

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي و الصحة العقلية

تصور الاكتئاب لدى المراهق المسعف محاول الانتحار

دراسة عيادية لثلاث حالات بدار الطفولة المسعفة

و مركز حماية الطفولة بولاية باتنة

تحت اشراف الدكتور:

قيدوم أحمد

من اعداد الطالبة:

بسكري أسماء

السنة الجامعية: 2012-2013

مقدمة:

تعتبر الأسرة أول صورة للحياة، من خلالها ينمو احساس المراهق بالأمن والتقبل، والمراهقة المتوافقة انعكاس لحياة أسرية مستقرة خالية نسبيا من الصراعات يقوم فيها الوالدان بدور مميز في بناء شخصية المراهق من خلال معاملتهم له، و اهمالهما له و رفضه تجعله عرضة للإصابة بالأمراض النفسية.

و يؤكد علماء النفس على أن الاهمال يشعر المراهقين بفقدان الأمن، و تشعرهم بالتناقض الوجداني، و تنمي فيهم مشاعر النقص و العجز عن مواجهة مصاعب الحياة (الغامدي، 1993، ص 47) و تعودهم كبت انفعالاتهم و توجيه اللوم إلى أنفسهم، و عندما يكبرون توظف صراعات الحياة الجديدة الصراعات القديمة لديهم فتظهر العصائية و الاكتئاب. (الحقي، 1992، ص 75)

يرى بيك BECK (1997, p 26) أن الرفض و الاهمال يؤديان الى تكوين صيغة سلبية للذات تجعل الفرد يركز على جوانب الفشل ، هذه النظرة تمتد إلى العالم من حوله فيشعر بأنه غير آمن فيبالغ من شأن ما يواجهه من أحداث و يقلل من شأن قدرته على مواجهتها مما يزيد من شعوره بالعجز و عدم القيمة فيصاب بالاكتئاب.

مما سبق نخلص إلى أن نمو المراهقين السوي و الشاذ يرتبط ارتباطا شديدا بعلاقتهم بالوالدين و مدى تقبلهم أو رفضهم لهم، فإذا كانت قائمة على اشعار الأبناء بالتقبل و حسن المعاملة ينعكس هذا على صحتهم النفسية و اتجاههم نحو الحياة و الآخرين و إذا كانت قائمة على الاهمال و الرفض و الغياب فيترتب على ذلك أن يكونوا عرضة للاضطرابات النفسية و من بينها الاكتئاب، و من هنا تناولت الدراسة الحالية تصور الاكتئاب لدى المراهقين المسعفين محاولي الانتحار، لإلقاء الضوء على مدى تغير التصور من مراهق لآخر و على بعض أسباب الاكتئاب الذي يعد أحد صور التقلبات الانفعالية في هذه المرحلة من العمر، و الذي قد يجعل مسألة خضوع المراهق المسعف للعلاج النفسي أمرا لازما كحل قبل أن يزمن المرض و يعطل حياته.

اهداء

الحمد لله الذي بعونه و قدرته تم انجاز هذا العمل.....
بدوري أهديه إلى من ابتغي رضاها أعز وأغلى ما أملك في الوجود الى منبع الحب
والوفاء و العطاء أبي إلى أُمِّي لأنها ينبوع الحنان، و أقول لها يا أُمِّي بك أستطيع أن
أعرف الله و أرى الجنة.

إلى من اعتبرته القدوة الحسنة و لازلت اعتبره، إلى من له في كل مكان و زمان
ذكرى، و جفت العين لفراقه، كان في أبي منزلة أخي المرحوم مهندس الدولة في
الري عادل بسكري.

إلى إخوتي: أمين، رمزي، ليلي، سهام و وسيم و عائشة
إلى جدتي أطال الله في عمرها
وقرات عيني:

عادل، هبة الرحمان، أحمد و فادي

إلى رمز الصداقة و الأخوة و المحبة: سلمى، إلهام، سعاد، أسماء و سليم

إلى من يحملهم قلبي و تجاوزهم قلمي

دعاء

يا رب لا تدعنا نصاب بالغرور إذا نجحنا
و لا نصاب باليأس إذا فشلنا
بل ذكرنا دائما بأن الفشل
هو التجارب التي تسبق النجاح
يارب علمنا أن التسامح هو اكبر مراتب القوة
و أن الانتقام هو أول مظاهر الضعف.....
يا رب إذا جردتنا من المال اترك لنا الأمل
و إذا جردتنا من النجاح اترك لنا قوة العناد حتى نتغلب على الفشل
و إذا جردتنا من نعمة الصحة أترك لنا نعمة الإيمان
يارب أسأنا إلى الناس أعطنا شجاعة الاعتذار
و إذا أساء لنا الناس أعطنا شجاعة العفو.....
يا رب إذا نسيناك فلا تنسانا.....

الفهرس :

| الصفحة | المحتويات |
|--------|-----------------|
| أ | دعاء |
| ب | اهداء..... |
| ج | كلمة شكر..... |
| د | ملخص البحث..... |
| 1 | مقدمة..... |

الفصل الأول : المدخل النظري للدراسة:

| | |
|---|-----------------------------------|
| 2 | تمهيد..... |
| 3 | 1- أهمية الدراسة..... |
| 3 | 2- دواعي اختيار الموضوع..... |
| 3 | 3- أهداف موضوع الدراسة..... |
| 4 | 4- مشكلة الدراسة و تساؤلاتها..... |
| 5 | 5- تحديد فرضيات الدراسة..... |
| 6 | 6- دراسات سابقة حول الموضوع..... |
| 9 | 7- المفاهيم الاجرائية..... |

الفصل الثاني: دراسة التصورات

| | |
|----|------------------------|
| 12 | تمهيد |
| 13 | 1 - مفهوم التصور |
| 14 | 2- خصائص التصور..... |
| 15 | 3- مكونات التصور..... |

16 4- انواع التصور

17 5 - وظائف التصور

19 خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الاكتئاب :

21 تمهيد

23 1- مفهوم الاكتئاب وتعريفه

25 2- أعراض الاكتئاب

29 3- أسباب الاكتئاب

31 4- تصنيفات الاكتئاب

35 5- تشخيص الاكتئاب

37 6- تصنيف مقاييس الاكتئاب

38 7- مداخل علاج الاكتئاب لدى المراهقين

40 8- العلاج الطبي أو الدوائي للاكتئاب لدى المراهقين

41 خلاصة الفصل

الفصل الرابع: المراهق المسعف

43 تمهيد

44 1- تعريف المراهقة

45 2- تحديد مرحلة المراهقة

46 3- أشكال المراهقة

| | |
|----|---|
| 46 |4- لمحة تاريخية عن وضعية المراهق المسعف في الجزائر |
| 47 |5- تعريف المسعف |
| 49 |6- أصناف المسعف |
| 50 |7- المعاش النفسي للمراهق المسعف |
| 51 |8- الهوية عند المراهق المسعف |
| 51 |9 - مشكلات المراهق المسعف |
| 53 |خلاصة الفصل |

الفصل الخامس: محاولة الانتحار:

| | |
|----|--|
| 55 |تمهيد |
| 56 |1- مفهوم محاولة الانتحار |
| 58 |2-عوامل و دوافع محاولة الانتحار |
| 62 |3-أهداف محاولة الانتحار |
| |4- الوسائل المستعملة في محاولة الانتحار و الفرق بين الذكور و الإناث |
| 64 |تصنيفات الانتحار |
| 65 |خلاصة الفصل |
| 66 | |

الفصل السادس: الإطار الميداني

| | |
|----|--|
| 68 | تمهيد..... |
| 69 | 1- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة..... |
| 69 | 2- الدراسة الاستطلاعية..... |
| 70 | 3- الدراسة الأساسية..... |
| 71 | 1-3- تحديد عينة الدراسة و خصائصها..... |
| 72 | 3- 2- مجالات الدراسة..... |
| 74 | 3-3- وسائل جمع البيانات..... |
| 84 | خلاصة الفصل..... |

الفصل السابع: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

| | |
|----|---|
| 86 | تمهيد..... |
| 87 | 1- عرض و تحليل بيانات الحالات الثلاث..... |
| 87 | 1-1- الحالة الأولى..... |
| | 1-1-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية |
| | 1-1-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب |
| 91 | 2-1- الحالة الثانية..... |
| | 1-2-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية |
| | 2-2-1- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب |
| 95 | 3-1- الحالة الثالثة..... |
| | 1-3-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية |

1-3-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب

| | |
|-----|---|
| 98 |2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات..... |
| 99 |3- التوصيات..... |
| 100 |خاتمة..... |

قائمة المراجع

قائمة الجداول

الملاحق

قائمة الجداول و الأشكال

الجدول:

| العنوان | رقم الفصل و الجدول |
|--|--------------------|
| جدول يبين الفرق بين الاكتئاب العصبي و الاكتئاب الذهاني | ف3-1 |
| جدول تفسير درجات الاكتئاب | ف7-2 |
| جدول معاملات الصدق التقاربي التمييزي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب، و مقياس هاملتون لتقدير القلق و بطارية بيك للقلق | ف7-3 |
| نتائج (تا) لدرجات المجموعتين الأسوياء و المكتئبين على بطارية بيك الثانية للاكتئاب | ف7-4 |
| جدول نتائج ثبات ألفا | ف7-5 |
| جدول نتائج المراهقين المسعفين محاولي الانتحار على مقياس بيك للاكتئاب | ف8-6 |

الأشكال:

(1) شكل يلخص أهم اعراض الاكتئاب (فصل رقم 3)

كلمة شكر

نشكر الله تعالى على نعمة العلم و الإيمان.

نتقدم بالشكر و الاحترام إلى الأستاذ " قيوم أحمد " على تقبله بإشرافه على عملنا المتواضع و على كل مساعداته و توجيهاته القيمة.

كما نتقدم بالشكر إلى كل الفريق العامل بدار الطفولة المسعفة و مركز حماية الطفولة - باتنة -

و إلى كل من ساعدنا من قريب و من بعيد في انجاز عملنا المتواضع هذا.

ملخص البحث:

يتناول بحثنا موضوع تصور الاكتئاب لدى المراهق المسعف محاول الانتحار ، و قد احتوى على جانبين الجانب النظري و الجانب الميداني و ذلك للإجابة على إشكالية البحث و الفرضيات الموضوعة له .

و كانت كما يلي : هل هناك علاقة بين اقبال المراهق المسعف على الانتحار و تصوره للاكتئاب؟

و للإجابة على الإشكالية صغنا الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية:

تصور الاكتئاب لدى المراهق المسعف له علاقة بالإقبال على الانتحار.

الفرضيات الفرعية :

- ظهور السلوك الانتحاري لدى المراهق المسعف يتأثر بتصوراته للاكتئاب.
 - يختلف تصور المراهق المسعف للاكتئاب باختلاف الهدف من محاولة الانتحار.
- قسمنا البحث إلى عدة فصول : تطرقنا في الفصل الأول إلى : مدخل عام للدراسة و فيه : مقدمة البحث، اشكاليته ،فرضياته ،أهمية الدراسة ، دواعي اختيار الموضوع ،أهداف الدراسة ،دراسات سابقة حول موضوع الدراسة و المفاهيم الإجرائية له.
- اما في الفصل الثاني تناولنا مفهوم التصور و خصائصه، مكوناته ، أنواعه و وظائفه.
- أما في الفصل الثالث تعرضنا إلى مفهوم الاكتئاب و تعريفه، أعراضه ،أسبابه ،تصنيفاته ، تشخيصه، تصنيف مقاييس الاكتئاب، ثم مداخل علاج الاكتئاب لدى المراهقين و تطرقنا إلى العلاج الطبي و الدوائي لديهم.
- أما الفصل الرابع فتطرقنا: إلى تعريف المراهقة، تحديد هذه المرحلة، أشكالها، مشكلاتها و الانتحار في هذه المرحلة.
- الفصل الخامس تطرقنا فيه الى لمحة تاريخية عن وضعية المراهق المسعف في الجزائر ثم تعريفه و أصنافه، معاشه النفسي، دور الأسرة في اكساب الهوية، الهوية عند المراهق المسعف ،خصائصه و مشكلاته.

و في الفصل السادس قمنا بالتطرق للمحاولة الانتحارية من حيث مفهومها، عواملها و دوافعها، أهدافها، الوسائل المستعملة فيها و تصنيفاتها.

أما في الاطار الميداني فقد اعتمدنا على مقياس بيك للاكتئاب إضافة إلى دليل المقابلة العيادية، و للتحليل اعتمدنا على طريقة تحليل المقابلات.

و توصلنا الى النتائج التالية :

- تصورات المراهق المسعف للاكتئاب تؤثر في ظهور محاولة الانتحار
- وجود علاقة بين تصور الاكتئاب و محاولة الانتحار عند المراهق المسعف
- يختلف تصور المراهق للاكتئاب باختلاف الهدف من محاولة الإنتحار.

المراجع:

قائمة المراجع باللغة العربية:

القواميس:

- 1- ابن منظور: لسان العرب، دار اللسان، بيروت، لبنان، 1970
- 2- ابي القاسم محمود بن عمر الزمخشري، مراجعة قلاتي إ: قاموس عربي-عربي، عين مليلة، دار الهدى، 1998
- 3- لابلاتش ج و بونتاليس ج.ب، ترجمة حجازي مصطفى: معجم مصطلحات التحليل النفسي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، 1997

المجلات:

- 4- ابراهيم عبد الستار: الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة، 1998، العدد 239

الكتب:

- 5- أكرم نشأت ابراهيم: علم النفس الجنائي ، الدار الجامعية للطباعة و النشر ، بيروت ، لبنان، بدون تاريخ
- 6- الاشول عادل عز الدين: علم النفس النمو، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة 1989، 2
- 7- الدباغ فخري: الموت اختيار-دراسة نفسية اجتماعية-، موسوعة لظاهرة قتل النفس، دار الطبعة ، بيروت، 1982
- 8- توما جورج خوري: سيكولوجية الطفل و المراهق، المؤسسة الجامعية للنشر و التوزيع، بيروت، ط 2000، 1
- 9- الحافظ نوري: المراهق، دراسة سيكولوجية، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات و النشر، الطبعة 1، 1981
- 10- حامد زهران: علم نفس الطفل، عالم الكتب، القاهرة، 1988

- 11- حسين علي فايد: دراسات في الصحة النفسية، المكتبة الجماعية الحديثة، الازارطية، الاسكندرية، مصر الطبعة الاولى، 2001
- 12- فايد حسين علي: العدوان و الاكتئاب، الاسكندرية، مؤسسة جورس الدولية للنشر والتوزيع، 2004
- 13- حسين علي فايد: المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع، جامعة حلوان، القاهرة، مصر ، الطبعة الاولى، 2005
- 14- الحفني عبد المنعم: موسوعة الطب النفسي، ط1 ، القاهرة، مكتبة مدبولي، 1992.
- 15- حقي ألفت: الاضطراب النفسي، التشخيص و العلاج و الوقاية، الاسكندرية، مركز الاسكندرية للكتاب، 1995
- 16- جليل وديع شكور: العنف و الجريمة، دار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، الطبعة الاولى، 1997
- 17- الدباغ فخري: الموت اختيار، دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس، بيروت: دار الطليعة، ط2، 1986
- 18- دورون. ر و باردو. ف: موسوعة علم النفس، المجلد الثاني، بيروت، عويدات للنشر والطباعة، 1997
- 19- سميرة ابو زيد النجدي: برامج و طرق تربية الطفل ما قبل المدرسة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 1998
- 20- الشناوي محمد المحروس و آخرون: مقياس بيك، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1991
- 21- عارف محمد: الجريمة و المجتمع، نقد منهجي لتفسير السلوك الاجرامي، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، الطبعة الاولى، 1975
- 22- عبد الرحمان العيسوي: الإدمان، دار الراتب الجامعية للنشر و التوزيع، لبنان، 2000

- 23- عبد الرحمان توفيق أحمد: الاسرة في التراث الديني و الاجتماعي، دار المعارف الاسكندرية، 1995
- 24- عبد الغني الديدي: التحليل النفسي للمراهقة- ظواهر المراهقة و خفاياها-، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان، الطبعة 1، 1995
- 25- عبد المجيد منصور و زكريا احمد الشريني: الاسرة على مشارف القرن الواحد و العشرين، دار الفكر العربي للنشر و التوزيع ، القاهرة ، مصر، الطبعة الاولى
- 26- عسكر عبد الله: الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية ، 1988
- 28- علي قائمي: علم النفس و تربية الايتام، دار البلاغة للطباعة، بيروت ، 2001
- 29- غريب عبد الفتاح غريب: مقياس الاكتئاب، التعليمات و دراسات الثبات و الصدق و قوائم المعايير و الدرجات الفاصلة (1)، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية، 2000
- 30- زهران حامد عبد السلام: الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتيب، الطبعة الثالثة، 1997
- 31- قشقوش ابراهيم: سيكولوجية المراهقة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة 1، 1980
- 32- القريطي عبد المطلب: الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي، 1998
- 33- محمد اوزي: الطفل و المجتمع، مطبعة النجاح للجريدة، الدار البيضاء، الطبعة الاولى، 1988
- 34- مصطفى فهمي: علم النفس الاكلينيكي، دار الهلال، بيروت ، 1980
- 35- معن خليل العمر: الموضوعية و التحليل في البحث الاجتماعي، منشورات دار الافاق الجديدة، بيروت ، لبنان، الطبعة الاولى، 1998
- 36- معوض خليل مخائيل: سيكولوجية النمو (الطفولة و المراهقة)، الاسكندرية، دار الفكر الجامعي، الطبعة 3، 1994
- 37- منصور محمد جميل يوسف و آخرون: النمو من الطفولة الى المراهقة، جدة ، دار تهامة، الطبعة 1، 1989

38- الميلادي عبد المنعم: الامراض و الاضطرابات النفسية، الاسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 2004

39- ناجي الجيوشي: الانتحار-دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، مؤسسة الشبيبة للإعلام و الطباعة و النشر، دمشق، بدون تاريخ

40- النغيمشي عبد العزيز محمد: المراهقين، دراسة نفسية اسلامية للآباء و المعلمين و الدعاة، الرياض دار المسلم، الطبعة 2، 1994

الجرائد الرسمية:

- 41- مديرية النشاط الاجتماعي: النظام الداخلي لدور الاطفال المسعفين ، المادة 08
- 42- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: الاسعاف العمومي للطفولة، الاحد 27 ذو الحجة 1400 الموافق لـ 19/12/1976، العدد 101.
- 43- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: الثلاثاء اول جمادى الاولى 1400 الموافق لـ 15/03/1980 .

الرسائل الجامعية و البحوث:

- 44- بوصفصاف زوبير: التصور الاجتماعي عن العدوانية عند المراهقين ضحايا الارهاب، رسالة ماجستير في علم النفس الصدمي ،جامعة الاخوة منتوري، 2007-2008
- 45- الزهراني علي حسين صحفان: تشخيص الاكتئاب و العوامل المرتبطة باستخدام مقياس بيك بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى، 1992
- 46- الشافعي رجيعه و ابراهيم: المهارات الاجتماعية و التوافق الدراسي و علاقتها بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء المتغيرات، المؤتمر السنوي التاسع لمركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس، 2002 .

47- شربتجي فادية فؤاد: تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة الملك سعود، 1987

48- عيد محمد ابراهيم: دراسة مدى الاحساس بالاغتراب لدى طلاب و طالبات الفنون التشكيلية من ذوي المستويات العليا، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس 1997 .

49- الغامدي حسين عبد الفتاح: دراسة مقارنة لسمات الشخصية المميزة للجانحين و غير الجانحين بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، مكة المكرمة جامعة أم القرى، 1993

50- غازلي نعيمة: النسق الأسري و علاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2011

51- لعقاب مليكة : العوامل الاسرية و النفسية للانتحار و المحاولة الانتحارية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا جامعة الجزائر، الجزائر، 2003 .

المراجع باللغة الفرنسية:

Les Dictionnaires :

52-Block Heurette, Chemana Roland, Eric Depret, Alain Gallo, Pierre Leconte, Jean Françoise, Jaques Postel et Mourice Renchlin : La Rousse, Grand Dictionnaire De La Psychologie, 1ere Edition, 2000

53- Chamama R, Vandermersch B : Dictionnaire de la psychanalyse ,Paris, Librairie La Rousse, 1995

54- N .Sillamy : Dictionnaire de la psychologie, Paris, Bordas, 1988

Les Ouvrages :

- 55- Braconnier .A et Marcelli. D : Adolescent et psychopathologie,6eme Edition
Masson,Paris, 2004
- 56- Chabrol Henri : Les comportements suicidaires de l'adolescent,
Maduls,Paris , 1992
- 57- Farida Chabid Zidani : L'enfant hors mariage en Algérie , Edition :Enapm ,
Alger
- 58- Hachouf : Le droit de l'existence, Edition P4,Alger,1993
- 59- Harie Ranse,Le Heneze :suicide de l'adolescent, Masson ,Paris,2001
- 60- Maron .p :Le suicide ,Edition PUF, paris, 1975
- 61- Moscovici.S : Introduction à la psychologie sociale, Paris, Librairie La
Rousse,1972
- 62- Moscovici. S : Introduction à la psychologie -Sociale, Paris,P.U.F ,1976
- 63- Perron R, Perron .Borelli M : Pensée, fantasme et action, alger, edition
SARP , 1997
- 64- Piaget . J :La psychologie de l'enfant, paris, PUF, 1976
- 65- Pringney, Milech .D :Le para suicide comme syndrome ana graphique,
Psychologie Medicale,Edition Erès, 1980
- 66- Raffy A : Les psychanalystes et le développement de l'enfant, Toulouse,
Edition Erés, 2000

Les Theses et Les Recherches :

- 67-Boukhenene Salah : Représentation des missions et de fonction emmenée de
l'université chez les enseignants, thèse de présentation pour l'obtention du
diplôme de doctorat, science de l'éducation, Paris, 2004

68-William's and William's Washington : A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale, Arch- gen, Psychiatry,1988

69- Lemma Alessandra : Introduction to psychopathology, London , Cronwell press,1996

70-Monroe , A and all :Psychiatric Out – Patient Clinics For Adolescents,The Egiptian Journal Of Mental Health,1971

71 -Terhi Alto : Depressive disorders among young adults, PH.D. Thesis. National Public Health Institute, Helsinki, Finlande, 2002

72 -Beck A : Cognitive therapies, essential papers psychoanalysis, New York: USA University press , 1997

الملاحق:

دليل المقابلة العيادية:

1- المحور الاول: بيانات أولية:

أ-معلومات شخصية:

الاسم:.....

الجنس: ذكر () أنثى ()

تاريخ الميلاد:..... المكان:.....

المستوى الدراسي:.....

مكان السكن: منزل () دار الطفولة المسعفة () مركز حماية الطفولة ()

عدد الاخوة: اناث ذكور.....

ترتيب الحالة بين الاخوة:.....

ب- معلومات خاصة بالنموالنفسي الجسدي

اضطرابات مراحل النمو:.....

سوابق مرضية:.....

2- المحور الثاني: محور المعلومات الخاصة بالوالدين

هل الوالدين معروفين؟ نعم () لا ()

من هو الطرف المعروف؟.....

هل هما على قيد الحياة؟ نعم () لا ()

في حالة الاجابة بلا، من هو المتوفي؟ الاب () الام ()

هل الطرف المتبقى أعاد الزواج؟ نعم () لا ()

سن الاب:..... سن الام:.....

مهنة الاب:..... مهنة الام:.....

السوابق المرضية لكل منهما:.....
من المتكف بالحالة؟.....
مهنته:.....

المحور الثالث: حياة المفحوص العلائقية

ما هي علاقتك بأماك الكفيلة؟.....
هل لك أصدقاء؟.....
من أقرب الأشخاص اليك؟.....
تكلم لي عن تعامل الأشخاص و العمال داخل دار الطفولة
المسغة؟.....

المحور الرابع: المحاولة الانتحارية و المعاش النفسي:

هل تنام جيدا في الليل؟.....
هل ترى كوابيس؟.....
ما نوع الأغذية التي تتناولها؟.....
هل تتحكم في مشاعرك؟.....
ما هي أحاسيسك؟ و كيف تتعامل في المواقف الصعبة؟.....
صف لي حياتك و معاشك اليومي؟.....
ما هي الوسيلة المستعملة في محاولتك الانتحار؟.....
كيف كان اختيارك لوسيلة الانتحار؟.....
ماهي طبيعة الأحداث المجهدة التي سبقت الحدث؟.....
هل كان شخص ما على علم بمحاولة الانتحار قبل حدوثها او
بعدها؟.....

ماهي الاضطرابات التي أدت بك إلى محاولة الانتحار؟.....
المحور الخامس: النظرة المستقبلية:

كيف ترى حياتك بعد هذه المحاولة للانتحار؟.....

ماذا حاولت الوصول اليه من خلال هذه المحاولة؟.....

ما توصلت إليه؟.....

تكلم لي عن نظرتك المستقبلية في هذه الحياة؟.....

مقياس بيك للاكتئاب:

الاسم :

الجنس : ذكر انثى

المستوى الدراسي:

التعليمة : هذا الاستبيان يحتوي على 21 مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأ بعناية

كل مجموعة على حدة ثم اختر في كل مجموعة العبارة التي تصف أكثر كيف شعرت طوال الأسبوعين الأخيرين بما فيه اليوم، قم اذن بوضع دائرة حول الرقم الموجود أمام العبارة التي قمت باختيارها إذا وجدت في أي مجموعة عدة عبارات التي تبدو لك أنها تصف أيضا نفس ما تشعر به اختر العبارة التي تحتوي على الرقم الأكبر ثم ضع دائرة حولها، تأكد جيدا أنك اخترت عبارة واحدة من كل مجموعة بما في ذلك المجموعة رقم (16) و المجموعة رقم (18)

الحزن:

0- لا أشعر بالحزن

- 1- انا أشعر في أغلب الاحيان بالحزن
- 2 - الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما.
- 3 - أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل .

