهلوسات أو التصورات الهذيانية فالمريض ينتحر لكي يتخلص من هذا الخطر أو إستجابة لنداء خفي.

**4-2-2- الإنتحار السوداوي**: يرتبط هذا الإنتحار بحالة من الكرب والحزن العميق الذي يؤدي بالمريض إلى فقدان التقدير الصحيح للعلاقات فيكون قد فقد المهمة والعزيمة والسرور في الحياة ويرى بأن الحياة سوداء.

**4-2-3- الإنتحار الوسواسي**: لا يحدث الإنتحار في هذه الحالة نتيجة لأي دافع حقيقيا كان أو متخيلا بل بسبب فكرة الموت التي تستحوذ ذهنه.

4-2-4 - "الإنتحار الفصامي: يعد الإنتحار من بين الأسباب الأولى عند الفصاميين كرد فعل لشعور وفساد وظائف الواقع، فعندما يقع المريض في الهذيان والوهومات لا يستطيع أن يجد الطريق نحو الواقع." (صندلي، 2012: 115)

وحسب ما أشار إليه الأطيوش (2011: 48) فإن الإنتحار ينقسم بدوره إلى قسمين ويتمثل ذلك في تحقيق فعل الإنتحار ووقوعه الفعلي من عدمه، وعليه فهو ينقسم إلى:

- 1- "الإنتحار الناجح: حيث يكون الموت محققا والتدمير الذاتي نهائيا.
- 2- "الإنتحار الفاشل: حيث رغبة الموت والتخلص من الحياة موجودة إلا أن السلوك الإنتحاري غير محكم التنفيذ لذلك لا ينتهي هؤلاء إلى الموت."

بالإضافة إلى ما سبق نجد أن أشكال الإنتحار تتعدد لذلك من الصعب وضعها في أصناف خاصة، وفيما يلي أيضا سنذكر أشكال أخرى من الإنتحار وهي:

- 1- "الإنتحار الجماعي:
- يظهر مفهومه من خلال تسميته فهو ذلك الإنتحار الذي يشارك فيه أكثر من شخص واحد كقبول الجماعة على الإقدام على هذه العملية، مثل: قتل الأب كل العائلة لكي ينتحر بعدها، وهذا وفق ما جاء به الركابي (2014).

- 2- "الإنتحار العدوانى:
- "يكون متعلق بالحالة النفسية للفرد إذ يبحث من خلالها عن الإنتقام من محيطه، بمروره إلى الفعل يأمل ترك في نفسياتهم الندم والتحصير عليه." (معوشة، 2008: 61)

- 3- "الإنتحار التهديدي:
- "تجده خصوصا عند المراهقين، هو عبارة عن نداء للنجدة. فلا يستهدف مباشرة الموت وإنما تغيير وضعية أصبحت لا تطاق." (كعواش، وبياع راسو، 2020: 66)

وبناء على ما سبق نستنتج أن أنواع الإنتحار وأشكاله تم تحديدها من خلال إجراء مختلف الدراسات نظرا للإنتشار الكبير لهذه الظاهرة، وبما أن المحاولة الإنتحارية هي إنتحار فاشل فيمكن تبني هذه الأنواع والأشكال على أنها أيضا من أشكال وأنواع المحاولة الإنتحارية.

## 5- العوامل والأسباب المؤدية للمحاولة الإنتحارية:

لقد تعددت العوامل والدوافع المؤدية لمحاولة الإنتحار، وذلك حسب ظروف الفرد فهناك مجموعة من الأسباب النفسية الخاصة بالفرد، أو أسباب أسرية، أو إجتماعية، ومن بين أهم هذه العوامل وأغلبها إنتشارا نجد ما يلي:

### 5-1- العوامل النفسية (الفردية):

إن خطر الوقوع في ظاهرة الإنتحار أو المحاولة الإنتحارية يزيد إذا توفرت مجموعة من العوامل الفردية والتي أدرجها غسيل (2015: 51) فيما يلي:

- ❖ "ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والخسارة.
- ❖ الفشل العاطفي؛ إن الأفراد الذين يفشلون في العلاقة العاطفية لا يفكرون في خوض تجارب أخرى لأنها ستنتهي في رأيهم بنهاية محزنة كما إنتهت التجربة السابقة، وهنا الفرد إذا فشل في تحقيق هذه العلاقة تؤدي به إلى الإصابة بالإضطرابات النفسية بل قد يلجأ للإنتحار، فالإنتحار أو المحاولة الإنتحارية عند العاشق تعبير عن الكآبة ومشاعر الحزن والمأساة، أو هو تضحية بالنفس في سبيل من يحب أو رد فعل على الإحباط وفشل العلاقة.
- ❖ الإنقطاع عن الدراسة أو الفشل الدراسي."

وأيضاً ما نقصده هنا بالأسباب النفسية هي الأسباب التي تكون داخلية المنشأ أو ذاتية وتكون خاصة بالفرد نفسه ومنها الأمراض النفسية، حيث أشار **لعقاب (2008)** إلى بعض هذه الأسباب والمتمثلة في:

❖ الإكتئاب وهو اضطراب عصابي في المزاج يتميز بحزن مرضي خارج عن إرادة الفرد، يفقد المريض المتعة والحماسة ويصبح ينظر إلى الحياة نظرة سوداوية، حيث يبرمج البعض خطأ للإنتحار أو محاولة الإنتحار، والبعض الآخر لا يفكر أبداً بل يقدم على الفعل الإنتحاري مباشرة.

❖ الأمراض العصابية من خلال محاولة حل الأزمات العاطفية والنفسية، حيث أن الفشل في التكيف مع هذه الأزمات يؤدي بالفرد إلى الإنتحار أو المحاولة الإنتحارية.

❖ مرض إنفصام الشخصية.

❖ الفصام أو الشيزوفرينيا من خلال الهلوس والهذيان التي تدفع المريض إلى نبذ حياته بالإنتحار.

❖ الأمراض الذهانية الحادة.

❖ الأزمات الوجودية.

ونجد أيضاً من بين الأسباب التي تؤدي إلى القيام بمحاولة الإنتحار ما ذكره شارلس **Charles**

(20: 2016) والتي تتمثل في:

❖ "تقدير الذات الضعيف أو المهتز بشدة عند الفرد.

❖ المزاج والأسلوب المعرفي المضطرب للفرد.

❖ مشاكل الصحة الجسدية التي تؤثر على نوعية الحياة.

❖ الصعوبات المهنية أو التعليمية.

❖ العدوى بعد الإنتحار أي تأثر الشخص بحالة إنتحار جديدة.

❖ المشاكل مع القانون."

نستنتج مما سبق أن أصحاب الشخصية الضعيفة والهشة والمصابين بمختلف الإضطرابات النفسية والعقلية هم أكثر توجهها إلى الإنتحار أو محاولة الإنتحار مقارنة بغيرهم من الأفراد.

### 5-2- العوامل الأسرية:

إن معظم الأسر تعاني من مشاكل في العلاقات بين أفرادها وذلك يؤدي إلى عواقب وخيمة، فهي تساهم في تفشي محاولة الإنتحار، وحسب ما ذكره كوروغلي (2010: 20-21) فإن من أهم العوامل الأسرية المؤدية لهذه الظاهرة نجد ما يلي:

- ❖ "الصراعات الأسرية، خاصة إنفصال الوالدين، كذلك غياب الأب أو الصورة الأبوية، هذا العامل يكون أكثر تأثيرا إذا حدث الإنفصال قبل 06 سنوات.
- ❖ السوابق العائلية المرضية: إنتحار أو محاولة إنتحار، مرض عقلي، تناول الكحول أو المخدرات من طرف الأب أو الأم.
- ❖ الرحيل وتغيير السكن العائلي بإستمرار الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيير المدرسة والشارع وبالتالي الشبكة الإجتماعية (عدم الإستقرار).
- ❖ التوظيف الأسري المرضي كالتعدييات الجسدية والنفسية على الأطفال، جو من التوتر والعنف، إتصال غير متكيف، الوالدين في هذه الحالة قاسيين، غير مبالين، بحيث لا يتعاملان عاطفيا مع الأولاد وبالتالي يصبح الوسط العائلي مملوء بالصراعات والتوترات."
- ❖ بالإضافة إلى ذلك نجد أن المستوى الإقتصادي للأسرة أيضا من شأنه أن يساهم في حدوث محاولة الإنتحار خاصة عند عدم القدرة على تلبية أبسط الحاجيات.

### 5-3- العوامل الإجتماعية:

- تلعب العوامل الإجتماعية دور في بلورة محاولة الإنتحار بين الشباب على إختلاف الجنس، وحسب ما جاء به **سعدات (د.ت)** فإن من أبرز الأسباب الإجتماعية المؤدية لهذا الفعل نذكر ما يلي:
- ❖ غياب الروابط الإجتماعية من خلال الشعور بالإنعزال وإنقطاع العلاقات مع الأفراد.
  - ❖ تغيير المناخ الذي يعيش فيه الفرد والإنتقال إلى مجتمع آخر جديد عليه يشعر فيه بالوحدة، فتصبح فكرة الإنتحار هي المسيطرة على ذهنه.
  - ❖ إنتشار تعاطي المخدرات والمسكرات حيث أنها من الأسباب الأكثر إنتشارا للإنتحار ومحاولة الإنتحار لأنها تحدث إضطرابا وقلقا في شخصية المدمن فينتهي به الحال إلى اليأس والقنوط ومن ثم الإقدام على هذا الفعل.
  - ❖ العنف الذي يظهر في وسائل الإعلام وذلك عن طريق التقليد وتحريض البرامج العنيفة على السلوكات العدوانية.
  - ❖ توافر وسهولة الحصول على الأدوات والوسائل المُعينة على الإنتحار والمحاولة الإنتحارية مع تنوعها. بالإضافة إلى العديد من العوامل الإجتماعية الأخرى كإنتشار البطالة، الفقر، عدم الإهتمام بالفئات المؤهلة والمتحصلة على الشهادات، رفقاء السوء...إلخ.
- ومما سبق نستنتج أنه يوجد العديد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى محاولة الإنتحار وليس بالضرورة أن العوامل سابقة الذكر إن توفرت يحدث هذا الفعل، لأنه أحيانا بالرغم من توفر هذه العوامل لا تحدث محاولة الإنتحار وذلك نظرا لخصوصية كل حالة.

## 6- طرق المحاولة الإنتحارية والإنتحار:

هناك عدّة وسائل مختلفة يستعملها الأشخاص من أجل الإقدام على المحاولة الإنتحارية أو

الإنتحار ومن بينها نذكر ما جاء به صياد (2011) والمتمثلة في:

- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بإصابة الذات بالغرق.
- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بوسائل غير محددة.
- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بتسميم الذات بالغازات المستخدمة بالمنازل وغيرها.
- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بإصابة الذات بالشنق أو الإختناق.
- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بإصابة الذات بآلات حادة قاطعة.
- ❖ محاولة الإنتحار أو الإنتحار بالسقوط من الأماكن المرتفعة.

"وحسب الدراسات فلقد بينت أن هناك تباينا في إستخدام وسائل الإنتحار أو المحاولة الإنتحارية

لدى الجنسين، فبينما يستخدم الذكور طرق عنيفة للإنتحار أو محاولة الإنتحار كإستخدام الأسلحة النارية،

والشنق، وإستخدام الغازات السامة، والقفز من أعلى الجسور، بينما نجد أن الإناث يستخدمن وسائل أخرى

مثل: قطع الشرايين، وتناول جرعات متزايدة من الحبوب السامة." (الأطيوش، 2011: 47)

ومن خلال ما سبق ذكره نستنتج أن هناك العديد من الطرق التي يستخدمها الأفراد من أجل

محاولة الإنتحار أو الإنتحار، حيث تختلف من شخص لآخر ومن جنس لآخر.

## 7- النظريات المفسرة للإنتحار والمحاولة الإنتحارية:

لقد تعددت النظريات التي حاولت إعطاء تفسير واضح للإنتحار وللمحاولة الإنتحارية، ومن أهم

هذه النظريات وأبرزها نذكر منها ما يلي:

**7-1- نظرية الطب العقلي:**

"كانت أول دراسة للإنتحار بين أيادي الأطباء العقليين بحيث أنهم لاحظوا أن إرتفاع نسبة الإنتحار عند مرضى المصححات العقلية، ومن أبرز النظريات بوروز **Burrougs** وبوردان **Burdan** ويرون أن من أهم الإضطرابات الدافعة للإنتحار الأمراض العصابية والذهانية كالفصام والهذاء المزمن وإدمان الكحول، وبذلك فإن مدرسة الطب العقلي تنظر إلى كل شخص إنتحر على أنه مختل أو مصاب بمرض عقلي." (عريوة، 2009: 23)

**7-2- النظرية البيولوجية:**

"إن التفسير البيولوجي ينظر إلى الإنتحار على أنه صورة من صور العنف والعدوان مصدره الجينات التي يرثها الإنسان أو خلل في خلايا الجهاز العصبي أو خلل في الغدد. وتركزت الأبحاث الحديثة على دراسة التحولات داخل نقاط التشابك العصبية في الدماغ والتي تلعب دورا محفزا في إزدياد عدد المستقبلات المختصة بالسيروتين، وبينت بعض الدراسات أن إنخفاض مستوى البروتين يرافقه إزدياد في محاولات الإنتحار." (غسيل، 2015: 52)

**7-3- النظرية السلوكية:**

"طبقا إلى أولمان **Ullmann** وكراسنر **Krasner** (1975) فإن تدمير الذات ما هي إلا نتيجة إنتقالية محددة في النمط الشخصي للتعزيزات، فالخاصية الجوهرية لهذا النمط الإنتحاري الجديد هو أن تقدير أو تثمين الشخص للموقف الحياتي الحاضر لا يشكل مصدرا يفي بالمراد من التعزيزات. وهذا يعني أن الإنتحار ينجم من فقدان فعلي أو متوقع، أو متصور (متخيل) لمعززات ذات قيمة عالية مثل: عمل، وظيفة، صحة، أصدقاء، عائلة، وما إلى ذلك. وفي الوقت نفسه، فإن مثل هؤلاء الأشخاص لا يتوقعون الحصول على تعزيزات أخرى من بقائهم في الحياة، ولهذا قد يجدون في التفكير بالموت تعريزا إيجابيا، إذ

أن إنتحارهم يجعل الأشخاص الذين يتكونهم وراءهم يشعرون بالأسف من أجلهم. ويظل الأشخاص الذين سببوا لهم الألم يعانون من تعذيب الضمير طوال حياتهم. وبعبارة أخرى فإن هؤلاء الأشخاص قد يرون الموت في أنه يجلب لهم عددا من الأشياء التي يحبونها ممثلة في: الإنتباه، الشفقة، الرثاء، والإنتقام." (صالح، 2015: 329)

#### 7-4- النظرية السوسيولوجية لدوركايم Durkheim:

"تعد نظرية دوركايم Durkheim للإنتحار من أفضل الدراسات التي تمثل البحث الإجتماعي الذي يقوم على أسس نظرية واضحة ويرى دوركايم Durkheim أنه كلما زاد التضامن الإجتماعي وجد الفرد معنى لحياته وبالتالي تقل إحتمالية الإنتحار، وكلما زاد الإلتزان الإجتماعي ووجد الفرد تلبية لحاجاته تقل إحتمالية الإنتحار ويزداد الإنتحار بإنخفاض التضامن الأسري والسياسي والديني." (الجنازرة، 2011: 16)

#### 7-5- نظرية الدور الإجتماعي والتوصيل:

"يعتبر الفرد عضو من الجماعة، وكل عضو محاط بحلقة أو دائرة إجتماعية، وعلاقة الفرد متصلة بتلك الدائرة، وكلاهما في شدّ وجذب مستمرين، وقد إعتبر كل من كوبلر Koplér وستوتلان Stowtland الإنتحار إختلالا في التجاذب المتزن، وإعتبر أن المجال النفسي أو نطاق الحياة هو المهم في تلك الحلقة الإجتماعية. ثم تقدم كل من رويش Rwich وباتيسون Patison في سنة 1951 بنظرية التوصيل، وبين أن الإضطراب الحاصل بين الفرد ودائرته الإجتماعية يؤدي إلى ظواهر نفسية متعددة وأن نوع العلاقة تحدها الثقافة الإجتماعية والبيئة المحلية، والإنتحار هو إحدى الظواهر النفسية الناتجة عن هذا الإضطراب، فكأن لغة التخاطب بين الفرد وجماعته أصبحت عن طريق الإنتحار أو الشروع فيه، وهذه اللغة المحزنة هي آخر وسيلة للتوصيل والتفاهم، ومع ذلك فإنها رسالة لا يبد أن تلقى لها جوابا من المحيط، وهو جواب قد يكون متأخر، وقد يكون رحيما متفهما، وقد يكون أشد عنفا. لكن السلوك

الانتحاري في جميع الأحوال هو لغة توصيل على المجتمع أن يفهمها ويحل رموزها، سواء أكانت إستغاثة أو تحذير أو لوما ووعيدا وإعتداء، وترمي هذه الرسالة إلى إعادة وتنظيم الدائرة الإجتماعية، وبنفس النظرة إلى الفرد وحلقته الإجتماعية، فإن نظرية الأدوار الإجتماعية تعتبر الحياة مسرحا وكل عضو يؤدي دوره." (لعقاب، 2008: 44)

### 7-6- النظرية الإجتماعية الثقافية:

تتناول هذه النظرية الخلفية الإجتماعية والثقافية والدينية التي قد تكون وراء حلول خطر الانتحار. فالنظرة الكلاسيكية ترى أن الزواج واق من الانتحار، رغم أن درجة تأثيره تتناقص مع الوقت. بالإضافة إلى أن الشباب الذين يعيشون تحت سقف أين يغيب أحد الآباء أو يعوز، يكون إحتمال الإنتدفاع نحو السلوك الانتحاري أكبر. أما الحديث عن المستوى الإجتماعي الإقتصادي، فيجدر الإشارة إلى البطالة كعامل أساسي يجعل خطر الإنتحار يتضاعف، إن نسبة الإنتحار حسب هذا الإتجاه تتغير حسب الطبقات الإجتماعية. كما أن عامل الفقر وضعف الدخل أي إنحطاط المستوى الإجتماعي الإقتصادي يكون غالبا وراء ظهور خطر الإنتحار. أما على المستوى الإجتماعي البيئي، فنجد ذكريات الفقدان، الحرمان، الإعتداءات الجنسية خلال فترة الطفولة من عوامل السلوكات الإنتحارية عند الراشدين. فالطفل الناشئ في ظل تنظيم عائلي مفكك، ولا مبالاة أفراد الأسرة تجعله قد يمر إتجاه الفعل." (بوسنة، 2008: 47-48)

### 7-7- النظرية النفسية التحليلية:

تفسر السلوك الانتحاري من خلال التكوين النفسي للفرد بحيث يتضمن وجود غريزتين غريزة الموت وغريزة الحياة، فنجد أن الأفراد المقبلين على الإنتحار تغلب عليهم غريزة الموت. بالإضافة إلى ذلك نجد أن رواد التحليل النفسي وجهوا مشكلة الإنتحار من خلال تفسيرهم للنزعات السادية في الشخصية وكذلك الصراع بين غريزة الموت والحياة، وحسب فرويد Freud فإن المنتحر يكون ضحية

لدوافع عدائية ناتجة منه هو بذاته، حيث أخفقت في التعبير عن نفسها وبالتالي إنعكست إلى الداخل في إتجاه الذات من أجل تدمير هذه الأخيرة، وهذا وفق ما جاء به **غسيل (2015)**.

وقد أشار **ويرزيكي Wierz-Bicki** بأن محاولة الإنتحار مرتبطة بتغيرات سلوكية ونفسية مثل: الإكتئاب والشعور بالوحدة النفسية، وضغوط الحياة الشديدة والألم أو المرض، والفقد الحديث لأي شخص أو شيء عزيز وإستخدام المخدرات والكحول. " (عمور، 2018: 1016)

وبناء على ما سبق نستنتج أن كل نظرية حاولت إعطاء تفسير واضح لظاهرة الإنتحار والمحاولة الإنتحارية، حيث تعددت هذه النظريات وإختلفت نتيجة إختلاف وجهات النظر والإتجاهات والتصورات حول هذه الظاهرة، فكل نظرية لها وجهتها الخاصة الصائبة فيها، لذا وجب الإعتماد على كل النظريات لإعطاء تفسير واضح حول الإنتحار والمحاولة الإنتحارية لأن كل نظرية مكملة للأخرى. كما نجد أن الإكتئاب يعتبر بالدرجة الأولى أقوى مثير دافع إلى السلوك الإنتحاري ومحاولة الإنتحار.

