



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بن أحمد وهران -2-
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا
تخصص علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر
تخصص علم النفس العيادي

الاستجابة الاكثائية لدى المراهق المصاب بالحروق من الدرجة الثانية
" دراسة عيادية بمستشفى الحروق في وهران "

- تحت إشراف الأستاذة :
د. طباس نسيمة

- من إعداد الطلبة :
حمومعمر وفاء
سماعيلي عبد الكريم

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة محمد بن أحمد وهران -2- رئيسا	الأستاذة د.قادري حليلة
جامعة محمد بن أحمد وهران -2- مناقشا	الأستاذة د.طالب سوسن
جامعة محمد بن أحمد وهران -2- مشرفا	الأستاذة د.طباس نسيمة

السنة الجامعية
2024-2023

الاهداء

الى روح زميلي أحمد صانع ووالده رحمهما الله واسكنهما فسيح جناته

الى الوطن الذي يتعطر برائحة الشهداء .. فلسطين الحبيبة

أبي ثم أبي ثم أبي مصدر دعمي الأول لم أتعلم الصمود والعطاء إلا منك شكراً لك على كل لحظة قضيتها معي وعلى كل جهد بذلته من أجلنا .. أحبك.

إلى من هي في الحياة حياة، التي لم أجد مثل حبها وتضحيتها أُمي العزيزة شكراً لكل ما قدمته لي من حب ودعم لم يكن هذا الإنجاز ليكتمل لولا حنانك ودعواتك .. أحبكي.

والدايا العزيزين، سامحاني لأنني أتعبكما كثيراً معي .. هذا النجاح هدية بسيطة أمام عطاءكما اللامحدود.

أختاي حنان وبشرى .. كم أنا محظوظة لأنكما جزء من حياتي. ممتنة لحبكما، دعمكما، وتواجدكما معي في هذه الرحلة الطويلة، التي امتلأت بالفرح بفضلكما.

أخي الحنون هشام، سندي، مأمني وكأن جميع أسرتي اجتمعت فيك أنت وحدك.

إلى من كانوا غرباء ثم دخلوا قلوبنا وعائلتنا فأدخلوا معهم السرور والحب .. زوج أختي وزوجة أخي العزيزين.

لكل أصدقائي ورفقاء دربي الذين لم يفلتوا يدي أبدا.

حمومعمر وفاء

الاهداء

اهدي هذا العمل المتواضع لمن كان سببا في وجودي أبي وأمي حفظهم الله من كل سوء ورعاهم .. شكرا لكل جهودكما وتضحياتكما من أجلى.

الى قرّة عيني إخوتي.

الى روح خالتي (فاطمة) التي وافتها المنية قبل أيام فقط رحمها الله واسكنها فسيح

جناته.

سماعيلي عبد الكريم

الشكر

الحمد والشكر لله الذي وفقنا على إتمام هذا العمل المتواضع

نختص في الشكر والتقدير الأستاذة المشرفة 'طباس نسيمة' على كل الوقت والجهود التي بذلتها لمساعدتنا في إنجاز هذا العمل بنجاح وتوجيهاتها القيمة وصبرها معنا. شكرا على ابتساماتك، نقاشاتك، كلماتك التي بعثت الامل فينا.. شكرا على حبك لعملك فقد زاد حينا للتخصص .. إن دعمك كان له أثر كبير في إتمام هذا العمل.

نتوجه بالشكر الخالص للأخصائيين النفسانيين بمصلحة الحروق 'بن عيسى سمية- اوهيب مهدي-وناس جميلة' على مساندتهم وتسهيلهم للعمل الميداني لنا وعلى كل نصائحهم وتوجيهاتهم.

شكرا للأخصائيين النفسانيين الذين قدموا لنا يد العون في وقت الحاجة 'وردة-مداح فاطمة-بلزغم هوارية'.

نشكر عينة الدراسة على تعاونها معنا.

شكرا لعائلاتنا .. نحن محظوظون للغاية لأننا نملك عائلة مثلكم.. لا نستطيع شكركم

بما يكفي على كل الدعم والحب الذي نتلقاه منكم.

ولكل من ساهم في إنجاز هذه المنكرة من قريب أو بعيد.

ملخص الدراسة

دراستنا المعنونة بالاستجابة الاكتئابية لدى المراهق المصاب بالحروق من الدرجة الثانية تم فيها صياغة التساؤل كما يلي: فيما تتمثل الانعكاسات النفسية للمراهق المصاب بحروق من الدرجة الثانية؟ وتمثلت فرضية الدراسة في: يعاني المراهق المصاب بالحروق من الدرجة الثانية من الاضطراب الاكتئابي، هدفت إلى معرفة المعاشى النفسي الاكتئابي لدى هذه الفئة. شملت عينة الدراسة مراهقين، الحالة الأولى: أنثى 21 سنة. الحالة الثانية: ذكر 17 سنة. متواجدين بمستشفى الحروق الكبرى في وهران. تم الاعتماد فيها على المنهج العيادي لتناسبه مع دراساتنا الاستكشافية. بتطبيق مقياس بيك للإكتئاب واختبار فحص الهيئة العقلية. فكانت النتائج توضح ظهور الأعراض العيادية للإكتئاب حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM_5 و CIM_10 لكلا الحالتين. أهم هذه الأعراض إنخفاض تقدير الذات، فقدان الاهتمام والتمتع بالأنشطة اليومية، مزاج منفعل وقلق شديد، وأفكار انتحارية. (بالنسبة لحالة واحدة فقط)، تكررت واستمرت هذه الأعراض بعد إصابتهم بالحروق من الدرجة الثانية. مما بين لنا أنه بعد تجاوز صدمة الحروق يعيشون المصابون حالة نفسية مضطربة تتسم بالحزن الشديد وحصر أنفسهم في المرحلة الراهنة حيث يجعلهم ذلك عرضة للاستجابة الاكتئابية. فتوصلنا في نتائج الدراسة أن المراهق المصاب بالحروق من الدرجة الثانية يعاني من الاضطراب الاكتئابي ومنه تحققت فرضية الدراسة.

Résumé

Notre étude, intitulée Réaction dépressive chez un adolescent brûlé au deuxième degré, posait la question suivante : Quelles sont les implications psychologiques chez les adolescents brûlés au deuxième degré ? L'hypothèse de l'étude était la suivante : Les adolescents brûlés au deuxième degré souffrent de troubles dépressifs et l'étude visait à identifier la psychopathologie dépressive dans cette catégorie. L'échantillon de l'étude comprenait deux adolescents, le premier cas étant une fille de 21 ans et un garçon de 17 ans. Ils ont été admis à l'hôpital des grands brûlés d'Oran. L'étude s'est appuyée sur l'approche clinique en raison de son adaptabilité à nos études exploratoires, en appliquant l'échelle de dépression de Beck et le test d'examen de l'état mental. Les résultats ont montré que les deux patients présentaient des symptômes cliniques de dépression selon le DSM_5 et le CIM_10 pour les deux cas. Ces symptômes comprennent une faible estime de soi, une perte d'intérêt et de plaisir dans les activités quotidiennes, une humeur irritable et anxieuse, et des pensées suicidaires. (Dans un seul cas), ces symptômes sont répétés et persistent après des brûlures au deuxième degré, ce qui montre qu'après le traumatisme des brûlures, les patients vivent un état psychologique trouble caractérisé par une tristesse extrême et se limitent à l'étape actuelle, ce qui les rend vulnérables à une réponse dépressive.

Nous avons constaté que les adolescents souffrant de brûlures au deuxième degré souffrent d'un trouble dépressif, ce qui répond à l'hypothèse de l'étude.

Abstract

Our study, entitled Depressive reaction in an adolescent with second-degree burns, posed the following question: What are the psychological implications in adolescents with second-degree burns? The study hypothesis was: Adolescents with second-degree burns suffer from depressive disorders, and the study looked to identify depressive psychopathology in this category. The study sample included two adolescents, the first case being a 21-year-old girl and a 17-year-old boy. They were admitted to the Oran burns hospital. The study was based on the clinical approach because of its adaptability to our exploratory studies, applying the Beck Depression Scale and the Mental State Examination Test. Results showed that both patients presented clinical symptoms of depression according to DSM_5 and ICD_10 for both cases. These symptoms included low self-esteem, loss of interest and pleasure in daily activities, irritable and anxious mood, and suicidal thoughts (In only one case), these symptoms repeated and persistent after second-degree burns, showing that after burn trauma, patients experience a troubled psychological state characterized by extreme sadness and limit themselves to the current phase, making them particularly vulnerable to a depressive response.

We found that adolescents with second-degree burns suffer from a depressive disorder, which fulfills the study hypothesis.

قائمة المحتويات :

أ.....	الاهداء
ج.....	الشكر
د.....	ملخص الدراسة
1.....	مقدمة:
4.....	الفصل الاول: مدخل الى الدراسة
5.....	1. إشكالية الدراسة:
9.....	2. فرضية البحث:
9.....	3. اهمية البحث:
9.....	4. اهداف البحث:
10.....	7. تحديد مفاهيم البحث اجرائياً:
11.....	الفصل الثاني: فصل الاكتئاب
12.....	1. تعريف الاكتئاب:
15.....	2. الاكتئاب عند المراهقين:
20.....	3. المعايير التشخيصية للاكتئاب حسب DSM-5/CIM-10:
29.....	4. الاتجاهات المفسرة للاكتئاب:
41.....	الفصل الثالث: فصل المراهقة
42.....	1. مفهوم المراهقة:
45.....	2. أزمة المراهقة:
45.....	1- مفهوم الهوية:
46.....	2- مفهوم أزمة الهوية:
47.....	3- طبيعة أزمة الهوية لدى المراهق:
49.....	4- مواجهة أزمة الهوية:

51	.....	5-نهاية أزمة الهوية:
52	.....	III. المراهقة والبلوغ:
54	.....	IV. التحولات الجسدية وتأثيرها على الصحة النفسية:
55	.....	V. الاتجاهات المفسرة للمراهقة:
61	.....	الفصل الرابع: الإصابات بالحروق
62	.....	I. تعريف الجلد:
64	.....	II. تعريف الحروق:
64	.....	III. أسباب الإصابات بالحروق:
65	.....	IV. مستويات الحروق:
66	.....	V. الآثار النفسية:
68	.....	VI. العلاج:
72	.....	الفصل الخامس: الجانب التطبيقي
73	.....	I. منهجية البحث:
73	.....	1/المنهج العيادي:
75	.....	II. ادواته واجراءاته:
75	.....	1/دراسة الحالة:
76	.....	2/المقابلة العيادية:
77	.....	3/ الملاحظة العيادية:
78	.....	III. مقياس " بيك " 1994:
82	.....	IV. مكان اجراء الدراسة الميدانية:
83	.....	V. الحدود الزمنية للدراسة:
83	.....	VI. مواصفات الحالات المدروسة:
84	.....	VII. عرض الحالات العيادية:

84	الحالة الأولى:
84	فحص الهيئة العقلية للحالة الأولى:
85	التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:
88	تحليل وتفسير نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الأولى:
89	ملخص الحالة الأولى:
90	الحالة الثانية:
92	التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية:
93	تحليل وتفسير نتائج مقياس بيك للحالة الثانية:
94	ملخص الحالة الثانية:
95	مناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية:
99	مناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية:
100	الاستنتاج العام:
102	الخاتمة:
103	صعوبات الدراسة:
104	قائمة الملاحق:
108	قائمة المراجع:

مقدمة :

يمكن أن يواجه المراهقين خلال مراحل حياتهم تحديات نفسية وجسدية، منها الإصابة بالحروق من الدرجة الثانية التي قد تؤثر بشكل كبير على صحتهم النفسية والعاطفية. الحروق من الدرجة الثانية تشمل آثاراً جسدية ونفسية عميقة، مما يمكن أن يزيد من احتمالية تطور الاكتئاب لدى المراهقين المصابين بها. حيث يجب التأكيد على أهمية التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية في تطور الاكتئاب لدى هذه الفئة العمرية خاصة، وضرورة تبني تدخلات متعددة الأبعاد في التعامل مع هذا النوع من الاضطرابات خاصة بالنسبة لهذه المرحلة الحساسة.

يعتبر الاكتئاب لدى المراهق المصاب بحروق من الدرجة الثانية موضوعاً ذو أهمية كبيرة في مجال الصحة النفسية، حيث إن الحروق من الدرجة الثانية تعتبر إصابات خطيرة تؤثر على الحالة البدنية والنفسية للمصاب، تتميز بالألم الشديد والتورم وغيرها. كما يعانون من مجموعة متنوعة من الاحتياجات النفسية والتعليمية ومن الضروري تلبيتها بشكل شامل لتحسين حياتهم والحد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات السيكولوجية. وقد أظهرت بعض الابحاث أن المراهقين المصابين بحروق خطيرة معرضون لخطر الإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب بعد بدأ مرحلة العلاج من الحروق.

هذا بهدف توضيح أثر إصابة الحروق من الدرجة الثانية على المعاش النفسي للحالات العيادية حيث سيتم التركيز على تحديد اهم المعايير التشخيصية لهذه الحالات.

ولهذا الغرض اشتملت الدراسة الحالية على جانبين الجانب الأول نظري والجانب الثاني

تطبيقي حيث يتكون الجانب النظري من اربعة فصول وهي:

الفصل الأول: وتطرقنا من خلاله إلى مشكلة الدراسة من حيث تساؤلات الدراسة وفرضياتها و أهميتها و أهدافها و التعاريف الإجرائية لمتغيراتها وكذلك حدود الدراسة و إجراءاتها المنهجية. اما فيما يخص الفصل الثاني المتعلق بالاضطراب الاكتئابي فشمّل تعريف الاكتئاب، أيضا وضحنا كيف يكون الاكتئاب عند المراهقين و المعايير التشخيصية للاكتئاب حسب dsm-5 و cim-10 و في الأخير النظريات المفسرة للاكتئاب .

ثم تناولنا في الفصل الثالث المراهقة فذكرنا مفهومها، مفهوم واهم ما يميز أزمة المراهقة ووضحنا الاختلاف بين المراهقة والبلوغ بالإضافة الى التحولات الجسدية وتأثيرها على الصحة النفسية ثم اهم النظريات المفسرة لفترة المراهقة.

اما الفصل الرابع والأخير في الجانب النظري فقد تطرقنا فيه الى الاصابة بالحروق الجسدية ذكرنا فيه تعريف الجلد ووظائفه ثم تعريف الحروق وأسبابها تليها مستويات الحروق والآثار النفسية الناجمة عنها والعلاج الخاص بإصابة الحروق.

ويتضمن الجانب التطبيقي فصلين تمثلا في: الفصل الخامس: بدوره يتضمن إجراءات
الدراسة الميدانية من حيث المنهج المتبع في الدراسة والأدوات المستخدمة بالإضافة الى عينة
الدراسة مع توضيح الحدود الزمانية و المكانية.

أما الفصل السادس والآخر فقد تمحور في عرض حالات الدراسة وتحليل نتائج مقياس
بيك المطبق ثم ملخص ومناقشة نتائج كل حالة على ضوء الفرضية ثم استنتاج عام للحالات.
لنختتم البحث بخاتمة وبعض من الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة ثم قائمة الملاحق
والمراجع.

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

- I. إشكالية الدراسة
- II. فرضيات البحث
- III. أهمية البحث
- IV. أهداف البحث
- V. تحديد مفاهيم البحث اجرائيا

1. إشكالية الدراسة:

يمر الانسان في حياته بمراحل عمرية ولكل مميزاتها خصوصياتها إيجابياتها وسلبياتها ولا غنى عن مواجهة ما يمكن ان يصيبه سواء بالقبول او التجاهل والانكار.

ان فترة المراهقة من اهم مراحل النمو بعد الطفولة أطلق عليها العلماء مرحله الولادة الثانية. "هي مرحلة تبدأ مع بداية البلوغ الجنسي لكلا الجنسين وتنتهي بسن الرشد غالبا ما تمتد بين (13_21/18 سنة) وهي فترة تتفجر فيها طاقات حيوية جديدة تشتمل كافة النواحي الجسمية العقلية الانفعالية والاجتماعية". (إبراهيم وجيه محمد, 1981, ص: 9) وتتميز بخصائص وتغيرات تحدث للفرد من جميع النواحي المذكورة سابقا و "تكون احيانا متمردة لها متطلبات كثيرا ما تلقى المعارضة". (إبراهيم وجيه محمد, 1981, ص: 13)

"ترى فرانسواز دولتو ان المراهقة هي مرحلة تحول رئيسية للمراهق كما هي الولادة للطفل الصغير فالولادة هي تغيير يسمح للجنين بالتحول الى رضيع يتكيف مع الهواء والهضم اما المراهق ينتقل بفعل التغيير الى كائن قلق ومصدر تساؤل الراشدين والاهل". (زين الدين الطفيلي امتثال, 2004, ص: 131)

ففي مرحلة المراهقة يتساءل الفرد عن هو؟ ومن سيكون؟ فيعيش ازمة صراع بين التبعية والضياع بما يفعله او يؤمن به. وهنا هو يحاول الخروج من مرحلة البقاء تحت سقف الحماية الوالدية والبدء في الاعتماد على نفسه وتحمل مسؤولياته. ورغم الصراعات التي يواجهها سواء من الناحية الاجتماعية الأسرية او حتى النفسية الا انه يسعى لتحقيق حريته واشباع رغباته.

وباعتبار فترة المراهقة غامضة له الا انه بهذه المواجهة يصل لنمو مختلف النواحي العقلية، المعرفية، الاجتماعية واهمها الجسدية .

فالنمو الجسدي وخاصة في فترة المراهقة له أثر نفسي بحيث يكون الفرد أكثر اهتماما بمظهره الخارجي وصحة جسمه بهدف جذب انتباه الاخرين اليه وبقدر انتباهه الا انه قد يعاني من مشاكل او مواقف ترافقها نتائج سلبية وإصابات (علواني.بوصلاح.زهاني,2020، ص:6). سواء داخلية عضوية او خارجية ونفسية والتعرض لحوادث مختلفة أشدها هو الاصابة بحروق جسدية بدرجاتها المتفاوتة.

ان الحروق هي اصابة تشكل عاهة جسدية تؤثر على المصاب مظهرها 'جسميا نفسيا واجتماعيا'. بالإضافة الى ما يعانيه من اختلالات فان تقديره بذاته ينخفض ويصبح حساسا مما يجعله عرضة لعديد من الاضطرابات او حالات نفسية متقلبة فينعزل عن الاخرين كما يمكن ان يصاب بالاكتئاب.

فالمراهق المصاب بحروق جسدية بالأخص من الدرجة الثانية يؤثر على شعوره اتجاه ذاته نتيجة الصورة الجسدية والذي يولد لديه احتقار لنفسه او اكتئاب . والذي يمكن تعريفه على أساس تغيير في المزاج (حزن وحدة، لامبالاة) ورغبات عقابية كالرغبة في الهروب او الموت واهمها التغيير في مستوى النشاط" التباطؤ والتثبيط او الاندفاعية"

(Aaron T.alford a, 2009, p: 8).

وفي هذا الاطار اجريت دراسة بعنوان "صورة الجسد وعلاقتها بدرجة الاكتئاب لدى المصابين بالبهاق ' كانت دراسة استكشافية على عينة من المصابين سنة 2020 هدفت الدراسة الى الكشف عن وجود علاقة بين صورة الجسد ودرجة الاكتئاب لدى المصاب بمرض البهاق' من الامراض الجلدية الاكثر شيوعا في المجتمع الجزائري' اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي مكونة من 50 عينة تم اختيارهم بطريقه العينة المتاحة وتم استخدام مقياس الصورة الجسدية ومقياس الاكتئاب لبشير معمريه تحت عدة تساؤلات نأخذ منها : هل تختلف درجه الاكتئاب لدى المصابون بالبهاق باختلاف السن؟ وهل تختلف درجه الاكتئاب لدى المصابون بالبهاق باختلاف الجنس؟ وتوصلوا باحثي هذه الدراسة الى انه لا تختلف درجة الاكتئاب لدى المصابون بالبهاق باختلاف الجنس والسن (بل حسب ما يعيشه الفرد من حالة خاصة) " (بن دريغم،شخمة،2020).

في دراسة اخرى استقدمت تحت عنوان "مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى المراهقين المشوهين جسديا بالحروق ' دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي' سنة 2021 الهدف منها كان معرفة مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المشوهين جسديا بالحروق باتباع المنهج العيادي' دراسة الحالة' وتم الاعتماد على المقابلة نصف موجهة وتطبيق مقياس العزلة الاجتماعية لعادل عبد الله محمد (2003). بلغت عينه الدراسة ثلاث حالات بالاختيار القصدي ترى واحد اعمارهم بين 13 الى 18 سنه وبنيه تساؤل الدراسة في الشكل الاتي: ما هي مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى عينه المراهقين المشوهين بحروق جسديه؟ تساؤلات فرعية

نذكرها: هل يظهر الحرمان الشديد وفقد الصحة وعدم القدرة على الاختلاط بالآخرين وعدم القدرة على اقامة علاقات ذات مغزى وهدف لدى عينة المراهقين المشوهين بحروق جلديه؟ أبرز نتائج الدراسة كانت ظهور الاحساس بالحرمان الشديد لدى الفئة المدروسة يحسون بانه لا يوجد اصدقاء من حولهم وان الاخرين لا يبالون بهم. وظهر فقد الصحة حيث انهم يتعرضون لمشاعر الحزن لعدم وجود اصدقاء ويحسون بالرفض من قبل الاخرين بالإضافة لظهور معاناة العينة من عدم القدرة على الاختلاط بالآخرين اي عدم قدرتهم على المشاركة والاحساس بالفقر من الاخرين واخيرا ظهور صعوبة وعدم القدرة على اقامه علاقات ذات مغزى وهدف لشعورهم بالتجاهل من طرف الاخر وتوقعهم الدائم بعدم وجود اهتمام منه (مفتاح.شريك.لعيطر, 2021).

