

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
المركز الجامعي العقيد أظلي معند أولعاج  
معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

فرع: علم النفس

العنوان

**الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة  
لدى الراشدين اللذين قاموا  
بمحاولة انتحارية  
دراسة عيادية لخمس حالات**

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف:

- الأستاذة: سماعي كريمة

إعداد الطالب:

صياد سعيد

السنة الجامعية

2011-2010

## كلمة شكر

أولا قبل كل شيء، أحمد الله تعالى وأشكره على عونه وتوفيقه لي في إنجاز هذا العمل المتواضع، بفضل منحه لي الصبر والإرادة والعزيمة لإنجازه، وإخراجه إلى الوجود.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة "سماعي كريمة" بفضل توجيهاتها ونصائحها القيمة.

كما أشكر مسبقا الأستاذ(ة) المناقش(ة) الذي سيتفضل مشكورا أو ستتفضل مشكورة لمناقشة هذه المذكرة.

دون أن أنسى أن أشكر مستشفى الأمراض العقلية "فرنان الحنفي" وعلى رأسه المدير وكل المشرفين فيه من أطباء ورؤساء المصلحة الخاصين بكل جناح، على مساعداتهم وتسهيلاتهم طيلة فترة تواجدها بالمستشفى.

ولا يفوتني كذلك أن أتقدم بشكر خاص إلى المختصة النفسانية "سالمي حسية" على كل ما قدمته لي من مساعدات وتوجيهات قيمة، ولم تبخل علي بشيء، فهي مشكورة جزيل الشكر على ذلك.

وطبعا لا يمكن أن أنسى أفراد مجموعة البحث، فلولاهم لما تم هذا البحث ووصل إلى صورته النهائية، فلهم كل الشكر والتقدير.

بالإضافة إلى كل من ساعدني ولو بكلمة واحدة سواء من قريب أو من بعيد، فشكرا لهم.

إلى كل هؤلاء ألف شكر وتقدير واحترام.

# اهداء

أهدي ثمرة عملي إلى:

- إلى من قال عنها المنان أن الجنة تحت أقدامها.

إلى نبع الحنان وفيض الأمان ومصدر العطاء ورمز الوفاء إلى حديقة الأحقوان التي هي  
أعز إنسان ورافقتني بدعواتها في كل زمان ومكان.

إلى ملكة قلبي وتاج رأسي.

**أمي الغالية.**

- إلى الذي علمني أن الحياة أمل وعمل إلى من ثابر وضحى في سبيلي إلى الشمعة التي  
لطالما احترقت لتضيء دربي.

**أبي الحنون حفظه الله**

- إلى من شاركوني دفيئ وحنان العائلة:

إخوتي: بوعلام، لونيس، كريمة، ججيقة

إلى خالي أعمار وزوجته وابنه الكتكوت غيلاس

إلى الصديق والأخ عمر

- إلى كل الأصدقاء والصديقات في الحياة الجامعية

- إلى كل طلبة قسم علم النفس خاصة طلبة ماستر 2 علم النفس العيادي

- إلى كل من يعرفني من قريب أو من بعيد

- إلى كل من نسيه قلبي ولم ينسأه قلبي

## فهرس الموضوعات

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

1 ..... مقدمة

### الإطار العام للإشكالية

5 ..... إشكالية البحث

11 ..... فرضيات البحث

11 ..... أسباب اختيار الموضوع

11 ..... أهمية الدراسة

12 ..... الهدف من الدراسة

12 ..... تحديد المفاهيم الأساسية

### الجزء الأول: الجانب النظري

#### الفصل الأول: الاكتئاب

20 ..... تمهيد

21 ..... مفهوم الاكتئاب

23 ..... أنواع الاكتئاب

30 ..... أسباب الاكتئاب

33 ..... أعراض الاكتئاب

34 ..... تصنيف الاكتئاب

36 ..... أهداف الاكتئاب

38 ..... الاتجاهات النظرية المفسرة الاكتئاب

54 ..... علاج الاكتئاب

62 ..... خلاصة الفصل

## الفصل الثاني: الضغط النفسي وإستراتيجيات المقاومة

65	تمهيد.....
66	الضغط النفسي.....
66	لمحة تاريخية.....
67	مفهوم الضغط النفسي.....
68	أنواع الضغط النفسي.....
69	أعراض الضغط النفسي.....
70	النظريات المفسرة للضغط النفسي.....
72	إستراتيجيات خفض الضغط وآثاره.....
74	تمهيد.....
75	إستراتيجيات المقاومة.....
75	لمحة تاريخية.....
76	مفهوم إستراتيجيات المقاومة.....
78	أنواع إستراتيجيات المقاومة.....
83	مميزات إستراتيجيات المقاومة.....
83	التقييم المعرفي.....
86	التناولات النظرية لإستراتيجيات المقاومة.....
	العلاقة بين وظائف المقاومة المتمركزة على المشكلة ووظائف المقاومة المتمركزة على
90	الانفعال.....
91	وظائف إستراتيجيات المقاومة.....
91	فعالية إستراتيجيات المقاومة.....
93	خلاصة الفصل.....

## الفصل الثالث: الانتحار والمحاولة الانتحارية

96	تمهيد.....
97	لمحة تاريخية.....

98	..... مفهوم الانتحار والمحاولة الانتحارية.
100	..... العلامات الانتحارية التقليدية
100	..... مميزات الشخصية المقبلة على الانتحار.
101	..... أشكال السلوك الانتحاري
102	..... عوامل وأسباب المحاولة الانتحارية.
109	..... مراحل تطبيق الفعل الانتحاري.
109	..... طرق محاولة الانتحار.
110	..... النظريات المفسرة للانتحار.
118	..... العلامات التحذيرية والإجراءات الوقائية من محاولات الانتحار.
120	..... العلاج
121	..... خلاصة الفصل

### الجزء الثاني: الجانب التطبيقي

#### الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث

124	..... تمهيد
125	..... منهج البحث
126	..... الدراسة الاستطلاعية
128	..... مكان إجراء البحث
129	..... طريقة إجراء البحث
130	..... المعاينة
132	..... مجموعة البحث
132	..... أدوات البحث
133	..... الملاحظة
133	..... المقابلة العيادية النصف موجهة
135	..... مقياس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI-II).

138	.....مقياس استراتيجيات المقاومة للوضعيات الضاغطة(CISS).....
	<b>الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج</b>
143	.....تمهيد.....
144	.....عرض نتائج الحالات الفردية.....
188	.....عرض نتائج الحالات الخمس.....
191	.....مناقشة وتحليل نتائج الحالات الخمس.....
197	.....الاستنتاج العام.....
200	.....خاتمة.....
202	.....صعوبات البحث.....
203	.....الاقتراحات.....
206	.....قائمة المراجع.....

الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
108	جدول يلخص أسباب المحاولة الانتحارية والانتحار	01
132	جدول يوضح خصائص عينة البحث	02
137	جدول يوضح تفسير العلامات	03
141	جدول يوضح دليل تغير النقاط	04
149	جدول يوضح نتائج الحالة (01) على مقياس بيك للاكتئاب	05
149	جدول يوضح نتائج الحالة (01) على مقياس CISS	06
157	نتائج الحالة (02) على مقياس بيك للاكتئاب	07
157	جدول يوضح نتائج الحالة (02) على مقياس CISS	08
165	نتائج الحالة (03) على مقياس بيك للاكتئاب	09
165	جدول يوضح نتائج الحالة (03) على مقياس CISS	10
174	نتائج الحالة (04) على مقياس بيك للاكتئاب	11
175	جدول يوضح نتائج الحالة (04) على مقياس CISS	12
184	نتائج الحالة (05) على مقياس بيك للاكتئاب	13
184	جدول يوضح نتائج الحالة (05) على مقياس CISS	14
188	جدول يمثل نتائج الحالات الخمس على مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II)	15
189	جدول يمثل نتائج الحالات الخمس على مقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة	16

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
47	مخطط يوضح النموذج المعرفي للاكتئاب	01
48	مخطط يوضح النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب	02

## مقدمة:

لقد تعددت واختلفت في عصرنا الحالي العوامل المهددة للكيان النفسي والاجتماعي للإنسان، باعتباره من أهم الكائنات الحية التي ظهرت إلى هذا الوجود لما له من دور فعال في الإبقاء على الحياة واستمرارها. ومع ظهور الإنسان إلى هذا الوجود وما يحمله من صفات في حب العيش والبقاء على قيد الحياة، بالتالي امتلاكه لطموحات وأهداف يعيش من أجلها ويحاول تحقيقها، رغم أنه على يقين بأن هذا سرعان ما يتلاشى كل ذلك مع زواله إلا أننا نجد في بعض الأحيان، أن الأفراد مختلفون من حيث تعاملهم مع الظروف الحياتية، لاسيما تلك المتعلقة بكيانهم الشخصي والنفسي.

فنجد من بينهم من يحمل أفكارا غير عادية وليست طبيعية، ما من شأنها أن تتنافى مع أهداف الحياة والكيان الإنساني في هذا الوجود، وخاصة عندما يصل الحد إلى التفكير في الرحيل عن هذا العالم، الذي بالنسبة إليه لا يهمه، ولعل من بين هذه الأفكار محاولة إيذاء نفسه وحتى أنه يؤدي بنفسه إلى درجة الهلاك وقتل النفس وهو ما يصطلح عليه حاليا باسم الانتحار.

هذه الظاهرة الخطيرة التي تفاقمت في عصرنا الحالي، في العالم بأسره، وبلدنا الجزائر بصفة خاصة والتي حيرت وأرعبت الكثير من حيث مدى انتشارها الرهيب وتزايد حدتها، أين أصبحت تمس جميع شرائح المجتمع، ومن بينها فئة الراشدين، هذه الفئة التي لها دور كبير في بناء النشأ وتربيته عوض التخلي عنه.

فقد أصبح الانتحار ومحاولة الانتحار من بين الأسباب الأولى للوفيات، من خلال الإحصائيات الرهيبة والمتزايدة، أين تستعمل فيها مختلف الطرق والوسائل لهذا الغرض. ولعل من أهم العوامل المؤدية لذلك حالة الاكتئاب التي يصل إليها الفرد بعد معاناته من كثرة الضغوط والعوامل المحبطة، إلى جانب ضعف قدرة الذات على مواجهتها.

وانطلاقاً من خطورة هذه الظاهرة على حياة الأفراد، والراشدين بصفة أخص، وتأثيرها السلبي على كيانهم النفسي والاجتماعي، ولمعرفة والكشف عما إذا كان الأفراد الراشدين المحاولين للانتحار يعانون من حالات اكتئاب شديدة. ارتأينا القيام بدراسة علمية مفادها معرفة نسبة درجة الاكتئاب عند فئة الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، ومدى إمكانية كون الاكتئاب من بين أسبابها الرئيسية في تزايد حدتها، ثم محاولة الكشف عن نوع استراتيجيات المقاومة المستعملة عندهم لغرض بلوغ أو تحقيق مستوى التوافق أو التكيف مع هذه الوضعية، خاصة عندما يتعلق الأمر بوضعية خطيرة تتمثل في محاولة إيذاء النفس، ومن هذا المنطلق تكمن أهمية البحث الحالي وكذلك معرفة الآثار السلبية سواء جسدية كانت أو نفسية، التي تنجم عن القيام بمحاولة الانتحار، وكذلك محاولة فهم سيوررات استراتيجيات المقاومة التي يلجأ إليها الفرد قصد التخفيف من معاناته، و التأقلم مع حالته، وتكمن أهمية هذه الدراسة من منطلق الحاجة الماسة إلى مثل هذه الدراسات لوضع الخطط والإجراءات العلاجية والوقائية خاصة منها التكفل النفسي الاجتماعي للأفراد الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، لأجل فهم كيانهم الداخلي النفسي بصفة أكثر وضوح، قصد اندماجهم في المجتمع، وكذا تجنب الاضطرابات النفسية الناتجة عن آثار المحاولة الانتحارية.

وعليه تم تقسيم بحثنا هذا إلى جانبين، أحدها جانب نظري و الآخر تطبيقي.

قبل الشروع في الجانب النظري استهل البحث بمقدمة ثم بفصل تمهيدي، والذي يتضمن الإشكالية وفرضيات البحث، أسباب اختيار الموضوع، أهمية الموضوع والهدف منه، وكذا تحديد المفاهيم الأساسية، ثم قسمنا الجانب النظري إلى ثلاثة فصول، حيث يشمل على:

**الفصل الأول:** يشمل الاكتئاب، حيث تم التطرق فيه إلى التعريف بالاكتئاب، أنواعه، أسبابه، أعراضه وكذا تصنيفه وأهدافه، بالإضافة إلى النظريات المفسرة له والعلاج، ليختتم بملخص الفصل.

**الفصل الثاني:** يتضمن بدوره الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة، أين تطرقنا فيه أولاً إلى الضغط النفسي من حيث تطوره (لمحة تاريخية)، ثم التعريف به، أنواعه، أعراضه، النظريات المفسرة له وكذا استراتيجيات خفض الضغط وآثاره. ل يتم بعد ذلك الحديث حول استراتيجيات المقاومة من حيث أصلها، مفهوماً، أنواعها، تقييمها المعرفي وكذا مختلف النظريات التي تناولتها، وظائفها وأحيراً فعاليتها ليختتم بملخص الفصل.

**الفصل الثالث:** يتمثل في الانتحار والمحاولة الانتحارية، أين استهل بنبذة تاريخية عنه، ثم تطرقنا لمفهومه العلامات الانتحارية التقليدية، و مميزات الشخصية المقابلة على الإنتحار، أشكال الانتحار، الطرق، المراحل، الأسباب، بالإضافة إلى النظريات المفسرة ثم الإجراءات الوقائية والعلاج، ثم ملخص الفصل.

أما الجانب التطبيقي فيضم بدوره فصلين وهما:

**الفصل الرابع:** وقد خصصناه لمنهجية البحث، حيث اعتمدنا على المنهج العيادي نظراً لطبيعة إشكالية البحث، التي تتطلب دراسة كل حالة دراسة مفصلة وعميقة، كما تم تناول الدراسة الاستطلاعية، مكان إجراء البحث، المعاينة، خصائص مجموعة البحث، طريقة إجراء البحث، الأدوات المستعملة فيه، حيث اعتمدنا على المقابلة العيادية النصف موجهة، والتي بنيت وفق دليل المقابلة الذي يحتوي على ثمانية محاور. كما اعتمدنا على مقياسين وهما مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) ومقياس الـ CISS الخاص بالوضعيات الضاغطة.

**الفصل الخامس:** يشمل على عرض وتحليل الحالات وملخص نتائج الحالات الخمسة المتحصل عليها كل واحدة على حدى، مناقشة وتحليل نتائج الحالات الخمسة ثم استنتاج عام، فالخاتمة، لنجد في الأخير المراجع والملاحق.

الإطار العام لإشكالية

البحث

## 1- الإشكالية:

لعل ما يميز الكائن الحي بطبيعته الخلقية، أنه كائن يولد وهو مزود بمختلف الأجهزة والوظائف التي تسمح له بضمان بقائه في الحياة وباستمرار، فالإنسان بطبعه يُعدّ من أكثر الكائنات الحية التي تصبو إلى أن تعيش وتمارس الحياة أكثر من غيرها من الكائنات الأخرى، وذلك محاولاً منه الحفاظ على حياته وضمان استمرارها وتطويرها بفضل ما يملكه من قدرات وطاقات داخلية تساعده على الإبداع والاكتساب، فنجد أنه يحاول جاهداً لكي يبقى على قيد الحياة مبعداً كل ما من شأنه أن يؤدي بحياته إلى الهلاك أو الممات، رغم أن الموت شيء لا مفر منه، إلا أننا نجد في ذاتيته تلك الغريزة في حب العيش.

بالإضافة إلى هذا، فالإنسان على عكس الحيوان الذي يعتمد على وظيفته البيولوجية فإنه يحاول أن يتخلص من هذه الحتمية البيولوجية منذ ولادته، بفردية بيولوجية لها خصائص سيكولوجية، وبمعاونة ما أنشأ أسلافه من نظم اجتماعية، وبما يكتسبه هو من تراث ثقافي، وبما يتسم به بناؤه من مطاوعة، وقدرته على تمثل الأفكار والاتجاهات، وبفضل ما عمله على تطوير هذه النظم والتراث والحضارات.

فبمعاونة هذه القوى الاجتماعية والفردية وبفضل التفاعل الحيوي (الدينامي) بين كيانه وبينها خلال عملية التنشئة الاجتماعية تتحول هذه الفردية البيولوجية إلى شخصية قائمة بذاتها وبعصويتها في الجماعة، ومن هذه الخبرات المتعددة المتغيرة في متصل الحياة الزمني المتطور الراقى، بين الشخصية الفردية البيولوجية والشخصية الإنسانية، وبفضل ما يتسم به الإنسان من تلقائية واتساع مجال حياته الزمني نحو المستقبل، فضلاً عن الماضي، فإنه يشق لنفسه أهدافاً متعددة ومتطورة. فالعلاقة بين هذه الأخيرة وخبراته-خلال العمل على تحقيقها-علاقة دياكتيكية، ومن التفاعل الديناميكي بينهما يظل الإنسان يستنبط أهدافاً أخرى أو يطور قديمها أو يبدع ما جدّ منها، بالرغم من أنه يعرف الموت ويتمثله، لكنه أحياناً يحاول أن يضيف عليه الطابع الفلسفي. هذه الأهداف المتطورة تقتضي منه دوام بذل جهود، تتناسب

وتعدد أهدافه مع تباينها، وأن يقوم بأعمال متنوعة، في نسيج الحياة الاجتماعية مع الآخرين. لذلك فقد تتصارع الأعمال وتتناقض الغايات، مما يؤدي إلى زيادة بذل الجهد وكفاح الأفراد، ليحقق كل منهم ما تمثل من أغراض وما يستهدف من غايات، ذلك لأن الجهود والأعمال ليست في مستوى واحد.

وفي هذا النسيج الإنساني (البيولوجي النفسي الاجتماعي) المتشابك، لا يسلك الإنسان السبيل الصحيح دائماً، ولا يبلغ المرام من كل جهد-في كل الأحوال-فيقع في الخطأ ويواجه الخطر. وفي هذه الحالة هناك من له إرادة فولاذية في مواجهة هذه الأخطار ومراجعة هذه الأخطاء وذلك بتدبير وتصميم مما يجعله ينتصر على الفشل، وترتقي شخصيته، في حين نجد البعض الآخر لا يحاول تدبر أمور الأخطاء، مستسلماً للفشل، فيعيش على هامش الجماعة وينحرف عن النسيج السوي للحياة الاجتماعية إلى مجالات سلوك غير سوي فيترتب عن ذلك اقتراف جريمة أو يجتمى في أعراض عصابية أو ذهانية، فيخلد إلى مراحل الراحة واللامسؤولية، وقد يأخذ سلوكاً ينادي الجماعة لغوثه ومعونته، بعد أن تنغلق أمامه السبل فلا يجد بدلاً للحياة مما يجعله يلجأ إلى سلوك مدمر لحياته متخذ في ذلك الاستسلام للموت، أو تنفيذ الانتحار.

(عيب غنية، 1994-1995، ص11-12)

إذ يعتبر الانتحار إحدى الوسائل المعروفة للبشر التي تؤدي إلى الموت، فهو الوسيلة الوحيدة للموت التي يقوم فيها القاتل بقتل نفسه عمداً، أي أن القاتل والمقتول شخصاً واحداً دائماً. لأنه إذا ما ظهر أي سبب آخر فإن الموت تنتفي عنه صفة الانتحار، ويصبح جنائياً أو صحيحاً أو لسبب من أسباب البيئية.

(عبد الحكيم عفيفي، 1990، ص89).

ويتفق "بونر" و"ريتش" مع ما أشار إليه بيك وآخرون (1979) في كون السلوك الانتحاري عملية دينامية معقدة بدلا من كونه حدثاً منعزلاً ثابتاً. فقد عرفا السلوك الانتحاري بأنه "عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار

النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد. وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية". (حسين علي فايد، 2005، ص234).

ولعل أن رغبة الموت تكون جزءا وعنصرا من عناصر مكونات دافعية السلوك الانتحاري، وقد يكون السبب الأساسي الذي يتضمن كل أسباب الانتحار منحصرا في أن الحياة لا تستحق أن نحياها، ليس هناك غاية لأن نحياها، لا أستطيع الاستمرار في هذا الدرب. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص101).

لهذا فقد حظيت ظاهرة الانتحار باهتمام كبير من طرف الباحثين الأجانب في ميادين شتى كعلوم الطب، القانون والاجتماع، ويرجع هذا الاهتمام إلى كون الظاهرة اجتماعية وشخصية ذات عواقب وخيمة تشير إلى اختلال البنية الاجتماعية الثقافية من ناحية، وإلى اختلال في شخصية الفرد من ناحية أخرى. (حسين فايد، 2001، ص126)

غير أن ما يلفت نظرنا هو أن مشكلة الإنتحار لا تقتصر فقط على تلك الفئة التي تقوم بوضع حد لحياتها وإنما كذلك تشمل أيضا الفئات التي لها أفكارا انتحارية لكن دون أن تقدم على الفعل الانتحاري أو حتى محاولة انتحارية، وكذلك تشمل الفئات التي قامت بالمحاولة الانتحارية فعلا ولكنها فشلت في عدم النجاح في ذلك وذلك لعدة أسباب، وغالبا ما يكون ذلك لأجل لفت الأنظار من حولهم وقصد تحقيق رغبات أخرى غير الرغبة في إنهاء الحياة، هذه الفئة الأخيرة هي التي نتمنى في موضوع بحثنا هذا، وقد تكون المحاولة الانتحارية لمرة واحدة فقط، وكما يمكن أن تتعدد إلى مرات عديدة وغالبا ما يكون ذلك في فترات متقاربة.

فبعد هذا العرض، يتبادر إلى أذهاننا التساؤل حول الأسباب والعوامل الرئيسية التي تقف وراء حدوث هذه الظاهرة وتعمل على انتشارها وتزايدها بشكل رهيب ومخيف وذلك من خلال الوقوف على مختلف الدراسات السابقة التي تناولت واهتمت بهذا الموضوع وبحثت فيه نذكر منها:

دراسات إمبريقية أجريت للتحقق من صحة هذا الافتراض النظري، ومنها نذكر تلك التي أجراها "ليستر وعبد الخالق" (Lester et A- Khalek, 1998) وعلى عينتين من طلاب الجامعة إحداها عينة أمريكية (183) والثانية عينة كويتية (222) وطبق الباحثان قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس بيك لليأس وتم سؤال الطلاب عن الأفكار الانتحارية التي راودتهم في الماضي والحاضر بالإضافة إلى استخدام بعض المقاييس الأخرى ولقد توصلت الدراسة إلى نتائج عديدة تشير في مجملها إلى وجود مستوى من الأفكار الانتحارية لدى الطلاب الكويتيين أكثر منها لدى الطلاب الأمريكيين، وقد تنبأ الاكتئاب بأكثر من المتغيرات الأخرى وبشكل جوهري بتصوير الإنتحار لدى كل من العينة الأمريكية والعينة الكويتية.

(حسين فايد، 2001، ص20)

كما بينت الكثير من الدراسات العيادية، العلاقة الموجودة بين الاكتئاب والانتحار، وأكدت على أن الإنتحار يقع دائما أثناء الإصابة بالاكتئاب فهو من أكثر الشخصيات النفسية ارتباطا بالانتحار، إذ أن المكتئب شخص محبط ورافض للحياة، وينتحر حوالي (15%) ممن لديهم إكتئاب شديد، كما لوحظ أن (80%) منهم قد عانوا من الإكتئاب أما (25%) فكانوا مدمنين على المخدرات، حيث أن إدمان بعض المواد يطلق التهيئات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الإنتحار.

(محمود حمودة، 1990، ص88)

ونجد أن العديد من البحوث الإكلينيكية أكدت افتراضات بيك وأعوانه (Beck) المتعلقة بدور الاكتئاب في تفجير السلوك الانتحاري منها نجد دراسات: بكورن وآخرون (Pokorn/al) (1963) بكورن وآخرون (Pokorn) (1966) - رولينس وآخرون (Roleins/Al) (1968) - بيرشنال وآخرون (Birchnel/Al) (1971) - سميت -نوصون وآخرون (Newson-Smith/Al) (1979) - سيلفر (Silver) (1983) - نكاندرا-تريبك (Nekendra- Trebk/Al) (1983) - شناید وآخرون (Shneid/Al) (1984-1985) - شارلس وآخرون (Charles/Al) (1989)

- أبرامسون وآخرون (Abramson/Al) (1989) - هوفمان وآخرون (Hofman/Al) (1991) - روي وآخرون (Roy/al) (1993)، التي بينت أن الاكتئاب هو العنصر المشترك الذي يؤدي إلى الانتحار في جميع الاضطرابات العقلية. (أ. بجاوي، 1995، ص15)

أما في الجزائر، فإن الدراسات المتعلقة بموضوع الانتحار فهي قليلة و غير كافية بالنظر إلى حجم الظاهرة وخطورتها، ولعل من الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع نذكر دراسة الأستاذة بجاوي في إطار رسالة الماجستير تحت عنوان «المحاولة الإنتحارية دراسة نفسية» وهذا في سنة 1995، على عينة تتكون من (10) حالات محاولة للإنتحار و(10) حالات مصابة بالإكتئاب. ولقد كانت هذه الدراسة بهدف إيجاد العامل الأكثر تأثيراً على ظاهرة الإنتحار، ومحاولة اقتراح نموذج تصوري حول الكفالة اللازمة قصد تخفيف حدة هذه الظاهرة وكان من أهم نتائج دراسة المقارنة هذه، أن الأفراد الذين قاموا بالمحاولة الإنتحارية يمتازون باكتئاب شديد مقارنة مع الأفراد المصابين بالاكتئاب، وهذا بعد استعمالها لكل من مقياس بيك للإكتئاب (BDI) ومقياس بيك للتشاؤم أو اليأس، وسلم الضغط النفسي الاجتماعي للراشدين. (بجاوي حسينة، 1995، ص97)

يتضح إذن من خلال كل العرض السابق لمختلف الدراسات السابقة، الدور الفعال الذي يلعبه الاكتئاب في ظهور المحاولات الانتحارية سواء كان منفرداً أو مصحوباً بمتغيرات أخرى كاليأس والأفكار السلبية اللاعقلانية كتصور الإنتحار، وبناء على هذا كله، تتضح الحاجة إلى إجراء دراسة تساعد على فهم أكبر وأدق للمحاولة الانتحارية، وذلك من خلال محاولة البحث في كل من متغير الاكتئاب وما مدى دوره في ظهور المحاولات الانتحارية لدى عينة من الأفراد الجزائريين.

نفهم من خلال هذه الدراسات أنها ركزت على أن الأفراد الذين لجئوا إلى القيام بمحاولة انتحارية كانوا يعانون من درجة اكتئاب شديدة، وما نتج عن ذلك من تأثير مباشر على حالتهم النفسية والسلوكية

والانفعالية، مما يؤدي بهم ذلك إلى الدخول في وضعية غير طبيعية متمثلة في المعاناة النفسية والعذاب الشديد، فهذه الوضعية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد قد تعتبر مصدرا جديدا للضغط، وقد يسعى هؤلاء إلى البحث حول إيجاد طرق ووسائل لمواجهة أو تجنب هذه الوضعية التي تؤدي إلى اضطراب الصحة الجسمية والنفسية للأفراد. وفي هذا الشأن زاد اهتمام الباحثين بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الأفراد لتجنب مختلف الأخطار التي تواجههم في حياتهم اليومية، وهذا ما اصطلح عليها اسم استراتيجيات المقاومة، أو أساليب التعامل مع الضغط.

وقد عرفها "Lazarus, Folkman" ، (1980، 1986) على أنها طريقة خاصة أو نموذجية

من أجل مواجهة ومعالجة وضعية ضاغطة. (Roland.J-P,1998,P09)

أما "Margot.Ph"،(2005) ترى أنها سيرورة نفسية موجهة للقلق والضغط، وتعتبر وسيطة

بين الفرد ومحيطه حين يظن أو يدرك الفرد أن الوضعية يمكن أن تهدد أمنه أو صحته.

وفي هذا الصدد وردت دراسات "لازاروس وفولكمان"، (1980) تبين بأن المواجهة المتمركزة

على المشكلة تكون مصحوبة بالمواجهة المتمركزة على الانفعال في معظم المواقف الضاغطة خاصة إذا كان

لدى الفرد بعض المقدرة على ضبط انفعالاته عند محاولة التعامل مع المواقف الضاغطة.

(طبي سهام، 2001، ص12).

نفهم من خلال هذه التعاريف أن استراتيجيات المقاومة عبارة عن طرق يستعملها الفرد أثناء

تعرضه لمواقف ضاغطة وخاصة إذا كان ذلك يمس أمنه وكيانه، إلا أن في التعريف الأخير من خلال

دراسات "لازاروس وفولكمان" أنه هناك استعمال لإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المهمة والانفعال

معا في أغلب الحالات والمواقف الضاغطة.

وعليه انطلقا من كل ما سبق ذكره آنفا، ارتأينا طرح التساؤلات التالية:

- هل يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة ؟

- ما هي نوع إستراتيجيات المقاومة الأكثر استعمالا لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية ؟

## 2- الفرضيات:

وللإجابة على التساؤلات التي طرحناها، قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة.

- يستعمل الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال.

## 3- أسباب اختيار الموضوع:

إن الدافع الأساسي والأول الذي جعلنا نختار هذا الموضوع ألا وهو تحت عنوان الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، هو شدة تأثرنا بظاهرة الانتحار ومدى انتشارها وتزايدها بشكل رهيب في الآونة الأخيرة في العالم عامة و بلدنا الجزائر بصفة خاصة. سبب آخر جعلنا نخوض في غمار هذا الموضوع هو قلة الدراسات فيما يخص هذه الظاهرة رغم خطورتها وتزايد حدتها وانتشارها، فهناك دراسات أقيمت في هذا المجال إلا أنها غير كافية بالنظر إلى حجم الظاهرة.

بالإضافة إلى هذه الأسباب التي جعلتنا نختار هذا الموضوع عن سواه، هو رغبة منا لفهم هذه الظاهرة التي ما زالت محاطة بالكثير من اللبس و الغموض حول الأسباب الحقيقية التي تؤثر فيها وفي تزايدها باستمرار.

## 4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة أساسا في:

1- التعرف والكشف عن الحالة النفسية لدى فئة الراشدين الذين أقدموا على القيام بمحاولة انتحارية.

2- دراسة يمكن أن تساعد المختصين النفسانيين وكذا الأطباء والمرضى و حتى العاملين بالمراكز أو المصالح الخاصة بهذه الشريحة، لكي يكونوا على دراية بالحالة النفسية لدى هؤلاء ، ومعاناتهم الداخلية، قصد التكفل بهم بشكل أفضل، خاصة أن ذلك يتعلق بأفراد قد حاولوا أن يضعوا حدا لحياتهم من قبل و فشلوا في ذلك.

## 5- الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- معرفة وإبراز مدى درجة أو مستوى الاكتئاب لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية.
- التعرف على طرق المقاومة المستخدمة من طرف الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، وما هي أكثر إستراتيجيات المقاومة المستعملة عند هذه الشريحة.

## 6- تحديد المفاهيم الأساسية:

### 6-1- الاكتئاب:

• لغويا:

اشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كتب" ويشير هذا الفعل إلى اسم الكتابة وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن، و"كبي" من باب سلم، أما الكتابة دون مدّ بوزن فعيل فهو "كئيب"، وامرأة كئيبة وكأبا بالمد، واكتئاب مثله.

وفي اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح "dépression" وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (De-prech-un)، أما الفعل يكتب (Dépresse) فلقد اشتق من (dépressus) الذي اشتق من (déprimer). (حسين فايد، 2001، ص95).

● اصطلاحاً:

يعرف "إنجرام" الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى. (حسين فايد، 2004، ص60).

كما يعرف معجم علم النفس الاكتئاب على انه حالة مرضية مزمنة نسبياً، تتميز في الدرجة الأولى بالكآبة وانخفاض في الجهد والطاقة، ويعتبر الحصر وفقدان الأمل من أهم خصائص الشخص المكتئب بحيث يجد نفسه غير قادر على مواجهة أية صعوبة، ولا يكلف نفسه بالقيام بعمل ما كما أنه يتألم من ضعف قدرته، ويظن بأن قدراته الفكرية والتركيز والذاكرة في تدهور مستمر، وينتج عن كل ما سبق شعور بالدونية، التي قد يزيد من حدة الميلانخوليا لديه. (Norbert Sillamy, 1981, p80)

● إجرائياً:

الاكتئاب هو عبارة عن شعور غير عادي يمس كيان الشخص نفسياً وجسيمياً معاً، ويكون إما حالة مؤقتة عابرة أو يدوم طويلاً ودائماً، فهو معاناة نفسية شديدة تطرأ على الفرد الذي يعاني منه، ما من شأنها أن تؤثر في تكيّفه وما يصاحب ذلك من مشاعر الانحطاط، الحزن، فقدان الأمل للحياة، الإحساس بالنقص ولوم النفس و تأنيب الضمير.

6-2- إستراتيجيات المقاومة:

● لغوياً:

تعود أصل كلمة (coping) إلى الإشتقاق من الكلمة الإنجليزية (to cope) والتي تعني كل أنواع النشاط الإيجابي كالتحدي والمقاومة والكفاح والصراع والتغلب على المشكلات والمصاعب، أما في اللغة الفرنسية فتعني مواجهة الشيء (faire face).

أما في الإستعمال فقد اختلفت في تحديدها، فعند البلدان الناطقة باللغة الإنجليزية فيستعملون مصطلح (coping strategies) في حين نجده في اللغة الفرنسية تحت إسم "stratégie d'ajustement" لـ "Paulhan" (1994)، أما في اللغة العربية فهناك مجموعة من المصطلحات المرادفة لهذا المفهوم وهي: إستراتيجيات التعامل، إستراتيجيات التوافق والتأقلم، كذلك نجد ترجمة البعض بالمواجهة. (بغيجة الياس، 2005، ص94)

● اصطلاحاً:

يعرف "Pauric et Lazarus" (1981) استراتيجيات المقاومة كما يلي: "المقاومة تحدد موضوع السياقات التي يستخدمها الفرد أمام الوضعية التي يراها كمهددة لكيانه، من أجل التحكم، التقبل أو التقليل من تأثيرها على صحته الجسمية والنفسية". (طبي سهام، 2005، ص30).

● إجرائياً:

استراتيجيات المقاومة هي الطرق والأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يستعملها الأفراد وخاصة الراشدين الذين لجؤوا إلى القيام بمحاولة الانتحار إزاء الوضعيات المهددة والضاغطة، وذلك قصد التخفيف من ضغطها وحدثها ومن المشاعر الانفعالية التي تتولد عنها، وتمثل هذه الطرق مجموع الدرجات المتحصل عليها على مختلف أبعاد مقياس الـ CISS لـ Endler&Parker.

6-3- الانتحار والمحاولة الانتحارية:

6-3-1- الانتحار: le suicide

● لغوياً:

إذا عدنا إلى معجم اللغة العربية "لسان العرب" نجد أن كلمة انتحار مشتقة من مصدر الفعل نحر أي "ذبح" "EGORGER"، أما إسم الفعل هو "نحر" ومعناه أعلى الصدر. (ابن منظور، 1970، ص212).

وقد استعملت كلمة "بجع نفسه" في القرآن الكريم، كمرادف للانتحار وتعني: "أهلك نفسه أو أنهكها غما"، وهذا في الآية السادسة من سورة الكهف: "فلعلك باخع نفسك على آثارهم إن لم يؤمنوا بهذا الحديث أسفا". (حلوان زوينة، 2008، ص15-16).

وإذا رجعنا إلى كلمة انتحار في اللغة الفرنسية نجدها "suicide" ولقد اختلفت الآراء حول من استعمل هذا المصطلح لأول مرة، إذ هناك من ينسبه إلى الباحث "لاب بروفوست" الذي استعمله سنة (1734) لوصف هذه الظاهرة في مجلته الشهيرة.

وبقي حتى الآن مصطلح انتحار يوصف به هذا النوع من السلوك الإنحراقي المرضي عند الأفراد. ولقد أضاف الباحثون مفهوم آخر وهو "الفكرة الانتحارية" ويقصد به التصور العقلي دون القيام بالفعل وهي عبارة عن أفكار انتحارية قد تشكل ميل انتحاري.

وأصل كلمة "suicidaire" مشتقة من اللاتينية وهي مركبة من قسمين هما "sui" معناه "soi" أي الذات و"coder" معناها "tuer" أي القتل.

إذا "suicider" أي الانتحار يقصد بها "قتل الذات" ويضيف الموسوعيون شطر آخر لهذا التعريف لتحديد مدى مسؤولية المنتحر وهو "شعوريا أو إراديا". (ابن منظور، 1970، ص163).

ويعرف الانتحار أنه الفعل الذي يقوم به الفرد للقضاء على نفسه، ويتمثل في قتل نفسه عمدا وهو إرادة الفرد الواعية والمقصودة لقتل نفسه أي التفعيل المتعمد لقتل النفس. وفي المجال الطبي يشار إليه بـ "تخطيم الذات" « autolyse » وهو مصطلح إغريقي =auto =الذات و=lyse =تخطيم.

كما يعرفه القاموس Larousse على أنه التفعيل الذي يؤديه الفرد لقتل نفسه أو لتدمير نفسه أو للإساءة الخطيرة إلى ذاته، الفعل الذي يشمل الأخطار القاتلة. (حلوان زوينة، 2008، ص16).

● اصطلاحاً:

يعرف "مكرم سمعان" (1961) الانتحار أنه: "قتل الذات شعورياً أو إرادياً، وهو الوسيلة الوحيدة للموت التي يقوم فيها القاتل بقتل نفسه عمداً، أي أن القاتل والمقتول شخص واحد، لأنه إذا ظهر أي سبب آخر فإن الموت تنفي عنه صفة الانتحار ويصبح جنائياً أو صحيحاً، أو لأي سبب آخر".  
(حسين فايد، 2001، ص288).

● إجرائياً:

الانتحار هو فعل إرادي و مقصود، يحاول من خلاله الفرد وضع حد لحياته من جراء المعاناة والعذاب الذي يعاني منه، بحيث حسب رأيه وتفكيره أن الحل الوحيد للتخفيف من تلك المعاناة والآلام، هو قيامه بالمرور إلى الفعل، ويكون ذلك بالتحضير لخطوة مسبقة للانتحار أو بدون ذلك.

### 6-3-2- المحاولة الانتحارية: Tentative de suicide

● لغوياً:

تعرف المحاولة الانتحارية على أنها فعل غير كامل والذي انتهى بالفشل.

● اصطلاحاً:

تعرف المحاولة الانتحارية على أنها "محاولة فاشلة لقتل الذات إرادياً". (حسين فايد، 2004، ص288).

● إجرائياً:

محاولة الانتحار هي ذلك الفعل الذي يقوم به الفرد قصد وضع حد لحياته، لكن تنتهي بالفشل وبالتالي النجاة، وهو يوصف بعدة تسميات وصفات من بينها، محاولة انتحار تافهة، محاولة انتحار غير مشمرة، محاولة انتحار مجهضة ومحاولة انتحارية فاشلة إلى غير ذلك من التسميات.

التعريف ببعض المفاهيم الأخرى:

— مفهوم الأفكار الانتحارية:

هي الأفكار التي يمكن أن تجعل من الانتحار الوسيلة الوحيدة للخروج من وضعية صعبة والغير محتملة أو للتخلص من عذاب نفسي أو جسدي أو أيضا للهروب من أزمة أو ضيق شديد. (زوينة حلوان، 2008، ص16).

— مفهوم المرور إلى الفعل:

يرادف "المرور إلى الفعل" المصطلح الإنجليزي « acting out » أي التفعيل وهو بدوره ذو

أصل ألماني « agiren » استعمله S. Freud للمرة الأولى سنة 1905 في " L'analyse de

"Dora" ثم يعرف المرور إلى الفعل كقيام بتفعيل شيء قد نسيه المفحوص أو قمعه، لكن ينجزه دون أن يعلم أنه يقوم بعملية تكرار.

يشير "المرور إلى الفعل" إلى تفعيل يتميز غالبا بالاندفاع، ينفصل نوعا ما عن أنظمة الدوافع التي

اعتاد عليها الفرد، يأخذ دوما شكل عدوانية ذاتية أو غيرية ويحمل طابع انبثاق المكبوت.

(نفس المرجع السابق، 2008، ص09).

الجانبة النظرية

# الفصل الأول

الاكتتاب

# الاكتئاب

\*تمهيد

1- تعريف الاكتئاب

2- أنواع الاكتئاب

3- أسباب الاكتئاب

4- أعراض الاكتئاب

5- تصنيف الاكتئاب

6- أهداف الاكتئاب

7- الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب

8- علاج الاكتئاب

\*خلاصة

## تمهيد:

لعله يجلو لكثير من العلماء والباحثين تسمية عصرنا الحالي بعصر القلق والاكتئاب وهو ما نلاحظه ونعيشه وذلك من خلال معاناة الأشخاص من أنفسهم وذواتهم بسبب مشيرات أو أحداث غير سارة ولربما نحن نراها بأنها بسيطة لكن عند هؤلاء فهي كبيرة، قد تصل بهم إلى أن يدخلوا في مرحلة صعبة ومتعبة كالاكتئاب.

ولقد شهدت الحقبة الأخيرة مع بداية النصف الثاني من القرن الماضي زيادة مطردة في انتشار حالات الاكتئاب في كل أنحاء العالم، ولدى شرائح واسعة في المجتمعات المختلفة، من الرجال والنساء، وفي كل الأعمار من شيوخ وشباب وحتى الأطفال. (أحمد بدران، بدون سنة، ص9).

فكان من الواجب علينا \_ إن صح التعبير \_ الخوض في هذا النوع من الاضطرابات النفسية والتي تمس كيان الشخص بصفة خاصة ومجتمعه بشكل عام، وذلك من خلال فصلنا هذا والذي تطرقنا فيه إلى التعريف بالاكتئاب، أنواعه، أسبابه، أعراضه، تصنيفه، أهدافه، التفسيرات النظرية المختلفة له، لنصل في الأخير إلى الطرق العلاجية العديدة له.

## 1- مفهوم الاكتئاب:

يعد الاكتئاب حالياً من بين أمراض العصر ومن المشاكل الرئيسية التي تمس كيان الشخص النفسي والاجتماعي، فيظل الشخص المصاب به عرضة لمختلف الضغوطات والصعوبات التي تمنعه من التكيف مع مجتمعه وواقعه الاجتماعي والنفسي الداخلي. فكان لزاماً علينا أن نبحث عن فهم وتعريف هذا الاضطراب وذلك قصد فهمه والتعرف عليه بصفة أكثر.

ولقد اختلف الكثير في تحديد مفهوم وتعريف واضح ودقيق للاكتئاب وذلك نظراً لاختلاف توجهاتهم النظرية وكذلك لعدة أسباب نذكر من أهمها:

\_\_ طبيعة الإكتئاب غير المتجانسة.

-اختلاف تخصصات الباحثين في ميدان الإكتئاب فهو مجال اهتمام السيكاثرين، علماء الوراثة والبيوكيميائيين...

-اختلاف مستويات التعريف: منها من أسند إلى أسباب الاضطراب، وآخرون إلى أعراضه وأنواعه.

(عباس محمود، 2001، ص 22-25).

ولعل من التعاريف الكثيرة والعديدة المتنوعة نذكر منها ما يلي:

لقد عرف " كامبل " الاكتئاب على أنه زمالات عرضية إكلينيكية تتكون من انخفاض الحالة النفسية وغالبا ما يصاحبها انخفاض في الحركة والنشاط، وصعوبة في التفكير والتركيز، شكوى من التعب، فقدان الطاقة، مشاعر اللامبالاة، والإحساس بالذنب، وتحتوي الأعراض البيولوجية للاكتئاب على اضطراب في النوم، اضطراب الحالة المزاجية، فقدان الشهية، فقدان الوزن، الإمساك، فقدان الرغبة الجنسية، أو انقطاع الطمث عند المرأة. (سعد رياض، بدون سنة، ص 287).

نفهم من هذا التعريف أن الاكتئاب يتمثل في مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي تنشأ بفعل سوء

الحالة النفسية وما يتبعها من سلوك ومشاعر سلبية بالإضافة إلى الأعراض البيولوجية.

وأشار "شneider" (shneider)، أن اضطراب الاكتئاب يمس الوحدة الكلية للإنسان إذ أنه يشمل المعاناة الجسدية والنفسية، ومن الناحية النفسية تصاحب الفرد أحاسيس الانحطاط، الفراغ، وعدم الفائدة، الألم، نقص الانجذاب للحياة، وفقدان الأمل. فالإكتئاب عامة يصيب الشخصية ككل وتعبّر عن جملة من الأعراض تتمثل في الخوف، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات وإيذائها، الانسحاب الاجتماعي والتردد مع الإحساس بالتعب وفقدان الشهية.

(P .B.Shneider, 1980, p30)

أما هذا التعريف فيشير إلى أن هذا الاضطراب يمس كامل كيان الشخص النفسي والجسمي وما يطرأ عليه من تغيرات، وبشكل عام يؤثر على شخصيته الخاصة بصفة كاملة وهذا من خلال الأعراض المعبرة عنها.

كما يعرف ايدلبيرج Eidelberg (1968)، الإكتئاب بأنه عرض عصبي يتميز بنقص الإهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان اتجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي وإتمام الذات وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 47).

يشير هذا التعريف إلى أن الاكتئاب هو عرض عصبي يتميز برفض الواقع الخارجي ولوم وتأنيب الذات بشكل عام.

أما روبر لافون Robert Lafon فيشير إلى أن الاكتئاب هو حالة عابرة أو دائمة، ويظهر ذلك على شكل يأخذ طابعا سيكوسوماتيا مثل الإحساس بالتعب، فقدان الشهية، فقدان النوم، الأرق، انخفاض الضغط ومن جهة أخرى يأخذ شكلا نفسيا مثل: الإحساس بالنقص، التعب، عدم القدرة والملل... الخ.

(Robert Lafon, 1991, p277)

نفهم من هذا التعريف أنه يشير إلى كون الاكتئاب حالة مؤقتة نسبية أو دائمة مطلقة، ويتميز بآثاره السيكوسوماتية.

ويعرفه الباحث "مانويل مراكد" بأنه-أي الاكتئاب-ذلك الاضطراب الانفعالي الذي غالبا ما يحدث ويتكرر بفقدان تقدير الذات وضياع الأمل في المستقبل، بالإضافة إلى مشاعر الحزن والذنب ولوم الذات. (عوض عباس محمود، 2001، ص 23).

في هذا التعريف الخاص بالاكتئاب نفهم بأنه اضطراب انفعالي يتميز بالتكرار حول فقدان مواضيع كتقدير الذات وعدم الإيمان والأمل بالمستقبل.

من خلال التعاريف المختلفة المذكورة سابقا، يتبين لنا بأن الاكتئاب اضطراب وجداني يتسم بأوجه متعددة، فهو عبارة عن زمالات عرضية إكلينيكية، أو عبارة عن معاناة نفسية وجسمية، عرض عصابي أو حالة عابرة ذات طابع سيكوسوماتي، إضافة لما تحمله من تأثيرات وانعكاسات سواء على الجانب النفسي أو الجسمي. فالإكتئاب عبارة عن معاناة نفسية وما تنتج عنها من انخفاض نسبي في مستوى نشاطات الفرد.

## 2- أنواع الاكتئاب:

يوجد عدد كبير من أنواع الاكتئاب وكل نوع له تسميته الخاصة به وفقا لما يتسم به من خاصية مميزة، وفيما يلي نبين الفرق بين نوعين من الاكتئاب بالإضافة إلى أنواع أخرى وهي كثيرة ولكن سنعرض بشكل من التفصيل أكثرها انتشارا وتداولاً:

### 2-1- الاكتئاب العادي:

وهو اكتئاب يرتبط بموقف معين، ومتى يكتسب الشخص؟ حيث يحدث في حياته تحول غير طبيعي أو يمر بصدمة نفسية أو بخسارة، أو يقع تحت ضغوط معينة. وقد حدد علماء الصحة النفسية مدة أسبوعين من حق الشخص فيهما أن يحزن ويعبر عن أحزانه كيفما يشاء. ولو زادت أحزان الشخص عن أسبوعين فمعنى ذلك أنه قد دخل بلا استئذان (وإن كانت هناك مؤشرات تشير إلى ذلك) إلى دخول الشخص في النوع الثاني من الاكتئاب.

## 2-2- الاكتئاب المرضي:

ويميز العلماء في هذا النوع من الاكتئاب من خلال:

- أنه أكثره حدة، حيث تكون مشاعر اليأس وفقدان الأمل، وعدم المشاركة في مناسبات الحياة، بل والتفكير في الانتحار وأن الدنيا قد أصبحت قائمة أمامه. إن أحزانه هنا تكون حادة وقاطعة أو عنيفة وبها حدة مقارنة بالشخص الذي تكون أحزانه كاستجابة طبيعية لأي حدث قد وقع له.

- أن الأحزان العادية قد تستمر أسبوعين، لكن هنا فإن الوقت لا يهم، بل الأحزان قد تستمر أكبر فترة ممكنة وقد ينقل الشخص أحزانه من الخارج إلى الداخل، أي أنه يظل في حالة حداد مستمر.

- أن هذا الحزن يعوق من حالة الفرد: أن الحزن هنا (يشله) من القيام بأي عمل، وتسيطر الأفكار المتشائمة، فإذا قال له أحد تناول طعامك، فيقول له: لماذا أتناول الطعام؟ ما الفائدة وهل تناول الطعام أو عدم تناوله يرد لي ما فقدته؟ ارتدي ملابس جديدة أو حتى نظيفة. يكون الرد: ولماذا نبدل الملابس (نتسوخ) ونحن نموت ونتلاشى فلماذا هكذا التعب والنصب؟ هنا يصبح الحزن (حادا) ومعوقا للفرد عن القيام بأي أنشطة اجتماعية أو حتى تجاه ذاته. (محمد حسن غانم، 2004، ص6-7)

## - الاكتئاب كحالة وسمة:

تختلف حالة الاكتئاب عن سمة الاكتئاب حيث أن مفهوم السمة يقترب مما يسمى بالمزاج الطويل المدى، في حين يقترب مفهوم الحالة من المزاج قصير المدى، وأحيانا يسمى المزاج طويل المدى أيضا باسم المزاج المزمّن، حيث أن حالة الاكتئاب حالة مؤقتة ونسبية وغير ثابتة بل متغيرة ومتذبذبة وترجح بين الهبوط والارتفاع، في حين تتسم سمة الاكتئاب بالديمومة والتكرار. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص52)

وفيما يلي الأنواع الأخرى الأكثر انتشارا وهي:

## 1-الاكتئاب التفاعلي:

وهو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة مؤثرة، وغالبا ما تكون نتيجة للكوارث أو الحروب أو وضع مشابه للحالة الأصلية التي أصيب فيها بحالة من الاكتئاب.

## 2-الذهول الاكتيبي:

وتسمى الغشبية الاكتيبيية، وهي أشد أنواع الاكتئاب خطورة، وهي حالة نكوص بالفرد إلى مرحلة طفولة بدائية يلزم فيها الفراش، ولا يتحدث أبدا، ولا يشارك في شيء، ولا يأكل شيئا، ولا يشرب. إلا أنه يطعمه أحد ويغسله بدفعه إلى التبول. ولا بد من مساعدته حتى لا تتدهور صحته.

## 3-الاكتئاب المزمن:

وهو حالة من اكتئاب دائم، وليست عارضة.