## 8- المحاولة الإنتحارية والمراهقة:

ترتبط المحاولة الإنتحارية بفترة المراهقة بشكل كبير حيث تتميز هذه الأخيرة "بإزدياد النشاط الغريزي من جنس، وعدوانية، وإزدياد الموانع الذاتية الخارجية التي تعمل على صدها وكبح جموحها وبالتالي الشعور بالإحباط والميل لتصريف الفائض من هذه العدوانية إما عن طريق الذات أو الإعتداء على الآخرين. ويبدو الإنتحار في الظاهر سلوكا عبثيا لا معنى ولا تبرير له، لكنه في الواقع تصرف له أسبابه ومبرراته العميقة اللاواعية." (غسيل، 2015: 57)

"وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية فقد وجدت أن هناك إنتشار كبير للمحاولات الإنتحارية وللإنتحار الذي يعد واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة عند المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، وقد حدد **لوجوييه Lejoyeux (1994)** أن محاولات الإنتحار عند الفتيات تكون بين 14-19 سنة، وعند الذكور ما بين 20-24 سنة، وبالنسبة للجنس في محاولات الإنتحار فإن الذكور يموتون

بسبب الانتحار من 2 إلى 3 مرات أكثر من الإناث، والإناث معرضين للقيام بالمحاولات الانتحارية من 1 إلى 2 أكثر من الذكور. وهناك مشكل آخر يطرح نفسه هو تكرار المحاولة الانتحارية عند المراهقين فهي منتشرة بالنسبة 30-50% من الحالات وهذا يعني أن المراهق المنتحر يقوم بثلاث محاولات إنتحارية. (صندلي، 2012: 100)

"ومحاولة الانتحار حسب منظمة الصحة العالمية هي فعل تكون له نتائج غير قاتلة يعتمد فيه الفرد القيام بسلوك غير متعود دون تدخل من الآخرين ما يؤدي إلى إلحاق ضرر ذاتي بإبتلاع مواد بكميات أعلى أو جرعة زائدة والتي تهدف إلى عواقب جسدية حقيقية أو محتملة لإحداث تغييرات يرغب فيها الفرد. هذا لأن المراهق يعيش مجموعة من الظروف التي تعتبر صعبة فيرغب في تغييرها والتخلص منها من خلال المحاولة الانتحارية، حيث تتميز الظروف التي تسبق القيام بالمحاولة الانتحارية ببعض التجارب والأحداث التي يتعرض لها المراهق وتتمثل في التآنيب وعقوبات من قبل شخص ذو سلطة في العائلة أو خارجها أو من طرف شخص محبوب وهذا ما يجعله يشعر بأنه مرفوض ومحتقر. (صندلي، 2012: 100)

بناء على ما سبق نستنتج أن المراهقة هي فترة حساسة جدا، ونجد أنه في هذه المرحلة تكثر محاولات الانتحار، لذلك يجب على الأسرة أولا أن تكون متفطنة لما يحدث مع أبنائها المراهقين حتى تتمكن من التدخل السريع عند الضرورة كإخضاعهم للعلاج النفسي إذا تطلب الأمر، ونفس الشيء ينطبق على مؤسسات التنشئة الإجتماعية الأخرى.

## 9- التكفل بمحاولة الانتحار:

إن الإقدام على محاولة الانتحار لا بد أن يتبعه تكفل خاضع لكافة الشروط اللازمة من أجل منع وقوع هذا الفعل مرة أخرى، وحسب ما أشارت إليه صندلي (2012) فإن عملية التكفل بمحاولة الانتحار تكون وفق ثلاث مراحل، وهي:

**1- المكان Sur les lieux:** وذلك من خلال تقديم تقييم خاص للحالة الجسدية مع تقديم الإسعافات الأولية اللازمة، ثم التوجه مباشرة إلى مصلحة الإستجالات، وهنا يتدخل ما يسمى علم النفس الإستجالي. بالإضافة إلى أهمية دور الأسرة والطبيب المشرف على الحالة، لأن التكفل بهذه الأخيرة بعد هدوء الأزمة يقلل من احتمالية تكرار هذا الفعل.

**2- إستجاليا Aux urgences:** يتم ذلك بتوفير كل المتطلبات اللازمة للحالة من خلال تقديم الفحص الجسدي والتكفل النفسي بالحالة لتخليصها من السلوك العدواني الموجه نحو الذات، ويتم ذلك بوجود تنسيق منظم يضم كل من الأطباء، الممرضين، والأخصائيين النفسيين.

**3- الإستشفاء Hospitalisation:** يتم من خلاله مساعدة المريض على التخلص من الأزمة التي يعاني منها، وتخليصه من فكرة الإقدام على الفعل الإنتحاري، وذلك بإقامة علاقة علاجية التي تستمر بعد الإستشفاء، وذلك من أجل التكفل بالحالة والتخلص من الأسباب التي دفعت الشخص المنتحر إلى الإقدام على هذا الفعل حتى لا تحدث إنتكاسة.

إن التكفل بمحاوли الإنتحار وبالأخص المراهقين هي عملية مهمة جدا من أجل تحقيق الصحة النفسية بشكل خاص والصحة العامة للفرد بشكل عام.

## 10- الإجراءات الوقائية من الإنتحار:

إن طرق وأساليب الوقاية من المحاولة الإنتحارية في المجتمع تتعدد وتختلف، حيث نجد ما جاء به سعادات (د.ت: 9-10) والمتمثلة في:

- ❖ "التربية الإسلامية السليمة للفرد.
- ❖ تقوية الوازع الديني لدى الفرد.
- ❖ الإهتمام بالشباب وتوفير المناخ الصحي في المجتمع.
- ❖ التوعية الإعلامية بأخطار الإنتحار على الفرد والمجتمع.

❖ إنشاء مراكز علاجية متخصصة للوقاية من الإنتحار والمحاولة الإنتحارية.

ويضيف إلى ذلك بوربون (s.d: 12-13) Bourbon بعض الإجراءات التي تساهم في

الوقاية من الوقوع في هذا الفعل، وهي:

❖ التقليل من المعاناة النفسية.

❖ توعية وتنقيف المريض.

❖ وضع الإحتياطات فيما يتعلق بالأسلحة النارية.

❖ تشجيع المريض على طلب المساعدة حتى يستطيع التغلب على مرضه.

❖ وضع إستراتيجيات للوقاية من الأمراض.

"تلعب الوقاية من الإنتحار أو المحاولة الإنتحارية دورا رئيسيا في العلاج ولا بد من تقييم ومراقبة

الأطفال والمراهقين بخصوص أفكار وأفعال الإنتحار، والوالدان، والعاملون في المدرسة جزء هام في هذه

العملية. أي طفل تبدو عليه علامات الحزن أو الإكتئاب لا بد من إحالته إلى المرشد النفسي المدرسي.

ويمكن أن تقوم المدرسة بأفعال وقائية أخرى مثل: تعزيز خصائص المرونة لتعزيز آليات مواجهة

الضغوط، متى تم تحديد الطفل أو المراهق على أنه إنتحاري، يمكن إستخدام عقود الإنتحار التي تطلب

من الوالدين، والطفل أو المراهق وإبلاغ مشرف الصحة النفسية إذا تبين أن الطفل أو المراهق إنتحاري.

لا بد من إعتبار الإيداع في المستشفى والعلاج عندما تكون هناك علامات على مخاطر الإنتحار ظهرت

على الطفل أو المراهق، متى ثبتت أفكار الإنتحار لدى المراهق أو الطفل. يمكن أن يركز المرشد النفسي

على تحديد العوامل السببية الأساسية المرتبطة بالميل الإنتحارية، ويمكن أن يوجه العلاج نحو حل هذه

القضايا لتعزيز الأداء النفسي الإجمالي." (نيستول، 2015/2011: 414)

ومما سبق نستنتج أن الوقاية خير من العلاج وذلك في مختلف الأمراض الجسمية أو الإضطرابات النفسية أو الإجتماعية وغيرها، فهي تحمي الفرد في حدّ ذاته وأيضاً المحيطين به، من خلال تقديم مختلف المساعدات المادية والمعنوية خاصة فيما يتعلق بالجانب النفسي فهي تساعد على اجتياز مرحلة الإكتئاب والتغلب على ضغوطات الحياة ومصاعبها.

## • خلاصة:

إن المحاولة الإنتحارية أو الإنتحار عبارة عن نمط في السلوك يتمثل في إيذاء الذات لدى مختلف فئات المجتمع، حيث أن هناك عدّة أسباب للإقدام على هذا السلوك الإنتحاري من بينها توفر وسائل القيام بهذا الفعل بكل سهولة.

وفي الأخير يمكننا القول أن المحاولة الإنتحارية أو الإنتحار هي ظاهرة تستدعي التعمق لكونها أصبحت شائعة جداً، لذلك فالوقاية منها والتكفل بفئة محاولي الإنتحار وفئة المرضى النفسيين وبالأخص مرضى الإكتئاب، هي حاجة ضرورية لضمان سلامة الشباب والمراهقين خاصة.

لذلك يجب وضع الإجراءات والإحتياطات الأولية اللازمة للخفض من هذه الظاهرة وإنشاء مراكز التوعية لمساعدة المقبلين على الإنتحار وذلك من خلال التخفيف من معاناتهم وإقناعهم للتخلص من فكرة الإنتحار أو محاولة الإنتحار.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها.

• تمهيد.

1- متغيرات الدراسة.

2- الدراسة الإستطلاعية.

3- الدراسة الأساسية.

4- حدود الدراسة المكانية والزمانية.

5- عينة الدراسة وخصائصها.

6- منهج الدراسة.

7- أدوات الدراسة.

• خلاصة.

**• تمهيد:**

تعد منهجية الدراسة وإجراءاتها من بين الأمور الهامة والأساسية في أي بحث علمي، وعليه فإن هذا الفصل سيتضمن التذكير بمتغيرات الدراسة مع تعريف كل من الدراسة الإستطلاعية والأساسية، وذكر أهم الخطوات المستخدمة في التطبيق الميداني والمتمثلة في: حدود الدراسة المكانية والزمانية، والمنهج المتبع فيها، بالإضافة إلى ذكر مجتمع الدراسة وتعريف الأدوات المستخدمة في البحث.

**1- متغيرات الدراسة:**

تمثلت متغيرات الدراسة في:

❖ التكفل النفسي.

❖ الإكتئاب.

❖ المراقبة.

❖ المحاولة الإنتحارية.

**2- الدراسة الإستطلاعية:**

تعد بداية لإكتشاف موضوع الدراسة وهي نزول الباحث إلى الميدان والتقصي عنه من أجل تحديد أبعاد وجوانب الدراسة وإختيار العينة المناسبة للموضوع المدروس، وهذا حسب ما ذكره قادوس (1995). إن الدراسة الإستطلاعية هي خطوة مهمة جدا بالنسبة لكل باحث، حيث أنها تمكنه من جمع المعلومات الكافية عن موضوع دراسته والإحاطة به من كافة الجوانب. وفي دراستنا الإستطلاعية قمنا بالتوجه نحو مصلحة الإستعجالات بمستشفى الحكيم مدغري لولاية عين تموشنت لكن لعدم توفر عينة الدراسة الحالية قمنا بالتوجه بعد ذلك إلى مستشفى الحكيم بن زرجب عند أخصائية نفسانية تعمل في مصلحة الجراحة العامة وهي من ساعدتنا في إيجاد حالي الدراسة حيث تم إختيارهما بطريقة قصدية على حسب السن، وكان ذلك في شهر جانفي 2023.

**3- الدراسة الأساسية:**

ذكر قنديلجي (2007) أن الدراسة الأساسية هي دراسة علمية تسعى إلى إيجاد حلول لمشاكل واقعية متعلقة بأفراد أو بمؤسسات، والتي يمكن الإستفادة منها والإستعانة بنتائجها، كما أنها أيضا تسعى للكشف عن أمور ومعارف جديدة.

وفي دراستنا الأساسية تم تطبيق الأدوات المناسبة للدراسة على الحالتين عينة الدراسة بغرض جمع المعلومات والتحقق من صحة الفرضيات، فهي تعد أساس الدراسة أو البحث العلمي وتكون كخطوة ثانية بعد الدراسة الإستطلاعية.

#### 4- حدود الدراسة المكانية والزمانية:

##### 4-1- الحدود المكانية:

##### 4-1-1- التقديم بالمؤسسة:

تم إفتتاح المؤسسة الإستشفائية "بن زرجب" في تاريخ 28 شوال 1426 الموافق ل 30 نوفمبر 2005، وتقع مؤسسة الدكتور "بن زرجب" بعين تموشنت تمتاز بموقع إستراتيجي حيث يحدها من الجنوب مديرية الصحة والسكان، ومن الشمال المركز البيداغوجي النفسي للأطفال المعاقين ذهنيا ومن الناحية الشرقية مركز الحماية المدنية وغربا مركز الوسيط لعلاج المدمنين.

##### 4-1-2- التصميم الهندسي للمؤسسة:

يتضمن الجناح الإداري للمؤسسة على أربعة طوابق:

- ❖ الطابق السفلي: ويضم الإدارة العامة، الطب الشرعي، الصيدلية، مصلحة التكيف الوظيفي، والتصوير بالرنين المغناطيسي.
- ❖ الطابق الأول: ويضم طب الرضوض والعظام، الأشعة، طب الأورام، جراحة القلب والأوعية الدموية.
- ❖ الطابق الثاني: ويضم الطب الداخلي، مخبر، التفاعل الوظيفي، علم الأمراض التشريحي، جراحة العيون، وأمراض القلب.
- ❖ الطابق الثالث: يضم الجراحة العامة، العناية المركزة، قاعة العمليات، جراحة الأطفال، وجراحة المسالك البولية.

❖ الطابق الرابع: يضم طب العيون، أمراض الأنف، الأذن والحنجرة، جراحة الأعصاب، وجراحة القلب.

#### 4-1-3- السلم الإداري:

التنظيم الداخلي والإداري للمؤسسة هو تحت سلطة المدير العام الذي يساعده في هذا المهام

الأمين العام وهو كالتالي:

❖ مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية.

❖ مديرية الإدارة العامة.

❖ المدير العام ويلتحق به:

○ مكتب التنظيم العام.

○ مكتب الإعلام والإتصال.

○ مكتب الصفقات والمنازعات والشؤون القانونية.

○ مكتب الأمن الداخلي.

كما تشمل مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية على:

(أ) - مديرية الفرعية للنشاطات الطبية:

○ مكتب تنظيم وتقييم النشاطات الطبية.

○ مكتب تنظيم وتقييم نشاطات الإستجالات.

○ مكتب الدخول والتوجيه.

(ب) - مديرية الفرعية للنشاطات شبه الطبية:

○ مكتب تنظيم النشاطات شبه الطبية.

○ مكتب تقييم النشاطات شبه الطبية.

## 4-2- الحدود الزمانية:

إمتدت الدراسة الميدانية من 2023/01/22 إلى 2023/05/22.

## 5- عينة الدراسة وخصائصها:

إن إختيار العينة كان بطريقة قصدية، وهذه الأخيرة يعرفها عباس، نوفل، العبسي، وأبو عواد (2014) بأنها: العينة المناسبة والملائمة للدراسة التي يتم إختيارها من قبل الباحث، ومن خلالها يحقق الأهداف المرغوبة من هذه الدراسة.

أما فيما يتعلق بخصائص هذه العينة فتمثلت في:

## ▪ جدول رقم (01): خصائص عينة الدراسة.

الحالة	الجنس	السن	عدد محاولات الإلتحار
س. أ.	أنثى.	21 سنة.	محاولتين للإلتحار.
ب. س.	ذكر.	17 سنة.	محاولة واحدة للإلتحار.

\*يمثل الجدول السابق خصائص عينة الدراسة الحالية، وذلك حسب السن، الجنس، وعدد محاولات الإلتحار.

## 6- منهج الدراسة:

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على المنهج الإكلينيكي أو ما يعرف بالمنهج العيادي، وذلك لملاءمة المنهج مع طبيعة موضوع الدراسة بغية تحقيق نتائج دقيقة نظرا للدراسة العميقة التي تتم بفضل دراسة الحالة، حيث عرفه عبد المؤمن (2008) بأنه: ذلك المنهج الذي يدرس الفرد على أساس حالة فردية من خلال تحديد الموضوع الذي يريد دراسته على ذلك الفرد بإستخدام أدوات جمع البيانات كدراسة الحالة.

وذكر سليمان (2014) أن المنهج العيادي يمكن من دراسة السلوك وتشخيصه بشكل فردي، وخاصة ما يتعلق بالنمو وذلك باستخدام الأدوات الخاصة به من ملاحظة ومقابلة عيادية، ودراسة الحالة، والإختبارات النفسية.

ويرى محمد (2008: 71) أن: "المنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية، أي دراسة حالة فردية بعينها من حيث هي كل لا يتجزأ في علاقتها بنفسها وواقعها الإجتماعي وما تتطوي عليه من صراعات ومشاعر قلق أو إكتئاب وما إلى ذلك". لهذا يعتبر المنهج العيادي أحد أهم المناهج التي يمكن أن تطبق على أغلب المواضيع والدراسات.

## 7- أدوات الدراسة:

إن لكل دراسة أو بحث علمي أدوات محددة يستخدمها الباحث من أجل الوصول إلى النتائج المرغوبة، وفي الدراسة الحالية تم استخدام الأدوات التالية:

### 7-1- الملاحظة العيادية المباشرة:

يعرف النعيمي، البياتي، وخليفة (2015: 177) الملاحظة بأنها: "رؤية وملاحظة السلوك الإنساني بطريقة منظمة ومنضبطة لكي تكون هذه الملاحظة أداة ثابتة وموضوعية للتوصل إلى إستنتاجات صادقة وصحيحة، فهي إعتبار السلوك الملاحظ كجزء من خطوات القياس الأساسية، وهي إعطاء أرقام للأشياء والموضوعات وفقا لقواعد معينة."

فالملاحظة تمكن الباحث من فهم السلوك ودرسته في موقفه الطبيعي، وهذا حسب ما أشار إليه

كوافحة (2010).

وذكر عبيدات، عدس، وعبد الحق (1984) أن الملاحظة المباشرة هي الإتصال المباشر

بالأفراد أو بموضوع الدراسة وملاحظة السلوك مباشرة.

## 7-2- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

يعرف العنكي، والعقابي (2015: 38) المقابلة بصفة عامة بأنها: "عملية حوارية بين الباحث والشخص المبحوث، وهو غالبا ما يكون عنصرا مهما في موضوع البحث." أما فيما يخص المقابلة نصف الموجهة فيعرفها عليان (2001) بأنها المقابلة التي تترك مجال الحرية للمفحوص من خلال الأسئلة المطروحة وذلك من أجل فهم الأجوبة المقدمة بشكل مفصل. كما أشار القواسمة، أبو الرز، أبو موسى، وأبو طالب (2008) أن أسئلة هذه المقابلة تعد مسبقا وتعرف بدليل المقابلة.

وذكر إبراش (2009) أنه في المقابلة نصف الموجهة يكون موضوع الدراسة معلوم للباحث وذلك لكي يستطيع تجهيز الأسئلة على حسب الموضوع لجمع المعلومات المناسبة والدقيقة.

## 7-3- دراسة الحالة:

تعتبر أداة من أدوات المنهج العيادي والتي يتم إستخدامها أيضا في الدراسات الوصفية، بالإضافة إلى أنها تستخدم أيضا للتحقق من صحة الفرضيات، وهذا حسب ما ذكره قنديلجي (1999). وذكر إبراهيم (2000) أن دراسة الحالة تعطي للفاحص نظرة شاملة ودقيقة عن الحالة المدروسة والتي تساعده في إعطاء التشخيص السليم. كما أكد الضامن (2007) ذلك حيث أشار إلى أن دراسة الحالة تركز على الحالة بشكل كبير وتتعمق فيها عن طريق إستخدام أدوات خاصة بها والمتمثلة في: الملاحظة، والمقابلة، والإختبارات النفسية.

ويرى علي (2014) أن دراسة الحالة تقوم بحصر موقف معين والتركيز على وصفه وعلى العوامل المؤثرة فيه.

## 7-4- الإختبارات والمقاييس النفسية:

وفق **خلفي (2017: 186)** "تعتبر الإختبارات إحدى وسائل القياس، وهي أيضا أداة من أدوات البحث في الدراسات النفسية والتربوية وتهدف هذه الإختبارات إلى قياس متغيرات متعددة مثل: التحصيل الدراسي، والقدرات العقلية، وسمات الشخصية."

وتنقسم الإختبارات النفسية إلى قسمين موضوعية وإسقاطية:

## ❖ الإختبارات الموضوعية:

"ما يقصد بالإختبارات الموضوعية فهي تلك التي تكون إجاباتها محددة، بمعنى أن هناك إجابة صحيحة واحدة لكل فقرة فيها، كما عرفت بالموضوعية لأن طريقة تصحيحها تتم بشكل موضوعي. فهي لا تعتمد على ذاتية المصحح في تقدير الدرجة، وإنما تعتمد على نموذج التصحيح كمييار للتصحيح يلتزم به جميع المصححين للمادة الواحدة ومن هذا الإبتعاد عن الذاتية في التصحيح، من أشهر أشكالها الصواب والخطأ، الإختبار المتعدد، المقابلة (المزاوجة والتوصيل)، والتكميل. وما تتميز به هذه الإختبارات من موضوعية وشمول وإرتفاع مؤشرات الصدق والثبات وسهولة التطبيق والتصحيح." (مليوح، 2014:

(18)

## ❖ الإختبارات الإسقاطية:

حسب ما جاء به **أبو غزال (2015: 276)** فإن "الإختبارات الإسقاطية هي أداة لقياس الشخصية، تتطلب من الفرد أن يستجيب إلى مثيرات غامضة بسرد قصة حولها أو بوصفها، وبمعنى آخر يسقط Project معانيه وإنفعالاته ورغباته وحاجاته وإتجاهاته على هذه المثيرات الغامضة". ونجد من بين الإختبارات الإسقاطية ما يقوم على التأويل كإختبار بقع الحبر (الروشاخ)، وما يقوم على تأويل الصور كإختبار تفهم الموضوع، وأيضا ما يقوم على تشكيل رسومات وتحليلها كإختبار رسم العائلة، وغيرها من الإختبارات الإسقاطية.

ومن بين الإختبارات والمقاييس النفسية التي تم الإعتماد عليها في الدراسة الحالية نجد ما يلي:

#### 7-4-1- إختبار رسم العائلة:

يعرف إختبار رسم العائلة بأنه إختبار إسقاطي يزيد من دعم المقابلة العيادية، فالرسم هو أكثر وسيلة للتعبير بحرية عما هو داخلي قد يصعب التعبير عنه بواسطة الكتابة، وبذلك يستطيع الفاحص تفسير وفهم مشاعر الطفل الحقيقية، وهذا وفق ما ذكره **فطناسي (2015)**.