تضمنت اخر دراسة "الشعور بالخزي لدى عينة من المراهقات المصابات بحروق جلدية ' دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي' سنة 2019. برمجت الدراسة للتعرف على الشعور النفسي السلبي الذاتي 'اتجاه الذات' لدى المصابات بحروق وفق منهج عيادي مكونة من ثلاث مراهقات استعملت معهم المقابلة نصف موجهة وتم تطبيق مقياس الشعور بالخزي ضمت تساؤل اساسي تمثل في هل توجد علاقة بين الإصابة بالحروق الجلدية والشعور بالخزي عند المراهقات؟ توصلت نتائجها الى وجود علاقة بين الشعور بالخزي والإصابة بحروق جلدية" (علواني.بوصلاح.زهاني, 2020).

استعرضنا بعضا من الدراسات العربية مختلفة الزمان والمكان والتي تم الاستفادة منها علميا في موضوع التأثيرات التي تحدث لفئة المراهقين المصابين بحروق جسدية واختلفت نتائجها والاضطرابات النفسية التي يمكن ان تصيبهم. وهذا ما سنتطرق اليه في موضوع بحثنا حيث نسعى من خلاله الى التعرف على كيفية تأثير الحروق الجسدية على نفسية المراهق. وعليه اشكالية بحثنا تم صياغتها في التساؤل الاساسي التالي :

في ماذا تتمثل الانعكاسات النفسية للمراهق المصاب بحروق من الدرجة الثانية؟

II. فرضية البحث:

يعاني المراهق المصاب بحروق جسدية من الدرجة الثانية من الاضطراب الاكتئابي.

III. اهمية البحث:

- الفحص النفسي للمراهقين المصابين بحروق من الدرجة الثانية.
- الاهتمام بالحالة النفسية للمراهقين المصابين بحروق من الدرجة الثانية بقدر الاهتمام بالحالة الجسدية. 'تشخيص عيادي للحالات'.

IV. اهداف البحث:

محاولة التعرف على الحالة النفسية التي تصيب المراهق المتعرض لحروق من الدرجة الثانية والتشخيص العيادي من اجل الكشف عن وجود استجابة اكتئابية للفئة.

.V تحديد مفاهيم البحث اجرائيا:

الحروق: هي اصابة جسدية خطيرة على مستوى الجلد ويمكن ان تصل الى العظام تتسبب بألم رهيب وتشوهات صعبة التقبل.

الاكتئاب: هو اضطراب في المزاج يصيب الفرد نتيجة تعرضه للحروق يتمثل في أفكار انتحارية، التعب الجسدي والنفسي وانخفاض تقدير الذات التي تعيقه في حياته اليومية.

المراهقة: فترة عمرية هامة (17-21) في حياة الفرد تتزامن مع فترة البلوغ تتميز أهم خصائصها في النمو الجسمي، النمو العقلي كالإدراك، النمو الانفعالي 'القلق، الملل، الغضب' واخيرا النمو الاجتماعي من حيث 'الاستقلالية، الاختلاط واقامة علاقات جديدة'.

الفصل الثاني: فصل الاكتئاب

تمهيد

I. تعريف الاكتئاب

II. الاكتئاب عند المراهقين

III. المعايير التشخيصية للاكتئاب حسب dsm-5 و cim-10

IV. النظريات المفسرة للاكتئاب

خلاصة

تمهيد :

الاكتئاب هو مرض نفسي شائع يؤثر في معظم جوانب الحياة اليومية. يصيب المريض بالشعور بالحزن واليأس، ويؤثر في نظرة المريض إلى نفسه والحياة. يمكن أن يتفاقم ويتدهور إلى حد العجز والاعتماد. سنتطرق في هذا الفصل إلى اضطراب الاكتئاب واهم مسبباته وتأثيراته.

1. تعريف الاكتئاب:

لغة : اكتأب يكتئب، اكتئاباً، فهو مكتئب:

اكتأب الشخص، أعتم وحزن وساءت حاله تغيرت نفسه من شدة الحزن والهم

(عمر، 2008، ص 36).

في اللغة الإنجليزية، تستخدم كلمة "Depression" للدلالة على معانٍ أخرى غير مرض

الاكتئاب النفسي، مثل في علم الاقتصاد والأرصاء الجوية. ولذلك، يجب فهم السياق والتباين

في استخدام المصطلح (نائر عاشور، 2017، ص16).

اصطلاحاً : عرفه كل من:

بيك: استجابة لا تكيفية تتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية

للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعة، تأخذ هذه التصورات

شكل خبرة معرفية وجدانية تظهر على شكل جملة من الأعراض المرضية (وليد قحطان

محمود، 2017، ص341).

الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الاكتئاب حالة مرضية تشمل مجموعة من الأعراض المزاج المكتئب، (Depressed Mood) فقدان المرح (Look of pleasure)، تغير في الجانب الحركي (Change of mobility) ، انعدام القيمة (Worthless) ، لوم الذات (Self-reproach) والشعور بالاثم (Guilt) ، الأفكار الانتحارية (Thoughts Suicidal). تمت هذه الأعراض لفترة زمنية معينة (التميمي ، 2021، ص 4).

كما يعرف أيضًا بأنه حالة إنفعالية يعاني منها الأفراد، حيث يُصاحبهم الحزن المُستمر والشعور باليأس والوحدة، بالإضافة إلى الشعور بالذنب ، انخفاض ولوم الذات. يتضمن كذلك اضطرابات في النوم والجهاز الهضمي والحركي. كما يُصاحبه توهم المرض ونقص كل من الطاقة الحيوية والدافعية والكفاءة، بالإضافة إلى ضعف التركيز والاعتقادات الشاذة. ويتسبب الاكتئاب أيضًا في التشاؤم والعجز ، مما يؤدي إلى انخفاض قوة الأنا والانسحاب الاجتماعي، بالإضافة إلى الرغبة في العزلة والموت (سعد، 2022، ص 9).

"قد يفهم الاكتئاب يوما ما من خلال مفارقاته حيث هناك تناقض جسيم بين صورة الشخص المكتئب عن نفسه والحقائق الموضوعية ؛ قال بينيل في هذا الامر 'لا شيء يمكن ان يكون أكثر بشاعة من شخصية حزينة تفكر في مصائبها الخيالية' ".

وذكر انه "يمكن ملاحظة مظاهره في جميع جوانب السلوك، بما في ذلك التقسيمات النفسية للعواطف والإدراك والتفاعل". فتظهر عادةً في شكل استجابات واضحة للمحفزات الداخلية

والخارجية، وتؤثر على سلوك الفرد وتفاعلاته مع البيئة المحيطة به. تعتبر دراسة هذه المظاهر أمراً مهماً لفهم الاستجابة البشرية وتحليلها بشكل علمي (beck.alford,2009,p8) .

وأخيراً "اعتبر كريبلين وأتباعه ان الاكتئاب مرضاً محدد جيداً، يختلف تماماً عن المزاج الطبيعي. لقد افترضوا وجود خلل بيولوجي عميق كعامل رئيسي فيه. رغم ذلك فان دعاة حماية البيئة يفضلون فرضية الاستمرارية، ومن وجهة نظرهم، هناك سلسلة مستمرة من ردود الفعل المزاجية تتراوح من رد فعل طبيعي إلى رد فعل شديد في شخص حساس بشكل خاص. تميل المدرسة النفسية البيولوجية التي أسسها أدولف ماير إلى تفضيل هذا الرأي (beck.alford,2009,p9)".

مما ذكر سابقاً يجب التفريق بين مشاعر الحزن الطبيعية والاكتئاب النفسي تعتبر مشاعر الحزن والاكتئاب من أبرز الانعكاسات النفسية التي يمكن للإنسان أن يواجهها في حياته. فالحزن يأتي كرد فعل طبيعي على مواقف محزنة مثل فقدان عزيز أو تعرض لحادث مؤلم، بينما الاكتئاب يمثل اضطراباً نفسياً يتجاوز حدود الحزن الطبيعي.

لا يخلو أحد من تجارب الحزن والمصاعب في حياته، إلا أن الاكتئاب ليس شرطاً لكل من يمر بتلك التجارب. ولذلك، يجب فهم الفرق بين الحزن و الاكتئاب والتعرف على علامات كل منهما.

من ناحية أخرى، تعتبر السعادة نقيض الاكتئاب، حيث تعني الشعور بالرضا والسرور بما حولنا. ومع ذلك فإن الشعور بعدم السعادة لا يعني بالضرورة وجود اكتئاب، بل يمكن أن يكون انفعالاً طبيعياً.

الاكتئاب يعتبر حالة من الاضطراب النفسي، وقد يكون رد فعل طبيعياً على المواقف الأليمة أو علامة لمرض ما. وبالرغم من أنه قد يظهر لدى مرضى مختلفين، إلا أنه يستحق اهتماماً خاصاً لفهم آثاره وعلاجه (ثائر عاشور، 2017، ص16).

يمكن حصر تعريف الاكتئاب في انه اضطراب في المزاج يتمثل في تمثلات المزاج المضطرب 'حزن، فزع'، والانتقادات الذاتية 'احتقار الذات والإحساس بشخصية عديمة الجدوى'، يوجد أيضا اضطرابات جسدية وعضوية كالآثار، فقدان الشهية، الارق' ولا يمكن التغاضي عن وهم ارتكاب أخطاء لا تقبل ويكون ذلك بجلد الذات (beck.alford,2009,p8).

II. الاكتئاب عند المراهقين:

-لا يمكن انكار الدور الوراثي والبيولوجي في تفاعلها مع بيئة الفرد لزيادة احتمالات الإصابة بالاكتئاب. حيث تشير الدراسات إلى أن العوامل الجينية تلعب دوراً كبيراً في احتمالية الإصابة بالاكتئاب خلال سن المراهقة بالخاص من يواجهون الضغوط الحياتية. كما تسلط الضوء على العوامل البيولوجية المختلفة التي تؤدي إلى هذا الاضطراب، مثل التشوهات في البنية والوظيفة الدماغية واضطرابات في نظام الهرمونات والنواقل العصبية

إضافة على ذلك دل النموذج المعرفي أن المعتقدات السلبية ومعالجة المعلومات غير القادرة على التكيف تخلق فرصة للإصابة به. يؤثر التحول المعرفي أثناء التطور من الطفولة إلى مرحلة البلوغ على ظهور وتوطيد الضعف المعرفي للاكتئاب. ووفقاً للدراسات العلمية يظهر أن الشباب الذين يواجهون تحولات معرفية مهمة خلال مرحلة المراهقة قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب. بالتالي قد تؤدي هذه التحولات إلى زيادة الضغط النفسي وتقليل مرونة الفرد في التعامل مع التحديات اليومية، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة (gotlib.hammen, 2009.p449).

- يُعتبر الاكتئاب الذي يصيب المراهقين مشكلة شائعة تترتب عليها عواقب جسيمة تؤثر على جوانب مختلفة من حياتهم، بما في ذلك الأداء الأكاديمي، والعلاقات الاجتماعية مع الأقران، والسلوكيات، والتوترات في العلاقات الأسرية ومع الشخصيات ذات السلطة، وحتى تعاطي المخدرات. وتُعتبر العلاجات التي تضمن تنوعاً في نواقل الدماغ وتدريب المهارات للتأقلم من بين الحلول الفعّالة لمعالجة مشكلة الاكتئاب لدى المراهقين. كما يمكن أن يُشجعوا على دعم التعافي من الاكتئاب من خلال تعزيز نظام حياة سليمة وتطوير مهارات اجتماعية ومساعدة المراهقين في تحديد وتوظيف شبكات دعمهم الاجتماعية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يُسهم هذا التوجه في الوقاية من الوفيات المبكرة وتعزيز الرفاهية للمراهقين على المدى البعيد. (اميلي هاونشتاين, 2003, ص 239).

فرويد يشرح تدريجياً الاختلافات بين الحداد والاكتئاب :

1-الحزن أمر طبيعي لأنه يتم التغلب عليه بعد فترة معينة (عمل الحداد). ولذلك فمن غير المناسب والمضر إزعاجها.

2-الفجيرة تظهر جميع أعراض الكآبة باستثناء الشعور المتناقص باحترام الذات.

3-في الحداد، يختفي الموضوع نهائياً (ميتاً أو مفقوداً)، وينطوي عمل الحداد على عملية تحديد، أي تكامل الأنا لصفات الشيء المختفي. في حالة الاكتئاب يضيف فرويد ثلاثة عوامل إضافية:

أ. الموضوع المفقود، سواء كان حقيقياً أو خارجاً عن الوعي، يحيل خيالياً إلى موضوع داخلي أساسي، وهو نكران مرتبط بعلاقات الموضوع الأول.

ب. الارتداد النرجسي إلى الشيء المفقود: سوف يستوعبه الذات ويعيش كما لو كان هو نفسه الآن هذا الشيء، وهذا ما يفسر فقدان الشعور باحترام الذات؛

ج. التناقض العلائقي: لم يكن الشيء المفقود موضوعاً للحب فحسب، بل كان أيضاً موضوعاً للكراهية. لذا فإن الذات سوف تهاجم هذا الشيء الداخلي وتكرهه، وستتخذ هذه الحركة شكل اتهام الذات، وهو سمة من سمات الاكتئاب: "إن حب الشيء الذي لا يمكن التخلي عنه يلجأ إلى التماهي النرجسي، لكن هذه الكراهية تلجأ إلى بديل". الاعتراض في هذه الحالة يكون نحو الذات ; من خلال التقليل من شأنها وجعلها تعاني، والحصول على الرضا السادي من هذه المعاناة. ومن هنا يصف فرويد منظمة اكتئابية ذات ثماني نقاط ويضيف إبراهيم خمسة.

نقاط فرويد الثماني :

(1) فقدان الشيء.

(2) الرغبة في دمج الشيء. الاتجاه الطبيعي للحياة الليبيدية لهؤلاء الأشخاص.

(3) النزعة النرجسية.

(4) الجزء الذي تم تخفيض قيمته من الذات هو النسخة الداخلية من الشيء المفقود.

(5) احترام الذات (الفرق مع الحداد).

(6) التناقض.

(7) العدوان على النفس .

(8) الذي يتهم هو قوة أخلاقية (الأنا العليا).

نقاط إبراهيم الخمس المضافة إليها :

(1) التعزيز الدستوري للإثارة الجنسية الفموية.

(2) الاستعداد أثناء الطفولة: خيبة الأمل المؤلمة تجاه كائن الأم.

(3) جانب آخر من جوانب الشخصية ما قبل الاكتئابية هو العلاقة المتناقضة في الوضع

الشرجي: أنا أمتلكها، ولم أعد أتركها، وأستمتع بتدميرها.

4) يحتفظ المستقبل المكتئب بمثل هذا النوع من العلاقة ثم يتراجع إلى التثبيت الشفهي:

الامتصاص لمحاولة الحفاظ على الشيء.

5) يمكن أن يكون وريث الشيء المختفي هو الأنا العليا وليس الأنا، حيث يتم استيعاب

الشيء في شكل سلطة تدين.

منذ عام 1925، تم الحفاظ على نموذج فرويد وأبراهام بشكل عام، وانقسم معظم المؤلفين

إلى اتجاهين رئيسيين:

• إما أن يتم التركيز على محور معين مما يجعل من الممكن وصف الأشكال المختلفة

للاكتئاب وتسببها بشكل أفضل. لذلك على سبيل المثال، يمكن التركيز على فقدان احترام

الذات: الاكتئاب "يتم تعريفه من خلال التقليل من قيمة الذات، وانخفاض قيمة الذات المؤلم،

وهو خالي من فكرة واعية عن الذنب؛ نحن غير قادرين على فعل الشر، لأننا غير قادرين

على فعل أي شيء... ". وبالتالي فإن أصل الاكتئاب سيكون في الصعوبات التي يواجهها

الطفل في تطوير نموذج الأنا البدائية، أي أن "الواقع يقدم له ما يكفي من الحب ليجد تعويضًا

عن التقليل من طموحاته النرجسية... " .

• إما أن يتم التركيز على المفهوم النفسي الوراثي وخاصة التنموي. وصفت كلاين

تطور الوضع الاكتئابي الطفولي فيما يتعلق بحالة الفطام. بعد ذلك، يواجه الموضوع مرة أخرى

هذا التفصيل، مما يكشف عن تعرضه للاكتئاب. كما تم وصف الانهيار النفسي الجسدي كرد

فعل على الانفصال. لاحظ سبيتز أن الطفل الذي يفصل عن أمه في وقت مبكر (بين 6 و12 شهرًا) ولفترة طويلة يعاني من قلق متزايد أمام شخص غريب، وهو رد فعل اكتئابي تحسسي لهذا الانفصال (الحرمان الجزئي) والذي يمكن أن يتطور نحو العلاج في المستشفى. إذا طال الفراق ولم يجد الطفل أمه ولا بديلا ذا كفاءة كافية (نقص كلي).

يؤكد ما سبق وصف بولبي لثلاث مراحل لرد الفعل على الفقد: الاحتجاج واليأس والانفصال. بالمقارنة مع ردود أفعال الانسحاب الهائلة التي لوحظت في بعض الحيوانات التي واجهت الانفصال المبكر أو حتى حالات الفجيرة، فإن صدمة فقدان المبكر لموضوع حب الأم يمكن أن تمتد إلى "الحداد المستحيل" و"النفسية الجسدية" العميقة. شكل من أشكال الاكتئاب. بالنسبة له تشكل هذه الاستجابة الاكتئابية النفسية الجسدية التي تتميز بتجميد الجسم وطريقة معينة في "التظاهر بالموت"، استجابة شائعة للعديد من الضغوطات عندما يتحقق الخطر. وبهذه الطريقة يتم تمييزه عن القلق، وهو رد فعل طبيعي آخر ولكنه استجابة لخطر يهدد. ورغم أننا لا نزال نقرب من المقارنة بين الانفصال والحداد والاكتئاب، إلا أننا نبتعد هنا عن تصورات إبراهيم وفرويد. حيث تلعب العوامل الفطرية والبيئية دورًا أساسيًا على حساب التجربة الذاتية للموضوع (marcelli.braconnier,2013,p246).

III. المعايير التشخيصية للاكتئاب حسب DSM-5/CIM-10:

الاكتئاب كاضطراب نفسي عامة يتضمن مجموعة من الأعراض التي تتنوع بين الفئات النفسية، الفسيولوجية، المعرفية والسلوكية. نذكر أهم الأعراض: بالنسبة للنفسية والانفعالية التي

قد تظهر في الأشخاص المصابين بالاكتئاب: الحزن والبكاء، انخفاض الطاقة، الشعور بالذنب والخجل، القلق وضعف الثقة، التعب والإدراك، الفتور واللامبالاة. أما الأعراض الفسيولوجية فتشمل انقباض الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية، نقصان الوزن والإمساك، الصداع والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي، وتأخر زمن الرجوع (بطيء الحركة). أما بخصوص الأعراض المعرفية فتشمل التشرذم، والتفكير المطلق، نقد الذات وصعوبة التركيز والتذكر. وفيما يتعلق بالأعراض السلوكية فتشمل تجنب الناس وعدم الاكتراث بهم، إهمال الأعمال المنزلية، الصراخ لأتفه الأسباب، فقدان القدرة على التحكم في النفس.

كما يجب ملاحظة أن أعراض الاكتئاب تتصف بظاهرة مهمة هي التغير النهاري، حيث تزداد شدتها في الصباح وتتحسن تدريجياً في أثناء اليوم (بلحسيني.الامام,2019، ص: 150).

اعراض الاكتئاب بالنسبة ل DSM-5 سنتكلم عنها فيما يلي:

تم إدخال تعديلات متعددة بالنسبة للاضطرابات الاكتئابية في DSM-5:

أولها حول اضطرابات المزاج تم اقتراح إزالة معيار الاكتئاب الحاد (E) من الدليل، مما يعني استبعاد "الحزن جراء ظروف أليمة" الذي يعترف بأن أعراض الاكتئاب قد تكون طبيعية لدى الأفراد الذين يمرون بحالة حزن لفقدان عزيز. وقد تم التأكيد في هذه النسخة على أن الاستجابة لخسارة كبيرة كفقد عزيز، الانهيار المالي. وغيرها تتضمن بعضاً من الاعراض التي

قد تشبه نوبة اكتئاب وعلى الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة، أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار.

وقد حاول مؤيدو استبعاد "الحداد" أن يقدموا مبررات لدعم قرار الاستبعاد، منها:

- أن الحداد يدوم عادة فقط شهرين هي عبارة غير مناسبة (فهو يدوم غالبا ما بين العام والعامين).

- الحداد هو ضاغط نفس اجتماعي حاد قد يسرع في ظهور نوبة اكتئاب أساسية الشيء الذي يزيد من خطر الحداد المعقد المزمن.

