



جامعة وهران 2 - أحمد بن أحمد-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

تخصص علاجات نفسية

مذكرة ليل شهادة الماستر تحت عنوان

اثر برنامج علاجي (معرفي-سلوكي) في التخفيف من حدة
الأعراض الاكتئابية لدى الحدث الجانح المتواجد بالمركز
المتخصص لإعادة التربية
-دراسة عيادية لثلاث حالات -

تحت إشراف الأستاذة:

سبع فاطمة الزهراء

من إعداد الطالب:

بن دحمان إبراهيم

أعضاء لجنة المناقشة

رئيساً	جامعة وهران -2-	أ. محرزى مليكة
مشرفاً ومقرراً	جامعة وهران -2-	أ. سبع فاطمة الزهراء
مناقشاً	جامعة وهران -2-	أ. طباس نسيمية

السنة الجامعية : 2018/2017

إهداء

الى كل من قريب او بعيد ساعدني في انجاز هذه
الدراسة و لا انسى بالذكر و الدتي الكريمة التي لها
الفضل فيما انا عليه

كلمة شكر

الحمد لله والصلاة والسلام على اشرف و احب الخلق الحبيب المصطفى ،إن الشكر صفة حميدة لدى البشر , بفضل الناس بعضهم على بعض ،قال رسول الله صلى الله عليه و سلم " من لا يشكر الناس لا يشكر الله"- حديث حسن صحيح روي عن ابي هريرة في هاته الخطوات لا نقول الاخيرة يطيب لي و يسعدني كثيراً التوجه بالشكر و التقدير و العرفان لكل اساتذتنا الكرام الذين كانوا عوناً لنا في هاته السننتين وحيث قدموا لنا الكثير من المعارف العلمية المكملة للمعارف الذي استقينها عندما كنا في بداية دراستنا الجامعية الاولى فاقف وقفة تجليل و احترام لهم حيث لم ييخلوا علينا بأية معلومات وكانوا عوناً لنا في مسارنا الدراسي بدون ذكر اسمائهم والى الطاقم البيداغوجي و بالأخص الى الاخصائيين النفسانيين العاملين بالمركز المتخصص في اعادة التربية"ذكور" بحي جمال الدين بوهران الذين قدموا لنا المساعدة اللازمة لإنجاز التربص الميداني ،و الى كل ايضاً من ساعدني من قريب أو بعيد على إنجاز هذا العمل المتواضع .

خلاصة الدراسة باللغة العربية:

تعد الدراسة التي تم انجازها من خلال هذا البحث ذات اهمية في مجال دراسات علم النفس وخاصة العيادي منها كونها تدرس فعالية الاستراتيجيات المعرفية السلوكية في التخفيف من حدة اعراض الاكتئاب لدى الاحداث الجانحين المتواجدين في مراكز لاعادة التربية ، وخاصة ان هذه الفئة تحتاج الى خدمات ومساعدات في انقاص معاناتهم من مختلف الاضطرابات النفسية في ضل تواجدهم بتلك المراكز، وتبيان مدى فعالية البرنامج المنجز من طرف الباحث في الجزائر مما جعلنا نطرح مجموعة من السائلات التالية :

والتساؤل العام هو:

ماثر هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المراكز المتخصصة لاعادة التربية .

و يتفرع هذا التساؤل العام الاسئلة الفرعية التالية :

-هل اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران .

-هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين للاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

-هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي-سلوكي) في تغيير الرؤية التشاؤمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

-هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين للاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

وللاجابة عن مجموعة من هذه التسائلات قمنا بطرح عدة فرضيات وهي:

- ياثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران .

وتتفرع عنها الفرضيات الجزئية التالية:

-هناك اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

-يساهم يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين

للاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز.

- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي-سلوكي)في تغيير الرؤية التشايمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين للاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

وخلصت الدراسة الى ان:

-يؤثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

-هناك اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للاحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

-يساهم يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين لأحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي-سلوكي)في تغيير الرؤية التشايمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الاحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي)في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين لأحداث الجانحين المتواجدين بالمركز

وقد تم تقسيم هذه الدراسة الى قسمين :قسم نظري و الذي شمل على التطرق الى جزئين من اجزائه في فصله وهي:

-اولا: التطرق الى المفاهيم المتعلقة بالدراسة التي تتضمن: تعريف الجنوح ، الاحداث ، الاحداث الجانحين ، المراهقة ، اكتئاب المراهقة ، العلاج المعرفي السلوكي ، المركز المتخصص للإعادة التربية للأحداث الجانحين ، التحليلي الوظيفي.

-ثانيا: العناصر النظرية التي تتناول متغيرات الدراسة في فصول مستقلة تتمثل في الجنوح و جرم الاحداث ، التدابير الاصلاحية ومؤسسات التكفل ، المراهقة ومشكلاتها ، والعلاج المعرفي السلوكي

اما فيما يخص القسم الثاني فهو يحتوي على الجانب التطبيقي الذي استخدم فيه المنهج العيادي الذي اعتمد على اسلوب دراسة الحالة واستعمال ادواته المتمثلة في :المقابلة النصف الموجهة ، الملاحظة ، و الاختبارات النفسية باستعمال مقياس بيك الثانية للاكتئاب وسلم الاعراض الاكتئابية لهاملتون على عينة مكونة من احدى عشرة (11) عينة من الاحداث الجانحين و التي خلصت الى استعمال الدراسة الاساسية على ثلاث (03) عينات ، لكون باقي العينات تم خروجهم من المركز و لم يستكمل معهم باقي البرنامج المسطر ، وفي هذا ايضا تم عرض فيه الجانب المنهجي و البرنامج العلاجي المسطر و عرض الحالة و التحليل الوظيفي ، والفرضيات و السيرورة العلاجية ومناقشة النتائج وتحليلها و في الختام التوصل الاستنتاج العام كل هذا من اجل تبيان نجاعة العلاج المطبق و فق البرنامج المسطر في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية لدى الاحداث الجانحين المتواجدين في مركز للإعادة التربية.

Résumé de l'étude :

خلاصة الدراسة باللغة الفرنسية:

-Ce programme de psychothérapie contribue à l'amélioration de l'image de soi des patients dans le centre spécialisé de rééducation (hommes) Ville cité djamel (Oran) Cette étude a été divisée en deux parties, une section théorique qui comprenait deux parties et une section pratique Tout d'abord, les concepts liés à l'étude comprennent: la définition de la délinquance, les mineurs, les gangs, l'adolescence, la dépression chez les adolescents, la thérapie cognitivo-comportementale, le centre spécialisé de rééducation des délinquants, l'analyse fonctionnelle) Deuxièmement: Les éléments théoriques qui traitent des variables d'étude dans des chapitres distincts sont: la délinquance et la délinquance juvénile, les mesures de réforme et les institutions de soins, l'adolescence et ses problèmes, la dépression chez les adolescents, la thérapie cognitivo-comportementale) Dans la deuxième partie il contient côté pratique qui a utilisé l'approche clinique qui reposait sur la méthode d'étude de cas et utiliser les outils de: les essais de demi-orienté correspondant, l'observation, psychologiques utilisant le second symptôme dépressifs de dépression de Beck et remis à Hamilton, comprenant des 11 échantillons de l'échantillon d'événements délinquant qui a conclu l'utilisation de l'étude de base sur trois échantillons de jeunes délinquants, le fait que le reste des échantillons étaient la sortie du centre n'a pas été utilisé avec eux le reste du programme souligné, et cela a également été le programme thérapeutique côté systématique souligné l'analyse de cas d'affichage Et pour discuter et analyser les résultats Enfin, une conclusion générale a été tirée afin de démontrer l'efficacité du traitement appliqué conformément au programme établi pour soulager les symptômes dépressifs des délinquants juvéniles dans un centre de rééducation.

فهرس المحتويات:

الصفحة	المحتويات
ا	اهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص باللغة العربية
د	ملخص باللغة الفرنسية
هـ	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
ن	قائمة الملاحق
1	المقدمة
4	الجانب النظري
5	الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها
6	تمهيد
6	1-مشكلة الدراسة
8	2-فرضيات الدراسة
9	3- أهداف الدراسة
9	4- دواعي وأسباب اختيار الموضوع
10	5- أهمية البحث
10	6-أدوات البحث
11	7-منهج البحث
11	8-حدود الدراسة
11	9-المصطلحات الأساسية للدراسة
14	10الدراسات السابقة
23	الفصل الثاني: الجنوح وجرم الأحداث والتدابير الإصلاحية ومؤسسات التكفل
24	تمهيد
25	اولا: الجنوح وجرم الأحداث
25	1-تعريف
30	2-عوامل جنوح الاحداث
34	3-أصناف الجانحين ومفهوم الذات لديهم
36	4-السمات التي يتميز بها الجانحون
36	5-نظريات المفسرة لجنوح الأحداث
39	6-صعوبات التكفل بالجانح
40	7-حجم وتطور ظاهرة الجنوح في الجزائر
41	8-الوقاية والعلاج
41	ثانيا: التدابير الاصلاحية و مؤسسات التكفل
41	1-التجارب الدولية في تأهيل و ادماجالأحداث الجانحين
43	2-دور الاجهزة العاملة في مجال رعاية الاحداث
46	3-دور الاخصائي النفسي في المراكز المتخصصة لإعادة التربية
47	الخلاصة

48	الفصل الثالث: المراهقة و مشكلاتها
49	-تمهيد
50	1- مفهوم المراهقة
50	2- ازمة المراهقة و الهوية
51	3- حاجات ومطالب النمو في مرحلة المراهقة المراهقة
52	4- اشكال وانواع المراهقة
54	5- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
55	6- مشكلات المراهقة
57	7- مراحل المراهقة
58	8- خصائص مراحل المراهقة
58	9- النظريات النفسية المفسرة للمراهقة
60	10- الوقاية من مشكلات المراهقة
61	-الخلاصة
62	الفصل الرابع: اكتئاب المراهقة
63	تمهيد
64	1- نظرة تاريخية الى الاكتئاب
65	2- تعريف الاكتئاب
66	3- الاعراض الاكتئابية عند المراهقين
68	4- النظريات المفسرة للاكتئاب
73	5- قياس الاكتئاب
74	6- الكآبة عند المراهقين وعلاقتها بالجنوح
74	7- تشخيص الاكتئاب
76	8- تصنيف الاكتئاب
80	9- اسباب الاكتئاب
82	10- علاج الاكتئاب
85	خلاصة
86	الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي
87	-تمهيد
88	1- دراسة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي
89	2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
90	3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
91	4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي
92	5- اهداف العلاج المعرفي السلوكي
93	6- النماذج العلاجية المعرفية السلوكية
95	7- فنيات (تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي
100	الخلاصة
101	الجانب التطبيقي
102	الفصل السادس: منهجية البحث وإجراءاته:
103	-تمهيد

104	1-منهج الدراسة
104	2-الدراسة الاستطلاعية
104	3-مكان ومدة الدراسة
108	4-عينة الدراسة
109	5-وصف أدوات البحث
110	6- -اداة القياس وخصائصه السيكمترية
113	7- تطبيق المقاييس ونتائجها
114	7-تطبيق البرنامج العلاجي
120	8-الخلاصة
121	الفصل السابع:دراسة الحالات وعلاجاتها:
122	-تمهيد
123	1-الحالة الأولى
131	2-الحالة الثانية
138	3-الحالة الثالثة
147	الخلاصة
148	الفصل الثامن:عرض وتفسير نتائج الدراسة
149	-تمهيد
150	1-عرض وتحليل النتائج
155	2-استنتاج عام
156	3-توصيات الدراسة
156	4-صعوبات الدراسة
157	5-الاقتراحات و التوصيات
158	6-خاتمة الدراسة
159	7-قائمة المراجع
168	8-الملاحق.

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
11	أعراض ودرجات الاكتئاب حسب تقدير سلم هاملتون	1
111	الخاص بالدرجة الكلية للاكتئاب ومستويات الاكتئاب بالنسبة لبيك الثانية	2
112	خاص بالأعراض ودرجاتها بالنسبة لسلم هاملتون	3
113	خاص بالنتائج المقاييس على الحالات الثلاث	4
113	خاص بخصائص افراد العينة	5
116	خاص بترتيب والسيرورة العامة للجلسات العلاجية المقترحة	6
150	بين الدرجات المتحصل عليها لسلم هاملتون لأعراض الاكتئاب	7
150	بين الدرجات المتحصل عليها لمقياس بيك الثانية للاكتئاب	8
152	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات صورة الذات بالنسبة لمقياس بيك الثانية	9
152	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات صورة الذات بالنسبة لسلم هاملتون لأعراض الاكتئاب	10
153	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات التشاؤم بالنسبة لمقياس بيك الثانية	11
153	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات التشاؤم بالنسبة لسلم هاملتون لأعراض الاكتئاب	12
154	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات الاستمتاع بمباهج الحياة بالنسبة لمقياس بيك الثانية	13
155	بين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات الاستمتاع بمباهج الحياة بالنسبة لسلم هاملتون لأعراض الاكتئاب	14

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1	دليل المقابلة الخاصة بالحدث الجانح	169
2	قائمة ارون و بيك الثانية للاكتئاب	174
3	مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب	177
4	نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الأولى في القياس (القبلي).	180
5	نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثانية في القياس (القبلي).	182
6	نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثالثة في القياس (القبلي).	183
7	نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الأولى في القياس (البعدي).	184
8	ملحق نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثانية في القياس (البعدي).	185
9	نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثالثة في القياس (البعدي).	186
10	نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى في القياس (القبلي).	187
11	نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية في القياس (القبلي).	188
12	نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة في القياس (القبلي).	189
13	نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى في القياس (البعدي).	190
14	نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية في القياس (البعدي).	192
15	نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة في القياس (البعدي).	193
16	الخاص بسجل النشاطات	194
17	الخاص بالرسم الكاريكاتوري	195
18	الخاص بالأنشطة السارة	195
19	استمارة تقييم الجلسة	196
20	المتعلق باستمارة دليل حل المشكلات	197
21	استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة	197
22	اسمارة المزايا و المساوىء	197
23	المتعلق بالاسترخاء	198

المقدمة :

يتعرض الأطفال والمراهقون لأنواع متعددة من المشاكل المرتبطة بالسلوك الاجتماعي منها السرقة والغش والهروب من المدرسة والتخريب والكذب وهذا ما يعرف بجنوح الأحداث ولاشك أن كثيرا من هذه الانحرافات الاجتماعية يرجع إلى المواقف الإحباطية التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية مما يسبب الشعور بالاضطراب والقلق الذي يدفع الأطفال إلى التخلص من هذا الشعور المتكرر المتراكم في نفوسهم .

لهذه الانحرافات أسباب قد تكون أخطاء في تنشئة الطفل او المراهق في الأسرة ومنها قسوة الآباء أو الغيرة أو الكبت المتواصل لرغبات الطفل المختلفة أو التدليل الزائد أو التذبذبات في المعاملة أو لضعف الروابط العائلية مما لا يتحقق معه ما ينشده الطفل و المراهق من إشباع لحاجته للأمن والعطف والحنان والحب والانتماء والتقدير والنجاح ، وهي من الحاجات الرئيسية لهم وهذا ما انعكس سلبا مما اتجه والى وسائل أخرى بديلة من جماعات انحرافية أو وسط متذبذب اكتسبوا مهارات ومعارف طوروا بها سلوكياتهم وأفعالهم الانحرافية وأصبحوا يهددون كيان المجتمع ومستقبله حتى أصبح منحرف اليوم -مجرم الغد واستندوا إلى نماذج تقصوها وسهلت لهم السبل للوصول من فعل بسيط إلى فعل أكثر حدة .

لحماية الحدث من خطر الجنوح والانحراف الذي يهدد أخلاقه وتربيته أجاز الأمر المتعلق بحماية الطفولة و المراهقة لقاضي الأحداث بمكان إقامة الحدث مؤقتا في الوسط الذي يكون فيه بإشراف مصالح المراقبة والتربية في الوسط المفتوح وهناك وسطين إما مراكز الحماية للطفولة والمراهقة أو مراكز إعادة التربية للمراهقة .

ومراكز التكفل بالأحداث تقوم بإيواء الأطفال والمراهقين الذين لم يبلغوا سن الرشد الجنائي الذين ارتكبوا أفعال جانحة ومخالفة حيث يتم إيداعهم إلى أن تتم إعادة تربيتهم وتأهيلهم مهنيا واجتماعيا وتربويا ونفسيا

وتوجد الأحداث الجناحين بالمراكز الخاصة و ابتعادهم عن المحيط الاسري والأصدقاء مما يعرضهم لاشعوريا في نفق أعراض الاكتئابية ،وهنا لابد من مساعدة الأخصائي النفسي لتلك الحالات للتخفيف من شدة هذه المعاناة و ليتقبلوا الوضع الحالي (تواجدهم داخل مراكز حماية الأحداث) وإلا سوف تتأزم و تسوء حالتهم النفسية والجسدية والسلوكية لأن التدخل العلاجي النفسي في هاته الأوقات ضرورة ملحة ، ويعد اختيار التكفل النفسي المناسب تكون نتائجه واضحة وملموسة لتفادي الانهيار التام .

إن العلاج المعرفي السلوكي انجح العلاجات التي أثبتت جدارتها في الميدان العملي لكثير من الاضطرابات النفسية وهو احد الأساليب الحديثة نسبيًا والقادر على تغيير وتعديل نماذج الصور الذهنية والمعتقدات وأساليب التفكير التي تؤثر في انفعالات السلوك .

هذه الدراسة هي عبارة محاولة إيجاد علاج فعال للتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية المصاحبة لتواجد الجانح الحدث داخل مركز حماية الأحداث وهناك جانبين لهذا البحث :

اولا الجانب انظري يدرس البحث وفق متغيرات الدراسة وله عدة فصول منها:

الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها:

تمهيد-01-مشكلة الدراسة 02-فرضيات الدراسة 03- أهداف الدراسة 04- دواعي وأسباب اختيار الموضوع - 05-اهمية البحث -06-أدوات البحث-07-منهج البحث-08- حدود الدراسة09-المصطلحات الأساسية للدراسة 10-الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الجنوح وجرم الأحداث والتدابير الإصلاحية ومؤسسات التكفل:

-تمهيد

اولا: الجنوح وجرم الأحداث

01-تعريف02-عوامل جنوح الاحداث03-أصناف الجانحين ومفهوم الذات لديهم 04- السمات التي يتميز بها الجانحون 05-نظريات المفسرة لجنوح الأحداث 06-صعوبات التكفل بالجانح -07-حجم وتطور ظاهرة الجنوح في الجزائر-08-الوقاية والعلاج .

ثانيا: التدابير الإصلاحية و مؤسسات التكفل:

01-التجارب الدولية في تأهيل و ادماجالأحداث الجانحين02-دور الاجهزة العاملة في مجال رعاية الاحداث03-دور الاخصائي النفسي في المراكز المتخصصة لإعادة التربية

-الخلاصة

الفصل الثالث: المراقبة و مشكلاتها:

01-تمهيد02-مفهوم المراقبة03- النظريات النفسية المفسرة للمراقبة 03-مظاهر النمو في مرحلة المراقبة 04- مراحل المراقبة05-خصائص مراحل المراقبة 06- اشكال وانواع المراقبة 07-مشكلات المراقبة 08- حاجات ومطالب النمو في مرحلة المراقبة09- ازمة المراقبة و الهوية10-الوقاية من مشكلات المراقبة11-الخلاصة

الفصل الرابع: اکتئاب المراهقة:

01-تمهيد 02-نظرة تاريخية الى الاکتئاب 03-مفهوم الاکتئاب 04-الاعراض الاکتئابية عند المراهقين 05- الكآبة عند المراهقين وعلاقتها بالجنوح 06- النظريات المفسرة للاکتئاب 07-قياس الاکتئاب 08-تشخيص الاکتئاب 09-تصنيف الاکتئاب 10-اسباب الاکتئاب 11-علاج الاکتئاب 12-خلاصة

الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي:

01-تمهيد 02-دراسة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي 02-تعريف العلاج المعرفي السلوكي 03-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي 04-خصائص العلاج المعرفي السلوكي 05-اهداف العلاج المعرفي السلوكي 06-النماذج العلاجية المعرفية السلوكية 07-فنيات (تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي 08-خلاصة

الجانب التطبيقي:

الفصل السادس: منهجية البحث وإجراءاته:

01-تمهيد 02-منهج الدراسة 02-الدراسة الاستطلاعية 03-وصف أدوات البحث 04-أداة القياس وخصائصه السيكومترية 05-عينة الدراسة 06-البرنامج العلاجي-خلاصة

الفصل السابع: دراسة الحالات وعلاجاتها:

01-تمهيد-01-الحالة الأولى 02-الحالة الثانية 03-الحالة الثالثة 04-خلاصة

الفصل الثامن: عرض وتفسير نتائج الدراسة :

01-تمهيد-01-عرض وتحليل النتائج 02-استنتاج عام 03-توصيات الدراسة 04-صعوبات الدراسة 05-خاتمة الدراسة 06-قائمة المراجع 07-الملاحق.

الجانِب النَّظْرِي

الفصل الأول

مشكلة البحث واعتباراتها

تمهيد

- 1-مشكلة الدراسة
- 2-فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- دواعي وأسباب اختيار الموضوع
- 5- أهمية البحث
- 6-أدوات البحث
- 7-منهج البحث
- 8-حدود الدراسة
- 9-المصطلحات الأساسية للدراسة
- 10الدراسات السابقة

أولاً: مشكلة الدراسة :

إن ظاهرة جنوح الأحداث يمكن أن تكون من الظواهر الاجتماعية الخطيرة ، وذات الاثر السلبي ، لما قد يكون لها من اثر هدام على بناء المجتمع الحضاري ، الذي تصبوا اليه الامم ، والاحداث الجانحون ، جزء هام من المجتمع ، يجدر الاهتمام بهم ، وتوضيح مخاطر ظاهرة الجنوح .تتأثر خصائص الاحداث الشخصية والتنشئة الاجتماعية والرعاية بالوضع الاجتماعي الذي يحيها ، ويتمثل ذلك جليا في اضطرابات سلوكية حادة ومتطرفة في كثير من الاحيان يلزمها اضطرابات في الشخصية ، مما ينتج نقصا في المهارات المعرفية و الاجتماعية و التكيفية وتنخفض القدرة الذاتية على التفاعل الايجابي مع الآخرين .ان العناية بالأفراد الجانحين ودراسة خصائصهم وتحديدهم يحتاج الى التعرف العوامل الاجتماعية المختلفة في حين ان معرفة وفهم هذه العوامل وعلاجها يمكن ان يؤدي الى اعادة بناء شخصيات الاحداث وتعلم السلوك التكيفي المناسب .ان كثيرا من الاحداث الجانحين وذويهم ، لا يستطيعون تحديد اساب المباشرة ، والكامنة وراء جنوحهم ، ولكن في الغالب ، مدركون ان هذه السلوكات جانحة ، لا تتناسب مع معايير المجتمع الذي يعيشون فيه . بالإضافة الى عناصر اخرى يمكن ان تؤدي الى الجنوح كالمسلمات الشخصية و التنشئة الاجتماعية و التفاعلات مع الرفاق، والحالة المزاجية للحدث. (عميري بومدين:2013،ص12).

وجنوح الاحداث فهو ذلك التعدي على القانون الذي يصدر من طرف شخص لم يصل بعد الى سن الرشد(قاصر) وليس لديه الاهلية القانونية،وهذا ما يؤدي الى ضرر مادي او معنوي يستحق عليه مرتكبه عقوبة تأديبية و تجري محاكمة المراهقين الجانحين في محاكم خاصة و يتم و ضعمهم في الاصلاحيات للتقويم و اعادة التأهيل و الادمج الاجتماعي(الصقع حسنية:2013،عدد13).

وجد المرض النفسي ووجدت اضطرابات السلوك بمختلف أشكالها عبر العصور ، ولكونه غير محسوس فقد دار في دهاليز الأساطير و المؤثرات الخارجية على الانسان من الالهة والارواح و الشياطين وغيرها ، وحتى الان مازالت الحيرة بين الناس قائمة حول علاقة الامراض النفسية بالروح واين هي من العقل و الذكاء و التفكير و الدماغ،وماهو المزاج ، وهل يمكن تحديد مكانه ، داخل الجسم ام خارجه ، هذه الحيرة اربكت المجتمعات البشرية ، وتاه المريض النفسي في دهاليز عجيبة ،ففي البلاد العربية لم يعرف الطب النفسي الحديث الا مؤخرا ، ولكنه مازال قاصرا عن اتمام عمله، فأقبال الاطباء على هذا الاختصاص ليس كبيرا ، وثلاثة ارباع مرضى الاكتئاب مثلا قد لا يصلون ابدا الى الطبيب النفسي ، ان اعراض الاكتئاب تنتشر في المجتمع بمعدل يتراوح ما بين 13-20%من السكان ، ومن هؤلاء هناك 7% يعانون من حالات اكتئاب شديدة وهذه الدراسات شملت العديد من الدول

في العالم هنالك ميلا لفئات معينة من الناس للاكتئاب اكثر من غيرها ، مثل الاشخاص ذوي الشخصيات المتطرفة ومن يعانون من اعراض مزمنة او امراض خطيرة ، ومن يتعاطون الكحول و المخدرات وبعض المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية كالربو ، وارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة ، كما وترتفع معدلات الاكتئاب في نزلاء السجون. اذا ترك الاكتئاب دون علاج فان بعض حالاته قد تتحسن تلقائيا دون علاج ، ولكن على الاغلب انه سيستمر و يتفاقم وقد يؤدي الى مضاعفات ومحاولات انتحار و تكرارها اما مع العلاج فان اكثر من ثلثي المرضى يكونون قد شفوا بعد مرور سنة ، وهناك نسبة قليلة لا تتجاوب مع العلاج وقد يصبح مرضها ضمن فئة الاكتئاب المستعصي او المزمّن ، وعلى مدى خمس سنوات من بداية المرض فان هناك احتمالا للانتكاس عند نصف من اصيبوا بالاكتئاب ، ولكن من الملاحظ ان المريض عندما يكون قد مر بالتجربة الاولى للاكتئاب وتخطاها فانه سيكون اقدر على التعامل مع التجربة الثانية بسرعة ودون تأخير وبثقة، وهناك فئة الاكتئاب المتكرر وهذه الفئة ن المرضى بحاجة للعلاج الوقائي طويل الامد (وليد سرحانواخرون:2001،ص26،09-28).

ان الجدير بالذكر هو ان هدف الباحث السيكولوجي العيادي الممارس هو سعيه نحو المعرفة و الفهم المعمق للأسباب المؤدية لفقدان الفرد لسعادته وتكيفه ،في بعدها الكامن وكذا المؤدي للانفجار لهذا الاضطراب ، واذا ماتوصلنا الى تشخيص دقيق لحقيقة هذا الاضطراب يمكننا ان نقدم التدخل العلاجي المناسب و المساعدة اللازمة لتحقيق التغير المرغوب فيه لدى العميل ، وهذا لا يأتي الا بمنهجية علاجية محكمة في صورة بروتوكول او برنامج علاجي فعلا ذا بعد سيكولوجي يتناسب مع شخصية العميل ونوعية اضطرابه و لا يخرج عن اطار محتواه الثقافي وبالتالي يضمن له التغيير والتحسن(بو دحوش نصر الدين ،2015،ص8-9). من خلال ما سبق ذكره يمكن طرح و تحديد مشكلة الدراسة كالاتي :

مآثر هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في مراكز المتخصصة لإعادة التربية.

ويتفرع هذا التساؤل العام الأسئلة الفرعية التالية:

01-هل اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران .

02-هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران .

03- هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في تغيير الرؤية التشاؤمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

04- هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

ثانيا: فرضيات الدراسة: بناءا على التساؤلات التي طرحت تمت صياغة الفرضيات وهي:

1-الفرضية العامة:

1-يؤثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

2-الفرضيات الجزئية:

وتتفرع عنها الفرضيات الجزئية التالية:

1-هناك اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

2- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي)في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

3- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي) في تغيير الرؤية التشاؤمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

4- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي) في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران .

ثالثا: أهداف الدراسة : تتمثل الأهداف الرئيسية لهته الدراسة في:

- 1-الوصول لوضع برنامج علاجي نفسي (معرفي -سلوكي) فعال للتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيدي جمال بوهران .
- 2-تحديد اثر الاستجابة الممكنة لهذا النوع من البرامج العلاجية السيكولوجية عند الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيدي جمال بوهران .
- 3-تعديل الأفكار السلبية نحو الذات والعالم الخارجي والمستقبل لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيدي جمال بوهران .
- 4-التحقق من مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي في المدى القريب

رابعا: دواعي وأسباب اختيار هذا الموضوع:

كونه يدرس ظاهرة الاكتئاب لدى الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث الجانحين(ذكور) ، وذلك بغية الوصول الى حلول بطرق تقنية سيكولوجية للحد من هذه الظاهرة الباثولوجية او التقليل من نتائجها السلبية على الصحة النفسية للأحداث المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث الجانحين(ذكور).

وضمن الأسباب الدافعة لهذا البحث هي :

- 1-عدم اخذ بعين الاعتبار معاناة المكتئبين الأحداث المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور).
- 2-جهل الكثير من المربين العاملين في المركز المتخصص لإعادة التربية الأحداث الجانحين كيفية التعامل مع الأحداث الجانحين الذي تظهر عليهم أعراض الاكتئاب
- 3-محاولة لفت انتباه المربين والأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والمسؤولين في المراكز المتخصصة لإعادة التربية وحماية الأحداث الجانحين لتقديم كل أنواع المساعدة اللازمة لهم.
- 4-التعرف على بعض التقنيات العلاجية السيكولوجية التي يمكن أن تساعد هؤلاء المكتئبين المتواجدين في المراكز المتخصصة لإعادة التربية وحماية الأحداث الجانحين في التغير الايجابي المكيف.

خامسا: أهمية الدراسة: تكمن في الجوانب التالية :

- 1- الاهتمام بهذه الشريحة داخل المراكز المتخصصة لإعادة التربية و حمايتها .
- 2- الوصول الى نتائج تطبيقية يمكن الاستفادة منها في المستقبل وتعميمها من اجل الوقاية والعلاج
- 3- الاستفادة من هذا النوع من البحوث في إثراء المكتبات الجامعية بأحد المواضيع التي يقل البحوث السيكولوجية فيها
- 4- قيمة هذه الدراسة السيكولوجية بالنسبة للأكاديميين والباحثين والعاملين في مجال التكفل النفسي والصحة النفسية والمربين والأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مراكز المتخصصة لإعادة التربية و حماية الأحداث الجانحين.

سادسا: أدوات البحث نجد:

لقد كان لابد استخدام في هذه الدراسة على مجموعة التقنيات لفهم هذه الظاهرة وتحليلها و التوصل الى نتائج علمية ومن بين تلك الأدوات نجد:

- ا-المقابلة العيادية والتي ترمي على تشخيص حالة المريض بتوجيه أسئلة هادفة ذات صياغة محكمة و بملاحظة سلوكيات المفحوص اللفظية و غير اللفظية ملاحظة دقيقة .
- ب-قائمة بيك الثانية: هو تنقيح عام 1996 لقائمة بيك الاولى صاحب هذا المقياس ارون بيك (Aaron Beck) وهو وسيلة لتقدير الاكتئاب وتحديد نوعه وشدته ،ويمثل محاولة مبكرة وناجحة لقياس درجة الاكتئاب في الشخصية ونوعية هذا الاكتئاب يتكون هذا المقياس من واحد وعشرون (21) سؤالا ، كل اجابة تسجل من (0-3) درجات و يقوم المفحوص بوضع الدرجة الموضوعية للعبارة التي يرى بانها تنطبق عليه ويتراوح مجموع هاته الدرجات ما بين (0-63) درجة.
- ج-مقياس الاكتئاب لهاميلتون (Hamilton): تم بنائه من طرف هاميلتون سنة 1967، وهو يحتوي على سبعة عشر (17) بند يشمل من الجوانب: "الانفعالية، السلوكية المعرفية". وقد تم اختيار هذا المقياس لأنه مؤشر جيد لتحديد الشدة العامة للاكتئاب ، كما يمكننا تقييم تغيرات شدة الاكتئاب.

تتراوح الدرجة من صفر الى اربعة فهناك اعراض تتراوح درجاتها من صفر الى اثنين ،
واخرى تتراوح درجاتها من صفر الى اربعة وفق الجدول التالي:

الاعراض التي تتراوح درجاتها من صفر الى اثنين	الاعراض التي تتراوح درجاتها من صفر الى اربعة
صفر=لا توجد اعراض 1=اعراض طفيفة 2=توجد اعراض واضحة	صفر=لا توجد اعراض 1=اعراض طفيفة 2-3=اعراض متوسطة 4=اعراض حادة

(الموقع الالكتروني:www.syriasamh.com).

سابعاً: منهج الدراسة:(منهج البحث): قمنا باستخدام في هذا البحث المنهج العيادي لكونه يعتبر المنهج الذي يناسب هذا النوع من الدراسة وعلى بحسب نوع العينة وحجمها وايضا الوسائل المستخدمة لغرض هذه الدراسة.

ثامناً: حدود الدراسة:

1-المكانية (المكتب المخصص للأخصائي النفسي): مركز المتخصص لإعادة التربية و حماية الأحداث الجانحين(ذكور)سياتي جمال بوهران .

2-الزمانية(2018/03/04 الى غاية2018/04/29)

3-الحدود البشرية متكونة من ثلاثة(03) حالاتسناها ما بين16و 18 سنة المتواجدة بالمركز المتخصص لإعادة التربية و حماية الاحداث الجانحين(ذكور)سياتي جمال بوهران كانت تعاني من اعراض الاكتئاب و لقد تمت الدراسة لثلاثة حالات من احدى عشرة (11) حالة التي تم تقديمها تحت تصرف الدراسة الحالية التي كانت ستدوم تدوم مدة شهرين تقريبا حسب المكتب البيداغوجي وقبل شهر تقريبا ، وحيث لم تنتهي المدة ليتم الافراج عن باقي الحالات.

تاسعاً: المصطلحات الأساسية للدراسة:

1-العلاج المعرفي السلوكي: هو احد انواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ويركز على تطور وتكيف السلوك ، وايضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينيكية مثل القلق و الاكتئاب والعدوان وغير ها من الاضطرابات ،ويستخدم في تعديل السلوك كل الاشخاص و يشمل ذلك الاطفال و المراهقين و الكبار، وهو استراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات ، ويؤكد على تحليل الفرد والتحكم فيه.(زينب محمود شقير:2002،ص215).

تعريفه الاجرائي:

البرنامج العلاجي: وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث الذي يمكن استخدامها في التخفيف من حدة الاكتئاب ومساعدة هؤلاء الاشخاص (جنوح الأحداث) على التكيف داخل المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث الجانحين تعديل الأفكار اللاعقلانية و التدريب على انماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التالية: المراقبة الذاتية ، صرف الانتباه ، التخيل الابداعي ، الواجبات المنزلية ، التربية النفسية ، الاسترخاء.

2-الاكتئاب النفسي عند المراهق:

ا-التعريف السيكولوجي:

يعرف الاكتئاب من خلال قاموس النظريات و المفاهيم في علم النفس على انه حالة مزاجية تتسم بالإحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة و الحزن والتشاؤم و نقص النشاط(النجار فاطمة الزهراء:2011،ص12).

يلخص عبد الرحمان العيسوي مفهوم اكتئاب الطفولة في انه نوع من الاكتئاب العصابي ، أي ان المرض الي يظهر في الطفولة عندما يحرم طفل من الاشباع ، والتأييد العاطفي(انسام مصصطفى السيد بظاظو:2013،ص89،88).

يصيب الاكتئاب طفلا من كل 50 تحت سن 12 سنة ، ويصيب مراهقا من كل عشرين ، وقد يكون الاكتئاب في هذه الفئة العمرية من أي نوع سواء الاكتئاب كهجمة كبرى او صغرى او ضمن اضطراب مزاجي احادي او ثنائي القطب وكذلك تكرر المزاج(وليد سرحان واخرون:2001،ص86).

ب- تعريفه الاجرائي:الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الحدث الجانح(المراهق) على مقياس الاكتئاب لبيك الثانية و مقياس اعراض الاكتئاب لهاملتون في الدراسة الحالية.

3-الجنوح:

الانحراف هو ما من شأنه الحاق الضرر بفرد او جماعة من الافراد في المجتمع(نعامة سليم:1985،ص20).

تعريفه الاجرائي: الانحراف هو سلوك يرتكبه الشخص مخالفا للأعراف والتقاليد والقيم في داخل السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه ، ويسبب في تدخل السلطات الرسمية لإيقافه.

4- الحدث:

يعرف الحدث على انه صغير السن الذي اتم السن التي حددها القانون للتمييز ولم يتجاوز السن التي حددها لبلغ الرشد (اسماعيل يامنة واخرون: 2015، ص122).

التعريف الاجرائي: في هاته الدراسة هو المراهق الجانح الذي اتى بأعمال وسلوكات اعتبرها القانون جريمة تم توقيفه وتقديمه الى العدالة وحول بموجبها وتحويله الى مركز المتخصص للأحداث لإعادة التربية بسيتي جمال بولاية وهران والذين يتراوح سنهم بين 15-18 سنة .

5- المراهقة:

تعرف المراهقة من قبل هوركس **1962Hurroks** " هي الفترة التي يكسر فيها المراهق شرقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي ليبدأ في التفاعل معه والاندماج فيه " (احمد محمد الزغبي، 2001، ص318).

تعريفه الاجرائي: هم مراهقين اقل من ثمانية عشرة (18) سنة قاموا بفعل جنائي ولديهم اضطراب على مستوى ميكانيزمات الضبط الداخلي و الخارجي ويقصد به في هذه الدراسة الجانحين الذين انتقلوا م فعلل بسيط الى فعل اجرامي معقد وكانوا موجودين بالمركز المتخصص لإعادة التربية وحماية الاحداث الجانحين ذكور بسيتي جمال بوهران

6-تعريف مركز المتخصص لإعادة التربية وحماية الاحداث الجانحين: وتعرف دور تأهيل ورعاية الاحداث بانها: أي دار حكومي تعتمد وزارة الشؤون الاجتماعية و العمل لرعاية الاحداث ، وتنفيذ الاحكام الصادرة بحقهم من قبل المحكمة (عبد اللطيف عبد القوي مصلح: 2010، ص265).

الرعاية الاجتماعية للأحداث الجانحين في دور الملاحظة هي مؤسسات يحجز بها الاحداث المخالفون للقانون ، و التي ترى النيابة مثلا التحفظ عليهم حتى يتم الفصل في امرهم وبذلك لتجنيبهم الضغوط الخارجية و المضاعفات السلبية للسجون.

ودار الملاحظة هي دار ايداعية او ايوائية انشأت لتحقيق اسس الارشاد و التوجيه الخلقي و الديني ، و تامين اوجه الرعاية المختلفة للأحداث رهن التحقيق او المحاكمة، والذين تقرر الجهات القضائية ابقائهم في الدار لارتكابهم سلوكيات تستوجب اتخاذ اجراء تأديبي بشأنهم او لغموض و ضعيتهم القضائية التي تقتضي اخضاعهم لفترة ملاحظة ، تدرس في حالتهم بدقة وموضوعية من قبل المختصين في التربية و علم النفس و علم الاجتماع و علم الاجرام... الخ، او عندما ترى المحكمة ان حالة الحدث البدنية و العقلية و النفسية تستلزم فحصه قبل الفصل في الدعوى، وبالتالي يوضع تحت الملاحظة وتوقيف الدعوى الى ان يتم هذا الفحص.

وتنظيمات اعادة التربية و التأهيل و الادمج الاجتماعي وغيرها من التسميات التي تعني المراكز او المؤسسات او الدور او الامكنة التي اعدتها المجتمع لرعاية و علاج و اصلاح الافراد الذين قاموا بأعمال مخالفة للقوانين و النظم . او يمثلون خطرا معنوياً لوجودهم في وضعيات و حالات قد تزج بهم في عالم الجريمة او الانحراف خاصة بالنسبة لصغار السن، وان تدبير وضع او ايداع الاحداث هذه المؤسسات هو بلاشك من اهم الاجراءات التي توقع عليهم ،حيث يخضعون فيها لبرنامج تقومي متكامل يتسع لكافة جوانب حياتهم.

بناء على الامر رقم **64/75** المتضمن احداث المؤسسات و المصالح المكلفة بحماية الطفولة المراهقة، و الذي ذكر ثلاث انواع من المراكز التي تدخل ضمن هذا النوع من التنظيمات و حدد نظم سيرها من الناحية البيداغوجية و علاقتها بالهيئة القضائية وهي:

1-المراكز المتخصصة في الحماية: وهي المراكز المخصصة لإيواء الاحداث الاقل من واحد وعشرين (21) سنة ، و المشمولين بالأمر **03/72** وذلك قصد حمايتهم متربيتهم .

2- المراكز المتخصصة في اعادة التربية :وهي مؤسسات داخلية مخصصة لإيواء الاحداث الاقل من **18** سنة المشمولين بالأمر **155/66**.

3-المراكز المتعددة الخدمات لوقاية الشبيبة :وهي تجمع للمراكز السالفة الذكر (**عبد العزيز جاهمي:جانفي/جوان 2013،ص98-103-104**).

ب-تعريفه الاجرائي:وهي اجهزة الضبط الخارجي التي تلعب دور في التنشئة الاجتماعية للفرد ويقصد في هاته الدراسة مركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث ذكور بولاية وهران.

7-التحليل الوظيفي:

لكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاكتئاب و وضع **جون كوترو** شبكة التحليل الوظيفي (**Secca**) التي تجمع العناصر التالية :منبه ، مشاعر، معارف "الافكار العقلية، نظام الاعتقادات "، سلوك ، و التوقعات. هذه الشبكة التي هدفها تطبيقي تحتوي على جزء اني (حالي)الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه ، عاطفة، افكار، سلوك، و توقعات و علاقتهم بالمحيط الاجتماعي). كما تحتوي على جزء تاريخي الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعمل. (**حسيبة برزوان: 2012، عدد8**).

عاشرا: الدراسات السابقة: بالنسبة للاكتئاب عند الحدث الجانح و العلاج المعرفي السلوكي للطفل المكتتب

1-دراسات سابقة عن الاحداث الجانحين:

1-1-الدراسات الاجنبية:

1-1-1-دراسة هاثوايوموناتشيسي 1948 Hathaway , Monachesi:

اجري البحث تحت رعاية جامعة منيسوتاحيث قام الباحثان هاثوايوموناتشيبي4048 بتطبيق اختبار على تلميذ من تلاميذ الصف التاسع الثالثة متوسط وعن طريق الدراسة التتبعية في العديد من مؤسسات الجانحين تم استعمال اختبار منيسوتا واسفرت نتائج الدراسة ان الدرجات العالية في الانحراف السيكوباتي و درجة الهوس الخفيف كانت ذات قيمة تنبئية كبيرة في التنبؤ بمستقبل الجنوح بين الاطفال ، حيث وجد ان نسبة كبيرة من اللذين حصلوا على درجات عالية في هذين المقياسين كانوا ينحرفون الى الجنوح

1-1-2-دراسة شولمانارفنج Schulman Irving 1955:

قام الباحث شولمانارفنج بدراسة ديناميات و علاج حالات الانحراف الجناحي و السيكوباتي او السلوك الاجتماعي على عينة من الجانحين.

وكان من اهم نتائج البحث ان عرف الجنوح على انه طريقة من طرق التوافق يقصد بها الاحتفاظ بمستوى القلق الى اقل درجة ممكنة، و اقتراح العلاج في ضوء هذه النتيجة يتضمن ظروف البيئة و العلاج النفسي الضروري للقلق على السواء.

1-1-3-دراسة روبرت اندري Robert Andy 1963:

اجرى الدكتور روبرت اندري الذي هو استاذ علم النفس بجامعة لندن دراسة عاملية على مجموعة من الاحداث المودعين بمؤسسات رعاية الاحداث لدراسة مستعملا اختبار العصاب واستمارة مجموعة متغيرات في شخصية الاحداث وقام الباحث بدراسة عن اثر الظروف الاسرية في خلق الشخصية الجانحة ، و تبين ان العصاب يرتبط بالجناح بدرجة عالية فالميلول العدوانية كما قاسها كان معامل ارتباط بينها و بين الاستجابة 0.86 ، فوجد ان من اهم عوامل تحديد و تعزيز الجناح مرتبة حسب اهميتها كالتالي:

-العلاقة بالأم ومدى الحرمان منها نفسيا او عضويا

-انعدام الحب المتبادل بين الطفل ووالديه

-طريقة التربية التي تقوم على النبذ و العقاب

-الانفصال و التهدم الاسري

وقد وجدت هذه الظروف اكثر توترا في دراسات حالة الجناح منها في دراسة مجموعة متشابهة من العاديين.

و قد سار روبرت اندري في دراسته على نفس الاسلوب الذي سار عليه ايزيككين اهتم في دراسته بجانبين باستعمال الاحصاء التحليلي و العاظمي معا و سمات شخصية الجناح ومدى

الارتباط بين سمات الميول العدوانية و بين السمات التي تدخل تحت عامل العصاب العام من جهة ثم درجة الارتباط بين الميول الجناحية و عامل الانبساط و الانطواء و درس كذلك درجة شدة متغيرات البيئة المستقلة التي تصاحب حالات الجناح و ربط بينها و بين سلوك الجنوح (اسماعيلي يامنة واخرون:2015،ص37،35-38).

1-2-2-الدراسات العربية:

1-2-1-دراسة الدكتور محمد الشرقاوي: درس ابعاد مفهوم الذات لدى الجانحين بحيث حاول رسم المحاور الاساسية للسمات الشخصية المنحرفة و مقارنتها بتلك التي تتصل بالشخصية السوية ، و قد انطلق من فرضية انه يوجد فوارق نسبية في السمات الشخصية بين العينتين باستعمال استفتاء الشخصية و اختبار الذكاء و بعض الاختبارات الاخرى و ابرز الباحث السمات التي تتميز لها الشخصية الجانحة و التي تتمثل فيما يلي:

-عدم الشعور بالراحة

-الاصرار

-كثرة الشك و النزعة نحو التخريب

-الاضطراب الانفعالي

-العدوانية

-الشخصية غير متسقة

-الشغب المتكرر

-العادات العصبية كعادة مص الاصابع

-الانانية

-الكسل

-الطباع الحادة،الحساسية المفرطة،النفور العصبي،التمركز حول الذات،الاضطراب النفسي،عدم نضج الشخصية

-الغرق في احلام اليقظة و عدم الثقة بالذات

-الشعور بالذنب،الحقد على الغير

كما تناول في دراسته الميدانية مفهوم الذات لدى الجانحين و الجانحات وهو الموضوع الاساسي في الدراسة

1-2-2-دراسة عبد الرحمن العيسوي: حول سيكولوجية الجنوح وهي دراسة ميدانية مقاربة حول طبيعة الجريمة وطرق علاجها و الوقاية منها ودوافعها و قد اسس دراسته على فرضية اساسية تتمثل في اختلاف احدث جانحين عن الاسوياء، كان قوام العينة **320** شابا منها **110** من الاحداث الجانحين و **200** طالب بالمدارس الاعدادية و الثانوية. حيث انه درس شخصية الحدث الجانح و ظروفه الاجتماعية مع دراسة مقارنة على جماعة الاسوياء ، مستعملا مقياس العصبية، مقياس الانبساطية، مقياس الكذب، تقنية الاستمارة وخلصت الدراسة الى ان العوامل المؤثرة في تكوين السلوك الجانح تكمن فيما يلي:

-كبر حجم الاسرة

-انحدار الاحداث من اباء و امهات متقدمين في السن

-التفكك الاسري(الطلاق ، الوفاة، تعدد الزوجات)

-معاناة الاحداث من الاعراض و الامراض النفسية و الجسدية

-حرمان الاحداث من المصروف اليومي

-الظروف السكنية السيئة

-المشكل الدراسي

-ادمان افراد العائلة على الخمر و المخدرات

-الصحة السيئة

-ممارسة مهن تصف في الطبقة الاجتماعية المتدنية

-انتشار السلوك العصبي لدى الام و الاب(فاطمة الزهراء حميد:2010،ص19-21).

1-2-3-دراسة هويدي واخرين 1985"ظاهرة انحراف الاحداث في مجتمع الامارات "هدفت هذه الدراسة الى تحديد حجم مشكلة جناح الاحداث في مجتمع الامارات المتحدة و الاشكال التي يظهرها بها السلوك الجانح ، عرفة اهم العوامل التي تؤدي الى ظهور ذلك السلوك ، طبقت هاته الدراسة على عينتين احدهما تجريبية تشمل الاحداث الجانحين من الذكور الذين تتراوح اعمارهم ما بين(10-18)سنة و المودعين في مؤسسات رعاية الاحداث بالشرطة و بابوظبي ، وقد بلغ مجموع العينة 50حدثا جانحا ، وبالنسبة للعينة

الضابطة تم اختيار 50 حدثا غير منحرف في الاعمار بين (10-18) سنة ايضا وهم من تلاميذ المدارس الحكومية بالشراكة والاستمارة كأداة رئيسية لجمع المعلومات. هناك مجموعة من النتائج لها ابعاد اجتماعية و تربوية ،اما ما يهمنا هو البعد النفسي فتشير النتائج الى اضطراب العلاقة الوجدانية لدى الاحداث مع كل من الاب و الام ، كما انهم يعانون من مشاعر الحرمان و الاحباط نتيجة لخبراتهم و تجاربهم السابقة من حياتهم (عبد اللطيف عبد القوي مصلى: 2010، ص113، 99-114).

1-3-3-الدراسات المحلية:

1-3-3-1-دراسة لمذكرة تخرج الطالب بن زديرة علي من جامعة باجي مختار عنابة (2005-2006) الذي تناول فيها الحرمان العاطفي وأثره على جنوح الأحداث، تكونت العينة من ثلاث (03) حالات لأحداث جانحين بالمركز المتخصص في إعادة التربية بالحجار في الفترة الممتدة من ديسمبر ألفان وخمسة إلى جانفي ألفان وستة ، تعرضوا إلى الحرمان العاطفي مستعملا اختبار تفهم الموضوع ،المقابلة النصف الموجهة التي تركز في مجمل اسئلتها حول محاور حددها الباحث سلفا وتتناول الاسئلة جوانب : " الحرمان العاطفي و الانعكاسات النفسية و العلانقية و مظاهر الجنوح و الوقاية "، كان من نتائج الدراسة أنها كتأثير للحرمان العاطفي على جنوح الأحداث فيشكلتشر دوسرقة وتعاظم مخدراتو عدوانية موجهة نحو الذات ونحو الآخرين.

1-3-3-2-دراسة اجرتها الاستاذة لصقع حسنية جامعة وهران قسم علم النفس (ماي 2013) حول موضوع تقدير الذات و المشروع الشخصي لدى المراهقين الجانحين المقيمين في مركز اعادة التربية حي جمال الدين بشرق مدينة وهران العينة متكونة من ثمانية عشر (18) مقيم بالمركز تتراوح اعمارهم ما بين اثنا عشر (12) وسبعة عشرة (17) سنة ،استعمل اختبار تقدير الذات لروزينبيرغ وذلك للتعرف على تقدير الذات (المرتفع و المنخفض)، كما تم اجراء دراسة حالة ومقابلات موجهة تتكون من ثلاثة عشرة (13) سؤالا مفتوحا قصد التعرف على المشاريع الشخصية المستقبلية المرغوبة لدى هؤلاء الجانحين خلصت النتائج وجود فشل متكرر لدى مؤسسات التنشئة و التي هي الاسرة و المدرسة مما عطل المشروع الشخصي لدى المراهق الجانح و عرقل امكانية اسقاط نفسه في المستقبل ، حيث وجد تقير ذات منخفض لدى مجمل افراد العينة و هذا ما انعكس على حياتهم اذ يتم العيش للوقت الحاضر فقط كرهينة لا تتمكن ممن الديمومة في الوقت (الماضي الحاضر و المستقبل) على الرغم من وجود رغبة في تحيين مشاريع حيثية مثمرة.

2-دراسات سابقة عن العلاج المعرفي السلوكي:

2-1-الدراسات الاجنبية:

2-1-1-1 دراسة ليونسوهنو اخرون al. LewinSohn,et (1990):بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي لاكتئاب المراهقين" عينة الدراسة تتكون من (48) مراهقا مكتئبا في المرحلة العمرية من (4-18)سنة ،وتم تقسيم العينة الى مجموعتين ، المجموعة الاولى وهي تتكون من (24)مراهقا مكتئبا ، وتم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي عليهم من خلال (14)جلسة علاجية ، اما المجموعة الثانية هي المجموعة الضابطة وعددهم (24) مراهقا مكتئبا ،لم يطبق عليهم برنامج علاجي ، تم استعمال قائمة الاضطرابات الوجدانية و الفصام ، خلصت النتائج بانها اظهرت تحسن المجموعة الاولى ، التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي.

2-1-1-2دراسة لابيروج بينوايت و اخرون al. Laberge benoit,et (1993):بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الذعر ، او الهلع المصحوب باكتئاب رئيسي ،او اساسي :تحقيق تمهيدي" عين الدراسة شملت (8) مرضى باضطراب الهلع المصحوب باكتئاب ،(7) مرضى ذعر، تم استعمال مقياس الهلع و الاكتئاب ، اشارت النتائج الى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي ، وبخاصة في علاج اضطراب الذعر المصحوب بالاكتئاب ، بينما لم يعط نفس النتائج على مجموعة مرضى اضطراب الذعر بدون اكتئاب، قلل العلاج المعرفي السلوكي من نوبات الفرع ، والاعراض الاكتئابية المصاحبة لهذه النوبات ، وقد تم استخدام فنيات اعادة تشكيل البنية المعرفية و المناقشة مع المريض مما ساعد في علاجه.