كما نجد أن إختبار رسم العائلة يمكن الفاحص من إكتشاف الجانب النفسي الداخلي أو بالأحرى الحقيقة النفسية التي يحملها إتجاه عائلته.

#### (أ) - أدوات إختبار رسم العائلة:

حسب **علاق (2012)** فإن الأدوات المستخدمة في إختبار رسم العائلة هي:

❖ ورقة بأبعاد قياسية (21×27) ببيضاء اللون وخالية من أي خطوط.

❖ قلم رصاص لا يحتوي على ممحاة ويكون مبري.

❖ أقلام تلوين خشبية مبرية، إذا أراد الطفل ذلك.

#### (ب) - تعليمة إختبار رسم العائلة:

إن تعليمات الإختبار اختلفت وتعددت، ولكن قد إتبعنا في تطبيقنا للإختبار تعليمة **لويس كورمان**

**(1965) Louis Korman** والتي تتمثل في: أرسم عائلتك، وبعدها أرسم العائلة التي تتخيلها، وهذا

حسب ما جاء به **علاق (2012)**.

#### 7-4-2- مقياس بيك Beck للإكتئاب:

"أعد هذا المقياس بيك وآخرون (1961) Beck et al. وقام غريب عبد الفتاح (1985) بإعداده

للعربية. ويتألف هذا المقياس من إحدى وعشرين عبارة تقيس مدى شدة الإكتئاب وذلك على مقياس متدرج

من صفر إلى ثلاث درجات. وتعد تلك العبارات بمثابة إحدى وعشرين فئة من الأعراض والإتجاهات هي:

المزاج، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الشعور بالذنب، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، ولوم الذات، والرغبات الانتحارية، ونوبات البكاء، والهيجان، والإنسحاب الإجتماعي، والتردد، وتحريف أو تشويه صورة الجسم، والكف عن العمل، واضطراب النوم، وسرعة التعب، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والمشكلات الجسمية، ونقص الطاقة الجنسية." (محمد، 2010: 246)

ويجدر الإشارة إلى أن مقياس بيك Beck للاكتئاب متواجد في قائمة الملاحق بشكل مفصل حيث يحتوي على تعليمة كيفية تقديمه، بالإضافة إلى فقراته وسلم تصحيحه.

#### 7-4-3- مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات:

"صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي كوبر سميث Cooper Smith سنة (1967)، حيث تستمد فقرات الإختبار جذورها من إختبار روجرز Rogers ودايموند Diamond، كما نجد نسخة مبسطة ومصغرة لإختبار كوبر سميث Cooper Smith وتتكون من 25 فقرة مختارة من 50 فقرة الأصلية، وأجريت دراسة سنة (1977) أكدت الخصائص السيكومترية لهذا الإختبار المبسط." (حمزاوي، 2017: 173)

ونجد في الأخير في قائمة الملاحق مقياس كوبر سميث Cooper Smith كاملا أي مع تعليمته وفقراته وسلم تصحيحه.

#### 7-5- العلاج النفسي:

"العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة إنفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته وإستغلال إمكانياته على خير

وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل." (زهران، 2005: 183)

فالعلاج النفسي هو عبارة عن إستخدام جميع الوسائل النفسية لفحص ومعالجة الإضطرابات النفسية والعقلية، وكذلك الأمراض العضوية ذات المنشأ النفسي، حيث نجد أن هناك العديد من العلاجات النفسية المتنوعة، وذلك ناتج عن إختلاف وجهات نظر كل عالم.

ومن بين هذه العلاجات التي تم الإعتماد عليها في الدراسة الحالية نجد ما يلي:

#### 7-5-1- العلاج الأسري:

يعرف العلاج الأسري بأنه: "تمط من أنماط العلاج وفيه يوجه الإهتمام إلى الأسرة برمتها أكثر

من كونه موجها نحو فرد معين من أفرادها وبذلك هو كلي وشمولي." (القرني، والغالي، 2004: 97)

#### 7-5-2- العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من الطرق والأساليب النفسية التي تجمع بين

العلاج المعرفي والسلوكي معا، ويقوم أساس هذا العلاج على تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة ما يؤدي

إلى تخفيف الضغط النفسي، وبالتالي التخلص من الإستجابات الإنفعالية الزائدة والسلوكيات الخاطئة، وهذا

وفق ما جاء به بلان (2015).

يجدر الإشارة إلى أن كل من العلاج الأسري والعلاج المعرفي السلوكي تم التطرق إليهما بشكل

مفصل في فصل التكفل والعلاج النفسي.

## • خلاصة:

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم ما جاء في الدراسة الحالية من إجراءات وأدوات التي لا بد من ذكرها في أي دراسة أو بحث علمي حتى تكون واضحة ومفهومة وتتميز بالمصداقية العلمية وأيضا حتى يستطيع أي دارس أو باحث آخر الإلمام بجميع المعلومات حول الدراسة وحتى تكون هذه الأخيرة ذات فائدة وأهمية للآخرين.

## الفصل السادس: دراسة الحالة وتحليل النتائج.

• تمهيد.

أولاً: دراسة الحالة.

أ. دراسة الحالة الأولى.

أ. دراسة الحالة الثانية.

ثانياً: تحليل النتائج.

أ. عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

أ. إستنتاج.

• خلاصة.

**تمهيد:**

تعد دراسة الحالة أحد أدوات المنهج العيادي وهي أداة مهمة وفعالة في تحقيق النتائج المرغوب التوصل إليها. وفي هذا الفصل تم التطرق إلى حالتني الدراسة بالتفصيل لمعرفة ما إذا كان للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، بالإضافة إلى عرض وتحليل ومناقشة هذه النتائج، والخروج بإستنتاج في الأخير.

## أولاً: دراسة الحالة.

### 1. دراسة الحالة الأولى.

#### 1- تقديم الحالة الأولى:

##### أ- البيانات الأولية:

- \* الإسم: س. أ.
- \* الجنس: أنثى.
- \* السن: 21 سنة.
- \* المستوى الدراسي: السنة الثانية جامعي.
- \* عدد الإخوة: 2 إناث.
- \* الرتبة بين الإخوة: 1.
- \* الحالة الإجتماعية: عزباء.
- \* الحالة الإقتصادية: متوسطة.
- \* السكن: حي راقى.
- \* المنزل: سكن أرضي متكون من أربعة غرف، مطبخ، حمام، دورة مياه، وفناء واسع.
- \* السوابق المرضية: لا يوجد.
- \* الأمراض الحالية: لا يوجد.
- \* الأمراض الوراثية: داء السكري وضغط الدم (الجد والجدة).

## ب- تاريخ النمو:

- \* طول فترة الحمل: 9 أشهر.
- \* حالة الأم الصحية أثناء الحمل: • الجسدية: جيّدة. • النفسية: جيّدة.
- \* طبيعة الحمل: حمل طبيعي بدون مضاعفات أو أعراض جانبية.
- \* رغبة الأم في الحمل: كان عبارة عن حمل مرغوب فيه.
- \* نوع الولادة: طبيعية.
- \* مكان الولادة: بمستشفى عين تموشنت.
- \* نمو الحالة: كان نمو طبيعي على مستوى كافة الجوانب من لغة وتواصل وحركة...
- \* نوع الرضاعة: طبيعية لمدة سنة ونصف.

## ج- التاريخ الأسري:

- \* الأب: على قيد الحياة.
- \* عمره الآن: 51 سنة.
- \* عمره عند ميلاد الحالة: 30 سنة.
- \* المستوى التعليمي: متحصل على شهادة البكالوريا.
- \* المهنة: تاجر.
- \* الحالة الصحية: جيّدة.
- \* علاقته بالحالة: متدهورة جدا حيث يعاملها بقسوة شديدة ويضربها ولا يعيرها أي إهتمام أو تقدير وليس له أي ثقة فيها.
- \* الأم: على قيد الحياة.
- \* عمرها الآن: 43 سنة.

- \* عمرها عند ميلاد الحالة: 22 سنة.
- \* المستوى التعليمي: متحصلة على شهادة الماجستير.
- \* المهنة: أستاذة لغة فرنسية.
- \* الحالة الصحية: جيّدة.
- \* علاقتها بالحالة: سيئة نوعا ما، لعدم مساعدتها ومساندتها في وقت إحتياجها لها وذلك لعدم قدرتها على الوقوف في وجه أبيها.
- \* علاقتها مع أختيها: جيّدة، تهتمان بها، ودائما ما تساعدانها عند تعامل أبيهم بقسوة معها إلا أنه لا يسمع لهما، وتجمعهم محبة كبيرة وتقاوم.

#### د - الملاحظات السلوكية:

- \* البنية المورفولوجية: تتميز الحالة بطول متوسط، وذات بنية جسمية نحيفة وضعيفة، لون الشعر بني فاتح، ولون العينين بني.
- \* ملامح الوجه: بيضاء البشرة، يظهر عليها إصفرار في الوجه، وتظهر عليها ملامح الحزن والتشاؤم.
- \* المظهر الخارجي: هندام مرتب ونظيف بشكل مقبول.
- \* اللّغة: جيّدة، كلام مفهوم وواضح، تفكير واقعي نوعا ما، لها ذاكرة قوية.
- \* إهتماماتها: الزواج من (الشخص الذي تحبه) بالدرجة الأولى، حبها الشديد للدراسة، ورياضة كرة السلة.
- \* الجانب الإجتماعي: منعزلة في غرفة لا تخرج إلا لقضاء حاجتها، لا تتحدث مع أي أحد، وهذا بناء على أوامر والدها ما جعلها منغلقة تماما.
- \* النشاط الحركي: قليلة الحركة حتى تكاد تنعدم، وأحيانا تقوم بمشاهدة التلفاز عند غياب والدها.
- \* المزاج والعاطفة: مزاج حزين بشكل كبير، ويظهر عليها القلق، الملل، التشاؤم، الخوف من المستقبل.

\* الأكل: لا تأكل إلا القليل جداً، وتعاني من نقص حاد في الشهية وعلى إثره دخلت عدّة مرات إلى المستشفى.

\* النوم: تعاني من أرق شديد.

• جدول رقم (2): جدول المقابلات العيادية للحالة الأولى.

عدد المقابلات	تاريخ المقابلات	مدّة المقابلات	مكان إجراء المقابلات	الهدف من المقابلات
(1)	2023/01/22	45 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وملاحظة سلوكياتها، وتطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب.
(2)	2023/01/23	55 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	معرفة الحالة النفسية والجسمية وكل ما يتعلق بفترة الحمل وتاريخ نمو الحالة من الأم.
(3)	2023/01/24	55 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة مع إستخراج الأعراض النفسية التي تعاني منها الحالة، وتطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith.
(4)	2023/01/25	40 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مقارنة المعلومات التي تم جمعها مع السلوكيات الملاحظة، وتطبيق إختبار رسم العائلة على الحالة.
(5)	2023/01/26	60 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	بدء العلاج.
(6)	2023/01/29	55 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مواصلة العلاج.
(7)	2023/01/30	60 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مواصلة العلاج.
(8)	2023/01/31	60 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مواصلة العلاج.
(9)	2023/02/01	60 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مواصلة العلاج.
(10)	2023/02/02	55 دقيقة	مستشفى الحكيم بن زرجب	مواصلة العلاج.

مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/05	(11)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/06	(12)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/07	(13)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/08	(14)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/09	(15)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/12	(16)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/02/13	(17)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/02/14	(18)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/15	(19)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/02/16	(20)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/19	(21)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/20	(22)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/21	(23)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/02/22	(24)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/23	(25)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/02/26	(26)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/02/27	(27)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	50 دقيقة	2023/02/28	(28)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	50 دقيقة	2023/03/01	(29)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/03/02	(30)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/03/05	(31)
إعادة تطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب على الحالة.	مستشفى الحكيم بن زرجب	30 دقيقة	2023/03/06	(32)
إعادة تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith، تقديم النصح والإرشاد للحالة، وانتهاء العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/03/07	(33)

\* إن الجدول السابق يوضح عدد المقابلات التي أجريت مع الحالة الأولى والمتمثلة في 33 مقابلة بالإضافة إلى تاريخ إجراءها، ومدتها، والهدف من كل مقابلة، زيادة على ذلك مكان إجرائها والمتمثل في مستشفى الحكيم بن زرجب.

## 2- ملخص المقابلات العيادية للحالة الأولى:

تم إجراء مع الحالة "س. أ" 33 مقابلة إمتدت إلى 60 دقيقة، تم التعرف فيها على التاريخ النفسي والإجتماعي والمرضي للحالة، كما طبق فيها كل من إختبار رسم العائلة، ومقياس بيك Beck للإكتئاب (القبلي والبعدي)، ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات (القبلي والبعدي). بالإضافة إلى ذلك تم إخضاع الحالة إلى العلاج الأسري والعلاج المعرفي السلوكي.

## 3- التحليل العام لإختبار رسم العائلة للحالة الأولى:

في العائلة الحقيقية لم تقم الحالة برسم نفسها وهذا يدل على صعوبة إيجادها لمكان بين أفراد الأسرة لعدم إعطائها قيمة أو إهتمام ولعدم إكتراثهم لها (الأب والأم)، فهي تعتبر نفسها أمر زائد في أسرتها ورفضها البقاء فيها كما أنها تريد التخلص من نفسها بالإقدام على الإنتحار. وأيضا نجد أن الحالة قامت برسم أختيها أولا على الجهة اليمنى وهذا دليل على حبها الكبير لهما، وقامت برسم الأب في أعلى الورقة دلالة على السلطة العليا التي يحتلها في الأسرة. أما بالنسبة للأم فقامت برسمها في أسفل الورقة وبحجم صغير جدا وهذا يدل على سلطتها المنعدمة داخل الأسرة ومن أجل تصغيرها نظرا لعدم مساندتها للحالة. بالإضافة إلى ذلك رسمت الحالة أختيها جنبا إلى جنب ممسكين بأيدي بعضهما البعض وهذا دليل على عمق العلاقة النفسية والعاطفية التي تجمع بينهما، على عكس الأم والأب حيث رسمتهم متباعدين عن بعضهم البعض وهذا دليل على أن الرابطة التي بينهم ليست قوية، وهذا كله يدل على إنقسام العلاقة داخل هذه الأسرة.

أما بالنسبة للعائلة المتخيلة قامت الحالة برسم (الشخص الذي تحبه) أولاً على الجهة اليمنى، وهذا دلالة على حبها الكبير له ورغبتها في أن يكون ضمن أسرتها. كما أنها رسمت كل أفراد الأسرة بنفس الحجم ومتراصين الواحد جنب الآخر، وهذا يدل على تمنيتها أن يسود الحوار والتفاهم بينهم بعيداً عن السلطة والتسلط، وأن يقتربوا من بعضهم البعض، وأن تجمع بينهم علاقة عاطفية مبنية على الحب.

#### 4- نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب ومقياس كوبر سميث Cooper

##### Smith لتقدير الذات للحالة الأولى:

- جدول رقم (3): نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي والبعدي للحالة الأولى.

نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي	نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب البعدي
39 درجة.	7 درجات.
إكتئاب شديد جداً.	لا يوجد إكتئاب.

\* إن الجدول السابق يوضح نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب قبل الإقدام على عملية التكفل النفسي وتقديم العلاج وأيضاً بعد عملية التكفل والعلاج النفسي للحالة الأولى.

- جدول رقم (4): نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي

##### والبعدي للحالة الأولى.

نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي	نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات البعدي
21 درجة.	67 درجة.
تقدير ذات منخفض.	تقدير ذات مرتفع.

\* إن الجدول السابق يوضح نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith قبل الإقدام على عملية التكفل النفسي وتقديم العلاج وأيضا بعد عملية التكفل والعلاج النفسي للحالة الأولى.

## 5- التحليل العام لمقابلات الحالة الأولى:

إن الحالة "س. أ" تبلغ من العمر 21 سنة، الأولى في ترتيبها بين إخوتها، تدرس السنة الثانية جامعي، لا تعاني الحالة من أي مرض، لم تعاني أمها من أي اضطراب في فترة الحمل أو بعدها، وكانت ولادتها طبيعية، لكن نجد أنه يوجد أمراض وراثية في العائلة وهي: داء السكري وضغط الدم. كان نمو الحالة طبيعي في كافة الجوانب الجسمية، اللغوية وغيرها. إن علاقة الحالة مع أفراد أسرتها أي الأم والأب مضطربة وبالأخص مع هذا الأخير حيث أنه يعاملها بقسوة وصرامة شديدة وكان ذلك منذ بدء مزاولتها الدراسة في المرحلة الثانوية لأنه سابقا كان يعاملها بكل حب وحنان، فحسب ما صرح به الأب كان ذلك لخوفه عليها من الذئاب البشرية حيث جاء في قوله: "الوقت مراهش يرحم لغوال راهم برا بزاف غي علاه يشوفوا بنت يلعبولها بعقلها..."، وأيضا: "في ذا الوقت وصلنالاه قليل وين تلقى واحد راجل كيما ميبغيش على خته ومه ميبغيش على بنات الناس يجي للدار ديراكت..."، وحتى لا تخون ثقته فيها إستعمل معها هذا الأسلوب وذلك حسب قوله: "بغيت نزيرها باه متغلطش وتخاف ودير حسابها لوكان تغلط تخلصها غاليا..."، وهذا ما دفع الحالة إلى البحث عن الحب عند شخص آخر، وأيضا هذا ما زاد من حدة هذه القساوة عند علم والدها بعلاقتها مع ابن جيرانهم الذي أحبته حبا شديدا وتعلقت به وكانت مستعدة للتخلي عن كل شيء مقابل الزواج به فقد جعلها هذا الشاب تثق فيه وتبني آمال كبيرة معه لأنه وعدها بالزواج.

تعرضت الحالة لصدمة كبيرة عند تشاجر والدها مع الشاب، وهذا الأخير نفى كل ما هو متعلق بها وأخبر والدها بأنها هي التي كانت تطارده وقام برفضها العديد من المرات، لأنه سيتزوج ابنة عمه

ولكنها إستمرت في ملاحظته، هذا الأمر زاد من غضب والدها فأصبح يضربها لأنها شوهت سمعته، كما أوقفها عن الدراسة، ومنعها من مقابلة أصدقائها، وقام بحبسها في غرفة. ومن تصريحات الحالة نجد ما يلي: "بغيتة بزاف عشرة 3 سنين، فديقة مسح كلشي فيا، لوكان أنا كلشي نديره على جاله..."، وأيضا: "ابا هو سبابي كنت غايا لوكان غي بقيت صغيرة غي كبرت شوية بقى يشك فيا وأنا مدايرا والو ومولاش يبغيني... لوكان بقى يعاملني كيما كنت صغيرة منوصلش لهاذ الصوالح... ومنسحق حتى واحد في حياتي حتى نتزوج وهو يختاره بصح بابا ظلمني بزاف...". أما بالنسبة للأم فالحالة لا تتحدث مع والدتها إلا لضرورة ما، وذلك لأنها لم تساعدنا من أجل مواصلة دراستها وأيضا عندما يقوم والدها بضربها، فحسب قولها: "منبغيش نهدر معاها خاطرش لوكان جات كي الأمهات لوكان وقفت في وجه بابا... ماشي حرموني من كلش ومين يضربني تخليه متقدش توقف في وجهه... موقفتش معايا...". أما فيما يخص علاقتها مع أختها فهي جيّدة.

بالإضافة إلى ذلك صرحت الحالة أن هذه محاولتها الثانية للانتحار في شهر واحد، الأولى كانت بتناول جرعة زائدة من الأدوية، أما الثانية فكانت بتناول محلول الجافيل، كلتا المحاولتين كانت بسبب القسوة الكبيرة التي تتعرض لها من والدها، زيادة على ذلك صدمة (الشخص الذي تحبه) الذي تركها في أول فرصة أتاحت له، حيث أنها خسرت كل شيء تحبه في الحياة حتى دراستها، وأكدت أنها سوف تعيد محاولتها للانتحار إن لم تتغير الأوضاع حتى تضع حد لحياتها، وقد ظهر ذلك في قولها: "لوكان تبقى لحالا كيما هاك منقدش نعيش نعاود نسويدي حتى نتها من هاذ الدنيا قاع...".

## 6- إستخلاص الأعراض والأسباب للحالة الأولى:

إن الحالة "س. أ" يبدو عليها الإكتئاب بشكل واضح جدا، وهذا ما تم التأكد منه من خلال ما تم جمعه من معلومات بواسطة المقابلات العيادية والملاحظات، وهذا أيضا ما أثبتته نتائج تحليل إختبار رسم العائلة، ونتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي حيث حصلت الحالة على 39 درجة، بالإضافة إلى مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي حيث حصلت فيه على 21 درجة. إن النتائج التي تم التوصل إليها تدل على أن الحالة لديها إكتئاب شديد جدا، وتقدير ذات منخفض، وبيبرز ذلك في الأعراض التالية: التفكير في الموت والرغبة في إعادة محاولة الإنتحار بإصرار كبير، اليأس من المستقبل، إنعدام الثقة في النفس، الحزن الشديد، الشعور بالذنب، تعكر المزاج بشكل شديد، الشعور بالتوتر والقلق، الشعور بفراغ عاطفي، فتور الطاقة، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في النوم والأكل، وتراجع التحصيل الدراسي في هذه السنة بسبب تعلقها الكبير (بالشخص الذي تحبه) وبوعده للتقدم لخطبتها والزواج منها، ما جعلها تهمل دراستها، وأيضا لأنه أخبرها أنه لا يحبها أن تدرس أو أن تعمل، وتمثل هذا في أقوالها التالية: "هاذ العام طحت بزاف فلاموايان خاطرش زدت تعلقت بيه بزاف مين قالي غادي نجي نخطبك ومنقعدش بزاف ونديرو العرس حسيته مراهش يزقق عليا... وثاني مين قالي أنا منبغيش لي تقرا وتخدم مرتي تقابل دار وولادي... قلت علاه راني نقرا غادي نحبس نحبس علابيها موليتش نديها فقرايتي مالقري كنت نقرا غايا...".