التشاؤم من المستقبل:

0- لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.

- 1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل .
- 2- أنا لا أتوقع أن تتحسن الأشياء بالنسبة لي.
- 3- أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه و أنه لا يمكن له إلا ان يندهور .

الفشل في الماضي:

- 0- لا أشعر في حياتي بالفشل
- 1- أنا فشلت كثيرا في حياتي
- 2-لما أفكر في الماضي أرى عددا كبيرا من الفشل
- 3-أشعر أنني فشلت تماما في حياتي

السخط و عدم الرضا

- 0- اشعر بالمتعة في الحياة اكثر من قبل
- 1-أشعر بالملل أغلب الوقت

- 2- لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل
- 3- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)

الإحساس بالندم أو الذنب

- 0- لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء
- 1- أشعر بأنني مذنب أحياناً
- 2- أشعر بأنني مذنب أغلب الأوقات تقريباً
- 3- أشعر بأنني مذنب دائماً

توقع العقاب

- 0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي
- 1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي
- 2- أستحق أن أعاقب
- 3- أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس

- 0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي
- 1- يخيب أمني في نفسي
- 2- لا أحب نفسي
- 3- أكره نفسي

إدانة الذات:

- 0- لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر
 - 1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي
 - 2- ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء
 - 3- ألوم نفسي على كل ما يحدث
- وجود أفكار انتحارية:
- 0- لا تتتابني أي أفكار للتخلص من نفسي
 - 1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها
 - 2- أفضل لي أن أموت
 - 3- سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة

البكاء:

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد
- 1- أبكي أكثر من المعتاد
- 2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك
- 3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

- 0 - لست منذ عجباً هذه الأيام عن أي وقت مضى
- 1 - أنزعج هذه الأيام بسهولة
- 2- أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً
- 3-لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً

فقدان الاهتمام:

- 0- لم أفقد اهتمامي بالناس
 - 1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق
 - 2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين
 - 3- فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين
- التردد وعدم الحسم:

- 0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل
- 1- أوّجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل
- 2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات
- 3- أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرّة

تغير صورة الجسم والشكل:

- 0- لأشعر بأن شكلي أسوأ من قبل .
- 1- أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنّاً وأقل جاذبية.
- 2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية
- 3 - أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة)

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

- 0 - أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل
- 1- أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
- 2- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء
- 3- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

تعديلات عادات النوم:

- 0- أنام جيداً كما تعودت
- 1-أ-انام أكثر بقليل من العادة
- 1- ب-انام أقل بقليل من العادة
- 2 -أ- انام أكثر من العادة

- 2-ب- أنام أقل من العادة
3- أ - انام تقريبا كل النهار
3-ب- انا استيقظ ساعة أو ساعتين من قبل و لا أستطيع أن أعود للنوم
التعب والقابلية للإرهاق:

- 0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد
1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل
2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئا
3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء

فقدان الشهية:

- 0- شهيتي للطعام لم تتغير
1-أ- أنا لذي أكثر شهية من العادة
1-ب- أنا لذي أكثر شهية من العادة
2-أ- أنا لذي شهية أقل بكثير من العادة
2-ب- أنا لذي شهية أكثر بكثير من العادة
3-أ- أنا ليس لذي شهية اطلاق
3-ب- أنا أريد أن أكل باستمرار

تناقص الوزن:

- 0- وزني تقريبا ثابت
1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني
2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني
3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني

تأثر الطاقة الجنسية:

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية
1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل
2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ
3- فقدت تماما رغبتني الجنسية

الانشغال على الصحة:

- 0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق
1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك
2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر
3- أصبحت مشغولاً تماما بأموري الصحية

تمهيد:

يحتل مفهوم التصورات اليوم مكانة مرموقة في البحوث التي تدرس المجتمعات، إذ تعتبر أحد مفاتيح الأنشطة الذهنية فلكل فرد تصورات خاصة و هي التصورات الفردية، التي تمثل جملة من التصورات العامة التي لا يمكن عزلها عن أفراد المجتمع الذي نعيش فيه، ويطلق عليها التصورات الاجتماعية و يعد دور كايم أول من استعمل مصطلح التصور الاجتماعي، ليأتي بعد ذلك موسكوفيسي الذي حاول احياء هذا المصطلح، و اعطاء دفعا للدراسة و الاجتهاد في المجال. و في هذا الفصل سنحاول أن نسلط الضوء على مفهوم التصور بإعطاء مفاهيمه، خصائصه، مكوناته، أنواعه و وظائفه.

1- مفهوم التصور:

أ- لغة: مصدر من تصور شيء، فتصور الفرد لشيء معناه توهم صورته و تخيله او انه اصبح لديه عنه صورة و شكل و منه فإن وضعية تصور الشيء يعني احضاره للمرة الثانية في غيابه.(الزمخشري،1998،ص46)

ب- اصطلاحاً: هو اعادة الشيء إلى الوعي مرة ثانية رغم غيابه في المجال المادي و هذا ما يجعله عملية تجريدية محضة إلى كونه عملية ادراكية فكرية، كما أن التصور له صلة بالمجرد والمحسوس.(S.Moscovici ,1972,p69)

و أضاف فرويد Freud على أنه المحتوى المجرد لفعل التفكير، و يسجل في اللاشعور و ما قبل الشعور تحت شكل نظام ذاكري.(R. Chemama,B.Vandermesch,1995,p55)

و حسب Sillamy (1988) إن التصور هو اعادة احضار الشيء إلى العقل هو ليس مجرد صورة بسيطة للواقع، بل هو بناء نشاط فعلي لإعادة بناء و توجيه السلوك.

(N.Sillamy,1988,p 86)

فالصورة العقلية حسب ر.دورون و ف.بارو (1997) هي تصور داخلي مبني لشيء أو لحدث ادرك سابقاً من قبل الفرد ، و الجسم يحتفظ من تفاعلاته مع الوسط بآثار داخلية مؤقتة أو دائمة.(دورون. ر و باردو. ف،1997،ص43)

و قد يرى Piaget (1976) أنها امتداد للإدراك و وسيلة للفكر، أما إذا كانت ممتدة بدون إدراك فتصبح داخلية منذ الميلاد إلى غاية ما نلاحظه في المرحلة الحس-حركية، وتشبه بداية ظهور الوظيفة السميولوجية.

فالوظيفة الرمزية تبدأ في نهاية السنة الأولى بإدخال الطفل نظاماً للتصور بواسطة الإشارات الخارجية تضاف إلى الصور العقلية، عندها يصبح الفرد مزوداً بنظام ترميز مزدوج.

(Piaget . J , 1976,p 85)

إن التفكير بدون صور يمكن عن طريقه تخيل موضوع، لكن تواجهه يختلف عن الصورة ذاتها و بهذا يولد تفكيراً قريباً من الترميز، و كنا أنه ميكانيزم هام يستعمل من قبل الطفل أثناء النمو المعرفي، ليسمح بتفسير الأحداث التي تجري في محيطه الخارجي، انطلاقاً من أفعاله و خبراته الداخلية السابقة و يعتبر أيضاً وسيلة هامة من وسائل الاتصال و يتميز بميزات و خصائص.

2- خصائص التصور:

حسب Moscovici (1972, p68) أنه يتميز بخصائص هي :

2-1- التصور عملية ادراكية و فكرية: لما كان الإدراك عملية ذات منشأ حسي، وكانت العملية الفكرية ذات طابع تجريدي، فإن التصور يعتبر عملية ذات طابع مزدوج.

إن التصور يشمل العملية الإدراكية بحيث يبحث لاستعادة هذا الموضوع و جعله محسوسا، كما يشمل العملية الفكرية من حيث أن شروط ظهوره هو إزالة الموضوع الحقيقي، فيمكن القول أن التصور يسمح بالمرور من الدائرة الحسية إلى الدائرة الفكرية. (م.أوزي، 1988، ص70-71)

2-2- التصور عملية بنائية: فالتصور ليس مجرد عملية تكرار أو إعادة إنتاج سلبي للموضوع، بل هو عملية بناء ذهني لعناصر المحيط أين يتم السلوك، فالفرد عندما يستدخل موضوعا معيناً على المستوى الذاتي فإنه يربطه بمواضيع مجردة من قبل الدائرة الفكرية، فينزع منه بعض الخصائص ويضيف له أخرى بمعنى أن التصور شيء جديد يضاف وموجود.

إن التصور في علم النفس (maache, kouira, Chorfi, 2002, p5) يأخذ عدة مفاهيم خاصة

بعلم النفس الاجتماعي الذي يختلف مفهومه عن ما يعرف في الميدان التحليلي، و هذا الاستعمال المتداول لهذا المصطلح راجع إلى عمقه، و بالتالي فإن التصور حسب المعنى النفسي و التحليلي يأخذ مفهوما جوهريا في الاقتصاد النفسي.

و منه فإن كل تصور ذاتي للموضوع هو ذلك الجانب المحتفظ به أو ألم دون في الأنظمة الذاكرية، و في النهاية لا يطلق عليه إلا اسم الأثر الذاكري أي على الانطباع الخفيف الذي لا يزال على صلة تشابه مع الشيء. و لذلك فإن ما نتذكرها كما هي، لأنها خضعت للكبت وقمعت العاطفة المصاحبة له، و ما نتذكره عنه عبارة عن تصورات ذات انطباع مشابه له هذا هو الأثر الذاكري، و حسب فرويد الذي اعتبره كعامل للموضوع المرئي يبقى حتى حين غيابه، و يقول أن التصور " هو توظيف الأثر الذاكري، إذا كان بشكل ضمني " (لابلانث ج و بونتاليس ج.ب، 1997، ص154) و يقول أيضا أن التصور هو استحضار الموضوع في غيابه، فإنه يحدد بصورة يشكلها في الفضاء الداخلي الذي يسمى الفضاء التصوري الذي يختلف عن الفضاء الخارجي من خلال ادراكاته فالتعارض ما بين داخلي وخارجي يكون رئيسيا لفهم التصور. (Perron R, Perron .Borelli M , 1997, p 66)

إن التصور في المفهوم الفرويدي يقترب من نصوصه المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بنظام الإدراك، نظام الذاكرة و الآثار الذاكرية هذا ما عقد الأمور بالنسبة لفرويد، و وضع خصوصية ثانية له حسب ما يتعلق بالوظيفة النفسية و هي الممثل النزوي، الذي يعتبر كتعبير للنزوة من خلال الجهاز النفسي، و ما يسمح باستثمار الموضوع بواسطة توظيف التصور و بذلك يمنح معنيين له:

- معنى عمودي يتوقف على تكرار داخلي للواقع، الذي يحدد من طرف ادراك العالم الخارجي.

- معنى افقي و يتعلق الامر بتحويل داخلي الى الجهاز النفسي، ما يعطيه معنى من خلال أنظمة ذاكرية و استثماره نفسياً.

فالتصور يعطي رد داخلي لموضوع مادي مدرك و موجود في العالم الخارجي، ويفترض بذلك اختلاف الانا عن الآخرين، فيولد التصور من الاشباع الهلوسي للرغبة و الاحباط، فهو متعلق من جهة بالموضوع الداخلي (لبيقى لاشعوريا)، من جهة أخرى بالموضوع الخارجي المدرك من العالم الخارجي، و بذلك يعتبر كمقدمة للرغبة و محركاً لتطور كل الوظائف النفسية البعدية.

3- مكونات التصور:

لقد أشار Cedol إلى الصعوبة الموجهة في تعريف دقيق للعناصر المكونة للبناءات

المعرفية للتصور إذ نجد معظم المختصين في دراسة محتوى التصور يتبعون فرضية Moscovici في وجود ثلاثة أبعاد يتم من خلالها تحليل محتوى التصور و هي: المعلومات، المواقف، حقل التصور.

3-1- المعلومات: مجموعة المعارف المكتسبة حول موضوع معين و التي اكتسبها الفرد من محيطه الاجتماعي عن طريق تجارب شخصية، وسائل إعلامية أو عن طريق احتكاك مع الآخرين.

3-2- الموقف: هو الجانب المعياري للتصور و يعبر عنه من خلال استجابة عاطفية و انفعالية اتجاه سلبي أو ايجابي لفكرة أو موضوع.

3-3- حقل التصور: يعبر عنه Moscovici على أنه ادخال المعلومات و ترجمتها كمقابل

للصورة إذ يرجعه الى المظهر الصوري و لكن في بناء دال هذا من خلال استدخال المعلومات التي بحوزة الفرد و ترجمتها و يقول في هذا الصدد "هناك حقل تصوري أين توجد وحدة مرئية من العناصر"

و حقل التصور مهم في دراسة التصور لأنه يعبر عن الواقع النفسي المعقد الذي يظهر ككل موحد و يميز هذا الواقع من خلال درجة التجديد في التصور و بنائه و تنظيمه و يعبر عنه Moscovici بأنه مجموعة من الآراء المنظمة. (Moscovici. S ,1976,p45-68)

4- أنواع التصور:

يميز فرويد نوعين من التصورات البصرية منها أساسا و التي تشتق من الشيء، والسمعية منها أساسا و التي تشتق من الكلمة، حيث يميز ارتباط تصور الشيء عن تصور الكلمة المقابلة له في نظام ما قبل الشعور خلافا عن نظام اللاشعور الذي يدرك إلا تصور الشيء.

(لابلانج ج و بونتاليس ج.ب ،1997، ص166)

4-1- تصور الشيء: إن لم يتلخص تصور الشيء في توظيف ينصب على الصور الذاكرية المباشرة للشيء، فهو يتلخص على الأقل في توظيف ينصب على الآثار الذاكرية الأكثر بعدا و المشتقة من الصور، حسب فرويد 1900 م في كتابه تأويل الأحلام، لذلك يستدعي الأمر أولا أن يتم تمييز التصور عن الأثر الذاكري، فهو يعيد توظيفه و بذلك فهو ليس مجرد تسجيل لحادث في حياة الفرد فقط، و لا يجب كذلك أن نأخذ تصور الشيء و كأنه شبيه عقلي لمجمل الشيء، لأن التصور يكون حاضرا في مختلف الأنظمة أو المركبات الترابطية تبعا لعدة تصورات لنفس الشيء.

(لابلانج ج و بونتاليس ج.ب ،1997، ص168)

كما يتميز الشيء حسب J.Lacan الذي عرف عن طريق النداعي صعب الاسترجاع

الذي يكون عن طريق المقاربة، بأن الاحداث الصدمية الرئيسية لا يتذكرها الانسان إذا تعرض لحادث جديد شبيه به، و لكنه يتذكر كل الأحداث الجانبية الاخرى المصاحبة لذلك دون تذكره هو بالتدقيق، ما يسمح بنشاط الـ Métonymies بين المدلول و الآخر (Raffy A , 2000, p 95) . إن أغلب تصورات الشيء تكون لاشعورية و تظهر في الأحلام.

4-2- تصور الكلمة: هو مفهوم يربط بين النطق و الشعور بالظاهرة، إن الأثر الذاكري يمكن أن يكتسب مؤشر النوعية الخاص بالشعور من خلال ارتباطها بصورة لفظية، و لا تختزل هذه التصورات على السمع فهي تفوقه إلى أجهزة حسية أخرى.

و لقد بين فرويد أن تصورات الكلمة تتعامل في الفصام و كأنها تصورات الأشياء، و أنها تخضع الى مبدأ العمليات الأولية و الى نفس آليات الحلم و هي بذلك ليس تعبيراً عن الأفكار، و هكذا نرى ان تصور الشيء و تصور الكلمة لا يدلان على نفس الأثر.

(لابلانج ج و بونتاليس ج.ب ، 1997، ص170)

كما تتميز تصورات الكلمة بسهولة الاسترجاع و غالباً ما تكون مصحوبة بحالة عاطفية، ومعناه حسب J.Lacan ان هذا ما يسمى بالتداعي عن طريق التشابه أي تشابه الدال، الحدث الجديد مع الحدث الصدمي السابق و ذلك من خلال الاستعارة La Métaphore

بين الدال و الاحداث الجديدة الاخرى على اساس التشابه فيما بينها. (Raffy A, 2000, P 102)

5- وظائف التصور:

و هناك أربعة وظائف يقوم بها التصور:

5-1- وظائف معرفية:

كما يقول " Moscovici " تسمح التصورات بفهم و شرح الواقع ، و هي تمكن الأشخاص من اكتساب المعارف و ادماجها في إطار مفهوم منسجم مع نشاطه المعرفي و القيم التي يؤمنون بها و من ناحية أخرى تسهل التصورات الاتصال الاجتماعي فهي تحدد الاطار المرجعي المشترك الذي يسمح بالتبادل الاجتماعي.

5-2- وظائف الهوية:

فالتصورات تحدد الهوية و تسمح بالحفاظ على الوظائف المعرفية للفهم و التفسير، كما أنها تساعد الافراد على التمرکز في الحقل الاجتماعي، إن التصورات للجماعة التي ينتمي إليها الفرد تقدر بطريقة ايجابية مميزات الجماعة و سلوكياتها بهدف الحفاظ على الصور الايجابية بهذه الجماعة.

5-3- وظائف توجيهية:

فهي توجه السلوكات و الممارسات ،إن عملية التعرف القبلي على الواقع المتمثل في التصورات الاجتماعية يعتبر دليل لعمل ما و تنتج عنه ثلاث عوامل اساسية يتدخل التصور في التعريف بالتصور في تحديد الوضعية و بهذه الصورة تحدد نوع العلاقات بالنسبة للعمل و المنهج المعرفي الذي يستعمل.

4-5- وظائف تبريرية: فهي تبرر المواقف و السلوكات و رأينا كيف يتدخل التصور قبل أي عمل لكنه يتدخل أيضا بعده فهي تسمح للفرد أن يفسر و يبرر مواقفه في الوضعية أو اتجاه الآخرين و يشرح السلوك و يفسره و يحاول تبريره . (Boukhenene . S, 2004, p 13-14)

خلاصة الفصل:

إن التصورات ليست مجرد عملية بسيطة لإعادة الواقع، وإنما على العكس فهي معقدة جدا وذلك لإحتوائها على سيرورات عقلية كثيرة تدخل في بناءها مما تجعل تحديدها صعبا، و كذلك الاهتمام بها أكثر فالتصورات تشكل العلاقة بين الأفراد و المواضيع كما قلنا سابقا. و باعتبار أن كل تصور ينشأ داخل نسيج من العلاقات و التفاعلات و الاتصالات التي تربط الفرد بالمجتمع فإن تصور هذا الفرد لأي عنصر من محيطه الاجتماعي الثقافي لا يكون دون توسط هذه العلاقة الاجتماعية التي تمنحه مميزات خاصة توجب عليه بعض عناصر الموضوع الذي يتصوره وعزل البعض الآخر.

تمهيد:

و يبدو لنا من خلال الاطلاع على بعض الدراسات السابقة في اطار موضوع الدراسة أنالاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بنفس القدر من الاهتمام الذي حظيت ومازالت تحظى به دراسة الاكتئاب لدى الراشدين حيث لم يتم دراسة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بصورة كبيرة إلا مع بدايات العقد الثامن من القرن العشرين عندما ظهرت شواهد كثيرة تفيد زيادة انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين ومن هنا أصبحت دراسة الاكتئاب لدى هذه الفئة محل اهتمام كبير بين النفسية والطب النفسي وعلم النفس العيادية وغيره من التخصصات الأخرى.

يمثل الاكتئاب واحدا من الأنماط الرئيسية الأربعة المكونة لما يعرف بالاضطرابات أو المتلازمات المرضية الداخلية التي تتمثل بالإضافة إلى الاكتئاب،القلق،الانسحاب الاجتماعي الشكوي البدنية والجسمية وتشكل الاضطرابات الداخلية نمطا أو مجالا فرعيا رئيسيا للمشكلات الانفعالية والسلوكية.

وتشير الاضطرابات الداخلية Internalizing إلى أن المشكلات (المشكلات الانفعالية والسلوكية) تنشأ وتستمر إلى مدى بعيد داخل الفرد وتجعل هذه الحقيقة الكشف عن أعراض هذه المشكلات صعبا خاصة إذا اعتمد في الكشف عنها فقط على الملاحظات المباشرة.وبالتالي تتطلب عملية كشف و تشخيص هذه المشكلات الانفعالية والسلوكية تقييمات نفسية عميقة تركز بالأساس على كشف و رصد مشاعر وانفعالات الفرد اتجاه نفسه واتجاه الآخرين،رؤيته لذاته أو تقديره لذاته،مفهومه عن ذاته،والطريقة التي يفكر بها في ذاته والبيئة المحيطة وبالجملة مجموع أفكاره،معتقداته،مشاعره،اتجاهه نحو نفسه ونحو العالم من حوله خاصة عالم الخبرة الخ.وقد يعاني الطفل أو المراهق من شكل معين أشكال الاضطرابات أو المتلازمات المرضية الداخلية كالاكتئاب أو القلق أو الانسحاب...الخ، أو الشكوي الجسدية بصورة منفردة إلا أنه من الشائع أن يقترن شكلين أو أكثر من هذه الأشكال معا فعادة مايقترن الاكتئاب بالشكوي البدنية وبالانسحاب الاجتماعي

وبسيطرة حالة من الكدر والضيق الانفعالي العام على المبتلى به.

(ابراهيم عبد الستار، 1987، ص15)

ويوجد في الحقيقة تداخل كبير بين مختلف الأعراض الخاصة بهذه المتلازمات المرضية، ومن الممكن أن يظهر الأطفال و المراهقين أيضا كل من اضطرابات المسلك الخطيرة أو النشاط الحركي الزائد(مثل الميل إلى العراك و الشجار، السرقة، وعدم الانتباه)

وأعراض المتلازمات المرضية الداخلية مثل القلق والاكتئاب في نفس الوقت. ومع ذلك تعتبر الاضطرابات الداخلية موضع ضبط أو تحكم زائد من قبل المصاب بها، بمعنى أن الفرد الذي يعاني من الأعراض المرضية لهذه الاضطرابات يحاول ممارسة مستوى مرتفع من التحكم أو السيطرة أو الضبط غير السوي على انفعالاته سلوكياته، وعلى عمليات التفكير ويعد السلوك العدواني وغيره من مشكلات المسلك أو التصرف على الجانب الآخر غير مسيطر عليه أو يصعب السيطرة عليه أو ضبطه بمعنى أنه لا يوجد لدى الفرد ذو السلوك العدواني أو ذو مشكلات المسلك أو التصرف الإستراتيجيات الكافية لضبط أو تنظيم سلوكياته ووجدانه ومعارفه.

1- مفهوم الاكتئاب وتعريفه:

يوصف الاكتئاب بأنه حالة مزاجية وليس بالضرورة حالة باثولوجية. أو عرضاً أو مجموعة أعراض متشابكة (عيد، 1997، ص201)

ويعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد ويتسم بالشعور بالإحباط و الفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة وبذلك فإن الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح اكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبها بأي تغيير في حياتنا سواء تأثر بسيط أو شديد، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد اتجاه نفس هذه الأحداث ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية . (Lemma, 1996, p77)

ويعرف زهران (1997) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لايعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1997، ص514)

ويرى القريطي أن الاكتئاب هو حالة من الشحن المتواصل و الحزن المستمر لايدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة، وأحداث مؤثرة انفعاليا قد مرت به وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالإعياء من أقل مجهود وبالقلق وعدم الارتياح (القريطي، 1998، ص141)

تشمل اضطرابات الشهية، وصعوبة التفكير و تغير الوزن اضطراب النوم، زيادة النشاط الحركي، أو نقصه ونقص الطاقة والشعور بفقد القيمة أو الإحساس بالذنب الشديد غير المناسب وصعوبة التركيز

وتكرار فكرة الموت، أو أفكار أو محاولات انتحارية وهذا الاضطراب ليس تفاعلا طبيعيا فقد شخص عزيز كما أنه ليس حالة اضطراب ذهاني مؤقت (حمودة، 1990، ص 350)

ويعرف انجرام (Ingram) الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، وتسمى ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى . (فايد، 2004، ص 60)

و نستخلص أن الاكتئاب حالة مزاجية قد ترتبط على المثال بأحداث محزنة و احباطات هو في حد ذاته شائع لدى كل شخص ،ولكن تتفاوت حدته وأعراضه من شخص إلى آخر .

و قد يظهر كعرض خاص في الاضطرابات العقلية والجسمية الشائعة كجزء من متلازمة يمكن قياسها بواسطة مقياس تقدير الاكتئاب Depression Rating Scales، أو التشخيص الإكلينيكي Diagnostics Clinical في ضوء الأنظمة التصنيفية والتشخيصية المختلفة مثل التشخيص في ضوء البحث النفسي المعاصر طبقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV.

(Terhi , 2002 , P 21)

ويرى عيد أن الاكتئاب سواء كان تعبيرا عن حالة مزاجية أم عرضا للوجود الإنساني فإنه تعبير عن فقدان الموضوع المحبوب ،ومن ثمة الشعور بخيبة أمل والانهيار وفقدان تقدير الذات وتوكيدها

(عيد، 1997، ص 87)، وهو بذلك يتفق مع ما قاله عبد الله عسكر الذي اعتبر الاكتئاب فقدان الموضوع ،هذا الموضوع الذي يمثل قيمة معينة بالنسبة للذات (ماديا كان أم معنويا).