## 4-الهوس الاكتيبي:

ويتميز بدورات مختلفة من الابتهاج والشعور بالفرح الشديد الخارج عن المألوف، والذي يسمى الهوس، ثم يمر المريض بدورات معاكسة يكون فيها اكتئاب شديد، وقد يكون التغيير في المزاج تدريجيا. (عمرو حسن أحمد بدران، بدون سنة، ص21-22)

## 5-الاكتئاب الخفيف:

يبدو في الشكل شعور بالإجهاد وثبوت العزيمة، وعدم الشعور بلذة الحياة بل أن محاولة اقتراح جريمة القتل، ضد الآخرين موجودة أيضا خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة.

## 6-الاكتئاب البسيط:

يكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

**7-الاكتئاب الحاد:**

يشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية ويحتل تفكيره، ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلا ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة الشكوى بين كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

**8-الاكتئاب الشرطي:**

يرجع مصدره إلى خبرة جارحة ويعود لظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة.

**9-اكتئاب سن القعود:**

يحدث عند النساء في الأربعينيات، وعند الرجال في الخمسينيات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية، ومن أعراضه القلق والهذاء والههم، والتوتر العاطفي، وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما تصحبه ميول انتحارية. (محمد الشاذلي عبد الحميد، 2001، ص133).

**10-اكتئاب النفاس:**

نوبات الكتابة الخفيفة والعايرة أمر شائع نسبيا خلال الأربع والعشرين ساعة الأولى بعد الولادة، وتصل الأعراض قمتها خلال 72 ساعة، حيث لا تبدي السيدة أي اهتمام بالوليد الجديد كما تعاني من الأرق، وعلى الأغلب أن تشعر السيدة بالذنب لشعورها بالكتابة في الوقت الذي يجب أن تكون فيه سعيدة وعادة ما ترفض مناقشة مشاعرها تجاه المولود وغالبا ما تصيب هذه الحالة السيدات في الولادة الأولى. وهذه الحالة لا تحتاج إلى العلاج وتنتهي تلقائيا خصوصا إذا كانت السيدة تعرف أن هذا أمر يحدث.

**11 - الاكتئاب الموسمي والاكتئاب غير النموذجي:**

الاكتئاب الموسمي هو نوع من أنواع الاكتئاب يحدث في الشتاء(في الشتاء) في حين يكون المزاج طبيعياً في الصيف.

ومن حيث أعراض الاكتئاب الموسمي فإنها على الراجح نفس أعراض الاكتئاب غير النموذجي، حيث يعاني المريض من كثرة النوم دون الشعور بالراحة، كما تزداد الشهية للطعام وتحديداً للمواد الكربوهيدراتية، وينجم عن ذلك زيادة الوزن، أما بقية الأعراض من الحزن، والتشاؤم، وفقدان الهممة والنشاط فهي مثلها في الاكتئاب العادي. (د/وليد سرحان، 2003، ص178-180)

**12-الاكتئاب المتبقي:**

يقصد به مجموعة الأعراض الاكتئابية المتبقية بعد تلقي علاج الاكتئاب، وهي الأعراض التي لم تستجب للعلاج المناسب لذلك بقيت رغم اختفاء بعضها الآخر.

**13-زملة أعراض كوتارد:**

يسمى بهذه التسمية نسبة إلى عالم الأعصاب الشهير "كوتارد" وهو أول من وصف هذا النمط، وزملة أعراض "كوتارد" تتميز بأعراض الاكتئاب يصاحبها هذات بمعنى أن كل شيء غير موجود، ولا يوجد أي شيء والعالم يختفي، هذا مع ابتكار الحقائق الفلكية والكونية.

**14-اكتئاب ما بعد الفصام:**

وهو بمثابة نوبة اكتئاب قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرض فصامي، وقد يكون سببها هو انطفاء الأعراض الفصامية، أو قد يكون جزءاً من الفصام، أو كرد فعل له وعادة ما تكون الأعراض قليلة الوضوح.

## 15- اكتئاب يوم الاثنين:

هو تغير مزاجي أيضا ينحو نحو الاكتئاب ولقد ظهر في الغرب في تلك الدول التي تكون إجازة العمل فيها يومي السبت والأحد، وتبدأ مواصلة العمل في يوم الاثنين، ويندرج هذا الاكتئاب تحت فئة الإستهدافات الشرطية أيضا، ولقد لوحظ أن أكثر الحالات التي تعاني منهم ممن يعانون أصلا من اضطرابات توافق في العمل لذلك فهم يكرهون الذهاب إلى العمل وتبدأ الحالة لديهم من مساء يوم الأحد وتنتج الكرة ثانية في أمسية الأحد القادم وصبيحة يوم الاثنين. (عوض عباس محمود، 2001، ص40)

## 16- الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصبي:

إن ما يفرق الاكتئاب الذهاني عن الاكتئاب العصبي ما يلي: يشير الاكتئاب الذهاني إلى اضطراب مصحوب بأعراض ذهانية مثل الهذاء والهلاوس، وعدم الاستبصار واليهياج والإحساس بالعظمة والاضطهاد. أما الاكتئاب العصبي فيشير إلى اضطراب غير مصحوب بالهلاوس والهذات ويطلق أحيانا على الاكتئاب العصبي مفهوم الاستجابة الاكتئابية، حيث تسيطر على المريض حالة من الهم والحزن وعدم الاستمتاع بمباهج الدنيا، والرغبة في التخلص من الحياة، مع هبوط النشاط ونقص الحماس والإنتاج ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في نوم المريض، والاكتئاب العصبي لا تخف حدته بمرور الوقت كما يحدث للأشخاص الأسوياء بل قد يتزايد. (محمد الشاذلي عبد الحميد، 2001، ص133)

## 17- الاكتئاب اللاحق لحادثة أو خبرة أو كدمة:

وقد يكون مرجعه حدوث بعض التلفيات في الجزء الأيسر من المنطقة الجبهية في الدماغ نتيجة حادثة، أو صدمة، أو ضربة أو كدمة دماغية مباشرة، مع عدم إغفال وجود بعض تأثيرات لعوامل نفسية واجتماعية لاحقة ومساعدة على ظهور أعراض اكتئابية شبيهة بالاكتئاب الجسيم أو العام. (مدحت عبد الحميد أبوزيد، بدون سنة، ص59-60)

**18- الاكتئاب أحادي القطبية وثنائي القطبية:**

يشير الاكتئاب أحادي القطبية إلى اضطراب يتسم بحدوث نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر بدون نوبات هوس.

ويشير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث المراجع (DSM-III-R) إلى أنه لا بد من وجود أعراض على الأقل من الأعراض المتضمنة، وبشرط أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

أما بالنسبة للاكتئاب ثنائي القطبية، فهو اضطراب يتم بحدوث نوبة أو أكثر من الهوس عادة مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر.

ولكي يتم تشخيص هذا النوع من الاكتئاب، فلا بد أن يخبر الشخص نوبات هوس أصلية في بعض فترات الحياة، هذا بالإضافة إلى أن الشخص قد يعاني من نوبات هوس دون أن يعاني أبداً من نوبة اكتئاب. وينظر إلى هذا النوع على أنه أشد خطراً لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه فحسب، بل يصيب كثيراً من قدراته الأخرى بما فيها قدرته على التفكير السليم، وعلاقاته الاجتماعية، وتشويه إدراكه لذاته وللعالم المحيط به، ومن ثم قد يصبح المريض خطراً على نفسه بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية والحيوية، أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ضارة به كالانتحار، ذلك الذي يتوج قمة عجزه وإحساسه باليأس. (حسين فايد، 2004، ص71-73).

**19- الاكتئاب الميلانكولي:**

إن هذا الصنف من الاكتئاب هو حالة مرضية غير عادية بل حادة جداً، وتكون ضاغطة على شخصية المصاب فيكون بسببها عاجزاً تماماً عن التوافق ومسايرة الآخرين، والقيام بأعماله أو أي نشاط آخر. وأعراضه هي:

- الحزن والحداد واليأس والاعتقاد بأن الحياة لا جدوى منها ولا معنى لها.

- فقدان القدرة على الاهتمام والعناية الشخصية.

انحطاط تقدير المريض لنفسه.

- الإفراط في الحركة لأهداف غير واضحة.

- الميل إلى إتباع أنماط السلوك الفصامي. (أ/د/ أديب محمد الخالدي، 2006، ص386-387).

### 3- أسباب الاكتئاب:

كما تتعدد أنواع الاكتئاب ودرجاته، فإن الأسباب المؤدية إليه متعددة أيضا ومتنوعة. وإن كان لكل نوع من أنواع الاكتئاب أسباب خاصة به، إلا أنه توجد مجموعة من الأسباب العامة التي تؤدي إليه أو تهيئ لحدوثه، فقد تتوافر الأسباب بعضها أو معظمها، ولكن لا يحدث الاكتئاب. وذلك تبعا لعوامل أخرى ذاتية وشخصية لكل فرد، كذلك قد توجد عوامل وراثية مهيأة للإصابة بالاكتئاب، لكن ليس كل من توافرت لديه هذه العوامل يصاب بالاكتئاب، لأن العوامل الوراثية لم يصاحبها عوامل وظروف بيئية مساعدة لحدوثه، لذلك يصاب بعض الأشخاص دون غيرهم مهما تساوت الظروف والعوامل التي يتعرضون لها. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009 ص79).

وفيما يلي عرض لمختلف هذه الأسباب والعوامل المرتبطة ببعضها والتي لها دور في وقوع الاكتئاب،

من أهمها نذكر:

### 3-1-العوامل الوراثية:

لقد وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب 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%.

(عبد المنعم الميلادي، 2006، ص64).

أوضحت الدراسات النفسية أن لهذه العوامل دورا في حدوث الاكتئاب لدى بعض الناس، ودعمت نتائج هذه الدراسات، دراسات أخرى أجريت على التوائم المتماثلة، والتي تكون من بويضة واحدة وتتشرك في الجينات.

لا يعني هذا بالطبع لزوم إصابة الشخص باكتئاب إذا كان أحد والديه أو إخوته مصابا بالاكتئاب، وإنما يدل هذا على الاستعداد الوراثي لدى هذا الشخص لظهور المرض وأنه أكثر استعدادا من غيره ممن ليس في عائلته أحد مصاب بالمرض.

### 3-2-العوامل الكيميائية الحيوية:

ويقصد بها التغيرات التي تحدث في النواقل العصبية في الدماغ، فقد اتضح من خلال دراسات مستفيضة أن عددا من النواقل العصبية مثل: مادة سيروتونين-نورادرينالين يقل تركيزها في بعض المراكز في الدماغ ويؤيد هذا التحسن الواضح الذي يتلو تصحيح هذه التغيرات الكيميائية عن طريق الأدوية المضادة للاكتئاب والتي تعيد اتزان النواقل العصبية في الدماغ.

### 3-3-العوامل النفسية والاجتماعية:

يوجد العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالاكتئاب، منها:

- الحرمان في الصغر من العاطفة الأبوية والحنان.
- وجود ضغوط نفسية مستمرة أو متتابة أو حدوث مشكلة كبيرة للشخص.
- وجود شقاق بين الوالدين.
- وجود صفات مهيأة للاكتئاب لدى الشخص، مثل: المثالة الزائدة- الدقة الشديدة في التعامل مع النفس والآخرين.

- وجود بعض طرق التفكير الخاطئة، والتي تؤدي إلى الإحباط المتكرر، مثل: تضخيم الأخطاء- تقليل الإيجابيات.

### 3-4- عوامل الوحدة والعبوسة:

أكثر الناس تعرضاً للاكتئاب، هم أصحاب الشخصيات الجامدة المترامنة التي تتطلب الكمال، وهم أصحاب الضمير المتشدد والميول الاجتماعية الضيقة، والذين في وحدة وسن القعود ولا يجدون من يرعاهم ويهتم بهم. (عمرو حسن احمد يدران، بدون سنة، ص18-19)

### 3-5- عوامل ذاتية شخصية:

أجرى الباحثون دراسات عديدة لتحديد الأسباب النفسية والشخصية الذاتية للاكتئاب والتي تجعل بعض الناس أكثر عرضة للإصابة به من غيرهم.

وأشارت النتائج إلى أن هناك صفات مشتركة بين العصابين- (أكثرهم مصابون بالاكتئاب

العصابي)- وهي:

- قلة احترامهم للذات.

- أنهم يميلون نحو الحد الأدنى عند تقديرهم لذواتهم.

- أنهم يشعرون بقلة الكفاءة أو عدمها.

- أنهم غير راضين عن أنفسهم ولا عن إنجازاتهم- وقد ينكرونها-

### 3-6- عوامل عقلية معرفية وفكرية:

هناك عوامل أخرى تزيد من أعراض الاكتئاب وتطيل من أمد المعاناة منه، وهي عمليات التفكير

المشوهة والسلبية لدى المريض، أو الاعتقادات والاتجاهات الفكرية اللاتكيفية. وتظهر في مقاومة المريض

للعلاج، وعدم استجابته لتعليمات المعالج، ويجادله بقوة عندما يقدم له مساعدات نفسية معرفية تحته على

الاستجابات العقلانية التي تساعد على التخلص من الحزن والضيق والهم الذي يعاني منه، وتوفر للمريض فرصا لاستعادة تقديره لذاته، وإنهاء إحساسه باليأس والفشل، ومن ثم إنهاء حالة الاكتئاب.

إن التشويه المعرفي لتفكير المريض يجعله يفشل في فهم وإدراك أن الاستجابة العقلانية أو أي بديل علاجي آخر سينتهي بأسه، ويقضي على نقده لذاته، ويوفر له فرصا مناسبة لإنصاف نفسه واحترام ذاته والتخلص من الاكتئاب. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 82-83-85).

#### 4- أعراض الاكتئاب:

تتلخص أعراض الاكتئاب فيما يلي -ليس بالضرورة وجود هذه الأعراض كلها:

#### 4-1- الأعراض الجسدية:

وتتمثل في:

سرعة الإجهاد والخمول والكسل وآلام متنوعة في معظم أجزاء الجسم، وضعف الرغبة في الأكل والجنس ونقص الوزن والإمساك المزمن.

#### 4-2- الأعراض الذهنية:

ضعف في التركيز الذهني والحفظ والاستدكار، وتأنيب الضمير ويصحبه تحقير النفس وقدراتها وشعور بالفشل، والإحباط وتفوق الآخرين وأفضليتهم، ورؤية الماضي والمستقبل بمنظار أسود قاتم، والاعتقاد بأن الحياة مليئة بالصعوبات والعقبات والمشاق، وربما يفضل المكتئب الموت، وقد يستعجله لشدة ما يجرد من الألم النفسي.

#### 4-3- الأعراض الوجدانية:

وتشمل حزن وبكاء وإحساس بضيق في الصدر مع فقد المتعة، وفقد الابتهاج بالأمور الباعثة للفرح والبهجة، إضافة إلى الإحساس بالملل والفراغ.

#### 4-4-الأعراض السلوكية:

بطء الحركة وانحسار في العلاقات الاجتماعية وعزلة عن المجتمع، وقلة اهتمام بالنظافة والهندام، وتأجيل الأعمال، والمسؤوليات أو الاعتذار عنها أو تفويض للغير.

وقد أجمل معظم الأطباء وعلماء النفس المرضي، بأن أعراض مرض الاكتئاب تتمثل في:

-قلة التركيز والسيان.

-الشعور بالحزن والكآبة.

-فقدان الرغبة في ملذات الدنيا.

-قلة النشاط الجسماني والجنسي.

-قلة النوم أو الميل إلى النوم والراحة.

-عدم وجود الرغبة في عمل أي شيء.

-الانطواء والعزلة وكثرة التفكير السلبي.

-قلة الشهية للطعام أو الإفراط في الأكل.

-التشاؤم، والنظر إلى الأمور بمنظار أسود.

-الشعور بالذنب ولوم النفس وتأنيب الضمير.

-وفي الحالات الشديدة هلاوس سمعية وأفكار اضطهادية أو محاولة الانتحار.

(عمر حسن أحمد بدران، بدون سنة، ص23-24).

#### 5-تصنيف الاكتئاب:

لعل مشكلة تصنيف الاكتئاب كانت من أهم المشاكل التي دار حولها الكثير من الجدل والاختلاف

والتباين، وذلك بسبب تعدد واختلاف وجهات نظر العلماء والمفكرين في هذا المجال، فبالتالي يصنف

الاكتئاب حسب الاتجاه النظري الذي يتبناه كل عالم أو باحث، ضف إلى هذا كله مشكل يطرحه موضوع الاكتئاب والمتمثل في تشخيصه ميدانيا كونه اضطراب غير متجانس في طبيعته، وفي بحثنا هذا، سنعمد إلى التصنيف الأكثر تداولاً واستعمالاً من الناحية الإكلينيكية والذي يتميز بالحدثة (التحديد) والمتمثل في تصنيف دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV) الصادر في عام (1994) والذي بموجبه صنف اضطرابات الوجدان كما يلي:

### 5-1-1- تصنيف اضطرابات الوجدان:

تقسم اضطرابات الوجدان إلى اضطرابات ثنائية القطبية وأهم ما يميزها وجود واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف عادة مع تاريخ نوبات اكتئاب عظمى، واضطرابات الاكتئاب أهم ما يميزها وجود نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى ودون تاريخ لأي من نوبات الهوس أو الهوس الخفيف.

تشمل اضطرابات الوجدان ما يلي:

### 5-1-1-1- نوبات وجدانية

1- نوبات اكتئاب حسيمة.

2- نوبة هوس.

3- نوبة مختلطة.

4- نوبة هوس خفيف.

### 5-1-2- الاضطرابات الاكتئابية:

1- اضطراب الاكتئاب الحسيمة.

2- اضطراب الديستيميا (الاكتئاب المزمن).

3- اضطراب الاكتئاب غير محدد في مكان آخر.

### 5-1-3- الاضطرابات ثنائية القطب:

- الاضطراب ثنائي القطب I.

- الاضطراب ثنائي القطب II.

- الاضطراب الدوري.

- اضطراب ثنائي القطب غير محدد في مكان آخر.

### 5-1-4- اضطرابات وجدانية أخرى:

- اضطراب وجداني بسبب حالة مرضية جسمانية.

- اضطراب وجداني بسبب تأثير مادة.

- اضطراب وجداني غير محدد في مكان آخر. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، بدون سنة، ص 34-35).

### 6- أهداف الكتاب:

يمكن حصر الأهداف الخاصة بالاكتئاب في نوعين، فنجد الأهداف الأولية وكذلك الأهداف

الثانوية، وستناول فيما يلي هذان النوعان بشكل من الشرح والتفصيل.

### 6-1- الأهداف الأولية:

6-1-1- إخفاء العدوان: كبت آلي لا شعوري لدافع العداة والعدوان، التدعيم يقصي هذين الدافعين عن

ساحة الوعي والشعور، وسبب الدافعين هو الإحباط والحرمان والفقدان والضياع، فردّ الفعل، لذلك هو

الاستياء والغضب والعداء بهذا يكون التحفز للعدوان.

ما كان لطفل تتنازعه دوافع متضاربة إلا أن يكتم أنفاسا، كل دافع يمكن أن يعرضه لفقدان المحبة

والرعاية الحيويتين له، بل إلى المزيد من الإحباط والحرمان والخسارة، بهذا الكتمان الانفعالي تتحول تيارات

العداء والعدوانية إلى داخله مرتدة إلى منبعها بدلا من أن تصب في الخارج وتنصب على مثيرها مع كبت العداء والعدوان.

6-1-2-هدف قصاصي: رد فعل قصاصي "ماسوشي" رد الفعل ضمير غايته في اليقظة وصارم، وكأن الفرد يتوقع لاشعوريا حدوث ما حدث فيما سبق من نحر، وعقاب أو انتحار أو محاصرة أو إغراض من الوالدين، ممن كان في حكمهما إزاء ما بدر منه هو من تدمير وسخط وعداء وعدوان أو قصاص تكفيري يكفر به عن ذنوبه.

هناك قصاص "سادي" رمزي منتصب على مصدر الإحباط والحرمان والخسارة، يعتمد عليه الفرد في قضاء حاجاته وتلبية مطالبه والاهتمام به ورعاية مصالحه، لكنه أخلى به وأحبط دوافعه ومنع عنه حاجاته كان يرجوها فأغضبه وأثار فيه دوافع العداء والعدوانية، إذ يتجه العداء والعدوانية الذين صاحبها هذا المثير إلى داخل الفرد، وكأن الحادث لنفس الكابت حادث للشخص المكبوت.

6-1-3-هدف بيولوجي وقائي: إذ يكف صاحبه باستهلاك طاقاته في محاولة تحقيق غاية استحالة تحقيقها بحكم أوضاعه وظروفه الخاصة، ليحتفظ بالطاقة الباقية التي ضاعت عبثا وأضعفته.

6-1-4-منع إمكانية تنفيذ رغبة العدوان بما يصيب صاحبه من شلل وقار يعوقه عن الحركة والنشاط أو يعطل له وظيفة جسمانية تحول بتعطلها دون القيام بأفعال عدوانية.

6-1-5-دعم التفكير والنكران للدوافع العدوانية وأهدافها (الكبت).

6-1-6-"مهرب نفسي" من تنازع بتحويل نفسي لدوافع العداء والعدوان بدافع تأبأهما ذاته الواعية على نفسها ولا يرضى ضميره بوجودها فيه.

## 6-2- أهداف ثانوية:

يحقق الفرد أوضاعا وعلاقات خارجية، فيها معنى الراحة والمتعة بالنسبة لشخصيته الخاصة وطبيعة نشأته.

تتميز شخصية الاكتئابي بالاعتمادية وحب جذب محبة الناس وعطفهم واهتمامهم ورعايتهم، وذلك بسبب الشعور العميق بالحرمان والحزن والاعتمادية، هي التي تؤدي إلى الاكتئاب. بهذا يحاول الفرد الفوز بعناية الغير واهتمامهم ومحبتهم بأي ثمن. (محمد دويدار عبد الفتاح، 1994، ص422).

## 7-الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب:

بسبب ما لموضوع الاضطرابات المزاجية أو الاكتئابية من أهمية على مستوى البحث النفسي وعلى مستوى العلاج، نشطت النظريات الكبرى في علم النفس لكي تقدم تفسيرها للاضطرابات الاكتئابية، وعوامل نشأتها وتفسيرها، وسنعرض فيما يلي مختلف النظريات التي حاولت أن تهتم بتفسير الاضطرابات الاكتئابية وهي على النحو التالي:

## 7-1-التفسيرات البيولوجية:

يرى أنصار التفسير الوراثي البيولوجيين أن الاضطرابات الاكتئابية تحدث بسبب عوامل وراثية أو فيزيولوجية. واعتمادا على ذلك سوف نتناول التفسيرات البيولوجية وفقا لمحورين أساسيين وهما:

## 7-1-1- التفسير الوراثي:

يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفرادا معينين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة. وقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية.

وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح المعايير التشخيصية. وتشير دراسات التوائم والتبني إلى أن التركيب الوراثي يبدو أنه يلعب دوراً رئيسياً في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية. (حسين فايد، 2004، ص 76-77).

كذلك يرى هذا التفسير بأن العوامل الموروثة (الجينية) لها تأثير على ظهور بعض حالات الاكتئاب التي تنشأ في سن مبكرة حيث وجد العالم Colman أنه إذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بهذا المرض فسيصاب التوأم وهذا في 96% من الحالات وكلما كانت الإصابة محصورة في الأسرة ارتفع معها احتمال حدوث الاكتئاب عند أعضاء الأسرة من 10 إلى 20 حالة بالمائة (1937-Deshaires).

كما أظهرت بعض الدراسات العائلية أن احتمال تعرض النساء للإصابة بالاكتئاب كبير جداً بالمقارنة مع الرجال (امرأتين مقابل رجل واحد)، ويرجع هذا إلى انتقال المرض عن طريق الكروموزوم (X) وهذا ما بينته عدة دراسات بواسطة تقنية Linkage حيث استطاع الباحثون من خلالها تحديد الجين Gene المسؤول على انفجار الزهان الهوسي الإكتئابي في الكروموزوم (X). (حراد جازية، 2008-2009، ص 88).

وكذلك يرى هذا الاتجاه بأن أفراد معينين يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة، حيث يرى أصحابها أن الوراثة تلعب دوراً كبيراً بالنسبة لذهان الاكتئاب وقد يصل مدى تأثيرها إلى حوالي 80% لدى المرضى أما في عصاب الاكتئاب يكون تأثيرها ضعيفاً للغاية إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى. (عبد العظيم حسين، 2007، ص 57).

### 7-1-2- التفسير الفيزيولوجي:

يشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي إلى أنه يوجد غمطان رئيسيان للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب، يقوم النمط الأول على أساس اضطراب في الأيض الإلكترونيات الخاص بالمرضى المكتئبين. ويعتبر كلوريد

الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استشارة الجهاز العصبي. ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النيرون وبوتاسيوم أكثر داخله، ولكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً، أما النظرية الفيزيولوجية، فتعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ: نورباين فرين وسيروتونين وكلاهما ناقلان عصبيان. (حسين فايد، 2004، ص77).

كذلك نجد من بين الذين اهتموا بالميزات الجسمية للتنبؤ ببعض الاضطرابات العقلية وهو Krichmer الذي وجد أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية والأفراد المصابين بالذهان الدوري فهم عموماً يتصفون بالجسم المكتنز والرقبة الغليظة والبطن الكبير ويميلون إلى البدانة.

في السبعينات وبالتحديد انطلافاً من سنة 1965 وبعد ما أظهرته النتائج العلاجية المثمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب وبالصدمة الكهربائية، وأيضاً تأثير بعض الأدوية المبددة للأمينات الدماغية (دوبامين سيروتونين، نورادرينالين، أحادي أكسيداز أي مواد النقل العصبي) كلها تؤكد على دور العوامل الكيماوية الحيوية في حدوث متلازمة الاكتئاب. وقد دلت التقنيات الدوائية-العصبية أن التغيرات التي تطرأ على الأمينات الدماغية ومستوياتها للخلايا تلعب دوراً مهماً في حدوث الاكتئاب ويمكن تحري هذه التبادلات العصبية الأمينية Synapses من خلال تحليل مستقبلاتها في البول، والدم وفي سائل النخاع الشوكي.

غير أن باحثين آخرين اهتموا بدراسة نسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة عند المصابين بالذهان الدوري، حيث وجد Karines (1975)، أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن 50% من المستوى العادي، أما الشخص المصاب بنوبة الهوس فتزيد هذه النسبة عن 20% وتأخذ هذه النسبة في الانخفاض والعودة إلى طبيعتها كلما تماثل هؤلاء الأشخاص، للشفاء.

(حراد جازية، 2008-2009، ص 88).

تؤدي زيادة الصوديوم داخل الخلايا العصبية إلى انخفاض نسبة البوتاسيوم إلى ما دون المستوى أما بالنسبة للكالسيوم فوجد Flach (1970) تناقضا في إفراز البول لهذا الأخير عند مرضى الاكتئاب خلال فترة الشفاء.

أما اضطرابات المزاج (العاطفة) فتلاحظ من خلال الذي يصيب وظيفة الجهاز الغدي-الصمي مثلا: مرض أديسون، متلازمة كوشينك Cushing والوذمة المخاطية Myxosdsma وما إلى ذلك.... وأيضاً الاضطراب الاكتئابي في أعقاب الولادة الذي يعتبر نتيجة للهبوط الشديد في مستويات الكورتيزول (الذي يفرز من قشرة الكظر) ترتفع ارتفاعاً ملحوظاً في الاكتئاب (8,20 ميكروغرام في 100مليتر)، بينما تنخفض هذه النسبة بعد الشفاء. (Gibbon, 1962)

#### النقد:

يتضح من عرض التفسيرات الوراثية والفيزيولوجية للاكتئاب وجود أوجه قصور تتضمن تلك التفسيرات، يمكن أن نوجزها في الآتي:

- بالنسبة للتفسير الوراثي، نجد أن العلاقة بين الاستعداد الوراثي والاكتئاب أمر صعب للغاية. وإن كان بعض الباحثين قد نجحوا في فحص تلك العلاقة، فقد تم ذلك الفحص بالنسبة لحالات الاكتئاب ثنائي القطبية، وأغفلوا فحص تلك العلاقة بالنسبة لباقي أنماط الاكتئاب الأخرى.

- أما بالنسبة للتفسير الفيزيولوجي للاكتئاب، فنجد أن ذلك التفسير قد أغفل دور بعض العوامل النفسية الاجتماعية-مثل أحداث الحياة الضاغطة والعلاقات الزوجية المضطربة- في تفسير الاكتئاب، خاصة أن مثل تلك العوامل تلعب دوراً هاماً في تطور أو سير وعلاج الاكتئاب عامة والاكتئاب ثنائي القطبية خاصة.

(حسين فايد، 2004، ص77-78).

- كذلك ما نستنتجه هو أن معظم البحوث والدراسات اهتمت بالذهان الدوري وذلك نظرا للنتائج الإيجابية التي أظهرتها الأدوية والصدمات الكهربائية. لكن هناك بعض أنواع من الاكتئاب أظهرت مقاومة لمثل هذه التقنيات العلاجية وهذا ما أدى إلى التركيز على العوامل السيكولوجية والاجتماعية في تفسير وعلاج هذا الاضطراب.

## 7-2- التفسيرات التحليلية:

أرجع "فرويد" الاكتئاب إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما أن يبالغ في إشباعها أو يقل إشباعها ومن ثم فإنه قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه. كما أن الطفل قد يخبر إما فقدا حقيقيا (موت الأم) أو مدركا لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوبا بغضب صياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض. وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فإنه ينغمس في النهاية في عملية الإدماج. ربما كطريقة لإلغاء الفقد حيث يسمح الدمج للطفل أن يتوحد مع الفرد المفقود، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في ذلك الفقد، وهكذا فبدلا من مواجهة الحزن العادي والحل النهائي الذي يلي الفقد، فإن الصبي الذي يحول الغضب إلى الداخل ينشط مرة أخرى، ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات والشعور بالذنب، وينمي الشخص أسلوبا شخصيا اعتماديا يعتمد إلى حد كبير على الآخرين بالنسبة لتقدير الذات والقبول.

(نفس المرجع السابق، 2004، ص78-79).

كذلك يرى Freud (1957)، رائد الاتجاه التحليلي أن الاكتئاب ما هو إلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وينسب الاكتئاب الميلانخولي عامة إلى فقدان انفعالي راجع إلى الفشل في استرجاع الموضوع المفقود أو عوامل مشابهة، وهو يميز بين مصطلح الحزن والميلانخوليا، فافتراض أن الاكتئاب هو فقدان للأنا على مستوى اللاشعور بينما يكون الحزن لا شعوريا والأنا سليمة.

يؤكد "Freud" في دراسته على وجود حركة دينامية سيكولوجية داخلية تتبع فقدان الموضوع يظهر عن طريقها "التعويض" وهو عمل الحداد، يتجلى عمل الحداد في قلة الاهتمام الذي يظهره المكتئب اتجاه العالم الخارجي بعد فقدان الموضوع، حيث يبدو أن آلامه وذكرياته تستحوذ على كل طاقته حتى تأتي اللحظة التي يقرر فيها "الأنا" ما إذا كان يريد مشاطرة "الموضوع المفقود" مصيره، انطلاقاً من اعتبار مجمل الإرضاءات النرجسية التي يتضمنها البقاء على قيد الحياة، وحتى يتحقق هذا الانفصال الذي يتيح أخيراً القيام بتوظيفات جديدة، لا بد من استحضار كل الذكريات والتوقعات المرتبطة بالموضوع، وتخضع هذه الأخيرة لتوظيف انفعالي مفرط، ثم يتم انفصال الليبدو عنها بعد ذلك ويتلخص عمل الحداد "بقتل الموت" في الذات. وإذا تعذر القيام بعمل الحداد تظهر الأعراض الاكتئابية المرضية.

(A .E.Kazdin and Al,1983, p504-510)

وقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر "فرويد" في الاكتئاب غضبا موحها ضد الذات ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب حيث يراها "أبراهام" Abraham مرتبطة بالحاجة للإرضاء (أو بالأحرى الفشل في الإرضاء) الجنسي والحصول على الحب، ويرى "رادو" Rado أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، ويصف "أوتوفينخل" Fenichel "المكتئب بأنه إنسان مدمن للحب. بينما ينظر "بيبرينج" Bibring " للاكتئاب نظرة أكثر شمولية وأكثر عصرية حيث يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز في تحقق الحاجات أو الطموحات، ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة إلى القوة والأمان، والحاجة لمنح الحب (فضلاً عن الحصول على الحب). ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء-أو نتيجة لإحباط-أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة، والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منها. (حسين فايد، 2004، ص79-80).

غير أن Klein (1938)M .Klein أرجعت سبب الإصابة بالاكتئاب إلى طبيعة العلاقة القائمة بين الأم

والولد وتمثل الوضعية الاكتئابية بالنسبة لها مرحلة أساسية في النمو السيكولوجي لكل فرد، حيث أن الطفل يمر في حوالي الأربع أشهر الأولى من عمره بنوبة اكتئابية أساسها الخوف من فقدان الموضوع الطيب المتمثل في الأم، الطريقة التي يعيش بها الطفل هذه الأزمة الأولى والوسائل الدفاعية التي يستعملها هي التي تحدد فيما بعد الشخصية والمستقبل الأحق للفرد. عند إحياء الوضعية الأولية عن طريق التعرض لأزمة وجودية يخشى المكتتب من أن يرى مواضيع حبه تهدم فيسعى إلى إنقاذها ولكن يفشل في ذلك ويفقد الأمل ويظهر عليه القلق. أما الشخص الهوسي فإنه يقوم بيلع الموضوع الطيب بحيث ينكر القلق الذي ينتج عن هذا الابتلاع. فبصفة عامة هناك من يرجع أسباب الإصابة إلى التثبيت في المرحلة الفمية-السادية، كما هناك من

يرجعه إلى نكوص وإعادة إحياء وضعية "قلق الانفصال" *Angoisse d'Abandon* وكل هذه الفرضيات تتفق على أن الاكتئاب هو عبارة عن خلل في بنية الشخصية خلال المراحل الأولى من النمو دون أن ننسى دور الوضعيات المفجرة المعاشة في سن الرشد. (A.E.Kazdin and Al, *Ibid*, 1983, p123)

#### النقد:

لقد فسر أنصار التحليل النفسي الاكتئاب باعتباره تثبيتاً في المرحلة الفمية، وغضبا موجه ضد الذات، ولكن هناك بعض أوجه القصور التي تؤكد على هذه النظريات تتمثل في الآتي:

- لم يحدد فرويد كم الإشباع الذي يعتبره كثيرا جدا في المرحلة الفمية ويؤدي بدوره إلى الاكتئاب.
- كما لم تقدم تلك النظريات تفسيراً حول الحب إلى الداخل كما يحدث بالنسبة للغضب.
- كذلك لم تقدم تلك النظريات تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا شخصا محبوبا ويصبحوا مكتئبين، أو تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا الموضوع ولم يكتبوا في نفس الوقت. (حسين فايد، 2004، ص80).

## 7-3- النظريات المعرفية:

يقصد بكلمة "معرفي" مجموعة السياقات التي بواسطتها يتسنى للعقل البشري استقبال المعلومات

ومعالجتها. (H.Loo et P.Loo, 1991).

فيرى أنصار النظريات المعرفية أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في حدوث واستمرار وعلاج الاكتئاب

الإكلينيكي. ويعتبر نموذج بيك (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً حيث تمثل الصيغة المعرفية

حجر الزاوية في نظرية "بيك" فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استعادة معلومات معينة غير

متعلقة بحياتهم والاحتفاظ بمعلومات هامة. أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون كذلك صيغاً ذاتية معرفية سلبية

تستبعد على نحو انتقائي المعلومات السلبية، ويقترح "بيك" أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد

المكتئبون مثل هذه الصيغة، وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة

السلبية، وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في

عزلة خيراتهم الشخصية السلبية. (حسين فايد، 2004، ص83).

ولكي يتسنى شرح مصدر التشوهات المعرفية، يضع Beck نفسه في اتجاه سلوكي، إذ يعتبر

تصورات الفرد نتيجة لتجارب ذاتية سابقة مر بها في الطفولة والتي أدت إلى تكوين مرجع معرفي يصبح

كقاعدة عامة، ضمنية ومسلم بها، يرجع إليها الفرد كلما دعت الحاجة والضرورة إلى ذلك أو أثر اصطدامه

بوضعية مختلفة، ويطلق Beck على هذه الوضعيات اسم "الوضعيات الصدمية" وهذه الأخيرة هي

مصدر التصورات السلبية. (A.Dreyfus, 1988, p308)

ويتصف النموذج المعرفي لـ "بيك" بـ:

☞ استدلال تعسفي أو خاطئ، أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.

☞ تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف من العناصر الكثيرة الممكنة.

كـ المبالغة في التعميم، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة.  
 كـ التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.  
 كـ لوم الذات، وهو إساءة تفسير الوقائع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.  
 كما لاحظ "بيك" أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة قد يرجع على أن الأشخاص المكتئبين يعتقدون «ثالوثا سلبيا» من الاعتقادات تشمل على:

✓ رأي الذات باعتبارها غير ذات قيمة وقاصرة.

✓ رأي عن العالم باعتباره متوحشا وكريها.

✓ رأي يائس عن المستقبل. (حسين فايد، 2004، ص84).

هكذا يكون الفرد المكتئب قد بنى سلسلة من التصورات السلبية اتجاه نفسه، العالم الخارجي ومستقبله، وهذه البنية قد تكون ظاهرة أو تحتية (مخفية) والتي قد تظهر إثر تعرضها لمثيرات معينة. لانفجار الأزمة الاكتئابية، تنشط المفاهيم السلبية إما عن طريق التعرض لوضعية صدمية قديمة أو عن طريق التعرض لوضعية أخرى صعبة الاجتياز. مثلا: موت شخص، فقدان عمل، التعرض لمرض مزمن أو خطير... الخ أو عن طريق تنالي الضغوط واستمرارها.

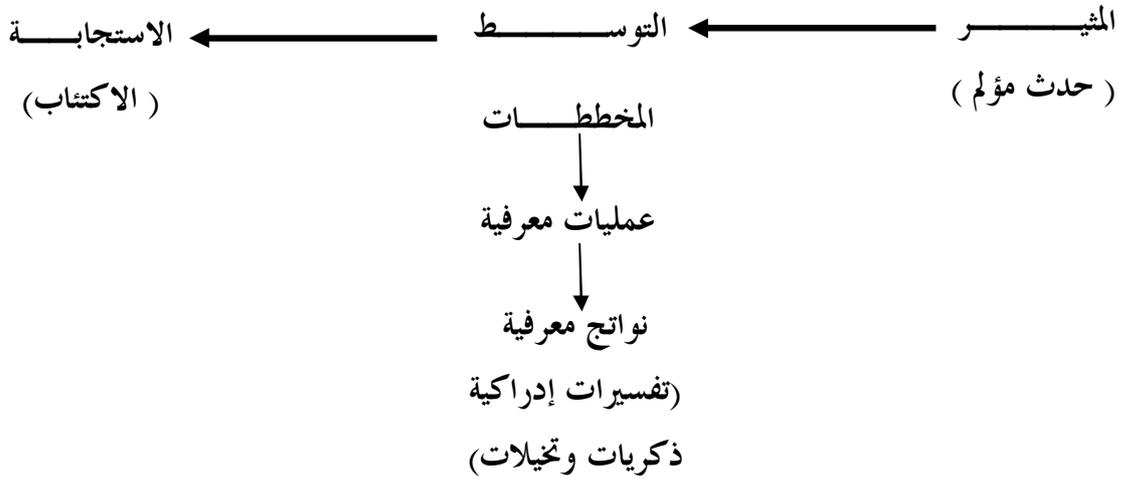
انطلاقا من هذا يعرف Beck الاكتئاب على أنه: اختلال في نظام التفكير والتناذر الأعراضية الاكتئابية ما هو إلا نتيجة لنشاط معرفي مرجعي يظهر انطلاقا من "نموذج داخلي".

(A.Dreyfus, 1988, p308) Monologue Intérieur

إذن فالأفكار السلبية التي يكونها مريض الاكتئاب عن ذاته وعن الآخرين وعن المستقبل هي التي تجعله يعيش مزيدا من الحزن والتشاؤم وفقدان الدافعية حيث لا يقوم بأي نشاط وكل هذا قد يؤدي بدوره في النهاية إلى الرغبة في الانتحار أو الإقدام على الانتحار.

وبوجه عام فإن النموذج المعرفي للاكتئاب عند "بيك" يوضح أن مرضى الاكتئاب لديهم خلل وظيفي في معالجة المعلومات مما يؤدي ذلك بهم إلى الانفعال والسلوك غير الملائم، وأن هناك ثلاثة مستويات من المتغيرات المعرفية تتوسط بين المثيرات (الأحداث) والاستجابات (المزاج والسلوك) وهذه هي المخططات المعرفية والعمليات المعرفية، ومحتوى التفكير، وأن الأفراد المكتئبين يظهرون تحيزات معرفية سلبية على هذه المستويات الثلاثة من التفكير ويمكن توضيح النموذج المعرفي للاكتئاب كما يلي:

الشكل رقم 01: يوضح النموذج المعرفي للاكتئاب



( طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 73 )

النقـد:

بالرغم من إسهامات النظريات المعرفية في تفسير الاكتئاب، إلا أن ثمة قصورا يتضمن هذه النظريات، وسوف يتم عرضه على النحو التالي:

- ركزت النظريات المعرفية على الأفكار والمعتقدات السلبية في تفسير الاكتئاب، ولم توجه الانتباه إلى عوامل أخرى مثل الاستعداد النفسي الداخلي، والعوامل البيئية المسببة للاكتئاب.

-تنطبق الأفكار والمدرجات السلبية على بعض أنماط الاكتئاب الموجودة في التصنيفات التقليدية للاكتئاب (مثل الاكتئاب أحادي وثنائي القطبية)، غير أنه لا يوجد نمط فرعي للاكتئاب يتسم بالأفكار والمدرجات السلبية فقط.

-إن تأكيد النظريات المعرفية بأن الأشخاص المكتئبين يقررون مدرجات سلبية دون المدرجات الإيجابية. فهذا أمر يختلف مع نتائج الدراسات الإمريقية حيث أن الأفراد المكتئبين قد قرروا متوسط تكرار يصل إلى حوالي فكرتين إيجابيتين من كل ثلاث أفكار سلبية في الأسبوع الماضي.

#### 7-4- النظرية المعرفية الاجتماعية:

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخلط مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية، وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد، الذي لديه مصادراً أخرى قليلة لقيمة الذات. ويمكن توضيح ملخص تلك النظرية في الشكل (2):

#### الشكل (02) : النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب



يتضح من الشكل (02) أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحتمل أن يكون لديه مدى ضيق من أهداف وأدوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات، والتهديد بالفقد أو الفقد الفعلي لهدف ذي قيمة كبيرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد.  
(حسين فايد، 2004، ص85-86).

#### النقد:

لقد أدمجت تلك النظرية النماذج العقلية والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية معا في تفسير الاستهداف للاكتئاب، ولكنها أغفلت دور العوامل البيولوجية في الاستهداف للاكتئاب حيث أنه قد يتعرض الفرد لجميع عوامل الاستهداف الخارجية للاكتئاب، إلا أنه لا يقع في الاكتئاب بسبب عدم وجود استعداد وراثي للاكتئاب لديه. (نفس المرجع السابق، ص86).

#### 7-5- نظريات التعلم:

يرى أنصار نظريات التعلم المتنوعة أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساسا بـ انخفاض في النشاط الذي يلي سحب أو فقد مدعم كبير ومعتاد. وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتيبي فيتم تدعيمه بالانتباه والتعاطف. ويعتبر "سليجمان" وزملاؤه Seligman et al (1975) أول من وضعوا نظرية للإكتئاب قائمة على التعلم، يمثل مفهوم العجز المتعلم محورها الرئيسي.

ويشير العجز المتعلم إلى أن الأفراد حينما يجدون أنفسهم في ظروف لا يستطيع سلوكهم فيها أن يغير أحداثا بيئية كريمة، فيؤدي هذا إلى الاستسلام والعجز والسلبية.

وقد اقترح "أبرامسون" وزملاؤه Abramson et al (1978) تعديلا رئيسيا لنظرية العجز المتعلم، الذي عرف باعتباره نموذج العجز المعاد صياغته. فقد لاحظوا أنه ليس كل شخص يخبر أحداثا سلبية لا يستطيع التحكم فيها يصبح مكتئبا. وأنه توجد عوامل، إما أن تعزل من أو تعرض للاكتئاب في ضوء

هذه الأحداث. ويعتبر أسلوب العزو Attribution أهم تلك العوامل، والعزو إما أن يكون داخليا حيث يرى الفرد أنه المسؤول عن الحدث، أو يكون العزو خارجيا أي يدرك الفرد أن شخصا معينا آخر هو المسؤول عن الحدث، وعادة يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلا لعزو داخلي ثابت وشامل للأحداث السلبية، وعزو خارجي غير ثابت وخاص بالأحداث الإيجابية كما اقترح الباحث "أبرامسون" نمطا فرعيا لإدراك الاكتئاب واعتقد أن الاكتئاب ليس اضطرابا منفردا ولكنه نوعا من مجموعة متغيرة من الاضطرابات، وأن الاضطراب الاكتئابي يتسم بيزوغ ثلوث إدراكي سلبى وأفكار عجز، وهذه الأفكار التي تتسم باليأس هي نمط من العزو الذي يؤدي بالناس إلى الشعور بالعجز في التعامل بفاعلية مع الضغوط في حياتهم. (حسين فايد، 2004، ص81، 82).

فطبقا لنظرية Seligman المعدلة عن العجز المتعلم فإن الفرد الذي يميل إلى تفسير الأشياء السيئة من مدركات داخلية وثابتة وشمولية، هو أكثر الأفراد تعرضا لمرض الاكتئاب عندما تلم به المصاعب وتعرض سبيل حياته الشدائد.

في اختبار Seligman الأول لنظريته المعدلة، عمد إلى فحص 134 طالبا جامعيًا باختبار Beck الكاشف لأعراض الاكتئاب والمؤلف من 13 بند، بدرجة اتساق وصدق عالية في الكشف عن أعراض الاضطراب الاكتئابي، وكما هو متوقع يمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال أنماط التفسيرات التي يطرحونها المفحوصون. فالمفحوصون الطلاب الذين أعطوا تفسيرات داخلية وشمولية وثابتة عن حوادث سيئة، كانوا أكثر اكتئابا من أولئك الذين قدموا تفسيرات خارجية ونوعية وغير ثابتة.

والنتائج نفسها وجدت عند اختبار سجناء الأمن طلاب المدارس، النساء ومرضى المشافي بالنسبة لمرض الاكتئاب . وأجرى Seligman وجماعته أكثر من 104 تجربة شملت ما يقارب من 15 ألف مفحوصا اتضح فيها أن "الأنماط التفسيرية" أو العزوبة التشاؤمية ترتبط بالاضطراب الاكتئابي فبعض

الأفراد الذين يتميزون بنموذج تفسيري سيء يحتمل أن يكونوا أكثر تعرضاً لضعف الصحة البدنية من أولئك الذين يبدون نظرة تفاؤلية كما يضيف أن التقدير الواطئ للذات الذي يظهر في الاكتئاب هو نتيجة لانتساب داخلي وترتبط مدة الاكتئاب بدرجة الانتساب الثابت وأما شدته وخطورته فهما مرتبطتان بوجود انتساب داخلي وبدرجة صلابة اعتقاد الفرد. (A.Dreyfus, 1988, p 310)

### النقـد:

قدمت نظريات التعلم عامة ونظرية العجز المتعلم خاصة إسهامات طيبة في تفسير الاكتئاب، ولكن يؤخذ عليها ما يلي:

1- أن تفسير الاكتئاب باعتباره استجابة مكتسبة تم استنتاجه من تجارب أجريت على الحيوانات وتم تعميم نتائجها على الإنسان وهذا شيء غير منطقي حيث أن هناك فرقا كبيرا بين عالم الحيوان وعالم الإنسان. وهذا ما أكده الدليل التجريبي أثناء التحقق من صدق نظرية العجز المتعلم وأدى إلى تعديلها بواسطة «أبرامسون وزملاؤه».

2- لم تقدم نظريات التعلم الجديدة عن ما قدمته نظرية التحليل النفسي، حيث أن فقد التدعيم الذي فسرت به نظريات التعلم الاكتئاب لا يختلف كثيرا عن فقدان موضوع الحب في المراحل المبكرة من العمر الذي فسرت به نظرية التحليل النفسي للاكتئاب.

### 7-6- النظريات البيئشخصية:

تركز المنظورات البيئشخصية في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما أيضا تهتم بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على إبقاء واستمرار الاضطراب الاكتئابي، فبالنسبة لضغوط الحياة وأساليب المواجهة يقترح الباحثان "كوين" و"دوني" (Coyne, Downey) أن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة، وقد

افتراضاً أن المواجهة الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات، وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون بشفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة وتعتبر استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الانفعال من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث أنها أساليب موجهة غير جيدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب وهذا ما أشار إليه الباحثان "هيجتر" و"إندلر" (higgins et Endler, 1995) ، من وجود ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط وهي:

- أسلوب التوجه الانفعالي: ويقصد به ردود الأفعال الإنفعالية التي تنتاب الفرد وتنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والانزعاج والغضب والأسى واليأس.

- أسلوب التوجه نحو الذات: ويقصد به محاولات الفرد لتجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة.

- أسلوب التوجيه نحو الأداء: وهو المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة والاستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة. وقد أشارت الدراسات الإمبريقية إلى أن الأفراد مرتفعي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلاً للاعتماد على أسلوب التوجه الانفعالي كأخذ الإستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة، أما الأفراد منخفضي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلاً للاعتماد على استخدام أسلوب التوجه نحو الأداء، كأخذ الإستراتيجيات الإيجابية في مواجهة ضغوط الحياة.

أما بالنسبة للمساندة الاجتماعية، فتعتبر أحد العوامل البيئشخصية الهامة في تفسير الاكتئاب، فيشير التراث النفسي إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية أو المساندة الاجتماعية غير الجيدة يؤدي إلى أو تبقى على الأعراض الاكتئابية. والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة في الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدراً للضيق والتعاسة والاضطراب، فالمكتئبون، يتسمون بعدم الإيجابية في المواقف الاجتماعية، ويجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة جديدة، وأنهم أقل من غيرهم تفاعلاً وتبادلاً سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو

الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف أو ملاءمتها لمواقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية، كما يصف الآخرون المكتئب بالجمود، التصلب والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل. كما يتعرض المكتئبون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباطات ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض والتجاهل. وهكذا يبدو أن خبرات الرفض وفشل العلاقات بالآخرين ينشأ عنها هيكل أو صيغة معرفية تدور حول الفشل والخوف من فقد الآخر، الأمر الذي تنشط معه مشاعر العجز وعدم القيمة والأهمية. كذلك فرغم أن المكتئبين تبدو عليهم المحنة والمعاناة كما يلتصقون دعم الآخرين إلا أن البيئة الاجتماعية قد تقدم الطمأنينة والدعم في البداية لكنها قد ترفض المكتئبين أو تتحاشاهم فيما بعد نظرا لعدم تجاوبهم الأمر الذي يزيد من عدم أمن المكتئبين وزيادة اعتمادهم.

ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب السلوك الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة)، أي ليس من غير المعروف أيهما السبب وأيها النتيجة. ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتئابه.

كما أن العكس صحيح، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة.

### النقد:

يلاحظ من عرض التفسيرات البيئشخصية للاكتئاب، أنها ركزت على عوامل التفاعل بين الأشخاص، دون النظر إلى الديناميات النفسية داخل الفرد، كما أغفلت دور الاستعداد الوراثي في الإصابة بالاكتئاب. (حسين فايد، 2004، ص86-90).