2-1-1-3دراسة ريد Reed,M (1994) بعنوان " التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف الاكتئاب لدى المراهقين " تهدف الدراسة الى استخدام العلاج المعرفي السلوكي ، من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف الاكتئاب لدى المراهقين شملت العينة (18) مراهقا في المرحلة العمرية من (4-19) سنة . وتم اجراء الدراسة على مجموعتين ، المجموعة الاولى تتكون من (12)مراهقا تلقوا العلاج المعرفي السلوكي في (6) جلسات و المجموعة الثانية تتكون من (6) مراهقين مكتئبين ممن تلقوا التدريب على الانتباه في (6) جلسات تم استعمال استبيان شدة الاكتئاب و المقابلة الاكلينيكية النتائج اظهرت المجموعة الاولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي تحسنا في تخفيف حدة الاكتئاب لديهم عن المجموعة الثانية التي تلقت التدريب على الانتباه فقط.

2-1-1-4دراسة برنت و اخرون al. Brent,et (1997):بعنوان "العلاج النفسي للمراهقين المكتئبين من خلال العلاج المعرفي السلوكي و العلاج التدعيمي" العينة تتكون من (72)مراهقا مكتئبا في المرحلة العمرية من (13-18)سنة ، و اجريت الدراسة على

مجموعتين الاولى(37) مرافقا مكتئبا، واستخدم معها العلاج المعرفي السلوكي ، من خلال العلاج المعرفي لبيك و ذلك في (14)جلسة علاجية. أما المجموعة الثانية تكونت من (35) مرافقا مكتئبا استخدم معها العلاج المعرفي لبيك، بدون استخدام العلاج التدميمي في (14) جلسة علاجية تم استعمال قائمة الاضطرابات الوجدانية و الفصام، نتائج اظهرت المجموعة الاولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي ، و العلاج التدميمي تحسنا افضل في خفض الاكتئاب من المجموعة الثانية.

2-2-الدراسات العربية:

1-2-2-دراسة محمد سعيد هندية:(2013)،بعنوان "مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف من حدة الاكتئاب لدى الاطفال" اشتملت العينة على عدد من الاطفال المكتئبين ، في المرحلة العمرية من (11-15)سنة ، وتتضمن البرنامج العلاجي (15)جلسة علاجية ،بواقع جلستين اسبوعيا للطفل المكتئب ، استعملت القائمة العربية لاكتئاب الاطفال ،مقياس تقدير الذات للأطفال ،مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال، مقياس ستانفورد بينيه للذكاء استمارة المستوى الاجتماعي و الثقافي، البرنامج العلاجي المعرفي ، البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي ، توصلت النتائج الى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ، في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال، في المرحلة العمرية (11-15)سنة.

2-2-2-دراسة سوزان حمدي حامد سعد (2004):بعنوان "فعالية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الاعراض الاكتئابية لدى عينة من الاطفال الموهوبين الاكثابين " اشتملت عينة الدراسة على (20)طابا موهوبا مكتئبا في المرحلة الاعدادية بالصف الاول و الثاني الاعدادي، وقد تم اخيارهم من المتفوقين دراسيا من العشر الاوائل من كل فصل دراسي. وتتراوح اعمارهم من (11-12)سنة تم استعمال مقياس الاكتئاب لدى الاطفال ، برنامج علاج معرفي سلوكي:"وقد تضمن فنيات النمذجة ، لعب الدور، حل المشكلات، و اعادة البناء المعرفي"مقياس وكسلربلفيو لذكاء الاطفال ، مقياس الخصائص الشخصية للكشف عن الطفل الموهوب ، استمارة دراسة الحالة للطفل اظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات المجموعة الضابطة، وعلى مقياس الاكتئاب ، بعد تطبيق البرنامج.

-عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية ،في القياسين البعدي الاول، والبعدي الثاني على مقياس الاكتئاب.

-وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج.

-وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ، والقياس البعدي على مقياس الاكتئاب .

كما اشارت نتائج الدراسة التجريبية الى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف الاعراض الاكتئابية لدى الاطفال الموهوبين في المجموعة التجريبية (اسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص133،129-137، 145-147).

2-2-3-دراسة الدكتورة عبير هادي المطيري(2012)(جامعة عمان العربية للدراسات العليا)قامت بتطوير برنامج معرفي سلوكي وقياس اثره في خفض الاضطرابات السلوكية وتحسين مستوى تقدير الذات لدى الأحداث الجانحين في المؤسسات الإصلاحية ،ضمن الفئة العمرية (14-18) سنة واختارت عينة بطريقة قصدية مكونة من 40 عضوا وكانت العينة الضابطة 20 عضوا والعينة التجريبية 20 عضوا ،كانت نتائج ايجابية لخفض الاضطرابات السلوكية وتحسين مستوى تقدير الذات لدى الأحداث الجانحين في المؤسسات الإصلاحية(عبير هادي المطيري:2013،ص)

2-3-الدراسات المحلية:

2-3-1--دراسة برحيل جويده (2010-2011) اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي (جامعة وهران) قامت بإجراء دراسة حول اثر السمات والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب ، وعدد الحالات كانت مكونة من 15 حالة لآكن التي استجابة لموضوع الدراسة 6 حالات بمصلحة الامراض العقلية والنفسية للمستشفى الجامعي بتلمسان ، ضمن الفئة العمرية (23-54)سنة ، تم استعمال استمارة ايزنك و SCDII و قائمة مقياس بيك الثانية وسلم هاملتون للاكتئاب ، اسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي في القضاء على الاعراض الاكتئابية في كل الحالات.

2-3-2- دراسة بكيري نجيبة(2011-2012) اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي (جامعة الحاج لخضر باتنة) قامت باجراء دراسة حول اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الاعراض النفسية للسكريين المراهقين ، كانت الحالات ذات اختيار عشوائي مجمعة تجريبية 4 ذكور و 4 اينات ومجموعة ضابطة 4 ذكور و 4 اينات استمرت عملية التطبيق الميداني خلال 2008اي 2010لعيادة متخصصة في معالجة الداء السكري والغدد الصماء وتراوحت أعمار العينة ما بين 12 الى 16 سنة ،تم استعمال:-القائمة العربية للاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس 1982 غريب عبدالفتاح 1991-قائمة الأعراض كما وضعها رضوان عام 2000-اختبار اليأس للأطفال من إعداد سعيد سلامة هندية 2003-مقياس تقدير الذات للأطفال إعداد فاروق عبدالفتاح موسى -محمد أحمد دسوقي 1991-مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال إعداد محمد السيد عبدالرحمن 1998-استمارة تاريخ الحالة إعداد/ الباحثة.

- استمارة المقابلة إكلينيكية إعداد/ الباحثة.
- جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين :إعداد/ الباحثة.
- برنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين المستهدفين في هذا البحث.
- استمارات وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
- استمارة التقويم الذاتي إعداد الباحثة بتصرف من استمارة تقدير الذاتي لرضوان ، وكانت النتائج اثر ايجابي في علاج بعض الاعراض النفسية للسكريين.

2-3-3-دراسة حسيبة برزوان(2010-2011):دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة إكتئاب نفسي كان هدف الدراسة التعرف على مدى أهمية وفعالية الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية في علاج حالة من حالة الاكتئاب ،عينة الدارسة تكونت من حالة واحدة اوضحت نتائج الدراسة فعالية وأثر الاستراتيجيات السلوكية المعرفية فيخفض مستوى حدة الاكتئاب.

الفصل الثاني

الجنوح وجرم الأحداث والتدابير الإصلاحية ومؤسسات التكفل

تمهيد

اولا: الجنوح وجرم الأحداث

1-تعريف

2-عوامل جنوح الاحداث

3-أصناف الجانحين ومفهوم الذات لديهم

4-السمات التي يتميز بها الجانحون

5-نظريات المفسرة لجنوح الأحداث

6-صعوبات التكفل بالجانح

7-حجم وتطور ظاهرة الجنوح في الجزائر

8-الوقاية والعلاج

ثانيا: التدابير الإصلاحية و مؤسسات التكفل

1-التجارب الدولية في تأهيل و ادماج الأحداث الجانحين

2-دور الاجهزة العاملة في مجال رعاية الاحداث

3-دور الاخصائي النفسي في المراكز المتخصصة لإعادة التربية

4- الخلاصة

تمهيد:

في السنوات الأخيرة انتشرت ظاهرة اجتماعية أصبح يعاني منها المجتمع الجزائري حيث أصبحت ظاهرة اجتماعية خطيرة ومنتشرة وملفتة للانتباه وأصبحت تهدد الأمن الاجتماعي وفي تقدم المجتمع وتتنظر بمخاطر مستقبلية وخيمة على هذا الجيل والأجيال القادمة وهذه المشكلة ليست وليدة اليوم والصدفة وإنما هي نتائج تغيرات شديدة شهدها المجتمع الجزائري الأمر الذي أدى إلى تفاقمها الا وهي جنوح الأحداث اي انحراف الأطفال و المراهقين الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشرة (18) سنة و أصبحت مشكلة ظاهرة جنوح الأحداث تنتشر بشكل واسع النطاق داخل المجتمع الجزائري لذلك حاولت تسليط الضوء على هذه الفئة لان أحداث اليوم الجانحين هم مجرمو الغد.

ولقد تنوعت النظريات بتنوع المدارس و الخلفيات التي تأطرها التي تتفق في مجمل اهدافها على رعاية الجانح و تغيير سلوكه و تكيفه مع المجتمع .و تنوعت الاجهزة و المؤسسات المتخصصة و المعنية بالتعامل مع الاحداث الجانحين ، فأول جهاز يحتك به الحدث الجانح هو جهاز الشرطة الذي تولى في العادة عملية القاء القبض و اجراء التحقيق الاول مع الحدث،و الجهاز الثاني الذي يحتك به الحدث هو قاضي التحقيق الذي يقوم باستكمال اجراء التحقيق ويتخذ القرارات الخاصة بالتوقيف و الاحالة،بعدها يحال الحدث المحكمة التي تتولى اصدار قرار الحكم . اما الجهاز الرابع المؤسسة المختصة لقضاء مدة المحكومية التي تنفذ بها ايضا مختلف البرامج و الاجراءات الوقائية والعلاجية و الانمائية لهذا سوف نتطرق بالتفصيل في هذا الفصل مبحثين الاول:الجنوح وجرم الاحداث و الثاني التدابير الإصلاحية في مؤسسات التكفل

اولا :الجنوح و جرم الاحداث:

1- مفهوم جنوح الاحداث :

1-1- تعريف الجنوح: délinquance

1-1-1- لغة:

الجنوح او الانحراف هو الميل و العدول يقال انحرف عنه اي مال و عدل (العبد سليمان
:1990، ص280).

هو الميل الى الاثم او الميل عن الحق ومن ثم سمي كل اثم جنوحا ، ولقد ورد بهذا المعنى
في القران الكريم في قوله تعالى:« وان جنحوا للسلم فاجنح لها » ، سورة الانفال
الآية 61"،اي مالوا للسلم ، وقوله تعالى« ولاجنح عليكم » ،(سورة البقرة الآية335)،اي
لا اثم عليكم.

فالانحراف و الجنوح و الجناح كلها في معناها العام تشير الى الميل عن الاعتدال او
الصحيح او الخروج عن المألوف و المقبول و بالتدقيق في معاني هذه الالفاظ من الناحية
اللغوية وجدنا ان لفظة الجنوح هي مصدر لكلمة جنح فيقال جنح ، جنحا،وجنوحا(عبد
اللطيف عبد القوي مصلح:2010، ص31).

والجنوح هو ترجمة لكلمة Délinquance في اللغة الفرنسية،و هو الميل و الخروج البين
عن الطريق السوي(اسماعيلي يامنة واخرون:2015، ص119).

1-1-2-التعريف السيكولوجي:

هو سلوك منحرف عن العمليات النفسية السوية ، يقترفه الحدث كمحاولة لإعادة توازنه
،وتخفيف توتراته وصراعاته الداخلية النابعة عن سوء التوافق ، والتي تميز بالعدوان
المستمر و المتكرر المباشر سواء تجاه الذات او اتجاه الاخرين نتيجة لأساليب الخاطئة في
التنشئة و الشعور بالنقص ، والحرمان ، و الخبرات الاحباطية الطفولية المؤلمة ، و العادات
و القيم ، و الاتجاهات غير السوية (عبير هادي المطيري ،2013، 117-118)

مشكلة الجنوح مشكلة قانونية ،تخص الفرد و المجتمع معا وترتبط بالظروف النفسية و
الاجتماعية لسن المراهق وباشكالية تأسيس الذات عند المراهقين و تكوين الهوية ، و تحقيق
المكانة الاجتماعية (Silmany.n :1967).

1-1-3- التعريف الاجتماعي للجنوح:

يعرفه نيوماير بأنه الأفعال المضادة للمجتمع التي يرتكبها الأطفال أو الأشخاص دون السن القانونية، وجاء في تعريف شازال: "بأنه جميع الأفعال غير المتوافقة ابتداءً من المروق الأخلاقي، و الهروب من البيت والمدرسة إلى ارتكاب أخطاء بسيطة وانتهاءً إلى ارتكاب الأفعال الإجرامية التي تتنافى مع القيم والمعايير الأخلاقية التي يرفضها المجتمع ويحرمها القانون" (عبير هادي المطيري: 2013، ص118).

1-1-4- التعريف القانوني للجنوح:

الانحراف هو ما من شأنه إحاق الضرر بفرد أو جماعة من الأفراد ف المجتمع (نعامة سليم: 1985، ص20).

و الجنوح كمصطلح قانوني ظهر لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1899 حين أنشأوا محكمة للأحداث بشيكاغو للنظر في قضايا الأحداث منفصلة عن قضايا الكبار المجرمين، حيث اهتمت هذه المحكمة بالدراسات الفردية للحالات.

أما حلقة الدراسات الأوروبية المنعقدة بباريس سنة 1949 فقد استعملت مصطلح الانحراف و عرفته بأنه "مجموعة الأفعال أو التصرفات مما يعد جريمة يعاقب عليها القانون و مدرجة في قانون العقوبات أو القانون الجنائي، وما هو غير مجرم وهو السلوك المنحرف أو غير المستحب

وعرف مكتب الشؤون الاجتماعية التابع للأمم المتحدة الحدث الجانح من الناحية القانونية بأنه: "شخص في حدود سن معينة، يمثل أمام هيئة قضائية أو أية سلطة أخرى مختصة، بسبب ارتكابه جريمة جنائية، ليتلقى رعاية من شأنها أن تسير إعادة تكييفه الاجتماعي (اسماعيل يامنة وآخرون: 2015، ص120-121)

1-2-2- تعريف الحدث juvenile :**1-2-1- لغة:**

يقصد به عدة معان منها حداثة السن كناية على الشباب في أول العمر فإن ذكرت قلت حديث السن وغلما ن حدثان أي أحداث (الرازي محمد: 1989، ص180).

ولقد ذكرت لفظة "حدث" في معجم اللغة العربية لتدل على صغير السن. وهي تشير أيضا إلى مرحلة عمرية تنحصر بين سن الطفولة و بين مقتبل اكتمال الإدراك و النمو. و الحداثة بمعنى (حداثة الشيء) أول العمر و أيام الشباب. وكما جاء في مختار الصحاح للرازي رجل

حدث ، اي شاب ، فان ذكرت السن قلت حديث السن) (عبد اللطيف عبد القوي
مصلح:2010،ص27).

و الحدث ايضا في المفهوم اللغوي : "هو صغير السن ، اذ يقال في اللغة :شاب حدث اي
فتي السن ، ورجل حدث اي شاب يعتبر مفهوم الحدث مصطلحا قانونيا، ويشير التعريف
القانوني للحدث الى انه :صغير السن الذي اتم السن التي حددها القانون للتمييز ، ولم
يتجاوز السن التي حددها لبلوغ الرشد.وسن الحدث هي الفترة المحددة التي تبدأ من سن
التمييز حتى سن التي يفترض بعدها ان الحدث اصبح ناضجا واهلا للمسؤولية الكاملة ،
وهو ما يعبر عنه في اصطلاح رجال القانون بسن الرشد الجنائي.وهذا التحديد الزمني
يختلف من مجتمع الى اخر تبعا لأحوال المجتمعات ومدى نضوج افرادها.

1-2-2-التعريف النفسي:

اضطراب ميكانيزمات الضبط الداخلي و الخارجي بسبب الإحباط حسب مدرسة التحليل
النفسي(عبير هادي المطيري:2013،ص120).

هو الذي يأتي فعلا تكون نتيجة لاضطراب نفسي او عقلي ، مخالفا بذلك انماط السلوك
المتفق عليه للأسوياء في مثل سنه. ويقسمه علماء النفس مرحلة الحداثة الى الاقسام التالية:

- 1-مرحلة الطفولة المبكرة: وتبدأ من الميلاد وحتى سن السادسة
 - 2-مرحلة الطفولة الوسطى:وتبدأ من السادسة وحتى سن التاسعة.
 - 3-مرحلة الطفولة المتأخرة: وتبدأ من التاسعة وحتى سن الثانية عشرة .
 - 4-مرحلة المراهقة المبكرة:وتبدأ من الثانية عشرة و تستمر حتى سن الرابعة عشرة.
 - 5-مرحلة المراهقة الوسطى:وتبدأ من الرابعة عشرة وتستمر حتى سن الثامنة عشرة.
- مرحلة المراهقة المتأخرة(مرحلة الشباب)وهي تبدأ من الثامنة عشرة وحتى سن الواحدة و
العشرين(عبد اللطيف عبد القوي مصلح:2010،ص27-29).

1-2-3-التعريف الاجتماعي:

هي علاقة فرد مع فرد ، جماعة لا تتوافق مع معايير المجتمع وان هذا الفرد او الجماعة لا
يتجاوز سنهم الثمانية عشرة (18)سنة.

هو صغير منذ ولادته وحتى ينضج اجتماعيا ونفسيا و تتكامل له عناصر الرشد،و المنظور
الاجتماعي لم يحدد سنا معينة،لان تحديد سن الرشد و النضج الاجتماعي و النفسي تتداخل
فيه عوامل متشابكة.

و الحدث المنحرف او الجانح يعني ايضا صغير السن ذكرا او انثى دون سن معينة قد لا يرتكب جريمة وفقا لنص القانون ، الا انه يعد و لأسباب مقبولة ذا سلوك اجتماعي او مضاد للمجتمع ، تبدو مظاهره في افعاله وتصرفاته لدرجة يحتمل معها ان يصير منحرفا اذا لم يتخذ معه الاجراء الوقائي المناسب(عبد اللطيف عبد القوي مصلح:2010،ص28).

هي علاقة فرد مع فرد ، جماعة لا تتوافق مع معايير المجتمع وان هذا الفرد او الجماعة لا يتجاوز سنهم الثمانية عشرة (18)سنة(عبير هادي المطيري:2013،ص120).

1-2-4-المفهوم القانوني:

الحدث " هو الصغير في الفترة بين السن التي حددها النظام للتمييز و السن التي حددها لبلوغ الرشد". و من خلال هذا التعريف القانوني نجد ان السن يعد المعيار العام الذي بموجبه يتم تحديد ما اذا كان الفرد حدثا ام لا، و تختلف تشريعات الدول في تحديد السن الادنى الو الاعلى،ومن خلال ما سبق نصل الى ان الحدث هو صغير السن الذي لم يكتمل نضجه او ادراكه ومسؤوليته حتى بلغ سن الرشد و التكليف الشرعي او القانوني سواء بلوغ سن الخامسة عشرة او الثامنة عشرة حسب ما اتفق عليه(اسماعيل يامنة واخرون:2015،ص122-123).

شخص قام بفعل جنائي لأي تجاوز السن الثمانية عشرة (18) سنة(عبير هادي المطيري:2013،ص120).

اما قانون حماية الطفل الجزائري في التشريع الجزائري نجد ان "الطفل":كل شخص لم يبلغ الثامنة عشر(18)سن كاملة،يفيد مصطلح "حدث"نفس المعنى(مولود ديدان:2016،ص4).

1-3-تعريف جنوح الاحداث:

الحدث الجانح هو الطفل الذي يؤتي اعمالا او سلوكا اجراميا لو اتاه الشخص الكبير لوقع تحت طائلة القانون العام

ويعرف الدكتور منير العصرة جنوح الاحداث بانه:"موقف اجتماعي يخضع فيه صغير السن لعامل او اكثر من العوامل ذات القوة السببية،مما يؤدي به الى السلوك غير المتوافق او يحتمل ان يؤدي اليه"

تعريف كريت بارتBart:"حالة تتوافر في الحدث كلما اظهر ميولا مضادة للمجتمع لدرجة خطيرة تجعله او يمكن ان تجعله موضوعا لإجراء رسمي.

يعرف ستالدون و بنور Stallone جنوح الأحداث بأنه: "سوء تكيف الأحداث مع النظام الاجتماعي الذي يعيشون فيه (اسماعيلي يامنة: 2015، ص 123-124).

1-3-1-التعريف النفسي:

جنوح الأحداث من الوجهة النفسية يعرف بأنه: "انحراف وهو صورة من صور ن الاضطراب السلوكي ، تتميز بالتعبير عن الصراعات النفسية بسلوك مناهض للمجتمع و الاستجابة لعدم التوافق بطرق عدوانية"، كما يركز علماء النفس باختلاف نظرياتهم على شخصية الحدث الجانح ومرحل نموه وتطوره، ويؤكدون على ان أي اضطراب جسمي او انفعالي لابد ان يحدث خلل (زيادة انقص) في عمليات النمو الطبيعي للشخصية، و بالتالي يؤدي الى ظهور اضطرابات نفسية مختلفة قد تدفع الحدث الى ارتكاب سلوك جانح او غير متوافق .

1-3-2-التعريف الاجتماعي:

يعتبر علماء الاجتماع جنوح الأحداث ظاهرة اجتماعية تتمثل في انتهاك لقاعدة حددها المجتمع ومن ثم فالدراسات الاجتماعية تركز على مجمل نشاط الجانح بقدر اكبر مما تهتم بالحدث الجانح كفرد فعالم الاجتماع "اميل دوركايم" يعتبر الجنوح ظاهرة اجتماعية عادية نظرا لوجوده في كل المجتمعات وكل العصور و بالتالي فدراسته يجب ان تتم بالطريقة الاجتماعية كما يعرف بأنه: "كل خروج على ماهو مألوف من السلوك الاجتماعي دون ان يبلغ حد الاخلال بالأمن الاجتماعي بصورة ملحوظة او خطيرة، تهدد الاستقرار الداخلي للمجتمعو يعرف بأنه انتهاك للتوقعات و المعايير الاجتماعية .

ويرى دور كايم Durkheim ان الجناح ظاهرة اجتماعية عادية نظرا لوجوده في كل المجتمعات و في كل العصور ، ويعتبر جزءا من ثقافة الجماعة التي ينتمي اليها الحدث، و بالتالي فان دراسته يجب ان تتم بالطريقة الاجتماعية

1-3-3-التعريف القانوني:

و التعريف الذي يشمل الواجهة القانونية و الاجتماعية للجناح تعريف محمد غباري بأنه: "سلوك غير البالغين الذين يقومون بخرق معايير قانونية معينة او معايير اجتماعية بصفة متكررة، تستلزم اتخاذ اجراءات قانونية تجاه مرتكب هذه الافعال سواء كان فردا او جماعة.

اما من الواجهة القانونية فيرى كل من فهمي ورمضان 1984 ان مفهوم جنوح الأحداث هو مفهوم تصنعه البيئة و المجتمع على اساس اجتماعي قانوني ، كما انه مفهوم نسبي متغير

يختلف من مكان لآخر ومن زمان لآخر تبعا للقوانين السائدة في المجتمع ، وتبعا لكيفية تطبيقها (اسماعيل يامنة وآخرون :2015،ص123-125).

ويلخص عبد الرحمان مصلح الى القول بان الحدث الجانح هو كل شخص لم يبلغ السن المنصوص عليها قانونا لبلوغ سن الرشد الجنائي، ويرتكب احد الافعال المخالفة للقانون او النظام العام.

وقد ذهب هورس (Horis) الى اعتبار الحدث الجانح بانه :الشخص الذي يقل عمره عن (16 او 18) سنة ، ويسلك سلوكا يخرج به عن القانون.

و يمكن القول من حيث المفهوم القانوني انه يفترض ان تتوافق لدى الحدث المنحرف او الجانح عدة عناصر اهمها:

1-ان يكون الحدث في حدود سن معينة.

2-ان يرتكب او يشارك في ارتكاب فعل يعاقب عليه بمقتضى القانون او يتواجد في احدى الحالات الخطيرة لانحراف التي تحددها النصوص القانونية.

3-ان تثبت ادانته بارتكاب هذا الفعل من احدى المحاكم او الهيئة القضائية المختصة(عبد اللطيف عبد القوي مصلح:2010،ص44-45).

الطفل الجانح حسب قانون حماية الطفل في التشريع الجزائري: الطفل الذي يرتكب فعلا مجرما و الذي لا يقل عمره عن عشر(10)سنوات.و تكون العبرة في تحديد سنه بيوم ارتكاب الجريمة(مولود ديدان:2016،ص5).

2-عوامل جنوح الأحداث:

هناك عدة عوامل التي تؤدي الى جنوح الأحداث يمكن تصنيفها إلى ثلاثة عوامل حسب المتغيرات (النفسية ، الاجتماعية،الثقافية)ومن ابرزها هي:

2-1العوامل الوراثية:

بما ان الوراثة هي انتقال خصائص معينة من الاصول الى الفروع في اللحظة التي يتكون فيها الجنين حيث يتم الاخصاب عن طريق اتحاد خلية ذكرية بخلية انثوية فينشأ من هذا الاتحاد الناتج يجمع بين خصائص الرجل و بين خصائص المرأة،سواء كانت الخصائص بيولوجية ام نفسية و بالتالي انتقال بعض الامراض العضوية و النفسية عن طريق الوراثة الى المواليد و بالتالي المساهمة في تكوين سلوكهم المنحرف ، فالوراثة هي قوة اولية و محدودة في نمو الفرد الاساسي(اسماعيل يامنة وآخرون:2015،ص158-159).

اعتقد **lombrozo** بوراثة الجنوح و ذهب للقول ان هناك مجرم بطبيعته له نمط جسمي – نفسي خاص. هذا الاعتقاد رفض من طرف باحثين شتى لكن لايعني ان الوراثة لا تلعب دورا. لاحظ باحثون ان الجنوح منتشر بين حاملي الصبغي **02 (XYY)** الثلاثي لكن حاملي هذا الزيغليسوا كلهم جانحين مما جعل **Edupre** يقول: "ان الميل للفعل لا يعني بالضرورة ارتكاب الفعل و **Gheuyer** يرفض حتمية الوراثة لان الهشاشة التكوينية و الوراثة تدعم ن طرف ظروف علانقية واجتماعية رديئة ، و باحثون يشيرون الى ترابط بين الجنوح و المرض الجسمي (بدرة معتصم ميموني: ص244).

2-2-العوامل الاجتماعية:

1-2-2 المحيط الاسري:

ان الاسرة تلعب دورا فعالا في انحراف الطفل وللخلافات الاسرية وتفككها او غياب احد الوالدين، والدلال الزائد،و القسوة، والحرمان تأثيرا كبيرا على نظرة المراهقين لأنفسهم مما يؤدي الى اضطراب مفاهيم ذواتهم وتفكك روابطها ، فيظهر ذلك على شكل جنوح يتمثل في التحدي و الحقد و التمرد وممارسة الافعال التي يرفضها المجتمع ويحرمها القانون (عبيد هادي المطيري: 2013، ص120).

ان الاسرة الخلية الاولية و البيئة الصالحة التي من خلالها يشبع الطفل حاجاته البيولوجية و النفسية وتساعد الطفل في التنشئة و التطبيع الاجتماعي، لكن اي خلل في هذه الاسرة يؤدي الى انحراف الحدث و دخوله ضمن المشكلات الاجتماعية (محمد احمد الزعبي: 2001، ص412).

2-2-2التسرب المدرسي:

ان المدرسة مؤسسة تربوية اجتماعية يتعلم الطفل فيها كثيرا من المعارف والقيم، ولكنها قد تفشل في اداء مهامها نتيجة سوء المعاملة ادرارة المدرسة و المدرسين للطفل ، فيجعل الطفل من المدرسة مثيرا شرطيا للألم و العقاب ، فيكون هروبه من المدرسة وسيلة مناسبة لخفض التوتر و القلق ، مما يسهل تعرضه للجنوح ، لان الهروب من المدرسة احد مظاهر الجنوح.

3-2-2جماعة الاصدقاء:

ان اندماج الطفل في جماعات الرفاق يجعلهم يشعرون بالأمن والانتماء من خلال اللعب ، لان هذه الجماعات تشبع في نفس الطفل حاجات كثيرة وتمكنه من تأكيد ذاته وتزوده بالخبرات والمهارات . كما ان للأقران دور كبير في احداث سلوك الجانح لان الطفل

معرض للانحراف اذا اتخذ اصدقاؤه من بين افراد الجماعات المنحرفة فيتعلم الانحراف من خلال الايحاء و التقليد.

2-2-4-و وسائل الاعلام و الاتصال:

يقصد بها جميع الوسائل الفنية التي تسمح بالانتشار السريع للإخبار و الآراء و الأفكار وتشمل هذه الوسائل : الصحافة ،السينما،وسائل الاعلام المسموعة و المرئية كالتلفزيون و الانترنت وغيرها من الوسائل وأدى الانتشار الواسع لهذه الوسائل في المجتمع الجزائري إلى ظهور نتائج سلبية وساهمت في ظهور انواع جديدة من الانحراف وتطور أساليبها كما لعبت دورا في تنمية الاستعدادات للمغامرة (التطبيق المستعمل عبر شبكة العنكبوتية والذي كان له عدة ضحايا في المجتمع الجزائري سنة ألفين وسبعة عشر 2017 الا وهو تطبيق الحوت الأزرق والذي كان السبب وراء انتحار العديد من الأطفال و المراهقين) **عبير هادي المطيري: (2013،ص120) .**

قد تكون وسائل الاعلام وعلى راسها التلفاز اداة مسرعة لظهور الجنوح عند الافراد وذلك لما يكون تأثيرها سلبيا بان تظهر الجانح في الأفلام مثلا بطلا يتحدى القانون ويقوم بمغامرات بطولية ، حيث يكون تقمص شخصية الجانح الذي يظهر بطلا ذوتاثير على التكوين النفسي للأطفال.

2-2-5-التمدن:

يتكاثر الجنوح في المدن لأسباب اجتماعية ،اقتصادية، نفسية،فالمدين بإغراءاتها تثير رغبات و حاجات للاستهلاك الا ان الفئات الهشة ماديا لا يمكنها اشباع تلك الرغبات مما يخلق شعورا بالإحباط رغبة في التملك و بالتالي الميل للجنوح كحل.

2-2-6-الانوميا:

تحدث الانوميا من الفجوة بين الاهداف و الوسائل لتحقيق تلك الاهداف ما يدفع الافراد الى تكوين ثقافات خاصة تتميز بالسلوك المنحرف الجانح كطريقة لمقاومة الاحباط و التمييز الاجتماعي .يذكر ان المنحرف الناجم عن الانوميا ليس شخصا مريضا و انما انتهج الجنوح كرد فعل طبيعي للتوتر الناتج عن الفوارق الاجتماعية ، قد اعتبر مارتون Merton ان العائلة قد تساهم في بروز الانوميا عندما تسقط طموحاتها على اطفالها دون ان يكون لهؤلاء الاخيرييين القدرة و الرغبة و الكفاءة على تحقيقها **(بدرة معتصم ميموني:،ص245-248).**

3-2- العوامل الاقتصادية :

ونقصد بها الحالة الاقتصادية للأسرة و حالة الاقتصادية للمجتمع المحيط لان الظرف الاقتصادية ، وغلاء المعيشة ، والبطالة ، وضعف دخل الاسرة و فقرها من اهم العوامل التي تؤدي الى جنوح الاحداث (عبير هادي المطيري:2013،ص120).

2-4-العوامل النفسية:

لم تتلقى العوامل النفسية اهتماما من طرف علماء الاجرام الا في مطلع القرن 19 ، حيث كان المنحرف بالغيا او حدثا يعاقب دون مراعاة الجوانب النفسية التي قد تكون احدى العوامل التي ادت به الى الانحراف،بدليل انول مركز لملاحظة الاحداث انشئ سنة 1990 م من طرف العالم الامريكي هيلي Healy بالولايات الامريكية المتحدة،ثم تلى ذلك انشاء هذه المراكز في اوروبا وامريكا ككل لدراسة حالة الاحداث الجانحين صحيا و نفسيا و اجتماعيا

ان شعور المراهق بالإحباط المتكرر و الحرمان العاطفي و الانفعالي وعدم الشعور بالأمن النفسي يؤدي الى تكوين مفهوم ذات سلبية لديه و الى انخفاض في تقدير ذاته ، مما يشعره بكرهية ذاته وانه غير اهل للقيام بالكثير من الاعمال وهذه المشاعر عند المراهق تجعله يقوم بسلوكيات دفاعية مثل : التمرد والميل للتخريب وكثرة الشك و الريبة كما يتصف سلوكه بالرعونة و الاندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس و بناء على ذلك فان هذه الحالة النفسية التي يعيشها المراهق تجعله مضطرا للقيام بتفريغ شحنته الانفعالية و يوجهها على شكل سلوكيات جانحة و غير متفقة مع قوانين المجتمع وعاداته و قيمه(اسماعيلي يامنة واخرون :2015،ص159-160).

من خلال دراسة شخصيات الاطفال الجانحين ان ارتكاب الاطفال لبعض الجرائم او الجنح راجع الى عوامل تتعلق بعدم التكيف الاجتماعي كما ان ظاهرة عدم التكيف الاجتماعي تبدو واضحة فيما يتعلق بانحراف المراهقين حيث انهم يعانون من ظاهرة التخلف في النضج النفسي الاجتماعي وهذه الظاهرة قد يسببها العديد من العوامل مثل ضروب الاحباط التي يعاني منها المراهق، والاطباء الجسيمة التي قد تكون ارتكبت في عمليات التربية ، او مشاعر الدونية التي قد تسيطر على نفسية المراهق لسبب او لآخر وكذلك عامل الحرمان الذي يؤدي الى حالة من القلق و التوتر التي تؤدي الى اضطراب في سلوك الحدث اضطرابا يأخذ شكل سلوك المنحرف(عبير هادي المطيري:2013،ص121).

حاول التحليل النفسي تفسير الجنوح على اساس هذا الحرمان الذي ادى الى ضعف او اضطراب الانا و الى ضعف و اضطراب الانا الاعلى .لذا يجب دراسة بنية الشخصية

يقول: "ان وظيفة علم النفس التحليلي تكمن في تحليل كيف يخفف الفعل الجانح من الضغوط و يحقق بعض الامكانيات (بدرة معتصم ميموني: 2005، ص248).

3-أصناف الجانحين ومفهوم الذات لديهم:

أكد العلماء والباحثون ان الجانحين لا يندرجون تحت صنف واحد ، وإنما يندرجون تحت أصناف عديدة ، يشكل منها نمطا خاصا من أنماط الجنوح وهم على النحو الآتي:

3-1-الجانحون المتطرفون:

وهم الأشخاص الذين خرجوا عن القواعد الفكرية ، و القيم، و الأساليب السلوكية السائدة في المجتمع، وتبنوا ثقافة مضادة ذات قيم ومعايير ومعتقدات ومواقف متشددة وسلوكيات منحرفة. ومن أصنافهم ما يلي:

3-1-1الجانحون المتطرفون دينيا:

وهم الأشخاص الذين تجاوزوا حد الاعتدال في السلوك الديني فكرا وعملا والنظرة اليهم نظرة تشاؤمية ، واعتزال المجتمع اما لعدم مشاركته في المنهج الجاهل او لتكوين نواة جديدة لجذب أعضاء جدد يكونون بمثابة مجتمع جديد خاص بهم يدافعون عن فكرهم المتطرف ومبادئهم المنحرفة التي ينشدونها(عبير هادي المطيري، 2013، 122)

3-1-2 -الجانحون المتطرفون سياسيا:

وهم الاشخاص الذين يفشلون في تحقيق اهدافهم التي لا تتفق مع النظم الاجتماعية السائدة في المجتمع فيتمردون على المجتمع ويرفون قيمه ومعاييره بصورة واضحة ويتبنون لأنفسهم قيما ومعايير ومبادئ مضادة ويقومون بأعمال متمرده ومناهضة للنظام الاجتماعي القائم و الثورة عليه بهدف تغييره او ازالته وهنا تتضح الصورة فانعدام تحقيق الذات لدى الفرد او تحقيق القدر الملائم من تقدير الذات يلجئ الفرد الى الجماعة أيا كان نوعها يجد في اطرها ما يحقق له ذاته و يضمن لها تقديرها(عبير هادي المطيري: 2013، 122-123).

3-1-3الجانحون العنيفون :

وهم الاشخاص الذين يرتكبون اعمالا عنيفة مثل القتل و الاغتصاب و السرقات الخطيرة سعيا وراء اشباع حاجاتهم ويكونون على شكل عصابات وناقمون على المجتمع الذي لم يتح لهم فرصة الحياة ، اما مفهوم ذات هؤلاء فان الجانح هنا يميل لان يكون اقل اجراما عن الجانح العنيف وان هؤلاء المتصارعين لا يعرفون انفسهم كجانحين ، ولكن في عصابة صلبة ، كما انهم لا يدركون انفسهم كجرائمين(عبير هادي المطيري، 2013، 123)

3-1-4 الجانحون الانهزاميون:

وهم الأشخاص الذين يتورطون في ارتكاب افعال جانحة في صورة هجوم عدواني من اجل الحصول على اموال لشراء المخدرات او لتعاطيها ، او التعرف على مصادر الحصول عليها باي اسلوب حتى لو كان اجراميا . امام مفهوم الذات لهؤلاء فان الجانح الذي يتعاطى المخدرات غالبا ما يظهر صورة ذاته كمدمن اكثر من جانح او مجرم . كما ان مدمن المخدرات ينظر الى نفسه كشخص لديه العديد من المشاكل في حياته تدفعه الى تعاطي المخدرات (عبير هادي المطيري: 2013، ص124).

3-2- الجانحون السيكباتيون :

الجانحون السيكوباتيون هم الأشخاص الذين يعبرون ان ازماتهم بتحدي المجتمع ، والخروج على نظامه ، او التخلي عن جميع المسؤوليات ، والاستسلام لحياة عبث وفوضى ، ويرتكبون أفعالا جسيمة . اما مفهوم تقدير الذات هؤلاء فانه يتميز بالانخفاض الشديد نتيجة ازماتهم واضطراباتهم النفسية والاجتماعية التي يعانونها ، وفقدان الثقة بأنفسهم و بالآخرين ، والافتقار إلى التقدير و الاحترام ذواتهم ، وادراكهم للواقع بصورة مشوهة (عبير هادي المطيري: 2013، ص124).

3-3 الجانحون العصبيون:

وهم الاشخاص الذين لديهم اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي في الشخصية ويتسم افراد هذا الصنف بالخجل ، القلق،الاكتئاب،و الصراع مع سلوكياتهم الاجتماعية . اما مفهوم ذات هؤلاء فانهم ينظرون الى انفسهم على انهم غير جانحين ، كما انهم يعرفون الصفة المنحرفة لسلوكهم (عبير هادي المطيري: 2013، ص125).

3-4 -الجانحون العدوانيون:

وهم الاشخاص الذين يرتكبون افعالا هجومية ، و افعالا ذات قسوة بالغة موجهة نحو الانسان والحيوان بدون اي سبب . ومفهوم الذات لهؤلاء لأي عرف الحدث الجانح العدواني نفسه كجانح ولكن كضحية للبيئة العدوانية ، ونظرته الى الناس انه لا يمكن الوثوق بهم ويشك في الافراد الاخرين ويتجه بعدائه تجاه الاخرين بقصد ان يضرب اولا قبل ان يعاقب او يؤذي من الاخرين ، ويتوقع الدوافع السيئة دائما من الاخرين (عبير هادي المطيري: 2013، ص125)

3-5 الجانحون اصحاب السلوك المشاكل:

وهم الاشخاص الذين يرتكبون اساءات غريبة فردية خطيرة في طبيعتها مثل جرائم التخريب المتعددة ، الشذوذ الجنسي وهم غالبا يرتكبون جنوحهم بأسلوب الذئب المفترس . ومفهوم الذات لهؤلاء يظهر انفسهم انهم غير جانحين ، ويرى الجانح نفسه انه مختلف عن كل الجانحين وانه من غير الجانحين ، ويجهل نماذج سلوك الجانح ن وهو منطو و يظهر العديد من الاهتمامات الخاصة(عبير هادي المطيري:2013،ص126)

4- السمات التي يتميز بها الجانحون:

ذكر العديد من العلماء و الباحثون في مجال علم النفس الى عددا من الخصائص و السمات التي يتميز بها الجانحون من بينها الاتي: (عبير هادي المطيري:2013،ص127).

- 1-لديهم مفهوم سيئ عن الذات.
- 2-الميل للسيطرة والعدوان.
- 3-عدم القدرة على تحمل المسؤولية ، العزلة، و الشعور بعدم السعادة، وضعف التكوين العاطفي نحو الذات .
- 4-انعدام الشعور بالذنب أو الخجل أو بأدنى رغبة في إصلاح سلوكهم الفاسد.
- 5-الاندفاعية والعجز عن ضبط دوافعهم أو الوصول لدرجة الإشباع .
- 6-انهم غير اجتماعيين وغير قادرين على إقامة العلاقات السوية مع الآخرين.
- 7-ضميرهم الأخلاقي لم ينضج نضجا كافيا فهو يأخذ أشكالا ثلاثة تبدو في الضمير المتزمت شديد القسوة،و الضمير الضعيف الهزيل،و الضمير المتأرجح بين القسوة و التراخي.
- 8-غياب الضمير الحي ، الانبساطية الزائدة.
- 9-التقلب الانفعالي ،و الشعور بالنقص .
- 10-الميل للاستغراق في أحلام اليقظة ،و الشعور بالقلق ،وسوء التكيف الاجتماعي.

5- النظريات المفسرة لظاهرة جنوح الاحداث:

تعددت وتباينت النظريات التي اهتمت بتفسير ظاهرة الجنوح ،حيث ركزت كل نظرية على مشاهدات معينة،كما ركزت على مقولات انفردت بها عن غيرها فادى ذلك الى اختلاف

استنتاجات كل نظرية عن الأخرى. وتعرض الباحثة في هذا الجزء من الفصل أهم النظريات التي اهتمت بتفسير ظاهرة الجنوح على النحو الآتي:

5-1- النظرية البيولوجية:

على وجهات خلاف النظر السيكولوجية و الاجتماعية يرجع بعض العلماء الجنوح الى عوامل بيولوجية ووراثية ،حيث يرون بان المرضى نفسيا ربما يكونون قد ورثوا جينات سيئة او رديئة وربما يرجع ذلك الى اصابة في خلايا الدماغ،بمعنى وجود عجز عصبي ما لديهم يجعلهم اقل قدرة على الاستجابة للضوابط الاجتماعية مقارنة بزملائهم ممن يطيعون القوانين.

ونظرا لان لومبروزو **Lombroso** كان طبيبا ز ضابط و استادا جامعيا، كل هذا اتاح له ان يقوم بفحص بعض الجنود المجرمين و الاسوياء و الاخيار معا،وقد توصل الى ان المجرم او المنحرف انسان شاذ من الناحيتين العضوية و النفسية ، فمن الناحية العضوية يتميز بعدم انتظام في شكل الجمجمة و ضخامة في الفكين و بروز في عظم الخدين و غيرها من الصفات ، ومن الناحية النفسية لاحظ لو مبروزو **Lombroso** ضعف احساس المجرمين بالألم نتيجة لكثرة الوشم على اجسامهم ، و غلظة القلب و انعدام الشعور بالخل و غيرها.

ويمكن ان نلخص نظرية لومبروزو **Lombroso** في السلوك الجانح و التي ركز فيها على وجود صفات عضوية يتميز بها المجرم من غيره، و قد تعرضت نظرية لومبروزو **Lombroso** الى كثير من الانتقادات و التي اضطرته في النهاية الى اجراء تعديل عليها ، فادخل تأثير العامل العصبي في السلوك الاجرامي.

وتشمل نظرية كرتشمير **E. Kretchmer. Body Build Theory** احد الاتجاهات البيولوجية في تفسير الجريمة ، و يحاول اصحاب هذا الاتجاه الربط بين انماط بناء الجسم ، و ارتكاب اشكال معينة من الجرائم (ودراسة الانماط) نظام و صفي يقسم اناس الى فئات محددة طبقا لبناء او تكوين الجسم ، و يضع وصفا للخصائص الجوهرية التي تميز كل فئة او نمط (اسماعيلي يامنة: 2015، ص 133-139).

5-2- نظرية التحليل النفسي:

ميز فرويد الجانح عن باقي مكونات الشخصية بالعنف ، اذ افترض ان الجانح ذو انا اعلى عنيف يمارس على صاحبه نوع من القمع و يدفعه الى تبني سلوكيات في وضعيات مختلفة تنتهي به الى العقاب، حيث يؤكد ان الجانح يرتكب افعال مضادة للمجتمع بحثا عن العقاب المتولد عن انا اعلى شديد القسوة ، كما يبحث بشكل دائم عن العقاب من اجل الهدوء ، و

يعتبر ان السبب في ذلك هو فشل حل عقدة اوديب الناتجة عن تعلق الطفل بأمه ونشأة مشاعر العدوانية اللاواعية الموجه نحو الاب، ومشاعر الذنب خوفا من انتقام الاب هذا ما يتدخل في بناء الانا الاعلى على اساس صورة الاب الهوامي "الاب العنيف"، واما عن تفسير فرويد لتكرار الفعل العدوانى فيؤكد انه متولد عن المطالبة الدائمة بالعقاب من طرف الانا الاعلى (مصطفى حجازي :1995،ص26).

م.كلاين ساعدت البحث على التقدم فيما يخص وجود او عدم وجود الانا الاعلى عند بعض المجرمين الذين لا يبدون شعورا بالذنب و تقول ان هناك شعورا بالذنب العميق و ليس ظاهرا ووضحت وجود انا اعلى بدائي مبكر تكون قبل الاوديب.

هذا ما اثبتته لاقاس ،سيناكو لا كان وجدوا عند الجانح ضميرا اخلاقي بدائي يعيش فيه كل علاقة مع نفسه ومع الاخر على شكل سادي -مزوخي و عدواني .

Aichorn ركز على الاحباط و الحرمان مما يجعل الاطفال و المراهقين غير قادرين على التحكم في اندفاعاتهم النزوية وتوجيهها نحو اهداف ثانوية ، الصراع مع المجتمع يضاف الى هذه الاحباطات (بدره معتصم ميموني:2005،ص250).

3-5- النظرية السلوكية المعرفية:

بالإضافة الى اهمية المثير و الاستجابة اهتم باندورا Bandora بما يدور في ذات الفرد من عمليات قبل الوصول الى الاستجابة الا انه اختلف عن روتر Rotter في اعطائه اهمية زائدة بالتعلم عن طريق الملاحظة او النمذجة (ناصر ميزاب:2005،ص207).

يرى البرتنبندورا (A. Bandora) و والترمتشل (W. Mishel) وريتشارد والترز (R. Walters) و غيرهم ومثال هذا المدخل نجد ان سلوك الاطفال يتبع ردود افعال من قبل الاخرين سواء اكان سلبا ام ايجابا و خاصة اولئك الكبار المحيطين بهم ولديهم علاقات تواصل معهم و بشكل خاص مثل الاباء و الاخوة الكبار او مايسميه توماس (Tomas) الناس المهمين اضافة الى ذلك مايشاهده الصغار من افلام تنسم بالعنف و يتم تعزيز هذا السلوك و مكافئته فسوف يستجيب الطفل بنفس الاسلوب اذا مر بنفس التجربة.

ورأى العالم فيلين والتر (V. Whterz) وكذلك زميله العالم توماس وايت ان علم الجريمة قد اهمل الجانب او البعد الادراكي و المعرفي في الشخص وفي هذا المجال لاحظ العالم ان العوامل الاجتماعية والبيئية لاتحدد الجنوح ولكنها تحد منه، وهذا يعني ان العوامل الاجتماعية او البيئية اما ان تضاعف من الفرص المتاحة للسلوك او تضاعفها،وهنا يبرز دور الطبيعة الانسانية العقلانية التي تحدد شكل السلوك و النشاط الانساني (اسماعيل يامنة:2015،ص150-151).

4-5- النظرية الاجتماعية:

تفترض ان الخبرات التي يكتسبها الفرد من خلال مراحل التنشئة الاجتماعية هي التي تشكل حجرة الاساس في بناء الضوابط الداخلية للسلوك الانساني الظاهر ،وتناقش هذه المجموعة عدد كبير من الظواهر النفسية الاجتماعية ذات الصلة بتكوين السلوك الجانح كالأحياء و التصدع الاسري وتأثير الاب و الحرمان من الام و الطلاق او الانفعال(عبد الرحمن العسوي:1984،ص41).

يستند الاتجاه الاجتماعي في تفسير الجنوح على عكس الاتجاهات الفردية الى عوامل خارجية لا تتصل بالتكوين العضوي و النفسي للفرد و انما تتعلق بالظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و السياسية و غيرها من الظروف المحيطة بالفرد ، و قد اخضع علماء الاجتماع الجنوح لنفس القواعد التي تخضع لها كافة صور السلوك الاجتماعي .

رأسميللز Mills1959: ان تفسيرات البناء الاجتماعي ودوره في تفسير الظواهر و السلوك الاجتماعي تربط جنوح الاحداث بالأصول او الجذور الاجتماعية الى ملامح البناء الاجتماعي فتساهم بشكل غير مباشر في الجريمة وذلك من خلال البطالة و الفقر و انخفاض مستوى التعلم وتدني الدخل(اسماعيلي يامنة واخرون:2015،ص152-154).

6-صعوبة التكفل بالأحداث الجانحين:

الواقعة ان ظاهرة كثرة الانحراف بالجزائر لم تعد من البساطة بحيث يمكن التقاضي منها وذلك بسبب عدة مشاكل عرقلت التكفل النفسي و الاجتماعي ، حتى اصبحت المراكز المختصة لا تلعب دورها في تعديل السلوك واصبحت مقر يمر منها الحدث لاكتساب تجارب اخرى اكثر حدة واكثر قوة.ومن هذه المشاكل مايلي:

*المشرع ساوى بين التدابير التي تتخذ لمعاملة الحدث المعرض للانحراف (على خطر معنوي)و الحدث المنحرف (على خطر مادي)، على الرغم من اختلاف درجة خطورة كل واحد منها .

*لم يعز المشرع معاقبة الاولياء عن القصر بحيث لم يقرر لذلك عقوبة ولي امر الطفل بعد ان يتلقى انذارين مثلا عن تدهور حالة الطفل واغراقه كما هو الحال في بعض الدول الاوروبية .

*لم يخصص المشرع شرطة و لا قضاء مختص في شؤون الاحداث بحيث تستفيد عدالة الاحداث من مستجدات الكشف العلمي في هذا المجال .

*وحد المشرع الجزائري المحكمة التي تنتظر حالة المجرم وحالة الحدث المعرض لخطر الاجرام واسند الطل لقااضي الاحداث ،وكان الاولى اعطاء الاختصاص هذه الحالة الاخيرة لهيئات الخدمة الاجتماعية لتفحصها ومعالجتها

*اما في الجانب التربوي قلة المربين المختصين و المربين المهتمين بهته الفئة ، حيث يوجد معتمد وحيد على مستوى الوطن مكلف بالتكوين حيث كل دفعة تخرج من 40 الى 50 بين مربى ومربي مختص وان هذا العدد لا يكفي لتغطية الكم الهائل من الاحداث الموزعين على مستوى الوطن .

*قلة الامكانيات المادية مع قلة حجم المراكز و العدد الكبير الموضوع من الاحداث .

*عدم حماية المربين وعدم وجود قوانين تحميهم من حجم المسؤولية المنوطة بهم مما جعل جل المربين لا يحبذون التكفل بهاته الفئة ويلجئون الى فئات اخرى لا يصر منها الخطر كالمعوقين او الطفولة المسعفة.

هذه النقائص وغيرها التي واجهت التكفل جعلت من المربين بهته الفئة هدفهم الحراسة من الهروب و اشغال الاحداث بأية وسيلة الغرض منها تخفيف الهروب من المؤسسة .وان هذه النقائص ساهمت في تطوير الظاهرة الانحرافية و الاجرامية وربما هي التي دفعت بالسلطات الى اعداد قانون خاص بحماية الطفولة و المراهقة يتألف من 168 مادة جاءت لتكوين حماية المراهق من الآفات الاجتماعية ومن الاستغلال في العنف والعمل في سن مبكرة ،كما انه عزز الاجراءات التحقيق و المحاكمة بما يمكنها منة تحقيق غرض حماية الاحداث (عميري بومدين:2013،ص34).

7-حجم وتطور ظاهرة الجنوح في الجزائر:

تعتبر الاحصائيات الجنائية و وسيلة لا غنى عنها في تحديد حجم مشكلة الجنوح ، اذ لا يمكن معرفة ابعاد هذه المشكلة ومدى ماتشغله من حيز في المجتمع دون محاولة حصر تكرار الجانح بأنماط المتباينة و تقدير نسبة هذا التكرار الى المجتمع الاصلي لفئاته المختلفة .

