



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة وهران 2 محمد بن احمد بن بلة
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الارطوفونيا
تخصص : علم النفس الصحة

العنوان

الاكتئاب لدى الراشدة المصابة بالتصلب اللويحي المتعدد
(دراسة عيادية لثلاث حالات)

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الصحة

تحت إشراف لأستاذة:

* بقال أسماء

من إعداد الطالبة:

- بولنوار فطيمة فريال

لجنة المناقشة

رئيسا	أ. لصقع حسنية
ممتحن	أ. بولجراف بختاوي
مشرفة	أ. بقال أسماء

2021-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

والوالدين



إلى ينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها إلى

والدي العزيزة.

إلى من سعى وشقي لأنعم بالراحة والهناء الذي لم ينخل بشيء من أجل دفعي في طريق

النجاح الذي علمني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر إلى

والدي العزيز.

إلى من حبهم يجري في عروقي ويلهج بذكراهم فؤادي إلى

أخواتي الغاليات.

إلى من سرنا سوياً ونحن نشق الطريق معاً نحو النجاح والإبداع إلى من تكاتفنا يداً بيد

ونحن نقطف زهرة تعلمنا إلى

صديقاتي وزميلاتي.

إلى من علموني حروفاً من ذهب وكلمات من درر وعبارات من أسمى وأجلى عبارات

في العلم إلى من صاغوا لي من علمهم حروفاً ومن فكرهم منارة تنير لنا مسيرة العلم

والنجاح إلى

أساتذتي الكرام .

أهدي هذا العمل المتواضع راجية من المولى عز وجل أن يجد القبول والنجاح.

كلمة شكر و تقدير

مصدقاً لقوله صلى الله عليه وسلم " من لا يشكر الناس لا يشكر الله

"

نشكر الله المعطي المنان الذي علمنا البيان ، وأضاء لنا الطريق فسرنا
ووفقني لإتمام هذا العمل الذي هو ثمرة جهدي .

أتقدم بالشكر الذي وهبني كل ما يملك حتى أحقق أمالي أبي الغالي

أطال الله في عمره .

وإلى التي وهبت فلذة كبدها كل الحنان والعطاء، صبرت معي على
كل شيء كانت سندي الوحيد لإنهاء هذا العمل والتي لم تكف عن
الدعاء لي أُمي الحبيبة الغالية هي شمعة وقرّة عيني.

كما نشكر جزيل الشكر الأستاذة المشرفة بقال أسماء والتي قدمت
لي النصح و الإرشاد وما لقيته منها من كلمات التشجيع و عبارات
الأمل ، وفرت لي الكثير من وقتها الثمين بالرغم من مسؤوليات
أسرتها وأطفالها والى كل أساتذة علم النفس العيادي و الصحة كما
لا يفوتني ذكرهم و شكرهم جزيل الشكر عاملات و عمال في
المكتبة و كل من قدم لي يد العون من قريب و من بعيد و لو
بكلمة ، فألف تحية و شكر و تقدير كل هؤلاء الذين لم اذكر

الفهرس

شكر

إهداء

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

أ المقدمة

د ملخص البحث

الجانب النظري

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

03 تمهيد

04 1- الإشكالية

09 2- الفرضيات

09 3- أسباب اختيار الموضوع

10 4- أهداف البحث

10 5- أهمية البحث

11 6- تعريف المفاهيم الإجرائية

12 7- الدراسات السابقة

الفصل الثاني : الاكتئاب

20 تمهيد

21 1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب

22 2- تعريف الاكتئاب

24	3- نسبة انتشاره.....
26	4- النظريات المفسرة للاكتئاب
35	5- تصنيفات الاكتئاب.....
39	6- أسباب الاكتئاب.....
41	7- أعراض الاكتئاب.....
46	8- مظاهر الاكتئاب.....
48	9- تشخيص الاكتئاب.....
51	10- علاج الاكتئاب.....
57	الخلاصة.....

الفصل الثالث : مرحلة الرشد

59	تمهيد.....
60	1- تعريف مرحلة الرشد.....
61	2- مراحل الرشد.....
63	3- النظريات المفسرة للمرحلة الرشد.....
67	4- معايير مرحلة الرشد.....
69	5- مظاهر النمو للمرحلة الرشد.....
71	6- خصائص مرحلة الرشد.....
73	7- متطلبات مرحلة الرشد.....
74	8- أزمات مرحلة الرشد.....
78	الخلاصة.....

الفصل الرابع : مرض التصلب اللويحي المتعدد

80	تمهيد.....
81	1- تعريف مرض التصلب اللويحي المتعدد.....
82	2- نسبة انتشاره.....

82	3- لمحة تاريخية عن مرض التصلب اللويحي المتعدد
85	4- فسيولوجية المرضية للتصلب اللويحي المتعدد
88	5- أنواع مرض التصلب اللويحي المتعدد
91	6- أسباب الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد
92	7- عوامل خطورة المرض
95	8- مضاعفات المرض
96	9- أعراض مرض التصلب اللويحي المتعدد
99	10- تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد
106	11- علاج مرض التصلب اللويحي المتعدد
111	12- التعايش مع المرض
113	الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : منهجية البحث

116	تمهيد
117	1- منهج البحث
118	2- حدود الزمانية و المكانية للبحث
119	3- عينة الدراسة و خصائصها
120	4- الأدوات المستعملة في البحث
132	الخلاصة

الفصل السادس : عرض الحالات و مناقشة النتائج

134	تمهيد
135	1- عرض و تحليل نتائج الحالات
135	1.1 عرض الحالة الأولى
142	1.2 عرض الحالة الثانية
149	1.3 عرض الحالة الثالثة

156	.....	2- الاستنتاج العام للحالات
156	.....	3- مناقضة النتائج على ضوء الفرضيات
159	.....	4- الخاتمة
160	.....	التوصيات و الاقتراحات
162	.....	قائمة المراجع
		الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
44	أعراض الاكتئاب وفقا DSMIII-R	1
101	Clinical features of demyelinating diseases	2
107	أنواع الانتريرون بيتا لعلاج التصلب اللويحي المتعدد	3
107	أنواع الأدوية التي تحدد الانتكاسات و تبطأ الإعاقة الجسدية لعلاج التصلب اللويحي المتعدد	4
119	خصائص البحث	5
124	العبارات المستبدلة و البديلة لنسخة 1961 - 1979 للاكتئاب	6
127	درجات الاكتئاب	7
127	نتائج تقديرات المحكين للمقياس	8
129	صدق و ثبات المقياس	9
130	قيمة (ت) للفروق بين المجموعتين العليا و الدنيا	10
131	معاملات الثبات و الطريقة المتبعة	11
140	نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الأولى	12
147	نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثانية	13
154	نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثالثة	14
157	النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس بيك للاكتئاب	15

جدول الأشكال :

الصفحة	النوع	الرقم
86	بنية الخلية العصبية مع غمد الميالين	1
87	فسيولوجية المرضية للتصلب اللويحي المتعدد	2
88	إزالة صفائح الميالين	3
89	الانتكاسة	4
89	التصلب اللويحي المتعدد التقدمي الأولي	5
90	التصلب اللويحي المتعدد التدريجي ثانوي	6
91	التصلب اللويحي المتعدد التدريجي الايجابي	7
100	وجود بقع	8
102	فحص التصوير بالرنين المغناطيسي	9
102	قياس سرعة الجهد الكهربائي البصري	10
103	فحص البزل القطني	11

المقدمة

الصحة هي أثنى شيء في حياة الإنسان لأنها تاج على رؤوس الأصحاء ، فقد ساهمت التغيرات الضخمة في الحضارة الحالية على رفع مستوى رفاهية الإنسان وراحته و لكن من الجانب الأخر أدت إلى اكتشاف الكثير من الأمراض التي لها تأثير بالغ و ملموس ، من بين هذه الأمراض نجد مرض التصلب اللويحي المتعدد الذي يعتبر احد الأمراض العصبية المزمنة يصيب الجهاز العصبي المركزي يتسبب في إزالة الميلين من الألياف العصبية يؤثر على المادة البيضاء في الجهاز العصبي يؤدي إلى ظهور أعراض مبكرة (كالتململ ، ازدواجية الرؤية ، الصعوبة في المشي ، فقدان التوازن ، صعوبة في النطق) انه السبب الرئيسي للإعاقة العصبية الحركية لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 40 سنة . لا يزال هذا الموضوع محور دراسة العديد من العلماء و الباحثين ، يرتفع معدل حدوثه إلى 2.3 مليون شخص في جميع أنحاء العالم (David , 2017 : 126) نجد في أمريكا الوسطى و اللاتينية 20 / 100000 ، في استراليا 60 و في بلدان شمال أوروبا 205 حالة ، اليابان و الصين منخفض يقدر ب 13 / 100000 و في الجزائر يقدر عدد انتشاره 23.7 و 39.7 حالة لكل 100.000 نسمة كل عام (F. Bouali , 2020 : 2) يحدث هذا المرض آثار نفسية كالقلق ، الإحباط ، الاكتئاب الذي يتصف « بالعدوانية ، إيذاء الذات ، نقص استمتاعه بالحياة ، فقدان الثقة بالنفس) و منه كان هدفي من هذا البحث هو التعرف على الاكتئاب لدى الراشدين المصابات بالتصلب اللويحي المتعدد و عليه شملت الدراسة على جانبين النظري و التطبيقي .

يتضمن الجانب النظري : أربعة فصول المتمثلة فيما يلي:

الفصل لأول : يتناول مدخل إلى الدراسة تطرقت فيها للحديث عن المقدمة ثم عرض إشكالية البحث و طرح التساؤلات ، بعدها حددت الفرضيات و أهدافها ثم بينت أهمية الدراسة وكذلك قمت بتعريف المفاهيم الإجرائية المستعملة في الدراسة و أخيرا قدمت ملخص لأهم للدراسات السابقة التي تخدم دراستي الحالية.

الفصل الثاني : يتناول الاكتتاب حددت فيه لمحة تاريخية عن الاكتتاب ، تعريفه و نسبة انتشاره في العالم ، بعدها قدمت أهم النظريات المفسرة للاكتتاب ثم مظاهره و أسبابه ، يليها تصنيفاته و أعراضه ثم التشخيص و أهم علاجاته و أخيرا الخلاصة.

الفصل الثالث : يتضمن مرحلة الرشد بدأت بتمهيد و بعدها تطرقت إلى مفهومها و مراحلها ، ثم قدمت أهم النظريات المفسرة لهذه المرحلة ، بعدها حددت معاييرها و مظاهرها ، تليها خصائص و متطلبات و أزمات مرحلة الرشد و أخيرا الخلاصة.