(عسكر، 1998، ص 21)

ويعرف بيك الاكتئاب أنه أحد الاضطرابات الوجدانية و يتسم بخمسة عناصر أساسية :

- * أولا التقلب المزاجي الذي يشمل الحزن و الشعور بالوحدة والذنب.
- * ثانيا مفاهيم خاصة عن الذات تشمل لوم الذات، انخفاض تقدير الذات .
- * ثالثا رغبات عدوانية و عقابية للذات تشمل الرغبة في العزلة و الموت.
- * رابعا تغيرات جسمية تشمل الأرق، فقدان الشهية، ونقص الطاقة الحيوية

* خامسا تغير في مستوى النشاط و يشمل القصور، و البطئ. (Beck,1997,p6)

و يعرف رجيعة و الشافعي الاكتئاب تعريفا اجرائيا على أنه ارتفاع في الدرجة على مقياس الاكتئاب و التي تدل على توافر بعض الأعراض أو أغلبها الشعور العام بعدم الاستمتاع ، القلق التشاؤمي، كراهية الذات و تخطيئها، الأفكار الانتحارية، البكاء، انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، انخفاض الاهتمام...الخ، التردد، تصور سالب للجسم، انخفاض في الدافعية للعمل أو الدراسة، اضطراب النوم، الشعور بالإجهاد، انخفاض الشهية انشغالات عضوية جسمية ،الشعور بالوحدة.(رجيعة و الشافعي ،2002،ص 295)

من خلال كل هذه التعاريف يمكن القول أن الاكتئاب مصطلح متعدد المعاني و الأنواع حيث يستخدم أحيانا لوصف انفعالات الشخصية مثل الحزن والبؤس و في أحيان أخرى يقصد به جانبا يتضمن مجموعة أعراض عصابية و يعرف أيضا على انه عصابي و ذهاني على حد سواء، وهناك من يرون الاكتئاب على أنه أعراض تتجمع معا لتمثيل (الحزن والاضطرابات الجسمية و المفهوم السلبي عن الذات)

إلا أنه يمكن صياغة تعريف اجرائيا محددًا للاكتئاب يمكن من خلاله تحديد و قياس الاكتئاب سواء كان على المستوى العصبي أو الذهني و هو اضطراب وجداني يتمثل في ارتفاع الدرجة على مقياس الاكتئاب التي تدل على توافر بعض هذه الأعراض أو أغلبها الشعور بالحزن، الفراغ و النقص الملحوظ في الاهتمامات أو فقد الاستمتاع بأغلب الأنشطة اليومية و فقد ملحوظ للوزن نتيجة فقدان الشهية الأرق أو صعوبة النوم و الإجهاد و فقد الطاقة مشاعر عدم القيمة أو الشعور بالذنب نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرار الأفكار الانتحارية

2- أعراض الاكتئاب :

يتفق كل من زهران (1997) وعكاشة (1998) وفايد (2000) في تقسيم أعراض الاكتئاب الإكلينيكية إلى أربع فئات أساسية هي :

2-1- الأعراض المزاجية:

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للإضطرابات الوجدانية، مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم، تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.

2-2- الأعراض الفيزيولوجية : تتواجد الأعراض الأربعة التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين:

- * فقدان الشهية والوزن: من الممكن أن يحدث العكس فيزيد الوزن وتزداد الشهية
- * الإمساك constipation: حيث يعاني الفرد من عدم حركة الأمعاء قد تستمر لعدة أيام.
- * اضطراب النوم trouble de sommeil: وتتمثل في صعوبة النوم العميق وكذلك الاستيقاظ المبكر، والأرق أثناء الليل والكوابيس أثناء النوم والتعب أثناء النهار، الفزع أثناء النوم بالليل، والبعض الآخر قد يحدث لديهم العكس فتكون لديهم فرط النوم hypersomnie أو النوم العميق .

* اضطراب الدورة الشهرية لدى الفتيات وعدم انتظامها.

2-3- الأعراض المعرفية:

وتشير الى مدى قدرة الأفراد على التركيز، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم أين نظر ستروجمان strongerman للاكتئاب على أنه متضمنا خمس مجموعات من السمات، وهن مزاج حزين، مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين ، فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية تغير في مستوى النشاط، عادة ما يتجه إلى الكسل وأحيانا يأخذ شكل الاستشارة.(عسكر،1998،ص152)

2-4- الأعراض السلوكية:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالبا ما يكون مؤشرا على وجود الاكتئاب من عدمه، فمن الممكن أن تكون ملابس الفرد قذرة وسيئة، واتساح الشعر وعدم نظافته الشخصية مؤشرا على ذلك، وكذلك الكسل الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة وكذلك الكلام وبطئه واستجابة الفرد بجمل بسيطة وهذا البطء في حركة الجسم والتعبير والاستجابات تسمى بالتأخر النفس

حركي le retard Psychomoteur، هذا بالإضافة الى انسحاب الاجتماعي ونقص الانتاجية في حين يسرد بيك BECK الأعراض الاكتئابية في 21 عرض هي:

- الحزن
- التشاؤم
- الشعور بالفشل
- نقص الرضا
- الذنب
- الاحساس بالعقاب
- كره الذات
- اتهام الذات
- رغبات انتحارية
- نوبات البكاء
- التهيج
- الانسحاب الاجتماعي
- التردد
- تغير صورة الجسم
- صعوبة العمل
- الأرق
- سرعة التعب
- فقد الشهية
- فقد الوزن
- الانشغال الجسمي
- فقد الليبدو (BECK,1997,p40)

وتستعرض رابطة الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية فهي دليلها التشخيصي الاحصائي (DSM IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي :

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط
- التأخر النفسي الحركي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتملل...)
- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة .
- تناقص الطاقة مع العور بالإجهاد .
- الاحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز مثل : التبدل الفكري والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك.
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتا مع محاولات الانتحار. (عسكر، 1988، ص 33)

ويمثل الشكل (1) تلخيصاً لأهم أعراض الاكتئاب ، كما وصفه القريطي: (القريطي، 1998، ص 392)

أعراض الاكتئاب les symptômes de la dépression



الأعراض الجسمية:

فقد الوزن - الأرق -
سرعة التعب - الألم
في الظهر .

الأعراض الاجتماعية:

الجمود - صعوبات
العمل - صعوبة بدء
في العلاقات الاجتماعية

الأعراض المعرفية:

صعوبة التركيز -
صعوبة التذكر -
الأفكار الخاطئة حول
الذات و الآخرين .

الأعراض الوجدانية:

الحزن - اليأس -
التشاؤم - إتهام الذات
- السب - عدم
الرضا.

الشكل (1): ملخص أهم أعراض الاكتئاب

وتجدر الإشارة في هذا الصدد الى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد الى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الذات ويحيى عند البعض الآخر مختلطا مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينهما ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس، وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية وجسمية أخرى. (ابراهيم 1998 ، ص 16)

3- أسباب الاكتئاب :

يرجع الميلادي أسباب الاكتئاب الى ثلاثة عوامل أساسية هي :

3-1- الأسباب البيولوجية :

أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في الميراث العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل الالسيروتونين هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما تثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات وقد وجد أن هناك خلايا في افراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب وقد يؤدي هذا الاختلال الى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية، أيضا اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية ، هذا الاختلال يكون في أغلبية من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي .

وقد أثبت الباحثون أن هناك خلايا في الجهاز المناعي لدى مرضى الاكتئاب أو يرى من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق أو رفيق و ربما كان هذا كخلل الجهاز المناعي نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة وهناك احتمال أقل من أن خلل الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي .

* العوامل الوراثية :

توضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دورا مؤثرا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب .

و قد وجد حوالي 50 % من الحالات الإضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه فإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 25 – 30 % أما إذا كان الوالدان مصابان بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60 % .

* ضغوط الحياة و العوامل النفسية :

أثبتت الدراسات و المشاهدات الإكلينيكية أن هناك أحداثا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لإضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الإحتمال في كون الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمدة في الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية و تغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الإكتئاب .

وقد اختلف الأطباء على مدى تأثير الحياة و ظروفها، فالبعض يرى أنها تلعب دور رئيسي و البعض الآخر يرى أن لها دورا محددًا في حدوث المرض. (الميلادي، 2004، ص65)

3-2- الأسباب النفسية :

و يركز زهران على الأسباب النفسية للإكتئاب، و يعتبر أن العوامل الوراثية المهيئة تلك دورها ضئيل في حدوث الإكتئاب و من الأسباب النفسية هي :

-التوتر الإنفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق ...) و الإنهزام أمام هذه الشدائد.

- الحرمان و فقد الحب و المساندة العاطفية و فقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة حيوية و الفقر الشديد.

- الصراعات اللاشعورية

- الإحباط و الفشل و خيبة الأمل و الكبت و القلق.

- ضعف الأنا الأعلى و اتهام الذات و الشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق و العنوسة .

- الخبرات الصادمة و التفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات .

- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة و التسلط و الإهمال... إلخ)

- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك و بين مفهوم الذات المثالي .

- سوء التوافق و يكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب و وجود الكره و العدوان و المكبوت، ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج و يتجه نحو الذات، حتى قد يظهر في شكل محاولة الانتحار.

- إن نوبات الاكتئاب تترسب بفقد موضوع الحب الذي يحفز نكوص الأنا إلى المرحلة الفمية السادية بسبب التثبيت الطفولة المبكرة .

- تبدأ الإكتنابات بازدياد الحاجات النرجسية (الشعور أنه ما من أحد يحبني) ولكن سرعان ما تنقلب هذه العدوانية إزاء الموضوعات المحيطة إلى عدوانية ضد أنا المريض و تظهر كراهية الذات في صورة الشعور بالإثم أي تنقلب الأنا العليا ضد الأنا. (زهران، 1997، ص 515)

4- تصنيفات الاكتئاب :

توجد العديد من التصنيفات المختلفة للاكتئاب ويرجع هذا الاختلاف والتباين الى اختلاف التوجهات النظرية للعلماء وهناك من ينظر الى الاكتئاب في ضوء شدته الى ثلاث مستويات: بسيط – متوسط – شديد

وهناك من ينظر ويصنف الاكتئاب في ضوء النظرية المزدوجة الذي يفترض أنه يوجد نمطان للاكتئاب أحدهما عكس الآخر .

يصنف زهران الاكتئاب الى أنواع كثيرة ومتباينة وهي :

- الاكتئاب الخفيف وهو أخف صور الاكتئاب
- الاكتئاب البسيط وهو أبسط صور الاكتئاب
- الاكتئاب الحاد وهو أشد صور الاكتئاب
- الاكتئاب المزمن وهو دائم وليس في مناسبة فقط
- الاكتئاب التفاعلي (الموقف) وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى

- الاكتئاب الشرطي وهو اكتئاب يرجع الى خبرة صادمة يعود الى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو لخبرة سابقة.
- الاكتئاب العصابي
- الاكتئاب النهائي(الزهران ، 1997 ، ص514)

الفرق بينهما ، وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أو هام وهذات الخاطئة.

ويمكن تصنيف الاكتئاب بنظرة مزدوجة الى :

1-4 - الاكتئاب العادي والإكلينيكي الفرعي :

ويشير الاكتئاب العادي الى تقلبات المزاج التي يعيشها كل فرد ، ويعبر عنها عادة كمشاعر الحزن والاكتئاب يرادف بصفة عامة الاكتئاب الذي ينظر إليه كحالة عارضة ، وتوجد جميع أعراض الاكتئاب في الاكتئاب العادي فيما عدا المزاج الحزين ويطلق الباحثون على هذا النوع من الاكتئاب مفهوم الاكتئاب الاستجابي وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى.

أما الاكتئاب الاكلينيكي الفرعي : وهو شكل أكثر شدة من الاكتئاب العادي الذي لا يشمل مزاجا حزينا، بالرغم من أن أي نمط من الأعراض قد يحدث الا أنه أكثر من أربعة أعراض من الأعراض التسعة الواردة :

- المزاج الحزين أغلب اليوم ، تقريبا كل يوم .
- انخفاض ملحوظ في الاهتمام والسعادة في كل شيء وفي الأنشطة في أغلب اليوم، تقريبا كل يوم
- زيادة أو نقص ملحوظ في الوزن دون عمل رجين، من ناحية أخرى نقص أو زيادة حادة في الشهية تقريبا كل يوم.
- أرق أو أرق مفرط .
- الهبوط أو التهيج النفسحركي تقريبا كل يوم .
- مشاعر عدم القيمة والشعور المفرط غير الملائم بالذنب.

- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز.

- تجدد الأفكار عن الموت أو محاولة الانتحار (فايد، 2004، ص 67-69)

أما الاكتئاب الإكلينيكي فهو على النقيض من الاكتئاب العادي أما الاكتئاب الفرعي حيث يشير الاكتئاب الإكلينيكي الى اكتئاب شديد الى حد يتطلب التدخل والعلاج طبقا لمعايير التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III-R) ، فلا بد أن تتوافر في الاكتئاب الإكلينيكي خمسة أعراض على الأقل من الأعراض العشرة السابقة ، على أن تستمر تلك الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل (DSM-IV) ، ويتسم الاكتئاب الإكلينيكي بثلاث سمات وهي :

- أن يكون أكثر حدة
- أن يستمر لفترات طويلة
- أن يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة .

إن ما تثيره من أسباب تكون غير واضحة أو متميزة بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الأشخاص. (ابراهيم، 1998، ص 117)

4-2- الاكتئاب أحادي القطبية والاكتئاب ثنائي القطبية :

أما الاضطراب أحادي القطبية UNIPOLAR DISORDER فيشير الاكتئاب أحادي القطبية الى اضطراب يتسم بوجود نوبة اكتئاب جسيمة واحدة ، ولا وجود لنوبات هوس إطلاقاً أو نوبات مختلطة أو هوس خفيف وليس سببها فصام وجداني ، وليست حالة تالية لفصام أو اضطراب ذهاني غير منصف في مكان آخر ، وبشرط أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل ، وتتضمن خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التسعة المتضمنة في جدول (1) في كتيب التشخيص الإحصائي الثالث.

الاكتئاب ثنائي القطب: هو حالة من الاكتئاب عكس الاكتئاب أحادي القطب حيث يتسم بحدوث نوبة أو أكثر من الهوس، حيث تتناول نوبات المرح والنشاط الزائد مع وجود نفس أعراض أحادي القطب ولكن يعقبها فترة زمنية يعود فيها المريض إلى حالته الطبيعية تماما شهر أو سنة أو عدة سنوات يصاب بنوبة حادة أو تحت الحاد، ثم يعود لحالته الطبيعية ثم تعاوده نوبة اكتئاب ونوبة مرح وهكذا .

(الميلادي، 2004، ص 78).

الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي:

الفرق بينهما يكمن في الدرجة، حيث ان الاضطراب الاكتئابي العصابي هو درجة خفيفة واسط من الاكتئاب الذهاني الذي يتسم بأنه أكثر تطرفا من الاكتئاب العصابي .

- الاكتئاب الذهاني: هذا التصنيف يتسم بأنه اضطراب مصحوب بأعراض ذهانية وهلاوس وبالرغبة في الموت وتظهر لديه أعراض مثل الشعور بالاوهام وتضخيم المشكلات... الخ
- الاكتئاب العصابي: وهو يشير إلى اضطراب غير مصحوب بالهلاوس والهداءات ويطلق عليه أحيانا (الاكتئاب الاستجابي) حيث تسيطر على المريض حالة من الهم والحزن، وعدم الاستمتاع بمباهج الدنيا، والرغبة في التخليص من الحياة، وهبوط النشاط، ونقص الحماس ويصاحب ذلك أرق واضطراب في النوم.

الاكتئاب داخلي المنشأ وخارجي المنشأ:

يمثل التمييز بين هذين النوعين أحد الطرق المستخدمة في تصنيف الاكتئاب ويقوم هذا التمييز على افتراضات خاصة بالأسباب الرئيسية للاضطرابات الاكتئابية التي ترى بوجود عنصرين الاكتئاب أحدهما نفسي والأخر بيولوجي وبذلك فان: الاكتئاب داخلي المنشأ ويرجع لأسباب بيئية وغالبا ما يكون من الصعب القيام بهذا التمييز (فايد، 2004 ،ص 75)

ويذكر الميلادي على نوعا آخر من الاكتئاب يسمى اضطراب المزاج العضوي الذي يتداخل في بعض النواحي مع الاكتئاب داخلي المنشأ السابق في كونه من حالة عضوية تؤدي إلى اكتئاب أو حالة هوس وتنشأ عادة من اضطرابات الغدد الصماء وزيادة مادة الكوريتزون أو بعض العقاقير مثل عقاقير علاج ضغط الدم، وكذلك تصلب الشرايين وأورام المخ وهناك نوع من الإكتئاب يصاحب الحمل أو يعقب الولادة و نوع آخر يصيب المرأة في أسبوع ما قبل الطمث .

(الميلادي، 2004، ص 88)

كما يذكر أيضا الميلادي ما يسمى باضطراب التكيف الذي يتشابه كثيرا مع الإكتئاب خارجي المنشأ في أنه حالة يصاحبها في بعض الأحيان حالة اكتئاب قد تستمر عدة أشهر، و قد يحدث عقب مشكلة أو

أزمة يتعرض لها الشخص أو ضغوط شديدة ، و قبل التقسيمات الحديثة كان يطلق على هذه الحالة بالاكتئاب التفاعلي .(الميلادي، 2004 ،ص 95)

5- تشخيص الاكتئاب :

يتطلب التشخيص الدقيق لإضطرابات المزاج توفير المعلومات الإكلينيكية الضرورية التالية :تاريخ الفرد من حيث وجود حالات سابقة لديه من الاكتئاب، أو الهوس الخفيف.

- تاريخ الفرد من حيث التقلبات السريعة للمزاج.
- تاريخ الفرد من حيث سوء استخدام العقاقير والمخدرات.
- تاريخ الفرد من حيث المرض الطبي
- المزاج الحالي
- مشاعر الذنب لدى المريض أو نوعية تقديره لذاته، أو احساسه بجدارته
- الهلوسات والهذات الحالية.
- الأفكار والمحاولات الحالية أو السابقة للانتحار
- التغير في مستوى الطاقة أو الجهد أو التعب لدى المريض.

كما يركز زهران على المظاهر التشخيصية الفارقة بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الجدول (2) التالي : (زهران ، 1997 ، ص 520)

| الاكتئاب الذهاني | الاكتئاب العصابي |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - عميق الجذور - يصاحبه جمود انفعالي وينذر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح. - الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية. - التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وادانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحية وعدم نفع . - درجة النكوص السلوكي شديدة و خطيرة. - تصاحبه بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية - توجد فيه أو هام اكتئابية وهلاوس اضطهادية وهذات الخفية وأفكار الانعدام - فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو اهلاك هو إهلاك الذات. - المريض لا يسعى للعلاج - العلاج في مستشفى الأمراض النفسية | <ul style="list-style-type: none"> - غير عميق الجذور - لا يصاحبه جمود انفعالي تام - الاتصال بالواقع موجود - التقييم الذاتي سلبي - درجة النكوص عادية - النشاط العقلي بطيء نسبيا - لا يوجد فيه أو هام أو هلاوس أو أفكار الانعدام - فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعد تردد و اعلان وتهديد بالانتحار وفوق من الاقدام عليه والهدف هو ايقاع الآلام بالآخرين المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج في - العيادة النفسية |

(1) جدول يبين الفرق بين الاكتئاب العصابي و الاكتئاب الذهاني

6- تصنيف مقاييس الإكتئاب :

يمكن تصنيف مقاييس إلى (Hamilton Rating Scale (HRS):

يتكون مقياس هاملتون لتقدير الإكتئاب من 21 بندا أو سؤالا يتضمن الأعراض التالية: المزاج الإكتئابي - الشعور بالذنب - الرغبة في الإنتحار - أرق أوائل الليل - الأرق في الفجر - العمل و الأنشطة - البطء: بطء الأفكار و بطء التعبير و تقلص القدرة على التركيز - الهياج - القلق - القلق الجسدي (جفاف الفم واضطرابات الهضم ، آلام المعدة ...) - علامات جسدية بالمعدة والأمعاء - علامات جسدية عامة - علامات جنسية مثل تقلص اللذة اللبديية أو اضطراب الحيض - توهم المرض - نقص الوزن - معرفة المريض بإكتئابه - تقلبات الحالة أثناء النهار - تبدد الشخصية - علامات هيذانية (اضطهادية) - ظواهر وسواسية وقهرية ومقياس " هاميلتون " يستخدم لقياس شدة الاكتئاب للمرضى الذين هم بالفعل قد شخصوا بأنهم مكتئبين .

وتصل معاملات ارتباط هذا المقياس الى 0.09 وأجرى له العديد من معاملات الصدق والثبات وتوجد معاملات ارتباطية مرتفعة بينه وبين مقاييس أخرى للاكتئاب.

(WILLIAMS, 1988,p 742-747)

قائمة الأعراض الاكتئابية Inventory of depressive symptology:

وهي من إعداد " روش " ويمكن استخدام هذه الأداة عن طريق الاختصاص الإكلينيكي باعتبارها نتيجة للمقابلة الإكلينيكية ، والملاحظات عن المريض، أو باعتبارها مقياسا للتقرير الذاتي يجب عنه المريض وتتكون قائمة الأعراض الاكتئابية من 28 بندا وتتوفر لهذه الأدوات معاملات عالية للاتساق الداخلي ومعاملات ارتباط مع قائمة بيك للاكتئاب تتراوح بين 0.61 و 0.78 للاستخدام الإكلينيكي والتقرير الذاتي على التوالي .

قائمة بيك للاكتئاب (BDI) Beck DepressionInventory

توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده " أرون بيك " وأصبح ذا شهرة كبيرة واستخدم في تقدير الاكتئاب، وهما: الصورة الأصلية وتتكون من 21 بندا نشرت عام 1961، وخضعت لتعديلات

ملاحظة والصورة المختصرة ، وتتكون من 13 بندا، وقدمها بيك وزوجته كطريقة سريعة للتعرف على المرضى المكتئبين، وفي هاتين الصورتين تستخدم قائمة بيك خاصة لتقدير التغيرات لدى المرضى نتيجة العلاج المعرفي .

وتقدم بنود قائمة بيك للاكتئاب :

- المزاج، التشاؤم والإحساس بالفشل، نقص الشعور بالرضا، الذنب، الإحساس بالعقاب، كراهية الذات، اتهام الذات، رغبات عقاب الذات، نوبات البكاء والاهتياج، الانسحاب الاجتماعي، التردد أو عدم الحسم، صورة الجسم، الكف في العمل، اضطراب النوم، التعب، الشهية والوزن، الانشغال بالشكاوى الجسمية، الطاقة الجنسية (اللبيدو) وتحدد الدرجة أربعة مستويات لشدة الاكتئاب :

- لا يوجد اكتئاب (أقل من 10 درجات)
- اكتئاب بين خفيف الى متوسط (من 10 الى 18 درجة)
- اكتئاب بين متوسط الى شديد (من 19 الى 29 درجة)
- اكتئاب شديد (من 30 الى 63 درجة)

وقد قام أحمد عبد الخالق (1996) بتعريب الصيغة المعدلة لقائمة الاكتئاب لبيك (1993)، ووفر لها معايير عربية وثمة محاولات أخرى قام بها بعض الباحثين العرب (مثل غريب عبد الفتاح بمصر والامارات، بدر الأنصاري في الكويت)

7- مداخل علاج الاكتئاب لدى المراهقين :

من الأهداف الرئيسية للتقييم أو المقياس النفسي الدقيق الربط بين المعلومات التي يتم الحصول عليها بخطة التدخل الوقائي أو العلاجي أو التأهيلي الفعالة.

وتعد طرق العلاج المعرفي السلوكي الشامل أكثر مداخل العلاج النفسي الاجتماعي فعالية في علاج الاكتئاب على تغيير أساليب التفكير المختلة وظيفيا أو المكون المعرفي لمدخل العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب على تغيير أساليب التفكير المختلة وظيفيا أو غير التكييفية التي يتبناها الشخص

المكتئب بينما يركز المكون السلوكي لهذا المدخل على تزويد الأنشطة والسلوكيات التي تقضي الى زيادة كمية الاستجابة الاجتماعية للشخص المكتئب خلال تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين واستخدام مختلف فنيات تعزيز اشتراكه في أنشطة عالم الخبرة الاجتماعية المحيط به .

كما أن دمج خطة التربية السلوكية (التربية النفسية) في سياق بعض برامج العلاج مكونا رئيسيا مزيدا بطبيعة الحال لفعالية مثل هذه البرامج ويقصد بالتربية النفسية أو السلوكية مجموعة الأنشطة والخبرات المنظمة المخططة التي تستهدف اكساب أو تعليم التلاميذ مجموعتان متنوعتان من مهارات الحياة، المهارات الاجتماعية، مهارات التواصل، مهارات حل المشكلة، مهارات ضبط الذات مهارات مواجهة الضغوط أو التوافق مع الضغوط، ومهارات إدارة الذات وغير ذلك من المجالات المكونة لما يعرف بالكفاءة الاجتماعية والانفعالية وفعالية الذات انطلاقا من أطر نظرية تفسيرية معينة يشتق منها استراتيجيات وفنيات تعليمية فعالة تطبق على يد معلمين مؤهلين سواء أدمجت هذه الخبرات أو الأنشطة في سياق خطة المنهج المدرسي العادي أو طبقت بصورة مستقلة عن خطة المنهج المدرسي.

ومن المكونات الأساسية أيضا لبرامج التدخل النفس الاجتماعي الفعال لعلاج الاكتئاب ما يعرف بالتربية الانفعالية أو الوجدانية وفيها يدرّب التلاميذ على اكتشاف وتسمية وتصنيف الانفعالات المفرحة و الانفعالات المكدرّة ثم تحديد ومعرفة المواقف التي تنشأ أو تستثار فيها هذه الانفعالات ثم تأتي الخطوة الثانية للتربية الوجدانية والتي تتمثل في معرفة وفهم تفهم الرابطة بين هذه الأفكار والمواقف.