ولهذا فإن الحرمان العاطفي الذي تعرضت له الحالة من قبل الأهل وبالأخص الأب هو ما دفعها إلى اللجوء لشخص آخر، وما زاد من حدة إكتئابها تعرضها لصدمة نفسية إثر ما قام به (الشخص الذي تحبه) وذلك أدى إلى تحطيم كل آمالها وسعادتها.

## 7- الخطة العلاجية المتبعة على الحالة الأولى:

تم وضع خطة علاجية مشتركة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري، حيث تم تطبيق هذا الأخير على الأب والأم والحالة نظراً لإضطراب العلاقة بينهم، حيث تم الإعتماد فيه على الإستراتيجيات التالية:

- توضيح خطورة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة للأب أولاً ثم الأم.
- العمل على إدراك الأب أن الجميع من شأنه أن يخطأ وأن القسوة الشديدة في تعامله مع المشكلة ليست بحل وإنما هي أساس الزيادة في حدّة المشكلة.
- تزويد الأسرة بمعلومات عن كيفية الإتصال والإتصال الفعال.
- إعادة فتح قنوات الإتصال في الأسرة أي جعل أفراد الأسرة يتحدثون عن مشاكلهم مباشرة دون واسطة بكل تفاهم وإحترام، وتقريب المسافة بين الأب والحالة كالجلوس بجانب بعضهم البعض في الأوقات الغذائية.
- جمع الأب والأم لوحدهم ثم مع الحالة والوقوف على مشاكلهم الأسرية، وتحسين علاقتهم، بفتح مجال الحوار بينهم من أجل فهم الأوضاع الصعبة وأن يتعاملوا معها بكل مرونة وتمهل وحذر.
- معالجة السلوكيات والتفاعلات الأسرية التي تساهم في تفاقم المشكلة كالصراخ، والضرب.
- إعادة بناء الثقة بين الأب والحالة من جديد، وتقوية الرابطة بينهم، وكخطوة أولى نحو ذلك إرجاع الحالة لمزاولة دراستها.
- مساعدة الأسرة على ممارسة إستراتيجيات مواجهة أكثر فعالية كالقدرة على معرفة أسباب المشكلة، التحلي بالصبر، التفاهم، تجنب إلقاء اللوم، تجنب القسوة والتعامل بعطف وحنان.
- تقوية نظام الأسرة بزيادة التفاعلات الإيجابية كتقديم الرعاية الشاملة والمنتكاملة والمتوازنة للأبناء، توفير بيئة آمنة ومستقرة، إدارة الخلافات بطريقة إيجابية وفعالة.

أما فيما يخص العلاج المعرفي السلوكي فقد تم الإعتماد على الإستراتيجيات والتقنيات التالية:

- تزويد الحالة بمعلومات عن كيفية التنفس المتباطئ للتخفيف من حدة التوتر والقلق.
- إستراتيجية التنفس المتباطئ تم إستخدامها للدخول تدريجيا في العلاج من خلال تعليمها كيفية التنفس بصورة متباطئة أي تخفيض درجة التهوية من أجل السيطرة على إستجاباتها الإنفعالية والجسدية، وبالتالي التخلص من جميع الإضطرابات الفزيولوجية كقضم الأظافر، وغيرها من السلوكيات غير السوية.
- تزويد الحالة بمعلومات عن الأفكار الآلية الخاطئة وكيف تنشطها الحوادث الخارجية.
- التخلص من الأفكار الآلية للحالة المتمثلة في الأفكار الإكتئابية والانتحارية، وذلك من خلال وضع جدول تسجل فيه الحالة الأفكار السلبية وتقوم بتحديد شدتها من 0 إلى 10 ومساعدتها على تصحيحها وإستبدالها بأفكار إيجابية أكثر مثل: "باغيا نموت كرهت هاذ الحياة لي بغيته راح مابقاليش علاه نعيش..."، وتغييرها إلى "باغيا نعيش باه نحقق أحلامي فالحياة مستمرة وحياتي لا تقف على حب أحد..."، حيث تم إستعمال الجدول في حصص العلاج الأولى ثم إستبدال بالحوار الداخلي حتى أصبحت شدة الأفكار السلبية منعدمة.
- تدوين ما تم إستخلائه في كل حصة ومراجعته في الحصة القادمة، حيث تمت هذه العملية في جميع حصص العلاج.
- إستعمال تقنية التدعيم الإيجابي من أجل الرفع من مستوى تقدير الذات للحالة لأنها كانت تنظر إلى نفسها بنقص كبير حيث ظهر ذلك من خلال قولها: "تحس روجي ناقصة من بزاف صوالح لوكان جيت شابة وما خصني والو لوكان ماشي فأول فرصة سمح فيا..."، وكان ذلك بتشجيعها والرفع من نشاطاتها اليومية المحبوبة كالدخول في نادي رياضي لكرة السلة، والرجوع إلى مزاوله الدراسة التي زادت من علاقاتها الإجتماعية، وساهمت في خروجها من عزلتها، حيث أن هذه الإنشغالات أيضا ساعدتها في

الإنتفاخ على الحياة، وأصبحت قادرة على التحكم في إنفعالاتها، كما أنها ساهمت أيضا في تخليصها من إكتئابها ومن فكرة الرغبة في الموت.

- تقديم النصح والإرشاد للحالة بعد التأكد من نتائج إختبار بيك Beck للإكتئاب البعدي ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات البعدي. كما تمت مراجعة جميع الإستراتيجيات والتقنيات التي تم تعليمها للحالة من خلال حصص العلاج، حيث أصبحت تتقنها، وتمارسها في حياتها اليومية.

بعد عمليّة التكفل النفسي وتطبيق كل من العلاج الأسري والعلاج المعرفي السلوكي وجدنا تحسن ملحوظ في مستوى التحصيل الدراسي للحالة، وأصبح تقديرها لذاتها مرتفع، وتحسنت علاقاتها الإجتماعية وبالأخص مع والديها، وأصبحت الحالة مستقرة نفسيا وذات قدرة على التحكم في إنفعالاتها وسلوكياتها، حيث كان للتكفل النفسي دور إيجابي في تحسن الحالة، وعلى إثره تم إنهاء هذه العملية بالنسبة للباحثة، وتم تحويلها إلى المختصة النفسية التي كانت ستشرف على علاجها من أجل فحص دوري كل أسبوع ثم كل 15 يوم ثم بعد شهر ثم بعد شهرين وتدرجيا تتناقص مدّة هذا الفحص لتصبح بعد كل ثلاثة أشهر ثم بعد كل ستة أشهر ثم بعد سنة، وفي هذه المدّة يتم التأكد من عدم حدوث أي إنكاسات للحالة من أجل توقيف العلاج بصفة نهائية تماما.

**II. دراسة الحالة الثانية.****1- تقديم الحالة الثانية:****أ- البيانات الأولية:**

- \* الإسم: ب. س.
- \* الجنس: ذكر.
- \* السن: 17 سنة.
- \* المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي.
- \* عدد الإخوة: 2 إناث.
- \* الرتبة بين الإخوة: 1.
- \* الحالة الإقتصادية: متوسطة.
- \* السكن: حي راقى.
- \* المنزل: شقة في عمارة متكونة من ثلاث غرف، مطبخ، حمام، دورة مياه، ورواق واسع.
- \* السوابق المرضية: قولون عصبي.
- \* الأمراض الحالية: قولون عصبي.
- \* تاريخ بداية المرض: منذ 3 سنوات أي بعد طلاق الوالدين.
- \* الأمراض الوراثية: لا يوجد.

**ب- تاريخ النمو:**

- \* طول فترة الحمل: 9 أشهر.
- \* حالة الأم الصحية أثناء الحمل: • الجسدية: جيّدة. • النفسية: جيّدة.

- \* طبيعة الحمل: حمل طبيعي بدون مضاعفات أو أعراض جانبية.
- \* رغبة الأم في الحمل: كان عبارة عن حمل مرغوب فيه.
- \* نوع الولادة: طبيعية.
- \* مكان الولادة: بمستشفى عين تموشنت.
- \* نمو الحالة: كان نمو طبيعي على مستوى كافة الجوانب من لغة وتواصل وحركة...
- \* نوع الرضاعة: طبيعية لمدة سنتين.

### ج- التاريخ الأسري:

- \* الأب: على قيد الحياة.
- \* عمره الآن: 46 سنة.
- \* عمره عند ميلاد الحالة: 29 سنة.
- \* المستوى التعليمي: متحصل على شهادة الماجستير.
- \* المهنة: أستاذ فيزياء.
- \* الحالة الصحية: جيدة.
- \* علاقته بالمريض: مضطربة جدا حيث لا يوفر له الإهتمام والتقدير أو المتطلبات التي قد يحتاجها، فعلاقته مع والده منعومة لأنه لا يوفر له أي دعم مادي أو معنوي.
- \* الأم: على قيد الحياة.
- \* عمرها الآن: 40 سنة.
- \* عمرها عند ميلاد الحالة: 23 سنة.
- \* المستوى التعليمي: متحصلة على شهادة الماجستير.
- \* المهنة: أستاذة لغة عربية.

\* الحالة الصحية: جيّدة.

\* علاقتها بالمريض: جيّدة تهتم به وبكل ما يريده، تعامله بكل حنان وعطف، ويفضل الحالة البقاء معها بكثرة.

\* علاقته مع إخوته: علاقته مع أخته جيّدة تهتمان به، وتتعاملان معه على أنه صديقهم، يحبهما وتحبانه كثيرا.

#### د- الملاحظات السلوكية:

\* البنية المورفولوجية: يتميّز الحالة بطول متوسط، وذو بنية جسمية ضعيفة، لون الشعر بني، ولون العينين بني.

\* ملامح الوجه: أسمر البشرة، تظهر ملامح الحزن على وجهه.

\* المظهر الخارجي: هندام مرتب ونظيف بشكل جيّد.

\* اللّغة: جيّدة، كلام مفهوم وواضح، تفكير واقعي نوعا ما، له ذاكرة قوية (ظهر ذلك في سرده للتفاصيل بشكل دقيق).

\* إهتماماته: إنشغاله بالملابس والموضة، حبه الشديد للدراسة، وحب الطبخ، وحب المطالعة وكرة القدم أيضا.

\* الجانب الإجتماعي: يفضل البقاء لوحده أغلب الوقت، ويفضل الإنعزال بالرغم من أنه كان شخص إجتماعي.

\* النشاط الحركي: قليل الحركة، أغلب فراغاته يقضيها في مشاهدة المسلسلات التركية على هاتفه.

\* المزاج والعاطفة: متغير المزاج، يظهر عليه الحزن في أغلب الأوقات، ويظهر عليه أيضا القلق والملل.

\* الأكل: لا يؤكل جيّدا ولديه ضعف في الشهية.

\* النوم: لا ينام جيدا، ويستيقظ كثيرا في الليل.

• جدول رقم (5): جدول المقابلات العيادية للحالة الثانية.

الهدف من المقابلات	مكان إجراء المقابلات	مدة المقابلات	تاريخ المقابلات	عدد المقابلات
التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وملاحظة سلوكاته، وتطبيق مقياس بيك Beck للإكتئاب.	مستشفى الحكيم بن زرجب	50 دقيقة	2023/04/25	(1)
معرفة الحالة النفسية والجسمية وكل ما يتعلق بفترة الحمل وتاريخ نمو الحالة من الأم.	مستشفى الحكيم بن زرجب	45 دقيقة	2023/04/26	(2)
معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة مع إستخراج الأعراض النفسية التي يعاني منها الحالة، وتطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/04/27	(3)
مقارنة المعلومات التي تم جمعها مع السلوكيات الملاحظة، وتطبيق إختبار رسم العائلة على الحالة.	مستشفى الحكيم بن زرجب	45 دقيقة	2023/04/30	(4)
بدء العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/05/02	(5)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/03	(6)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/05/04	(7)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/07	(8)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/08	(9)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/09	(10)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/05/10	(11)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/05/11	(12)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	50 دقيقة	2023/05/14	(13)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/15	(14)

مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	55 دقيقة	2023/05/16	(15)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/17	(16)
مواصلة العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/18	(17)
إعادة تطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب على الحالة.	مستشفى الحكيم بن زرجب	25 دقيقة	2023/05/21	(18)
إعادة تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith، تقديم النصح والإرشاد للحالة، وإنهاء العلاج.	مستشفى الحكيم بن زرجب	60 دقيقة	2023/05/22	(19)

\* إن الجدول السابق يوضح عدد المقابلات التي أجريت مع الحالة الثانية والتمثلة في 19 مقابلة، كما تم ذكر تاريخ إجراءها، ومدتها، والهدف من كل مقابلة، بالإضافة إلى مكان إجرائها والمتمثل في مستشفى الحكيم بن زرجب.

## 2- ملخص المقابلات العيادية للحالة الثانية:

تم إجراء 19 مقابلة مع الحالة "ب. س" إمتدت إلى 60 دقيقة، من خلالها تم التعرف على التاريخ النفسي والإجتماعي والمرضي للحالة، ثم تم تطبيق إختبار رسم العائلة ومقياس بيك Beck للاكتئاب (القبلي والبعدى)، ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات (القبلي والبعدى). هذا ونجد أنه تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على الحالة، وتعذر تطبيق العلاج الأسري لعدم رغبة الأب في التواصل معنا.

## 3- التحليل العام لإختبار رسم العائلة للحالة الثانية:

في العائلة الحقيقية قام الحالة برسم الأم في الأول على الجهة اليمنى وهذا دليل على حبه الكبير لها وتعلقه بها وحجم رأسها الكبير يدل على أنها الشخص الذكي في الأسرة، وعدم رسمه للأب يدل على عدم وجود علاقة عاطفية بينهم. كما قام الحالة برسم أمه ونفسه وأختيه كلهم جنباً إلى جنب ممسكين

بأيدي بعضهم البعض وهذا دليل على عمق العلاقة النفسية والعاطفية التي تجمع بينهم، حيث رسم عينيهِ كبيرتان تبيان وهذا دلالة على إحتياجاته العاطفية والإنفعالية، وهو أيضا يعبر عن خوف وقلق الحالة وحاجته إلى المساعدة، وعدم رسم رقبته دلالة على إنعدام القدرة على التحكم في مشاعره، بالإضافة إلى رسم خط أفقي تحت الأرجل وهذا يدل على أن الحالة يقف على الأرض بثبات أكبر ولديه سند جيّد في الحياة ألا وهو الأم.

أما بالنسبة للعائلة المتخيلة قام الحالة برسم نفس رسم العائلة الحقيقية وفي الأخير قام برسم الأب وهذا يدل على رغبة الحالة في تواجد الأب معهم، وتمنيه أن يقتربوا من بعضهم البعض، وأن تكون بينهم محبة وتجمعهم علاقة عاطفية كباقي الأسر المتفاهمة والمتحابة.

#### 4- نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب ومقياس كوبر سميث Cooper

##### Smith لتقدير الذات للحالة الثانية:

- جدول رقم (6): نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي والبعدي للحالة الثانية.

نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي	نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب البعدي
25 درجة.	3 درجات.
إكتئاب شديد.	لا يوجد إكتئاب.

\* إن الجدول السابق يوضح نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب قبل عملية التكفل النفسي وتقديم العلاج

وبعد عملية التكفل والعلاج النفسي للحالة الثانية.

- جدول رقم (7): نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي والبعدي للحالة الثانية.

نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات البعدي	نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي
75 درجة.	37 درجة.
تقدير ذات مرتفع.	تقدير ذات منخفض.

\* إن الجدول السابق يوضح نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith قبل عملية التكفل النفسي وتقديم العلاج وبعد عملية التكفل والعلاج النفسي للحالة الثانية.

## 5- التحليل العام لمقابلات الحالة الثانية:

إن الحالة "ب. س" يبلغ من العمر 17 سنة، ترتيبه الأول بين إخوته، يدرس السنة الثالثة ثانوي، يعاني الحالة من مرض القولون العصبي، لم تعاني أمه من أي اضطراب في فترة الحمل أو بعدها، وكانت ولادته طبيعية، بالإضافة إلى أنه لا يوجد أمراض وراثية في العائلة. كان نمو الحالة طبيعي في كافة الجوانب اللغوية، الحركية، والإنفعالية. إن علاقة الحالة مع أفراد أسرته أي الأم والإخوة والأصدقاء جيّدة، لكنه يعاني من مشكلة مع والده (ب.ز) حيث تعرض الحالة إلى صدمة نفسية بسبب طلاق والديه لما كان يبلغ من العمر 14 سنة وعلى إثرها أصبح مضطرب نفسياً، فطلاق والديه وخيانة والده لوالدته غير كل مجرى حياته، وهذا حسب ما قاله الحالة: "من النهار لي طلقوا وليت كاره حياتي يما خاطيها بصح بابا لي ميسواش سمح فينا نورمال على جال إمراة صغيرة... نحصلوا فالمكتوب ونقولوا ما عيش بصح حنا واش دخلنا سمح فينا ميحوشش علينا لو كان نموتوا ميحبيلناش خبر...".

بالإضافة إلى ذلك نجد أن الأب لا يهتم بالحالة ولا يوفر له الإهتمام والتقدير أو المتطلبات التي قد يحتاجها، فعلاقته مع والده منعدمة لأنه لا يوفر له أي دعم مادي أو معنوي، فهو لا يسأل عن أحواله أو أحوال أخته، باختصار والد الحالة لا يأخذ في عين الاعتبار أن لديه أبناء. كما صرح الحالة أن محاولته للإنتحار كانت بسبب تشاجره مع والده، وهذا الأخير قام بضرب الحالة ما دفعه إلى الإقدام على محاولة الإنتحار بتناول جرعات زائدة من أدوية كان قد اشتراها لوالدته، وقد ظهر ذلك في قوله: "أبأ هو سبابي كرهلي حياتي وليت نشوف كلشي ظلمة كيفاه حنا ولاده ومعلبالهش بينا، وقيلنا حنا ماشي ولاده علابيها ميحوشش علينا إذا رانا حيين ولا موتا... سويسيديت بسبته... وبغيت نموت باه يشوف في خواتاتي بلاك موتي تكون سبة باه يتهلا فيهم وبغيته يندم مين نموت خاطرش على جاله درت هاك وهو علاباله وبغيت باه حياته كومبلي ميعيشهاش غايا يبقى غي ندمان عليا...".

## 6- إستخلاص الأعراض والأسباب للحالة الثانية:

إن الحالة "ب. س" يظهر عليه الإكتئاب بشكل واضح، وهذا ما تم التأكد منه من خلال ما تم جمعه من معلومات بواسطة الملاحظات والمقابلات، وهذا ما أظهره إختبار رسم العائلة وأيضاً ما أظهرته نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب القبلي، حيث تحصل على 25 درجة، أما بالنسبة لمقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات القبلي، فتحصل على 37 درجة. إن هذه النتائج تدل على أن الحالة لديه إكتئاب شديد، زيادة على ذلك لديه تقدير ذات منخفض، ويظهر ذلك فيما يلي: تقلبات في المزاج، الحزن الشديد، فقدان البهجة والسرور، فقدان الثقة بالنفس، الأفكار الإنتحارية، والرغبة في إعادة محاولة الإنتحار، أي فقدانه الأمل من المستقبل والحياة ككل، وظهر ذلك في أقواله التالية: "دائماً نشوف روحي ناقص بزاف... كرهت هاذا الدنيا مانيش باغي نزيد نقعد فيها..."، "تحس روحي زيادة فهادي الدنيا... ودائماً نشوف روحي بنظرة نيقاتف..."، وهذه العبارات كان يرددها الحالة كثيراً في المقابلات، فمشكلته الأكبر هي والده (ب.ز). كما ظهرت على الحالة أعراض أخرى مثل: النظرة التشاؤمية للمستقبل، الشعور

بالفشل والإحباط، الشعور الدائم بالتوتر والقلق، صعوبة إتخاذ القرارات، الشعور الدائم بالتعب والإرهاق، عدم القدرة على إنجاز أبسط الأعمال، فقدان الشهية والوزن، اضطرابات النوم (الأرق)، وتراجع التحصيل الدراسي الذي زاد من تفاقم حدة الإكتئاب لدى الحالة وذلك حسب قوله: "غاضتني قرأتي لي ضيعتها كنت نجيب غايا حتى وليت منقدهش نجابوب وكرهت مين جبت تحت المعدل وأنا جامي جبت كيما هاك كنت نقرا غايا ودروك راني في شهر مرحتش نقرا... مستقبلي ضاع...". إن هذه الأعراض التي تم ذكرها سابقا ظهرت في معظم المقابلات قبل إخضاع الحالة للعلاج، كما أن الحالة ووالدته أكدا ذلك، وهذا يدل على وجود إكتئاب شديد لدى الحالة.