الفصل الرابع : تطرقت فيه التمهيد و بعدها قدمت تعريف حول المرض التصلب اللويحي المتعدد و نسبة انتشاره ، ثم تطرقت إلى لمحة تاريخية عن المرض ، تشريح فسيولوجيته المرضية ، يليها معرفة أنواع و أسباب حدوث المرض ، ثم معرفة أعراضه و عوامل خطورته و مضاعفاته ثم تشخيصه و علاجه وصولا إلى كيفية التعايش معه و أخيرا الخلاصة .

يشمل بعد ذلك الجانب التطبيقي ينقسم بدوره إلى فصلين و هما :

الفصل الخامس : تطرقت فيه إلى تحديد منهج البحث و الإطار الزمني و المكاني و كيفية اختيار عينة الدراسة و خصائصها ، ثم الأدوات المستخدمة في الدراسة و أخيرا الخلاصة .

الفصل السادس : تناول عرض و تحليل نتائج الحالات و مناقشتها في ضوء الفرضيات ، ثم الخاتمة و التوصيات ، الاقتراحات تليها قائمة المراجع و الملاحق .

ملخص البحث :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاكتئاب لدى الراشدة المصابة بالتصلب اللويحي المتعدد .

ثم هذا البحث في مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بلاطو ، تكونت العينة من ثلاث حالات إناث تتراوح أعمارهن ما بين 29 و 39 سنة استخدمت فيها مقياس بيك الثاني للاكتئاب .

استعملت في دراستي المنهج العيادي الذي يتطلب استعمال دراسة الحالة اعتمدت فيه على أدوات لجمع المعلومات المتمثلة في المقابلة العيادية ، الملاحظة ، مقياس بيك الثاني للاكتئاب .

قمت بصياغة الإشكالية على النحو التالي : هل الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد تؤدي إلى الاكتئاب ؟

للإجابة عن الإشكالية وضعت فرضية عامة وفرضيتين جزئيتين المتمثلة في :

الفرضية العامة :

الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد تؤدي إلى الاكتئاب .

الفرضيات الجزئية :

- ❖ توجد علاقة بين الإصابة بالمرض والاكتئاب .
- ❖ توجد فروق بين الإناث المتزوجات والعازبات في درجة الاكتئاب .

ومنه جاءت النتائج على النحو التالي :

- ❖ الفرضية الجزئية الأولى لم تتحقق مع الحالة الأولى والأخيرة ولكن تحققت مع الحالة الثانية.
- ❖ الفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق مع الحالة الأولى والأخيرة ولكن تحققت مع الحالة الثانية .
- ❖ الفرضية العامة : لم تتحقق بصورة كلية لان العينية كانت صغيرة .

ختمنا دراستنا بمجموعة من التوصيات والاقتراحات على ضوء النتائج التي تحصلت عليها.

الكلمات المفتاحية :

الاكتئاب ، مرحلة الرشد ، مرض التصلب اللويحي المتعدد.

Résumé:

L'étude visait à identifier la dépression chez les femmes adultes atteintes de sclérose en plaques .

Puis cette recherche est venue dans l'intérêt l'intérêt Réadaptation fonctionnelle à l'université Hôpital Blato.

L'échantillon était composé de trois cas féminins, âgés de 29 à 39 ans, dans lesquels l'échelle de dépression Beck II a été utilisée.

j'ai utilisé dans mes études, l'approche clinique, l'entretien clinique, l'observation et l'échelle de dépression Beck II.

J'ai formulé le problème comme suit :

La sclérose en plaques provoque- t- elle la dépression ?

Afin de répondre au problème, une hypothèse générale et deux hypothèses partielles ont été développées :

Hypothèse générale :

La sclérose en plaques conduit à la dépression.

Hypothèses partielles :

- ❖ Il existe un lien entre la maladie et la dépression.
- ❖ Il existe des différences entre les femmes mariées et célibataires dans le degré de dépression.

De là, les résultats sont les suivants :

- ❖ La première hypothèse partielle n'a pas été remplie avec le premier et le dernier cas, mais elle a été confirmée avec le deuxième cas.
- ❖ La deuxième hypothèse partielle n'a pas été remplie avec le premier et le dernier cas, mais elle a été vérifiée avec le deuxième cas.
- ❖ L'hypothèse générale : elle n'a pas été entièrement remplie car l'échantillon était petit.
Nous avons conclu notre étude par un ensemble de recommandations et de suggestions à la lumière des résultats obtenu .

mots clés :

Dépression , âge adulte , sclérose en plaques.



الفصل الاول : الاطار العام للبحث

- (1) الاشكالية
- (2) الفرصيات
- (3) اسباب اختيار الموضوع
- (4) اهداف البحث
- (5) اهمية البحث
- (6) تعريف المفاهيم الاجرائية للبحث
- (7) دراسات السابقة

تمهيد:

سوف نتعرض في هذا الفصل إلى إشكالية الموضوع التي جاءت في بداية التقديم و تفسير المتغيرات التي تجمع الدراسة الحالية فيما بينهما، مع تبيان العلاقة الرابطة بين هذه المتغيرات لتنتهي بتساؤلات المتولدة عن هذه الروابط ، يليها تحديد فرضيات الدراسة من اجل التحقق منها فيما بعد في الجانب الميداني ، أهدافها ، كما بينت أسباب و أهمية الموضوع ، ثم نتطرق بعدها إلى تعريف أهم المصطلحات المستعملة ، و أخيرا نقدم ملخصاً لأهم الدراسات السابقة .

1. الإشكالية:

إن التطور الذي يشهده العصر الحديث بما أوجده من تغيرات ساهمت في رفاهية الإنسان وراحته ، و في نفس الوقت ظهور في زيادة الأمراض مهما كان نوعها بسيط أو خطير ، مزمن أو حاد .
(زويرق ، 2018 : 84) .

فالإنسان وحدة متكاملة بين ما هو نفسي و جسدي ، فإذا أصيب أحد منهما فسوف يؤثر على الآخر تأثيرا بالغا ، فالأمراض العضوية قد يكون لها ردود أفعال نفسية عديدة كالشعور بالقلق ، الاكتئاب و اليأس خاصة إذا كانت خطيرة و مزمنة ، التي تهدد حياة الفرد بشكل عام مدى الحياة ، كما أن الحالة النفسية لها تأثير واضح على صحة و جسم المريض لأنها تلعب دورا مهما في حالته المرضية .
(جاسم محمد ، 2008 : 13) ، حيث تولد آثار سلبية على حياة المصابين به سواء كانت نفسية ، جسدية ، مهنية ، اقتصادية أو اجتماعية .

من بين الأمراض المزمنة التي أصبحت أكثر انتشارا في الآونة الأخيرة ألا هو مرض التصلب اللويحي فهو مرض التهابي مزمن يصيب الجهاز العصبي المركزي ، يعد احد أمراض المناعة الذاتية ، يتسبب في إزالة الميالين من الألياف العصبية ، تؤثر على المادة البيضاء الموجودة في الجهاز العصبي أي (الدماغ ، الحبل الشوكي ، الأعصاب البصرية) . يعتبر السبب الرئيسي للإعاقة العصبية الحركية المكتسبة لدى الشباب . (Samuel Gaigeard , 2016 : 2) تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 40 سنة

يهاجم الجهاز المناعي الأنسجة و الخلايا داخل الجهاز العصبي المركزي ، يتسبب في تلف الوصلات العصبية مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض العصبية المبكرة تتضمن (الشعور

بالتتمل ، ازدواجية الرؤية ، الصعوبة في المشي ، فقدان التوازن ، صعوبة النطق في الكلام) ، تترك الأعصاب و الخلايا و المحاور العصبية تالفة .

يؤكد Marc (2018 ، 18) بان التصلب اللويحي المتعدد وصف لأول مرة من طرف طبيب الأعصاب jean Martin Charcot 1868 فرنسي ، يسبب أفات التهابية تتسبب في اضطرابات حركية - حسية - إدراكية على المدى الطويل ، يمكن أن تتطور إلى إعاقة . العلاجات الحالية تسمح بتقليل من الانتكاسات و تحسين نوعية حياة المريض ، لكنها ليست فعالة بما يكفي لمحاربة تطور المرض حوالي 30 % .

تشير الدراسات بان عدد المصابين بهذا المرض يقدر بحوالي 2 إلى 2.3 مليون شخص في جميع أنحاء العالم . (David Brassat , 2017 : 186) يصيب النساء أكثر من الرجال أي حوالي 3 نساء لرجل واحد (المرجع السابق ، 2018 : 18) .

حسب الإحصائيات الحديثة لنسبة انتشار مرض التصلب اللويحي المتعدد نجد في أمريكا الوسطى و اللاتينية 20 / 100000 ، في استراليا 60 و 205 حالة في بلدان شمال اوروبا ، نجد معدل انتشاره في اليابان و الصين منخفض جدا 13 / 100000 ، و في الجزائر يقدر عدد انتشاره 23.7 و 39.7 حالة لكل 100.000 نسمة ، في الدراسات التي أجريت في تلمسان و بليدة (F. Bouali , 2020 : 2)

وفق للدراسات الجزائرية الحديثة التي قامت بها (الصنهاجي ، 2015) ثم ملاحظته ظهوره في الطفولة بشكل متكرر ، تعتقد بان المرض يصيب ما بين 7500 و 15000 مريض في الجزائر حوالي 30 حالة لكل 100.000 كل عام . (Houari Benkada , Mohamed Mebtoul , 2018 :)

. (36)

فالآثار التي يحدثها التصلب اللويحي المتعدد تتجم عن تلف الغشاء المياليني ، الذي يتكون من المادة الدهنية المحيطة بألياف الخلايا العصبية ، تعمل هذه المادة على تسهيل توصيل النبضات العصبية عبر الخلية . (شيلي تايلور ، 2008 : 64) .

يرتبط الالتهاب بنوبات الأعراض التي تأتي بسرعة و تستمر لأكثر من 24 ساعة بالرغم من أنها قد تستمر لأسابيع أو أشهر ، عندما يتوقف الالتهاب تتعافى الأعراض و لكن قد لا تعود إلى نفس المستوى الذي كانت عليه قبل الانتكاسة . (Simon Webster , 2014 : 5 , 65)

من أكثر الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا بعد القلق ألا و هو الاكتئاب الذي أصبح يسمى بمرض العصر ، فهو استجابة تثيرها حادثة مؤلمة لا تأثر على المريض وحده بل أيضا أسرته ، نجدهم دائما يشعرون (بالحزن ، اليأس ، الإحباط ، التوتر ، الإجهاد ، القلق و الخوف من عدم الشفاء منه) .