- الاكتئاب المرتبط بالحداد يحدث غالبا عند الأشخاص ذوي عوامل استهداف للإصابة بالاكتئاب.

- وأخيرا إن أعراض الاكتئاب المقترنة بالاكتئاب المرتبط بالحداد تستجيب لنفس العلاجات النفس اجتماعية والأدوية كالاكتئاب غير مرتبط بالحداد.

وقد ترك للفصل في التشخيص الاعتماد على الخبرة الإكلينيكية، والقرار المبني على المعايير الثقافية للتعبير عن الحزن في سياق الخسارة من جهة، وعلى مدى وجود تاريخ سابق من الاكتئاب لدى الفرد الحزين من جهة أخرى.

كما تمّ الجمع بين اضطراب الاكتئاب (المكرر) واضطرابات عسر المزاج (الاكتئاب المستمر) في اضطراب واحد هو: اضطراب الاكتئاب المزمن. والسبب هو عدم وجود اختلافات ذات مغزى من الناحية العلمية بين هذين الاضطرابين مما أدى إلى الجمع بينهما. وهذا القرار التصنيفي ينسجم مع النتائج التي خلصت إليها دراسة طولية، والتي قد وجدت أن 95 % من الأشخاص الذين يعانون عسر المزاج تتطور حالتهم إلى اضطراب اكتئابي رئيسي خلال مدة عشر سنوات.

كما تضمنت التعديلات إدخال اضطرابين جديدين على فئة الاضطرابات الاكتئابية هما: اضطراب عسر المزاج السابق للطمث وإضافة لاضطراب المزاج التخريبي غير المنتظم، وتصنيفه مع الاضطرابات الاكتئابية بهدف خفض التشخيص والعلاج المبالغ فيهما لاضطرابات الثنائية القطب (بلحسيني.الامام,2019، ص: 157).

سنذكر اهم الاضطرابات الاكتئابية:

ملاحظة: لا تشمل اعراض التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار او تناول دواء) او عن حالة طبية أخرى في الاضطرابات الاتية.

1-الاضطراب الاكتئابي الجسيم:

تختص الاعراض الاتية في التغيير عن الاداء الوظيفي السابق حيث تؤدي لانخفاض في الاداء الاجتماعي، المهني وحتى الشخصي. فيجب توفر خمسة او أكثر منها لنفس

الاسبوعين وعلى الاقل أحد الاعراض يجب ان يكون اما (1) مزاج منخفض او (2) اهتمام او المتعة.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا ويعبر عنه اما ذاتيا مثل: الشعور بالحزن، الفراغ، الياس،

او يلاحظ من قبل الاخرين مثل: ان يبدو دامعا.

(2) اضطرابات الاكل وتغير الوزن بشكل واضح حسب ازدياد الشهية او فقدانها.

(3) ارق او فرط النوم كل يوم تقريبا.

(4) هياج نفسي حركي او خمول كل يوم تقريبا، وليس مجرد احساس شخصيه من

التململ او البطء يتبعها انخفاض واضح في الاهتمام او الاستمتاع في كل الأنشطة او معظمها، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي او بملاحظته الاخرين له.

(5) تعب او فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.

(6) احساس بانعدام القيمة او شعور مفرط او غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون

توهما) كل يوم تقريبا وليس مجرد لوم الذات او الشعور بالذنب لكونه مريضا.

(7) انخفاض القدرة على التفكير او التركيز او عدم الحسم كل يوم تقريبا.

8) افكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) او التفكير المتكرر في الانتحار دون خطة محددة، او محاولة الانتحار او خطة محددة للانتحار (الحمادي، 2016، ص137).

2- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج):

يعتبر هذا الاضطراب دمجا للاضطراب الاكتئاب الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج.

يستدل بمزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الايام لمدة سنتين على الاقل كما يستظهر اما بالوصف الذاتي او بملاحظة الاخرين لذلك. ويمكن ان يكون المزاج عند الاطفال والمراهقين مستثار (مدة سنة على الأقل)، ولا يخلو الشخص اثناء هذه الفترات من الاعراض لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

ينبغي وجود اثنين او أكثر مما يلي اثناء انخفاض المزاج:

1) ضعف الشهية او زيادة في الاكل

2) ارق او فرط النوم

3) انخفاض الطاقة او التعب

4) انخفاض الشعور بقيمه الذات

5) ضعف التركيز او صعوبة في اتخاذ القرارات

6) مشاعر انعدام الام

ملاحظات تؤخذ بعين الاعتبار اثناء التشخيص:

-معايير نوبة اكتئابه جسيمه قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

-لم توجد ابدا نوبة هوسية او نوبة تحت هوسية كما لم تتحقق ابدا معايير اضطراب

المزاج الدوري.

-لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني الفصام او

الاضطراب التوهمي او غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة

والاضطرابات الدهنية الاخرى.

- إذا كانت المعايير كافيه لتشخيص نوبة اكتئاب جسيم في اي وقت خلال فترة العامين

من المزاج المكتئب فيتم وضع التشخيص منفصل لاكتئاب جسيم بالإضافة الى تشخيص

اضطراب الاكتئاب المستمر جنبا الى جنب مع المحددات ذات الصلة على سبيل المثال نوبات

الاكتئاب الشديد المتقطع مع النوبة الحالية (الحمادي,2016، ص141).

3- اضطراب اكتئابي محدد اخر:

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي والتي تسبب احباط سريريا هام او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية او غيرها. ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابي.

كما يتم استخدام هذه الفئة في الحالات التي يختار فيها الطبيب ايصال سبب محدد. يتم ذلك من خلال تسجيل اضطراب اكتئابي محدد اخر تليها الاسباب المحددة مثلا: نوبة اكتئابية قصيرة الاجل.

امثله من الحالات التي يمكن تطبيق الاخرى المحددة لتعيينها وتشمل ما يلي:

1) الاكتئاب الوجداني المتكرر: متزامن لمزاج مكتئب واربعة اعراض اخرى من الاكتئاب

على الاقل لمدة تتراوح بين (2_13 يوم) لمرة واحدة على الاقل شهريا (ولا علاقة له مع الدورة الشهرية) لمدة 12 شهر متتالية على الاقل في الفرد الذي لم يستوفي قط معايير الاضطراب الاكتئابي او ثنائي القطب وحاليا لا يستوفي المعايير الفعالة او المتبقية لأي اضطراب ذهاني.

2) نوبة اكتئاب قصيرة المدة (4_13 يوم): وجدان اكتئابي مع اربعة اعراض على

الاقل من ثمانية اعراض لنوبة الاكتئاب الجسيم المترافقة باحباط سريري والذي يستمر لفترة أكثر من 4 ايام ولكن اقل من 14 يوم في العرض الذي لم يستوفي قط معايير الاضطراب

الاكتئابي او ثنائي القطب وحاليا لا يستوفي المعايير الفعالة او المتبقية لأي اضطراب الذهني ولا يلبي معايير الاكتئاب الوجيز المتكرر .

3) نوبة اكتئابية مع عدم كفاية الاعراض: وجدان اكتئابي مع عرض واحد على الاقل

من ثمانية اعراض لنوبة الاكتئاب الجسيم مترافقة بإحباط سريري هام والذي يستمر لفترة اسبوعين على الاقل في الفرد الذي لم يستوفي قط معايير الاضطراب الاكتئابي او ثنائي القطب وحاليا لا يستوفي المعايير الفعالة او المتبقية لأي اضطراب ذهاني ولا يلبي معايير اضطراب القلق والاكتئاب المختلط (الحمادي, 2016، ص 149).

معايير تشخيص الاكتئاب وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض (CIM-10):

فيما يلي اهم المعايير:

1-الأعراض الرئيسية:

يجب وجود اثنين على الأقل لمدة لا تقل عن أسبوعين:

1. مزاج مكتئب: معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

2. فقدان الاهتمام أو المتعة: في الأنشطة المعتادة.

3. انخفاض الطاقة أو التعب الشديد.

2- الأعراض الثانوية:

يجب وجود أربعة على الأقل من الأعراض التالية:

1. نقص التركيز أو ضعف الانتباه.
2. انخفاض تقدير الذات أو فقدان الثقة بالنفس.
3. مشاعر الذنب المفرطة أو غير المناسبة.
4. أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار، أو سلوكيات انتحارية.
5. اضطرابات النوم (مثل الأرق أو النوم المفرط).
6. تغيرات في الشهية (زيادة أو نقصان) والوزن.
7. التملل أو البطء النفسي الحركي.
8. نظرة تشاؤمية للمستقبل (عكاشة، 1999، ص 130).

IV. الاتجاهات المفسرة للاكتئاب:

1/الاتجاه التحليلي:

تقدم نظرية (فرويد) تفسيراً مثيراً للاهتمام لظاهرة الاكتئاب، حيث قام بمقارنة بين الحداد والملانخوليا، وتوصل إلى استنتاجات مهمة حول علاقة الحزن بفقدان موضوعات الحب وتأثير ذلك على الحالة النفسية. وقد كشفت هذه المقارنة عن العديد من جوانب الشبه بين الحزن العادي والاكتئاب المرضي.

وفقاً لفرويد، يظهر الاكتئاب عادةً بشكل أكثر حدة بعد فقدان تلك الموضوعات أو عندما يتم التخلي عنها، حيث تنطلق النوبات هذه كرد فعل نفسية ناتجة عن شعور شديد بالذنب. يظهر هذا الشعور كأن كراهية الشخص الغير مدركة تسببت في فقدان أو وفاة موضوعات الحب، مما يزيد من مشاعر الغضب والاكتئاب الداخلي في اتهام الذات.

بناءً على التحليل النفسي، يمكن اعتبار هذه النوبات من نتائج أساسية للإحساس بالذنب، وتبرير لمشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي (عبد الستار، 1998، ص 87).

وتعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بالاكتئاب والبحث عن أسبابه، وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب أي أن النظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو رمزي وينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية، ويتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصاحباً بخبرة اكتئابية تكون غالباً لا شعورية وسببها الرغبة في استعادة الحب والتأييد والدعم الأبوي المفقود، أما الأصول الأولى لهذه المشكلة فترجع جذورها إلى المراحل المبكرة من النمو، وبالتحديد إلى المرحلة الفمية حيث يتم استدخال صورة العالم من خلال التذوق الفمي أو الإشباع الفمي وتكون الأم في المحور

الأساسي الذي يتمركز عليه اشباكات الطفل ويحدث أن تقدم الأم اشباكات ناقصة أو تتوقف أو لا تقدم أي اشباكات فيشعر الطفل بالحرمان والفقد وتكون مشكلته أنه فقد الاشباكات البيولوجي والنفسي فيشعر بالغضب ويوجه هذا الغضب للذات فتروي بذلك المشاعر الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي احداث مؤلمة أو ضغوط فينكص الفرد إلى المرحلة الفمية بما تحتويه من مشاعر الفقد (يحياوي، 2014، ص245).

وهنا يذكر (فرويد) أن الاكتئاب يتضمن تقديرا منخفضا وإدانة للذات ورغبة في عقابها، أما (إبراهيم) يرى أن الاكتئاب يستمد طاقته من الحب أو الغضب ويقول أن الشخص المكتئب لابد أنه واجه ضربة قوية لتقدير ذاته وللشعور بالأمن في المرحلة الفمية من المراحل النفسية الجنسية والتي يمر بها الفرد عادة (الشربيني، 2012، ص111) .

تشير الدراسات النفسية إلى أن الاكتئاب يمكن أن يكون ناتجًا عن عدة عوامل، منها الحاجة غير المستوفاة والطموحات غير المحققة. يرى المحلل النفسي "ليبرنج" أن الشعور بالعجز عن تحقيق الحاجات والأهداف يمثل خاصية رئيسية للإصابة به. وفي هذا السياق، يعتبر الحب والتقدير أحد أهم الاحتياجات البشرية التي تساهم في الحماية النفسية. بالإضافة إلى ذلك، يشير "ليبرنج" إلى وجود احتياجات أخرى مهمة مثل الحاجة للقوة والأمان ومنح الحب. ويؤكد أن عدم تلبيتها يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالإحباط والضعف النفسي، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالاضطراب.

وبناءً على ذلك، يظهر أن الصراع الداخلي الذي يحدث في الذات نتيجة لعدم إشباع الاحتياجات الأساسية يمكن أن يكون عاملاً مساهماً في تفاقم الحالة . وبالتالي، يُشير "ليبرنج" إلى أهمية تحقيق التوازن في تلبية الاحتياجات النفسية والعاطفية كوسيلة للوقاية من مخاطر الإصابة بالاكتئاب (سحاب، 2017، ص152).

2/الاتجاه السلوكي:

تقوم المدرسة السلوكية على مسلمة وهي أن السلوك هو نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث، فكلما تكرر السبب ظهرت النتيجة، ويرتبط سلوك الإنسان بمجموع الخبرات التي سبق له أن مر بها، ويمكن تغير ذلك السلوك بالأساليب النفسية، اعتماداً بالدرجة الأولى على التعلم. وبذلك ترى السلوكية أن الاكتئاب سلوك متعلم شأنه شأن السلوكات الأخرى، وعليه فإن الاكتئاب يظهر عادة عند الأشخاص الذين يعانون من حرمان في التعزيز الإيجابي وفق أساس من الاشتراط الكلاسيكي أو الاشرط الإيجابي (بن دبيلي، 2015، ص 101).

ومن رواد هذه النظرية (بافلوف) الذي أشار أن سبب الاكتئاب يرجع إلى الارتباط الشديد بين الصدمات التي يتعرض لها الفرد في طفولته، والآثار الناتجة عن تكرار المواقف والتجارب المؤلمة كالفشل والحرمان، الاحتقار، التهديد والرفض حيث ينشط ذلك تطبع المزاج النفسي في مسارات لا بد أن تؤدي في النهاية إلى الإصابة بالاكتئاب.

ويرى (لوينسون) و(نيستون) و(شاو) وهم أول من وضع الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب (نظرية السلوك والتعليم الاجتماعي) أن الاستجابة الاكتئابية وتطورها يكون بسبب الانخفاض الممتد للمعززات الاجتماعية الايجابية، حيث أن ضعف كمية المعززات الايجابية تؤدي إلى انخفاض في تكرار السلوكات الحركية والكلامية كنتيجة لهذا يستجيب الفرد بسلوكيات اكتئابية ومشاعر عدم البهجة (الشرييني، 2012، ص 30).

*ثم ان السلوك المرضي يعتبر نتيجة مباشرة لتفاعل الفرد مع البيئة وتأثير التعليم على مسار حياته. يشير البعض إلى أن الاكتئاب يمكن تخفيفه تدريجياً من خلال تعزيز السلوك الإيجابي. وفقاً للزاروس، يُعتبر الاكتئاب ناتجاً عن نقص في التحفيز للسلوك. يتفق الخبراء على أن الاكتئاب يظهر عندما ينقص التحفيز، مما يؤدي إلى ضعف في أداء الأدوار التي يقوم بها الفرد (هدى محمد، 2020، ص 402).

أما (سكينر) يرى أن الاكتئاب هو انطفاء ناتج عن حرمان كبير من التعزيزات الايجابية مما يؤدي إلى نقص المعلومات عن السلوكات الايجابية، مما يزيد في العزلة وبذلك تكون المظاهر الاكتئابية هي المسيطرة (بن دبيلي، 2015، ص 102).

وبين أصحاب هذه النظرية تفسيرهم للاكتئاب على ثلاث مبادئ وهي:

- الاشرط الكلاسيكي البافلوفي:

يمكن تعلم سلوك التجنب الاكتئابي بالاشراط الكلاسيكي حيث تلعب بعض الأحداث في تكوين استجابات من القلق قد تؤدي بالفرد إلى تجنب بعض الأماكن التي يتولد فيها القلق بنفس لسلوك.

- الاشرط السيكينزي الفاعل (الاجرائي):

إن نقص السلوك المكيف قد يكون سببه الانخفاض المطول والمزمن للمدعمات الاجتماعية الايجابية بواسطة عملية الانطفاء، وقد تلعب عدم كفاية المهارات الاجتماعية من خلال اشرط نقص في القدرة على خلق دعم ايجابي من المحيط دورا مهما في نشوء الاكتئاب (يحياوي، 2014، ص250).

- التدريب الاجتماعي:

حسب (باندورا) يمكن للفرد أن يتعلم الاستجابة لمواقف الضغط النفسي بالسلبية والانطواء عن طريق تقليد واحد من الأهل الاكتئابيين، أما (سليقمان) أدت تجاربه إلى التوصل إلى مفهوم العجز المتعلم الذي يؤدي إلى حالة الاكتئاب الارتكاسي بسبب عدم الربط بين استجاباته والتعزيز الايجابي المقدم من طرف المحيط وهذا نتيجة لفقدان التحكم والمراقبة من طرف الفرد لمحيطه (جودة، 2006، ص113).

إن السلوكية بهذا الشكل تعتبر الانسان رهين انعكاسات آلية وتكون قد نزعن عنه كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تقدم مزيدا من الفهم للسلوك غير السوي، وبالتالي علاجه بما

أنها تضع كل ما ليس بالظاهر جانبا ولا يكون له قيمة في التفسير والعلاج وبالتالي فإن علاج شخص يعاني الاكتئاب يمكن أن يتم بتعليمه أساليب جديدة من التفكير وحل المشكلات ويمكن أن نساعد على تغيير توقعاته أو القيم التي تبناها نحو بعض الأهداف (عبد الستار، 1998، ص77).

3/الاتجاه المعرفي:

يستمد الاتجاه المعرفي تفسيراته من ملاحظة المكتئبين وأفكارهم ومشاعرهم السيئة التي يتمثلونها على المستوى الذهني، وعلى هذا الأساس يؤكد المعرفيون على أن اضطراب الاكتئاب يحدث نتيجة للأفكار السوداء والمعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الأفراد أو ما يطلق بالتشوهات المعرفية.

يؤكد (Beck, 1961) أنه وفقا للاتجاه المعرفي بشكل عام تعتبر المعارف ذات الأساس السلبي البؤرة في الاكتئاب، وتنعكس هذه المعارف في المثلث المعرفي للاكتئاب، فالمكتئبون لديهم رؤية نمطية سلبية لأنفسهم، وليبتئهم وللمستقبل (بن ديبلي، 2015، ص127).

كما يعتبر (Ellis) -أحد منظري الاتجاه المعرفي- أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد هو ترجمة لأفكاره ومعارفه السيئة اتجاه ذاته ومحيطه، لهذا يرى (Ellis) أن الخلل المعرفي سببه ثلاث عوامل:

- سوء تكيف الفرد مع محيطه.

- الرأي السلبي الذي يكونه الفرد عن نفسه.

- الأخطاء المنطقية الشائعة في استجابته للمعلومات.

يفترض منظرو الاتجاه المعرفي ان الأعراض المعرفية للإكتئاب تلعب الدور الأساسي في التأثير على حياة المريض، حيث تؤثر على نظرتة للعالم وقدرته على التفكير واتخاذ القرارات.

كما تقوم بتشويش التفكير وتقليل القدرة على التركيز والانتباه، مما يؤثر سلباً على أدائه في الحياة اليومية وفي مهامه الروتينية.

بالإضافة الى انها قد تؤدي إلى التشويش على الذاكرة وصعوبة في اتخاذ القرارات والتفكير بشكل منطقي وواقعي.

و من المهم فهم أن الأعراض المعرفية للإكتئاب تحتاج إلى اهتمام ومتابعة من قبل الطبيب المختص لتقديم العلاج المناسب والدعم النفسي للمريض (معمرية، 2010، ص95).

وفيما يلي سيتم التطرق إلى أهم نماذج لتفسير الاكتئاب وتحليله وفقاً للعديد من الاعتبارات:

- بيك والثلاثية المعرفية (Beck, 1961) :

يعتبر هذا النموذج الذي صاغه بيك (Beck, 1961)، نموذجاً لمختلف الاضطرابات

النفسية بصفة عامة وللاكتئاب بصفة خاصة، فسر من خلال سيرورة حدوث هذه الاضطرابات

على ضوء الأفكار والمعتقدات والتمثلات السلبية التي يتبناها المكتئبين حول الذات والعالم والمستقبل، ويطلق عليها بيك بالمثلث المعرفي أو الثلاثية المعرفية The cognitive triad.

فعلى مستوى الذات يرى المكتئب نفسه مختلا مليئاً بالعيوب، وعلى مستوى العالم ينظر المكتئب للعالم من حوله فلا يرى غير الصعوبات والعقبات، أما على مستوى المستقبل يشعر المكتئب أنه لا وجود له لأنه يعتقد أن الاكتئاب سيهيمن على حياته للأبد، لذلك يسقط فريسة لليأس، حيث تظل هذه الأفكار تلاحقة بصفة تلقائية (بن ديبلي، 2015، ص130).

وتحدث هذه الثلاثية عند توقف استجابة الشخص للمثيرات الممتعة، ويؤكد (Beck, 1961) بأن المكتئب يعاني من التشوهات أو التحريفات المعرفية لذا حاول تصنيفها في مجموعات كالتالي:

المسارات الأساسية:

أحد المسارات الأساسية هو التعميم المفرط ; حيث يقوم المكتئب بتعميم الخبرات السلبية على ذاته دون أساس واقعي، مما يؤدي إلى انعكاس نقد سلبي على نفسه.