وغالبا تدمج استراتيجيات التغيير المعرفي التي تدحض الأفكار السلبية وتهجم على الأفكار غير العقلانية مع التركيز على الأفكار والأحداث الايجابية في برامج التدخل المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب.

8- العلاج الطبي أو الدوائي للاكتئاب لدى المراهقين:

بالإضافة إلى التقدم المذهل في صيغ التدخل النفسي الاجتماعي في علاج المراهقين في السنوات الأخيرة يوجد في الواقع تقدم مماثل إن لم يكن أكثر فيما يتعلق باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية في علاج الاكتئاب، كما تتزايد الشواهد التجريبية التي تثبت فعالية الكثير من أعراض الاكتئاب.

فقد أحدثت في السنوات الأخيرة فئة من فئات الأدوية النفسية يشار إليها تحت مسمى المثبطات الاختيارية للسيروتونين .

ومن أمثلة العقاقير الطبية التي تندرج تحته هذه الفئة بروزاك، سيروتونين، زولوفت، سيليكسا . ويعتقد أن آلية عمل هذه العقاقير تؤدي إلى زيادة وجود موصلات كيميائية معينة (السيروتونين) يبدو أن لها علاقة ما بتحسين الحالة المزاجية العامة للفرد.

وتستخدم فئات دوائية أخرى لعلاج الاكتئاب تمت على الراشدين أو المراهقين الكبار، كما أن معظم الأدوية أو العقاقير العلاجية المتاحة لم تحض بعد بموافقة هيئة الأمم المتحدة للأغذية والأدوية للاستخدام مع الأطفال المكتئبين.

خلاصة الفصل:

إن الاكتئاب مصدر للمعاناة والشقاء للكثير من الشباب وأسرههم ، وحدث في السنوات الأخيرة تقدماً مذهلاً في تقييم، اكتشاف، تشخيص وعلاج الاكتئاب لدى الراشدين، المراهقين والأطفال مما زود الإكلينيكيين بوسائل فعالة في الوقاية وعلاج هذه المشكلة بالغة الخطورة.

تمهيد:

تعتبر المراهقة مرحلة انتقالية في عمر الانسان تبدأ بالبلوغ الذي يعتبر طريقا بين الطفولة المتأخرة و المراهقة، تحدث فيها تغيرات في شخصية المراهق من الناحية الجسمية و العقلية والانفعالية والاجتماعية، فهو ينتقل من التفكير القائم على ادراك الملموس الى التفكير الاعمق في الامور المعنوية و الفكرية، و تزداد قدرته على النقد و التحليل و تفهم الامور، و ينتقل من مرحلة الاعتماد على النفس و الاكتفاء الذاتي، و يتسع نطاق علاقاته الاجتماعية. (معوض، 1994، ص331) وفي هذا الفصل قمنا بالإشارة الى المراهقة عامة والمراهق المسعف خاصة.

1- تعريف المراهقة:

هناك تعريفات متعددة للمراهقة منها:

عرفها هيرلوك Hurlock بأنها: "مرحلة تمتد من النضج الجنسي الى العمر الذي يتحقق فيه استقلال عن سلطة الكبار و عليه فهي عملية بيولوجية في بدايتها و اجتماعية في نهايتها"

و عرفها لين Lewin بأنها وضع: " مرحلة انتقالية من وضع معروف (الطفولة)، إلى مجهول و بيئة مجهولة معرفيا(الراشدين) لا يحسن التعامل معها" (قشقوش،1980،ص317)

و عرفها ماديناس Medinnus بأنها " مرحلة تبدأ بظهور علامات النضج الجنسي في جوانب النمو الجسمي و الاجتماعي، و تنتهي عندما يقوم الفرد بتولي أدوار الكبار في أغلب الاحوال على انه شخص بالغ". (منصور محمد و اخرون،1989، ص452)

و عرفها فرويد FREUD بأنها: "فترة تبدأ من البلوغ و تنتهي عند نضوج الأعضاء الجنسية بالمفهوم النفسي" (الحافظ نوري،1981، ص28)

و نظر العالم ستانلي هول stanly Hall الى هذه المرحلة نظرة تشاؤمية،و اعتبرها مولدا جديدا للفرد و فترة عواصف و توتر و شدة، لا يمكن تجنب أزماتها و الضغوط الاجتماعية و النفسية التي تحيط بها (معوض ،1994،ص328)، و حسب رأيه إن العامل الاساسي الذي يخلق التوترات والصعوبات في هذه الفترة من عمر الانسان هو التغيرات الفيزيولوجية ، كما أن الحياة الانفعالية للمراهقين متناقضة من الحيوية إلى الخمول ، و من المرح الى الحزن، و الرقة إلى الفضاضة .

ويمكن القول أن مفهوم المراهقة يختلف باختلاف اتجاهات العلماء النفسية الاجتماعية والفيزيولوجية،و بشكل خاص يمكن القول أنها مرحلة تبدأ بالبلوغ و تنتهي بالرشد، بيولوجية في بدايتها و إجتماعية في نهايتها، و هي أعم و أشمل من البلوغ لشمولها كافة التغيرات الجسمية والعقلية و الانفعالية التي تطرأ على الفرد سواء كان ذكرا أو أنثى. (النجيمشي ،1994،ص9)

2- تحديد مرحلة المراهقة:

يتجه البعض إلى التوسع في تحديد المراهقة و يرون أنها تضم الفترة التي تسبق البلوغ و يحددها بين 10 الى 21 سنة، و منهم من يحصرها ما بين 13- 19 سنة، و منهم من يقسمها الى مرحلة المراهقة المبكرة و المراهقة الوسطى ، و المراهقة المتأخرة. و هناك من يقسمها إلى:

2-1- مرحلة ما قبل المراهقة: و هي مرحلة ممتدة للتي تليها ،و تبدأ من 10-13 سنة، و تظهر لدى الفرد خلالها عملية التحفز (معوض خليل مخائيل، 1994، ص 330) حيث يبدو أكثر اهتماما بالمشكلات الأسرية و الإجتماعية و الاقتصادية.

2-2- المراهقة المبكرة: و هي من 13 الى 16 سنة تقريبا يحدث خلالها انفجار في النمو الجسدي و استيقاظ للقدرات العقلية الطائفية كالقدرة الميكانيكية و القدرة اللغوية، و يكون المراهق في هذه السن اكثر حساسية للعيوب الجسمية، يعاني وطأة القيود الاسرية مع نزعة الى الاستقلالية و تأكيد الذات.

2-3- المراهقة المتأخرة : و هي من 17 الى 21 سنة و تقابل مرحلة التعليم الجامعي،تكتمل فيها مظاهر النمو التي تمكن المراهق من يصبح عضوا في جماعات الراشدين، تمتاز بتبلور اتجاهاته الاجتماعية و ميوله المهنية و العلمية، و هي مرحلة اتخاذ القرارات و الاستقلالية و الانطلاقة نحو المستقبل، و هي مرحلة النمو الخلقى و مراعاة القواعد السلوكية و تعرض المراهق وفي هذه المرحلة لمشكلات تختلف في حداثتها و نوعها عن المراحل السابقة، و تزداد فيها المخاوف من عدم تحقيق الأمانى (عقل محمود ، 1993، ص 337) و يحاول ان يتكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه و يتعود ضبط النفس و البعد عن العزلة بالانطواء تحت لواء الجماعة و تقل النزعات الفردية لديه.

(معوض ، 1994، ص 333)

و نفضل هذا التقسيم الأخير لدقته و سعته، لأنه لا يلغى الجزء الاخير من الطفولة الممتدة و المتصلة و المهددة لمرحلة المراهقة حيث لا حدود و لا فواصل بين المراحل كما أنه لا يلغى المرحلة الأخيرة الممتدة الى مرحلة الرشد.

3- أشكال المراهقة: تشير الدراسات إلى وجود أشكال للمراهقة و هي:

3-1- المراهقة المتكيفة: المراهق المتكيف يميل إلى الهدوء النسبي، و الإتزان الانفعالي و علاقاته الطيبة بالآخرين، لا أثر للتمرد على الوالدين و المدرسين، حياته غنية بمجالات الخبرة العملية والسعي لتحقيق الذات، إذ تنحو مراهقته الى نوع من الاتزان وتكامل الاتجاهات يعتمد هذا النوع من المراهقة على امكانية القيام بعلاقات سليمة بين الأبناء و الآباء و يستطيع المراهقين أن يصلوا إلى النضج بسهولة عندما يضبط الآباء سلوكهم و تتخذ مواقفهم صوراً تتسم بالحب و التعاطف مع الابناء. (قشقوش، 1980، ص 327)

3-2- المراهقة الإنسحابية المنطوية: المراهق المنسحب المكتئب، يعاني من العزلة و الشعور بالذنب، ليس له مجالات خارج نفسه غير أنواع النشاط الإنطوائي كالقراءة و كتابة المذكرات التي تدور حول انفعالاته و نقده للصور المحبطة، مشغول بذاته، كثير التأمل في القيم الروحية و الأخلاقية و الثورة على التربية الوالدية الضاغطة، تنتابه الهواجس و احلام اليقظة و مشاعر الحرمان.

3-3- المراهقة العدوانية المتمردة: تكون اتجاهات المراهق العدوانية ضد الاسرة، المدرسة و أشكال و السلطة، يسعى إلى الإنتقام و الإحتيال لتنفيذ مآربه، قد يدخن و يتصنع الوقار أو يهرب من المدرسة يعاني من مشاعر الإضطهاد و الظلم، و عدم تقدير من يحيطون به لقدراته و مهاراته، و في هذا الشكل تلعب التربية دوراً بارزاً يدفع المراهق إلى الثورة و العدوان.

3-4- المراهقة المنحرفة: و تأخذ صورة الانحلال الخلقى التام و الانهيار النفسي الشامل، و الانغماس في ألوان من السلوك المنحرف كالإدمان على المخدرات، السرقة و تكوين العصابات و الانهيار العصبي، و قد وجد ان بعضهم سبق ان تعرض لخبرات شاذة و صدمات مبررة، و تجاهل لرغباته وميولاته. (الاشول، 1989، ص 421)

4 - لمحة تاريخية عن وضعية المراهق المسعف في الجزائر:

تعود مشكلة الطفولة المسعفة الى الماضي، فأول مكتب ظهر في الجزائر العاصمة، يعتني بالأطفال المسعفين تمركز في باب الواد بعد قانون 1904م و هو يخص الاطفال المحرومين تم نقله الى مكان

أكثر سرية 1917م، ثم أصبح مستشفى مصفى باشا هو ملجأ الاطفال، و خلال الفترة بين 1940 إلى 1962 م كان مسكن داي الجزائر هو ملجأ هذه الفئة ثم انشئت دار الامومة من طرف الهلال الأحمر عام 1954م، و أمام هذا التزايد المستمر اصبح المشكل كبير و خطير فقامت الدولة ببناء احياء لهؤلاء الأطفال. (F. Zidani ,Alger 72)

و في الوقت الحالي الدولة هي المسؤولة في التكفل بهذه الفئة عن طريق مؤسسات ذات الطابع الاداري مع استقلالية مالية و هذا بمقتضى المرسوم رقم 83/80 المؤرخ في 15/03/1980 المتضمن انشاء دور الاطفال المسعفين و تنظيمها و تسييرها. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية 1980، ص475)

تعد فريدة شبيد زيداني من بين الكثير من الباحثين الذين كانت لهم دراسات حول الطفولة المسعفة، حيث بينت التزايد الهائل لعدد هؤلاء الاطفال خاصة اللاشرعيين فكان العدد سنة 1997 يقدر حوالي: 2311 طفل مسعف و قد تمكنت مصالح الشؤون الاجتماعية من ادماج 1400 منهم وسط عائلات كفيلة، أما سنة 2000م فبلغ عدد المراكز 12مركز متواجدة عبر الوطن و عن معدل الثلاثي الاول لسنة 2001م أكدت الاحصائيات ان عدد المسعفين هو 389.

5- تعريف المسعف:

لقد وجدت عدة تعاريف لمصطلح المسعف نأخذ منها تعريفين النفسي و القانوني:

5-1- التعريف النفسي:

حسب أنا فرويد عرفت هذه الفئة قائلة : "هم أطفال بلا مأوى و لا عائلة لهم ،لديهم تفكك في حياتهم الاسرية بسبب ظروف قاهرة و من ثم انفصلوا عن اسرهم و حرموا من الاتصال الوجداني بهم وما إلى ذلك من فقدان للأثر التكويني الخاص بهم و الذي يكون سببه الرفض العائلي و قد ألحقوا بدور الحضانة او مراكز الطفولة و الملاجئ". (زهرا، 1988، ص25)

ويمكن أن نفهم من مصطلح المسعف هو ذلك الطفل الذي تتكفل الدولة بتربيته منذ لحظة ولادته او لحظة تخلي والديه او اهله عنه ،فتقوم المؤسسة الإيوائية المتخصصة بتربيته و رعايته و تعمل على توفير كل الحاجات المادية و التعليمية و الاجتماعية سواء كانت فتاة او صبي.

2-5-التعريف القانوني:

حسب ما جاء في المادة 08 من القانون الداخلي للمؤسسة يعرف الاطفال المسعفين كالتالي:

الاطفال المحرومين من الأسرة بصفة نهائية و المتمثلين فيما يلي:

- الطفل الذي فقد ابويه او السلطة الابوية بصفة نهائية بقرار قاضي الاحداث.
- الطفل المهمل و المعروف ابويه و الذي يكن اللجوء الى ابويه او اصوله المعتبر مهمل بقرار قضائي.
- الطفل الذي يعرف نسبه و الذي اهملته أمه عمدا و لم تطالب به ضمن أجل لا يتعدى 3 أشهر. (مديرية النشاط الاجتماعي:النظام الداخلي لدور الاطفال المسعفين ، المادة 08)
- كما تم تعريف الطفولة المسعفة أو أيتام الدولة حسب قانون الصحة العمومية في الجريدة الرسمية من الامر رقم 76/79 في المادة 246 بتاريخ 1976/10/23 أين يوضح الوضعية المادية للأطفال و اين يتم استقبالهم تحت وصاية مصلحة الاسعاف العمومي و هم :
- المولود من أب و أم مجهولين و وجد في مكان ما و هو الوليد اللقيط.
- الذي لا أب و لا أم لا أصل يمكن الرجوع إليه و ليس له أي وسيلة للمعيشة و هو اليتيم و الفقير.
- الذي سقط من سلطة الوالدين بموجب تدبير قضائي وعهد بالوصاية الى الإسعاف العمومي للطفولة. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: الاسعاف العمومي للطفولة، 1976، ص11-14)

6 - أصناف المسعف:

بما أن المسعف هو ذلك الشخص الذي يبحث عن من يقدم له الرعاية الجسمية و النفسية التي يحتاج إليها و هذا في مراكز خاصة و يمكن تصنيف هؤلاء المسعفين الى ثلاث حالات:

6-1- الفئة الأولى:

تضم الاطفال الموجهين من المستشفيات الى المصالح المعنية بتربيتهم و الاشراف عليهم وينتمي إليها الاطفال الذين ليس لهم علاقة تربطهم بعائلاتهم الطبيعية، خاصة العلاقة الوالدية التي تعتبر الأساس و المصدر الأول و الرئيسي في نمو الطفل و بناء شخصيته السوية و تضم هذه الفئة الطفل غير الشرعي و الذي تم انجابه خارج الزواج الشرعي، و قد يكون مجهول الوالدين فتتكفل به مصلحة الشؤون الإجتماعية أو يكون مجهول الأب و أمه معروفة فيحمل إسم أمه.

6-2- الفئة الثانية:

نظرا للمشاكل الأسرية أو المعاناة العائلية قد يوضع الأطفال بالمؤسسة و ذلك بقرار من قاضي الأحداث لمدة مؤقتة، أو يتم إعادتهم إلى وسط عائلتهم بمجرد تحسين الأمور و تبقى علاقتهم بذويهم عن طريق الزيارات و قد يبقى هؤلاء الأطفال بصورة نهائية في حالة التخلي الكامل تسقط بذلك كفالته من والديه و يبقى بقوة القانون.

6-3- الفئة الثالثة:

وهي الفئة التي تودع من طرف أوليائهم لمدة محددة و هذا نتيجة مصاعب مادية مؤقتة بحجة عدم التفاهم بين الزوجين، أو نتيجة لعامل الجنس أو الإعاقة أو المرض، و قد يودع الطفل المؤسسة بعد عدة أشهر فقط و قد كون علاقة مع أمه أو بديل لها و هو في هذه الحالة يحتاج إلى الرعاية و الحماية أو الأمن و قد تجعل الطفل يدخل في حالة حداد و رفض و بكاء شديد و متواصل نتيجة الظرف الجديد و هذا يشكل خطرا على صحته النفسية و حتى الجسدية.

7- المعاش النفسي للمراهق المسعف:

تعتبر فترة المراهقة بالنسبة للمسعفين بصفة خاصة كمرحلة حرجة تظهر عدة مظاهر بسبب الوضعية لأنهم في مرحلة هم بصدد البحث عن الهوية و لا تظهر هذه الصراعات دائما من خلال اضطراب في سلوكياتهم و لكنها في بعض الاحيان يمكن أن تجعل من فترة المراهقة فترة حسرة وألم و معظم المسعفين عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة يكونوا على علم بوضعيتهم و حقيقة آبائهم و أهم مشكل يواجهونه هو مشكل الهوية و التقمص لأن المراهق في هذه المرحلة لا بد أن يعرف ذاته و لكي يحقق ذلك يطرح عدة أسئلة حول والديه الحقيقيين و يريد معرفة كل ما يتعلق بهم لكن في بعض الأحيان يرفض مقابلتهم و التعرف عليهم شخصيا و من بين التساؤلات التي يبحث لها عن إجابات هي معرفة الظروف التي أدت بوالديه إلى هجرته و هو رضيع أو طفل.

(Hachouf ,1993,p118)

كذلك إذا كان طفلا غير مرغوب فيه بسبب مشاكل بين والديه و هذا ما يؤثر عليه و يجعله يتحمل تصور سلبي عن ذاته.

8- الهوية عند المراهق المسعف:

يمر المسعف بفترة حساسة و صعبة نجدها في صراع دائم بسبب وضعه لأنه بصدد البحث عن هويته الخاصة و أن معظم المسعفين في هذه الفترة على علم بوضعهم و بحقيقة آبائهم، مما يجعلهم يعيشون في حسرة و ألم دائمين، و تحدث هذه الظاهرة و الأزمة النفسية من حوالي 13 إلى 20 سنة، فقد أصبح الطفل المراهق يستطيع أن يجيب إجابة مرضية عن هذا السؤال: من أكون أنا؟

و تعرف الهوية حسب إريك إسكينس E.Eskins: "هي تصورات ديناميكية لأن الذي يجمع داخله وحدة وظيفية للمظاهر العادية و المرضية لمختلف أبعاد النمو و معطيات بيولوجية و تصورات اجتماعية".

إن المسعف يصبح اكتشافه للهوية مشكلة ضرورية و جوهرية لأنه يريد معرفة ذاته وإسمه الحقيقي، أصله، أبويه و لأنه يمر بفترة المراهقة فهو يحتاج إلى من يستمع إليه و أول شخص يجده

في العادة هم والديه اللذان يقدمان النماذج الصحيحة للحياة، فيبدأ هنا طرح الاسئلة عن والديه الحقيقيين أو جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عنهما، مما يجعلهم يخلقون في اذهانهم صوراً لمظاهرهم و طريقة معاملتهم، فالبحث عن الهوية عند المسعف هو همه الوحيد و الأساسي حيث تكون هذه المشكلة عائق في تكوين فرديته مما يؤدي به إلى مشاكل عدة منها الانحراف و مظاهر مرضية كالاكتئاب أو رفض الوضع الذي يوجد فيه أو مظاهر اخرى.

9- مشكلات المراهق المسعف:

9-1- المشكلات النفسية : المشاكل النفسية التي يعاني منها المسعف نذكر:

9-1-1- السلوك العدواني : مثل الضرب، العض، الشتم و السب و السرقة.

9-1-2- السلوك التخريبي: تمزيق الكتب، تكسير اللعب، اتلاف الاوراق و اتلاف ممتلكات

الاخرين. (توما جورج خوري، 2000، ص 85)

9-1-3- السلوك العاطفي الاتكالي: يبكي، يصاب بنوبة غضب، يتحدث الدائم مع الاطفال

الصغار، تبليل الملابس، اثاره الاشمنزاز و المطالب الكثيرة.

9-1-4- السلوك الفوضوي:ترك حجرة الدراسة، القاء الاشياء بالأرض لإحداث الضجيج و الصياح

في حجرة الدرس، اضافة الى كل هذه السلوكات نجد ايضا الهروب من المدرسة، التأخر المدرسي.

و قد لاحظت الباحثة "سميرة ابو زيد النجدي" ان المشكلات النفسية للمراهقين المحرومين تختلف

وفقا للمرحلة العمرية و الظروف المعيشية و البيئة التربوية و من اهم هذه المشكلات السلوكية:

9-2-1- التبول اللاارادي: كثيرا ما يحدث و يرجع ذلك لتشوهات خلقية لدى المراهقين في حين اخر

ربما يرجع ان الطفل غير متكيف في وضعيته الجديدة، او بسبب القلق و الخوف.

9-2-2- السرقة: لوحظ ان مجموعة من المراهقين تمارس انواع من السرقة فمنهم من يقوم بالسرقة

من النافذة بهدف سرقة النقود، كما ان البعض يقوم بسرقة المأكولات و ذلك اثناء انشغال الاخرين

و البعض يسرق اشياء تافهة.

9-2-3- الكذب: ان المراهقين المسعفين يمارسون انواعا من الكذب و فقا لمواقف متعددة منها الحاق الضرر بالأم البديلة او احد المحيطين به او ارضاء احدهم مقابل شيء ما.

9-2-4- الهروب: لوحظ هروب المراهقين من جميع المؤسسات الايوائية حيث اصبح هذا الهروب سلوكا غير مرغوب فيه و اكتساب عادات و اتجاهات سلبية تنعكس على باقي المراهقين و هذا الى جانب الهروب من المدرسة.

9-2-5- الشراهة: يلاحظ اقبال المراهقين على الطعام بطريقة غير عادية هذا الى جانب حدوث مظاهر سلوكية شاذة تتمثل في اكل فضلات الاكل.

9-2-6- السلوك العدواني و الغضب: يظهر هذا السلوك في مرحلة المراهقة حيث يقوم المسعفين باستعمال ادوات حادة اثناء المشادات و ثورات الغضب

9-2-7- المشكلات الجنسية: هناك بعض السلوكات الجنسية بين المراهقين خاصة في مرحلة ما قبل البلوغ و اثنائها و قد تظهر سلوكات جنسية شاذة في بعض الاحيان.

(سميرة ابو زيد النجدي، 1998، ص20)

خلاصة الفصل:

أجمعت الدراسات و البحوث أن المراهق المسعف يعاني الكثير من اضطرابات في شخصيته، وغير متوافق مع مجتمعه و قد سيصل به الامر الى الموت الفيزيقي نظرا لظروف الحرمان الحسي و العاطفي الذي يعانيه منذ الطفولة.

تمهيد:

إن السلوك الانتحاري قديم قدم المجتمع الانساني، و رغم قدم الاهتمام به إلا أن تاريخ الاهتمام به في البحث العلمي قصير إذا ما قورن بقدم موضوع الانتحار، و قد يرجع ذلك إلى ما للموضوع من تابوهات التي تتعلق بما يحيط به من مشاعر و انفعالات و لما له من حساسية اجتماعية و دينية قد تصل إلى حد الحرج، و كذلك لعدم انتشاره كظاهرة سلوكية جديرة بالدراسة الأمر الذي جعل معظم الباحثين يحجمون عن تناول موضوع الانتحار لفترة طويلة.

و في هذا الفصل تطرقنا إلى مفهوم محاولة الانتحار، عوامل و دوافع المؤدية إليها، أهدافها، تصنيفاتها و الوسائل المستعملة للقيام بها و الفرق بين الذكور و الاناث.

1- مفهوم محاولة الانتحار:

لا نستطيع اعطاء تعريف لمفهوم محاولة الانتحار دون اعطاء تعريف للانتحار:

أ- تعريف الانتحار:

لغة: إذا عدنا الى لسان العرب نجد أن كلمة انتحار مشتقة من مصدر الفعل نحر أي ذبح أما اسم الفعل هو النحر و معناه أعلى الصدر . (ابن منظور، 1970، ص 112)

استنادا لهذا فانه يقصد بالانتحار الذبح فيما فوق الصدر علما أن الذبح ليست هي الطريقة الوحيدة التي يستعملها المنتحر.

هذا خاص بالمفهوم العربي أما باللغة الاجنبية نجد:

*الشخص المنتحر (le suicidé): هو الشخص الذي نجح في الانتحار، إنه الضحية القتل المنفذ، إذ يتعلق بالانتحار الناجح (Roger , 1992,p 341).

*الشخص الذي يحاول الانتحار (Le suicidant): هو الشخص الذي حاول الانتحار و فشل في محاولته، أنه الانتحار الفاشل الذي من خلاله يوجه اشارة للآخرين عن وضعيته النفسية، و يمكن أن يتبع الانتحار الفاشل محاولة انتحارية أخرى قد تكون ناجحة.