هناك دراسات عديدة تناولت الاكتئاب نجد :

الدراسة التي أجراها " **Patten et al , 2003** " « فقيم انتشار الاكتئاب الحاد خلال مسح الصحي ، في كندا التي تم إجرائها على عموم السكان عامي 2001 و 2020 ، شمل هذا العمل 111.71 شخصا فوق 18 سنة مع استكمال الاستبيان الهاتفي ، لوحظ أن انتشار الاكتئاب الحاد يكون اكبر عند مرضى التصلب اللويحي المتعدد ب 15.7 % مقارنة بالأشخاص المرضى بالأمراض المزمنة الأخرى ب 9.1 % تؤكد هذه الدراسة بان هناك زيادة في عدد الحالات الاكتئاب الشديد عند مرضى التصلب اللويحي المتعدد بنسبة 6.8 % مقابل 3.2 % للمرضى غير المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد و 4 % للمرضى الذين يعانون من أمراض أخرى مزمنة » .

" **Schiffer 1990 , 1997 . Minden et al , 2002** " « أفادت الدراسات المختلفة بان انتشار الاكتئاب في التصلب اللويحي المتعدد كان أعلى بكثير 29 % إلى 34 % مقارنة بمجموعات أخرى من المرضى بالأمراض المزمنة » .

أجريت دراسة حديثة أخرى على أكثر من 500 مريض ، أظهرت النتائج بان انتشار الاكتئاب أعلى لدى مرضى الشباب الذين يعانون من المرض أكثر تقدما . (Patrick Nermersch، 2012 : 66)
توصلت الدراسة إلى أن خطر الإصابة بالاكتئاب و التوتر أعلى لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد ، مقارنة بالأشخاص الأصحاء .

يرى "كرنس و باكر" (1993) « إن المكتئبين يفقدون علاقاتهم بالمحيطين بهم ، كما أنهم لا يحسنون التعبير عن دواتهم و يفقدون مصادر المساندة الاجتماعية ، إلى جانب نظرتهم اللاتوافقية لدواتهم »

و يرى كل من " لارا و كلين " - (Lara et Klein , 1999) في دراستهما حول « المعتقدات السلبية التي يحملها المكتئب حول ذاته ، و انه كلما امتدت مدة الاكتئاب في الزمن و طالت كلما كانت التفاعلات الاجتماعية سلبية » (ورد في مزغيش سمية عيسى ، 2013 : 113 - 114) .

أجريت أيضا دراسة بكندا سنة (2018) بـ 16.3 % يعانون من الاكتئاب و التوتر و القلق التي لها آثار سلبية على نوعية حياة المريض ، أجريت دراسة أخرى في ايطاليا سنة (2011) إلى أن 34.9 % يعانون من الاكتئاب و في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (2017) اكتشفت بان 20.6 % من مرضى التصلب اللويحي المتعدد يعانون من الاكتئاب (Karimi et al , 2016 : 2 - 3)

يرى Meriem Damak et al 2014 في دراسته حول الأثر النفسي للمرض قامت بتقييم Fréquences للقلق و الاكتئاب لدى 100 مريض تونسي يعانون من التصلب اللويحي المتعدد و ارتباطهم بملفهم السريري ، يحدث بان 30 % من الحالات تتأثر بالقلق و 23 % تتأثر بالاكتئاب ، ترتبط ارتباطا وثيقا بدرجة إعادة و مدة تطور المرض مع تداعيات الاندماج في البيئة الأسرية و المهنية . (Houari Benkada et Mohamed Mebtoul , 2018 : 3)

يشير الباحث " ليهامن " « إلى أن الاكتئاب أصبح حقيقة من حقائق الحياة التي ترافقنا في كل مكان »
 تدل الإحصائيات منظمة الصحة العالمية (1978) بان ارتفاع نسبته في العالم إلى 5% ، تكمن
 خطورة الاكتئاب بأنه احد الأسباب الرئيسية المؤدية إلى دمار الإنسان ، إذ تشير البحوث إلى ارتباطه
 بالانتحار أي 50 % إلى 70 % من حالات الانتحار سببها الاكتئاب . (ورد في نصيرة شوال ،
 2017 : 167) .

أجريت دراسة دنماركية قام بها " stenager et al " 1992 على 5525 مريضا ، توصلت بان
 ثلثي المرضى الذين اتجهوا إلى الانتحار ، كانوا يعانون من اكتئاب شديد .
 "Leray et al" 2007 وجدت زيادة معدل الانتحار بين الرجال قبل سن 30 و النساء بعد 30 سنة
 في غضون 5 سنوات من التشخيص .

هناك 1905 مريض ، 94 % منهم وفيات ، بما في ذلك 9.6 % من حالات الانتحار ، تؤكد الأرقام
 الخاصة بمجموعتين الكندية و الدنماركية . (- S158 : 2009 ، M. Cohen ، C. Lebrun ،
 S159) .

و بالتالي فان الاكتئاب يقف عائقا أمام تحسين صحة المريض و امتثاله للعلاج ، فتدهور صحته و يفقد
 الأمل في الشفاء ، لأنه لا يستطيع القيام بأعماله المعتاد عليها كما ينبغي ، و هذا ما يؤدي به إلى
 الاكتئاب خاصة شريحة الراشدين . ومن هذا المنطلق نطرح التساؤل التالي :

- هل الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد تؤدي إلى اكتئاب ؟

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

- الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد تؤدي إلى اكتئاب .

الفرضية الجزئية :

- توجد علاقة بين الإصابة بالمرض و الاكتئاب .
- توجد فروق بين الإناث المتزوجات و العازبات في درجة الاكتئاب .

3- أسباب اختيار الموضوع :

يمكن أن نختار موضوع بحثنا استنادا إلى جملة من الأسباب التي نتقسم إلى قسمين و هما :

1. أسباب ذاتية :

- نقص الاهتمام بهؤلاء المرضى من الناحية النفسية .
- إصابة خالتي بالتصلب اللويحي المتعدد ، دفعني لدراسة هذا الموضوع .

2. أسباب موضوعية :

- دراسة التصلب اللويحي المتعدد و التعمق فيه .
- تسليط الضوء على هذا المرض من اجل التعرف عليه بكل جوانبه (النفسية ، الاجتماعية ، الجسدية)

- توعية المجتمع و الأسرة بمخاطر هذا المرض المزمن و النادر من اجل التكفل بالمريض .
- الميل الشخصي لدراسة هذا الموضوع ، باعتبار أن مريض بالتصلب اللويحي المتعدد يؤثر سلبيا في نظرته إلى المستقبل و خوفه من ملازمته طوال حياته و عدم الشفاء منه .

3. الأهداف:

- التعرف على درجة الاكتئاب من خلال تطبيق مقياس بيك .
- تهدف الدراسة إلى الإجابة عن التساؤل الذي يتلخص في التعرف على ما إذا كان الراشد المصاب بالتصلب اللويحي المتعدد يعاني من الاكتئاب والتحقق من الفرضيات المطروحة.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين اضطراب الاكتئاب و مرضى التصلب اللويحي المتعدد .
- لفت نظر الجهات المعنية إلى ضرورة التكفل و الاهتمام بهذه الشريحة ، باعتبارهم فئة مهمشة تحتاج إلى رعاية نفسية .
- إجراء المزيد من الدراسات و البحوث العلمية حول الموضوع .
- محاولة التقرب من المرضى من اجل التخفيف من معاناتهم النفسية و التكفل الخاص بهم .
- معرفة كيفية التكفل الأخصائي النفساني بمرضى التصلب اللويحي المتعدد بالمستشفيات و الجمعيات لتغطية النقائص الموجودة بغية تعديلها و تحسينها .
- اكتساب الخبرة الميدانية في الممارسة العيادية .
- التدريب على تقنيات البحث العلمي .

4. الأهمية : تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي :

- الاهتمام بالجانب النفسي لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد .
- فتح مجال معمق حول موضوع التصلب اللويحي المتعدد من الجانب النفسي أكثر .
- توعية المريض و أهله حول المرض و كيفية التعامل معه بشكل ايجابي .
- التكفل النفسي بمرضى التصلب اللويحي المتعدد من اجل التخفيف من معاناته النفسية .

5. تحديد مصطلحات الدراسة :

1. الاكتئاب :

تعريف إجرائيا :

هو مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوص من خلال تطبيق مقياس " بيك " للاكتئاب .

تعريف اصطلاحا :

يعرف " بيك 1987 " « بأنه احد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد ، فقدان الحب و كراهية الذات ، الشعور بالتعاسة ، فقدان الأمل ، عدم القيمة ، نقص النشاط ، الاضطراب المعرفي متمثل في النظرة السلبية للذات ، انخفاض في تقدير و تشويه المدركات ، تحريف الذاكرة و توقع الفشل في كل محاولة ، نقص في الفعالية العقلية » (بدبعة واكلي ، 2014 : 293)

2. الراشد :

هي مرحلة القوة و الشدة ، يكون فيها الفرد مؤهلا لإنتاج و تحمل المسؤولية ، تمثل مرحلة جديدة في حياة الفرد ، أي الانتقال من الطفولة و التبعية إلى الاستقلالية و تحمل المسؤولية ، تبدأ مع بداية العقد الثالث من العمر أي (بعد سن 21 و تنتهي مع نهاية الستينات) ، تعد أطول مراحل النمو الإنساني تتسم هذه المرحلة بالنضج و اكتمال نمو شخصية الفرد . (بشرى أيوب ، 2018 : 79)

3. التصلب اللويحي المتعدد :

هو مرض التهابي مزمن مزيل الميالين في الجهاز العصبي المركزي ، يتميز بالالتهاب و إزالة الميالين و التغيرات التنكسية ، يبدأ عادة ما بين 20 إلى 40 سنة ، يصيب ضعف إلى ثلاث أضعاف عدد النساء أكثر من الرجال ، يشكل السبب أكثر شيوعا للإعاقة غير الرضحية لدى الشباب البالغين ،

يختلف معدل الإصابة به باختلاف المناطق المصابة . (X.Montalban , R. Gold et al , 96 : 2017).

6. دراسات السابقة :

تعتبر الدراسات السابقة ركيزة أساسية لصياغة الإشكالية من أجل التحقق منها ، يعتمد عليها الباحث بعد اختيار موضوع الدراسة ، لابد من الاطلاع عليها قبل الشروع في البحث ، سوف نستعرض بعض الدراسات التي تخدم دراستي تتمثل فيما يلي :

دراسة أجنبية :

(F. Manoudi · R. Chagh · F. Asri · M. Tarwate · I. Tazi · A. ، 2010 ، S13)

(Tahiri · N. Bouras

تهدف هذه الدراسة إلى تقدير انتشار الاكتئاب لدى مجموعة من مرضى السرطان ، لوصف ملفهم الاجتماعي و الديمغرافي و السريري ، و تحديد العوامل المحتملة التي تؤثر على ظهور الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى ، أجريت الدراسة في قسم الأورام بمستشفى محمد السادس بمراكش ، شملت العينة 100 مريض مصابون بالسرطان في المراحل المختلفة ، اعتمدت على مجموعة من الأدوات : (DSM.IV لتشخيص الاكتئاب ، مقياس بيك لتقييم شدته ، أظهرت النتائج بان انتشار الاكتئاب بلغ 15 % ، 26.7 % كان شديد و 60 % متوسط و 13 % خفيف .