مما سبق يبدو أننا في حاجة إلى اتجاه تكاملي لتفسير الاكتئاب من خلال الاستعداد الوراثي والديناميات النفسية لدى الفرد، وعوامل التفاعل الاجتماعي المتمثلة في التعامل مع الحدث الضاغظ وكيفية

مواجهة هذا الحدث، وحجم ونوع المساندة الاجتماعية المدركة، وبالإضافة إلى الصيغ المعرفية التي يمتلكها الفرد في معالجة المعلومات. (نفس المرجع السابق، ص90).

## 8- علاج الاكتئاب:

يعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التي يواجهها المهنيون في مجال الصحة العقلية شيوعاً، وقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب، مع تأكيدات متزايدة على الأساليب العلاجية التي تستغرق وقتاً قصيراً وكذا المزج بين العلاج الطبي والعلاج النفسي من جهة ثانية.

(فرج صفوت، 2002، ص580).

وتتوافر أنواع متعددة من علاجات الاكتئاب، ولكن بعضها قد لا يكون متاحاً في بعض المناطق الريفية والنائية، مثل بعض أنواع العلاج النفسي (العلاج النفسي المعرفي، والإرشاد العلاجي والنفسي) حيث توجد بالعواصم والمدن الكبرى، ويصعب على المريض الذي يعيش في القرى أن يحصل عليه. وإن سافر حيث يوجد المعالج أو المرشد النفسي، فإنه لن يستطيع إكمال العلاج لأن الأمر سيحتاج تردد المريض على العيادة النفسية، لعدد غير قليل من المرات حيث يتم العلاج النفسي عن طريق الحوار بين المريض والمعالج.

(علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص117).

وفيما يلي أهم هذه الأنواع أو الطرق العلاجية الاكتئابية والتي سنحوض فيها بشكل من التفصيل:

## 8-1- العلاج الطبي (الكيميائي):

مهما كان نوع الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد يجب أن يستفيد المريض من علاجات كيميائية وتمثل في العقاقير النفسية Les psychotropes، التي تعتبر أحد أهم الأسلحة المضادة للاكتئاب والأكثر فعالية والتي تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الجهاز العصبي المركزي وهي تصنف إلى:

**8-1-1- مضادات الاكتئاب Les Antidépresseurs:**

وهي أدوية متخصصة في المزاج الاكتئابي ويرجع استخدامها كطريقة علاجية في الطب العقلي إلى

سنة 1957 ونجد منها:

**-المضادات الاكتئابية ثلاثية الحلقة: Les Antidépresseurs Ricyclique**

لها أثر على الجهاز الودي Sympatique ونجد في المزاج الاكتئابي التعب النفسي والتباطؤ النفسي

الحركي والقلق والأعراض السوماتية وتوهم المرض والآلام المختلفة المرتبطة بالاكتئاب.

**-المضادات الاكتئابية الكافة للحمض الأميني المؤكسد: I.M.A.O****Antidépresseurs de l'enzyme Monoamine Oxydase Adrénaline**

وهي أدوية فعالة جدا، لكنها صعبة تتطلب مراقبة خاصة وإشراكها مع أدوية أخرى، وتعمل على

استقلالات مادة الأدرينالين والسيروتونين، فهي تعمل على الرفع من معدل النواقل العصبية في الجسم،

وبالتالي فهي تلعب دورا في التخفيف من التعب النفسي.

-مضادات اكتئابية أخرى:

وهي من أصل كيميائي مختلف مثل:

Cledial, Floxyfral, Pragmarcel, Stalban, Prozac

**8-1-2- المهدئات: Les Tranquillisants**

وهي مهدئات تعمل على التخفيف من الأعراض السوماتية، كالأضطرابات القلبية الوعائية، ارتفاع

الضغط الشرياني، الذبحة الصدرية، اضطرابات هضمية واضطرابات جلدية ولها خاصية تتمثل في كونها

مهدئة، وتخفف من الحصرة المصاحبة للاكتئاب. وهي على عدة أنواع أشهرها

Benzodiazépines ونجد ضمنها: Tysanxia, Tibrien, Lexomil, Nordaz وغيرها.

**Les Hypnotiques: 3-1-8- المنومات:**

يعتبر الأرق من الأعراض التي نجدها في الحالات الاكتئابية لذلك نستعمل هذه المنومات في هذه الحالات أين يشكو المريض من الأرق الشديد.

**Les Neuroleptiques: 4-1-8- المهدئات العصبية:**

يعود استعمالها إلى سنة 1952 لها دور مضاد للذهان Antipsychotiques ويتمثل في قدرتها على التخفيف من الهذات.

**Le Lithium: 5-1-8- الليثيوم:**

وهو معدل ومثبت للمزاج، ويستعمل عادة في ذهان هوس الاكتئاب، حيث يعمل على التخفيف من الانتكاس. (D.Lachimia, Ibid, p86-95)

وتشير الدراسات إلى أن مضادات الاكتئاب تعالج حوالي 75% من حالات الاكتئاب. ولا زالت الأبحاث الطبية مستمرة لتطوير الأدوية المستخدمة لحل معضلة الاكتئاب المقاوم للعلاج، وتخفيف مشكلات ومعاونة المرضى بإيجاد أدوية أخرى جديدة تتفوق من حيث مفعولها الإيجابي على الأدوية الموجودة حالياً وفي نفس الوقت تكون أقل ضرراً من حيث الآثار الجانبية السلبية.

فلا يوجد حتى هذه اللحظة دواء بدون أعراض جانبية أو آثار سلبية، وإنما تتفاوت تلك الأعراض أو الآثار الجانبية في شدتها من عقار لآخر. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص122).

**2-8- العلاج الكهربائي (بالصدمة الكهربائية):**

هو نوع من أنواع علاج الأمراض العقلية، والاضطرابات الوجدانية الحادة، ويلجأ إليه الأطباء في الحالات الآتية:

- الاكتئاب الشديد والحاد، وصعوبة الأعراض وخاصة الاكتئاب الذهاني.
- عدم استجابة المريض للأدوية.
- وجود آثار سلبية للدواء لا يتحملها المريض.
- وجود أمراض عضوية مزمنة تمنع من استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب مثل أمراض الكبد، وبعض أمراض القلب.
- وجود ميول انتحارية عند المريض وصعوبة السيطرة على سلوكه.
- إذا كان المريض في ظروف لا يستطيع الانتظار بأعراض الاكتئاب حتى تظهر فاعلية الأدوية وهي مدة الشهرين، لأن استخدام الجلسات الكهربائية يمكن أن يؤدي إلى ظهور التحسن في غضون أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع بالنسبة للسيدات الحوامل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، وأثناء تكون الجنين حيث يحظر استخدام مضادات الاكتئاب في هذه الفترة خوفاً من التأثيرات السلبية للدواء على الجنين.
- تشير الدراسات التي أجريت على المرضى الذين عولجوا بالجلسات الكهربائية، أن 80% من هؤلاء المرضى أكدوا بأن العلاج قد أفادهم وأدى إلى تحسن حالاتهم. كما وجد أن المرضى الذين عولجوا بالجلسات الكهربائية فقط تنكس حالاتهم بنسبة 50% على مدى ستة أشهر بعد انتهاء العلاج.
- وهذا يؤكد ضرورة أن يعتمد علاج الاكتئاب على أكثر من أسلوب وأكثر من طريقة في وقت واحد بحيث يتكامل البرنامج العلاجي للمريض. فإذا كانت الأدوية غير مناسبة لحالة المريض وظروفه الصحية، وكان من الضروري استخدام أسلوب العلاج بالصدمات الكهربائية، فمن المهم أن يواكب هذا الأسلوب علاجاً نفسياً مناسباً، وعندما تسمح حالة المريض باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب، يجب أن تعطى له العقاقير المناسبة لحالته عقب انتهاء العلاج بالجلسات الكهربائية. وقد يحتاج الأمر إلى دخول

المريض المستشفى حتى تستقر حالته الانفعالية والمزاجية. وإن كان غالبية مرضى الاكتئاب لا يحتاجون دخول المستشفى، وقد يرفضون ذلك. (نفس المرجع السابق، ص126-128).

### 8-3-العلاج البيئي:

وهنا نهتم بتخفيف الضغوط الواقعة على الفرد سواء في عمله أو مدرسته أو منزله، كما نحاول حل الصراعات الأسرية بين الوالدين والابن ومحاوله وجود نوع من القبول، والحب الوالدي تجاه المريض والمساندة في مواجهة ضغوط الحياة.(حسين فايد، 2001، ص 128).

### 8-4-العلاج الديني:

فالعودة إلى الله عن طريق التوجيه الديني اللبق المبسط وتعليم المريض الاستغفار والتوبة والتذكير بخالق كل شيء والصلة بالله عن طريق الصلاة والدعاء... كل ذلك يساعد المريض على ترك دنياه الخاصة والعودة إلى الإحساس بالمسؤولية والرغبة في التوافق، والعمل على أن يتخلص من السلوك المريض واستبدالها بأساليب سوية ترضي النفس وترضي الله خالقها.

### 8-5-العلاج السلوكي:

هو نوع من أنواع العلاج النفسي يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به والمتعاملين معه أكثر إيجابية وفاعلية، ويعتمد في ذلك على نظريات التعلم ونظريات الشخصية والنظرية الاجتماعية.

وينجح العلاج السلوكي بنسبة عالية في علاج اكتئاب الأطفال بصفة خاصة دون الحاجة إلى الأنواع الأخرى من العلاجات النفسية وذلك لملاءمة فنياته ووسائله لتلك المرحلة العمرية. والعلاج السلوكي يبدأ بتحديد السلوكيات المرضية والاستجابات الاكتئابية، ثم تعد خطة علاجية تعتمد على تنمية

السلوكيات المعارضة للسلوكيات المرضية، وتصحيح الاستجابات الاكتئابية الخاطئة لتحل محلها استجابات صحيحة إيجابية. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 134-135).

إذن تعتمد الممارسة السلوكية على التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب حيث يكون التعزيز الإيجابي لسلوكيات تكييفية متعلمة جديدة هي أساس هذا العلاج، ويكون التوجيه والتدريب الميداني، عاملين ضروريين لمواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي وبالتالي السيطرة عليها.

(Lechemia.D, 1995, p84)

### 8-6- العلاج المعرفي:

كذلك هو نوع من أنواع العلاج النفسي هدفه تخليص المريض من الاكتئاب، وتنمية مهاراته وتطويرها بطريقة منظمة وعقلانية ومنطقية ولذلك يستخدم مع الكبار بفاعلية. ويستند هذا النوع من العلاج النفسي إلى النموذج النظري المعرفي لتفسير منشأ الاكتئاب، وفقاً لهذا النموذج، "أن الاكتئاب عبارة عن مجموعة سلبية من الأعراض والمظاهر الانفعالية والمزاجية، والمعرفية والدفاعية والجسمية" وأن الأعراض المعرفية للاكتئاب هي التي تؤدي الدور الأساسي في استمرار معاناة المريض، حيث يفكر المريض بأسلوب خاطئ تسوده أنماط تفكير سلبية حول الذات والعالم والمستقبل. وهذه الأنماط السلبية تتشكل داخل المريض من خلال خبراته السلبية ورؤيته للعالم من حوله. إنه يمر بسلسلة من الأفكار السلبية الآلية والتي تحدث من دون أسباب معقولة، لكنها مقبولة جداً من وجهة نظر المريض، وعلى الرغم من أنها تبدو لأي شخص عادي أفكاراً مشوهة تشويهاً شديداً، وهي ليست كذلك عند المريض، وتعتبر هذه الأفكار المشوهة السبب الأساسي في الاضطراب الانفعالي للمريض وهبوط دافعيته. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 139).

واعتماداً على المنطق النظري الذي يؤكد بأن اعتقادات وأفكار الشخص هي التي تحدد سلوكه الخارجي، لذلك فإن المعالج المعرفي يبحث عن الأسباب الباتولوجية بالعودة إلى تغيير سلوكه، وقد أثبت المعالج المعرفي فعالية منقطة النظر في علاج الاكتئاب، حيث يلجأ المعالج أولاً إلى البحث عن الأفكار

والاعتقادات المسببة للاكتئاب ثم يقوم بتحليلها، وأخيراً بتغييرها أملاً في القضاء على تلك الأفكار المسببة لليأس، ويعتمد المعالج في عمله على فرضيتين وهما:

أولاً: أن العميل هو كما يصف نفسه بالفعل، وعندما يتم التحقق من خطأ اعتقادات الفرد بفعل ما يرفضه الواقع العقلاني تنفي هذه الفرضية، وتترك المكان لفرضية أخرى وهي أن الأفكار والاعتقادات الموجودة عند العميل تشوه الحقيقة وهكذا يلجأ المعالج إلى تغيير تلك الأفكار بحقيقة أخرى مناقضة تماماً بإظهار حجج عقلانية.

وليكشف المعالج تدريجياً عن المونولوجات (المناحاة) Les monologues الداخلية ذات المضمون الاكتئابي ثم يلجأ إلى تطوير قدرات معرفية جديدة مناقضة تماماً لإطار المعرفة القديمة اللائطية، والهدف من ذلك كله هو السماح للعميل الخاضع للانفعال الاكتئابي بتعويض ذلك كله باستجابات أكثر توافقاً مع الواقع. (جميلة بلعزوق، 1990-1991، ص 177-178).

### 8-7- العلاج بالعمل والترويح:

حيث يعطي المريض أعمالاً حددت وخططت بعناية، ويقضي المريض وقته فيها، وفي العمل يتركز انتباهه على اهتمامه بما يعمل، كما يبلغ شعوراً بثقة النفس، كلما أنجز عملاً متقناً، فهذا الاهتمام في العمل يمكن أن يبعد المريض عن الأوهام والأفكار السوداوية.

### 8-8- العلاج الترفيهي:

وذلك بنشر جو من المرح والتفاؤل كمشاهدة السينما والعزف على الآلة الموسيقية من قبل بعض المرضى... كل ذلك يشعر المريض أنه في جو طبيعي يمنعه من الإحترار الفكري والعودة إلى المرض.

**8-9- العلاج بالضوء:**

يعتبر استخدام الضوء الصناعي القوي إحدى الوسائل الأساسية لعلاج النمط الموسمي للاكتئاب - اكتئاب الشتاء، حيث يتم تعريض المريض إلى Lux 10000-2500، لمدة تتراوح بين نصف الساعة إلى الساعتين صباحاً لعدة أيام.

**8-10- الحرمان من النوم:**

من الظواهر المحيرة أن الحرمان من النوم، خاصة في النصف الأخير من الليل تنتج عنه تحسن مؤقت في الاكتئاب، وما زال هذا الأسلوب رهن البحث العلمي قبل تأكيد قيمته العلاجية.

**8-11- التمرينات البدنية:**

أظهرت الدراسات أن رياضة الجري تعادل في فاعليتها فاعلية العلاج النفسي في معالجة حالات الاكتئاب البسيطة والمتوسطة.

وقد توصل باحثون في جامعة "فري" بيرلين إلى أن ممارسة التمرينات على جهاز حركة القدمين لمدة 30 دقيقة يوميا يمكن أن تخفف من الشعور الشديد بالاكتئاب بصورة أسرع من كثير من العقاقير، وأنها يمكن أن تكون علاجاً بديلاً. وقال "فرناندو ديميو"، في تقرير نشرته المجلة البريطانية للطب الرياضي أن التمرينات الحركية يمكن أن تؤدي إلى تحسن جوهري في وقت قصير في الحالة المزاجية لمرضى الاكتئاب الشديد.

وأظهرت دراسة أجريت على 12 شخصا كانوا يعانون من الاكتئاب الشديد لمدة تسعة شهور في المتوسط حدوث تحسن في نظرهم إلى الحياة بعد ممارسة التمرينات على جهاز الحركة لعشرة أيام. وكان من بين الأشخاص موضع الدراسة خمسة لم يفلح معهم تناول مضادات الاكتئاب، وبشكل إجمالي انخفضت مستويات الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى بحوالي 25%. (عمروحسن أحمد بدران، بدون سنة، ص50-51).

## خلاصة الفصل:

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر، ويبدو الشخص المصاب وكأنه في حداد دائم والكآبة واضحة على قسماات وجهه نتيجة ظروفه المحزنة الأليمة وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي، وقد يجيل أنه مصاب بأمراض قاتلة لا أمل له في الشفاء منها أو أنه ارتكب خطيئة لا أمل له في المغفرة أو الغفران. وقد ينتهي به المرض إلى قطع أحد أعضائه، وقد يصل إلى الانتحار. (عمرو حسن أحمد بدران، بدون سنة، ص15).

لذلك هذا الإضطراب يؤدي بصاحبه إلى عدم القدرة على التحكم والسيطرة على انفعالاته، وذلك عندما تعتريه جملة من الضغوطات النفسية، بالتالي يحاول مواجهتها باستخدام طرق معينة، وهذا ما سنحاول التطرق إليه في فصلنا الموالي، والذي يحمل موضوع الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة التي يلجأ إليها الفرد أثناء تعرضه لموقف ضاغط أو وضعية ضاغطة.

# الفصل الثاني

الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة

# الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة

\*تمهيد

1- الضغط النفسي

1-1- نظرة تاريخية

1-2- مفهوم الضغط النفسي

1-3- أنواع الضغط النفسي

1-4- أعراض الضغط النفسي

1-5- النظريات المقسرة للضغط النفسي

1-6- إستراتيجيات خفض الضغط وآثاره

\* تمهيد

2- استراتيجيات المقاومة

2-1- نظرة تاريخية

2-2- مفهوم إستراتيجيات المقاومة

2-3- أنواع إستراتيجيات المقاومة

2-4- مميزات إستراتيجيات المقاومة

2-5- التقييم المعرفي

2-6- التناولات النظرية لإستراتيجيات المقاومة

2-7- العلاقة بين وظائف المقاومة المتمركزة على المشكلة ووظائف المقاومة المتمركزة على الانفعال

2-8- وظائف استراتيجيات المقاومة.

2-9- فعالية استراتيجيات المقاومة.

\* خلاصة.

## تمهيد:

يعتبر الضغط النفسي من بين العوامل التي لها دور مهم في كثير من الأمراض التي تتعدد أسبابها ولأن الفرد يتعرض في حياته إلى سلسلة من المواقف والأحداث والتي من شأنها أن تدرك على أنها وضعيات أو مواقف ضاغطة، وهذا ما يؤدي إلى ظهور ضعف وانخفاض على مستوى الصحة النفسية والجسمية معا. ولأجل هذا كان جديرا بنا التطرق إلى موضوع الضغط النفسي، حيث سنتناوله من عدة جوانب وذلك بتقديم لمحة تاريخية عنه، مفهومه، النظريات المفسرة له، أعراضه وأنواعه لنتطرق بعد ذلك إلى استراتيجيات مقاومة الضغط.

**1-الضغط النفسي:****1-1-لحة تاريخية:**

مصطلح الضغط النفسي عرف استعمالات عديدة عبر الأزمنة واختلف الباحثون في تعريف الضغوط النفسية، فمنهم من نظر إليها على أنها مشيرات أو منبهات ومنهم من تعامل معها باعتبارها استجابات ومن بينهم الباحث "Walter Canon" (1928) الذي يعتبر من أوائل الباحثين الذين استخدموا مصطلح الضغط النفسي وعرفه على أنه رد فعل في حالة الطوارئ، إما بالمقاومة أو بالهروب. (عثمان بخلف، 2001، ص43).

يعتبر الباحث الفيزيولوجي "هانز سيللي"، (1936) من الذين اهتموا أكثر بالضغط النفسي، ويتعلق الأمر بالنسبة لهذا الباحث برد الفعل البيوفيزيولوجي للعضوية لكل عدوان، مهما كانت طبيعة هذا العدوان.

وقد وسع "سيللي" انطلاقا من (1956) حتى وفاته (1982)، استعمال هذا المفهوم من استجابات الشخص إلى كل التغيرات المحيطية الدالة، وقد ميّز بين "Déstresse" كإشارة للإستجابات اتجاه الاعتداءات والمصائب والتشوهات التدريجية للمحيط وبين "Eu stress" وهي الإستجابات للمفاجآت السارة والتغيرات النافعة للفروق المعيشية، حيث خلص في الأخير إلى أن الضغط هو ملح الحياة "Le sel de la vie". (سي موسى عبد الرحمان، 2002، ص81).

وكانت سنوات الستينات والسبعينات فترة التحول في التدقيق في هذا المصطلح، وكان ذلك لزيادة اهتمام الباحثين بهذا المصطلح ومنهم "Lazarus" (1966)، إذ بين في كتابه "psychological stress and coping process" أن الضغط لا يعتبر مجرد تهديد خارجي للفرد بل هو أيضا تجربة كل فرد اتجاه هذه الوضعيات، فهو يعتبر تفاعلا بين الفرد والمحيط، أين تقييم الوضعية بأنها تتجاوز موارد الفرد وتحدد عاقبته، وتشكل خطورة على اتزانه النفسي. (Marilou, Bruchon, 2001, p71)

## 1-2-2- مفهوم الضغط النفسي:

## 1-2-1- لغة:

تتفق معظم القواميس والموسوعات على أن الضغط مصطلح مشتق من الإنجليزية، إذ هو مشتق من كلمة "Déstresse" ويقصد بها العناء والفقر الحاد. (هارون توفيق، 1999، ص15).

وأصل كلمة الضغط يعود إلى الفعل اللاتيني "Stringer" والذي يعني ضم، شم، ضغط على احتضن، يمكن أن يؤدي هذا الضم بالشخص إلى حد الإختناق، والإختناق يولد الحصر، القلق، إحساس بالضييق يجتاز القلب والروح وهذا ما يؤدي إلى الحزن الشديد. (Stora J.B, 1997, p3)

## 1-2-2- اصطلاحا:

يعتبر مفهوم الضغط النفسي من المصطلحات العلمية الحديثة التي شغلت اهتمام العديد من الباحثين منذ أكثر من نصف قرن، ويعود ذلك إلى تعقد ظاهرة الضغط النفسي التي تمس جوانب عديدة. وسنحاول ذكر أبرز التعاريف لهذا المفهوم:

نجد " Lazarus و Folkman" (1984)، الذين أحدثنا نظرة للضغط حيث ينظران إليه على أنه علاقة ديناميكية وعملية تعاملية Transaction بين الفرد والبيئة، تتوسطهما مختلف السيرورات الإدراكية، المعرفية، الإنفعالية والسلوكية. (Marilou Bruchon, 2001, p08)

في حين عرفه " غريب عبد الفتاح" (1999)، على أنه استجابة فيزيولوجية، نفسية، وسلوكية للفرد الذي سيسعى إلى أن يتوافق ويتكيف مع كل من الضغوط الداخلية والخارجية. (غريب عبد الفتاح، 1999، ص45).

أما "عثمان يخلف"، (1999) يشير إلى الضغط النفسي على أنه استجابة الفرد النفسية والفيزيولوجية والسلوكية للأحداث التي يتعرض لها في حياته اليومية سواء أكانت أحداث عادية أو أحداث رئيسية. (عثمان يخلف، 2001، ص44).

ويعرفه "محمد قاسم عبد الله"، (2001): الضغط هو حالة من التوتر النفسي الشديد والإنعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتختلف عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب السلوك. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص115)

ومن خلال التعاريف السابقة الذكر، يمكن أن نستنتج أن الضغط النفسي هي تلك الحالة الفيزيولوجية والنفسية التي تظهر على سلوك الفرد كاستجابة لمواقف مدركة أهما ضاغطة لمحاولة التكيف معها وتحقيق التوازن النفسي والجسمي.

### 1-3-أنواع الضغط النفسي:

عند الحديث عن الضغط لا يجوز ربط هذا المفهوم مباشرة بالجانب السلبي بل يمكن أن يحتوي على محتويات إيجابية، فهو عملية عادية للإثارة واستجابة الجسم. ومن هنا يمكن التعرف على أنواع الضغط النفسي والمتمثل فيما يلي:

### 1-3-1-الضغط النفسي التكيفي:

الضغط التكيفي هو رد فعل بيولوجي، فيزيولوجي ونفسي منذر عن خطر، ومحرض للتعبئة والدفاع اتجاه عدوان أو تهديد. ومن هنا فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له أثاره الفيزيولوجية، التي تجعل الجسم في غاية الاستعداد للفعل، هذا إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة التي يمارسها، فهو مركز الإنباه، معبئ للطاقة النفسية ومحرض للعمل والفعل. (سي موسى عبد الرحمان، 2002، ص81).

### 1-3-2-الضغط النفسي المتجاوز:

يمثل نوع من التوتر والشدة التي تواجه الفرد في المواقف الضاغطة، بحيث يجد نفسه فاقد السيطرة مع ظهور تظاهرات عصبية إنعاشية هامة.

يمكن أن نوجز ردود أفعال الضغط المتجاوز في أربعة عناصر وهي: رد الفعل الضعيف، رد الفعل التهييجي، رد الفعل الهروب المفزع ورد فعل النشاط الآلي، وبمس رد فعل الضعف تحديد ثلاث مستويات يتعلق الأول بالتخدر العقلي، التبلد العاطفي والكف الإرادي والحركي ويترك الشخص هامدا في الخطر. أما رد الفعل التهييجي المنبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بإرصان دفاعات للتكيف مع الوضعية، والتي تظهر من خلال حركات غير متناسقة ولا تلاحم حركي ولفظي. أما رد الفعل الهروب المفزع فيتضمن هروب منفرد أو جماعي مندفع غير متهيئ ووحشي. في حين نجد رد الفعل الآلي شائعا، يولد حركات وسلوكيات تبدو كيفية لكنها دون هدف واضح ومحدد، هدفها جعل الشخص ينشغل بشيء ما فقط. (نفس المرجع السابق، 2002، ص83)

#### 1-4-أعراض الضغط النفسي:

تظهر أعراض الضغط النفسي في حياة الإنسان على شكل مظاهر نفسية وجسمية، وتصدر الإشارة إلى أن هذه الأعراض المختلفة لا تظهر في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص. وفيما يلي سنتطرق إلى أهم الأعراض التي تميز الضغط النفسي:

#### 1-4-1-الأعراض النفسية:

- الضيق، الكآبة والحزن.
- فقدان الاهتمام، فرط التهيج وفرط النشاط.
- عدم الاستقرار، فقدان الصبر والغضب.
- اللازمات العصبية (les tics) بأنواعها المختلفة.
- ضعف التركيز، تشوش الذهن والأفكار السلبية.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات، الجمود، مراقبة الذات والتنبه المستمر لاستجابات الآخرين.

**1-4-2-الأعراض الجسمية:**

- توتر العضلات في الرقبة والظهر خاصة، الصداع التوترى وبرودة الأطراف.
- جهاز الهضم: حموضة المعدة، غثيان، غازات وألم بطني تشنجي وكذلك إسهال، إمساك وفقدان الشهية.
- النوم: أرق، استيقاظ مبكر وأحلام مزعجة.
- اضطرابات قلبية دورانية: تسرع ضربات القلب وارتفاع الضغط الدموي.
- التنفس: عسر التنفس، ألم الصدر.
- اضطرابات جنسية مختلفة. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص118)

**1-5-1-النظريات المفسرة للضغط النفسي:**

اختلفت النظريات وتنوعت في تفسير الضغط النفسي، وذلك نظرا لاختلاف الأطر النظرية التي يتبناها الباحث، وفيما يلي نعرض أهم النظريات المفسرة للضغط النفسي:

**1-5-1-1-نظرية "هانس سيلبي" Hans Selye**

كانت فكرة الباحث "هانيس سيلبي"، (1936) مبنية على أن الضغط ينشأ من عدم قدرة الفرد في مواجهة الأحداث الضاغطة وأسلوب تكيفه (فيزيولوجيا ونفسيا) مع هذه الأحداث، ومن خلال هذه الفكرة توصل إلى أن أسلوب مواجهة الإنسان لهذه الأحداث الضاغطة وسوء تكيفه الفيزيولوجي لها قد يصبح مصدرا للضغط، تنشأ عنه مجموعة من الأعراض المرضية والاستجابات الباثولوجية.

(عثمان بخلف، 2001، ص47)

لقد حدد "هانس سيلبي" ثلاث مراحل أساسية تمر بها استجابة الضغط وهي كالتالي:

- **مرحلة الإنذار:** في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهياً لها، مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية، ترتفع

نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد.

-مرحلة المقاومة: وفيها يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بتوظيف كل الوسائل وكل ما يملك من طاقة جسمية ونفسية، فيحاول الجسم أن يتكيف مع الحالة الضاغطة حتى لا تتعرض أعضائه لتلف من شأنه أن يعرض حياته لخطر الموت أو الإصابة بمرض خطير.

- مرحلة الإنهاك أو الإعياء: وفيها يكون الجهاز المناعي قد ضعف والجسم عاجز وفاقد للطاقة التوافقية ولقوته على مواجهة الضغط، وقد يؤدي استمرار الحالة الضاغطة في هذه المرحلة إلى تدمير الأعضاء الداخلية للفرد مما قد يسبب موته. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص116-117)

### 1-5-2- نظرية "راه Rahet" و"هلمس Holmes" (1967)

تدخل هذه النظرية ضمن تناول النفسي الاجتماعي للضغط، وتدرس السياقات النفسية الاجتماعية للضغط النفسي، فتراكم أحداث الحياة يؤدي إلى ظهور الاضطراب في الصحة النفسية والبدنية للإنسان، ومن أهم هذه الأحداث ما يلي: حوادث مفاجئة، الشعور بفقدان فرد أو شيء معنوي، الأمراض الخطيرة، البطالة، ضغوط العمل، الصراع العائلي، المراحل الانتقالية في الحياة (المراهقة، الزواج، الطلاق) كما أن الإحساس بالفشل والحزن والتأنيب يؤثر على رضا الفرد ويتولد عليه عجزا جزئيا أو كليا يساهم في ظهور أمراض بدنية أو نفسية وينجم هذا التهديد من جراء شعور الفرد بعدم إرضاء الآخرين ومن جراء إدراكه للإنطباع السلبي الذي يتركه في الغير مما يحول دون تمكنه من الحفاظ على تقدير ذاته وتحقيق طموحاته. (عيطور دليلة، 1997، ص89-90).

## 1-5-3- نظرية "لازاروس":

يعد التيار الذي تبناه "لازاروس" (1966) في تفسير الضغط هو الإتجاه المعرفي، ويعتبر هذا الأخير المسيطر والسائد حاليا في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي. لقد طور "لازاروس" النظرية المعرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط النفسي وللكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الناس عند عرضهم للمواقف الضاغطة، وتمثل فكرة "لازاروس: الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

حسب نظرية الضغط والمواجهة ل "لازاروس"، لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي تعرض له، والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

(عثمان بخلف، 2001، ص51)

## 1-6- إستراتيجيات خفض الضغط وآثاره:

الضغوط النفسية خبرات يمر بها كل إنسان وهي ليست ذات مصادر بيئية خارجية فقط، وإنما أيضا من صنع ذات الشخص. ويحاول كل شخص أن يواجه المواقف الضاغطة والباعثة على التوتر بإتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عن الشخص وتعيد له حالة التوازن، إلا أن بعض الناس قد يخفقون في ذلك وبسبب طبيعتهم الشخصية وسماهم النفسية، فإنهم يفشلون في ذلك ويبقون تحت رحمة الضغوط والتوتر

فتظهر عندهم اضطرابات متنوعة. وفيما يلي بعض الإستراتيجيات الضرورية لإضعاف التوتر والضغط

النفسي:

-على الفرد أن يتخلص من آفة السرعة في العمل، وأن يعمل بجدوء وانتظام.

-يجب تفادي إنجاز أعمال كثيرة في أوقات محددة.

-التخلي عن محاولة اعتبار الشخص لنفسه على أنه مثالي.

-يجب أن يعبر الشخص عن نفسه وانفعالاته.

تطوير أساليب تمكن من تبديل سمات الشخصية غير المرغوبة في نفس الشخص.

-تخصيص أوقات للراحة وممارسة الأنشطة والتأمل وخاصة الإسترخاء. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص122)

## تمهيد:

إن المواقف والوضعية الضاغطة التي يتعرض إليها الفرد في حياته اليومية تبدو مختلفة ومتعددة، لذا كان من الضرورة الاهتمام بكيفية مقاومة الفرد لهذه الضغوط التي تواجهه وكيف يسعى للتخفيف من آثارها واكتساب مناعة ضدها، بالتالي عندما نتحدث عن مفهوم الضغط نجد بأنه مرتبط بصفة حتمية بمفهوم المقاومة، مما أدى بنا إلى التطرق فيما يلي إلى مفهوم المقاومة، أنواعها، مميزاتها، وظائفها، بالإضافة إلى مختلف النظريات المفسرة لها لنصل في الأخير إلى فعالية إستراتيجيات المقاومة.

## 2- استراتيجيات المقاومة:

## 2-1- لمحة تاريخية:

ظهر مصطلح المقاومة لأول مرة في أبحاث "ريتشارد لازاروس" (1966)، في كتابه "الضغوط النفسية والمقاومة"، وقد عرفها بأنها "مجموعة ردود الأفعال والإستراتيجيات المبدولة من طرف الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة".

لقد استمد هذا المفهوم من أبحاث وميادين مختلفة في علم النفس فهوتاريخيا يتصل بمصطلحين: "ميكانيزمات الدفاع" الذي تطور مع نهاية القرن التاسع عشر من طرف التحليل النفسي التقليدي وبمصطلح "التكيف" الذي تطور بدوره في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، معتمدا في ذلك على البيولوجيا وعلم النفس الحيوان.

أما فيما يخص ميكانيزمات الدفاع فهو مصطلح مرتبط بصفة محددة بعلم نفس الأنا خلال تطور التحليل النفسي التقليدي، فقد وصف "فرويد" الميكانيزمات الدفاعية التي يلجأ إليها الإنسان للمحافظة على كيانه واتزانته النفسي، وقد عرف "فرويد" (1926)، مصطلح الدفاع بأنه: "تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت واحدا من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية". (Marilou, Bruchon, 2001, p69)

وانطلاقا من سنوات 60-70، كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الإنتقالية بين ميكانيزمات الدفاع وإستراتيجيات المقاومة حيث بدأ الباحثون إستخدام مصطلح المقاومة بدلا من الدفاع.

أما الفترة الممتدة بين 1960-1980، لاحظ فيها تدخلا كبيرا بين مصطلح المقاومة والدفاع سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما في أوجه الفرق التالية:

-ميكانيزم الدفاع: هي عمليات صارمة، تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تعتدل وتتغير حسب ما يتطلبه الموقف، ضعيفة المقاومة، ترتبط بصراعات بينفسية وبأحداث الحياة القديمة وتعمل عموماً على تشويه وتحريف الواقع بهدف الحد من التوتر والقلق الذي يسببه الموقف السائد وإبقاؤه عند مستوى معين (يتلاءم وقدرة الفرد على التحمل).

-إستراتيجيات المقاومة: هي عمليات مرنة، شعورية، تختلف وتتغير تماشياً مع ما يتطلبه الموقف، متجهة نحو الواقع سواء داخليا أو خارجيا، ووظيفتها تسمح للفرد بتسيير أو تخفيض أو تحمل الضغوط النفسية.

(Marilou, Bruchon, 2001,p69-70)

أخذ أيضا مفهوم المقاومة مرجعيته من نظريات التكيف وتطور النوع، التي ترى أن الفرد يمتلك رصيذا من الإستجابات وردود الأفعال-الفطرية والمكتسبة- تسمح له بالبقاء والإستمرار عندما يواجه تهديدا معينا.

فحسب "لازاروس وفولكمان" (1984)، التكيف هو مصطلح يحوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجية أيضا، إذ أنه يمثل كل ردود أفعال العضوية الحية تفاعلا مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك، الإنفعال، الدافعية). وعلى النقيض فالمقاومة مفهوم محدود وخاصة بفتة معينة من هذا التفاعل، إذ يهتم إلا برد الأفعال الخاصة بالإستجابة للمواقف التي يدركها الفرد على أنها مهددة، أما التكيف هي ردود أفعال أوتوماتيكية متكررة. (طي سهام، 2005، ص105)

## 2-2- مفهوم إستراتيجيات المقاومة:

يتعرض الفرد طيلة حياته لمجموعة من الأحداث التي تتفاوت في التعقيد والبساطة، وتدرك على أنها مهددة له، فتحدث بذلك اضطرابات انفعالية قد تكون أساس تدهور الصحة النفسية والجسمية. والفرد عادة لا يبقى سلبيا أمام ما يحدث له، فهو يحاول مواجهة هذه الوضعيات بشتى الطرق.

وهنا يتحدث الأخصائيون عن المقاومة "coping" للإشارة إلى الطريقة التي يقاوم بها الفرد

الوضعيات الصعبة. (زواني نزيهة، 2001، ص107)

المقاومة حسب القاموس الكبير لعلم النفس، هي عملية "processus" نشطة للتكيف، حيث يعمل الفرد من خلال التقدير الذاتي لقدراته ودوافعه على مواجهة الحياة والوضعيات الضاغطة وينجح في التحكم فيها. (زواني نزيهة، 2001، ص107)

ويشير أيضا مفهوم المقاومة إلى الطريقة أو الأسلوب الذي يتعامل به الفرد مع الوضعية الضاغطة ويتحكم فيها، ويمكن أن تشمل استجابة مباشرة، إستبعاد مصدر الخطر، أيضا عن طريق استجابة مخففة "Repense Palliative" وكذلك التقليل البسيط لإدراك الخطر (الإنكار، تناول الأدوية).

(مسعودي زهيه، 2008، ص93)

أما "Moss et all" (1983)، فقد عرفوا استراتيجيات المقاومة على أنها مجموعة من الأفكار والسلوكيات التي يستعملها الفرد لتقييم وتخفيف الضغط والتخفيف من التوتر الذي يصاحبه.

(نفس المرجع السابق، 2008، ص110)

في حين يشير "Dantchev" (1989)، إلى أن المقاومة تحدد من خلال الطريقة التي يحقق بها الفرد توافقه إزاء المواقف الصعبة التي تعترضه. (Paulhan, (I), 1992, p92)

وحسب "Steptooe" (1991)، فإن الإستراتيجيات التي يقوم بها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون ذات طبيعة معرفية أو عاطفية، كما يمكن أن تأخذ شكل سلوك مباشر.

(Paulhan, (I), 1992, p94)

أما "Lazarus" (1978)، إعتبر المقاومة "مجموعة من العمليات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك كمهدد، من أجل التحكم، التحمل أو التقليل من تأثير هذا الحدث على رفايته الجسمية والنفسية" (Marilou Bruchon, 2001, p72)

ويعتبر التعريف الذي قدمه "Lazarus & Folkman" (1984) من أشهر التعاريف لمفهوم

المقاومة، وهو كالتالي: "المقاومة هي مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي ترمي إلى التحكم والتقليص، أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تفوق موارد الفرد وإمكاناته".

(Marilou Bruchon, 2001, p72)

ويتضح لنا من خلال هذه التعاريف، أن المقاومة تشير إلى كل الطرق والوسائل التي يستعملها الفرد لإدارة وتسيير المتطلبات الداخلية والخارجية، وهذه الطرق تختلف من فرد لآخر، فقد تكون مجهودات سلوكية، معرفية أو انفعالية، فهي عمليات تتطلب تحركاً وعملاً ذهنياً، ترمي لمعالجة الأمور سواء بالتحكم أو بالتقليص أو بتحمل المتطلبات التي تهدد الفرد.

### 2-3- أنواع إستراتيجيات المقاومة:

لا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها ولأن فهم طبيعة وآثار الضغوط ترتبط بشدة على استجاباتنا النفسية والفيزيولوجية للضغوط، فأساليب المقاومة يمكن أن تعبر عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر.

(محمد السيد عبد الرحمن، 1999، ص315)

ولقد ميّز "لازاروس" (1991)، خلال دراساته لمختلف الطرق التي تستجيب بها الأفراد لمختلف المواقف الحياتية بين عدة إستراتيجيات للمقاومة، وصنفها إلى نوعين رئيسيين وهي كالتالي:

### 2-3-1- إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكلة:

وفيها يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، يهدف هذا النوع من المقاومة إلى إدارة المشكل. وهي إستراتيجيات تظهر في حالة المواجهة والتخطيط، وتمكن الفرد من الحصول على إمكانيات تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى تغيير الحالة الإنفعالية. وهذا النوع من أشكال المقاومة موجه نحو تحديد

المشكل، إيجاد حلول بديلة ودراسة وتحديد فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة ثم اختبار واحد منها وتطبيقها. (زواني نزيهة، 2001، ص115)

ولقد أشار "Kahn" وآخرون (1964)، أن هناك مجموعتين من هذا النوع من المقاومة، إحداها موجهة نحو المحيط التي تعمل على تعديل وتبديل كلا من الضغوطات المحيطة، العوائق والإجراءات والوسائل المستعملة والعلاقة بين كل هذه الأشياء. أما الإستراتيجيات الأخرى فهي موجهة نحو الذات وتهدف إلى تغيير مستوى الطموح والتخفيض من المتطلبات الذاتية، إيجاد مصادر أو قنوات بديلة للإشباع والرضا وتطوير ومعايير سلوكية جديدة أو تعلم مهارات جديدة.

ويقوم هذا الأسلوب من المقاومة على جمع المعلومات، وضع خطة للإستجابة وفق متطلبات المشكل لتغيير حقيقة الوضع المدرك على أنه ضاغط بغرض إيقافه أو التحرير منه.

وحل المشكلة هو طريقة سلوكية معرفية، تعتمد على خطوات يتبعها الأفراد القادرين على استعمال هذه الإستراتيجية مثلما توصل إليه "ميتز"، (1978) وهي:

- جمع المعلومات: وهي التعامل مع العناصر الغامضة في المشكل.

- التعرف على القائمة بين عناصر البيئة: يمكن القول أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة فيه، أما التعرف على العلاقة بين عناصر البيئة فهذا يسهل الفهم الدقيق للمشكل ككل.

وحسب تصور الباحث "White" (1974)، تمكن هذه الإستراتيجية مستخدميها من إنجاز ثلاث

مهام:

1. ضمان تأمين معلومات كافية حول المحيط.

2. الحرية في التصرف برصيد المعلومات وبطرق مرنة.

3. الحفاظ على الشروط الأساسية لعملية الأداء وانتقاء المعلومات. (زواي نزيهة، 2001، ص116).

كما يحتاج حل المشكلة وتحديده حسب ما وصفه كل من "لازريد ونيزو" (1981)، إلى التطرق

إلى ثلاثة مجالات من أجل تحديد عناصر أساسية مساعدة على هذه الإستراتيجية وهي:

1- تقويم ذاته وسلوكه ومشاعره اتجاه الموقف.

2- تقويم محيط الفرد.

3- رسم صورة الموقف الذي تصدر عنه المشكلة. (طبي سهام، 2004، ص111)

إذن فإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكلة تستطيع أن تكون موجهة نحو الخارج (تحليل

المشكلة والكشف عن العلاقات القائمة بينها وإيجاد الحلول والبدائل)، أو نحو الذات (الدافعية، معالجة

المشكلة، تبني اتجاهات ومعتقدات جديدة)، هذه الأخيرة تؤدي إلى تعديلات على المستوى المعرفي

الانفعالي. (نفس المرجع السابق، 2004، ص111-112)

### 2-3-2- إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الإنفعال:

يقصد بإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الإنفعال، تلك التي تسعى للتعامل مع الإنفعالات

الناجمة عن مصادر الضغوط، الإحتفاظ باتزان وجداني وتقبل الفرد لمشاعره.

وعادة ما يكون هذا النوع من المقاومة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها

والتحكم فيها. (محمد السيد عبد الرحمان، 1999، ص316).

تشمل هذه الأشكال من المقاومة مجموعة واسعة من العمليات المعرفية الموجهة نحو التخفيف من

حالة التوتر الإنفعالي.

ويعرفها "لازاروس وفولكمان" (1984)، على أنها الجهود التي تعدل الحالات الإنفعالية المرافقة للأحداث الإنفعالية، وهي تشمل عدة إستراتيجيات من بينها: التحنب، التقليل من أهمية الشيء، الإنتباه الإنتقالي والمقارنة الإيجابية.

وتؤثر هذه الإستراتيجيات على الإنفعال بطرق مختلفة، إذ من الممكن جدا أن يؤدي استعمالها إلى إعادة تقدير الوضعية بدل المواجهة وذلك بتغيير معنى تلك الوضعية أو إعطائها تفسير آخر، وبهذه الطريقة يصل الفرد إلى التقليل من قيمة وأهمية الخطر الذي تشكله تلك الوضعية، كما تعمل هذه الأساليب وفق نشاط معرفي يمكن الفرد من إعطاء تصور ذاتي كالإبتعاد أو إعادة تقييم وضعية ما تقييما إيجابيا، فيتحول بذلك تهديدا ما إلى تحدي.

كما يمكن أن تؤثر هذه الأساليب بطريقة أخرى، إذ من الممكن أن تعمل على إحداث تغيير في درجة الإنتباه والتركيز مما ينجم عنه راحة إنفعالية مؤقتة، ولهذا يرى "لازاروس" (1984)، أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيض التوتر الإنفعالي تتوقف على درجة الضغط، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو التحدي عندما يتعلق الأمر بالوضعية ذات الضغط المرتفع، كما هو الشأن بالنسبة للوضعية التي تهدد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات عن مواجهة تلك الوضعية.

(نفس المرجع السابق، 1999، ص 317)

وهذه الإستراتيجيات تعمل أيضا على تنظيم الإنفعالات الضاغطة وذلك عن طريق أفكار وأفعال صممت لتخفيف التأثير العاطفي وتمثل في:

-العمليات المعرفية: وهي مكرسة لتخفيف الضغط الإنفعالي مثل:

-التجنب: وهو تحويل الإنتباه عن مصدر الضغط وتعتبر هذه الإستراتيجية أكثر استعمالا ويمكن أن تتضمن نشاطات ذات تغيير سلوكي أو معرفي.

-القبول (الإستسلام): وتقود هذه الإستراتيجية الفرد إلى قبول الواقع معاشته والإعتراف به، وربما توجهه نحو الإنشغال بالتفكير في المستقبل.

-الجهود: والتي تعمل على تغيير إدراك الفرد للواقع بدون محاولة تعديلية مثل:

-الإنكار: وهو نشاط يسعى خلاله الفرد لتغيير المعنى الذاتي للحدث الضاغط بتجاهل خطورة الموقف، بل ورفض الإعتراف بما حدث وربما تتيح هذه العملية فرصة الحصول على معلومات إضافية حول الموقف، إلا أن إنكار الفرد للواقع قد يخلق مشكلات أخرى يصعب بعدها التحمل والمقاومة خاصة في حالة التجارب الضاغطة الطويلة المدى، وعلى العكس قد تكون هذه الإستراتيجية فعالة لتخفيف من حدة الإنفعال في حالة التجارب الضاغطة القصيرة المدى. (طبي سهام، 2004، ص112)

وهناك محاولات أخرى اقترحت إعتما د تصنيف آخر يضم ثلاثة أبعاد وهو ما قام به

"Endeler et Parker" (1990)، وهي كالتالي:

-إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المهمة: تحتوي إستراتيجيات تحليل المشكلة، ومعالجة الأوليات والبدائل المقترحة...

-إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الإنفعال: هي الجهود والنشاطات المتجهة نحو الإنفعال: مثل التوبيخ الذاتي، القلق، الغضب، الحيرة...

-إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التجنب: ونجد فيه مجموعة الإستراتيجيات المستعملة نحو المشكلة والإنفعال (الشخص/المهمة)، وتسعى خاصة وراء الإتصال الإجتماعي، أو النشاطات التعويضية الأخرى (

مثل: التسلية، مشاهدة فيلم، التكلم مع صديق، الإسترخاء والتأمل). (Rolland.J.P, 1998, p03)

من خلال كل ما سبق، يمكن القول أن هذه الإستراتيجيات تشترك في جوهرها، فالإستراتيجيات المتمركزة على المشكل هدفها هو حل الصراع المدرك على أنه سبب الضغط بالتركيز على الصراع، البحث

على المعلومات والتحكم فيه أو معالجته. بينما الإستراتيجيات المتمركزة حول الإنفعال والتجنب، فإن الفرد يحاول استعمالها لتجاهل أو تجنب الصراع أو المواقف الضاغطة بدلا من التفكير العقلاني في حل المشكل، فهو يرمي إلى التخفيف من حالة التوتر الإنفعالي لاسترجاع التوازن النفسي الذي فقده.

(زواني نزيهة، 2001، ص117)

## 2-4- مميزات إستراتيجيات المقاومة:

إن للمقاومة خصائص ومميزات عديدة، فيما يلي عرض لأهمها:

- المواجهة عملية معقدة، ويستعمل الأفراد أغلب إستراتيجيات المواجهة الأساسية اتجاه الوضعيات الضاغطة.

- ترتبط المواجهة بتقدير وتقييم كل ما يمكن القيام به لتغيير المواقف، فإذا بين التقييم لأن هناك شيء يمكن القيام به تسيطر المواجهة التي تركز على حل المشكل أما إذا استقر التقييم لأنه ليس هناك شيء يمكن القيام به تسيطر المواجهة المركزة حول الانفعال.

- عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعمل والصحة أو العائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.

- إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط.

(مرشدي الشريف، 2008، ص64).

## 2-5- التقييم المعرفي:

بما أن الضغط النفسي يعتبر تهديدا خارجيا من المحيط، فالفرد يقوم بتقييم وتقدير علاقاته مع المحيط

الضاغط.

وتقوم فكرة التقييم على أساس أنها مسيرة أو سيرورة معرفية التي تلجأ عن طريقها إلى تقييم كيف يمكن أن تؤثر وضعية ضاغطة على سعادته، وبأية وسائل إستراتيجية يمكن مواجهتها.

(Paulhan, (I), 1992, p548)

وقد ميز "Lazarus & Folkman" (1984)، بين شكلين من التقييم، ويتم خلال مرحلتين

وهي كما يلي:

- **التقييم الأولي:** هي العملية التي يقيم فيها الفرد طبيعة الوضعية الضاغطة، وما حجم التأثير الذي يمكن أن يخلفه، فيمكن أن تتعلق الوضعية الضاغطة بوضعية فقدان شيء مادي، علائقي، جسمي أو بوضعية مهددة أو بوضعية إيجابية (فائدة). وطبيعة التقييم تساهم على ظهور استجابات انفعالية مختلفة من حيث النوعية والشدة، فمثلا تقييم وضعية ضاغطة مهددة بفقدان شيء تطور انفعالات سلبية كالخوف الغضب في حين تقييم وضعية على أنها تحقق فائدة قد تطور انفعالات إيجابية كالانبساط والفرح.

(Paulhan,(I) 1992, p548)

وعموما يصدر الفرد أحكاما ثلاثة بشأن علاقته بالمحيط خلال هذه العملية وهي كالتالي:

- بأنها غير متوافقة، فلا يولي الفرد اهتماما بالمحيط وما يجري فيه.
- بأنها متوافقة وبأن تفاعله مع المحيط سليم وإيجابي، بمعنى أن ظروف وعوامل الموقف السائد تسهل على الفرد تحقيق أهدافه، فتصبح عوامل الموقف وجوانبه المختلفة بمثابة مصادر لحماية الفرد ومساعدته على التحمل، فيشعر بانفعالات إيجابية مثل الفرح، السعادة والانبساط.
- في الأخير قد يقيم الفرد علاقته مع المحيط على أنها غير ملائمة ومتكيفة وتتعرض للضغط والتهديد، بمعنى أن الفرد يرى في الظروف والمواقف التي يمر بها حاجزا يعيقه على تحقيق أهدافه فيشعر الفرد بانفعالات سلبية، مثل القلق والتوتر والغضب. (طبي سهام، 2004، ص105)

-التقييم الثانوي: تتمثل هذه المرحلة في بحث الفرد وتساؤله عن كيفية مواجهة الموقف الضاغط وبأية وسائل أو طرق يواجهه؟ وما هي فعالية ونجاح هذه المحاولات؟ وقد تتضمن تلك الإستجابات البحث عن المعلومات، وضع مخطط عمل، طلب المساعدة، التعبير عن الإنفعال، تجنب المشاكل، والتقليل من أهمية وحجم الموقف.