## 7- الخطة العلاجية المتبعة على الحالة الثانية:

تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على الحالة وكان له تأثير إيجابي عليها، حيث تم الإعتماد على الإستراتيجيات والتقنيات التالية:

- تزويد الحالة بمعلومات عن كيفية التنفس المتباطئ للتخفيف من حدة التوتر والقلق.
- إستراتيجية التنفس المتباطئ كانت عبارة عن طريقة جيّدة للدخول تدريجيا في العلاج من خلال تعليمه كيفية التنفس بصورة متباطئة أي تخفيض درجة التهوية من أجل السيطرة على إستجاباته الإنفعالية والجسدية، وبالتالي التخلص من جميع الإضطرابات الفزيولوجية كإرتجاف الأيدي، قضم الأظافر، وغيرها من السلوكات غير السوية.
- تزويد الحالة بمعلومات عن الأفكار الآلية الخاطئة وكيف تنشطها الحوادث الخارجية.
- التخلص من الأفكار الآلية للحالة المتمثلة في الأفكار الإكتئابية والإنتحارية، وذلك من خلال وضع جدول يسجل فيه الحالة الأفكار السلبية وتحديد شدّتها من 0 إلى 10 ومساعدة الحالة على تصحيحها وإستبدالها بأفكار إيجابية أكثر مثل: "كرهت هاذي الدنيا مانيش باغي نزيد نعيش فيها..." وتغييرها إلى "مزال عندي أهداف في هاذي الدنيا ولازم نعيش باش نحققها..."، وأيضا: "بابا ميبغينيش لا أنا لا

خواتاتي علابيها كرهت هاذ الدنيا...". تغييرها إلى "حياتك وحياة أختيك ليست مقتصرة على حب أحد حتى وإن كان والدك فهي ملكك وأنت تستحق أن تعيشها...".، حيث تم إستعمال الجدول في حصص العلاج الأولى ثم إستبدل بالحوار الداخلي حتى أصبحت شدة الأفكار السلبية منعدمة.

- تدوين ما تم إستخلائه في كل حصة ومراجعتة في الحصة القادمة، حيث تمت هذه العملية في جميع حصص العلاج.

- إستعمال تقنية التدعيم الإيجابي من أجل الرفع من مستوى تقدير الذات للحالة لأنه كان ينظر إلى نفسه بنظرة سلبية من خلال قوله: "دائما نشوف روجي بنظرة نيفاتيف...".، وذلك بتشجيعه والرفع من نشاطاته اليومية المحبوبة كالطبخ، المطالعة، التهاور مع أفراد أسرته وإتخاذ القرارات، الخروج مع الأصدقاء، الدخول في نادي رياضي لكرة القدم، الرجوع إلى مزاولة الدراسة الذي زاد من حبه ورغبته في الحياة لتحقيق أحلامه، حيث أن هذه الإنشغالات أيضا ساعدته في التخلص من الأفكار الإكتئابية والإنتحارية، وأصبح قادرا على التحكم في إنفعالاته، كما أنه عاد لطبعه وأصبح شخص إجتماعي ومحبوب.

- تقديم الإرشاد والنصح للحالة بعد التأكد من نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب البعدي ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات البعدي. كما تمت مراجعة جميع الإستراتيجيات والتقنيات التي تم تعليمها له، حيث أصبح يستعملها كلما تعرض لضغوط نفسية أو مواقف صعبة، وأصبحت من النشاطات المحبوبة لديه.

بعد عملية التكفل النفسي وتطبيق العلاج المعرفي السلوكي وجدنا تحسن كبير في مستوى التحصيل الدراسي للحالة، وتم الرفع من مستوى تقديره لذاته، وتحسنت علاقاته الإجتماعية وأصبح الحالة مستقر نفسيا وأكثر قدرة على التحكم في إنفعالاته وسلوكاته وعليه تم إنهاء عملية التكفل بالنسبة للباحثة، وتم تحويله إلى المختصة النفسية التي كانت ستشرف على علاجه من أجل فحص دوري كل شهر وذلك لمنع حدوث إنتكاسة، وتدرجيا تتناقص مدة الفحص الدوري لتصبح بعد كل ثلاثة أشهر ثم بعد كل ستة أشهر ثم بعد سنة، وفي هذه المدة يتم التأكد من عدم حدوث أي إنتكاسات للحالة من أجل توقيف العلاج بصفة نهائية تماما.

## ثانياً: تحليل النتائج.

### 1. عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

يتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية، أن الحالتين عينة الدراسة تتميز بارتفاع في حدة الإكتئاب الذي يعرفه الهور (2016: 9) بأنه: "حالة نفسية وإنفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة خبرات صادمة وإحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب، وقد تصل إلى فقدان الشهية والإنطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس وقد يصل إلى درجة الإنتحار". وهذا ما تم إيجاده عند عينة الدراسة التي حاولت وضع حد لحياتها من خلال محاولة الإنتحار والتي يعرفها سهيري (2013: 52) بأنها: "كل إنتحار باء بالفشل لأن الفرد لا يزال على قيد الحياة، وهذا مهما كان سبب الفشل. وذهب دوركايم Durkheim على أنه المرور إلى الفعل دون أن يكون الموت هو النتيجة."

هذا ونجد أن إضطراب الإكتئاب متفاوت الشدة بالنسبة لحالتي الدراسة وهذا حسب ما وضحته نتائج بيك Beck للإكتئاب حيث تعاني الحالة الأولى من إكتئاب شديد جدا تقدر درجته ب39، أما الحالة الثانية فيعاني من إكتئاب شديد تقدر درجته ب25، هذا ما دفع حالتي الدراسة للإقدام على محاولة الإنتحار للتخلص من الألم النفسي والمشاعر السلبية التي يعانون منها، حيث نجد من بين الدراسات التي تأكد على أن الإكتئاب لدى المراهقين يؤدي إلى محاولة الإنتحار دراسة يحيايوي (1996) "بعنوان المحاولة الإنتحارية دراسة نفسية بالمستشفى الجامعي بباب الواد ومستشفى دريد حسين للطب العقلي بالجزائر العاصمة. بحيث تمثلت عينة الدراسة في 10 حالات محاولة للإنتحار لأول مرة و10 حالات مصابة بالإكتئاب، بإستعمال أدوات بحث تمثلت في مقياس بيك Beck للتشاؤم واليأس، سلم الضغط النفسي الإجتماعي للراشدين (DSM-3-R). وقد خلصت الدراسة إلى هذه النتائج: لا توجد فروق بين

الأفراد المحاولين للإنتحار والمكتئبين من حيث التعرض لعوامل الضبط النفسي والمحاولين للإنتحار أكثر إكتئابا من المصابين بالإكتئاب في العينة بفروق دالة إحصائية، الأفراد الذين حاولوا الإنتحار يعانون من يأس شديد مقارنة بالأفراد المصابين بالإكتئاب، قد أثبتت الدراسة أن اليأس والإكتئاب عوامل ذات تأثير في تفجير السلوك الإنتحاري." (كعواش، وبيع راسو، 2020: 11)

وإنطلاقا مما سبق تم تحديد برنامج خاص بعملية التكفل النفسي بحالتي الدراسة، والذي يعرفه بوزياني (2013: 42) على أنه: "وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد وإستعداداته وإستخدامها في حل مشكلاته، ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية، وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق". وعلى هذا الأساس تم إجراء هذه الدراسة بالإعتماد على المنهج العيادي الذي يضم كل من الملاحظة والمقابلة العيادية ودراسة الحالة، كما تم الإعتماد على إختبار رسم العائلة ومقياس بيك Beck للإكتئاب ومقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات، حيث تم من خلال ذلك تنفيذ أو تأكيد صحة فرضيات الدراسة حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

❖ **الفرضية الفرعية الأولى:** والتي تنص على أن للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية وحياة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار تحققت مع كلتا الحالتين، وهذا ما تم التأكد منه من خلال تحليل المقابلات العيادية وأيضا ما تمت ملاحظته على الحالتين، بالإضافة إلى نتائج مقياس بيك Beck للإكتئاب حيث تحصلت الحالة الأولى على 39 درجة، أما الحالة الثانية على 25 درجة وهذا قبل الخضوع للعلاج، أما بعد الخضوع لهذا الأخير فتحصلت الحالة الأولى على 7 درجات، أما الحالة الثانية على 3 درجات، حيث نجد أنه بينما كانت حالتي الدراسة ذات نفسية متدهورة، سلبية متشائمة، نكره الحياة وتفضل الموت، أصبحت أكثر إيجابية وتفاؤل ومنفتحة على الحياة، تخطط للمستقبل من أجل تحقيق أحلامها.

❖ **الفرضية الفرعية الثانية:** مفادها أن للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار، تم التأكد من صحتها من خلال ما تم ذكره في المقابلات العيادية وملاحظته على الملفات، وأيضاً ما أظهرته النتائج الدراسية للحالتين قبل الخضوع للعلاج حيث وجدنا أن كلتا الحالتين كانت تعاني من إنخفاض كبير على مستوى التحصيل الدراسي وأن آخر معدل للحالة الأولى كان 8.98، أما الحالة الثانية فكان 9.42، هذا ونجد أنه بعد الخضوع للعلاج إرتفع مستوى التحصيل الدراسي حيث تحصلت الحالة الأولى على معدل 12.10، أما الحالة الثانية فتحصل على معدل 12.66.

❖ **الفرضية الفرعية الثالثة:** التي تنص على أن للتكفل النفسي دور في رفع مستوى تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار تم تثبيت صحتها من خلال ما تمت ملاحظته وتحليله من المقابلات العيادية، وما أظهرته نتائج مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات، ففي التطبيق القبلي تحصلت الحالة الأولى على 21 درجة، أما الحالة الثانية فتحصل على 37 درجة ما يدل على وجود إنخفاض في تقدير الذات، أما عند التطبيق البعدي أي بعد إخضاع الحالتين للعلاج وإعادة تطبيق المقياس تحصلت الحالة الأولى على 67 درجة، أما الحالة الثانية على 75 درجة، وهذا يدل على إرتفاع مستوى تقدير الذات لدى الحالتين.

من هنا يمكن القول بما أن الفرضيات الفرعية للدراسة تحققت وتم التأكد من صحتها بالتالي فإن الفرضية العامة التي مفادها أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار تحققت مع كلتا الحالتين حيث تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من:

دراسة بلحيك (2008) بعنوان مدى فعالية برنامج علاجي في خفض حدّة إضطراب الإكتئاب، دراسة إكلينيكية على طلاب جامعة صنعاء باليمن. تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض حدّة الإكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة من طلاب جامعة صنعاء،

المترددون على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة. تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج التجريبي، وقد تم إختيار العينة بالطريقة القصدية، حيث تكونت عينة الدراسة من 34 حالة منها 22 ذكر و 12 أنثى ممن يعانون من اضطراب الإكتئاب، و 10 طلاب أسوياء يمثلون مجموعة ضابطة، تتراوح أعمارهم ما بين (19-30) سنة، بمتوسط عمري قدره 22.7 سنة، وإنحراف معياري قدره 8.92 من مختلف المستويات الدراسية. إستخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس بيك Beck الثاني للإكتئاب من ترجمة وإعداد غريب عبد الفتاح غريب، ومقياس هاملتون Hamilton لتقدير شدة الإكتئاب HRSD من إعداد وترجمة جمال التركي ولطفي فطيم، وإستبيان الأفكار التلقائية السلبية ATQ تأليف كاندال وهولون Kendall & Hollon بترجمة وإعداد الباحث، ومقياس التشويه المعرفي DAS تأليف وايزمان وبيك Weissman & Beck من ترجمة وإعداد الباحث، وأيضا ثلاث إستمارات تطبيقية من إعداد الباحث (إستمارة دراسة الحالة، إستمارة تقييم إنخفاض حدة اضطراب الإكتئاب، إستمارة مدى الإستفادة من البرنامج العلاجي ونسبة تقدير التحسن)، بالإضافة إلى المقابلات العيادية، ودليل المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية لمنظمة الصحة العالمية ICD/10-WHO، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود كفاءة وفعالية للعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب الإكتئاب خصوصا لدى طلاب الجامعة المضطربين.

و**دراسة كوروغلي (2010)** بعنوان مساهمة في دراسة محاولة الإنتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل الأسباب وإستراتيجيات التكفل النفسي، تم الإعتماد فيها على المنهج العيادي أي دراسة الحالة لثلاثة أفراد بالمركز الإستشفائي الجامعي تتراوح أعمارهم بين (17-21) سنة، هدف هذه الدراسة هو معرفة إذا كانت صدمة الفشل في البكالوريا تدفع المراهق إلى محاولة الإنتحار، وأيضا معرفة إذا كانت صدمة الفشل العاطفي تدفع المراهق إلى محاولة الإنتحار، حيث توصلت الدراسة إلى أن صدمة الفشل العاطفي من شأنها أن تؤدي بالمراهق إلى محاولة الإنتحار، وهذا تبين عند كل حالات الدراسة،

وبالتالي تحقيق الفرضية الثانية، أما الفرضية الأولى فلم تحقق وذلك لعدم وجود حالات على مستوى المؤسسة الإستشفائية المعنية بالدراسة الميدانية.

ونجد أيضا دراسة **مزياني (2020)** بعنوان أثر التكفل النفسي على المراهقين المصدومين نفسيا، تم الإعتماد فيها على المنهج العيادي مستخدمين مقياس قبلي أي قبل التكفل النفسي وبعدي وذلك بعد التكفل النفسي، بالإضافة إلى أدوات الدراسة المتمثلة في: المقابلة نصف موجهة، إختبار الروشاخ، مقياس إجهاد الصدمة المنقح وسلم جودة الحياة، تمثلت عينة الدراسة في ثلاثة حالات من المراهقين المصدومين نفسيا المتواجدين بمركز إستقبال اليتامى ضحايا الإرهاب بأم البواقي تتراوح أعمارهم بين (19-21) سنة وهم ذكور وهذا قصد تثبيت متغير الجنس. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التكفل النفسي في التخفيف على الإنعكاسات السيكلوجية طويلة المدى لدى المراهقين المصدومين نفسيا، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى التأكد من بقاء آثار الصدمة النفسية جراء العنف الإرهابي لدى حالات مجتمع الدراسة وقد تجسد ذلك من خلال مجموعة من الأعراض الملازمة للصدمة النفسية كالتجنب والأفكار الدخيلة، الإكتئاب، الخوف والقلق، الكوابيس، تعاطي الكحول والمخدرات، وأيضا التوصل إلى أن للتكفل النفسي أثر إيجابي على حياة ونفسية المراهقين المصدومين المتكفل بهم على مستوى المركز، بالإضافة إلى ذلك ساهمت عملية التكفل النفسي في التخفيف من حدّة إضطرابات ما بعد الصدمة لدى المراهقين، كما ساهمت هذه العملية أيضا في تحسين نوعية الحياة لدى المراهقين المصدومين، وتحسين النتائج الدراسية لهذه الفئة.

وحسب دراسة **تشين وآخرون (2006) Chen & others** بعنوان تقييم تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لتقدير الذات والإكتئاب لدى المرضى لخفض مستوى الإكتئاب، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الإكتئابية لدى بعض المكتئبين. وتكونت العينة الكلية من 51 مريضا، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة

التجريبية وقوامها 26 حالة، والمجموعة الضابطة وقوامها 25 حالة، تم إخضاعهم جميعا للاختبار القبلي أي كل من المجموعة التجريبية والضابطة. واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته 12 أسبوع، وأظهرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي، ومقياس بيك Beck للاكتئاب الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وارتفاع مستوى تقدير الذات لهذه المجموعة، بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، بالإضافة إلى ذلك نجد أيضا استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة ولكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل اشتراكها في البرنامج.

بالإضافة إلى دراسة بيفرز وميلر (2005) **Beavers & Miller** "هدفت الدراسة إلى معرفة مدى قدرة العلاج المعرفي في تعديل الأفكار الخاطئة والأعراض الاكتئابية، وتكونت عينة الدراسة من أفراد تم اختيارهم بطريقة عشوائية لديهم حالات إكتئابية أخضعوا لبرنامج علاجي استمر لمدة ستة أشهر، وتكون البرنامج من علاج معرفي بالإضافة إلى الأدوية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأفكار الخاطئة وبين الأعراض الاكتئابية، واستمرت المتابعة للأفكار الخاطئة والأعراض الاكتئابية كل شهر مدة عام واحد، وكذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاقة بين الأفكار الخاطئة والإكتئاب قد إنخفضت لدى عينة الأفراد الذين خضعوا للعلاج المعرفي مقارنة بالأفراد الذين لم يتلقوا العلاج المعرفي." (الجرادات، 2015: 58)

فمعظم الأبحاث والدراسات العلمية في هذا الموضوع تؤكد أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الانتحار، ولا توجد (في حدود إطلاعي) دراسات عربية أو أجنبية توصلت إلى نتائج معاكسة لهذه الدراسة، أي أنه لا يوجد دور للتكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الانتحار، بالإضافة إلى ذلك تلعب الأسرة دور مهم جدا في إنجاح هذه العملية.

**II. إستنتاج:**

نستنتج مما سبق أن الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار يحتاج إلى تكفل نفسي دقيق وعلى حسب ما تتطلبه كل حالة نظرا لخصوصية هذه الأخيرة، بالإضافة إلى الإرشاد والتوجيه والدعم النفسي والإجتماعي وتكاثف الجهود بين المختص النفسي والأسرة، والأصدقاء، والمدرسة، والمجتمع، ويجب عليها أن تكون متكاملة فيما بينها حتى تحقق للفرد التكيف النفسي والإجتماعي، وعليه فإن ذلك سيؤدي حتما إلى التخفيف من حدة الإكتئاب وتخليص المريض من مشكلته أو اضطرابه.

## ● خلاصة:

بناء على ما سبق ذكره فإن التكفل النفسي من شأنه أن يؤدي إلى خفض حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، كما نجد أن الأسرة والعلاقات الإجتماعية الجيدة والسوية تساهم أيضا في إنخفاض حدّة هذا الإضطراب.

# الخاتمة

## الخاتمة

إن إرتفاع حدة الإكتئاب لدى المراهقين يؤثر بشكل كبير على صحتهم النفسية وعلاقاتهم الإجتماعية، حيث نجد أنه يدفع صاحبه إلى الإنتحار، كما نجد أيضا أن مثل هذه الدراسات حظيت بنوع من الإهتمام الوصفي التجريبي أكثر مما هو عيادي (دراسة حالة) وبالأخص ما يتعلق بالتكفل والعلاج النفسي وهذا في حدود إطلاع الباحثة، لذلك يجب العمل على تقديم التكفل والعلاج النفسي المطلوب وبذل الجهود من أجل التقليل من ظاهرة الإنتحار وإنقاذ العديد من الأرواح التي هي ضحية هذا المرض النفسي ألا وهو الإكتئاب.


هذا ونجد أن المراقبة مرحلة حساسة وحرجة لذلك يجب أخذ التدابير اللازمة من خلال المساهمة في تخصيص برامج إرشادية للأسرة لتقبل المشكلات التي قد تطرأ في هذه المرحلة لدى أبنائهم وتقديم المساعدة لهم من أجل التكيف معها والخروج منها بأقل الخسائر، بالإضافة إلى ذلك يجب إخضاعهم للعلاجات النفسية عند تفاقم المشكلة أي عند عدم قدرة الأهل على التحكم فيها وهذا من أجل التخفيف عن المراهق ومساندته، وتخليصه من النظرة السلبية والألم النفسي الذي يصيبه.

وفي الأخير إن هذه الدراسة جاءت فقط لكي تساهم في مساعدة هذه الفئة من خلال إعطاء نظرة عن أهمية التكفل النفسي ودوره في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار حيث كان ذو فعالية مع كلتا الحالتين عينة الدراسة.

### • التوصيات والإقتراحات:

- ❖ الإلتفات لهذه الفئة والإهتمام بها بشكل خاص وبالقدر الكافي من قبل المسؤولين والمختصين.
- ❖ إكتشاف نقاط القوة التي يتميز بها أفراد هذه الفئة وتنميتها ومحاولة تقوية نقاط الضعف وتعويضها بأشياء أخرى تتناسب مع ميولاتهم ومع قدراتهم.

- ❖ أخذ التدابير اللازمة من أجل الوقاية من هذه المشكلة كفتح مراكز خاصة بهؤلاء الأفراد الذين أقدموا على محاولات إنتحار فاشلة والتكفل بهم حتى لا تحدث لهم إنتكاسة.
  - ❖ القيام بحملات تحسيسية من أجل توعية المجتمع ككل بخطورة هذه الظاهرة مع ذكر المؤشرات الدالة عليها من أجل تجنب الوقوع فيها وبذلك حماية الفرد والمجتمع.
  - ❖ التعامل بالجدية اللازمة مع أفكار الشخص المكتئب مع مراقبة سلوكياته بكل دقة وحذر.
  - ❖ ترك الحرية لهذه الفئة في التعبير وإبداء الرأي مع تقبل أفكارهم والإبتعاد عن نقدهم.
  - ❖ وضع مختص نفسي في جميع المؤسسات التربوية.
  - ❖ تسهيل عملية قبول المتربصين من طرف الإدارة.
  - ❖ تعزيز التربصات الميدانية وفتح المجال لمزيد من الدراسات المهمة بهذه الفئة، ومن بينها أقترح الدراسات التالية لأي باحث في هذا المجال وهي:
- 1- دور التكفل النفسي في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار: دراسة مقارنة بين الذكور والإناث.
  - 2- فعالية التكفل النفسي في تحسين العلاقات الأسرية والإجتماعية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.
  - 3- دور التكفل النفسي في التخفيف من حدّة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار: دراسة الفرق في عدد المحاولات الإنتحارية.