كان الاكتئاب شائعا عند النساء اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 37 و 50 سنة (المتزوجات ، غير متعلمات ، المستوى الجامعي) ثم اكتشافه في وقت مبكر جدا (من شهر إلى 3 أشهر) يجب الاهتمام بمرضى السرطان مع الكشف المبكر عن الاكتئاب و علاجه من اجل ضمان رعاية شاملة و نوعية الحياة أفضل . (4). Psycho -Oncol. Pour citer cette revue : 2010.

دراسات بالعربية :

دراسة (عتاب حميمي ، الاكتئاب لدى النساء المريضات بالسكري اللواتي يتناولن الأنسولين ،
جامعة بويرة ، 2 - 13 : 2016)

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الصعوبات و المشاكل النفسية التي تعيق المصابات بالسكري ،
خاصة ظاهرة الاكتئاب و مدى تأثيرها على حياتهن الشخصية و الاجتماعية ، تكونت الدراسة من 10
حالات ، كلهن مصابات بمرض السكري و يتناولن الأنسولين ، تتراوح أعمارهن ما بين 20 و 58 سنة ،
اعتمدت على مقياس بيك لقياس شدة الاكتئاب .

بينت النتائج بان هناك فروق في درجة الاكتئاب تبعا لسن ، إذ أن المريضات اللواتي تراوحت أعمارهن
ما بين 27 و اقل من 40 سنة كان لديهن اكتئاب متوسط إلى شديد ، كانت نتيجة لذلك تأثير واضح
على حالتهم النفسية و الاجتماعية . أما اللواتي كان سنهن ما بين 40 و 58 سنة ، الاكتئاب
لديهن من المعتدل إلى الحد الأدنى ، كان التزامهن بتناول الأنسولين دور في زيادة الاكتئاب و المعاناة
النفسية ، يرجع ذلك لمعرفتهن أن هذا المستوى من المرض له مضاعفات على حياتهن العضوية و
النفسية ، خاصة عند تناول الأنسولين و هو الأمر الذي فيه يضاعف درجة الاكتئاب عندهن و يؤدي
إلى سوء حالتهم النفسية .

دراسة (زوريق غنية ، بلميهوب كلثوم ، فاعلية برنامج علاج معرفي - سلوكي في التخفيف من
أعراض الاكتئاب لدى مستاصيلات الثدي ، 94 - 83 ، جامعة الجزائر ، 2018)

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض
الاكتئاب لدى مستاصيلات الثدي ، تكونت العينة من 3 حالات من النساء اللواتي يترددن إلى

مصلحة أمراض الثدي بمؤسسة متخصصة بمكافحة السرطان بمستشفى مصطفى باشا ، ثم اختيارهما بطريقة القصدية على أساس ارتفاع درجة الاكتئاب لديهن ، من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب تشير النتائج إلى انخفاض واضح في درجة الاكتئاب في المقياس القلبي و البعدي وهذا ما يؤكد صحة فرضية الدراسة .

علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب (بديعة واكلي ، 2014 : 287

(320 /

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة التي تربط بين استراتيجيات مواجهة الضغط و درجة الاكتئاب استخدمت الباحثة استبانة لقياس استراتيجيات مواجهه الضغط و تشخيص الاكتئاب . توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين درجة الاكتئاب و استعمال إستراتيجية المواجهة الفعالة و إستراتيجية حل المشكل و كذا إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي كما أسفرت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين درجة الاكتئاب و استعمال إستراتيجية التجنب و إستراتيجية الانفعال عند مواجهة الضغوط.

دراسة (تاويريت نورالدين و زقعار فتحي ، 2013 : 121 - 131 - 132)

تهدف الدراسة الحالية إلى التقليل من درجة الاكتئاب لدى البالغين المصابين بالصرع باقتراح برنامج علاجي صوتي باستخدام سماع آيات قرآنية (سورة الفاتحة ، آية الكرسي ، آخر آيتين من الآيات). سورة البقرة وكذلك الآية رقم 25 في الآية رقم 28 من سورة طه سورة الإخلاص ، سورة الفلك ، سورة الناس للقارئ الشهير "محمد الصديق المنشاوي" تحت أشكال جلسات علاجية على مجموعة مكونة من 4 حالات بالمستشفى الجامعي "دريد حسين" ، خدمة الطب النفسي ، في القبة - الجزائر العاصمة .

استخدم المنهج العيادي و اعتمد على مجموعة من أدوات البحث (الميزانية النفسية العصبية ، مقياس ارون بيك للاكتئاب ، معايرة الناقل العصبي سيروتونين في الدم) .

أظهرت نتائج دراسة الفعالية الإيجابية لبروتوكول العلاج الصوتي باستخدام الاستماع إلى آيات من القرآن تؤكد وجود انخفاض درجة الاكتئاب لدى الراشدين المصابين بالصرع .

2. دراسات حول التصلب اللويحي المتعدد :

دراسة (بولكويرات صليحة ، شريفي هناء ، بزوان حسيبة ، 2018 : 64 - 71 - 72 - 79)

تهدف الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق و الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد ، تكونت عينة الدراسة من حالتين 20 و 40 سنة ثم اختيرهما بطريقة القصدية ، استخدموا منهج الشبه التجريبي ، اعتمدوا على مجموعة من الأدوات المقابلة النصف الموجهة ، مقياس بيك للاكتئاب ، مقياس القلق سبيلبيرجر و أيضا استخدموا برنامج العلاجي يحتوي على مجموعة من التقنيات العلاجية (تقنية الاسترخاء العضلي ، تقنية ضبط الذات ، تقنية تأكيد الذات ، تقنية الواجب المنزلي ، تقنية النمذجة) .

أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق بين المقياس القبلي و البعدي في درجة أعراض القلق و الاكتئاب لدى كلا الحالتين . ثم تعليم المفحوصتين التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية من خلال التدريب على تقنيات الاسترخاء ، تقنية ضبط الذات ، التحكم بالأفكار السلبية ، تأكيد الذات و تقنية النمذجة التي ساعدتهم في التحكم بانفعالاتهم و تغير الأفكار السلبية إلى أفكار أكثر ايجابية .

دراسة (دلوي فتيحة ، اثر الأسري النسقي في التخفيف من حدة الاكتئاب عند مرضى التصلب

اللويحي ، جامعة وهران 2 ، 2017 ، 1)

هدفت إلى معرفة ما إذا كان العلاج الأسري اثر في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضى التصلب

اللويحي و المتمثل في احد أنواعه و هو العلاج النسقي . إذ من خلاله تتحسن العلاقات الأسرية و

الاجتماعية . تمت هذه المذكرة في مصلحة طب الأعصاب بالمستشفى الجامعي بوهران على عينة من

20 حالة لمرضى التصلب اللويحي تتراوح أعمارهم ما بين عشرون إلى ستة و أربعون سنة. تكونت

العينة من عشرون حالة هذا في الدراسة الاستطلاعية أما الدراسة الأساسية فقد طبقت على أربعة حالات

و في نفس المصلحة منها حالتين طبق عليهما العلاج و حالتين لم يطبق عليهما نظرا لصعوبة توسيع

العينة لأننا بصدد القيام بالعلاج الأسري و هذا يتطلب وقت اكبر في حين تطلبت منا الدراسة

الاستطلاعية أكثر من حصتين لتطبيق الأداة المستعملة ألا و هي مقياس بيك للاكتئاب .

استعلت في هذه الدراسة المنهج العيادي الذي يتطلب استعمال دراسة حالة اعتمدت فيه على دراسة الحالة

المقابلة العيادية ، الملاحظة كما استعملنا اختبار بيك لمقياس الاكتئاب و سلم قياس درجة الإعاقة .

استنتجت الدراسة بان العلاج الأسري النسقي أعطى نتائج ايجابية تمثلت في انخفاض حدة الاكتئاب الذي

يظهر جليا في النتائج التي توصلت إليها بان نسبة ظهور الاكتئاب مرتبطة بدرجة الإعاقة . فكلما كانت

الإعاقة عميقة كانت نسبة ظهور الاكتئاب .

التعقيب عن الدراسات السابقة :

من خلال ما ثم عرضه في الدراسات السابقة التي تناولت متغير الدراسة ، كانت متطابقة مع موضوع

الدراسة الحالية ، اتفقت هذه الدراسات بان الاكتئاب هو شعور بالحزن الشديد ، فقدان الشهية ، مزاج

حزين ، تدني احترام الذات كدراسة بولكويرات صليحة ، شريفي هناء ، بزوان حسيبة 2018 توصلت

إلى إن معدل انتشار الاكتئاب في القياس القبلي تحصلت المفحوصة على 30 / 39 و في القياس البعدي 15 / 39 ، أما المفحوصة الثانية تحصلت في القياس القبلي على درجة 14 / 39 والقياس البعدي على 4 / 39 ، نستنتج من خلال هذه الدراسة بان برنامج سلوكي المعرفي نستنتج من خلال هذه الدراسة بان درجة الاكتئاب انخفضت بعد إعادة تطبيق المقياس في برنامج سلوكي المعرفي .

وكذلك دراسة عتاب حميمي 2016 التي أكدت بان المريضات اللواتي يتناولن الأنسولين يولد لديهن اكتئاب شديد ، كذلك بالنسبة إلى دراسة زوريق غنية ، بلميهوب كلثوم 2018 التي أكدت بان برنامج العلاج المعرفي السلوكي قام بتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مريضات بسرطان مستاصيلات الثدي ، تحصلت المريضة على 21 درجة في مقياس بيك القبلي أما البعدي كانت النتيجة 5 درجات و بالتالي فان فرضية هذه الدراسة تحققت .

أفادتنا هذه الدراسات في تحديد فرضيات البحث و أدوات الدراسة ، اتضح من خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغير الاكتئاب لا تختلف من حيث الهدف و مكان الدراسة و العينة ، لان معظمها أجريت بالمستشفى .

دراستنا الحالية تناولت الاكتئاب عند الراشديات المصابات بالتصلب اللويحي المتعدد استخدمت فيها مقياس بيك للاكتئاب المهمة في دراستنا ، و هو ما تم تناوله في الدراسات السابقة .

الفصل الثاني : الاكتئاب

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الاكتئاب

2. تعريف الاكتئاب

3. نسبة انتشار الاكتئاب

4. النظريات المفسرة للاكتئاب

5. مظاهر الاكتئاب

6. أسباب الاكتئاب

7. تصنيفات الاكتئاب

8. أعراض الاكتئاب

9. تشخيص الاكتئاب

10. علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب احد الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها الإنسان في عصرنا الحالي وهذا راجع إلى كثرة الأزمات (الاقتصادية و الاجتماعية و المشاكل اليومية) تأثر تأثيرا مباشرا على الجانب العضوي للفرد يزداد أكثر حدة إذا كان الشخص مصاب بمرض عضوي خطير ، ينتج عنها ضغط شديد ، سيتم في هذا الفصل التطرق إلى تقديم لمحة تاريخية عن الاكتئاب و كذلك تعريفه ، نسبة انتشاره و النظريات المفسرة للاكتئاب ، أسبابه ، أعراضه ، أنواعه ، أشكاله و كيفية تشخيصه ثم علاجه و أخيرا الخلاصة .