الشخصنة أو التمثيل الشخصي ; يعد أحد المسارات الأخرى، حيث يرى المكتئب كل الأحداث بمرجعية لذاته دون مراعاة للواقعية، مما يؤدي إلى تضخيم السلبية والتشاؤم.

أما التجريد الانتقائي ; فيعكس ميل المكتئب إلى استخلاص تفاصيل سلبية من السياق العام، مما يؤدي إلى تضخيم السلبية دون مراعاة للسياق الكلي للأحداث (بوكنوش، 2004، ص50).

المسارات الثانوية:

ان التفكير المبالغ والتهويل والاستنتاج الاعتباطي هي مسارات ثانوية في عملية التفكير البشرية ;

يتمثل التفكير المبالغ ; في انحراف الفكر إلى توقع أسوأ النتائج المحتملة في كل الوضعيات، حتى التي تحمل في طياتها فرصاً للنجاح. يمكن أن يؤدي هذا النوع من التفكير إلى القلق المستمر والتشاؤم الزائد دون أساس واقعي.

أما التهوين ; فيتمثل في تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية بشكل سلبي، فيؤدي ذلك إلى تشويه الرؤية الواقعية وتقديم الأمور بشكل مغاير للحقيقة دون أساس واقعي. على سبيل المثال، قد يتفسر تقدير الآخرين وحبهم له بأنهم يشعرون بالشفقة عليه دون أن يعتبر ذلك اعترافاً بقيمته الشخصية.

أما الاستنتاج الاعتباطي فيحدث عندما يقفز الشخص إلى استنتاج معين دون وجود أدلة كافية تدعمه، أو حتى في حال وجود أدلة مناقضة له. يمكن أن يؤدي هذا النوع من

التفكير إلى اتخاذ قرارات متسعة وغير مدروسة قد تكون ضارة في بعض الحالات (حدار، 2006، ص93).

الأخطاء المنطقية:

وتشمل الأسلوب الثنائي أو ما يعرف بالتفكير المستقطب، حيث ينزع المضطرب بالاكتئاب إلى التطرف والتطرف الفكري حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب الحساسة من نفسه، مثل تقديره لذاته ويعني بالتطرف الفكري أن يسمى المكتئب الأحداث والوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فضيعة، وقد أطلق على هذه الحالة بالتفكير المنقسم أو التفكير ثنائي القطبية، وشأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تصاغ في حدود مطلقة مثل "دائماً" أو "مطلقاً" (معمرية، 2010، ص 98).

- نموذج ألبرت أليس (ABC) :

يؤكد (ألبرت أليس) في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي على ان الاضطرابات النفسية تولدها أفكار الفرد، وأنها لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يمر بها الفرد، وإنما بسبب الاعتقادات التي يحملونها عن هذه الحوادث، وقد تكون هذه الاعتقادات لا عقلانية، وبالتالي تدفع من يؤمنون بها إلى أن يصبحوا مضطربين ومكتئبين وغير فعالين وغير سعداء، وبالمقابل فإنهم إذا حرروا أنفسهم من تلك المعتقدات اللاعقلانية، فإنه من الصعب عليهم الوقوع فريسة للاضطرابات العاطفية، أو على الأقل فإن اضطراباتهم العاطفية لا تدوم.

إن جوهر هذا النموذج (ألبرت أليس) هو أن التفكير يسبق الانفعال، وأن هناك علاقة تفاعل متبادل بين التفكير والانفعال والسلوك، إذ يوجد اتصال متبادل بين هذه الوحدات الثلاث، فهي غير منفصلة وتؤثر في بعضها البعض، وأن أي تغير في واحدة منها يؤدي إلى تغير متزامن في الجوانب الأخرى (يحياوي، 2014، ص258).

حيث يرمز (A) إلى الحادث أو الخبرة المثيرة والحرف (B) يعبر عن نظام التفكير لدى الفرد، بينما الحرف (C) إلى النتيجة أو الاضطراب الانفعالي مثل مشاعر الرفض والقلق وعدم الأهمية والاكتئاب.

إن جوهر هذا النموذج يتلخص في أن ألم الكائن البشري يصدر عن مصدرين، خارجي وداخلي، الأول هو الألم الذي يقع على أجسادنا من جوع ومرض أي الألم الفيزيائي، أما النوع الثاني فهو الذي يأتي من التفكير الخاطئ اللاعقلاني، إذ أن تأويلات وتفسيرات الفرد هي المسببة لرد الفعل السلوكي الانفعالي (زعبوش، 2011، ص233).

خلاصة:

إن الاكتئاب هو مرض العصر النفسي. من المهم أن نكون على علم بأعراضه وأسبابه، وأن نستخدم طرق الوقاية المناسبة لمنع تكرار الأعراض والحفاظ على الحالة النفسية السوية للأفراد. قد ساعد هذا الفصل في توعية الناس حول هذا الاضطراب والوقاية منه.

الفصل الثالث: فصل المراهقة

تمهيد

- I. مفهوم المراهقة
- II. أزمة المراهقة
- III. المراهقة و البلوغ
- IV. التحولات الجسدية وتأثيرها على الصحة النفسية
- V. الاتجاهات المفسرة للمراهقة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر المراهقة مرحلة انتقالية بين الطفولة وسن الرشد وتصاحب هذه المرحلة العديد من التغييرات الإنمائية التي تطرأ على جميع نواحي الشخصية، وحسب المنظور السيكولوجي تعتبر هوية المراهق مركز هذا التغيير، حيث ترتبط بإمكانية تبني المراهق لمعتقدات قيم وأدوار اجتماعية خاصة به والهوية تشير إلى سلسلة من الأسئلة حول الذات، أولها سؤال المراهق من أنا، وحسب ايركسون الأزمة الكبرى في مرحلة المراهقة تكمن في المواجهة بين تحقيق الهوية واضطراب الهوية وعليه ومن خلال ما سبق ما هو مفهوم المراهقة؟ و ما المقصود بأزمة المراهقة؟ وما أبرز النظريات المفسرة لها ؟

1. مفهوم المراهقة:

لغة: تعددت معاني المراهقة، ففي لسان العرب نجد عدة كلمات مقابلة لها في مدلولها مثل الخفة، السفه والجهل، غشيان المحارب من شرب الخمر (التركي، 1990، ص241).

وأصل كلمة المراهقة لاتيني ويعني الاقتراب المتدرج من النضج أو الدنو من اللحم أي أن المراهق هو الفتى الذي يدنو من اللحم واكتمال النضج وكذلك فإن كلمة الرهق تعني الطغيان والزيادة ولعل هذا يشير إلى الحالة الانفعالية للمراهق، وهذا المعنى اللغوي لا يختلف عن المعنى العلمي ويطلق مصطلح المراهقة على المرحلة التي يحدث فيها الانتقال التدريجي نحو النضج البدني، الجنسي، العقلي والنفسي (العيسوي، 1999، ص100).

اصطلاحاً: عرفها (ستانلي هول) وهو من الأوائل الباحثين الذين اهتموا بهذا المفهوم بأنها فترة النضج الجسمي وعدم النضج الاجتماعي والتي تستمر حتى سن الخامسة والعشرين من حياة الطفل تقوده إلى مرحلة الرشد بما تحمله من متطلبات (المليجي، 1973، ص301).

هي فترة من الحياة تنحصر ما بين نهاية الطفولة وبداية الرشد، في الإطار السيكولوجي تتميز ببروز الغريزة الجنسية وتفضيل الاستقلالية، وبروز حياة عاطفية ثرية. وقد يترتب عنها سلوكيات تقتضي المراهق الامتثال لمعايير المجتمع، إذ لا يلفت الانتباه لهذه الجوانب التفاتاً ذاتياً لذلك هو بحاجة إلى من يرعاه ويوجهه فهو يبحث دوماً عن اكتشاف أناه وأنا الآخر (الشربيني، 2006، ص75).

تعني المراهقة من الناحية الزمنية فترة امتداد تبدأ حوالي السنة الحادية عشر أو الثانية عشر تقريباً حتى العشرينيات من حياة الفرد، وتتأثر بعوامل النمو البيولوجية والفيسيولوجية وبالمؤثرات الاجتماعية، أما في المعنى السيكولوجي فهي مرحلة تترتب عليها خصائص جديدة في السلوك لم يألفها الفرد من قبل، فقد يتميز تصرفه بالتوافق والتكيف الايجابي كما قد تظهر لديه سلوكيات تتسم بالامتثال لمعايير المجتمع، ولعله لا يلتفت إلى هذه الجوانب التفاتاً ذاتياً، لذا فهو بحاجة إلى من يرعاه ويرشده (محرز، 2008، ص18).

عرفها (لوين، 1998) بأنها عبارة عن فترة تغير في الانتماء إلى الجماعة فبعد أن كان المراهق ينتمي إلى جماعة الأطفال أصبح لا يريد أن يعامل على أنه طفل وأصبح

يحاول جدياً أن ينتزع نفسه من الأمور الطفلية أو يدخل حياة الراشدين بسلوكه، وفي نظرتة للحياة أي أنه أصبح ينتمي إلى جماعة الراشدين (الزرد، 1997، ص221).

ومن خلال هاته التعريفات نختصر تعريف المراهقة حسب اطلاعنا على انها مرحلة حساسة يمر بها الفرد أثناء نموه فهي مرحلة انتقالية وهمزة وصل بين مرحلتى الطفولة والرشد، يشهد فيها المراهق تغيرات على مستويات عديدة جسمية، فيزيولوجية، انفعالية وعقلية وغيرها من التحولات تصعب على المحيطين به فهمها لأن سلوكياته تكون مضطربة ويختلف ذلك من مراهق إلى آخر بحسب طبيعة شخصيته والمحيط الذي يعيش فيه.

- نذكر الان اهم خصائص هذه مرحلة حصيلة لما ذكرناه سابقا :

1. كل من النشوة الجنسية والقدرة الإنجابية تحددان مرحلة المراهقة.

2. ان الصراعات الداخلية للمراهق ليست مجرد تكرار للصراع الإيديى، بل تتضمن

صراعات أكثر "قدمية" مثل الصراع بين الأنا المثالية المحدثه والأنا المضطربة.

3. الانفجار الليبيدي مع جوانبه الاقتصادية والديناميكية يضعف الأنا في دوره كحاجز

للتحفيز.

4. تغيرات جسدية عميقة تصاحب فترة المدرسة وتؤثر بشكل كبير على الواقع العملي

والخيالي والعاطفي.

5. دراسة وسائل الدفاع أمر أساسي في هذا السن حيث يعكس اختلاف التعامل مع

الذات الأنا.

II. أزمة المراهقة:

1- مفهوم الهوية:

لغويا: كلمة الهوية لغة مشتقة من: من هو؟ وهي من الكلمات العربية المنحوتة من كلمتين هما: "ما هو" و "ما هي" إذ نحت منها "هوية" و "هوية" بفتح الهاء وضمها، وهي من التعبيرات الجديدة التي دخلت المعجم العربي الحديث، وجاء في المعجم الوسيط: الهوية في الفلسفة حقيقة الشيء أو الشخص الذي تميزه عن غيره (دورتيه، 2008، ص110).

اصطلاحا: عرف (اريكسون) الهوية بأنها الوعي الشعوري الداخلي الذي يتضمن الإحساس بالتفرد والوحدة والتآلف الداخلي والتماثل والاستمرارية، المتمثل في إحساس الفرد بارتباطه بماضيه وحاضره ومستقبله، والإحساس بالتماسك الداخلي والاجتماعي ممثلا في إحساس الفرد بذاته كوحدة واحدة.

كما يشير مفهوم الهوية إلى الحس بالهوية الذاتية، وهي نماء الثقة الذاتية، والتي تعني قدرة الفرد على الاحتفاظ بإحساس ذاتي داخلي للتشابه والتواصل، مع فهمه لمعنى ارتباطه بالآخرين والتفاعل معهم (معمرية، 2004، ص18).

وتأكيداً على ذلك يشير (ايركسون) أن الهوية هي المجموع الكلي لخبرات الفرد، وتتكون من عنصرين هما: هوية الأنا والهوية الذاتية، وترجع الأولى إلى تحقيق الالتزام في بعض النواحي كالعمل والقيم الايديولوجية والسياسية والدين وفلسفة الفرد لحياته، في حين ترجع هوية الذات إلى الإدراك الشخصي للأدوار الاجتماعية (مزوز، 2017، ص665).

2- مفهوم أزمة الهوية:

- يعرف موسن أزمة الهوية بأنها الجهاد ' الصراع-المقاومة-المنافسة' الذي قد يفرض على المراهق، وهو يحاول أن يحصل على إحساس أو شعور بالهوية متصف بالثقة والاطمئنان، وتنشأ عندما يفشل الفرد في تحديد هويته، فيشعر بالتشتت، وارتباك الدور، وغموض الهدف، والانعزال عن الآخرين، وضعف العلاقات الاجتماعية.

- ويعرفها (عبد الله، 2000) بأنها حالة من الالتباس والغموض فيما يتعلق بتفرد الفرد عن الآخرين، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الآخرين في تقديره لذاته، كما ينعدم الاتصال بين الماضي والمستقبل بالنسبة له، فيفقد في نفسه وفي قدرته في السيطرة على مجريات الأمور، وبالتالي ينعزل عن حياة غالبية المجتمع الذي يحيا فيه (عبد الله، 2000، ص16).

- كما يقصد بأزمة الهوية أنها المرحلة التي يمر بها أغلب المراهقين في وقت ما يعانون فيها من عدم معرفتهم ذاتهم بوضوح، أو عدم معرفة المراهق لنفسه في الوقت الحاضر أو ماذا سيكون في المستقبل فيشعر بالضياح والتبعية والجهل بما يجب أن يفعله ويؤمن به، وهي

علامة على طريق النمو يمكن أن تؤدي إما إلى الإحساس بالهوية أو إلى المزيد من الانهيار الداخلي وتشتت الدور أو تمييع الهوية (عبد الرحمان، 1998، ص288).

- وبعد الاطلاع على هذه التعاريف الخاصة بمفهوم أزمة الهوية يمكن تعريفها بأنها الفشل في التوفيق بين الأدوار التي يقوم بها المراهق، فهو يجب عليه أن يكون الراشد المستقل عن الأسرة والزميل المخلص لأصدقائه والطفل الطيب الذي يمتثل لأوامر عائلته.

3- طبيعة أزمة الهوية لدى المراهق:

تبدأ الأزمة كصراع نحو تأكيد المراهق لهويته، وتحدث هذه الأزمة في المراهقة وهنا يحاول المراهق أن يجيب على عدة أسئلة تسهم في تحديد هويته منها: من أنا؟ ومن أكون بالنسبة لهذا المجتمع الذي أعيش فيه؟ ما العمل الذي أرغب في القيام به مستقبلاً؟ وتتميز هذه المرحلة بحدوث تغيرات جسمية التي تجعل من المراهقين يشعرون كأنهم راشدين من الناحية الجسمية على الأقل، إضافة للتغيرات التي تطرأ على القدرات العقلية كالقدرة على التفكير المجرد ووضع فرضيات واختبارها (أبو جادو، 2004، ص81).

- اما بالنسبة لمفهوم أزمة الهوية سواء كان الأمر يتعلق بأنا فرويد، موس لاوفر، إيفلين كيستمبرج، أو كثيرين غيرهم، فإن الفكرة المركزية هي أن أزمة المراهقين تشير إلى ما يسميه ناجيرا "صراع النمو" إذ يعاني جميع المراهقين من هذا الصراع التتموي بدرجة أكبر أو أقل. تُفهم المراهقة على هذا النحو على أنها لحظة إعادة تنظيم نفسي، بدءاً من سن البلوغ، والتي يهيمن عليها تأثير ذلك على النفس ; اما من خلال تعزيز الاكتئاب الكامن الذي يمر عبر

الجهاز النفسي على مر السنين، او من خلال أسئلة حول الهوية، حول ازدواجية التوجه الجنسي من خلال "تدافع" التعريفات السابقة، ومن خلال إضفاء المثالية على هذه "الحياة الجديدة" التي يتوقعها المراهق بشكل متخيل وغير واعي انها أزمة، لأنه في خضم إعادة التنظيم، يواجه تغييرات وتناقضات وصراعات تطورها مفتوح: يمكن أن تؤدي إلى خيبة أمل مستمرة، أو على العكس من ذلك ; إلى غزو تدريجي محسن للذات (marcelli.braconnier, 2013, p250).

وأزمة الهوية مفهوم نفسي اجتماعي يعني تحقيق المراهقين لأهداف عامة في مهمات التطور حيث ينشغلون " بتشكيل الأهداف الشخصية، القيم، يطورون الاستقلالية، ويعملون على اكتشاف قدراتهم وإرادتهم لاختيار وتوجيه مستقبلهم، كسمات مرحلة تشكيل الهوية. إذن تكمن الأزمة في تحديد أدوار واضحة وتشكيل هوية تميل إلى التماسك، مع تعديل بعض النقاط في مراحل لاحقة، حيث يشير (ايركسون) إلى أن الكثير من المراهقين يواجهون انتشار وتشتتاً مستمراً فيما يختص بقدراتهم الخاصة ومكانهم المنتظر داخل مجتمعهم، ومع هذا فهو يؤمن بأن أزمة الهوية هي حالة عادية في النمو السوي للشخصية، بل وأبعد من ذلك فهذه الأزمة ضرورية لسببين: الأول لضمان استمرارية نمو الأنا، والثاني لحل كل المشاكل المتعلقة بالعلاقات مع الآخرين واختيار أدوار اجتماعية مناسبة، كما تقدم امكانية تحكم المراهق في مشاعره وانفعالاته (مزوز، 2017، ص666).

إن صراع النمو المشار إليه لا يتوقف في التغييرات الجسمية بل يمس أيضا تطور في العمليات المعرفية لدى المراهق، كون أن مرحلة المراهقة تشهد عمليات إعادة التنظيم لتفكير الفرد، يترتب عليها ظهور مستوى جديد من النشاط العقلي لديه يعرف بالتفكير الشكلي وهو تفكير منطقي ومجرد، فالنمو المعرفي الذي يوازي النمو الاجتماعي في هذه المرحلة يهيئ للمراهق الأرضية التي تساعده على معرفة الأدوار المناسبة (مرحلة الاكتشاف) وتجريبها واختيار المناسب منها، هذا من جهة ومن جهة أخرى التكيف مع تلك الأدوار أي الالتزام (مزوز، 2017، ص666).

4-مواجهة أزمة الهوية:

- يصف إريكسون في هذا الخصوص أيضا الاضطرابات التي يمكن أن يواجهها الشباب غير القادرين على احتضان المهن والتزامات الحياة فيتحدث عن علامات الارتباك الحاد في الهوية وعدم القدرة على التعامل بشكل أصيل مع الآخرين، وعدم الاهتمام بالوقت والحياة، واختيار "الهوية السلبية". و يعزز فهمنا للتوترات التي يمكن أن يواجهها الشباب في مرحلة المراهقة وكيفية التعامل معها بشكل فعال بحيث يُظهر المراهق سلوكًا سلبيًا تجاه الأدوار المفروضة عليه من الخارج (marcelli.braconnier,2013,p250). و نذكرها في النقاط

الآتية :

1) تحديد الهوية الشخصية : يمكن للشباب الذين يعانون من هذه الاضطرابات أن يستفيدوا من تحديد هويتهم الشخصية من خلال البحث عن ما يجعلهم فريدين ومميزين والتركيز على نقاط قوتهم.

2) دعم العلاقات الاجتماعية : يجب تشجيع المراهقين على بناء علاقات اجتماعية صحية ومستقرة مع الآخرين لتعزيز شعورهم بالانتماء والقبول.

3) تعزيز الوعي الذاتي : يمكن للشباب تحسين إدراكهم لأهدافهم وقيمهم الشخصية من خلال الاستفادة من العلاج النفسي والتوجيه المهني.

4) تشجيع المشاركة في الأنشطة الإيجابية: يجب تحفيز المراهقين على المشاركة في الأنشطة التي تعزز شعورهم بالإنجاز والانتماء مثل الرياضة والفنون والأعمال التطوعية. تكمن الخطورة في ألا ينجح المراهق في تحديد هويته بهذا الشكل الايجابي في الوقت المناسب، وأن تنتهي به الأزمة في الاستمرار بالتشتت والانتشار وعدم التحديد، إلا أن هذه النتيجة السلبية تعني أن الفرد لا يستطيع أن يرسو على تحديد مرض لذاتيته، فهو تحديد يتطلب موازنة بين مراعاة المراهق لمطالب المجتمع في ميزان وتحقيق أهدافه، طموحاته، تقمصاته الماضية، تصورات له لمشاريعه المستقبلية.

وعليه فكل ما سبق ذكره يضعنا بين احتمالين، إما أن تحل الأزمة ايجابيا مما يعني استمرارية النمو وكسب الأنا لفاعلية جديدة، أو أن تحل سلبا مما يعني إعاقة النمو وهو ما ينتج عنه اضطراب نفسي اجتماعي سلوكي (عبد المعطي، 2001، ص 291).

وفي هذه الحالة قد يواجه المراهق جملة من المشكلات نذكر منها:

- الاغتراب: إن المراهقين الذين يمكن أن نصفهم في فئة المغتربين هم أولئك الذين يشعرون باليأس من إصلاح الأمور، كذلك فهم يشعرون بالإحباط ونفاذ الصبر، إن المغتربين يجمعون ما بين الرغبة الجامحة في التقارب وتكوين علاقات حميمية وثيقة بالآخرين وبين الخوف من مثل هذه العلاقات.