لوحظ في العشرية الاخيرة من القرن الماضي الانتشار الواسع للجريمة و الجنوح وعدم تمكن الدولة من السيطرة عليها،و ذلك لتطافر مجموعة من الاسباب و الدوافع القاهرة التي دفعت الشباب الجزائري الى الجريمة و العنف،سواء العنف المادي او العنف المعنوي او في المحيط الاجتماعي الضيق الاسري او المحيط الاجتماعي الواسع.

وقد اختلفت الجرائم و الجنح في خطورتها بين السرقة و الضرب و المخدرات و التعدي على املاك العامة و الخاصة ، واخرى كتشكيل جماعة اشرار و هتك العرض،حيث سجلت حالات سرقة ارتكبت من طرف الاحداث تتراوح اعمارهم بين 16 و 18 سنة بنسبة

58% من العدد الاجمال للموقوفين ، تليها شريحة ما بين 13 و 16 سنة ، كما ارتفعت عدد مراكز اعادة التربية الى 38 مركزا في سنة 2003، وهي تسعى الى تحقيق الرعاية المتكاملة من الناحية الاجتماعية و النفسية والمهنية للحدث (اسماعيلي يامنة و اخرون:2015:ص175-178).

8-الوقاية و العلاج:

8-1-الوقاية:

يقصد بالوقاية بالوسائل الوقائية العامة كل مايشمل الحياة الاجتماعية كليا ، هدفها الرئيسي هو تطوير المجتمع ، وتحسين اسباب المعيشة مع رفق المستوى الاجتماعي و الاقتصادي و الصحي و الاخلاقي،مع تهيئة اسباب العمل المنتج المفيد ، وتحسين ظروف السكن .اما الوسائل الوقائية الخاصة تهتم بصورة مباشرة بوضع الاحداث المهددين بخطر الجنوح او الانحراف ، اذ تعمل على تنقية المحيط الذي يعيشون فيه،كل هذا من اجل توفير الحماية اللازمة لذلك . ان اول من تقع على عاتقه هذه المسؤولية هي الاسرة ثم المدرسة ثم الاعلام واخيرا الشرطة

8-2-العلاج:

من بين اهم الطرق العلاجية باختصار نذكر منها :

-الايدياع في مؤسسات الاحداث سواء مصلحة الملاحظة و التربية في الوسط المفتوح او في المراكز الخاصة بالحماية او المراكز المتخصصة في اعادة التربية .

-تقديم اساليب علاجية ديناميات الجماعة و الارشاد النفسي من قبل المرشد النفساني

-التوجيه التأهيلي المهني مع المهن التي تتفق ورغبتهم في مرحلة التدريب او العمل بعد التدريب

ثانيا:التدابير الإصلاحية و مؤسسات التكفل

1-التجارب الدولية في تأهيل و ادماجالأحداث الجانحين:

1-1-تجربة كوليام هيلي d.w.healy :

يعتبر هيلي مشكلة الجنوح مسالة فردية ترتبط بشخصية الجانح وحده وذلك اعتمادا على نتائج الدراسة التي قام بها و هو كذلك يتفق مع عدد من النظريات النفسية في تغيير الجنوح وهذه النظريات كثيرة مثل نظرية فرويد و ايشهونو ميلاني كلاين ...الخ.

2-1- تجربة Chiffarton Show:

تعد تجربة التدخل لمدين شيكاغو الأكثر شهرة ليس في الولايات المتحدة و حدها ولكن في العديد من دول العالم ،هذه التجربة انطلقت في لأربعينيات القرن الماضي ،وتأثرت كثيرا بالأفكار الاجتماعية لمدرسة شيكاغو، وخاصة افكار **Chiffarton Show** المرتكزة على اهمية تنظيم الاحياء داخل المدينة انطلاقا من الدراسة الهامة التي انجزها بمعينة **Henry** سنة 1942

3-1- تجربة engey:

في ستينيات القرن الماضي برزت عدة محاولات لخلق برامج جديدة مرتكزة على النظريات السوسولوجية الحديثة ، والتي تعتبر الجنوح بصفة عامة و جنوح الاحداث على وجه الخصوص مظهر التفاعل الاجتماعي و على اعتبار تجربة **Provo** التي تعتمد في علاج الاحداث الجانحين على احداث وظيفة مع 'نشاطهم السابق

4-1- تجربة Brathwaite:

تندرج افكار هذه التجربة في سياق سوسولوجيا الضبط الاجتماعي ، المنبثقة عن ضرورة فهم العلاقة التي تربط الجريمة او الفعل الجانح بميكانيزمات الضبط الاجتماعي

5-1- تجربة بوسكوفيل Boscoville :

لقد شكلت التجربة الكندية في رعاية وادماج الاحداث الجانحين تجربة غنية بكل المقاييس ، الهمت العديد منى الباحثين و الدارسين من مختلف بقاع العالم ولتزال مؤثرة و فاعلة و قادرة على الابتكار و التجديد .استعملت هذه التجربة اسسها النظرية في التراث الاكاديمي لعدد من المدارس و الاتجاهات كالتحليل النفسي و لاتجاه السلوكي و المعرفي

6-1- تجربة Juliam Oman Acker 1997:

تعتبر هذه التجربة ان علاج الاحداث الجانحين داخل المؤسسات الإصلاحية لا يؤهلهم اصلاحا للإدماج الاجتماعي .مما مادفعه الى البحث عن مشاريع بديلة لإدماج الاحداث دون ايداعهم بالمؤسسات الإصلاحية ومن بين التوصيات هذه التجربة و التي تتعلق بالجانب النفسي هي عدم الاخذ باتجاه نفسي علاجي محدد كما هو سائد في العديد من المؤسسات الإصلاحية للأحداث ، بدلا من الاستفادة من جميع الاتجاهات النفسية ، والاجتماعية و الثقافية و تكيفها مع كل حالة على حدة(عميري بومدين:2013،ص60-68)

2- دور الاجهزة العاملة في مجال رعاية الاحداث:

2-1-1- شرطة الاحداث:

تعد شرطة الاحداث او عمل اختباري لمدى الصدق في العدالة التي يتضمنها اي تطوير قانوني خاصة في مجال الاحداث، فالعلاقة بين الشرطة و الاحداث ليست علاقة قانونية فحسب بل علاقة اجتماعية في المقام الاول (اسماعيل يامنة واخرون: 2015، ص197)

ان التنظيمات الشرطةية جهاز متكامل له انظمة و قواعده الخاصة، ويعمل افراده بشكل متهاون للمحافظة على الامن و سلامة الناس و تنفيذ القوانين، ولما كانت من اهم اجهزة الدولة الحديثة لما لها من سلطات ، و ما تملك من امكانيات فنية و بشرية تفتقر لها الكثير من الاجهزة التنظيمية الاخرى، لذا اصبح من الواجب عليها تحمل عبئ معالجة الانحرافات السلوكية و الوقاية منها .

لقد تم انشاء فرقة حماية الطفولة على مستوى امن كل ولاية من ولايات الوطن بموجب المشور رقم 8808 بتاريخ 1982. ففي البداية انشأت هذه الفرقة في المدن الكبرى (الجزائر و عنابة و قسنطينة و وهران و سيدي بلعباس و تيزي وزو)، ثم توسعت لتشمل كل الولايات.

تتمثل مهمة هذه الفرق في قمع المخالفات المرتكبة من طرف الاحداث من جهة ، و في حمايتهم من جهة اخرى ، وان المهمة الاخيرة في جوهر عمل هذه الفرق ، حيث يتم من خلالها اكتشاف القصر في حالة فرار او التشرذ ، ومع مستغليهم و المسيئين لهم .

و يشرف على هذه الفرق مكتب حماية الطفولة بالمديرية العامة للأمن الوطني ، ويعني بمتابعة كل قضايا المتعلقة بانحراف الاحداث على مستوى التراب الوطني، ان الشرطة تمثل نقطة الاتصال الاولي بنظام قضاء الاحداث ، واول من يواجه الحدث عند جنوحه او تعرضه للانحراف. أي عند وجودهم في حالة تستدعي اتخاذ اجراءات وقائية او اصلاحية بشأنهم، ومعاملتهم للحدث في هذه المرحلة تعتبر اولى خطوات اصلاحية وتقويمية .

العلاقة بين الشرطة و الاحداث ليست علاقة قانونية و حسب ، بل هي علاقة اجتماعية في المقام الاول ، و بالتالي توسعت وظائفها من حفظ الامن الى القيام بأدوار جديدة ، تدخل ضمن مجال الرعاية الاجتماعية. وهو الامر الذي جعل من الشرطي مساعدا اجتماعيا يعتمد في تدخله مع الاحداث على قواعد و اساليب خاصة في التعامل ، تتوافق مع احترام العقد او الميثاق الاجتماعي الذي اقرته المواثيق و التشريعات المختلفة. (عبد العزيز جاهمي: جانفي

اجوان: 2013، ص92-94)

2-2-قاضي الاحداث :

لاريب ان المسؤولية الملقاة على عاتق قاضي الاحداث في رئية دعوى الحدث المائل امامه و فصلها بصورة صحيحة هي مهمة جسيمة .فقراره لا يؤثر عل حياة الحدث و مضيره فحسب ، بل انه اذا لم يكن صائبا قد يثقل كاهل المجتمع و يعرضه لشديد الاخطار اذا ما اصبح الجانح المبتدي مجرما معتادا.

فجهود الحاكم يجب ان لا تقف عند حد التثبيت من الجريمة و فرض العقوبة بل ان تذهب الى ابعد من ذلك من خلال تحري بواعث الفعل الدفينة و واقعه الظاهرة والكامنة و العمل على ازالتها و استئصالها .

وهذا معمول به على مستوى محاكم الاحداث بالجزائر حيث ان قاضي الاحداث يصدر امرا، ان توفر المعلومات الاجتماعية و النفسية و التربوية لدى القاضي يؤهله فضلا عن ثقافته القانونية ،الى تفهم نفسية الحدث اولا ،و تصور نوع و طبيعة البحث الذي يجب ا يجري على الحدث قبل اصدار الحكم ثانيا،و تشخيص العلاج الملائم لإعادة تأهيل الحدث الذي هو المقصود و الهدف من عمل القاضي و الذي يقدمه في صيغة حكم(اسماعيلي يامنة واخرون:2015،ص197-198)

اذا كانت التنظيمات الشرطية هي الحلقة الاولى في نسق الرعاية الاجتماعية للأحداث الجانحين، فان خط الدفاع الذاتي و الاقوى في هذا المجال هو ذلك المرتبط بمصالح التحقيق و المحاكمة في الاجهزة القضائية الخاصة بالأحداث ، التي نتجت عن تطور المعاملة العقابية بالنسبة للأحداث المنحرفين او المعرضين لخطر الانحراف ، ونشوء النظم القانونية وما ارتبط بها من جزاءات و اجراءات في اطار ملاحقة الاحداث و التحقيق معهم ومحاكمتهم ، وتنفيذ الاحكام الصادرة بحقهم .

يهتبر قضاء الاحداث جزء لا يتجزأ من مجهود شامل يهدف الى منع جنوح الاحداث منعا عاما محددًا . فقضاء الاحداث مهام وقائية علاجية اتجاه فئة من الناشئة تعثر خطاها فشارفت عن الانحراف او وقعت فيه. (عبد العزيز جاهمي:جانفي /جوان:2013،ص94)

2-3-محاكم الاحداث:

محاكم الاحداث هي محاكم استثنائية انشئت لأسباب خاصة و التحقيق اهداف معينة و لذلك كانت القوانين الخاصة مراعية لأهداف تلك الحاكم في الاخذ بمهامها و ايجاد سبيل لنجاحها من خلال التشريعات و القوانين الخاصة (اسماعيلي يامنة واخرون:2015،ص198)

فمحكمة الاحداث تعتبر مؤسسة اجتماعية و ليست محكمة لإنفاذ حكم القانون لأنها تتعامل مع فئة خاصة من اللذين يحتاجون الر الرعاية و التوجيه،و الفهم الكامل لمشاكلهم ، واسباب

انحرفهم او تعرضهم للانحراف ، وفهم طبيعة التدابير التي يضعها القانون ، و اختيار ما يناسب كل طفل و متابعة تنفيذه وتعديله(عبد العزيز جاهمي:جانفي /جون:2013،ص96)

2-4-4 دور المراكز المتخصصة في اعادة التربية:

تعد هذه المؤسسات داخلية متخصصة لإيواء الاحداث الذين لم يكملوا 18 سنة من العمر قصد اعادة تربيتهم و اندماجهم في الوسط الاجتماعي و الذين تعرضوا الى ارتكاب افعال انحرافية ، ولا تختص هذه المراكز بقبول الاحداث المتخلفين بدنيا و عقليا،و تشمل هذه المراكز على مستوى كل و لايةومن بين هذه المراكز نذكر منها:

2-4-4-1-مصلحة الملاحظة و التربية في الوسط المفتوح:

هي مؤسسة اجتماعية انشأت سنة 1996 لأجل ملاحظة و تربية و اعادة ادماج الاحداث للذين تتراوح اعمارهم مابين 8-18 سنة و الذين هم في خطر اجتماعي او عدم التكيف ، و الجانحين الموضوعين تحت حماية نظام الحرية المحروسة من طرف محاكم الاحداث .

2-4-4-2-المراكز الخاصة بالحماية:

لقد اسست هذا النوع من المراكز سنة 1965 لاستقبال الاحداث الذين هم في خطر اجتماعي و الجانحين تحت سن 18 سنة،ثم مددت هذه السن الى 21 عاما سنة 1972: ويوضع الاحداث في هذه المراكز من طرف محاكم الاحداث بطلب من الشرطة ، الدرك السلطات المحلية(اسماعيلي يامنة:2015:ص203-204).

ان هذه المؤسسات بمسمياتها المختلفة (اجهزة الملاحظة ودراسة الشخصية ومراكز اعادة التربية و التأهيل الاجتماعيين و مصالح المراقبة و الرعاية اللاحقة...)، هي الكيانات الوظيفية التي تنفذ بواسطتها التدابير و الاجراءات الوقائية منها و الإصلاحية التي تتخذها السلطات المختصة (البيانات الادارية او القضائية)،و التي تختلف في اشكالها و ادوارها باختلاف المجتمعات و انظمتها السياسية و الاجتماعية والقضائية.

و تنظيمات اعادة التربية و التأهيل و الادماج الاجتماعي و غيرها ، من التسميات التي تعني المراكز او المؤسسات او الدور او الامكنة التي اعدها المجتمع لرعاية و علاج اصلاح الافراد الذين قاموا بأعمال مخالفة للقوانين و النظم .او يمثلون خطر مغنويا لوجودهم في وضعيات و حالات قد تترج بهم في عالم الجريمة او الانحراف خاصة بالنسبة لصغار السن ، و ان تدابير وضع او ايداع الاحداث هذه المؤسسات هو بلا شك من اهم الاجراءات التي توقع عليهم ، حيث يخضعون فيها لبرنامج تقويمي متكامل لكافة جوانب حياتهم (عبد العزيز جاهمي:جانفي /جون:2013،ص97-103)

3- دور الاخصائي النفسي في المراكز المتخصصة لإعادة التربية :

يلعب الاخصائي النفسي دورا مهما حيث يستطيع المرشد النفسي تهيئة الجانح للبيئة الجديدة ، وازالة الكثير من مشكلاته و توتراته من خلال اقامة العلاقة الارشادية الجيدة (التقبل ، التقدير، التفهم الوجداني) و يستخدم الارشاد النفسي ايضا لتحديد المشاكل و ايجاد الحلول و تكوين القدرات الكافية لدى الجانح لحل مشكلاته و اتخاذ قراراته بنفسه فضلا عن توعيته بأهمية صيانة صحته النفسية و الجسدية و من الطرائق الشائعة في الارشاد النفسي

ايضا تقوم بدراسة شخصية الحدث ومتابعة حركاته وسلوكاته وصعوبة تأقلمه عن طريق الملاحظة المباشرة له بواسطة مختلف التحقيقات والفحوصات النفسية والطبية ، الإقامة بمصلحة الملاحظة لا يمكن أن يقل عن ثلاثة أشهر ولا يجوز أن يزيد عن ستة أشهر وعند انتهاء هذه المدة يوجه الأخصائي النفسي تقريراً يتضمن اقتراحات وتدابير لصالح الحدث إلى قاضي الأحداث(أ. مزوز بركو واخر:2018).

الخلاصة:

لقد عرف الاحداث الجانحون قديما صنوف العقاب و العذاب البدني و النفسي كما كانت تطبق في حقهم الاحكام القاسية في شتى صورها كإجراءات سادت القرون الوسطى وخاصة في اوروبا ، وخضم تلك التحولات التي طرأت على المجال العلمي و تقدمه اصبحت الهيئات و المؤسسات المختصة تهتم بالأحداث الجانحين و تقدم لهم الرعاية الكاملة وهذا بالاعتماد على خبراء مختصون في المجال النفسي و الطب العقلي و المجال الاجتماعي و المجال التربوي ، ولهذا يجب ان يأخذ ذلك العمل بجدية للتكفل الجاد بتل الشريحة

الفصل الثالث

المراهقة ومشكلاتها

-تمهيد

1- مفهوم المراهقة

2- ازمة المراهقة و الهوية

3- حاجات ومطالب النمو في مرحلة المراهقة المراهقة

4- اشكال وانواع المراهقة

5- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة

6- مشكلات المراهقة

7- مراحل المراهقة

8- خصائص مراحل المراهقة

9- النظريات النفسية المفسرة للمراهقة

10- الوقاية من مشكلات المراهقة

-الخلاصة

تمهيد:

المراهقة هي المرحلة التي تنقل الفرد من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والبلوغ، وتحدث في هذه المرحلة مجموعة من التغيرات الجسدية والنفسية، ويمكن جمل هذه التغيرات بتغيرات جسمانية ونفسية وعقلية واجتماعية، كما أنّ هذه المرحلة تغيّر الطفلة إلى امرأة والطفل إلى رجل. سنعرض من خلال هذا الفصل أهم ما يميز هذه المرحلة من خلال التعرض إلى : مفهومها و مراحلها الزمنية و خصائصها و أشكالها و النظريات المفسرة لها بالإضافة إلى مشكلاتها و حاجاتها و أيضا و التعرض الى المراهقة في الجرائر. يجب الانتباه أن التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الطفولة والرشد بطيئة جداً، بينما التغيرات التي تطرأ في مرحلة المراهقة سريعة بشكل كبير، ولعلّ النمو الجسدي هو أكثر التغيرات الواضحة لى الفرد، كما يعدّ النمو الجنسي هو سيد النمو الجسدي في هذه المرحلة، ومن التغيرات الجسدية في هذه المرحلة تغير الأعضاء التناسلية، ونمو الغدد، وتغير الصوت حيث إنّ صوت الإناث يصبح أكثر رقة، بينما الذكور يصبح صوتهم أكثر خشونة وحادّة، وأيضاً نموّ الشعر في بعض مناطق الجسم.

1. مفهوم المراهقة:

-لغة: كلمة المراهقة ترجع في الأصل اللغوي إلى الفعل "راهق" بمعنى اقترب من (عبد الرحمن العسوي 1995، ص35)

هي كلمة مشتقة من اللفظ اللاتيني **Adolescence** بمعنى **cest la periode de la vie entre lage de la puberte et lage adulte** و بمعنى مرحلة من حياة الفرد تقع بين سن البلوغ و سن الرشد (ميخائيل اسعد ابراهيم: 1991، ص225).

ظهر مصطلح المراهقة و المراهق في اللغة الفرنسية خلال القرن الثاني عشر ، فهو مشتق من الفعل اللاتيني "راهق" "**Adolescer**" و اكثر دقة اشتقاق من اسم الفاعل الذي يعني "الراهق" ذلك الذي هو يكبر ، و قولنا راهق الفتى و راهقت الفتاة بمعنى انهما نميا نموا مسطردا (Pierre Coslin :1996,p32)

ب-اصطلاحا:

يعرف **Nobert Silmany** المراهقة على انها: "فترة من الحياة توجد من الطفولة ومن سن الرشد، وهي الفترة الخرجة المميزة بالتحويلات الجسمية و السيكلوجية التي تبدأ حوالي سن 12 او 13 سنة وتنتهي حوالي 18 او 20 سنة، الحدود غير محددة لان ظهور ديمومة المراهقة تختلف حسب الجنس ، و يكون المراهق رغبة في البحث عن الهوية (silmany.n :2010,p08).

ويعرفها ايضا بقوله: " ، ترى الباحثة دوروتي روجرز **DOROTES ROGERS** أن للمراهقة تعاريف متعددة فهي " فترة نمو جسدي وظاهرة اجتماعية ومرحلة زمنية، كما أنها فترة تحولات نفسية عميقة (N.Silamy, 1991, p 08).

ويؤكد العلم الحديث أن مرحلة المراهقة هي منعرج خطير في حياة الانسان وتأثر على مدار حياته في سلوكه الاجتماعي، الخلفي و النفسي (ميخائيل ابراهيم اسعد: 1991، ص225).

كما يعرفه الباحث ميخائيل ابراهيم اسعد على أنها مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الشباب ، وتنسم بأنها فترة معقدة من التحول و النمو، تحدث فيها تغيرات عضوية و نفسية و ذهنية واضحة ، تقلب الطفل الصغير عضوا في مجتمع الراشدين (عبد المنعم الميلادي، 2008، ص15).

2-أزمة المراهقة :

ترى معتصم ميموني بكرة أن المراهق في تطور سريع ، وفي كل جوانب الحياة، فهو يعيش أزمة بيولوجية ، نفسية، و اجتماعية هامة ، هذا ما يجعله يقوم بسلوك غريب، يأخذ أشكال مرضية في بعض الحالات ، فالبحث عن التطرف ، الانطواء، الخجل، العدوانية... الخ كل هذا

لا يعني مرضي « **pathologique** » بل غالبا ما تدخل في خصائص المرحلة و البحث عن الهوية(بدره معتصم ميموني :2005،ص38).

وترى مروة الشربيني أيضا المراهقة بأنها المرحلة التي يشعر فيها المراهق بأنه أصبح مسؤولا يشارك في الحوار ، ولكنه يصطدم بنظرة المجتمع إليه ، كما يوجد اختلاف في وجهات النظر بين الأجيال و عادة ما يصبح صراعا و واضحا نتيجة إلى الانفتاح ، فدائما ما يحول المراهق مواكبة العصر، بينما يعيش الآباء في عصورهم القديمة من وجهة نظر المراهق ، لذلك يعتمد الآباء في تربية أبنائهم على الاستماع فيرفض الأبناء المناقشة أو الأخذ و العطاء او اشتراكهم في تصريف أمورهم(مروة الشربيني:2006،ص86-87).

إن المراهق الذي يعيش أزمة مراهقة يجد نفسه اما صعوبات ذات طابع نفسي و علائقي "اكتئاب، قلق،تقلب المزاج،عدوانية زائدة ، استهلاك المواد النفسية،وحتى اضطرابات التغذية".

أزمة الهوية كوجه من أوجه أزمة المراهقة مرحلة تتميز بصعوبة تقمص دور واضح و إيجاد هوية جنسية واضحة،الميل إلى رفض الأمور الروتينية في حياة المراهق ، محاولة الظهور بمظهر المتميز و المختلف في نظر المراهق و في نظر المحيط

3-حاجات ومطالب النمو في مرحلة المراهقة:

إن لكل مرحلة عمرية مطالبها و حاجاتها و التي تحتاج إلى الإشباع و من بينها:

3-1-الحاجة إلى الأمن: و تتضمن الحاج إلى الأمن الجسمي و الصحة الجسمية و النفسية،الحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة المستقرة السعيدة

3-2-الحاجة إلى الحب و القبول:وتتضمن الحاجة إلى الحب و التقبل الاجتماعي و الانتماء الى الجماعات

شعور المراهق بتقبل الوالدين له و تقبله في المدرسة و المجتمع من أهم عوامل نجاحه،إما شعوره بالنبذ و الكراهية من قبل المؤسسات الاجتماعية فيعد من أسباب فشله(احمد محمد الزعبي:2001،ص381).

3-3-الحاجة إلى مكانة الذات:و تتضمن الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق ، الحاجة إلى المركز و القيمة الاجتماعية ، العدالة في المعاملة،و الاعتراف و التقبل من الآخرين.

حاجة المراهق إلى الانتماء التي تعني وجود من ينتمي إليه و يعتز به و يفخر بانتسابه إليه إذ عن طريق هذه الحاجة يمكن له أن يتعلم الولاء للوطن و المجتمع و لجماعته و يعبر عنها المراهق باستخدام الضمير (احمد محمد الزعبي :2001،ص389)

3-4- الحاجة إلى الإشباع الجنسي: ويتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية ، الحاجة لاهتمام الجنس الآخر به، الحاجة إلى التخلص من التوتر و التوافق الجنسي الغيري

3-5- الحاجة إلى النمو العقلي و الابتكار: ويتضمن الحاجة إلى التفكير و توسيع قاعدة الفكر و السلوك، الحاجة إلى إشباع الذات عن النجاح و التقدم الدراسي

3-6- الحاجة إلى تحقيق و تأكيد و تحسين الذات : وتتضمن الحاجة التغلب على العوائق و المعوقات، الحاجة إلى العمل نحو هدف ، الحاجة إلى معرفة الذات و توجيهها (حامد عبد السلام زهران: 2001، ص436).

يحتاج المراهق في هذه المرحلة إلى الاستقلال العاطفي و المادي و الاعتماد على النفس في اتخاذ القرارات التي تتعلق به، نتيجة اتساع عالم المراهق وخبراته وتجاربه و أصدقائه وتنوع أنشطته، هذا ما يجعل يضعون القيود على سلوكه و تصرفاته ، وذلك بدافع الخوف و القلق على حياته ومستقبله ، وهذا ما يشعر المراهق بأنه ليس موضع ثقة الوالدين، مما يدفعه إلى الثورة في هذه التصرفات ويؤدي إلى نشوء الخلاف بينه و بين والديه (احمد محمد الزعبي: 2001، ص392).

بالإضافة إلى هذه الحاجات هناك حاجات أخرى لا بد من وجودها عند المراهق منها الحاجة إلى الأصدقاء ، الحاجات الجنسية و الحاجة إلى العمل و المسؤولية ، الأمن الجسدي الذي يؤدي غيابه إلى أنه يجب النظر إلى الحاجات (Peter Shertzer) " سوء التوافق و التوتر و هنا يشير بيتر شيرترز ليس على أنها نقص لكن مطالب النمو و إشباعها يؤدي إلى التوافق و الصحة النفسية (حامد عبد السلام زهران، 1995 ، ص38).

4- أشكال وأنواع المراهقة:

4-1- المراهقة المتوافقة أو المتكيفة:

و يذكر حامد زهران أن هناك عدة عوامل تؤثر فيها و هي المعاملة الاسرية السمحة التي تتسم بالحرية و الفهم واحترام رغبات المراهقين، وتوفير جو من الثقة و الصراحة بين الوالدين و المراهق في مناقشة مشكلاته ، وشعوره بتقدير والديه واعتزاز به ، توفير الاختلاط بين الجنس الآخر في حدود الأخلاق ، الشعور بالأمن و الاستقرار و الرضا عن النفس (حامد عبد السلام زهران: 2001، ص438).

ومن سماتها أيضا الهدوء و الاعتدال و الابتعاد عن صفات العنف ، والتوتر ا و الانفعالات الحادة ، بالإضافة إلى التوافق مع الوالدين وكذا الأسرة و المجتمع الخارجي ومن سماتها أيضا الاستقرار و الإشباع المتزن للرغبات و الابتعاد نهائيا عن الخيال و أحلام اليقظة ، إضافة إلى عدم المعاناة من الشكوك حول أمور الدين (خليل ميخائي معوض: 1994، ص438).

4-2- المراهقة المنحرفة:

في هذا النوع من المراهقة يوجد انحلال خلقي تام و انهيار نفسي و بعد عن المعايير الاجتماعية في السلوك و الانحرافات الجنسية، بلوغ الذروة في سوء التوافق كما يتميزون بالفوضى و الاستهزاء، ومن بين أهم العوامل لهذا النوع من المراهقة مايلي:

- ❖ -مرور المراهق بخبرات قاسية أو صدمات عاطفية عنيفة.
- ❖ -إنعدام الرقابة الأسرية أو ضعفها.
- ❖ -قسوة الأسرة في معاملة المراهق.
- ❖ -تجاهل رغبات المراهق.
- ❖ -مختلف العوامل الصحية و الجسمية كالإخلال الغذائي و الضعف البدني.
- ❖ -سوء الحالة الاقتصادية للأسرة.
- ❖ -الفشل الدراسي.

4-3- المراهقة الإنسحابية المنطوية:

يتسم هذا النوع من المراهقة بالإنطواء و الإكتئاب و التردد و الخجل و القلق و الشعور بالنقص كما يتميز بنقد النظم الاجتماعية و الثورة على الوالدين ، الإستغراق في أحلام اليقظة التي تدور حول موضوعات الحرمان من الحاجات الغير مشبعة ، و الاتجاه نحو النزعة الدينية بحثا عن الخلاص من مشاعر الذنب ، يتأثر هذا النوع من المراهقة بعدة عوامل منها : اضطراب الجو الأسري ، السيطرة و السلطة الوالدية تركيز الأسرة على نجاح الدراسي و التفوق ، مما يثير قلق الأسرة و قلق المراهق بالإضافة إلى جهل الوالدين لوضع المراهق الخاص في الأسرة و تربيته بين إخوته.

4-5- المراهقة العدوانية المتمردة:

تتميز هذه المراهقة بالتمرد و الثورة ضد الأسرة و المدرسة و المجتمع و الإنحرافات الجنسية ، و العدوان على الإخوة و الزملاء كذلك التعلق الزائد بالروايات و المغامرات و الشعور بالظلم و نقص تقدير الذات ، و لعل العوامل المؤثرة في هذا النوع من المراهقة هو:

- ❖ التربية الضاغطة و القاسية و المتسلطة الممارسة من طرف الأسرة.
- ❖ صرامة الوالدين في تعاملهم مع أبنائهم.
- ❖ تركيز الأسرة على النواحي الدراسية فقط (حامد عبد السلام زهران، 1995 ص111-115)
- سماحتها العامة هي :
- ❖ -التمرد و الثورة ضد المحيط الأسري و المدرسي و ضد كل ما يمثل سلطة على المراهق
- ❖ -الانحرافات الجنسية ، حيث يقوم المراهق العدواني المتمرد بعلاقات جنسية غير شرعية
- ❖ -إعلان الإلحاد الديني و الابتعاد عن جميع الطوائف و الاتجاهات و المذاهب الدينية

- ❖ -الشعور بالظلم و قلة التقدير من الجميع مما يجعل المراهق ينحوا نحو أحلام اليقظة ليرسم فيها عالما آخر كما يريد هو.
 - ❖ -سلوكات عدوانية على الاخوة و الزملاء و كذا الأساتذة من العوامل المؤثرة فيها:
 - ❖ -التربية الضاغطة المتزمنا و الصارمة و المتسلطة
 - ❖ -تأثير الصحبة السيئة و تركيز الأسرة على النواحي الدراسية فقط و إهمالها للنشاط الترفيهي و الرياضي
 - ❖ -قلة الأصدقاء ، و نقص إشباع الحاجات و الميول (خايل ميخائيل معوض:1994 نص438).
- 5-مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

5-1-النمو الفيزيولوجي:

تحدث أيضا خلال هذه المرحلة تغيرات عضوية في الأجهزة الداخلية حيث ينمو القلب بنسبة اكبر من نمو الشرايين ، فيزداد ضغط الدم المرتفع على كل من الجنسين ، الصداع و الإعياء و الإغماء و القلق و التوتر و تتسع المعدة و تزداد الشهية عند الذكور بينما يعرضن الإناث عن الطعام و إضافة إلى هذه التغيرات فانه يلاحظ تغيرات جنسية ثانوية، حيث يتغير الصوت عند الذكور من صوت رفيع إلى صوت خشن، وكذلك يظهر الشعر على الذقن و فوق الشفة العليا(الشارب)وتحت الإبط و فوق العانة أما الفتاة فيبرز ثديها و تكبر أردافها فجأة و تستدير المنطقة التي تعلق الفخذ و يظهر الشعر تحت الإبط و فوق العانة كما فوق الذراعين و يبداوا انخفاض بسيط في الصوت (حامد عبد السلام زهران:2005،ص208-209).

5-2-النمو النفسي الانفعالي:

إن التحولات الهرمونية و التغيرات الجسدية لها تأثير قوي على الصورة الذاتية و المزاج و العلاقات الاجتماعية، فظهور الدورة الشهرية عند الإناث يمكن ان يحدث ردود أفعال متباينة هي مزاج من الشعور بالمفاجئة و الخوف و الانزعاج و الابتهاج أحيانا ، و نفس الشعور قد يحضر لدى الذكور عند حدوث أول قذف (عبد المنعم الميلادي:2008،ص17).

ونجد الاكتئاب هو الذي يهبط بمستوى النشاط النفسي لدى المراهق الى ادنى مستوياته ، مقترنا بالمواقف الفاشلة و الخيبة و الإخفاق و اليأس التي تعترض طموحاته (البيهي السيد فؤاد:2001،ص234).

وتضل الانفعالات قوية يتلوها الحماس و تتطور مشاعر الحب حيث يتضح الميل نحو الجنس الآخر ، ويميل المراهق إلى التركيز على عدد محدد من أفراد الجنس الآخر ، ثم على واحد فقط و يغمر المراهق بالفرح و السرور عندما يشعر بالقبول و التوافق الاجتماعي، و عندما يشبع حاجاته الى الحب و المحبة و نلاحظ الحماسة الانفعالية ، حيث لا

يستطيع غالبا التحكم في المظاهر الخارجية كحالة انفعالية (حامد عبد السلام زهران: 1995، ص383).

5-3- النمو العقلي (المعرفي):

نظرا لأهمية العمليات المعرفية التي تتطور بشكل واضح خلال مرحلة المراهقة فان البعض العلماء قد ذهبوا لربط مفهوم المراهقة بالنمو المعرفي فيها، حيث أنهم استندوا على المنطق و المعرفة ، حيث ان ما يميز تفكير المراهق هو وصوله إلى مرحلة التفكير الشكلي. العمليات المجردة التي أشار إليها **بياجي** ، وهي تعبر عن قدرة المراهق على التعامل مع الرموز و المفاهيم غير المحسوسة ، كما يتحرر المراهق من التمرکز حول الذات، اذ يكتسب المرونة و الحركة والحرية في التفكير، ونتيجة لذلك يستطيع المراهق ضبط أفكاره، و إعطاء تفسيرات وتعليقات للظواهر المختلفة التي تمر بخبرته، وتتطور النظرة المستقبلية للمراهق من خلال إدراكه لمفهوم التوجه الزمني ، فيعمل على تأجيل استجابة أنية مقابل تحقيق اجل يمتاز بالاستمرارية في المستقبل (ثائر غباري: 2009، ص235).

5-4- نمو العلاقات الاجتماعية:

للبلوغ دور كبير في تفعيل الصراع من اجل الاستقلالية ، الذي يرجع الى التغير الهرموني في بداية المراهقة ، هذا ما أكدت عليه دراسة تتبعية قام بها **Steinberg** سنة 1988 على المراهقين لفترة تمتد حوالي سنة ، فكتشفت انه في بداية البلوغ تصل الصراعات الى الذروة مما يخلق ضغطا ثنائي الأقطاب على المراهق وعلى الأبوين اللذان يعيشان خوفا من فقدان السيطرة و التحكم في أبنائهم مما يشوه دور الأبوة ، فيحاولان التأثير بفرض اتجاهاتهم و قيمهم و مبادئهم الأخلاقية للكف من ذلك.

وما يمكن ملاحظته في فترة المراهقة هو انتقال الفرد من الرغبة في إقامة علاقات مع أصدقاء من نفس الجنس إلى إقامة علاقات مع الجنس الاخر بهدف بلورة الهوية الجنسية بمجموعة من المشاعر و الأحاسيس التي قد تخلو من الجنس (الديدي عبد الغني: 1995، ص60).

6-مشكلات المراهقة

6-1- المشكلات النفسية:

تعتبر حياة المراهق النفسية مسرحا للانفعالات العنيفة و الثائرة و التي تجعله مهياً للوسواس و الأوهام و قد تكون السبب لما نراه من تقلب و عدم إستقرار إلى جانب هذا الإضطراب نرى الحيرة بادية على تفكيره و شعوره و أعماله فقد يتعرض في بعض الظروف إلى حالات من اليأس و الآلام النفسية نتيجة لما يلاقيه من إحباط ، بسبب تقاليد المجتمع التي تحول دون تحقيقه أمانيه (كمال أحمد و وآخرون: 1976 ، ص 245)

6-2-مشكلات تتعلق بالجو الاسري:

ومن بينها: عدم توفر مجال في البيت ،عدم استطاعته الخلوۃ الى نفسه في داره مع أخواته و إخوانه ،تقييد حريته وعدم النجاح في اختيار الأصدقاء ،خصام الأبوين.

6-3-مشكلات تتعلق لا لمكانة الاجتماعية:

التردد من الانطلاق في الحياة الاجتماعية خشية الوقوع في أخطاء ،التردد في مقابلة أشخاص آخرين ،مشكلات ترتبط بالتحدث إلى الجنس الآخر،الارتباك عند التحدث الى الجنس الاخر و الجهل بوجود علاقة اجتماعية مع الجنس الآخر .

6-4-مشكلات اخلاقية:

عدم تلقي المراهق توجيهات فيما يخص ما يمليه المجتمع من تقاليد يؤدي به إلى عدم التمييز بين الخير و الشر و الخلط بين الحق و الباطل و عدم إدراك معنى الحياة مشكلات خاصة بالشخصية:

اهمها الشعور بالنقص ، عدم تحمل المسؤولية ، نقص الثقة بالنفس،الاستغراق في أحلام اليقظة (عبد العالي الجسماني :1994،ص238-239).

6-5-مشكلات مدرسية منها:

- ❖ الخوف من الامتحانات
- ❖ الهروب من المدرسة
- ❖ ضعف كفاءة بعض المدرسين
- ❖ سوء معاملة بعض المدرسين و تهديدهم لتلاميذهم بالنقاط كسلاح لضبط النظام في القسم
- ❖ عدم تماشي بعض المناهج المدرسية مع حاجات وميول المراهق ورغباته(احمد الزعبي :2001،ص457-458).

6-7-مشكلات جنسية:

يفتح النضج الجنسي أمام المراهق عالما جديد فيه لذة و إثبات لرجولته غير أن هذا العالم يحيط به الغموض و الإثم و العار حيث توجد القيود الاجتماعية و الخلقية و الإقتصادية التي تحول بينه و بين دخول هذا العالم بطريق طبيعي يتمثل في الزواج هذا الأخير الذي يحتاج إستقلالا إقتصاديا و نضجا عاطفيا و جسمانيا و هذه النواحي لم تتوفر فيه بعد (سعد جلال ، بدون تاريخ ، ص 247).

و من بين أسباب المشكلات الجنسية نجد أيضا:

- ❖ عدم القدرة على مناقشة الوالدين في المسائل الجنسية.
- ❖ شعور المراهق بالذنب لقيامه المتكرر بأفعال جنسية متكررة.
- ❖ الحاجة إلى معرفة الأضرار الناتجة عن إستعمال العادة السرية و طرق التخلص منها (أحمد الزعبي، 2001 ،ص 430).

7-مراحل المراهقة:

7-1-المراهقة المبكرة:(12-16سنة):

تمتد هذه الفترة منذ بداية البلوغ إلى ما بعد وضوح السمات الفيزيولوجية الجديدة بعام تقريبا ، و هي تتسم باضطرابات مثل : القلق ، التوتر و الصراع أي المشاعر المتضاربة و بصفة عامة مرحلة المراهقة المبكرة تتميز بأنها فترة تقلبات عنيفة و حادة مصحوبة بتغيرات في مظاهر الجسم و وظائفه مما يؤدي إلى الشعور بعدم التوازن و ظهور الصفات الجنسية الثانوية و ضغوط الدوافع الجنسية التي لا يعرف المراهق كيفية كبحها أو السيطرة عليها و عادة ما تظهر الاضطرابات الانفعالية على شكل ثورات مزاجية حادة مفاجئة و تقبل دوري ما بين الحزن و الفرح و شعور بالضيق و عدم معرفة ما سيحدث له (رمضان القذافي، 2000 ،ص353).

وهناك من يسميها مرحلة البلوغ. نقصد بها بالبلوغ تلك التحولات الفيزيولوجية و المورفولوجية الناتج عن ازدياد في الإفرازات الغدية بشكل متفاوت بين الجنسين ، فالبلوغ أزمة تستمد كينونتها من التغيرات العضوية و الفيزيولوجية التي تؤثر على التطور النفسي.

ويتأثر البلوغ بعدة عوامل من بينها الجنس ،فغالبا ما يحدث هذا الأخير عند الإناث مبكرا أي في سن 11-14 سنة تقريبا و ذلك بظهور الخصائص الجنسية الثانوية كالطمث ، اما لدى الذكور فغالبا ما يحدث في سن 14-15 سنة وهذا ما يربط في الأساس بالإفرازات المنوية،ومن هنا يمكن القول أن البلوغ مقترن بالنضج التناسلي عند كلا الجنسين(الديدي عبد الغني:1995،ص19).

7-2-المراهقة الوسطى:

تقابلها المرحلة الثانوية ، وتتراوح عند المراهق فيما بين (15-16سنة) و يؤدي الانتقال من الاعدادية الى الثانوية بظهور مراحل النضج و الاستقلال ، و المراهقة الوسطى هي قبل مرحلة المراهقة و فيها تتضح كل المظاهر المميزة لمرحلة المراهقة بصفة عامة.

كما تمتاز هذه المرحلة بالشعور بالهدوء ، و السكينة،و بزيادة القدرة على العمل و إقامة علاقات متبادلة مع الآخرين و على إيجاد نوع من التوازن مع العالم و من اهم سمات هذه المرحلة تطور النمو الاجتماعي بشكل ملفت للنظر(حامد عبد السلام زهران:1995،ص339).

وهناك من يسميها مرحلة المراهقة.و التي تمتد من 15-18 سنة و هي المرحلة التي يسعى فيها المراهق الى حل الصراع و استعادة التوازن من خلال عمل نفسي مكثف أساسه تقبل التغيرات الظاهرية "صورة الجسد" و المحيطة"متطلبات المجتمع"، بهدف تأكيد الذات و التكيف عن طريق بناء علاقات سوية مع الآخر(رمضان محمد القذافي:1997،ص356).

7-3- المرحلة المتأخرة:

تمتد هذه المرحلة من (18-21 سنة) هناك من يطلق عليها مرحلة الشباب ، تتميز هذه الأخيرة بالتوازن و اتخاذ القرارات ، إذ يتميز المراهق بالقوة و الشعور بالاستقلالية ووضوح الهوية و الالتزام و الاستقرار في اتخاذ القرارات (احمد الزعبي: 2001، ص323).

و هناك من يسميها مرحلة النضج و الأزيمة. تمتد بعد سن 18 ، هي مرحلة تحقيق التوازن بين صورة الذات الجديدة و مبادئ المجتمع و قيمه من خلال خبرات المراهقة، فالنضج في هذه المرحلة يمس مختلف الجوانب منها: "الجسدية" بحيث ان اكتمال نمو الجسم يظهر من خلال ثبوت ملامحه، و "الجوانب العقلية" باكتمال نمو القدرات الذهنية بحيث ان ذكاء الفرد في هذه المرحلة يستقر عند معدل معين مما يسمح له بهضم القوانين و العلاقات المسيرة للأشياء من حوله، و صف إلى ذلك فان النضج الانفعالي الحاصل في هذه الفترة يسمح بالاستقرار النسبي لمجموع الانفعالات و الشخصية و الطبع (الديدي عبد الغني: 1995، ص22-23).

8- خصائص مراحل المراهقة:

- ❖ -النمو الواضح و المستمر في كافة مظاهر و جوانب الشخصية
- ❖ -التقدم نحو النضج الجسمي
- ❖ -التقدم نحو النضج الجنسي
- ❖ -التقدم نحو النضج العقلي ، حيث يتم تحقيق الفرد واقعياً من قدراته و ذلك من خلال الخبرات و المواقف و الفرص التي تتوافر فيها الكثير من المحركات التي تظهر قدراته التقدم نحو النضج الانفعالي
- ❖ -تحمل المسؤولية ، توجيه الذات و ذلك بالتعرف على قدراته و اتخاذ القرارات بنفسه
- ❖ -مواجهة نفسه و الحياة في الحاضر و التخطيط للمستقبل (حامد عبد السلام زهران: 1995، ص38).

9- النظريات النفسية المفسرة للمراهقة:

9-1- نظرية التحليل النفسي لفرويد:

ترى رغبة الشريم: ان "انا فرويد" تقر ان المراهقة هي فترة مهمة في تشكل الشخصية ، و تتفق مع والدها بوجود ثلاث أنظمة للجهاز النفسي: "الهوة، و الانا، و الانا الاعلى"، قد يشتد بينهما الصراع في فترة المراهقة مما قد يولد نتائج سلبية على الفرد، و من اجل حل هذا الصراع يذهب المراهق الى تجريب اليات دفاعية تكن أكثر فعالية في التعامل مع هذه الصراعات ، فتظهر لديه مجموعة جديدة من المكنيزمات التي تكشف من خلال تغيرات تطراً على عمل الأنا ، و السبب في ذلك نمو القوى العقلية و المعرفية في مرحلة المراهقة ، فتعكس في تبريره لمجموع أفعاله ، او التعقل مثلا الذي يستخدمه المراهق امام استشارة

النزوات اذ يتدخل ضبط الأنا أمامها باستخدام الأفكار المجردة ،ضف إلى ذلك آليات دفاعية أخرى كالزهد و التقشف خوفا من سيطرة الرغبات (الشريم رعدة:2009،ص44).

مرحلة المراهقة عند فرويد تتميز بشدة الأعراض العصبية التي ترجع إلى طبيعة النمو الجنسي من الطفولة إلى المراهقة ،فالرغبات الجنسية التي كانت قد هدأت أثناء فترة الطفولة ، تظهر مرة أخرى بقوة عظيمة ، وتستيقظ الدوافع العدوانية السابقة،وتضطر نسبة من الدوافع الجنسية الجديدة أن تكبت وتظهر في صورة ميول عدوانية هدامة،ويزيد من تعقيد الأزيمة ، ونجد أن فرويد يعتبر مرحلة المراهقة المرحلة الأخيرة في عملية النمو النفسي و الجنسي(عزت حجازي،1985،ص40-41).

9-2-نظرية اركسون:

يعتبر اركسون أن اكتساب هوية الأنا يكون في مرحلة المراهقة من خلال اختيارات جادة يقوم بها المراهق و يثبتها من اجل إنهاء الصراع،ويؤكد كذلك على أن النمو النفسي يمر بثمانية مراحل في كل مرحلة يظهر نوع من الصراع الذي يحل إما بنجاح فيؤثر ايجابيا على بنية الشخصية ونموها ، وإما بالإخفاق فيؤثر سلبا على الأنا فيكون هشاً(الشريم رعدة:2009،ص47).

9-3-نظرية ستانلي هول:

بالنسبة لهول المراهقة هي مرحلة مهمة جدا ، قادرة على تغيير مسار الحياة المستقبلية ،فهو الوقت الذي تتحد فيه الأدوار الاجتماعية، وتنمو فيه القيم من جديد ، بحيث تنمو قدرته على التفكير و يصبح التفاعل مع الأفراد الآخرين أكثر وعيا ونضجا .
ونجد أن هذا الاتجاه يركز على المحددات الداخلية للسلوك ،و يشير إلى أن مخطط التطور للنوع البشري يعكس في التركيب الوراثية لكل فرد،التطور يكون من مرحلة التصور إلى مرحلة النضج ،و المراحل التي مرت البشرية بها منذ بداية تطورها ، والتي تركت اثر جيني ، وهي تعرف بنظرية الشدة والمحن(richard cloutier :1982,p8-9).

وتشير هذه النظرية إلى أن المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات و صعوبات في التكيف ، وان التغيرات الفيزيولوجية تمثل عاملا أساسيا في خلق هذه التوترات و الصعوبات،و يشير إلى المراهقة باعتبارها فترة ميلاد جديدة لان الخصائص الإنسانية الكاملة تولد في هذه المرحلة ،وان الحياة الانفعالية للمراهق تكمن في حالات متناقضة فمن الحيوية و النشاط إلى الخمول و الكسل ،ومن المرح إلى الحزن، ومن الرقة إلى الفضاضة(سامي محمد ملحم :2004،ص344).

و في نفس الإتجاه نجد أصحاب نظرية التحليل النفسي بزعامة فرويدFreud يتحدثون عن أهمية العوامل البيولوجية في نمو الشخصية الإنسانية ، حيث يرى زعيمها بأن الرغبات الجنسية التي تظهر في بداية مرحلة المراهقة تتحول إلى أزمات عندما يعجز الأنا

عن التوفيق بين مطالب الهو أي الرغبات الغريزية و مطالب الأنا الأعلى الذي يمثل القيم الاجتماعية (أحمد محمد الزعبي ، 2001 ، ص325).

9-4- نظرية بياجيه:

يرى صاحب هذه النظرية أن علم النفس المعرفي يركز على إظهار المظهر العقلي أو المعرفي، المتمثل في القدرات العقلية، كالذكاء، التخيل، الذاكرة، وكذا المهارات التي يكتسبها من خلال تفاعله مع الآخرين واحتكاكه بهم ، هذا ما يساعد في تحديد فترة المراهقة وتميزها عن غيرها، حيث أن المراهق يستعمل مجاله المعرفي للتعبير عن نفسه ورغباته ويعرف ماذا يريد في حياته، وكل ما يستطيع انجازه من أعمال، وما يمكن أن يقدمه من آراء وتختلف هذه القدرات طبعاً من فرد لآخر من حيث السعة، لكن هذا لا يعني أنه ينكر السمات الأخرى وإنما يعتبر أن مستوى النمو العقلي الذي بلغه الفرد، سيوظف في مختلف مظاهر حياته، كما يحدث اضطراباً في عملية توافقه مع بيئته (B. Glosse,).

1994, p26

وترى الشريم رعدة انه: "أدى هذا الاتجاه التصور المتسلط حول اللاشعور إلى إعطاء الأهمية المطلقة للأفكار الشعورية و القدرات الذهنية التي تمر عبر مراحل النمو متعددة بتأثير المؤسسات الاجتماعية المترامن مع نضج الجهاز العصبي و الدماغ (الشريم رعدة: 2009، ص51).

10- الوقاية من مشكلات المراهقة:

أن المراهق العربي و الجزائري بشكل خاص يعاني من تداعيات التخلف الفكري و الحضاري ، ونقص الوعي الثقافي التربوي ، فمن جهة يضع المجتمع كل أماله في نظام التعليم الحكومي و الذي بدوره يحاول تنشاه المراهق و الطفل بداية على النموذج الغربي، فتطبيق نفس المعايير التربوية المستوردة يؤدي إلى الوقوع في أخطار جسيمة اقلها إعداد الأبناء لبيئة غير بيئتهم اجتماعياً و ثقافياً و قبل هذا وذلك طبيعياً (حسن شمسي باشا: 2002، ص75).

ان المراهق يحتاج الى التوعية بالتغيرات الجسمية التي يمر بها ، وما تتركه من انعكاسات نفسية حتى يتمكن من تقبل هذه التغيرات و استيعابها و التأقلم معها، و يتم كل هذا عن طريق التوعية التفهم و الوعظ و الارشاد دون فرض الراي و التعصب له، لأنه سيؤدي إلى مزيد من التمرد (عبد الغني الديدي: 1995، ص182).

الخلاصة:

تظهر المراهقة في المجتمعات بأشكال وصور متعددة ، وتتباين بتباين الثقافات، وتختلف باختلافها عادة بل ان كثير من الدراسات أكدت أن المراهقة الواحدة في المجتمع الواحد تختلف بين ريفية وحضرية ، وبين الطبقة الاجتماعية الاقتصادية العليا وغيرها من الطبقات من خلال التطرق إلى مختلف .

هي مرحلة حساسة جدا و تحتوي على الكثير من التغييرات حيث أن هناك من المراهقين من يجد صعوبة في تجاوزها بسهولة من خلال ظهور بعض السلوكيات السلبية مثل الإدمان على المخدرات أو الجنوح أو السرقة،ولذا يجب علينا الاعتناء بالمراهق وتوفير له كل الوسائل المتاحة من ضمان نمو سليم وفرد فعال في المجتمع.

الفصل الرابع

اكتئاب المراهقة

تمهيد

1- نظرة تاريخية الى الاكتئاب

2- تعريف الاكتئاب

3- الاعراض الاكتئابية عند المراهقين

4- النظريات المفسرة للاكتئاب

5- قياس الاكتئاب

6- الكآبة عند المراهقين وعلاقتها بالجنوح

7- تشخيص الاكتئاب

8- تصنيف الاكتئاب

9- اسباب الاكتئاب

10- علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

إن الفرد العادي يمكن أن يعاني من بعض المشكلات النفسية التي لاتصل بالضرورة إلي المرض النفسي، ولذلك وجب التدخل لحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن تتعد إلي حالات عصاب أو ربما حتى ذهان، وعلي أقل تقدير تعطل النمو النفسي السليم عند المراهق وتمنع التمتع بالصحة النفسية، ومن بين تلك الاضطرابات التي تمنع المراهق من التمتع بالصحة النفسية الاكتئاب النفسي ، وحيث سوف نتاوله في هذا الفصل بشكل مفصل من خلال نبذة تاريخية عن هذا الاضطراب وتعريفه و النظريات المفسرة له ، و أعراضه ، و أسبابه ، وأنواعه ، و الطرق العلاجية الممكنة له.