*الشخص المؤهل للانتحار (le suicidaire): هو شخص مؤهل للانتحار أو محاولة الانتحار

أو ذلك الشخص الذي يكون في وضعية تأهب للانتحار التي تعبر عنها بواسطة سلوكات و اشارات محددة (Roger , 1992,p342)

اصطلاحا: هناك عدة تعريفات للانتحار نذكر أهمها:

عرف دور كايم الانتحار (1887) بأنه: " هو كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل ايجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه و هو يعرف أن هذا الفعل يصل به الى الموت". (حسين علي فايد ، 2001، ص241)

تعريف بولدنجر (A.Poldinger): " يمر الانتحار بثلاثة مراحل متتالية: الفكرة الانتحارية، فترة تردد ثم القرار النهائي "

أما تيرز لوميري (Thérèse Lemerier) فتعرفه على أنه: " فعل تحرري من وضعية مؤلمة و ثابتة لا يمكن تفسيرها" (Block et autre, 2000, p 911)

ب- محاولة الانتحار:

اصطلاحاً: عرفها برانجني (Pringney) كما يلي : "محاولة الانتحار هي فعل غير كامل قصد الموت ينتهي بالفشل" (Pringney, Milech .D , 1980,p764)

و يمكن تعريفها على أنها طريقة لها هدف اعطاء الموت دون تحقيق ذلك. (Harie Ranse,Le Heneze,2001,p11) أي فعل الانتحار الذي لا ينتهي بالموت لدى الفرد هو ما يسمى بمحاولة الانتحار.

و هناك من يعتبرها كمرحلة من مراحل الانتحار الفعل، منهم بيك ، واخرون(1979)، ويتفق بونر و ريش (Bonner et Ritch1987) مع ما أشار إليه بيك في كون السلوك الانتحاري هو عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، و تتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط ثم التخطيط للانتحار النشط، و في النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد و قد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية و فق تأثير العمليات البيولوجية النفسية و الاجتماعية. (حسين علي فايد، 2005، ص234)

لكن في الأخير لم يحضى مصطلح محاولة الانتحار بباب خاص في المنظمات سواء قبل المنظمة العالمية للصحة CIM10 و لا من قبل دليل التشخيصي الاحصائي العالمي DSM4 و لم يصرح به و بمعناه بطريقة مباشرة ، و لم يدرج في العينات الوبائية العالمية المشخصة لذلك لا نستطيع اعطاء تعريف محدد و دقيق و عالمي متفق عليه لما نسميه الآن محاولة الانتحار.

2-عوامل و دوافع محاولة الانتحار:

مما لا شك فيه أن محاولة الانتحار لا تختصر بسبب أو بدافع واحد ، فقد يقدم شخص ما على الانتحار نتيجة عوامل مختلفة متداخلة فيما بينها كالفقر، البطالة، الخلافات العائلية... الخ

فما هي الدوافع التي بينتها الدراسة انها تؤثر فعلا في السلوك الانتحاري؟

2-1-العزلة الاجتماعية:

أشار دور كايم أن شعور الإنسان بأنه منبوذ، و أن مجتمعه القريب (العائلة) أو البعيد (المجتمع) وضعه على الهامش يؤدي به إلى الشعور بالعزلة و التفكير بالانتحار قد يكون حافز فعال لظهور محاولات الانتحار.(معن خليل العمر، 1998، ص288)

يمكن أن نستخلص أن محاولات الانتحار تنتعش في أوقات الإنعزال الإجتماعي أين تكون العلاقات الحميمة مفقودة بين الأفراد و تنقص هذه الظاهرة في أوقات التفاعل الاجتماعي الذي يعج بالتفاعلات المباشرة و العلاقات القرابية و الصداقات الحميمة .

2-2- التنشئة الاسرية و علاقتها بمحاولة الانتحار:

للأسرة تأثير كبير في حياة الفرد و تموين شخصيته و نمط سلوكه، و انطلاقا من هذه العلاقة المتينة بين الفرد و أسرته التي يكون فيها التأثير في نمط حياة الفرد و خاصة تلك الفترة التي يعتمد فيها الفرد على أسرته عندما يكون طفلا صغيرا في شؤون معيشته و حياته اليومية، و لأنه ليس هناك فرد يولد منحرفا أو مجرما بالفطرة فإن لأسرته اثر كبير في بناء شخصيته، و يظهر هذا التأثير خاصة في مرحلة المراهقة، لذلك انتهى جاسون توبي الى القول: " أن الاسرة لا تثقل القيم المقبولة اجتماعيا الى الجيل الجديد فحسب بل انها تحاول ان تحمي الفرد من التأثير بالأنماط المنحرفة و كلما ازداد تكامل الاسرة كلما نجحت في وظيفتها كحصن يمنع عن الحدث او المراهق التأثيرات التي تنشأ في المجتمع المحلي أو تتبع من أقرانه.(عارف محمد ، 1975 ، ص550)

فالفرد خاصة المراهق عندما يشعر بالألم الذي يأتيه من عالمه سواء أسرته أو المدرسة أو الاصدقاء (علاقاته) فهو لا يقدر على تحمل الضغوط الشديدة التي يتعرض لها من والد قاس أو

مدرس يهينه أو صديق يرفضه، و بالتالي يرى بعقله الصغير أو يسمع ذلك من الكبار أن الموت راحة كما يشاهده في الأفلام ، هذا قد يؤدي بالفرد إلى الشعور بالاكتئاب الذي يجعله قد يقدم على الانتحار ألما و تعاسة.(منصور و الشريني ، ص 129)

ومن بين العوامل الخاصة بالأسرة و التي تؤدي الى محاولة الانتحار نجد:

2-2-1- طبيعة العلاقة الموجودة بين الطفل و الوالدين:

إن الأطفال الذين يجدون من والديهم سوى الإهمال و عدم الاحساس بوجودهم، أو يعاملونهم معاملة قاسية يؤدي بهم الى العدوان على الآخرين أو التمرد لى ما يحيط بهم من أشخاص و قيم ومعايير و مواقف.

إن الفرد و خاصة المراهق الذي يمارس عليه العنف بصفة مستمرة يتلبد الحس لديه أي يصبح قليل التأثير بالأحداث التي يعيشها و التي تستثير الآخرين ممن لم يمارس عليهم العنف، أما من يمارس عليه العنف و هو صغير يمارسه هو لاحقا مع الآخرين، الاصدقاء و افراد عائلته و حتى على نفسه مما يعني ان العدوانية هي مواقف صراع يؤكد فيها الطفل نفسه و يثبت وجوده، ويعتبرها فرويد جزءا من غريزة الموت و التي في النهاية الى تدمير الذات كما في محاولة الانتحار. (جليل وديع شكور ، 1997، ص113)

2-2-2- البيت المتصدع:

يستخدم البيت المتصدع بمعناه السوسيولوجي الذي يفيد في غياب الوالدين عن الاسرة أو أحدهما و يمكن أن يتم هذا الغياب بطريقة اختيارية و المقصود به الطلاق، الانفصال أو الهجران او الفراق بين الزوجين فترة طويلة من الزمن، اما المغادرة غير الاختيارية لإحدى الوالدين فهي ناتجة عن وفاة أحد الوالدين.

في مرحلة المراهقة أين يكون الفرد محتاجا إلى يد العون لتخطي هذه المرحلة الحساسة

بطريقة سليمة، لكن في غياب الوالدين يكون تهييئا للظروف التي تقود بالفرد الى الانحراف و كذا احتمال ظهور اضطرابات نفسية و سلوكية قد تضرهم و تضر من يحيط بهم.

2-2-3- انتحار احد افراد الاسرة:

إن المراهقين يعيشون في تناقضات بين الموت و الحياة ، فهم لا يدركون أن الموت نهاية حتمية لكل انسان و إن انتحار أحد أفراد الأسرة قد يولد عند الشباب الحزن و الغضب و الشعور بالذنب و قد يبدون سلوكا مماثلا خاصة إذا كانت العلاقة بين الطرفين (الابن مثلا و الأب المنتحر) جيدة، و هنا يمكن ان نشير الى دور الاتصال داخل أفراد العائلة و تزويد الابناء بالحقائق و المعلومات الكافية حول العديد من القضايا من طرف الاولياء كقضية الانتحار و محاولة الانتحار، الموت و الحياة.(أكرم نشأت ابراهيم ، بدون تاريخ، ص39)

2-3- فشل العلاقات العاطفية:

إن المراهقين الذين يفشلون في العلاقة العاطفية لا يفكرون في خوض تجارب اخرى لأنها ستنتهي في رأيهم بنهاية محزنة كما انتهت التجربة السابقة، فاعلم المراهقين يرغبون في عيش قصة حب عاطفية كما في الافلام و يقومون بعملية التقليد، كما نعرف اغلب قصص الحب التي تظهر في الافلام تنتهي بالزواج و النجاح فيه، و هنا المراهق اذا فشل في تحقيق ذلك تؤدي به الى الاصابة باضطرابات نفسية سلوكية بل قد يقدم على الانتحار كما فعل بعض ابطال الأفلام، يشعر العاشق هنا بفقدان العزم و فقدان القدرة على الفعل و التأثير و المجابهة و المبادرة، و يقع العاشق في التخاذل، الجمود فينطوي على ذاته، فالانتحار عند العاشق " تعبير عن الكآبة و مشاعر الحزن المأساة او هو تضحية مازوشية بالنفس في سبيل من يحب، او رد فعل على الاحباط و فشل العشق . (الجوشي ، بدون تاريخ، ص 101)

غالبا ما يستخدم المنتحر بسبب الحب الفاشل و غياب الدعم العائلي خاصة من قبل الوالدين وسائل و أدوات غير قاتلة بتعمد في عملية الانتحار، مثلا ابتلاع كمية كبيرة من الأدوية أو فتح أنبوبة الغاز عندما يكون أفراد الأسرة في المنزل، أو القفز في نهر ضحل

المياه لكي لا يغرق، كل ذلك لكي يحصل الشخص المنتحر على تعاطف الآخرين و تعاطف الحبيب و غالبا ما تكون المرأة أكثر نجاحا في هذا الاداء التمثيلي بسبب قلة خبرتها في طريق الموت أو تحطيم الذات أو سبب صدقها في قتل نفسها.

2-4-الفقر:

إن الوضع الاقتصادي السيء سواء من حيث الفقر أو انخفاض الدخل في شأنها ان يؤثر في تماسك الأسرة و هذا بالإضافة إلى الآثار النفسية الناشئة عن الحاجة و البطالة من قلق و يأس قد يؤدي الى اضطراب سلوكي لهؤلاء الافراد و اقدامهم على الانتحار أو المحاولة فيه.

وهذا يبين أن الفقر لا يعد الدافع الاساسي للانتحار يعني هذا أن الشخص الفقير ينتحر إلا اذا تدخلت أسباب أخرى و التي نحن بصدد الحديث عنها،الخلافات العائلية أو الاصابة بالأمراض النفسية و الجسدية،و العزلة الاجتماعية، و غيرها من الدوافع الاخرى التي تدفع بالأشخاص إلى الانتحار أو محاولة الانتحار.

2-5- الأمراض النفسية و العقلية:

من الأمراض النفسية خاصة نذكر الاكتئاب، انفصام الشخصية، الأمراض العصبية كالوسواس القهري، اضافة الى ذلك الاصابة بالأمراض الجسمية المزمنة كالشلل، الامراض المعدية، نجد ان لديهم ميولات انتحارية، و هذا ما يفسر بعدم تحمل أعباء المرض عند هؤلاء لمرضى، كذا المصابين بمرض الصرع كذا المصابين بمرض الصرع كذا السرطان، و الأشخاص المصابين بالأمراض القلبية و غيرها كلها تجعل المريض يشعر بالاكتئاب و الملل و العدوانية، كل هذه الاحاسيس تثير الرغبة في مفارقة الحياة و ارتكاب محاولات الانتحار (Joost .A, M. Merloo ,1967,p72).

هناك عوامل أخرى تؤدي بالفرد خاصة المراهق إلى الإقدام على الانتحار و ارتكاب محاولات انتحارية، كالإدمان و ذلك باعتماد الجسم على الاقراص و المخدرات و من ثم المعاناة و الالام عندما ينسحب مفعول هذه المواد المخدرة، تبتعد عن متناول يد المريض يؤدي الى تقلب مزاجه من جراء التفريط في استهلاك المخدرات و شرب الخمر، و لكن الادمان يرجع في أغلب الأحيان الى عوامل ثقافية ، نفسية كخبرات الفشل و الإحباط والحرمان والتدليل ، و الصدمات و رفقاء السوء و الإهمال الأبوي.(العيسوي ،2000،ص88)

بهذا تعد ظاهرة محاولة الانتحار مسألة معقدة لا نستطيع أن نحدد الأسباب الوحيدة المؤدية إليها بل تعود الى تضافر مجموعة من العوامل سواء الخاصة بالفرد او المحيط الخاص به.

3- أهداف محاولة الانتحار:

كل شخص منا يسعى الى هدف معين مقابل الذي يقوم به، كما أن المنتحر إليه الهدف من خلال قيامه بمحاولة الانتحار نذكر منها:

3-1- التعبير عن العدوان:

يعتبر الانتحار عداء سواء موجهها نحو الذات لمعاقبتها أو نحو الآخرين و هو عدوان معتمد و واعي هدفه الاخذ بالأثر و الرغبة في الحاق الاذى في الشخص موضوع العدوان و جعله يشعر بالندم من اجل تحميله شاعر الذنب، غير أن هدفه ليس العدوانية بل التهديد فالعديد من الشباب محاولي الانتحار يبررون فعلهم الانتحاري كوسيلة مختارة للفت المحيط إليه، أما بالنسبة للعدوان نحو الذات فإن غريزة العدوان جهة نحو الذات الاصلية للفرد . (لعقاب مليكة، 2008، ص34)

3-2- النداء:

الانتحار عبارة عن حيلة يستعملها الشخص لطلب النجدة لشعوره بالخجل، و عدم القدرة على واجهة المشاكل و هذه الحالة نجدها أكثر في شخصية ذات البنية الهستيرية، فهذا السلوك يعتبر "كرسالة نجدة" يرسلها الفرد الى محيطه لينقذه و يساعده و يعطف عليه، اذن هي استغاثة لاشعورية تتضمن في نفس عقابا ذاتيا. (الدباغ فخري ، 1982، ص181)

و في هذا يرى مكرم سمعان أن المحاولة الانتحارية هي في مضمونها استغاثة بالبيئة الانسانية و نداء لعونها و استفزاز للآخرين (لعقاب مليكة، 2008 ، ص33)، فلكل سلوك تهديدي وظيفة استغاثة ايا كانت الحالة العقلية لصاحبه.

3-3- الهروب:

يواجه الفرد في حياته اليومية مشكلات مختلفة فهناك من يمكنه التصدي لها، و هناك من ليس له القدرة على مواجهتها، لهذا يستعمل الهروب كميكانيزم دفاعي لتجنب المواجهة، مثل مواجهة

مشكل نفسي كالرسوب المدرسي، والشخص المدمن على المخدرات، بانتحاره يحاول الهروب من الضغط المتواصل الذي يعيشه و التخفيف من حدة قلقه، بهذا تعد المحاولة الانتحارية كسلوك لحل المشكلات، أي وسيلة مرضية للتكيف تترجم عدم القدرة على التحكم في المحيط او البيئة المعاشة من قبل الفرد. (Chabrol Henri ,1992,p 82)

4-3- التهديد:

قد يستخدم الفرد عدة طرق لتلبية مطالبه من بينها استخدامه لمحاولة الانتحار كسلاح يهدد به الشخص المهم في حياته بتحميله كامل المسؤولية عن فعله، إن لم يتم تلبية مطالبه و رغباته و الوظيفة تعني اعلان الشخص عن مقاطعة الاخرين حيث في بعض الحالات تأخذ مظهر لعبي، قد يبدو أن الشخص يلعب بحياته و لكن النتيجة تكون للأشخاص المحيطين به اذ تجعلهم في وضعية غير مريحة، يسمى ريموند هذه العملية بعملية التحذير و التي نشاهدها في الغالب عند المرأة. (, Maron .p 74 , 1975)

5-3- محاولة الانتحار كوسيلة اتصال:

جاء الفعل الانتحاري ليعوض أو يكمل أو يمثل الكلمات أو الكلام الغير الكافي، أو المستحيل و المفروض أو الممنوع من طرف المحيط المعاش، فيما يكون الفرد في حالة عذاب، و تكون نداءات، و تكون نداءات الالم غير معروفة او محبوسة.

و تحمل المحاولة الانتحارية رسالة لفقدان الامل و الغضب الشديد، يمكن تسميته الاتصال تحمل

الرسالة تعابير التناقض الوجداني la communication Ambivalente

و دلائل لطلب النجدة، و كذلك بسبب الصدمة العنيفة لفقدان الأمل في الحب، هنا لا تعبر فقط على

معاناة ذلك الفرد بل تعبر أيضا على معاناة كل المحيطين به و يشير إليها ذلك الفرد بالانتحار أو

المحاولة الانتحارية (Chabrol Henri , 1992 ,p84)

4- الوسائل المستعملة في محاولة الانتحار و الفرق بين الرجال و النساء:

تشير الإحصائيات العالمية أن عدد محاولات الانتحار الفاشلة هي أكثر بكثير مقارنة بالانتحارات

الناجحة و يمكن تفسير هذه الظاهرة بعاملين: العامل الأول يتمثل في ان الشخص الذي يحاول الانتحار

يتصف بتناقض وجداني، بمعنى أن هذا الشخص يهدف سلوكه هذا إلى وضع حد لمعاناته و في نفس الوقت يريد اللجوء إلى حلول أخرى أكثر سلامة، إذا اقتنع إن الانتحار يبقى الحل الوحيد فحتمًا سوف يلجأ إليه، أما التفسير الثاني يشير إلى أن الشخص الذي يحاول الانتحار و الذي يعاني دائما من التناقض الوجداني.

كما قد يستعمل الوسائل و الأدوات الأقل خطورة التي تؤدي للموت و تسمح بتدخل المحيطين به، أن تفسير فشل محاولة الانتحار هو وجود علاقة قوية بين اختيار الأشخاص اللجوء إلى الانتحار كحل لمشكلاتهم و وضع حد لمعاناتهم و كذلك الرغبة في البحث عن حلول أكثر سلامته.

ان بعض الذكور يستعملون الوسائل الأكثر خطورة مقارنة بالإناث كالأسلحة النارية والشنق، أما الفتيات يستعملن وسائل أقل خطورة: كقطع الأوردة او تناول العقاقير في محاولة انتحارهن.

هناك عدة وسائل تستعمل في الانتحار عامة و محاولة الانتحار خاصة نذكر منها: الشنق، السلاح الناري، القفز من الأماكن المرتفعة، تناول المواد الكيماوية و السامة، الحرق، تناول الأقراص، الأدوية، السلاح الأبيض لمس التيار الكهربائي، اختناق بالغاز، الخنق، الغرق، تناول السموم، قطع الأوردة، كلها وسائل تختار من قبل المنتحر حسب درجة رغبته في وضع حد لحياته و حسب سهولة الحصول عليها.

(Braconnier .A et Marcelli. D , 2004, p 74)

5- تصنيفات الانتحار :

5-1- تصنيف الدليل الإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM3 .R) :

صنف الدليل الإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية DSM3 .R الانتحار ضمن

الاضطرابات العقلية التالية غير أنه لم يصنف كصنف منفصل داخل :

- حالات الخبل .

- اكتئاب حاد اضطرابات اكتئابية ذو القطبين او مختلطة .

- حالات الهلوسة .

- الحالات البيئية .

- الامراض العضوية.

2-5- تصنيف DSM4:

أما DSM4 أشار أنه:

من ضمن الخصائص و الاضطرابات المصاحبة لنوبة الاكتئاب: البكاء، سرعة الغضب، القلق و المخاوف، نوبات الهلع عند الاطفال و قلق الانفصال ، صعوبات جنسية، صعوبات مهنية، صعوبات اجتماعية، صعوبات مدرسية، سوء الاستعمال و الادمان على الكحول أو بعض المواد الاخرى. (حسين فايد، 205، ص247)

و بهذا لا OMS4 ولا DSM4 حددت قسم خاص بمحاولات الانتحار بالرغم من خطورة هذا الاضطراب السلوكي.

خلاصة الفصل:

رغم المحاولات المختلفة من قبل الباحثين سواء في تحديد و توحيد مفهوم المحاولة الانتحارية وكذا الغاية و الاهداف التي كمن وراء هذا السلوك، و رغم التفسيرات المختلفة التي وضعها الباحثون باختلاف تخصصاتهم و توجهاتهم النظرية، لكن في الاخير تبقى مشكلة المحاولة الانتحارية مشكلة عويصة و معقدة و في نفس الوقت خطيرة تنعكس سلبا على الفرد ذاته و على الافراد المحيطين به، و مع تضاعف الارقام في الالونة الاخيرة هذا يجعلنا نعتبرها كوباء الساعة .

تمهيد:

إننا لا نكتفي في أي دراسة علمية بالجانب النظري فقط، بل يتطلب الجانب الميداني العملي له، والذي بدوره يكمل و يجسد في الميدان الجانب النظري، كما للجانب النظري خطوات اتبعناها في انجازه، فإن الجانب التطبيقي أيضا يتطلب ذلك، لجعل الدراسة أكثر تناسقا و تنظيما، و ذلك بالاعتماد على أهم خطوات البحث العلمي. فالجانب التطبيقي يسمح لنا بتحديد خطوات العمل المتبعة و كذا المنهج المناسب و تقنيات البحث المستعملة في الدراسة، و مدى تمكننا من ابراز وجود الظاهرة المدروسة على أمر الواقع، كذا مدى أهمية الاشكال المطروح في بداية الدراسة و محاولة الاجابة عنه بنفي أو تأكيد الفرضيات ، تلك هي الخطة التي سنتبعها في هذا الفصل.

1- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة:

إن كل دراسة علمية تتطلب منهج، و المنهج هو الذي يحدد مدى موضوعية البحث العلمي، و منهج البحث هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة ما، من حيث تفسيرها و وصفها، التحكم فيها و التنبؤ بها، كما يتضمن ما يستخدمه الباحث من أدوات ومعدات مختلفة، هو إذن الطريقة التي يستخدمها الباحث للإجابة عن الاسئلة التي يثيرها موضوع بحثه. (العيسوي، 1984، ص17)

وقد اعتمدنا المنهج العيادي في دراستنا هذه الذي يعد في نظر Maurice Reuchlin على أنه: "طريقة تنظر الى السلوك من منظور خاص فهي تحاول الكشف بكل ثقة و بعيدا عن الذاتية عن كينونة الفرد و الطريقة التي يشعر بها و سلوكاته، و ذلك في موقف ما، كما تبحث عن ايجاد معنى لمدلول السلوك و الكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع اظهار دوافعها وسيورتها وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكات للتخلص منها". (عباس، 1990، ص23)

و عرف Perron المنهج العيادي بأنه منهج لمعرفة التوظيف النفسي، الذي يهدف إلى بناء نسق واضح للأفعال و الحوادث السيكولوجية التي يكون مصدرها هو الفرد.

(Perron.R,1979 ,p38)

استخدمنا المنهج العيادي من خلال ما يتيح للبحث في الموضوع بكيفية معمقة والمقصود بذلك محاولة معرفة الأسباب الباطنية و العلاقة بين محاولة الانتحار و تصور الاكتئاب، يشكل هذا الجانب العامل الأساسي الذي دفعنا الى اختيار هذا المنهج.

2- الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة قبل الشروع في أي بحث علمي، و هو الاحتكاك بالميدان للتأكد من توفر إمكانية الحصول على العينة الخاصة بالظاهرة المدروسة، وتهدف إلى التجريب و التدريب على أدوات البحث التي تستعمل في الدراسة و مدى مناسبتها له، و في هذا الاطار وقبل انطلاقنا في الدراسة الميدانية قمنا في بداية أكتوبر 2012 بدراسة استطلاعية، فتوجهنا الى دور الطفولة المسعفة و مراكز حماية الطفولة و هي المراكز التي يمكن أن نجد فيها حالات محاولة الانتحار بولاية باتنة، مما أتاح لنا الاتصال بالمراهق المسعف محاول الانتحار، الشيء الذي سمح لنا بحصر مجال استطلاعنا بعد ذلك في بداية شهر ديسمبر 2012، و خلال هذه الفترة

سجلنا حوالي 20 حالة قامت بمحاولة الانتحار و أخرى قامت بعدة محاولات و مست فئات من أعمار مختلفة: أطفال، مراهقين و راشدين، و الفئة الأكثر تعرضا لهذه الظاهرة هي فئة المراهقين التي تتراوح أعمارهم من 12 إلى 24 سنة، إذ استعملنا معهم المقابلة و الملاحظة و من هنا استطعنا حصر عينة الدراسة الاساسية.

3- الدراسة الاساسية:

3-1- تحديد عينة الدراسة و خصائصها:

لا يمكن البدء في أي بحث علمي دون تحديد عينة الدراسة المراد إجراء البحث عليها، حيث عرفتها جودت عزت عطوي على أنها: " جزء من المجتمع الأصلي يختارها الباحث بأساليب مختلفة وبطريقة تمثل المجتمع الأصلي، و تحقق أغراض البحث و تغني الباحث من مشقات دراسة المجتمع الأصلي. (جودت عزت عطوي، 2007، ص85)

3-1-1- كيفية اختيار العينة:

هناك عدة طرق تختار بها العينة في المجتمع الاصيلي لإجراء الدراسة عليها، و ذلك حسب طبيعة الموضوع المدروس و كذا طريقة أو هدف دراسته.

الهدف من الدراسة معرفة تصور المراهق المسعف محاول الانتحار للاكتئاب و الوصول في الأخير الى معرفة وجود علاقة بين تصور الاكتئاب و محاولة انتحار المراهق المسعف ، و على هذا المنوال تم اختيار العينة الخاصة بالمراهقين المسعفين محاولي الانتحار و اعتمدنا على طريقة العينة غير العشوائية (غير الاحتمالية) أو ما يسمى بالعمدية أو المقصودة، التي هي أن يعتمد الباحث في اجراء الدراسة على فئة معينة و قد يكون هذا التعمد مبنيا على اعتبارات علمية.