- عضوية الجماعات المتطرفة: وقد يلجأ المراهق إلى حل الأزمة عن طريق الانتماء إلى إحدى الجماعات السياسية أو الدينية المتطرفة، وعادة ما يكون نشاطها موجه نحو محاولة أحداث تغييرات جذرية في الممارسات التقليدية، عن طريق استخدام العنف وتؤدي العضوية في هذه الجماعات إلى إزالة القلق عن المراهق عن طريق شعوره بالتوحد مع جماعة منظمة لها أهداف واضحة ونظام قيمى محدد، وإن كان موجهاً توجيهها هداماً وليس بناء (مزور، 2017، ص669).

5-نهاية أزمة الهوية:

في النهاية، إن السؤال الذي يمكن طرحه فيما يتعلق بنهاية أزمة المراهقة، هو كيف يتحقق التكيف الصحيح الذي يعيش فيه المراهق؟ تجمع الدراسات النفسية والاجتماعية على أن نهاية أزمة المراهقة تتوقف على عوامل داخلية وخارجية، لكنها تتمحور في شكلها العام بتحقيق شرطين أساسيين هما:

- الشرط الأول: أن تنتهي الاضطرابات العضوية التي تصاحب انتظام الوظائف الجنسية.
- الشرط الثاني: أن توظف الحياة الاجتماعية المراهق وتشغله (معاليقي، 2004، ص208).

وتنتهي الأزمة بانتهاء هذا الاضطراب وتحقيق المراهق الاحساس القوي بالذات ممثلا في الاحساس بالتفرد ووحدته الكلية وتمائل واستمرارية ماضيه، حاضره ومستقبله، وقدرته على حل الصراع والتوفيق بين الأحاسيس والحاجات الملحة والمتطلبات الاجتماعية المتناقضة.

وينبثق الولاء والإخلاص من الحل السليم لهوية الأنا، وهاتان الخاصيتان تشيران إلى قدرة الفرد على المحافظة على ولاءاته وتعهداته الحرة على الرغم من تناقضات القيم التي لا يمكن تجنبها. ويمثل الولاء والإخلاص حجر الأساس في الهوية، أي قدرة المراهق على إدراك الأخلاق الاجتماعية وايدولوجية المجتمع والتمسك بها (الشربيني، 2006، ص 92).

III. المراهقة والبلوغ:

ينبغي التمييز بين المراهقة والبلوغ، حيث يحدث كثير من الخلط بينهما فالبلوغ يعني فقط وصول الأعضاء التناسلية إلى حالة النضج، أما المراهقة فهي أكثر شمولاً وتنوعاً وامتداداً حيث تشمل العديد من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية والأخلاقية والروحية، معنى هذا أن البلوغ مرتبط بالتغيرات الجسمية فقط أما المراهقة فتحمل في طياتها جميع التغيرات المذكورة سابقاً، ومن ناحية الاشتقاق اللغوي يشتق لفظ المراهقة من العقل العربي، راهق أي اقترب من

الحلم، فيقال راهق الغلام إذا قارب الحلم وبلغ مبلغ الرجال وإذا حاضت الفتاة وبلغت مبلغ النساء.

وفي علم النفس تشير المراهقة إلى الاقتراب من النضج وليس ذاته، ومما تجدر الإشارة إليه في هذا الصدد أن الانسان لا ينتقل من مرحلة إلى أخرى بصورة مفاجئة، وإنما يتم الانتقال تدريجياً وعبر فترات طويلة من الزمن فالمراهق لا يتحول إلى الرجولة بين عشية وضحاها وإنما على امتداد فترة طويلة من الزمن قد تصل إلى 10 سنوات، فالانتقال يتم بصورة تدريجية والبلوغ أحد جوانب المراهقة وهو المؤشر لبدايتها، وفي المراهقة يحدث نمو سريع ومتلاحق في جسم المراهق وفي وظائف أعضائه وفي اتجاهاته ومشاعره ووجدانه، وتطول أو تقصر فترة المراهقة وفقاً للنمط الحضاري الذي يعيش في كنفه (العيسوي، 2005، ص209).

و منه يعتبر البلوغ في كثير من الأحيان "أزمة" تتسم بتكيف الشخصية مع التحولات الجسدية، وتتميز بإحياء هائل للدوافع، بما في ذلك الدوافع العدوانية والرغبة الجنسية. يظهر التطور الجنسي بشكل دراماتيكي في هذه المرحلة، مما يؤدي إلى تكثيف للدوافع الأوديبيية. وفي مرحلة "ما قبل البلوغ" أو "ما قبل المراهقة"، يتم استثمار جميع الدوافع دون تمييز، مع عودة الميول الطفولية بقوة وضعف آليات الدفاع. يلاحظ أيضاً تزايد التمييز بين البلوغ (الجسدي) والمراهقة (العاطفي والعلائقي) في الأوقات الحالية (bergeret.bèche.boulangier et autres,2012,p39).

ومن خلال توضيح الفرق بين المراهقة والبلوغ نستنتج أن هذا الأخير جزء لا يتجزأ من المراهقة، في حين أن المراهقة أعمق وأشمل من البلوغ.

IV. التحولات الجسدية وتأثيرها على الصحة النفسية:

تحدث بارجوري عن العلاقة بين الأفراد وأجسامهم خلال فترة المراهقة، حيث يلاحظ أن الصبي يميل إلى إضفاء قيمة نرجسية على قضيبه والتباهي به ليكتسب ثقة بالنفس ، بينما تتجه الفتاة نحو الاهتمام بالأعضاء التناسلية والجسم بأكمله، وتطور الاهتمام إلى الجمال والصورة العظيمة المنعكسة والحفاظ على الشكل. كما يشير إلى أن فترة المراهقة قد تشهد تحولات نفسية مختلفة مثل الحالات الذهانية أو العصبية، وأنها فرصة لحل الصراعات النفسية مثل الصراع الأوديبي

(bergeret.bècache.boulangier et autres,2012,p39) .

من هنا ننبه انه يجب على الأهل أن يكونوا حذرين ومتفهمين تجاه احتياجات الصبي والفتاة خلال فترة المراهقة، حيث يمكن أن تكون هناك تغيرات كبيرة في العلاقة مع الجسم.

كما يجب تشجيع الشباب على قبول أجسامهم كما هي وتعزيز الثقة بالنفس، بدلاً من التباهي أو الانتقادات السلبية.

بالإضافة الى أهمية تلقي المراهقين الدعم النفسي والعاطفي لمواجهة التحولات الجسدية

والنفسية التي تحدث خلال فترة المراهقة.

.V. الاتجاهات المفسرة للمراهقة:

1-الاتجاه النفسي التحليلي:

يركز هذا الاتجاه ليس فقط على النمو الجنسي والجسمي، بل على ما يصاحب النمو من تأثيرات ترتبط بنمو المراهق وسلوكه، فغموض هوية المراهق وميوله للمنافسة والصراعات النفسية وقلقه الجنسي جميعها عوامل تساهم في انهيار توازن المراهق البيولوجي والنفسي وظهور الوظائف الجديدة في حياة الكائن، وهو مظهر من مظاهر ما يطلق عليه أزمة المراهقة حيث تخلق مواقف، فالمراهق يرفض الخضوع لسلطة الأهل ويصبح لديه نقص الثقة في الأفكار والأوامر السابقة، فالبحث عن أسباب هذه المشكلات التي يواجهها المراهق والتفحص في عملياتها ودينامياتها وإيجاد الحلول الملائمة الكفيلة بخفض مآزقها، وقد تبني (فرويد) مع كثير من أتباعه في نظريته إلى المراهقة المنطلقات التالية:

- أن المراهقة ظاهرة عالمية، أي أن كل الأفراد المتواجدين على سطح الكرة الأرضية، يعيشون مرحلة المراهقة بطريقة أو بأخرى (كلير، 1998، ص78).

- أن المراهقة تعيد مشكلات الطفولة، ويعتقد فرويد أن مشكلات الكمون تمتد من سن السادسة من العمر إلى البلوغ، حيث يسود كيان جنسي يؤدي في هذه المرحلة إلى مجموعة من الاضطرابات، ليس فقط في الحياة الجنسية بل في مجالات السلوك الاجتماعي أيضا، ففي البلوغ يعاني المراهق من انبعاث جديد للصراعات الأوديبية، وانخراطا حقيقيا للكائن في مجتمع الراشدين، لذلك فإن المشكلة الأوديبية تعود وتطرح من جديد مع كل الوسائل المكتسبة في مرحلة الكمون، فهذا التنشيط

الجديد في الشحنات الغريزية الآتية من جهاز "الهو" يخلق توتر وانهيار في توازن الكائن، فتعمل قوى الأنا المتماسكة لتستعيد التوازن المفقود مستعملة جميع الآليات الدفاعية التي في حوزتها، إذا فإن اشباع الشحنات الغريزية وخصوصا الجنسية منها ليس سهلا في بداية مرحلة المراهقة، فتحقيق هذا الاشباع يعترضه موانع ومحرمات العالم الخارجي والقيم الاجتماعية والأخلاقية فيستعمل الأنا أولياته مثل الإزاحة والتسامي (الأعظمي، 2014، ص150) .

فصراعات المراهق لا تقتصر على المشكلة الجنسية وإشباعها، وإنما تتعداها إلى الصراع بين التخلص من سيطرة الأهل والرغبة في التعلق والاتكالية عليهم، إن هذا التناقض في المشاعر يزيد من صراعات المراهق، لذلك يعتبر التحليل النفسي مرحلة المراهقة مرحلة الاضطرابات والأزمات والصراعات.

وقد وضح (فرويد) العديد من الآليات الدفاعية التي يستخدمها المراهق لتعيد له اعتباره:

- الانقلاب العاطفي: حبه إلى أهله يتحول إلى كراهية والاحترام يتحول إلى احتقار وهذه الآلية تزيد من القلق.

- الدفاع عن الذات عن طريق الإزاحة الليبيدية على موضوعات جديدة من خلال علاقات عاطفية رمزية، حيث يعلق الليبيدو إما ببدائل عن الأهل كأساتذة، أصدقاء ورجال دين أو تعليقه بالمثل كمثل الأنا أو التعلق بالقائد أو الأبطال، لكن هذا الهروب العاطفي قد يصاحبه أحيانا هروب حقيقي أو هروب رمزي.

- الدفاع عن الذات عندما لا يجد الليبيدو موضوعا خاصا نتيجة الإحباط والقلق نحو الذات فيصبح الأنا هو موضوع الحب وهذا ما يعرف بنرجسية المراهقة.
- الدفاع عن الذات عن طريق النكوص: التي تألف نوعا من الهروب أمام المآزم والمخاطر فيجد المراهق نفسه يعود إلى السلوكات الطفولية أي راحة وسعادة لكن تكون لفترة قصيرة لأنها تتناوب مع القلق والانزهاج الانفعالي والتفكك والشعور بفقدان الأنا أو فقدان الهوية الذاتية، فتتكون آليات دفاعية ضد هذا القلق وهي آليات الثورة التي تمكن المراهق من رد اعتباره (سليم، 2002، ص381).

2-الاتجاه المعرفي:

بين (بياجيه) أن الطاقات الذهنية منذ الولادة تخضع لتغيرات مستمرة، وأن النمو المعرفي نتاج المؤثرات البيئية ونضج الدماغ والجهاز العصبي معا، وقد استخدم 5 مصطلحات لوصف آلية النمو:

- السمة: وتمثل الأنماط الأولية للتفكير والبنى التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع ما يحدث في البيئة.
- التكيف: ويتضمن التكيف مع المعلومات الجديدة والمكتسبة التي تزيد من فهم الشخص للعالم المحيط به.

- الاستيعاب: يعني دمج المعلومات الجديدة المكتسبة بالمعلومات الموجودة مسبقاً من أجل الاستجابة لمثير جديد في البيئة.
- الموائمة: تتضمن التكيف مع المعلومات الجديدة من خلال ايجاد سمة جديدة تحل محل السمة القديمة.
- التوازن: ويتضمن تحقيق التوازن بين الاستيعاب والموائمة، ويعني الإحساس بالراحة، وينشأ عدم التوازن عندما يوجد تنافر وعدم انسجام بين الواقع وإدراك الفرد له فالرغبة في التوازن هي الدافع الذي يضغط على الأطفال للمرور بالمراحل المعرفية النمائية، وقد وضع (بياجيه) 4 مراحل عامة للنمو المعرفي وهي:
- المرحلة الحس الحركية: وهنا يتعلم الأطفال التآزر بين الأفعال الجسدية الحركية والخبرات الحسية لديهم حيث ترتبط حواس اللمس والسمع والبصر والتذوق والشم أي أن هناك ترابط وتوازن بين الاحساس والحركة.
- مرحلة ما قبل العمليات: هنا يكتسب الطفل اللغة ويتعلم استخدام الرموز ويستطيع التعامل مع الرموز بلا منطق ويقصد بمصطلح ما قبل العمليات أن الأطفال لم يطوروا بعد العمليات العقلية وإنما هي في طور النمو.
- مرحلة العمليات المادية: هنا يستطيع الطفل القيام بعمليات عقلية لمعالجة الموضوعات التي تعترضه حيث يستطيع جمع الأشياء إلى بعضها البعض أو طرحها أو ترتيبها أو

عكسها، وتظهر في هذه المرحلة (الاحتفاظ) أي إدراك أن المادة تبقى محافظة على كميتها على الرغم من التغيرات التي تحدث لها.

- **مرحلة العمليات الشكلية:** ينتقل المراهق في هذه المرحلة إلى ما بعد الماديات والخبرة الفعلية ويبدأ بالتفكير بالمصطلحات المنطقية والمجردة، فهو قادر على التأهل الذهني ويستطيع استخدام المنطق الافتراضي المنظم في حل المشكلات والتوصل إلى استنتاجات، كما يستطيع استخدام الرموز الجبري بالإضافة إلى ذلك يتمكنون من بناء التفكير المجرد ويتخيلون أنفسهم في المستقبل والتخطيط لذلك (شريم، 2008، ص53).

ويرى (بياجيه) هناك 8 أنواع من النمو نتيجة لعملية تفكير المراهق:

- **الربط بين المتغيرات:** يتضمن هذا المفهوم عملية منظمة عامة بحيث يمكن استعماله في توليد المفاهيم في كل الأزواج لكل اندماج حاصل مثل دمج الألوان والتغير والتنوع في الانتظام أو تجميع النوعيات أو المشاريع.

- **التناسب:** وهو القدرة على التعامل مع المساواة بين اثنين من العناصر مثل ادارة تجربة متوازنة أو حل المعادلة.

- **التناسق:** يكون بين نظامين.

- **التعادل الآلي:** وهو مبدأ المساواة للفعل ورد الفعل، وهو مفهوم متعلق تماما بالتناسب.

- **الاحتمالية والترابط.**

- **التعويض المضاعف:** وهو نوع معقد من الحفظ يتضمن ثلاث أبعاد.

- أشكال متقدمة من الحفظ: ولهذا التجريد مثل الخمول والقوة والدافعية والطاقة، مفاهيم تصل إلى ما خلف الملاحظات التجريبية (معاليقي، 2004، ص 211).

خلاصة

من خلال هذا الفصل نستنتج أن الفرد يمر بمراحل تطويرية يميزه فيها النمو الذي يؤهله إلى مرحلة أكثر نضجا، فمن الطفولة إلى المراهقة يفصل بينهما البلوغ لتأهيله لعالم الرشد، في حين أنه في المراهقة لا زال في حاجة ماسة إلى الأمن والحنان والاهتمام الذي توليه له الأسرة خاصة الأبوين، وفي نفس الوقت يسعى جاهدا إلى إثبات أنه ليس طفلا بل أصبح راشدا يعتمد على نفسه محاولا تحقيق استقلاليته، هاتين الرغبتين المتضادتين يخلقان جوا متأزما يعيشه المراهق في صراع مدعم بعوامل داخلية وخارجية.

الفصل الرابع: الإصابة بالحروق

تمهيد

.I تعريف الجلد ووظائفه

.II تعريف الحروق

.III أسباب الإصابة بالحروق

.IV مستويات الحروق

.V الآثار النفسية

.VI العلاج

خلاصة

تمهيد :

الحروق هي من أكثر الإصابات شيوعاً والتي قد تسببها العديد من المخاطر في الحياة اليومية. وهي عبارة عن تلف للطبقات العميقة من الجلد والأنسجة الحية نتيجة التعرض لحرارة مفرطة أو مواد كيميائية أو إشعاعات.

وبشكل عام، كلما زادت درجة الحرق كلما كان الضرر أكبر للأنسجة وكانت الحالة أكثر خطورة. هذا ما سنتطرق اليه في هذا الفصل لتوضيح أكثر تفاصيل الإصابة بالحروق.

1. تعريف الجلد:

يمثل الجلد جزء حيوي له دور مهم للحياة والصحة، إذ يمنع دخول البكتيريا والطفيليات الضارة وذلك لطبيعة سطحه الحمضي، يشغل سطح الجلد مساحة قدرها 1.5 م تقريباً ويبلغ وزنه 300 كلغ، أي ما يعادل 15-18% من وزن البدن فمثلاً شخص وزنه 70 كلغ وطوله 170 سم تكون مساحة جسمه 120 سم وبالتالي فالجد هو الأكثر اتساعاً في العضوية والأكثر ثقلاً.

كما يعرف الجلد على أنه ذلك الغلاف الخارجي لجسم الإنسان وهو العضو الأكثر أهمية في الجسد، فهو يحمينا من مخاطر العالم الخارجي عن طريق مناعته الفعالية فحسب 'paul' الجلد هو عاكس ومرآة للصحة".

ويعرف أيضا على أنه أول عضو ينمو ويتطور في الجنين، فالجنين يتكون نتيجة التقاء الحيوان المنوي بالبويضة في الأسبوع الثالث من تكوين الجنين يبدأ الجلد في التكوين ويكون في هذا الوقت مكونا من طبقة واحدة مع استمرار الحمل تزيد هذه الطبقة باستمرار.

وظائف الجلد:

يقوم الجلد بوظائف هامة في جسم الإنسان، بحيث يتصل الجلد بجسم الإنسان بواسطة الجملة العصبية والدورة الدموية والغدد الصماء، وله أيضا دور في عمليات الأيض البروتيني والدهني، وكذا الكربوهيدراتي والمائي والمعدني، إضافة إلى إبدال بعض الفيتامينات و هذه الوظائف تتمثل في مايلي:

1- حماية الجسم:

يحمي الجلد جسم الإنسان من التأثيرات الخارجية الضارة ووجود الطبقة المقترنة المتينة والألياف القوية المرنة للنسيج الخلالي الدهني تحت الجلد ، يساهم في حماية الجسم من المؤثرات الضغط والاحتكاك والغطاء المائي الدهني للجلد ذو تفاعل حمضي، حيث يمنع دخول الميكروبات إلى الجسم ويضعف تأثيرات المواد الكيميائية أو ما يعادلها وتتمتع عصارات الغدد الدهنية والعرقية بتأثير قاتل للجراثيم يساعد في انسلاخ الصفوف العليا للخلايا المقترنة باستمرار على حفظ خواص معمقة للجلد وصبغ الميلانين الذي يتشكل في البشرة ويحمي الطبقة الحبيبية من تأثيرات أشعة الشمس والعوامل المشعة الأخرى، فالجلد إذن هو حامي وواق لجسم الإنسان بفضل المقاومة و الخواص المناعية التي يتمتع بها.

II. تعريف الحروق:

4-1- لغة: اشتقت كلمة الحروق من فعل احترق احترقا بمعنى خرب مثل خرب بنار

أي تخريب أنسجة الجلد.

4-2- إصطلاحا: فإن الحروق هي تخريب لأغشية وأحيانا الأنسجة التحتية تحت تأثير

عامل حراري (الشعولات الجامدة والغازية والكيميائية والكهربائية أو تحت تأثير الإشاعات).

تعرف أيضا بأنها آفة موضعية تخرب جزء مختلف الاتساع من الغطاء الجلدي والنسيج

الذي تحته، وتحدث الحروق عند التعرض المباشر لمصدر حراري أو كهربائي أو إشعاعي أو

مادة كيميائية.

III. أسباب الإصابة بالحروق:

هناك عدة أسباب تؤدي لإصابة الفرد بالحروق، ولكل نوع آلية معينة يحدث بها ولكل

سبب من الأسباب التالية آثار ونتائج على مستوى الجسد.

1- الحروق الكهربائية: تعرف الحروق الكهربائية بأنها تلك الحروق الناتجة من الصعقات

الكهربائية وذلك من خلال مرور التيار الكهربائي على جسم الإنسان.

2- الحروق الحرارية: هي أكثر أسباب الحروق انتشارا، تحدث نتيجة الاتصال بأي

جسم يكون مصدرا للحرارة من بين هذه المصادر نجد:

-السوائل : المغلية أو شديدة الحرارة سواء أكانت على شكل سائل مشتعل بترول،

بنزين، كحول أو سائل ساخن (ماء،زيت).

-البخار : بخار جد ساخن يكون سبب في الحروق السطحية

-المواد الصلبة الساخنة : تتمثل في أي مادة صلبة ساخنة، خاصة المعادن

الساخنة، وتتمركز الحروق هنا في منطقة الإتصال.