اولاً:- نظرة تاريخية الى الاكتئاب:

هناك أدلة على أن الأقدمين عرفوا الاكتئاب ففي كتابات الإغريق نجد بعض المؤشرات عن طريق الأساطير، والشعر و الادب حيث كان يصف الكتاب حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد ورد في "جمهورية افلاطون" بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين، وكيفية علاجهم و العناية بهم ، وقد كان "ابقراط" الذي اطلق عليه "ابو الطيب" من اوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه "مرض الهوس" وصفا لا يختلف كثيراً عن الوصف الحالي ، وقد ربط "ابقراط" بين الجسد و الروح، اي "بين الجسم والعقل"، وأشار الى وجود تأثير بينهما (لابا سليم معربس: 2010، ص36).

في عام 80 بعد الميلاد اشار اريتوس الى مجموعة من الخصائص النفسية مثل القلق و الحزن و المعاناة من الارق و الشعور بالرعب و الفزع و الرغبة في الموت.

وفي القرن الثاني بعد الميلاد (130-200) جاء جالينوس فوضع نظرية الاخلط الاربعة ومنها المرارة السوداء و التي ان زادت كان مزاج الشخص سوداوي اي مكتئب.

وذهب فليكس بلاتر Platter.F في اواخر سنة 1500 الى ان الملانكوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي الى الحزن و الخوف mental alientation الذي يؤدي الى الحزن و الخوف. ويرى ان خصائص الفزع و الرعب من الاحداث غير المرئية هي عبارة عن السبب الرئيسي الشائع المرتبط بهذا المرض و قد نصح باستخدام العقاقير و توجيه النصائح و الارشاد، وقصد الدم bleeding والكي catenzation كاجراء علاجي (مدحت عبد الحميد ابو زيد: 2001، ص26).

وفي التراث العربي الاسلامي عرف لنا بان ابن سينا (370هـ-980م) avicenna الميلانكوليا بانها انحراف عن المجرى الطبيعي الى الفساد، و الى الخوف، و رداء المزاج السوداوي، و اذا اصابها ضجر ،وتوثب، و شرارة ليست هوسا mania ويرجع ابن سينا – على حد قول الاستاذ الدكتور عبد الرحمن العسوي –سبب الميلانكوليا الى الدماغ نفسه او سبب خارج الدماغ. ومن علامات الميلانكوليا ، الضن الرديء، و الخوف بلا سبب، سرعة الغضب، وسوء الضن، و الغم، و الفراغ، و الوحشة و الكرب ، والهذيان، الخوف من امور غير معروفة، وتخيل اشياء غير موجودة (مدحت عبد الحميد ابو زيد: 2001، ص26-27).

في القرن التاسع عشر نجد اميل كرابلين Emil Kraeplin طبيب عقلي الماني وضع اول تصنيف للأمراض العقلية حول دراسة ، الاكتئاب و الجنون المبكر وعندها وصف الجمع بين الاكتئاب و الهوس، تحت اسم : "الهوس الاكتئابي" Maniaque Dépressive حيث يعتقد ان وجود هذه الاعراض حول الحالات الهوسية و الاكتئابية

يوجد الحالات الحادة مثل "العصابات النفسية" التي ليست خطية و التي لاتشكل الحالات الزلمية للخبل المبكر (Bercherie.p :1980 ,p147).

في عام 1969 اقترح بلندر **Blinder. M.G** خمسة انماط من الاكتئاب و هي على الترتيب ، الاكتئاب ذو التخلف النفسي،الاكتئاب المصحوب بالتوتر ، الاكتئاب المقرون بالانفعال الانفصامي،الاكتئاب الناشئ عن ضغوط الحياة المعيشية ،الاكتئاب الدال على حدوث مرضي جسمي (مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001،ص29).

1-تعريف الاكتئاب:

1-1-لغة:يشترك اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كاب و يشير هذا الفعل ايضا الى اسم الكآبة و هي تعني سوء الحال و الانكسار من الحزن ،وكبئ من باب سلم ، اما كابة دون مد بوزن رهبة فهو كئيب ، وامرأة كئيبة وكباء بالمد ، واكتئاب مثله.

و في اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح **Dépression** و هو يتكون من ثلاثة مقاطع (**De-Presh-Un**) اما الفعل (**Depress**) فلقد اشتق من (**Depressus**) الذي اشتق من (**Deprimere**) (مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001،ص22).

ويستخدم لفظ الاكتئاب في عدة مجالات بعدة معاني فمثلا يستخدم في علم النفس بمعنى الانقباض وفي علم الاقتصاد بمعنى الكساد، وفي علم الجغرافيا بمعنى الانخفاض في الضغط الجوي (مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001،ص22).

1-2-اصطلاحا:

فيعرف **جيمس دريقر. j.Drever** الاكتئاب في معجمه الصغير الشهير بانه اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل على مشاعر النقص ، والياس، واحيانا اخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي.

ويتشابه تعريف **دريقر** مع تعريف **هاوارد وارين warren.h.c** الذي يعرف الاكتئاب بانه حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفيزيقي المنخفض وغير السار ، وانخفاض المزاج في الحالة السوية يسمى كآبة، اما الحالة المرضية فيشير الى الشعور بالياس ، و انخفاض قيمة تقدير الذات.

-تعريف **انجرام (1994)Ingram**: "هو اضطراب خارجي او وجداني يتميز بانحرافات مزاجية نفوق التقلبات المزاجية الاخرى (حسين فايد:2001،ص95-96).

ويُعرف مجدي عبد الله الاكتئاب على انه " حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز، والشعور بالهذيان التام مع اضطراب في النوم

والشهية للطعام وأحلام مزعجة، وتحدث استجابة الاكتئاب في المواقف العصبية الشديدة في الشخصية المتكاملة السوية، وفي المواقف البسيطة في الشخصية المهينة ذلك (مجدي عبد الله: 2000، ص185).

ويعرف كل من عبد الستار ابراهيم وعبد الله عسكر الاكتئاب بشكل أدق حيث يشير مصطلح الاكتئاب حسبهما لوصف " خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها أما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضا لاضطراب بدني ، أو عقلي، أو اجتماعي، كما يشير أيضا إلى مجموعة أعراض فيزيولوجية، سلوكية ومعرفية إلى جانب الخبر الوجدانية، وتشير الملامح الرئيسية للاكتئاب إلى معاناة الفرد لحالة انسحاب الطاقة النفسية حيث تضطرب معظم مكونات الحياة النفسية أو الأنظمة النفسية لدى الفرد (عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر: 2008، ص71).

و الاكتئاب عند المراهق تعبير غير نموذجي و تطور عفوي يتناسب مع ازمة المراهقة حيث يشكل عارضا من اعراضها و حالات الاكتئاب عند المراهقين كثيرة و تشبه اعراضها بشكل عام اعراض الاكتئاب لدى الراشدين و تطور الاكتئاب هو تنمة لحالة مرضية لدى الراشد وخطورته مرتبطة بواقعها على عملية النمو في فترة المراهقة و الخطورة المحتملة للاكتئاب عند المراهق تتطلب تحسينا في كشف المرض و العلاج (هنري شابرول: 1998، ص08).

2-الاعراض الاكتئابية عند المراهقين:

اكتئاب المراهقة شبيه جدا بما لدى الكبار و المزاج المتقلب و بشدة من السمات الرئيسية كما ان المراهق يصاب بنوبات غضب و رغبة في العدوانية بشكل لايتعمق مع شخصيته المعتادة او الموقف الذي يتسبب في غضبه.

الاكتئاب قد يؤخر ظهور علامات البلوغ لدى المراهق الذي اصيب بالاكتئاب في بداية هذه المرحلة العمرية (13-18) سنة و بالذات او ترافق الاكتئاب مع نقص شديد في الشهية وسوء التغذية و نقصان الوزن.

عندما تبدأ علامات البلوغ بالظهور لدى المراهق المكتئب ، فانه يعاني من مشكلة في تقبلها و التعامل معها اكثر من اقرانه الطبيعيين. قد يؤدي بوقف الهرمونات الغزيرة معا لاكتئاب ، بالإضافة للضغوط النفسية المختلفة بالمراهق الى الانتحار او المحاولات الجادة على الاقل.

التفكير الجنسي الغزير لدى المراهق المكتئب قد يؤدي لمزيد من اللوم للنفس خاصة لو كانت احلامه الجنسية مع احد محارمه او اشخاص يقدسهم و يجلهم.

النمو الادراكي للمراهق يتاثر بالاكتئاب مثل ان يفقد القدرة على التفكير المجرد كما ان مستواه الدراسي و قدرته على التحصيل العلمي قد تتدهور ايضا وبشكل ملحوظ. و يبدأ سجل حضوره للمدرسة بالتأثر كما ان اهتمامه بعمل النشاطات المدرسية الواجبات

المنزلية يقل كثيرا او حتى ينعدم. قد يلاحظ انه انسحب من نشاطات كان يقوم بها في المدرسة نتيجة تأثير اعراض الاكتئاب عليه وعلى قواه الجسدية و العقلية .

فقد الثقة بالنفس وسوء تقدير الذات هي من العلامات البارزة في اكتئاب المراهقين في هذه السن. وتظهر جلليا في كلامه او تصرفاته او شعوره بالعجز عن القيام بمهام توكل اليه.

احد السلوكيات التي تظهر على المراهق المكتئب هي السلوكيات المعادية للمجتمع(سلوك اجرامي). من هذه السلوكيات: "الهروب من المدرسة، الكذب، السرقة، النزاعات مع زملائه وغير من السلوكيات العدوانية. ان ظهرت مثل هذه السلوكيات بشكل مفاجئ في مراهق كان يتحلى بالأخلاق الحسنة ، فيجب التنبه الى احتمال اصابته بالاكتئاب.

استعمال المخدرات و معاورة الخمر تبدأ في هذه المرحلة كواحدة من تأثيرات الاكتئاب. الرغبة في المعالجة الذاتية و الهروب من الوضع المؤلم قد تجعل المراهق يقدم على تعاطي المنشطات مثل الحشيش ، الامفيتامينات و مشتقاتها و الكوكايين و البعض منهم يستخدم المهلوسات ايضا كما انه قد يشرب الخمر و المثبطات الاخرى كالهرويين او الباربيتوريت و المثبطات الصغرى الاخرى كالفاليوم وغيرها(ثائر عشور:2018،ص75-76).

بين أعراض الاكتئاب عن المراهقين أيضا:

-الشكوى من أعراض عضوية غير محددة مثل التعب ، الصداع،و الام العضلات ، والام المعدة .

-التغيب عن المدرسة و ضعف التحصيل.

-التفكير في الهرب من البيت و الحديث عن ذلك ومحاولته

-نوبات الصراخ و التذمر و الشكوى و البكاء

-الشكوى المتكررة من الملل

-عدم الاهتمام باللعب مع الاصدقاء

-استعمال المواد الطيارة و المؤثرات العقلية و الكحول

-العزلة الاجتماعية

-الخوف من الموت

-الحساسية الشديدة للرفض او الفشل.

-زيادة العدوانية و الغضب و الضجر

-السلوك المستهتر.

-مشاكل في العلاقات (وليد سرحان واخر: 2001، ص87-88).

يرى مدحت عبد الحميد ابو زيد ان: في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة المراهقة تظهر علامات الاكتئاب و اعراضه على النحو التالي:

-لوم الذات و تانيبها و معاقبتها و معايبتها.

-تقويم ذات سالب.

-اسشارة.

-نبذ ذاته.

-حساسية مفرطة.

-الانخراط الزائد في سوء المسلك و اضطراب السلوك.

-كوابيس.

-تغيرات سلوكية فجائية (سرقة، سوء استخدام عقاقير ومخدرات وكحول...الخ).

-اضطرابات النوم.

-اضطرابات شهية الطعام.

-مشكلة الهوية(مدحت عبد الحميد ابو زيد: 2009، ص154).

3-النظريات المفسرة للاكتئاب:

حضي الاكتئاب في تفسيره بوجهات نظر متباينة و متقاربة فاختلفت الرؤى و التفاسير و فقا لاختلاف طبيعة الناظر ووجهة المنظور ،اي وفقا لخلفية النظرية التي تركز عليها ، وفما يلي استعرض بعض من تلك الرؤى:

3-1-نظرة التحليل النفسي:

يرى فرويد (1917): "ان الشخص المكتئب تصبح لديه مشاعر عدوانية تجاه ذاته بدلا من توجيهها نحو الموضوع الذي تسبب له في حالة اكتئاب، او تسبب له في خلق تلك المشاعر العدائية، و تحريك شحناتها الانفعالية.و يقر فروي دان الحزن يختلف عن الاكتئاب

الميلانكولي في ان الاول يتسم بضياح فقدان الموضوع ما ينتج عنه احساس بان العالم قد اصبح مسكينا و خاويا و لكن ليس هناك وقوع في عمليات كيفية تقدير الذات او اتهامها. اما في حالة الاكتئاب الميلانكولي فان هناك ضياعا او فقداننا انفعاليا لموضوع ما يرجع الى خيبة امل مرتبطة بعدة عوامل (مدحت عبد الحميد ابو زيد: 2009، ص37).

يقول فرويد: "ان كل فرد لديه علاقة حب وكره اتجاه الشخص الذي يحبه. علة ذلك يصبح المريض نفسه موضوعا للكراهية و الحب في نفس الوقت وكذلك يشعر بالذنب بسبب واقعي او خيالي للخطيئة ضد الشخص المفقود (عبد الرحمن العسوي: 1992، ص132).

ويصف "مخيمر" فقدان الموضوع في الاكتئاب " بالصدمة " ويشبه الشخصية بالكوبري الذي يتحمل قدر معيناً من الحمولة ' ففي الاكتئاب ' إذا ما كان فقدان الموضوع خارجياً فيكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي للفقدان، وفي الحالات التي تكتمل فيها الشروط المسببة للمرض فيكون النكوص في هذه الحالة محاولة ترميمية لإصلاح تعديل الموضوعات داخل الذات في

البسيط. واذما ما تسبب هذا الفقدان الخارجي الى فقدان للموضوع الداخلي (فقدان الليبيدو) او كان فقدان الليبيدو لاشعوريا، فيكون النكوص اعمق حيث تكون الاكتئابات الشديدة و يتطلب الامر اعادة بناء الذات و الموضوع معا (عبد الله عسكر: 1988، ص71).

اما "ابراهيم" (ibraham): فيعتبر ان الاصابة بالاكتئاب تتعلق بموضوع الحب و القلق فالفرد الذي لا يتمكن من اشباع رغباته العاطفية و حاجاته الى الحب و الحنان، تنتابه مشاعر الكراهية و الغضب تجاه الاخر. هذه المشاعر ترتد نحو الذات بسبب الشعور بالذنب. فالاكتئاب شعور بالغضب اثر الاحباط و خيبة الامل في اشباع الحاجة الى الحب. هذا الغضب يرتد الى الذات بفعل اليات الدفاع اللاواعية. و يتفق المحللون النفسيون في تفسيرهم للاكتئاب، لكنهم يخلفون في انواع الدوافع المثيرة للإحباط و الغضب. اذ يحددها "ابراهيم" بالفشل في ارضاء الرغبات العاطفية و الحاجة الى الحب (لاباس سليم معربس: 2010، ص73).

واثبتت تجارب "لوفر" العلاجية التحليلية النفسية للمراهقين ارتباط علم النفس المرضي الحاد للمراهق بالقطيعة في عملية النمو و يفشل سيرورة ادماج صورة الجسد الناضج و المكتمل و بالتمثل عند الذات الذي يؤدي الى نبذ الجسد الجنسي.

ان المهمة الاساسية للنمو في المراهقة هي تشيد التنظيم الجنسي النهائي حيث يتضمن تمثّل الجسد الاعضاء الجنسية الناضجة جسديا ففي مرحلة المراهقة تندمج الرغبات الجنسية و التماهيات الادوديبية في هوية جنسية نهائية ان التفعيل الغريزي في البلوغ و النضج التناسلي يحدثان اعادة تنظيم حل عقدة اوديب فالرغبة الجنسية ما قبل التناسلية و التناسلية و

التماهيات الجنسية الاساسية تنظم وتثبت خلال حل عقدة اوديب وارتكاب المحرم المجرم و جريمة قتل احد الوالدين يمكن ان تصبح واقعا و الانتقام الاوديبى يصبح ممكنا .

وعندما لا يستطيع المراهق قمع الرغبات الاوديبية و ماقبل الاوديبية فان هذا النمو يتعطل او ينحرف او يتوقف و بروز تلك الهومات و الرغبات في حيز الوعي تحدث شعورا بالضيق و القلق و الاثم و حالة غير طبيعية تعاش كتهديد من اللاتنظيم و خسارة للاتصال مع الواقع.

هؤلاء المراهقون يظهرون عادة اكتئابيين و يعبرون عن اجتياح مشاعر القنوط وعدم الاهتمام و كره الذات و عدا الاستواء و الفشل فهم يظنون ان لاشيئ تغير منذ سنوات و ان لاشيئ يمكن ان يتغير.

ان مشاعر الخسارة الملازمة في المراهقة و العدوانية تجاه الاهل توقظ بدورها مشاعر القلق للوضعية الاكتئابية حيث لا تكون قد أعدت بشكل كاف(هنري شابرول:1998،ص70).

3-2-النظرية البيولوجية:

3-2-1-التفسير الوراثي:

يرى انصار التفسير الوراثي ان افرادا معينين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة.وقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية لاضطرابات الوجدانية على ان الناقلات العصبية .و بالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي و الاكتئاب، الا ان البحث في مجال الاضطراب الثنائي القطبية قد كان اكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية.وتشير دراسات التوائم و التبني الى ان التركيب الوراثي يبدو انه يلعب دورا رئيسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطب(حسين فايد:2008،ص76-77).

وانه خلال العقود الثلاثة الماضية كانت هناك دراسات مكثفة لدور العوامل الوراثية في هذا المرض،و تبين بشكل قطعي ان هناك استعدادا وراثيا يظهر بشكل واضح في بعض العائلات وخصوصا في حالات الاكتئاب الذهاني و الاكتئاب الشديد، وقد شملت هذه الدراسات دراسة تكرار الحالة في نفس العائلة،و في التوائم المتشابهة و غير المتشابهة سواء من تمت تربيتهم في نفس البيئة او في بيئتين مختلفتين(وليد سرحان و اخرون:2001،ص43).

3-2-2- التفسير الفيزيولوجي:

يرى انصار هذا الاتجاه الى انه يوجد نمطين رئيسيين للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب، بحيث النمط الاول على اساس الاضطرابات الايض الخاصة بالمرضى المكتئبين، حيث يعتبر كلوريد الصوديوم و الكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في ابقاء القدرة الكامنة على التحكم في استثارة الجهاز العصبي ، ومن المعروف انه في الحالة العادية للجسم يوجد الصوديوم اكثر خارج النيرون و اقل داخله و يكون البوتاسيوم اكثر داخله و اقل خارجه ، وولكن عند المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطربا ،اما النمط الثاني فيعتبر ان الاكتئاب عبارة عن قصور موزن في عنصرين رئيسيين في كيمياء الدماغ(حسين فايد:2001،ص77).

تركزت هذه النظرية على النقص الحاصل في كل الناقلات العصبية مثل "الدوبامين" **Dopamine** و الـ "نورادرينالين" **Noradrénaline** و "السيروتونين" **Sérotonine**، و التي بحركتها المرتفعة او المنخفضة يكون لها تأثيرها في الجهاز العصبي لكل فرد وما يدعم هذه النظريات ان مضادات الاكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة الناقلات العصبية في الدماغ. ويعتبر الباحثون في النظرية البيولوجية ان الخبرات الانفعالية تؤثر في النشاط الكيميائي للدماغ. وعلى هذا الاساس ،فان المشاعر و الافكار و السلوكيات قد تتغير تبعا للحركة الكيميائية في الدماغ(لابا سليم معربس:2010،ص68).

3-3- النظرية السلوكية:

حسب **lazarus** فان الاكتئاب يمكن النظر اليه على انه وظيفة للتعزيز الخاطئ او التعزيز غير الكافي للسلوك(عبد الرحمن العسوي:1992،ص132).

حسب **يولمان وكراستر(1969) Ullman ,Krasner** حيث صاغا وجهة النظر الخاصة بهما فيما يتعلق بحالة الاكتئاب بقولهما ان حالة الاكتئاب تحدث جراء خبرة فقدان التدعيم او الاثابة الايجابية مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي اي العقاب. بمعنى ان المكتئب هو شخص فقد التدعيم الايجابي بين الاخرين علاوة على تحصيله للتدعيم السالب او العقاب وهنا تحدث حالة الاكتئاب(مدحت عبد الحميد ابو زيد:2009،ص42).

تتمثل الفكرة الرئيسية للنظرية السلوكية عن الاكتئاب في انه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته الايجابية او زيادة في معدل الخبرات السيئة ، والتي تكون بمثابة عقابا له فوجود مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عن انخفاض معدل التعزيز الايجابي الناتج عن التفاعل الجيد و الفعال مع البيئة او ارتفاع في معدل

الخبرات السيئة ، وان حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه او زيادة الاحداث الغير السارة(بشير معمرية:2007،ص16).

يعتبر سليجمان Seligman ورفيقاه Klein , Miller ان مفهوم العجز المكتسب يدخل في نظرية التعلم الاجتماعي ، و ان بعض الافراد يواجهون الاحداث الصعبة بمشاعر العجز .وضمن هذا الاطار، فان العجز المكتسب يتضمن تأثيرات معرفية، يمكن من خلالها تفسير الاكتئاب. فالعجز لا يرتبط باعتقاد الفرد بعدم قدرته على السيطرة على ضغوط البيئة ، وانما يتعلق بالأسباب التي يفسر بها فشله. فالمكتئبون يفسرون اسباب فشلهم بعوامل داخلية. فالعيب يمكن في داخلهم وعجزهم عن الاستجابة و المواجهة(لاباس سليم معربس:2010،ص79-80).

3-4-النظرية المعرفية:

يرى ارون بيك Beck (1961-1978):"ان الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة. فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته ، و للعالم وللمستقبل وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. و يقرر بيك ان العامل الاساسي او الاولي للاكتئاب هو الاحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة، و الاهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية. فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعاً، ودائم اللوم لذاته نظراً لوعيه و ادراكه بنقائصه و التي تعطي له مفهوماً سالبا عن ذاته. و يرى بيك ان المكتئبين يميلون الى مقارنة انفسهم بالآخرين، وهذه المقارنة شأنها ان تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم ، وتجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية. فالشخص المكتئب يقول لنفسه: "انا لست جيداً او صالحاً مثل سائر الناس و انا لست محبوباً مثل الآخرين"(مدحت عبد الحميد ابو زيد:2009،ص43-44).

يعتبر بيك Beck ان كل الافعال الغريبة التي تصدر عن الفرد و التي لا تتسق مع ما كان مألوفاً في سلوك الشخص، هي تعبيرات مختلفة عن الحالة الباطنة للاكتئاب ولا يمكن عزل اضطرابات الوجدان ، واضطرابات الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر فيها الشخص و يدرك من خلالها الامور.

ولا يعود المكتئب يهتم بأبسط الامور البيولوجية كالجوع و الجنس و النوم اذ تنحسب لديه الدوافع الاجتماعية كالتعلق بالآخرين و اقامة العلاقات الاجتماعية الطبيعية و تتحول دوافع اللذة الى نفور و اشمئزاز ، كما يلجأ المكتئب الى رغبة في السبات و العودة الى التصرفات البدائية(لاباس سليم معربس:2010،ص89).

يرى ميلجير وبولبي (Melges ,Bowlby (1969 : "ان شعور الفرد باليأس هو المحور الاساسي في الاكتئاب ، وخاصة عندما يتعلق الامر بمستقبله ، فنجد:

-يعتقد ان مهارته لم تصبح مؤثرة من اجل الوصول الى اهدافه .

-يعتقد ان في الفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية وانه يجب ان يعتمد على الاخرين .

-يشعر ان مجهوداته السابقة الاهداف قد باءت بالفشل .

بالرغم من اعتقاد المكتئب بانه غير قادر على انجاز اهدافه الا ان هذه الاهداف تبقى هامة بالنسبة له (عبد الله عسكر :1988، ص59).

4-قياس الاكتئاب:

يمثل موضوع ابتكار ووضع الاختبارات و المقاييس النفسية، وتقنياتها من اجل استخدامها في المجال النفسي ، جانبا مهما لتقدم علم النفس المعاصر ، لانه بفضلها يحدد ثقة العلامات الشخصية البارزة ، ومن هذه الاختبارات ، اختبار الذكاء و الاختبارات الاسقاطية و لقياس الاكتئاب استعملت في السابق البعض من هذه الاختبارات مثل "اختبار تفهم الموضوع TAT ، تزعم فئة كبيرة من المختصين انه من الممكن تمييز 75% من المكتئبين من خلال تحليل القصص التي يضعونها على هذا المقياس.

وبما انه اظهرت مشكلات تتعلق بموضوعية تصحيح هذا الاختبار ، وضع العلماء فئة اخرى من المقاييس التي تاخذ شكل قوائم تحليل سلوكية، وتقدير للجوانب السلوكية، والتي تتميز بدرجة عالية من الثبات و الدقة و الموضوعية في تطبيقها وتصحيحها ، وخير نموذج في مجال الاكتئاب مقياس بيك لتقدير الاكتئاب الذي قام بوصفه العالم المعروف ارون بيك **Aron Beak** و يتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الاسئلة ، وكل مجموعة تصف احد الاعراض الرئيسية للاكتئاب (الحزن ، التشائم) (عبد الستار ابراهيم :1998، ص70-77).

و مقياس هاملتون للاكتئاب **HDS** ، يتكون مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب من "17" مفردة، وهو من وضع هاملتون **Hamilton.M** ونشر عام 1960، واعدته الى العربية عباس محمود عوض، بالاشتراك مع مدحت عبد الحميد و المقياس يقدر الاكتئاب باعتباره حالة **State**، وتختلف بدائل الاجابة باختلاف المفردات ، حيث توجد خمسة بدائل لتسع مفردات ، وثلاثة بدائل لثمانية مفردات و تتراوح الدرجة الكلية ما بين (صفر-52 درجة) (مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001، ص157).

ومن بينها ايضا قائمة الاعراض الاكتئابية وهي من اعداد روش **Roche** و يمكن استخدام هذه الاداة عن طريق الاختصاصي الاكلينيكي باعتبارها نتيجة للمقابلة الاكلينيكية و الملاحظات عن المريض او باعتبارها مقياسا للتقرير الذاتي يجيب عنه المريض و تتكون قائمة الاعراض الاكتئابية من 28 بنداً (كامل عبد الوهاب محمد:2002، ص78).

5-الكآبة عند المراهقين وعلاقتها بالجنوح:

عند دخول مرحلة المراهقة ، ترافق بعض المراهقين حالة من الكآبة و تسمى بالفرنسية " **La Morosité** " ويعتبر العالم **Pierre Male** من ابرز علماء عصره ، وفسر هذه الظاهرة من خلال خبرته الطويلة في عالم المراهقة. ويرى الكآبة نحالة خاصة يتعرض لها البعض المراهقين ، فهي لا تشبه الانهيار و ليست بالذهان ، فهي نوع من الملل الطفولي ، فهي حالة رفض المراهق في استثمار من حوله سواء(الأشخاص او الاشياء)، ويرى العالم وكأنه فارغ و لا يصلح لأي شئ فالمراهق في هذه الحالة ، كانه لا يتقبل جسمه و يشعر بالإحباط ،وتعود جذورها الى العلاقة الاولية (ام-طفل)اي هذه الحالة من الكآبة تكون احدى الاسباب المؤدية للمرور بالفعل سواء من خلال الهروب ، الجنوح، الادمان، الانتحار (**Pierre Mêle :1999,320**).

6-تشخيص الاكتئاب:

يتم التشخيص طبقا للدليل التشخيصي الاحصائي الرابع **DSM4** اذات توفرت خمسة (05) او اكثر من بين هذه الاعراض:

- 1-مزاج اكتئابي كل يوم
- 2-انخفاض كبير في الاهتمامات ، عدم الاحساس بالمتعة في ممارسة الانشطة المختلفة
- 3-انخفاض واضح في الوزن و في حالة اخرى تكون الزيادة
- 4-ارق في النوم او زيادة في النوم
- 5-هياج حركي مع الاحساس بعدم الاستقرار ،او خمول حركي
- 6-التعب وفقدان الطاقة
- 7-الاحساس بعدم القيمة ولوم النفس و الاحساس بالذنب
- 8-ضعف القدرة على التفكير ، وضعف التركيز ، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات
- 9-التفكير في الموت اما يتمنى الموت او التفكير في الانتحار او التخطيط له او محاولة الانتحار(مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001،ص147).

و يعتمد تشخيص الاكتئاب كغيره من الامراض النفسية ايضا على ما يلي:

- 1- الاعراض التي يشكو منها المريض و شدتها ومدتها، محاولة الاحاطة بها وفهمها ، كما يرويها المريض او ذووه ومرافقوه.
 - 2- قصة المرض كاملة منذ بدايته ، وحتى لحظة وصول المريض الى الطبيب وقد تكون القصة قصيرة مختصرة ، وقد تكون طويلة لا تتعدى العشرين عاما.
 - 3- الاسئلة المختلفة التي يوجهها الطبيب اثناء المقابلة ، للبحث عن اعراض المرض الاخرى، و الاسئلة التي يقصد بها استبعاد امراض متشابهة.
 - 4- التاريخ الشخصي للفرد: منذ ولادته حتى الان ،طفولته ودراسته وعمله ، وزواجه وعاداته في التدخين، وتناول المنبهات و الكحول ، والمؤثرات العقلية و المخدرات ، واي مشاكل قانونية او زوجية او عائلية.
 - 5- التاريخ العائلي للمريض: فيما اذا كان هناك حالات نفسية في العائلة او حالة مرضية عضوية ، الوالدان فيما يخص اعمارهم وحالتهم الصحية او سبب وفاتهما، وعلاقة المريض بهما، وكذلك الاخوة و الاخوات ، وترتيب المريض بينهم ، وعلاقته بهم و فيما اذا كان اي منهم يعاني من مشاكل نفسية.
 - 6- التاريخ الطبي:وهنا لابد من معرفة كافة الامراض النفسية او العضوية التي عانى او يعاني منها المريض، و الحوادث و الاصابات و العمليات الجراحية المختلفة ، وفيما اذا كان المريض يتعاطى اي علاجات للضغط او السكري او الصرع او الفصام او القلق واسماء الادوية وجراعاتها ومدة تعاطيها.
 - 7- الفحص الطبي العام:يقوم الطبيب بفحص المريض سريريا، بدءا من الضغط و النبض و الحرارة و الوزن ، ثم الفحص العصبي ، وفحص الصدر البطن و الظهر و الاطراف ، ويدقق في اي اشارات طبية سواء كان لها علاقة بالشكوى الاساسية للمريض ام لم يكن.
 - 8- فحص الحالة النفسية:وفيها يستعرض الطبيب المظهر و السلوك و المزاج و الانفعالات و التفكير،و يفحص القدرات العقلية ودرجة الوعي و الادراك ،وغيرها من الامور التي يجد انها ضرورية ، مثل الهلاوس و التوهم، و الشعور بالذنب و الميل الى الانتحار او القتل ومدى جديته.
 - 9-التشخيص المبدئي و التفريقي : الذي تشير اليه المعطيات المذكورة ، وهذا قد يكون واضحا وسهلا ولا يتطلب اي اجراءات بل الانتقال للعلاج ، وقد يتطلب بعض الاجراءات مثل:
- دراسة اجتماعية للمريض لمعرفة ظروفه وحياته بدقة.

-مقابلة اطراف مهمين في حياته لاستكمال بعض المعلومات ،خصوصا في تحديد شخصية المريض قبل المرض، ذلك ان معظم اضطرابات الشخصية تتطلب وجود طرف اخر لإعطاء المزيد من المعلومات.

-اجراء اختبارات نفسية مثل اختبارات الشخصية او اختبارات الصحة النفسية العامة المقننة ،او اختبارات الاكتئاب مثل مقياس هاملتون او مقياس بيك.

10-خطة العلاج مبنية على التشخيص النهائي(سرحان وليد واخرون:2001،ص47-49).

7-تصنيف الاكتئاب:

تطور خلال السنوات الماضية عدد من أنظمة التصنيفات المتنافسة الخاصة بالاكتئاب، ويرجع هذا الأمر لتباين التوجهات النظرية لعلماء النظريات الإكلينيكية، وتؤكد هذه الأنظمة على تصنيف وحدودي ذو علاقة بوحدة أو وحدات مزدوج، تعددي، وافتراضات تشخيصية،ومن بين هذه التصنيفات تصنيف الجمعية الامريكية للطب النفسي DSM4 وتصنيف منظمة الصحة العالمية ICD10 ،و سوف نعرضها بالتفصيل:

7-1-التصنيف الامريكي الرابع DSM4:

صدر في الجمعية الامريكية للطب النفسي وقسم الاكتئاب الى عدة انواع:

1-انتكاسة اكتئاب كبرى

2-اضطراب مزاجي مزدوج القطب(مرحلة اكتئاب)

3-اضطراب اكتئاب اخرى، كالاكتئاب المكرر وتكرر المزاج(و ليد سرحان واخرون:2001،ص42).

في إطار الكتاب الحالي يعرض المؤلف حسين فايد (DSM41994) التميزات الرئيسية للاكتئاب والتي سنختصرها على النحو التالي:

7-2- الاكتئاب العادي والاكتئاب الإكلينيكي الفرعي والاكتئاب الإكلينيكي:

يبدأ باكتئاب عادي، ثم اكتئاب إكلينيكي فرعي وينتهي باكتئاب إكلينيكي، فالأكتئاب العادي هو الأقل شدة إذ يزول بزوال الظروف المؤدية إليه، بينما الاكتئاب الفرعي يكون أكثر شدة من الاكتئاب من

الاكتئاب العادي إلا أنه لا يستدعي العلاج أو وضع تشخيص، في حين أن الاكتئاب الإكلينيكي يكون شديداً إلى درجة تستدعي التدخل والعلاج. ويتفرع الاكتئاب الإكلينيكي إلى عدة أنواع أو فروع نذكرها على النحو التالي:

7-2-2- الإكتئاب أحادي القطبية وثنائي القطبية:
وهما نوعان يشمل عليهما الإكتئاب الإكلينيكي:

7-2-1- الإكتئاب أحادي القطبية :

هو اضطراب يتميز بحدوث نوبة اكتئاب عظمى واحدة أم أكثر دون نوبات هوس، ويتضمن هذا النوع بدوره على عدة أنواع فرعية هي:

7-2-1-1- نوبة الإكتئاب العظمى :

وتشمل نوبة الإكتئاب العظمى على عدة أنواع هي :

✚ خفيفة: تكون الأعراض طفيفة وينتج عنها أقل إعاقة وظيفية أو اجتماعية.

✚ متوسطة: تكون الأعراض والإعاقة متوسطة الشدة، وقد تصحبها أعراض بدنية.

✚ شديدة دون أعراض ذهانية: حيث تكون الأعراض شديدة، وينتج عنها إعاقة ملحوظة وظيفية واجتماعية.

✚ شديدة مع أعراض ذهانية: وتتضمن الهلاوس، وقد تكون مناسبة لحالة الوجدان، أي لا تتضمن هلاوس، ويكون محتواها اكتئابيا مثل: الذنب والموت.

7-2-1-2- الاضطراب الوجداني الموسمي :

هو نوع من الإكتئاب الذي يشيع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة.

7-2-1-3- الديستيميا :

يتضمن الإكتئاب أحادي القطبية على الديستيميا، وهي شكل من الإكتئاب أكثر لظفا.

7-2-2- الإكتئاب ثنائي القطبية : هو اضطراب يتسم بحدوث نوبة أو أكثر من الهوس، ينتشر عادة مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر وبما أن أهم ما يميز الإكتئاب ثنائي القطبية هو وجود نوبات هوس أصلية، أو وجود نوبات هوس مع نوبات إكتئاب، سنذكر الأنواع الفرعية لنوبة الهوس:

7-2-2-1- نوبة الهوس: هي حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي للشخصية، والشخص في حالة الهوس يكون متناقضا تماما لحالة الإكتئاب الأنواع الفرعية للهوس:

أ. نوبة الهوس الخفيف.

ب. نوبة الهوس المتوسطة.

ج. نوبة الهوس الحاد.

د. نوبة الهوس المختلط.

7-2-2-2- السيكلوثيميا(المزاج النوبي): كما هو الحال بالنسبة للديستيميا في الإكتئاب أحادي القطبية نجد، السيكلوثيميا في الإكتئاب ثنائي القطبية وتتضمن نوبات هوس عديدة وفترات من المزاج المكتئب.

7-3- الإكتئاب الذهاني والإكتئاب العصابي:

يشير الإكتئاب الذهاني اضطراب مصحوب بأعراض ذهانية، كالهذاء والهلاوس، وعدم الاستبصار والإحساس بالعظمة والاضطهاد. أما الإكتئاب العصابي، فيشير إلى اضطراب غير مصحوب بالهلاوس والهذات ويطلق أحيانا على الإكتئاب مفهوم "الاستجابة الاكتئابية" حيث يسيطر على المريض حالة من الحزن والهم والرغبة في التخلص من

الحياة مع هبوط النشاط ونقص الحماس والإنتاج، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في النوم. تجدر الإشارة إلى أن الفرق بين الاكتئاب الذهاني والعصابي هو فرق في الدرجة، فالأول يكون أكثر تطرفاً في النواحي عن الاكتئاب العصابي، بالإضافة إلى أن الاكتئاب الذهاني يرى أنه شديد مثل الاكتئاب داخلي المنشأ، بينما يرى الاكتئاب العصابي كأى شيء يتمادى من اكتئاب تفاعلي إلى اكتئاب مزمن، ثم إلى اكتئاب ثانوي وينتهي باضطراب في الشخصية.

4-7- الاكتئاب داخلي المنشأ وخارجي المنشأ:

يعتقد أن الاكتئاب داخلي المنشأ يرجع لأسباب بيولوجية تتمثل في سوء أداء فيزيولوجي معين، أما الاكتئاب خارجي المنشأ، فينتج عن أسباب بيئية (حسين فايد: 2001، ص101-106).

اما مدحت عبد الحميد أبو زيد، تعرض الى انواع اخرى من الاكتئاب ، نذكر منها:
 + الاكتئاب التالي للصدمة: يرجع إلى حدوث تلف في الجزء الأيسر من المنطقة الجبهية للدماغ نتيجة حادثة، دون إغفال وجود تأثيرات لعوامل نفسية واجتماعية لاحقة ومساعدة على ظهور أعراض اكتئابية.

+ الاكتئاب المتبقي: ويقصد به الأعراض الاكتئابية المتبقية بعد علاج الاكتئاب، وهي أعراض إما لم تستجب للعلاج أو استعصت عليه أو لم تتلق العلاج المناسب، فبقيت رغم اختفاء بقية الأعراض الأخرى.

+ اكتئاب النفاس: هو يصيب بعض السيدات قبل الولادة، عادة ما تكون له بعض المؤشرات أثناء الحمل، وقد يرتبط هذا النمط من الاكتئاب بكثرة الحساس بالألم أثناء الحمل والولادة، كما يرتبط بالولادة القيصرية، وشخصية المرأة ذاتها، إذ عادة ما تكون الأنثى المستهدفة له ذات درجة عالية من القلق والعصاة، والاستهداف لخيبة الأمل (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص59-60).

+ اكتئاب المراهقة: يقسم البعض اكتئاب المراهقة الى نوعين اساسين الاولى و الثانوي:

1- الاولي: بمعنى انه لم توجد اية امراض نفسية او عقلية قبل اصابة المراهق بالاكتئاب.
 2- الثانوي: ان يأتي الاكتئاب بعد صدمة المراهق باي مرض او اضطراب نفسي او عقلي قبل ذلك. عادة ما يكون الاكتئاب الثانوي اشد ضراوة و تأثيرا على حياة المراهق و على فترة شبابه لاحقا(ثائر عشور: 2018، ص75).
 ومن بينها تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD10 و تصنيف الجمعية الامريكية للطب النفسي DSM4 وسوف نعرضها بالتفصيل كالآتي:

5-7- تصنيف الدولي العاشر ICD10:

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم هذا الاكتئاب الى عدة انواع وهي:

7-5-1- إنتكاسة إكتئاب (شديدة أو بسيطة):

وهي حالات الإكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة ،وقد يكون هناك عوامل مهمة مرسبة للحالة أو أحداث بسيطة وقد يكون هناك عوامل للإكتئاب ،وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة والبسيطة عادة ما لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح ، ولكن الإنتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى توقف الطالب عن دراسته ،أوربة البيت عن أداء واجباتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتتراجع أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير.

7-5-2- اضطراب مزاجي مزدوج القطب:

إن مرحلة الإكتئاب في حياة الإنسان ،قد لا تتكرر ولا تعود الاعراض ثانياً ، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للإكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الإكتئابي لا تختلف في اعراضها عن الإكتئاب عموماً، ولكنها قد تكون مسبقة أو متبوعة بالزهو ،أو أنها تتبادل الدور مع الزهو كل سنة أو ستة أشهر

7-5-3- إكتئاب متكرر (بسيط،متوسط،شديد):

إن حدوث الإكتئاب في حياة الإنسان، قد لا يتكرر ولا تعود الاعراض ثانياً ،وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للإكتئاب، إما على فترات متباعدة قد لاتصل إلى خمس سنوات أو أكثر،وقد يكون شديداً في كل مرة أو بسيطاً في كل مرة وقد تتفاوت الإنتكاسات من مرة لأخرى ،وقد يتكرر بلا سبب واضح ،أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية ،وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.

7-5-4- اضطرابات مزاجية طويلة الأمد (اضطراب مزاجي دوري ، تكدر المزاج):

وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه ، أو من حوله ،وقد تعد جزءاً من شخصيته ففي اضطراب المزاج الدوري يتأرجح المريض بين الإكتئاب البسيط أو تكدر المزاج ثم إرتفاع المزاج مما يصل إلى الزهو ،ولكن فيه إبتهاج ونشاط وحركة زائدة نوعاً ما ، وكثيراً ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الاضطراب يتعدى الشخصية المزاجية ، أما تكدر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الإكتئاب ولكنه طويل الأمد.

7-5-6- تشمل الأشكال الأخرى للاكتئاب سواء غير النموذجية أو المصاحبة لأمراض أخرى كالفصام:

فالإكتئاب غير النموذجي يختلف عن الإكتئاب بأنه يكون مصحوبا بزيادة النوم والأكل والوزن ويترافق مع الكسل والقلق أحيانا وغالبا ما يلاحظ في النساء ، أما الإكتئاب المصاحب للفصام العقلي فهو من أشكال الإكتئاب الهامة والتي تتزامن مع اعراض الفصام أو تسبقها أو تتبعه(وليد سرحان وآخرون:2001،ص40-42).

8- اسباب الاكتئاب:

من خلال العرض السابق لبعض النظريات التي وضعت من اجل تفسير الاكتئاب يمكن ان نجمل من خلالها اهم اسباب الاكتئاب على النحو التالي:

8-1- اسباب وراثية بيو كيميائية:

تعود الى ارتفاع الاستعداد للإصابة بالاكتئاب فالوراثة دور هام في حدوثه حيث انه كلما اصيب الفرد من افراد الاسرة ، يتزايد احتمال حدوثه في الاسرة ذاتها، حيث يرى "سلات" SLAT : "ان الجينا لصبغي الوحيد المسير هو SINGNEL AUTOSSOMALE الذي له علاقة بظهور ذهان الهوس و الاكتئاب .اما آخرون فيرون ان الاكتئاب يحدث ارثيا بواسطة العينات المتعددة حيث ان الظهور الباكر يفسر تشعب الفرد بالعامل الوراثي واذ ماضهر في سن الخمسين ليكون مثل هذا التشعب ضعيفا(حسين فايد:2001،ص87).

وتوضح دراسة التوائم المتشابهة معلومات كافية عن مدى اهمية العامل الوراثي ، وتوضح نتائج هذه الابحاث الرئيسية الاصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل الى 65 %وبين التوائم المتاخية حوالي 14% وتقل نسبة الاصابة بين افراد العائلة كلما تقدم سن المريض "سن المصابين"، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية ، ويتفق معظم الباحثين في هذا المجال بان نوع المورثات المسببة للمرض بانها مورثات سائدة ذات تاثير غير كامل اي ان العامل الوراثي في هذا النوع من الاضطرابات يفوق ما وجد في الفصام ، ولايمنع ذلك دور البيئة في اظهار الاستعداد الوراثي(احمد عكاشة:2003،ص363).

و من بين الاسباب اختلاف في وظيفة الجهاز السمبثاوي و القشرة(مدحت عبد الحميد ابو زيد:2009:ص 57).

وحيث تقوم بعض المثيرات العصبية "مواد كيميائية" للجهاز العصبي بنقل الاشارات العصبية من خلية عصبية لأخرى مثل السيروتونين ، وقد ثبت من دراسات عدة ان خلل يحدث في هذه المواد عند الاصابة بالاكتئاب. كما ثبت ان الادوية و العقاقير التي تعالج

الاكتئاب تؤثر على الاستجابة العصبية لهذه المركبات (عبد المنعم الميلادي: 2006، ص62).

8-2- اسباب بيولوجية:

ونلاحظ اضطرابات المزاج في الخلل الذي يحدث على مستوى الجهاز الغدي الصمي لمرض "اديسون" و يلاحظ ان الاكتئاب مابعد الولادة يحدث نتيجة الهبوط الشديد في "البروتسترون" اما سن الياس يكون الاكتئاب نتيجة ارتفاع "الكورتزول" (محمد جاسم: 2004، ص38).

ولقد اثبت الباحثون ان هناك خلل في الجهاز المناعي عند مرضى الاكتئاب ، وربما كان هذا الخلل نتيجة لخلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة ، وهناك احتمال في ان خلل الجهاز المناعي يؤدي الى حدوث اعراض نفسية للاكتئاب (عبد المنعم الميلادي: 2006، ص62).

8-3- اسباب نفسية اجتماعي:

يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- توجيه عدوان نحو الذات (عقاب ذاتي)
- فقدان بموضوع الحب ، خيبة امل متعلقة بموضوع حب
- ترجيع لخبرات اكتئابية طفولية(خبرات صدموية)
- الفتش في اشباع الحاجات النرجسية الطفولية(هجوم نرجسي)
- انفصال عن الام ، و الجو النفسي العائلي المحطم
- الشعور بالعجز و الياس و الضياع و الفقدان ، وحالة عدم الامن
- اتساع الهوة بين الذات المثالية، والذات الواقعية
- فقدان التدعيم الايجابي(الاجتماعي و البيئي)
- فقدان تقدير الذات ، ونقص الضبط و التحكم الذاتي
- المفهوم السالب عن الذات وعن الكفاءة الذاتية
- ضيق مدى الاطفال لمواجهة المواقف الضاغطة ، وتكون افعال منعكسة شرطية سالبة
- انخفاض مستوى الإثارة الحسية مع تزايد الأحداث غير السارة

-تمثل أهداف غير حقيقية ، وغير واقعية

-الأحداث الضاغطة داخليا ، وخارجيا(مدحت عبد الحميد ابوزيد:2009،ص57-58).

-التفكك الأسري و الانفصال المبكر للوالدين و الخلافات الاسرية الشديدة واضطراب المناخ الاسري ،فقدان التدعيم -الاجتاعي الاجتماعي اي غياب مساعدة الفرد على التخلي على الافكار السلبية المتشائمة(مدحت عبد الحميد ابوزيد:2001،ص85).

من العوامل النفسية التي نذكرها في هذا الشأن عملية الصراع داخل النفس ، وهي تحدث لتعارض رغبتين لدى الانسان او تعذر اشباع حاجتين في وقت واحد و في داخل كل منا صراع بين القيم و الدوافع المختلفة و لدى الانسان دائما صراعات تنشأ بين طموحاته و تطلعاته من جانب و بين واقعه و قدراته من الجانب الاخر ومن العوامل النفسية الهامة ما يحدث في فترة مبكرة من خبرات اليمية ،حيث تولد لهذه الصدمات قدرا من الحساسية النفسية لظهور الاضطراب فيما بعد، وكذلك الاحباط الذي يعاني منه اي انسان نتيجة لإدراكه وجود عائق مادون تحقيق رغباته و مصالحه وتكون الاستجابة لهذا الاحباط هي الشعور بخيبة الامل ، و المحصلة النهائية في الغالب تكون حالة المرض،وفي هذا المجال لا بد ان نذكر ان الانسان لديه وسائل وحيل الدفاع النفسي ضد المؤثرات التي تسبب الصراع النفسي و الاحتفاظ بالثقة بالنفس تحقيق التوافق و الصحة النفسية وعليه فان حالة المرض ليس سوى اخفاق لهذه الاسلحة الدفاعية قينهار التوازن النفسي و يظهر الاضطراب نتيجة لهذا الخلل(لظفي الشربيني:2001،ص44).

8-4- الإصابات بالأمراض العضوية:

عندما يصاب الشخص بمرض عضوي خطير مزمن قد يسبب له فقدان الثقة بالنفس ، الاحساس بالنقص ، الاعتماد على الذات و بالتالي يدخل في الاكتئاب بحيث يفكر انه سيواجه الموت(جاسم محمد المرزوقي:2001،ص61).

9- علاج الاكتئاب :

هناك عدة علاجات مقترحة لعلاج الاكتئاب ونذكر من بينها:

9-1-العلاج الطبي:

5-1-1-العلاج بمضادات الإكتئاب :وهناك ثلاثة أنواع من هذه الادوية متمثلة في مجموعات

كبرى نجد منها:

- مجموعة مثبطات أكسدة الأمينات الأحادية (IMAO) :وهي عبارة عن مركبات تعمل على كف نشاط الانزيم الذي يعمل على أكسدة وتمثيل الكاتيكولامين والسيروتونين وتحويلها

إلى مكونات غير نشطة، وتوصف ضمن نطاق محدود وهذا نظرا لتعارضها مع بعض الاطعمة كمشتقات الحليب ومع زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

-**المركبات ثلاثية الحلقات (TRICYCLES) :** ويرجع إسمها إلى انها تتكون من ثلاث حلقات كيميائية، وهي الزمرة الاكثر شيوعا في علاج مختلف الاضطرابات الاكتئابية، مثال لهذه المركبات (IMPRAMINE) واسمه التجاري (TOFRANIL) و(ILAFIL).
-**معيقات إعادة إمتصاص السيروتونين :** هذه المجموعة تشبه في تأثيرها المجموعة السابقة إلا أنها تعد أكثر إنتقائية، والمركب أكثر إستخداما منها هو (FLOXELINE) والسم التجاري هو (PROZAC) (زيري ابراهيم السيد: 2006، ص61-62).
ان تطور علم الصيدلة العصبية و النفسية ادى الى نجاحات ملحوظة في علاج حالات عسر المزاج ، خاصة مع استع مال مضبطات السيروتونينSSRIs، وهناك ادوية اخرى يمكن استعمالها بنجاح ايضا(وليد سرحان واخرون: 2001، ص60).

9-1-2- العلاج بالجلسات الكهربائية:

والذي يقوم على وضع قطبين كهربائيين على فحص المريض مع تمرير تيار كهربائي آخر خلال المخ ،وعلى الرغم من أن العلاج هذا يبدو مفيدا في علاج بعض حالات الإكتئاب الحاد إلا أن تأثيره مؤقت وأثاره الجانبية عند الإستعمال المستمر تؤدي إلى إصابات مخية وضعف في الذاكرة(عبد الستار ابراهيم: 1980، ص 68-69).

9-2- العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية او جماعية و يضمن عدة اساليب منها:

9-1-2-1- العلاج السيكودينامي :

والذي ينطلق من التعمق في فهم العوامل العميقة في تكوين الشخصية للأفراد، وذلك بالتعرف على تاريخ الفرد وخبراته الاولى ونوعية العلاقات ومختلف الصراعات المسببة للإكتئاب، وتستخدم تقنية التداعي الحر والعمليات النفسية كالطرح والاستبصار والاسقاط والولوج في كنه أحلام المريض بالتفسير الكامن وغيرها من التقنيات ودور المعالج في هذا هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وص ا رعاته، وهذا الاستبصار يؤدي إلى التغير التلقائي والعلاج(علاء الدين الكافي: 1999، ص252).

9-1-2-2- العلاج المعرفي:

تستهدف العملية العلاجية المعرفية إستجلاء الأفكار الإكتئابية ومناقشة صلاحيتها وصحتها وجدواها ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ودور المعالج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفا نقديا من المطلق إلى النسبي ،ومن العموميات إلى الأفكار المحددة ،ومن الأحادية إلى الإختيارية من عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية. وتعد نتائج العلاج المعرفي إيجابية خاصة عندما يترافق مع إستعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية ،أما في حالات الإكتئاب الحادة

أو الشديدة يتم إضافة كل من العلاج المعرفي والسلوكي لمنح التحسين ومنع الانتكاسة(وليد سرحان وآخرون:2001،ص117-118).

9-2-2-العلاج السلوكي:

يتضمن هذا النوع من العلاج مساعدة المكتئبين على التغيير الذي يرتضونه مع التركيز على الاعراض والاحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها، وفعالية هذا العلاج تكمن في قدرة المعالج في مساعدة المريض أو المضطرب على التخلص من تلك الاعراض عن طريق فك شفرة الخاطيء الذي سبق تعلمه، وحدثا بدأ الاهتمام بتعلم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي، واكتساب القدرات المساعدة على التوافق ومواجهة المشكلات(مدحت عبد الحميد ابو زيد:2001،ص143).