هذا التقييم هو الذي يوجه إستراتيجيات المقاومة إما لهدف التقليل من التوتر الانفعالي ولا يغير أي شيء من المشكل، إما إلى إستراتيجيات التي تسعى إلى تفسير وتعديل الوضعية (تدخل بطريقة مباشرة على الانفعال). (Paulhan (I), 1992, p550)

وحسب "لازاروس وفولكمان" (1994)، فإن عملية التقييم علاقة بين المحيط والفرد، تتأثر بما يسميه بالخصائص الداخلية للشخصية، والمتغيرات المحيطية، هذا ما يفسر أن نفس المحيط الضاغط يمكن أن يدركه فرد بأنه موقف مهدد وفي نفس الوقت يدركه فرد آخر أنه غير مهدد أو له فائدة.

(طبي سهام، 2004، ص107)

وفيما يلي سنعرض بالتفصيل كيف تتأثر عملية التقييم-التي هي علاقة بين المحيط والفرد-بالخصائص الشخصية والمتغيرات الخارجية (المحيط):

### 1-الخصائص الشخصية:

-المعتقدات: ويقصد بها الأفكار المسبقة حول الواقع، وتكون هذه الأفكار بمثابة عدسة إدراكية يدرك الفرد من خلالها توافق الواقع، مثالا عن ذلك: المعتقدات الدينية كأن يدرك وضعية ضاغطة على أنها وضعية مجبرة من قوة خارجية (إلهية) وأنها مكتوب عليه تقبلها.

-سمة القلق: الأفراد الذين لديهم سمة القلق مرتفعة لديهم قابلية لتأويل وضعية غير مهددة أصلا، إلى وضعية تهديد وخطر.

فيرى "Speilberger .Gorsuch" (1982)، أن الأشخاص الذين لديهم قلق سمة منخفضة يدركون الوضعيات الضاغطة بأنها أقل تهديداً، لذا لديهم قابلية أكثر للتحكم بالوضعية عن الذي لديه سمة قلق مرتفع. (Paulhan,(I), 1992, p551)

**2- المتغيرات الخارجية:** تتمثل المتغيرات الخارجية (المحيطة) التي تؤثر على التقييم المعرفي في: طبيعة الخطر مدته ومدى توقع وضوح أو غموض النتيجة، إستراتيجيات المقاومة المتمركزة على المشكل تستعمل أكثر إذا كانت الوضعية قابلة للتغير والتطور عبر الزمن، بينما إستراتيجيات المقاومة المتمركزة على الإنفعال تستعمل أكثر إذا قيمت الوضعية على أنها غير قابلة للتغير، مثل مرض مزمن. (Paulhan,(I),1992, p552)

ومن هنا عملية التقييم الأولي والثانوي الواحدة تفوق الأخرى أهمية وتعقيدا، وحسب "لازاروس وفولكمان" (1984)، لا تخضعان لترتيب محدد ومنظم رغم تسميتها والفصل النظري بينهما، إذ يتدخلان باستمرار في تحديد وضبط إذا ما كان الموقف التفاعلي ضاغطا أم لا، وإذا كان نعم كيف يشكل الموقف ضغطا وإلى أي حد على الفرد. (طبي سهام، 2004، ص107)

## 2-6- التناولات النظرية لإستراتيجيات المقاومة:

تنوعت النظريات التي تناولت موضوع إستراتيجيات المقاومة كل واحد منها حسب خلفية معينة، وأيضا كيفية دراستها من باحث إلى آخر، وفيما يلي سنعرض أهم النظريات التي تطرقت لتفسير الإستراتيجيات وهي كالتالي:

### 2-6-1- النموذج الحيواني:

يقوم النموذج الحيواني على فكرة "داروين"، القائمة حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، ويؤكد أصحاب هذا النموذج ومن بينهم "Ursine & Killer"، أن استمرارية حياة الحيوانات بعد التجارب التي أقاموها، مرتبطة بالقدرة على التنبؤ والسيطرة من أجل تجاوز الأخطار.

وحسب "لازاروس" (1966)، فإن المقاومة عند الحيوان هي ميكانيزم حيوي يتمثل بالمواجهة من أجل السيطرة على ظروف المحيط تكون طارئة، تهدف من خلالها إلى التقليل من حدة الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية وخاصة من خلال الوسائل السلوكية المتمثلة في الهروب والتجنب أو الهجوم.

(بغيجة لياس، 2003، ص95)

وينظر هذا تناول إلى المقاومة، على أنها سيرورة تتكون من السلوكات المتعلمة ذات الفعالية في تخفيض مستوى الإضطراب والتخفيف من حدته من خلال الوصول إلى إزالة أو إلغاء خطر معين.

(مسعودي زهيه، 2008، ص84)

## 2-6-2- النظرية التحليلية:

تعد آليات الدفاع من منظور تحليلي من أهم إستراتيجيات التعامل ومقاومة الضغوط النفسية، حيث يلجأ الناس إليها لحماية أنفسهم والعمل على معالجة الصراعات والإحباط، فهي أساليب عقلية لا شعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار والصراعات التي تمثل تهديدا، وتساعد على خفض التوتر والقلق.

وتشمل عملية المقاومة حسب النظرية التحليلية، على سلسلة من الإستراتيجيات التي تتطور انطلاقا من ميكانيزمات أولية غير ناضجة إلى ميكانيزمات ناضجة. فالمقاومة عبارة عن نمط أو سمّة (Style & Trait) كما يرى العديد من الباحثين الذين قدموا عدة مقاييس للمقاومة، ومن بين هؤلاء الباحثين نجد "ويدلوشر" (1926)، الذي قدم تعريفا حول آليات الدفاع، ورأى بأن الدفاع هو: "مجموعة العمليات الهادفة للتقليل والإنقاص من حدة الصراع النفسي الداخلي، وعدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور". (طبي سهام، 2004، ص114).

وقد أوردت نظرية التحليل النفسي آليات دفاعية وهي على النحو التالي: الكبت، النكوص، التكوين العكسي، العزل، الإلغاء الرجعي، الإسقاط، الإرتداد على الذات وغيرها.

وبعد استعمال هذه الميكانيزمات عملاً شعورياً تلجأ إليه الذات في حالات الحصر والقلق الشديد وهذا بتشويه الواقع بطريقة ما بدون تغيير الشروط التي تسبب الخطر بتغيير نظرة الفرد له، وهو نوع من التضييل الذاتي الهادف إلى تخفيف التوتر الذي يسبب الصراع النفسي. (مسعودي زهيه، 2008، ص85)

## 2-6-3- النظرية المعرفية:

يحتل التفكير والعمليات المعرفية مركزاً أساسياً في النظرية المعرفية، معتمدة على ذلك في تفسيرها للسلوك الإنساني، بحيث ترى أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية تفكيرنا. وفي هذا الإطار يعرف "فتحي مصطفى الزيات" (1984)، البنية المعرفية على أنها تمثل محتوى الخبرات المعرفية للفرد، وإستراتيجيات استخدامها في مختلف المواقف، حيث يشير المحتوى المعرفي إلى تفاعل الخبرات السابقة مع المعلومات والخبرات الحالية للفرد.

ولقد تعددت الأطر والتصورات النظرية التي اهتمت بتناول الأساليب والإستراتيجيات المعرفية ودورها في تفسير الكثير من مظاهر السلوك الإنساني في مجالات مختلفة، ورغم هذا التعدد في التصورات النظرية، إلا أنها تتفق على أن الأساليب المعرفية متضمنة لجميع العمليات المعرفية الأساسية مثل: الإدراك، التذكر، حل المشكلات... . (طبي سهام، 2004، ص118)

وقد عرف "جورج كلاين" (1954)، الأسلوب المعرفي على أنه اتجاه عام يحكم أسلوب الفرد في مواقف بيئية معينة وله خصائص الدافعية، بحيث يؤدي إلى ضبط السلوك وتنظيمه وتعديله باستخدام إستراتيجيات معينة. (طبي سهام، 2004، ص118)

كما عمل "Witkin et all" (1977)، أبحاث واسعة على الأسلوب المعرفي التي توضح منها سمة شاملة تعرض نفسها، وتظهر في قدرات الفرد الإدراكية العقلية، وفي الشخصية أيضا. كما يعبر عنه بأنه طريقة الفرد المميزة في استقبال المعلومات والتعرف عليها والاحتفاظ بها واستخدامها.

(طبي سهام، 2004، ص119)

أما "Caroll" (1979)، لاحظ بأن الإستراتيجيات المعرفية عبارة عن نتاج برنامج سلوكي مضبوط ويتحدد محتوى هذا البرنامج من البداية (ظهور المثير) حتى النهاية (صدور الإستجابة)، في حين أن "Gorgane" (1985)، فيعرف الإستراتيجيات المعرفية على أنها عمليات معرفية موجهة نحو هدف

محدد يؤديها الفرد منذ استقبال المثير حتى ظهور الإستجابة. (نفس المرجع السابق، ص199)

يتضح من كل ما سبق، أن الإستراتيجيات المعرفية هي عبارة عن طرق يلجأ إليها الفرد أثناء تعرضه للمواقف، بحيث تختلف نوعية الإستراتيجية وتتغير حسب الموقف الذي هو بصدده المواجهة، أما الأسلوب المعرفي فهو بمثابة المسار المحدد لأفكارنا ومعتقداتنا المختلفة والثابتة في أسلوبنا في مواجهة وحل المشكلات.

## 2-6-4- النظرية الاجتماعية:

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته سواء كان هذا فردا أو جماعة من الناس، إذ أن تواجد الإنسان مع شخص آخر يكون له تأثيرا على كيفية سلوكه واستجابته وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر في ما تتعلمه وكيف تتعلمه، كيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث، وأكثر تحديدا في كيفية تصورنا للأحداث وفي الكيفية التي نصفها بها وفي دوافعنا والطريقة التي بها نتوافق ومطالب الحياة، وكما حدد الباحثون الاجتماعيون في دراساتهم حول أساليب المقاومة الفردية والجماعية إلى أن الفرد عند إحساسه بالنقص يسلك اتجاهين متعاكسين يتمثلان في تقبل أو رفض الواقع، وينعكس ذلك من خلال إستراتيجيات متعلقة بدرجة طموح الفرد وقدراته.

(طبي سهام، 2004، ص116)

ومن بين هذه الأساليب الدفاعية الاجتماعية نجد:

- الهروب: وهو الانسحاب والابتعاد عن المقارنة بالغير.

-التعويض: هو إدخال عوامل جديدة وفرضها في الجماعة بغرض جعلها تخضى بالقبول.

- سد العجز: محاولة الوصول إلى مستوى الآخرين بتأكيد الذات.

إذن، فحسب النظرية الاجتماعية تهدف أساليب المقاومة إلى مواجهة التهديدات الخارجية، فالحيث يمثل

تهديد للفرد ويجعله يقارن نفسه وقدراته وتوافقه مع الآخرين. (مسعودي زهيه، 2008، ص86)

## 2-7-العلاقة بين وظائف المقاومة المتمركزة على المشكلة ووظائف المقاومة المتمركزة على الانفعال:

يستعمل الفرد إستراتيجيات مختلفة لمقاومة الضغوط وهذه الإستراتيجيات يمكن أن تكون متمركزة

على المشكل أو على الانفعال، أو يمكن أن يستعملها في آن واحد، ولهذا سنتطرق إلى العلاقة بين وظائف

هذين النوعين من المقاومة.

أثبتت الدراسات التي قام بها كل من " Homburg وآخرون " (1953)، "Kubler-Ross"

(1969)، "Moss" (1977)، "Andearson" (1992) أن المقاومة التي تركز على الانفعال

والمقاومة التي تركز على المشكل، غالبا ما تحدثان بصفة متزامنة وبشكل متتالي.

ولإبراز العلاقة التبادلية بين وظائف هذين النوعين من المقاومة قام الباحثان "Lazarus و Folkman"

(1980)، بدراسة أجريت على عينة تتكون من 100 شخص قصد الكشف عن مدى استعمال النوعين

بشكل مزدوج، فأتضح بعد تحليل النتائج أن من بين المائة شخص، 18 فقط منهم يلجؤون إلى استعمال

نوع واحد فقط من نوعي المقاومة في مواجهتهم للضغط، الأمر الذي يشير إلى فكرة وجود تزامن بين عمل

المقاومة بشكليها معا. (زواني نزيهة، 2001، ص118)

وفي نفس الاتجاه توقع "لازاروس وفولكمان" أن المقاومة المتمركزة على المشكل تكون مصحوبة بالمقاومة المتمركزة على الانفعال في معظم المواقف الضاغطة، خاصة إذا كان لدى الفرد بعض المقدرة على ضبط انفعالاته عند محاولة التعامل مع المواقف الضاغطة. (طبي سهام، 2004، ص141)

## 8-2- وظائف إستراتيجيات المقاومة:

لقد تطرق العديد من الباحثين إلى إبراز ودراسة وظائف إستراتيجيات المقاومة، ذلك على حسب تركيز كل واحد على جانب أو عدة جوانب للإستراتيجيات وسنحاول تلخيص أبرزهم:

تحدث الباحث "Write" (1974)، عن ثلاثة وظائف لإستراتيجيات المقاومة وهي كالتالي:

1. ضمان تأمين معلومات كافية وملائمة حول المحيط.
2. الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة، وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة.
3. الحفاظ على الشروط الأساسية لعملية الداء وانتقاء المعلومات.

فيما يرى كل من "Pearlin و Schooler" (1978)، أن وظائف المقاومة تتمثل في:

1. إحداث تغيير في وضعية التي تكثر فيها التجارب الباعثة على التوتر.
2. تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.
3. معالجة الضغط.

بينما يرى "لازاروس وفولكمان" (1984)، بأن المقاومة هي عامل الاستقرار، بإمكانه أن يساعد الأشخاص للحفاظ على التكيف النفسي الاجتماعي خلال فترات الضغط. (زواني نزيهة، 2001، ص118)

## 9-2- فعالية إستراتيجيات المقاومة:

لاحظنا سابقا أن الإستراتيجيات لديها عدة أنواع، وتستعمل انطلاقا من نوع التقييم المعرفي للفرد للوضعية الضاغطة، وعليه سنتطرق إلى فعالية إستراتيجيات المقاومة أو ماهي نوع الإستراتيجيات الأكثر

فعالية؟

فقد بين "Lazarus & Folkman (1985)"، أن الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة تكون أكثر فعالية إذا كانت الوضعية الضاغطة متحكم فيها من طرف الفرد، وأما إذا كانت الوضعية غير متحكم فيها أولا يستطيع التحكم فيها، فإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال تكون أكثر فعالية، لكن الأخيرة يمكن أن تهدد الصحة لأنها تعيق الفرد على وضع سلوكات ملائمة كحالة التجنب والإنكار، و يمكن أن تقود الفرد إلى عدم إدراك أعراضه أو إدراكها متأخرا. (Paulhan, (I), 1992, p556)

وحسب "Paulhan" (1992)، فمعايير الحكم على فعالية الإستراتيجيات يعتبر متعدد الأبعاد فتعتبر الإستراتيجيات فعالة إذا سمحت للفرد بالتحكم بأثر الإعتداء والتهديد على صحته النفسية والجسمية، وفي هذا الصدد بينت أعمال "Schmidt" (1988)، أن المرضى القابلين على إجراء عملية جراحية يلجئون إلى استعمال إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكلة: "البحث عن المعلومات حول العملية الجراحية، وآثارها والتعقيدات ما بعد العملية" لديهم درجة قلق أقل وآثار ضعيفة ما بعد العملية، عوض الذين يستعملون إستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال.

ومن جهة أخرى ففعالية إستراتيجيات المقاومة ترجع إلى خصائص الوضعية مثل: المدة، لذا فإستراتيجيات التجنب تكون المدة قليلة (من الصفر إلى ثلاثة أيام بعد الحدث الضاغط).

(Paulhan, (i), 1992, p554-555)

وعليه، فيمكن أن نستنتج أن فعالية إستراتيجيات المقاومة تتوقف على عدة عوامل منها طبيعة الضاغط، مدته الزمنية وكذلك خصائص شخصية الفرد.

## خلاصة الفصل:

يعتبر الضغط النفسي من العوامل التي يمكن أن تهدد الكيان النفسي و الجسمي للفرد، نظرا لما تخلقه من اضطرابات انفعالية وجسمية معا للفرد، لذلك نجده يلجأ إلى استعمال عدة أساليب وطرق معينة وذلك قصد التعامل مع الضغوط التي تطرأ عليه، من أجل إعادة التوازن والتوافق النفسي والجسمي. بالتالي هذه الطرق نجدها مختلفة من حيث استعمالها وذلك باختلاف الأفراد المستعملين لها، فالفرد يتعامل مع المواقف الضاغطة استنادا إلى كيفية إدراكه لها، وهذا من خلال مدى تقييمه للموقف، فلكل طريقته الخاصة والمميزة في بناء إستراتيجية معينة بدقة أكثر من الأخرى، وخاصة إذا تعلق الأمر بالذي قام بمحاولة انتحارية، ولعل هذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال دراستنا هذه، للكشف عن أساليب المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، لكن قبل هذا، لا بد من التطرق إلى موضوع الانتحار والمحاولة الانتحارية لأنه يمثل صلب موضوع البحث والعينة التي قمنا بدراستها، وذلك قصد توضيحه وفهمه وذلك من ناحية المفهوم الأشكال، الأسباب والنظريات المفسرة... الخ.

# الفصل الثالث

الانتحار والمحاولة الانتحارية

# الانتحار والمحاولة الانتحارية

\*تمهيد

- 1- لمحة تاريخية
  - 2- مفهوم الانتحار والمحاولة الانتحارية
  - 3- العلامات الانتحارية التقليدية
  - 4- مميزات الشخصية المقابلة على الانتحار
  - 5- أشكال السلوك الانتحاري
  - 6- عوامل وأسباب المحاولة الانتحارية
  - 7- مراحل تطبيق الفعل الانتحاري
  - 8- طرق محاولة الانتحار
  - 9- النظريات المفسرة للانتحار
  - 10- العمليات التحذيرية و الإجراءات الوقائية من محاولات الانتحار
  - 11- العلاج
- \*خلاصة

تمهيد:

يتعرض الفرد خلال حياته إلى عدة ضغوطات ومواقف من شأنها أن تجعله يدخل في مراحل متذبذبة ومضطربة سلوكيا وانفعاليا ونفسيا، وخاصة إذا وصل إلى مرحلة اكتئاب شديدة تجعله غير متكيف اجتماعيا ونفسيا، مع نفسه ومع الواقع والمحيطين به، مما يؤدي به ذلك إلى القيام بتصرفات سلوكية لا منطقية ومنافية للواقع، والتي من شأنها أن تمس حتى حياته وتؤدي به إلى الهلاك أو الانتحار، وهذا ما سنحاول التطرق إليه في فصلنا الموالي الذي ارتأينا أن نسميه الانتحار والمحاولة الانتحارية.

## 1 - ملحة تاريخية:

ارتبط مفهوم الانتحار، عبر العصور المختلفة، بمفهوم القربان وأدى هذا الاقتران إلى التباس مما أثار العديد من الخلافات بين كل من علماء اللاهوت والعلميين، ويرجع مروون (1975) وويلموت (1986) هذا الالتباس إلى المناخ الثقافي الاجتماعي الذي ميّز هذه الفترات التاريخية بحيث طغى التفكير الفلسفي الديني على طريقة تحليل وتفسير الظواهر الطبيعية والاجتماعية.

كان الانتحار في الصين القديمة، سلوكا يسعى إليه النبلاء بحثا عن السمو إلى "الكمال الإلهي" في حين ينظر اليابانيون إليه على أنه سلوكا شريفا ووسيلة للهروب من "العار" وكان المرور إلى الفعل يتم أثناء إقامة الشعائر الدينية، أما في مصر فكان ينظر إليه على أنه وسيلة للتحرر من العبودية والطغيان، وكان يتم بعد البحث عن أنجح الطرق التي تؤدي إليه.

من الناحية القانونية، اختلفت النظرة إلى الانتحار عبر الفترات التاريخية، ففي المجتمع اليوناني كان يتابع المنتحر قانونيا ويعاقب على فعله، وذلك بترع يده اليمنى من الجثة ودفنها بعيدا عن بقية الجسم، أما القانون المدني الفرنسي 1270 فكان ينص على أن أموال المنتحر وزوجته وأولاده تصدر وتصبح ملكا للدولة.

وفي الربع الأخير من القرن 19، ظهرت في بريطانيا والو.م.أ نوادي يجتمع فيها الأفراد الذين يريدون الانتحار وسميت بـ "نوادي المنتحرين" وعليه فظاهرة الانتحار، كانت متواجدة في جميع العقبان التاريخية وفي كل المجتمعات، ويمكن اعتبار هذه الظاهرة نتيجة لظواهر كونية مناخية، أو نتيجة لصراعات نفسية داخلية، وكذلك نتيجة لتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية وسياسية.

وفي سنة 1772، تم الاتفاق على هذا المصطلح ووضع في القاموس الفرنسي من طرف فولتر ومساعديه Voltaire et les encyclopédistes، وفي سنة 1967 ظهر التخصص الطبي الذي اختار الانتحار كموضوع دراسته، وأطلق عليه اسم "علم الانتحار (Le Suicidologie)".  
(أ. حسينة مجاوي، 1995، ص19).

## 2- مفهوم الانتحار والمحاولة الانتحارية:

### 2-1- مفهوم الانتحار:

من بين التعاريف العديدة للانتحار نذكر ما يلي:

لقد عرف دوركايم الانتحار بقوله: "نسمي انتحار كل حالة موت تنتج مباشرة أو لا من فعل إيجابي أو سلبي منجز من طرف الضحية نفسها والتي كانت تعلم أنها ستصل إلى هذه النتيجة".

(E.Durkheim,1960, p50)

نفهم من هذا التعريف أن الانتحار هو فعل إيجابي أو سلبي يقوم به المنتحر بنفسه وإرادته مما يؤدي به إلى الموت، هذا الأخير الذي يكون كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة من فعله، وهو على علم بالنتيجة المرجوة.

كذلك نجد تعريف مكرم سمعان للانتحار عام 1961، حيث عرفه على أنه: "كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه، وقد تم له ذلك، وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال"، وكذلك عرفه إبراهيم مذكور سنة 1975 بأنه "قتل الإنسان لنفسه". أما وليم الخولي فقد عرف الانتحار عام 1976 على أنه قتل الإنسان لنفسه عمدا". (د/ حسين فايد، 2001، ص241)

فهذه التعاريف تركز على الانتحار هو فعل يقوم به صاحبه عن قصد ودراية، لإنهاء حياته.

## 2-2- مفهوم المحاولة الانتحارية:

لعل من بين التعاريف التي ذكرت حول المحاولة الانتحارية، وذلك من أجل التعريف بها وإبراز مدى الفرق بينها وبين الانتحار في حد ذاته، فنجد من بينها ما يلي:

حيث يعرف دوركايم المحاولة الانتحارية على أنها: "ذلك الفعل المعروف مثل ما هو في الانتحار ولكن توقف أن تكون الموت هي النتيجة". (E. Durkheim, 1960, p05)

فمن خلال هذا التعريف نفهم بأن الاختلاف بين الانتحار والمحاولة الانتحارية هو في نتيجة القيام بالفعل، أي الموت. ففي الانتحار تكون النتيجة حتمية وهي الموت، أما في المحاولة الانتحارية فغير ذلك. وهناك تعريف آخر وهو أن محاولة الانتحار هي العملية التي يؤدي بها الفرد إلى المخاطرة بحياته طوعا بقصد قتل نفسه والتي تنتهي بالنجاة. يمكن أن تعرف محاولة الانتحار على أنها انتحار فاشل بغض النظر على سبب هذا الفشل. تمثل محاولة الانتحار التصرف الذي يبحث به الفرد عن حل وجودي بمحاولة اغتيال نفسه. (زوبنة حلوان، 2008، ص16).

أي محاولة الانتحار هي القصد في قتل النفس لكن تنتهي بالفشل، يقوم بها الفرد ضنا منه أنها الحل الأنسب له ولمشكله.

كما نجد كذلك تعريف آخر للمحاولة الانتحارية، حيث يقول كل من Freadmen و Cal

على أن: "المحاولة الانتحارية هي دائما علامة باثولوجية خطيرة". (Ibid, sans année, p18)

عكس التعريفات السابقة، فهذا التعريف يشير إلى أن المحاولة الانتحارية هي حالة مرضية خطيرة، مما يعني أنه غير قادر على السيطرة على نفسه.

**3-العلامات الانتحارية التقليدية:**

في هذا النحو لقد ساهم كل من الباحثين "سنيدمان"(Shneidman)، و"فاربيرو" (Farbirow) و"ليتمان"(Litman) سنة (1970) وهم يعتبرون أعضاء هامة في مركز الوقاية من الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد لاحظوا العلامات الانتحارية الأولى التي تظهر على المنتحرين أو لمحاوي ذلك كما يلي:

**أولاً:** ما يسمى بالعلامات المكشوفة تتمثل في شراء الأداة الجارحة أو المسدس أو الحبوب المنومة...الخ.  
**ثانياً:** العلامات الخفية فتكتشف بنماذج السلوك التي سبق قد لوحظت من قبل الصغار والكبار أن تكون علامات الاضطراب بصورة غير مكشوفة، ولا يكون متمرداً تمرداً ظاهراً كافياً يتجلى بالخروج عن قواعد القانون والعرف الاجتماعي، والعلامات اللفظية قد تكون ظاهرة أو مستمرة فالشخص الذي يلقي أزمة يصرح علناً بعزمه على الانتحار أو يستمر بهذه النية بالكلام عن الموت، أو مشكلات تتعلق بشخص ثالث آخر.

فحالات الاكتئاب لا تكون واضحة دائماً خاصة عند الأطفال، رغم أن علامات الانتحار ظاهرة، إلا أن علامات الاكتئاب لا تظهر مثل فقدان الشهية نحو الطعام، انخفاض الوزن، فقد الليبدو والأرق والانحطاط

**4- مميزات الشخصية المقبلة على الانتحار:**

عادة ما تكون شخصية مفرطة في الشعور بالذنب، حيث تعبر انشغالها واهتمامها بمشاعر حادة من الذنب واللوم عن الذات حيث تصف ذاتها بأوصاف بشعة وأنها أسوأ خلق في الكون كما يسيطر على هذه الشخصية التفكير الانهزامي والإدراك السلبي للمحيط حيث تصف نفسها بالعجز والنقص مع النظر إلى المواقف والأحداث الخارجية بنظرة سلبية كإسقاط لمشاعرها الداخلية، وتصف البيئة التي تحيط بها بالخبطة والمقلقة ويبدو المستقبل لها غائماً وقائماً ومليئاً بالصعوبات، وإضافة إلى كل هذا، تجد هذه الشخصية

صعوبات واضحة في الاتصال الوظيفي مع الآخرين، وهذه الصعوبات تظهر من خلال عدم الرضا عن علاقاتها الاجتماعية والنقمة على ذاتها والآخرين، باعتقادها أن الآخرين انتهازيين وأنانيين، حيث تفضل الانسحاب والانعزال عن المشاركة والتعاون والتآلف مع المحيطين بها، وهذا راجع لعدم الثقة بنفسها وكذا من خلال ضعف القدرة على المواجهة والنشاط الحركي، حيث تتزايد لديها الشكاوي من الآخرين لأنهم يحملونها ما لا طاقة لها به، حيث تقضي معظم وقتها في بعض السلوكيات المتكررة، كمشاهدة التلفزيون، النوم وأعمال روتينية دون بذل أي مجهودات، وهذا راجع لقلّة حوافزها، اهتماماتها وصعوباتها وذلك بسبب سيطرة مشاعر الإهزام والكآبة لديها. (لطفى الشريبي، بدون سنة، ص41).

كذلك المزاج إذ يختلف الاكتئاب بين الراشد والشاب الصغير. (حمدي الحجار محمد، 1987، ص188).

## 5- أشكال السلوك الانتحاري:

إن هذا النوع من السلوك يظهر في عدة أشكال مختلفة، نلخصها فيما يلي:

### 5-1- السلوك المهاجم للذات:

هذا السلوك لا يعد انتحارا بالمعنى الصريح، بل هو سلوك شائع كتهديد الأطفال بإيذاء أنفسهم أو إيذاء الآخرين، وقد يكون بصورة لفظية. فالأفراد الذين يلحقون الأذى بأنفسهم مرارا وتكرارا نسميهم الأفراد الميالين إلى حوادث إيذاء الذات، والهدف من هذا السلوك يكمن في استعطاف الغير، وجذب العواطف نحوهم.

### 5-2- السلوك المدمر للذات:

هو ذلك السلوك الذي يتميز بالضيق والبأس أكثر مما عليه في السلوك المهاجم للذات، وفيه يتم الإعلان الفعلي للصريح للانتحار، رغم اختلاف الدرجات في شدة الشعور الانتحاري بين الأفراد.

إن المرادفات النفسية للانتحار أو تدمير الذات من الصعب إدراكها، كونها تكمن عادة في مستوى تحت الشعور، مثلاً عدم التقيد بالتعليمات الموجودة عن الدواء والإفراط في شربه، وهناك درجات مختلفة في الفهم الخاص بالانتحار الذي يلحق بالمتحر، فبعض الناس يعيشون في عالم حقيقي يتخيلون أنه لا بد من إنقاذهم في آخر لحظة لشرورهم في الانتحار، وأنه لا شيء مؤذ يمكن الإلحاق بهم مهما كان نوع شعورهم.

### 5-3- السلوك الانتحاري:

ينظر للسلوك الانتحاري بمنظار أقل التباساً من التصنيفين السابقين، ويمكن تعريفه بالعمل الإرادي التصميمي الذي ينتهي بقتل الذات، وإعدامها من الوجود، فالبشر قد يلحقون الأذى بأجسامهم أو بجزء منها دون قتل أنفسهم، لهذا فالسلوك المؤذي الموجه ضد الذات وسلوك تدمير الذات هما يعدان مهمان في الاستمرار السلوكي، والفرق بينهما هو الدرجة. (د/ هدي الحجار محمد، 1987، ص185).

### 6- عوامل وأسباب المحاولة الانتحارية:

#### 6-1- العوامل الدينامية:

يعتبر الفعل الانتحاري فعل مركب قوامه رغبات ثلاث ترتبط فيه الأفكار الانتحارية:

- رغبة في أن أقتل، ومضمونها نزعة عدوانية ووجدانية مشحونة بالكراهية ورغبات في اتهام الآخر وتوضيحه وعزله والتخلص منه وإبادته والتخلص منه.
- أن أقتل، مشاعر الإثم وما يتبعها من توبيخ واتهام للذات يكشفان عن حاجة ملحة للعقاب.
- رغبة في أن أموت، رغبة في الموت وترحيب به وهي رغبة تتولد في الهو وهي مشتقة من غريزة الموت والتدمير ومضمونها شعور باليأس والضياع يسند وجدان الخوف وتبسيط المهمة وخيبة الأمل والإحساس العام بالتعب. (أ، د/ سعيد رشيد الأعظمي، 2009، ص152).

## 6-2- العوامل النفسية:

تعتبر المحاولة الانتحارية صرخة إنذار، أو طلب يائس للمساعدة أورد فعل ناغم ويائس اتجاه وضعية داخلية وصلت إلى الطريق المسدود، وهو أمر نلاحظه عادة في حالات الانهيار الاكتيبي، إذ يعد هذا الأخير من أهم الأسباب النفسية التي تترك الفرد يسعى وراء الموت. (د/عبد الغني الديدي، 1995، ص177).

فالانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب الذي لم يشخص والسبب في ذلك أن هذا المرض يزحف ببطء وبأعراض خفيفة كأعراض جسدية أو قلق أو اضطرابات جنسية، أو عدم اهتمام المريض بما حوله بحيث لا يشكو من الاكتئاب ويغفل على الناس والأطباء والتشخيص.

وهناك حالات الاكتئاب الحاد حيث ينعزل المريض نهائياً عن المجتمع ولا يجيب على أي كلام أو حديث ويكون في حالة توهم لنفسه بأنه مجرم وفي هذه الحالات يقترب من الانتحار.

وقد يحدث الانتحار بسبب الاضطراب النفسي في عصاب رد الفعل الناتج عن كوارث فعلية في حياة بعض الأفراد كفقْدان ثروة أو الفشل في الحب.

كذلك اعتبر د.عبد الله السيد أن الشخصية المضطربة تنطوي على خصائص معينة تسبب اضطراب توافق الفرد مع الآخرين مع شعوره بالمعاناة وعدم السعادة لوجود مثل هذا الاضطراب ونظراً لتشابه هذه الاضطرابات الشخصية مع العديد من الاضطرابات النفسية، فقد يرى الشخص أنه قد لا يعاني من مشكلة مع خصائص شخصيته بالتالي لا يمكن تشخيص اضطراباته الشخصية إلا إذا ما تسبب الاضطراب بشعور الفرد بالتعاسة والمعاناة أكثر من المعتاد وقد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة للمحاطين بالفرد نفسه وقد ينتج عن هذا الاضطراب نتائج خطيرة تؤدي إلى الانتحار فمثلاً اضطرابات الشخصية الحدية أو البيئية والتي تمثل مظاهرها المرضية في عدم الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة وصورة الذات والوجدان والاندفاعات الواضحة وتجنب الإنهجار واضطراب الهوية وعدم الاستقرار في

العلاقات مع الآخرين والتأرجح بين المثالية والتحقير وعدم الثبات الانفعالي والشعور بالفراغ والغضب، وجود الأفكار الاجتهادية والإنفاق الشديد للمال والاندفاعية الجنسية وتعاطي المخدرات والتهور تؤدي إلى سلوك انتحاري متكرر، وأسباب الاضطرابات الشخصية تسهم في العديد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تطور هذا الاضطراب. (أ.د/سعيد رشيد الأعظمي، 2009، ص153-154).

### 6-3- العوامل الطبفسية:

يرجع البعض أمثال إسكروول (1839)، جيورجي (1930) وشارل (1989) الانتحار إلى أسباب مرضية تصيب العقل البشري وإن المنتحر يعد من ضمن الشواذ، ويؤكد إسكروول عام 1839 على أن:  
-الانتحار مرض وليس عرض.

-المنتحر مريض عقلي.

-الانتحار راجع إلى قلق وهو اضطراب في المزاج ذو أصل عضوي، ونجده في مختلف الأمراض العقلية(أ.بجايوي حسينة، 1995، ص14-15).

كذلك كشفت الأدبيات الأجنبية في مجال الطب النفسي عن أن الغالبية العظمى من الشباب الذين أكملوا الانتحار كانت لديهم مشاكل طبفسية هامة. وتشمل الشخصيات الطبفسية لديهم على اضطراب الاكتئاب العظيم، والفصام، وسوء استخدام الكحول والعقاقير، وبعض اضطرابات الشخصية. وبالرغم من أن حوالي 90% من حالات الانتحار تتسم باضطراب سيكاتري تشخيصي، إلا أن نسبة صغيرة فقط من الأفراد المصابين بالاضطراب السيكوباتولوجي ينتحرون. (د/حسين علي فايد، 2005، ص238-239).

### 6-4- العوامل البيولوجية:

أشار التراث النظري وما تضمنه من الدراسات السابقة إلى أن الشذوذ في نظام السيروتونين مرتبط بالانتحار وكذلك بالاندفاعية والعدوان. فقد وجد مان وستون (1997) أن المستوى المنخفض من

السيروتونين لدى محاولي الانتحار ينبئ بانتحار مكتمل في المستقبل وقرر **بفيفر** وزملاؤه (1998) أن مستوى بلود تريبتوفان الدم الكلي كان أقل بدرجة جوهرية لدى الأطفال قبل البلوغ ذوي التاريخ الحديث في محاولة الانتحار. ووجد **جرينهيل** وزملاؤه (1995) علاقة جوهرية بين مقاييس السيروتونين ومحاولة الانتحار الأخيرة لدى عينة صغيرة من محاولي الانتحار المراهقين من المرضى الداخليين مع اضطراب اكتيبي عظيم. (د/حسين علي فايد، 2005، ص238).

### 6-5-العوامل المعرفية:

يرجع **بيك** وآخرون (1963-1985) المحاولة الانتحارية لعوامل نفسية متعددة ومتداخلة كالاكتئاب واليأس، ويرى أن هناك علاقة إرتباطية وطيدة بين كل من المحاولة الانتحارية وحدة العوامل النفسية، كما يرى **بيك** وكذا **ديبر** عام 1984، أن المكتئب يكون اتجاهات غير عقلانية اتجاه المحيط والمستقبل ينجم عنها توقعات سلبية، وكلما زادت شدة التوقعات السلبية كلما زاد الاكتئاب وزادت معه الرغبة في الانتحار. (أ/بجاي حسينة، 1995، ص15).

ويعتبر اليأس من أهم العوامل المعرفية الكامنة وراء سلوك الانتحار. وبناء على ارتباط اليأس بالانتحار لدى الراشدين فقد تم التسليم بوجود علاقة مماثلة بالنسبة للأطفال والمراهقين. وقد اتضح أن اليأس مرتبط بالانتحار الكامل لدى الشباب، كما أنه ثبت أنه لا بد وأن يتوسط الاكتئاب العلاقة بين اليأس والانتحار وخاصة لدى الشباب الذكور. وفضلا عن ذلك فقد وجد أن انخفاض القدرة على حل المشاكل الشخصية المتبادلة مرتبط بالانتحار لدى عينات إكلينيكية. (د/حسين علي فايد، 2005، ص239).

## 6-6-العوامل الاجتماعية:

## 6-6-1-العوامل الأسرية:

تلعب العوامل الأسرية دورا هاما في خطورة حدوث الانتحار. حيث اتضح أن وجود تاريخ لسلوك الانتحار في الأسرة يزيد بشدة من مخاطرة الانتحار المكتملة لدى بعض أفرادها. فضلا عن أن الاضطراب السيكوباتولوجي لدى الوالدين يمكن أن يزيد من مخاطرة الانتحار. والسبب في ذلك غير معروف حتى الآن، ولكنه يعكس عاملا وراثيا. كما يلعب الانفصال بين الوالدين أو الطلاق دورا هاما في سلوك الانتحار خاصة إذا توسط تلك العلاقة وجود اضطراب سيكوباتولوجي لدى الوالدين.

وقد قررت الدراسات الإمبريقية التي أجريت في هذا المجال أن ضحايا الانتحار كان لهم اتصال أقل تكرارا بشكل جوهري وأقل إرضاء مع أمهاتهم أو آبائهم وأن ضحايا الانتحار كانوا أكثر احتمالا لأن يتعرضون لخصام بينهم وبين الوالدين، كما يتعرضون لسوء الاستخدام البدني. وبصفة عامة فقد لوحظ انتشار العدوان الأسري لدى الأطفال الانتحاريين المحددين في المجتمع العام.

(د/حسين علي فايد، 2005، ص239-240).

## 6-6-2-أحداث الحياة الضاغطة:

أشار التراث النفسي في مجال الانتحار إلى وجود ارتباط جوهري بين المحاولة الانتحارية وضغوط الحياة، كالفقد الشخصي المتبادل مثل (إنهاء علاقة مع رفيق أو رفيقة أو موت شخص عزيز)، فقدان المال أو العمل والتعرض للاضطهاد، والمشاكل القانونية والزوجية. كما تم تقرير انتشار ضغوط نوعية مختلفة تتفق وطبيعة الاضطراب الباثولوجي لدى ضحايا الانتحار، فقد تقرر الفقد الشخصي المتبادل على نحو متسق مع اضطراب سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا لدى ضحايا الانتحار، بينما ارتبطت المشاكل القانونية بشكل أكثر تلازما مع اضطرابات التفكير غير المتسق. (د/نظام أبو حجلة، بدون سنة، ص97).

## 6-6-3- العدوى (الإعلام المكثف عن الانتحار):

يوجد دليل جدير بالاعتبار بأن قصص الانتحار التي تنشر في وسائل الإعلام والتي تشمل مقالات الانتحار، والتقارير الإخبارية في التلفزيون، والمسرحيات القصصية يتبعها زيادة جوهرية في عدد محاولات الانتحار. ويتناسب حجم الزيادة مع كم النشر المعطى للقصة وبروز وضع القصة في الجريدة. وقد اتضح أن تأثير قصص الانتحار على الإنتحارات المكتملة التالية كان أكثر لدى المراهقين منه لدى الراشدين.

(حسين علي فايد، 2005، ص 241).

الإعلام المكثف عن الانتحار: فإذا ما حصل مثل ذلك عن حالة انتحار نجد أن عدة حالات تلتها مستعملة نفس الوسيلة. (نظام أبو حجلة، بدون سنة، ص 101).

## 6-7- العوامل البيئية الاجتماعية:

وتتمثل تلك العوامل في الوضع الاجتماعي الاقتصادي حيث قرر جولد وزملاؤه عام 1996 وجود تأثيرا عرقيا فارقيا في المقارنة بين ضحايا الانتحار والمجموعات الضابطة في المجتمع الأمريكي. فقد كانت نسبة الانتحار لدى الأمريكيين من أصل إفريقي أكبر وبشكل جوهري من أمثالهم بالمجتمع العام. كما تتمثل العوامل البيئية الاجتماعية في مشاكل المدرسة والعمل. فالغياب عن المدرسة أو العمل يفرض مخاطرة دالة للانتحار، وهذا حسب جولد Gould عام 1996، فالصغار المنحرفون وغير المندمجين مع المدرسة أو مؤسسات العمل يبدو أنهم في مخاطرة جوهرية للإكمال والانتحار حيث لوحظ أن انتحارات كثيرة حدثت لدى الأطفال تحت عمر 15 سنة بعد فترة غياب عن المدرسة، الأمر الذي يوحي بأن العزلة الاجتماعية المرتبطة بالغياب من المدرسة قد تسهل السلوك الانتحاري.

كذلك تتمثل العوامل البيئية الاجتماعية في التوجه الجنسي، وحدوث الجنسية المثلية باعتبارها عامل مخاطرة للانتحار. ففي حصر لطلاب مدرسة مينيسوتا العالية اتضح أن معدل محاولات الانتحار لدى

الذكور ذوي الجنسية المثلية والجنسية الثنائية أكبر وبشكل جوهري من معدل الانتحار لدى الذكور ذوي الجنسية الغيرية. (د/حسين علي فايد، 2005، ص 241 - 242).

### 6-8- عوامل منطقية:

وتعد هذه العوامل الأقل انتشارا بين الأفراد في إحداث سلوك الانتحار، إذ يعد هذا الأخير القرار النهائي الذي يلجأ إليه الفرد بعد فقدان الأمل في السعادة، والشعور بعدم الكفاءة والإفادة وبالتالي الإقدام على تنفيذ القرار أي الانتحار، مثلا الانتحار بسبب وجود مرض متفاقم وليس له أمل في العلاج. (د/نظام أبو حجلة، بدون سنة، ص 101)

والجدول الآتي يوضح المشكلات المدونة كأسباب لمحاولات الانتحار بين عينة مكونة من 113 فرد في "أوكسفورد" بالإنجلترا (1977) ويلاحظ أن معظم الأسباب ترتبط باضطراب العلاقات الاجتماعية الزوجية أو فترة ما قبل الزواج.

وعموما يمكن تلخيص أسباب المحاولة الانتحارية والانتحار في الجدول التالي:

أسباب المحاولة الانتحارية والانتحار		
النسبة المئوية للذكور (ن:39)	النسبة المئوية للإناث (ن:91)	مصدر المشكلة
83%	68%	زواجية
77%	71%	علاقات قبل الزواج
15%	14%	جنسية
17%	25%	الأطفال
27%	16%	اقتصادية
54%	16%	العمل
03%	19%	حادث/عملية جراحية
09%	09%	تعاطي كحول

جدول رقم (01): أسباب المحاولة الانتحارية والانتحار.

وفي دراسة جديدة لمائة من السويديين الذين حاولوا الانتحار، ذكروا أن العلاقات بين الرفاق أو الأصدقاء كانت السبب الأساسي للانتحار، وهو ما يدعم أهمية اضطراب البينشخصية في كل من الاكتئاب والانتحار. (محمد السيد عبد الرحمن ، 2000 ، ص342).

### 7- مراحل تطبيق الفعل الانتحاري:

يمر الأفراد عبر هذه المراحل حسب تدرج خطورة كل حالة بهدف تطبيق الفعل الانتحاري، و المراحل

هي:

- الفكرة الانتحارية.
- تخيل و تصور المرور إلى الفعل الانتحاري.
- الرغبة في الانتحار و التعبير عنه بصورة صريحة.
- الرغبة تصل و تمر إلى انتباه واضح و عالي.
- الانتحار مبرمج و الخطر قريب و على وشك تطبيق الفعل. (Charazac, Brunel M. 2002. P203).

### 8- طرق محاولة الانتحار:

- هناك عدة طرق مختلفة يستعملها الأشخاص في المحاولة الانتحارية، ولعل من أهمها نذكر:
- الانتحار وتسميم الذات بمواد صلبة أو سائلة (المسكنات مضادات الحمى والروماتيزم، البريتودات، المنومات، المهدئات، العقاقير، الأدوية، المستحضرات الكيميائية، المواد الكاوية، الزرنيخ ومركباته).
  - الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة بالمنزل.
  - الانتحار وتسميم الذات بالغازات وأبخرة أخرى.
  - الانتحار-إصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق.
  - الانتحار وإصابة الذات بالغرق.

الانتحار وتسميم الذات بالأسلحة النارية والمتفجرات.

-الانتحار وإصابة الذات بآلات قاطعة أو ثاقبة.

-الانتحار وإصابة الذات بالسقوط من أماكن مرتفعة.

الانتحار أرى بوسائل غير محددة.

هناك من ينجو من الانتحار ولكن من يفشل يحاول مرة أخرى ويمكن تصنيف الحالات السابقة

للانتحار، بثلاث طرق رئيسية:

-النوع المعتدل: يميل أصحابه إلى استخدام جرعات زائدة من العقاقير.

-النوع المتشدد: يميل أصحابه إلى استخدام طرق عنيفة من الانتحار.

-النوع ذو التاريخ في العمليات المتكررة للانتحار مع عدوانية شديدة.(سعيد رشيد الأعظمي، 2009، ص151).

## 9-النظريات المفسرة للانتحار:

### 9-1-الاتجاهات العضوية والبيولوجية:

هدفت البحوث والدراسات ذات الاتجاه العضوي إلى وصف ظاهرة الانتحار، وربطها بمجموعة

من الأعراض لتكون تناذرا خاصا، ثم تصنيفها ضمن الاضطرابات العضوية، ولقد أثبتت الدراسات أن

الانتحار هو عرض سيكوباتي، وأن الإنسان لا يضع نهاية لحياته إلا في حالة الهذيان، وبهذا خلص إلى أن

المنتحرين هم مختلفين عقليا.

وهناك بعض الدراسات أثبتت أن انخفاض كمية "السيروتونين" وتكدسها مع "البروينيسيد" في

سائل النخاع الشوكي يؤدي إلى الانتحار، ولقد أثبتت الدراسات أيضا أن الأفراد الذين يعانون من تعصب

وانخفاض في كمية السيروتونين هم أكثر عرضة للسقوط الذي يعد من بين الأسباب المؤدية للانتحار،

وذلك من الأفراد الذين لديهم تكدس عادي لهذه المادة.

وإذا كان أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون الانتحار مرض، فهذا لا يكون إلا بالمعنى الاشتقاقي أي الإيمولوجي للكلمة لأن "Patho" يقصد بها ألم، والانتحار هو تعبير عن الألم، لأن هناك الكثير من الأفراد الذين ينتحرون أو يحاولون ذلك ولم يعانون إطلاقاً من أي مرض عقلي، وهنا نتساءل إلى أي سبب يرجع مثل هذا السلوك، لهذا السبب ظهرت اتجاهات أخرى عديدة ردت على ما أتت به النظرية الأحادية القطب وفي الاتجاه الدور كايبي والبحوث السيكولوجية باختلاف أنواعها واتجاهاتها. (بجايوي حسينة، 1995، ص23).

## 9-2- الاتجاهات الاجتماعية (السوسيولوجية):

إن تناول ظاهرة الانتحار، باعتبارها ظاهرة نفسية بحتة، يجعل المشكلة أحادية البعد، ويعزل الفرد كجهاز مغلق عن بقية المثيرات الاجتماعية التي تحيط به، والتي تؤثر فيه بما قد يدفعه إلى السلوك الانتحاري كما يحدث لدى الكثير، وعلى هذا الأساس قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعية لظاهرة الانتحار.

فقد ذهب إميل دور كايم E.Durkheim (1997) إلى أن ظاهرة الانتحار كظاهرة اجتماعية ترتبط أساساً بالنظام الاجتماعي وما يطرأ عليه من ظروف تغير مفاجئة، أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية.

وقد اقترح «دور كايم» أربعة أنواع للانتحار جميعها تؤكد على قوة أو ضعف علاقات الشخص أو روابطه بالمجتمع. فالانتحار الأناني **Egoiste Suicide** حينما يكون للفرد روابط قليلة جداً بالمجتمع ولم تحقق له مطالب الحياة. (حسين علي فايد، 2005، ص246).

فهذا الانتحار يسبب الشعور بالفردية ويحدث عندما يشعر الفرد بعزلته اجتماعياً بعد أن تنعدم الروابط التي تربطه بالجماعة.

وقد وجد "دوركايم" على الأساس السابق أن نسبة الانتحار بين العزاب والمطلقين أكبر منها من المتزوجين، لأن الروابط الأسرية تقلل من عزلة المتزوجين، وأن نسبة الانتحار تختلف بين الجماعات باختلاف الأديان، وذلك بحسب أهمية الروابط الأسرية في نظر الأديان المختلفة، فنسبة الانتحاريين الكاثوليكين أقل منها بين البروتستانت، أقل منها عند اللادينيين. (عبد الحميد لطفى، بدون سنة، ص 277).

ويحدث **الانتحار الإيثاري Altruistic Suicide** حينما يكون للشخص روابط اجتماعية قوية جدا لدرجة أنه يضحي بنفسه من أجل الجماعة. (حسين علي فايد، 2005، ص 246).

فهو انتحار بسبب الشعور بالإيثار، ويأتي نتيجة شعور الفرد بالواجب نحو المجتمع الذي ينتمي إليه لدرجة تضحيته بنفسه من أجله، في أي وقت يطلب إليه فيه ذلك، أو إذا رأى أن الحاجة تتطلب ذلك أو عندما يشعر الفرد بأنه قام بعمل فيه خزي للمجتمع. والمجتمع هو الذي يدفع الفرد إذن إلى الانتحار، ولذلك فضل "دوركايم" أن يطلق على هذا الشكل: **Obligatory altruistic suicide**. وتمثل له بانتحار القائد في بعض البلاد عندما يخسر إحدى المعارك كما هو الحال في اليابان.

(عبد الحميد لطفى، بدون سنة، ص 278)

ويحدث **الانتحار اللامعاري Anomic Suicide** حينما تتحطم فجأة العلاقة المعتادة بين الفرد والمجتمع، مثل وقوع صدمة، وفقد مباشر للعمل، أو صديق حميم أو ثروة. (نفس المرجع السابق، بدون سنة، ص 278).