IV. مستويات الحروق:

تختلف أنواع الحروق حسب الدرجة التي يسببها الحرق، مما يؤدي إلى اختلاف الأعراض

كما هو موضح في الدرجات الثلاثة التالية:

1- حروق من الدرجة الأولى: أقلها ضرار تكون بسبب الماء الحار، تعرض لأشعة

الشمس الحارقة، تتميز بالاحمرار، والألم الشديد.

2- حروق من الدرجة الثانية: يمتد تأثير الحرارة هنا إلى الجزء العلوي من طبقة الأدمة،

مما يسبب احتراق طبقتي البشرة و جزء الأدمة، تتميز هذه الحروق بانفصال الطبقة القرنية

للجلد و التي تكون مليئة بمصالة إضافة لوجود فقاعات (phlyctènes) أو انتقاقات مملوءة

بسائل فاتح كبيرة الحجم ومتعددة يكون الألم هنا أكثر حدة، والأدمة عارية، إذا كانت الطبقة

القاعدية مصابة يكون هناك تجديد تلقائي.

3-حروق من الدرجة الثالثة : يصيب هذا النوع كامل البشرة، حيث يشعر الفرد بتخدير، حيث يصبح الجلد أسود، ابيض، عاجي (بسبب انحلال الدم) يعتمد لون المصاب بالحروق على العامل المسبب، في مثل هذه الحالات يعتبر الشفاء دون اللجوء إلى العلاج أمر مستحيل لهذا يجب اللجوء إلى عمليات و التكفل بالمصاب في البيئة المخصصة.

V. الآثار النفسية:

الحروق صدمة نفسية وجسدية معتبرة، تحمل مظاهر مختلفة من الاضطرابات والانفعالات النفسية منها:

• معاش الألم:

بما أن الجسم حيوي مركزي إجتماعي جمالي يحقق رغبة عضوية ونفسية، لأغرض آلية أو عاطفية، فإن أي تغير يمس العضوية يحدث تحويل أو اضطرابا لبيديا نرجسيا، بالتالي فإن الألم يمثل المعاش الجسدي للنرجسية، ويستطيع المراهق المشوه نيسان ألمه لأنه يعاني من مرارة الألم واستمراره، ومن هنا يفهم أن الألم أنه إحساس عضوي ذو طابع نفسي يحمل دلالات انفعالية، ويكون الألم عادة مصاحب لخرج نرجسي عميق يمثل ضياع موضوع الحب وهو الجسد.

• الإحساس بالعار (la hante) :

ينتج الشعور بالخجل وعدم الثقة بالنفس ورفض الذات وانخفاض قيمة جسمه المرفوض , كما يشعر بانتباه موجه إليه بواسطة نظرات و ابتسامات الآخرين مما يجعله يخجل ويتمنى إخفاء جسده الآخر.

• **الخوف:**

المراهق يشعر بصفة دائمة بوجود تغير سلبي من شأنه تغير مسار حياته، كما يعتبر الخوف من أعراض التوتر الانفعالي الذي يمنعه من العيش في الحاضر والتفكير في المستقبل.

• **الشعور بالنقص:**

يحس المراهق الذي تشوه أنه أقل شأن داخليا وخارجيا، ويعتبر نفسه أنه ليس مثل الآخرين، هذا يؤدي إلى نمو الشعور بالنقص والدونية لأننا في مجتمع يعطي قيمة للقوة والجمال الجسمي.

• **عدم تقدير الذات:**

إي تشوه في الجسد يجعل المراهق يفقد الصورة الإيجابية التي يحملها عن ذاته مما ينعكس سلبا على تقدير ذاته مع العلم أنه كلما كانت الخاصية الجسمانية له مرفوضة من طرف المجتمع كلما رفض ذاته، غالبا ما يتزامن مع ظهور نظرة تحقيرية للذات بالتالي ميلها للانطواء وابتعادها عن الاتصال الاجتماعي وتصبح لها صعوبة علائقية.

• **الجرح النرجسي:**

إن التغير الذي يحدث على مستوى صورة الجسم يؤدي إلى عدم تقبل الذات وعدم الرضى عنه، مما يتسبب في جرح نرجسي يجعله دائم الرفض لصورة جسمه المشوه، فلنا يعطي أي أهمية أو قيمة لذاته، فالجرح النرجسي حسب "virel" هو ضربة محمولة لتقدير الذات. أما "groot" فيرى بأن الجرح النرجسي ينتج الإحساس بعدم القوة.

كما أن هذا الرفض يؤدي بالإنسان إلى الشعور بالنقص في الوقت الذي أصبحت فيه الحياة معقدة، تتطلب من أي واحد منا أن يواكب مجراها ويخلق نظاما يعيش به فيها، لكن فينا من يتمكن من ذلك وفينا من يفشل.

VI. العلاج:

حسب المساحة والعمق:

يتم علاج الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية السطحية التي لا تتجاوز مساحتها 15-20% من مساحة الجلد الكامل عادة خارج المستشفى، فبعد غسل الجرح يوضع كريم مطهر سالفاديازين (Flamazine) ويغطى بضمادات وبرباط يغير على الحروق يوميا حتى الشفاء. وقد يلجأ الطبيب في هذه الحالة إلى افراغ بعض الفقاعات الكبيرة من دون نزع غلافها قبل تضميد الحرق في حالة حروق محيطية بالعنق الوجه أو الأطراف يجب إضافة الكورتيكويدات ومضادات الإنتفاخ (Dazine) لمدة اسبوع على الأقل إذا لم تكن هناك دواعي لعدم الاستعمال. كما يجب إعطاء المريض مسكن للألم مثل الباراسيتامول أو الكودايين

أو في بعض الأحيان المورفين ويجب تجنب وصف مضاد الإلتهابات لأنها تقوم بتعطيل إلتئام الحروب.

في حالة حروق عند المرأة الحامل أو المرضعة أو عند الرضيع أو حروق بالوجه يمكن استعمال ضمادات بميبو (Mebo) بدل سالفاديازين. كما يستحسن استعمال ضمادات ماصة للإفرازات مثل urgoclean أو urgosorb.

بعد إلتئام الحروق على المدى المتوسط يتم وصف بعض مضادات الهستامين (Eurax) في حالة وجود اعراض الحكة كما يمكن وصف كريم مرطب في حالة جفاف جلدي.

أما إذا تعدت الحروق من الدرجة الثانية السطحية الـ 10% الى 20% عند الصغار أو الـ 5 الى 10 عند الصغار من الدرجة الثانية العميقة أو الدرجة الثالثة فيتم العلاج في المستشفى وفي الحالات القصوى في مركز خاص بالحروق.

وهنا يتم العلاج على مستويين: مستوى الجلد بالضمادات والكريمات السالفة الذكر والمستوى العام بالسوائل والمضادات الحيوية والمسكنات وحتى بالمساعد الآلي للتنفس في الحالات القصوى. وهنا تأتي خطورة الحرق العميق والممتد على مساحة كبيرة لأنه يفقد المريض كثيرا من السوائل والمواد العضوية والأملاح ويصبح الجسم مكشوبا لكل أنواع الميكروبات التي كات يصدها الجلد السليم.

الحروق من الدرجة الثانية العميقة تلتئم وحدها بعد علاج قد يستمر أياما. وقد يساعد الطبيب المختص في علاج الحروق في التئام الحروق بالقشط أو بزرع الجلد في بعض المناطق (débridement chirurgical) الجراحي ذات الإصابة الأكثر عمقا.

أما في الدرجة الثالثة، وبما أنه لم تتبق أي سماكة من الجلد السليم. فإن الحروق لن تلتئم إلا بعملية جراحية لزرع الجلد المستأصل من أماكن غير محروقة بعد التحضير له بالعلاج بالكريمات وباستئصال الجلد الميت والمحروق جراحيا. وتكون النتيجة دائما جلدا مشوهتجميل اثار الحروق على المدى البعيد:

ان لتطور جراحة الحروق أثر بارز في معالجة التشوهات فمثلا وجود الموسعات الجلدية (expanseurs tissulaires) التي تقوم بتوسيع الجلد الطبيعي المجاور للمنطقة المحروقة بأحجام وأشكال مختلفة عن طريقها نستطيع تغطية مساحة محروقة واسعة بجلد طبيعي وكذلك الترقيع الجلدي (Grefe cutanée) له دور كبير في تغطية مساحات محروقة واسعة.

حقن الكورتيكويد المتأخر corticoïde retard بالندبات المتضخمة وكذلك استعمال بعض الكريمات (cicatrices hypertrophiques) والانسجة الصناعية الضاغطة للحروق (plaques siliconées) له دور لا يستهان به في تقليل اثار الحروق في مناطق الجسم المختلفة بسماكته ولونه حتى لو تم الزرع بطريقة ناجحة.

خلاصة :

تعتبر الحروق من أصعب الحوادث التي من المحتمل أن يتعرض لها الإنسان في حياته، وترجع صعوبتها إلى الآلام الجسمية الرهيبة الناجمة عنها والتي تم تناوله في الفصل المتعلق بالحروق من خلال التعرف على الجلد واصاباته، ولا يمكن أن نتجاهل الألم النفسي الذي يختلف كثيرا عن الألم الجسدي والذي قد يفوقه من حيث المعاناة حيث يكون كانعكاس سواء لصدمة الحادث أو للتشوهات التي تركها .

الفصل الخامس: الجانب التطبيقي

١. منهجية البحث
٢. أدواته وإجراءاته
٣. مكان إجراء الدراسة الميدانية
٤. الحدود الزمنية للدراسة
٧. مواصفات الحالات الدروسة

1. منهجية البحث:

إن كلمة منهج يمكن إرجاعها إلى طريقة تصور وتنظيم البحث. ينص إذن المنهج على كيفية تصور وتخطيط العمل حول موضوع دراسة ما. (انجرس, 2004, ص 99) فالمقصود بمنهجية البحث هي الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة موضوع ما من حيث تفسيرها ووصفها والتحكم فيها والتنبؤ لها، كما يستخدم فيها الباحث أدوات ومعدات مختلفة، اذن هي الأساليب التي يستخدمها الباحثون للإجابة على الأسئلة التي تطرحها موضوعاتهم، بينما تختلف طرق البحث المستخدمة في علم النفس باختلاف الموضوعات، وللإجابة على أسئلتنا واستكشاف العلاقة إذا وجدت بين متغيرات دراستنا اعتمدنا على:

1/ المنهج العيادي:

هو أسلوب يعتمد على وصف التفاعل بين المتغيرات النفسية والاجتماعية دون التركيز على أيها يؤثر على الآخر، بل يركز على الشبه والاختلاف في الكم فقط. فالمشاعر والانفعالات تبقى ثابتة، والاختلاف يكمن في درجة التأثير فقط.

تعتمد الرؤية السيكودينامية على فهم الحالة النفسية المتحركة والحالة المستمرة، مع التركيز على مفهوم الصراع والتفاعل والاصطدام بالواقع. وبالتالي، فإن دراسة الشخص تشمل جميع جوانب حياته، ويتم تحليلها بشكل عميق في سياق المجتمع الذي يعيش فيه اعتمادا على المنهج العيادي.

كما إن الحالة النفسية للفرد ليست منفصلة عن بيئته ومجتمعه، بل هي جزء لا يتجزأ من السياق الاجتماعي والثقافي الذي ينتمي إليه. (النجار.2008.ص16)

فنستخلص ان المنهج الاكلينيكي مجموعة الخطوات العلمية المتبعة في دراسة شخصية الفرد دراسة معمقة تتمثل في:

تحديد الأهداف العلاجية والوقائية المناسبة لكل فرد بناءً على تحليل شامل لسلوكياته وانفعالاته ودوافعه.

تطوير استراتيجيات علاجية مخصصة تستند إلى فهم عميق للصراعات النفسية والتوجهات الشخصية لكل فرد.

تقديم الدعم النفسي والعلاجي المناسب للأفراد للتغلب على الاختلالات النفسية وتحسين جودة حياتهم.

توجيه الأفراد نحو سبل الوقاية من الاختلالات النفسية من خلال تعزيز الوعي بالصحة النفسية وتعزيز القدرات التكيفية والتحكم في الضغوط النفسية.

توفير التقييم والتشخيص الدقيق للحالات النفسية من خلال جمع وتحليل شامل للمعطيات والحقائق المتعلقة بالفرد. (جبار رتيبة، 2017، ص82)

II. ادواته واجراءاته:

1/دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين الاخصائي النفسي على تشخيص وفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة (متولي,2016، ص23) حيث انها تتمثل في تقريراً شاملاً يحتوي على معلومات وحقائق تحليلية وتشخيصية عن حالة الفرد سواء كانت شخصية، أسرية، اجتماعية، مهنية أو صحية. وتهدف دراسة الحالة إلى فهم عميق للظروف والمشكلات التي يواجهها الفرد، وتحديد العوامل المؤثرة في وضعه الشخصي والتوصيات الضرورية لمساعدته على تحقيق أهدافه.

كما يتضمن التقرير الناتج عن دراسة الحالة التأويلات والتفسيرات التي تم اشتقاقها من الجلسات. بالإضافة إلى ذلك تُعتبر دراسة الحالة استراتيجية بحثية تشمل التصميم وأساليب جمع البيانات، ومداخل نوعية لتحليل هذه البيانات بشكل شامل. ومن اللازم أيضاً التأكيد على أن دراسة الحالة ليست مجرد خيار منهجي، بل هي أسلوب يركز على فهم عميق للحالة المدروسة وتحليلها. وتستخدم في مجالات عدة مثل علم النفس، والاجتماع، والتربية، فتُعتبر أداة قيمة لفهم الظواهر الإنسانية والاجتماعية بشكل أفضل. (متولي,2016، ص21)

تعد طريقة دراسات الحالات أساسية في الممارسة النفسية التحليلية لفرويد، حيث تستخدم لتوضيح وإثبات والتحقق من النظرية الفرويدية، بالإضافة إلى إنتاج معارف جديدة. يتميز

استخدام فرويد لطريقة دراسات الحالات بالتركيز على تاريخ المريض، والنقل، والمضادة للنقل، والكلمات المستخدمة بدلاً من الحقائق الواقعية، مما يساهم في إثراء معرفة الممارسين. وتخدم دراسات الحالات أهدافاً مختلفة عند فرويد، بما في ذلك الأهداف التعليمية، والاستقرائية، والجدلية. (PEDINIELLI.FERNANDEZ,2020.p51)

2/المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من أهم الأدوات التي يستخدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في عمله، حيث تمثل محوراً أساسياً في عملية تقديم الرعاية النفسية للأفراد. فهي تشكل محادثة مباشرة بين الفرد والأخصائي النفسي، بهدف فهم المشكلات التي يواجهها الفرد والعمل على حلها وتحقيق توافقه.

كما انها أداة ملاحظة للحكم على شخصية الفرد، وتساعد في فهم نتائج الاختبارات النفسية المختلفة التي يتم إجراؤها. كما أنها تساهم في عملية التشخيص والعلاج في مجال النفسي العيادي. وتعتبر اذن فرصة للأخصائي النفسي لدراسة الحالة بشكل متكامل من خلال المحادثة المباشرة مع الفرد، مما يساعد في فهم أعمق للمشكلة والتأكد من صحة الانطباعات والفرضيات التي قد يكون قد وصل إليها من خلال أدوات التشخيص الأخرى. (مقراني.جابر,2022، ص58)

فاستخدمنا المقابلة العيادية نصف الموجهة في بحثنا لاعتبارها الأكثر تلاؤماً مع موضوع الدراسة، حيث يتمثل هذا النوع من المقابلات في تحضير دليل مسبق حول ما يريد الباحث التوصل اليه ويترك للمفحوص نوع من الحرية في الإجابة على الأسئلة.

3/ الملاحظة العيادية:

تعد الملاحظة وسيلة من وسائل جمع المعلومات المختلفة وكان الهدف من استخدامها هو ملاحظة سلوك الحالة، وتعابير وجهه أثناء المقابلة، ملاحظة مدى تفاعله مع أسئلة الباحث. (بلخير.المداح,2023، ص251)

تحاول الملاحظة العيادية او ما تسمى بالسريرية التحرر من أي افتراض نظري في لحظة الملاحظة. بالنسبة لبيدينيلي والشاهراوي وبينوني، تتكون الملاحظة السريرية من تحديد الظواهر السلوكية والفكرية واللغوية والعاطفية والمعرفية المهمة من أجل إعطائها معنى من خلال وضعها في ديناميكيات وتاريخ موضوع ما وفي سياق الملاحظة وفي الحركة الذاتية المتبادلة. يتعلق مجال الملاحظة السريرية بجميع السلوكيات والتفاعلات اللفظية وغير اللفظية، في إشارة إلى الذاتية. حيث يتم التركيز على تفرد الشخص وتحليل تأثير المراقب على ملاحظته لسلوكيات هي نتائج دالة للفرد، فهي تعبر عن حياته النفسية كما يراها ويسمعها الفاحص. ومع ذلك فإن الإشارة إلى الذاتية وإلى العلاقة بين الراصد والمرصود'الفاحص والمفحوص' تدعو إلى التشكيك في التعارض الصارم بين الذات المدركة والموضوع المدرك.

(PEDINIELLI.FERNANDEZ,2020.p11)

III. مقياس " بيك " 1994:

تعريف المقياس:

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس درجة الاكتئاب لدى الأفراد ابتداءً من سن 16 سنة وقد وضع هذا المقياس من طرف آرون بيك.

مكوناته:

يتكون هذا المقياس من 21 بنداً وكل بند يتكون من 4 عبارات منقطة من (0) إلى (3) وهي متدرجة تعكس شدة الأعراض الاكتئابية، باستثناء البند السادس عشر (16) المتعلق بعادات النوم، والبند الثامن عشر (18) المتعلق بعادات الشهية اللذان يحتويان على 7 احتمالات للإجابة (0.1a.1b.2a.2b.3a.3b) وهذا بهدف حصر وتقييم التغير الذي يطرأ على هذين البندين سواء بالارتفاع أو الانخفاض.

تطبيقه:

يطبق مقياس " بيك " للاكتئاب للأفراد انطلاقاً من سن 16 سنة وهو اختبار سهل التطبيق خصوصاً بوجود الظروف الحسنة لإجرائه كالمكان الهادئ الجيد الإضاءة وضرورة وجود المفحوص في حالة نفسية هادئة ليتمكن من فهم بنود المقياس كلها.

وإذا كان المفحوص يعاني من صعوبات في القراءة أو صعوبات في التركيز يمكن للمختص الإكلينيكي أن يقرأها بصوت عال، أما وقت إجراء المقياس فيمكن أن يستغرق من 5 إلى 10 دقائق ويمكن لهذه المدة أن تزيد لدى الحالات التي تعاني من اكتئاب شديد.

تصحيحه:

يتم الحصول على نقطة نهائية لمقياس الاكتئاب بجمع نقاط البنود الواحدة والعشرين 21 وإذا قدم الفرد عدة إجابات لبند واحد يجب اختيار الرقم الأعلى، وأعلى نقطة معيارية تتمثل في 63 درجة.

تفسيره:

يعمل المقياس على تفسير العلامات أو الدرجات المتحصل عليها وذلك بجمع درجات البنود حسب ترتيب محدد يتم من خلاله تحديد نوع الاكتئاب كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يمثل درجات الاكتئاب :

مستويات الاكتئاب	الدرجة الكلية
اكتئاب أدنى	من 0 إلى 10
اكتئاب خفيف	من 12 إلى 19
اكتئاب متوسط	من 20 إلى 27
اكتئاب شديد	من 28 إلى 63

صدق الاختبار :

قام "بيك" بتقدير صدق الاختبار باستخدام عينة تتكون من (26) مفحوص قاموا باختبار

(B.D.I.II) مرتين بفارق زمني قدر بأسبوع و تحصل على النتائج التي يظهرها الجدول

رقم(02) الخاص بصدق المقياس.

جدول رقم (02): يمثل صدق مقياس "بيك":

التقييم الثاني			التقييم الأول		
معامل الصدق	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.93	10.30	19.42	14.46	20.27	مجموعة علامات الاختبار

ثبات الاختبار:

قام "بيك" بتقدير ثبات الاختبار باستخدام عينة تتكون من (191) فرد بفضل تقييم أولي بواسطة (B.D.I.II) و قدر المتوسط الحسابي (18.82) و الانحراف المعياري ب(11.82) فيما يخص (B.D.I.I.A) ، ومتوسط الانحراف المعياري على التوالي بالنسبة ، (B.D.I.II) أما متوسط (B.D.I.II) قدر ب : 2.96 أي أنه أكثر ثباتا.

(درابين, 2012, ص98)

5/ اختبار فحص الهيئة العقلية:

لقد وضع هذا الاختبار من طرف (الدكتور نصره قويدر رحمه الله)، حيث يرتكز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها والحركية بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية ويحتوي على :

-الاستعداد والسلوك العام .

-النشاط الفكري .

-المزاج والعاطفة .

-محتوى التفكير .

-القدرة العقلية .

- الحكم والاستبصار .

IV. مكان اجراء الدراسة الميدانية:

بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الحروق "الدكتور وهراني مصطفى" بولاية وهران

, في الجناح رقم 03 الذي يضم فئة المراهقين و البالغين .

.V الحدود الزمنية للدراسة:

من 2024/03/04 الى 2024/05/04.