9-2-3-العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض و جعله يفكر بأكثر منطقية و عقلانية و هذا بدوره يؤدي الى تغيير و جدان وسلوك المريض كما يجب تعليم المريض كيفية توكيد ذاته في المواقف و الأنشطة الاجتماعية المختلفة، وتدريبه على اسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدءا من التعامل مع الضغوط بالتجنب او الانفعال، كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات(حسين فايد:2001،ص128).

9-3-العلاج البيئي:

يستعمل هذا النوع من العلاج للتخفيف من الضغوطات و التوترات ، وتتناول الظروف الاجتماعية و الاقتصادية بتغييرها او التوافق معها، ونعني بهذا النوع ايجاد بيئة ملائمة ليتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط و المواقف التي تسبب له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض الى وسط علاجي او مكان للاستشفاء ، من وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الى عودته للحياة الاجتماعية مرة اخرى (الطفي الشربيني:2001،ص249).

الخلاصة:

رغم النظريات التي تناولت تفسير الاكتئاب من وجهة نظر مختلفة فإنها قد قامت بإعطاء اسباب متنوعة لنشوءه و فقا لمتنوع مدارس علم النفس واتفاقها من جهة اخرى على اعراضه ، فهناك من اعتبر ان اسباب الاكتئاب وراثية بيوكيميائية و البعض الاخر ارجعها الى اسباب نفسية اجتماعية و هناك من ارجعها الى اسباب امراض عضوية.

وبناء على ماسبق ذكره نقول ان الاكتئاب يظهر في كل مراحل من حياتنا ، وهناك بعض اعراضه قد تصاحبنا طوال الحياة العمرية.

الفصل الخامس

العلاج المعرفي السلوكي

-تمهيد

- 1-دراسة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي
- 2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- 3-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 4-خصائص العلاج المعرفي السلوكي
- 5-اهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 6-النماذج العلاجية المعرفية السلوكية
- 7-فنيات(تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي

الخلاصة

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي شكلاً حديثاً نسبياً من أشكال العلاج النفسي، فهو انْتِلاف بين المناهج السلوكية و المناهج المعرفية أي مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية ، فالعلاج المعرفي السلوكي احد التيارات العلاجية الحديثة و الذي يعد من اكثر الاساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الاخيرة ، فشهد هذا النوع من العلاج حركة واسعة مازالت في طور النمو والتطور ، فهو شكلاً من اشكال العلاج يتسم بالفعالية و التنظيم ، كما يتحدد بوقت معين ، وهي عملية تتسم بالتعاون بين المعالج و المريض من اجل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف و التوافق ، ونماذج تخيلاته وتفكيره وفحصها و التوصل الى الاستجابات البديلة الاكثر فعالية ، فهذا النوع من العلاج يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات و السلوك معا وللعلاج المعرفي السلوكي اساليب متعددة ومتنوعة .

01- الدراسة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي:

يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي الى الفيلسوف الرواقي ابيكتيتس Epictetus الذي عاش من 55-134 بعد الميلاد. فمن اشهر مقولاته: "الناس لا تحركهم الاشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء". بعد ذلك كتب ماركوس أوريليوس (121-180 بعد الميلاد): "لو انك تأملت من اي شئ خارجي، فليس هذا الشئ هو الذي سبب لك الازعاج، ولكن حكمك عليه، وبمقدورك ان تزيل هذا الحكم الان". كما كتب وليام شكسبير في هاملت: "ليس هناك شئ جديد، و آخر سيئ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك". تجدر الاشارة ايضا الى ان فلاسفة، وادباء، و شعراء اخرين عبروا عن افكار متشابهة لهذه الافكار على مدار تاريخهم (هوفمان اس جي: 2012، ص16).

وفي القرن العشرين كان هنالك عدد من التطورات في مجال العلاج النفسي أسهمت في صوغ طريقة العلاج المعرفي، فقد ذكر فرويد في أعماله ان عددا كبيرا من الظواهر الهيستيرية يحتمل أن تكون فكرية وكذلك ادلر 1936Adler وهو من اتباع فرويد المحدثين أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره فقد كان له بصمات واضحة على تطور العلاج المعرفي، عندما قال الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نستخدم منها مايلئم أغراضنا، ونحن محددون ذاتياً بواسطة المعاني التي تسقطها خبراتنا. وبذلك يعتبره إيس المروج الرئيسي للعلاج العقلاني -الانفعالي (ABC) (مليكه لويس: 1990، ص190).

اسس كل من ارون تي بيك، والبرت إيس العلاج النفسي الذي اصبح يعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وان كان كلا من هما يعمل بشكل مستقل عن الاخر. فقد تدرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد. فقد وجد بيك من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب ان الافراد المكتئبين قد اعلنوا عن مدى واسع من الافكار السلبية، والتي تظهر لديهم بشكل عفوي، اطلق بيك على هذه الافكار : الافكار الالية AuyomaicThoughts.

هذه الافكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة، يطلق عليها المخططات shemas التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله. هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا، من خلال هذا التفسير تظهر افكار الية معينة. هذه الافكار الالية المعينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف، او التحدث و يؤدي الى استجابة وجدانية. في ضوء هذا النموذج العام، طور بيك طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد و تقييم هذه الافكار، والمعتقدات لتشجيعهم (اي المرضى) على التفكير بشكل اكثر واقعية، والسلوك بشكل اكثر فاعلية، والشعور الافضل نفسيا.

ايضا تدرب اليس على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك ، ولكنه تأثر كثيرا بالفرويديين المحدثين امثال كارين هورني . يؤكد المدخل العلاجي لاليس على العمليات ، كما ان هذا المدخل شكل فعال ، وموجه من اشكال العلاج النفسي . يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على ادراك ان معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية ، بل تبقى عليها، و تسببها . هذا المدخل يساعد المرضى على ادراك لا عقلانية ، وحدة تفكيرهم ، ويساعدهم على التعبير الفعال للمعتقدات و السلوكيات التي تهزم الذات .

في البداية ، اطلق اليس على هذا العلاج اسم العلاج النفسي العقلاني ثم اطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي ، واخيرا ، اطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي . هذه العلاقة يوضحها نموذج اليس للعلاج المعرفي (ABC) حيث (A) تعني الحدث السابق ، (B) تعني الاعتقاد ، (C) تعني النتيجة (هوفمان اس جي: 2012، ص13-18).

يفضل بيك مصطلح اللاتكيفي او المختل وظيفيا بدلا من اللاعقلاني لوصف طبيعة المعرفة المختلة ، حيث ان الافكار لا ينبغي بالضرورة ان تكون لا عقلانية لتكون لا تكيفية (هوفمان اس جي: 2012، ص14).

2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

تعريفه في المعجم الموسوعي لعلم النفس: "هو شكل من اشكال العلاج النفسي المعالج لإساءة تأويل الواقع ، وذلك تكون الاولوية في العلاج المعرفي تصحيح التصورات الخاطئة و بالتالي يتم تقليل الافكار السلبية الناتجة عن التعلم الخاطى . ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض .

يعرفه بيك (Beck) (1976) "مجموعة من المبادئ و الاسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي :العمليات المعرفية (التفكير ، تخيل ، تذكر ، ادراك ،) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا . تعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لإنتاج تغير في السلوك ، فالسلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة ، تم الابقاء عليها وهي :اي مصادر معرفية سلبية و غير واقعية او توقعات سلبية . (انسام مصطفى السيد بظاظو: 2013، ص109).

هو احد انواع العلاج السلوكي يتمن خلاله تحديد و تقييم و تتابع السلوك، ويركز على تطور و تكيف السلوك ، وايضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينيكية مثل القلق و الاكتئاب و العدوان وغيرها من الاضطرابات ، و يستخدم في تعديل سلوك كل الاشخاص ويشمل ذلك الاطفال و المراهقين و الكبار ، هو استراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الي يحمل مشكلات ، و يؤكد على تحليل الفرد و التحكم فيه . (زينب شقير، 2002، 2015)

يعرفه الجبلي و اليحي (1996) العلاج المعرفي السلوكي: "بانه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي افكار او تصورات عن النفس و الاخرين و الحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي وبخاصة تنظيم بياجى (Piaget) ونظريات معالجة المعلومات ونظريات علم النفس الاجتماعي كمثل باندور (Bandurra) " (ابتسام الزعبي: 2009، ص235).

مما سبق الذكر يمكن القول ان العلاج المعرفي السلوكي هو احد طرق العلاج النفسي الحديث الذي يستند على مساعدة المريض في ادراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها الى افكار او اقناعات ايجابية اكثر واقعية ويستعمل في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية باستعماله فنيات سلوكية ومعرفية عديدة ومن بين هذه الاضطرابات كالاكتئاب و القلق واضطرابات نفسية اخرى.

3-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ التي يركز عليها في التطبيق و الممارسة العلاجية ومن هذه المبادئ:

- 1-العمل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التوصل الى الحل.
- 2-المعرفة لها دورا اساسيا في معظم التعلم الانساني .
- 3-المعرفة و الوجدان و السلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- 4-الاتجاهات و التوقعات و العزو و الانشطة المعرفية الاخرى لها دورا اساسيا في انتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج و التنبؤ بهما .
- 5-العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.
- 6-هو علاج منظم وتوجيهي لديه جدول واعمال لكل جلسة.
- 7-له منفعة اضافية ونتائج تبقى سارية لمدى بعيد.
- 8-يستند على الحقيقة العلمية(افكار الناس هي سبب مشاعرهم وسلوكهم وليس اشياء خارجية .
- 9-يستغرق وقت قصير ومحدد اذ يعتبر الاسرع من ناحية الحصول على نتائج .
- 10-يركز المعالجون على السلوكيات و الافكار الحاضرة.
- 11-المعالجة الشعورية للمعلومات.

12- التركيز على الافكار الالية او التحريفات المعرفية وعلى ما يصابها من انفعال وسلوك. (حسين علي قاند: 2008، ص123)

4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي :

ا- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على استخدام مفهوم المعرفي للعملية التي تسهم في استمرار المشكلة، بمعنى اخر ان هذا النوع من العلاجات يولي اهتمام كبيرا للعمليات المعرفية التي تسهم في هذا الاستمرار وعلى سبيل المثال، تفترض النظرية في حالات الاكتئاب ان الاضطراب يستمر بشكل اساسي بسبب وجود مسلمات وافكار ذات خصائص اكتئابية خاصة عن الذات و العالم و المستقبل ، وفي اضطراب الشره العصبي (BoulimiaNervose) تفترض ان الالية المركزية في استمرار المشكلة هو الحكم على قيمة الذات (تقدير الذات) في ضوء وزن او شكل الجسم ، وكذا فيما يميز اضطراب الهلع (PanicDisorder) ، وعلى ضوء هذا التمييز ترى النظرية المعرفية ان لكل من هذه الاضطرابات قاعدة اساسية للعلاج الخاص بها (علاء الدين الكفافي: 1999، ص186)

يتميز العلاج المعرفي السلوكي عن الاتجاهات النفسية التحليلية الاخرى بالخصائص الاتية:

4-1 التجريب الهادف: حيث يسعى المعالج الى:

- العمل و التضامن ، الاندماج مع المريض ، وذلك بغرض تذليل الصعاب ، وحل المشكلات ، واحداث تغيير فعال فيها.

- تشجيع المريض ان يصحح ويعيد النظر في افكاره ، وافتراضاته ، ومعتقداته غير العقلانية ، ومقارنتها بالافكار العقلانية التي تم التوصل اليها.

4-2- استخدام الاسئلة:

وهي تسهل عملية نقل معتقدات المريض الشخصية ، ومن ثم اندماج المريض مع المعالج للكشف عن اصول هذه المعتقدات السلبية، و التوصل للتشخيص الدقيق لها و اختبار النتائج المترتبة عليها.

4-3- التركيز على هنا والان:

تؤكد هذه الخاصية على دور العلاج المعرفي السلوكي في توجيه وتعديل المعالج للناحية المعرفية السلبية للمريض هنا والان.

4-4-اهمية استخدام الواجب المنزلي:

لان المعالجين و المرضى يعملون سويا بقصد تنفيذ الاجراءات العلاجية في جلسات العلاج المعرفي السلوكي ،فان الواجب المنزلي يتضمن اختبار معتقدات و افكار المريض الخاطئة لإحلال الافكار و السلوكيات الصحيحة يوميا و المحافظة عليها في الحياة،وقد اثبتت الواجبات المنزلية نتائج اكلينيكية فائقة.

4-5-ادراك المشكلة على المدى القصير :

حيث يركز العلاج المعرفي السلوكي على ادراك المشكلة ، ومساعدة المعالج على تكوين مفهوم واضح عن درجة المرض وشدته اكثر من الاتجاهات العلاجية الاخرى ذات الاهداف بعيدة المدى .

4-6-التدعيم الذاتي :

ان التدعيم الذاتي او مكافاتها هو احدى الحصاص الهامة للعلاج المعرفي السلوكي،حيث تظهر اهمية التدعيم الذاتي في تزويد المريض المكتئب مثلا مستويات من السلوك المرغوب و التغيير في الناحية المعرفية و الفكرية لديه .ويمكن للمعالج ان يدعم ذات المريض من خلال :

-امداده بتفسير عقلاي لأفكاره اللاعقلانية.

-توضيح الانشطة المدعمة التي يمكن للمريض ان يمارسها.

-توجيه المريض لإحراز مزيد من التقدم كان يقول لنفسه:"انا لست فاشلا،انما انا لذي قوة كما لدي ضعف"(انسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص113-114).

5-اهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يلخص كل من (بيك 1979 و فريمان 1994 و بيلاك 985 ميكنباوم 1977 و باترسون 1990) اهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

1-تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الافكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

2-مساعدة المتعالج على ان يكون واعيا بما يفكر فيه.

3-مساعدة المتعالج على ادراك العلاقة بين التفكير و المشاعر و السلوك.

4-تعديل الافكار التلقائية و المخططات /او المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب (التغيير المعرفي -السلوكي)

5-تعليم المتعالجين كيفية تقييم افكارهم وتخيلاتهم و خاصة تلك التي تربط بالأحداث و السلوكيات المضطربة او المؤلمة.

6-تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من افكار خاطئة وتشويهات معرفية.

7-تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات

8-تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات ، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.

9- تدريب المتعالجين على استراتيجيات و فنيات سلوكية و معرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية او عند مواجهة ضغوط طارئة .(بكري نجيبة :2011-2012ص116)

يشير حسين فايد ، ان الغرض من العلاج المعرفي السلوكي ، هو مساعدة العميل على تغيير الطريقة التي يفكر بها و الطريقة التي يسلك بها ، فالغرض تصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال تنظيم "حديث الذات" الخاص بالشخص وبالتالي تغيير سلوكه و طبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة و بالتالي يمكن للعميل من تقييم مساهمته الخاصة في مشاكله و تعليمه سلوكيات صحيحة.(حسين فايد:2008، ص96).

يرى طه عبد العظيم ،ان الهدف من العلاج المعرفي السلوكي، هم تغيير اساليب التفكير المختلفة وظيفيا و تنمية انماط تفكير اكثر ايجابية و واقعية ، و تنمية قدرة الملاحظة و التقييم و المعالجة الذاتية(طه عبد العظيم:2006،ص254).

يرى عادل عبد الله ،ان الهدف من هذا العلاج ،من اجل اكتساب المهارات اللازمة للتوافق و التكيف مع الواقع ، و مساعدة العميل تنقية عملياته المعرفية و تنميتها ، و مساعدة الفرد في تنظيم حياته و تنمية القدرة على التحكم في جوانبه التفكيرية و الانفعالية و كذا السلوكية لتجنب الوقوع في الاضطرابات النفسية ، و تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه و تعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة.(عادل عبد الله :2008،ص22).

6-النماذج العلاجية المعرفية السلوكية:

ظهر العلاج المعرفي السلوكي في عدة اتجاهات ، من بينها اتجاه ارو نبيك و العلاج المعرفي واتجاه البرت اليس في العلاج العقلاني الانفعالي ، كون ان انسام مصطفى السيد بظاظو ترى ان اتجاه بيك واليس على وجه التحديد هما اكثر الاتجاهات التي تركز على الدمج بين العلاج المعرفي و العلاج السلوكي نظريا و تطبيقيا و هما كالاتي:

6-1- العلاج المعرفي عند بيك :

يعد النموذج الذي قدمه ارو نبيك من ابرز النماذج العلاجية المعرفية السلوكية شيوعا . وهو يسلم بان الامزجة النفسية و المشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة و لاعقلانية كما ان الابنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية وتؤثر على ادراكات الفرد وتفسيراته للأشياء ،حيث ان مايفكر فيه الفرد ومالديه من اتجاهات و اراء هي امور وثيقة الصلة بسلوكه الصحيح او المريض .

ويهدف هذا الاسلوب العلاجي الى ازالة الالم النفسي ومايشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم و الاشارات الذاتية الخاطئة و تحديدها و العمل على تصحيحها و تعديلها استنادا الى ان الاستجابات الانفعالية التي اتت بالمريض الى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطئ .ولذا فان تعديل السلوك يعتمد على تعديل التفكير.

ولقد حقق العلاج المعرفي السلوكي نجاحا كبيرا في خفض عدد من الاضطرابات الاكتئابية وخفض مخاطر التعرض للانتكاسة ،مما شجع على استخدامه في مشكلات اكلينيكية غير الاكتئاب او اضطرابات انفعالية و سلوكية اخرى ، ففي العديد من المواقف التي يتعرض فيها الناس لأحداث خارجية تؤدي فيها التغيرات المعرفية الى ظهور انماط مختلفة من الاضطراب في الشعور و السلوك.

6-2-العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عن اليس:

يعمل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على اقناع المرضى ان بعضا من افكارهم لاعقلانية ، ويريهم ان هذه الافكار لاتجدي،وذلك من خلال عملية الدحض العقلاني لهذه الافكار حيث يجعل المرضى يفتشون عن افكارهم المطلقة ، والمنتشدة.

ويشير اليس الى ان العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يركز على اهمية العناصر المعرفية في احداث التغير الوجداني و السلوكي ويشير الى توضيح :

- ✚ التكامل بين المعرفة و الانفعال و السلوك في احداث الاضطراب.
- ✚ اهمية المعارف الاولية في الخلل الوظيفي السلوكي و الانفعالي.
- ✚ اسبقية الإلحاحات المطلقة التي تقع تحت الافكار او المعتقدات اللاعقلانية ، والتي تقود الى القلق و الاكتئاب.
- ✚ التمييز بين المشاعر الصحيحة والخاطئة .
- ✚ تعليم المرضى عدم اصدار احكام عامة على انفسهم.
- ✚ تعليم المرضى استخدام الطرق العلمية في التغلب على المشكلات العصبية(انسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص114-116).

7-فنيات (تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي:

تنقسم الى ثلاث اقسام وسوف نتناول هذه الاقسام بالتفصيل وهي كالآتي:

7-1-1-فنيات معرفية:

7-1-1-1-التربية النفسية (Psychoeducation): وهي بعد تعليمي و تثقيفي غايتها توعية العميل بالمشكلة وكذا العلاج (بيرني كورين: 2006، ص131).

7-1-1-2-التحكم الذاتي: وهو الاقرار بأنشطة ايجابية وتحديد اهداف طويلة المدى ، ثم العمل على اخذ خطوات تجاه هذا الاهداف من اجل تحقيقها ، ويتضمن مجموعة عمليات يمكن للفرد من خلالها ان يغير او يعدل من ظهور الاستجابة في وجود او غياب التدعيم الخارجي للاستجابات ، حيث يتم من خلال ثلاث عمليات هي:

7-1-2-1-مراقبة الذات: وهي تتطلب من الفرد اجراء ملاحظات لسلوكياته:و المواقف التي تظهر فيها ، و الاسباب التي تؤدي اليها ، وكذلك ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه وملاحظة الاحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.

7-1-2-2-تقييم الذات :ويتم من خلاله مقارنة الفرد لأوجه ادائه في مواقف معينة بالمعايير او المحكمات الداخلية او المستوى السائد للسلوك.

7-1-2-3-تدعيم الذات :اي تنظيم المكافآت و العقاب التي يقدمها الفرد لنفسه سواء بصورة ظاهرة او ضمنية (زينب شقير: 2002، ص216).

7-1-3-التدريب على مهارة حل المشكلة:وهي مهارة يتم تعلمها للتعامل مع المشكلات الحياة الواقعية وتتضمن ان يقوم كل من المعالج و العميل بتقسيم المشكلة الى عناصر فرعية ، ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة ،ثم بعد ذلك يقوم العملاء بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي (طه عبد العظيم حسين : 2006، ص236).

7-1-4-التعبير بطريقة لفظية:حيث يتم من خلالها التركيز بشكل مباشر على الافكار الخاطئة التي يحدث بها الفرد نفسه، ويتم تعليم العميل ان يتوقف عن احاديثه الذاتية غير الملائمة وتعليمه في الوقت عبارات ايجابية.

7-1-5-اعادة البناء المعرفي:حيث يسجل المريض افكاره السلبية مما يساعد على:

✚ قدرته على اختبار الواقع ، وتهدف الى جعل العميل قادرا على مراقبة افكاره واحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي (كالاكتئاب) .

✚ اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبي وإذا تمكن العميل من اجراء التسجيل لأفكار البديلة ، فان ذلك يساعد في ان يباعد بينه وبين اخطاء تفكيره ، ومن ثم تمهله في الوقوع في مثل هذه الاخطاء مرة اخرى .

✚ العلاج البديلي ، حيث يشجع العميل على افراز اكبر قدر ممكن من الحلول ، وامكانية تطبيق او دعم هذا الاسلوب من التفكير ، عندما يتعرض لمشكلات اخرى.

7-1-6-التدريب المعرفي : اذا توقف طريق عن اداء أنشطة كان يقوم بها فانه يواجه صعوبة في عمل المهام بنجاح ، دون وعي منه بمصدر الصعوبة ، والتدريب المعرفي يعطيه اجابات على نوع الصعوبة ومصدرها ، ويساعده في اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تحيل المريض اتمام المهمة بنجاح وشعوره بإنجاز بعض الاشياء(زينب شقير:2002،ص116-117).

7-1-7-اعادة الغزو(Relocation): ويسمى البعض اعادة الاسناد وبواسطتها يساعد المعالج العميل على اعادة توزيع المسؤولية الحدث مع الاخرين(اسماعيل علوي:2009، ص100).

7-1-8-فنية وقف الأفكار : وهذه العملية وقف تدفق الافكار الاوتوماتيكية عملية بسيطة الى حد ما ، حيث ان المتعالج يقوم ببساطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي ام خيالي(بيري كورين:2006،ص188).

7-1-9-فنية صرف لانتباه: وهذه الفنية في العلاج المعرفي السلوكي تستخدم لأهداف معينة ومحددة مثلا نطلب من شخص يعاني القلق ان يقوم بعمل او سلوك ما حيث يصرف انتباهه عن الاعراض التي يشعر بها.ويستخدم المعالج هذه الفنية في بداية العلاج وهذا كي يشعر المعالج انه باستطاعته التحكم في الاعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة في العلاج ، كما يمكن للمعالج المعرفي السلوكي ان يستخدم فنية صرف الانتباه في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الاعراض عندما يكون المريض في وضع لايسمح له بتحدي الافكار السلبية(ضيف الله الغامدي:2013، ص183-185).

7-1-10-التخيل المعرفي: يطلب في هذا الإجراء من العملاء تخيل مواقف معينة ، وهو على عدة انواع مثل التخيل المضاد يسمح للعميل ان يتخيل نفسه يواجه موقفا صعبا متوقعا، وتغير المواجهة هي مفتاح هذا الاسلوب وليس التحكم و التغلب على الموافق ، وسوف يتدرب العميل بانتظام ويكرر ذلك في صورة مهام منزلية(بيروني كورين:2006، ص188).

7-2-فنيات انفعالية:

7-2-1-النمذجة:يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب في خطوات بسيطة ، ويوصي بان يناقش المعالج العميل بتوضيح المهارة المعنية بمعايير مقبلة وليس في شكل رائع وتام،ويمكن للعميل ان يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة (مثل مهارات التواصل)و يقوم المعالج بتقديم العائد المساند و البناء ، ويمكن للعميل ان يقوم بتطبيق المهارة في الحياة

اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على ان يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية(روبرت ليهي:2006، ص66).

عادة مايميل الفرد الى ملاحظة غيره من الناس لكي يستفيد من خبراتهم وانجازاتهم ، لان ملاحظة الاخرين و تقليدهم وخاصة النماذج الايجابية منها يعلمنا مهارات مفيدة ، وينقل اليها الاحساس بالفعالية على قدرتنا على تحقيق ممارسات ناجحة مثلهم ،وهكذا فحسب مبدا النمذجة فان الناس يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم بغيرهم من الناس(انسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص123).

7-2-2- المناقشة وتبادل الحوار: حيث يسعى المعالج الى الحوار المتبادل بينه وبين الاطفال(بمشاركة المعلمة او الام) وذلك بعد الانتهاء من سرد القصة ويسعى المعالج الى استخدام الحوار و المناقشة طوال الجلسات ، لمالها من اهمية في التواصل اللفظي و الاجتماعي و الانفعالي بينه وبين الاطفال ، وبين الاطفال ، وبعضهم البعض ، وبين الاطفال وامهاتهم ومعلماتهم ، مع التوصية المستمرة على مواصلة هذا التواصل من كل الاطراف خارج الجلسات سواء بالمنزل او المدرسة او بين الاطفال وزملائهم ، حيث يرى ان اسلوب المناقشة و الحوار يجذب حواس الطفل نحو موضوع الحوار ، ويحقق شيئا من الايجابية و التفاعل بين افراد المجموعة ، ويقلل فرص النسيان عندما يظهر منه سلوك غير صحيح ، ويستخدم المعالج من خلال الحوار اسلوب التعزيز اللفظي المستمر ، الذي يدعم السلوك الايجابي الصادر من الطفل ، يبعث جوا من الحوية و النشاط والتعاون البناء ، وينمي لدى الطفل الطرق الصحيحة للمناقشة و الانصات للمتحدث واحترام راي الغير ، واتباع التعليمات الشفهية التي توجه اليه اثناء التدريب على بعض المعارات (زينب محمود شقير:2002،ص219).

7-2-3- فنية الجدل المباشر: هذا الاسلوب يفيد عندما يكون للمريض شعور بالانتحار ، فالمعالج هنا يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس وتكون المواجهة المباشرة فعالة في الموقف الذي يتدخل فيه المعالج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض رغبة في عملية العلاج ،فالنقاش الحاد هو في جوهره من الادوات الخطيرة لأنه من الصعب ان نعطي جدلا مقنعا دون ان نسبب للمريض نوعا من الدونية و الضيق و الهزيمة و بلا نقاش تتحول الى نزاع معرفي(ضيف الله الغامدي:2013، ص177).

7-2-4- اسلوب الزيادة: يستخدم هذا الاسلوب في حالة ما اذا كان العميل قلقا من حدث مستقبلي محتمل،ويبدو كأنه صعب المنال ،ويكون المعتقد الاساسي صعب التحديد ، ويتم اعطاء تعليمات للعميل ان يتخيل الموقف المخيف ظاهريا وحقيقا،واقعيا ،ويكون مساعدا للعميل في الوصول للسبب الاساسي للخوف و القلق،ومن الملائم في بعض الاحيان ان نطلب من العميل ان يزيد من المنظر بصريا اسوا النتائج المحتملة،وهنا يبدا كل من المعالج و العميل

في التفكير في كيفية التعامل مع الموقف، تبعاً لذلك يطلب من العميل ان يكرر التمرين مستخدماً طرائق المواجهة الجديدة التي طورها ، وغالباً ما يدرك العميل ان اسوأ مخاوفه غير محتملة الظهور ، ولو حدث ذلك فإنها تكون غير مهددة للحياة ويمكن التعامل معها (محمود عيد مصطفى: 2008، ص181).

7-3-3- فنديات سلوكية:

7-3-3-1- اعادة جداول الانشطة : وهي عبارة عن أنشطة يومية مطالب العميل المواظبة عليها كل ساعة خلال اليوم على ان تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث المستوى ومقدار الصعوبة ، بحيث يبدأ العميل بممارسة الأنشطة الأسهل ثم بالتدرج الى الأنشطة الصعبة، وهذه التقارير المكتوبة التي يتم المواظبة على القيام بها وسيلة فعالة على الأقل في بداية العلاج ، يعود الفرد على معرفياته ويتعرف عليها (اسماعيل علوي: 2009، ص119).

7-3-3-2- التمثيل (لعب الدور):

وهو من أساليب معالجي نظرية الصيغة الكلية و يسميه يونغ (Young) 1990 بأسلوب النقطة والنقطة المقابلة **Point counter point** وفقاً لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل حيث يقوم هو العميل بتبادل الدور، ويتم استخدام الكرسي الفارغ من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقبلاً عن العلاج وتعطي هذه التقنية إلى إستبصار العميل بمشكلته ومواجهتها (Jean Cottraux :2001,p70).

لعب الدور هو فنية مرنة تستخدم في اي من المواقف التي يواجه فيها الفرد او الجماعة بعض الصعوبات او الصراعات و المخاوف او تلك المواقف التي يحتاجون فيها التدريب على ادوار وسلوكيات ومهارات جديدة (انسام مصطفى السيد بظاظو: 2013، ص122).

7-3-3-3- التدريب التوكيدي: وهو احد التدريب على اساليب المواجهة ويستهدف مساعدة العملاء على التعبير عن مشاعرهم الايجابية و السلبية بطريقة مقبولة اجتماعياً ، ويتم التدريب التوكيدي من خلال عدة خطوات تتضمن تحديد الصعوبات البيئشخصية التي يعاني منها العميل، ثم يجسد ذلك بلعب دور الموقف المشكل، وبعد ذلك قلب الدور (روبرتليهي: 2006، ص66).

7-3-3-4- التعزيز (التدعيم): عندما يصدر عن الفرد سلوك سار او مرغوب فيه ونرغب في استمرار ممارسة هذا السلوك ، فإننا نسعى الى تعزيز وتدعيم وتشجيع هذا السلوك (تعزيز ايجابي) ، وعندما نسعى الى ابعاد او ايقاف سلوك غير سار او غير مرغوب فيه، فإننا نسعى الى عدم تعزيز هذا السلوك ا والى عقابه (تعزيز سلبي) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير السار (زينب محمود شقير: 2002، ص221).

7-3-5-الواجبات المنزلية:يعتبر جزء مركزي من العلاج وهي وسيلة هامة تساعد على تحقيق الاهداف العلاجية المنشودة،كما تساهم في تكوين العميل للمراقبة الذاتية و التقييم والعلاج حيث انها التقنية الوحيدة العلاجية التي بدا ويختم بها العلاج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية (بعد عملية التقييم)(سعد احمد الغامدي:2009، ص128).و لابد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج (زينب محمود شقير:2002، ص222).

7-3-6-الاسترخاء العضلي:صاحب هذه الفنية هو (جاكسون) وهي عبارة عن مجموعة من التمارين او نظام معين من التمارين ، بحيث يصبح المريض قادرا على التمييز بين حالتي التوتر العضلي و الاسترخاء العضلي بوضوح،ثم تدريجيا يتدرب المريض على الوصول الى حالة من الضبط و السيطرة الشديدة على عضلاته.وعند قيامه بتدريبات الاسترخاء، فانه يعمل على خفض حالة التوتر العضلي الذي يؤدي الى خفض حالة التوتر النفسي ، بذلك تقوم تدريبات الاسترخاء على ضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسدي(زينب محمود شقير :2002، ص 220-221).

الاسترخاء هو حالة خالية من التوتر ، تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق و الغضب و الخوف المزعجة وتنتشر فيها حالة من الهدوء.و الاسترخاء يعتبر اسلوبا علاجيا ناجحا للحالات المصحوبة بالتوتر العضلي و الشد كما في العصاب ، وفي علاج الكثير من حالات التوتر المصاحبة للأمراض الذهانية، من فصام واكتئاب فضلا عن الامراض السيكسوماتية مثل الربو و ارتفاع ضغط الدم.وبذلك يستخدم اسلوب الاسترخاء في كثير من الاحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة ، والتي قد تكون احيانا من الأسباب الرئيسية في اثاره الاضطرابات الانفعالية و الاكتئاب . وبالتالي يمكن للشخص ان يدرك المواقف المهتدة بصورة عقلية منطقية(انسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص120،122).

تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي، إذ رأى علماء النفس الفيزيولوجي منذ القرن التاسع عشر بأن جميع الناس يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية ، يساعد ذلك على إضعاف قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء ، لأنه في حالات التوتر تنهار المقدرة على الاستمرار في النشاط العقلي والجسدي،بسبب عدم توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءا . ويعني الاسترخاء توقف كاملا كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر(عبد الستار إبراهيم:1994،ص154).

الخلاصة:

مايمكنه القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو اتجاه علاجي مقنن لعلاج المشكلات و الاضطرابات التي يعاني منها الفرد مثل الاكتئاب و بعض الاضطرابات النفسية ولقد اثبت العلاج المعرفي السلوكي في دراسات سابقة في التخفيف الشعور بالاكتئاب وهو مصمم لتعليم المرضى كيفية تصحيح تفكيرهم السلبي و كيفية تغيير معتقداتهم غير العقلانية .

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

منهجية البحث واجراءاته

-تمهيد

1-منهج الدراسة

2-الدراسة الاستطلاعية

3-مكان ومدة الدراسة

4-عينة الدراسة

5-وصف أدوات البحث

6- اداة القياس وخصائصه السيكومترية

7- تطبيق المقاييس ونتائجها

7-تطبيق البرنامج العلاجي

8-الخلاصة

تمهيد:

لقد كانت الغاية الأساسية من هذا البحث هو التأكد من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى الحدث الجانح المتواجد في المركز المتخصص لإعادة التربية و التأكد من مدى أهمية البرنامج العلاجي المطبق في هاته الدراسة على تلك العينة في إحداث تغيير للأفكار السلبية و استبدالها بأفكار عقلانية و مساعدتهم لمواجهة المواقف الإحباطية و التغلب على التوترات التي يواجهونها بسبب تواجدهم بتلك المراكز المتخصصة لإعادة التربية.

1-منهج الدراسة:

لقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج الإكلينيكي أو العيادي الذي يتلائم مع موضوع البحث الذي يسمح بالملاحظة، إذ يهتم الفاحص بفرد معين وكل ملاحظاته تركز على الحالة وها ما يسمى "دراسة حالة" حيث تعرف حيث تعرف بأنها الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي تحصل عليها (لويس كامل مليكة: 1992، ص79).

2-الدراسة الاستطلاعية:

الهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية ، هو تدريب الباحثة على البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، بحيث تتمكن من تطبيقها بمهارة أكبر على مجموعات الدراسة الأساسية ، ولمعرفة بعض الصعوبات التي يمكن أن تعيق عملية التطبيق ، وأخذها في الإعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية ، كما يهدف إلى التأكد من مدى صلاحية البرنامج للتطبيق (بكري نجية: 2011، ص315).

لقد كان اختيار موضوع الدراسة الحالية عن فكرة مسبقة من خلال الزيارات الميدانية للمركز من جهة ومن جهة أخرى ومن خلال الاطلاع على دراسات سابقة (كتب ومجلات علمية) وإصراري على هاته الدراسة لقلت الدراسات الجامعية بكلية العلوم الاجتماعية بوهران .فبعد اطلاع عضو من المجلس الجامعي بالكلية و الموافقة على المشروع قمت بإجراء تصريحات مسبقة أولها من قاضي الأحداث لدى محكمة وهران و الثانية من مديرية النشاط الاجتماعي لولاية وهران و طبعا الثالثة الموافقة النهائية لمدير المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث الجانحين بسيتي جمال بوهران كما كان لقاء مع الأخصائيين النفسانيين المتواجدين بالمركز ومع المكلفة بمكتب البيداغوجيا .

3-مكان ومدة إجراء الدراسة:**3-1-مكان الدراسة:**

لقد اجري البحث في المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث الجانحين و الذين همأيضا في خطر معنوي بسيتي جمال بولاية وهران الذين يبلغ سنهم من عشرة(10)الى تسعة عشرة (19) سنة .

3-1-1-التعريف بالمؤسسة:**(أ) -بطاقة تقنية للمركز:**

1-تقديم المركز: في سنة 1971 تم تدشين المؤسسة الكائنة بحي جمال الدين بوهران وبناءا على الأمر 64-75 المؤرخ في 1975/09/26 و الخاص بتأسيس المؤسسات المختصة لحماية الطفولة و المراهقة (الجريدة الرسمية رقم: 75-10-10/81).

- 2-المكان :يقع المركز المتخصص في إعادة التربية -ذكور-وهران ، بالجهة الشمالية الشرقية لولاية وهران ، تم تشييده في سنة 1971.
- 3-المساحة الكلية: أربعة(04) هكتارات و خمسون(50) أر وستة و اربعون (46) سار.
- 4-المساحة الإجمالية للمبنى: ثلاثة ألافوثلثمائة وثلثون (3330) م²منها ثلاثة(03) مرافد، اثنان(02) ذات طابقين والثالث(03) بطابق واحد.
- 5-التبعية :وزارة الأسرة و التضامن الوطني.
- 6-الوصاية : مديرية الشؤون الاجتماعية و الأسرة
- 7-مهام المركز:خصص المركز للتكفل كلية بالأحداث التي تتراوح اعمارهم ما بين 10 الى 19 سنة ، واللذين أمنهم، أخلاقهم ، وتربيتهم في حالة خطر او ظروف معيشتهم متدهورة أو سلوكياتهم تؤثر على مستقبلهم .

ب) -شبان المركز:

✚ كيفية وضع الأحداث:

هناك ثلاثة أنواع منالأحداث بالمؤسسة هم:

- 1-أحداث ارتكبوا جناح بسيطة.
- 2-أحداث هم في خطر معنوي .

يتم وضعهم بناء على أمر صادر من طرف قاضي الأحداث ، أو بطلب من الأبوالأمأو المتكفل بالحدث ، أيضا يستطيع والي الولاية وضع الحدث لمدة لا تتجاوز ثمانية ايام ، يتم من خلالها مدير المركز بالاتصال بقاضي الأحداث من اجل تسوية نهائية.

✚ -نهاية الوضع:

تتم هذه العملية بناء على أمر برفع اليد عن الوضع الصادر من قاضي الأحداث ، يتم على إثره تسليم الشاب الى والديه او المتكفل به.

ج-رسالة المركز وأهدافه:

تتلخص رسالة المركزوأهدافه في مايلي:

- 1 -الوصول بالشباب إلى مستوى التكفل الذاتي .
- 2-التكيف العائلي من جديد .
- 3-إدماج الشاب في الحياة الاجتماعية و المهنية.

د-الوسائل:

منها الوسائل البشرية المتكونة من فرق نفسية وبيداغوجية تسهر على تحسين ، وتجسيد و تحقيق الأهداف السالفة الذكر، بالإضافة الى مربين ، ومربين مختصين ومختصين في علم النفس .

ه-النتائج:

يستقبل المركز سنويا حوالي أربعة مائة (400) شاب ، كما يمنح فرصا للراغبين في الاستفادة من التكوين المهني في الاختصاصات التي يمنحها التمهين، وكذلك الاشتراك في النشاطات الثقافية و الترفيهية التي يستعرضها الشبان أحر كل سنة .

و-مراحل التكفل التربوي:

بمقتضى الامر 3/72 لصادر في 1972/02/10 و الامر 64/75 المؤرخ في 1975/09/26 يتم الوضع من طرف قضاة الاحداث لدى المحاكم الوطنية .و التكفل يجرى بعدة مراحل وهي :

- + المرحلة الاولى: الملاحظات.
- + المرحلة الثانية: التربية و الاستدراك الدراسي.
- + المرحلة الثالثة : التكوين المهني .
- + المرحلة الرابعة: العلاج عن بعد.

ن-بطاقة فنية:

+ نشاطات المركز:

- يستفيد التلاميذ من نشاطات من خلال حصص مبرمجة ضمن ورشات متعددة ،أشغال يدوية (التوريق , الرمل ,.....الخ) ،الرسم ، التعبير الصوتي و الحركي (المسرح ,فلكلور ،أناشيد ,مونولوجالخ) كما يستفيد التلاميذ من خرجات ميدانية ثقافية ، رحلات ترفيهية، إحياء مناسبات ، و يستفيد التلاميذ من برامج رياضية و ترفيهية، كرة القدم، لعبة طاولة كرة القدم الخشبية،تمارين رياضية ،العاب تسلية، فيديوالخ)

+ المتابعة النفسية :

يخضع التلميذ لمتابعة نفسية شاملة تضمن له الاستمرار و الاستقرار

+ المتابعة التربوية :

يخضع التلميذ لمتابعة التربوية في المركز

+ التنشيط و التربية :

يتلقى التلميذ معارف و مهارات من خلال الورشات و النشاطات و الرحلات

+ هيئات التكفل : يسهر على حسن التكفل مجلسين :

1- المجلس الطبي والنفسي والبيداغوجيهمامه :

- يتابع تطور حالة صحتهم النفسية والجسدية
- يتابع التطور الدراسي و المهني
- يتولى تقييم مستواهم بكل جوانبه
- 2- المجلس التأديبي مهامه :
- دراسة حالة الإخلال بالنظام
- أخذ العقوبات التأديبية بعين الاعتبار في حالة الضرورة
- ي-مهام الفريق النفساني التربوي :

✚ المختص النفساني:-

- يضمن كل النشاطات الوقائية و العلاجية
- تطبيق الروايز النفسية و تفسيرها و القيام بالتشخيص النفسي و إبداء الرأي العيادي حسب الحالة
- ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات و في اللجنة أو المجلس النفسي
- التربوي للمؤسسة .
- المشاركة في التكفل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة
- ضمان الفحص الخارجي للأشخاص .
- توعية عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة .

✚ المختص التربوي: يكلف على الخصوص بمايلي :

- تقييم النتائج للمتحصل عليها لدى الأشخاص المتكفل بهم بواسطة روايز ملائمة و اقتراح التصحيحات الضرورية .
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات و اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسسة .
- المشاركة في تصور الدعائم التربوية و التعليمية و انجازها .
- مساعدة مستخدمي التعليم و التربية و إعادة التربية و إعادة التكيف المهني في تحضير برامجهم و تقديم الاستشارة لهم .
- توعية عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة.

✚ المربون : و يكلفون على الخصوص بما يأتي:

- ضمان التربية أو إعادة التربية الخاصة المكيفة للفئات المتكفل بها
- ضمان مرافقة و تأطير الأشخاص المتكفل بهم أثناء نشاطات الإطعام و النظافة الجسدية و الهدامية
- ضمان تأطير و مساعدة الأشخاص المتكفل بهم أثناء تنقلاتهم داخل المؤسسة و خارجها
- القيام بكل المهام ذات الصلة .
- كما يتكفل المربون المختصون و الرئيسيون بالتحضير و التنظيم و الإعداد لنشاطات و المشاريع و تطوير العلاقات مع عائلات المتكفل بهم

3-2-2- مدة الدراسة:

تم إجراء الدراسة بالمركز المتخصص لإعادة التربية سيتي جمال بوهرا ن ابتداء من بداية الفترة **2018/02/28** إلى غاية **2018/04/29** حوالي شهرين لكون الأفراد المتواجدين بالمركز تم اخذ ايجازاتهم الربيعية بداية من تاريخ: **2018/03/15** وهذا مما جعلنا نقطع البرنامج إلى غاية دخولهم من جديد إلى المركز و استكمال البرنامج الدراسي بداية من **2018/04/01** ، بمعدل جلستين في الاسبوع ، الا ان هناك حالة واحدة جاءت متأخرة مما لزم علي اجراء ثلاث جلسات في الاسبوع الى غاية تاريخ: **2018/03/09** ومن ثم القيام بمعدل جلستين في الاسبوع للتدارك لانجاز الدراسة.

4- عينة الدراسة:

قمت باختيار العينة من مجموعة الأحداث الجانحين المتواجدين بالمركز المتخصص لإعادة التربية بالتنسيق مع المختصة النفسانية و المكلفة بالبيداغوجيا و التي رشحت لي الحالات بعد إعلامي أن الحالات التي تم ترشيحها لي مبدئيا سوف تمكث بالمركز حوالي شهر تقريبا و التي كانت مبدئيا متكونة من إحدى عشرة (11) حالة و حيث لم تنقضي مدة قصيرة حتى تناقصت العينة الى ثلاث (03) حالات فقط و هذا كله لمعرفة إذا كانت العينات المختارة تعاني من الاكتئاب و معرفة نوعية الاكتئاب ودرجته على كل من سلم هاملتون لأعراض الاكتئاب و مقياس بيك الثانية للاكتئاب.

4-1- شروط اختيار العينة :

حرصت على اختيار العينة التي تتوفر على مجموعة من الشروط :

أ- أن يكون أفراد العينة الذين ارتكبوا جنح وعلى إثرها تم إدخالهم المركز وان تدوم مدة تواجدهم تقريبا شهر كامل (لاكن التقدير في هذا الجزء الاخير ضئيل جدا و لا يمكن تأكيده ، وأكدت لي ذلك الأخصائية النفسانية المكلفة أيضا بالبيداغوجيا رغم ترشيحي لبعض الحالات).

ب- التأكد من وجود الاكتئاب لدى أفراد العينة من خلال المقاييس النفسية السيكومترية التي أكدت على وجود هذه الاضطرابات (التشخيص النفسي).

ج - ألا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن مستوى التعليم الابتدائي أي أن يجيدوا القراءة و الكتابة

د- سن العينة يتراوح ما بين (16-18) سنة .

هـ- ان يكون المراهق ارتكب جنحة ، وتم إدخاله المركز المتخصص لإعادة التربية من طرف النيابة (قاضي الأحداث)

و- ان يدوم مكوثه بالمركز تقريبا أكثر من شهر على الأقل.

5- وصف أدوات البحث:

5-1-المقابلة: تعتبر التقنية العيادية المثلى ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص ، يقصد استيفاء المعلومات منه أو مساعدته على التخلص من مشاكله وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفساني لملاحظة انفعالات المفحوص و معرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية(زهران عبد السلام:2001،ص35).

اعتمدنا على المقابلة النصف الموجهة أثناء الحصر جميع المعلومات المتعلقة بالنزول و الاحاطة بظروفه الاجتماعية و الأسرية و الحالية ، فالمقابلة النصف موجهة تشمل أسئلة مقننة وأسئلة مفتوحة وهي تعد الأصلح في هاته الدراسة.

وتحتوي المقابلة على المحاور الخاصة بالحدث الجانح وهذه المحاور الثلاثة و المذكورة بالتفصيل في الملحق رقم(01) هي:

- ❖ المحور الأول:مظاهر الحرمان العاطفي و الانعكاسات النفسية والعلائقية.
- ❖ المحور الثاني:مظاهر الجنوح.
- ❖ المحو الثالث:مظاهر الوقاية(بنزديرة علي:2005،ص74-78).

5-2-الملاحظة:

وحسب كارتر جود فهي:"الوسيلة التي نحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم بينما هم يعبرون عن انفسهم في مختلف الظروف و الموافق ا التي اختيرت لتمثل ظروف الحياة العادية او لتمثل مجموعة خاصة من العوامل. كما تعرف بانها عملية مراقبة او مشاهدة لسلوك الظواهر و المشكلات والاحداث ومكوناتها المادية و البيئية ، ومتابعة سيرها و اتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف(اسمهان عزوز:2015،ص29).

عبارة عن أداة ووسيلة لجمع البيانات في شكل استمارة للبحث،تتكون من قائمة من العبارات توجه لأفراد،ليقوم المبحوث بالإجابة عليها بنفسه من اجل الحصول على معلومات حول موضوع معين(محمد عزيز إبراهيم:1983،ص144).

هي طريقة من طرائق جمع المعلومات عن فرد أو مجموعة من الأفراد،يطلب فيها من الفرد الإجابة على عدد من الأسئلة المحددة التي تدور حول موضوع معين،وفي الاستبيان يسأل المفحوص عما يعرف ، أو عما يعتقد أو عما يشعر به،أو عما يرغب فيه،أو عما ينوي عمله...الخ.و يجيب المفحوص عن هذه

5-3-الاختبارات النفسية:

تعد الاختبارات النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات بصورة اقرب إلى الموضوعية ، وذلك بعد إخضاعها للتجريب و التقنين و المقارنة و إعادة التجريب ، كما يمكن اعتبارها وسائل تشخيصية تنبؤية تستخدم جنبا إلى جنب مع الوسائل الأخرى و ليست بديلا عنها(أسس علم النفس الجنائي:2017،ص44-45).

6-أداة القياس وخصائصه السيكومترية:

6-1- قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب (BDI-II) :

ا-وصف المقياس:

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس درجة الاكتئاب لدى الأفراد ابتداء من سنة 16 وتم وضع هذا المقياس من طرف ارون بيك **Aron Beck** .

ظهرت الصورة الثانية للقائمة عام 1996 و التي يرمز لها اختصارا بالرمز **BDI-II** وتم تعريبها كذلك في مصر عام 2000.

تعد قائمة **BDI-II** الثانية لقياس الاكتئاب ،أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب وتتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة. وتتميز هذه القائمة بان بنائها تم بهدف تقييم اعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع **DSM-4** للاضطرابات العقلية ، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994. الأعراض الـ 21 التي تم تقسيها قائمة بيك **Aron Beck** للاكتئاب هي مايلي:

(01-الحزن، 02-التشاؤم، 03-الفتل السابق، 04-فقدان الاستمتاع، 05-مشاعر الائم، 06-مشاعر العقاب، 07-عدم حب الذات، 08-نقد الذات، 09-الافكار الانتحارية، 10-البكاء، 11-التهيج و الاستثارة، 12-فقدان الاهتمام او الانسحاب الاجتماعي، 13-التردد في اتخاذ القرارات ، 14-انعدام القيمة، 15-فقدان الطاقة، 16-تغيرات في نمط النوم، 17-القابلية للغضب او الازعاج، 18-تغيرات في الشهية، 19-صعوبة التركيز، 20-الارهاق او الانهيار، 21-فقدان الاهتمام بالجنس.

وأما تعليمة الاختبار: " يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. و نلاحظ ان نطاق الوقت التي تحدث فيه أعراض الاكتئاب قد اتسع إلى أسبوعين ويم الإجابة على بنود القائمة وهذا كله من اجل ان تتسق إجابات المفحوصين مع محكات الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية. التعليمة الحرفية موجودة في الملحق رقم: (02) (بشير معمريّة: 2010، ص94-105، 95).

ويبدأ مطبق الاختبار في حساب الزمن المسموح به للإجابة و هو (10) عشرة دقائق فقط (معوش عبد الحميد: 2014، ص45). وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقاً للمعايير التالية:

الجدول رقم:(02) الخاص بالدرجة الكلية للاكتتاب ومستويات الاكتتاب بالنسبة لمقياس بيك الثانية

الدرجة الكلية	مستويات الاكتتاب
من (0) الى (11)	اكتتاب ادنى
من (12) الى (19)	اكتتاب خفيف
من (20) الى (27)	اكتتاب متوسط
من (28) الى (63)	اكتتاب شديد

ب-خصائص السيكمترية للمقياس:
فيالبيئة الجزائرية:

-صدق وثبات المقياس:

قام بشير معمريه بحساب عينة مكونة من **473** ذكور و **525** إناث تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18-49 سنة بمتوسط حسابي قدره **26.55** و انحراف معياري قدره **24.80** وتراوحت اعتمار الإناث بين **18-45** سنة بمتوسط حسابي قدره **24.80** و انحراف معياري قدره **5.06** وتم سحب العينتين (الذكور و الإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر باتنة، وشملت الطلبة و الموظفين و الأساتذة ، ومن مراكز التكوين المهني و التكوين شبه الطبي بمدينة باتنة.تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتتاب من قبل الباحث شخصيا و استغرقت عملية التطبيق من **11** أكتوبر **2009** إلى **15** جانفي **2010** فوصل معامل التطبيقين (الثبات) دال على مستوى الدلالة **0.01** ووصل معامل الارتباط بين المقياسين (الصدق) دال على مستوى الدلالة **0.01**. مما وصل الى خلاصة ان قائمة بيك الثانية لقياس الاكتتاب، تتميز بشرط سيكمترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان ، سواء في مجال البحث النفسي او مجال التشخيص العيادي(بشير معمريه، 2010، عدد25-26).

6-2-سلم هاملتون لأعراض الاكتتاب:

ا-وصف المقياس:

إن سلم هاملتون منذ أن وضعه سنة **1960** معتمدا على غالبية الباحثين في العالم بأسره لندارس وتقييم الاكتتاب وهو يمثل طريقة بسيطة لتقييم عمق وخطورة حالة اكتئابية بلغة الأرقام أولإبراز تطوراته أثناء العلاج .يتواجد سلم هاملتون في صيغات عديدة إلا أن الصيغة الأصلية تشمل **21** سؤالا ، و الصيغة التي اعتبرها الواضح النهائي سنة **1967** في درسته الأولية و التي تقوم على شريحة تتكون من **272** مريضا.

وكيفية الإجراء هي أن: "يستعمل هذا السلم فور انتهاء الفاحص من المقابلة للبحث عن حقيقة الأعراض الإكلينيكية و ليس التغيرات الطفيفة في المزاج. وقد تكمل عائلة المريض بعض المعطيات التي توصل لها الفاحص. و ثلاثون (30) دقيقة هي المدة التي يقدم فيها الاختبار (برحيل جويده: 2010، ص23).