1. لمحة تاريخية :

الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية ، لقد سجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام ، التي ثم العثور عليها و ترجمة محتواها . مما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن .

كما ورد في مراجع التاريخ أيضا بان الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب كان يتم الاهتمام بها و علاجها بوسائل و طرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة للعلاج في وقتنا الحالي ، فقد ورد وصف الأنشطة الترفيهية و العلاج بالماء و استخدام الإيحاء و العلاج الديني لاضطرابات النفسية كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل : الاكتئاب بأمراض القلب ، و هذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد و النفس ، و بين الأمراض العضوية و النفسية . ذكرت أعراضه في كتابات الإغريق عن طريق الأساطير ، الشعر و الأدب . إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي (لطي الشربيني ، 2001 : 23)

وصف ابقراط 460 - 377 ق للميلاد . المالنخوليا كأول و أهم الأمراض العقلية و أوسعها انتشارا ، قال بان السوائل الجسمية هي مجموع الأخلاط الأربعة : السوداء ، الصفراء ، الحمراء ، النخامية ، تغلب السوداء في حالة المالنخوليا ، بينما أضاف (جالن) بعد ذلك أن اختلاط السوداء بالصفراء و تزايد الاثنين يؤدي إلى حالة اضطراب المزاج . (وليد سرحان و آخرون ، 2008 : 12)

في القرون الوسطى نشر الطبيب الانجليزي (روبرت بيرتون) في كتابه the Atonomy of Melancholia تشريح الكآبة ، يعد فيه هذا المرض مرضا عالميا . (نفس المرجع ، 13)

و في القرن 14 ميلادي تم إنشاء أول مستشفى "بيمارستان" لقب باسم " قلاوون " في القاهرة ، تم تخصيص مكان بالمستشفى لعلاج المرضى العقليين بعد أن ظل التفكير بان المرض النفسي هو نتيجة للسحر ، المس ، الجن و الأرواح الشريرة كان سائدا لوقت طويل . بدأ التفكير العلمي في علاج هذه الأمراض بصورة تشبه علاج الأمراض العضوية . (المرجع السابق ، 26 - 25)

و في القرن 19 أصبح الاكتئاب يحتل موقعا مركزيا في أعمال كبار الأطباء النفسانيين ، أمثال كريبلين الطبيب النفسي الألماني أول من قام بتصنيف الأمراض النفسية مثل (الهوس ، الفصام) ثم جاء العالم النفسي الشهير فرويد (1856 - 1936) بنظرياته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفاهيم الاضطرابات النفسية . (لطفى الشربيني ، 2001 : 26)

لقد شهدت الفترة الأخيرة في النصف الثاني من القرن العشرين اهتمام كبير لدراسة هذا المرض لدرجة التي جعلت كليرمان (1979) يقول بان هذه الفترة يمكن أن تسمى بعصر الماينخوليا للاكتئاب .

(وليد سرحان ، 2001 : 14 - 15)

2. تعريف الاكتئاب :

تعريف الاكتئاب لغة :

الاكتئاب في اللغة العربية : الحزن و الهم فهو كئيب و أكاب فلانا أي أحزنه ، و الكآبة تعني تغير النفس و انكسارها . (أديب محمد الخالدي ، 2014 : 85)

الاكتئاب بمعنى كئيب ، الكآباء : الحزن الشديد ، امرأة كآباء ذات كآبة و حزن يقال : ما أكأبه أي ما اشد حزنه ، المكتئب ذو كآبة ، يقال (رماد مكتئب اللون) أي ضارب إلى السواد . (المنجد في اللغة، 2010 : 668)

كما عرف في (موسوعة علم النفس) بأنه موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضح ، و ينطوي على الشعور بالتصور وعدم الكفاية و اليأس ، بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا ، يصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي و العضوي (أسعد رزوق ، عبد الله الدايم ، 1987 : 44)

مفهوم الاكتئاب اصطلاحا :

لقد تعددت و تنوعت التعاريف المقدمة للاكتئاب المتمثلة فيما يلي :

- يعرف زهران (1995 ، 449) **الاكتئاب** : بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر ، تنتج من ظروف محزنة أليمة ، تعبر عن شيء مفقود ، لا يعرف المريض سبب الحقيقي لحزنه .

- يعرف مارسيللا (MARSELLA) **الاكتئاب** : بأنه حالة عابرة من الشعور بالحزن و الكآبة و اليأس و فقدان السعادة . (حسين علي قايد ، 2001 : 61)

- **الاكتئاب حسب ولمان** : هو عرض سلوكي شاد ، و شعور بالعجز و فقدان الأمل وعدم الكفاءة قد تكون هذه الأعراض علامات لكثير من الاضطرابات ، فضلا عن تلك المشاعر، قد تحدث لدى الأشخاص الأسوياء. (منتهى عبد الصاحب ، 2010 : 97) .

- يعرف البلاح (2004 ، 10) الاكتئاب : بأنه حالة من المزاج الكئيب ، و نقص الاهتمام الاجتماعي ، و الشعور بالوحدة و العزلة الاجتماعية ، نقص قيمته بالذات و كذلك عدم الرغبة في التواصل مع الآخرين .

- تعريف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية و العقلية للاكتئاب : هو مجموعة من الأعراض المترامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق و عدم الارتياح DYSPHONICMOOD و فقدان الاهتمام و المتعة بالأنشطة المعتاد عليها ، وعدم الرضا وانقباض الصدر ، و سرعة الغضب أو الانفعال ، صعوبة التركيز و التفكير في الموت و المحاولات الانتحارية . (محمد السيد عبد الرحمان ، 1998 : 17)

الاستنتاج:

من خلال هذه التعاريف نستنتج بأن الاكتئاب هو: شعور الفرد بالحزن العميق و الوحدة القاتلة و تغير المزاج ، حيث يجعل المصاب به لا يرى أي قيمة للحياة ، يعاني من عدم قدرته على التعامل مع مسؤولياته بنجاح ، وهذا ما يؤدي به إلى العزلة و إيذاء الذات ، و في اغلب الأحيان تكون الحالات الشديدة عرضة للخطر يصل بهم الحال إلى الانتحار.

3. نسبة انتشار الاكتئاب :

الاكتئاب هو من أكثر الأمراض النفسية انتشارا ، حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم يزيد عن 500 مليون إنسان ، تشير هذه الإحصائيات بان نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7 % من سكان العالم . من المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10 % خلال

الأعوام القليلة . (ثائر عاشور ، 2017 : 19) تشير إحصائية منظمة الصحة العالمية أجريت عام 1994 بان نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18 % من العينة التي شملتها الدراسة . هذا يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة من مراحل حياتهم ، تم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة و 7.7% كحالات اكتئاب متوسطة و 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة .
(شرييني ، 2001 : 31)

إن ما يقارب 80 % من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء و لا يتم اكتشافهم ، أما بقية الحالات الأخرى ، فان ما يقارب من 13 - 15 % منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين الذين يعملون في تخصصات مختلفة غير الطب النفسي ، لا يذهب إلى الأطباء النفسيين سوى 2 % فقط من مرضى الاكتئاب . تقدر نسبة الإصابة بالاكتئاب بين المرأة و الرجل حوالي 1.2 أو 2.3 يدل ذلك بان مقابل كل حالتين عند الرجال يوجد 3 حالات عند السيدات . (نفس المرجع : 32 - 34) يشير حمودة 1990 بان : « الاكتئاب يحدث في الأعمار بما في ذلك الطفولة ، و لكن نسبة 50 % يصابون به بين 20 و 50 سنة بمتوسط العمر 40 سنة » (الوارد في نوفل ، 2016 : 125)
أما النساء تصبن به في سن 35 عاما و الأشخاص المسنين في حدود 70 إلى 80 سنة ، بيت الإحصائيات أخرى بان الاكتئاب يشكل نسبة 30 إلى 35 % من عدد المنتحرين . (زقعار فتحي ، 2013 : 10)

الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار كل عام يصل حوالي 800 ألف شخص في العالم سنويا ، و في الدول العربية و الإسلامية معدل الانتحار عندهم لا يزيد عن 2 - 4 لكل 100 ألف من السكان . (لظفي الشرييني ، 2011 : 18 - 124)

4. النظريات المفسرة للاكتئاب :

لقد حاولت العديد من النظريات السيكولوجية إعطاء تفسير للظاهرة الاكتئابية ، هذا وفقا للخلفية النظرية التي تركز عليها بالرغم من أن لكل منها إسهاما ملحوظا ، لكن النظريات التي تهتم بالاكتئاب تختلف المتمثلة فيما يلي :

1 / نظرية التحليل النفسي :

تعتبر من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب و أقدمها ، حيث أعطت تفسيراً مفصلاً ، يرى أصحاب هذه النظرية بان سبب الإصابة بالمرض ناتج عن الخبرات المؤلمة و الصدمات التي يمر بها الفرد منذ طفولته المبكرة . (إسماعيل يامنة و إسماعيل ياسين ، 2014 : 36 - 37)

ارجع " بيك " الاكتئاب إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما يبالغ في إشباعها أو تقليلها ، و من تم تتمو لديه الاعتمادية في تقدير ذاته . كما أن الطفل قد يخير إما فقدا حقيقيا (موت الأم) أو مدركا لشخص محبوب ، هذا الفقد يكون مصحوبا بغضب صبياني لكنه شديد جدا بسبب الرفض ، إذ لم يستطع الطفل استبدال هذا الفقد فانه ينغمس بالنهاية في عملية الإدماج ، فبدلا من مواجهة الحزن العادي و الحل النهائي الذي يلي الفقد ينمي الطفل أسلوب شخصي يعتمد إلى حد كبير على الآخرين بالنسبة لتقدير الذات و القبول . (حسين فايد ، 2008 : 78 - 79)

يرى " ابرهام مارسلو " أن الشخص يصبح مكتئبا حينما تكون لديه استعدادات طبيعية للإصابة بالاكتئاب ، يؤكد بان المرحلة الفمية التي يعاني منها الطفل من خيبات الأمل في الحب ، قبل أن تحل عقده الاديبيية فضلا عن تأثير العوامل المعززة التي يتكرر حدوثها في الحياة المبكرة ، وجد بان الغضب و الكراهية من المشاعر السائدة عند المكتئبين .