.VI مواصفات الحالات المدروسة:

شملت دراستنا العيادية حالتين من كلا الجنسين (انثى-ذكر) من فئة المراهقة تتراوح اعمارهما (17-21)، متواجدين بمستشفى الحروق في وهران في الجناح رقم 03. كلتا الحالتين أصيبت بحروق جسدية بليغة بسبب انفجار الغاز.

VII. عرض الحالات العيادية:

الحالة الأولى:

البيانات الشخصية:

الاسم: فاطمة الزهراء.

العمر: 21 سنة.

المستوى التعليمي: متوقفة في الأولى متوسط.

الحالة الاجتماعية: متزوجة وام لطفلة نو 3 أشهر.

التاريخ الطبي: لم تعاني أي امراض.

المناطق المتضررة بالحروق: الوجه والجزء العلوي من الجسم.

المادة المسببة للحروق: انفجار الغاز في المنزل.

فحص الهيئة العقلية للحالة الأولى:

المظهر: حسنة الاهتمام بنفسها وبهندامها.

الاتصال واللغة: كلام بطيء نوعا ما ولغة مفهومة بنبرة هادئة.

النشاط الحركي: ليس لها صعوبة في الحركة رغم اصابتها 'مع تحريك يديها بشكل لافت

اثناء الكلام'.

التواصل البصري: جيد.

المزاج: لدى الحالة مزاج متقلب خلال الحصص العيادية قلق ,تقبل , فرح و حزن شديد'.

الوعي بالزمان والمكان: مدركة تماما.

الذاكرة والانتباه: ذاكرة جيدة وتركيز جيد.

الحكم والاستبصار: مدركة تماما بالحدث المصابة به ومتقبلة للحروق التي تعرضت لها.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:

تبلغ فاطمة الزهراء من العمر 21 سنة متزوجة منذ سنتين وام لطفله ذات ثلاث أشهر

من العمر .تحتل المرتبة الأخيرة من بين اخوتها 'ليست لهم علاقة وطيدة مع بعض' فهم اخوة

من الاب وهي الوحيدة عند والديها ذكرت انها نشأت في جو مليء بالحب والحنان بين امها

وابيها ,وخاصه تميزت علاقتها مع امها بالعطف والصدق 'ماما هي كل شيء صحبتي اختي

من صغري مريبتني هكا'.

ليس لها اي علاقات صداقة لا في مرحلة طفولتها ولا مراهقتها حاليا فأما اخذت هذا

الدور إذ هي الموجهة والمساندة لها في كل المجالات 'ماما علمتني اي حاجة تصرا نقولهاها

وما نكذبش عليها مهما يكون، مصاحبتها هي من اللي كنت صغيرة وتفيق لي كون نبغي

نكذب سما مندرس عليها والو وهي تعاوني دايمن' مع ابتسامة والعفوية اثناء الحديث عن والدتها

وهذا يعني ان لديها تصورات ايجابية عن الام.

اما في المرحلة الراهنة من حياتها بالنسبة لعلاقتها مع زوجها فهي شبه مضطربة وفي حين ابدت الحالة ميكانيزمات دفاعية متمثلة في التجنب والاختفاء اثناء حديثها عن علاقتها الزوجية في بعض المرات، افصحته انه رغم علاقتها العاطفية الحسنة لكن عند حدوث اي شجار بينهما فانه يترك البيت لأكثر من اسبوع بدون اي اتصال او خبر منه وظهرت عليها ملامح الحزن والغضب وابدت رغبتها في التنفيس عن صراعاتها الزوجية وعائلة الزوج والعديد من التفاصيل العائلية التي يلومها ويهينها عليها. كما لا يخفى عنا التناقض الذي ابدته في تعبيرها 'زعا كي يروح يحسبني نعيطلو'. 'انا قع ماعلا باليش بيه والفتو يروح، كيفاه تجيه يروح ويخليني وما يحوس عليا' وهذا ما ادى الى زعزعة تقديرها بذاتها.

اما في وصف حدث اصابها بالحروق الذي كان بخطأ غير متعمد منها تسببت في انفجار غاز البيت مما أشعل النار في جسمها خاصة منه الجزء العلوي والوجه، فنكرت انه حينها ظلت واقفه تصرخ في مكانها لدهشتها " موقف صدمة " حتى جاء زوجها وقام بتغطيتها بمعطفه وذهبها فورا للمستشفى.

اضافة لذلك تجسدت ملامح الارتياح في سردها لنا عن مدى تحسن التشوهات الجسدية الخاصة بها منذ قدومها للمشفى (مدة شهر) ودعم عائلتها لها معنويا وهذا سند نفسي كحاجز للمقاومة. صرحت انها ارادت القيام مستقبلا بعملية تجميل لكنها سرعان ما غيرت رأيها بعد كلام زوجها 'ياك انا غادي نشوفك وراني قابلك كيما تكوني ما تبدليش روحك'. وحسب ما

ذكرته لنا فهي تعاني اضطرابات في النوم وأحيانا تحس بالنار في عينيها كأنها لحظة الحادث فتصرخ لوهلة (Flashbacks) مع قولها 'حاجة تاع ربي مقدره تصرا كيما هاك'.

اما فيما يخص التأثيرات التي خلفتها اصابة الحريق للحالة انها اصبحت أكثر انفعالا في تصرفاتها وقلقا فصارت مرتبكة حول المستقبل والحاضر 'راني نتقلق بزاف وبلخف نتتارفا ماشي كيما كنت'. و اشارت انها لا تبالي بغياب زوجها ولكن لا يجب ان يبقى الوضع نفسه بعد الولادة 'دروك رانا ببنت كي غادي يصرا' مع طأطأة راسها، وعلى الرغم من وجود زوجها بجانبها طوال فترة بقائها في المشفى ودعمه لها من جانب معين "جانب الحروق" الا انه أكبر سبب مثير للقلق ومحبط لها. يغضب منها (مشاكل خاصه بالعائلة) 'يعايرني وانا في هذه الحالة' مع تحريك يديها بشكل مبالغ. مما يجعلها تفكر مرارا وتكرارا مع نفسها عن المستقبل وماذا سيحدث بعد عودتهما للمنزل وكيف ستكون الحياة الجديدة بوجود الطفلة معهما. فصرحت الحالة عن شعورها بالذنب في اختيار العديد من قرارات حياتها مما يجعلها تفكر احيانا وبشكل متكرر في الشهر الاخير ان ما يحدث لها عقاب على الاخفاق الذي توصلت اليه. وكل هذه الاعراض تدل وتوضح لنا المعاش الاكثابي والقلق الذي تعاني منه.

كما ابدت الحالة بوضوح حزنها واشتياقها لابنتها الرضيعة وامها من ناحية اخرى وكلما تحدثت عنهما امتلأت عيناها بالدموع فقد ذكرت تعلقها بوالدتها بشدة 'توحشت بنتي هذه الحاجة اللي تضرنني كي راني هنا وماما هي اللي نحكي معها دائما ملي نوض عندي غير ماما، وحتى كي نكون في داري ملي نوض وانا مع ماما في التليفون ولا'.

وأيضاً عبرت لنا فاطمة الزهراء أنها تققد اهتمامها بمعظم الأنشطة والواجبات التي لا بد عليها ان تواظب على فعلها (راني نحس روعي عيانة وكارها على مداري ماباغية ندير والو غي نريح).

وفي لحظة عفوية اثناء الحديث صرحت ايضاً انها تريد الانتحار لما تحسه من ضغط وعدم استطاعتها مجرات الامور.

تحليل وتفسير نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الاولى:

من خلال النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة الاولى (فاطمة الزهراء) فقد كانت نتيجتها بدرجة (46) وبحسب الدرجات المحصورة في المجال (28_63) في مقياس بيك فان درجة الحالة للاكتئاب شديدة وكانت نتائجها كالتالي: تكرررت اعلى درجة المتمثلة في الدرجة (3) 6 مرات في الابعاد الأتية (الانفعال، الجنس، التعب، التركيز، النوم والاكل) حيث صرحت انها تعاني من التعب النفسي والعقلي الذي يعجزها عن التفكير بشكل صحيح وأفقدتها قدرة التحكم بانفعالاتها واهتماماتها الجنسية.

فيما يخص البنود المتعلقة (بالتشاؤم، الفشل في الماضي، فقدان اللذة، الشعور بالذنب، الشعور بالعقاب شعور سلبي اتجاه الذات، الانتحار، البكاء، الاضطراب، فقدان الاهتمام والتردد) فكانت الإجابة عنهم بدرجة متوسطة المقدره ب (2) هذا دلالة على عدم استقرار نفسية وافكار الحالة بسبب الضغوطات وترى ان الموت هو حل لانتهائها.

في حين ان اقل درجة المقدرة ب(1) فتحصلنا عليها في البنود الخاصة (بالحزن، الاتجاه النقدي اتجاه النفس وإنقاص القيمة) مما يعني شعور الحالة بالاسى حول الوضعية التي تعيشها.

ملخص الحالة الاولى:

من خلال المقابلة النصف موجهة وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة الأولى إتضح انها تواجه قلق شديد وانخفاض القدرة على التفكير والتركيز والتردد خاصة حول تقديرها لذاتها ومسار مستقبلها. اضافة الى نوبة اكتئاب متميزة حسب تشخيص DSM-5 والاعراض الظاهرة عليها. كما انها تعاني من صعوبات تتمحور في تعبها الدائم جسديا ونفسيا وحالة مزاجية جد متقلبة وهي استجابة طبيعية للضغوطات التي تشهدها الحالة.

وكما ابدت لنا نتائج مقياس بيك انها تعاني من الاكتئاب شديد بدرجة (46) اضافة ان لديها أفكار انتحارية مما يترجم المعاناة النفسية للحالة.

الحالة الثانية:

البيانات الشخصية :

الاسم: عبد الرزاق

العمر: 17 سنة

المستوى التعليمي: رابعة متوسط

الحالة الاجتماعية: أعزب

التاريخ الطبي: لم يعاني من أي امراض

المناطق المتضررة بالحروق: الوجه ، البطن ، الظهر ، الأيدي ، الذراعين ، الأرجل

المادة المسببة للحروق: إنفجار الغاز في المنزل

فحص الهيئة العقلية للحالة الثانية:

المظهر: يهتم بمظهره ويظهر سلوكا منظما.

الاتصال واللغة: سلوكه في التعبير جيد ومريح. يتقطع عن الكلام بين الحين والآخر

للتفكير قبل الرد.

النشاط الحركي: لديه صعوبة في الحركة بسبب اصابته.

التواصل البصري: جيد

المزاج: لدى الحالة مزاج متقلب ما بين الهدوء والحزن والخوف ويظهر عليها علامات

القلق والاكتئاب.

الوعي بالزمان والمكان: مدرك تماما.

الوعي بالزمان والمكان: مدرك تماما.

الذاكرة والانتباه: ذاكرة جيدة وتركيز جيد.

الحكم والاستبصار: يبدو أن الحالة على وعي بمعاناته وما يشغله ويبدو قادرا على

التكيف مع المواقف والتجاوب مع الأسئلة التي وجهت إليه.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية:

الحالة البالغ من العمر 17 عشر سنة المتواجد في مؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الحروق لوهران. الذي عاش في جو عائلي طبيعي بين أفراد الأسرة المتكونة من الأب الذي كان يقدم الرعاية المادية والأم التي كانت مصدر دعمه وكانت بالنسبة له أم واخت وصديقة خلال كل فترات حياته وهو الاول في اخوتي ثم يليه أخوين كانت علاقته معهم طبيعية.

كما أشار أنه عانى في مرحلة طفولته صعوبة في التعلم حيث قال "فضل الكورة على القرية" في السنة الثانية ابتدائي أخذته والدته إلى المختص النفسي على أساس توجيه وتلقيه دروس خصوصية.

مرحلة المراهقة كانت علاقته مع الأم جد متقاربة بحيث سئلت الأم عن ذلك فقالت "هو ولدي لول نبغيه بزاف" فهو مدلل من طرف الأم واتكالي. إجتماعي مع أصدقائه ولم يكن يعاني من أي صراعات مع الأقران فقد ترك الدراسة في السنة الرابعة متوسط ثم تم فصله عن مقاعد الدراسة نظر لإعادته السنة عدة مرات ووصله سنة قانوني.

حاليا فتعرض الحالة لحادث حرق من الدرجة الثانية على مستوى (الوجه. البطن. الظهر. الأيدي ورجلين) في المنزل الذي يعيش فيه بحيث أشعلت النار على كامل جسده بسبب تسرب الغاز في المنزل وعبر عن الحادث في قوله "كنت باغي نطيب ونسيب غاز مفتوح رحنت نغسل يدي ورجعت غي شعلت بريكا لهبت قاع".

الحالة عن الصدمة الناجمة عن الحادث وتجلت في التفكير المتكرر به والحادث الصادم الذي واجهه الحالة تظهر عليها أعراض التناذر التكراري وذلك في تصريح قوله " نكون مريح حتى يخرجولي وحدهم التصاور "

الحالة لديها فترة اكتئابية متميزة متكررة مرة او مرتين في اليوم خلال الشهر وتكون مرتبطة بالحادث فقط يعاني من الشعور بالأرق وعبر عنها في تصريح قوله " ما بقيتش نرقد كيما قبل ". وكذلك فقدان الشعر والشعور بالذنب. كما صرح انه يشعر بالذنب وذلك من خلال قوله " ما كنتش نصلي عليها ربي عاقبني ". وكذلك عدم تقديره لذاته حيث قال: اصحابي ما بقاوش يسقسو عليا ولا اعيطولي كيما قبل.

تحليل وتفسير نتائج مقياس بيك للحالة الثانية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من اختبار بيك للاكتئاب المطبق على الحالة وبحسب الدرجات المحصورة في المجال (20، 27) الخاصة بالمقياس تمثل الدرجة المتوسطة كانت نتائج الحالة عبد الرزاق (27درجة) إذن يعاني من اكتئاب متوسط.

للمقياس أبعاد وبنود بدرجات مختلفة حيث تحصلت الحالة على أبعاد بأعلى درجة وتشمل (الحزن ، الشعور بالعقاب ، البكاء ، فقدان الطاقة ، الصعوبة في التركيز) بدرجة 3 ، وبدرجة متوسطة تشمل (الاضطراب ، التردد، التعديلات في عادات النوم) بدرجة 2 ، أما درجة أقل تشمل (التشاؤم ، فقدان اللذة ، فقدان الاهتمام ، إنقاص القيمة ، تعديلات في الشهية) بدرجة 1 ، بينما أدنى درجة فتشمل (فشل في الماضي ، الشعور السلبي اتجاه الذات ، اتجاه

نقدي اتجاه النفس ، أفكار أو رغبات في الإنجاز ، سرعة الانفعال ، فقدان الاهتمام بالجنس)
بدرجة 0.

ملخص الحالة الثانية:

من خلال مقابلة نصف موجهة مع الحالة عبد الرزاق، ومن خلال تطبيق مقياس بيك، اتضح أن الحالة تعاني من نوع من القلق والاكتئاب المتوسط حيث أنه متقبل حياته في المركز إلا أنه حسب النتائج المتحصل عليها فإنه يعاني من اكتئاب، واتضح أن الحالة لديه عدم الرضا عن حياته الشخصية ويلقي اللوم على نفسه لديه خوف من تدهور صحته مما سيؤثر عليه مستقبلاً. ومنه تم تشخيص ان لديه نوبة اكتئاب متميزة حسب تشخيص DSM-5 والأعراض الظاهرة عليه. حيث أن نتائج المقياس كانت بدرجة 27 درجة في مقياس بيك تساوي الإكتئاب المتوسط.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية:

مناقشة نتائج الحالة الاولى على ضوء الفرضية:

نص فرضية البحث :يعاني المراهق المصاب بحروق من الدرجة الثانية من اضطراب

اكتئابي.

اسفرت نتائج تطبيق مقياس بيك على الحالة الأولى انها تعاني من اكتئاب شديد وبحسب

نتائج دراستنا للحالة والمعلومات المتطرق اليها في الجزء النظري يؤكد وجود علاقة بين

الإصابة بالحروق لدى المراهق واصابته بالاكتئاب وسنذكر ذلك فيما يلي:

مع كل الاحداث الضاغطة التي كانت تعيشها الحالة الاولى قبل اصابتها بالحروق الا انها كانت تحت السند العائلي الذي ساعدها في البقاء متماسكة ومقاومة في موقفها اتجاه نفسها واتجاه زوجها. لكن غياب والدتها التي اعتبرتها محور الامان في فترة اصابتها بالحروق وعلاجها (فهي من تهتم بالرضيعة في ولاية اخرى) سبب لها ارهاق نفسي وجسدي بعد ان كان دور الام واهتمامها شاملا لكل جوانب حياتها وجعلها تفقد الخبرات البناء التي اكتسبتها لذاتها وانخفض تقديرها لذاتها لغياب التعزيزات الإيجابية والأمان العاطفي الذي يحتاج اليه اي مراهق.

بجانب ذلك جعلها الحادث تدخل في دوامة افكار دفعت بها من جهة الى اللامبالاة في علاقتها مع زوجها وفي نفس الوقت تفكر كيف سيكون حالهما، فنجد ان افكارها سلبية ومتضاربة وغامضة بالنسبة لها في آن واحد مما يدخلها في حالة قلق وانفعال ومزاج متشائم وهذا ما سماه بيك بالمثلث المعرفي للاكتئاب 'رؤية نمطية سلبية للبيئة للمستقبل وللذات.'

بالإضافة الى الضغوطات المكبوتة والخيبات التي تعرضت لها الحالة من ناحية الخلافات الزوجية جعلتها تنهار في هذه المرحلة الحساسة (اصابتها بالحروق). تبين ان الحالة لديها مشاعر الذنب المتمثل في مشاعر لوم الذات ونقدها، وحسب الدليل التشخيصي الخامس الشعور بالذنب يعتبر جزءا مهم من معايير تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد و بانه شعور مفرط , نظرا لغضبها من زوجها وخيبتها من معاملته معها بعد الزواج فجعلها ذلك تشعر بالشك حيال اختياراتها و لوم ذاتها. علاوة لإحباطها في عدم اشباع حاجاتها للانتماء والحنو

والحب من طرف الزوج فقد كان بالنسبة لها محور الامان الاساسي بعد الام وهذا يعبر عن افتقارها للدعم المعنوي من طرفه، فأحدث لها إستجابة لأعراض الاكتئاب في احساسها بالذنب وفقدتها الاهتمام للرغبة في استمرار العلاقة الزوجية . 'قد اتفق العديد من الباحثين في هذا السياق على أن المصابون بالحروق الذين يعانون من حالات نفسية مسبباً هم أكثر عرضة للمضاعفات طوال مرحلة التعافي، وأن المضاعفات يمكن أن تكون إما جسدية أو نفسية خاصة، ووجد الباحثون أن الإجهاد الذي يتعرض له المريض قبل الحرق بسبب تجارب الحياة السلبية يعقد عملية التعافي حيث مثل هؤلاء الأفراد لديهم عتبة أقل للإجهاد المرتبط بعلاجات الحروق، بما في ذلك الألم نظرًا لأنهم معرضون بالفعل لاختلال التوازن النفسي بسبب الضغوطات. فإنهم يفقدون بسرعة أي إحساس بالتوازن العاطفي المتاح لهم أثناء مواجهة دخولهم إلى المستشفى والرعاية الطبية ومسار التعافي'. (Victoria ,2000,p201)

(Menzies

علاوة على ذلك جعلها تدخل في صراع نفسي في محاولة ادراكها لما يحدث لها من احداث ضاغطة في فترات حياتها الأخيرة من خلافات زوجية، ولادة والاحباط لما كانت تتوقعه وما عاشته حالياً خاصة بعد الحدث الصادم الذي أضعف نفسيته (الحريق) فادى بها الى

حاله الاكتئاب الارتكاسي لكونه حدث مؤلم. وهذا ما وضعه "آقاثون AGATHON"

'بانه تحت النظريات السلوكية للاكتئاب، يُعتبر المكتئب ارتكاسياً شخص يعاني من أفكار

عجز، حيث تكون القيمة التعزيزية منخفضة وهذا مرتبط بظروف محيطية مؤلمة (مثل فقدان

شخص مقرب)، أو مرتبط بنمط سلوكي يحرم الفرد من الحصول على تعزيزات إيجابية' (الشربيني، 2010، ص 116).

وقد أصبحت شديدة البكاء نتيجة الحسرة التي تعاني منها وعدم استقرارها النفسي والعاطفي، وحسب Dsm5 البكاء ليس عرضاً محددًا بشكل منفصل ولكن يمكن أن يكون جزءاً من الأعراض العاطفية المرتبطة باضطرابات الاكتئاب الكبرى ويمكن أن يظهر البكاء كاستجابة عاطفية طبيعية للشعور باليأس وعدم القيمة. في إحدى الدراسات الهامة التي تناولت موضوع سرعة الانفعال هي دراسة نشرت في مجلة

"Journal of Psychiatric Research" تركز على العلاقة بين الاكتئاب وسرعة الانفعال. في هذه الدراسة، يناقش الباحثون كيف أن الأفراد المصابين بالاكتئاب يظهرون مستويات أعلى من سرعة الانفعال مقارنة بالأفراد غير المصابين بالاكتئاب. يتم تحليل هذه الظاهرة من خلال استبيانات ومقاييس نفسية تدرس جوانب مختلفة من الشخصية والحالة النفسية فتشير النتائج إلى أن هناك ارتباطاً قوياً بين سرعة الانفعال ومستويات الاكتئاب، حيث أن سرعة الانفعال يمكن أن تكون مؤشراً على شدة الاكتئاب. ويمكن أن تتفاقم بسبب التوترات اليومية والتفاعلات الاجتماعية. هذه السرعة في الانفعال يمكن أن تعزز مشاعر العجز واليأس، مما يزيد من شدة الاكتئاب.