(جابر عبد الحميد وآخرون، 1984، ص46)

3-1-2- حجم العينة:

لقد حددنا حجم عينة بحثنا بثلاثة (3) حالات من المراهقين المسعفين محاولي الانتحار ، و ما أجبرنا

على اتخاذ العينة على هذا العدد هو مجموعة من العوامل التي تعيق و تحد قدرتنا على اتخاذ عينة أكبر و من بين هذه العوامل نجد : الخصائص المحددة لعينة الدراسة و غيرها من العراقيل التي واجهتنا.

و لقد تحصلنا على حالتين (2) من دار الطفولة المسعفة عين التوتة - باتنة- و حالة (1) من مركز حماية الطفولة إناث- باتنة-.

3-1-3- خصائص العينة:

للوصول الى تحديد العينة حاولنا المجانسة بين أفراد العينة من حيث:

متغير العمر:

تتميز عينة بحثنا بكونها تضم أفراد في سن المراهقة تتراوح أعمارهم ما بين 16 إلى 21 سنة ، رغم أن الإحصائيات توضح على عدم قدرة التعرف على عدد حالات محاولي الانتحار بدقة إلا أنها تبقى مشكلة سلوكية واسعة الانتشار، و الدليل على ذلك الاحصائيات المختلفة التي قامت بها عدة دول من بينها مصر التي وجدت أن 60 % من محاولي الانتحار هم مراهقين تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 24 سنة. (حسين علي فايد، 2005، ص235)

متغير الجنس: لقد تكونت عينة بحثنا من كلا الجنسين: 2 اناث و ذكر.

الوضعية الاجتماعية: تواجد الوالدين، مجهول الأب، مجهول الوالدين، وجود الأم البديلة.

الحالة الصحية: ركزنا في اختيار عينة الدراسة على غياب الاضطرابات (الجسدية و العقلية)

و الأمراض العضوية، اعتمدنا في ذلك على الملفات الصحية للحالات.

مكان السكن: دار الطفولة المسعفة عين التوتة – باتنة- و مركز حماية الطفولة اناث بباتنة.

3-2- مجالات الدراسة:

3-2-1- المجال المكاني :

بعد الدراسة الاستطلاعية تمكننا من تحديد مكان اجراء الدراسة، فقمنا بإجرائها في كل من دار الطفولة المسعفة عين التوتة-باتنة- و مركز حماية الطفولة باتنة.

لقد تم اختيار مدينة باتنة مجالاً للدراسة نظراً لشساعتها حيث تعتبر المدينة الخامسة على المستوى الوطني فضلاً عن تنوع و تعدد الأحياء السكنية التي تتشكل منها، إذ نجد الأحياء الفقيرة و الشعبية و الأحياء الراقية مما يسمح باختيار عينة البحث متنوعة المفردات يمكن من خلالها اجراء عمل ميداني يفي بمتطلبات الدراسة.

فقد تمت الدراسة الميدانية على مجموعة من المراهقين المسعفين بمدينة باتنة و ضواحيها و بالتحديد في مركز حماية الطفولة -اناث- بمدينة باتنة و دار الطفولة المسعفة عين التوتة باتنة.

لمحة عن دار الطفولة المسعفة عين التوتة – باتنة:-

تقع دار الطفولة المسعفة في الناحية الجنوبية لدائرة عين التوتة – باتنة- مساحتها الاجمالية 2000م و مساحتها المبنية 1362م، قدرة استيعابها 60سرير، نظام الدار داخلي، تتكفل الدار بالأحداث(أطفال و مراهقين مسعفين) تتراوح أعمارهم من 6 الى 21سنة.

تشمل الدار على جناح اداري و بيداغوجي:

الجناح الاداري: و يشمل: - مكتب المدير.

- مكتب الأمانة.

- مكتب المقتصد.

- مكتب المحاسبة.

- مكتب المستخدمين.

الجناح البيداغوجي: يشمل: - مكتب رئيس المصلحة البيداغوجية.

- مكتب الأخصائية النفسانية العيادية .

- مكتب الاخصائية النفسانية التربوية.

- العيادة.

و تشمل كذلك على قسم الدراسات ،مكتبة ،مطعم ،مطبخ ،ملعب مجهز ،فناء ،مخازن.

تقديم مركز حماية الطفولة إناث - باتنة:-

هو مؤسسة داخلية مختصة في إيواء القاصرات اللاتي لم يكملن 22 سنة من عمرهن بقصد اعادة تربيتهم و ادماجهم في الحياة المهنية و الاجتماعية العادية ،افتتح المركز في سبتمبر 1986م ،و يشتمل على:

هياكل الاستقبال: - المصلحة البيداغوجية(مربون ،أخصائي نفسي تربوي،طبيب....)

- الرقابة

- الأقسام

- المكتبة

- ورشات الانشطة اليدوية و الفنية

مرافق الايواء: - المطبخ

- المطعم

- المراقد

المرافق الرياضية: - ملعب كرة القدم

- ملعب كرة اليد

- ملعب كرة الطائرة

تستقبل القاصرات بأمر من طرف قضاة الأحداث على مستوى المحاكم الموزعة على التراب الوطني، بواسطة أوامر وضع دائم مؤقت أو محدد.

3-2-2- المجال الزمني:

لقد بدأت الدراسة الميدانية منذ قبول الموضوع، فالموضوع الذي تناولته الدراسة يلزم الباحث على مسانيرة الحياة الواقعية موازاة مع الدراسة النظرية، و قد شرعنا رسميا في مباشرة العمل من بداية أكتوبر 2012.

3-2-3- المجال البشري:

يتمثل المجال البشري للدراسة في دور الطفولة المسعفة حيث تحتوي مدينة باتنة على مركزين هما: دار الطفولة المسعفة من 0 الى 6 سنوات و الذي يقع بباتنة، و دار الطفولة المسعفة من 6 الى 21 سنة الذي يقع بعين التوتة ولاية باتنة، و مركز حماية الطفولة إناث (أقل من 18 سنة)، ولقد وقع الاختيار في الاخير على دار الطفولة المسعفة بعين التوتة و مركز حماية الطفولة اناث لما يتواجد فيهما من مراقبين الذين سيخدمون موضوعنا طور الدراسة، فهذا المركز يهتم بالطفل و المراهق في اول مراحل حياته حيث يكون بأمس الحاجة إلى الحب و العطف و الحنان، خاصة أنها أول سنوات النمو و تكوين شخصيته التي ترسم الخطوط الأساسية لشخصيته في مستقبله و التي تترك بصمات واضحة على البروفيل الشخصي للمراهق فيما بعد، و لعل ذلك يكون مبررا منطقيا لتناول حالات هؤلاء المراقبين للدراسة و البحث العلمي.

3-3- وسائل جمع البيانات:

اعتمادنا في بحثنا على بعض الوسائل لجمع المعطيات حول عينة الدراسة وهي تتمثل في الملاحظة المباشرة، المقابلة العيادية النصف موجهة، و في مقياس بيك للاكتئاب (Beck Dépressions Inventory (BDI-II) الذي وضعه أرون بيك وآخرون سنة 1994م، ولقد اخترنا استعمال وسائل القياس هذه لأنها تناسب نوعية دراستنا و تخدمها، كوننا وصفنا فرضيات تتعلق بتصور المراهق المسعف محاولة الانتحار للاكتئاب ونقدمها كما يلي :

3-3-1- الملاحظة المباشرة:

الملاحظة هي إحدى طرق البحث في جميع العلوم الطبيعية و الإنسانية , يعتمد عليها علماء النفس لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن بعض جوانب سلوك الفرد (رشيدة زرواتي ,2002,ص 154)

وقد اعتمدنا في بحثنا على الملاحظة المباشرة , من شأن أداة البحث هذه أتاحت لنا فرصة ملاحظة مختلف سلوكيات المفحوص و ردود أفعاله أثناء المقابلة.

3-3-2- المقابلة العيادية النصف موجهة :

لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المقابلة العيادية النصف موجهة , وتعرف أيضا بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة , إذ تتمثل في طرح أسئلة معينة , دقيقة متبوعة بتسلسل , يكون فيها المفحوص حرا في الإجابة , ولكن يبقى دائما مقيد بمضمون إطار السؤال المطروح عليه . (Chiland,1983,P119) .

تم اختيارنا للمقابلة العيادية النصف موجهة لكونها هي التي تزودنا بمعلومات عن المفحوص , التي لا تستطيع المقاييس المستعملة الأخرى أن تقدمها لنا , سواء كانت حول حياة المفحوص أو علاقته مع عائلته أو محيطه الدراسي .

كما أن المقابلة تجعلنا نتعامل مع المفحوص مباشرة مما يساعدنا أكثر على فهم هذه الظاهرة ومحاولة إزالة الغموض الذي يحيط بها , إضافة إلى ذلك فضلنا استعمال المقابلة العيادية النصف موجهة من أجل محاولة إقامة أو خلق علاقة مساعدة مع المفحوص , لأن عما المختص النفسي لا يقتصر فقط على تطبيق الاختبارات على المفحوص بل انه يتعدى ذلك , جعل المفحوص يستعيد الثقة بنفسه و تغيير نظرتة في الحياة و في نفسه ,

احتوت محاور المقابلة العيادية على :

المحور الأول:يحتوي على معلومات شخصية

المحور الثاني: يدور حول المعلومات الخاصة بالوالدين

المحور الثالث: يظهر الحياة المفحوص العلائقية

المحور الرابع : يشمل المحاولة الانتحارية و المعاش النفسي.

المحور الخامس: النظرة المستقبلية (أنظر الملحق رقم 1).

بعد تحديد محتوى دليل المقابلة العيادية النصف موجهة التي نتقيد بها في المقابلة نقوم في بداية كل لقاء بتقديم أنفسنا للحالة , بأننا باحثين في علم النفس, و نحن في صدد البحث عن العوامل الأولية التي تقف وراء ظاهرة المحاولة الانتحارية لدى المراهق, و تصوره للاكتئاب بهذا نطلب منه المساعدة و المساهمة بمعلومات حول حالته الخاصة, و نسعى دائما في بداية الأمر أخذ ثقة الحالة وهذا ما يساعدنا كثيرا على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات , وفي مرة نحاول توجيه الحالة للحديث أكثر عن النقاط المهمة التي تفيد بحثنا و ذلك بالاستعانة بدليل المقابلة العيادية المهية مسبقا .

3-3-3- تقديم مقياس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI-II):

تعريف المقياس :

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس مدى شدة الاكتئاب لدى الأفراد انطلاقا من فترة المراهقة , و لقد تم وضعه من طرف أرون بيك و آخرون سنة 1994, و قام بترجمته إلى اللغة العربية و نشره الدكتور عبد الستار إبراهيم (أنظر ملحق رقم 05) (زيزي السيد إبراهيم , 2006, ص 152)

ولقد اخترنا استعمال مقياس بيك (Beck) للاكتئاب لأنه يقيس مدى عمق و شدة الأعراض الاكتئابية , ولأنه المقياس الذي اثبت درجة صدقه و ثباته على مستوى القياس النفسي هذا من جهة ومن جهة أخرى للتأكد من أن الحالات المأخوذة في عينة الدراسة تعاني من درجة معينة من الاكتئاب الذي يثبت احتمال ارتكاب المحاولة الانتحارية من قبل هؤلاء المراهقين.

يتكون المقياس من 21 بندا, ولقد تم وضعه من أجل تقييم الأعراض المرافقة لمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية حسب الدليل التشخيصي الرابع .

ويتكون كل بند من أربعة (04) فقرات تتدرج لتعكس مدى شدة الأعراض الاكتئابية و كل بند منقظ من (0) إلى (3) ماعدا البند السادس عشر (16) المتعلق بعادات النوم , وكذا البند الثامن عشر المتعلق بالشهية , اللذان يحتويان على سبعة احتمالات للإجابة :

(0, 1a, 1 b,2 a, 2 b,3 a,3 b) وهذا لهدف تقييم الارتفاع أو الانخفاض في هذه السلوكات .

(Beck et Steer,1998 ,p9)

الاستعمال العيادي لمقياس بيك للاكتئاب (BDI -II):

إن مقياس بيك للاكتئاب (BDI -II) يمكننا من تقييم شدة الاكتئاب لدى المرضى الراشدين والمراهقين (Beck et steer,1998,P6) وفي هذا المقياس بنود خاصة تعد مؤشرات لاحتمال ارتكاب المحاولة الانتحارية من قبل الحالات خاصة البنود : (02) التشاؤم (09) أفكار أو رغبات في الانتحار.

تطبيق و تنقيط المقياس:

أ- التطبيق :

في كل مرة وبعد الانتهاء من إجراء المقابلة العيادية مع كل حالة نمهد لتطبيق مقياس بيك للاكتئاب , ذلك بشرحنا للحالات ما الهدف و الغرض من الإجابة على هذا المقياس بحيث نقيس درجة الاكتئاب لديهم,ونبين لهم مدى أهمية إعطاء الإجابة الصحيحة في صدق نتائج بحثنا, لكي نحقق ذلك

نطلب منهم دائما الإجابة مباشرة على المقياس دون تفكير مطول , و حسب الدليل الخاص بتطبيق مقياس بيك (BDI -II) لقد حدد وقت تطبيقه بأنه لا يتعدى 10 دقائق , بعد موافقة الحالة و إعطاء التعليمات نطلب منه قراءة بنود المقياس بتمعن , وإذا كان علينا أن نقرأ البنود على الحالات بصوت مرتفع و متابعتها بالشرح نقوم بذلك حتى نتأكد أن البنود مفهومة من قبل الحالة بصورة جيدة .

ب- التنقيط :

النقطة النهائية لمقياس (BDI -II) ثم الحصول عليها بجمع أرقام البنود الواحد والعشرون (21) , كل بند منقط من (0 إلى 3) نقاط, وإذا قدم فرد عدة إجابات لبند واحد , يجب اختيار الرقم الأعلى, و النقطة المعيارية العالية تتمثل في (63) نقطة.

ج- تفسير العلامات:

يتم تفسير العلامات المتحصل عليها كما يلي :

| العلامات الكلية | المستوى |
|-----------------|--------------|
| من 0 إلى 11 | اكتئاب أدنى |
| من 12 إلى 19 | اكتئاب خفيف |
| من 20 إلى 27 | اكتئاب متوسط |
| من 28 إلى 63 | اكتئاب شديد |

(2) جدول تفسير درجات الاكتئاب

2-5- الخصائص السيكومترية للمقياس :

لقد وجد بيك آخرون أن بطارية بيك الثانية للاكتئاب لها ثبات مرتفع لدى عينة من الطلاب, حيث بلغ معامل ألفا إلى 0,93 , أما عند المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية كان معامل ألفا 0,92 . كما أنها تتمتع بصدق محتوى وصدق عملي أيضا, وقد أثبتت البطارية كفاءة في التشخيص.

وقد قام دزوا (DZOO) وآخرون بدراسة البناء العاملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب و الخصائص السيكومترية الأخرى, ووجدوا عند تطبيق الصورتين معا ارتباط بين الدرجة على الصورتين قدره 0,93 , كما وجد أن للبطارية قدرة على تصنيف الأفراد وفقا للدرجات عليها, حيث وجدوا أن الحاصلين على درجات تتراوح بين 13 إلى 19 يمثلون فئة الضيق الانفعالي, أما الحاصلون على درجات تتراوح بين 20 إلى 63 كان يمثلون فئة المكتئبين .

وبناء على هذا التقييم كان معدل الاتفاق مساويا 91% , أما بالنسبة لتقدير التكوين العملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب فقد تبين من التحليل العملي وجود عاملين يفسران 46% من التباين الكلي في استجابات المفحوصين , يفسر العامل الأول نسبته 38% من التباين و العامل الثاني يفسر مقدار 8% من التباين , وقد تشبع على العامل الأول بنود الفشل وعدم القيمة و كره الذات و التشاؤم و نقد الذات و عدم القدرة على اتخاذ قرارات و مشاعر الذنب و الانتحار و مشاعر العقاب و الحزن . (زيزي السيد إبراهيم, 2006, ص 84)

وبدا هذا العامل مفسرا للبعد الوجداني للتقدير الذاتي للأعراض الاكتئابية كما يرى دزو و زملاؤه.

أما العامل الثاني فقد تشبع عليه بنود النوم و التعب و فقدان الطاقة و التهيج و فقدان الاهتمام بالجنس, وفقدان الاهتمام عموما, وفقدان الاستمتاع وتغيرات الشهية, وهذا العامل العام مفسرا للجانب الجسدي, الاجتهاد, الاكتئاب.

أما في الثقافة العربية فقد قام غريب عبد الفتاح (2000) بترجمة و إعداد المقياس للاستخدام, حيث قام بتطبيق المقياس على 114 مفحوصا من طلاب الجامعة, وقام بدراسة البناء العملي للمقياس ووجد نتائج متشابهة لنتائج الدراسات التي أجريت بالخارج.

فقد نتج عن التحليل العملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب المترجم عاملان, العامل الأول تشبعت عليه البنود التي تقيس أعراض الحزن, التشاؤم, الفشل السابق, فقدان الاستمتاع, مشاعر الإثم, مشاعر العقاب, كراهية الذات و نقد الذات, الأفكار و الرغبات الانتحارية, البكاء و التهيج أو الاستشارة و فقدان الاهتمام, التردد و انعدام القيمة, فقدان الطاقة و صعوبة التركيز, وأعتبر الباحث هذا العامل ممثلا للبعد الوجداني المعرفي للاكتئاب, وتضمنت التشبعت الدالة على العامل الثاني البنود التي تقيس أعراض الأفكار و الرغبات الانتحارية و انعدام القيمة و فقدان الطاقة, وتغيرات في نمط النوم و القابلية الغضب و الانزعاج , تغيرات في الشهية و صعوبات التركيز , الإرهاق, الإجهاد و أعتبر هذا العامل ممثلا للبعد الجسدي , وفي دراسته للخصائص السيكومترية لبطارية بيك الثانية للاكتئاب قام غريب عبد الفتاح بتطبيق البطارية على 145 طالبا جامعيا (ن=44 ذكور), (ن=101 إناث), كما قام بتطبيقها أيضا

على المرضى نفسياً (ن=36), (ن=18 ذكور), (ن=18 إناث), وكشفت النتائج ثبات إعادة الاختبار توفر مستوى مرتفع من الثبات لبطارية بيك الثانية للاكتئاب .

(زيزي السيد إبراهيم, 2006, ص85)

فقد كان معامل ثبات إعادة الاختبار على عينة مكونة من 55 طالبا مساويا 0,74 ففي عينة الإناث (ن=24) كان ثبات إعادة الاختبار هو 0,88 وعينة الذكور (ن=70) هو 0,79 و القيمة الكلية 0,83, وفيما يتعلق بالصدق فقد تم حساب الصدق التقاربي و التمييزي وذلك عن طريق حساب الارتباط بين درجة المفحوص كل من بطارية بيك الثانية للاكتئاب و الصورة المختصرة له فكان $r = 0,76$, كما ارتبطت الدرجة على بطارية بيك للاكتئاب بالدرجة على اختبار القلق و كانت قيم معاملات الارتباط هي : بالنسبة للدرجة الكلية للعينة قدرت بـ 0,42 , بالنسبة لدرجة الذكور فقدت بـ 0,61 , أما بالنسبة لدرجة الإناث قدرت بـ 0,19 , كما حسب الارتباط بين الدرجات على بطارية بيك الثانية و اختبار لتوكيد الذات , كانت معاملات الارتباط بين الدرجتين كما يلي : معاملات الارتباط للعينة الكلية تقدر بـ 0,38 , معاملات الارتباط لعينة الذكور تقدر بـ 0,37 , أما معاملات الارتباط لعينة الإناث تقدر بـ 0,38 . (زيزي السيد إبراهيم, 2006, ص 86)

الخصائص السيكومترية لبطارية بيك الثانية للاكتئاب في دراسة حديثة :سنلخصها فيما يلي :

1-صدق المقياس :

تم التحقق من صدق بطارية بيك الثانية للاكتئاب عن طريق مؤشرات الاتساق الداخلي و الصدق التقاربي التمييزي, و صدق التمييز بين المجموعات المتعارضة اكلينيكية و فيما يلي وصف إجراءات التحقق من صدق بطارية بيك الثانية للاكتئاب.

صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الاتساق الداخلي كمؤشر للصدق من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على البند و الدرجة الكلية على الاختبار , و نظرا لما قد يساهم به الإبقاء على درجة البند المعين عند حساب هذا الارتباط من ارتفاع في معامل الارتباط الناتج و هذا يعد نوعا من التغير الإحصائي ,فانه قد تم

حساب معاملات الاتساق الداخلي مرتين, الأولى من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على البند و الدرجة الكلية للاختبار بدون حذف درجة البند من المجموع الكلي للدرجة على الاختبار, ثم حساب مرة أخرى بعد حذف درجة البند من المجموع الكلي للدرجة على الاختبار, ثم حساب بعد حذف الدرجة على البند المحدد من الدرجة الكلية على الاختبار, وجد أن هناك ارتباط ايجابي دال لكل بنود البطارية بالدرجة الكلية, حيث كانت نسبة كبيرة من هذه الارتباطات دالة على مستوى 0.01 باستثناء البند رقم (18) و البند (21) كان مستوى الدلالة لمعامل الارتباط بالدرجة الكلية 0,5 وذلك قبل حذف الدرجة الكلية, بعد حذف درجة البند كانت الارتباطات كلها دالة باستثناء البند رقم (18) الذي يقىس تغير الشهية (زيزي السيد إبراهيم, 2006, ص 88)

الصدق التقاربي التمييزي :

قام الباحث زيزي السيد إبراهيم بحساب معاملات الصدق التقاربي التمييزي من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على بطارية بيك الثانية للاكتئاب, و اختبارات بيك للقلق, واختبار هاملتون لتقدير القلق حيث أثبتت البحوث أن هناك تصاحبا بين الإصابة بالاكتئاب و القلق بنسبة تزيد على 50 % من المرض ويوضح الجدول الموالي معاملات ارتباط الدرجة الكلية على بطارية بيك للاكتئاب وكل من بطارية بيك للقلق, ومقياس هاملتون لتقدير القلق

| HRSA | BAI | BDI-II | |
|------|-------|--------|------------------------------------|
| | | .. | بطارية بيك للاكتئاب (BDI-II) |
| | .. | 0,66‘‘ | بطارية بيك للقلق (BAI) |
| .. | 0,59‘ | 0,49‘ | مقياس هاميلتون لتقدير القلق (HRSA) |

‘‘ دال عند مستوى 0,01 أو أقل

‘ دال عند مستوى 0,05

جدول (3): معاملات الصدق التقاربي التمييزي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب, ومقياس هاميلتون لتقدير القلق و بطارية بيك للقلق (ن=44).

*صدق التمييز بين المجموعات المتعارضة اكلينيكيًا :

ويتم حساب صدق التمييز بين المجموعات المتعارضة عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسط درجات مجموع من الأسوياء (ن=17) ومجموعة من المرضى المكتئبين (ن=18) على بطارية بيك للاكتئاب وكانت قيمة (تا) لزوج العينات دالة فيما وراء 0,001 -

ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار (تا) للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين السوية والمكتئبة على بطارية بيك الثانية للاكتئاب (زيزي السيد إبراهيم, 2006, ص 89)

| مستوى الدلالة في جدول ذي ذيلين | الفروق بين المجموعتين | | | | زوج المجموعات |
|--------------------------------------|-----------------------|---------|--------------------------------|-----------------|-----------------------|
| | درجة الحرية | قيمة تا | الانحراف المعياري للفروق | متوسط الفروق | |
| 0,001 | 13 | *9,60 | 8,57 | 19,94 | الأسوياء المكتئبين |

جدول (4): نتائج (تا) لدرجات المجموعتين الأسوياء و المكتئبين على بطارية بيك الثانية للاكتئاب.

2-ثبات المقياس :

لقد تم حساب ثبات المقياس بطريقة القسمة النصفية و ليس بطريقة إعادة الاختبار نظرا للمضمون الذي يقيمه معظم بنودها وهو يرتبط بشدة بالحالة الانفعالية للأفراد التي تتأثر بالأحداث اليومية, ويعد ثبات ألفا من أنواع الثبات الشائعة و الموثوق في نتائجها و يستخدمها كثير من الباحثين لحساب ثبات الاختبارات في البحوث النفسية.

| المقياس | ن | ألفا |
|------------------------------|----|------|
| -بطارية بيك الثانية للاكتئاب | 62 | 0,85 |
| -بطارية بيك للقلق | 48 | 0,79 |
| -مقياس هاملتون لتقدير القلق | 44 | 0,76 |

(5) جدول نتائج ثبات ألفا

ملاحظة :

يجب الإشارة إلى أننا قمنا بترجمة مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II : 1994) انطلاقاً من الترجمة التي أعدها * غريب عبد الفتاح غريب * (2000، ص58) بالنسبة لـ (BDI-I).

خلاصة الفصل:

بعدها تم التعرض في هذا الفصل إلى المنهج المعتمد عليه في هذه الدراسة المتمثل في المنهج العيادي, و كيفية اختصار العينة و كذلك تحديد المعايير المعتمدة عليها في اختيار العينة و تحديد مختلف الأدوات المستخدمة كالملاحظة و المقابلة العيادية و اختبار Beck للاكتئاب, سنتطرق في الفصل الموالي إلى عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق تلك الأدوات على الحالات و تحليلها و مناقشتها.