فيحدث هذا النوع من الانتحار بسبب التغير المفاجئ أو غير المنتظم، وتمثله حوادث الانتحار التي توجد بالمجتمع نتيجة للاختلاف في التوازن الاجتماعي للمجتمع. وقد مثل دوركايم لذلك بالأزمات الاقتصادية التي حدثت في فيينا سنة 1873 وفي باريس سنة 1882، وقد قارن دوركايم بين نسبة

الانتحار قبل وبعد الأزميتين وجد أن النسبة قد ارتفعت بسببهما. (نفس المرجع السابق، بدون سنة، ص 279)

ويحدث **الانتحار الجبري Fatalistic Suicide** من تنظيم متزايد يفرض على الأشخاص مثل العبيد حيث لا يروا بصيص أمل للحرية في المستقبل. ويشير **دوجلاس Douglas** الذي اختلف مع وجهة

نظر دور كايم إلى أن المعاني الاجتماعية للانتحار تختلف بشدة، فكلما تكاملت المجموعة على نحو اجتماعي أكبر كلما زاد اشمزازها من الانتحار، كما أن ردود الأفعال الاجتماعية للسلوك الانتحاري يمكن أن تصبح نفسها جزءاً من أسباب نفس التصرفات التي تسعى المجموعة لضبطها. ويعتقد ماريس **Maris** أن النظرية المنهجية للانتحار يجب أن تتضمن أربع فئات واسعة على الأقل من التغيرات، تلك التي تخص الشخص، والسياق الاجتماعي، والعوامل البيولوجية والسلطة السياسية التي غالباً ما تتضمن السير الانتحارية.

(حسين علي فايد، 2005، ص246-247).

### 9-3-الاتجاهات النفسية:

#### 9-3-1-تفسيرات نفسية ذات اتجاه تحليلي:

ينظر المحللون النفسيون للانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية، وباعتباره راجعاً إلى اضطراب العلاقات البينشخصية، وفيما يلي عرض للتفسيرات التحليلية للانتحار على النحو التالي:

#### • الانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية:

وهنا يتم تفسير الانتحار على أساس وجود ألم نفسي لا يحتمل، ويكون هذا الألم شعورياً. فحينما يكون الموقف غير محتمل ويريد الشخص اليأس أن يخرج منه فيلجأ إلى الانتحار. وهذا ما لاحظته **موراي Murray (1967)** بأن الانتحار وظيفة، لأنه يريد أن يلغي توتراً مؤلماً للفرد، وأنه يقدم شفاءً من معاناة غير محتملة.

كما يفسر الانتحار طبقاً للتخلص المعرفي، ذلك الذي يشير إلى الجمود في التفكير وصعوبة التركيز والرؤية المعتمدة. فالشخص الانتحاري -من الناحية المجازية- يكون مسمماً أو مخدراً بالتخلص، ولا يعرض عند اللحظة التي تسبق موته سوى تشوشات خاصة بصدمة أو جرح (مثل الفشل في العمل-الصحة السيئة-

رفض من الأفراد القريبين منه)، وفي مواجهة الصدمة يصبح الحل، هو التقلص المعرفي الذي يمثل أخطر أشكال العقل الانتحاري.

كما يفسر الانتحار طبقا للتغيرات غير المباشرة. فالشخص الانتحاري يتسم بشنائية الوجدان، ليس فحسب بالنسبة للحب والكراهية، ولكن قد يكون هناك صراع بين البقاء والألم غير المحتمل. ويخبر الشخص الانتحاري إذلالا، وخضوعا، وولاء، وطاعة، أو ضربا بالسياط، وحتى مازوخية في بعض الأحيان، وعلاوة على ذلك لا يكون الشخص الانتحاري شاعرا سوى بجزء من العقل الانتحاري، وتكون القوى الحافزة للانتحار هي عمليات لا شعورية إلى حد كبير.

كذلك يفسر الانتحار باعتباره راجعا إلى ضعف الأنا، حيث تحدد «الأنا» باعتبارها جزء العقل الذي يتفاعل مع الحقيقة ولها إحساس بالفردية، وبناء على ذلك، فقوة الأنا هي عامل وقائي ضد الانتحار أما ضعف الأنا فيرتبط على نحو متكرر ضعفا نسبيا في قدرتهم على تنمية ميول تشييدية والتغلب على صعوباتهم الشخصية، ويرجع ضعف «الأنا» إلى أحداث الحالة الجارحة (مثل: الخسارة-الرفض-الفشل).

#### • الإنتحار كاضطراب في العلاقات بينشخصية:

إن الشخص الانتحاري له مشاكل في تأسيس أو البقاء على علاقة بينشخصية (العلاقة بالموضوع المحبوب). فيوجد على نحو متكرر موقف بينشخصي غير محتمل (نكبة سائدة)، وربما كان النمو الإيجابي في تلك العلاقات المضطربة هو الحل الوحيد للاستمرار في الحياة، ولكن مثل هذا النمو كان يرى باعتباره لم يحدث، فتحتبط الحاجات النفسية للإنسان، ويقدم الفرد على الإنتحار بسبب إحباط الحاجات النفسية على نحو بينشخصي.

كما يفسر الإنتحار-أيضا- وفقا لفرض الرفض-العدوان-حيث يعتبر الفقد أمرا أساسيا في الإنتحار، فالفقد غالبا ما يكون رفضا يخبر باعتباره هجرا. إنه إيذاء نرجسيا غير محتمل، وإيذاء يؤدي إلى

كراهية موجهة نحو الآخرين ولوم للذات. وباعتبار أن الشخص الانتحاري يتسم بشائية وجدانية عميقة وفي نطاق تلك الشائية، فقد يصبح الإنتحار نكوصا إلى دوافع قاتلة للذات، وقد يكون الإنتحار عدوانا محجوبا.

وفقا لفرض التوحد-الخروج، فقد اقترح «فرويد» أن التوحيد الشديد مع شخص مفقود أو مرفوض، أو كما أوضح زيلبورج **Zilboorg** أن التوحد مع أي فقد مثالي (الحياة العملية-الحرية-الصحة) يكون حاسما في فهم الشخص الانتحاري. ويجدد التوحد بأنه ارتباط (صلة) قائمة على رابطة انفعالية هامة مع شخص آخر (موضوع) أو أي مثالي. وإذا لم تتحقق هذه الحاجة الانفعالية، فإن الشخص الانتحاري يخبر ألما عميقا (عدم الراحة) ويريد أن ينبثق، بمعنى أن يترك، أو يخرج، أو يغادر ليكون ميتا.

### 9-3-2- تفسيرات نفسية ذات اتجاه غير تحليلي:

تتميز تلك التفسيرات عن التفسيرات التحليلية في كونها لا تفترض وجود مجموعة من الديناميات النفسية أو سيناريو لاشعوري شامل، ولكنها تؤكد على مظاهر نفسية معينة تبدو ضرورية لوقوع حدث الانتحار المهلك، وتمثل تلك المظاهر في الآتي:

- تشوش حاد، أي زيادة في حالة الاستياء العام لدى الفرد.

-عدائية مرتفعة، وزيادة في إنكار الذات، وكراهية الذات، والإحساس بالعار، والشعور بالذنب، ولوم الذات.

-زيادة حادة وفجائية تقريبا في انخفاض التركيز العقلي، أو تقليل عمليات التفكير، وتضييق المحتوى العقلي، وضعف القدرة على رؤية اختيارات حيوية والتي يمكن أن تحدث على نحو عادي للعقل.

-فكرة التوقف والاستبصار الذي يمكن أن يضع نهاية للمعاناة بتوقف الانسياب غير المحتمل، ويفهم الانتحار في هذا السياق ليس كحركة نحو الموت (أو التوقف)، ولكن يفهم كنوع ما للهروب من انفعال لا يجتمل. (حسين علي فايد، 2005، ص242-243-244-245).

#### 9-4-الاتجاهات المعرفية:

جاء هذا الاتجاه كرد فعل للمدرسة السلوكية والتحليلية الكلاسيكية، ويقوم بدراسة النشاط الذهني، وعلاقته بالإدراك، التفكير والفعل، وهو يختص بدراسة كيفية معالجة المعلومات ويتفق الباحثون المعرفيون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن تفسيرها وعزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه، وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه والآخرين.

ويتعامل المعرفيون مع نوعين من العمليات المعرفية:

#### 9-4-1-العمليات القصيرة المدى وتتضمن ما يلي:

-التوقعات "Expectation" وهي عملية معرفية تدل على التنبؤ بالأحداث المستقبلية.

-التقييمات "Appretiations" تدل هذه العمليات على أن الفرد يقيم باستمرار ما يقوم به وما

يحدث له.

-تعيين الأسباب "Attributions" وهو يشير للسبب الذي ينسب إليه الفرد فشله أو يكون السبب

ثابت أو متغير.

#### 9-4-2-العمليات المعرفية الطويلة المدى:

-المعتقدات: هي عملية معرفية لا شعورية تؤثر في العمليات القصيرة المدى، هذه الاعتقادات تكون مخفية،

نادرا ما تكون شعورية وهي توجه أحكام الفرد الخاصة بذاته وبما يحيط به.

وقد توصل "بيك" (Beck) عام 1967 من خلال دراساته عن الاكتئاب أن اليأس اضطراب يتدخل في

العمليات المعرفية، إذ أن الأفراد الذين بحوزتهم مخططات ذهنية مختلفة نجد لديهم العجز المعرفي أي

صعوبة حل المشاكل، وبالتالي يصابون باليأس والاكتئاب، ويفقدون الأمل ويعتبرون الإنتحار حلهم

الوحيد للهروب من وضعيتهم الصعبة. (Lemprière T.2000,p57)

### 9-5- الاتجاهات السلوكية:

يرجع أصحاب هذا الاتجاه الإنتحار إلى أنه سلوك متعلم في أغلبيته، ولا وجود لأية قاعدة جينية

تؤدي إلى ظهوره.

وقد أدت الملاحظات العيادية للعديد من محاولي الإنتحار إلى استخلاص معادلة سميت (بمعادلة السلوك

الانتحاري) وهي:

$$CS=[PF \times EF \times (RF \times MF) / PNS \times ENS (RNS \times MNS)]$$

CS = السلوك الانتحاري.

PF = النواحي الضعيفة الموجودة في الشخصية .

EF = محيط فقير من التعزيزات.

RF = استجابات أو عادات مرتبطة مع السلوك الانتحاري الذي خضع للتعزيز.

MF = دوافع لصالح السلوك غير المرغوب.

PNS = الصفات الشخصية الإيجابية والتي باستطاعتها أن تواجه بفاعلية عوامل الضغط.

ENS = وجود موارد إيجابية سهلة المنال في المحيط.

RNS = عادات أو ترابطات سابقة ذات تسيير لعوامل الضغط.

MNS = دوافع من أجل سلوك فعّال ومرغوب فيه.

من خلال هذه المعادلة يفترض أن الشخصية الضعيفة والهشة، بالإضافة إلى فقر المحيط لعوامل التعزيز الإيجابي ووجود التعزيز السلبي للسلوكات غير المرغوبة فيها يؤدي إلى تعلّم الانتحار، وبذلك يصبح هذا الأخير نمط من الاستجابة يظهر كلما دعت الحاجة إلى ذلك، أو كلما اعترضت عوامل الضغط طريق الفرد الذي تتوفر لديه هذه الأرضية. (أ. مجاوي، 1995، ص33).

ويرجع أصحاب هذا الاتجاه الانتحار إلى أنه سلوك متعلم وطريقة لتكّيف أمام أزمات وجودية فهو يستخدمه كسلاح يلجأ إليه كلما واجهته عوامل ضغط حياتية صعبة، وهذا راجع إلى التنشئة الاجتماعية.

(Wilmotte, 1986, p45)

أما باندورا (Bandura) فقد تكلم عن التقليد أو النمذجة (modélisation)، حيث أن الفرد تعلم السلوك الانتحاري بملاحظة ما يحدث للآخرين كنموذج يدفعه لتقليده.

إلى جانب النموذج والملاحظة لا بدّ من توفر سياقات تتدخل في تعلّم هذا السلوك منها:

التخزين والقدرة على الإنتاج الحركي (القيام بالفعل)، بالإضافة إلى التحفيز وتقصد به أن السلوك الانتحاري يعتبر كاستجابة معززة من قبل الآخرين، بحيث يقوم على مبدأ المكافئة، فكلما كوفئ الفرد على سلوكه الانتحاري شجعه ذلك على تكراره كطريقة للتكيف مع أزمات حياته.

(Bandura A., 1980, p87)

## 10- العلامات التحذيرية و الإجراءات الوقائية من محاولات الانتحار:

أحيانا ينجح شخص ما في إخفاء توتره النفسي تماما عن الآخرين ويكون انتحاره بمثابة صورة مفاجئة موجهة للآخرين، رغم ذلك يوجد العديد من العلامات التحذيرية قد تمدنا بحقائق وأفكار عن الانتحار المحتمل. فمثلا يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أي حديث عن الانتحار عند الأصدقاء أو الأقارب، فحوالي 80% من المنتحرين أعطوا علامات تحذيرية توضح عزمهم على الانتحار قبل حدوثه، وفيما يلي أهم العلامات التحذيرية وعوامل الخطورة في الانتحار:

- المحاولات السابقة أو الانتحار التخيلي.
- القلق والاكتئاب وكذا الإنهاك الشديد.
- توفر وسائل الانتحار.
- الانشغال بأثر الانتحار على أعضاء الأسرة.
- التلفظ بفكرة الانتحار.
- إعداد الوصية أو التنازل عن الملكية بعد الإصابة بالاكتئاب.
- التقارب الزمني بين أزمات الحياة مثل العوز المادي، والحاجة إلى إجراء جراحة عاجلة.
- التاريخ الانتحاري للأسرة.

بعض هذه العوامل مثل القلق والاكتئاب يمكن خفضهما عن طريق التدخل العلاجي، أي المزج بين العلاج الطبي الدوائي وكذا النفسي يقلل من هذه الأفكار، ولكن هناك العديد من الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار قليلا ما يطلبون المساعدة النفسية، ولذلك فإن المسؤولية تقع على عاتق أفراد الأسرة والأصدقاء، الذين هم مقربين في مراقبة التغيرات في سلوك الفرد وإشباع حاجاته للحب وبث روح الأمان والتفاؤل والإيمان بقضاء الله وقدره، وهذه أهم وصفة للوقاية من الانتحار.

(عبد الرحمن محمد السيد، 2000، ص33).

بالإضافة إلى كل هذا، فإن المختصين في العلاج النفسي يرون أن أهم شيء في الوقاية من الانتحار هو "اليقظة الإكلينيكية وصلابة العلاقة العلاجية، التشخيص المبكر والعلاج المناسب للاضطرابات المزاجية، التي تعتبر من العوامل الرئيسية للوقاية من الانتحار"، وهذا استنتاج سجله الباحثان "سيشر" و"بونين" (Lemprière, T, 2000.) (secher et bonin).

## 11 - العلاج:

يحتاج حوالي 10% من حالات المحاولة الانتحارية إلى الإدخال للمستشفى في قسم الأمراض النفسية بسبب الاكتئاب أو الإدمان الكحولي، أو لفترة راحة من ضغوط شديدة. وحوالي ثلثي الحالات تحتاج إلى مراجعة العيادة النفسية الخارجية.

أما ربع الحالات الباقي فلا يحتاجون للمراجعة بسبب أن المحاولة كانت رد فعل لظروف مؤقتة واحتمال تكرارها ضعيف.

وهدف العلاج هو:

-مساعدة المريض في حل مشاكله الحالية.

-مساعدته في مواجهة المشاكل المستقبلية بدون اللجوء إلى محاولة الانتحار.

## الحالات الخاصة:

وهناك حالات التكرار الكثيرة لمحاولات الانتحار، وعادة ما يكون السبب اضطراب الشخصية وظروف اجتماعية، ومشاكل ليس لها حل، ولا يفيد في مثل هذه الحالات العلاج النفسي ولا جلسات الإرشاد، وكل ما يمكن عمله هو الدعم النفسي ومحاولة حل المشاكل المحيطة بالمريض.

كذلك هناك حالات يتكرر فيها جرح الذات ويكون عادة من الأشخاص المتوترين ضعيفي الثقة بالنفس ويفيد العلاج الموجه لتحسين ثقتهم بأنفسهم. ويجب تجنب إعطاء أدوية مضادة للقلق، لأنها قد تثير فيهم سلوكا عدوانيا بل يفضل إعطاؤهم أدوية من فئة الفينوثيازين (phenothiazines) أو ما شابهها.

(د/نظام أبو حجلة، بدون سنة، ص 99-100).

خلاصة الفصل:

وهكذا ما نصل إليه بعد عرضنا لهذا الفصل، هو أن الانتحار أو المحاولة الانتحارية تعتبر نمطا أو شكلا متطرفا في سلوك إيذاء الذات، أين نجده تقريبا لدى مختلف فئات المجتمع وخاصة الراشدين، حيث تتخذ عدة وسائل وطرق مختلفة للقيام بذلك الفعل، هذا الأخير الذي يؤثر بشكل سلبي على فاعله وعلى المحيطين به، فهو سلوك خطير ومرعب، لذا يتوجب علينا كأفراد أخذ الاحتياطات الأولية اللازمة والانتباه للعلامات الأولى للفعل الانتحاري قبل حدوثه.

# الجانحة التطبيقية

# الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للبحث

## تمهيد:

لقد تناولنا في الجانب الأول للبحث الخلفية النظرية للمتغيرات المتعلقة بالدراسة، والذي يعد بمثابة مصدر ومنبع أساسي للكشف عن الحقائق المتعلقة بتلك المتغيرات، ليتبع بالجانب التطبيقي الذي لا غنى عنه وذلك في إثبات أو نفي تلك الحقائق عن طريق اختبار فرضيات البحث ميدانيا.

لأجل ذلك سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي أين سنعرض فيه منهجية البحث والمتمثلة في تحديد كل من الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع، مكان إجراء البحث، طريقة إجراء البحث، المعاينة، مجموعة البحث وخصائصها وأدوات البحث المستعملة.

## 1- منهج البحث:

تم الاعتماد في هذا البحث على المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة، وذلك نظرا لخصوصيته من جهة ولفردانية الحالات من جهة أخرى، إذ يسمح بدراسة مفصلة لكل حالة على حدى. فهو المنهج الذي يسمح بالملاحظة المعمقة للحالات، إذ في كل حالة يهتم الفاحص بفرد معين وكل ملاحظاته تركز على الحالة بهدف تفهم السير النفسي لهذا الفرد.

ويعرف المنهج العيادي بأنه المنهج الذي يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويتوجهون إلى العيادات النفسية يلتمسون النصح والتوجيه والعلاج.

(عيسوي عبد الرحمان، 1988، ص74).

ويعرفه "لاجاش" (Lagache)، بأنه: تناول للسيرة الذاتية في منظورها الخاص وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد تجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للحالة، للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف على الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد حلها. (Rechlin, 1992, p113)

كما نجد تعريف "Witmer"، (1955) للمنهج العيادي على أنه منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص عيادي ودراسة حالة للأفراد من أجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص31).

وحسب (Perron.R) (1981) هو الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي بهدف تكوين بنية واضحة للحوادث النفسية التي تصدر لدى الفرد. (زونية حلوان، 2008، ص 71)

أما حسب "Rondal"، (1981) فيعد المنهج العيادي بمثابة الملاحظة العميقة والمستمرة لحالات

خاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد. (Blanchet.A, 1997, p21)

وقد استخدمنا المنهج العيادي في هذه الدراسة مع حالات أفراد راشدين قاموا بمحاولة انتحارية، هذا المنهج الذي يقوم بملاحظة تلك الحالات وهم يعانون من مشكلاتهم، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتييسر تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى، نظرا لأنها جميعا تشكل كلاً دينامياً، وذلك بهدف دراسة العلاقة بين الاكتئاب ومحاولة الانتحار ونوع استراتيجيات المقاومة الأكثر استعمالاً لدى الأفراد الراشدين، ولقد تم التركيز على الحالات الفردية لكي يتسنى لنا جمع أكبر عدد من المعلومات حول كل حالة والتي تسمح بالتحقق من فرضية البحث.

## 2- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى والأساسية في البحث العلمي، نظراً لارتباطها القوي بالميدان، في دراسة استكشافية تسمح للباحث الحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه، كما تسمح له بالتعرف على الظروف والإمكانات المتوفرة في الميدان، ومدى صحة الأدوات المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث. (عيسوي عبد الرحمان، 1988، ص 61).

لإجراء بحثنا الذي يتناول موضوع الاكتئاب وإستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، قمنا بدراسة استطلاعية بهدف استكشاف المكان ومعرفة مدى توفر مجموعة البحث المناسبة والمتمثلة في أفراد راشدين قاموا بمحاولة انتحارية والتي تحدم موضوع بحثنا، حيث يمكن إجراء معها المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) وتطبيق مقياس CISS الذي يقيس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة. فبعد محاولتنا العديدة والمتكررة في إيجاد المجموعة المناسبة لموضوع بحثنا على مستوى ولاية البويرة، لم تتمكن من إيجادها والحصول عليها لدراستها، وذلك نظراً لعدم توفر مستشفى أو مركز استشفائي خاص بالتكفل بهذه الشريحة من الأفراد، أو بسبب رفض بعض الحالات التي وجدناها إجراء المقابلة معها، نظراً لحساسية الموضوع طبعاً، فالأمر يتعلق بأفراد أقدموا

على وضع حد لحياتهم وفشلوا -إن صح التعبير- في ذلك، فليس من السهل أن تتم الموافقة من عندهم على إجراء المقابلة معهم، مما حتم علينا التوجه إلى خارج الولاية، وبالضبط إلى ولاية تيزي وزو أين اتصلنا بمستشفى الأمراض العقلية "فرنان الحنفي" الكائن مقره بواد عيسي، وذلك في شهر ماي الماضي للتأكد من وجود العينة المناسبة التي نخدم موضوع بحثنا وفرضياته، ومدى إمكانية الموافقة سواء من طرف المسؤولين على المستشفى وعلى رأسهم المدير، أو من طرف الحالات التي نود دراستها، بحيث توجهنا إلى المستشفى حاملين معنا رخصة من القسم لإجراء البحوث الميدانية، أين قمنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي في صدد إعداد مذكرة لنيل شهادة الماستر، فكانت الموافقة من المدير على ذلك إذ قاموا بتوجيهنا إلى الجناح الخاص بذلك للإتصال بتلك الفئة بعد أن تم الحصول على إذن الطبيب، رئيس المصلحة والأخصائية النفسانية العاملين في كل جناح حيث قدموا لنا كل المعلومات الخاصة بتلك الحالات وكذا حول كيفية إجراء البحث، وخاصة المختصة النفسانية التي رافقتنا وساعدتنا طيلة بحثنا بتقديم المعلومات والإرشادات القيمة.

وبعد ذلك قمنا بالتقرب من بعض الحالات التي قامت بمحاولة انتحارية من فئة الراشدين، لغرض إجراء مقابلات معها قصد التعرف على معاناتهم النفسية من جرّاء محاولتهم الانتحارية، أين لاحظنا صعوباتهم حتى في الكلام معنا، ولا يمكن تصور حالة الاكتئاب التي كانوا عليها أثناء حديثنا معهم. ما يفسر تأثرهم الشديد بحالتهم التي هم فيها.

كما قمنا بعرض كلا من المقياسين، مقياس Beck للاكتئاب ومقياس الـ CISS على بعض الحالات، وذلك قصد التأكد من وضوح محتوى بنودهما التي يحملونها باللغتين العربية والفرنسية، فلاحظنا عدم فهمها من قبل الحالات، وذلك راجع إلى لانخفاض مستواهم التعليمي أو انعدامه أحيانا، باستثناء الحالة الثانية الذي نوعا ما فهم بنود المقياسين وأجاب عليهما باللغة الفرنسية، مما جعلنا نقوم بتبسيط وشرح

أسئلة المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا بنود المقياسين، وحتى أننا أضطررنا إلى ترجمة أسئلة المقابلة العيادية وبنود المقياسين إلى اللغة الأمازيغية المتداولة من طرف الحالات.

ودامت دراستنا الاستطلاعية حوالي أسبوع وذلك لمرتين فقط نظرا لبعدها المسافة، مما منعنا من إمكانية القيام بالإستطلاع لأكثر وقت ممكن ومرات عدة.

### 3- مكان إجراء البحث:

لقد قمنا بإجراء بحثنا هذا بمستشفى الأمراض العقلية المسمى "فرنان الحنفي" الذي يوجد بواد عيسي وهو الوحيد على مستوى ولاية تيزي وزو، لذلك فإنه يستقبل العدد الأكبر من المرضى من كل مناطق الولاية وحتى الولايات المجاورة مثلا البويرة، بومرداس، بجاية بالإضافة إلى ولايات أخرى.

### هيكل المستشفى:

المستشفى الخاص بالأمراض العقلية المسمى "فرنان الحنفي" بواد عيسي، مشروع أنشئ في إطار البرنامج الخاص بولاية القبائل الكبرى في سنوات الستينيات.

فالمستشفى الخاص بالأمراض العقلية "فرنان الحنفي" يتكون من 330 سرير، وهو مقسم كما يلي:

مصلحتان (02) للطب العقلي:

### 1- مصلحة الطب العقلي الخاصة بالراشدين:

إذ نجد فيها 06 وحدات أساسية:

- 04 وحدات إستشفائية بقدرة استيعاب تقدر بـ 75 سرير، من بينها وحدة خاصة بالنساء.

- وحدة مغلقة بقدرة استيعاب تقدر بـ 30 سرير مخصصة للعمليات الاستشفائية ذات الطابع الإداري،

من بينها 10 أسرة خاصة بالنساء.

\_ وحدة خاصة بالفحوصات والاستعجالات.

## 2- مصلحة الطب العقلي للأطفال:

وفيها وحدتان (02) أساسيتان:

- وحدة خاصة بالأطفال.

- وحدة خاصة بالمراهقين.

كما نجد كذلك:

- جناح خاص بالصيدلة والمخابر، قاعة طب الأسنان... الخ.

- جناح خاص بالإدارة.

- مستوقف خاص بالسيارات.

- مغسل للثياب.

- مطعم ونادي للمرضى بالإضافة إلى مكتبة.

- جناحان مخصصان للسكن الوظيفي.

- جناح خاص بالاستعلامات.

وفي كل جناح نجد فيه مجموعة من الأخصائيين في الأمراض العقلية، وأطباء في الطب العام.

وقمنا بإجراء البحث في المستشفى ما بين 19 جويلية 2011 إلى غاية 18 سبتمبر 2011.

## 4- طريقة إجراء البحث:

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، وفق دليل المقابلة مع أفراد المجموعة وذلك بهدف جمع

بيانات حول الحالة النفسية للذين قاموا بمحاولة انتحارية وتأثيرها فيهم.

وكنا في كل مقابلة نقوم بتعريف وتقديم أنفسنا، والهدف من البحث مع التأكيد على السرية التامة،

ونطلب إذن الموافقة، مما ساعد ذلك في موافقة الحالات على إجراء المقابلات باستثناء بعض الحالات التي

رفضت ذلك، وهذا لربما شيء منطقي لأنه يتعلق الأمر بمجالات كانت قد حاولت وضع حد لحياتها ومعاناتها مما يفسر رفضها لإجراء المقابلة معنا.

وقد تم إجراء المقابلة مع كل حالة على شكل فردي، حيث تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس بيك **Beck**. للإكتئاب (BDI-II) وكذا مقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة CISS لـ "Endler&Parker".

تم الاعتماد على إجراء مقابلة واحدة فقط، لأسباب متمثلة في أن بعض المفحوصين يجد صعوبة في إكمال المقابلة العيادية، بسبب الإنهاك والتعب الشديدين، أين يجدون صعوبة في الكلام، وقد دامت كل مقابلة عيادية حوالي 60 إلى 90 دقيقة تقريبا، وهذا بسبب صعوبة الكلام والإجابة على الأسئلة من قبل المفحوصين نظرا لحالة الاكتئاب التي كانوا عليها، فمهما وصفنا ذلك لا يمكن أن نوصف تلك المعاناة وشدة الاكتئاب التي كانوا عليها، فطبعاً يتعلق الأمر بأفراد كانوا قد حاولوا وضع حد لمعاناتهم، كما تم أيضا مراعاة اللغة لتسهيل التواصل مع الحالات، حيث تم الإلتزام قدر الإمكان لغة بسيطة ومفهومة، بالإضافة إلى إننا قمنا بتبسيط بنود المقياسين، وذلك حسب كل حالة، مما اضطرنا في بعض الأحيان إلى الترجمة، بسبب كون أن الحالة لا تفهم لغة المقياس التي كتب بها بحيث قمنا بالترجمة من العربية و الفرنسية إلى الأمازيغية، أو من العربية إلى الفرنسية، وذلك لكي يتمكن المفحوص من فهم البند وبالتالي الإجابة عليه.

## 5- المعاينة:

تم في هذا البحث إتباع المعاينة غير الاحتمالية وبالضبط المعاينة المقصودة، والتي تتمثل حسب "Voyer" (1982)، في اختيار عينة الدراسة بشكل غير عشوائي، واللجوء إلى هذا النوع من المعاينة

عندما لا يكون أمام الباحث أي اختيار، وأنها الحالة التي لا يستطيع فيها أن يحمي في البداية مجتمع البحث المستهدف ولا اختيار العناصر بطريقة عشوائية. (أنجرس موريس، 2004، ص31).

وبالتالي يتم انتقاء أفراد العينة بشكل مقصود من قبل الباحث لأنه يرى أنها تمثل المجتمع الأصلي تمثيلاً صادقاً وتحقق له الغرض من دراسته. واللجوء إلى مثل هذه العينة يجب أن يكون للباحث حسن التقدير وجيد الحكم ويتوفر له أساس موضوعي يستند عليه في حكمه. (سامي عريف وآخرون، 1999، ص62).

وعليه، تتمثل الأسس والمعايير الموضوعية التي أعتمد عليها في اختيار مجموعة البحث في ما يلي:

- السن: تتميز مجموعة بحثنا بكونها تضم خمسة (05) حالات كلهم راشدين تتراوح أعمارهم ما بين 23- 61 سنة.

- الجنس: من ناحية الجنس ليس هناك اختلاف، حيث تكونت مجموعة بحثنا من كلا الجنسين وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى قلة الحالات المتوفرة في المستشفى، مما منعنا من التمكن من أخذ حالات كثيرة من كل جنس والقيام بمقارنة بينهما.

- المرور إلى الفعل: أي أن تكون مجموعة بحثنا من الراشدين الذين حاولوا فعلاً الانتحار، وأن لا يكون لديهم مرض عقلي.

- وسيلة الانتحار: لقد تميزت مجموعة بحثنا باختلاف وتنوع الوسيلة التي استخدمها كل فرد في محاولة الانتحار، كتناول جرعات زائدة من الأدوية أو الطعن بالسكين وكذلك الشنق وقطع شريان اليد.

- الحالة المدنية: إذ لم نأخذ بعين الاعتبار الحالة المدنية للحالات، فنجد من بينهم المتزوج، والبعض الآخر أعزب.

6- مجموعة البحث:

تتكون مجموعة البحث من ( 05 ) أفراد راشدين قاموا بمحاولة انتحارية، والتي تم اختيارها بمراعاة

المعايير السابقة، وفيما يلي الخصائص المميزة لها والتي نعرضها في الجدول التالي:

الخصائص	السن	الجنس	المستوى التعليمي	عدد محاولات الانتحار	وسيلة الانتحار	المهنة	الحالة المدنية	المنطقة
الحالة الأولى	61 سنة	ذكر	بدون مستوى	03	قطع شريان اليد	بدون عمل	متزوج	بومرداس
الحالة الثانية	35 سنة	ذكر	3 ثانوي	02	الأدوية	أعمال حرة	أعزب	تيزي وزو
الحالة الثالثة	46 سنة	ذكر	الابتدائي	03	الأدوية	بدون عمل	متزوج	تيزي وزو
الحالة الرابعة	24 سنة	ذكر	الثالثة متوسط	02	الشنق	بدون عمل	أعزب	بجاية
الحالة الخامسة	23 سنة	أنثى	بدون مستوى	04	الطعن بالسكين	مأكثة بالبيت	عزباء	تيزي وزو

جدول رقم ( 02 ): يوضح خصائص عينة البحث.

7- أدوات البحث:

لمناقشة فرضيات بحثنا كان لا بد من الإعتماد على تقنيات للقياس، تتمثل في كل من المقابلة العيادية النصف الموجهة، مقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة (CISS) الذي أنشئ من طرف " Endler & parker " سنة (1990)، أما التكييف الفرنسي لــــه فقد تم من طرف

Rolland.J-P (1998)، بالإضافة إلى تقنية ثالثة والتي تمثلت في مقياس "بيك" Beck للإكتئاب . (BDI-II) الذي أنشئ من طرف Beck وآخرون سنة (1994)، هذا دون أن ننسى الملاحظة التي تعتبر كأداة من أدوات البحث والتشخيص، ولقد اخترنا استعمال وسائل القياس هذه، لأنها تتناسب مع نوعية دراستنا وتخدمها، وهذا لأننا وضعنا فرضيات تتعلق بدرجة شدة الاكتئاب، وبنوعية إستراتيجيات المقاومة التي يستعملها الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية. وفيما يلي الأدوات المعتمد عليها في هذا البحث وهي:

### 7-1- الملاحظة:

تعتبر الملاحظة أداة من أدوات البحث والتشخيص، عن طريقها يتم جمع البيانات الصادرة عن سلوك الفرد وتصرفاته وتم الاعتماد في هذا البحث على الملاحظة أثناء المقابلة، والتي عرفها "مصطفى عبد المعطي"، (2003) بأنها ملاحظة الظروف والأحداث كما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط، ولا تحتاج إلى إعداد مسبق أو إلى استخدام أدوات دقيقة للتسجيل أو التصوير.

(عبد المعطي حسن مصطفى، 2003، ص74).

حيث اعتمدنا في بحثنا على الملاحظة الموضوعية المناسبة لهذا الغرض.

### 7-2- المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعدّ المقابلة العيادية النصف موجهة تقنية واسعة الإستعمال في علم النفس العيادي، كونها الطريقة المناسبة لجمع المعلومات الكافية عن المفحوص، التي لا تستطيع المقاييس المستعملة أن تقدم لنا مختلف تلك المعلومات، سواء كانت حول حياة المفحوص أو علاقته مع عائلته أو محيطه الدراسي...، كما أن المقابلة تجعل المفحوص يجيب بكل حرية عن الأسئلة المطروحة، كذلك تجعلنا نتعامل مع المفحوص مباشرة، مما يساعدنا أكثر على فهم الظاهرة ومحاولة إزالة الغموض الذي يحيط بها.

كما أن سبب تفضيلنا للمقابلة كان من أجل محاولة إقامة أو خلق علاقة مساعدة مع المفحوص، ولا نكتفي فقط بتطبيق المقاييس أو الإختبارات عليه أين يقوم فيها بالإجابة عليها أو ملئها، بل نتعدى ذلك، إلى محاولة إعادة الثقة بالنفس لدى المفحوص، وتغيير نظرتة لنفسه وحياته بشكل عام.

فالمقابلة العيادية النصف موجهة تعرف بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة، وهي أكثر صرامة للباحث، إذ تتمثل في طرح أسئلة معينة، دقيقة متبوعة بتسلسل متفق عليه. ويكون المفحوص فيها حر في الإجابة، ولكن يبقى دائما مقيد بمضمون إطار السؤال المطروح عليه. (Chiland, 1983, p119) A.

وحسب "A. Blanchet" (1997) المقابلة تعتبر كوسيلة تستخدم في المنهج العيادي من أجل دراسة ظواهر أو حالات، أين يكون التعبير اللفظي الوسيلة التي يحصل عليها الباحث على معارف ومعطيات حول الحالة، التي تخص معاشه الإجتماعي، تاريخ مرضه وإدراكه لمختلف الأحداث، وكذلك مشاكله.

وفي تفسيره للمقابلة العيادية النصف موجهة، اتجه إلى القول أنها نوع من المقابلة، أين يحتاج أو يستعمل الباحث دليل المقابلة الذي يحمل بعض التساؤلات المتعلقة حول الموضوع الذي يود استكشافه وهذه الأسئلة لا تحترم أساس تحليلي أو منظم، إذ يكون حسب وضعية الحالة والموقف الملائم لكل سؤال.

(Blanchet. A, 1997, p40).

وكذلك حسب "Chahnaoui et Bénony" (1999)، تتكون المقابلة العيادية النصف موجهة من مجموعة من الأسئلة حول موضوع البحث التي تطرح حسب وضعية كل حالة، مع ترك المجال للفرد للتعبير بكل حرية وطلاقة وتفادي توجيهه، مما يسمح بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات.

(Chahnaoui et Bénony, 1999, p11-12).

ولقد أدرجت الأسئلة في إطار دليل المقابلة العيادية النصف الموجهة، والذي يشمل على (08)

محاور أساسية، تخص بعض جوانب حياة المفحوص:

- المحور الأول: البيانات الشخصية.
- المحور الثاني: المحيط العائلي للمفحوص.
- المحور الثالث: الحياة الدراسية والمهنية.
- المحور الرابع: نشاطات المفحوص في أوقات الفراغ.
- المحور الخامس: الحالة الصحية عامة.
- المحور السادس: العوامل المؤدية للمحاولة الانتحارية.
- المحور السابع: الحالة النفسية (المعاش النفسي).
- المحور الثامن: التصورات المستقبلية.

### 3-7-3- مقاييس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI-II):

#### 1-3-7- تعريف المقياس:

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس مدى شدة الاكتئاب عند الأفراد انطلاقاً من سن

16 سنة، ولقد تم وضعه من طرف بيك (Beck) وآخرون سنة 1994.

ولقد اخترنا استعمال مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) لأنه المقياس الذي يقيس مدى عمق وشدة الأعراض الاكتئابية، ولأنه المقياس الذي أثبت درجة صدقه وثباته على مستوى القياس النفسي هذا من جهة، ومن جهة أخرى لمحاولة اثبات فرضيتنا التي مفادها أن الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية يعانون من اكتئاب شديد.

يتكون مقياس بيك (BDI-II) من 21 بنداً، ولقد تم وضعه من أجل تقييم الأعراض الموافقة

لمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية حسب كتيب التشخيص الرابع (DSM-IV-R) (1994)

والتفسير الفرنسي (1996). ويتكون كل بند من أربعة (04) عبارات تدرج لتعكس مدى شدة

الأعراض الاكتئابية وكل بند منقط من "0" إلى "3" ماعدا البند السادس عشر (16) المتعلق بـ "تعديلات في عادات النمو" وكذلك البند الثامن عشر (18) المتعلق بـ "تعديلات في الشهية" اللذان يحتويان على سبعة (07) احتمالات للإجابة (0,1a,1b,2a,2b,3a,3b) وهذا لهدف تقييم الإرتفاع أو الإخفاض في هذه السلوكيات.

### 7-3-2- الإستعمال العيادي لمقياس بيك للاكتئاب (BDI-II):

إن مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) يمكننا من تقييم شدة الاكتئاب لدى المرضى الراشدين والمراهقين انطلاقا من 16 سنة، الذين تحصلوا على تشخيص سيكاتري، ولقد تم وضع مقياس بيك للاكتئاب كدليل لوجود، وشدة الأعراض الاكتئابية الموافقة لمعايير كتيب التشخيص الرابع (DSM-IV) وليس كمقياس خاص بالتشخيص الإكلينيكي.

رغم أن مقياس بيك للاكتئاب سهل التطبيق والتنقيط إلا أن المحترفين الذين يملكون خبرة إكلينيكية هم فقط يمكنهم تفسيره.

إن الاكتئاب يمكن أن يكون مصحوبا باحتمالات انتحارية عند المرضى السيكاتريين لذلك يجب على المختص الإكلينيكي أن يكون منتبها ويقضا لنتائج المقياس من أجل اقتراح تدخلات علاجية مناسبة إذا تطلب الأمر ذلك. فالبنود: إثنان (02) (التشاؤم)، وتسعة (09) (أفكار أو رغبات في الانتحار) يجب الإنتباه إليها واتخاذها كمؤشرات لاحتمال الانتحار.

### 7-3-3- تطبيق وتنقيط المقياس:

#### أ- التطبيق:

إن مقياس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI-II) هو اختبار سهل التطبيق والإجراء، يجب أن يكون في مكان جيد الإضاءة وهادئ، لكي يكون الفرد في حالة تركيز. من الأفضل التأكد قبل إجراء

الإختبار، إذا كان المفحوص في حالة هذيان، وأنه قد فهم البنود كلها. ويمكن لبنود الاختبار أن تقرأ بصوت مرتفع من طرف المختص الإكلينيكي، إذا كان الفرد يعاني من صعوبات في القراءة أو صعوبات في التركيز.

أما وقت الإجراء أو التطبيق فيمكن أن يتراوح من 5 إلى 10 دقائق، ونجد أن الأفراد الذين يعانون من اكتئاب شديد أو اضطرابات وسواسية يمكن لهم أن يستغرقوا وقتاً أطول.

#### ب- التنقيط:

النقطة النهائية لمقياس (BDI-II) يتم 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، والنقطة المعيارية العالية تتمثل في (63).

#### 4-3-7- تفسير العلامات:

يتم تفسير العلامات المتحصل عليها كما يلي:

العلامة 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

جدول رقم (03): يوضح تفسير العلامات.

وما يجب الإشارة إليه هو أننا قمنا بترجمة مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) (1994)، اعتماداً على النسخة السابقة التي أعدها الدكتور "أغريب عبد الفتاح غريب"، والذي يتكون

من 13 بندا، أين قمنا بترجمة مقياس بيك Beck المراجع المتكون من 21 بندا بنسخته الفرنسية، و ذلك بمساعدة أشخاص يتقنون اللغة الفرنسية والعربية معا، دون أن ننسى مجهوداتنا الخاصة طبعاً.

#### 4-7-4- مقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة (CISS):

##### 1-4-7- تعريف المقياس:

مقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة (CISS) تم وضعه من طرف " Endler &

Parker"، (1990)، أما التكييف الفرنسي له فقد تم من طرف "Rolland.J-P"، (1998)

وهو سلم يسمح لنا بقياس الأوجه المتعددة للمقاومة. (Rolland.J-P, 1998, p02)

##### 2-4-7- وصف عام للمقياس:

هو مقياس من نوع ورقة وقلم، ويطبق فردياً وجماعياً، ويتكون من ثمانية وأربعين (48) بندا تقيس

أساليب المقاومة، ويوجد شكل للراشدين وشكل للمراهقين، وكل شكل يتضمن:

- 16 بند يخص الإستراتيجيات المتمركزة حول المهام.

- 16 بند يخص الإستراتيجيات المتمركزة على الإنفعال.

- 16 بند يخص الإستراتيجيات المتمركزة على التجنب.

وهناك سلمان ثانويان لبعده التجنب:

- 8 بنود للإستراتيجيات المتمركزة على التسلية.

- 5 بنود للإستراتيجيات المتمركزة على الدعم أو التحويل الإجتماعي.

ويتميز المقياس بما يلي:

- بنود المقياس تم وضعها على أساس منطلق نظري وإمريقي، وقد تم استعمالها في عدة بحوث أو

تطبيقات، مما سمح بمقارنة علامات المقياس بمتغيرات أخرى متعلقة بالشخصية والصحة.

- مقياس متعدد الأبعاد لأساليب المقاومة وهي: الموجه نحو المهمة، نحو الانفعال، ونحو التجنب وهذا النوع من التقرب سمح لنا بتوضيح وتحديد:
- التنبؤ بأنواع الأساليب المختلفة للمقاومة.
- فهم أنماط الأفراد المختلفة أو علاقاتها بنوع الإستراتيجيات المستعملة.
- فهم العلاقة بين أساليب المقاومة وبعض متغيرات الشخصية. (Rolland, J-P, 1998, p02-03)

### 7-4-3- أدوات الاختبار:

تتكون أدوات مقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة (CISS) من:

- 1- ورقة تحمل من جانب التعليم العامة ومن جانب آخر التعليم المهنية. وتمثل التعليم في طلب من الفاحص تحديد أو الإشارة إلى الإجابة التي تتناسب مع أسلوب الاستجابة عندما يتعرض لوضعية ضاغطة، أين يقوم الفاحص بوضع دائرة على الرقم الذي يراه مناسباً له، وتراوح سلم الدرجات من (1) التي تعني أن لا تنطبق عليه إطلاقاً، ودرجة (5) التي تعني أنها تنطبق عليه تماماً. مع المرور بالإجابات الوسطية (2، 3، 4)، التي تسمح بالتدقيق أكثر في الإجابة.

### 2- ورقة التصحيح:

- تتكون ورقة التصحيح من سلم مرقم من (1 إلى 5)، الموجود في ورقة الاختبار، وخمس خانات أين نسجل عدد الإجابات عليها في ورقة الإجابة، وهي ممثلة لـ:

- المهام (Tâche).
- الانفعال (Émotion).
- التجنب (Évitement).
- التسلية (Distraction).

## - الدعم الاجتماعي (Diversión sociale).

وقبل تصحيح وتفريغ الإجابات على ورقة التصحيح، يجب على المختص التحقق من أن العبارات أحاب عنها، إذا نسي أحد البنود التأكيد من استكمالها وإذا وجد 5 بنود أو أقل لم يجب عنها أو أكثر من إجابة، نضع نقطة وسطية (3)، وإن وجدت أكثر من 5 بنود لم تكمل فالعلامات المتحصل عليها ليست صادقة. (Rolland, J.P, 1998, p13)

## 3- الورقة البيانية:

هي ورقة متكونة من (5) خانات ممثلة لكل نوع لإستراتيجيات المقاومة (المهام، الانفعال التجنب، التسلية والدعم الاجتماعي) وكل خانة مقسمة إلى قسمين ذكر وأنثى وفي كل خانة نسجل العلامة المتحصل عليها في كل أسلوب إستراتيجي، لنقوم بعد ذلك بإسقاطها للحصول على نقطة (T) وهذه الأخيرة هي نقطة عامة يتحصل عليها الفرد. فمثلا قد يتحصل الفرد على نقطة خامسة على سلم المهام (64) وبإسقاطها على نقطة (T) يتحصل على نقطة (55). مما يدل على استعمال متوسط لإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المهام. (Rolland, JP, 1998, p14)

## 7-4-4- طريقة التنقيط وتفسير النتائج:

يتم جمع المعلومات المتعلقة بكل إستراتيجية لتتوصل على النقاط الخام التي نحولها إلى نقاط معيارية (T) بواسطة الورقة البيانية وتتوصل على النسبة المئوية لتحديد مستوى الإستراتيجية، ويتم تغيير النقاط (T) كما هو مبين في الجدول التالي:

التفسير	النقاط
عالية	أكثر من 70
أعلى بكثير من المتوسط	66 إلى 70
فوق المتوسط	61 إلى 65
فوق المتوسط بقليل	56 إلى 60
متوسط	45 إلى 55
تحت المتوسط بقليل	40 إلى 44
تحت المتوسط	35 إلى 39
تحت المتوسط بكثير	30 إلى 34
ضعيفة	أقل من 30 نقطة

(Rolland, J.P, 1998, p20).

جدول رقم ( 04 ): دليل تغير النقاط

# الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد أن كنا قد تطرقنا في فصلنا السابق إلى الجانب المنهجي للبحث أين تناولنا فيه المنهج المتبع في البحث، الدراسة الاستطلاعية، ومكان إجراء البحث، طريقة إجراء البحث، المعاينة وكذا مجموعة البحث وخصائصها بالإضافة إلى الأدوات المستعملة في البحث، لنتقل إلى الفصل الموالي والذي سنتناول فيه عرض ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها من خلال دراسة الحالات من أجل تأكيد أو نفي فرضيات البحث، وذلك يكون أولاً بعرض الحالات فردياً ثم عرض نتائج الحالات الخمسة لنصل في الأخير إلى مناقشة وتحليل نتائج الحالات الخمسة.

**1- عرض نتائج الحالات الفردية:****1-1- الحالة الأولى:****1-1-1- تقديم الحالة:**

يبلغ الحالة رقم (01) من العمر 61 سنة، وهو رجل من ولاية بومرداس، متزوج وأب لثلاث (03) بنات، وهو بدون مستوى تعليمي باستثناء بعض الدروس المسائية فقط، يملك ست (06) إخوة ويحتل المرتبة الثالثة بينهم، لا يشغل ولا وظيفة أما من حيث المستوى المعيشي فهو متوسط.

تم إدخاله إلى المستشفى في يوم 2011/07/19 أي في اليوم نفسه الذي قمنا فيه بمقابلته، بعد قيامه بمحاولة انتحار عن طريق قطع شريان يده.

فقد تم وضع الحالة في الجناح المخصص للرجال قصد التكفل بحالته.

**1-1-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:**

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان الحنفي" الذي يوجد مقره بواد عيسي ولاية تيزي وزو وذلك على الساعة 09h00 صباحا، أين بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي بصدد التحضير لمذكرة التخرج لأجل القيام بالجانب التطبيقي اللازم للبحث، وبعد أخذ إذن الطبيب المشرف على الحالة وكذا رئيس المصلحة المتواجد بذلك الجناح المخصص للرجال لإجراء المقابلة مع الحالة، فقام رئيس المصلحة بإحالة إلينا الحالة أين طلبنا من هذا الأخير الإذن على إجراء المقابلة معه، وشرحنا له كيفية إجراء ذلك كلاً من المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا الاختبارين، فوافق على ذلك بكل سرور وبدأ جد متحمس لذلك مما ساعدنا على ذلك، وخصوصاً أننا أخبرناه بأن هذا في غاية السرية وما هو سوى أنه بحث علمي أكاديمي، فرحب بالفكرة كثيراً.

وفي أثناء حديثنا مع الحالة بدى لنا أنه متقدم في السن نوعا ما، ذو بنية متوسطة، ومتوسط القامة، لكن ما لاحظناه هي ملامح التعب والإرهاق واضحة عليه، لكن رغم هذا فقد أكمل معنا المقابلة حتى نهايتها، فكانت معاملته حسنة معنا مما ساعدنا في إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة في ظروف جيدة، بالإضافة إلى الإختبارين.

الحالة هو رجل متقدم في العمر يعاني من مشاكل مع عائلته من جهة، ومع أخيه من جهة أخرى، ما يفسر لنا عدم ارتياحه معهم وتدهور العلاقة فيما بينهم، فمن طرف عائلته وخاصة زوجته التي دائما تلح عليه بأن يذهب للبحث عن عمل ليشغله، رغم تقدمه في السن، ومن جهة أخرى قيام أخيه بخداعه في الشراكة معه حول مشروع بناء، حيث حسبه أنه قام بخداعه وهو الذي وضع فيه الثقة الكاملة لأنه أخوه، أما من ناحية الأقرباء فيملك البعض منهم لكن غير مهتمين إلا بأنفسهم رغم أنهم ميسوري الحال، حيث قال بشأنهم عندما يطلب منهم المساعدة فيكون الرد منهم "مَا عَلَابَالِيشُ بِيكُمْ" أي لست مباليا بكم، مما يعني أن العلاقة بين أقرائه غير متقاربة وليسوا مساندون لبعضهم البعض، فبالتالي لا يمكن الاعتماد على بعضهم البعض، فالعلاقة سطحية، كذلك يضيف أنه يجب أن يتحدث إلى الأصدقاء لكنه يشعر دائما بقلق كبير حيال ذلك، بالإضافة إلى موقف عائلته الغير المساند والداعم لمشاكله التي عوض أن تقف إلى جانبه وخاصة من طرف زوجته، ذهبت تطلب منه البحث عن عمل وهو في الستينات من عمره، بل أبعد من ذلك كان يقول لهم بأنني سأنتحر فيكون ردهم عادي أي غير مبالون بما يقول حسب ما صرح به، حيث صرح بأنه لا يوجد في العائلة من يساعده أو يسأل عنه، أما الآخرين فهم يساعده ويقصد بذلك الغرباء.

فالحالة يبدو بدون مستوى تعليمي يذكر باستثناء بعض الدروس المسائية في تلك الفترة، مما يعني أنه لم تسنح له الفرصة لكي يكتشف متعة الدراسة ودورها في تكوين شخصية وكيان الفرد من جميع النواحي

فكريا، اجتماعيا، ثقافيا وحتى نفسيا، لكن رغم هذا بدا لنا أنه إنسان تعلم الكثير من الأشياء في هذه الحياة.