يعتقد " جون بولبي " 1973 بان الاكتئاب يمكن أن يكون استجابة لخبرات الانفصال عن الأشخاص المهمين في حياة الفرد . (عبد الصاحب ، 2011 : 110 - 111)

فقد اتفق التحليل النفسي من وجهة نظر (فرويد) الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات ، لكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة و المثيرة للغضب ، بحيث يراها " ابرهام مارسلو " بأنها مرتبطة بالفشل في الحصول على الحب ، و يرى " رادو " الاكتئاب ماهو إلا صرخة بحث عن الحب و يصف " اوتوفينخل " بان المكتئب إنسان مدمن على الحب . (إسماعيل يامنة و إسماعيل ياسين ، 2014 : 79 - 80)

النقد :

هذه النظرية تعرضت للعديد من الانتقادات لكن أنصارها ردوا على تفسير الانتقادات الموجهة لهم ، وجهة نظر فرويد يرجع الاكتئاب إلى الأحداث الصادمة التي يواجهها الطفل في السنوات الأولى المبكرة بالتحديد المرحلة الغمية ، أما ابرهام مارسلو يرى الاكتئاب بأنه حالة يصاب بها الراشد نتيجة حرمانه من الحب و الحنان ، بينما بيبيرينج يرجع الاكتئاب إلى عدم القدرة على إشباع الحاجات الضرورية كالحب و الأمن ، لكنهم اغفلوا عن الأسباب الطبية ، الدينية و الاجتماعية .

2/ النظرية السلوكية :

(Atkinson and Richard , 1996) يفسرونه بمصطلحات المثير و الاستجابة ، يؤكد

السلوكيون على إن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز إذ أن الخمول و الشعور بالحزن هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الايجابي و ارتفاع مستوى الخبرات الغير السارة .

- يرى "بافلوف" إن سبب الاكتئاب يتمثل في الصدمات التي يتعرض لها الطفل في صغره ، تكرار هذه التجارب المؤلمة (كالفشل و الحرمان) خاصة إذا كانت مشابهة لتجارب التي عاشها في صغره . (المرجع السابق ، 2011 : 114)

- ينطلق "لوينسون" في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية يعتقد بان انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد ، فهو العامل المسؤل عن ظهور الاكتئاب لديه. يؤكد على وجود فروقا ذات دلالة بين الأفراد المكتئبين من حيث مستوى النشاط ، إن انخفاض هذا المستوى يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد و ذلك بناءا على نتائج الدراسات التي قام بها فريق البحث ، توصل إلى النتائج التالية :

- 1- يمارس المكتئبون نصف ما يمارس العاديون من سلوك لفظي اتجاه الآخرين .
 - 2- يستجيب المكتئبون السلوكيات الموجهة نحوهم بشكل ايجابي .
 - 3- تشير (Lewinsohn , 1978) إلى أن العلاقة بين معدل النشاطات السارة التي يمارسها الفرد و بين مستوى المزاج كحقيقة علمية تجريبية .
- من أسباب انخفاض معدل التعزيز التي أوردها "لوينسون" ضعف المهارة الاجتماعية لدى الفرد و انخفاض تفاعله مع الآخرين . (نوري القمش ، خليل المعاينة ، 2006 : 275)
- "لازروس" يقول بان الاكتئاب يمكن النظر إليه على انه وظيفة التعزيز الخاطئ ، يمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الايجابي كانسحاب الحب و العطف . (إسماعيل ياسين ، إسماعيل يامنة ، 2014 : 39)

- يؤكد "ليونسنز" 1974 بان سبب الاكتئاب هو انخفاض معدل التعزيز الايجابي ، الذي يحدث بسبب فشل الفرد في القيام باستجابات المناسبة لتلقي التعزيز الايجابي (عبد الصاحب ، 2011 :115)

- لقد وضع "سليجمان" كلبا في الصندوق بحاجز ليحول دون هروب الكلب إلى القسم الثاني (قسم الأمن) الذي تتوقف فيه الصدمات الكهربائية و بعد تكرار التجربة أزال قسما من الحاجز بحيث يستطيع الكلب القفز إلى الجهة الآمنة هنا يرى بان تجربته في صناديق الكلاب ، تصف سلوك نفسه في حالات الاكتئاب عند الإنسان و إنما تصلح لتفسير الاكتئاب الإكلينيكي . (سليم معريس ، 2010 :77)

النقد :

تفسر هذه النظرية بان الاكتئاب يرجع إلى انخفاض معدل التعزيز الايجابي نتيجة ارتفاع التدعيم السلبي للفرد ، تحدث نتيجة العوامل التي تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع البيئة المؤذية إلى زيادة معدل الخبرات السيئة التي تكون بمثابة عقاب ، لكنهم أهملوا الأسباب الوراثية ، خصائص الشخصية و الاضطرابات الوجدانية .

3 / النظرية المعرفية (بيك) :

يرى أنصار هذه النظرية ، بان المعرفة تلعب دور أساسي في حدوث و استمرار و علاج الاكتئاب ، يعتبر نموذج " بيك " 1967 أكثر النماذج المعرفية تأثيرا . حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية . (حسين فايد ، 2008 : 84)

يرى " بيك " بان الأفراد المكتئبون لهم نظرة تشاؤمية و سلبية اتجاه ذاتهم و العالم المحيط بهم و كذلك المستقبل ، سماه بالثالوث المعرفي السلبي للاكتئاب الخاص بهم ، يعتقدون أنهم يفتقرون إلى العنصر الضروري لسعادته مثل (القدرة على تحقيق الأهداف ، محبة الأسرة و الأصدقاء) فهو يمتلك نظرة تشاؤمية اتجاه نفسه و الآخرين ، و احتقار الذات و تأنيب الضمير . (بيك ، 2000 : 117)

يعتقد " بيك " بان الاكتئاب هو اضطراب في التفكير ، تظهر أعراضه طبقا لصفاته المعرفية السالبة يكون تأويل الحدث عن طريق الأفكار السلبية الغير المنطقية . حيث تكون المشاعر الواردة غير ملائمة للحدث ، فيعكس هذا التشاؤم على سلوك الفرد و علاقته الاجتماعية.

النقد :

هذه النظرية عكس نظرية التحليل النفسي ، تركز على أسلوب تفكير الفرد و كيفية نظرتة إلى الأمور التي تكون سلبية ، لكنهم اغفلوا عن عوامل الاستعداد النفسي الداخلي و العوامل البيئية المسببة للاكتئاب .

3 / النظرية المعرفية الاجتماعية :

تركز هذه النظرية على شخصية الفرد ، و مفاهيمه الفكرية و أدواره الاجتماعية ، يفسر الاكتئاب على انه فقدان الدور الاجتماعي لدى الفرد الذي يمتلك مصادر قليلة لقيمة الذات ، أو يفتقد الكثير من تقدير الذات من المحيطين به في مجتمعه الصغير أو الكبير يعتقد كل من (champion and power) عام 1995 إن الأفراد غير معرضين للاكتئاب لديهم انفعالات سلبية تكون عابرة غير

مؤثرة ، فيتجه تفكيرهم لإيجاد طريقة معقولة لبلوغ الهدف ، أما الأفراد المعرضون فيكون لديهم انهيار جزئي أو كلي لعمليات تنشيط الذات مع حالة من الاستلام و الإحباط ، مما يقودهم إلى الحالة الاكتئابية يتضح أن الفرد المعرض للاكتئاب يتقبل أن يكون لديه مدى ضيق من الأهداف المحدودة لقيمة الذات مع شعور بفقدان الفعلي له قيمة كبيرة بالنسبة له .

حسب تعبير "دوركهايم" هذه الحالة التي تنقر فيها الحياة الاجتماعية إلى القيم و المعايير الواضحة و اللازمة لتوجيه الإنسان ، و هكذا تتفاقم أزمة القيم لدى الشبان عندما يواجهون التجارب الصعبة و لا يجدون لها حلول بسبب الصراعات النفسية و الاجتماعية ، و هذا ما يحصل من خلال تصادم القوي بين القيم التقليدية و القيم الاقتصادية . تمثل الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الشخص في حالات الاكتئاب مشكلات أساسية .

يلخص (Godaine et Jamieson) عدد كبير من البحوث التي تكتشف عن الصعوبات التي يعانيها المكتئب لا سيما عندما تسيطر عليه الحالة الوجدانية ، فهو يعاني في هذه الحالة من اضطرابات العلاقات الاجتماعية في الأسرة و العمل و مع الأصدقاء حتى بعد علاجه تزداد الصعوبات بصورة أكبر عند المكتئب لتصل إلى عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي . فإن المصابين به يصبحون ضحايا السلبية ، و اللوم الذاتي ، النبكاء ، الشنائم ، هكذا نراهم يتصرفون في المواقف الاجتماعية بطريقة تخلوا من الاعتزاز بالنفس ، و تقدير الإمكانيات الشخصية و في الحقيقة هناك الكثير من الأبحاث أظهرت أن علاقة المكتئبين بالعالم الخارجي تصبح مصدر للضيق و التعاسة لهم متمثلة فيما يلي :

(1) يفتقرون إلى الايجابية في المواقف الاجتماعية .

(2) يجدون صعوبة شديدة في البدء بالكلام أو خلق علاقات جديدة .

(3) هم اقل تفاعل من غيرهم وقل نشاطا .

(4) هم يتصرفون بجمود.

(5) لديهم حساسية شديدة لدى دخولهم في المواقف الاجتماعية ، بما في ذلك شعورهم بالرفض والتجاهل مسبقا نتيجة لهذا فهم يتعرضون في هذه المواقف للعديد من الاحباطات ، مشاعر التعاسة

النقد :

تفسر هذه النظرية من خلال خلط بين أهداف الشخصية و المفاهيم الفكرية ، ترى بان الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقدان الدور الاجتماعي للفرد ، الذي لديه مصادر أخرى لقيمة الذات ، فالشخص المعرض للاكتئاب لديه انخفاض في تقدير الذات مع عائلته .

4 / النظرية البيولوجية :

ركزت هذه النظرية على العوامل الوراثية أو فيزيولوجية و على هذا الأساس سوف نتناول التفسيرات البيولوجية للاكتئاب وفق محورين أساسيين و هما :

1- التفسير الوراثي للاكتئاب :

يرى أنصار هذه النظرية بان أفراد معينين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة ، ركز معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية بالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي و الاكتئاب ، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية .

تشير دراسات التوائم و التبنى إلى أن التركيب الوراثي يبدو انه يلعب دورا رئيسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية . (حسين فايد ، 2008 : 76 - 77)

أظهرت الدراسات بان التوائم إذا كان التوأمين المتماثلين قد يكون لديه اضطراب ثنائي ، هناك احتمال 69 % من أن التوأم الأخر سيعاني من نفس الأعراض ، أما بالنسبة للتوأمين الشقيقين فهي 19 % فقط . إن نسبة التوافق التوأمين المتماثلين الذين يعانون من الكآبة 53 % يتجاوز أيضا النسبة لدى التوأمين الشقيقين 28 % الاختلاف بين هاتين النسبتين اقل من الاختلاف بين التوأمين الثنائية . (حسين فاتح ، 2013 : 49)

2- التفسير الفسيولوجي :

يشير أنصار هذا الاتجاه إلى انه يوجد نمطان رئيسيان يقوم :

النمط الأول : على أساس اضطراب في الايض الخاص بالمرضى المكتئبين ، حيث يعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة و التحكم في استشارة الجهاز العصبي .

أما النمط الثاني : فيعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ (النوروبانفرين و سيروتونين) كلاهما ناقلات عصبية . (المرجع السابق ، 2008 : 77) هذه المواد الكيميائية هي نواتج تحليل المركبات التي تقوم بوظيفة الموصلات العصبية داخل المخ . مما يدعم هذه النظريات إن مضادات الاكتئاب فعالة لأنها هي التي تعمل على زيادة الناقلات العصبية للدماغ . تبدو العقاقير النفسية من خلال تركيبها تؤثر في حركة الدماغ ، و تساعد على إزالة الاكتئاب و التخفيف منه . (وليد سرحان ، 2001 : 47)

النقد :

تفسر هذه النظرية تفسيراً وراثياً و فيزيولوجياً ، بالنسبة لتفسير الوراثة العلاقة بين الاستعداد الوراثة و الاكتئاب صعباً . هناك بعض الباحثين نجحوا في هذه العلاقة لكنهم اغفلوا عن أنماط أخرى من الاكتئاب ، أما التفسير الفيزيولوجي أهملوا العوامل النفسية و الاجتماعية . فهي تلعب دوراً مهماً في علاج الاكتئاب عامة

5 / نظرية العجز المتعلم :

يعتبر سليجمان و زملائه 1975 أول من وضعوا نظرية الاكتئاب قائمة على المتعلم ، يمثل مفهوم العجز المتعلم محوراً رئيسياً .

تفترض بان طريقة العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح و الفشل في حياته و الأسباب الخبرات السارة و الغير السارة في الحياة هي المسؤلة عن مشاعره الاكتئابية ، حيث يعتقد سليجمان بان الاكتئاب يحدث عادة بعدما يكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية و الشعور المستمر بالعجز الذي قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهرب من موقف لا أمل فيه (مصطفى النوري القمش ، 2006 : 274)

اقترح ابرامسون و زملائه 1978 تعديلاً رئيسياً لنظرية العجز المتعلم الذي عرف باعتباره نموذج العجز المعاد صياغته ، فقد لاحظوا انه ليس كل شخص يخبر أحداثاً سلبية لا يستطيع التحكم فيها ليصبح مكتئباً . (حسين فايد ، 2008 : 82)

النقد :

تفسر هذه النظرية بان الاكتئاب بات مكتئبا ، ثم استنتاجه من خلال التجارب التي قدمها سليجمان على الكلاب كرر التجربة على الإنسان فكانت النتيجة التي توصل إليها نفسها مماثلة ، تعلم العجز كل من الإنسان و الحيوان ، يصعب تغير هذا التعلم ، فقد يمر الفرد بتجارب يحصل فيها العجز و لكن نتجاوزه لا يمكن أن نتوقع سلوك كل شخص على حدة بعد اختباره للعجز ، لكننا نستطيع تفسير جانب منه و هذا ما أكدته تجربة سليجمان ، و لكن هذه النظرية لم تقدم أي جديد عن ما قدمته نظرية التحليل النفسي حول الاكتئاب .

و بالتالي من خلال النظريات نستنتج فان النظرية الفيزيولوجية بفضل المضادات التي تزيد من عمل الناقلات العصبية التي تساعد على التخفيف من حدة الاكتئاب.

5. تصنيف الاكتئاب :

صنف علماء النفس الاكتئاب إلى نوعين و هما :

(1) من حيث درجاته :

1- الاكتئاب الخفيف (lumière dépression) :

هو اخف صور الاكتئاب ، و اقرب إلى عسر المزاج يكون المزاج الاكتئابي فيها أمرا مؤكدا ، حيث يشعر المرء بالهم و فقدان الاهتمام كما ينتابه الإحساس بالتعب ، غالبا ما يكون المريض قادرا على مجابهة مطالب الحياة اليومية و ممارسة نشاطاته و لكن بصعوبة .

2- الاكتئاب البسيط (Simple depression) :

وهو ابسط صور الاكتئاب ، تؤذي إلى اضطراب الروتين اليومي للمريض و صعوبة قيامه بالأداء الاجتماعي و المهني ، يكون المريض في حالة ذهول ، يشعر بالذنب لكنه لا يعاني من اختلال في الوظائف العقلية .

3- الاكتئاب الحاد (Aigue depression) :

هو اشد صور الاكتئاب حدة ، تكون مصحوبة بهياج ملحوظ و أوهام اكتئابية و أفكار انتحارية .
(السيد فهمي ، 2009 : 87)

تتكشف فيه أعراض الاكتئاب البسيط ، يشعر المريض بالحزن و الرغبة في البكاء ، و كره الذات .
(إسماعيل عبد القادر ، إسماعيل عبد الرزاق ، 2014 : 61)

4- الاكتئاب التفاعلي (Réactive depression) :

هو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة غالبا ما تكون نتيجة للكوارث (كفقْدان عزيز ، زلزال) ،
يعتبر قصير المدى لا يبقى طويلا و لا يعود إلا بظهور وضع مشابه للحالة الأصلية التي سببته .
(منتهى مطشر ، 2011 : 102)

(2) من حيث المنشأ :

1- الاكتئاب العصابي (Névrotique depression) :

ينشأ نتيجة صراعات داخلية نفسية مزمنة اللاشعورية ، لا يقوى الشخص التصدي لها ، فتنهار وسائل الدفاعية فيصاب بالاكتئاب . (السيد فهمي ، 2010 : 98)

فالشخص المصاب بالاكتئاب يشعر بالحزن و الرغبة في البكاء ، اضطرابات في النوم ، فقدان الشهية نقص في الوزن ، السرعة في ضربات القلب ، الشعور بالتشاؤم و اليأس ، التعب ، الإمساك ، ضعف القيمة الذاتية . يمكن لهذا الاكتئاب اعتباره معتدل الشدة مصحوبا بالقلق ، يخلو من الأعراض الذهانية (أديب محمد الخالدي ، 2009 : 363 - 362)

2- الاكتئاب الذهاني (Psychotique dépression) :

يعتبر الاكتئاب الذهاني اكتئاب شديدا ، يشعر الأشخاص الذين يعانون منه من أعراض جسدية فقد ينفصلون عن الواقع ، تراودهم أوهام و هلاوس . يحتاج الأشخاص المصابين به دائما إلى العلاج الطبي . (كوام مكنزي ، 2013 : 39)

3- الاكتئاب الانفصالي (Analitic dépression) :

يعاني منه الأطفال الذين ينفصلون عن أمهاتهم لمدة طويلة ، تظهر عليهم ألام الفراق ، و لكن بعد عدة شهور يكفون عن البكاء ، يجلسون في شروود و قد اتسعت عيونهم و ذهول عما حولهم ، و من أعراضه (فقدان الشهية ، الهزال ، جفاء العين)

4- الاكتئاب الميلانكولي (Mélancolique dépression) :

هذا النوع من الاكتئاب هو حالة مرضية غير عادية ، تتمثل أعراضه الأساسية هي (الحزن و الحداد اليأس ، الإفراط في الحركة ، يميل إلى إتباع أنماط السلوك الفصامي) . (أديب محمد الخالدي ، 2015 : 215 - 218)

5- الاكتئاب الأحادي القطب (Unipolaire dépression) :

هو اضطراب يقسم بحدوث نوبات اكتئابية طويلة المدى ما بين 4 إلى 6 أشهر ، تليها مرحلة الشفاء مدتها من سنة إلى سنتين و من ثم يتعرض المصاب إلى هجمة اكتئابية أخرى ، عدد النوبات تكون من 2 إلى 8 طوال حياة المريض . (زلوف منيرة ، 2014 : 98)

و من أعراضه الأساسية (الرغبة في الانعزال ، الحزن ، تناول الأطعمة الغنية بالدهون و الكربوهدرات) .

6- الاكتئاب الثنائي القطب (Bipolaire dépression) :

أطلق عليه بهذه التسمية لان المصاب تنتابه هجمة اكتئابية و من تم تليها مباشرة نوبة هوسية

تختلف عن الأولى كلياً بالصورة السريرية (عبد الستار ، 1998 : 19 - 98)

يمتاز الاكتئاب في الثنائي القطب من النوع الذهاني يتعرض المريض لنوبات متعاقبة من الفرح و

الابتهاج و تليها نوبات الحزن و اليأس و الانسحاب من المجتمع .

يرى (Robert ، 2000) بان الاكتئاب من أعراضه (الشعور بالحزن الشديد ، الشعور بالذنب ،

الغضب و العزلة ، اضطرابات في النوم ، فقدان الشهية ، التعب ، كره الذات و الخجل ، الهيجان ،

التفكير بالانتحار ، و في الحالات الحادة يصبح الفرد ذهانياً ، فتظهر لديه مجموعة من الأوهام و

الهالوس المزعجة و السوداوية . فقد تستمر نوبة الاكتئاب لأسبوعين على الأقل أو أكثر من 6 أشهر

(علي عبد الرحيم ، 2014 : 443 - 441)

7- الاكتئاب الانتكاسي (involution dépression) :

إن هذا النوع من الاكتئاب تصاب به النساء في سن اليأس ، و السبب يعود إلى تغيرات الهرمونية

المصاحبة لانقطاع الضمث لها تأثير في انخفاض معنويات المرأة ، و قد ترجع إلى سوء التوافق

الانفعالي خاصة و أن المرأة في هذه الفترة تمر بتغيرات تفاعلية واسعة تشمل (فقدان الوالدين ،

الإخوة) . تجد المرأة أن أولادها شبوا و لم يعودو يعتمدون عليها بعد أن كانت تشغل وقتها بهم ،

فأصبح الفراغ يشعرها بالوحدة النفسية ، تفسر انقطاع الضمث بأنها لم تعد أنثى و أنها قد

شاخت ، يحدث الاكتئاب الانتكاسي خلال الأربعينيات و الخمسينيات ، تتمثل أعراضه الأساسية في :

- القلق .

- الشكاوي المستمرة و الأوجاع البدنية المجهولة .