تمهيد:

بعد أن حددنا أدوات المقياس اللازمة لهذه الدراسة و أعطينا نبذة أو فكرة عن كيفية استعمالها و عن هدفها و كيفية تحليل نتائج كل أداة ، سواء المقابلة العيادية النصف موجهة، أو مقياس بيك للإكتئاب، ففي هذا الفصل سنقوم بعرض النتائج المتحصل عليها من هذه المقاييس بعد تطبيقها على عينة الدراسة و تحليل هذه المقياس بعد تطبيقها على عينة الدراسة و تحليل هذه النتائج للتوصل الى الاجابة على الاشكال المطروح لهذه الدراسة وذلك بتأكيد أو نفي فرضياتها.

1- عرض و تحليل بيانات الحالات الثلاث:1-1- الحالة الأولى:1-1-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية:أولاً: بطاقة إكلينيكية:

(ن) في سن المراهقة يبلغ من العمر 17 سنة, يعيش الآن في دار الطفولة المسعفة معروف الأم ولديه متبنية (كفيلة), مستواه الدراسي الثالثة متوسط, أعاد هذه السنة مرتين, ترك معقد الدراسة, أب (ن) مجهول الهوية, الأم عاملة في ملهى ليلي , كان (ن) يعيش بين أمه الحقيقية وأمه البديلة و دار الطفولة المسعفة و الآن اختار العيش في هذه الأخيرة لعدم استقراره العائلي.

ثانياً: ملخص المقابلات:

من خلال ما صرح به (ن) أنه يعيش عدم الاستقرار العائلي حيث أنه كلما يذهب إلى أمه الكفيلة تقوم أمه الحقيقية بالتدخل وخلق المناوشات لأخذه إلى منزلها إلا أن (ن) يفضل أمه الكفيلة خاصة أنه يعرف ما فعله أمه الحقيقية وهنا قال المفحوص : "كل ما نروح لقسنطينة نحب نروح عند يما (الأم الكفيلة) بصح ما نطولش عندها وتبدأ لوخرا دير les problèmes ودخل le juge باش تديني عندها, وأنا نحب نروح عند يما puisque نعرف لوخرا واش راهي دير واش هي خدمتها بكري كنت صغير منعرفش mais دركا c'est bon فهمت كلش"

إن السبب المباشر الذي دفع (ن) إلى ارتكاب محاولة الانتحار هو عندما ذهب إلى قسنطينة إلى أمه الكفيلة قصد البقاء عندها بعض الأشهر وذلك بسماع قاضي الأحداث له بذلك وكذا برغبته الشخصية، عندما أبلغت أمه الحقيقية الخبر، أرادت أخذ المراهق عندها حيث نشبت صراعات وخصومات بين الأمين أين أخذت الأم الحقيقية الابن عنوة وبأمر من قاضي الأحداث بقي (ن) عند أمه أسبوعاً, فرأى بأم عينه ما عمله أمه خاصة أنه صرح أنها كانت تستقبل بعض الرجال في المنزل.

هذا ما جعل (ن) يعيش حالة ضغط حادة , في ذلك اليوم الذي قام بمحاولته الانتحارية و التي تعتبر الثالثة من نوعها, نشب شجار عنيف بين أمه و أحد أختائها, ثم بين الزبون و الحالة , مما دفع به إلى الخروج واشترى علبتين من مادة قتل الجرذان فسبب ذلك له ألم حاد في معدته ولحسن حظه أنه أخبر أمه عند وصوله إلى المنزل التي نقلته بدورها إلى المستشفى , وكان (ن) يردد "كرهت منكم, ماشي كامل معيشة هذي , الموت خير ليا"

ثالثا : الملاحظة المباشرة للمفحوص:

تمت ملاحظة المفحوص خلال المقابلة وقد سجلنا حسب جدول الملاحظة المسخر لهذا العرض ما يلي:

- خدوش موجودة على جسده.
- انفعال وتوتر عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة انتحاره.
- التثهد في فترات معينة.
- نظرة تعيسة ومزاج حزين.
- التكلم بصعوبة ورفض الاتصال في البداية.

رابعا :النقاط الحساسة من خلال المقابلة والملاحظة:

من خلال تاريخ الحالة, وما تم استخدامه من الملاحظة والمقابلات نلاحظ أن المفحوص يعاني من الاكتئاب و ثبت ذلك في مقياس بيك للاكتئاب سببه صدمة فشل بعد انقطاع علاقته مع أمه البديلة التي تعتبر هي مصدر الحب و الأمان لديه (فقدان الموضوع المستثمر) ودخول الحالة في دوامة من الصراعات التي تميزت بقلق كبير (قلق فقدان الموضوع) والذي يستمد جذوره من الصراعات المكونة لشخصيته, هذه الأخيرة التي تتسم بكل الأعراض الاكتئابية كما أنه من الملاحظ أن المفحوص أصيب بإحباط أدى إلى ظهور عدوانية تحولت من الاتجاه نحو الغير إلى عدوانية ضد الذات متمثلة أساسا في محاولات انتحاره, وسلوكاته المازوشية والهادفة إلى تعذيب الذات كالخدوش التي لوحظت على جسده .

كما تبين أن المفحوص لديه تقدير متدني للذات وغير راض عن نفسه, كذلك انقطاع عن المجتمع ويعتبر انطواءه أكبر دليل على السمات الاكتئابية وحتى دخوله في حالة سوداوية أدت إلى اللجوء إلى محاولة الانتحار, كما لوحظت عند المفحوص رغبة في مساعدة الآخرين له من خلال المبادرة في الرغبة غي الخروج مما يعانیه وطلب مساعدة العائلة له, لكن تبقى رغباته في التحسن رهن الدعم و السند الذي يتلقاه.

خامسا: تحليل نتائج على ضوء المقابلات :

يظهر من خلال محتوى المقابلات بأن المفحوص يعيش أزمة نفسية مرضية مرتبطة بسمات شخصيته الاكتئابية التي تفجرت فيها الأعراض في الوقت الذي تعرض فيه المفحوص للفشل و المتمثل في انقطاع علاقته بأمه الكفيلة و ذلك بالرغم عنه حيث أن أمه الحقيقية أرادت جاهدة استرجاعه وذلك بمساعدة قاضي الأحداث, حيث تعتبر هذه العلاقة مع أمه البديلة استثمار في موضوع حب واحد ما أدى به إلى استغلال كل طاقاته في سبيل استقرار و نجاح هذه العلاقة الثنائية دون وضع احتمال فشلها و باعتبارها السند الوحيد لديه و بالتالي تولد لدى المفحوص عدم القدرة على تحمل الإحباطات.

كما يسبب مرور المفحوص إلى الفعل الانتحاري إلى الإطار المرضي و هو في الوقت ذاته رد فعل ما بعد صدمي و يبين مقدار الضيق الذي يعاني منه المفحوص و ضعف شخصيته الذي أدى به إلى تضيق الخيارات و اختزال كل الحلول الفعالة الممكنة للخروج من الأزمة.

فالمفحوص من خلال المقابلات المجراة معه, واجه ظروفًا صعبة متتالية لم يستطع إيجاد حلول لها في الوقت المناسب وبعد انقطاع علاقته تعرض لصدمة فشل عاطفي خطير تفجرت بعده الأعراض الاكتئابية التي كانت مستترة وراء الراحة النفسية التي كان يشعر بها أثناء استثماره لموضوع حبه (أمه الكفيلة) , لكن بعد انقطاع هذه العلاقة لم يعد في الإمكان تحمل الإحباط و الضغوط و طفت كل المشاكل إلى السطح ووجد المفحوص نفسه في وضعية أزمة وهو يفتقد لأدنى الاستراتيجيات الدفاعية الهادفة إلى خفض التوتر.

فمحاولات انتحاره المتكررة تعتبر عدوانية موجهة نحو ذاته بسبب اضطراب شخصيته و عدم قدرته على التكيف, ما أدى إلى تعزيز خيار الانتحار الذي لم يكن في البداية إلا حل من الحلول الموجودة, لكن سرعان ما زاد اقتناع المفحوص بأن الانتحار هو الحل الوحيد الممكن, فالمفحوص هنا يفكر أقل و مقتنع تماما بتحليل لحالة الأزمة و كيفية التعامل معها , وما زاد الأمور تعقيدا هو عدم تدخل المحيط في الوقت المناسب , بحيث أنه كان من الممكن استيعاب الوضع بالسند الاجتماعي اللازم في مثل أمه و أمه البديلة و أصدقائه و المحيط الاجتماعي عموما, أما بخصوص نظرتة للاكتئاب فتبين أنه يعتبرها كضيق و توتر مزمن و نظرة سوداوية للحياة.

1-1-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك:

لقد سجلت الحالة درجة تقدر ب 41 نقطة على سلم الاكتئاب لـ بيك, وهذه الدرجة توافق مستوى الاكتئاب الشديد التي تتراوح العلامة الكلية فيه ما بين (28-63 نقطة) على سلم بيك للاكتئاب , والدليل على ذلك وجود الأعراض الاكتئابية التي تتجلى في " أنا فقدت الثقة في نفسي " أنا أشعر أن لا قيمة لي في هذه الدنيا ", "أنا أريد الانتحار" هذا دليل على أن ما صرحت به الحالة فيما يخص الصراعات التي تنشب في وسطه العائلي و في كل مرة تؤثر سلبا على نفسية (ن).

سادسا: الحالة على ضوء المقابلة و الملاحظة و تحليل النتائج:

ما يمكن قوله من خلال المقابلة و الملاحظة و تحليل نتائج مقياس بيك, أن المفحوص حاول الانتحار عدة مرات و بوسائل مختلفة, وهذا نتيجة الإحباط الذي تعرض له بعد فشله في علاقتة مع أمه الحقيقية و انفصاله عن أمه الكفيلة و فقدان هذا الشخص العزيز و الذي أدى إلى قلق كبير (قلق فقدان الموضوع) وبالتالي أبدى المفحوص نتيجة الإحباط الذي تعرض له عدوانية كبيرة كانت في البداية غيرية ثم توجهت نحو الذات بسبب تقديره المتدني لذاته و شعوره بالذنب وهذا ما أدخل المفحوص في اكتئاب أدى في الأخير إلى محاولة الانتحار التي تكررت بسبب عدم وجود حلول و انعدام الاهتمام الخارجي به و ضعف شخصيته و معاناته من حالة اكتئاب لم يتمكن بعد من تجاوزها.

1-2-1- الحالة الثانية:1-2-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية:أولاً: بطاقة إكلينيكية:

(ص) فتاة تبلغ من العمر 18 سنة, تعيش في عائلة مكونة من 4 أفراد , وهي في المرتبة الثالثة بين إخوتها, لا تعمل في الوقت الحاضر, مستواها التعليمي نهائي, وهي عازبة, تعاني حالياً من كسور على مستوى الذراع اليمنى, بنيتها الجسمية متوسطة, تعيش وضعية اقتصادية و اجتماعية عادية, أما والديها فمطلقان واتجهت إلى مركز حماية الطفولة إناث بباتنة, واجهتنا مع الحالة نوع من الصعوبة خاصة في الاتصال و التكلم و ترفض الاتصال و التعامل معنا , لكن بعد عدة محاولات استطعنا القيام بالمقابلة.

ثانياً: ملخص المقابلات :

قامت المفحوصة بمحاولة الانتحار, هي الأولى في تاريخ حالتها , تمثلت في رمي نفسها من شرفة الطابق الأول بمركز الاستقبال (حماية الطفولة) و قد تنقلت إلى هناك هاربة من القهر الذي كانت تعانيه مع عائلتها, بحيث أن والديها مطلقين و تعيش مع أمها و أخوتها الثلاث , وسبب رحيلها على حد قولها هو المشاكل التي كانت تحدث بينها وبين أختها الكبرى , وهذا بسبب زواج هذه الأخيرة و حدوث نوع من الغيرة بينهما.

كذلك فشل العلاقة العاطفية التي كانت تجمعها بفتى شاب كان سيتقدم لخطبتها لكن حالة المشاكل العائلية و الصراعات بين المفحوصة و بين باقي أفراد الأسرة دون حدوث ذلك.

كما أن غياب الأب و حتى عندما كان مع العائلة أي قبل الطلاق, حيث كان أباً متسلطاً و عنيفاً وكان يمارس الضرب و العنف الكلامي مع زوجته و بناته, وقد صرحت المفحوصة بأنها الآن لا تعبر اهتماماً كبيراً لنفسها و أن المهم بالنسبة لها هو إيجاد المساعدة المناسبة للخروج مما تعانيه , وهذا ما يدعو إلى القول أن تقديرها لذاتها ضعيف بالرغم من رغبتها في التغيير.

المفحوصة واعية بما قامت به و صرحت بأنها لن تعاود ما قامت به, لأن الانتحار لن يأتي حسبها بالحلول المرجوة (لفت انتباه العائلة لها).

كما ترغب المفحوصة بالخروج من مركز حماية الطفولة و الزواج و الاستقرار النفسي.

ثالثاً: الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوصة :

تمت ملاحظة المفحوصة خلال المقابلات و قد سجلنا حسب جدول الملاحظات المسخر لهذا الغرض ما يلي:

-كسور على مستوى الذراع اليمنى.

- اضطراب في الكلام عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة الانتحار.

-التنهد و فترات من الصمت عند بعض الأسئلة.

- نظرة حزينة و مزاج مضطرب.

- رفض التكلم و حتى بعد الحديث كلام متقطع و شرودا لفترات.

رابعاً: النقاط الحساسة من خلال المقابلة و الملاحظة :

من خلال ملخص المقابلات و تاريخ الحالة و الاطلاع على ملفها الطبي , يمكن ملاحظة أن المفحوصة تعاني من تقدير متدني للذات و هذا من خلال تعبيراتها بأن نفسها لا تعني لها شيئاً, كما تعرضت المفحوصة لإحباط كبير نتيجة صدمة فشل عاطفي بعد انقطاع علاقتها و عدم زواجها من الشخص الذي تحبه و زواج أختها التي كانت في مشاكل دائمة معها , أما بالنسبة للاضطرابات النفسية التي كانت تعانيها, فقد تبين أن محاولة الانتحار كانت بهدف جلب الانتباه حيث كان محاولتها الأولى إلا أن المشاكل و الصدمات التي واجهتها دفعت بها إلى حالة اكتئاب لم تكتمل معالمه, وهذا ما سبب لها الإحساس بالوجود في وضعية مخرجها الوحيد هو جلب الانتباه عن طريق محاولة الانتحار, كما نلاحظ أن اللجوء لمثل هذه الطريقة للتعبير عما تعانيه, سبقه حالة من القلق الواضح في تصرفاتها, إضافة إلى مشاعر العدوانية التي كانت تحول كل مرة من عدوانية غيرية إلى أخرى

موجهة إلى الذات, تمثلت في محاولة الانتحار, و رغم كل هذا يجب أخذ محاولتها للانتحار على محمل الجد و التعمق في فهمها و مساعدتها على تغيير أفكارها.

وأخيرا نلاحظ أن المفحوصة ورغم كل هذا , ترغب في التغيير و تنظر إلى المستقبل نظرة ايجابية, كما أنها تطلب مساعدة الغير لها, وتنتظر مساعدة الأهل الذين ترى فيهم سبب معاناتها.

خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة:

ما يظهر جليا في هذه الحالة, أن المفحوصة واجهت عدة مشاكل خاصة على الصعيد النفسي الاجتماعي, فالمشاكل العائلية التي تعاني منها كقيلة للدخول سريعا في مرحلة فساد التنظيم ثم التطور لاحقا إلى حالة أزمة نفسية اجتماعية خطيرة, فالمفحوصة لا تبدي أي اضطرابات عميقة في الشخصية ولا نية حقيقية نابعة من قناعة مفادها القضاء على الحياة, إنما تبين لنا من خلال تحليل المقابلات المجراة معها أن فشل علاقتها العاطفية بسبب المشاكل الكثيرة سبب لها صدمة فشل عاطفي أدت بها إلى وضع احتمال محاولة الانتحار ليس كحل أخير لا يمكن لحل غيره أن يخرجها من هذه الأزمة, لكن على عكس ذلك كانت عدة خيارات و حلول موجودة لدى المفحوصة, فقد حاولت في البداية حل المشكلة مع أهلها ثم لجأت إلى الهروب من البيت نتيجة سوء المعاملة فالأب متسلط وعنيف, فالجو العائلي متوتر, واضطراب العلاقة مع الأخت الأكبر سنا زاد الأمور تعقيدا خاصة مع رفض الأم لمشروع زواج البنت من شاب كانت تحبه و ترى فيه مخرجا للحالة التعيسة التي تعيشها.

بعد محاولة هروبها وجدت نفسها أنها تخسر كل شيء ولم تصل إلى أي هدف من الأهداف الموضوعة لاسترجاع مكانتها و توازنها النفسي و الاجتماعي, فقررت بذلك اللعب مع الموت للوصول إلى جلب انتباه المحيط لها و المساومة على مطالبها خاصة الزواج من الشاب الذي كانت تجمعها به علاقة عاطفية لعبت دورا كبيرا في تحريك مشاعر و ميولات المفحوصة لوقت طويل.

استمرار الازمات وعدم وجود حلول فعالة للمشاكل المحيطة و ضعف الشخصية و القابلية الكبيرة للتعرض و تجاهل المحيط لقيمة المشكل و تأثيره على المفحوصة قد يؤدي بها فعلا إلى محاولة انتحارية جديدة تكون أكثر تخطيطا و تهدف إلى حل المشكل نهائيا, لأنه في ظل عدم حل المشاكل

المطروحة يتزايد القلق و ما يزيد الأمور تعقيدا هو عدم التدخل في الوقت المناسب و اقتراح إستراتيجية تكفل تهدف على المدى القصير إلى الخروج من حالة الأزمة و تخفيف القلق و التوتر و على المدى الطويل إلى الوقاية من خطر الانتكاس.

2-1-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك:

بعد أن طبقنا مقياس بيك للاكتئاب على المفحوصة سجلنا درجة تقدر ب43 درجة, وهذه الدرجة توافق مستوى الاكتئاب الشديد التي تتراوح العلامة الكلية فيه ما بين (28-63 درجة) و العبارات التالية تؤكد ذلك " أنا حزينة و غير سعيدة لدرجة لا تحتمل أتحرك باستمرار و أن أقوم بشيء ما", إما منفعة باستمرار, أشعر أنني معاقبة.

سادسا: الحالة على ضوء المقابلة و الملاحظة و تحليل النتائج:

ما يمكن قوله من خلال المقابلة , الملاحظة و اختبار بيك للاكتئاب و تحليل النتائج , أن المفحوصة حاولت الانتحار و كان المحاولة الأولى في تاريخ حالتها و وسيلتها إلى ذلك هي السقوط الحر, وهذه المحاولة جاءت نتيجة صدمة الفشل التي تعرضت لها بعد زواج أختها وفشل علاقتها مع حبيبها و هذا ما أدى إلى قلق كبير, أبدت المفحوصة بعض الاعراض الاكتئابية, وبالتالي أظهرت نوع من العدوانية الموجهة نحو الذات سببها التقدير المتدني لذاتها وضعف الانا في مواجهة الصدمات و بالتالي تفسر محاولتها الانتحارية على أنها وسيلة لجلب انتباه المحيط و التعبير عن حالة ضيق تعاني منها ولم تجد مخرجا لها, و من خلال المقابلات تبين لنا أن تصورها الاكتئاب يدور حول أسباب المؤدية للسلوك الانتحاري و حول بعض الاعراض.

1-3-1- الحالة الثالثة:1-3-1- عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية:أولاً: بطاقة الاكلينيكية:

(س) فتاة تبلغ من العمر 17 سنة، تعيش في مركز الطفولة المسعفة عين التوتة باتنة، معروفة الأم مستواها الدراسي السنة الثانية متوسط حيث أن ظروفها المعيشية لم تسمح لها بمزاولة دراستها، لا تعاني من أمراض جسمية بالنسبة لعلاقتها مع أمها الحقيقية فهي منقطعة منذ أن بلغت 6 سنوات، وتكفلت بها أم بديلة حتى سن 10 سنوات و من ثم اتجهت إلى دار الطفولة المسعفة و حماية الطفولة لعدم استقرارها النفسي.

لم تواجهها مع هذه الحالة أي صعوبة، خاصة في الاتصال و التحدث عن مشكلاتها.

ثانياً: ملخص المقابلات :

قامت المفحوصة بعدة محاولات انتحارية، و تعتبر هذه الأخيرة المرة السادسة من نوعها حيث حاولت قطع شرايين يدها داخل دار الطفولة المسعفة، وقد ذكرت المفحوصة أنها قامت بمحاولة الانتحار نتيجة الضغوط التي تعيشها في دار الطفولة المسعفة وحلمها بالخروج منها للزواج و الالتحاق بالشخص الذي تحبه، حيث أنها تعتبر الدار كسجن إذ لا يفعم بكل وسائل الترفيه التي تريدها خاصة أنها جالت كل مراكز حماية الطفولة المسعفة و دور الطفولة المسعفة في كل أقطار الوطن، كما أنها معتادة على الفرار من هذه المراكز، بسبب خيبات الأمل الكبيرة هذه أدخلتها في مرحلة اكتئابية، انتهت في الأخير باتخاذ قرار بوضع حد لحياتها و هذا على حد تعبيرها للتخلص من الضغوط التي كانت تعيشها، أرادت من خلال محاولتها الانتحارية الانتقام من نفسها و أمها وحتى السلطات العليا (قاضي الأحداث) و تذويقهم جزء من المعاناة التي لم يكونوا يحسون بها.

المفحوصة غير واعية بما قامت به و تعتبر هذا دليل على معاناتها و عدم اهتمام الأخير بها خاصة أنها تعاود المحاولة عدة مرات.

ثالثا: الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوصة :

تمت ملاحظة المفحوصة خلال المقابلة و قد سجلنا حسب جدول الملاحظة المسخر لهذا الغرض ما يلي :

- اصفرار الوجه و فشل عام في الحركات.
- بطء في الكلام وخاصة عند طرح الأسئلة المتعلقة بمحاولة الانتحار.
- فترات صمت و بكاء.
- نظرة شاردة و مزاج يبدو حزينا.
- خدوش في كل جسمها حتى البطن, الصدر, الفخذيين, الوجه, الأيدي... الخ
- التكلم بتوتر و احمرار الوجه أحيانا.

رابعا: النقاط الحساسة من خلال المقابلة و الملاحظة :

من خلال ملخص المقابلات و البطاقة الالكلينيكية و تاريخ الحالة و الاطلاع على الملف الطبي و النفسي , يمكننا ملاحظة أن المفحوصة تعرضت لعدة وضعيات سببت لها إجهادا كبيرا, كما تعرضت لاختصاصات متعددة بداية من سن 4 سنوات إلى وقتنا الحالي , إذ اغتصبت من طرف زوج أمها الحقيقية لمدة عام تقريبا دون علم هذه الأخير ثم تكلفت بها أم بديلة من عمر 6 سنوات إلى 10 سنوات و هنا اغتصبت من طرف أخ هذه الأم, بعدها لجأت إلى دار الطفولة المسعفة أين بدأت الفرار منها من حين لآخر بعدها اغتصبت في عمر 15 سنة من طرف مجموعة من الشباب كانوا في سهرة يعج بها الكحول و المخدرات فأصبحت هي أيضا تتناول الكحول و السجائر و من هنا أصبحت تعمل كبائعة الهوى خارج المراكز و كل مرة يقوم بتوقيفها الشرطة و تعاود الفرار من المركز.

نلاحظ أن المفحوصة رغم ما تعرضت له من صدمات و وضعيات مولدة للإجهاد , تريد تجاوز ما حدث لها, و ترغب في تعويض ما خسرتة في مواصلة الدراسة.

خامسا: تحليل النتائج على ضوء المقابلة:

يبدو أن الأمور تختلف نوعا ما في هذه الحالة مقارنة بالحالات السابقة, ففي هذه الحالة و بعد إجراء مجموعة من المقابلات و تبين لنا أن المفحوصة تعرضت لوضعيات مجهدة متتالية في الوقت

الذي كانت تعيش حالة أزمة و التي تتمثل في المرحلة العمرية الحرجة التي تمر بها وهي الطفولة والمراهقة فالمفحوصة ذات السبعة عشر ربيعا لازالت تواجه مشكلة الهوية و تحاول فرض شخصيتها وإبداء رغبتها في الوجود و الاستقلالية , وجدت المفحوصة نفسها سريعا في حالة أزمة لم تكن تتوقع الوصول إليها ولم تستلزم لها الميكانيزمات الدفاعية الكفيلة بتجاوز هذه المرحلة, وفي لحظة ضعف و انهيار للتوازن الداخلي العميق للشخصية و ضعف الأنا على مواجهة قوة الصدمة التي تعرضت لها المفحوصة , يظهر حل الانتحار و يعتزز و يتطور لأن المفحوصة في تلك اللحظة في مواجهة مباشرة مع الموت التي أصبحت ترى فيه حلا مريحا و سريعا و نهائيا للخروج من هذه الحياة التعيسة و الكئيبة التي لم تجلب لها إلا الدمار و الحزن وهي في بداية حياتها , و في الوقت المناسب في الصباح الباكر و الناس مازالوا نيام, في هدوء تام و صمت رهيب وجدت المفحوصة قطعة زجاج وسيلة فعالة وحلا لمشكلتها , فالعواقب لم تحسب و المشروع لم يخطط في وقت كاف, لكن الضيق الكبير و القابلية للتعرض و كل المؤشرات السلبية موجودة فلم يبق إلا المرور إلى الفعل الانتحاري كتجربة أخرى للمفحوصة مع الموت, وفعلا تم ذلك و باءت محاولتها بالفشل و يجب في الوقت الحالي التكفل اللازم بالحالة و إيجاد حلول واقعية علمية و سليمة للمشكلات المواجهة.