لكن حرمانه من متعة الدراسة لا يعني حرمانه كذلك من امتلاك هواية معينة، حيث أن الحالة كان يهوى القيام بممارسة عدة رياضات وذلك في قوله: "خَدْمَاغْ أَطَاسْ نَا les sports، الجيدو، الفوتبال، وَاكِي زِيكْ أَنِّي" أي مارست عدة رياضات، منها الجيدو، كرة القدم، لكن هذا في القدم، وذلك حسب قوله إلى أن حدث مشكل مع أخيه وذلك في سنة 1987، عندما قام بخداعه في قضية الشراكة التي كانت بينهما حول مشروع بناء للسكنات، بالإضافة إلى حادثة أخرى والمتمثلة في عملية القتل التي تعرض لها زوج ابنته حيث بقيت له كذكرى مؤلمة وأثرت فيه كثيرا، لربما السبب في لجوئه إلى القيام بالمحاولة الانتحارية.

صحيا يبدو من خلال حديثه، أنه لا يعاني من أي مرض أصيب به، بالتالي ليس من مشكل فيما يخص هذا الجانب من شأنه أن يقف عائقا أمامه وأمام أهدافه في الحياة، ولا سببا في اكتتابه وكذا لجوئه إلى القيام بوضع حد لحياته، أما من ناحية الشهية للأكل، فيبدو أن الحالة لديه الشهية للأكل ونفس الشيء بالنسبة للنوم وخصوصا أنه يتناول الأدوية ويجس بالراحة وأنه ينسى كل شيء عندما ينام في المستشفى حسب قوله، مما يعني استعماله لميكانيزم دفاع وهو الهروب وحتى أنه لا يعاني من الكوابيس أثناء النوم، دون أن ننسى الاعتناء بنظافة جسمه وهندامه حيث قال بأن ذلك لا بأس به.

ولعل المشكل الحقيقي الذي دفع بالحالة إلى لجوئه القيام بالمحاولة الانتحارية هو بسبب أخيه، عندما قام هذا الأخير بخداعه، إلا أننا من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة، بدا لنا أنه بالإضافة إلى هذا المشكل، هناك مشكل آخر والذي أثر في حياته ونفسيته بشكل كبير، مما يمكن أن يكون من بين الأسباب التي جعلته يقوم بذلك الفعل، وهو حادثة قتل زوج ابنته، كذلك المشكل مع عائلته وخاصة مع

الزوجة، وكذا مع أبنائه وأبناء أخيه. فالمشاكل عديدة في حياة الحالة، مما ربما يفسر تعدد محاولات الانتحار التي قام بها، بحيث هذه المحاولة تعد الثالثة في تجربته، بعد أن كانت المحاولتان الأوليتان عن طريق قطع شريان اليد ومحاولة رمي نفسه في الميناء *le port*، لتأتي هذه المحاولة الثالثة والأخيرة بقطع شريانه وذلك داخل المستشفى لأنه كان قد دخل إليه منذ فترة مضت، فحسب قوله عندما شعر بالقلق والضيق وكثرة المشاكل اتجه إلى المستشفى وهو حامل معه السكنين ليقوم بقطع شريان يده، ليتم إنقاذه وتم التكفل به، حيث كان هدفه من ذلك وضع حد لحياته نهائياً، إلا أنه لا يوجد أحد في عائلته أقدم على المحاولة الانتحارية من قبل.

إلا أننا نجد بأن الحالة يحس بأفضل حال في المستشفى وأحسن من تواجهه بالمتزل وذلك في قوله: "ذَا كِي ذِي *l'hôpital, ça va*" أي هنا بالمستشفى لا بأس بذلك، وخاصة أنه يتعد من أحد المشاكل التي يعاني منها ونقصد بذلك زوجته وأبنائه، فيرتاح على الأقل من الضغط الذي كانوا يمارسونه عليه، لكنه بعد قيامه بمحاولة الانتحار تبين لنا من أنه لم يكن خائفاً ولم يشعر بالآلام وكان يتمنى الموت وذلك في قوله: "مَنَّاعُ أَدُ أَمَّاعُ، *c'est pas une vie*، مَانِيشُ عَايشُ" أي تمنيت أن أموت، هذه ليست بحياة، لا أرى بأني أعيش حقاً.

ما تبين لنا أثناء المقابلة العيادية مع الحالة أنه لا يشعر بالندم اتجاه ما قام به، حيث صرح بذلك في قوله: "أُورُ ائِدِمَاعُ آرَا، وَاللَّهُ مَا ائِدَمَاعُ" أي لم أندم إطلاقاً، والله لم أندم، مما يفسر تعبه من مشاكلة ومعاناته التي لم يعد يتحملها مما جعله يصرح بهذه العبارات المتشائمة اتجاه الحياة، وللأسف الشديد أنه يفكر في معاودة ذلك إن أثرت فيه مجدداً وضعيته ومشاكله التي يعيشها، بحيث قال: "تَسَخْمِمَاعُ آسُ عَاوْذَاعُ، *cela dépend du jour*، أُولَاشُ أُوْرُكُلُ الْحَيَاةِ، *c'est pas une vie*" أي أفكر في إعادة الكرّة، ربما يوماً ما، ليست هناك أية حياة، هذه ليست بحياة، فنلمس هنا النظرة التشاؤمية اتجاه الحياة

بالكامل، فهو يرى بأن المشكل في " le social " على حد تعبيره، وهو يقصد بذلك la société أي المجتمع أبناءه وأبناء أخيه بالإضافة إلى زوجته التي دائما تلح عليه بأن يذهب للعمل وهو في سن الـ61 سنة، وذلك بسبب أن أخوه خدعه في الشراكة التي كانت قائمة بينهما ليجد نفسه لا يملك شيئا مع أخيه وهولا يستطيع اليوم في عمره هذا بالعمل، حيث أنه قال بأن زوجته عوض من أن تطلب ذلك من الأبناء لكي يشتغلون، الذين هم عاطلون عن العمل، اتجهت بطلبها إلى هو، حتى أنه قال لنا بأنه لا أحد سيقبله كعامل حتى ولو مهنة حاجب، بالتالي يرى بأن الحل الوحيد هو اللجوء إلى الانتحار للهروب من هذا الواقع المؤلم ومن كل هذه المشاكل التي أحاطت به، مما يعني أنه لا يتصور أي مستقبل بالنسبة إليه ما دامت تلك المشاكل لم تنتهي وتحل، وخصوصا عندما فشل في مشروع الشراكة مع أخيه، بالتالي لم يعد يفكر في المستقبل وخاصة أننا لا يجب أن ننسى تقدمه في السن، فمن ناحية العزيمة والجهود والإرادة كلها أشياء وإن كانت لديه فتكون بنسب قليلة.

وعليه نستخلص من عرض الحالة أنه يعاني من مشاكل كثيرة ساهمت بشكل كبير في التأثير فيه اجتماعيا، ماديا ومعنويا، فهو حسب حديثه معنا أثناء المقابلة العيادية النصف موجهة، كان يعاني من مشكل نفسي وتدهور في حالته النفسية نتيجة المعاملة التي كان يعامل بها من طرف أقرب الناس إليه ألا وهم عائلته المتمثلة في زوجته، أبنائه، أبناء أخيه دون أن ننسى كذلك أخوه، بالإضافة إلى حادثة قتل زوج ابنته والتي نرى بأن هذه الحادثة لربما كانت السبب الكبير في اضطراب حالته النفسية بالتالي لجوئه إلى القيام بالمحاولة الانتحارية، رغم هذا نجده يشعر بحال أفضل بتواجهه بالمستشفى.

## 1-1-3- عرض نتائج مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II)

رقم الحالة	درجة الاكتئاب	المستوى
(01)	39	شديد

جدول رقم ( 05 ): نتائج الحالة (01) على مقياس بيك للاكتئاب

تحصل الحالة رقم (01) في مقياس بيك للاكتئاب على درجة (39)، والتي تدل على وجود الاكتئاب بمستوى شديد لأنها توافق مستوى الاكتئاب الشديد الذي يمتد ما بين (28-63)، من خلال ما دلت عليه المقابلة العيادية ب بروز عدة أعراض اكتئابية شديدة سيطرت على الحالة من أهمها نجد: الإحساس بالتعب للقيام بأشياء معينة، مشاعر الحزن، الفشل، فقدان الأمل بالنسبة للمستقبل، الإحساس بالذنب ... الخ.

## 1-1-4- عرض نتائج مقياس CISS للوضعيات الضاغطة:

القيمة	المهمة	الإنفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
الدرجة الخام	43	69	58	33	16
نقطة T	32	76	69	83	53
النسبة المتوية	4%0	99%	97%	99%	62%
المستوى	تحت المتوسط بكثير	عالي	أعلى بكثير من المتوسط	عالي	متوسط

جدول رقم (06): نتائج الحالة (01) على مقياس CISS

من خلال نتائج هذا الجدول، يتضح لنا أن الحالة (01) يستعمل استراتيجيات المقاومة بدرجات متفاوتة حيث في الأول يلجأ إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية بنقطة T=83، والتي تمثل درجة عالية وذلك بسبب أنه يحاول أن يبعد عن نفسه القلق والضغط بالإهتمام بأمور أخرى

تسليه وتنسيه مشاكله ومعاناته، لكن رغم هذا لا يعني أن الحالة لا يمتاز بشدة الانفعال بل بالعكس من ذلك، فنجد أنه يلجأ إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة على الانفعال وذلك بنقطة  $T=76$ ، أي بدرجة عالية ما يفسر شدة انفعال الحالة بشكل كبير وقلقه وتوتره، وهذا ما دلت عليه المقابلة العيادية النصف موجهة.

لكنه يلجأ بعد ذلك إلى استعمال الإستراتيجية من نوع التجنب وذلك بنقطة  $T=69$ ، والتي تمثل درجة أعلى بكثير من المتوسط، فالحالة يحاول تجنب الوضعية التي هو عليها وعدم التفكير في ذلك والاهتمام بأمور أخرى كالنوم مثلاً قصد نسيان مشاكله.

ليلجأ بعد ذلك إلى استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي والتي كانت بنقطة  $T=53$ ، أي بدرجة متوسطة وهذا ما تبين من خلال المقابلة العيادية مع الحالة، حيث نقص الدعم والمساندة وخاصة من الناحية المعنوية والنفسية سواء من طرف عائلته أو من طرف المجتمع.

ليعتمد في الأخير على الإستراتيجية المتمركزة على المهمة بنقطة  $T=32$ ، والتي تمثل درجة تحت المتوسط بكثير فالحالة لا يبذل الجهد من أجل إيجاد حل لوضعيته، ولا تحديد طريقة معينة قصد إتباعها من أجل الوصول إلى حل لوضعيته التي يعاني منها ولربما بسبب تقدمه في السن.

## خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة التي تم إجراؤها مع الحالة (01)، وبعد تطبيق وتحليل نتائج المقياسين، مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة، حيث كان متقدما نوعا ما في العمر لكنه ما يزال في قواه الجسمية والعقلية، لكن ما لاحظناه عليه أنه كان متعب ومرهق وكان يتكلم معنا ويحسب علينا أسئلتنا بنوع من الصعوبة والثقل، لكن رغم ذلك كان صبورا معنا وأكمل معنا المقابلة حتى نهايتها، بالإضافة إلى هذا أبدى معاملة جيدة جدا معنا وكأنه إنسان مثقف ومتفهم لنا بشكل جيد مما لا يعكس مستواه التعليمي حيث لم يكن له مستوى دراسي، لكن المشاكل التي يعاني منها جعلته يدخل في مرحلة قلق واضطرابات شخصية مما جعلته يصل إلى مرحلة الاكتئاب الشديد والعالي المستوى، وهذا من خلال ما بينه مقياس بيك للاكتئاب من نتائج والذي طبقناه على الحالة، فبدا واضحا أثناء المقابلة العيادية التي أجريناها معه، تلك المشاعر السلبية اتجاه ذاته، وأنه لم يبقى له شيء في هذه الحياة، لكن رغم هذا يحاول أن يشغل نفسه عن تلك المشاكل ولا يحاول التفكير فيها بالتالي يتجنبها وهذا ما بينه مقياس استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية الذي طبق عليه، والذي أسفر على درجة عالية، كذلك نفس الشيء بالنسبة للإستراتيجية المتمركزة على الانفعال فتحصل فيها على درجة عالية، مما يعني عدم تمكنه من الحفاظ على توازنه الانفعالي مما أدى به إلى قيامه بمحاولة الانتحار. وما زاد من حالته فقدان الدعم والسند الاجتماعي، وخاصة من طرف العائلة وهذا ما بينه مقياس الـ CISS فيما يخص الدعم الاجتماعي، أين تحصل الحالة على درجة متوسطة، بالتالي حرمانه من أهم شيء يمكن أن يفيدوه وهو في مثل هذه الوضعية. ولعل هذا ما تبين خلال المقابلة العيادية مع المفحوص بعدم تلقيه المساعدة و الدعم من أقربائه و عائلته خاصة.

## 1-2- الحالة الثانية:

## 1-2-1- تقديم الحالة:

يبلغ الحالة رقم (02) من العمر 35 سنة، وهو من ولاية تيزي وزو، فيما يخص حالته المدنية فهو أعزب، أما مستواه الدراسي فهو الثالثة ثانوي، عدد أفراد عائلته ليس بكبير فهو يعيش مع أمه وأخيه الأكبر منه، أصبح يتيم الأب منذ أن كان في عمره عامين وليس لديه مهنة مستقرة وثابتة، أمه معلمة بالتعليم الابتدائي أما فيما يخص مستواهم المعيشي فهو جيد.

أدخل السيد إلى المستشفى منذ شهرين قبل أن نقوم بالمقابلة معه أي في شهر ماي الماضي، وذلك بعد قيامه بمحاولة الانتحار بواسطة شربه لكمية من الدواء مما استدعى نقله إلى المستشفى.

ولقد تم وضعه في الجناح الخاص بالرجال أين تلقى التكفل الطبي والنفسي الضروري لذلك.

## 1-2-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة في مستشفى الأمراض العقلية فرنان الحنفي الذي يوجد مقره بواد عيسي ولاية تيزي وزو وذلك على الساعة 13h00 بعد الزوال، أين بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي بصدد التحضير لمذكرة التخرج لأجل القيام بالجانب التطبيقي اللازم للبحث، وبعد أخذ إذن الطبيب ورئيس المصلحة المشرف على ذلك الجناح المخصص للرجال لإجراء المقابلة مع الحالة فقام رئيس المصلحة بإحالة إلينا الحالة أين طلبنا من هذا الأخير الإذن على إجراء المقابلة معه، وشرحنا له كيفية إجراء ذلك كلا من المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا الاختبارين، فوافق على ذلك بكل سرور وبدا جد متحمس لذلك مما ساعدنا على ذلك، وخصوصا أننا أعلمناه بأن هذا في غاية السرية وما هو سوى أنه بحث علمي أكاديمي، فرحب بالفكرة كثيرا.

وفي هذه المقابلة أبدى السيد معاملة طيبة وحسنة معنا، وكان جد متفهم لما نريده وهذا ما يبين مستواه التعليمي طبعاً، فكان يتحدث إلينا بشكل فيه نوع من الحيوية والنشاط ويفهم الأسئلة بشكل جيد ما عدا في البعض منها، كما أن كيفية حديثه معنا كانت لا تعكس حقاً مستواه التعليمي فكان يفوق مستواه الثالثة ثانوي، مما سمح لنا بالتعامل معه بشكل جيد أثناء المقابلة. فكلامه كان واضح ومفهوم، كما أنه ذو بنية جسمية جيدة وقامة متوسطة، تميز كذلك بالهدوء أثناء المقابلة مما ساعدنا في إكمال المقابلة العيادية النصف موجهة والاختبارين وبشكل جيد.

فالحالة هو راشد يعيش مع عائلة قليلة العدد هما أمه وأخوه، وهو مرتاح معهم وتربطه بهما علاقة وطيبة، وذلك على حد قوله: "oui, très bien, c'est une bonne relation" أي نعم جيد جداً، علاقة جيدة. كذلك بالنسبة لوالديه قبل أن يتوفى أبوه كانت العلاقة بينهما جيدة وبدون أية مشاكل، وحتى من ناحية أقربائه فالعلاقة بينهم لا بأس بها، بحيث قال: " j'ai une bonne relation avec les autres" أي لدي علاقة جيدة مع الآخرين. وأنه لم يحدث له وأن تعرض لمشكل معهم، مما يتبين لنا من هذا أن الحالة محيطة الأسري مناسب له وأنه حظي بالاهتمام وخاصة من طرف أمه التي كانت تأتي مرات عدة لزيارته ولعل العدد الصغير لأفراد عائلته جعله يحظى بذلك الاهتمام والرعاية. لكن قيامه بمحاولة الانتحار أثر فيهم وخاصة أمه، حيث صرح لنا: " j'ai senti un peut qu'ils sont touché, très touché". أي شعرت بأنهم تأثروا لذلك، تأثروا بشدة. وهذا أمر منطقي نظراً للفعل الذي أقدم عليه.

عكس الحالة السابقة، فهذه الحالة لديها مستوى دراسي لا بأس به وهو الثالثة ثانوي لكنه لم يكمل دراسته منذ 10 سنوات، رغم أنه حسب قوله كان يجد المتعة واللذة في التعلم والدراسة، لذلك ليس لديه أي مشكل في ذلك مما يعني أن علاقته بالأساتذة والزملاء جيدة حيث قال لنا بشأن هذه العلاقة ما

يلي: " j'ai des bonnes relations " أي لدي علاقات جيدة، كما أن علاماته كانت فوق المتوسط وكذا بالنسبة للمعدل فكان يحصل على 10/10 أو 10/11، ولا يملك أية مشاكل مدرسية أو مهنية يعاني منها، إلا أنه من حيث الغيابات فكان يتغيب من حين إلى آخر فقال: " Du temps en temps "

ولمنا كذلك أنه يحب المشاركة في النشاطات والأعمال المختلفة التي تنظم بالمدرسة ويفضلها جماعيا، حيث جاء في حديثه: " bien sur, on participe a des activités culturelles et les excursions. " أي بالطبع أشرك في النشاطات الثقافية والرحلات. وعن تفضيله ذلك بصفة فردية أو جماعية، فقال: " collectives c'est mieux " أي أفضلها جماعيا.

وما تبين أثناء المقابلة، أن الحالة شاب نشط ورياضي فهو يحب ممارسة الرياضة وخاصة السباحة التي تعتبر من أكمل الرياضات وأحسنها، وأنه يجد متعة كبيرة في ممارستها على حد قوله فقال: " oui, grand plaisir " ويمارسها لأنه يجد نفسه مرتاحا ومسترخيا فيها بعيدا عن كل الضغط والقلق والاكئاب حيث قال: " je trouve que je me relâche " و يلجأ إليها كلما شعر بذلك.

ويظهر لنا من أن الحالة لا يعاني من أي مرض وراثي أصيب به حسب قوله وكذا استنادا إلى المختصة النفسانية المتواجدة بذلك الجناح، فليس هناك أي مشاكل من هذه الناحية لتقف أمامه كعائق في حياته، أما شهيته للأكل فهي جيدة حيث قال: " je mange bien ". أي أكل بشكل جيد. لكن من حيث النوم فهو صعب في بعض الأحيان وذلك في قوله: " des fois c'est un peu difficile " كما أنه يبدو متقطع وخاصة مع تناوله للدواء ويتخلله كوابيس كذلك، دون أن ننسى اهتمامه بالنظافة فيما يخص هندامه وجسمه.

من خلال المقابلة مع العميل اتضح لنا بأن سبب قيامه بالمحاولة الانتحارية يعود إلى القلق الشديد على حد تعبيره حيث قال: "c'est l'angoisse" ولا يوجد أي سبب آخر جعله يقوم بذلك الفعل، فهو يحس دائما بالضيق والقلق، لكنه رغم كل هذا، فإن ذلك لا يستحق فعلا اللجوء إلى وضع حد لحياته وذلك عندما صرح بالقول: "en réalité, non" أي في الحقيقة، لا. ويعني بلجونه إلى الانتحار، إلا أنه كان ربما متوقع منه أن يقوم بذلك في يوم ما، لأنه كان يعتقد ذلك ويتخيلها أو يفكر فيها حسب قوله: "j'ai imaginé d'un certain moment". أي تخيلت ذلك في وقت ما.

إلا أن هذه المحاولة الأخيرة لم تكن الأولى في حياته، حيث كانت الثانية، بعدما كانت الأولى قام بها عندما كان في عمره 17 سنة بواسطة تناوله لكمية من الدواء les comprimés، وهي نفس الوسيلة التي بواسطتها قام بالمحاولة الثانية هذه، وذلك في المنزل على الساعة الخامسة مساءً، ولعل الهدف من قيامه بذلك حسب رأيه قال: "pour mettre fin à cette souffrance, en réalité ce n'est pas une solution" أي لوضع حد لهذه المعاناة، في الحقيقة ليس ذلك بحل.

وبدا لنا أنه الوحيد في العائلة الذي أقدم على الإنتحار ولا حتى فيما يتعلق بأقربائه.

وعن حالته النفسية حاليا داخل المستشفى، فاتضح من أنه مرتاح فيه أحسن من تواجده في المنزل وذلك من خلال ما صرح به حيث قال لنا: "je suis très bien, mais dans la maison, il y a l'angoisse, je me sens très angoissé, stressé..." لكن في المنزل أحس أكثر بالقلق والضغط. ما يعني أن الحالة يجد نفسه بدون ضغط ولا قلق في المستشفى عكس المنزل، رغم أنه يحس باهتمام العائلة به لكن لاحظنا دائما بأن الحالة كان يركز وبتكرار وإلحاح على مشكل تلك المعاناة التي يعاني منها والتي ترعجه وتجعله لا يتكيف مع حياته على حد قوله فقال: cette souffrance qui me dérange"، أي هذه المعاناة هي التي ترعجني، وهو يقصد بذلك حالات

القلق والضغط النفسي التي لا يعلم سببها، رغم كل ذلك إلا أن الحالة شعر بالندم لما أقدم عليه من محاولة لإنهاء حياته بحيث قال: "j'ai des regrets" أي ندمت.

أما عن التصورات المستقبلية للحالة ما دام شعر بالندم لما أقدم على فعله، أنه لا يفكر إطلاقاً على الإقدام مرة أخرى على تكرار ما فعله، لذلك فهو يرى المستقبل بالنسبة إليه تارة يكون فيه أمل وتارة أخرى غير ذلك من خلال ما صرح به في قوله: "des fois, on vis avec espoir, et des fois avec désespoir"، أي مرات يكون هناك أمل في الحياة لكن مرات أخرى لا يكون هناك أمل في الحياة. رغم هذا كله لم يمنع من أنه يملك طموحات ومشاريع يود تحقيقها فيما بعد وسيعمل على تحسين ظروفه وأموره، وخاصة أنه واثق من نفسه ولديه الإرادة والعزيمة لتحقيق كل ذلك، دون أن ننسى أنه لديه هدف سطره ويرغب في أن يحققه في يوم ما حيث قال: "j'ai un but"، أي لدي هدف، أما ما مدى اعتقاده في أن يحققه أم لا فقال "oui"، مَا يَقَعَا رَبِّي " أي نعم، إن شاء الله. وهنا نلاحظ التزعة الدينية لدى الحالة.

ما نخلص إليه بعد العرض السابق للحالة، أن السيد يعاني من القلق الشديد وذلك حسب قوله، إلا أنه أبدى معاملة حسنة وطيبة معنا طيلة فترة المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريناها معه، حيث عبر عن هذا القلق بأنه معاناة يلازمه ولا يعلم سببها له، وحسبه هذا القلق هو السبب في إقدامه على القيام بالمحاولة الانتحارية، إلا أنه أثناء المقابلة معنا لم يكن قلقاً أو متوتراً، فكان يجيب على الأسئلة التي طرحناها عليه بكل حيوية ونشاط، إلا أنه بين وقت وآخر يعود ليلح على مشكل القلق الذي لا يعلم سببها له، لكن يجد نفسه مرتاحاً بتواجده بالمستشفى أفضل من المنزل، وأقل قلقاً وضغطاً ما من شأنه أن يسمح له بالتكيف بشكل أفضل من ذي قبل.

## 1-2-3- عرض نتائج مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II)

رقم الحالة	درجة الاكتئاب	المستوى
(02)	52	شديد

جدول رقم ( 07 ): نتائج الحالة (02) على مقياس بيك للاكتئاب

تحصل السيد في مقياس بيك للاكتئاب على درجة (52)، والتي تدل على وجود الاكتئاب بمستوى شديد لأنها توافق مستوى الاكتئاب الشديد الذي يمتد ما بين (28-63)، من خلال ما دلت عليه المقابلة العيادية ب بروز عدة أعراض اكتئابية شديدة سيطرت على الحالة من أهمها نجد: مشاعر الفشل والحزن وعدم اللذة والإحساس بالذنب وعدم حب النفس ولوم الذات والإحساس بعدم القيمة...

## 1-2-4- عرض نتائج مقياس CISS للوضعيات الضاغطة:

الإستراتيجية	المهمة	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
القيمة	73	68	66	31	24
الدرجة الخام	62	75	76	79	69
نقطة T	89%	99%	99%	99%	97%
النسبة المئوية	فوق المتوسط	عالي	عالي	عالي	أعلى بكثير من المتوسط

جدول رقم ( 08 ): نتائج الحالة ( 02 ) على مقياس CISS.

من خلال هذا الجدول، يتضح لنا بأن الحالة (02) يستعمل استراتيجيات المقاومة بدرجات متقاربة وذلك فيما يخص كل من الإستراتيجية المتمركزة حول التسلية والتي نجدها في الدرجة الأولى وذلك بنقطة T = 79 والتي تمثل درجة عالية، وهذا ما دلت عليه المقابلة العيادية النصف موجهة، وذلك بالانشغال بأمور أخرى أكثر ترفيها وتسلية لتنسيه وضعيته، ثم نجد الإستراتيجية الثانية وهي المتمركزة على

التجنب بنقطة  $T = 76$  وتمثل بدورها أيضا درجة عالية من خلال محاولته تجنب وضعيته وعدم التفكير فيها والابتعاد عن العزلة بل محاولته التواجد مع الآخرين وذلك قصد الابتعاد عن القلق، وكإستراتيجية ثالثة نجد تلك المتمركزة حول الانفعال وذلك بنقطة  $T = 75$  والتي تمثل درجة عالية كذلك، رغم عدم بروز واضح لمشاعر القلق والتوتر أثناء المقابلة، إلا أنه بدا لنا في كلامه أنه يحمل نوع من الحركة و التوتر، ربما كانت السبب في انفعاله الشديد وبالتالي في لجوئه إلى القيام بمحاولة انتحارية مما أثرت على حالته النفسية، بعد ذلك يلجأ إلى الاعتماد على الإستراتيجية المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بنقطة  $T = 69$  وهي تمثل درجة أعلى بكثير من المتوسط وهذا ما تبين من خلال المقابلة العيادية أن الحالة يحظى بنوع من الدعم وخاصة من طرف عائلته (أمه)، وفي الأخير يستعمل استراتيجية المقاومة المتمركزة حول المهمة بنقطة  $T = 62$  والتي تمثل درجة فوق المتوسط ما يفسر محاولة الحالة تنظيم نفسه للخروج من الوضعية التي هو عليها وذلك ببذل الجهد قصد تحقيق ذلك.

## خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة التي تم إجراؤها مع الحالة (02)، وبعد تطبيق وتحليل نتائج كل من مقياس بيك Beck للاكتئاب ومقياس المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة الـ CISS، يبدو السيد إنسان عانى و يعاني من القلق الشديد الذي يلازمه ولا يعلم سببه و ذلك على حد قوله، إلا أنه تعامل معنا بشكل جيد حيث كان يتكلم ويجيب على الأسئلة التي نطرحها عليه بكل حيوية ونشاط مما ساعدنا على إتمام المقابلة معه بشكل جيد، وبدا جد متفهم معنا إلا أن معاناته من القلق الدائم جعله يشعر بقلق نفسي واضطراب في سلوكه اليومي مع الأفراد رغم أنه حسب رأيه لديه علاقات جيدة مع العائلة، الأقرباء وحتى مع الأفراد الآخرين، هذا الشعور أثر فيه مما أدى به إلى حالة من الاكتئاب الشديد، لكن رغم هذا كله فالحالة يملك الإرادة في تجاوز ذلك والاهتمام بالمستقبل.

فاهتمامه بالمستقبل ومحاولة الوصول إلى تحقيق الأهداف المسطرة عوامل تبين انشغاله بأمر آخرى غير تلك المتعلقة بوضعيته فقط، هذا ما يفسر استخدامه لإستراتيجية المقاومة المتمركزة حول التسلية وبدرجة عالية، فالحالة يحاول تجنب وضعيته وعدم التفكير بالإضافة إلى مشاعر الضيق والقلق والتوتر التي تلازمه طوال الوقت، مما يفسر استخدامه لإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التجنب ثم الانفعال بدرجتين عاليتين، إلا أنه يجد نفسه مرتاحا من ناحية المساندة المعنوية والنفسية التي هي مهمة للفرد في مثل هذه المواقف لذلك نجده يعتمد على الإستراتيجية المتمركزة على الدعم الاجتماعي وبدرجة أعلى بكثير من المتوسط، والشيء الإيجابي في ذلك أنه يحاول البدء من جديد وتنظيم نفسه قصد التغيير من الوضعية التي يعاني منها مما يبين استخدامه للإستراتيجية المتمركزة حول المهمة لكن بدرجة فوق المتوسط، مما يعني أن الحالة رغم سيطرة مشاعر الانفعال والقلق لديه إلا أنه يحاول تغيير ذلك بكل جهد وثقة بالنفس في المستقبل.

## 1-3- الحالة الثالثة:

## 1-3-1- تقديم الحالة:

يبلغ الحالة رقم (03) من العمر 46 سنة، وهو رجل من ولاية تيزي وزو، متزوج وبدون أولاد بالنسبة لمستواه الدراسي فهو الابتدائي، له 06 إخوة، من بينهم 03 إناث و03 ذكور، وهو الكبير بين الذكور و بنت واحدة فقط تكبره، حالته المهنية بدون عمل، أما مستواه المعيشي فهو ليس جيدا.

ولقد أدخل الحالة إلى المستشفى بعد تناوله لكمية معتبرة من الأدوية التي كان يصفها له الطبيب حيث قام بخلط عدة أدوية مع بعضها البعض وشربها دفعة واحدة. ولقد تم وضعه في الجناح الخاص بالرجال للتكفل به.

## 1-3-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة على الساعة 10h00، وذلك بمسشفى الأمراض العقلية بواد عيسي في ولاية تيزي وزو، ولقد بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي في صدد التحضير لشهادة الماستر، فبعد أخذ الإذن من الطبيب المشرف على الحالة قام رئيس المصلحة المشرف على ذلك الجناح الخاص بالرجال بإحالة الحالة إلينا، أين طلبنا الإذن من هذا الأخير قصد إجراء المقابلة معه، فقدمنا له أنفسنا وشرحنا له كيفية إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة وذلك بطرح بعض الأسئلة عليه وهو حر في الإجابة، بالإضافة إلى الاختبارين، فأبدى موافقته على ذلك بكل تفهم دون تردد، وأعلمناه بأن هذا في غاية السرية.

وما يلاحظ عليه أثناء المقابلة، أنه إنسان هادئ ذو بنية جسمية متوسطة ومتوسط القامة، ملامح العياء والتعب بادية عليه، إلا أنه أبدى معاملة حسنة معنا وكان يجيب على أسئلتنا بشكل مقبول وواضح وباختصار شديد.

في بداية حديثنا مع الحالة عن محيطه العائلي وعلاقته به، فبدت لنا العلاقة بعيدة عن التفاهم والتقدير، وذلك عندما سألتناه عن علاقته بعائلته فصرح: "أُورُ نْتَمَسَفَهِيمُ آرَا" أي لا نتفاهم فيما بيننا، فهو منذ 08 سنوات من زواجه وهو غير مرتاح ويعيش في معاناة، ولم يتلقى أي اعتداء باستثناء تلقيه الضرب في صغره من طرف أمه على حد قوله، أما من ناحية الأقرباء وعلاقته بهم، فيملك كل من الأعمام، العمات والأخوال وعلاقته بهم جيدة، لكن في الفترة الأخيرة تراجع، وبالتالي عدم الاعتماد عليهم وخصوصا في حالة تعرضه لمشكل ما بحيث قال: "أُورُ تَسْعَاوَنُ آرَا، نَكُ أَفْغِغُ نَهْنِي أَلَا" أي لا يساعدون، أنا أود ذلك لكن هم بالعكس لا. فالدعم من أقربائه غير موجود، وبالتالي يشعر دائما بأن محيطه الأسري ليس مناسباً له ربما ما أثر وزاد من حالته باستثناء والده لكنه أصيب بالشلل وذلك في قوله: "non, a part mon père ! باستثناء أبي، وأضاف: "فَأَفَا، il est paralysé" أي أبي مصاب بالشلل. .

وقال بأنه حتى لو ذهب لزيارته فتحدث مشاكل. ثم نجد أن موقف عائلته منه بعد قيامه بمحاولة الانتحار ليس إيجابياً حيث صرح: "أُورُ حَارَنُ آرَا، لُو كَانُ أُو فِينُ أَهَاتُ مُوْتَاغُ، أُورُ دَرُو حَنُ آرَا نِي غَارُ وَحَامُ نِي غَارُ سَبِيطَارُ" أي قال بأنهم لم يعيروا لي أي اهتمام، ويأملون لو أنني مت، لم يأتوا إلى المنزل ولا حتى إلى المستشفى. هذا ما يدل على أنه لم يتلقى الدعم الكافي والسند الاجتماعي قصد التخفيف من حالته وخصوصاً أن المدة طويلة منذ زواجه (08 سنوات)، فهو يعيش حالة نفسية مضطربة وضغطاً شديداً إزاء حالته الغير طبيعية على حد قوله.

وعن مستواه الدراسي، فهو لم يكن لديه مستوى جيد حيث مستواه ابتدائي فقط، مما أثر ذلك على حالته نوعاً ما فهو ربما لا يعرف ماذا يفعل أو كيف يتصرف، سوى اللجوء إلى شرب الكحول أو التفكير في وضع حد لحياته، وهذا ما حدث بالفعل.

فيما بعد تطرقنا إلى وقت فراغه، فبدا لنا بأنه يملك هواية يمارسها والتي تتمثل في الرياضة وبالتحديد رياضة كمال الأجسام، وأخبرنا بأنه يجد متعته فيها ويمارسها لأجل الحفاظ على البنية الجسمانية ولربما كذلك لأجل الترويح عن النفس وذلك على حد تعبيره: "باشْ أذْ قَارْدِيغْ la forme pour se soulager", ولكنه توقف عن ممارستها منذ 2003 وذلك عندما تزوج، حيث قال: "problème des moyens, et de la maladie" أي المشكل في الإمكانيات بالإضافة إلى حالته المرضية.

أما فيما يخص حالته الصحية، فهو لا يعاني من أي مرض يذكر، باستثناء أنه كان يعاني من مرض الربو لكن ذلك في القديم وحاليا شفي منه تماما فعندما سأناه عن ذلك أجاب: "asthme'ازيك، mais ثورًا تروحي، أولاشْ" ليضيف كذلك بقوله: "زيدكُ خدماغُ des crises et des cauchemards, mais ثورًا أو تخدماغُ آرا". بمعنى أنني كنت فيما مضى أعاني من التوبات والكوابيس، لكن الآن لم أعد كذلك.

بالتالي هذا المرض لم يقف عائقا أمام طموحاته وأهدافه ولا السبب الرئيسي في اكتسابه الشديد والذي أدى به إلى محاولته للانتحار. أما فيما يخص شهيته للأكل فهي مختلفة من حيث تواجهه في المستشفى عن المنزل، حيث قال: "ذآكي تَسْتَسَاغُ، bien mais dans la maison، أوزُ سَعِيغُ آرا l'appétit، j'ai pas d'appétit"، أي هنا في المستشفى آكل بشكل جيد، لكن في المنزل لا أملك شهية للأكل. ولعل نومه متذبذب نوعا ما حيث صرح: "قاناغُ mais إِنْقَالُ، أَلَا مَا تُصَنُّ أَوْكُلُ إِمُوضَانَ أَوْ أذْ آرْتُوغُ Nozilan"، أي أنام. ولكنه نوم عميق، وذلك بعد أن ينام كل المرضى وأتناول الدواء من نوع Nozilan، وكما يتخلل نومه كوابيس في بعض الأوقات، ولا يمكنه تذكر ما يحلم به ويستيقظ مرة في كل ليلة حسب قوله، مما يعني تذبذب نومه، بالإضافة إلى هذا، قال فيما يخص هندامه ولباسه: "إيه، تَسَحِيغُ أذْ أَلْسَاغُ مَلِيحُ" أي نعم، أحب أن ألبس جيدا.

أما من حيث العوامل المؤدية للمحاولة الانتحارية، فالمشكل الأساسي الذي دفع بالحالة إلى القيام بمحاولة إنهاء حياته، هو معاناته من اضطراب جنسي **trouble sexuel**، وذلك منذ زواجه لمدة ثمانية (08) سنوات، لكن حسبه لم يكن يعتقد يوماً ما بأنه سيقدم على محاولة الانتحار وأن المشكل لا يستحق ذلك فعلاً، رغم هذا إلا أن هذه المحاولة كانت الثالثة في حياته، ففي الحالتين الأوليتين كان فيهما في حالة سكر. وهذه المحاولة الأخيرة قام بها وهو لم يكن في حالة سكر على حد تعبيره وذلك عن طريق شربه لكمية من الأدوية **des comprimés** وذلك بمترله في حدود الساعة 04h00 صباحاً بعد ما كانت المحاولتان الأوليتان قام بهما في منتصف النهار تقريباً، فنلاحظ هنا حتى التوقيت مختلف في المحاولة الأخيرة عن سابقتها أي في الصباح الباكر.

أما عندما سألتها عن الهدف من قيامه بتلك المحاولة، فأجابنا بقوله: "دِيْقُوْتِيغْ، أَخَاتْرَشْ أُوْرُ تَعِيْشِيغْ أَرَا **bien**" أي لقد كرهت، لأنني لا أعيش بشكل جيد أو على ما يرام، فقد لامسنا معاناته الشديدة وحالته النفسية المضطربة جراء حالته. وبالتالي ما أدّى به ربما إلى قيامه بمحاولة الانتحار. بالتالي بدا لنا من أنه غير نادم عمّا قام به وذلك في قوله: "أُوْرُ نُدِيْمِغْ أَرَا، ائْدَمِغْ غَاغْ يِيُوْتْ (01) نَالْحَاجَة مِي أُوْتَاغْ يِيُوْنْ فَاغْ نُطُوْنُوْبِيْلْ غَارْ أُوْ **pare-brise**". أي لم أندم إطلاقاً، ندمت على شيء واحد، عندما قمت بضرب صاحب السيارة في زجاجها الأمامي. وكان في حالة سكر، وهنا نلاحظ أنه ليس من النوع الذي يجب أذية الآخرين ولا أن يتحمل الآخرون مشكلته وظروفه. ثم أضاف كذلك "دِيْقُوْتِيغْ، فَقُوْغْ أَدْ أَنْعَاغْ إِمَانِيُوْ، بَصَاَحْ مَا ذَلِيغْ ذَقْحَاَمْ أَكْ تَسْمَطُوْتِيُوْ". أي كرهت، أرغب في قتل نفسي، لكن ذلك عندما أكون في المنزل مع زوجتي. فنفهم من هذا أنه يعاني من حالته ويشعر بها أكثر في المنزل بصحبة زوجته، وبالفعل فهو يشعر بالنقص وعدم القدرة على القيام بدوره كرجل في حياته الزوجية.

وبعد ذلك تطرقنا لمعاشه النفسي وخاصة في المستشفى، فسألناه عن مدى إحساسه وهو متواجد بالمستشفى حاليا فأخبرنا قائلا: "أورُ نُحُوسُوغُ آرَا". أي لا أحس بأي شيء، ليضيف كذلك: "toujours أَعِيغُ، دِيْقُوتِيغُ، كَرَهَاغُ، par apport آرَ وَحَامُ، bien، سَبَا نَدُوَا" أي دائما متعب، سئمت، كاره، لكن بالمقارنة مع المتزل فهنا أحسن بسبب الدواء. فكل هذه العبارات تدل على الحالة النفسية الصعبة والمضطربة التي يمر بها الحالة. أما عن إحساسه مباشرة بعد قيامه لمحاولة الانتحار فصرح: "لِيغُ سَكْرَاغُ، أَسْمِي إِذِ أُوَكِيغُ لِيغُ ذِ صِيِطَارُ، la police...، 14 سَاعَة بَلَا مَا أُوَكِيغُ" أي كنت فاقد للوعي وعندما فطنت كنت في المستشفى، الشرطة،...، 14 ساعة بدون وعي. وذكر كذلك أنه بقي كل هذه الفترة أي 14 ساعة بدون تنفس حتى اعتقدوا بأنه قد مات حسب قوله.

ولعل كل فرد لديه رؤية خاصة به، فتصور المستقبل بالنسبة للحالة أنه لا يتفاعل به حسب قوله: "أورُ تَسْوَالِيغُ آرَا، مَاشِي bien، لَعَبْدُ أورُ إِخْدَمُ آرَا" أي لا أرى أي مستقبل، ليس جيدا، فأنا لا أعمل. فنفهم من هذا بأنه جد مستاء من مستقبله بسبب حالته فلم يعد يفكر فيه، لكن بالمقابل قال بأنه لديه طموحات ومشاريع مستقبلية يود تحقيقها، وتحسين أموره، أما عن الإرادة وذلك عندما سألناه عنها فقام بوضع يديه فوق رأسه تعبيرا منه عن استيائه العميق من حالته ثم قال: "la volonté ثُرُوحُ" أي لم تعد هناك إرادة.

وفيما يخص الهدف الذي سطره ومازال متمسكا به هو حسب قوله: "أدُ reussir ذِيِ marriage إِينُو" أي أن أنجح في زواجي، ما يعبر فعلا رغبته في إيجاد حل لمشكلته الحقيقية التي يعاني منها.

فما نخلص إليه بعد عرض هذه الحالة هو أن السيد يعاني من مشكل جد حساس وحسب رأيه أنه لم ينجح في الزواج، مما أثر فيه كثيرا وأصبح يعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وخاصة طول مدة

زواجه (08) سنوات، ما من شأنه أن جعله يشعر بالنقص اتجاه نفسه الشيء الذي ربما أدى به إلى الدخول في مرحلة اكتئاب شديدة وبالتالي اللجوء إلى القيام بمحاولة انتحار عدة مرات، إلا أن أمله الوحيد هو أن ينجح في تجاوز هذه الحالة الصعبة التي يمر بها، بالتالي ما يسمح له بالتكيف والاندماج في الواقع بشكل أفضل.

### 1-3-3- عرض نتائج مقياس بيك للإكتئاب: (BDI-II)

رقم الحالة	درجة الاكتئاب	المستوى
(03)	37	شديد

جدول رقم (09): نتائج الحالة (03) على مقياس بيك للاكتئاب

تحصل السيد على مقياس بيك للإكتئاب على درجة (37)، والتي تدل على وجود الإكتئاب بدرجة شديدة حيث مستوى الإكتئاب الشديد يمتد ما بين (28 و63)، وذلك من خلال المقابلة العيادية أين برزت أكثر مشاعر الفشل في الحياة، الشعور بالذنب والعقاب، لوم الذات، شدة الإنفعال... الخ.

### 1-3-4- عرض نتائج مقياس CISS للوضعية الضاغطة:

الإستراتيجية القيمة	المهمة	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
الدرجة الخام	67	74	49	26	16
نقطة T	56	80	61	70	53
النسبة المئوية	73%	99%	86%	98%	62%
المستوى	فوق المتوسط بقليل	عالي	فوق المتوسط	أعلى بكثير من المتوسط	متوسط

جدول رقم (10): نتائج الحالة (03) على مقياس CISS

من خلال هذا الجدول، يتضح لنا أن الحالة ( 03 ) يستعمل إستراتيجيات المقاومة بدرجات

متفاوتة، حيث في الأول يلجأ إلى استعمال إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال بنقطة  $T=80$  والتي تمثل درجة عالية، وذلك ما دلت عليه المقابلة العيادية النصف الموجهة، وكذا ما يفسر حالته النفسية التي يمر بها من قلق وتوتر واكتئاب، وخاصة لمدة طويلة دامت 08 سنوات، ما جعله ينظر لنفسه بأنه غير طبيعي مما ربما أدى به إلى القيام بمحاولة وضع حد لمعاناته وحياته.

لكن الحالة لجأ إلى استعمال إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية في الدرجة الثانية بنقطة  $T=70$  وتمثل درجة أعلى بكثير من المتوسط، ما يفسر محاولة الحالة الاهتمام بأمور وأشياء أخرى للتخفيف من قلقه وكذلك اللجوء للنوم ربما للهروب من الحالة التي يعاني منها.

بعد ذلك نجد الحالة يستخدم إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التجنب وذلك بنقطة قدرها  $T=61$

والتي تمثل درجة فوق المتوسط، مما يعني محاولته تجنب وضعيته الحالية.

ثم بعد ذلك نجد أنه يعتمد على الإستراتيجيات المتمركزة حول المهمة بنقطة  $T=56$  وهي درجة كذلك فوق المتوسط بقليل، مما يفسر رغبة الحالة في تغيير الوضعية التي هو فيها إلى أفضل حال، وخصوصاً أنه يأمل دائماً لأن ينجح في زواجه حسب ما صرح به أثناء المقابلة العيادية النصف موجهة.

لنجد في الأخير أن الحالة يستعمل إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بنقطة  $T=53$  والتي تمثل درجة متوسطة، وهذا بينته المقابلة العيادية النصف موجهة، إذ صرح لنا بأنه لا يلقى الدعم المعنوي الاجتماعي اللازم ولا يأبھون لحالته رغم أنه يريد المساعدة لكنه لم يجد ذلك على حسب قوله.

## خلاصة الحالة:

على ضوء ما توصلنا إليه من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة، وبعد تحليل نتائج المقياسين، مقياس بيك Beck للاكتئاب ومقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة، يتضح لنا من أن الحالة (03) يبدو شخصا هادئا للوهلة الأولى حيث كان يتكلم بهدوء ويجب على كل الأسئلة بدقة واختصار، كذلك ما يلاحظ على الحالة أنه كان مرهق ومتعب بالإضافة إلى صعوبة في فهم أسئلة الاختبارين وهذا ما يعكس مستواه الدراسي بطبيعة الحال.

وكان متأثرا من حالته وخاصة أنه منذ 08 سنوات وهو يعاني منها، مما شكل له حالة نفسية جد صعبة ومضطربة وعدم اتزان نفسي واجتماعي ولم يستطع التكيف اجتماعيا، مما جعله يشعر بالنقص وفقدان اللذة في الحياة وفقدان الإحساس بدوره كإنسان عادي، كذلك يشعر دائما بالتعب والإرهاق والكره والملل وخاصة عند تواجده بالمتزل ومع زوجته، مما يذكره بحالته، لكن في المستشفى يحس بأفضل حال فكل هذه العوامل أدت بالسيد إلى دخوله في حالة الاكتئاب وبدرجة شديدة وهذا حسب ما دلت عليه نتائج مقياس بيك الذي طبق عليه، ولعل دخوله في هذه المرحلة الشديدة من الاكتئاب ما جعله لا يتحكم في انفعالاته العالية والقوية التي بينها مقياس الـ CISS باستعماله إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال، لكن ذلك لم يمنع الحالة من محاولته تجنب الوضعية والانشغال بأمر أخرى لتنسيه حالته، وهذا ما يبين اعتماده لإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية والتجنب كإستراتيجيات ثانوية بعد الانفعال لكن ذلك صعب جدا وخصوصا أن ذلك متعلق بمستقبله وكذا مستقبل زوجته.

فالإكتئاب الشديد وسيطرة الانفعال كإستراتيجية إزاء الوضعية الضاغطة للحالة، ما أدت به لربما اللجوء إلى القيام بالمحاولة الانتحارية كحل نهائي وهروب من الواقع المؤلم والمعذب.

## 1-4- الحالة الرابعة:

## 1-4-1- تقديم الحالة:

يبلغ الحالة رقم (04) من العمر 24 سنة، وهو شاب من ولاية بجاية، أعزب، مستواه الدراسي متوسط، لديه أربعة (04) إخوة من بينهم ذكر واحد و03 إناث وهو الخامس بينهم، وهو الكبير في الذكور و اثني عشر تكبرانه ، وهولا يشغل أية وظيفة ونفس الشيء بالنسبة لأمه فهي مأكثة بالبيت، أبوه متوفي وأما مستواهم المعيشي فهو عادي.

أدخل إلى المستشفى في يوم الأحد 2011/07/24 أي يوم فقط بعد قيامه بمحاولة الانتحار وذلك عن طريق الشنق حيث بدت لنا آثار الحبل واضحة على رقبتة.

## 1-4-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة العيادية على الساعة 11h00 وذلك بمسشفى الأمراض العقلية الذي يقع مقره بواد عيسي ولاية تيزي وزو، أين قام رئيس المصلحة المشرف على ذلك الجناح المخصص للرجال بإحالة إلينا الحالة فقمنا بالتوجه إلى المكتب المخصص لهذا الغرض، فبدأنا بتقديم أنفسنا للحالة على أننا طلبة علم النفس العيادي في صدد التحضير لمذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر وطلبنا الإذن منه، فوافق على ذلك دون تردد، وشرحنا له كيفية إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا المقياسين، وأعلمناه بأن ذلك في غاية السرية وما هو إلا بحث علمي لا غير.

وما لاحظناه عليه أنه إنسان هادئ، ذو بنية متوسطة، متوسط القامة، لكن ما بدا عليه هو ملامح العياء والتعب الشديدة الواضحة عليه، مما صعب علينا إكمال المقابلة معه حيث كان في كل سؤال يجيب عليه يحس بالتعب، لكن رغم ذلك كان صبورا معنا وأكمل معنا المقابلة حتى نهايتها وأجاب على كل الأسئلة تقريبا بشكل مقبول وواضح وباختصار شديد باستثناء سؤال أو سؤالين.

فأثناء بداية حديثنا مع الحالة حول علاقته مع محيطه الأسري، لمسنا بأنها علاقة مضطربة غير متزنة، وخاصة أنه يعيش معه أخته من أبيه فقط، أي كان أبوه متزوج بالمرأة الأولى قبل أن يتزوج بالثانية والتي هي أم الحالة، مما وتر العلاقة بينهم فيما بعض ومما زاد من تدهور العلاقة وفاة الأب في عام 1996 وكان حسب قوله كان أبوه عندما تخطى أحد زوجته فيتشاجر مع كليهما معا.

كما أن الحالة لم يتعرض إلى اعتداء أو حالة عنف حاليا وخصوصا من طرف عائلته باستثناء في الماضي فكان يتلقى الضرب من عائلته، وحتى من ناحية الأقرباء فقال: "نِهْنِي فَأَعْدَنْ نَكْ ثَانِي، صَافِي سِيوَا ذِي لَعَوَاشِرْ" أي يقول بأن هم بعيدون أي الأقرباء وأنا أيضا، إذ نتواصل فقط في الأعياد، فهولا يشعر بأن محيطه العائلي مناسب له وغير مرتاح معهم على حد تعبيره حيث صرح "jamais أُوْفِغْ لِحَنَانَة، نِي

صُعُورُ يَمَّا نِي صُعُورُ وَتَمَاتِيو" أي لم أحد أبدا الحنان لا من طرف أمي ولا من طرف إخوتي، ما يشير إلى شدة تأثر الحالة من محيطه الأسري وخاصة من طرف أقرب وأول إنسان يتعرف إليه وأول علاقة يبنها مع ظهوره للوجود ألا وهي أمه، فقد حرم من أعلى شيء والذي يساهم في بناء شخصيته وتكوينه النفسي ليضيف بعد ذلك عن موقف عائلته جراء إقدامه على القيام بالمحاولة الانتحارية فقال: "تُوسَادُ يَمَّا

après ,même pas 05minutes ,après تَوَلَا، après ميس عمي إقيم بيدي" أي قال بأنه أتت أمي فلم تتعدى خمسة دقائق ثم ذهبت، ثم بعد ذلك بقي معي ابن عمي. فنفهم من هذا إحساسه باللامبالاة من طرف عائلته وخاصة أمه التي أتت إليه لكنها لم تشعره بمكانته عندها وخصوصا أنه قام بأخطر شيء يمكن أن يفعله الفرد بنفسه.