(Bagby, Quilty, Ryder. (2008). P(1095–1102)

في هذا السياق يمكن القول ان الإصابة الجسدية (الحروق من الدرجة الثانية) تؤدي الى انعكاسات نفسية وعاطفية متمثلة في اضطراب اكتتابي متميز. ومنه تحققت فرضية الدراسة بالنسبة للحالة الاولى التي تنص على ان المراهق المصاب بحروق من الدرجة الثانية يعاني من الاكتئاب.

مناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية:

حسب نتائج فحص الهيئة العقلية ونتائج مقياس بيك أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط. وهذا ما لاحظناه خلال المقابلة العيادية. وحسب ما صرح به الشعور بالذنب في تصريح قوله: (كل كنتش نصلي عليها ربي عاقبني). وهذا ما يتناسب مع الدراسة السابقة تحت عنوان (مؤشرة العزة الاجتماعية لدى المراهقين المشوهين. جسديا بالحروق) سنة 2021. وأعطت أبرز النتائج ظهور الاحساس بالحرمان الشديد لدى الفئة المدروسة. يحسون بأنه لا يوجدوا أصدقاء من حولهم والآخرين لا يبالون بهم. ظهور فقدان الصحبة حيث أنهم يتعرضون لمشاعر الحزن لعدم وجود أصدقاء ويحسون بالرفض من قبل الآخرين. وبناء على ما سبق فإن الفرضية قد تحققت.

الاستنتاج العام:

يتضح من خلال التحليل الخاص لكل حالة عن طريق المقابلات العيادية نصف الموجهة وتطبيق مقياس بيك للإكتئاب بأن للحروق دور في ظهور الاستجابة الإكتئابية لدى المراهق بالرغم من اختلاف السن (17-21) ودرجة الحروق وكذلك مدة الإصابة لكل حالة .

كما يلاحظ من خلال نتائج المقياس ظهور أعراض متفاوتة الشدة والمدة نذكر أبرزها (انخفاض تقدير ذات والشعور بالذنب أفكار انتحارية , التردد , اضطرابات النوم والأكل) وهو

ما سمح لنا بإكتشاف اختلاف درجات الاكتئاب لكل حالة (27-46) وهذا ما فسره مقياس بيك بالنسبة للحالة الأولى (فاطمة كانت بدرجة 46 وهي درجة اكتئاب شديد) والحالة الثانية (عبد الرزاق بدرجة 27) وهي درجة اكتئاب متوسط.

وبما أن هدف دراستنا كان التعرف على الحالة النفسية التي تصيب المراهق المتعرض للحروق من الدرجة الثانية، فإن الحاليتين كان لديهم إستجابة إكتئابية بصورة واضحة، وتم تشخيصهما على حسب DSM5. باضطراب اكتئابي متميز، وعليه يمكن القول أن فرضية الدراسة (يعاني المراهق المصاب بالحروق من الدرجة الثانية من الاكتئاب) قد تحققت بالنسبة للحاليتين.

الخاتمة:

من خلال الدراسة الحالية التي تناولت موضوع استجابة إكتئابية لدى فئة المراهقين المتعرضين لحروق الذي تمثل هدفها في معرفة المعاش النفسي لهذه الفئة من خلال إتباع منهج العيادي بأدواته المتمثلة في المقابلة العيادية نصف موجهة وتطبيق مقياس الاكتئاب، نود أن نؤكد على أهمية الجانب النفسي وأن الاكتئاب لدى هذه الفئة ليس مجرد استجابة عابرة للألم الجسدي بل هو حالة نفسية معقدة تنشأ من تفاعل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية

في الفقرة الاخيرة نأمل أن يكون هذا البحث قد ألقى الضوء على الجوانب النفسية لدى

المراهقين المتعرضين لحروق من درجة ثانية.

صعوبات الدراسة:

-واجهنا الخروج المبكر للحالات العيادية، فما أن نبدأ المقابلة ويغادر المريض نضطر بعدها للبدء مع حالة جديدة.

-بما أن الحالات العيادية مصابين بحروق من الدرجة الثانية، فتعذر علينا تطبيق اختبار الروشاخ للإصابة البالغة للحالات، خاصة في اليدين. ومنه عدم مقدرة الحالات على التفاعل السليم مع الاختبار وأجوبته.

-نظرا للألم الشديد للمصابين بالحروق، اضطررنا في عديد من المرات الغاء المقابلات مما يعيق سير الدراسة الميدانية وضيق الوقت.

الملحق رقم 2:

مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)

التاريخ

/ العمر

الاسم

/المستوى الدراسي

الحالة العائلية

التعليمة

هذا الاستبيان يحتوي على 21 مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأ بعناية كل مجموعة على حدا ثم اختر في كل مجموعة العبارة تصف أكثر كيف شعرت طوال 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 أنها تصف أيضا نفس ما تشعر به اختر 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 عادات النوم) والمجموعة رقم 18 (التعديلات في الشهية).

<p>6-الشعور بالعقاب</p> <p>1-أنا لا أشعر بأنني معاقب</p> <p>2-أنا أشعر أنني يمكن أن أعاقب</p> <p>3-أنا أنتظر أن أعاقب</p> <p>4-أنا أشعر أنني معاقب</p> <p>7-الشعور السلبي تجاه الذات</p> <p>8-مشاعري تجاه نفسي لم تتغير</p> <p>9-أنا فقدت الثقة في نفسي</p> <p>10-أنا محب (ة) من نفسي</p> <p>11-أنا لا أحب نفسي إطلاقا</p> <p>12-اتجاه نقدي تجاه النفس</p> <p>13-أنا لا ألوم نفسي أو لا انتقد نفسي أكثر من المعتاد</p> <p>14-أنا أكثر انتقاد اتجاه نفسي مما كنت عليه من قبل</p> <p>15-أنا أعاقب نفسي على كل عيوبى.</p> <p>16-أنا أعاقب نفسي على المصائب التي تحدث</p> <p>17-أفكار أو رغبات في الانتحار</p> <p>18-أنا لا أفكر إطلاقا في الانتحار</p> <p>19-أنا أشعر أنني أفكر في الانتحار لكنني لن أفعل ذلك.</p> <p>20-أنا أريد الانتحار.</p> <p>21-أنا سأنتحر إذا سمحت لي الفرصة</p> <p>10-البكاء</p> <p>1-أنا لا أبكي أكثر من الماضي</p> <p>2-أنا أبكي أكثر من الماضي</p> <p>3-أنا أبكي لأبسط الأشياء.</p> <p>4-أنا أريد أن أبكي لكن لا أستطيع ذلك</p> <p>7-سرعة الانفعال</p> <p>1-أنا لست أكثر انفعالا من العادة</p> <p>2-أنا أكثر انفعالا من العادة</p> <p>3-أنا منفع أكثر بكثير من العادة</p>	<p>11-الحزن</p> <p>1-أنا أشعر بالحزن</p> <p>2-أنا أشعر في بعض الأحيان بالحزن</p> <p>3-أنا دائما حزين</p> <p>4-أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل</p> <p>2-التشاؤم</p> <p>1-أنا فاقد الهممة فيما يتعلق بمستقبلي</p> <p>2-أنا أشعر بأنني أكثر فقدا للهممة من الماضي فيما يتعلق بمستقبلي</p> <p>3-أنا لا أتوقع أن تتحسن الأشياء بالنسبة لي</p> <p>4-أنا أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه. وأنه لا يمكن له إلا أن يتدهور</p> <p>5-فُشِل في الماضي</p> <p>6-أنا لا أشعر في الحياة بالفشل</p> <p>7-أنا فشلت أكثر مما كان علي ذلك.</p> <p>8-لما أفكر في الماضي أرى عدد كبير من الفشل</p> <p>9-أنا أشعر بأنني فشلت تماما في حياتي.</p> <p>10-فقدان اللذة</p> <p>1-أنا أشعر دائما بنفس اللذة كما في الماضي تجاه الأشياء التي تعجبني</p> <p>2-أنا أشعر بنفس اللذة كما في الماضي اتجاه الأشياء</p> <p>3-أنا أشعر بقليل من اللذة تجاه الأشياء التي كانت تعجبني</p> <p>4-أنا لا أشعر بأية لذة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني عادة.</p> <p>5-الشعور بالذنب</p> <p>6-أنا لا أشعر على الأخص بالذنب</p> <p>7-أنا أشعر بأنني مذنب لعدة أشياء قمت بها أو كان علي أن أقوم بها.</p> <p>8-أنا أشعر بأنني مذنب في أغلب الأحيان</p> <p>9-أنا أشعر دائما بالذنب</p> <p>11-الاضطراب</p> <p>1-أنا لست أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة</p> <p>2-أنا لا أظهر بأنني أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة.</p> <p>3-أنا أشد اضطراباً أو توترا لدرجة أنه يصعب علي أن أهدأ</p>
---	---

<p>3- أنا منفعّل باستمرار</p> <p>18- تعديلات في الشهية</p> <p>1- شهيتي لم تتغير.</p> <p>1- لدي أقل شهية من العادة.</p> <p>1- ب- أنا لدي أكثر شهية من العادة</p> <p>2- أ- أنا لدي شهية أقل بكثير من العادة</p> <p>2- ب- أنا لدي شهية أكثر بكثير</p> <p>3- أ- أنا ليس لدي شهية إطلاقاً</p> <p>3- ب- أنا أريد أن أكل باستمرار</p> <p>19- الصعوبة في التركيز</p> <p>1- أنا أتمكن من التركيز دائماً كما في الماضي.</p> <p>1- أنا لا أتمكن من التركيز كما في الماضي.</p> <p>2- أنا أجد صعوبة في التركيز طويلاً في أي شيء</p> <p>3- أنا أجد نفسي عاجز على التركيز على أي شيء</p> <p>20- التعب</p> <p>1- أنا لست أكثر تعباً من العادة.</p> <p>1- أنا أتعب نفسي بسهولة أكثر من العادة</p> <p>2- أنا أكثر تعباً للقيام بأشياء كثيرة من التي كنت أقوم بها في الماضي</p> <p>3- أنا أكثر تعباً للقيام بأغلب الأشياء من التي كنت أقوم بها في الماضي</p> <p>21- فقدان الاهتمام بالجنس</p> <p>1- أنا لم أسجل تغير حديث في اهتمامي للجنس</p> <p>1- الجنس يهمني أقل من الماضي</p> <p>2- الجنس يهمني أقل بكثير حالياً</p> <p>3- أنا فقدت كل اهتمام في الجنس</p>	<p>3- أنا أشد اضطراباً أو توتراً لدرجة أنه يجب علي أن أتحرك باستمرار</p> <p>21- فقدان الاهتمام</p> <p>1- أنا لم أفقد الاهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات</p> <p>1- لا أهتم أقل من الماضي بالأشخاص والأشياء</p> <p>2- أنا لا أهتم تقريباً بالأشخاص والأشياء</p> <p>3- أنا يصعب علي الاهتمام لأي شيء.</p> <p>3- التريد</p> <p>1- أنا أتخذ القرارات جيداً كما في الماضي.</p> <p>1- يصعب علي أكثر من العادة اتخاذ القرارات</p> <p>2- أنا لدي أكثر صعوبة من الماضي على اتخاذ القرارات.</p> <p>3- أنا يصعب علي اتخاذ أي قرار كان.</p> <p>4- إنقاص القيمة</p> <p>1- أنا أشعر أنني شخص كفى.</p> <p>1- أنا أشعر أن لي كثيراً من القيمة وأني مفيد كما في الماضي</p> <p>2- أنا لا أشعر أنني أقل كفاءة من الآخرين</p> <p>3- أنا أشعر أن لا قيمة لي</p> <p>5- فقدان الطاقة</p> <p>1- أنا لدي دائماً نفس الطاقة كما في الماضي.</p> <p>1- أنا أقل طاقة من الماضي</p> <p>2- أنا ليس لدي الطاقة الكافية لأي شيء</p> <p>3- أنا لدي القليل من الطاقة للقيام بأي شيء كان</p> <p>6- التعديلات في عادات النوم</p> <p>1- عاداتي في النوم لم تتغير</p> <p>1- أنا أنام أقل قليلاً من العادة</p> <p>2- أنا أنام أكثر من العادة</p> <p>2- ب- أنا أنام أقل من العادة</p> <p>3- أ- أنا أنام تقريباً كل النهار</p> <p>3- ب- أنا استيقظ ساعة أو ساعتين من قبل ولا أستطيع أن أعود للنوم من العادة.</p>
--	---

الملحق رقم 3:

إختبار فحص الهيئة العقلية للأستاذ قويدر نصرة (رحمه الله) ويتضمن:

. الاستعداد والسلوك العام: اللباس والنظافة الشخصية.

. النشاط العقلي: تعبير عن الأفكار، نبرة الصوت، اللغة.

. المزاج والعاطفة: نوع المزاج والعاطفة.

. محتوى التفكير: درجة الوعي بأفكارها.

. القدرات العقلية: الذاكرة والادراك الزماني والمكاني.

. الحكم والاستبصار: طريقة إتخاذ القرار والوعي بالحالة.

قائمة المراجع:

المراجع العربية :

1. أبو جادو، صالح محمد. (2004). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
2. الأعظمي، عبد الرزاق ليلي. (2014). تطور أزمة الهوية لدى المراهقين، مجلة الأستاذ، (210)2. 232-250.
3. انجرس موريس. (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ب ط. الجزائر: دار القصبه للنشر.
4. بلحسيني وردة، الامام سعيدة. (2019). تشخيص الاكتئاب كيف نفهمه من منظور-DSM
5. مجلة أفاق للبحوث والدراسات سداسية. (04). ص(148-160).
5. بلخير حفيظة، المداح محمد. (2023). مستوى القلق عند الشخص المصاب بسرطان القولون. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. 15 (02). ص(246-256).
6. بوكروش عائشة. (2004). أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر تحت عنوان الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة عند الأبناء ذوي الوالدين. جامعة الجزائر).
7. التركي، راجح. (1990). أصول التربية والتعليم، ديوان المطبوعات الجامعية.
8. التميمي شيماء . (2021). اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص التربية البدنية وعلوم الرياضة بعنوان الاكتئاب بجامعة المستنصرية.
9. ثائر عاشور. (2017). الاكتئاب أسبابه اعراضه انواعه وطريق علاجه. ط1. عمان: دار الخليج للصحافة و النشر.
10. جابر نصر الدين , مقراني سهيلة. (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية والتربوية.8(03). ص(57-70).

11. جبار رتيبة. (2017). محاضرات في منهجية البحث. مقدمة لطلبة السنة اولى ماستر تخصص صعوبات التعلم. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا جامعة محمد لمين دباغين سطيف2.
12. جباري امينة. (2018) مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي بعنوان الصدمة النفسية ونوعية الانا الجلد لدى النساء المتعرضات لحروق . جامعة المسيلة.
13. جودة آمال عبد القادر. (2006). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى، مجلة كلية التربية لعين الشمس. 30 (01)، ص97-137.
14. حدار عبد العزيز. (2006). أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه بعنوان الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السلبي والتحكم المدرك من خلال الاتجاه المعرفي. جامعة الجزائر.
15. خالد عبد الرزاق النجار. (2008). دراسة الحالة. ب. ط. السعودية العربية: مركز التنمية الاسرية.
16. الخالدي فؤاد عطى الله. (2009). علم النفس الإرشادي-الدليل في الإرشاد الجمعي-. دار الصفاء .
17. دريبين امينة. (2012). مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي بعنوان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين. جامعة العقيد اكلي محند اولحاج.
18. دورتيه، جان فرونسوا. (2008). معجم العلوم الانسانية. ترجمة: جورج كثورة. أبو ظبي: المؤسسة الجامعية للدراسات مجد.
19. الزراد فيصل محمد. (1997). مشكلات المراهقة والشباب. دار النفائس.

20. زعبوش بن عيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية. علم الكتب الحديث.
21. زهاني حفيظة، علواني حسناء، بوصول نسرين. (2019). مذكرة لنيل شهادة ليسانس في تخصص علم النفس العيادي بعنوان الشعور بالخزي لدى عينة مراهقات مصابات بحروق جلدية "دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي". جامعة محمد بوضياف .
22. زهران حامد عبد السلام. (1995). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. عالم الكتب.
23. زين الدين الطفيلي امتثال. (2004). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة "دراسة تحليلية للسلوك و المعاش الإنساني. الطبعة الأولى. لبنان: دار المنهل اللبناني للطباعة و النشر.
24. سحاب فتيحة. (2017). أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه بعنوان الأعراض النفسية (القلق، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية) الناتجة عن إدمان الأنترنت. جامعة الجزائر 2.
25. سعد عبد المطلب عبد الغفار. (2022). التوافق النفسي وعلاقته بالدافعية للإنجاز ومفهوم الذات والاكتئاب لدى الأطفال المكفوفين. مجلة التربية وثقافة الطفل. 1(1). ص
26. سلفاوي اميرة. (2017). مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي صورة الجسم لدى المرأة المتعرضة لحروق جسدية. جامعة ورقلة. (1-49).
27. سليم مريم. (2002). علم النفس النمو، دار النهضة العربية.
28. الشربيني عبد العزيز. (2012). الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب. شبكة العلوم النفسية العربية.
29. الشربيني لطفي. (2010). المرجع الشامل في علاج الاكتئاب. لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
30. الشربيني مروة شاكرا. (2006). المراهقة وأسباب الانحراف. دار الكتاب الحديث.

31. شريم رعدة. (2009). سيكولوجية المراهقة، دار المسيرة.
32. عبد الستار ابراهيم. (1998). اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. سلسلة عالم المعرفة.
33. عبد الله عادل محمد. (2000). دراسات في الصحة النفسية " الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية". دار الرشاد.
34. عبد المعطي حسن مصطفى. (2001). علم النفس النمو، دار قباء للنشر والتوزيع.
35. عكاشة احمد. (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض. ب. ط. مصر: منظمة الصحة العالمية بالمكتب الإقليمي للشرق الأوسط.
36. العيسوي عبد الرحمان. (2005). المراهق والمراهقة، دار النهضة العربية.
37. العيسوي عبد الرحمان. (1999). تصميم البحوث النفسية. دار الراتب الجامعية.
38. غانم محمد حسن. (2005). الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي. المكتبة المصرية.
39. فكري لطيف متولي. (2016). دراسة الحالة في علم النفس. الطبعة الأولى. السعودية العربية: مكتبة الرشد ناشرون.
40. قحطان محمود وليد. (2017). تطور الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين. مجلة أبحاث الذكاء والقدرات العقلية. (23). ص (337-378).
41. القريظي عبد المطلب. (1998). في الصحة النفسية. الفكر العربي.
42. كليز فهيم. (1998). المشاكل النفسية للمراهق، دار نوبار للطباعة.
43. مباركي مليكة. (2019) مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي الصدمة النفسية عند المرأة المتعرضة لحروق من الدرجة الثالثة. جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم.

44. محرز عبلة. (2008). الحاجات النفسية والاجتماعية للمراهق المتمدرس في مرحلة التعليم المتوسط، (رسالة ماجستير، جامعة الجزائر).
45. محمود نجيب. (2016). أزمة الهوية لدى طلاب الجامعة، مجلة بحوث التربية النوعية، 41(1). ص (153-180).
46. مزوز بركو. (2017). أزمة الهوية لدى المراهق -مقاربة نفسية اجتماعية-. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية. 20(1). ص (663 - 691).
47. معاليقي عبد اللطيف. (2004). المراهقة أزمة هوية أم أزمة حضارة، شركة المطبوعات للنشر والتوزيع.
48. معمريه بشير. (2004). أبعاد السلوك العدواني وعلاقته بأزمة الهوية، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 4 (1)، 18.
49. معمريه بشير. (2010). تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية. شبكة العلوم النفسية والعربية، 25(26).
50. المليجي عبد المنعم. (1973). النمو النفسي. دار النهضة العربية.
51. الميلادي عبد المنعم. (2003). الأمراض والاضطرابات النفسية. مؤسسة شباب الجامعة.
52. وجيه محمود ابراهيم. (1981). المراهقة خصائصها ومشكلاتها. دار المعارف للنشر.
53. يحيوي وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة، (رسالة دكتوراه، جامعة بسكرة).

المراجع الأجنبية

1. Bagby, R M, Quilty, L C, Ryder, A G. (2008). Personality and depression. *Journal of Psychiatric Research*. 42(2). P (1095–1102).
2. –gotlib ian, hammen constance. (2009). *handbook of depression*. 2nd edition. london : the guilford press.
3. Marcelli daniel, braconnier alain. (2013). *adolescence et psychopathologie*. 8^e edition. france :elsevier masoon.
4. pedinielli (jean louis). Fernández (lydia). (2020). *l'observation clinique et l'étude de cas*. édition 4. paris: armand colin.
5. Victoria menzies. (2000). depression and burn wounds. *archives of psychiatric nursing*. (4). p (199–206).