1-3-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك:

من خلال نتائج مقياس بيك للاكتئاب فان الحالة تعاني من اكتئاب شديد وذلك ب44 درجة على سلم بيك للاكتئاب, هذا يثبت ما توصلنا إليه خلال المقابلة العيادية بأن الحالة تعيش حالة عدم الاستقرار النفسي, لكن رغم ذلك تبقى متفائلة الدليل إلى سعيها إلى تحسين وضعيتها ولكن الظروف المعيشية لا تسمح لها بذلك ومن بين العبارات المختارة "أنا حزينة أو غير سعيدة لدرجة لا تحتمل " , " يحدث لحد أن أفكر في الانتحار لكن لن أفعل ذلك"

سادسا: الحالة على ضوء المقابلة و الملاحظة و تحليل النتائج:

ما يمكن قوله من خلال المقابلة , الملاحظة و تحليل النتائج , إن المفحوصة حاولت الانتحار وذلك نتيجة الإحباط الذي تعرضت له بعد فشل علائقي كل من الأم الحقيقية و البديلة , و الاغتصاب

المتابعة مما سبب لها صدمة كبيرة و ما زاد الأمور تعقيدا عدم اقتناعها بأن المجتمع خارج المركز ودار الطفولة المسعفة لن يرحمها و تعتبره مؤاها و مسكنها المفعم بالحب و الأمان و هذا ما أدى بها إلى قلق كبير , أبدت المفحوصة بعدة أعراض اكتئابية و هذا بسبب هشاشة شخصيتها بالتالي انتهت بها الأمور إلى تحويل نزاعاتها العدوانية نحو ذاتها بسبب التقدير المتدني لذاتها و تأنيب الضمير الذي سيطر عليها و ضعف الأنا في مواجهة الصدمات و بالتالي تفسر محاولتها الانتحارية على أنها الحل الوحيد الممكن لوضعية صراعية كانت تعاني منها ولم تجد لها خيارات أخرى واقعية قابلة للتنفيذ.

أما بالنسبة لتصوراتها للاكتئاب فتري أنها نتيجة الاحباطات المتتالية التي تؤدي بها إلى عدم تقبلها لحياتها و نظرتها السوداوية للمستقبل.

2- مناقشة الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة:

مناقشة الفرضية الأولى : التي تقول أن ظهور السلوك الانتحاري لدى المراهق المسعف يتأثر بتصوراته للاكتئاب. فمن خلال المقابلات المجراة مع المفحوصين وجدنا أن معظم تصوراتهم للاكتئاب تدور حول العبارات التي نجدها في مقياس بيك للاكتئاب مثل لا أريد العيش، لا أشعر أن الآخرين مهتمون بي، لا أستطيع النوم....

ومن هنا يمكن القول أن معظم تصوراتهم للاكتئاب تدور حول الأسباب النفسية الاجتماعية وبعض الأعراض التي نجدها في الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع، و قد أشار M.Wierzlicki إلى أن محاولة الانتحار مرتبطة إلى حد بعيد بمتغيرات سلوكية و نفسية معينة، أهمها الاكتئاب الشعور بالوحدة و ضغوط الحياة الشديدة و الألم او فقدان شخص عزيز أو شيء و ان كان كل هذا دافع لتصور الاكتئاب و المؤدي الى محاولة الانتحار (حسين علي فايد، 2005، ص96) و من هنا نجدها تتطابق مع نتائج فرضية دراستنا

مناقشة الفرضية الثانية: التي تشير أنه يختلف تصور المراهق للاكتئاب باختلاف الهدف من محاولة الإنتحار.

من خلال العمل الميداني مع الحالات و من خلال المقابلات و الملاحظات المجراة مع

الحالات الثلاث كل منهم يعانون من اكتئاب شديد و كذلك الهدف من المحاولة الانتحارية تتغير من حالة لأخرى حيث أن الحالة الأولى كان هدفها التهديد للرجوع للعيش مع الأم الكفيلة أما الحالة الثانية فهدفها كان لفت الانتباه و كوسيلة اتصال مع العائلة أما الحالة الثالثة فكان هدفها من المحاولة الانتحارية النداء و الهروب من الضغوط المواصلّة المعاشة و هذا ما أحدث تغيير في تصوراتهم للاكتئاب.

مناقشة الفرضية الرئيسية: التي ترى أن تصور الاكتئاب لدى المراهق المسعف له علاقة بمحاولة الانتحار .

و استنادا على دراسة الدكتور أحمد محمد عبد الخالق تحت عنوان " العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال و المراهقين في الكويت و عمان" حيث أظهرت نتائج الدراسة ارتباطات ذات دلالة احصائية بين متغير الاكتئاب و متغيرا أخرى، حيث كان الارتباط بين الاكتئاب و الانتحار موجبا، في حين كان الارتباط سالبا بين الاكتئاب و بقية المتغيرات كالصحة النفسية و الجسمية، و هذا ما يتطابق مع نتائج دراستنا التي أكدت أن الفرد المكتئب يحاول هجر الحياة و لا يجد اي لذة بها و بالتالي يرفض وجوده و ينبذه مما يدفع به الى محاولة الانتحار.

3- التوصيات:

من خلال ما أشرنا إليه و وضعنا بعض التوصيات تتعلق بالدراسة و التي تتلخص فيما يلي :

- * التعمق في موضوع تصور الاكتئاب و توسيع العينة إلى فئات أخرى.
- * التجديد في مقياس الاكتئاب و ذلك بتكييفه على أساس المجتمع الجزائري.
- * اجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية لمعرفة مدى تغير تصور الاكتئاب قبل و بعد المحاولة الانتحارية و هذا ما يستدعي دراسة متتابعة و مطولة.
- * متابعة الحالات لمدة زمنية طويلة مما سيساعد في الكشف على الاهداف من محاولات الانتحار و تطبيق برنامج علاجي أو القيام بتكفل نفسي بالفئة المدروسة.
- * التطرق في دراسات أخرى إلى التصور بكل أنواعه و محاولة معرفة العوامل المؤثرة فيه.

الفصل الأول :

المدخل النظري للدراسة

تمهيد

- 1- أهمية الدراسة
- 2- دواعي اختيار الموضوع
- 3- أهداف الدراسة
- 4- مشكلة الدراسة و تساؤلاتها
- 5- تحديد فرضيات الدراسة
- 6- دراسات سابقة حول الموضوع
- 7- المفاهيم الاجرائية

الفصل الثاني:

دراسة التصورات

- تمهيد

1 - مفهوم التصور

2- خصائص التصور

3- مكونات التصور

4- انواع التصور

5 - وظائف التصور

- خلاصة الفصل

الفصل الثالث:

الاكتئاب :

تمهيد

- 1- مفهوم الاكتئاب وتعريفه
 - 2- أعراض الاكتئاب
 - 3- أسباب الاكتئاب
 - 4- تصنيفات الاكتئاب
 - 5- تشخيص الاكتئاب
 - 6- تصنيف مقاييس الاكتئاب
 - 7- مداخل علاج الاكتئاب لدى المراهقين
 - 8- العلاج الطبي أو الدوائي للاكتئاب لدى المراهقين
- خلاصة الفصل

الفصل الرابع:

المراهق المسعف

- تمهيد
- 1- تعريف المراهقة
- 2- تحديد مرحلة المراهقة
- 3- أشكال المراهقة
- 4- لمحة تاريخية عن وضعية المراهق المسعف في الجزائر
- 5- تعريف المسعف
- 6- أصناف المسعف
- 7- المعاش النفسي للمراهق المسعف
- 8- الهوية عند المراهق المسعف
- 9 - مشكلات المراهق المسعف
- خلاصة الفصل

الفصل الخامس:

المحاولة الانتحارية

تمهيد

1- مفهوم المحاولة الانتحارية.

2- عوامل و دوافع المحاولة الانتحارية.

3- أهداف المحاولة الانتحارية.

4- الوسائل المستعملة في المحاولة الانتحارية و الفرق بين الذكور و الاناث.

5- تصنيفات الانتحار.

خلاصة الفصل

الفصل السادس:

الاطار الميداني

تمهيد

1- تحديد المنهج المستعمل في الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3- تحديد عينة الدراسة و خصائصها

4- مجالات الدراسة

5- وسائل جمع البيانات

خلاصة الفصل

الفصل السابع: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض و تحليل بيانات الحالات الثلاث

1-1- الحالة الأولى

1-1-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية

1-1-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب

1-2- الحالة الثانية

1-2-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية

1-2-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب

1-3- الحالة الثالثة

1-3-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية

1-3-2- عرض و تحليل نتائج مقياس بيك الاكتئاب

2- مناقشة الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة

3- التوصيات

تمهيد:

يعد الاكتئاب واحد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين الراشدين ومع ذلك توجد شواهد كثيرة تفيد بأن نسبة كبيرة من الأطفال والمراهقين خاصة في ظروف الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب (ابراهيم عبد الستار، 1998، ص7) و ما له من آثار على الصحة النفسية و العقلية للفرد .
إذ حاولنا في هذا الفصل تحديد اشكالية و فرضيات الموضوع و التطرق إلى أهميته و أهدافه ودواعي اختياره و إلى المفاهيم الأساسية لموضوع الدراسة .

1- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة من خلال طبيعة الموضوع الحساسة، حيث يعد من المواضيع الهامة في مجتمعنا العربي و الجزائري خاصة و ذلك لتفشي فئة المسعفين فيه، و من هنا يمكن حصر أهمية موضوع الدراسة في النقاط التالية:

- تفحص بعض المؤثرات النفسية التي تعمل على تشكيل البنية النفسية للمراهق المسعف.
- تبحث في أسباب الاكتئاب باستخدام الاسلوب العلمي من خلال استجابات عينة من المراهقين المسعفين المكتئبين على مقياس Beck للاكتئاب .
- تلقي الضوء على تصورات المراهق المسعف محاول الانتحار.
- تمهد لدراسات مستقبلية للتعرف على العوامل البيئية المهيأة للإصابة بالاكتئاب و من ثم الدخول في معاناة نفسية تؤدي للانتحار.

2- دواعي اختيار الموضوع:

تحدد الأسباب التي حفزتنا في اختيار هذا الموضوع:

- الاهتمام الشخصي بالظاهرة والرغبة في التعرف على هذه الفئة عن قرب و التي هي جزء لا تتجزأ من الظواهر المنتشرة في المجتمع الجزائري.
- الانتشار الواسع لهذه الفئة من الاطفال المسعفين في الجزائر.
- التعرف على الاوضاع النفسية و الاجتماعية و القانونية و الدينية للأطفال غير الشرعيين و المسعفين علما ان ليس لهم أي ذنب في ذلك حيث أنهم ولدوا بأنصاف هوية في وسط اجتماعي لا يعترف بهم.

3- أهداف موضوع الدراسة:

يرى ماركس أن الانسان واعي و غرضي، فهو يعتمد في قيامه بالسلوك على القصدية

للعشوائية، حيث أن كل فعل يقوم به الانسان مهما كان بسيطاً فإنه يدرك أبعاده و الهدف المقصود منه، إذا فلكل بحث و دراسة أهداف يحاول الباحث الوصول إليها أو التطرق إلى أهم تأثيراتها على الواقع الاجتماعي و من أهم أهداف هذه الدراسة نذكر ما يلي:

- وصف الوضعية الاجتماعية و النفسية و القانونية و الدينية للأطفال المسعفين و مدى انتشار الرعاية البديلة.
- تشخيص ظاهرة الاطفال و المراهقين المسعفين و مجابهة مثل هذه الظاهرة في الجزائر.
- ابراز احتياجات هذه الفئة و معرفة اهتمامات المجتمع و السلطات العمومية بها و الى أي مدى استطاعت حمايتها.
- استخلاص بعض الاقتراحات و التوصيات التي تساهم في ايجاد حلول لهذه الظاهرة.

4- مشكلة الدراسة و تساؤلاتها:

تناولت دراسات عدة الاكتئاب كأحد التقلبات الانفعالية التي تحدث في مرحلة المراهقة، إذ يعتقد ليهامان Lehaman أن الاكتئاب أصبح حقيقة من حقائق الحياة التي ترافقنا في كل مكان (شربتجي، 1987، ص19)، و هو أخذ في الانتشار في عصرنا الحالي المليء بالتغيرات الضاغطة و الأحداث المتسارعة و تقدر جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association نسبة المكتئبين في العالم بحوالي 10% (الشناوي، 1991، ص1).

و يحدث الاكتئاب بنسبة كبيرة عند المراهقين (Monroe, 1971, p463) حيث يصيب 3% منهم، فقد توصل ويست و كاسي "Weast et Kassi" إلى أن المرء معرض بالإصابة به في ما بين 15-24 سنة (الزهراني، 1992، ص63).

و تكمن خطورة هذا الاضطراب في أنه أحد الأسباب الرئيسية المؤدية إلى دمار الإنسان، إذ تشير البحوث إلى ارتباطه بالانتحار، و أن 50% إلى 70% من حالات الانتحار سببها الاكتئاب (حقي، 1995، ص369)، و تبين لـ "والتون walton" أن الانتحار يحدث بين المكتئبين أكثر من فئة أخرى، و أن أكثرهم من المحرومين من حنان الأبوين أو أحدهما في مرحلة الطفولة.

(الدباغ، 1986، ص150)

و قد لمسنا من خلال عملنا مع المراهقين المسعفين شكوى معظمهم من أن طفولتهم لم تكن سعيدة لأنهم لم يحظوا بعائلة مثل كل الأطفال، و لاحظت كثرة أعداد الذين يشكون من الاكتئاب، و هذا ما وجهنا لاختيار هذا الموضوع الذي تحددت مشكلته في التعرف إن كان السلوك الانتحاري للمراهق المسعف مرتبط ارتباطا وثيقا بتصوره للاكتئاب إذ صغنا اشكاليتنا العامة على المنوال التالي: هل هناك علاقة بين محاولة انتحار المراهق المسعف و تصوره للاكتئاب؟

بمعنى:

- هل تصور المراهق المسعف للاكتئاب يؤدي لظهور السلوك الانتحاري؟
- ما هي الأسباب المؤدية إلى تغير تصور المراهق المسعف للاكتئاب؟

5- تحديد فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

تصور الاكتئاب لدى المراهق المسعف له علاقة بمحاولة الانتحار .

الفرضيات الفرعية:

- ظهور السلوك الانتحاري لدى المراهق المسعف يتأثر بتصوراته للاكتئاب.
- يختلف تصور المراهق للاكتئاب باختلاف الهدف من محاولة الانتحار.

6- دراسات سابقة حول الموضوع:

6-1- الدراسة الأولى: مفهوم الذات في مرحلة المراهقة و علاقتها بالإكتئاب ،دراسة مقارنة بين

مصر و الامارات العربية المتحدة.د.غريب عبد الفتاح غريب (1998)

انطلق الباحث من التساؤل التالي: ماهي العلاقة المحتملة بين مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وبين ظاهرة الاكتئاب لدى عينات من المراهقين العاديين في مصر و الامارات العربية المتحدة؟

أما فروض الدراسة فكانت فروضا موجهة و غير موجهة:

- 1- توجد علاقة سالبة بين مفهوم الذات و الاكتئاب لدى المراهقين في مصر و الامارات ككل ولدى كل جنس على حدة.
- 2- توجد علاقة سالبة بين مفهوم الذات و الاكتئاب لدى المراهقين المصريين ككل و لدى كل جنس على حدة.
- 3- توجد علاقة سالبة بين مفهوم الذات و الاكتئاب لدى المراهقين الامارتيين ككل و لدى كل جنس على حدة.
- 4- يفيد مفهوم الذات كمنبئ بالاكتئاب لدى المراهقين و المراهقات في مصر و الامارات.
- 5- توجد فروق في مفهوم الذات بين المراهقين المصريين و الامارتيين (من الجنسين معا) وبين المراهقين و المراهقات (من البلدين معا) و تختلف الفروق بين الجنسين تبعا للبلد كما تختلف الفروق بين البلدين تبعا للجنس.

هدفت الدراسة إلى دراسة مفهوم الذات لدى المراهقين المصريين و الامارتيين في علاقته بالاكتئاب،بالإضافة الى ذلك حاول الباحث دراسة أثر الاختلافات في الأصول الاجتماعية لمجتمعي مصر و الامارات على الذات و الاكتئاب و العلاقة بينهما لدى المراهقين لتحقيق هذه الأهداف، تم دراسة 904 من طلاب المدارس الاعدادية المصرية: (243 أنثى و 240 ذكر) و 341 امارتيين (207 أنثى و 213 ذكر).

استخدمت في البحث أداتان : مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI و مقياس (بايرز - هاريس) لمفهوم الذات.

أظهرت النتائج:

- وجود علاقة سالبة بين مفهوم الذات و بين الاكتئاب لدى المفحوصين ككل،و في عينات مصر و الامارات كل على حدى و لدى كل من الاناث و الذكور.
- كان مفهوم الذات مفيدا كمنبئ بالاكتئاب لدى المراهقين و المراهقات من مصر و الامارات.
- وجود فروق في مفهوم الذات و الاكتئاب بين المراهقين المصريين و الامارتيين .

2-6- الدراسة الثانية: التصور الاجتماعي عن العدوانية عند المراهقين ضحايا الارهاب (بوصفصاف زوبير) (2007-2008).

انطلق الباحث في دراسته من الاشكال التالي: كيف يتصور المراهقين ضحايا الارهاب العدوانية؟
و قد وضع الفرضيات كالاتي:

- تصورات المراهقين ضحايا الارهاب للعدوانية تدور حول الموت.

- تصورات المراهقين ضحايا الارهاب للعدوانية مرتبطة بالروابط الاجتماعية.

يتمثل الهدف من الدراسة في الحصول على مختلف الافكار و الصور التي تنقلها تمثيلات هؤلاء المراهقين، و لقد قام باستقصاء نفس-اجتماعي بالاعتماد على طريقتين هما:

la carte associative d'Abrić (1994) et technique d'evocation de verges (1992)

على عينة مقصودة عددها 24 مراهق عاشوا وضعيات عنف مرتبطة بالارهاب.

وتبين من خلال تحليل المعطيات أن التمثيلات الاجتماعية للعنف عند المراهقين ضحايا الارهاب

مثل الذبح ، القتل... الخ. هذه الفكرة مرتبطة بوضعيات صدمية و عنيفة معاشة من قبل هؤلاء

المراهقين، و بحدة أقل ، هذه التمثيلات حملت أفكار أخرى مرتبطة بتدمير الروابط العائلية

والاجتماعية، الصدمة النفسية، تغير نمط الحياة اليومية، الخوف و الظلم و التدمير.

3-6- الدراسة الثالثة: النسق الأسري و علاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق

(14-17 سنة) دراسة مقارنة لـ 20 حالة. غازلي نعيمة (2011-2012)

بدأت الباحثة دراستها للموضوع بالتساؤل التالي: هل شكل النسق الأسري له علاقة بظهور المحاولة

الانتحارية لدى المراهق؟

ثم وضعت الفرضيات التالية:

الفرضية الاساسية: النسق الأسري له علاقة بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق.

الفرضيات الجزئية:

- 1- النسق الاسري المتصارع له علاقة بزيادة المحاولة الانتحارية لدى المراهق.
- 2- النسق الاسري المتوازن له علاقة بانقاص المحاولة الانتحارية لدى المراهق.
- 3- النسق الاسري المفتوح له علاقة بانقاص المحاولة الانتحارية لدى المراهق.
- 4- النسق الاسري المغلق له علاقة بزيادة المحاولة الانتحارية لدى المراهق.

كان الهدف منها المقاربة النظرية المختلفة لمحاولة تفسير الاشكالية و التركيز على النظرية النسقية التي تأخذ الفرد سواء المرضى أو السوي في اطار نسقه الأسري و هو الاتجاه النظري الذي انبثق منه الاختبار :اختبار الادراك الأسري حيث استعمل بموازاة هذا الاختبار اختبار بيك .

و استخلصت من دراستها هذه النقاط التالية:

- ارتفاع معدل الصراع الظاهري بأنواعه المختلفة لدى فئة المراهقين محاولي الانتحار وانخفاضه عند فئة المراهقين غير المنتحرين.

- يسود انفعال الحزن و الاكتئاب في الانساق الاسرية التي يعيش فيها المراهقين محاولي الانتحار ،بينما يسود انفعال الرضا و السعادة الانساق الاسرية التي يعيش فيها المراهقين محاولي الانتحار و هذا ما بينه مقياس بيك للاكتئاب.

4-6-الدراسة الرابعة: التصورات الاجتماعية للمرض العقلي عند الممرضين و العائلات المتكفلة

العلاجية:Jean François Beauchamp(2006-2007)

وضع الباحث الاشكالية كالاتي: هل للتصورات الاجتماعية تأثير على عمل الممرضين في مصلحة الطب العقلي و العائلات الكفيلة العلاجية؟

وصاغ الباحث الفرضيات التالية:

- الممرضين في مصلحة الطب العقلي لديهم تصورات ايجابية حول العائلة الكفيلة.

- العائلات الكفيلة لديهم تصورات حول المرض العقلي الذي يعتبر كعائق لاستقلالية و ادماج المرضى.
 - التصورات الاجتماعية للمرضيين و العائلات الكفيلة تؤثر على طبيعة العلاقات في الجو العلاجي.
 - التصورات الاجتماعية للمرضيين و العائلات الكفيلة لها تأثير على طبيعة المتابعة المستمرة للفحص في اطار التكفل العائلي العلاجي.
- تهدف هذه الدراسة الى التعرف على أثر التصورات الاجتماعية للمرض العقلي على العلاقة العلاجية و كيفية التكفل العلاجي للعائلات و عمل المرضيين ،حيث قام الباحث بتوجيه 28 استمارة للمرضيين و 22 استمارة للعائلات الكفيلة.
- و من خلال تحليل الاستمارات يرى المرضيين أن العائلات الكفيلة كمساعد للاستشفاء و للإدماج في الفحص العلاجي في الطب العقلي و هذا يكون كحل أساسي بعد عدة محاولات التكفل بالمريض خارج المستشفى التي باءت بالفشل و كذلك ترى العائلات الكفيلة أن عمل المرضيين في المستشفى العقلي له أهمية كبيرة للتكفل بالمريض.

7- المفاهيم الاجرائية:

7-1-المحاولة الانتحارية: تعتبر المحاولة الانتحارية كل محاولة فاشلة يقوم بها المراهق في عمر ما بين 14-24 سنة لقتل الذات اراديا.كما يمكن تعريف محاولة الانتحار على أنها محاولة لإنجاح فعل تدمير الذات عمدا ، هذا بالإضافة الى كونها تعبر عن نتيجة ما قام بها الفرد المنتحر ، فإذا نجحت محاولة الانتحار، فان نتيجة عمله هي القضاء على حياته اما العكس فينتج عنه محاولة انتحار فاشلة ، قد تصطحبها في بعض الاحيان بصراعات شديدة يعاني منها الفرد محاول الانتحار على صلة بمعاشه النفسي و بالاضطرابات التي يعانيتها.

7-2-الاكتئاب: يتمثل في ارتفاع الدرجة على مقياس الاكتئاب العالمي الذي أعده بيك Beck

التي تدل على توافر بعض الاعراض أو أغلبها: مثل الحزن و التشاؤم و الاحساس بالفشلالخ.

7-3-شدة الاكتئاب: هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوص على مقياس بيك للاكتئاب

تستمد درجاته من الجدول الآتي:

| المستوى | العلامات الكلية |
|--------------|-----------------|
| اكتئاب أدنى | من 0 إلى 11 |
| اكتئاب خفيف | من 12 إلى 19 |
| اكتئاب متوسط | من 20 إلى 27 |
| اكتئاب شديد | من 28 إلى 63 |

(1) جدول تفسير درجات الاكتئاب

7-4- التصور: هو بمثابة صورة انعكاسية يتم تشكيلها للأشياء و المواضيع التي يتم خبرتها على نحو حسي و هو بذلك يرتبط ارتباطا وثيقا بالخبرة الأصلية لموضوع أو حدث معين.

7-5- المراهق المسعف: هو كل مراهق متواجد بمؤسسة ايوائية فهي التي ترعاه و تربيته، إذ يتواجد فيها منذ الولادة، كما هو الشأن للمراهقين المتخلي عليهم أو غير الشرعيين، فالمراهق المسعف هو الذي لا يعيش في أسرة بل يعيش في مركز الطفولة المسعفة أو مركز حماية الطفولة.

خاتمة:

من خلال ما تم التطرق إليه خلال هذه الدراسة ، يتبين أن تصور المراهق المسعف للاكتئاب له دولا في دفعه الى محاولة الانتحار لا سيما إذا كان هذا الأخير لا يجد في الوسط الذي يعيش فيه السند الكافي لتجاوز محنته.

و أثبتت الدراسة الميدانية من خلال الحالات المدروسة أن تصور الاكتئاب له علاقة بمحاولة الانتحار لهذا الغرض من الممكن اقتراح استراتيجيات لمحاولة التقليل من هذا السلوك و هاته الأفكار و نحددها في:

- * خلق مراكز استقبال و استماع - تعنى بمشاكل المراهقين و تهتم بالكفالة النفسية للأفراد ذوا الميولات الانتحارية و حتى الأفراد الأفراد الذين مروا إلى الفعل.
- * محاولة الكشف المبكر عن المراهقين الذين قد يصل بهم الأمر الى حد محاولة الانتحار من خلال الانتباه لردود أفعالهم و الاصغاء اليهم و الى مشاكلهم.
- * لا بد من تكوين فريق متخصص للتكفل النفسي و الطبي و الاجتماعي بهذه الفئة و تجدر الإشارة في الأخير إلى أن الظاهرة مازالت محصورة في بعض الدراسات العلمية و التي تعتبر قليلة بالنسبة لخطر تزايد آثار الانتحار لدى المراهقين المسعفين لما يعانون من احباطات و ضغوطات.