قائمة المصادر

والمراجع

## قائمة المصادر و المراجع

### 1- المراجع باللغة العربية:

1. إبراش، إبراهيم. (2009). *المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الإجتماعية (ط1)*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
2. إبراهيم، سليمان عبد الواحد. (2014). *علم النفس الإجتماعي ومتطلبات الحياة المعاصرة (ط1)*. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
3. إبراهيم، عبد الستار. (1980). *العلاج النفسي الحديث: قوة الإنسان*. الكويت: عالم المعرفة.
4. إبراهيم، عبد الستار. (1994). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئه تطبيقه*. القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع.
5. إبراهيم، عبد الستار. (1998). *الإكتئاب: إضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه*. الكويت: دار المعرفة.
6. إبراهيم، عبد الستار. (2008). *الإكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليبه علاجه، منظور معرفي-نفسى (ط2)*. القاهرة: دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع.
7. إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله. (2008). *علم النفس الإكلينيكي: في ميدان الطب النفسى (ط4)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
8. إبراهيم، مروان عبد المجيد. (2000). *أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية (ط1)*. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
9. ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم. (د.ت). *لسان العرب: المجلد العاشر (ط3)*. بيروت: دار صادر.
10. أبو الحاج، خالد عادل ناجي. (2022، أكتوبر - ديسمبر). *مشكلة الإنتحار في المجتمعات العربية، الأسباب وسبل الوقاية: دراسة سوسيوولوجية*. المجلة الإفريقية للدراسات المتقدمة في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 1 (4)،

11. أبو حطب، فؤاد، وفهمي، محمد سيف الدين. (1984). *معجم علم النفس والتربية: الجزء الأول*. الجيزة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
12. أبو سعد، مصطفى. (2010). *المراهقون المزعجون: دليل علمي في المهارات التربوية للتعامل مع المراهقة*. الكويت: دار الإبداع الفكري.
13. أبو غزال، معاوية محمود. (2015). *علم النفس العام (ط2)*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
14. أبو فايد، ريم محمود يوسف. (2010). *فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي*. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
15. أحمد، أنور إبراهيم. (2014). *التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء النوبة في ضوء البناء الثقافي والاجتماعي: دراسة وصفية مقارنة (ط1)*. القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
16. إزروق، فايز. (1997). *الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: إستراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي*. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
17. إستيتية، دلال ملحس، وسرحان، عمر موسى. (2012). *المشكلات الاجتماعية (ط1)*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
18. الأشول، عادل عز الدين. (2008). *علم نفس النمو: من الجنين إلى الشيخوخة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
19. الأطيوش، أسماء علي محمد. (2011). *بعض العوامل الاجتماعية وعلاقتها بظاهرة الإنتحار: دراسة ميدانية إجتماعية على محاولي الإنتحار بمدينة بنغازي*. رسالة ماجستير، جامعة بنغازي، بنغازي.
20. آل عبد الله، محمد بن محمود. (د.ت). *المراهقة والعناية بالمراهقين*. د.ن.
21. بازمول، محمد عمر سالم. (د.ت). *إيذاء النفس والإنتحار أسبابه وعلاجه ومسائله*. د.ن.
22. بدوي، أحمد زكي. (1982). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية: إنجليزي-فرنسي-عربي*. بيروت: مكتبة لبنان.
23. برييس، ك. (2010). *الدليل الصحي الشامل لكل موضوعات الإكتئاب نصائح واعدة لمساعدتك على العودة لطبيعتك مرة أخرى* (بدر محمد العدل، مترجم). الرياض: قسم التعريب والترجمة بمكتبة الشقري.

24. بطرس، بطرس حافظ. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
25. بكار، عبد الكريم. (2011). *المراهق: كيف نفهمه، وكيف نوجهه؟ (ط3)*. الرياض: دار وجوه للنشر والتوزيع.
26. بلان، كمال يوسف. (2015). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط1)*. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
27. بلحيك، عبد الخالق حنّده خميس. (2008). *مدى فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الإكتئاب: دراسة إكلينيكية على طلاب جامعة صنعاء باليمن*. رسالة دكتوراه، جامعة أسيوط، مصر.
28. بن سماعيل، رحيمة. (2015). *بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة SIDA: دراسة ميدانية بمستشفى الدكتور ضربان عنابة*. رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
29. بن فاضل، سعاد. (2013). *التكفل النفسي بالأطفال مجهولي النسب ذوي صعوبات التعلم*. رسالة ماجستير، جامعة سطيف 2، سطيف.
30. بوزياني، وئام. (2013). *واقع التكفل النفسي بالمريض الفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية: دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان قسم الأمراض العقلية بولاية بسكرة*. رسالة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
31. بوسنة، عبد الوافي زهير. (2008). *التصور الإجتماعي لظاهرة الإنتحار لدى الطالب الجامعي: دراسة ميدانية بجامعة بسكرة*. رسالة دكتوراه، جامعة منتوري، قسنطينة.
32. بوشريط، ساسي. (2012). *دوافع طلب الإستشارة النفسية في الممارسة التربوية: دراسة ميدانية في ثانويات مدينة عنابة*. رسالة ماجستير، جامعة باجي مختار، عنابة.
33. بيرمان، ب. (2004). *قواعد التشخيص والعلاج النفسي: نظريات نفسية متعددة لصياغة الحالة* (محمد نجيب الصبوة، وجمعة سيد يوسف، مترجم). القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
34. بينيش، ه. (2003). *أطلس علم النفس* (أنطوان الهاشم، مترجم). بيروت: المكتبة الشرقية. (العمل الأصلي نشر في عام 1987).

35. تغزة، نوال. (2014). *الإكتئاب لدى المرأة المطلقة حديثاً وعلاجها*. رسالة ماجستير، جامعة وهران، وهران.
36. جابر، جابر عبد الحميد، الأعسر، صفاء، وقشقوش، إبراهيم. (1985). *مقدمة في علم النفس*. القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
37. جانس، ت، تانيلي، ي، ووارنك، أ. (د.ت). *الإنتحار وسلوك إيذاء الذات* (محمد إبراهيم حلمي، مترجم). القاهرة. (العمل الأصلي نشر في 2012).
38. الجرادات، نسرين عيسى سليمان. (2015). *الأفكار الإنتحارية وعلاقتها بعوامل الخطر المرتبطة بالقلق والإكتئاب عند الشباب في المجتمع الفلسطيني*. رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس.
39. جليبي، سوسن شاكر. (2015). *مشكلات الأطفال النفسية وأساليب المساعدة فيها*. دمشق: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
40. الجنازرة، هناء. (2011). *بعض خصائص الناجين ودوافعهم من محاولات الإنتحار من وجهة نظرهم ووجهة نظر المهنيين في محافظة الخليل*. رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس.
41. حاج سليمان، فاطمة الزهراء. (2017). *فعالية العلاج الأسري النسقي في مساعدة أسر المعاقين عقليا*. رسالة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
42. حجازي، سناء نصر. (2013). *علم النفس الإكلينيكي للأطفال (ط2)*. عمان: دار النشر والتوزيع والطباعة.
43. حمايدية، علي. (2016). *التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن*. رسالة دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.
44. حمداوي، جميل. (د.ت). *المراهقة: خصائصها ومشاكلها وحلولها*. الناظور: شبكة الألوكة.
45. حمدوش، نورة. (2013). *الإكتئاب لدى المراهق الجانح المتواجد في مركز إعادة التربية: دراسة عيادية لسبعة حالات*. رسالة ماجستير، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة.
46. حمزاوي، زهية. (2017). *صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق: دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية بولاية مستغانم*. رسالة دكتوراه، جامعة وهران 2، وهران.
47. حمود، محمد عبد الحميد الشيخ، وعبد الله، محمد قاسم. (2015). *علم النفس العيادي (ط1)*. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

48. حمودة، محمود عبد الرحمن. (1998). *الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج (ط2)*. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
49. الخازن، منير وهيب. (د.ت). *معجم مصطلحات علم النفس: الأول من نوعه في اللغة العربية*. بيروت: دار النشر للجامعيين.
50. خلف الله، سامية. (2017). *الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء عملية التكفل النفسي في وحدات الكشف والمتابعة بالوسط المدرسي: دراسة ميدانية بوحدات الكشف والمتابعة في ولاية المسيلة*. رسالة ماستر، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
51. خليفي، نادية. (2017، مارس). *إختيار وتقييم الإختبارات والمقاييس النفسية*. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 1،
52. داکو، ب. (د.ت). *العصاب والأمراض الذهنية* (رعد إسكندر، وأركان بيثون، مترجم). القاهرة: مكتبة التراث الإسلامي.
53. الداھري، صالح حسن. (2008). *أساسيات التوافق النفسي والإضطرابات السلوكية والإنفعالية: الأسس والنظريات (ط1)*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
54. داود، عزيز عبد المجيد أحمد. (2006). *مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي: الإعاقة من التأهيل إلى الدمج (ط1)*. عمان: دار الطريق للنشر والتوزيع.
55. دريبين، أمينة. (2012). *أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الإكتئاب عند المراهقين*. رسالة ماستر، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة.
56. دوركايم، إميل. (2011). *الإنتحار* (حسن عودة، مترجم). دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.
57. رضوان، سامر جميل. (2001). *الإكتئاب والتشاؤم: دراسة إرتباطية مقارنة*. مجلة العلوم التربوية والنفسية.
58. الركابي، صادق عبد علي. (2014). *الإنتحار الجماعي: أكبر عمليات الإنتحار الجماعي في التاريخ*. القاهرة: مكتبة مدبولي.
59. زهران، حامد عبد السلام. (1986). *علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة (ط4)*. القاهرة: دار المعارف.

60. زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط4)*. القاهرة: عالم الكتب.
61. زيدان، محمد مصطفى. (1974). *علم النفس*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
62. سالم، محمود يحيى. (2008). *علم النفس المعنى والتطبيق*. القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
63. السدحان، عبد الله بن ناصر. (2003). *الرعاية الإجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية*. الرياض: جامعة الملك سعود.
64. سرحان، وليد، الخطيب، جمال، وحباشنة، محمد. (2008). *الإكتئاب (ط1)*. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
65. سرى، إجلال محمد. (2000). *علم النفس العلاجي (ط2)*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
66. سعادات، محمود فتوح. (د.ت). *الأسباب الدافعة للانتحار وطرق الوقاية منها*. د.ن.
67. السقاء، صباح. (2009، 25 أبريل). *العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب*. محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية.
68. سليم، مريم. (2002). *علم نفس النمو (ط1)*. بيروت: دار النهضة العربية.
69. سليمان، حسين حسن. (2005). *السلوك الإنساني والبيئة الإجتماعية بين النظرية والتطبيق (ط1)*. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
70. سليمان، سناء محمد. (2006). *سيكولوجية الفروق الفردية وقياسها (ط1)*. القاهرة: عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.
71. سليمان، عبد الرحمن سيد. (2014). *مناهج البحث*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
72. سمعان، مكرم. (1963). *مشكلة الانتحار دراسة نفسية إجتماعية للسلوك الانتحاري*. القاهرة: دار المعارف.
73. سهيري، زينب. (2013، مارس). *دراسة إستطلاعية عن ظاهرة الإنتحار والمحاولة الإنتحارية*. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، 10، 49-70.
74. شارف، سارة. (2021). *الإكتئاب لدى المراهقات المسعفات: دراسة ميدانية لثلاث حالات بهيليوبوليس، قالمة*. رسالة ماستر، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

75. الشافعي، ناصر. (2009). *فن التعامل مع المراهقين: مشكلات وحلول (ط1)*. بيروت: دار البيان العربي.
76. الشامي، محمد. (2019). *الكلب الأسود: رحلة التعافي من الإكتئاب*. القاهرة: دار تويلا للنشر والتوزيع.
77. الشرييني، لطفي. (2001). *الإكتئاب: المرض والعلاج*. الإسكندرية: منشأة المعارف.
78. الشرييني، لطفي. (2001). *موسوعة شرح المصطلحات النفسية: إنجليزي-عربي (ط1)*. بيروت: دار النهضة العربية.
79. الشرييني، لطفي. (د.ت). *معجم مصطلحات الطب النفسي*. بيروت: مركز تعريب العلوم الصحية.
80. شكشك، أنس عبدو. (2009). *الأمراض النفسية والعلاج النفسي*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
81. الشمالية، سريا عوض عبد الرزاق. (2022، 2 أكتوبر). *دوافع جريمة الإنتحار في المجتمع الأردني من وجهة نظر طلبة جامعة مؤتة*. المجلة العربية للنشر العلمي، 48، 345-377.
82. صالح، قاسم حسين. (2015). *الإضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها (ط1)*. عمان: دار دجلة ناشرون وموزعون.
83. الصباحيين، علي موسى، والقضاة، محمد فرحان. (2013). *سلوك التمر عند الأطفال والمراهقين: مفهومه، أسبابه، علاجه (ط1)*. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
84. صدقاوي، كمال. (2020). *الأخصائي النفسي المدرسي في المنظومة التربوية الجزائرية: بين صعوبات الممارسة الإرشادية وتحديات المستقبل*. مجلة الخلدونية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 12 (1)، 222-239.
85. صندلي، ريمة. (2012). *الضغوط النفسية وإستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للإنتحار: دراسة عيادية على أربع حالات من المراهقين*. رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف.
86. صياد، سعيد. (2011). *الإكتئاب وإستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة إنتحارية: دراسة عيادية لخمس حالات*. رسالة ماستر، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة.

87. الضامن، منذر. (2007). *أساسيات البحث العلمي (ط1)*. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
88. الضمور، عدنان محمد. (2010). *دور العوامل الإجتماعية والإقتصادية والنفسية في تفسير ظاهرة الإنتحار في الأردن*. رسالة ماجستير، جامعة مؤتة، مؤتة.
89. الطارقي، عبد الله. (2011). *دعه فإنه مراهق! قراءات في تحرير مصطلح المراهقة (ط1)*. جدة: دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
90. العادلي، راهبة عباس، وناصر، أشواق صبر. (2016). *العلاقة بين الإدارة والتفكير الإنتحاري لدى ضحايا التمر المدرسي من طلبة المرحلة المتوسطة*. مجلة كلية التربية الأساسية، 22 (93)، 849-925.
91. عباس، محمد خليل، نوفل، محمد بكر، العبسي، محمد مصطفى، وأبو عواد، فريال محمد. (2014). *مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس (ط5)*. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
92. عبد الرحمن، سعد، زهران، سماح، والمذكوري، سميرة. (2016). *سيكولوجية البيئة الأسرية والحياة (ط1)*. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
93. عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). *نظريات الشخصية*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
94. عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2000). *علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والإضطراب*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
95. عبد المؤمن، علي معمر. (2008). *البحث في العلوم الإجتماعية: الوجيز في الأساسيات والمناهج والتقنيات (ط1)*. بنغازي: منشورات جامعة 7 أكتوبر.
96. عبدي، سمية. (2011). *الضغط المدرسي وعلاقته بسلوكيات العنف والتحصيل الدراسي لدى المراهق المتمدرس 15-17 سنة: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ السنة الأولى ثانوي بولاية بجاية نموذجاً*. رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
97. عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). *الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية (ط1)*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

98. عبيدات، ذوقان، عدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد. (1984). *البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه (ط1)*. القاهرة: دار الفكر.
99. العبيدي، محمد جاسم. (2013). *علم النفس الإكلينيكي (ط3)*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
100. عريوة، عبد الله. (2009). *طرق الوقاية والعلاج لظاهرة الإنتحار في المجتمع الجزائري من منظور الخدمة الإجتماعية الإسلامية: دراسة ميدانية بمنطقة الحضنة ولاية المسيلة*. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
101. عشوي، مصطفى. (2016). *علم النفس المعاصر*. الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع.
102. العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). *سيكولوجية العدوانية وترويضها: منحى علاجي معرفي جديد*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
103. عكاشة، أحمد. (2008). *الإكتئاب مرض العصر: أسبابه وأنواعه وعلاجه (ط1)*. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.
104. علاق، كريمة. (2012). *محاولة تقنين إختبار رسم العائلة باستخدام تقنية رسم العائلة المتخيلة والحقيقية دراسة على أطفال 6-10 سنوات بمدينة مستغانم*. رسالة دكتوراه، جامعة وهران، وهران.
105. علاونه، شفيق فلاح. (2009). *سيكولوجية التطور الإنساني: من الطفولة إلى الرشد (ط2)*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
106. علي، ماهر أبو المعاطي. (2014). *الاتجاهات الحديثة في البحوث الكمية والبحوث الكيفية ودراسات الخدمة الإجتماعية*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر والتوزيع.
107. عليان، رحي مصطفى. (2001). *البحث العلمي: أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته*. عمان: بيت الأفكار الدولية.
108. عمار، نبيلة. (2012). *الإكتئاب لدى النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتراوح أعمارهم ما بين 24-35: دراسة عيادية لخمس حالات*. رسالة ماستر، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة.
109. عماري، كوثر. (2014). *التكفل النفسي وأثره على نمط شخصية المراهق الجانح: دراسة حالتين بمركز إعادة التربية صيادة*. رسالة ماستر، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم.

110. عمر، أحمد مختار. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة: المجلد الثاني (ط1)*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
111. عمور، مصطفى. (2018، مارس). *ظاهرة الإنتحار في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية على مستوى ولاية بجاية*. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 33، 1009-1022.
112. العنبيكي، طه حميد حسن، والعقابي، نرجس حسين زاير. (2015). *أصول البحث العلمي في العلوم السياسية (ط1)*. العراق: دار أوما.
113. عوض، عباس محمود. (1999). *المدخل إلى علم نفس النمو: الطفولة، المراهقة، الشيخوخة*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
114. عويدة، حورية. (2002). *علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة والإكتئاب عند المصابين بمرض الربو: دراسة مقارنة بين ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية*. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
115. العيسوي، عبد الرحمن. (1993). *مشكلات الطفولة والمراهقة: أسسها الفسيولوجية والنفسية (ط1)*. بيروت: دار العلوم العربية للطباعة والنشر.
116. العيسوي، عبد الرحمن. (2000). *علم النفس العام*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع.
117. العيسوي، عبد الرحمن. (2011). *الجديد في العلاج النفسي (ط1)*. بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية.
118. غانم، محمد حسن. (د.ت). *إتجاهات حديثة في العلاج النفسي*. دن.
119. الغبور، عبير محمد جمعة. (2015). *فاعلية إستراتيجيات المواجهة في خفض مستوى الإكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم*. رسالة ماجستير، جامعة طنطا، القاهرة.
120. غسيل، سناء. (2015). *تقدير الذات وعلاقته بمحاولة الإنتحار لدى المراهق: دراسة عيادية لثلاث حالات*. رسالة ماستر، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة.
121. غودفريد، م. (2010). *مصطلحات في علم النفس والطب النفسي* (حبيب نصر الله نصر الله، مترجم). بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

122. فاضلي، أحمد. (2010). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بالمحاولة الانتحارية: فعاليات الملتقى الوطني حول الضغط النفسي إستراتيجيات التكفل والوقاية 10/9 نوفمبر 2010. جامعة فرحات عباس، سطيف.
123. فايد، حسين علي. (2005). المشكلات النفسية الإجتماعية: رؤية تفسيرية. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
124. فايد، حسين. (2005). العلاج النفسي: أصوله، تطبيقاته، أخلاقياته. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
125. الفحل، نبيل محمد. (2016). مقياس الإكتئاب النفسي. القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.
126. فرانكل، ف. (1998). إرادة المعنى أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى (إيمان فوزي، مترجم). القاهرة: دار زهراء الشرق. (العمل الأصلي نشر في عام 1969).
127. فطناسي، ظريفة. (2015). الصورة الوالدية لدى الطفل المسعف من خلال تطبيق إختبار رسم العائلة: دراسة إكلينيكية لثلاث حالات بمؤسسة الطفولة المسعفة لولاية بسكرة. رسالة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
128. فهمي، مصطفى. (1978). التكيف النفسي. القاهرة: دار مصر للطباعة.
129. فيريول، ج. (2011). معجم مصطلحات علم الاجتماع (أنسام محمد الأسعد، مترجم). بيروت: دار ومكتبة الهلال للطباعة والنشر.
130. قادوس، صلاح السيد. (1995). الأسس العلمية لمناهج البحث في العلوم التربوية والتربية البدنية. القاهرة: دار المعارف.
131. القرني، محمد مسفر، والغالي، سهير عبد الحفيظ. (2004). العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية (ط1). الرياض: مكتبة الرشد ناشرون.
132. القمش، مصطفى نوري، والمعايطة، خليل عبد الرحمن. (2009). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية (ط2). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
133. قنديلجي، عامر. (1999). البحث العلمي وإستخدام مصادر المعلومات (ط1). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
134. قنديلجي، عامر. (2007). البحث العلمي وإستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية (ط2). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

135. القواسمة، رشدي، أبو الرز، جمال، أبو موسى، مفيد، وأبو طالب، صابر. (2008). *مناهج البحث العلمي (ط2)*. عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
136. كاس، ف، أولدهام، ج، وباردس، ه. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي* (سامر جميل رضوان، مترجم). أبو ظبي: دار الكتاب الجامعي.
137. كربال، مختار. (2019). *إقتراح تدخل علاجي من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين مبني على العلاج النفسي المتعدد الأبعاد كأسلوب لتعديل بعض السمات لدى المساجين الإنتكاسيين: دراسة وصفية تحليلية*. رسالة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
138. الكسادي، عادل أحمد، وسليم، أحمد عبد الحميد. (2012، خريف). *العمل التطوعي والرعاية الإجتماعية في اليمن: دراسة مطبقة على الجمعيات التطوعية في محافظة حضرموت*. مجلة شؤون إجتماعية، 29 (115)، 47-88.
139. كعواش، زهرة، وبايع راسو، ليلي. (2020). *إستراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالتفكير الإنتحاري لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة النهائية من التعليم الثانوي: دراسة ميدانية بثانويات ولاية قالمة*. رسالة ماستر، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
140. كفاقي، علاء الدين. (1999). *الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الإتصالي (ط1)*. القاهرة: دار الفكر العربي.
141. كفاقي، علاء الدين. (2009). *علم النفس الأسري (ط1)*. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
142. كواشي، هبة. (2015). *الخوف الإجتماعي لدى المراهقين الأيتام: دراسة ميدانية بدار إستقبال اليتامى بأم البواقي*. رسالة ماستر، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
143. كوروغلي، محمد لمين. (2010). *مساهمة في دراسة محاولة الإنتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، الأسباب وإستراتيجيات التكفل النفسي: دراسة ميدانية لثلاث حالات بالمركز الإستشفائي الجامعي سعادنة محمد عبد النور، سطيف*. رسالة ماستر، جامعة منتوري، قسنطينة.
144. لابلائش، ج، وبونتاليس، ج. (1997). *معجم مصطلحات التحليل النفسي* (مصطفى حجازي، مترجم). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
145. لابلائش، ج، وبونتاليس، ج. (د.ت.). *معجم علم النفس التحليلي* (مصطفى حجازي، مترجم). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