وعند اعتبار الإقرارات التي قدمت حول دلالة الرقم الجملي من جهة و الأبحاث التي بينت أن ستة أسئلة فقط من هذا السلم تستوفي شروط أحادية الاتجاه (أحادية البعد أو متجانس) فالموقف الحذر يتطلب اعتماد الحاصل المناسب للسلم الجزئي المناسب للنواة الاكتئابية المتكونة من المتغيرات الستة وهي:

(1)- المزاج الاكتئابي من 0 الى 4

(2)- الشعور بالذنب من 0 الى 4

(3)- سلم العمل و الانشطة من 0 الى 4

(4)- البطء من 0 الى 4

(5)- القلق النفسي من 0 الى 4

(6)- العلامات الجسدية من 0 الى 2 و بالنسبة لهذا السلم الفرعي فان الرقم الحاصل قد يتراوح بين 0 و 22 (احمد عبد اللطيف ابو سعد: 2009، ص197-200).

و تتراوح الدرجة من صفر إلى أربعة فهناك أعراض تتراوح درجاتها من صفر الى اثنين ، واخرى تتراوح درجاتها من صفر إلى أربعة وفق الجدول التالي:

الجدول رقم: (03) الخاص بالأعراض ودرجاتها بالنسبة لسلم هاملتون

الأعراض التي تتراوح درجاتها من صفر إلى اثنين	الأعراض التي تتراوح درجاتها من صف إلى أربعة
صفر= لا توجد أعراض 1= أعراض طفيفة 2= توجد أعراض واضحة	صفر= لا توجد أعراض 1= أعراض طفيفة 2-3= أعراض متوسطة 4= أعراض حادة

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقا للمعايير التالية:

(من صفر إلى 7) لا يوجد اكتئاب

(من 8 إلى 13) اكتئاب بسيط

(من 14 إلى 18) اكتئاب متوسط

(من 19 إلى 22) اكتئاب شديد

(من 23 فما فوق) اكتئاب شديد جدا (الموقع الالكتروني: www.syriasamh.com).

ب- خصائص السيكومترية للمقياس:

-صدق المقياس:

يرى العديد من الباحثين ان العدد الجملي لسلم هاملتون يشكل تقيما مؤهلا كافيا مبدئيا وذلك باعتبار قيمته المساهمة و قيمته المميزة، وحساسية لرصد التغيرات، و أمانة نتائجه عند تكرار الفحص من نفس الفاحص أو بفاحص آخر كانت رفيعة و اثبت مصداقية في دراسات عديدة: "دراسات كل من كليري و غي **Clearye et Guy** التياجريت سنة 1976 ودراسات ماركوس وسالامارو **Marcos etsalmedo** سنة 1990 و **Ciadelta et** سنة 1989 (شبكة العلوم النفسية العربية: www.arabpsynet.com). هذا المقياس (مقياس الاكتئاب لهاملتون) تم اختياره لأنه مؤشر جيد بتحديد شدة الاكتئاب ، كما يمكن تقييم تغيرات شدة الاكتئاب (حسيبة بن رزوان: 2013).

7- تطبيق المقاييس ونتائجها:

لقد تحدثنا في السابق انه تم اخذ في الدراسة الاستطلاعية إحدى (11) عشرة فردا ، وفي هذا الاجراء سنذكر نتائج تطبيق سلم الأعراض الاكتئابية لهاملتون و مقياس بيك الثانية للاكتئاب على ثلاثة (03) الأفراد الذين بلغ سنهم ما بين (16-18) سنة أفرادها من الولاية ومن خارجها. والجدول المبين أدناه يوضح خصائص العينة حسب درجة الاكتئاب لمقياس بيك الثانية وسلم هاملتون لأعراض الاكتئاب. الجدول رقم (04): الخاص بنتائج المقاييس.

اسم العينة	درجات سلم هاملتون للاكتئاب	درجات مقياس بيك-II للاكتئاب
د.و	22 (اكتئاب شديد)	31 (اكتئاب شديد)
ج.ع.ا	39 (اكتئاب شديد جدا)	27 (اكتئاب متوسط)
ح.ع.م.ا.ع.غ	26 (اكتئاب شديد جدا)	32 (اكتئاب شديد)

الجدول رقم (05) يوضح خصائص افراد عينة البحث:

الحالة	الاسم المختصر	السن	المستوى التعليمي	الجنحة المرتكبة
الحالة (1)	د.و	16 سنة	الأولى (01) ثانوي	المشاركة في جناية القتل العمدي مع سبق الإصرار و التردد
الحالة (2)	ج.ع.ا	18 سنة	الثالثة متوسط	لجنحة سرقة مبلغ مالي من

صيدلية عن طريق المحل				
الضرب و الجرح العمدي باستعمال سلاح ابيض.	الثالثة(03)متوسط	17 سنة	ا.ع.م.ا.ع.غ	الحالة(3)

8-البرنامج العلاجي:

8-1-أهمية البرنامج:

يساعد البرنامج على إحداث تغيير في الأفكار اللاعقلانية و استبدالها بأفكار عقلانية ،كما يساعد الحدث الجانح على مواجهة الأحداث و المواقف الكئيبة و التوترات التي تواجههم داخل مركز لإعادة التربية و في حياتهم اليومية عند خرجهم منه.

للبرنامج (العلاج المعرفي -السلوكي) دور مهم في العلاجات النفسية من اجل التوصل إلىأهدافه و المتمثلة في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة.

كما يسهم هذا البرنامج في علاج مشكلات أخرى التي لها علاقة بالاكتئاب و التي لاحظتها من خلال المقابلات التي أجريتها مع الحالات و هي مشكلة الإدمان و حيث كان جل العينات الاستطلاعية و الأساسية تعاني من الإدمان .

يمكن اعتبار هذا البرنامج نموذج من بين النماذج العلاجية التي تقدم التكفل النفسي بفئة الأحداث الجانحين المتواجدين بمراكز إعادة التربية في البيئة الجزائرية .

8-2-الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

اعتمد البرنامج الذي تم استخدامه في الدراسة التطبيقية على النظرية المعرفية و النموذج المعرفي لارون بيك **Aron Beck** الذي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيرها على السلوك و نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لاليس و النظرية السلوكية ،أي على النظرية العلاج المعرفي السلوكي و العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب .

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي احد التدخلات العلاجية التي تهدف إلى تحديد و تقييم وتتابع السلوك،يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل المخاوف ، والقلق، والاكتئاب،و فقدان الشهية، ومشاعر الذنب وغيرها من الاضطرابات(أنسام مصطفى السيد بظاظو:2013،ص157).

لقد تم انجاز هذا البرنامج بعد الاطلاع على مجموعة المراجع و الدراسات التي تم انجازها مثل: هوفمان اس جي (2012)، ابراهيم عبد الستار وآخرون (1993)، ابراهيم عبد الستار (1994)، أنسام السيد بظاظو (2013)، بودحوش نصر الدين (2015)، تيايبية عبد الغني (2015)، برحيل جوييدة (2011)، بكيري نجيبة (2011)، حسيبة برزوان (2012)، بومصباح ابتسام وآخرون (2017).

8-3- لغة البرنامج:

أثناء تنفيذ البرنامج تم استعمال لغة بسيطة ومتداولة في المجتمع الجزائري و هي اللغة العامية لكي يسهل فهم الجلسات العلاجية و لكي يكون هناك استجابة علاجية و الاستفادة من الجلسات العلاجية .

8-4- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

أن الهدف الأساسي من البرنامج العلاجي (المعرفي- السلوكي) المطبق في هاته الدراسة هو استبدال المعارف و الانفعالات و السلوكيات التي تكون اتجاهاتها سلبية و تغييرها وتحويلها إلى اتجاهات ايجابية وهذه الأخيرة التي تعمل على خفض الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في مركز إعادة التربية.

-إعادة صوغ البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من الأساليب تقوم على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير السيئ و التكيف الخاطئ الذي يتنافى مع الواقع، أو المشوه.

-إن الهدف من العلاج ليس الشفاء بل مواجهة المشكلات الصعبة في حياة المتعالج من خلال تدريبه على استراتيجيات وتقنيات سلوكية ومعرفية متباينة تشبه تلك التي تطبق بالواقع (بكيري نجيبة: 2011، ص162).

8-5- المكونات الرئيسية للبرنامج:

إن البرنامج الذي سوف نطبقه في الدراسة التطبيقية الحالية و الهدف الأساسي هو التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية عند الأحداث الجانحين المتواجدين بالمركز المتخصص لإعادة التربية شمل على ثلاثة عشرة (14) جلسة بحدود جلستين (02) في الاسبوع بدون احتساب العطلة الربيعية التي تم أخذها من عينة الدراسة الاستطلاعية و حتى الأساسية. ويستغرق زمن الجلسة من (40-50) دقيقة وذلك حسب ظروف العينة و موضوع الجلسة وتم تطبيق البرنامج بجلسات فردية.

8-6- الفنيات المستخدمة في البرنامج و خطوات البرنامج العلاجي :

فيما يخص الفنيات المستخدمة في البرنامج سبق و تم التطرق إليها وذكرها و تعريفها وسوف نستعرض تلك الفنيات بالإضافة إلى الخطوات العلاجية من خلال الجدول الذي يمثل البيان التخطيطي لترتيب الجلسات العلاجية و الهدف من كل جلسة :

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
1	الاولى	التمهيد و التعارف على المجموعة المعالج و على البرنامج العلاجي .	الاستكشاف الموجه	من 40 دقيقة الى 50 دقيقة
2	الثانية	التعرف أكثر على الحالة و فحص الهيئة العقلية و طرح مجموعة من الأسئلة لجمع المعلومات الخاصة بالحالة و القيام بالتحليل الوظيفي	تقنية الاستكشاف الموجه و التـدعيم الايجابي	من 40 دقيقة الى 50 دقيقة
3	الثالثة	تطبيق الاختبار لسلم	الاستكشاف الموجه و التـربية	من 40 دقيقة الى

50 دقيقة	النفسية و التّدعيم الايجابي	بالمشكل والتأكيد على التعاقد العلاجي.	هاملتون لأعراض الاكتئاب من قبل المعالج على الحالة من حيث التقدير و تطبيق الاختبار لبيك الثانية من طرف الحالة		
من 40 دقيقة الي 50 دقيقة	الاستكشاف الموجه و التريبيه النفسية وأسلوب حل المشكلات و ايضا الواجب المنزلي.	معرفة الشعور بالاكتئاب بتواجهه في المركز و مظهره و أنواع الاكتئاب وكيفية التخفيف الشعور به و مراجعة توقعات العميل عن العلاج	التعرف على معنى الشعور بالاكتئاب و أسبابه وخطورته و أنواعه و مناقشة استفادة من الجلسة توقعاته حول العلاج	الرابعة	4
من 40 دقيقة الي 50 دقيقة	الاستكشاف الموجه و أسلوب حل المشكلات و الاسترخاء العضلي و العصبي	جمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة التي يعاني منها الحدث الجانح بتواجهه داخل المركز و مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالمشكلة و محاولة إبعادها واستبدالها بأفكار عقلانية و التخفيف من مشاعر الحزن والاكتئاب و التعرف على مفهوم الاسترخاء و أهميته في التخفيف من الشعور بالاكتئاب.	التدريب على أسلوب حل المشكلات و التدريب على الاسترخاء العضلي و العضلي.	الخامسة	5
من 40 دقيقة الي	الاستكشاف الموجه و استخدام	التوصل إلى كيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية ومواجهة الاحباطات الداخلية بالتدريب على الاسترخاء	مواصلة التدريب على	السادسة	6

50 دقيقة	سجل الأفكار وممارسة الاسترخاء والواجب المنزلي		الاسترخاء العصبي العضلي		
من 40 دقيقة إلى 50 دقيقة	النمذجة والاسترخاء والواجبات المنزلية	تقديم نموذج أو نماذج من السلوك المرغوبة وممارستها ومناقشتها مع المعالج في التغلب على مشكلات الحياة و التعرف على الأفكار العقلانية بهذه النماذج و تدعيمها	التدريب على إعطاء نماذج للمواقف الانفعالية	السابعة	7
من 40 دقيقة إلى 50 دقيقة	البناء المعرفي و التدريب على التخيل والواجب المنزلي	التخيل لمواجهة المواقف الحياة التدريب على الواقعية على اكتشاف المشاعر والأفكار المصاحبة	التدريب على التفكير بطريقة عقلانية و الاسترخاء	الثامنة	8
من 40 دقيقة إلى 50 دقيقة	الاستكشاف الموجه و إعادة الغزو	الحد من إعطاء تفسيرات السببية للمشاكل التي يصادفونها في حياتهم و الحد من استعمال الأساليب السلبية التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب	التدريب على استخدام إعادة الغزو	التاسعة	9
من 40 دقيقة إلى 50 دقيقة	الرسم الكاريكاتوري و سجل الأنشطة ضبط وتعديل التنفس	الحوار الداخلي ومناقشة الأفكار وتحديد أهدافها وتدريب الحالة كلى كيفية التحكم في التنفس و هذا يساعده في حالة الانفعال من اجل ضبط النفس وعدم القيا بسلوكات سلبية	تحديد الأفكار و الحوار الداخلي	العاشرة	10
من 40 دقيقة إلى 50 دقيقة	التدريب التوكيدي لعب الدور وجدل الأنشطة السارة	التعبير عن مشاعرهم الايجابية و السلبية بطريقة مقبولة اجتماعيا عن طريق لعب الدور المشكل بينه و بين المعالج وإحداث تغييرات معرفية سلوكية و ايجابية وتعلم مهارات اجتماعية جديدة وإبعاد الأفكار اللاعقلانية و التدريب على الأنشطة السارة لمواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب الشعور بالاكتئاب	التأكيد على التدريب التوكيدي واكتساب مهارات اجتماعية جديدة ايجابية ورفع تقدير الذات	الحادية عشر	11
من 40	المزايا و	جعل الحالة يكشف عيوب تفكيره و التخلص	التخلص	الثانية	12

<p>دقيقة الى 50دقيقة</p>	<p>العيوب و الاسترخاء العصبي و العضلي و الواجب المنزلي</p>	<p>من التوترات التي تصاحبه بتواجده في المركز و النظام المطبق داخله .</p>	<p>التدريجي عيوب التفكير و التخلص من الضغوطات النفسية</p>	<p>عشر</p>	
<p>من 40 دقيقة الى 50دقيقة</p>	<p>الاستكشاف الموجه جدول النشاطات وتقديم العائد ممارسة الاسترخاء</p>	<p>مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وتقييم الانفعالات وتحديد نوعها و شدتها ومدى تأثيرها على الحالة و ردود أفعاله عن الجلسة كأن يذكر ملخصا للأشياء البارزة في الجلسة واكتشاف مشاعر العميل حيال الجلسة مما يساعد على تثبيت العلاقة العلاجية و التخلص من الضغوطات النفسية</p>	<p>مراجعة تكاملية للبرنامج العلاجي المقدم و تقيم الانفعال و التخلص من الضغوط الداخلية للعمل.</p>	<p>الثالثة عشر</p>	<p>13</p>
<p>من 40 دقيقة الى 50دقيقة</p>	<p>الاستكشاف الموجه و التدريب التوكيدي التعزيز الاجابي و تشجيع</p>	<p>تقييم الحالة للعملية العلاجية من بدايتها حتى نهايتها و الأشياء السلبية التي رآها من خلال تطبيق البرنامج وتحديد الصعوبات التي يعاني منها العميل وتدعيم التغيير على المستوى المعرفي و السلوكي و الذي يساعده في التخفيف أعراض الاكتئاب وتشجيع الحالة على الاستمرار ما تعلمه من مهارات فنية معرفية سلوكية و تثبيتها و إعداد الحالة لإنهاء البرنامج</p>	<p>التقييم النهائي للبرنامج و تقديم أساليب الوقاية و إنهاء البرنامج و جلساته</p>	<p>الرابعة عشر</p>	<p>14</p>

الجدول رقم(06) يمثل ترتيب و السيورة العامة للجلسات العلاجية المقترحة:

الخلاصة:

لقد قمنا في هذا الفصل السادس تقديم البيان التخطيطي للبرنامج العلاجي الذي سوف يطبق في هاته الدراسة من خلال استعمال تقنيات المعرفية و السلوكية المطبقة في العلاج المعرفي السلوكي في العديد من الدراسات سواء الأجنبية منها أو العربية أو حتى في البيئة الجزائرية منها ومن هنا سوف ننتقل إلى الدراسة الأساسية و تطبيقه الفعلي في الفصل الذي يليه.

الفصل السابع

دراسات الحالات وعلاجاتها

-تمهيد

1-الحالة الأولى

2-الحالة الثانية

3-الحالة الثالثة

الخلاصة

تمهيد:

بعد أن قمنا في الفصل السابق بالتطرق إلى منهجية البحث و اجراته ، سنتطرق في هذا الفصل إلى جانب آخر والمتمثل في إجراء المقابلات العيادية وتطبيق أدوات البحث المتمثلة في الاختبارات النفسية و بداية الاستراتيجيات العلاجية المتمثلة في سيرورة الحصص العلاجية على حسب البرنامج المسطر ومن ثم القيام بالقياس البعدياستعمال الاختبارات النفسية .

1-تقديم الحالة الاولى: (الجلسة الأولى):

التاريخ: 2018/02/28 , المدة : 45 د

-اختيار الحالة:

تم الترحيب بالحالة ومن ثم تقديم نفسي لها باختصار وإحاطتها بالمهمة التي جئت من أجلها إلى المركز والغاية منها ومحاولة كسب الثقة.

يتعلق الأمر بالسيد/د.و، حيث يبلغ من العمر ستة عشرة (16) سنة، أعزب، الثاني بعد أخيه، ذو الأولى (01) ثانوي، مستواه الاجتماعي و الاقتصادي لابس به، كان يتابع دراسته التعليمية.

1-1-خلال الحصة الأولى:

كان الاتصال مع الحالة يتسم بنوع من السهولة لكون الحالة أكثر من عام ونصف في المركز وسبق له أن قام بالمشاركة كحالة لدراسة أكاديمية إقامتها إحدى طالبات جامعة وهران ،وحسب أقواله من خلال المقابلة يعاني من حالة مزاجية نفسية مضطربة ويشعر بالكآبة و اليأس من الحياة، و الحديث عن الأسباب التي أدت به إلى دخول المركز انه تم اتهامه في قضية المشاركة في جناية القتل العمدي مع سبق الإصرار و التردد و تم التعمق أكثر فاكثر عن وقائع و الاسباب و من ثم تم الحديث اخ الضحية الذي اتهمه بانه كان المشارك في جريمة قتل اخيه والذي ينتظره في كل اجازاته الأسبوعية الممنوحة له من طرف ادارة المركز وعندما يلححه ينظر إليه نظرات انتقام عند اقترابه من مسكنه ، فأصبح يفكر في التعدي على أخ الضحية إذا لزم الأمر ذلك.

1-2-الجلسة الثانية :

-التاريخ : 2018/03/04 المدة : 45 د:

تم الترحيب بالحالة وتقديم أهمية الدراسة التي أنا بصدد إعدادها ، ويتم إخبار فحص الهيئة العقلية وطرح مجموعة من الأسئلة لجمع المعلومات الخاصة بالحالة وبالتالي تم جمع المعلومات التالية عن الحالة:

1-الاستعداد و السلوك العام:

الحالة طويل القامة ، ممتلئ الجسم نسبيًا ، ابيض البشرة،صاحب شعر اسود مصفف للأعلى،ذو عينين بنين،محافظ على أناقته إلى درجة لابس بها من خلال تصفيف شعره أثناء المقابلة ،يتميز بتواصل جيد، أسلوبه في الحديث فيه احترام و هادئ ،يستخدم لغة مفهومة بسيطة ،كلامه أثناء المقابلة يتميز بالهدوء بنغمة قوية،قليل التواصل الغير اللفظي(لغة الجسم).

ب- التاريخ الشخصي:

لقد عاش الحالة طفولة غير مستقرة، كون أبيه انفصل عن أمه وهو لا يزال صغير، وحيث انه لا يدري حتى أسباب الطلاق، تدرج في أطواره التعليمية الأولى و الثانية حتى انتهى به في السنة الرابعة (04) متوسط ، وابتعد عن الأسرة لمدة عامين (02) حيث زاول دراسته بفرنسا ، دخل إلى مركز إعادة التربية و التأهيل ذكور بقديل قبل ومن ثم تم تحويله إلى المركز بتاريخ الموافق ل: 2016/10/09 بسبب ارتكابه المشاركة في جناية القتل العمدي مع سبق الإصرار و التردد ، رفقة أخيه (يكبره بخمس سنوات) الذي يقضي مدة عقوبته بالمؤسسة اعادة التربية و التأهيل بولاية وهران رفقة أصدقاء أخيه المتواجدين في المؤسسة اللذين شاركوا في الجريمة الجريمة كان سببها إلى أموال فيما بين أخيه و الضحية، الحالة أكمل داسته في طور المتوسط والتحاقه بالطور الثانوي (أولى ثانوي) عن طريق المراسلة بينما يقضي مدة القانونية للعقوبة داخل المركز.

ج- التاريخ الأسري:

الوالدين على قيد الحياة، الأب يعمل في الأمن (شرطي)، الأم مائكة بالبيت وهم لا يعانين من أية أمراض عضوية، والوالدان مطلقان، وهو يعيش الآن مع أمه ، حيث كان ابتعد بسبب ذلك عن أمه لمدة سنتين (02) لكون كان يزال دراسته في فرنسا ، علاقته بابيه متوسطة أما فيما يخص والدته في جيدة ومازال تلك العلاقة مستمرة بنفس الدرجة في الوقت الحالي ، لقد ذكر لنا الحالة قبل ذلك انه الوحيد عند والديه وبعدها صرح لنا أن لديه أخ ويكبره سنا وهو يتواجد في مؤسسة إعادة التربية(المذكور في التاريخ لشخصي) ، وان أبوه يتواجد حاليا بفرنسا و إقامته بفرنسا كانت مع أبيه لقد كان ولا يزال قريبا من أمه أكثر من أبيه، الحالة ذكر لنا أن أخيه الأكبر كان يتعاطى المخدرات (الكيف المعالج، الأقراص المهلوسة) لسنوات.

د- الجانب الوجداني والعاطفي :

الحالة أثناء فترات المقابلة يلاحظ وتنتابها مشاعر الكآبة والضيق وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة مثل قوله: "كاره بزاف" و حيث أن الحالة يبدو عليها قلق وتوتر و ابتسامته يلاحظ عليه كآبة أو ابتسامة كاذبة ولا يبدو انه منطوي على نفسه.

هـ- الجانب المعرفي :

نظرتة للحياة متدنية :مثلقوله "كرهت من نفسي ،هاذي بلاد فيها غير الظلم". وهناك ايضا تشوه معرفي ومنها:

• التعميم:

مبالغة في التعميم مثل "ننس بالروتين كلشي يتعاود".

• العزو:

مثل: "خوالي مات غير مين نخرج بارميسيو ويفوت علي عند الدار يخزر فيا خزرة كيوالوا ،ونقول الله ينلعكياشيطان ونروح ونخليه ،ما بغاش يفهم أنا مقتلتوش صاحب خويا هو اللي قتلو"، قوله: "كون يزيد يقلقني و الله نكمل معاه".

• التفكير الإكتسابي:

مثل "والله استاذ كرهت، مادرت والوا حكموا عليا ، ظلموني " قوله: "راني مونك كي نخرج نرطل نريح من القلق".

و- الجانب العلائقي و الإجتماعي :

الحالة لا تعاني من انسحاب اجتماعي في قوله: "عندي صحابي في المركز نحكونقصر واونتشايخو".

ن- الجانب البدني:

الحالة لا تعاني من اضطراب النوم كون الحالة تمارس نشاطات بدنية رفع الأثقال و كرة القدام بالإضافة إلى نشاطات بدنية أخرى ، وهذا كله يساهم إعياء بدنه وبتالي إلى النوم عدم الاهتمام بالعلاقة الجنسية او التفكير فيها حتى.

ك- الجانب الدافعي:

فقدان الطاقة النفسية التعب مثل قوله: "و الله أستاذ راني نعياراني نحس بالفشلة "

س- التحليل الوظيفي:

قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) حيث قمنا بالتحليل الماضي و الحالي للسلوك المشكل للعميل

1- التحليل الماضي:

العميل لديه سوابق مرضية عائلية أي أخ اصغر منه يعاني من اكتئاب بسبب تعاطيه المخدرات (الأقراص المهلوسة بكل أنواعها) ، و بالإضافة إلى والديه نتيجة طلاقهما سبب في حدوث حالة الاكتئاب لديهم ، لقد عان العميل من بوادر حالة الاكتئاب منذ صغره بسبب انفصال والديه عن بعضهما البعض وابتعاده عن أمه لفترة لا تقل عن سنتين (02) زاد من حالته سوءا وهي الوحيدة التي كان يشعر معها بالراحة عند سؤالنا له "ماذا كنت تشعر نحو أمك" وعند سؤالنا له بنفس الصيغة لأبيه أجاب بقوله "لاباس"، و تجربته لتعاطي المخدرات الكيف المعالج و الأقراص المهلوسة بكل أنواعها ،كل ذلك ساهم في تبدل حالة المزاجية وحتى الجسمية واختفاء السند الاجتماعي كله كان من الأسباب لإصابته بالاكتئاب.

2- التحليل الحالي:

محاولته و إقدامه للانتحار باستعمال آلة حادة لتقطيع جسمه عندما كان بمركز إعادة التربية والتأهيل للأحداث بقديل و لاية وهران قبل أن يحول على المركز الحالي لكن الحالة النفسية للعميل تحسنت قليلا لكانها استمرت في الاتجاه السلبي عندما حول إلى المركز المتخصص في إعادة التربية للأحداث ذكور بسيتي جمال بولاية وهران وتنفيذ مدة عقوبته ارتكابه جناية المشاركة في القتل العمدي مع سبق الاصرار والترصد ومعاناته من الآثار السلبية الناتجة عن التوقف التدريجي عن تعاطي المخدرات و الأقراص المهلوسة (الآثار السلبية الناجمة عن الانسحاب التدريجي). الابتعاد عن السند العائلي الوحيد حسب رأيه من طرف الوالدة الذي يحس معها حسب قوله "بالراحة، و تخاف علي" التي تربطه علاقة قوية ، وغياب النهائي للسند الاجتماعي، واستمراره في ذلك أثناء خروجه للإجازات الأسبوعية ،كل ذلك زاد من تأزم الحالة النفسية للعميل و شعورها المستمر بتأنيب الضمير التفكير السلبي الذي يقوده في الاستمرار بتعاطي المخدرات للشعور بالراحة النفسية.

1-3- من الجلسة الثالثة الى الجلسة الرابعة:

-التاريخ: 2018/03/07 الى غاية 2018/03/11 المدة: 45د لكل جلسة:

في هاته الجلسة كل ما تضمنه من احاطات من معلومات تم تقديمها للحالة الاولى هي نفسها في هاته الجلسات من :

- استقبال الحالة بكلام ترحيبي، ونلاحظ في هاته الجلسات ان الحالة تتصرف بعفوية و بطريقة سلسة ،اي هناك تجاوب انفعالي تام.

-احاطة الحالة بحالتها ، وكون الحالة لها مستوى تعليمي لابس به بدا يتفهم ويتجاوب بكل عفوية و اهتمام و حيث بدا تركيزه يظهر من خلال هاته الجلسة .

-تبيان اهمية تطبيق الاختبار النفسي للاكتئاب الذي يساعد في التشخيص

-التأكيد على العقد العلاجي بينه وبينالمعالج ، وحيث كان تجاوبه بالقبول وقوله: "هذي حاجة مليحة بالنسبة لي على حسب ما نفهم ، وعلا بالي بلي نتا جيت تساعدني و علاه ما نقبلش بالعكس استاذ".

- تقديم للحالة تعريف حول مقياس الاكتئاب الثاني لبيك ومقياس أعراض الاكتئاب لهاملتون تم تطبيق الاختبار مباشرة والحالة بدأت تسأل عند التطرق للإجابة عن كل سؤال من الاختبار رغم تفهيم الحالة عن كيفية الاجابة : "استاذ اسمحلي موالف يجوا عندنا نتاع الجامعة ويعطونا اوراقى نعمروهم ، ونعرف نجابوب ، بصح معليش الحاجة اللي ما فهمتهاش في السؤال تفهمهالي كثر " .بعدها تم سحب ذلك الاختبار بمجرد انتهاء الحالة من الاجابة.

-انهاء المقابلة و ضرب له موعد في المقابلة القادمة، نلاحظ عند الانتهاء ومحاولة الانصراف من الجلسة ابتسامة ظاهرة على الحالة وسؤاله : "استاذ منبعد تقولي النتيجة واستاذ مكانش اللي يشوف هذا من غيرك " ، واجابته و التاكيد له بان لن يطلع على هذه الاختبار الا سواي.

- نقدم التعليم النفسي حولا اضطراب العميل فيما يعرف بالاكتئاب

- توقعات العميل عن العلاج

-تعليم العميل مبدأ لاعقلانية بعض تصرفاته وتغييرها وتعديلها لأفكار أخرى و مراقبة الافكار اللاعقلانية -التدريب على اسلوب حل المشكلات

-اعطاء الحالة استمارة تقييم الجلسة ومناقشتها في الجلسة اللاحقة

-النتائج الدراسية:

خلال التحليل الوظيفي و استبيان الاكتئاب لهاملتون كان المجموع الكلي يساوي 22 إذن اكتئاب شديد جدا وملاحظتنا للحالة ومعاناته من اضطرابات جسمية التي تكمن في الإعياء المستمر واضطرابات فيزيولوجية مع تصبب العرق بالإضافة إلى تشوهات معرفية، و من خلال نتائج تطبيق مقياس الاكتئاب بيك الثانية كان المجموع الكلي يساوي 31 إذن يعني اكتئاب شديد.

-انهاء الجلسة و توديعه

1-4- من الجلسة الخامسة الى الجلسة الثامنة:

-التاريخ: 2012/03/14 الى غاية 2018/04/08 المدة: 50 د لكل جلسة:

-الترحيب بالحالة ، في هاته الجلسات الحالة كانت في تجاوب متزايد من جلسة الى اخرى ،مثل قوله : "استاذ استاذ اليوم وانديرو كاش جديد ،علاياك انا راني عندي مستوى ثانوي باغي نزيد نتعلم اكثر"

-سؤال الحالة عن الواجب المنزلي الذي تم تقديمه له في الجلسة السابقة فصرح لي انه انجزه وحيث ذكر في تلك الاستمارة: " استاذ الجلسة كانت فيها فايذة تعلمت حوايجنا كنت تهدر في هدرة نتاع صواب "

-الانتقال الى ماهية المشكلة حيث في بدأت التحدث ان في هته الحياة عدة مشاكل تصادف اي شخص او التي تسبب له ضغوطات فتأثر على حالته النفسية وعدم معرفة التعامل او التصرف معها تؤدي به الى الاصابة بالاضطراب او عدة اضطرابات نفسية فيها حزن وكأبة و احباطات تمنعه من العيش في حالة طبيعية .

-طرحه له نوع من المشاكل التي يعاني منها وتبيان نوعية الشعور الذي ينتابه من جراء تلك المشكلة و انفعالات تلك المشكلة وتبيان له كيفية التخلص منها بتفكير سليم وايجابي -تبيان له كيفية استبدال الافكار السلبية بأفكار ايجابية و التدريب على تقنية الاسترخاء العضلي ومن بين الأفكار السلبية قوله: "ظلموني وسورتور الجوجا قالتلي نجيبك هنا باش نحملك ،وا تحميننا كانت تكذب ، واحد يدخل الحبس ويقولوا نحموك" وطلبت منه استبدال ذلك التفكير السلبي وان لولا دخولك المركز لاكان انتقام اخ الضحية منك او تكون هناك نتائج سلبية على حياتك ، وخاصة راك قتلتي فوت الرابعة متوسط بالمراسلة في المركز ونجحت وراني نكمل بالمراسلة ، وهذا ماشي نجاح بالنسبة لك " بعدها بدا يقتنع بالفكرة و قال : "اجل نجحت قريرت هنا في المركز "

- للعلم الحالة كانت تعاني من التصرف السيئ من قبل بعض المربين فطلبت نموذج من السلوكات المرغوب فيها مثل : "كيفية التصرف مع المربين ،بتجاوب و واحترام ، و النظر بعدها كيفية ردة الفعل ، وتنفيذه ومناقشتها فيما بعد " وكذلك بعض المواقف الانفعالية فطلبت منه : "اقفل عينك تخيل انك في مكان في الغابة وهناك مجموعة من الافراد مع اسرهم و اطفال يلعبون وانت متكئ على الشجرة فماذا تشعر " قوله : " راني نتفرج على الناس " المعالج: "تقدم اليك اخ الضحية واش دير " الحالة: " راني نخزر فيه كو يقرب ندربه " المعالج: "راه يزيد يقدم " الحالة : "وقفتله " الحالة: " استاذ والله مانجمت نكمل

"وبعدها بدأت المناقشة و الحوار ، فالهدف التدريب على التخيل لمواجهة المواقف الحياة -طلب من الحالة الواجب المنزلي المتمثل في الاسترخاء وضرب له موعد في الجلسة اللاحقة وإنهاء الجلسة و توديعه .

1-5- من الجلسة التاسعة الى الجلسة الثانية عشرة:

-التاريخ: 2018/04/11 الى غاية 2018/04/22 المدة: 50 د لكل جلسة:

-الترحيب بالحالة

-مناقشة الواجب المنزلي

-احطاته بأهمية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية

- تقيمه من خلال استعماله حيث قال: " استاذ درت الاسترخاء اللي علمتها الخطة اللي فاتت ودرته كي كنت مقلق كيما قلنا وراه يرحني " .

-الانتقال الى اهداف الجلسة التي تتمحور حول الحد من إعطاء تفسيرات السببية للمشاكل التي يصادفونها والحد من استعمال الأساليب السلبية التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب من بين هاته الأساليب السلبية مثل قوله: "استاذ قاع المشاكل طاحو علي، ودمروني كيجابوني هنا، انا ماقتلتهم وشاركتهم مع اللي قتلوه، لكن الجوجا ما بغت تفهم دمرتني، والله كرهت كلش".

-التركيز على الاستكشاف الموجهو التدريب على استخدام إعادة الغزول للحالة لاستثارتهم الانفعالية

-رفع تقدير ذاته المنخفض

-مناقشة الحوار الداخلي ومناقشة الأفكار وتحديدتها وتدريب الحالة كلى كيفية التحكم في التنفس

-تحديد الأفكار و الحوار الداخلي باستعمال الرسم الكاريكاتوري والذي اجاب عليه الموجود ضمن الملحق أثناء تقديمه له بالعبارات: "يمكن ان يكون منزعج من ظروف عائلية وقيلة مه راحة مريضة ولا خاصة المخدرات ومعندهم باش يشري" ومناقشته و معرفة الاسباب وحيث بينا لنا ان والدته هي الكفيلة به في غياب الاب الدائم وانه يفكر فيها كل يوم يتواجد فيه بالمركز وفيما يخص المخدرات كانت تمنحه الطمأنينة و السعادة لمواجهة مشاكله ولا يستطيع الاستغناء عنها كيما يقول: "نحس بالمونك سورتور مين راني هنا، المونك صعب استاذ، استاذ" وبعدها بدأت ابين له اضرار المخدرات على الانسان وتم عرض عليه فيديو مصور يحكي فيها على اصناف المخدرات و تأثيرها على الحالة النفسية و الجسدية و الاجتماعية على الفرد وبعدها بدا يسأل: "استاذ نتا تعرف بزاف عن الكيف و الكاشيات، استاذ انتا عمرك متقفلتس و لا كميت المخدرات"، وبدأت ابين انه لا يحتاج أي شخص لتجريب المخدرات من اجل معرفة اضرارها و بدأت تتطور المناقشة الى غاية

قوله: "استاذ عندك الصبح راني بطلتها وماذا بيا نحبس منها ومنعاودش نوليلها انشاء الله" وهذا بعد ان تم تقديم له استمارة المزايا و العيوب الخاصة بالمخدرات و تواجهه بالمركز.

-استعمال سجل الأنشطة والذي اخطرنا ان نشاطاته هي النشاطات التي يتضمنها برنامج الادارة و التي يسير عليها معظم المتواجدين بالمركز ،وحيث يخطرنا ان النشاطات الرياضية تبقى اختيارية وهو يمارسها عن قناعة وقوله: "راني ندير الصبور وهو اللي راه ينسينا بلي راني فالمركز" ومناقشته فوائد ممارسة النشاطات الرياضية في الاسهام في تحسن الحالة النفسية و الجسدية للفرد و خاصة بالنسبة اليه

-تعليمه تقنية ضبط وتعديل التنفس وخاصة عند مواجهة المواقف الضاغطة

-التعبير عن مشاعرهم الايجابية و السلبية بطريقة مقبولة اجتماعيا عن طريق لعب الدور المشكل بينه و بين المعالج حيث لاحظت انه يهرب من موقف الحادثة التي اوصلته الى دخول المركز حيث يهرب من اخ ضحية القتل التي اتهم فيها هو واخوه وحيث عند اخذ الاجازات يلقاه بالقرب من مقر سكنه ، و لا يستطيع مواجهته بطريقة سلمية و افهامه بانه ليس له دخل ، لعبت دور اخ الضحية معه :

اخ الضحية:-قولي انت كنت اللي معا اللي قتلوه

الحالة: انا خطيني ماشي انا و لاخويا ، انا كنت بالقرب منهم فقط

اخ الضحية:-غير قولي علاه قتلته علاه

الحالة:يصمت ويرتبك ولا يستطيع الاجابة

اخ الضحية:-علاه قولي غير بغيت نعرف

الحالة:الارتباك و القلق و احمرار الوجه ، و ابتسامة ،مانجمتش استاذ و الله ما نجمتش

المعالج: انا بغيت تواجه المشكلة فقط ،ومواجهة المشكلة جزء من العلاج وبدأت المناقشة تتمحور في الاتجاه الايجابي.

-إبعاد الأفكار اللاعقلانية

-التدريب على الأنشطة السارة لمواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب الشعور بالاكتئاب

-التأكيد على التدريب التوكيدي واكتساب مهارات اجتماعية جديدة ايجابية

تم استعمال جدول الأنشطة السارة وتم استخدام الاستمارة الخاصة بها و التي ذكر فيها : "شاركت مع المربين وعاونتهم باش نضمو اللي معايا ونلموهم ،أستاذ خطرش قالولينا كبير ، وتاني رحنا فالماناج وزهينا بزاف" ومناقشة معه شعوره و نتائج ذلك الشعور على حالته النفسية

- استعمال تقنية الاسترخاء وحيث اثناء الجلسات يبدأ التعليق عن التقنية بانها ايجابية و الاصرار على طلب استعمالها في كل جلسة علاجية

-الواجب المنزلي تنفيذ تقنية الاسترخاء عندما يقون في اوقات الراحة و لوحده

-انهاء الجلسة و ضرب له موعد اخر

1-6- من الجلسة الثالثة عشر الى الجلسة الرابعة عشرة:

التاريخ: 2018/04/25 الى غاية 2018/04/29 المدة: 50د لكل جلسة:

بعد استدعاء الحالة تم مناقشة مع الحالة ما تم انجازه فيما يخص الواجب و ابدى اعجابه بتقنية الاسترخاء

-مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وتقييم الانفعالات وتحديد نوعها و شدتها ومدى تأثيرها على الحالة و ردودأفعاله

-تقييم الحالة للعملية العلاجية من بدايتها حتى نهايتها و الأشياء السلبية التي رآها من خلال فصرح بقوله:"أستاذ كلشي اللي كنت تخدمه معانا كنت نستفاد منه وندير كلشي تقوله اللي قتلتي عليه الواجب ، القلق اللي كنت نحس بيه راحلي و المشاكل اللي كنت نحس بيهم نتحلوا وفيما يخص راني باغي ندير تكوين في السيايا ن نتعلم الطبخ ،حرفة نستفاد منها في حياتي"، وتم سؤاله راه يحس برغبة في تعاطي المخدرات و اثار الانسحاب يعني بالعامية : "المونك" اجاب : "استاذ" لاحظت تحسنه جسديا فسألته عن حالته " المونك نقص و راني قررت نبطله ضربة وحدة ، و ريحت ،كي حبسته ، وخبرتنا و اش يدير فالبنادم"

- تم استعمال تقنية الاسترخاء و بتشجيعه وتدعيم التغيير على المستوى المعرفي و السلوكي و الذي يساعده في التخفيف أعراض الاكتئاب

-تشجيعه على استمرار في تطبيق ماتعلمه من مهارات في الجلسات العلاجية

-إعداد الحالة لإنهاء البرنامج ، والتوضيح له الاستمرار في التفكير السليم و العقلاني وهو الذي يجعله يتخلص من كل الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب و ان كل المهارات و

التقنيات التي تعلمها و نتائجها الايجابية على حالته النفسية و العقلية و الجسدية لم يكن الا باقتناعه ورغبته التغيير

-تم اجراء الاختبارات التي تم اجرائها في الجلسة الاولى و تقديم لهم مقياس بيك الثانية و استعمال سلم هاملتون و عند الانتهاء تم مصافحته وتوديعه ، وحيث كان تقدير درجات الاكتئاب على مقياس بيك الثانية ب:18 درجة و تقدير درجات الاكتئاب على سلم هاملتون ب: 09 درجة

2-دراسة الحالة الثانية: (الجلسة الأولى): الحالة الاولى جاءت بتاريخ الموافق ل:2018/03/05 وب التاليتم عرض الحالة علي من قبل الإدارة كونها مستجدة وقد يطول مدة تواجدها بالمركز فوافقت مما لزم علي ان اضع في حسابي انه يجب ان التزم بالبرنامج المسطر و بالتالي وضعت للحالة برنامج ثلاث مرات في الاسبوع من بداية الجلسة الاولى الى غاية الجلسة التاسعة.

-التاريخ: 2018/03/07 , المدة : 45 د

بعد الترحيب مع الحالات التي تم وضعها تحت تصرف الدراسة و التي تقدر بإحدى عشر حالة وهذه الحالات التي سيستمر تواجدها أكثر من شهر وحيث تم بقي اربع حالات فقط من تلك الحالات و التي سنقدم في تقرير التربص حالتين فقط، وحيث قمت تم تقديم نفسي لهم باختصار وإحاطتهم بالهمة التي جئت من اجلها إلى المركز والغاية منها ومحاولة كسب الثقة بالإضافة و شرح النموذج أو البرنامج العلاجي و ابرام العقد العلاجي.

يتعلق الأمر بالسيد/ج.ع.ا.، حيث يبلغ من العمر ثمانية عشرة (18) سنة، أعزب، الثاني ما بين ثلاثة إخوة بنت وولد، ذو الثالثة (03) متوسط، مستواه الاجتماعي و الاقتصادي متواضع، كان يساعد أباه في مجال البناء.

2-1- خلال الحصة الأولى:

كان الاتصال مع الحالة يتسم بنوع من الصعوبة لكون الحالة مستجد في المركز لم يتعدى مكوثه سوى بضعة أيام، وحسب أقواله من خلال المقابلة يعاني من حالة مزاجية نفسية سيئة أثرت عليه في عدة جوانب من حياته وأصبح يشعر بنفاذ قوته وطغى في نفسه اليأس ، وأصبح ينتظر بشغف مثوله أمام العدالة من اجل الحكم في قضيته ، فالانتظار أصبح يسبب له قلق شديد ، وأصبح يفكر في الهروب أو الانتحار إن بقي الوضع على ما هو عليه دون مثوله أمام العدالة.

2-3-الجلسة الثانية :

-التاريخ: 2018/03/11 المدة : 45 د

تم الترحيب بالحالة وتقديم أهمية الدراسة التي أنا بصدد إعدادها ، ويتم اختبار فحص الهيئة العقلية وطرح مجموعة من الأسئلة لجمع المعلومات الخاصة بالحالة وبالتالي تم جمع المعلومات التالية عن الحالة:

-أهمما جاء في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

-الاستعداد و السلوك العام:

الحالة متوسطة القامة ، نحيفة ، اسمر البشرة،صاحب شعر اسود مصفف قصير، ذو عينين بنيتين، غير محافظ على

أناقته، يتميز بتواصل جيد، يتحدث بأسلوب هادئ ومؤدب ،يستخدم لغة مفهومة بسيطة منقطعة ، وكلام هادئ بنغمة متوسطة، كثير التواصل الغير اللفظي(لغة الجسم).

ب- التاريخ الشخصي:

لقد عاشت الحالة طفولة غير عادية ،حيث أصيب الحالة بمرض الحمى الشديدة في أنحاء جسمه كله منذ كان في سن ثلاث (03) سنوات لمرتين، تدرج في أطواره التعليمية الأولى و الثانية حتى انتهى به في السنة الثالثة (03) متوسط حيث كان لا يحب التعليم وحيث ترك الدراسة و التحق بمساعدة أبيه في كمساعد بناء ،دخل إلى المركز بتاريخ الموافق ل: 2018/03/05 بسبب ارتكابه لجنحة سرقة مبلغ مالي من صيدلية عن طريق تحطيم المحل ، وكذلك امتهن بيع المخدرات (الأقراص المهلوسة) من اجل جمع المال لشراء دراجة نارية.

ج- التاريخ الأسري:

الوالدين على قيد الحياة، الأب يعمل في مجال البناء(بناء حر)، الأم مأكثة بالبيت وهم لا يعانين من أية أمراض عضوية، والوالدان كان مطلقان و بسببه عادت الرابطة الزوجية بين والديه، حيث تشاجر مع والدته عندما كانت أمه مطلقة ،حيث كان ابتعد بسبب ذلك عن أمه لمدة ستة (06) أشهر ، كان دائم المشاجرة مع خاله ويهرب من البيت وحيث كان خاله ينتظره بالقرب من البيت ، وحيث صرح انه رغم ذلك كانت ومازالت علاقته بأمه ووالده عادية وكذلك علاقته بإخوته ،لقد كان مقرب من أبيه أكثر من أمه ، لقد أشار إلى أن أخيه الأصغر منه بسنوات كان يتعاطى المخدرات (الأقراص المهلوسة) لمدة وكان دائما يقوم بتأنيبه من اجل التوقف ، وحيث صرح لنا انه متواجد بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بولاية شلف من اجل المعالجة من الإدمان.

د- الجانب الوجداني والعاطفي :

الحالة تنتابها مشاعر الحزن والهم والضيق وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة مثل قوله :
"كاره اليوم اللي ولدت فيه" بالإضافة إلى مزاج الحالة يبدو عليه التوتر وهذا بادي على
وجه الحالة ولا تضحك ، وتمتاز بالانطواء على الذات.

هـ- الجانب المعرفي :

نظرة سلبية نحو الذات والعالم وغموض وتشاؤم بالمستقبل: مثل قوله "نحس روحي زيرو
كرهت من هادي الحياة
بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

-التعميم:مبالغة في التعميم مثل " ما طقت ندير والوا راني نحس روحي عاجز في المركز
نحس روحي مقيد"

-الغزو:مثل "خطرات نسهي ونحس روحي راني في الدار ، راني نقارع وينتا نشرح ،
ما قدرت نقعد بلا ما نشرح ،المهم يشرعولي لابغاتيحكمو علي نقعد هنا"

-التفكير الإكتئابي مثل " لأفعدت هنا إما نهرب أو ننتحر،وراني معول ننتحر مادام مازال
مشرعولي، كي ننتحر نريح من هادي الدنيا كرهت"

و-الجانب العلائقي و الإجتماعي : هناك انسحاب اجتماعي في قوله:"عندي غير صاحبي
يوسف اللي يفهمني و اللي ريحلو برك هذاك صاحبي من الصغر" و قوله:"كي كنت نبات
برى نقعد وحدي ونحس غير بحالة نفسي واتقلق كثيرا".

ن-الجانب البدني:

هناك اضطراب في النوم "راني منطيقش نرقد فالليل حتى الوحدة او الزوج نتاع الصباح
"، واضطراب في الشهية مثل قوله:"راني منحوش قال على الماكلة راني نحوس وينتا
نشرح برك" وعدم الاهتمام بالعلاقة الجنسية او التفكير فيها حتى.

ك-الجانب الدافعي:

فقدان الطاقة والتعب مثل قوله: "راني نحس روحي عاي ونحس بالفشلة والعيان"

س-التحليل الوظيفي:

قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) حيث قمنا بالتحليل الماضي و الحالي
للسلوك المشكل للعميل

1-التحليل الماضي:

العميل لديه سوابق مرضية عائلية أي اح اصغر منه يعاني من اكتئاب وهو حاليا تحت
علاج طبي وهو متواجد بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ، لقد تعرض العميل منذ
صغره إلى ارتفاع في الحمى في كل الجسد مما استدعى أبوه ليضعه في ماء به قطع من
الثلج ووضع فيه و كانت هناك مرتين ذكرهما العميل منذ أن كان في عمر

ثلاث سنوات ، حيث سقط في المرة الأولى من شرفة العمارة و المرة الثانية حاول الانتحار
برمي نفسه من الطابق الثالث العميل كانت لديه تجربة تعاطي المخدرات الكيف المعالج في
مرحلة أربعة (14) عشر سنة واستمر في ذلك وتمادى إلى تعاطي الأقراص المهلوسة بكل
أصنافها و أنواعها،لقد تعرض العميل لتحول مفاجئ بسبب ذلك إلى تغير في الحالة
المزاجية والجسدية ، كان العميل يعيش حالة من التشرذم حيث كان يببب خاصة أثناء
المشاجرة مع العائلة في الشارع ولوحده ، المشاكل العائلية"طلاق الوالدين" كانت السبب

الأساسي وراء إصابته بالاكتئاب و تعاطيه المخدرات الكيف المعالج و الأقراص المهلوسة و عدم وجود السند الاجتماعي.

2- التحليل الحالي:

بدأت وضعيته النفسية تتأزم بعد أن دخل المركز بسبب ارتكابه لجنحة قانونية تم إدخاله إلى المركز بالإضافة إلى انتظاره المتكرر لمثوله أمام العدالة للنظر في قضيته ووجود موانع التدخين داخل المركز من طرف هيئة الإدارة ومعاناته من الآثار السلبية الناتجة عن التوقف عن تعاطي المخدرات و الأقراص المهلوسة (الآثار السلبية الناجمة عن الانسحاب الفوري).

الابتعاد عن العائلة وكونه يقطن في ولاية تقع في وسط البلاد هذا كله سبب له شرود ذهني خلال كل يوم في فترات متقطعة لا تتعدى عشرة (10) دقائق يرى نفسه انه في بيته رفقة العائلة ، الابتعاد عن السند العائلي والاجتماعي من طرف الصديق الوحيد التي تربطه علاقة قوية و الذي يقطن بالقرب من مسكن العائلة و الذي يعتبر صديق الطفولة ، أمام هذه الظروف أصبحت الحالة تشعر بتأنيب الضمير و التفكير المستمر في الانتحار و التردد بها خلال المقابلات و التهديد بتنفيذها إذا استمر تواجد داخل المركز بدون الفصل في قضيته.

2-4- من الجلسة الثالثة إلى الجلسة الرابعة:

التاريخ: 2018/03/12 الى غاية 2018/03/14 المدة: 45د لكل جلسة:

تم استقبال الحالة بكلام ترحيبي ومحاولة إحاطتها بحالتها و تبين لها أهمية تطبيق الاختبار النفسيللاكتئاب الذي سوف يساعدنا في التشخيص وفي هذه المرحلة تم التأكيد على العقد العلاجي بينه وبين المعالج الذي يتضمن الاتفاق على المهام بين الجلسات و تم ايضا تقديم للحالة تعريف حول مقياس الاكتئاب الثاني لبيك ومقياس أعراض الاكتئاب لهاملتون و تبسيطه حسب مستواه التعليمي و إفهامه بأنه لا يتضمن أجوبة صحيحة و أخرى خاطئة بل ما يفكر فيه و يشعر به تم طمأنته بان معلوماته سوف تبقى سرية و لا يشار ابدأ إلى اسمه الحقيقي ، عندما اطمأنت الحالة وبعد إفهامه طريقة الإجابة طبق الاختبار مباشرة بعدا تم سحب ذلك الاختبار وشكره على التعاون تم إخباره بانتهاء هذه المقابلة و ضرب له موعد محدد للمقابلة القادمة. و نقدم التعليم النفسي حولا اضطراب العميل فيما يعرف بالاكتئاب بانه حالة من الحزن الشديد و الانطواء على النفس وأسبابه و من بينها اسلوبنا و طريقتنا في التفكير و التركيز على الامور السلبية و توقف تفكيرنا عند نقطة معينة و الآثار النفسية المصاحبة له يعرقل حياة الفرد و كذلك الاستمتاع بمباهج الحياة و مراجعة توقعات العميل عن العلاج الذي يعتبر وسيلة تعليمية و تثقيفية تهدف إلى إعطاء العميل وكيفية التخفيف الشعور به وإحاطته بمجموعة من التقنيات المتكاملة والمتداخلة يخدم بعضها البعض لأجل تثقيف وتعليم العميل مبدأ لاعقلانية بعض تصرفاته وتغييرها وتعديلها لأفكار أخرى ومراقبة الافكار اللاعقلانية ، و التدريب على اسلوب حل المشكلات ، ثم تنتهي الجلسة ونعطي الحالة استمارة تقييم الجلسة ومناقشتها في الجلسة اللاحقة و انتهاء الجلسة و توديعه.

-النتائج الدراسية:

من خلال التحليل الوظيفي و استبيان الاكتئاب لهاملتون حيث ان المجموع الكلي كان يساوي 39 اذن اكتئاب شديد جدا لا حظنا أن العميل يعاني من اضطرابات جسمية مثل فقدان الشهية فقدان النشاط و الإعياء و الصداع المستمر الذي ينتابه في كل وقت و اضطرابات فيزيولوجية مع تصبب العرق بالإضافة إلى تشوهات معرفية ، و من خلال نتائج تطبيق مقياس الاكتئاب بيك الثانية كان المجموع الكلي يساوي 27 اذن يعني اكتئاب متوسط.