إلا أننا نجد من ناحية المستوى التعليمي للحالة أنه الثالث متوسط حيث توقف عن الدراسة في السنة الدراسية 2006 / 2007، رغم أنه في السنوات التي قبلها كان يجد متعة في الدراسة لكن سرعان ما تغير ذلك بحيث صرح بقوله كالآتي: "les années تيمزويرا لعاليشت، 2006/2007mais..."

ليضيف بقوله "لِيغْ ذَلْهَآغْ ذَقْ، نُوقَاجِي، لَعَسْكَارْ، سَعْدَاغْ des concours mais m'ont pas accepté ، un diplôme d'agent en sécurité industrielle ، mais ، مَازَالُ أُوْرُ خَدْمَاغْ ذُقْسْ" أي كنت في صدد التحضير لملف الالتحاق بصفوف الجيش، الخدمة الوطنية، وقيمت بإجراء المسابقات لكن لم أنجح، لدي شهادة في اختصاص عون أمن صناعي لكن ما زلت لا أعمل به.

كذلك علاقته بالأساتذة عندما كان يزاول الدراسة كانت جيدة ونفس الشيء بالنسبة مع الزملاء لكن يضيف بقوله: " mais تُورَا، non، تُورَا j'ai limité ، سَعِيغْ deux amis, c'est tous" أي يقول فيما يخص علاقته بالزملاء حالياً، الآن وضعت حدا لذلك، لدي صديقان فقط. كما أن علاماته الدراسية التي كان يتحصل عليها عندما كان يزاول دراساته كانت فوق المتوسط ولا يتغيب عن الدراسة إلا في بعض الفترات، ولمسنا أنه يجب المشاركة في النشاطات المختلفة وخاصة الجماعية.

ولعل ما بدا لنا من خلال المقابلة كذلك أن الحالة لا يملك ما يسد به وقت فراغه كهواية معينة يمارسها يغطي بها الفراغ النفسي والاجتماعي الذي يعيشه، فلم تكن هناك أية هواية يمارسها مما يعني أنه لا يملك ما يشغله عن مشاكله التي يعيشها، بالتالي أثر ذلك على نفسيته واختار في آخر المطاف محاولة إنهاء حياته كملجأ لمشاكله والمعاناة النفسية التي يعيشها ظناً منه الحل الأنسب والوحيد لذلك.

بعد ذلك تبين لنا من أن الحالة لا يعاني من مرض يعاني منه حالياً من شأنه أن يقف عائقاً أمامه وأمام مستقبله، لكن كان يعاني فيما مضى من بعض الأعراض حيث صرح بقوله: "سَعِيغْ l'ulcère نا l'estomac ، ثَسْلَاخْ، ثَسْعَا لِحْبْ"، أي يقول لدي قرحة المعدة مجروحة ولديها الحب. مما أثر ذلك على شهيته للأكل، فشهيته للطعام ضعيفة نوعاً ما فعلى حد تعبيره يأكل مرة واحدة في اليوم فقط

بالإضافة إلى شرب القهوة وهذا عندما يكون داخل المستشفى لكن خارجه فلا يملك الشهية لذلك. أما من حيث النوم فهو متأخر، فيخلد للنوم بعد منتصف الليل ليستيقظ في حدود الساعة 10:30 أو 11:00. ونادرا ما يكون نومه متقطعا ونفس الشيء بالنسبة للكوابيس، ولا يعطي اهتمام كبير بهندامه ولباسه خاصة فقال: "إين أوفيع آث ألساغ" أي ما أجده أقوم بلباسه.

ولعل المشكل الأساسي الذي دفع الحالة إلى القيام بالمحاولة الانتحارية هو بسبب مشاكله العائلية مع عائلته ومع إخوته من أبيه أي من زوجة أبيه الأولى، وهذا حسب قوله إلا أن هذه المشاكل والعلاقة العائلية المضطربة لا تستحق القيام بذلك الفعل وذلك من خلال الملاحظة أثناء المقابلة عندما سألناه عن ذلك، فلم يجب على السؤال واكتفى فقط بتحريك رأسه وهزه بطريقة بدت لنا بأن الإجابة هي لا، وتعد هذه المحاولة الثانية من نوعها في حياة الحالة، بعد التي قام بها في عام 2005 بسبب افتراقه مع صديقتة، بالتالي هذه المحاولة الثانية قام بها في رواق بيتهم وأن أهله شاهدوه عندما قام بأخذ الحبل وبدأ في تحضيره وتهيئته حتى همّ بالقيام بفعلته فذهبوا مسرعين لطلب النجدة من الجيران، وهذا حسب ما قاله.

فبالتالي كان هدفه مما قام به هو إنهاء حياته على حد تعبيره فقال: "ذَا لُمُوْثُ direct" أي الموت مباشرة. ويعد الوحيد في العائلة الذي قام بهذا الفعل، إلا أننا نجد أحد الأفراد من أحواله قد قام بإنهاء حياته بواسطة طعن نفسه بالسكين، حيث صرح: "ذِيوَانُ إِي قَنَعْنُ إِمَانِيْسُ سَلْمُوْسُ ذِي صِيْفُ نَا 2008، نَا la famille نَا خُوَالِي" أي واحد من الأفراد قام بقتل نفسه بالسكين في صيف 2008، وهو من عائلة أحواله.

رغم هذا كله، نجد أن الحالة في أحسن حال من ذي قبل وخصوصا في المستشفى، أين وجد كل

الرعاية والتكفل بحالته، حيث قال: "ثُحُسُوغُ إِمَانِيُوْتُسُوغُ مَا أَدُ قِيمَاغُ بِيُونَ أَنْ بَمَكَانُ، mais، ذَاكِي  
 ça va أَوْرُ تُفْلِيَقَاغُ آرَا" أي أحس بأنني أنسى عندما أجلس في مكان معين، لكن هنا فلا بأس، فلا  
 أحس بالقلق.

كذلك إحساسه وتصوره بعد قيامه بمحاولة الانتحار أنه قال: "juste مي دُوِكِيغُ، لِحَاجَة  
 تُسْفَرُكَانْتُ et une lampe ، تُشْعَالُ" أي حين فطنت، كل شيء أسود ومصباح مشتعل (مضيء).  
 والشيء الإيجابي أن الحالة ندم عما قام به، لكن فيما يخص محاولته الأولى في سنة 2005 لم يندم  
 عليها على حسب قوله لكن في المرة الثانية شعر بالندم على ذلك وخاصة عندما صرح: "سِيغُ آذُ أَكْسَاغُ  
 ثُمَرَاثُ إِي لَعْمَرِيُو، mais،..." لحظة صمت. أي قال بأنني حاولت أن أنزع الحبل عن نفسي، لكن ...  
 ثم توقف عن الكلام ما يوحي لنا أنه في تلك اللحظة التي قام بها بالفعل وإحساسه فعلا بحقيقة الموت أو قتل  
 نفسه، في تلك اللحظة وكأنه شعر بنوع من الندم أو العدول والرجوع عن موقفه، بالتالي يأمل أن أحدا ما  
 ينقذه ويعيده للحياة – وهذا بكل تحفظ – فلا تنطبق هذه الأشياء ربما على كل الأفراد المحاولين للانتحار  
 طبعاً، لكن فيما يخص الحالة التي بين أيدينا ربما يمكن أن تنطبق عليه، وهذا استناداً إلى ما صرح به في قوله  
 السالف الذكر، والحمد لله كانت المساعدة لإنقاذه وفي الوقت المناسب وأعيد إلى الحياة.

وكذلك نجد من خلال قوله أنه لا ينوي القيام أو التفكير بتكرار ما فعله مرة أخرى، حيث قال:

"impossible, c'est la première et la dernière" أي قال مستحيل، هذه المرة الأولى  
 والأخيرة، أما فيما يخص المستقبل وكيف يراه فقال: "إِوَعَارُ" أي صعب، ثم قام بوضع يديه على وجهه  
 ليضيف بقوله: "ذَائِنُ إِفْلَانُ" أي هذا ما يوجد، لكن ما لمسناه أن الحالة رغم كل هذا فهو متفائل نوعاً ما  
 ويأمل أن تتحسن أموره في المستقبل، وخاصة أن لديه طموحات ومشاريع يود تحقيقها وتغيير حالته التي  
 هي عليه إلى الأفضل وإثبات وفرض نفسه في المجتمع، وذلك على حد تعبيره فقال: "تُسْدُوِي مَاشِي آكَنُ"

إفغيع، نك après، آذ شونجيع l'endroit نا لعيفاذبي، أوأندا إيزذغاغ، مي فغاغ أسياقي، ما

عطلاغ une semaine آذ أفغاغ آر Alger مبعذ رمضان أذفدوغ أخدم أس دبلوم

إينو" أي تسير أموري عكس ما أريد، أنا أريد أن أغير الموضوع الذي أسكن فيه وحتى الناس الذين أسكن معهم، عندما أخرج من هنا، لا أتجاوز مدة أسبوع، فأخرج إلى الجزائر العاصمة بعد شهر رمضان لأبدأ العمل بالشهادة التي أملكها. مما يفسر لنا بأن الحالة تأثر كثيرا بالوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، لكن رغم هذا يريد تغيير الأجواء والانتقال إلى مكان آخر لتحقيق طموحاته ولعل من بينها العمل وخاصة أنه لديه الإرادة والعزيمة لذلك من خلال قوله: "100%, bien sur، أملك إلبغ أكأ ثورا" أي أجل أملك الإرادة 100% مثلما أنا عليه الآن (أي أثناء المقابلة العيادية التي أجريناها معه).

وأضاف كذلك "أخاتر ذينا غورناغ ما ذافن بيون ذيريت تكميلن أس ماشي آث عيونن" أي

يقول لأنه هناك أين أسكن عندما يجدون فردا ما ليس عادي يكملون عليه بدلا من أن يساعدونه.

إلا أن الحالة يرى نفسه بنظرة تفوقية وذلك على حد تعبيره "حرشاع" أي أنا متفوق، إلا أننا ما

بدا لنا وفي آخر المقابلة العيادية مع الحالة أنه كان قد دخل السجن فيما مضى وقضى فيه مدة 11 شهرا

حيث صرح: "سعداغ le service militaire، آق ذلحفس" أي قمت بإنهاء الخدمة الوطنية

ودخلت السجن. وحسب قوله أن المدة كانت 11 شهرا كما ذكرنا سابقا، والسبب يعود إلى مشكل

عائلي، أين كان يصرخ على أخته فتدخلت أخته التي هي من أبيه فقط، فقام بضرب هذه الأخيرة مما سبب

لها انتفاخا على مستوى عينها على حد تعبيره. ولعل ما لمسناه حول إحساسه مباشرة بعد قيامه بالمحاولة

الانتحارية حسب قوله هو الندم.

بعد هذا العرض نخلص إلى أن الحالة يعاني من اضطرابات انفعالية وحالات من التعب والإفهامك

الجسمي والنفسي، بسبب المشاكل التي يعيشها مع عائلته، حيث لاحظنا من خلال المقابلة العيادية التي

أجريتها معه، إحساسه بأنه غير مرغوب ومحبوب به في العائلة وحتى من ناحية أمه التي لا تأتي لزيارته وإن أتت فتنقى معه بضع دقائق ثم تذهب، وحتى من حيث الأقرباء والرفاق الذين يعرفهم ويعيش معهم لا يجد معهم المساعدة والدعم الكافيين بل العكس من ذلك النقد السلبي اتجاهه، بالإضافة إلى أن أبوه متوفي، فكل هذه العوامل أدت بالحالة إلى الدخول في حالة من التوتر، الانقباض، القلق والاضطراب.

### 1-4-3- عرض نتائج مقياس بيك للاكتئاب: (BDI-II)

رقم الحالة	درجة الاكتئاب	المستوى
(04)	31	شديد

جدول رقم ( 11 ): نتائج الحالة (04) على مقياس بيك للاكتئاب

لقد تحصل الحالة رقم ( 04 ) في مقياس بيك للاكتئاب على درجة (31) والتي توافق مستوى الاكتئاب الشديد الذي يمتد من (28-63)، وهذا ما تبين لنا من خلال إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة وأيضا حسب مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ، فسيطرت عليه مجموعة من الأعراض الاكتئابية لعل من أهمها نذكر: مشاعر الحزن والفشل وخاصة ما يتعلق بالمستقبل، شدة الاضطراب والإحساس بعدم القيمة... الخ.

## 1-4-4- عرض نتائج مقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة:

القيمة الإستراتيجية	المهمة	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
الدرجة الخام	64	68	59	25	22
نقطة T	53	75	70	68	65
النسبة المئوية	62%	99%	98%	96%	93%
المستوى	متوسط	عالية	أعلى بكثير من المتوسط	أعلى بكثير من المتوسط	فوق المتوسط

جدول رقم (12): نتائج الحالة (04) على مقياس الـ CISS

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ أن الحالة (04)، يستعمل إستراتيجية المقاومة المتمركزة حول الانفعال أولاً وذلك بنقطة  $T = 75$  والتي تمثل درجة عالية، وهذا ما تبين أثناء المقابلة من خلال سيطرة مشاعر القلق والغضب. بمجرد الحديث عن حالته العائلية وإحساسه بأن لا دور له في البيت مما جعله يحس بنوع من الاحتقار والسبب في إخوته الذين هم من أبيه فقط. ليلجأ بعد ذلك إلى الاعتماد على إستراتيجية المقاومة المتمركزة على التجنب بنقطة  $T = 70$  وتمثل بدورها درجة أعلى بكثير من المتوسط، مما يعني أن الحالة يحاول قدر الإمكان تجنب التفكير في المشكل والوضعية التي هو فيها بالتالي الانشغال بأمور أخرى. لكن يلجأ إلى استعمال الإستراتيجية المتمركزة حول التسلية كإستراتيجية ثالثة بحيث تظهر في نقطة  $T = 68$  والتي تمثل درجة أعلى بكثير من المتوسط، مما يعني انشغال الحالة بأمور أكثر تسلية لتجنب الوضعية التي هو عليها. ثم يستعمل استراتيجيات المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بنقطة  $T = 65$  والتي تمثل درجة فوق المتوسط، وهذا ما تبين أثناء المقابلة العيادية حيث نجد بأن الحالة ينقصه الدعم والمساندة وخاصة معنوياً من طرف عائلته ومجتمعه، إلا أننا نجد الحالة يجب التواجد مع الآخرين والتواصل معهم.

وفي الأخير يستعمل استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المهمة وذلك بنقطة  $T = 53$  لتمثل بذلك درجة متوسطة، فالحالة لا يبذل جهدا كافيا من أجل حل وضعيته، فهو يبدو متعب ومنهك القوى.

## خلاصة الحالة:

على ضوء ما توصلنا إليه من خلال إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، وبعد تحليل نتائج كلا من المقياسين، مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) ومقياس CISS للوضعيات الضاغطة، يتضح بأن الحالة (04) بدا شخصاً هادئاً طيلة فترة المقابلة، حيث كان يتكلم بهدوء وبصوت خافت وبنوع من الصعوبة وذلك خاصة في الإجابة على الأسئلة التي قمنا بطرحها عليه وفق دليل المقابلة العيادية النصف موجهة، فكانت علامات التأثير الشديدة بادية عليه وخاصة طريقة جلوسه بدت لنا بأنه شديد التأثير من وضعيته، مما أثر ذلك مباشرة على نفسيته وشخصيته ككل، مما أدخله ذلك في حالة من الحزن والانقباض والإحساس بعدم القيمة وأنه ليس لديه أي دور في المجتمع الذي يعيش فيه، فكل هذه المشاعر بدت لنا واضحة أثناء المقابلة العيادية مع الحالة، فلا يمكن تصور الحالة التي كان فيها أثناء إجرائنا معه المقابلة، بحيث من شدة تأثيره كان يجد صعوبات حتى في الإجابة على الأسئلة التي كنا نطرحها عليه، بالإضافة إلى عائلته التي لم يجد فيها ما كان يصبو إليه، وخصوصاً بتواجهه مع إخوته من أبيه فقط، أي من الزوجة الثانية الذين يعيشون معهم، حيث انعدام علاقة التفاهم والأخوة والمحبة بينهم، جعلهم يعيشون في دوامة من المشاكل والضغطات والاضطرابات، كل هذه العوامل أدت بالحالة إلى الدخول في حالة من الاكتئاب، وذلك تبين واتضح من خلال ما بينه مقياس بيك Beck للاكتئاب أين تحصل فيه على درجة عالية أو شديدة، هذه الحالة الاكتئابية هي التي من شأنها ربما أدت به إلى القيام بمحاولة انتحار، فكل هذه العوامل أدت به إلى أن تسيطر عليه مختلف مشاعر التوتر والغضب الشديد والاعتداء على الأشخاص أثناء الغضب، هذه المشاعر التي تجلت أثناء المقابلة العيادية، فكلها مشاعر توحى إلى الحالة الانفعالية والمضطربة التي تسيطر عليه، وهذا ما بينته نتائج مقياس الـ CISS الذي أجري عليه حيث أنه يلجأ إلى استعمال الإستراتيجية المتمركزة حول الانفعال في الدرجة الأولى، وبدرجة عالية، إلا أننا نجده يحاول جاهداً تجنب الوضعية وعدم التفكير

فيها وذلك ما يفسر اعتماده على الإستراتيجية المتمركزة حول التجنب بعد الانفعال وذلك بدرجة أعلى بكثير من المتوسط.

## 1-5- الحالة الخامسة:

## 1-5-1- تقديم الحالة:

تبلغ الحالة رقم (05) من العمر 23 سنة، وهي فتاة من ولاية تيزي وزو، عازبة وهي بدون مستوى دراسي فلم تدرس أبداً، تملك 12 إخوة من بينهم 04 ذكور و08 إناث، تكبر ذكراً وأثنين فقط، أبوها متوفي منذ أن كانت في عمرها 10 سنوات تقريباً حيث أنها لا تذكره حتى، لا تشغل أية وظيفة كذلك بالنسبة لأمها فهي مائنة بالبيت، أما مستواهم المعيشي فهو متوسط.

أدخلت المفحوصة إلى المستشفى في الثلاثاء الماضي وذلك بعد يوم فقط من قيامها بمحاولة الانتحار أي يوم الإثنين مساءً، إلا أن مقابلتنا معها كانت بعد أسبوع من ذلك، أين قامت بطعن نفسها بالسكين مما استدعى نقلها على جناح السرعة للمستشفى، ولقد تم وضعها في الجناح المخصص للنساء.

## 1-5-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

لقد تم إجراء المقابلة العيادية في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان الحنفي" الكائن مقره بواد عيسي تيزي وزو، على الساعة 10h30 ، بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي وفي صدد التحضير لنيل شهادة الماستر، فقام رئيس المصلحة المشرف على ذلك الجناح الخاص بالنساء، بإحالة إلينا الحالة وهذا طبعاً بعد ما طلبنا الإذن منه ومن الحالة بإجراء المقابلة معها، فوافقت على ذلك دون تردد وعلمناها بأن هذا في غاية السرية فشرحنا لها كيفية إجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة وذلك بطرح بعض الأسئلة عليها ولها حرية الإجابة.

وفي أثناء المقابلة، أبدت الحالة معاملة حسنة معنا، حيث كانت تتحدث بشكل نوعاً ما مقبول وكانت من وقت لآخر تضع رأسها على الطاولة ما يفسر شدة إرهاقها، بالإضافة إلى أن حديثها غير واضح وغير مفهوم في بعض فترات المقابلة، مما نضطر إلى طلب إعادة ما قالته. كما تبدو فتاة ذات بنية

وقامة متوسطتان وملامح التعب والملل بادية في وجهها. على العموم أجابت الحالة على كل الأسئلة التي طرحناها عليها طيلة المقابلة.

و عند شروعنا في الحديث عن علاقتها بمحيطها الأسري، فتبين لنا بأنها ليست مرتاحة معهم وخصوصا أنها لا تشعر بأنها لديها مكانة بينهم وأنها تحس دائما بدون قيمة مع عائلتها وعلى حد قولها: "آ خَاطِرُ تَوَالِيغِ إِمَانِيوَنِكَ تَمَقْرُوثُ ذَا قَحَامٌ"، لأنه أرى نفسي بأنني الأخيرة في المنزل، أما علاقتها مع أمها وإخوتها فقالت بأن أخواتها هن اللواتي يتميزن بالقسوة معها ويعاملنها معاملة سيئة وهذا في قولها: "ذَا تَيْسْتَمَا إِقْوَاعَرْنُ" أي أخواتي هن القاسيات. ولم تكن هناك أية مشاكل فيما بين والديها وذلك قبل وفاة أبيها لكن المشكل مع أخواتها وخاصة أمهن يقمن حتى بضربها الشيء الذي جعل الحالة تشعر بالظلم والاحتقار بالإضافة إلى أن لديها أقباء لكن العلاقة بينهم سطحية فقط وأنها لا تعتمد عليهم في حل مشاكلها. لكن من خلال حديث الحالة معنا، أنها كانت لديها زميلة وحيدة تحبها لكن سرعان ما افترقا، وذلك بسبب زواجها -أي الزميلة-، كذلك حتى أخوها كان قد قام بضرب زميلتها بسبب أنها تأخذ أخته إلى أماكن غير لائقة وغير محترمة، مما جعلها تعاني من الوحدة وذلك في حديثها: "أُوْفِيَعْدُ إِمَانِيوَوَحْدِي" أي وجدت نفسي وحيدة. فلاحظنا بأن المحيط الأسري للحالة غير مناسب تماما لها وأنها تشعر بنوع من التباعد بينها وبين عائلتها، وخاصة أمها وأخواتها حيث صرحت بقولها: "فَاعْذَنُ فُلِي بَرَّافُ"، أي بعيدين عني بشكل كبير، وخاصة أنها ذكرت لنا مثلا عندما يمنحونها المال وخاصة من طرف أمها بغرض شراء بعض المستلزمات أو الدواء لنفسها، فتقول بأنها يمنحونها فقط مقدار ثمن الدواء والنقل وما شابه ذلك، لتضيف لنا حتى الأكل أنهم لا يبالون بما إن أكلت أم لا، وخاصة أمها التي تتعامل وتساءل عن أخواتها إن أكلوا أم لا، أما هي فلا.

أما موقفهم منها بعد محاولتها للانتحار، فصرحت بأن موقفهم كان عادي وغير مبالين بها وذلك في قولها: "وَالْو، أَوْرُ شَلِيْعِنُ أَرَا ذُقِي" أي لا شيء، لم يبالوا بي. فذكرت لنا مثالا أثناء محاولتها الانتحارية الأولى عندما شربت دواء خاص بالفقران، بينما هي تتخبط في الأرض، عائلتها لم يتحركوا فبقوا ساكنين ضانين منهم أنها تفعل ذلك. بمجرد الاستهزاء فحسب.

أما عن الحياة الدراسية والمهنية للحالة، فلم يكن لها أي مستوى تعليمي، فهي لم تدخل المدرسة إطلاقا كما أنها لا تمتهن ولا عمل، إلا أنها تقوم ببعض الأعمال المنزلية، لكن في أغلب الأحيان تقوم فقط بالدوران في المنزل.

كذلك لا تملك أية هواية تمارسها من شأنها أن تشغلها وتخفف الضغط عن نفسها.

وفي تطرقنا إلى الحالة الصحية للحالة، فتبين لنا بأنها لا تعاني من أي إصابة بمرض معين وصرحت بقولها: "تَحْسُوْغُ دَرُوْشَاغُ" أي أحس بأني مختلفة، ما يفسر حالتها التي هي عليها. لكن فيما يخص شهيتها للأكل فهي ضعيفة وحتى النوم فهو عادة ما يكون متقطع كثيرا رغم أنها لا تعاني من كوابيس، ما يفسر شرود ذهن الحالة بسبب حالتها ومعاناتها بالإضافة إلى شعورها بالضعف والعياء والملل، إلا أنها تهتم بنظافة هندامها على حد قولها.

أما عن المشكل الأساسي الذي أدى بها إلى اللجوء لمحاولة وضع حد لحياتها، فكان بسبب تخلي خطيبها عنها عندما علم بأنها تتناول الأدوية التي وصفها لها الطبيب نتيجة محاولاتها الانتحارية الأولى وقيامه بالزواج بفتاة أخرى، فلما سمعت بالخبر قامت بمحاولة قتل نفسها. وبدأت الحالة بأن مشكلها يستحق ذلك، وذلك عندما سألتها عن ذلك فأجابت: "يَسْتَاهَلُ، j'amaiz أَذْ أَفَاغُ أَرْقَازُ أَمِ وَيِنَا" أي يستحق ذلك فعلا، مستحيل أن أجد رجلا مثله، ما يعبر عن درجة تأثر الحالة جراء انفصالها عن خطيبها

وما زاد من تأثرها قيامه بالزواج بفتاة أخرى، فلم تحتل ذلك مما اضطرها إلى القيام بمحاولة الانتحار، وكانت جد معتقدة تماما بأن يوما ما ستقوم بمحاولة وضع حد لحياتها.

وما يمكن أن نذكره هو أن هذه المحاولة لم تكن الأولى في حياة الحالة، بل كانت الرابعة على حد قولها، فالمحاولة الأولى كانت عن طريق تناولها لدواء خاص بالفئران وبقيت حوالي شهرين تقريبا في المنزل ثم تم أخذها إلى المصلحة وعولجت، ثم تلتها المحاولة الثانية أين رمت بنفسها من شرفة الطابق الثاني وذلك في الشتاء الماضي، بعدها المحاولة الثالثة أين قامت بابتلاع ثلاث إبر مع الماء في منزلها وعولجت وشفيت فيما بعد، لتعاود الكرة هذه المرة وهي الرابعة عن طريق طعن نفسها بالسكين في بطنها، ما يبين حقيقة معاناة الحالة من حالة نفسية جد صعبة، ومما زاد من معاناتها محيطها العائلي الذي ساهم في التأثير على حالتها النفسية، بالتالي أصبحت تشعر بالنقص والحرمان والكره وأنها غير مقبولة بينهم، وهذا ما شعرنا به ولاحظناه من خلال ملاحظتها وكلامها معنا.

وهذه المحاولة الأخيرة قامت بها خارج المنزل ما بين العمارات في حدود منتصف الليل، فحسب قولها لم تشعر بشيء إلا أنها فقدت وعيها لتستفيق فيما بعد لتجد نفسها في المستشفى، إلا أن هدفها من قيامها بذلك حسب قولها: "فَغِيغُ أَدْ أَوْضَعُ أَثُ أَغَاغُ" أي أردت أن أُوصل لكي أتزوج به، وتعني بذلك خطيبتها فهي لم تحتل فراقه وزواجه بغيرها.

وفي حديثنا عن مدى إحساسها حاليا في المستشفى وكيف تنظر لحالتها فصرحت لنا بقولها: "ça va

pas، خَافَعُ" أي لست على ما يرام، أشعر بالاختناق، وهي تعني تواجدتها في المستشفى، لتضيف

أيضا: "أَتَسُّ وَالْبِغُّ أَسْمَا أَدْ أَفْعَاغُ أَسْيَاقِي، أُورُ تَسْعَاوَذَاغُ أَرَا إَوَايْنُ إِخْدَمَاغُ"، أي أرى بأني عندما أخرج من هنا — أي المستشفى — لن أكرر ما فعلته.

وقد لمسنا أثناء المقابلة إلحاح الحالة في كل مرة عن الاستفسار عما إذا ستبقى في المستشفى أم ستخرج قريباً، فقالت بأنها لا تحتل بقائها فيه، وتساءلنا إن كان بإمكاننا مساعدتها على طلب خروجها فما كان ردنا إلا أن قلنا لها بتواجدها بالمستشفى ستجد كل الوسائل والظروف التي تساعدنا في حالتها من أطباء، أدوية و كذلك الدعم النفسي، وما إن تتحسن حالتها فيقومون بإخراجها.

أما عن شعورها باهتمام الآخرين بها، فهي تشعر وكأنها وحيدة وخاصة من طرف عائلتها، حتى أن إحساسها مباشرة بعد قيامها بمحاولة الانتحار كان لا شيء على حد تعبيرها.

وفي تطرقنا لنظرة الحالة بالنسبة للمستقبل، يتبين لنا بأنها شعرت بالندم لما أقدمت عليه وأنها لا تفكر إطلاقاً في إعادة المحاولة مرة أخرى على حسب قولها، أما نظرتها للمستقبل فهي غير متفائلة بحيث صرحت بقولها: "أولاشْ أوكُلْ دَاشُوإِدِي قِيمَن" أي لم يبقى أي شيء، ما يعني شدة تعاسة الحالة من مستقبلها وترى بأنه لا أمل في هذه الحياة، لكن بالمقابل نجد إرادة وعزيمة لديها للعمل على تحسين أمورها وظروفها إذا سنحت لها الفرصة لذلك على حد تعبيرها حيث قالت عندما سألناها عن ذلك بقولها: "فَفِيغْ أَدْ خَذَمَاغْ" أي أريد أن أعمل، لكن عندما سألناها عن طموحاتها وأهدافها المشاريعة فكانت إجابتها بالنفي وذلك بقولها: "أولاشْ" أي لا توجد، ما يعني أن الحالة لديها إرادة ونية في تغيير وتحسين وضعيتها لكن بلا أهداف ومشاريع مسطرة تود الوصول إليها.

وهكذا نستخلص من عرض الحالة السابقة، أنها كانت تعاني من اضطرابات انفعالية شديدة نتيجة ربما لفقدانها لأعلى شيء في حياتها الذي يمكن أن يساعدها ويفهمها وبالتالي تنق فيه وهو خطيبها، والذي كانت تأمل أن يشعرها بالأمان والثقة بالنفس، نظراً لفقدانها كل ذلك في أحضان الأسرة التي ولدت فيها فلاحظنا في المقابلة من خلال ملامح وجهها أنها بدت جد متعبة وبائسة من حياتها ومستقبلها، ما يفسر ربما لجوئها إلى محاولة وضع حد لحياتها، وكذلك ما لاحظناه على الحالة، حالة التوتر الانفعالي الذي تعيشه

الذي لحنه في قلقها الشديد والانزعاج من تواجدها بالمستشفى، ففي كل مرة كانت تسألنا عن خروجها وهل تمكث فيه مدة أطول، رغم هذا إلا أنها تحس بنوع من الراحة عند تواجدها بالمستشفى، فغياب الدعم والمساندة الاجتماعية أثر بشكل كبير على حالتها.

### 1-5-3- عرض نتائج مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)

رقم الحالة	درجة الاكتئاب	المستوى
05	39	شديد

جدول رقم ( 13 ): نتائج الحالة (05) على مقياس بيك للاكتئاب.

تحصلت الحالة رقم ( 05 ) في مقياس بيك للاكتئاب على درجة (39)، وهذا يوافق مستوى الاكتئاب الشديد الذي يمتد من (28 إلى 63)، وهذا ما تبين أثناء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة، حيث كانت أكثر الأعراض الاكتئابية بروزا عند الحالة تتمثل في: الشعور بالحزن، الفشل، عدم الشعور باللذة اتجاه الأشياء، الشعور بالذنب وعدم القيمة وسرعة الانفعال... إلخ.

### 1-5-4- عرض نتائج مقياس CISS

القيمة	المهمة	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
نقطة الخام	59	73	35	17	13
نقطة T	51	71	43	47	44
النسبة المئوية	54%	99%	24%	38%	27%
المستوى	متوسط	عالية	متوسط	متوسط	تحت المتوسط بقليل

الجدول رقم ( 14 ): نتائج الحالة ( 05 ) على مقياس CISS.

من خلال الجدول رقم ( 14 ) الذي يوضح نتائج الحالة ( 05 ) على مقياس CISS، يتبين لنا أن الحالة تستعمل أكثر إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال وذلك بنقطة  $T=71$  والتي تمثل درجة عالية. وهذا ما دلت عليه معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة بالتالي ما يفسر انزعاجها وقلقها كثيرا من تواجدها بالمستشفى وكذلك البكاء بحيث كما صرحت لنا بأنها الآن جد منفعة ومضطربة أكثر من ذي قبل وسريعة الغضب، وكذلك ما لاحظناه من مشاعر الحزن واليأس وفقدان الأمل بادية على وجهها بالإضافة إلى الإرهاق الشديد.

وتستعمل في الدرجة الثانية إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المهمة بنقطة  $T=51$  والتي تمثل بدورها درجة متوسطة، إذ بدا لنا واضحا أثناء المقابلة أنها شخصية ليست كثيرة التركيز على وضعيتها بالإضافة إلى نقص محاولتها في بذل الجهد الإضافي وتنظيم نفسها من جديد لأجل تحسين أمورها. وتستعمل بعد ذلك إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية بنقطة  $T=47$  والتي تمثل درجة متوسطة، إذ أن الحالة لم تستطع الانشغال بأمور أخرى تجعلها تنسى وضعيتها التي هي عليها، وخاصة أنها لا تملك أية هواية تمارسها.

وقد استعملت بعد ذلك إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بنقطة  $T=44$  والتي تمثل درجة تحت المتوسط بقليل، وهذا ما اتضح لنا أثناء المقابلة العيادية النصف موجهة أن الحالة تفتقد إلى الدعم والمساندة وخاصة معنويا، بل بالعكس من ذلك جعلوها تحس وكأنها ليست عادية وخاصة من طرف أقرب الناس إليها وهم عائلتها.

أما فيما يخص إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التجنب فاستعملتها في الأخير بنقطة  $T=43$  والتي تمثل درجة متوسطة ما يعني أنها لا يمكنها تجنب الوضعية التي هي عليها.

## خلاصة الحالة:

في الأخير ما يمكن أن نصل إليه من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة ( 05 ) التي تبلغ من العمر 23 سنة، والتي قامت بمحاولة الانتحار، وبعد تحليل نتائج المقياسين، مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الـ CISS، اتضح لنا منذ البداية وقبل الشروع في المقابلة عن طريق ملاحظتنا لها بدت عليها ملامح التوتر والانعراج من تواجدها بالمستشفى بالإضافة إلى ملامح التعب والإرهاق وكانت تجيب على الأسئلة نوعاً ما بصعوبة، رغم ذلك بذلت مجهوداً وأجابت على كل الأسئلة، حيث كانت تتكلم بهدوء وبصوت منخفض.

وكانت تبدو جد متأثرة بوضعيتها وخاصة أنها لم تجد الدعم والمساندة وخاصة من طرف أقرب الناس إليها وهم عائلتها، الذين حسب تصريحها أنهم لم يعيروا لها أي اهتمام خاصة وأنها قامت بأخطر شيء يمكن أن يفعله الفرد بنفسه، ألا وهو إقدامها على محاولة إنهاء حياتها علماً أنها لم تكن المحاولة الأولى بل كانت الرابعة في حياتها، مما أثر فيها ذلك، حيث اتضح لنا ذلك أثناء المقابلة مع المفحوصة، أين كانت متعبة جداً وفي بعض الأحيان تفقد التركيز معنا مما اضطررنا لإعادة طرح الأسئلة مرات عدة لكي تفهمها وتجييب عليها، مما جعلها تدخل في حالة من الاكتئاب الشديد وهذا ما دلت عليه نتائج مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II)، والذي تحصلت فيه على درجة عالية قدرت بـ 39 والتي تمثل مستوى اكتئاب شديد، الأمر الذي ربما أدى بها اللجوء إلى القيام بالمحاولة الانتحارية.

ولعل كل هذا جعل الحالة تتسم بمشاعر الانفعال والتوتر والانعراج من حالتها وكذا لوم نفسها دائماً، وهذا ما دلت عليه الدرجة العالية التي تحصلت عليها في الانفعال في مقياس الـ CISS والتي تمثل الدرجة الأولى، بالتالي ما يلاحظ على الحالة أنها لا تحاول بذل الجهد قصد تحسين وضعيتها وتغييرها إلى

الأحسن والأفضل، ما يفسر الدرجة المتوسطة التي تحصلت عليها في إستراتيجيات المقاومة المتمركزة على المهمة.

لكن ما أثر على الحالة وزاد من معاناتها هو إحساسها بأنها غير مرغوبة ومحبوبة من حولها وخاصة من طرف أقرب الناس إليها ألا وهم عائلتها، بالتالي ما يفسر الدرجة تحت المتوسط بقليل التي تحصلت عليها في الدعم الاجتماعي.

## 2- عرض نتائج الحالات الخمس:

بعد أن قمنا بعرض نتائج الحالات الخمسة كل واحدة على حدى، سنتطرق فيما يلي إلى عرض نتائج هذه الحالات الخمسة بصفة عامة على المقياسين، مقياس Beck للاكتئاب (BDI-II) ومقياس إستراتيجيات المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة الـ CISS .

## 2-1-جدول رقم (15) يمثل نتائج الحالات الخمسة على مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II)

المستوى	درجة الإكتئاب	الحالات
شديد	39	الحالة (01)
شديد	52	الحالة (02)
شديد	37	الحالة (03)
شديد	31	الحالة (04)
شديد	39	الحالة (05)

من خلال نتائج الجدول رقم ( 15 )، يتضح أن الحالات الخمسة تتميز باكتئاب شديد بدرجات متفاوتة على مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II)، أين تعدت كلها درجة 28 على هذا السلم، إذ نجد أن كل من الحالتين الأولى والخامسة قد تحصلت كل منهما على نفس الدرجة وهي 39 والتي تمثل اكتئاب شديد، في حين نجد الحالة الثانية تحصلت على درجة عالية بالمقارنة مع الحالات الأربع والمتمثلة في درجة 52 وهو ما يعني كذلك اكتئاب شديد، أما الحالة الثالثة فقد سجلنا درجة 37 ما يمثل اكتئاب شديد، أما الحالة الأخيرة وهي الرابعة فتحصلت على درجة 31 على سلم بيك للاكتئاب وهي تمثل بدورها كذلك حالة اكتئاب شديد.

جدول رقم (16): يمثل نتائج الحالات الخمسة على مقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة:

الحالات	المهمة			الإنفعال			التجنب			التسلية			الدعم الإجتماعي		
	نقطة T	النسبة المئوية	المستوى	نقطة T	النسبة المئوية	المستوى	نقطة T	النسبة المئوية	المستوى	نقطة T	النسبة المئوية	المستوى	نقطة T	النسبة المئوية	المستوى
01	32	%4	تحت المتوسط بكثير	76	%99	عالي	69	%97	أعلى بكثير من المتوسط	83	%99	عالي	53	%62	متوسط
02	62	%89	فوق المتوسط	75	%99	عالي	76	%99	عالي	79	%99	عالي	69	%97	أعلى بكثير من المتوسط
03	56	%73	فوق المتوسط بقليل	80	%99	عالي	61	%86	فوق المتوسط	70	%98	أعلى بكثير من المتوسط	53	%62	متوسط
04	53	%62	متوسط	75	%99	عالي	70	%98	أعلى بكثير من المتوسط	68	%96	أعلى بكثير من المتوسط	65	%93	فوق المتوسط
05	51	%54	متوسط	71	%99	عالي	43	%24	متوسط	47	%38	متوسط	44	%27	تحت المتوسط بقليل

من خلال الجدول رقم (16) يتضح لنا أن معظم الحالات تلجأ إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال وتمثل في الحالات (03-04-05) بنقطة T تتراوح بين (71-80). بمستوى عالي لكل الحالات. أما الحالتان (01) و(02) تستعملان بنسبة أكثر استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول التسلية وذلك بنقطة  $T=83$  و  $T=79$  على التوالي، وبمستوى عالي.

## 3- مناقشة وتحليل نتائج الحالات الخمسة:

من خلال إجراء وتحليل المقابلات النصف الموجهة وتحليل وتقييم المقاييس المستخدمة، مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) ومقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة.

وبعد جمع وتحليل كل الحالات الخمسة، أظهرت النتائج التي توصلنا إليها أن الفرضية الأولى التي مفادها "يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة" قد تحققت، حيث أن كل الحالات قد تحصلت على درجات معينة على مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II)، والتي تتراوح درجاتهم بين [31-52].

فبالنسبة للحالتين الأولى والخامسة نجد بأنهما قد تحصلا على نفس الدرجة والتي هي عالية على مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، فالحالة الأولى يعاني من اكتئاب شديد وذلك بدرجة قدرها 39 وهذا ما تبين خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت معه، من خلال المشاعر التي تنتابه كالحزن الفشل والشعور بالذنب، هذه العوامل التي من شأنها ساهمت في اكتئاب حالته.

أما الحالة الخامسة فهي نفس الدرجة التي تحصل عليها الحالة الأولى أي 39، ما يعني أنها تعاني من حالة اكتئاب شديد، وهذا ما اتضح كذلك خلال المقابلة العيادية، إذ أن ملامح التعب والإرهاق بادية على وجهها وكما أنها منهارة ومنحطة نفسياً، بالإضافة إلى الشعور بالعقاب، الإحساس باللاقيمة والفشل في الحياة.

و في الحالة الثانية تحصل على درجة 52 على مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) وهذه تعد الأعلى بين تلك الحالات، بالتالي فهو يعاني من اكتئاب شديد، وهذا ما تجلّى أثناء المقابلة العيادية حيث بدى لنا من أنه يشعر بالتشاؤم إلى الحياة وذلك من خلال تركيز مشاعر عدم القيمة وعدم التركيز والإحساس بالذنب.

أما فيما يخص الحالة الثالثة، فقد تحصل على درجة 37 على مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) مما يبين أنه في حالة اكتئاب شديدة، ولعل هذا ما التمسناه خلال حديثه ضمن المقابلة العيادية النصف موجهة، بأن الحالة مبعثوس من حالته التي طالت مدتها وظل فقط يأمل في أن ينجح في حياته الزوجية ويشفى من اضطرابه، مما يعني سيطرة مشاعر الفشل، العقاب، الأفكار الانتحارية والإنفعال على نفسه.

وكذا الحالة الرابعة فتحصل على درجة قدرت بـ 31 على مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ما يوضح بأنه في حالة من الاكتئاب الشديد، فهو فرد متأثر كثيرا لدرجة أنه كان يتكلم بصعوبة معنا أثناء المقابلة العيادية، حيث ملامح التعب والإرهاك الجسمي والمعنوي بادية عليه، بالإضافة إلى سيطرة مشاعر الحزن، العقاب والشعور بعدم القيمة.

و لعل أن هناك عدة دراسات أجريت حول موضوع الاكتئاب وعلاقته بالمحاولة الانتحارية، والتي تدعم النتائج المتوصل إليها. إذ نجد كل من "بيلنجز" و"موس" (1984) اللذان قاما بدراسة الضغوط وطرق مواجهتها والامتدادات الاجتماعية لدى المرضى الذين لديهم حالات الاكتئاب وتوصلا إلى أن هناك علاقة موجبة ودالة بين شدة الاكتئاب وبين كل من الأحداث السالبة (كالانتحار مثلا)، كما توصلا إلى وجود علاقة سالبة ودالة بين شدة الاكتئاب وبين قوة العلاقة القريبة، وبين نوعية العلاقة الشخصية.

(كامل أحمد سهير، 1998، ص18).

أما فيما يتعلق بالفرضية الثانية التي مفادها، "يستعمل الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال"، قد تحققت لكن جزئيا، حيث أن 60% فقط من الحالات الخمسة تلجأ إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال، ونجد ذلك في الحالة الثالثة، الرابعة والخامسة وذلك بنفس المستوى، حيث نجد الحالة الثالثة تحصل على مستوى عالي على سلم الانفعال وذلك بنقطة  $T = 80$  وذلك ناتج عن التقدير السلبي اتجاه نفسه فيرى بأن حالته غير طبيعية وخصوصا أنها طالت مدتها، مما جعله يشعر بتأنيب الذات، وأنه ليس كبقية الناس الآخرين مما أدى به ذلك

إلى أن سيطرت عليه مختلف مشاعر التوتر، القلق والانتزاع والضغط كلها عوامل أدت به إلى القيام بمحاولة انتحار.

ونفس الشيء بالنسبة للحالة الرابعة الذي بدوره تحصل على مستوى عالي وبنقطة  $T=75$ ، ذلك أن الحالة بدا لنا جد متأثر بالوضعية التي هو عليها، وانعدام علاقة عائلية جيدة ومنتينة بالإضافة إلى سوء العلاقة بالزملاء والأقرباء، كلها عوامل ساهمت في اكتئاب الحالة وشعوره بأن لا دور له في المجتمع وخاصة ضمن عائلته التي لم يجد فيها الدعم والمساندة، بل العكس من ذلك أصبح يرى على أنه ليس بإنسان عادي، لنجد بأن كل ذلك ساهم في لجوء الحالة إلى القيام بمحاولة إنهاء حياته أي محاولة انتحار.

كما تظهر إستراتيجية المقاومة المتمركزة حول الانفعال بكثرة عند الحالة الخامسة وذلك بنقطة  $T=71$  بمستوى عالي، وهذا ما تبين لنا أثناء المقابلة العيادية، حيث أنها عانت وتعاني من حالة ضغط شديدة نتجت عن علاقتها الغير جيدة مع عائلتها وفشلها عاطفيا مع صديقها، وكان نتاج ذلك أن قام بالزواج بفتاة أخرى، كلها عوامل جعلت الحالة تشعر بأنها غير مرحبة ومحبوبة ضمن العائلة، وسيطرت عليها مشاعر سلبية رهيبة اتجهت نفسها مما أثر ذلك كلية على شخصيتها وكيانها، وأصبحت تفضل الموت على أن تبقى في تلك المعاناة، مما جعلها تقوم بأربع محاولات انتحارية، وحسبها أنها تحس بأنها وحيدة وغريبة ضمن أهلها، دون أن ننسى أنها يتيمة الأب، فكل هذا جعلها تعيش في حالات من الضغط النفسي، الحزن الدائم والفشل في الحياة والاكتئاب الشديد.

بعد كل هذا يتبين لنا من أن الأفراد الذين يصعب عليهم تغيير الموقف أو الوضعية التي هم فيها مهما كان السبب سواء تدهور العلاقة العائلية واحتقانها بالمشاكل، القلق الشديد، أو المعاناة من اضطراب ما، يلجئون إلى الاعتماد على الإستراتيجيات المتمركزة على الانفعال بصفة أكثر.

كما يظهر من خلال الجدول رقم (16) أن الحالة الأولى تلجأ إلى استعمال أكثر استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال والتسلية معا بنفس المستوى وهو عالي، لكن بنقطة T مختلفتين، وهي على التوالي  $T = 76$  و  $T = 83$ ، وهذا ما تبين خلال المقابلة العيادية حيث أن الحالة يحاول الانشغال بأمور أكثر تسلية لنسيان وضعيته، لكن انفعاله الشديد وعدم التحكم فيه، أدى به إلى القيام بالمحاولة الانتحارية.

أما بالنسبة للحالة الثانية فنجده يستعمل نفس الإستراتيجيات التي استعملها الحالة الأولى، لكن يعتمد على إستراتيجية ثالثة وهي التجنب، حيث نجدها بمستوى عالي وبنقاط متباينة، فتحصل في الأول على إستراتيجية المقاومة المتمركزة حول التسلية بنقطة  $T = 79$ ، ثم إستراتيجية التجنب بنقطة  $T = 76$  بعد ذلك إستراتيجية الانفعال بنقطة  $T = 75$ ، فهي نقاط متقاربة جدا، ما يفسر أن الحالة يحاول تجنب وضعيته والانشغال بأمور أخرى، لكن ذلك لم يمنع من أن يتأثر بانفعالاته ويؤدي بنفسه إلى محاولة الانتحار.

كما لاحظنا من خلال المقابلة العيادية التي أجريت مع الحالات أن استعمالها بكثرة للإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال راجع أساسا إلى نقص المساندة العائلية الاجتماعية، خاصة لدى الحالتان الخامسة والثالثة، فالحالة الخامسة تعيش حالة جد صعبة مع عائلتها وخاصة من طرف أمها وأخواتها اللواتي حتى أنهن يقمن بضربها، بالإضافة إلى أمها التي تعاملها بقسوة عكس معاملتها مع أخواتها، و تراها بأنه فتاة غير عادية ومريضة، مما أثر كل هذا سلبا عليها، فهي لا تشعر بتواجدها ضمن العائلة، وتفتقد لدفع العائلة، ونجد كذلك الحالة الثالثة الذي يعاني بدوره من نقص المساندة والدعم من طرف أقربائه، فحسب

قوله بأنهم لا يقومون بزيارته لا إلى المنزل ولا إلى المستشفى، وخاصة أنه يعاني من اضطراب جنسي منذ (08) سنوات من فترة زواجه، فالدعم العائلي غير موجود ولا من طرف الأقرباء، مما أثر سلباً على نفسيته وشخصيته ككل.

وقد يرجع كذلك الأمر إلى الاكتئاب الشديد الذي تعاني منه الحالات، وخاصة الحالات الثالثة والرابعة والخامسة، فدخولهم لهذه المرحلة من الاكتئاب وعدم القدرة على مواجهته من شأنه أن يؤثر بشكل مباشر وسلبى على انفعالاتهم وسلوكهم، أي إذا قيّمت الوضعية على أنها وضعية غير متحكم فيها، وأن الفرد غير قادر على التحكم فيها، يلجأ إلى الاعتماد على استعمال الإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال والتي تعتبر غير فعالة، وهذا ما تبين لنا أثناء دراستنا للحالات، مما يفسر اللجوء إلى استعمال الإستراتيجيات المتمركزة حول المهمة بدرجة متوسطة، وخاصة مع الحالتان الرابعة والخامسة أين تحسلاً فيها على درجة متوسطة على سلم المهام، إذ لم تكن هناك محاولة لبذل جهد كافي وإضافي قصد تغيير الوضعية تلك التي هم عليها.

فبالرغم من قلة الدراسات العلمية التي أجريت حول التحقق من هذا الافتراض، أي لجوء الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية أثناء الوضعيات الضاغطة، إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال أكثر من غيرها من الاستراتيجيات الأخرى، إلا أننا نجد ما أكدته دراسة "Terry" (1994) أن في الوضعيات الضعيفة من حيث التحكم فإن الفرد يستعمل أساليب متمركزة على الانفعال أكثر من أساليب أخرى. (زواني نزيهة، 2002، ص103).

فمن خلال عرض وتحليل نتائج الحالات الخمسة تبين أن الفرضيات المنطلق منها:

- 1- "يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة".
- 2- "يستعمل الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال".

قد تحققت، إلا أنه تجدر بنا الإشارة إلى أن هذه الفرضيات وإن تحققت فتحققها يبقى جزئيا فقط بالتالي فإنها تبقى قابلة للنقد والنقاش، خاصة وأنها متعلقة بمجموعة البحث وظروف إجرائه.