146. لعقاب، مليكة. (2008). *بعض العوامل الأسرية والنفسية للانتحار والمحاولة الانتحارية: دراسة تحليلية لعينة من ولاية بجاية*. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
147. لعقاب، مليكة. (2009). *بعض العوامل الأسرية والنفسية للانتحار والمحاولة الانتحارية لدى الشباب في منطقة القبائل: دراسة تحليلية لعينة من ولاية بجاية*. مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 13، 335-367.
148. لعلام، عبد النور. (2018). *الأنشطة البدنية والرياضية ودورها في الإرتقاء بالمعاقين حركيا: دراسة مقارنة بين الممارسين وغير الممارسين*. رسالة دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.
149. محروس، شحاتة. (1994). *أبناؤنا في مرحلة البلوغ وما بعدها*. القاهرة: إنتاج وحدة ثقافة الطفل بشركة سفير.
150. محلين، أسامة. (2019). *واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد: دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية أم البواقي*. رسالة ماستر، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
151. محمد، أحمد علي بديوي. (2008). *في نمو الإنسان وتربيته (ط1)*. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
152. محمد، أحمد علي بديوي. (2009). *في نمو الإنسان وتربيته*. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
153. محمد، عادل أبو الحسن. (2018). *كتاب الإكتئاب وسننيته*. موقع فور ريد: <http://www.4read.net/book/4894/>
154. محمد، عادل عبد الله. (2010). *مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والإنفعالية*. القاهرة: دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.
155. محمد، عصام فريد عبد العزيز. (1986). *المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك العدوانيين المراهقين وأثر الإرشاد النفسي في تعديله (ط1)*. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
156. محمود، إبراهيم وجيه. (1981). *المراهقة: خصائصها ومشكلاتها*. الإسكندرية: دار المعارف.
157. مركز هردو لدعم التعبير الرقمي. (2017). *الانتحار والوسائط الرقمية إنتظر دقيقة*. القاهرة.
158. مزياي، سعاد. (2020). *أثر التكفل النفسي على المراهقين المصدومين نفسيا: دراسة ميدانية بمركز استقبال اليتامى ضحايا الإرهاب بأم البواقي*. رسالة دكتوراه، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

159. مصطفى، أسامة فاروق. (2011). *مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية: الأسباب، التشخيص، العلاج (ط1)*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
160. معلوف، لويس. (2000). *المجدد في اللغة العربية المعاصرة*. بيروت: دار المشرق.
161. معوشة، عبد الحفيظ. (2008). *الميول الإنتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب: دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب بمدينة باتنة*. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
162. مكنزي، كوام. (2013). *الإكتئاب* (زينب منعم، مترجم). الرياض: دار المؤلف.
163. ملح، سامي محمد. (2015). *الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر (ط1)*. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
164. الملك، سلوى كمال الزبير. (2004). *مشكلة الفتاة المرافقة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية في المرحلة الثانوية الحكومية بمحافظة الخرطوم*. رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم، السودان.
165. مليوح، خليدة. (2014). *مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري دراسة مقارنة: دراسة عيادية لـ 10 حالات في مدينة بسكرة*. رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
166. ميسوم، ليلي، وبن دحو، فتيحة. (2016، أبريل). *الإضطرابات الإنفعالية والمزاجية لدى حالات الشروع في الإنتحار عند المراهق: دراسة ميدانية على عينة من المراهقين الشارعين في الإنتحار بولاية تلمسان، الجزائر*. مجلة جيل العلوم الإنسانية والإجتماعية، 19، 173-192.
167. نحوي، عائشة عبد العزيز. (2016). *مبادئ العلاج النفسي وإتجاهاته*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
168. النعيمي، محمد عبد العال، البياتي، عبد الجبار توفيق، وخليفة، غازي جمال. (2015). *طرق ومناهج البحث العلمي (ط2)*. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
169. نوار، شهرزاد. (2018، سبتمبر). *تقييم واقع التكفل النفسي بالأمراض المزمنة: دراسة إستكشافية من وجهة نظر عينة من الأخصائيين النفسانيين بمدينة ورقلة*. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 35، 625-636.
170. نور، عصام. (2015). *الأسس النفسية للنمو*. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

171. نيسنول، م. (2015). *المدخل إلى الإرشاد النفسي من منظور فني وعملي* (مراد علي سعد، وأحمد عبد الله الشريفين، مترجم). عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون. (العمل الأصلي نشر في 2011).
172. هتهات، مسعودة. (2014). *المشكلات النفسية والإجتماعية لدى المراهقين المتمدرسين مستخدمي الأنترنت: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة*. رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
173. الهور، علاء صبح حموده. (2016). *فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الإكتئاب النفسي*. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
174. وازي، طاوس. (2012، 8 جوان). *ظاهرة الإنتحار بين التفسير الإجتماعي والتشخيص النفسي*. مجلة مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 8، 62-76.
175. الوداد. (2011). *العوامل المهيئة للإنتحار وعلاقتها ببعض المتغيرات*. غزة: جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي.
176. يحيوي، وردة. (2014). *إختبار فعالية برنامج العلاج الإنتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الإكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة: نموذج أرنولد لازورس*. رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

## 2- المراجع باللّغة الأجنبية:

177. Bourbon, N. (s.d). *les conduites suicidaires*. Blida: faculté de médecine SAAD Dahlab.
178. Catteau, Vanessa, et Chabrol, Henri. (2005). *Étude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent*. *L'Année Psychologique*, 105 (3), 451-476.
179. Charles, Alban vieillard. (2016, 6 mai). *Risque et conduite suicidaire chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte*. Référentiel de psychiatrie.

180. Chen, Tsai-Hwei, and others. (2006, February). ***The Evaluation of Cognitive-Behavioral group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem.*** *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (1), 3-11.
181. Dhènain, Muriel. (2020, 1 juillet). ***Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent: prévention, évaluation, prise en charge.*** *Haute Autorité de santé*, 1-9.
182. Hofman, Albert, and others. (2011, 30 August). ***The Rotterdam study: 2012 Objectives and design update.*** *European Journal of Epidemiology*, 26 (8), 657-686.
183. Nguyen, Dat Tan, and others. (2013, 17 December). ***Depression, anxiety, and suicidal ideation among vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study.*** *BMC Public Health*, 13 (1195), 1-10.
184. Nyer, Maren, and others. (2013, 6 October). ***Factors that distinguish college students with depressive symptoms with and without suicidal thoughts.*** *Ann Clin Psychiatry*, 25 (1), 41-49.
185. Singh, R, and Joshi, H L. (2008). ***Suicidal ideation in relation to depression: life stress and personality among college students.*** *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34 (2), 259-265.
186. Sobowale, Kunmi, and others. (2014, 15 February). ***Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula.*** *International Journal of Medical Education*, 5,

187. Stewart, Sunita M, Lam, T H, Betson, C, and Chung, S F. (1999, Autumn). ***Suicide ideation and its relation ship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. Suicide Life Threat Behav, 29 (3), 227–240.***

188. Strandheim, Arve, and others. (2014, 20 August). ***Risk factors for suicidal thoughts in adolescence—a prospective cohort study: the Young–HUNT study. BMJ Open, 4 (8), 1–8.***

189. Wilburn, Victor R, and Smith, Delores E. (2005, Spring). ***Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. Adolescence, 40 (157),***

الملاحق

## الملحق رقم (01): تحليل إختبار رسم العائلة.

### كيفية تحليل اختبار العائلة:

نحاول هنا عرض الكيفية التي يمكن من خلالها فهم بعض الرموز التي قد يتضمنها الرسم، غير أن ذلك لا يمنع من المقابلة المعمقة التي تضيف إلى المختص فيما أدق للتفاصيل.

<p>1- إما أن يكون لدى الطفل مشاعر لا شعورية سلبية خفية اتجاه ذلك الشخص العنسي وهو يعلم أن التعبير عن تلك المشاعر مرفوض- أو لديه حسد اتجاه الشخص العنسي- أو يفكر بأن عليه أن يحب أخاه ولكن أخاه يفضيه كثيرا وهذا شعور سببي بالنسبة إليه لذلك فهو لا يرسمه.</p> <p>2- أو العلاقة العاطفية أو الاحتكاك مع ذلك الشخص العنسي معدومة، كان ذلك الشخص غير موجود في علمه العاطفي.</p>	<p>إذا حذف رسم أخيه أو أحد أفراد أسرته.</p>
<p>1- صعوبة التعبير عن نفسه مع الأشخاص القريبين له (يقول إنهم لا يكتفون به وصعب عليه أن يجد نفسه مكانا بينهم).</p> <p>2- يعترف الطفل بقوله: أنا تنازلت عن المحاولة لإيجاد مكان في العائلة أو الوسيلة للتعبير عن نفسي واستسلمت لهذا الوضع، والعائلة أخذت مني ذلك الحق ولكن هذا لا يهمني. (يحدث هذا عند اهتمام العائلة بأحد الأطفال أو أحد أفراد العائلة أكثر من الباقين).</p>	<p>إذا حذف رسم نفسه من الرسم.</p>
<p>يعبر عن مدى ومقدار أهمية ذلك الشخص أو الشيء عند الطفل.. أي حجم العلاقة المتبادلة بين الطفل والشخص أو الشيء المرسوم والمكانة التي يحتلها في نفسه.</p>	<p>حجم الشخصية أو الشيء المرسوم يكون أكبر من أحجام الشخصيات.</p>
<p>هنا يضي أن علاقته مع أبيه تأتي في هذه الفترة المرتبة الأولى وعلاقته بالآخرين في المرتبة الثانية.</p>	<p>إذا كان الأب أو الأم أو الجد أو الجدة هو الأكبر مقارنة بالشخصيات المرسومة.</p>
<p>فهذا دليل تفضيلي لذاته ولشخصيته وهو دليل نرجسي أو تقدير شخصه على الآخرين ويكون هذا:</p> <p>1- إما أنه فعلا مثلل ويتصف بمركزيته واهتمام الآخرين به.</p> <p>2- وإما أنه يعانى من حرمان الاهتمام ورسمه هذا دليل تعويضي عما حرم منه.</p>	<p>إذا رسم الطفل نفسه أكبر من الشخصيات الأخرى.</p>
<p>فهذا دليل تفضيلي أيضا أي أن ما يدركه الطفل أن الاهتمامات داخل عائلته كلها منصبة على ذلك الشيء بمعنى أن لها قيمة تفضيلية أكثر من الأشخاص.</p>	<p>إذا رسم الطفل شيئا ما أكبر من الشخصيات المرسومة كأن يرسم التلفاز أكبر أو البيت أكبر... أو السيارة أكبر.</p>
<p>فهذا دليل تفضيلي أيضا يعبر عن:</p> <p>1- إما عن حبه ورغبته الشديدة في أن تكون تلك الشخصية ضمن العائلة.</p>	<p>إذا أضاف الطفل شخصا من غير الأشخاص الذين يعيش معهم داخل</p>

عائلته... كأن يضيف ابن الجار أو ابن العم أو ابن المعلم.	2- أو تلك الشخصية طالما هي دائمة الحضور داخل البيت حتى أن الطفل يعتبرها فعلا ضمن العائلة.
إذا رسم شخصا ما أعلى من البقية من حيث المستوى الأفقي بغض النظر عن حجمه مقارنة مع حجم باقي الأشخاص، المهم هو ارتفاعه فوق الجميع.	فهو الشخص الذي لديه السلطة العليا في العائلة.
إذا رسم شخصه أي نفسه أعلى من البقية.	فهذا دليل على رغبته في احتلال المكانة العليا وأن تكون له سلطة داخل العائلة.
إذا رسم شخصا ما في أسفل الورقة أي مستواه انخفض من الأشخاص الآخرين.	فهذا يعني أن سلطته أقل من باقي أفراد العائلة.
إذا رسم نفسه أصغر من الجميع وهو في حقيقة الأمر ليس الأصغر.	فهذا دليل تفضيلي أن يريد أن يكون الأصغر كدليل تحقيري كأن يقول أن مكانته صغيرة جدا داخل العائلة.
إذا رسم أحد أفراد أسرته أقل حجما من الجميع.	فهذا دليل على اندحام السلطة لديه وتصغره داخل العائلة.
إذا رسم أحد الأشياء في أعلى الرسم كأن يرسم التلفاز مثلا.	فهذا دليل أن التلفاز يدير العائلة ويحكمها.. فهو في اعتقاده الأقوى والمسيطر في العائلة.
المسافة بين الأشخاص داخل الرسم إذا رسم الطفل الأشخاص متراسين الواحد بجانب الآخر (إذا كانت العائلة ليست متعددة ومساحة الورقة لا تكفي لرسمهم جميعا).	تعبّر عن عمق العلاقة النفسية والعاطفية بين الأشخاص فهذا دليل يجب رؤية فيه الأشخاص المختارين في التجاور. فتقاربهم يعني تقاربهم العاطفي في ذهنه.
إذا رسم الطفل الأشخاص متقاربين بعضهم البعض ومساحة الورقة تكفي.	فهذا أيضا دليل على رؤيته لهؤلاء الأشخاص على أنهم قريبون من بعضهم البعض، بالتالي رسمهم على مسافة أقرب من غيرهم.
تباعد الشخصيات المرسومة وانفصالهم.	دليل تباعد الأشخاص والرابطة بينهم ليست قوية. إذ يراهم متباعدين أو منشغلين عن بعضهم البعض.
إذا رسم شخصا ما وحده بعيد عن بقية الأفراد والكل متراس مترابط.	فهذا دليل على أن ذلك الشخص له علاقة باردة ومتباعدة عن الآخرين، أو أنه مصدر خوف أو رعب داخل العائلة.
إذا رسم نفسه وحده بعيدا عن البقية.	فهذا دليل على عدم انتمائه لهؤلاء الأفراد أو أنه يعيش منعزلا عنهم جميعا.
إذا رسم الطفل الأشخاص متصلين بعضهم ببعض مباشرة بالأيدي.	فهذا دليل على تعلق هؤلاء الأشخاص ببعضهم البعض برابطة قوية. وأن الاتصال الاجتماعي والنفسي والعاطفي قوي بينهم.
إذا رسم أفرادا متصلين بينهم وآخرون متباعدون.	فهذا دليل على انقسام العلاقة داخل هذه العائلة أي هناك من يراهم الطفل متحابون وهناك من يراهم غير ذلك.

إذا استخدم الخط في رسم الأشكال قوته أو خفته أو من حيث تقاطعه أو تضليله وهذا إما بضغط على القلم أو بإعادة الرسم عدة مرات.

الخط القوي (وهو ضغط الطفل على القلم محاولاً رسم شخص ما)	دليل على قوة الدوافع اتجاه الشخص المرسوم إما نتيجة سلطته أو أنه يعبر عن خوف الطفل من ذلك الشخص أو ذلك الشيء
الخط الخفيف جداً	دليل على سطحية الدوافع اتجاه الشخص أو الشيء المرسوم إما باحتقاره له أو بعدم قيمته المعنوية لديه
الخط المتموج أو المتقطع	دليل أنه لا يتجرأ على رسمه نتيجة خوفه منه أو كرهه.

مساحة الورقة: إن مساحة الورقة هي المكان الذي تسقط عليه العواطف والمشاعر، فتمركز الرسوم قد تكون موزعة على مساحة الورقة جميعاً أو قد تكون منحصرة على منطقة معينة دون أخرى.

المنطقة العليا	منطقة الحالمين وأصحاب المبادئ
المنطقة السفلى	منطقة المتعبين
المنطقة اليمنى	التقدم نحو المستقبل
المنطقة اليسرى	النكوصات

المتغيرات التي يرسمها الطفل من حجم وشكل الأجسام الموجودة على يمين الشخص المرسوم، تعبر عن نوعية العلاقة الاجتماعية التي تربط الطفل مع أشخاص يعلمونه أصول العلاقة الاجتماعية.

المتغيرات التي يرسمها الطفل على يسار الأشخاص المرسومين.	تعبر عن مشاكله وعلاقاته مع الأشخاص المقربين منه، والمشاكل العاطفية التي يعاني منها (ضمن العائلة خاصة).
الجهة اليمنى للشخص المرسوم	تعبر عن حياته في المدرسة، الروضة وتجاوبه مع القوانين التي تنقل عليه، خاصة بالمحافظة على نفسه ووضعها في المجتمع أي تعبير عن علاقته مع المجتمع خارج نطاق أسرته.

المعاني الرمزية لجسم الإنسان ابتداءً من الرأس والوجه:

الرأس	إن الطفل مهما كان صغيراً يعد الرأس جزءاً هاماً جداً من جسمه، وهو يحس أن قدراته التي اكتسبها وعقله ومداركه مرتبطة برأسه.
الرأس الكبير	يعني بالنسبة للطفل الشخصية الذكية في عائلته، قد يكون أحد أفراد أسرته

وَقَدْ يَكُونُ هُوَ ذَاتَهُ.	
وظيفتهما المساعدة على رؤية الأشياء من حول الطفل من جهة هما عضوان للتعبير عن طلب المساعدة والحاجة لشيء ما.	العنان
هي الوسيلة الأولى الطبيعية التي يعبر بها الطفل عن احتياجاته العاطفية والالتفالية.	الأعين الكبيرة الواسعة
دلالة تعبيرية على الخوف والقلق والحاجة إلى المساعدة.	العنان التي تبتكبان
1- دليل على أن وجودها لدى الأشخاص يعتبرهم الطفل لا يجوز لهم البكاء والتعبير عن حزنهم وأساهم. 2- كما أنها دلالة على اعتقاد الطفل أن هؤلاء الأشخاص هم بحاجة للاعتماد على الآخرين وأن يكونوا مسؤولين منهم. 3- وفي نفس الوقت هي دلالة على الخوف من طلب المساعدة.	الأعين النقطية (..) أو الخطية (--)
هما عضوان يستقبلان النقد، وكل الآراء التي يقال عن الطفل من قبل الآخرين.	الأنثان
هما دلالة على ذلك الشخص يجب أن يسمع الآخرين المحيطين به أكثر من بقية أفراد العائلة.	الأنثان المرسومتين لدى شخص أكبر بكثير من الآخرين
دلالة على أنه لا يكثر لما يقال عنه من قبل الآخرين.	- الشخص الذي يرسم بدون أنثين
دلالة على تفاوت الاستماع والانتقاد لدى هؤلاء.	- وجودهما عند أشخاص وانعدامهما عند الآخرين
هو ليس للأكل والكلام فقط بل أيضا للتعبير عن الغضب والغضب والعض والصرخ وقول الكلام الجارح لذلك قد يكون عضوا للهجوم.	الفم
تعبير الهجوم والاستبداد والتهديد والنقد واللوم والتأثير على الطفل بالكلام.	الفم الكبير المظلل
تدل على شخصية محرومة من قدرة التأثير على الآخرين بالكلام.	الفم على شكل خط
دلالة على انعدام القدرة على التعبير أو الحرمان من إبداء الرأي.	انعدام الفم (لا وجود له)
دليل على العدوانية.	وجود أسنان ظاهرة

العنق، اليدين والرجلين: من المعروف أن الرأس يتصل بالجسد بواسطة العنق، لكن العنق ينعدم وجوده لدى الطفل في صوته الأولى، ففي البداية يرسم الطفل الأشخاص برأس متصل بالجسد مباشرة بدون عنق وقد نجد هذه الصورة في رسوم أطفال بالغين، ولكن انعدام الرقبة لديهم تكون دليلا أن الوظيفة التي تقوم بها الرقبة غير واضحة لدى هؤلاء.

الرقبة أو العنق هي عند الطفل الوسيلة التي تربط بين الرأس والجسد، الرأس حيث الإدراك والعقل والجسد حيث الإحساس والشعور ومدى قدرة الرأس على التحكم بالجسد.

إذا رسمت الرقبة أو العنق أولاً قبل الجسد وقيل للرأس	دليل على قدرة الطفل بأنه يستطيع الاعتماد على نفسه،
وجود الرقبة في رسومات الأشخاص:	تدل على أن هذا الشخص قادر على التحكم بمشاعر. التحكم بها بشكل موضوعي حقيقي.
انعدامها	دلالة على انعدام القدرة على التحكم في مشاعره.
الرقبة الطويلة والرفيعة	هي دلالة العلاقة بين العقل والمشاعر ويعتقد أنها في صراع وهو يستطيع التغلب على هذا الصراع بالابتعاد عن عالم المشاعر أو إخفائها قدر المستطاع السلبية والظنيفة ولا يدع لها مجال لتصل إلى عقله النبيل.
الرقبة القصيرة والثخينة	هي دلالة على اعتقاد الطفل أن هذا الشخص ليس لديه مشكلة في هذه العلاقة. أو هي دلالة عن غياب التحكم نهائياً وقدرة الأحاسيس والغرائز على العبور إلى الدماغ بسهولة (الرغبة بشيء وعمله مباشرة).

#### ماذا تعني الأيدي والأرجل؟

تظهر الأيدي والأرجل في رسوم الأطفال باكراً، ولو كانت مجرد خطوط أو أعمدة صغيرة إنهما أي اليدين وسيلة للعب والعمل، لكن الطفل الصغير لا يقبل هذا التعليل لأن الوظيفة البدائية لليدين والمخولة إلى الطفل هي التمسك بجسم الأم، أي بمعنى آخر اليدين هما الوسيلة التي تساعد الطفل على إنشاء علاقة مع شخص قريب.