2-5-من الجلسة الخامسة الى الجلسة الثامنة:

التاريخ: 2012/03/01 الى غاية 2018/04/09 المدة: 50 د لكل جلسة:

في الجلسة قمنا بالترحيب بالحالة وحيث لا حضنا ان في الجلسات السابقة كانت الحالة نوع من الانطواء مع نفسها وفي هاته الجلسات بدأت الحالة تتجاوب اكثر من خلال التحدث بطلاقة و الحوار ،وقولها: "استاذ انا راه عاجبتي نهدر معاك ونقولك واش عندي نحس روحيتها نريخ كي مهدر معاك"،وسالة الحالة عن الواجب المنزلي الذي قدمته لها وهل انجزته واجابة الحالة: "استاذ والله ماخدمته ،كنت مشغول بالخدمة في المركز وساعدتهم في الاعمال راك عارف،وتاني نبغي نديره اليوم وفهملي نعم بوك خطرش ما نفهمش نفهم الدرجة اكثر"وفي هاته الجلسة قمت بترجمة الاستمارة الى الدرجة وطلب منه الاجابة بالدرجة حيث لا يوجد مشكل في ذلك ،حيثاجاب: "استاذ تا بالعكس قلت كلام شباب و مقفقتنيش بالعكس كي نكون معاك ونهدر معاك نريخ ،استاذ انا كنت نعالج عند البسيكولوج وكنت نريخ كي نهدر معاه وكانت تديني بما "

وكنا انتقلت الى هدف الجلسات و التعريف بالمشكلة و ان في هاته الحياة تعيق الانسان وتمنعه من تحقيق ما يطمح اليه وهناك اشخاص لا يستطيعون كيفية التعامل مع المشاكل الحياتية و قمت بتعريفه ان حل المشكلة هي كيفية التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة المختلفة و ازالة الشعور بالحزن و ازالة تلك التوترات ،وفي هاته الجلسة قمت بأخطاره ان لكل مشكلة في هاته الحياة وقمت بطلب منه اعطائي مشكلة من المشاكل التي يعاني منها واحاطتي بشعوره و الانفعالات التي تنتابه من الشعور بالحزن و التوتر ومن هنا نحدد المشكلة من خلال جمع المعلومات عنها وصياغتها و اخطاره بان المشكلة لا تكمن في المشكلة بحد ذاتها بل بطريقة تفكيرك اتجاهها و التوصل إلى كيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية ومواجهة الاحباطات الداخلية بالتدريب على الاسترخاء مواصلة التدريب على الاسترخاء العصبي العضلي وحيث قمنا باستعراض مشكلة يراها هو مثل قوله: "راني مقلق بزاف وكرهت بزاف مين راني هنا ومازال ماشرعولي " و اجابته وعلاك راك مقلق من الحكم رده علي: "لا بالعكس المهم يشرعولي باش عرف ولابغات يحكمو علي كيما حبو" و سؤالي عن شعوره: "كرهت كو نموت خير اللي و الله كو نقعد وما يشرعوليش و نطول ننتر و نخليهم بياصوبيا ، الموت راح خيم الحياة" وقمت بتحديد ان التفكير السلبي يمكن استبداله بأفكار ايجابية وان الانتحار ليس هو الحل بل هناك حلول ومحاولة اقتاعه و

استبدال تلك الافكار ،وان الانتظار هو امر حتمي لا بد منه وهذا التفكير لايزيد الا تفاقمنا وتأزما لحالته ورد بقوله :**"عندك الصبح استأذ والله بسبت راني نقارع وينتا يشرعولي ماني نرقد ما ناكل وخطرات في الساحة نسها عشرة(10) دقائق و نحس روجي راني فالدار"**.تم تقديم نموذج أو نماذج من السلوك المرغوبة وممارستها ومناقشتها مع المعالج في التغلب على مشكلات الحياة و التعرف على الأفكار العقلانية بهذه النماذج و تدعيمها و الهدف هو التدريب على إعطاء نماذج للمواقف الانفعالية والتدريب على التخيل لمواجهة المواقف الحياة و على الواقعية و على اكتشاف المشاعر و الافكار المصاحبة وتخليه مع اغماض عينه و المكان الموجود في حاليا و شعوره فرد:**"راني فالدر ، حذا الدرا جالس مع صاحبي سموه يوسف كان يقر معايا رانا مقصرين ونحكو وراني نحس روجي مريح "** وبعد طلبت منه القيام بعملية الاسترخاء العصبي و العضلي ،وعند الانتهاء منها طلب منه ابداء رايه عن هذه التقنية الأخيرة وحيث قال:**"استأذ و الله عجبتني ريحتني بزاف مادابيا نعاودها ،كنت مقلق قبل و الان راني الان مريح"**، ثم نطلب منه الواجب المنزلي من خلال ممارسة الاسترخاء عندما يكون المرقد و مناقشته في الجلسات اللاحقة و انتهاء الجلسة وتوديعه

2-6- من الجلسة التاسعة الى الجلسة الثانية عشرة:

-التاريخ: 2018/04/11 الى غاية 2018/04/22 المدة: 50 د لكل جلسة:

نبدأ الجلسة بتقديم التحية للحالة ومناقشة الواجب المنزلي الذي تم تقديمه في الجلسة السابقة وقمنا بتقديم لمحة عن اهمية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية و يبعد المشاعر السلبية مثل القلق و الحزن و الخ، وحيث تقيمه من خلال استعماله حيث قال:**" استأذ البارح جربته من كنت في شومبرتي بصح استعملت الموسيقا ايه كيتمان نتاع امبي 3 وكي كملته ريحت وكي قتلتي ديره كي تكون مقلق وبصح درتوا والله صح ريحت "**. وحيث انتقلت مباشرة الى الجلسة وكانت اهدافها تتمحور حول الحد من إعطاء تفسيرات السببية للمشاكل التي يصادفونها في حياتهم و الحد من استعمال الأساليب السلبية التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب والاستكشاف الموجهو التدريب على استخدام إعادة الغزو للحالة لاستثارتهم الانفعالية و ربطها بالعامل الذي يربط بالحدث الذي يواجهه و ليس عجزهم في التفكير وفي ذاتهم ، ومحاولة التقليل من الشعور بالحزن و الاحباط و رفع تقدير ذاته المنخفض و التأكيد ان مايشعر به ناتج عن ظروف ادت به الى دخوله المركز و وتقييد جزء من حريته ويجب ان يواجه هذا الموقف بالتفكير السليم و عدم الاستسلام .و مناقشة الحوار الداخلي ومناقشة الأفكار وتحديد الحالة كلى كيفية التحكم في التنفس و هذا يساعده في حالة الانفعال من اجل ضبط النفس تحديد الأفكار و الحوار الداخلي باستعمال الرسم الكاريكاتوري والذي اجاب عليه اثناء تقديمه له بالعبارات:**"لانه ليس انسان كيفنا"** ومناقشته و معرفة الاسباب وان تواجهه في المركز اكبر دليل ومنعه خاصة

من تعاطي السجائر وخاصة انه كان يدمن على تناول المخدرات و الاقراص المهلوسة و التي كانت تمنحه السعادة و التي هو الان محروم منها ، هذا كله تم بعد ان تم تقديم له استمارة المزايا و العيوب الخاصة بالمخدرات و تواجهه بالمركز والتي سيتم ارفاقه في الملحق . تم استعمال سجل الأنشطة والذي اخطرنا ان نشاطاته امر حتمي من طرف الادارة و ليس اختياري قمنا بتعليمه تقنية ضبط وتعديل التنفس وخاصة عند مواجهة المواقف الضاغطة كما التعبير عن مشاعرهم الايجابية و السلبية بطريقة مقبولة اجتماعيا عن طريق لعب الدور المشكل بينه و بين المعالج وإحداث تغيرات معرفية سلوكية و ايجابية وتعلم مهارات اجتماعية جديدة وإبعاد الأفكار اللاعقلانية وحيث طلبنا منه ان يلعب دور المعالج و لعب دوره في تواجهه داخل المركز و اعطائه للشعور السلبي الذي ينتابني و كيفية تصرفه كمعالج في هذا الموقف وحيث كانت صعوبات في تمثيله لذلك الدور لكن بالإقناع كانو طلبت منه التعليق عن مشاعري و تقديم بدائل وحلول و مثال عن الحوار هو: انا: "والله كرهت راني محبوس في المركز مانتحركماوالو و الله كرهت حياتي و ابديت انفعال واضح ، هو: "نحس بيك ، بصح ماتقلقش روحك هاكا " . وكما تم التدريب على الأنشطة السارة لمواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب الشعور بالاكتئاب والتأكد على التدريب التوكيدي واكتساب مهارات اجتماعية جديدة ايجابية ، استعمال جودل الانشطة السارة و من بين الانشطة التي اسعدته: "البارح استاذ عاونتهم في بناء نافورة نناع الماء، خطرش كنت نخدم مع بوياء في البناء ، وكننت فرحان من طلبوا مني " . جعل الحالة يكشف عيوب تفكيره و التخلص من التوترات التي تصاحبه بتواجده في المركز و النظام المطبق ، تم استعمال تقنية الاسترخاء وفي كل مرة كان يبدي عن اعجابه بالتقنية وانه يقوم بتنفيذها يوميا ، في هاته الجلسة طلبت منه الواجب المنزلي و هي تنفيذ تقنية الاسترخاء عند تواجده في الاستراحة في ساحة المركز وتم انتهاء الجلسة و ضرب له موعد اخر

2-7- من الجلسة الثالثة عشرة الى الجلسة الرابعة عشرة:

-التاريخ: 2018/04/25 الى غاية 2018/04/29 المدة: 50د لكل جلسة:

مباشرة اثناء تواجدي بالمركز ودخولي اتجه الحالة مباشرة الي وسألني: "استاذ اليوم عنا حصة ، راني واجد نجي معاك" طلبت منه الانتظار الى غاية اخطار الادارة ثم توجهت الى المكتب معه ورحبت به وناقشت معه ما تم انجازه في الواجب و ابدى تحسنه من خلال تقنية الاسترخاء وسؤالي عن فقد الاتصال مع الواقع التي تنتابه في فترات متقطعة هل مازالت فأجاب بانها تتناقص باستمرار ومن ثم انتقلت مباشرة الى مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وتقييم الانفعالات وتحديد نوعها و شدتها ومدى تأثيرها على الحالة و ردودأفعالها وتقييم الحالة للعملية العلاجية من بدايتها حتى نهايتها و الأشياء السلبية التي رآها من خلال فاجاب: "استاذ و الله صت راحتي وكل يوم جيب حاجة مليحة ، و راني كل

يوم نقارع في الحصة نتاعك " وسالته عن مدى تحسن حالته النفسية فأجاب: "راني نريخ"، وسؤالي ايضا عن حالته بعد توقفه عن الادمان فأجاب: "مرة على مرة نتوحش النشوة نتاع الكيف و الكاشيات ،لكن ماشي كيما جيت في المرة الاولى في المركز" لاحظت تحسنه جسديا فسالته عن حالته الصحية ، وخاصة انه كان يشكو باستمرار من العياء ،فرد: " و الله ماني نعيما كيم موالف ريحت ،وراني نمارس النشاطات معا صحابي ونحكي معاهم ماشي كيما كنت وراني متفاهم معاهم ومع الادارة". قمت باستعمال تقنية الاسترخاء و بعد الانتهاء قمت بتشجيعه وتدعيم التغيير على المستوى المعرفي و السلوكي و الذي يساعده في التخفيف أعراض الاكتئاب وتشجيع الحالة على الاستمرار ما تعلمه من مهارات فنية معرفية سلوكية و تثبيتها ، و إعداد الحالة لإنهاء البرنامج ،وقام بسؤالي قبل : "علاه أستاذ غدي طروح مانزيدش نشوفك " واجبته بان يستمر فيما تعلمه من تقنيات و استعمالها في حياته اليومية و ان ما قمت به اتجاهه هو مساعدته للوصول الى الحل بنفسه وليس تواجدي معه هو الحل وان الحياة مستمرة و ان الظروف و الاسباب التي ادت به الى تواجده في المركز وتقييد نوع من حريته وانه اصبح قادرا على مواجهة الافكار السيئة ،وان التفكير السليم هو الذي يجنبنا الوقوع الاضطرابات و خاصة الاكتئاب ، مباشرة قمت بإخباره انه سوف يتم اجراء الاختبارات التي تم اجرائها في الجلسة الاولى و تقديم لهم مقياس بيك الثانية و استعمال سلم هاملتون وعند الانتهاء تم مصافحته وتوديعه ، وحيث كان تقدير درجات الاكتئاب على مقياس بيك الثانية ب: 23 درجة وتقدير درجات الاكتئاب على سلم هاملتون ب: 17 درجة

3-تقديم الحالة الثالثة: (الجلسة الأولى):

-التاريخ: 2018/02/28 , المدة : 45 د

-اختيار الحالة:

لقد قمت في هاته الجلسة بالترحيب بالحالة و تم الترحيب بها،تم تقديم نفسي لها و احاطتها بالمهمة و الغاية منها و محاولة تحقيق الرابطة العلاجية و كسب ثقتها . يتعلق الأمر بالسيد/ح.ع.م.ا.ع.غ، حيث يبلغ من العمر ستة عشرة (17) سنة ، أعزب ،الثاني بعد أخيه واخته الاصغر منه ،ذو مستوى دراسي الثالثة(03) متوسط ،مستواه الاجتماعي و الاقتصادي لابس به،تم طرده من الدراسة.

3-1-خلال الحصة الأولى:

في البداية التوصل مع الحالة كان نوع من الصعوبة لكون الحالة كانت تبدوا منطوية على نفسها ،وكون الحالة مستجدة في المركز و لم يتواجد مكوئها الا شهر وهي المرة الاولى التي يتم ارتكابه لجنحة يدخل بسببها الى المركز ، من خلال المقابلة يعاني من حالة مزاجية نفسية مضطربة ويشعر بالكآبة و اليأس من الحياة، وخلال التوصل مع الحالة والحديث عن اسباب التي ادت به الى دخوله المركز كان يبدي نوعا من التحفظ لآكن

بالتدريج تم مصارحتي ان اسباب دخوله و الحديث عن الأسباب التي أدت به إلى دخول المركز وعدم ندمه عن الفعل الذي قام به بالاعتداد الذي قام به على الضحية.

2-3-الجلسة الثانية :

تم الترحيب بالحالة وتقديم أهمية الدراسة التي أنا بصدد إعدادها ، ويتم إخبار فحص الهيئة العقلية وطرح مجموعة من الأسئلة لجمع المعلومات الخاصة بالحالة وبالتالي تم جمع المعلومات التالية عن الحالة:

ا-الاستعداد و السلوك العام:

الحالة متوسط القامة ، نحيف الجسم نسبيا ، اسمر البشرة،صاحب شعر اسود مصفف للأمام،ذو عينين بنيين،محافظ نسبيا على أناقته ، تواصله فيه نوع من الصعوبة، أسلوبه في الحديث فيه احترام و هادئ ،يستخدم لغة مفهومة بسيطة ،كلامه أثناء المقابلة يتميز بالهدوء بنغمة ضعيفة،قليل التواصل الغير اللفظي(لغة الجسم).

ب-التاريخ الشخصي:

لقد عاش الحالة طفولة عادية، أبيه و أمه لا يزالان متزوجان، تدرج في أطواره التعليمية الأولى و الثانية حتى انتهى به في السنة الثالثة(03) متوسط ، لم يبتعد عن الأسرة ،الا لزيارة الاقارب ، زاول دراسته بولاية عين تموشنت ،مكان اقامته ، دخل إلى المركز لإعادة التربية بتاريخ الموافق ل:2018/01/30 بسبب ارتكابه الضرب و الجرح العمدي باستعمال سلاح ابيض،لوحده بدون مساعدة احد ،تعود الوقائع حين كان في ملعب كرة القدم جاسا لوحده حتى اقترب منه شخص و قام بسبه ومحاولة ضربة ،وعند محاولة الدفاع عن نفسه وسقوطه على الارض وجد بقربه قطعة من الحديد فضربه بها،وهرب لان أصدقائه الذي كانوا معه حاولوا امساكه و الاعتداء عليه ايضا، الحالة أكمل داسته في طور المتوسط الى ان تم طرده من المؤسسة التعليمية ، بينما يقضي مدة القانونية للعقوبة داخل المركز.

ج-التاريخ الأسري:

الوالدين على قيد الحياة،الأب يعمل في الحماية المدنية(عون حماية)،الأم مأكثة بالبيت وهم لا يعانين من أية أمراض عضوية،والدان مزالا تحت رابطة الزواج، يعيش الان مع اسرته من اب وام واخوة، علاقته بابيه حسنة أما والدته حسنة ايضا ، تلك العلاقة مستمرة بنفس الدرجة في الوقت الحالي ، ولا يزال قريبا من أمه و أبيه، واهتمامه بهم متساوي.

د-الجانب الوجداني والعاطفي :

الحالة في فترات المقابلة لاحظنا عليه حزن شديد وكابة شديدة و درجة استمتاعه بالحياة ضعيفة جدا فقله:"كيف كيف ،باينا الواحد راه كاره"،قلق الحالة واضح جدا من خلال فرك الأصابع و الايدي وجلوسه غير المريح ، وابتسامته التشاؤمية ، والانطواء و الكلام من خلال الجوار الذي يخرج بصعوبة و اختصاره في المحادثة .

هـ- الجانب المعرفي :

فمن خلال نظراته المتدنية فالحياة يراها بقوله: "شاهي مليحة في هاتي الحياة وسورتور هنا".

وهناك ايضا تشوه معرفي ومنها:

• التعميم:

هناك تعميم مثل: "كي البراح كي اليوم روتين هنا".

• العزو:

مثل: "انا ديما نفكر بلي مارانيش غالط كي دربته ، وكون تعاود ندير كيما درتله ، وعلاه الواحد يندم ، ماغلطتش".

• التفكير الإكتتابي:

مثل "كرهت ومعندي ماندير، البارح هو اليوم ، وعلاه ندير نشاطات ،شاهي الفايذة".

و- الجانب العلائقي و الإجتماعي :

الحالة تعاني من انسحاب اجتماعي في قوله: "نبغي نقعد روعي ، وكي ضربته كنت قاعد روعي ؟ن نبغي نقعد وحدي".

ن- الجانب البدني:

الحالة تعاني من اضطراب في الشهية والاكل و النوم لكون الحالة تعاني الفشل وتبدوا عليه فيزيولوجيا وعدم القيام بالنشاطات الرياضية والحالة لاتهمت بتاتا بالعلاقة الجنسية اوحتى التفكير فيها حتى.

ك- الجانب الدافعي:

فقدان الطاقة النفسية التعب مثل قوله: "الواحد راه فشان مادام الواحد راه هنا ، واش ندير "

س- التحليل الوظيفي:

قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) حيث قمنا بالتحليل الماضي و الحالي للسلوك المشكل للعميل:

1- التحليل الماضي:

العميل ليسلديه سوابق مرضية ، كثير الابتعاد عن البيت فهو لا يحب الجلوس مع عائلته او الحوار معها بل يفضل الجلوس لوحده ، لقد عان العميل من بوادر حالة الاكتئاب منذ صغره كثير الابتعاد عن البيت فهو لا يحب الجلوس مع عائلته او الحوار معها بل يفضل الجلوس لوحده ، عند سؤالنا له "ماذا كنت تشعر نحو أمك" وعند سؤالنا له بنفس الصيغة لأبيه أجاب بقوله "لاباس"، وتغطية تلك العزلة الذي كانت تحمل في داخله عدوانية مخفية، كل ذلك ساهم في تبدل حالة المزاجية وحتى الجسمية واختفاء السند الاجتماعي هذا كله من الاسباب الاصابة بالاكتئاب.

2- التحليل الحالي:

الحالة النفسية ازدادت سوءا بعد سوء حتى أصبح أكثر انطواء و يفضل الانعزال و الابتعاد عن الافراد في نفس سنه في المركز ،نشاطاته اصبح فيها تكاسل واضح او نقول تقريبا شبه منعدمة وتنفيذ مدة عقوبته ارتكابه جنحة الضرب و الجرح بواسطة سلاح ابيض.الابتعاد عن السند العائلي الذي يوفر له الشعور بالأمان و الدفاء فعندا قمنا بسؤاله

عن عائلته قال الام و الاب: "دائما نفكر فيهم لزوج " فهي المرة الاولى التي يبتعد فيها عن مقر الاسرة ، هذا ادى به الى تآزم الحالة النفسية و فقد الثقة في نفسه وحتى في الاخرين.

3-3- من الجلسة الثالثة الى الجلسة الرابعة:

-التاريخ: 2018/03/07 الى غاية 2018/03/11 المدة: 45د لكل جلسة:

في هاته الجلسة كل ما تضمنه من احاطات من معلومات تم تقديمها للحالة الاولى والثانية هي نفسها في هاته الجلسات من :

- استقبال الحالة بكلام ترحيبي ، في هاته الجلسات كانت الحالة تتكلم بتحفظ و صعوبة اخراج و تعبيره و تجاوبه و يظهر عليه الخمول التام و القلق ، فقامت في هاته الجلسة بالمحاولة من اخراجه من الانطواء على الذات بنوع من الدعابة مع الحالة و الابتعاد عن الاسئلة التي قد تسبب له زيادة قلقه.

بدأت في هاته الجلسات الحالة تركز في العملية العلاجية اكثر فاكثر و بدا يخرج عفويته في الحوار تدريجيا .

-قمنا مع الحالة بتبيان لها اهمية الاختبار النفسي الذي سوف نطبقه عليها و الخاص بالاكثاب في مساعدتنا على تشخيص حالته .

- في كل مرة من هاته الجلسات كنت الكد على اهمية العقد العلاجي و انه يجب الالتزام به و هذا القبول منه يظهر في تجاوبه للجلسات العلاجية و تقبلها بعد الاقتناع بها وهذا كله لصالحه و تأكيده بقوله: "انا معنديش مشكل ،فلولة معالبا ليش خطرش هاذي الخطرة الاولى اللي ندخل فيها المركز ونحكي مع واحد كيما نتا"

-المستوى الدراسي للحالة جعلنا نكرر في هاته الجلسة التعريف بالمقياس بتعريف مبسط بالدرجة العامة طبعاً "مقياس بيك الثانية للاكثاب و سلم هاملتون للاكثاب" مباشرة قدم الاختبار للحالة و تبيان الحالة انها يجب ان تلتزم بالوقت المحدد وبداة الحالة تجيب وفي كل مرة ترى ان هناك اسئلة غير واضحة تقوم بسؤالي و اوضحه لها ،بعدها تم سحب ذلك الاختبار بمجرد انتهاء الحالة من الاجابة.

-تم اخطار الحالة ان المقابلة انتهت واعطاء له موعد للمقابلة اللاحقة ، بعدها مباشرة قام بسؤالي و التأكيد انه لا يريد للإدارة ان تتطلع على محتوى المقابلة او الاختبار او شخص اخر

-في الجلسة التي لحقتها قمنا بتنفيذ تقنية التعليم النفسي حول اضطراب الاكثاب -في هاته الجلسة ايضا اردنا ان نعرف ما هي توقعاته حول العملية العلاجية - تعليم الحالة كيفية تغيير و تعديل الافكار اللاعقلانية واستبدالها ومراقبة افكاره بالإضافة الى تقنية اسلوب

حل المشكلات الذي يجنبه الوقوع في اضطرابات نفسية اخرى -تسليم له استمارة تقييم الجلسات العلاجية و خاصة الجلسة الاخيرة و اخطاره بالمقابلة اللاحقة و التي سوف نناقش الواجب المنزلي.

-انهاء الجلسة بنوع من الدعابة و المرح لكون الحالة كما سلف الذكر تعاني نوع من الانطواء على الذات

-النتائج الدراسية:

خلال التحليل الوظيفي و استبيان الاكتئاب لهاملتون كان المجموع الكلي يساوي 26 إذن اكتئاب شديد جدا وملاحظتنا للحالة ومعاناته من اضطرابات جسمية مثل الإعياء المستمر و شحوب الوجه و الواضح جليا من خلال الجلسات و التشوهات معرفية، تطبيق مقياس الاكتئاب بيك الثانية على الحالة و التي كانت نتيجته تساوي 32 إذن يعني اكتئاب شديد.

3-4- من الجلسة الخامسة الى الجلسة الثامنة:

-التاريخ: 2012/03/14 الى غاية 2018/04/08 المدة: 50 د لكل جلسة:

-الترحيب بالحالة

-اظهرت الجلسة تحسن واضح في حالتها النفسية من خلال التجاوب المستمر -قمت بالاستفسار مع الحالة عن مدى استيعابه لتقنية الواجب المنزلي وعن تنفيذه فصرح بقوله: "استاذ درته هاك قراه ،ومما جاء فيه: "تعلمت في الحصص حاجات بزاف وكل حاجة تقولها نطبقها بصدق ورائي نتحسن في هاتي الجلسات " تعريف الحالة بالمشكلة وتأثيراتها على الصحة النفسية عندا لايسطيع الشخص التصرف معها بحكمة وعقلانية وقد تأدي في النهاية الاصابة بالاضطراب او الاضطرابات النفسية ، وتبيان خطة استراتيجية للتخلص من اي مشكلة قد تصادف الشخص الطبيعي في هاته الحياة .

- ومن ناحية اخرى اسلوب استبدال الافكار التي تكون اتجاهاتها سلبية و استبدالها بأفكار ايجابية والتدرب على تقنية الاسترخاء ومن بين افكاره السلبية: "نقعد وحدي خير منخالط اللي معايا وتصرا مشاكل" وتبيان ضرورة استبدال تلك الافكار السلبية بقولي: " ليس كل من يوجد من افراد معك في هذا المركز تصرا مشاكل معاهم بالعكس تصيب اللي تريح معاه ،ولا قعدت وحدك شعل غدي تنجم ،لازم تخالط وتخير اصدقائك ،لان الصداقة لايمكن الاستغناء عنها وخاصة في مكان كهذا" وقوله: "نیشان كايين وكايين ماشي كيف كيف " .

- القيام بالسلوك المرغوب من طرف الحالة مثل: "التجاوب مع احد الافراد في المركز ومصاحبته ومن ثم انظر الى النتيجة وتنفيذها ثم مناقشتها فيما بعد "

-موقف انفعالي يطلب منه: "اقفل عينك تخيل انك في البحر و بعيدا عن المركز ،تضع رجلك على الماء ، هل تشعر بالبرودة " الحالة: "اجل "،ضع ظهرك على الماء ونم " الحالة: "لااشعر بجسمي " المعالج: "اقترب اناس منك " الحالة: "خرجت من الماء مبتعدا عنهم " ثم بعدها بدأت المناقشة عن السبب و شعوره في تلك اللحظة.

-طلب من الحالة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في القيام بتقنية الاسترخاء وطلبت منه ان نناقشها في الحصة القادمة ومن ثم تم توديعه.

3-5- من الجلسة التاسعة الى الجلسة الثانية عشرة:

التاريخ: 2018/04/11 الى غاية 2018/04/22 المدة: 45 د لكل جلسة:

تم الترحيب بالحالة و لاتخلو هاته المقابلة مع الحالة من الدعابة للتجاوب معنا بكل سلاسة حيث يجب التصرف مع هاته الشخصية لإخراجها من قوقعتها.

- لقد تم تقديم لنا الاستمارة المقدمة مسبقا للحالة و مناقشة ومناقشة محتواها حيث صرح كلاميا رغم تدوين رايه في تلك الاستمارة و قوله: "راني نرتاح و الهدرة معاك و كل حاجة نديرها ساعدتني باش نولي نقعد مع صحابي في المركز ونحكي معاهم".

- تبيان له الاهمية و الغاية من تنفيذ عملية الاسترخاء في التخفيف و التقليل الاضطرابات النفسية و الضغوط المصاحبة لها .

- لقد لاحظنا ان عند انتهاء من تنفيذ تقنية الاسترخاء ان الحالة بعدها تظهر عليها علامات الابتهاج و الابتسامة والتوقف عن فرك اصابع الايدي.

- ومن ثم انتقلنا بعدها مباشرة الى البرنامج المسطر في هاته الجلسة و التي تتمحور حول اعطاء حد من منح تفسيرات السببية لمشكلة او عدة مشاكل على اختلاف نوعها و التي قد يتعرضون اليها بدون دافع من طرفهم و التي بدورها تؤدي الى الشعور بالكآبة و الحزن و الاحباط وحتى الاكتئاب ونذكر من هاته الاساليب التي صرح لنا بها: "كوماشي هو تسبب لي كومانيش هنا ،انا مارحتش لعنده هو جا العندي ، هو السبة ،ببته جابوني هنا".

-في هاته الجلسات ركزنا ايضا على تقنية ضرورية تقريبا في كل الجلسات الا وهي الاستكشاف الموجه للكشف ان كل الافكار التي بداخله و التي يتحدث بها مع نفسه و بالإضافة ايضا تدريبيه على استخدام إعادة الغزو لاستثارته الانفعالية.

-نقوم ايضا برفع تقدير ذاته التي لاحظنا من خلال الجلسات العديدة انخفاضها المتدني

- الحوار الداخلي بالإضافة الى مناقشة الأفكار من خلال تحديدها ،و التدريب على كيفية التحكم في التنفس و الذي بدورها تجعل القلب في نبضاته الى تلك التقنية.

-لقد قمنا كذلك بتحديد كل من الحوار الداخلي و الافكار التي تخلج في خاطره باستعمال تقنية الرسم الكاريكاتوريو الإجابة عليه بالعبارات الكتابية: "ربمى ينقسه مخدرات ،ليس لديه امه ، قدمات" ومناقشته و معرفة الاسباب وحيث لم بين لنا ماذا يعني بتلك العبارات ،و سؤالنا له: "قلت ما نطعاش المخدرات قبل من كنا نديرها الحصص ،انت تكميها " وتصريحه بقوله: "لا أستاذ انا منكميهاش " وسؤالي: "وعلاه كتبتنا ،قنا تصارحني ماشي هاك " و قوله: "لا غير كتبتنا برك " صح: "و امك راه حية " وقوله: "اجل راه حية "

وسؤالي: "علاه قلت ليس لديه امه" و سؤالي: "غير قلت بالاك" وسؤالي: "علاه قد مات" قوله: "وجه بين هاك" وبدأت المناقشة تستمر في إطارها الطبيعي. وبعدها في الجلسات تم عرض عليه فيديو مصور يحكي فيها على اصناف المخدرات و تأثيرها على الحالة النفسية و الجسدية و الاجتماعية على الفرد" و تقديم له استمارة المزايا و العيوب الخاصة بالمخدرات و تواجهه بالمركز مع المناقشة والحوار .

- في الجلسة تم تقديم للحالة سجل الأنشطة و الذي حسب تصريحاته انه نفس البرنامج المطبق من طرف الادارة بالمركز ،اما النشاط الرياضي يبقى اختياري وانه لايقوم بالنشاطات الرياضية ،و وتبينه عن اهمية الرياضة في تحسين حالته النفسية و التقليل من الاضطرابات و الضغوط النفسية ، وتشجيعه على القيام بها.

تدريبهم على كيفية التعبير عن مشاعرهم بطريقة مقبولة اجتماعيا باستعمال تقنية لعب الدور فقبول الحالة تم اختياري للدور الذي سوف نلعبه و تم القبول من جهته وتمت مراحلها كالآتي:

المعالج: اللي ضربته تلعب دوره و انا نلعب انت اللي ضرب، وباغي تخرج كلشي اللي تحس بيه و تخيل بلي هذا حقيقي صح

الحالة: صح

البداية:

الحالة: واش خويا شارك الدير هنا

المعالج: علاش خويا شاد خلك راني مريح

الحالة: وعلاش شارك مريح وحدك

المعالج: معليش خويا نبغي نريح وحدي ، نخليلك البلاصة راني رايع

المعالج: الحوار الداخلي ابينه للحالة جهرا: "نروح خلي وانيفيتيه، واحد لاقى ميقعدش وحده في بلاصة ما فيهاش الناس بزاف ،كون رحى لدار ولا نلعب معا خويا خير لي "

-بعدها المناقشة و الحوار حول ماجرى في هذا الدور و نتيجة التصرف الذي كان في صالح المعالج ،بدون ان تكون هناك نتائج سلبية

-تدريب على كيفية تجاوز الافكار اللاعقلانية او تحويلها الى اكثر عقلانية

-تدريب الحالة التركيز على النشاطات التي تصره لمواجهة المواقف الاجتماعية المسببة للشعور بالحزن و الكأبة و الاحباط

-التأكيد عل التدريب التوكيدي واكتساب مهارات اجتماعية جديدة ايجابية

- قدم للحالة استمارة الانشطة السارة و التي جاءت فيها: "رحنا للماناج وزهينا بزالف ، وفوتنا نهار كامل باللعب " تأثير ذلك النشاط على حالته النفسية

- في الجلسة العلاجية تم استعمال تقنية الاسترخاء و تقريبا تم استعمالها في معظم الجلسات لكون مالها من نتائج ايجابية في تحسن الحالة النفسية و الجسدية للحالة

-اما الواجب المنزلي هي تشجيعه على القيام بهاته التقنية "الاسترخاء" في أوقات راحته وخاصة عند الانفراد بنفسه

-انها الجلسة و توديعه الى غاية الجلسة اللاحقة

3-6-من الجلسة الثالثة عشر الى الجلسة الرابعة عشرة:

-التاريخ:2018/04/25 الى غاية 2018/04/29المدة: 45د لكل جلسة:

- تم الترحيب مع الحالة و هذا في كل جلسة من الجلسات العلاجية تم نقاش حول الواجب المنزلي وابداء رايه في هاته التقنية بعد ان اكد لي انه نفذها وقوله:"تخليك متفكرش بزاف وتحس جسمك راه مريح "

-تم تقييم التقنيات و البرامج العلاجية في الجلسات السابقة وكيف كانت انفعالاته من خلال النوع و الشدة و النوع و تأثيرها على حالته النفسية وحتى السلوكية.

-القيام في هاته الجلسة اجراء تقييم شامل من قبل الحالة للعملية العلاجية من بداية الجلسة الاولى الى حد تقييم الحالة والتأكيد على ضرورة ابداء رائيه بكل صراحة وعفوية فصرح بما يلي:"فالول كنت خايف وماشي عارف شاهذا لكن منبعد عرفت كي درت كلش اللي قتلتي عليه ، حسيت بالراحة من الداخل وحتى صحتي وصبحت ما نتقلقش ورائي ناكل مليح ونرقد مليح ، ورائي نجمع ونحكي مع صحابي ."

- في هاته الجلسة الاخير تم استعمال تقنية الاسترخاء وبعد الانتهاء منها قمت بتشجيعه على ان التغيير الذي طرا عليه هو نتيجة حتمية لتقبله فكرة العلاج التي منحتة طريقة التغيير ويجب عليه الاستمرار في التغيير على الجانب المعرفي و السلوكي و الذي يساعده حمايته من الاضطرابات النفسية او تفادي الانتكاسة الاكتئابية.

- في الاخير تم تبيان له ان التفكير السليم والعقلاني تعتبر جدار واقى للحد من الاضطرابات النفسية و التخلص منها تدريجيا وتبيان نتائجها الايجابية التي استفاد منها .

-**القياسالبعدي**-قبل انهاء البرنامج العلاجي تم تقديم ادوات الاختبار النفسي وطلب منه ان يدون اجابته وبعد تبيان مدة الاختبار وعندها تم سحب ادوات الاختبار النفسي "مقياس بيك الثانية" ، "وتم استعمال سلم هاملتون" ومن ثم مصافحته وتوديعه، وحيث كان تقدير درجات الاكثاب علمقياس بيك الثانية ب:18 درجة وتقدير درجات الاكثاب على سلم هاملتون ب:06درجة

-**للإشارة:**في كل جلسة من جلسات البرنامج فيها ترحيب بالحالة و الانتهاءتم توديع الحالة وتقديم لها موعد المقابلة اللاحقة و حيث لم نذكر ذلك في الجلسات التي تم اختصارها اما فيما يخص الملاحق المستعملة في السيرورة العلاجية في كل الجلسات هي:(ملحق رقم(15) الخاص بسجل النشاطات، ملحق رقم(16) الخاص بالرسم الكاريكاتوري ،ملحق رقم(17) الخاص بالأنشطة السارة ،استمارة تقييم الجلسة(18) ، الملحق رقم(19) المتعلق باستمارة دليل حل المشكلات، الملحق رقم (20)المتعلق باستمارة تقنية الأعمدة الثلاثة ،الملحق رق(21) المتعلق بالمزايا و المساوي ،الملحق رقم(22) المتعلق بالاسترخاء).

الخلاصة:

في هذا الفصل تم تطبيق منهجية الدراسة الميدانية من خلال دراسة الحالات و تطبيق الخطة العلاجية(العلاج المعرفي السلوكي)و تطبيق ادوات البحث القبليّة و استعمال ادوات القياس (الاختبار النفسي) و اظهار نتائج البعدية سوف نتطرق الى الفصل الذي يليه و الذي يتمحور حول عرض و تفسير النتائج.

الفصل الثامن

عرض وتفسير نتائج الدراسة

-تمهيد

1- عرض وتحليل النتائج

2- استنتاج عام

3- توصيات الدراسة

4- صعوبات الدراسة

5- الاقتراحات و التوصيات

6- خاتمة الدراسة

7- قائمة المراجع

8- الملاحق

تمهيد:

سنتطرق الى الفصل الاخير من الدراسة التطبيقية (الميدانية) و الذي يتضمن تقديم النتائج الدراسية بعد الانتهاء استراتيجيات للبرنامج العلاجي (سيرورة الجلسات العلاجية) وتحليلها و تفسيرها و مناقشتها و الاجابة على تساؤلات الدراسة و التحقق من الفرضيات التي تم طرحها مسبقا في الفصل الذي يتضمن مشكلة الدراسة.

1-تحليل ومناقشة النتائج من خلال فرضيات الدراسة:
1-1-بالنسبة للفرضية الأولى:

"هناك اثر الاستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي) في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران" .

وسوف نعرض النتائج التي تم التوصل لعينة الدراسة (الحالات) من خلال الجدول الاتي:

الجدول رقم(07):الذي يبين الدرجات المتحصل عليها لسلم هاملتون لاعراض الاكتئاب

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	22 (اكتئاب شديد)	09(اكتئاب بسيط)	13
الحالة الثانية	39(اكتئاب شديد جدا)	17(اكتئاب متوسط)	22
الحالة الثالثة	26 (اكتئاب شديد جدا)	06(اكتئاب بسيط)	20

الجدول رقم(08):الذي يبين الدرجات المتحصل عليها لمقياس بيك الثانية للاكتئاب.

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	31(اكتئاب شديد)	18(اكتئاب خفيف)	13
الحالة الثانية	27(اكتئاب متوسط)	23(اكتئاب متوسط)	04
الحالة الثالثة	32(اكتئاب شديد)	18(اكتئاب خفيف)	14

من خلال تحليل محتوى الجدول رقم (07) ورقم(08) يتضح درجات الاكتئاب للمقياسين القبلي و البعدي بالنسبة لسلم اعرض الاكتئاب لهاملتون و اختبار بيك الثانية تناقصت عن مستواها لكلا الحالات و هذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي و هذا يظهر بعد المقارنة بين فارق الدرجات في كلا الجدولين ،لكن فيما يخص مدلول مستوى الاكتئاب تغير بالنسبة للحالة الاولى و الحالة الثالثة عند المقارن بين المقياس القبلي و البعدي في كلا الجدولين ،اما بالنسبة للحالة الثانية فمدلول مستوى الاكتئاب لم يتغير بالعكس وتفسير ذلك يعود ان الحالة خلال المقابلات العديدة التي تم اجرائها اتضح ان الحالة كانت تتعاطى المخدرات بكل انواعها من الكيف المعالج الى الاقراص المهلوسة عندما كان عمره حوالي اربعة عشرة(14)سنة ، و التوقف الفوري عن التعاطي ،اصبح يعاني من اعراض السحب الفوري للمخدر،وحيث انه لم يقدم له اي دواء طبي او علاج طبي داخل المركز لمساعدته

على تجاوز و التخفيف من الاعراض ،اذن معاناته من السحب الفوري للمخدر وعدم وجود العلاج جعل الحالة تثبت في مستوى .
لكن هذا لا يمنع القول ان الفرضية الاولى تحققت وان :**"العلاج المعرفي السلوكي اثر في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران"**.

1-2-2-بالنسبة للفرضية الثانية:

"يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي سلوكي) في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران" .

وسوف نعرض النتائج التي تم التوصل لعينة الدراسة (الحالات) بعد استخراج المحاور التي تتناول الصورة الذاتية لمقياس بيك الثانية للاكتئاب و سلم هاملتون لأعراض الاكتئاب كالاتي:

1-2-1-المحاور في مقياس بيك الثانية:

المجموعة الثالثة: تتضمن العبارات:**"لا اشعر بانى شخص فاشل،لقد فشلت أكثر مما ينبغي،كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل،اشعر بانى شخص فاشل تماما"**

-المجموعة الخامسة: تتضمن العبارات:**"لا اشعر بالذنب،اشعر بالذنب عن العديد من الاشياء التي قمت بها او كان يجب ان اقوم بها و لم أقم بها،اشعر بالذنب في معظم الأوقات،اشعر بالذنب في كل الاوقات"**

-المجموعة السابعة:تتضمن العبارات**"شعوري نحو نفسي عادي،فقدت الثقة في نفسي،انا محبط من نفسي،لا احب نفسي"**

-المجموعة الثامنة:تتضمن العبارات**"لا انتقد و لا اليوم نفسي، انتقد اليوم نفسي اكثر من المعتاد ،انتقد اليوم نفسي على كل الاخطاء ،انتقد اليوم نفسي على كل ما يحدث من سوء بسببي"**

-المجموعة الرابعة عشرة:تتضمن العبارات**"لا اشعر انى عديم القيمة ،انا لست ذا قيمة كما تعودت ان اكون،اشعر انى عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين،اشعر انى عديم القيمة تماما"**

الجدول رقم (09) يبين نتائج الدرجات القبليّة و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات صورة الذات عند افراد العينة بالنسبة للمقياس بيك الثانية للاكتئاب.

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	06	05	01
الحالة الثانية	05	05	00
الحالة الثالثة	04	05	1-

1-2-2-المحاور في سلم هاملتون:

- مجموعة الثانية :وتتضمن العبارات:"لوم النفس و الشعور بأنه خيب ضن الآخر فيه ، أفكار بشأن انه مذنب وخاطئ ، مرضه الحالي عقاب نزل به، ضلالات بشأن ارتكابه آثاما مع الإحساس بالذنب ، هلاوس بشأن الإحساس بالذنب"

الجدول رقم (10) يبين نتائج الدرجات القبليّة و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات صورة الذات عند أفراد العينة بالنسبة لسلم اعراض الاكتئاب لهاملتون.

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	01	00	01
الحالة الثانية	04	01	03
الحالة الثالثة	00	00	00

نستخلص من الجدول رقم(09) و الجدول رقم(10) المتعلقان نتائج الدرجات القبليّة و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات صورة الذات عند افراد العينة بالنسبة للمقياس بيك الثانية للاكتئاب و لسلم الاكتئاب لهاملتون تحسن جيد لصورة الذات بالنسبة للحالة الاولى وتحسن طفيف بالنسبة للحالة الثانية و الموضح نتائجه في الجدولين السابقين ، اما بالنسبة للحالة الثالثة نستخلص من النتائج انه ازداد شدة العرض بدرجة واحدة(-01) في الجدول رقم() وصورة الذات كانت عادية تقريبا وكانت فارق الدرجات بين القياسين عند الصفر(0) في الجدول رقم() وهذا راجع الا ان الحالة تلوم نفسها بانها كانت السبب في دخولها المركز رغم انها لم تعترف اثناء المقابلة و خاصة الأولى بإحساسها بالذنب.

لاكن هذا لاينفي ان الفرضية تحققت فحيث يمكن القول ان للعلاج المعرفي السلوكي دور في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سيتي جمال بوهران"

1-3-3- بالنسبة للفرضية الثالثة:

"يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي) في تغيير الرؤية التشاؤمية نحو المستقبل لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران"

1-3-1-المحاور في مقياس بيك الثانية:

-المجموعة الثانية:وتتضمن العبارات "اشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكثر مما تعودت، اتوقع الاتسير الامور بشكل جيد بالنسبة لي، اشعر بانه لاامل لي في المستقبل وانه سوف تزداد الامور سوءا"

الجدول رقم (11) ايبين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات التشاؤم عند أفراد العينة بالنسبة للمقياس بيك الثانية للاكتاب.

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	01	02	1-
الحالة الثانية	03	03	00
الحالة الثالثة	03	00	03

1-2-3-2-المحاور في سلم هاملتون:

- المجموعة الاولى:وتتضمن العبارات الخاصة بالمزاج الاكتابي: "الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن،الرغبة في البكاء:الحزن، البكاء من حين لآخر،البكاء بشكل مستمر ،اعراض حزن شديد"

-المجموعة السادسة: وتتضمن العبارات الخاصة بالقلق النفسي:"التوتر وسهولة

الاستثارة،الانشغال والقلق بالامور التافهة، التوجس وتوقع الشر، المخاوف"

الجدول رقم (12) ايبين نتائج الدرجات القبلية و البعدية المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات التشاؤم عند افراد العينة بالنسبة لسلم اعراض الاكتئاب لهاملتون.

الحالات	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي	الفارق بين الدرجات
الحالة الاولى	08	03	05
الحالة الثانية	06	03	03
الحالة الثالثة	06	02	04

نستخلص من الجدول رقم() و الجدول رقم() انه رغم هناك فارق بين درجة المقياس القبلي و البعدي في فيما يخص التشاؤم بالنسبة للحالة الاولى التي زادت حدتها و التي كانت قيمتها(-01) درجة التي تعبر عن ضالتها و الخاصة بمقياس بيك الثانية و نقصانها بالنسبة

لنفس الحالة و التي نقصت حدتها بفارق (05) درجة لانها يمكن القول ان كل الحالات تحسنت نظرتهم الى الواقع بصورة معتبرة و تغيير الافكار السلبية و استبدال الصورة السلبية للواقع بصورة ايجابية وتنمية الثقة بالنفس ، وهذا الا دليل على نجاعة العلاج المعرفي السلوكي في تغيير النظرة التشاؤمية عن الواقع ، مما يمكن القول ان الفرضية تحقق محتواها.

1-4-4-النسبة للفرضية الرابعة:

"يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي(معرفي -سلوكي) في استرجاع نشاط الاستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين الأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهران"

1-4-1-المحاور في مقياس بيك الثانية:

- المجموعة الرابعة: وتتضمن العبارات "استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل، لا استمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه، احص على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل، لا استطيع الحصول على اي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل"

-المجموعة التاسعة: وتتضمن العبارات "ليس لدي أي أفكار إنتحارية ، أفكر أحيانا في الإنتحار ولكن لا يمكنني تنفيذه، أريد أن أنتحر، قد أنتحر لو كانت لي فرصة".

-المجموعة الثانية عشرة: وتتضمن العبارات "لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية، أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالنشطة العادية، فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى، من الصعب علي أن أهتم بأي شيء".

الجدول رقم (13) ايبين نتائج الدرجات القبليّة و البعديّة المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات الاستمتاع بمباهج الحياة عند افراد العينة بالنسبة للمقياس بيك الثانية للاكتاب.

الفارق بين الدرجات	درجة القياس البعدي	درجة القياس القبلي	الحالات
02	02	04	الحالة الاولى
01-	03	02	الحالة الثانية
01	05	06	الحالة الثالثة

1-4-2-المحاور في سلم هاملتون:

- المجموعة الثالثة: وتتضمن العبارات "يشعر بان الحياة لاتستحق العيش ، يتمنى الموت، افكار بشأن الانتحار، محاولات الانتحار"

-المجموعة الرابعة: وتتضمن العبارات "مشاعر بالعجز وعدم القدرة ، فتور الهمة، غير حاسم ولايستطيع اتخاذ القرار، فقدان الاهتمام باي هوايات ، نقص الانشطة الاجتماعية ، قص الانتاجية، عدم القدرة على العمل".

الجدول رقم (14) ايبين نتائج الدرجات القبليّة و البعديّة المتحصل عليها لكل الحالات التي تتضمن عبارات الاستمتاع بمباهج الحياة عند افراد العينة بالنسبة لسلم اعراض الاكتئاب لهاملتون.

الفارق بين الدرجات	درجة القياس البعدي	درجة القياس القبلي	الحالات
02	00	02	الحالة الاولى
01	04	05	الحالة الثانية
02	02	04	الحالة الثالثة

نستخلص من الجدول رقم() و الجدول رقم() ان الفرضية الرابعة و التي تتعلق ان للعلاج المعرفي السلوكي يساهم في استرجاع نشاط الحياة وهذا ما هو موضح في نتائج درجات المقياس القبلي و البعدي و الفارق الذي بينهما كان ذا قيمة حسنة الخاص بالعبارات التي تتضمن عبارات الاستمتاع بمباهج الحياة لسلم هاملتون و بيك الثانية ، نظرا لما قدمه البرنامج العلاجي من تقنيات التي كان لها الدور الكبير في التغيير الحاصل للحالات الثلاثة(03) من خلال استعمال تقنيات الانشطة السارة و عقلنة الافكار و التعزيز الايجابي ، و من هنا نقول ان الفرضية الرابعة تحققت كذلك.

2-الاستنتاج العام:

تنص فرضية البحث ان البرنامج العلاجي النفسي (معرفي -سلوكي) اثر في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لإعادة التربية (ذكور)سياتي جمال بوهرا" ، ومن خلال استعمال ادوات البحث و البرنامج العلاجي ومن خلال النتائج الدراسية المتحصل عليها و تحليلها و مناقشتها يمكن القول ان الفرضية تحققت ، وهذا راجع الى البرنامج العلاجي و الى التكفل النفسي الجاد بالحالات ،ان هذه العينة من المجتمع تحتاج الى دراسات نفسية معمقة من خلال استعمال كافة البرامج العلاجية النفسية و ليس الاعتماد على برنامج علاجي واحد ،رغم اني كان البرنامج هدفه الاساسي التخفيف من حدة الاكتئاب الا استخلصت من خلال هاته الدراسة ان البرنامج ساهم الى حد كبير معالجة الحالات للتخلص من الادمان وخاصة كانت هناك عينتين من الدراسة الاساسية كانت تعاني من الادمان.

3-توصيات الدراسة:

من خلال الاحتكاك الذي دام قرابة شهرين من اجل القيام بالدراسة الميدانية لفئة الاحداث الجانحين بالمركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور) سيتي جمال بوهران يمكن تقديم مجموعة من التوصيات:

-اعداد برامج للتكفل النفسي الخاصة بنوع هاته الفئة من المجتمع ،ومحاولة تطبيقها
-تكثيف التربصات الميدانية الجامعية للطلبة الذين يزاولون دراستهم في تخصصات علم النفس العيادي و التنسيق مع بعض التخصصات الاخرى في علم النفس .

-القيام بدراسات تكوينية للاخصائيين النفسيين و التربويين و تحيين المعلومات و الدراسات العلمية الجديدة المطبقة على هذا النوع من الفئة ، و بتعليمهم ايضا كيفية تطبيق التقنيات العلاجية الحديثة وخاصة في البرنامج العلاجي النفسي (المعرفي -السلوكي).
-اشراك عائلات الاحداث الجانحين المقيمين بالمركز عند القيام باجراءات التكفل النفسي وتطبيق البرامج العلاجية وخاصة في نوع من العلاج النفسي وهو العلاج المعرفي السلوكي .

-جعل هذه المؤسسات تواكب التطورات الحاصلة في الدول الاجنبية في الاجراءات المتبعة في كيفية التكفل النفسي و البيداغوجي بهاته الفئة .

-توفير كل الوسائل الضرورية و المتاحة للترفيه و السنتلية لنزلاء المركز.
-ضرورة اشراك رجال القانون و المقصود بقضاة الاحداث في التكوينات الخاصة بالوسائل الضرورية للتكفل بفئة الاحداث الجانحين ، و استدعائهم لحضور الملتقيات الجامعية للدراسات الخاصة بهاته الفئة من المجتمع.

-في الاخير يمكن لان يكون هذا البرنامج من خلال استعماله او محاولة تطويره لاستعماله في دراسة لعلاج الادمان او اعراض الادمان او التخفيف منها.

4-صعوبات الدراسة:

في البداية من بين الصعوبات التي واجهتني عند محاولة القيام بالاجراءات الادارية للبدء بالبحث الميداني للدراسة منها:

- وجود مدير المركز المتخصص لاعادة التربية للاحداث الجانحين بسيتي جمال بوهران في اجازة تكوينية لمدة خمسة(05) ايام وحسب الطاقم البيداغوجي وادارة المركز يجب انتظاره الى غاية العودة .

-بعد نفاذ الاجازة التكوينية لمدير المركز تم الاتصال به فطلب مني اولا الموافقة بالتأشير و الامضاء على رخصة التربص المستخرجة من ادارة الجامعة من طرق قاضي الاحداث لمحكمة وهران ومن ثم الموافقة بالتأشير و الامضاء عليها (الاستمارة)من طرف رئيسة مصلحة النشاط الاجتماعي بالمديرية

-وجود قاضي الاحداث لمحكمة وهران في اجازة تكوينية لمدة عشرة(10)ايام وبعد الاتصال بادارة المحكمة اخطرت انها الوحيدة المكلفة بالموافقة على التربص الميداني داخل المركز ويجب انتظارها الى غاية عودتها.