## الاستنتاج العام:

لقد تمحورت دراستنا هذه في موضوع بحث، والذي كان تحت عنوان "الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية"، أين تطرقنا فيه أولاً إلى الجانب النظري الذي تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول وهي، الاكتئاب، استراتيجيات المقاومة وكذا الانتحار والمحاولة الانتحارية، وبعد الإحاطة بالجانب النظري للبحث وما يحمله من دراسات حول هذا الموضوع، تمت صياغة فرضيات البحث على الشكل التالي:

- يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة.
  - يستعمل الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال.
- وللتحقق من فرضياتنا ميدانياً اعتمدنا في ذلك على المنهج العيادي الذي اعتبرناه الأنسب لهذه الدراسة، مما يسمح لنا بدراسة عميقة ومنفردة للحالات.
- وتمثلت كذلك أدوات بحثنا في كل من الملاحظة، المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI-II) ومقياس استراتيجيات المقاومة إزاء الوضعيات الضاغطة CISS وبعد دراسة وتحليل كل الحالات بمعالجة المعلومات المتحصل عليها عن طريق المقابلة وتفسير نتائج المقياسين، تم التوصل إلى أن:

الفرضية الأولى والتي كان مفادها، أنه يعاني الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية من درجة اكتئاب شديدة، قد تحققت، لأن الحالات تعاني من الاكتئاب الشديد وبدرجات متفاوتة تتراوح ما بين [31 - 52].

وكذلك تحققت الفرضية الثانية التي مفادها، يستعمل الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال، لكنها تحققت جزئياً بمعدل 5/3 من مجموع الحالات، أي

فوق المتوسط بقليل، أي ما يعادل 60% من الحالات يستعمل استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال بنقطة T تتراوح بين [71- 80].

وفي الأخير نستنتج من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والتي كان موضوعها حول "الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية" في الجزائر، أكدت صحة ما توصلت إليه الدراسات حول العلاقة بين المحاولة الانتحارية وشدة الاكتئاب، حيث يرى الباحث سيلبي Selye (1956) أن للضغط النفسي أثر كبير على الصحة النفسية بصفة عامة، والمتنحر بهذا المنظور يتعرض في حياته اليومية لعوامل ضغط عالية أو مشكل حياتي يجعل الفرد المحاول للانتحار غير قادر على التفكير المتسلسل والسريع، وعليه يجد صعوبة في تنويع وإيجاد الحلول المناسبة لمواجهة المشكل مما يدفع به الاعتقاد أن مشكله لا تحل إطلاقاً، ولا يمكن أن يحقق أهدافه، والشيء الذي يؤدي به إلى السقوط في اليأس الذي يؤدي إلى الاكتئاب وبالتالي اللجوء إلى المحاولة الانتحارية. (أ.مجاوي حسينة، 1995، 15).

بالتالي تبين لنا أن الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية يعانون من درجة اكتئاب شديدة ولا يمكن تصور تلك المعاناة النفسية والعذاب الداخلي الذي لاحظناه وعشناه معهم طيلة المقابلة العيادية بالإضافة إلى اعتمادهم على استراتيجيات الانفعال أثناء مواجهتهم للحالات الضاغطة.

وانطلاقاً من هذه الدراسة النظرية والتطبيقية معاً، توصلنا إلى بعض الملاحظات التي نود عرضها

فيما يلي:

- معرفة درجة الآلام والمعاناة النفسية التي يعاني منها الراشدون الذين قاموا بمحاولة انتحارية، مما سمح لنا بالاحتكاك بهم والتقرب منهم والإحساس بمعاناتهم.

- التعرف على مدى خطورة وتعقد ظاهرة الانتحار، وما لتأثيراتها السلبية على محاوليها نفسياً، جسماً واجتماعياً.

- معرفة الإستراتيجية الأكثر استعمالاً ولو بصفة جزئية لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية.
- فهم وإحساس ما يشعر به الراشد الذي لجأ إلى القيام بمحاولة انتحارية، نتيجة حالة الاكتئاب التي جعلته يعيش بعيداً عن عالمنا، بل صنع لنفسه عالماً خاصاً به مليء بمشاعر التشاؤم، الحزن، القلق والتوتر... ما من شأنه أن يجعله يفقد الأمل في مواصلة الحياة، ويفقد الثقة في نفسه قبل الآخرين.
- التعرف على المشاكل التي يواجهها الباحث في عالمه البحثي، وعلى مدى صعوبة المنهج العيادي ومدى تعقد تقنياته (المقابلة العيادية، الاختبارات النفسية)، التي تتطلب الكثير من الخبرة والتجربة ودراية كافية للتمكن منها.

## خاتمة:

لقد تناولنا في بحثنا هذا موضوعا علميا، عياديا، الذي كان تحت عنوان "الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية"، أين ارتأينا القيام ببحث علمي بحت وكذلك تحقيق مجموعة من الأهداف المسطرة والمحددة مسبقا، ولقد حاولنا في هذا البحث تسليط الضوء على أهم وأخطر ظاهرة حاليا في العالم بأسره بصفة عامة، وبلدنا الجزائر بصفة خاصة، ألا وهي الانتحار، حيث أصبحت في الآونة الأخيرة أمرا خطيرا ومخيفا، وذلك نتيجة الحالات الكثيرة التي تلجأ إلى القيام بهذا النوع من الفعل الذي ينتهي بهم في آخر المطاف إلى الموت المحقق، وإما إلى الفشل في ذلك، وهذه الأخيرة هي التي كانت معنية في موضوع دراستنا، و بالضبط حالات الراشدين، حيث قمنا بدراستها والاحتكاك معها قصد التعرف على حالتهم النفسية، ولما تحمله من اضطرابات نفسية مختلفة ومتعددة، ولعل من بينها الاكتئاب، مما سمح لنا بالتحقق من ذلك بالفعل خاصة أثناء المقابلة العيادية، بالإضافة إلى أننا توصلنا إلى أن هؤلاء الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية أنهم يعانون من اكتئاب شديد فاقت درجته 28 على سلم بيك للاكتئاب. وهذا ما توصلنا إليه من خلال تطبيق مقياس بيك Beck للاكتئاب (BDI-II) مع الحالات الخمس، أين تحصلت كلا من الحالتان الأولى والخامسة على نفس الدرجة وهي 39 ، أما الحالة الثانية فكانت بدرجة 52، لنجد الحالة الثالثة بدورها تحصلت على درجة 37، ثم الحالة الرابعة التي كانت درجتها 31، فكل هذه الدرجات تعبر عن درجة اكتئاب شديدة وذلك حسب سلم مقياس بيك للاكتئاب.

أردنا أيضا عن طريق هذه الدراسة معرفة كيف يقاوم أو يواجه الفرد الراشد الذي لجأ إلى القيام بمحاولة انتحارية الوضعيات الضاغطة، وإذا كان يحاول التأقلم مع هذه الوضعية الجديدة، بحيث توصلنا إلى أن الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية يستعملون أكثر إستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال

لمواجهة أو مقاومة الوضعيات الضاغطة. وذلك من خلال ما توصلنا إليه من نتائج تطبيق مقياس الـ CISS للوضعيات الضاغطة، أين سجلنا ما يعادل نسبة 60% من الحالات الخمس يستعملون استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال، وتمثل في الحالات الثالثة، الرابعة والخامسة، بدرجات T قدرت على التوالي: 71-75-80، أما الحالتان الأولى والثانية فركزا على الاستراتيجيات المتمركزة حول التسلية بدرجة T=83 بالنسبة للحالة (01) ودرجة T=79 بالنسبة للحالة (02)، إلا أننا نجد هاتان الحالتان كذلك يستعملان إستراتيجية المقاومة المتمركزة حول الانفعال بنفس المستوى مع إستراتيجية التسلية، أي مستوى عالي، لكن بدرجات مختلفة، إذ أن درجة إستراتيجية التسلية هي الأكبر في كلتا الحالتين.

وأخيرا، ما يمكن أن نقوله هو أننا نأمل أن يكون لهذا البحث دورا مساهما في خدمة البحث العلمي والباحثين في هذا الميدان، وكذلك نفتح المجال لدراسات أخرى في هذا الموضوع، لأن الدراسات قليلة في هذا المجال مقارنة بحجم وخطورة الظاهرة، لذا نقترح فيما يلي على الطلبة أو الباحثين في هذا الميدان بعض المواضيع التي نرى بأنها لا بد من دراستها والبحث فيها، وهي:

- محاولة دراسة الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى فئة المراهقين الذين قاموا بمحاولة انتحارية، هذه الفئة التي تعد شريحة حساسة جدا في المجتمع.

- علاقة التصورات بالمحاولة الانتحارية لدى فئة الراشدين الذين لجئوا إلى القيام بمحاولة انتحارية، وكذا عند المراهقين والشباب.

- دراسة مقارنة بين فئة الرجال وفئة النساء الذين قاموا بمحاولة انتحارية، من حيث كثرة المحاولات الناجحة بين الرجال مقابل كثرة المحاولات الفاشلة لدى النساء.

- مدى تأثير المعاملة الأسرية أو الوالدية في لجوء الأفراد إلى القيام بمحاولة انتحارية.

## صعوبات البحث:

إن أثناء القيام بإجراء أي بحث علمي، لا بد وأن تقف أمامه عدة صعوبات وعوائق، لذلك أثناء تطرقنا لإجراء بحثنا هذا والذي كان تحت عنوان "الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية"، واجهتنا بعض الصعوبات والعراقيل التي نذكرها فيما يلي:

### 1- الجانب النظري:

« قلة المراجع العلمية المتوفرة حول موضوع الانتحار والمحاولة الانتحارية، وقلة الدراسات العلمية حول هذا الموضوع، رغم أنه يعتبر من المواضيع الهامة في البحث العلمي نظرا لخطورة الظاهرة وزيادة تفاقمها باستمرار وكذا نفس الشيء فيما يخص موضوع استراتيجيات المقاومة.

### 2- الجانب الميداني:

« أول صعوبة لقيناها أثناء توجيهنا للدراسة الميدانية هي من حيث إيجاد مجموعة البحث، حيث لم تتمكن من إيجاد المجموعة المناسبة لبحثنا ، وإن وجدت البعض منها ففرض إجراء المقابلة معها، وهذا على مستوى ولاية البويرة، نظرا لعدم توفر لمركز استشفائي خاص بالذين قاموا بمحاولة انتحارية على مستوى الولاية، مما حتم علينا التوجه إلى ولاية أخرى وهي تيزي وزو.

« صعوبة أخرى تمثلت في توجيهنا إلى الميدان بأدوات كلها باللغة العربية والفرنسية، لكن ما صادفناه أن معظم الحالات تتكلم اللغة الأمازيغية فقط ، لذلك اضطررنا إلى ترجمة بعض البنود إلى اللغة الأمازيغية أي (اللغة الأم).

« عدم توفر مكتب خاص لإجراء المقابلات، وذلك في بعض أجنحة المستشفى ، حيث أن إحدى الحالات قمنا بإجراء المقابلة العيادية معها في غرفة خاصة بالاستقبال.

## التوصيات:

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها، باعتبارنا اختصاصيين في علم النفس العيادي، ارتأينا وضع

بعض التوصيات، التي نأمل أن تؤخذ بعين الاعتبار من طرف كل واحد منا، والمتمثلة في:

1) لا بد من الاهتمام أكثر بظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية، مما يسمح لنا بفهمها أكثر و إيجاد الحلول المناسبة، وذلك بإجراء دراسات دقيقة ومعمقة في مجتمعنا.

2) إقامة جلسات خاصة لتوعية الأفراد وخاصة الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية.

3) ضرورة توفر الكفالة والمتابعة النفسية للحالات التي حاولت الانتحار وخاصة فئة الراشدين، لأن التكفل لا يقتصر فقط على تلك الفترة التي حدثت فيها محاولة الانتحار، مما يساهم هذا في استبعاد تكرار المحاولة الانتحارية لمرة أخرى أو عدة مرات.

4) الإصرار و التأكيد على ضرورة وجود مختص نفسي واحد على الأقل في كل المراكز الإستشفائية وذلك قصد التكفل النفسي خاصة بفئة الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية.

5) إدراج الأسرة في عملية الكفالة النفسية لما لذلك من تأثير إيجابي على سير المتابعة النفسية، أحسن من الاكتفاء فقط بالفرد و خاصة الراشد الذي قام بمحاولة انتحارية.

6) ضرورة العمل المشترك بين الأخصائيين النفسيين والأطباء المعالجين.

7) تنظيم أيام توعوية خاصة بظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية، لتبيان مدى خطورتها و انتشارها في المجتمع، قصد محاولة فهم الأفراد بضرورة مواجهة الواقع واقتراح الحلول للمشاكل المختلفة بدل الهروب منها واللجوء إلى محاولة الانتحار.

8) التكتيف من الجمعيات الخاصة بمساعدة فئة محاولي الانتحار، لأن لها دور مهم في المجتمع، من خلال القيام بعمليات تحسيسية حول مخاطر ظاهرة الانتحار قصد التقليل منها وحتى منعها ولما لا.

9) العمل على إعادة دمج فئة محاولي الانتحار ضمن المجتمع، حتى يستطيعوا مواصلة حياتهم، وجعلهم يحسون بدورهم في المجتمع الذي لا غنى عنه، وأنهم ليسوا عاجزين.

10) عمل مؤسسات الرقابة والأخصائيين النفسانيين على تشجيع المتابعة النفسية، عن طريق تنمية المقاومة الروحية، وذلك بتشجيع السلوكيات والاتجاهات الدينية الإيجابية وتوعية الفرد بأنه قادر على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، ومواجهة الضغوط النفسية الاجتماعية والمهنية بصفة خاصة.

11) تدعيم الاهتمامات والمشاريع التكوينية والمهنية لدى تلك الفئة التي قامت بمحاولة انتحارية، عن طريق تنظيم تربصات ميدانية تدريبية من شأنها أن تشجع في تطوير مؤهلاتهم وتحقيق مشاريعهم الخاصة بهم.

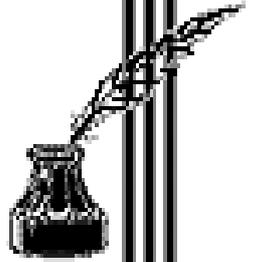
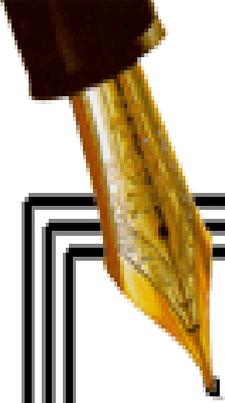
12) ضرورة استغلال الوسائل الإعلامية بصفة فعالة في جميع الميادين، وذلك عن طريق وضع سياسة إعلامية متكاملة الجوانب، قصد تحسيس أفراد المجتمع بخطورة هذه الظاهرة، وذلك من خلال وضع استراتيجيات محكمة ودقيقة للحد منها.

13) إنشاء مراكز نفسية بيداغوجية للتكفل النفسي بمؤلاء والقيام بتوعيتهم بحقيقة هذا الفعل الذي يقدمون عليه، ومحاولة إشراك تلك الفئات في الحملات التحسيسية التوعوية وذلك تحت إشراف مختصين في هذا المجال، قصد إيصال الفكرة إلى الأفراد بشكل أكثر صدق وحقيقة للظاهرة.

14- محاولة فهم الأفراد الذين أقدموا على القيام بمحاولة انتحارية، والاستماع الجيد لهم ولانشغالاتهم قصد منع محاولتهم للانتحار مرة أخرى، لأننا لا يمكن أن نتصور درجة معاناتهم وعذابهم النفسي الداخلي، ودرجة اكتئابهم الشديدة التي يعانون منها، إلا من خلال الإحتكاك معهم وإحساسهم بأنهم ليسوا وحيدون.

15- ضرورة التركيز على توعية وإرشاد الأسرة حول التغيير من ذهنياتها وطريقة تعاملها مع أفرادها، لما لذلك من تأثير كبير في نفسية الفرد ومشاعره الداخلية.

# قائمة المراجع



## قائمة المراجع:

- الكتب باللغة العربية:

- 1- ابن منظور (1970): لسان العرب، موسوعة أدبية علمية، دار اللسان، لبنان، بدون طبعة.
- 2- أحمد بدران عمرو حسن ( بدون سنة)، كيف تتخلص من الاكتئاب، الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، بدون طبعة.
- 3- أديب محمد الخالدي (2006): مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي)، الفحص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 4- أنجوس موريس، ترجمة بوزيد صحراوي (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصة، الجزائر، ط1.
- 5- حسين علي فايد (2005): المشكلات النفسية الاجتماعية، رؤية تفسيرية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.
- 6- حسين فايد (2001): الاضطرابات السلوكية، جامعة حلوان، الإسكندرية، بدون طبعة.
- 7- حسين فايد (2004): العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، نظرة تكاملية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، بدون طبعة.
- 8- حمدي محمد الحجاز (1987): علم النفس السريري والإرشادي، يرت، لبنان، ط1.
- 9- سامر جميل رضوان (2007): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن ط1.
- 10- سامي عريف وآخرون (1999): مناهج البحث العلمي وأساليبه، دار مجدلاوي للنشر، عمان ط2.
- 11- سعد رياض (تاريخ الطبع غير وارد)، دليل الشباب للنجاح والسعادة، دار خالد بن الوليد، القاهرة، مصر، بدون طبعة.

- 12- سعيد رشيد الأعظمي (2009): اضطرابات السلوك، تشخيصها والوقاية منها، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 13- سي موسى عبد الرحمان ورضوان زقان (2002): الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، جمعية علم النفس، الجزائر، ط1.
- 14- صفوت فرج (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاج تفضيلي، المطبعة العربية مكتبة الأنجلو المصرية، جامعة القاهرة، بدون طبعة.
- 15- طه عبد العظيم حسين (2007): العلاج المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، دار الوفاء لنديا للطباعة والنشر، بدون طبعة.
- 16- عبد الحكيم عفيفي (1990): الاكتئاب والانتحار، دار المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر، بدون طبعة.
- 17- عبد الحميد لطفي (بدون سنة): علم الاجتماع، دار النهضة العربية، لبنان، بدون طبعة.
- 18- عبد الغني الديدي (1995): التحليل النفسي للمراهقة (ظواهر المراهقة وخفاياها)، لبنان، ط1.
- 19- عبد المعطي حسن مصطفى (2003): علم نفس النمو، الأسس والنظريات، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة.
- 20- عبد المنعم الميلادي (2006): الأمراض والإضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية، بدون طبعة.
- 21- عثمان يخلف (2001): علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية، دار الثقافة للنشر والتوزيع القاهرة، ط1.

- 22- علا عبد الباقي إبراهيم (2009)، الاكتئاب، أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، ط1.
- 23- عوض عباس محمود (2001): الاكتئاب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، بدون طبعة.
- 24- عيسوي عبد الرحمان (1988): مناهج البحث في علم النفس، المكتسب العربي الحديث للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، ط1.
- 25- غريب عبد الفتاح غريب (1999): الصحة النفسية، المكتبة الأجلو مصرية، القاهرة.
- 26- لطفي الشربيني (بدون سنة): الاكتئاب (المرض والعلاج)، منشأة المعارف، جلال حز وشركاؤه بدون طبعة.
- 27- محمد أحمد الفضل الخالي (2006): المرشد إلى فحص المريض النفساني، منشورات الحلبي الحقوقية ط1.
- 28- محمد السيد عبد الرحمان (1999): علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب، الأعراض والتشخيص، دار فتاة للطباعة والنشر، القاهرة، بدون طبعة.
- 29- محمد الشاذلي عبد الحميد (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، ط3.
- 30- محمد حسن غانم (2004): الاكتئاب لدى الأطفال وكيف نتعامل معه، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، بدون طبعة.
- 31- محمد دويدار عبد الفتاح (1994): في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، بدون طبعة.
- 32- محمد قاسم عبد الله (2001): مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

- 33- محمود حمودة (1990): النفس أسرارها وأمراضها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، بدون طبعة.
- 34- مدحت عبد الحميد أبو زيد (بدون سنة): الاكتئاب، دراسة في السيكيوباتومتري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة.
- 35- نظام أبو حجلة (2007): الطب النفسي، التشخيص والعلاج، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان الأردن، بدون طبعة.
- 36- وليد سرحان وآخرون (2003): الاكتئاب، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، ط 1.

– الكتب باللغة الأجنبية:

– باللغة الفرنسية:

- 37- Bandura.A.(1980) : L'apprentissage social, Bruxelles, Madaga.
- 38- Blanchet.A (1997) : Dire et faire dire, l'entretien, press edition, Paris.
- 39- Charazac-Brunel, M. (2002). Prévenir le suicide, Paris, Dunod.
- 40- Chiland. (1983), Entretien clinique, Paris, PUF.
- 41- Dreyfus.A : quelque conceptions récentes au Sujet de la dépression  
Bulletin de psychologie, Tome XLI, n°384, 1988.
- 42- Durkeim (1960) : le suicide, puf, Paris, France.
- 43- k. charaoui et H. Benony (1999) : l'entretien clinique, éd. DUNOD, Paris.
- 44- Lachemia.D : La dépression de la preventionale guérison, santé pour tous, édition Dahleb, 1995.
- 45- lemprière T. (2000). Dépression et suicide, éd Scathe, Masson, Smeth Kline Becham, Paris.
- 46- Loo.H, Loo.P ( 1991) : la dépression, édition PUF,Paris,.
- 47- Marilou Bruchon Schwritzer (2001) : Le coping et stratégie d'ajustement face aux stresse , Dunod, Paris.
- 48- 46-Paulhan I (1992) : Le concept de coping, l'année psychologique, 92, 545, 557.

49- Renchlin.M (1992) : Les méthodes en psychologie, collection que sais-je, PUF, Paris.

50- 48-Rolland J-P (1998) : Manuel de CISS (inventaire de coping pour situation stressantes, adaptation française, édition du centre de psychologie appliquées, Paris.

51- Shneider.P.B : La dépression, édition le Maneau, paris, 1980.

52- Stora Jean Benjamin (1997) : Le stress, PUF, Paris.

53- Wilmotte et al (1986) : le suicide psychothérapie et conduites suicidaires, éd Pierre Margada, Bruxelles.

✍ بالغة الإنجليزية:

54- Kazdin.A.E, French.N.H. et all (1983): Hoplessness, depression in patient children, journal of consulting and clinical, psychology n°51.

- رسائل الماجستير:

55- بغيجة الياس (2006): استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى القلق

والإكتتاب لدى المعوقين حركيا، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

56- جميلة بالعزوق (1991): الكفالة النفسية لذوي العجز الكلوي المزمن باستخدام تقنيات معرفية

سلوكية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

57- زواني نزيهة (2001): استراتيجيات المقاومة و الدافع للانجاز الدراسي لدى المراهقين المضطربين

سلوكيا، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

58- زونية حلوان (2008): التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار بابتلاع مواد

محرقة، رسالة ماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر.

59- طبي سهام (2005): أنماط التفكير و علاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطرابات الضغوط التالية

للصدمة، دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المعرفي، باتنة.

60- عبيب غنية (1994-1995): محاولة الانتحار لدى الإناث وعلاقتها بالعوامل النفسية والأسرية،

رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

61- عيطور دليلا (1997): الضغط النفسي الاجتماعي لدى المرضى، دراسة طبيعية تحليلية، رسالة

لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

62- مرشدي الشريف (2008): مصادر الضغط المهني وإستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، دراسة

ميدانية بمستشفيات الجزائر العاصمة، رسالة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

63- مسعودي زهية (2008): العلاقة بين أبعاد الشخصية و استراتيجيات المواجهة و التوافق الزوجي

دراسة مقارنة على عينة من الأزواج المتوافقين و الغير المتوافقين، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر.

64- يحياوي حسينة (1995): المحاولة الانتحارية (دراسة نفسية)، رسالة ماجستير في علم النفس

العيادي، جامعة الجزائر.

- المعاجم والقواميس:

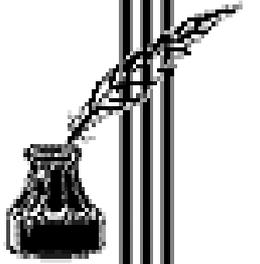
باللغة الفرنسية:

65- Norbert Sillamy (1981): Dictionnaire médicale, édition  
Librairie Larousse, paris.

66- Robert lafon (1991) : vocabulahre de psychopédagogie et ma  
psychiatrie de l'enfant, édition PUF.



الملاحق



## الملحق رقم (01)

### دليل المقابلة العيادية النصف موجهة

أولاً: محور البيانات الشخصية.

الاسم	السن
المستوى التعليمي	المهنة
عدد الإخوة	الرتبة بين الإخوة
عدد الأبناء	المستوى المعيشي
مهنة الأب	مهنة الأم
مكان السكن	

ثانياً: محور المحيط العائلي للمفحوص.

- 1- كيف هي العلاقة مع عائلتك؟ مع والديك، إخوتك؟
- 2- هل تعاني من مشاكل مع أفراد عائلتك؟
- 3- هل يعاني والديك من مشاكل فيما بينهما؟
- 4- هل تعرضت لحالة من العنف أو الضرب أو الاعتداء من طرف عائلتك؟
- 5- هل لك أقرباء؟
- 6- ما هي طبيعة علاقة أسرتك بهم؟
- 7- هل حدث لك و أن تعرضت لمشكل معهم؟
- 8- هل تعتمد على عائلتك أو أقربائك عندما تتعرض لمشكل ما في حياتك؟
- 9- هل تشعر بأن محيطك الأسري مناسب لك؟

10- كيف كان موقف محيطك الأسري بعد قيامك بمحاولة الانتحار؟

ثالثا: محور الحياة الدراسية و المهنية.

1- ما هو مستواك الدراسي؟

2- هل ما زلت تواصل دراستك حتى الآن؟ و كيف كانت علاماتك؟

3- هل تجد المتعة أثناء الدراسة؟

4- كيف هي علاقتك بالأساتذة و مع الزملاء؟

5- هل كنت تتغيب عن المدرسة أو العمل؟

6- هل لديك مشاكل مدرسية أو مهنية؟ و ما هي؟

7- هل تحب المشاركة في النشاطات المختلفة بالمدرسة؟ و هل تفضلها بصفة فردية أم جماعية؟

رابعا: محور نشاطات المفحوص في أوقات الفراغ.

1- هل لديك هواية معينة تحب ممارستها؟

2- هل تجد المتعة في ممارستها؟

3- هل تمارسها كملجأ تتجه إليه عند الشعور بالقلق و الضغط و الاكتئاب؟

خامسا: محور الحالة الصحية عامة.

1- هل لديك مرضا معينة تعاني منه سواء حاليا أو في الماضي؟

2- هل ترى بأنه يقف عائقا أمام طموحك و أهدافك في الحياة؟

3- هل هو الذي أدى بك إلى الإصابة بحالة الاكتئاب و بالتالي محاولتك للانتحار؟

4- كيف هي شهيتك للأكل؟

5- كيف هو نومك؟ و هل تراودك الكوابيس خلال فترات نومك؟

6- هل لديك اهتمام فيما يخص نظافة جسمك و هندامك ؟

سادسا: محور العوامل المؤدية للمحاولة الانتحارية.

1- ما هو المشكل الأساسي الذي دفعك إلى القيام بالمحاولة الانتحارية ؟

2- هل تضمن بأن هذا المشكل يستحق الانتحار فعلا ؟

3- هل اعتقدت يوما ما بأنك ستقوم بمحاولة انتحار ؟

4- هل كانت هذه المحاولة الأولى ؟

5- ما هي الوسيلة التي استخدمتها في ذلك ؟

6- في أي مكان قمت بذلك ؟ و في أي فترة ؟

7- ماذا كان هدفك من قيامك بهذا الفعل ؟

8- هل يوجد فرد في عائلتك أو أقربائك أقدم على القيام بمحاولة انتحارية ؟

سابعا: محور الحالة النفسية (المعاش النفسي).

1- ما هو إحساسك حاليا في المستشفى ؟

2- كيف تنظر الآن إلى حالتك (نفسك) ؟

3- كيف توصف لنا الحالة التي كنت فيها أثناء قيامك بمحاولة الانتحار ؟

4- كيف كان إحساسك مباشرة بعد قيامك لمحاولة الانتحار ؟

ثامنا: محور التصورات المستقبلية.

1- هل تشعر بالندم لما أقدمت عليه ؟

2- هل تفكر في الإقدام على المحاولة الانتحارية مرة أخرى ؟

3- كيف تتصور المستقبل بالنسبة إليك ؟ هل ترى بأنه سيكون أفضل ؟

4- هل لديك طموحات و مشاريع مستقبلية ؟

5- هل لديك هدف معين ما زلت متمسكا به و تود تحقيقه ؟

6- هل تضمن بأنك تملك الإرادة و العزيمة و القوة لتحقيق ذلك ؟

## الملحق رقم (02)

### مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II)

التاريخ:.....	
الإسم:..... الحالة العائلية: *متزوج	
*أرمل	*مطلق
*أعزب	*منفصل
المستوى الدراسي	العمر:.....الجنس: ذكر أنثى المهنة

التعليمة: هذا الإستبيان يحتوي على 21 مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأ بعناية كل مجموعة على حدى ثم اختر في كل مجموعة العبارة التي تصف أكثر كيف شعرت خلال الأسبوعين الأخيرين بما فيه اليوم، قم إذن بوضع دائرة حول الرقم الموجود أمام العبارة التي قمت باختيارها إذا وجدت في أي مجموعة من العبارات 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 (التعديلات في حالة النمو) و المجموعة رقم 18 (التعديلات في الشهية).

<b>1-الحزن:</b> 0 أنا لا أشعر بالحزن 1 أنا أشعر في أغلب الأحيان بالحزن 2 أنا دائما حزين 3 أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل	<b>5-الشعور بالذنب:</b> 0 أنا لا أشعر على الأخص بالذنب 1 أنا أشعر بأنني مذنب لعدة أشياء قمت بها أو كان عليا أن أقوم بها 2 أنا أشعر بأنني مذنب في أغلب الأحيان 3 أنا أشعر دائما بالذنب
<b>2-التشاؤم:</b> 0 أنا لست فاقد الهممة فيما يتعلق بمستقبلي 1 أنا أشعر بأنني أكثر فقدا للهممة من الماضي فيما يتعلق بمستقبلي 2 أنا لا أتوقع أن تتحسن الأشياء بالنسبة لي 3 أنا أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه و أنه لا يمكن له إلا أن يتدهور	<b>6-الشعور بالعقاب:</b> 0 أنا لا أشعر بأنني معاقب 1 أنا أشعر أنني يمكن أن أعاقب 2 أنا أنتظر أن أعاقب 3 أنا أشعر أنني معاقب
<b>3-فشل في الماضي:</b> 0 أنا لا أشعر في الحياة بالفشل 1 أنا فشلت أكثر مما كان عليا ذلك 2 لما أفكر في الماضي أرى عدد كبير من الفشل 3 أنا أشعر بأنني فشلت تماما في حياتي	<b>7-الشعور السلبي تجاه الذات:</b> 0 مشاعري تجاه نفسي لم تتغير 1 أنا فقدت الثقة في نفسي 2 أشعر بالإحباط تجاه نفسي 3 أنا لا أحب نفسي إطلاقا
<b>4-فقدان اللذة:</b> 0 أنا أشعر دائما بنفس اللذة كما في الماضي تجاه الأشياء التي تعجبني. 1 أنا لا أشعر بنفس اللذة كما في الماضي تجاه الأشياء 2 أنا أشعر بقليل من اللذة تجاه الأشياء التي كانت تعجبني عادة 3 أنا لا أشعر بأية لذة تجاه الأشياء التي كانت تعجبني عادة.	<b>8-إتجاه نقدي تجاه النفس:</b> 0 أنا لا ألوم نفسي أو لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد 1 أنا أكثر انتقاد تجاه نفسي مما كنت عليه من قبل 2 أنا أعاتب نفسي على كل عيوي 3 أنا أعاتب نفسي على المصائب التي تحدث

## 9- أفكار أو رغبات في الإنتحار:

- 0 أنا لا أفكر إطلاقا في الإنتحار
- 1 يحدث لي أن أفكر في الإنتحار، لكنني لن أفعل ذلك
- 2 أنا أريد الإنتحار
- 3 أنا سأنتحر إذا سمحت لي الفرصة

## 10- البكاء:

- 0 أنا لا أبكي أكثر من الماضي
- 1 أنا أبكي أكثر من الماضي
- 2 أنا أبكي لأبسط الأشياء
- 3 أنا أريد أن أبكي لكن لا أستطيع ذلك

## 11- الإضطراب:

- 0 أنا لست أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة
- 1 أنا لا أظهر بأنني أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة
- 2 أنا أشد اضطرابا أو توترا لدرجة أنه يصعب عليا أن أهدأ
- 3 أنا أشد اضطرابا أو توترا لدرجة أنه يجب عليا أن أتحرك باستمرار أو أن أقوم بشيء ما

## 12- فقدان الإهتمام:

- 0 أنا لم أفقد الإهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات
- 1 أنا أهتم أقل من الماضي بالأشخاص والأشياء
- 2 أنا لا أهتم تقريبا إطلاقا بالأشخاص والأشياء
- 3 أنا يصعب عليا الإهتمام لأي شيء

## 13- التردد:

- 0 أنا أتخذ القرارات جيدا كما في الماضي
- 1 يصعب عليا أكثر من العادة اتخاذ القرارات
- 2 أنا لدي أكثر صعوبة من الماضي على اتخاذ القرارات
- 3 أنا يصعب عليا اتخاذ أي قرار كان

## 14- إنقاص القيمة:

- 0 أنا أشعر أني شخص كفيء
- 1 أنا لا أشعر أن لي كثيرا من القيمة و لا أني مفيد كما في الماضي
- 2 أنا أشعر أني أقل كفاءة من الآخرين
- 3 أنا أشعر أن لا قيمة لي

## 20- التعب:

- 0 أنا لست أكثر تعباً من العادة
- 1 أنا أتعب نفسي بسهولة أكثر من العادة
- 2 أنا أكثر تعباً للقيام بأشياء كثيرة من التي كنت أقوم بها في الماضي
- 3 أنا أكثر تعباً للقيام بأغلب الأشياء من التي كنت أقوم بها في الماضي

## 15- فقدان الطاقة:

- 0 أنا لدي دائما نفس الطاقة كما في الماضي
- 1 أنا لدي أقل طاقة من الماضي
- 2 أنا ليس لدي الطاقة الكافية للقيام بأي شيء
- 3 أنا لدي القليل من الطاقة للقيام بأي شيء كان

## 16- التعديلات في عادات النوم:

- 0 عاداتي في النوم لم تتغير
- 1 أ أنا أنام أكثر قليلا من العادة
- 1 ب أنا أنام أقل قليلا من العادة
- 2 أ أنا أنام أكثر من العادة
- 2 ب أنا أنام أقل من العادة
- 3 أ أنا أنام تقريبا كل النهار
- 3 ب أنا أستيقظ ساعة أو ساعتين من قبل و لا أستطيع أن أعود للنوم

## 17- سرعة الإنفعال:

- 0 أنا لست أكثر انفعالا من العادة
- 1 أنا أكثر انفعالا من العادة
- 2 أنا منفعّل أكثر بكثير من العادة
- 3 أنا منفعّل باستمرار

## 18- تعديلات في الشهية:

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

## 19- الصعوبة في التركيز:

- 0 أنا أتمكن من التركيز دائما كما في الماضي
- 1 أنا لا أتمكن من التركيز كما في الماضي
- 2 أنا أجد صعوبة في التركيز طويلا في أي شيء
- 3 أنا أجد نفسي عاجز على التركيز على أي شيء

## 21- فقدان الإهتمام بالجنس:

- 0 أنا لم أسجل تغير حديث في اهتمامي للجنس
- 1 الجنس يهمني أقل من الماضي
- 2 الجنس يهمني أقل بكثير حاليا
- 3 أنا فقدت كل اهتمام في الجنس

# BDI-II

Date :

Nom \_\_\_\_\_ situation de famille \_\_\_\_\_ marié(e) vivant en union libre  
divorcé(e) veuf (ve)  
séparé(e) célibataire

Age \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_ M F profession \_\_\_\_\_ Niveau d'étude \_\_\_\_\_

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énonces. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez le. Assurez vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modification de l'appétit).

## **1 tristesse**

- 0 je ne me sens pas triste.
- 1 je me sens très souvent triste.
- 2 je suis tout le temps triste.
- 3 je suis si triste ou si malheureux(se) que Ce n'est pas supportable.

## **2 pessimisme**

- 0 je ne suis pas découragé(e) face à mon Avenir.
- 1 je me sens plus découragé(e) qu'avant Face à mon avenir.
- 2 je ne m'attends pas à ce que les choses S'arrangent pour moi.
- 3 j'ai le sentiment que mon avenir est sans Espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

## **3 échecs dans le passé**

- 0 je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué Dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1 j'ai échoué plus souvent que je n'aurais Du.
- 2 quand je pense à mon passé, je constate Un grand nombre d'échecs.
- 3 j'ai le sentiment d'avoir complètement Raté ma vie.

## **4 perte de plaisir**

- 0 j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant à les choses qui me plaisent.
- 1 je n'éprouve pas autant de plaisir quant Aux choses qu'avant.
- 2 j'éprouve très peu de plaisir quant aux Choses qui me plaisent habituellement.
- 3 je n'éprouve aucun plaisir quant aux Choses qui me plaisaient habituellement.

## **5 sentiments de culpabilité**

- 0 je ne me sens pas particulièrement Coupable.
- 1 je me sens coupable pour bien des choses Que j'ai faites ou que j'aurais du faire.
- 2 je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 je me sens tout le temps coupable.

## **6 sentiment d'être puni(e)**

- 0 je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 je m'attends à être puni(e).
- 3 j'ai le sentiment d'être puni(e).

## **7 sentiments négatifs envers soi-même**

- 0 mes sentiments envers moi-même n'ont Pas changé.
- 1 j'ai perdu confiance en moi.
- 2 je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 je ne m'aime pas du tout.

## **8 attitude critique envers soi**

- 0 je ne me blâme pas ou ne me critique pas Plus que d'habitude.
- 1 je suis plus critique envers moi-même que Je ne l'étais.
- 2 je me reproche tout mes défauts.
- 3 je me reproche tous les malheurs qui Arrivent.

## **9 pensées ou désirs de suicide**

- 0 je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 il m'arrive de penser à me suicider, mais Je ne le ferais pas.
- 2 j'aimerais me suicider.
- 3 je me suiciderais si l'occasion se présentait

**10 pleurs**

- 0 je ne pleur pas plus qu'avant.
- 1 je pleur plus qu'avant.
- 2 je pleur pour la moindre petite chose.
- 3 je voudrais pleurer mais je n'en suis pas Capable.

**11 agitation**

- 0 je ne suis pas plus agité(e) ou plus Tendue(e) que d'habitude.
- 1 je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) Que d'habitude.
- 2 je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du Mal à rester tranquille.
- 3 je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois Continuellement bouger ou faire quelque Chose.

**12 perte d'intérêt**

- 0 je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens Ou pour les activités.
- 1 je m'intéresse moins qu'avant aux gens et Aux choses.
- 2 je ne m'intéresse presque plus aux gent et Aux choses.
- 3 j'ai de mal à m'intéresser à quoi que ce Soit.

**13 indécision**

- 0 je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
- 1 il m'est plus difficile que d'habitude de Prendre des décisions.
- 2 j'ai beaucoup plus de mal qu'avant à Prendre des décisions.
- 3 j'ai de mal à prendre n'importe quelle Décision.

**14 dévalorisation**

- 0 je pense être quelqu'un de valable.
- 1 je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 je me sens moins valable que les autres.
- 3 je sens que je ne vau absolument rien.

**15 perte d'énergie**

- 0 j'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 j'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir Faire grand-chose.
- 3 j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que Ce soit.

**16 modifications dans les habitudes de sommeil**

- 0 mes habitudes de sommeil n'ont pas Changé.
- 1a je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b je dors un peut moins que d'habitude.
- 2a je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a je dors presque toute la journée.
- 3b je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

**17 irritabilité**

- 0 je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 je suis beaucoup plus irritable que D'habitude.
- 3 je suis constamment irritable.

**18 modifications de l'appétit**

- 0 mon appétit n'a pas changé.
- 1a j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a j'ai beaucoup moins d'appétit que D'habitude.
- 2b j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3a je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b j'ai constamment envie de manger.

**19 difficulté à se concentrer**

- 0 je parviens à me concentrer toujours aussi Bien qu'avant.
- 1 je ne parviens pas à me concentrer aussi Bien que d'habitude.
- 2 j'ai du mal à me concentrer longtemps sur Quoi que ce soit.
- 3 je me trouve incapable de me concentrer sur Quoi que ce soit.

**20 fatigue**

- 0 je ne suis pas plus fatigué(e) que D'habitude.
- 1 je me fatigue plus facilement que D'habitude.
- 2 je suis trop fatigué(e) pour faire un grand Nombre de choses que je faisais avant.
- 3 je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart Des choses que je faisais avant.

**21 perte d'intérêt pour le sexe**

- 0 je n'ai pas noté de changement récent dans Mon intérêt pour le sexe.
- 1 le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 le sexe m'intéresse beaucoup moins Maintenant.
- 3 j'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

## الملحق رقم (03)

مقياس الـ CISS

الاسم و اللقب:.....السن:.....الجنس:.....التاريخ:.....

Code:.....

التعليمة: أجب على كل واحدة من الأساليب التالية بوضع إشارة حول الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادية، الإجابات عبارة عن سلم يتراوح من درجة 1 (والتي تعني أنها لا تنطبق عليك إطلاقاً) إلى 5 (والتي تعني أنها تنطبق عليك تماماً) مروراً بالإجابات الوسطية (2-3-4) التي تسمح لك بالتدقيق أكثر في إجابتك.

في الوضعيات الضاغطة أميل أكثر إلى:					كثيراً	إطلاقاً
1	2	3	4	5		
1	2	3	4	5	1-التنظيم الجيد للوقت الذي بموزتي.	
1	2	3	4	5	2-التركيز على المشكل و التفكير في كيفية حله.	
1	2	3	4	5	3-تذكر اللحظات السعيدة التي عشتها من قبل.	
1	2	3	4	5	4-محاولة التواجد بصحبة أشخاص آخرين.	
1	2	3	4	5	5-لوم نفسي على تضييع الوقت.	
1	2	3	4	5	6-فعل ما أظنه الأفضل.	
1	2	3	4	5	7-الإنزعاج بسبب مشاكلي.	
1	2	3	4	5	8-لوم نفسي على وجودي في وضعية كهذه.	
1	2	3	4	5	9-مشاهدة واجهات المحلات، التسوق.	
1	2	3	4	5	10-تحديد و إبراز أولوياتي.	
1	2	3	4	5	11-محاولة النوم.	
1	2	3	4	5	12-أن أمنح لنفسي أحد أطباقي أو غذائي المفضل.	
1	2	3	4	5	13-الشعور بالقلق بسبب عدم تغليي على الوضعية.	
1	2	3	4	5	14-التوتر و/أو الإنقباض أكثر.	
1	2	3	4	5	15-التفكير في الطريقة التي استطعت بها حل مشاكل مشابهة من قبل.	
1	2	3	4	5	16-القول أن هذا لا يحدث لي حقاً.	
1	2	3	4	5	17-لوم نفسي على أنني جد حساس و عاطفي أمام الوضعية.	
1	2	3	4	5	18-الذهاب إلى المطعم أو تناول شيء ما.	
1	2	3	4	5	19-الإنزعاج أكثر فأكثر.	
1	2	3	4	5	20-أن أشتري لنفسي شيئاً ما.	
1	2	3	4	5	21-تحديد طريقة عمل و إتباعها.	
1	2	3	4	5	22-لوم نفسي لعدم معرفة ماذا أفعل.	
1	2	3	4	5	23-الذهاب إلى سهرة أو حفلة عند الأصدقاء.	
1	2	3	4	5	24-بذل جهد لتحليل الوضعية.	
1	2	3	4	5	25-الإنقباض و عدم معرفة ماذا أفعل.	

1	2	3	4	5	26-المباشرة دون تأخر في نشاطات تكميلية.
1	2	3	4	5	27-التفكير فيما حدث و الاستفادة من أخطائي.
1	2	3	4	5	28-التمني لو أستطيع تغيير ما حدث أو ما أحسست به.
1	2	3	4	5	29-القيام بزيارة صديق أو صديقة.
1	2	3	4	5	30-القلق بسبب ما سأفعله.
1	2	3	4	5	31-قضاء بعض الوقت مع شخص حميم.
1	2	3	4	5	32-القيام بترهة.
1	2	3	4	5	33-القول بأن هذا لن يتكرر أبدا.
1	2	3	4	5	34-مراجعة نقائصي و سوء تكميفاتي العامة.
1	2	3	4	5	35-التحدث إلى شخص أقدر نصائحه.
1	2	3	4	5	36-تحليل المشكل قبل أي رد فعل.
1	2	3	4	5	37-مكالمة صديق أو صديقة بالهاتف.
1	2	3	4	5	38-الغضب.
1	2	3	4	5	39-تعديل أولوياتي.
1	2	3	4	5	40-مشاهدة فيلم.
1	2	3	4	5	41-الأخذ بزمام الوضعية.
1	2	3	4	5	42-بذل جهد إضافي لكي تتحسن الأمور.
1	2	3	4	5	43-إعداد مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل.
1	2	3	4	5	44-البحث عن وسيلة لعدم التفكير، لتجنب الوضعية.
1	2	3	4	5	45-التعدي على أشخاص آخرين.
1	2	3	4	5	46-استغلال الوضعية لكي أظهر ما أنا قادر على فعله.
1	2	3	4	5	47-محاولة تنظيم نفسي للسيطرة أحسن على الوضعية.
1	2	3	4	5	48-مشاهدة التلفزيون.

## CISS

N.S ENDELER ET JDA PARKER

Adapté par JP Rolland

### Consigne « GENERALE »

Il vous arrive probablement de faire l'expérience de situations dans les quelles vous êtes personnellement très impliqué (e), dont l'issue est importante pour vous, et que vous estimez stressantes (événement ou situation qui vous met en difficulté, qui vous déstabilise, qui vous demande un effort important pour le/la surmonter).

Il existe un grand nombre de manières d'affronter ces situations stressantes ou s'y ajuster : il vous est demandé d'indiquer ce que faites et/ou ressentez habituellement quand vous avez des soucis, que vous vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important.

Repondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de relation habituel.

Le mode de réponse est une échelle qui va de 1=pas de tout à 5= beaucoup, en passant par les réponses intermédiaires (2,3,4) qui vous permettant de nuancer votre réponse.

Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Niveau d'études \_\_\_\_\_ Situation familiale \_\_\_\_\_

**Consignes** : Rependez à chacune des modalités suivantes en entourant la repense qui correspond à votre mode de réaction habituel. Le mode de repense est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des repenses intermédiaires (2,3,4) qui vous permettent de nuancer votre repense.

Pas du tout	Beaucoup				Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
1	2	3	4	5	1-Mieux organiser le temps dont je dispose
1	2	3	4	5	2-Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre
1	2	3	4	5	3-Repensera de bons moments que j'ai connus
1	2	3	4	5	4-Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes
1	2	3	4	5	5-Me reprocher de perdre du temps
1	2	3	4	5	6-Faire ce que je pense être le mieux
1	2	3	4	5	7-Me tracasser à propos de mes problèmes
1	2	3	4	5	8-Me reprocher de m'être mis (e) dans une telle situation
1	2	3	4	5	9-Faire du « lèche-vitrine », du « shopping »
1	2	3	4	5	10-Définir, dégager mes priorités
1	2	3	4	5	11-Essayer de dormir
1	2	3	4	5	12-M'offrir un de mes plats ou aliments favoris
1	2	3	4	5	13-Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation
1	2	3	4	5	14-Devenir très tendu (e) et/ou crispé (e)
1	2	3	4	5	15-Penser à la manière dont j'ai résolu mes problèmes similaires
1	2	3	4	5	16-Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver
1	2	3	4	5	17-Me reprocher d'être trop sensible/émotif (ve) face à la situation
1	2	3	4	5	18-Sortir au restaurant ou manger quelque chose
1	2	3	4	5	19-Etre de plus en plus contrarié (e)
1	2	3	4	5	20-M'acheter quelque chose
1	2	3	4	5	21-Déterminer une ligne d'action et suivre
1	2	3	4	5	22-Me reprocher de ne pas savoir quoi faire
1	2	3	4	5	23-Aller à une soirée à une « fête » chez des amis
1	2	3	4	5	24-M'efforcer d'analyser la situation
1	2	3	4	5	25-Me bloquer et ne plus savoir faire
1	2	3	4	5	26-Entreprendre sans délai des actions d'adaptation
1	2	3	4	5	27-Réfléchir à ce que s'est produit et tirer parti de mes erreurs
1	2	3	4	5	28-Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce qui j'ai ressenti
1	2	3	4	5	29-Rendre visite à un (e) ami (e)
1	2	3	4	5	30-M tracasser à propos de ce que je vais faire
1	2	3	4	5	31-passé un moment avec une personne (intime)
1	2	3	4	5	32-Aller me promener
1	2	3	4	5	33-Me dire que cela ne se reproduira plus jamais
1	2	3	4	5	34-Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales
1	2	3	4	5	35-Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils
1	2	3	4	5	36-Analyser le problème avant de réagir
1	2	3	4	5	37-Téléphoner à un (e) ami (e)
1	2	3	4	5	38-M mettre en colère
1	2	3	4	5	39-Ajuster mes priorités
1	2	3	4	5	40-Voir un film
1	2	3	4	5	41Prendre le contrôle de la situation
1	2	3	4	5	42-Faire un effort supplémentaire pour que les « choses marchent »
1	2	3	4	5	43-Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème
1	2	3	4	5	44-Trouver un moyen pour ne plus y penser. Pour éviter cette situation
1	2	3	4	5	45-M'en prendre à d'autres personnes
1	2	3	4	5	46-Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable
1	2	3	4	5	47-Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation
1	2	3	4	5	48-Regarder la télévision

Norman S.Endler, ph. D.F.R.S.C et James D.A Parker. M.A						ورقة تصحيح CISS					
التاريخ.....						الجنس.....	العمر.....	الإسم.....			
1						5	4	3	2	1	
2						5	4	3	2	1	
3						5	4	3	2	1	
4						5	4	3	2	1	
5						5	4	3	2	1	
6						5	4	3	2	1	
7						5	4	3	2	1	
8						5	4	3	2	1	
9						5	4	3	2	1	
10						5	4	3	2	1	
11						5	4	3	2	1	
12						5	4	3	2	1	
13						5	4	3	2	1	
14						5	4	3	2	1	
15						5	4	3	2	1	
16						5	4	3	2	1	
17						5	4	3	2	1	
18						5	4	3	2	1	
19						5	4	3	2	1	
20						5	4	3	2	1	
21						5	4	3	2	1	
22						5	4	3	2	1	
23						5	4	3	2	1	
24						5	4	3	2	1	
25						5	4	3	2	1	
26						5	4	3	2	1	
27						5	4	3	2	1	
28						5	4	3	2	1	
29						5	4	3	2	1	
30						5	4	3	2	1	
31						5	4	3	2	1	
32						5	4	3	2	1	
33						5	4	3	2	1	
34						5	4	3	2	1	
35						5	4	3	2	1	
36						5	4	3	2	1	
37						5	4	3	2	1	
38						5	4	3	2	1	
39						5	4	3	2	1	
40						5	4	3	2	1	
41						5	4	3	2	1	
42						5	4	3	2	1	
43						5	4	3	2	1	
44						5	4	3	2	1	
45						5	4	3	2	1	
46						5	4	3	2	1	
47						5	4	3	2	1	
48							4	3	2	1	
	الدعم الاجتماعي	التسلية	التجنب	الإنفعال	المهمة	المجموع					



2	19	29	26					19	2
2	18	28	25					18	2
2	17	27	24					17	2
2	16	26	23					16	2
2	15	25	22					15	2
2	14	24	21					14	2
2	13	23	20					13	2
2	12	22	19					12	2
2	11	21	18					11	2
2	10	20	17					10	2
2	9	19	16					9	2
2	8	18						8	2
2	7	17						7	2
2	6	16						6	2
2	5							5	2
2	4							4	2

EUEL CREAPSY, Centre de Recherche d'Édition et d'Application Psychologiques.