لنتذكر الطفل المولود حديثاً كيف يستطيع أن يتمسك بيد شخص كبير بقوة، حيث يمكن أن يتعلق بأصابع إنسان بالغ بيدين اللتين تستطيعان حمله وتقلبه من مكان آخر. وعندما يكبر قليلاً فإنه سيعيش منفصلاً عن جسم أمه، ويبدأ عنها بالتعرف على الوظائف الأخرى لليدين، ويتعلم التعامل مع الأشياء، وعملية التأثير على عالم الأشياء باليدين. وعندما يحس الطفل أنه أصبح قادر على إنجاز بعض الأعمال فإننا نلاحظ بأنه يعبر عن قدرته على استعمال يديه في رسوماته فيظهر الكف في الرسم بأصابع أو بدون أصابع.

اليدان مرسومتين بأصابع	1- إذا كان عددها أكثر من 05 فالطفل يعبر عن إحساسه بأن قدرة الشخص ذي الأصابع الكثيرة على إنشاء العلاقات كبيرة، وهو إنسان مجهزة للحياة والعلاقات الاجتماعية وهو متين وقادر
الكف الكبيرة	وتعني قابلية الشخص للتأثير في الخارج أكثر من العائلة أو في الداخل وحسب اتجاه اليد ويدل على الجاهزية.
اليد اليسرى أكبر من اليد اليمنى	القدرة على العمل والتأثير داخل العائلة.

اليد اليمنى أكبر	القدرة على العمل خارج نطاق العائلة (المجتمع).
الأترع	دلالة على الاتصال والتواصل

الأرجل: الطفل المولود حديثاً لا يفرق بين وظيفة الأيدي ووظيفة الأرجل، فكما أن لليدين وظيفة التمسك بالأم فإن الرجلين أيضاً لهما نفس الوظيفة (منعكس بابنمكي).

- عندما يكبر يزول هذا المنعكس لأنه لا يحتاجه. وتبدأ عملية تعلم وظيفة هامة للرجلين ألا وهي وظيفة المشي.
- عندما يمشی الطفل فالعالم يكبر بالنسبة له بشكل مفاجئ لأنه يستطيع أن يبلي بعض رغباته بنفسه دون اللجوء إلى الكبار فإنه يحس بالحرية.

وللأرجل وظيفتان:

1. سند في الحياة.
2. الحرية في الانتقال والحركة.

وجود خط أفقي تحت القدم	يضي أن الشخص يقف على الأرض بثبات أكبر ولديه سند جيد في الحياة.
القدم اليمنى أكبر	دلالتها أنه يركز إلى السند خارج العائلة.
القدم اليسرى أكبر	ترمز إلى الثبات في العلاقات الشعورية القريبة ضمن العائلة.

التصدعات والتشوهات: يظهر أحيانا عند رسم الخطوط الدائرية مثل الرأس والجذع تصدعات في الخط الدائري، وتشوهات، أو عدم التقاء نهايتي الخط المرسوم. عادة تحدث هذه الشقوق في منطق اتصال الجسم المختلفة مثلا الجذع بالرأس، الأيدي والأرجل بالجذع.

وجود هذه الشقوق	دلالة على المناطق الضعيفة الواهنة من الجسم والتي بالمؤثرات الخارجية ونجدها أكثر في رسوم الرأس.
وجود الشق في الجهة اليمنى للرأس	دليل على الشخص يخضع للعلاقات الاجتماعية الخارجية ولتأثيراتها واعتقاداتها.
وجود الشق في الجهة اليسرى للرأس	يدل على الشخص يخضع ويتقبل آراء وضغوط وتقديرات الناس في محيط عائلته الخاصة.

وجود الشق في منتصف الرأس	دليل على كون الشخص يخضع ويذعن للأفكار المجردة والنظرية مثلا يفضل القراءة لكتاب تجريديين.
وجود الشق تحت الرأس	دلالة على أن الشخص لا يستطيع إدراك مشاعره وغرائزه ودوافعه الفيزيولوجية والنفسية ولا يستطيع التحكم بها.

### وجود فروق وتباعد في مناطق وصل الأجزاء المختلفة للجسم مع بعضها:

اتصال ناقص لأحد الأطراف مع الجذع، أو الرأس مع الجذع غير متصلين تماما	دلالة على أن الشخص يخاف أن يفقد الوظيفة الحيوية التي يقوم بها ذلك العضو أو الجزء.
عدم اتصال الطرف السفلي الأيمن بالجذع	دلالة على أن الشخص يخاف أن يضع سنده. تأثيره في المجتمع ويفقد تحكمه (مكانته في المجتمع غير ثابتة وقد يفقد مكانته أو تأثيره ولا يستطيع أن يتحكم بذلك).
عدم اتصال الطرف السفلي الأيسر بالجذع	دلالة على أن ذلك الشخص يخاف أن يضع سنده وتأثيره داخل العائلة.

رسوم الطفل التي تحوي أشياء جامدة لا روح فيها: الأشياء الجامدة إذا كانت لها علاقة بأحد أفراد العائلة، فالطفل يرسم تلك الأشياء في الصورة وأحيانا قد يرسم الأشياء بدلا من الشخص. بتعبير آخر إذا رسم الطفل سيارة والده هذا لا يعني أنه لا توجد علاقة وجدانية بين والده والسيارة فقط، بل يعبر عن محبة الوالد العميقة للسيارة وتعلقه بها، كدليل تفضيلي لها.

إذا رسم الطفل شيئا ما قريبا جدا من شخص معين	دلالة على أن ذلك الشخص له علاقة وثيقة بذلك الشيء كالهاتف، المعطبخ أو المكتب....
الشيء المرسوم في أعلى الصورة	يرمز إلى ارتباط هذا الشيء مع الطفل ارتباطا وجدانيا، وأن له تأثير كبير وهام في حياته العاطفية، إذ أن لذلك الشيء سلطة أو قدرة على التحكم والسيطرة.
الشمس المرسومة في أعلى الصورة	دلالة على السلطة العليا.
مصباح النور في أعلى الصورة	دليل على رمز للحرارة والضوء.
الأشياء والأشخاص الذين يرسمهم الطفل بينه وبين مصدر الضوء (مصباح النور- الشمس)	دلالة على أن هؤلاء الأشياء أو هؤلاء الأشخاص يعقون حصوله على الدعم والحماية والرعاية.
رسم الأشياء والتفاصيل صغيرة جدا	دلالة على تشبثه بالفواتير والتعليمات، وهو يحافظ على مشاعره ويكتبها في داخله، ولا يعبر عنها حتى يحين موعدا لتنفجر.

إذا رسم أشياء كثيرة متطقة بهدف معين مثلا (أدوات المطبخ)	هذا يدل على أن الفعالية التي تشير إليها الأدوات هي الفعالية المهمة في حياة العائلة (العاطفة مركزة في هذه الفعالية) مثلا رسم التلاجة وطاولة الغذاء مرتبة، وجاهزة لتناول الغذاء.
إذا رسمت مفروشات مريحة ويجلس عليها كبار	دلالة على أن الراحة والاسترخاء لهما أهميتها ومكانتها في حياة العائلة.
إذا رسم الطفل خزائن مقلقة أو خزائن مرسوم عليها أماكن للأطفال	هذا دليل على اعتقاد الطفل بوجود سر في العائلة لم يصارحوه به، وأنه غير مسموح له معرفته.
رسم ثياب الأشخاص باهتمام بالغ	-تفسر الظاهرة بالاعتماد على التفاصيل الأخرى الموجودة في الصورة. -إما أن الطفل مهتم بمعرفة جنسه والجنس الآخر، ونوعية العلاقة التي تربط بينهما، والفروق التي بينهما. -أو اعترازه بنفسه أو حبه للظهور أو حبه للظهور أو تكيفه مع الأغلبية صعب. أو هناك صعوبة أو مشكلة تكيفه مع جسمه مثلا.

ملاحظة: من الأجدر في هذه الحالة أن ننتبه إلى الموضوع الذي يرسمه بضغط القلم أو يظلمه وهذا مهم جدا.

إذا رسم الطفل أفراد عائلته على هيئة صور نصفية (تصفيهم الأعلى فقط).	-دلالة على وجود توتر في الشخصية وعدم تقبلها لجسدها وحاجاته. -أو هناك صعوبة على التعبير عن المشاعر (عدم انسجام وعدم اكتفاء جسدي).
--	---

من الجدير أن نسمح للمحلل بأن ينمي إحساسه بالصورة ومقدرته على فك رموز رسم.

تحليل الشجرة: لا بد من ملاحظة تواجد الشجرة على الرسم أولاً ثم رتبها داخل الرسم، لأن ذلك يمنح معرفة دقيقة عن لا شعور الطفل و هو في حالة إسقاط:

إذا رسمت الشجرة في البداية	فقد يكون ذلك تمثيلاً لذاته إذ يجب دراستها بنفس طريقة قراءة إختبار الشجرة
إذا رسمت في الوسط	و عادة ما نجدها تقسم أفراد العائلة، و هنا لابد من ملاحظة المتواجدين على اليمين، و المتواجدين على اليسار.
حجم الشجرة	ويشير إلى الطريقة التي يرتبط بها المفحوص مع محيطه
إذا كان حجم الشجرة صغيراً مقارنة بالأشكال الأخرى على الرسم	فإن ذلك دلالة خجل و انعدام الثقة و القلق
إذا كان حجم الشجرة كبيراً مقارنة بالأشكال الأخرى،	فهو دليل على الحيوية، وكلما زاد حجم الشجرة فإنه تعبير إما عن مشاعر العظمة، أو تمصن نرجسي يعوض شخصه في الرسم
الأغصان	ترمز إلى علاقات الطفل مع الخارج، كما يمكنها أن تكون اليات دفاعية أو هجومية عنده.
إذا رسم أغصاناً متبورة أو المحطمة	هذا يدل على إما على الإحباط أو الصدمات
إذا رسم أغصاناً منحنية أو نازلة إلى الأرض	فإنها تعني إما على الخجل أو فقدان الحماية، كما يمكن أن تكون دلالة على الإتهاب العصبي
إذا رسم أغصاناً ممتدة بلهفة نحو الخارج	فهى علامة على الرغبة في الحصول على الثقة و الإهتمام من الآخرين.
إذا قام الطفل برسم أغصان مندبية	فإن ذلك يعنى العنوانية
الأوراق	تمكن الإهتمام بالتفاصيل و غيابها يعنى الإهمال و الجمود النفسى.
التاج	ويرمز إلى العناصر الواعية في الشخصية.

الثمار	لا بد من ملاحظة نوعيتها فالموز له دلالة قضيبية والتفاح له دلالة أنثوية. وتدل الثمار على التثبيت القسي أيضاً أو التعويض القسي.
الجذع	يمثل المجرد و الأنا الذي يشكل الشخصية، لا بد من ملاحظة حجمه و اتجاهه إما نحو اليمين أو نحو اليسار. فظهور الجرح في جذع الشجرة أو وجود نتوءات فيه هي كلها دلائل على الصدمات
خط الجذع	يمثل خط الجذع على الأرض إما النقطة في النفس، أو انعدامها في حالة غيابها.
خط الأرض	وله دلالة إما على التوازن النفسي وإما على الاضطراب، على حسب طريقة رسمه.
الجذور	تمثل الانتماء إلى العالم، كما يمكن أن تشهد على المشاكل العاطفية مع المحيط العائلي و لا بد من تحديد الكيفية التي رسمت بها الجذور.
الزهور	تدل على الاهتمام بالبيئة وما يدور حول الشخص من أحداث

**ملاحظة:** لا يمكن الإعتماد على هذا التحليل دون الرجوع إلى دراسة الحالة ، لأنها الوحيدة التي يمكن أن تثرى الرموز التي يسقطها الطفل في رسومه .

## ملحق رقم (02): مقياس بيك Beck للاكتئاب.

### تعريف الاكتئاب:

حالة مزاجية هابطة، لا توقف سير حياة الفرد الطبيعية، لكنها تصعب الأمور على الفرد، وفي أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته.

### نبذة عن المقياس:

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبدالستار ابراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (٢١) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من (٠ - ٣) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

### طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (١٥) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلاً إذا اختار المفحوص البديل رقم (٣) فإن درجته لهذا السؤال هي (٣) ... وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (١٩) يُسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج لتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفراً، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

لا يوجد اكتئاب	صفر - ٩
اكتئاب بسيط	١٠-١٥
اكتئاب متوسط	١٦-٢٣
اكتئاب شديد	٢٤-٣٦
اكتئاب شديد جداً	٣٧ فما فوق

## مقياس ( B.D.I )

الاسم: ..... تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة  
المستوى التعليمي: ..... تاريخ اليوم: .....  
الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق  
المهنة: ..... مستشفى/عيادة: .....  
الدرجة: .....  
التصنيف: .....

### تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً أكثر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها ( ٠ أو ١ أو ٢ أو ٣ ).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أحببت على كل مجموعة.

### أولاً/

- ٠٠ - لا أشعر بالحزن.
- ١ - أشعر بالحزن.
- ٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

### ثانياً/

- ٠٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

### ثالثاً/

- ٠٠ - لا أشعر بأني فاشل.
- ١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢ - عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفضل النزرير.
- ٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

### رابعاً/

- ٠٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

### خامساً/

- ٠٠ - لا أشعر بالذنب.
- ١ - أشعر بأني قد أكون مذنباً.
- ٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

#### **سادساً/**

- ٠٠ - لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.
- ١ - أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢ - أتوقع أن أعاقب.
- ٣ - أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

#### **سابعاً/**

- ٠٠ - لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١ - أنا غير راضي عن نفسي.
- ٢ - أنا ممتعض من نفسي.
- ٣ - أكره نفسي.

#### **ثامناً/**

- ٠٠ - لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١ - أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢ - ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- ٣ - ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

#### **تاسعاً/**

- ٠٠ - أشعر بضيق من الحياة.
- ١ - ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢ - أصبحت أكره الحياة.
- ٣ - أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

#### **عاشراً/**

- ٠٠ - لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١ - أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أبكي طوال الوقت.
- ٣ - لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

### **الحادي عشر/**

- ٠- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١- أتضيق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

### **الثاني عشر/**

- ٠- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

### **الثالث عشر/**

- ٠- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

### **الرابع عشر/**

- ٠- لا أشعر أنني أبداً في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
- ١- يقلقني أن أبداً أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبداً أقل حيوية.
- ٣- اعتقد أنني أبداً قبيحاً.

### **الخامس عشر/**

- ٠- أستطيع أن أقوم بعلمي كما تعودت.
- ١- أحتاج لجهد كبير لكي أبداً في عمل شيء ما.
- ٢- إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

### السادس عشر/

٠- أستطيع أن أنام كالمعتاد.

١- لا أنام كالمعتاد.

٢- أستيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.

٣- أستيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

### السابع عشر/

٠- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

١- أتعب بسرعة عن المعتاد.

٢- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.

٣- إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

### الثامن عشر/

٠- إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.

١- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.

٢- إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.

٣- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

### التاسع عشر/

٠- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.

١- فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.

٢- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.

٣- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

### العشرون/

٠- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.

١- أنني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

٢- أنني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.

٣- أنني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

### الواحد والعشرون/

٠- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.

١- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.

٢- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.

٣- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

## الملحق رقم (03): مقياس كوير سميث Cooper Smith لتقدير الذات.

### • تعليمة تطبيق المقياس:

فيوم سوف تقوم بملء هذا المقياس، فيما يلي مجموعة من العبارات، إجابتك عليها سوف

تساعدني في معرفة ما أحب وما لا أحب.

إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة فضع علامة ( X ) داخل المربع في خانة

"تنطبق" أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع علامة ( X ) داخل المربع في خانة "لا

تنطبق".

ولا توجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة ، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها

الشخص عن شعوره الحقيقي .

الرقم	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقتي الأشياء عادة.		
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام زملائي في العمل.		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي.		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي.		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي.		

		أفضيل بسرعة في المنزل.	6
		أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة.	7
		أنا محبوب بين الأشخاص من نفس جنسي.	8
		تزاعي عائلتي مشاعري عادة.	9
		أستسلم بسهولة.	10
		تتوالع عائلتي مني الكثير.	11
		من الصعب جدا أن أقتل كما أنا.	12
		تختلط الأشياء كلها في حياتي.	13
		يتبع الناس أفكارى عادة.	14
		لا أقدّر نفسي حق قدرها.	15
		أود كثيرا لو أترك المنزل.	16
		أشعر بالضييق من عملي غالبا.	17
		مظهري ليس رجيها مثل معظم الناس.	18
		إنما كنت عادي شيء أود أم ألوله فإني ألوله عادة.	19
		تلهمني عائلتي.	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني.	21
		أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني.	22

		لعمل أحياناً.	
23		لا ألقى التشجيع عادةً فيما اليوم به من أعمال.	
24		أرغب كثيراً أن أكون شخصاً آخر.	
25		لا يمكن للأطرين الاعتماد علي.	

• طريقة التصحيح :

أ. إذا كانت عبارة التلميذ "لا تطبق" على العبارات السالبة نمنحه ( 1 )، أما إذا كانت

إجابته تطبق" نمنحه ( 0 ) .

ب. إذا كانت عبارة التلميذ على العبارات الموجبة "تطبق" نمنحه ( 1 )، أما إذا كانت

إجابته "لا تطبق" نمنحه ( 0 ) .

ج. يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وحسب:

التقدير الكلي للدرجات العلم في العند ( 4 ) .

• العبارات الموجبة والسالبة للمقياس:

22 . 21 . 18 . 17 . 16 . 15 . 13 . 12 . 10 . 6 . 3 . 2	العبارات الموجبة
. 25 . 24 . 23 .	
. 20 . 19 . 14 . 9 . 8 . 5 . 4 . 1	العبارات السالبة

• فئات مستويات تقدير الذات:

الفئات	مستويات تقدير الذات
40- 20	-تقدير الذات المنخفض
60- 40	-تقدير الذات المتوسط
80- 60	-تقدير الذات المرتفع

• المقاييس الفرعية للمقياس:

الفئات	المقاييس الفرعية
19 . 18 . 15 . 13 . 12 . 10 . 7 . 4 . 3 . 1 .25 . 24 .	- الذات العامة
.21 . 14 . 8 . 5	- الذات الاجتماعية
. 22 . 20 . 16 . 11 . 9 . 6	- المنزل والوالدين
.3 . 23 . 17 . 2	- العمل

## ● ملخص:

إن الدراسة الحالية هدفت إلى معرفة دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، وقد تمت الدراسة بمستشفى بن زرجب بولاية عين تموشنت، وعلى هذا الأساس تمت صياغة فرضيات الدراسة حيث أن الفرضية العامة التي نصت على أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، إندرجت تحتها ثلاث فرضيات فرعية والتي نصت بدورها على أن للتكفل النفسي دور إيجابي على نفسية وحياة المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار، للتكفل النفسي دور في تحسين النتائج الدراسية لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار، وللتكفل النفسي دور في رفع مستوى تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين محاولي الإنتحار.

ولقد تم الإعتماد على المنهج العيادي وذلك بإستخدام أهم أدواته والتي تمثلت في: الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية نصف الموجهة، كما طبق مقياس قبلي (قبل التكفل النفسي) وبعدي (بعد التكفل النفسي) لكل من مقياس بيك Beck للإكتئاب، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث cooper smith المترجمان باللغة العربية، بالإضافة إلى إختبار رسم العائلة للويس كورمان Louis Korman. تكونت عينة الدراسة من حالتين (ذكر وأنثى)، تراوحت أعمارهم ما بين (17-21) سنة، والتي تم إختيارها بطريقة قصدية.

ولقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية إلى تأكيد كل الفرضيات الفرعية مع كلتا الحالتين، وبالتالي التوصل إلى أهم نتيجة وهي تحقيق الفرضية الرئيسية مع الحالتين عينة الدراسة حيث أن للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى المراهقين محاولي الإنتحار، وتمت مناقشتها على ضوء الدراسات السابقة.

❖ **الكلمات المفتاحية:** التكفل النفسي، الإكتئاب، المراهقة، المحاولة الإنتحارية.

## ● abstract:

The current study aimed to find out the role of psychological support in alleviating the severity of depression among adolescents attempting suicide. The study was conducted at Ben Zarjab Hospital in the state of Ain Temouchent. On this basis, the study hypotheses were formulated, as the general hypothesis stipulated that psychological support has a role in alleviating Regarding the severity of depression among adolescents who attempt suicide, three sub-hypotheses are included, which in turn stipulate that psychological support has a positive role on the psychology and life of depressed adolescents who attempt suicide. Psychological support has a role in improving the academic results of depressed adolescents who attempt suicide, and psychological support has a role in raising the level of esteem. The self among depressed adolescents attempting suicide.

The clinical approach was relied upon by using its most important tools, which were: clinical observation, semi-directed clinical interview, and a pre-scale (before psychological support) and a post-test (after psychological support) were applied for both the Beck depression scale and the Cooper Smith self-esteem scale. smith, translated into Arabic, in addition to the family drawing test by Louis Korman. The study sample consisted of two cases (a male and a female), whose ages ranged between (17-21) years, and which were chosen intentionally.

The results of the current study led to the confirmation of all sub-hypotheses with both cases, and thus reaching the most important result, which is achieving the main hypothesis with the two cases of the study sample, as psychological support has a role in alleviating the severity of depression among adolescents who attempt suicide, and it was discussed in light of previous studies.

❖ **Keywords:** psychological support, depression, adolescence, suicide attempt.