بعد نفاذ اجازة قاضي الاحداث تم الاتصال بها فقامت بقبول اجراء الدراسة الميدانية بالمركز وتم التاشيرة الامضاء على الرخصة ومن ثم توجهت الى رئيسة مصلحة النشاط الاجتماعي للمديرية بوهراة وتم القبول بالتاشير و الامضاء على الرخصة ومن ثم توجهت الى المركز و الاتصال بالطاقم الاداري وتم الامضاء و التاشير من قبل مدير المركز. -لزم علي اخذ مجموعة من العينات للدراسة الاستطلاعية وجعلها عينة الدراسة الاساسية بعد اخطاري من قبل الطاقم البيداغوجي انه من المحتمل ان يتم تسريح او تحويل بعض النزلاء و لن يبقى عينة الدراسة التي حددتها في البداية وبالتالي يادي بك الى اعادة الدراسة على عينات اخرى و يتم اخذ وقت اطول. -اخذ عينات الدراسة الاجازة الخاصة بالعطلة الربيعية مما لزم علي قطع البرنامج العلاجي واستكمالها عند دخول عينات الدراسة . -القيام بنشاطات داخل المركز وخارجه من قبل عينات الدراسة مما لزم علي الانتظار داخل المركز لغاية الاستفراغ من نشاطاتهم.

5-الاقتراحات و التوصيات:

من خلال التربص الميداني الذي قمنا به في المركز المتخصص لإعادة التربية للأحداث ذكور سيتي جمال بولاية وهران فمن الضروري توجه الطلبة خاصة قسم علم النفس تخصص علم النفس العيادي إجراء التربصات الميدانية و البحوث الدراسية أولا الثراء المراجع العلمية حول الدراسات الميدانية لتلك الفئة الذي لاحظت قلتها في المكتبة الجامعية لولاية وهران و ثانيا لمساعدة تلك الفئة التي تحتاج بالفعل للاهتمام و الرعاية النفسية للتخلص من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأشخاص المقيمون في ذلك المركز و تقديم لهم المساعدة اللازمة من خلال تطبيق جل العلاجات النفسية الضرورية التي يحتاجون إليها لان ذلك يعتبر جزئ لأي تجزا من المساعدة الاجتماعية.

الخاتمة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها و عرض النتائج يمكننا القول ان هذه الدراسة بينت لنا عمق الاضطرابات النفسية التي يعاني من الأحداث الجانحين المتواجدين في المراكز المتخصصة في إعادة التربية، وبالأخص من خلال دراسة الاكتئاب عند الحدث الجانح ، ومن خلال الحالات الثلاثة (03) التي تم دراستها و التي أثبتت معاناتهم من اكتئاب شديد ، ومن خلال تطبيق برنامج علاجي مسطر و النتائج المتوصل اليها اهمية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية للأحداث الجانحين المتواجدين في المركز المتخصص لاعادة التربية (ذكور).

قائمة

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1- عبد اللطيف عبد القوي مصلح(2010)، ظاهرة انحراف الاحداث في المجتمع وعلاقتها بمتغيرات الوسط الاسري ط2-، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر
- 2- زينب محمود شقير(2002)، علم النفس العيادي و المرضي للاطفال الراشدين ، قسم الصحة النفسية كلية التربية ، جامعة طنطا ، مصر
- 3- انسام مصطفى السيد بظاظو(2013) ،برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب مابعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الاطفال(النظريات و التطبيقات العلاجية و الاكلينيكية) ط2-، المكتب الجامعي الحديث: الاسكندرية، مصر
- 4- اسماعيلي يامنة ،اسماعيلي ياسين عبد الرزاق، عمرون جميلة(2015)،سمات الشخصية لدى الجانحين ،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر
- 5- عبيد هادي المطيري(2013)،الاضطرابات السلوكية وجنوح الأحداث ،جامعة عمان،الاردن
- 6- وليد سرحان،جمال الخطيب،محمد حباشنة(2001)،سلوكيات (3)الاكتئاب،دار مجدلاوي للنشر و التوزيع،الاردن
- 7- النجار فاطمة الزهراء(2011)،مشكلات الاطفال السلوكية و الانفعالية ط1-،الاسكندرية ،دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر و التوزيع.
- 8- احمد محمد الزغبى(2001)،علم النفس النمو و الطفولة و المراهقة،"دط" ، دار زهران للنشر و التوزيع، اليمن.
- 9- نعامه سليم(1985)،سيكولوجية الانحراف،مؤسسة الرسالة للطباعة و النشر و التوزيع،بيروت.
- 10- بدره معتصم ميموني (2005)،الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق ،ديوان المطبوعات الجامعية ،ط2،الجزائر.
- 11- مصطفى حجازي(1995)،المراهق دراسة سيكولوجية،ط1،المؤسسة العربية للدراسات و النشر ، بيروت
- 12- ناصر ميزاب(2005)، مدخل الى سيكولوجية الجنوح،محددات-تناولات نظرية- استراتيجيات وقائية وعلاج، ط1-،عالم الكتب للنشر و التوزيع،القاهرة، مصر

- 13- عبد الرحمن العسوي(1984)، سيكولوجية الجنوح، دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع، ط1-، القاهرة، مصر.
- 14- مولود ديدان(2016)، قانون حماية الطفل، دار بلقيس للنشر ، دار البيضاء ،الجزائر.
- 15- حسن شمسي باشا (2002)، كيف تربي ابنائك ف هذا الزمان، ط2، دار القلم ،دمشق، سوريا.
- 16- عبد الغني الديدي(1995)التحليل النفسي للمراهقة، ظواهر المراهقة و خصائصها، ط1، دار الفكر اللبناني، بيروت
- 17- خليل ميخائيل معوض (1994)، سيكولوجية نمو الطفولة و المراهقة ،دار الفكر العربي ،مصر
- 18- سعدجلال(بدون تاريخ)الطفولة و المراهقة ط 2، دار الفكر العربي-مصر.
- 19- رمضان محمد القذافي(2000)، علم النفس الطفولة و المراهقة، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر.
- 20- حامد عبد السلام زهران (1995)، علم النفس النمو ، الطفولة و المراهقة، ط5، عالم المكتبة، القاهرة، مصر.
- 21- حامد عبد السلام زهران(2005)، علم النفس النمو الطفولة و المراهقة ، ط6-عالم الكتب للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 22- احمد محمد الزعبي (2001)، اسس علم النفس الجنائي، ط1، دار زهران للطباعة و التوزيع اليمن .
- 23- احمد محمد الزعبي(2001)، الامراض النفسية و المشكلات السلوكية و الدراسية عند الاطفال، دار زهران للنشر و التوزيع ،اليمن.
- 24- سامي محمد ملحم(2004)، علم النفس النمو، دورة حياة الانسان، ط2-، دار الفكر ناشرون وموزعون ، عمان، الاردن.
- 25- محمد عبد الرحمن العسوي(1995)، موسوعة علم النفس الحديث، ط1-، المجلد السادس، بيروت.

- 26-ميخائيل اسعد ابراهيم(1991)،مشكلات الطفولة و المراهقة، ط2-،دار الافاق الجديدة،بيروت.
- 27-هنري شابرول(1998)،المراهقة والاكتئاب،ترجمة سليمان قعفراني، ط1-،عويدات للنشر و الطباعة،بيروت.
- 28-كمال واخرون(1976)،المدرسة و المجتمع،مكتبة انجلو المصرية،القاهرة،مصر.
- 29- . مروة الشربيني : (2006) المراهقة وأسباب الانحراف،دار الكتاب الحديث،القاهرة، ط1
- 30-عبد المنعم الميلادي(2008)،المراهقة وسن التمرد والبلوغ، ط1-،مركز الاسكندرية للكتاب،مصر.
- 31-الشريم رغدة(2009)،سيكولوجية المراهقة، ط1-،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة،عمان، الاردن
- 32-حامد عبد السلام زهران(2001)،علم النفس النمو الطفولة و المراهقة، ط5-عالم الكتب للنشر و التوزيع و الطباعة،القاهرة.
- 33-ثائر غباري ،خالد ابو شعيرة(2009)،سيكولوجية النمو الانساني بين الطفولة و المراهقة ، ط1-،مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع
- 34-عبد العالي الجسماني(1994)،سيكولوجية الطفولة و المراهقة وخصائصها الاساسية ، ط1-،الدار العربية ،لبنان.
- 35-جهي السيد فؤاد(2001)،الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى المراهقة،القاهرة، مصر
- 36-الديدي عبد الغني(1995)،ظواهر المراهقة مشاكلها وخفاياها، ط1-،دار الفكر اللبناني،بيروت
- 37-عزت حجازي(1985)،الشباب العربي و مشكلاته،عالم المعرفة ،سلسلة كتب ثقافية شهرية ،يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب ، الكويت.
- 38-مصطفى حجازي(1995)،المراهق دراسة سيكولوجية، ط1،المؤسسة العربية للدراسات و النشر ، بيروت
- 39-لويس مليكة(1990)،العلاج السلوكي و التعديل السلوكي ،دار القلم للنشر و التوزيع، الكويت

- 40- عبد الستار ابراهيم (1994)، العلاج اضطراب العصر الحديث، سلسلة عالم المعرفة، العدد 239، المجلس الوطني للثقافة و العلوم، الكويت.
- 41- حسين فايد (2001)، العدوان و الاكتئاب في العصر الحديث ، ط1، النظرة التكاملية، جامعة حلوان،.
- 42- لبا سليم معربس (2010)، الاكتئاب لدى الشباب، ط1-، دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
- 43- مجدي عبد الله (2000)، علم النفس المرضي ، دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب ، ط1-، دار المعرفة
- 44- عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر (2008)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط4-، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة
- 45- مدحت عبد الحميد ابو زيد (2001)، الاكتئاب دراسة في السيكوبامتريية ، ط1، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 46- عبد الله عسكر (1988) ، الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة.
- 47- عبد الرحمن العسوي (1992)، في الصحة النفسية و العقلية، ط، دار النهضة العربية ، بيروت.
- 48- ثائر عشور (2018)، الاكتئاب: اسبابه، اعراضه، انواعه، طرق علاجه، ط1، دار الخليج للصحافة و النشر، المملكة الهاشمية ، عمان.
- 49- مدحت عبد الحميد ابو زيد (2009)، علم النفس الطفل، الاكتئاب لدى الطفل، ط1، ج03، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 50- حسين فايد (2008)، العدوان و الاكتئاب في العصر الحديث ، نظرة تكاملية، ط1، مؤسسة طبية للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 51- بشير معمريية (2007)، بحوث و دراسات في علم النفس بدون طبعة، منشورات الحبر، الجزائر.
- 52- احمد عكاشة (2003)، الطب النفسي المعاصر، (دط)، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 53- محمد محمد جاسم (2004)، مشكلات الصحة النفسية، امراضها و علاجها، ط1، مكتبة دار الثقافة و النشر و التوزيع، عمان.
- 54- عبد الستار ابراهيم (1980)، العلاج النفسي الحديث، (دط)، علم المعرفة، بيروت.
- 55- زيري ابراهيم السيد (2006)، العلاج المعرفي للاكتئاب، دار عرين للطباعة و النشر، القاهرة، مصر.
- 56- لطفي الشربيني (2001)، الاكتئاب المرض و العلاج ، منشأة المعارف، الاسكندرية ، مصر.

- 57- كامل عبد الوهاب محمد (2002)، اتجاهات معصرة في علم النفس، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 58- ابراهيم عبد الستار (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، -ط- دار المعرفة للنشر و التوزيع.
- 59- ابراهيم عبد الستار (1998) :، الاكتئاب، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون و الآداب، الكويت.
- 60- علاء الدين الكافي (1999)، الارشاد و العلاج النفسي الاسري، ط1- دا الفكر العربي، مصر
- 61- ابراهيم عبد الستار (1998)، الاكتئاب، دار علم الكتب، عمان، الاردن
- 62- جاسم محمد المرزوقي (2001)، الامراض النفسية و علاقتها بمرض العصر، ط1-، العلم و الايمان للنشر و التوزيع.
- 63- هوفمان اس جي، ترجمة مراد علي عيسى (2012)، ط1-، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، دار الفجر للنشر و التوزيع.
- 64- ابتسام عبد الله الزغبى (2009)، الموسوعة العربية للارشاد و العلاج النفسي، دار المسيرة، عمان، الاردن.
- 65- اسماعيل علوي و بن عيسى زغبوب (2009)، العلاج النفسي المعرفي، ط1-، عالم الكتب الحديث للنشر و التوزيع داربد، الاردن.
- 66- حسين علي قائد (2008)، العلاج النفسي اصوله و تطبيقاته اخلاقيات، ط1-، مؤسسة طيبة للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 67- روبرت ليهي (2006)، ترجمة جمعة سيد يوسف و محمد نجيب الصبوة، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ط1-، دار ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 68- طه عبد العظيم حسين (2006)، العلاج النفسي المعرفي و تطبيقات، دار الوفاء للطباعة و النشر، الاسكندرية، مصر.
- 69- عادل عبد الله (2000)، العلاج المعرفي السلوكي، اسس و تطبيقات، ط1-، دار الكتب المصرية .
- 70- محمود عيد مصطفى (2000)، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، دار ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع، مصر الجديدة.
- 71- الغامدي حامد بن احمد ضيف الله (2013)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة اضطراب القلق، ط1-، دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر
- 72- بيرني كورين و زملائه (2008)، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ط1-، دار ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 73- احمد عبد اللطيف ابو سعد (2009)، دليل المقاييس و الاختبارات النفسية، ج3، دبيونو للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الاردن.
- 74- احمد محمد الزعبي (2017)، اسس علم النفس الجنائي، ط1، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الاردن.

75-لويس كامل مليكة(1992)،التحليل النفسي و المنهج الانساني في العلاج النفسي ، مكتبة النهضة المصرية القاهرة.

76-محمد عزيز ابراهيم (1983)،مناهج البحث العلمي في البحوث التربوية و النفسية ، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة.

بحوث و رسائل:

1-برحيل جويده (2010-2011)،اثر السمات والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب، دكتوراة تحت اشراف د/فسيان حسين، تخصص علم النفس العيادي ،قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران

2-فاطمة الزهراء حميد(2010-2011)،شخصية الحدث الجانح،دراسة انتروبولوجية، ماجستير تحت اشراف د/محمد رمضان،قسم الثقافة الشعبية،تخصص انتروبولوجيا الجريمة جامعة تلمسان

3-عميري بومدين(2013-2014)،نماذج التماهيات لدى المراهق المنحرف في الوسط المؤسساتي،ماجستير تحت اشرافد/بشير سليمان،تخصص علم النفس العيادي،قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران

4-بودحوش نصر الدين(2015-2016)،اثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الاعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم،ماجستيرتحت اشراف د/منصوري مصطفى، تخصص علم النفس العيادي،قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران .

5-بن زديرة علي(2005-2006)،الحرمان العاطفي واثره على جنوح الاحداث، ماجستيرتحت اشراف د/بوندير نصيرة، تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس و علوم التربية جامعة عنابة.

6-بكييري نجيبة(2011-2012)،اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الاعراض النفسية للسكريين المراهقين، دكتوراه تحت اشراف د/فرحاتي العربي، تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة باتنة.

7-معوش عبد الحميد(2014-2015)،مقياس بيك للاكتئاب ،دراسة سيكومترية على عينة من طلبة الثالثة الثانوي ،ماجستير تحت اشراف د/لبوز عبد الله ،تخصص القياس النفسي و التربوي،قسم علم النفس وعلوم التربية،جامعة ورقلة.

مجالات ودوريات:

1- عبد العزيز جاهمي :جانفي /جوان 2013،واقع الرعاية الاجتماعية للأحداث الجانحين في المؤسسات المتخصصة الجزائرية تشريعا وممارسة ،مجلة الشباب و المشكلات الاجتماعية،جامعة قلمة ،العدد الاول،السنة الاولى/89

2-لصقع حسنية: (2013)،تقدير الذات و المشروع الشخصي لدى المراهقين الجانحين المقيمين في مركز اعادة التربية حي جمال الدين بشرق مدينة وهران ،مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية،جامعة وهران، العدد17.

3-حسبية برزوان: جوان 2012،دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي،دراسات نفسية تربوية،مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية،جامعة الجزائر،العدد08

قائمة الكتب باللغة الفرنسية:

1-nobert sillmany,dectionner de la psychologie ,larouse(1967) paris.

2-pierre coslin (1996) :les adolescences ,paris ,puf.

3-richard cloutier :1982,psychologie de la adolescence,editioneska,paris.

4- GLOSE B(1994) : le développement affectif et intellectuel de l'enfant, MILON, Barcelon.

5- SILAMY.N(1991) : Dictionnaire de psychologie, édition Français, nouvelle édition.

6-139-Norbert Sillamy :(2010). Dictionnaire de la psychologie,Larousse, paris

7- Paul bercherie ,les fondateurs de la clinique, édit seuil paris1980

8-pierre male (1999) ,psychotherapie de l'adolescent presse universitaires de France .

9- Jean Cottraux(2001) : Medecine et psychotherapie (les
therapies comportementales et cognitives), 3 edition, Masson
Paris.

مواقع الانترنت:

www.syriasmh.com-1

https://manifest.univ-ouargla.dz/-2 أ. مزوز بركو ، أ. بوفولة
خميس(2018)عنوان المداخلة : "واقع الإرشاد النفسي في مؤسسات الكفالة الاجتماعية من
خلال عمليتي الإدماج وإعادة الإدماج"، "دار الطفولة المسعفة ودار العجزة نموذجا"
جامعة باتنة ، جامعة عنابة.

www.dspace.univ-setif2.dz.-3 اسمهان عزوز (2015-2016) ، محاضرات
مقياس دراسة الحالة للسنة الثالثة عيادي ،كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية،جامعة سطيف

قائمة

الملاحق

دليل المقابلة الخاصة بالحدث الجانح:

1- بيانات عن الحدث الجانح:

ما

اسمك؟

ما سنك؟

كم عدد إخوتك

وأخواتك؟

كم عدد

إخوتك؟

...

كم عدد

أخواتك؟

ما هو ترتيبك بين إخوتك

وأخواتك؟

ما هو مستواك

الدراسي؟

2- الإيداع بالمركز:

متى دخلت

المركز؟

.....

ما سبب دخولك

المركز؟

3- محاور المقابلة:

أ- مظاهر الحرمان العاطفي والإنعكاسات النفسية والعلائقية:

هل أمك وأبوك على قيد

الحياة؟

إذا كانا على قيد الحياة هل هما يعيشان معا أم أنهما منفصلان أو

مطلقان؟

إذا كانا منفصلين أو مطلقين ما السبب في

ذلك؟

هل أحد والديك أو كلاهما متوفى؟ في حالة الإجابة بنعم حدد من

هو

كم كان سنك عندما حدثت

الوفاة؟

ماذا يشتغل

أبوك؟

هل دخل احد أبويك السجن؟ حدد من هو في حال كانت الإجابة

نعم.....

كم مرة دخل

السجن؟

.....
ما هو سبب دخوله

السجن؟

.....
كم مكث في كل مرة في

السجن؟

.....
كم كان سنك في كل مرة تم فيها الدخول إلى السجن والخروج

منه؟

هل سبق لك أن عشت فترة بعيدا عن أمك لمدة أكثر من ثلاثة

أشهر؟

.....
في حالة نعم كم دامت هذه

المدة؟

.....
ما السبب في

ذلك؟

.....
كيف كانت علاقتك

بأمك؟

.....
كيف كانت علاقتك

بأبيك؟

.....
كيف كانت علاقتك

بإخوتك؟

.....
كيف كانت علاقتك بالناس

الآخرين؟

.....
ماذا كنت تشعر نحو

أمك؟

.....
ماذا كانت أمك تشعر

نحوك؟

.....
ماذا كنت تشعر نحو

أبيك؟

.....
ماذا كان أبوك يشعر

نحوك؟

.....
ماذا كنت تشعر نحو

إخوتك؟

.....
ماذا كان يشعر إخوتك

نحوك؟

.....
ماذا كنت تشعر نحو

الآخرين؟

ماذا اكان يشعر الآخرون

نحوك؟.....

ماذا تشعر نحو

نفسك؟.....

ب- مظاهر الجنوح:

*** التشرذم:**

هل سبق لك أن نمت خارج

المنزل؟.....

متى حدث أن نمت خارج المنزل لأول

مرة؟.....

إلى أي حد كنت تبيت خارج

المنزل؟.....

ما السبب في

ذلك؟.....

هل كنت تبيت وحدك أو مع آخر أو

آخرين؟.....

إن كنت بت مع آخر أو آخرين من هو أو

منهم؟.....

أين كنت تبيت خارج

المنزل؟.....

ماذا كنت تستخدم للمبيت خارج

المنزل؟.....

بماذا كنت تشعر أثناء المبيت خارج

المنزل؟.....

*** السرقة:**

هل سبق لك أن

سرفت؟.....

كم كان عمرك عندما سرقت لأول

مرة؟.....

ماذا كنت

تسرق؟.....

...

هل كنت تسرق لوحدك أم مع

آخرين؟.....

بماذا يتميز الأشخاص الذين كنت تكثر من

سرتهم؟.....

هل كنت تستخدم السلاح الأبيض أو أي أداة أخرى في تهديد بعض من تسرقهم ليلبوا

طلباتك؟

هل لا تزال تسرق إلى حد الآن أم أنك توقفت عن السرقة؟

.....
*** تعاطي المخدرات:**

هل تعاطيت

مخدرات؟

.....
أي أنواع المخدرات

تعاطيتها؟

كيف

تعاطيتها؟

لماذا تعاطيت

مخدرات؟

هل هناك من رغبتك في تعاطيها وفي حالة وجودهم من

هم؟

هل توقفت عن تعاطيها أم أنك لازلت

تتعاطها؟

في حالة توقفك عن تعاطي المخدرات لماذا حدث التوقف

عنها؟

*** العدوانية الموجهة نحو الآخرين:**

هل كنت كثير

التشاجر؟

إلى أي حد كنت

تتشاجر؟

لماذا كنت

تتشاجر؟

هل كنت تحب الاعتداء على

الآخرين؟

هل سبق أن اعتديت على

أشخاص؟

إلى أي حد كنت تعتدي على الأشخاص

الآخرين؟

ماذا كنت تستخدم في الاعتداء على الأشخاص

الآخرين؟

هل استخدمت السلاح الأبيض في إصابة بعض

الأشخاص؟

هل استخدمت وسائل أخرى في إصابة

أشخاص؟

لماذا أصبت بعض الأشخاص بالسلاح

الأبيض؟

هل سبق لك أن حطمت أو خربت ممتلكات عمومية أو ممتلكات بعض

الأشخاص؟

من تخص الممتلكات التي

حطمتها؟

لماذا حطمت تلك

الممتلكات؟

*** العدوانية الموجهة نحو الذات:**

هل سبق لك أن فكرت في

الانتحار؟

متى حدث أن فكرت في

الانتحار؟

لماذا فكرت في

الانتحار؟

هل قمت بمحاولات

انتحار؟

متى حدث أن قمت بمحاولات

انتحار؟

كيف قمت بمحاولات

انتحار؟

أين قمت بمحاولات

الانتحار؟

لماذا قمت بمحاولات

الانتحار؟

هل سبق أن استخدمت أي وسيلة لإيذاء نفسك؟

متى حدث ذلك؟

ما سبب إيذائك لنفسك؟

ج- الوقاية:

هل لاحظت كفا في سلوكك من التشرد أو السرقة أو تعاطي المخدرات أو العدوانية

أو العدوانية الموجهة نحو ذاتك أو العدوانية الموجهة نحو

آخرين؟

ماسبب كفاك عن التشرد أو السرقة أو تعاطي المخدرات أو العدوانية الموجهة نحو ذاتك

أو العدوانية الموجهة

نحو الآخرين؟

هل لعبت عائلتك أيدورفي توقفك عن التشرذ او السرقة أو تعاطي المخدرات أو العدوانية
الموجهة نحو ذاتك أو العدوانية الموجهة نحو
الآخرين؟

ملحق رقم (02)

قائمة ارون و بيك الثانية للاكتئاب BDI-II

ظهرت عام 1996

تطبق على 16 سنة من العمر فاكثر

المهنة:

السن:

المستوى الدراسي:

التعليمة:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تقرا كل مجموعة على حدة
و بعناية، ثم تختار من كل منها عبارة و احدة فقط ، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في
الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك هذا اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة
التي اخترتها(0 او 1 او 2 أو 3) و إذا تبين ل كان أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق
عليها بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في المجموعة، وتؤكد دائما أن تختار
عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 و المجموعة رقم 18.

العبارات	مجموعة
0-لا اشعر بالحزن 1-اشعر بالحزن معظم الوقت 2-اشعر دائما حزين 3-اشعر بالحزن الى درجة لا استطيع تحمل ذلك	الاولى
0-لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي 1-اشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكثر مما تعودت 2-اتوقع الاتسير الامور بشكل جيد بالنسبة لي 3-اشعر بانه لاامل لي في المستقبل وانه سوف تزداد الامور سوءا	الثانية
0-لا اشعر بانى شخص فاشل 1-لقد فشلت اكثر مما ينبغي 2-كلما نظرت الى حياتي السابقة ارى الكثير من الفشل 3-اشعر بانى شخص فاشل تماما	الثالثة
0-استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل	الرابعة

<p>1-لااستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه 2-احص على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل 3-لا استطيع الحصول على اي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل</p>	
<p>0-لااشعر بالذنب 1-اشعر بالذنب عن العديد من الاشياء قمت بها او كان يجب ان اقوم بها ولم اقم بها 2-اشعر بالذنب في معظم الاوقات 3-اشعر بالذنب في كل الاوقات</p>	الخامسة
<p>0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى 1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى 2- أشعر بأني سوف أتعرض كثي ار للعقاب أو للأذى 3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى</p>	السادسة
<p>0-شعوري نحو نفسي عادي 1-فقدت الثقة في نفسي 2- أنا محبط من نفسي 3- لا أحب نفسي</p>	السابعة
<p>0-لا أنتقد ولا ألوم نفسي. 1 -أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد. 2-أنتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء 3-انتقد والوم نفسي على كل ما يحدث من سوء بسببي.</p>	الثامنة
<p>0-ليس لدي أي أفكار إنتحارية. 1-أفكر أحيانا في الإنتحار، ولكن لا يمكنني تنفيذه. 2-أريد أن أنتحر. 3-قد أنتحر لو كانت لي فرصة.</p>	التاسعة
<p>0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1-أشعر بالرغبة في البكاء. 2-أبكي أكثر مما تعودت. 3-أبكي لأتفه الأسباب.</p>	العاشرة
<p>0-أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية. - 1-أشعر بالهيجان أو الإثارة أكثر مما تعودت. 2-أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا 3-أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.</p>	الحادية عشر

<p>0-لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1-أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالنشطة العادية. 2-فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3-من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.</p>	<p>الثانية عشر</p>
<p>0-اتخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها. 1-أجد صعوبة في اتخاذ القرارات 2-لدي صعوبة في إتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3-لا أستطيع إتخاذ القرارات.</p>	<p>الثالثة عشر</p>
<p>0- لا اشعر أنني عديم القيمة. 1-أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2-أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.</p>	<p>الرابعة عشر</p>
<p>0-لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1-لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2-ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3-ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>	<p>الخامسة عشر</p>
<p>0-لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي. 1-أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1-ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2-أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2-ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3-أ- أنام معظم اليوم. 3-ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.</p>	<p>السادسة عشر</p>
<p>0-أغضب بدرجة عادية. 1-أغضب أكبر مما تعودت. 2-أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3-أكون في حالة غضب طول الوقت.</p>	<p>السابعة عشر</p>
<p>0-لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1-أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1-ب- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2-أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت.</p>	<p>الثامنة عشر</p>

2-ب- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3-أ- ليس لدي شهية على الإطلاق. 3-ب- لدي الرغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.	
0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.	التاسعة عشر
0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.	العشرون
0- إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1- أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2- أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3- فقدت الإهتمام بالجنس تماما.	الواحد و العشرون

ملحق رقم: (03)

مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب

الاسم:

المهنة:

السن:

المستوى الدراسي:

الدرجة	الاعراض	مدى الدرجات
	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء 0- لا يوجد 1- الحزن 2- البكاء 3- البكاء من حين لآخر	صفر-4

	4-اعراض حزن شديد	
4- صفر	<p>تأنيب الضمير او الشعور بالذنب:</p> <p>0-لا يوجد</p> <p>1-لوم النفس و الشعور بانه خيب ضن الاخر فيه</p> <p>2-افكار بشأن انه مذنب وخاطئ</p> <p>3-مرضه الحالي عقاب نزل به، ضلالات بشأن ارتكابه اثاما مع الاحساس بالذنب</p> <p>4-هلاوس بشأن الاحساس بالذنب</p>	
4- صفر	<p>الانتحار:</p> <p>0-لا يوجد</p> <p>1-يشعر بان الحياة لاتستحق العيش</p> <p>2-يتمنى الموت</p> <p>3-افكار بشأن الانتحار</p> <p>4-محاولات الانتحار</p>	
4- صفر	<p>العمل واهتمامات الحياة:</p> <p>0-لا يوجد صعوبات</p> <p>1-مشاعر بالعجز وعدم القدرة،فتور الهمة، غير حاسم ولايستطيع اتخاذ القرار</p> <p>2-فقدان الاهتمام باي هوايات ، نقص الانشطة الاجتماعية</p> <p>3-نقص الانتاجية</p> <p>4-عدم القدرة على العمل</p>	
4- صفر	<p>التكاسل و التثاقل:</p> <p>بطء التفكير و الكلام و النشاط، اللامبالاة و الذهول</p> <p>0-لا يوجد</p> <p>1-بطء طفيف اثناء المقابلة</p> <p>2-تثاقل وتكاسل واضح خلال المقابلة</p> <p>3-صعوبة اجراء المقابلة</p> <p>4-الذهول الكامل</p>	
4- صفر	<p>القلق النفسي:</p> <p>0-لا يوجد</p> <p>1-التوتر وسهولة الاستثارة</p> <p>2-الانشغال و القلق بالامور التافهة</p> <p>3-التوجس وتوقع الشر</p> <p>4-المخاوف</p>	

	<p>القلق الجسدي: اعراض معدية معوية: ارياح وعسر الهضم، قلبية،خفقان وصداع ،تنفسية 0-لايوجد</p> <p>1-بسيطة 2-متوسطة 3-شديدة 4-معيقة</p>	4- صفر
	<p>توهم المرض: 0-لايوجد 1-الانشغال الزائد بالجسم 2-الانشغال بالصحة 3-سلوك متشكك 4-ضلالات بشأن الاصابة بالمرض</p>	4- صفر
	<p>الارق: في بداية الليل (صعوبة في الدخول في النوم) 0-لايوجد 1-احيانا 2-بشكل متكرر</p>	2- صفر
	<p>الارق: في منتصف الليل(نوم متقطع) 0-لايوجد 1-احيانا 2-بشكل متكرر</p>	2- صفر
	<p>الارق: في اخر الليل (الاستيقاظ ابر من المعتاد ن وعدم القدرة على النوم مجددا) 0-لايوجد 1-احيانا 2-بشكل متكرر</p>	2- صفر
	<p>البلبلة و الارتياح: عدم الاستقرار (فرك الايدي و المشي جيئة وذهابا) 0-لايوجد</p>	2- صفر

	1-احيانا 2-بشكل متكرر	
	اعراض جسدية: معدية معوية،فقدان الشهية، الاحساس بثقل في البطن 0-لا يوجد 1-بسيطة 2-شديدة	صفر-2
	اعراض جسدية عامة: ثقل في الاطراف او الظهر او الراس، الام غير محددة في الظهر،فقدان الحيوية وسهولة التعب. 0-لا يوجد 1-بسيطة 2-شديدة	صفر-2
	اعرض جنسية: فقدان الرغبة الجنسية ، اضطراب الطمث 0-لا يوجد 1-بسيطة 2-شديدة	صفر-2
	الاستبصار: 0-لم يفقد استبصاره 1-فاقد للاستبصار جزئيا 2-فاقد للاستبصار	صفر-2
	نقص الوزن: 0-لا يوجد 1-قليل 2-واضح او شديد	صفر-2

ملحق رقم(04)نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الأولى في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارة البند	درجة البند
1	الحزن	اشعر بالحزن الى درجة لا استطيع تحمل ذلك	3
2	التشائم	اشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكثر مما تعودت	1

0	لا اشعر بانى شخص فاشل	الفشل	3
3	لا استطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل	السخط وعدم الرضا	4
2	اشعر بالذنب في معظم الوقت	الاحساس و الندم	5
0	لا اشعر بانى يمكن ان اتعرض للعقاب او للاذى	العقاب	6
2	انا محبط من نفسي	كراهية النفس	7
2	انتقد والوم نفسي على كل الاخطاء	ادانة الذات	8
1	افكر احيانا في الانتحار ،ولكن لا يمكنني تنفيذه	وجود افكار انتحارية	9
2	ابكي اكثر مما تعودت	البكاء	10
2	اتهيج واثور الى درجة انه من الصعب علي البقاء مستقرا	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	11
0	لم افقد الاهتمام بالآخرين او بالانشطة العادية	الانسحاب الاجتماعي	12
1	اجد صعوبة في اتخاذ القرارات	التردد وعدم الحسم	13
0	لا اشعر انى عديم القيمة	تغيير صورة الجسم	14
2	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الاشياء	هبوط مستوى الكفاءة	15
2	انام اقل مما تعودت بشكل كبير	اضطراب النوم	16
2	اغضب اكبر بكثير مما تعودت	التعب	17
2	شهيتي اقل كثيرا مما تعودت	فقدان الشهية	18
1	لا استطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	تناقض الوزن	19
3	انا مرهق ومجهد جدا بحيث اجد صعوبة لعمل معظم الاشياء التي اعتدت عليها	تأثر الطاقة الجنسية	20
0	ان اهتمامي بالجنس عادي في هذه الايام	الانشغال بالصحة	21
	31	المجموع	

ملحق رقم(05)نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثانية في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارة البند	درجة البند
1	الحزن	اشعر بالحزن معظم الوقت	1
2	التشاؤم	اشعر بانه لاامل لي في المستقبل وانه سوف تزداد الامور سوءا	3
3	الفشل	كلما نظرت الى حياتي السابقة ارى الكثير من الفشل	2
4	السخط وعدم الرضا	لااستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	1
5	الاحساس و الندم	اشعر بالذنب عن العديد من الاشياء قمت بها او كان يجب ان اقوم بها ولم اقم بها	1
6	العقاب	اشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى	3
7	كراهية النفس	شعوري نحو نفسي عادي	0
8	ادانة الذات	انتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء	2
9	وجود افكار انتحارية	ليس لدي أي أفكار إنتحارية.	0
10	البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء	1
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية	0
12	الانسحاب الاجتماعي	انا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالنشطة العادية	1
13	التردد وعدم الحسم	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	1
14	تغيير صورة الجسم	لا اشعر أنني عديم القيمة	0
15	هبوط مستوى الكفاءة	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	2
16	اضطراب النوم	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى	3
17	التعب	أكون في حالة غضب طول الوقت	3
18	فقدان الشهية	لم يحدث أي تغير في شهيتي	0
19	تناقض الوزن	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء	3
20	تأثر الطاقة الجنسية	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	0
21	الانشغال بالصحة	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	0
	المجموع	27	

ملحق رقم(06)نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثالثة في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارة البند	درجة البند
1	الحزن	اشعر بالحزن معظم الوقت	1
2	التشاؤم	اشعر بانه لاامل لي في المستقبل وانه سوف تزداد الامور سوءا	3
3	الفشل	كلما نظرت الى حياتي السابقة ارى الكثير من الفشل	2
4	السخط وعدم الرضا	لا استطيع الحصول على اي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل	3
5	الاحساس و الندم	لا اشعر بالذنب	0
6	العقاب	أشعر بأنني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى	3
7	كراهية النفس	فقدت الثقة في نفسي	1
8	ادانة الذات	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	0
9	وجود افكار انتحارية	ليس لدي أي أفكار إنتحارية	0
10	البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء	1
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما	3
12	الانسحاب الاجتماعي	من الصعب علي أن أهتم بأي شيء	3
13	التردد وعدم الحسم	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	1
14	تغيير صورة الجسم	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	1
15	هبوط مستوى الكفاءة	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت	1
16	اضطراب النوم	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى	3
17	التعب	أغضب بدرجة عادية	0
18	فقدان الشهية	لم يحدث أي تغير في شهيتي	0

3	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء	تناقض الوزن	19
0	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	تأثر الطاقة الجنسية	20
3	فقدت الإهتمام بالجنس تماما	الانشغال بالصحة	21
	32	المجموع	

ملحق رقم (07) نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الأولى في القياس (البعدي).

الرقم	البند	عبارة البند	درجة البند
1	الحزن	اشعر بالحزن الى درجة لا استطيع تحمل ذلك	3
2	التشائم	اتوقع الاتسير الامور بشكل جيد بالنسبة لي	2
3	الفشل	لا اشعر بانني شخص فاشل	0
4	السخط وعدم الرضا	لااستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	1
5	الاحساس و الندم	اشعر بالذنب في معظم الاوقات	2
6	العقاب	لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	0
7	كراهية النفس	أنا محبط من نفسي	2
8	ادانة الذات	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	1
9	وجود افكار انتحارية	أفكر أحيانا في الإنتحار، ولكن لا يمكنني تنفيذه	1
10	البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء	1
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية	0
12	الانسحاب الاجتماعي	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	0
13	التردد وعدم الحسم	اتخذ قراراتتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	0
14	تغيير صورة الجسم	لا اشعر أنني عديم القيمة	0
15	هبوط مستوى	لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت	0

		الكفاءة	
1	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما	اضطراب النوم	16
2	أغضب أكبر بكثير مما تعودت	التعب	17
1	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	فقدان الشهية	18
0	أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت	تناقض الوزن	19
1	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	تأثر الطاقة الجنسية	20
0	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	الانشغال بالصحة	21
	18	المجموع	

ملحق رقم (08) نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثانية في القياس (البعدي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	الحزن	أشعر بالحزن معظم الوقت	1
2	التشاؤم	أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءاً	3
3	الفشل	كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل	2
4	السخط وعدم الرضا	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	1
5	الاحساس و الندم	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها	1
6	العقاب	لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	0
7	كراهية النفس	شعوري نحو نفسي عادي	0
8	ادانة الذات	أنتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء	2
9	وجود افكار انتحارية	أفكر أحياناً في الإنتحار، ولكن لا يمكنني تنفيذه	1
10	البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء	1
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية	0
12	الانسحاب الاجتماعي	أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالنشطة العادية	1
13	التردد وعدم الحسم	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	1
14	تغيير صورة الجسم	لا أشعر أنني عديم القيمة	0
15	هبوط مستوى	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت	1

		الكفاءة	
3	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى	اضطراب النوم	16
2	أغضب أكبر بكثير مما تعودت	التعب	17
0	لم يحدث أي تغير في شهيتي	فقدان الشهية	18
3	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء	تناقص الوزن	19
0	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	تأثر الطاقة الجنسية	20
0	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	الانشغال بالصحة	21
	23	المجموع	

ملحق رقم (09) نتائج اختبار بيك الثانية للحالة الثالثة في القياس (البعدي).

الرقم	البند	رقم عبارة البند	درجة البند
1	الحزن	أشعر بالحزن معظم الوقت	1
2	التشاؤم	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي	0
3	الفشل	كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل	2
4	السخط وعدم الرضا	أحس على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل	2
5	الاحساس و الندم	أشعر بالذنب في كل الاوقات	3
6	العقاب	أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى	3
7	كراهية النفس	شعوري نحو نفسي عادي	0
8	ادانة الذات	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	0
9	وجود افكار انتحارية	ليس لدي أي أفكار إنتحارية	0
10	البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء	1
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية	0
12	الانسحاب الاجتماعي	من الصعب علي أن أهتم بأي شيء	3
13	التردد وعدم الحسم	اتخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت	0

	عليها		
0	لا أشعر أنني عديم القيمة	تغيير صورة الجسم	14
0	لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت	هبوط مستوى الكفاءة	15
1	أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما	اضطراب النوم	16
1	أغضب أكبر مما تعودت	التعب	17
0	لم يحدث أي تغيير في شهيتي	فقدان الشهية	18
1	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	تناقص الوزن	19
0	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	تأثر الطاقة الجنسية	20
0	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	الانشغال بالصحة	21
	18	المجموع	

ملحق رقم (10) نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي الابتئاس و الغم و التشاؤم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء	اعراض حزن شديد	4
2	تأنيب الضمير او الشعور بالذنب	لوم النفس و الشعور بانه خيب ضن الاخر فيه	1
3	الانتحار	يشعر بان الحياة لاتستحق العيش	1
4	العمل واهتمامات الحياة	مشاعر بالعجز و عدم القدرة، فتور الهمة، غير حاسم ولايستطيع اتخاذ القرار	1
5	التكاسل و التناقل	تناقل وتكاسل واضح خلال المقابلة	2
6	القلق النفسي	المخاوف	4
7	القلق الجسمي	بسيطة	1

1			
0	الانشغال الزائد بالجسم	توهم المرض	8
1	لا يوجد	الارق	9
0	احيانا	الارق	10
2	لا يوجد	الارق	11
0	بشكل متكرر	البلبلة و الارتياح	12
1	لا يوجد	اعراض جسدية	13
2	بسيطة	اعراض جسدية عامة	14
1	شديدة	اعراض جنسية	15
0	فاقد للاستبصار جزئيا	الاستبصار	16
	لا يوجد	نقص الوزن	17
	22	المجموع	

ملحق رقم (11) نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء	اعراض حزن شديد	4
2	تأنيب الضمير او الشعور بالذنب:	هلاوس بشأن الاحساس بالذنب	4
3	الانتحار::	افكار بشأن الانتحار	3
4	العمل واهتمامات	فقدان الاهتمام باي هوايات ، نقص	2

	الانشطة الاجتماعية	الحياة	
4	الذهول الكامل	التكاسل و التثاقل:	5
2	الانشغال و القلق بالامور التافهة	القلق النفسي:	6
3	شديدة	القلق الجسمي:	7
0	لا يوجد	توهم المرض:	8
2	بشكل متكرر	الارق:	9
2	بشكل متكرر	الارق:	10
2	بشكل متكرر	الارق:	11
2	بشكل متكرر	البلبلة و الارتياح:	12
2	شديدة	اعراض جسمية	13
1	بسيطة	اعراض جسمية عامة:	14
2	شديدة	اعرض جنسية:	15
2	فاقد للاستبصار	الاستبصار:	16
2	واضح او شديد	نقص الوزن:	17
	39	المجموع	

ملحق رقم(12)نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة في القياس (القبلي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن،الرغبة في البكاء	اعراض حزن شديد	4

0	لا يوجد	تانيب الضمير او الشعور بالذنب	2
0	لا يوجد	الانتحار	3
4	عدم القدرة على العمل	العمل واهتمامات الحياة	4
3	صعوبة اجراء المقابلة	التكاسل و التناقل	5
2	الانشغال و القلق بالامور التافهة	القلق النفسي	6
2	متوسطة	القلق الجسمي	7
0	لا يوجد	توهم المرض	8
1	احيانا	الارق:	9
1	احيانا	الارق:	10
0	لا يوجد	الارق:	11
1	احيانا	البلبلة و الارتياح:	12
1	بسيطة	اعراض جسمية	13
2	شديدة	اعراض جسمية عامة	14
2	شديدة	اعرض جنسية	15
1	فاقد للاستبصار جزئيا	الاستبصار:	16
2	واضح او شديد	نقص الوزن:	17
26		المجموع	

ملحق رقم (13) نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى في القياس (البعدي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء	الحزن	1
2	تانيب الضمير او الشعور بالذنب:	لا يوجد	0
3	الانتحار::	لا يوجد	0

0	لا يوجد صعوبات	العمل واهتمامات الحياة	4
1	بطء طفيف اثناء المقابلة	التكاسل و التثاقل:	5
2	الانشغال و القلق بالامور التافهة	القلق النفسي:	6
0	لا يوجد	القلق الجسمي:	7
0	لا يوجد	توهم المرض:	8
0	لا يوجد	الارق:	9
1	احيانا	الارق:	10
0	لا يوجد	الارق:	11
1	احيانا	البلبلة و الارتياح: اعراض جسمية	12 13
0	لا يوجد	اعراض جسمية عامة:	14
1	بسيطة	اعرض جنسية:	15
2	شديدة	الاستبصار:	16
0	لم يفقد استبصاره	نقص الوزن:	17
	09	المجموع	

ملحق رقم(14)نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية في القياس (البعدي).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن،الرغبة في البكاء	الحزن	1
2	تأنيب الضمير او الشعور بالذنب:	لوم النفس و الشعور بانه خيب ظن الاخر فيه	1
3	الانتحار::	افكار بشأن الانتحار	3
4	العمل واهتمامات الحياة	مشاعر بالعجز و عدم القدرة،فتور الهمة، غير حاسم ولايستطيع اتخاذ القرار	1
5	التكاسل و التثاقل:	بطء طفيف اثناء المقابلة	1
6	القلق النفسي:	الانشغال و القلق بالامور التافهة	2
7	القلق الجسمي:	متوسطة	2
8	توهم المرض:	الانشغال بالصحة	2
9	الارق:	احيانا	1
10	الارق:	لايوجد	0
11	الارق:	احيانا	1
12	البلبلة و الارتياح:	احيانا	1
13	اعراض جسمية	لايوجد	0
14	اعراض جسمية	لايوجد	1

		عامة:	
0	لا يوجد	اعرض جنسية:	15
0	لم يفقد استبصاره	الاستبصار:	16
0	بسيطة	نقص الوزن:	17
	17	المجموع	

ملحق رقم (15) نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة في القياس (البعدى).

الرقم	البند	عبارات البند	درجة البند
1	المزاج الاكتئابي : الابتئاس و الغم و التشائم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء	الحزن	1
2	تانيب الضمير او الشعور بالذنب	لا يوجد	0
3	الانتحار	لا يوجد	0
4	العمل واهتمامات الحياة	فقدان الاهتمام باي هوايات ، نقص الانشطة الاجتماعية	2
5	التكاسل و التناقل	بطء طفيف اثناء المقابلة	1
6	القلق النفسي	التوتر وسهولة الاستثارة	1
7	القلق الجسمي	لا يوجد	0
8	توهم المرض	لا يوجد	0
9	الارق	لا يوجد	0
10	الارق	لا يوجد	0
11	الارق	لا يوجد	0
12	البلبلة و الارتياح	لا يوجد	0
13	اعراض جسمية	لا يوجد	0
14	اعراض جسمية عامة	بسيطة	1

0	لا يوجد	اعرض جنسية	15
0	لم يفقد استبصاره	الاستبصار:	16
0	لا يوجد	نقص الوزن	17
06		المجموع	

ملحق رقم (16) الخاص بسجل النشاطات: (بكري نجيبه: 2011)

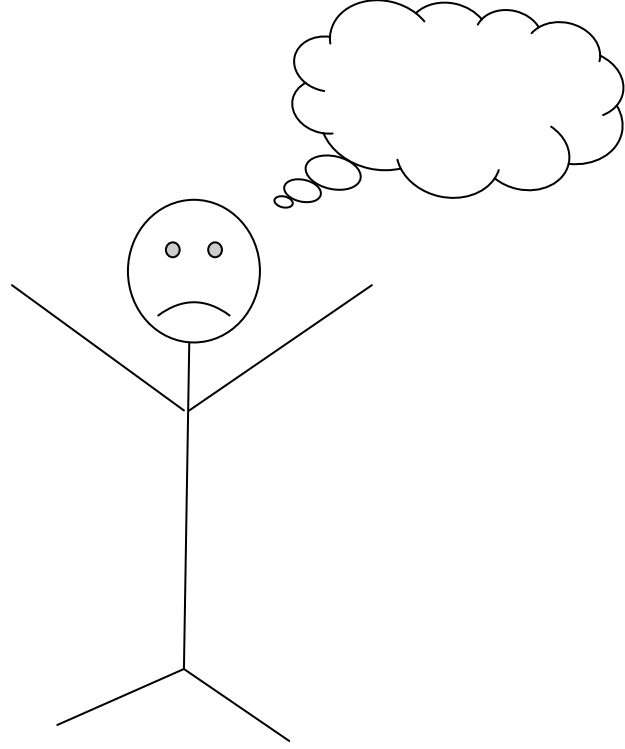
نقلا عن (Beck et al, 1979)

الجمعة	الخميس	الاربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الاحد	السبت	الساعة
							10-9
							11-10
							12-11
							1-12
							2-1
							3-2
							4-3
							5-4
							6-5
							7-6
							8-7
							9-8
							10-9
							11-10
							12-11

ضع حرف م بجانب النشاط المتقن وحرف ر بجانب النشاط الذي تشعر به بالرضا

ملحق رقم(17) الخاص بالرسم الكاريكاتوري:

اسأل نفسك: لماذا يبدو هذا الشخص غير سعيد؟ كون بعض الأفكار التي تزعج هذا الشخص



ملحق رقم(18) الخاص بالأنشطة السارة: (بكري نجيبة:2011)

النشاط	تكراره في الفترة الماضية	المتعة التي ادى اليها	تكراره في الفترة الحالية

تكراره = (3) يتكرر كثيرا، = (2) يتكرر بصورة متوسطة، (1) يتكرر قليلا.
المتعة التي أدى إليها = (1) استمتع قليلا، = (2) استمتع بصورة متوسطة، = (3) استمتع به كثير

ملحق رقم (19) استمارة تقييم الجلسة: (بكري نجيبه: 2011)

نقلا عن (bruns 1999)

هل قيل في الجلسة كلام ضايقك او انك لاتوافق عليه؟
صف اية مشاعر سلبية انتابتك في اثناء الجلسة .

-
-
-
-

هل كان في الجلسة اليوم شئ مساعد او مفيد لك؟
هل كان هنالك اي شئ تعلمته او تريد تطويره اكثر؟ لخص النقاط الاساسية الي
تمت تغطيتها

-
-
-
-

ملحق رقم (20) المتعلق باستمارة دليل حل المشكلات:(بكري

نجيبة:2011)

نقل عن (Burns, 1991)

1- هل حددت الحدث المزعج تحديدا صحيحا؟
2- هل أريد تغيير مشاعري السلبية حول هذه الحالة؟
3- هل حددت أفكار التلقائية كما ينبغي؟(استخدم الرسم الكاريكاتوري)
4- هل العبارات الصحيحة والمقنعة لاستجاباتي العقلانية تكشف عن كذب أفكار التلقائية؟

ملحق رقم (21) المتعلق باستمارة تقنية الأعمدة الثلاثة:(عن بكيري

نجيبة:2011)

نقل عن (Burns, 1991)

الاستجابة العقلانية	التشوه المعرفي	الأفكار التلقائية

ملحق رقم (22) اسمارة المزايا و المساوي(بكري نجيبة:2011)

نقلا عن (Burns, 1999)

و المساوي	المزايا

ملحق رقم(23) المتعلق بالاسترخاء:نطلب من الحالة ب

1-وهو يجلس على الكرسي ثم يغمض عينيه و يستمتع لما اقول جيدا،وعندا انبهك لبعض الاحساسات بجسمك سيمكنك بعدها ان تتحكم فيها.

2-جيد،ابق في هذا الوضع وركز انتباهك و عيناك لاتزال مغمضتين

3-اغلق راحت يدك اليسرى بقوة 5 ثواني الى ان تشعر بالتوتر و الشدة

4-ارفع ذراعك اليسرى و انت لاتزال مغلقا راحت يدك اليسرى 5 ثواني وركز على استمرار الشد(لاحظ التوتر)

5-افتح يدك اليسرى و ضعها على مسند كرسي بهدوء وركز على الفرق بين حالة الشد وحالة الاسترخاء الان

6-كرر ذلك حتى يتضح لك الفرق بين الحالتين

ملاحظة: ونفس التعليمات تعطى لكي ينفذ على الجزء الايمن من الذراع

7-ارفع كتفك الايمن الى اعلى كما لو كنت تريد ان تلمس اذنك اليمنى به،و لاحظ التوتر الذي يظهر في عضلات الكتف الايمن 5 ثواني

8-الان استرخ و عد بكتفك اليمنى الى وضعها 10ثواني ولاحظ الفرق بين التوتر و الاسترخاء

ملاحظة: ونفس التعليمات تعطى لكي ينفذ على الجزء الايسر من الذراع

9-اضغط رقبتك و راسك الى الخلف قدر امكانك 5 ثواني حتى تشعر بالتوتر خلف رقبتك و الجزء الاعلى من الظهر

ملاحظة: ونفس التعليمات تعطى لكي ينفذ على الرقبة الى الامام

10-خذ نفسا عميقا (شهيق) 10ثواني و لاحظ ان التوتر ينتشر في عضلات صدرك

11-الان اطرده الهواء (الزفير)و استرخ،و تنفس الهواء بشكل عادي،ثم لاحظ ماانت عليه من استرخاء و ماكنت عليه من توتر،ثم كرر ذلك مرة اخرى حتى تدرك الفرق بين حالة التوتر و حالة الاسترخاء

لقد اخذت هذه التقنية استخلاصا للبحوث التي تم اجرائها باستعمال برنامج علاجي وتم الاكتفاء من هذا القدر من عناصر التقنية لكي لاتشعر الحالة بالملل و اجهادها .