- أفكار هذائية . (اديب محمد الخالدي ، 2015 : 218 - 217)

8- الاكتئاب المقنع (DépressionMystère) :

يقول الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع أنهم لا يشعرون بالاكتئاب ، برغم من ظهور الأعراض

الظاهرة التي تشير إلى الإصابة به . (كوام مكنزي ، 2013 : 41)

من بين الأعراض الشائعة للاكتئاب المقنع وجود شكاوي جسدية (كالصداع ، عسر الهضم ، آلام

المعدة ، الإمساك ، ضيق التنفس) أي يأخذ مظهر الاضطرابات الجسدية سببه نفسي . (إسماعيل

عبد القادر ، إسماعيل عبد الرزاق ، 2014 : 62)

9- الذهول الاكتئابي (Stupeur dépression) :

هو اشد أنواع الاكتئاب خطورة ، و حالة النكوص الفرد إلى مرحلة الطفولة ، يلزم فيها الفراش ، لا يتحدث

أبدا ، لا يأكل ، يحتاج إلى مساعدة الآخرين و العناية به دائما .

10- الهوس الاكتئابي (Manie dépression) :

يتميز بدورات مختلفة من الابتهاج و الشعور بالفرح الشديد الخارج عن المؤلف ، تسمى هذه الحالة

بالهوس بعد ذلك يمر المريض للعلاج ، يكون في حالة اكتئاب شديد . (منتهى مطشر ، 2011

: 103)

6.أسباب الاكتئاب :

هناك أسباب عديدة للاكتئاب تتمثل فيما يلي:

1)أسباب وراثية :

تلعب الوراثة دورا مهما و مؤثرا للإصابة بالاكتئاب ، تشير الدراسات الحديثة إلى وجود عوامل في

الجينات وجدت 17 % عند التوائم المتماثلة التي تنتج من بويضة واحدة تقل بحوالي 25 %

عند التوائم وجدت 17% عند التوائم المتماثلة التي تنتج من بويضة واحدة تقل بحوالي 25 % عند التوائم الغير المتماثلة . (السيد فهمي ، 2009 : 89)

فالإكتئاب يزداد عند الأبناء إذا كان احد الوالدين يعاني من المرض أو كلاهما مصابين به ، عندما يكون المصاب بالإكتئاب قرابة بعيدة فان نسبته تقل تدريجيا . (وليد سرحان و الآخرون ، 2001 : 44)

رغم الدراسات التي أجريت إلا أنها من الناحية العلمية ، تساعدنا في التنبؤ بحدوث الاكتئاب ، و بالتالي الوقاية منه .

(2) الأسباب النفسية :

من العوامل النفسية الصراع الداخلي و هي تحدث لتعذر إشباع حاجتين في وقت واحد ، و في داخل كل منا صراع بين القيم و الدوافع المختلفة تنشأ بين طموحاته من جانب و بين قدراته من الجانب الآخر ، بإضافة إلى مجالات أخرى للصراع مثل (إشباع الدوافع الجنسية) ومن العوامل النفسية الهامة هو ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من الخبرات الأليمة ، تولد هذه الصدمات الحساسية النفسية التي تمهد لظهور الاضطراب النفسي فيما بعد . و كذلك الإحباط و الشعور بخيبة الأمل . (لطفي الشربيني ، 2001 : 43 - 44)

يظهر لديه أيضا :

- التوتر النفسي و الخبرات الأليمة.

- فقدان الحب و العطف .

- اتهام الذات و الشعور بالذنب .

- التربية الخاطئة . (السيد فهمي ، 2010 : 209)

3) أسباب اجتماعية و بيئية :

يرتبط الإنسان بالعلاقات الاجتماعية مع أسرته و الآخرين و مع المجتمع الذي يعيش فيه ، كما أن العلاقات مع الوالدين له دور مهم سواء كانت هذه العلاقة تتمثل في الإهمال ووجود الصراعات بأشكالها المختلفة ، بالإضافة إلى الضغوط النفسية و الاقتصادية التي يعيشها الأطفال مع أسرهم .
فقد فسر "لونيون" الاكتئاب بأنه نتيجة قصور المهارات اجتماعيا يعود هذا إلى سببين رئيسين و هما :
1- إن أسلوب الذي يتفاعل به المكتئب مع الآخرين غالبا ما يكون هو السبب في عدم امتلاكه القدرة على المساعدة الاجتماعية .

2- عدم امتلاك المكتئب المهارات الاجتماعية يؤدي إلى انعزاله اجتماعيا (كانطواء ، الخجل ، الخوف ، البكاء) و بالتالي الشعور بالوحدة . (سليم معربس ، 2010 : 46)
من بين الأساليب الوالدية في تنشئة ، إهمال الأبناء ، نبذهم و القسوة الشديدة عليهم ، التفكك الأسري ، الانفصال الوالدين . (السيد فهمي ، 2009 : 90)

7. أعراض الاكتئاب :

اتفق الباحثون عامة على مجموعة من الأعراض الأساسية المتمثلة على النحو التالي :

1) الأعراض النفسية تتمثل في :

- 1- اليأس .
- 2- ضعف الثقة بالنفس .
- 3- التشاؤم المفرط .
- 4- القلق و التوتر .
- 5- الانسحاب و الوحدة .

6- تراوده أفكار انتحارية خاصة الإناث أكثر الوسائل التي يستعملونها تناول الأدوية بكميات

كبيرة . (عبد الحميد ، 2001 : 138)

(2) الأعراض البدنية تتمثل في :

1- اضطرابات في الدورة الشهرية .

2- انقطاع الضمت .

3- الإمساك . (إبراهيم عبد الستار ، 1991 : 79)

(3) الأعراض الجسمية تتمثل في :

1- الشعور بالغثيان و القيء .

2- الشعور بالضيق في التنفس .

3- ضعف النشاط العام .

4- اضطراب في الحيض .

5- اضطرابات هضمية (عسر الهضم) .

6- تتمل الأطراف و جفاف الفم .

7- ألم في الرقبة و المفاصل . (نورة عامر، احمد جلول ، 2020 : 68)

(4) الأعراض المعرفية تتمثل في :

1- مزاج حزين .

2- مفهوم سلبي عن الذات متمثلة في تأنيب النفس و لومها .

3- تجنب الأشخاص الآخرين .

4- فقدان الشهية .

5- تغيير مستوى النشاط مثل (الكسل و الخمول) . (حسين علي ، 2001 : 62 - 63)

(5) اضطرابات النوم تتمثل في :

- 1- يصحو المريض مبكرا و هو في اشد حالات الضيق .
- 2- لا يستطيع العودة إلى النوم
- 3- يكون النوم منقطع و غير كامل حتى و لو كانت ساعاته كافية .

(6) أعراض المزاج تتمثل في :

تعتبر هذه الأعراض بمثابة الشكل الأساسي للاضطرابات الوجدانية فيها :

- 1- يشعر المكتئب باليأس .
- 2- عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة .
- 3- يفقد الرغبة في العمل و الدراسة .
- 4- يجد أن كل ما يقوم به الفرد يميل إلى العبوس و لا يضحك .
- 5- يصعب على المريض البكاء في الحالات الشديدة للاكتئاب .
- 6- نقص المزاج هو المظهر الرئيسي للمرض لكنه في الغالب لا يأتي وحده بل مجموعة من الأعراض الأخرى . (وليد سرحان و آخرون ، 2001 : 29 - 30)

(7) أعراض سلوكية :

- 1- البطء النفسي الحركي.
 - 2- السلوك الانسحابي .
 - 3- الانتحار . (ياسر عبد اللطيف ، محمد نجيب ، 2018 : 97)
- سوف نتطرق إلى تصنيف أعراض الاكتئاب حسب التشخيص الإحصائي الثالث (DSM III- R)

.1987

الجدول (1)

أعراض الاكتئاب وفقا لكتيب التشخيص الإحصائي الثالث (DSM III-R) :

- 1- المزاج الحزين أغلب اليوم .
- 2- انخفاض كبير في الاهتمام والسعادة وفي كل شيء والإحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
- 3- انخفاض واضح في الوزن دون عمل رجيم ومن ناحية زيادة حادة في الشهية تقريبا كل يوم .
- 4- ارق في النوم .
- 5- هياج حركي في الإحساس بعدم الاستقرار تقريبا كل يوم .
- 6- الإرهاق والتعب وفقدان الطاقة .
- 7- مشاعر عدم القيمة أو الشعور المفرط والإحساس بالذنب .
- 8- ضعف القدرة على التركيز والتفكير .

(حسين على قايد ، 2001 : 69)

طبقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي الثالث فان الاكتئاب الإكلينيكي لابد أن تتوفر فيه خمسة

أعراض على الأقل من الأعراض التسعة يشترط أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل .

أعراض الاكتئاب حسب DSM5 :

1/ اضطراب المزاج المتقلب المشوش :

A. انفجارات متكررة شديدة الغضب تتجلى لفظيا أو سلوكيا .

- B.** نوبات الغضب.
- C.** تحدث نوبات الغضب في المتوسط 3 مرات أو أكثر في الأسبوع .
- D.** يكون المزاج بين نوبات الغضب منفصلا أو غاضبا باستمرار لمعظم اليوم أو كل يوم تقريبا يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين مثل (الآباء - المعلمين - أصدقاء) .
- E.** لا ينبغي أن يوضع التشخيص للمرة الأولى قبل سن 6 سنوات أو بعد 18 عام .

2/ اضطراب الاكتئابي الجسيم :

توجد 5 أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين التي تمثل تغير عن الأداء الوظيفي على الأقل احد الأعراض يجب أن يكون إما 1 مزاج منخفض أو 2 فقط :

A. مزاج منخفض معظم اليوم أو كل يوم تقريبا يعبر عنه إما ذاتيا مثل : (الشعور بالحزن ، الفراغ و اليأس) يلاحظ من قبل الآخرين .

B. ارق أو الإفراط في النوم كل يوم تقريبا .

C. التفكير في الموت و الانتحار دون خطة محددة .

2/ اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج) :

مزاج منخفض أكثر الأيام لمدة سنتين على الأقل كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة لآخرين يمكن أن تكون المدة سنة على الأقل وجود اثنين أو أكثر أثناء انخفاض المزاج :

A. ضعف الشهية أو زيادة في الأكل .

B. ارق أو فرط في النوم.

C. التعب.

D. انخفاض الشعور بقيمة الذات.

E. ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

F. مشاعر انعدام الأمل (الدليل التشخيصي و الإحصائي 5 دكتور أنور الحمادي : 74 – 79)

8. مظاهر الاكتئاب :

تنوعت مظاهر الاكتئاب المتمثلة فيما يلي :

1) المظاهر الانفعالية :

تتضمن فقدان الفرد الاستمتاع بالضحك ، ضعف الثقة بالنفس ، اليأس ، الحزن ، البكاء .

2) المظاهر المعرفية :

تتمثل في تكوين الصورة السلبية لفهم المريض لذاته ، توجيه اللوم لنفسه ، عدم القدرة على اتخاذ القرارات ، ضعف الإحساس بقيمة الذاتية .

3) المظاهر الدافعية :

تتضمن الشلل الذي يصيب الإرادة ، الرغبة في الهروب من الواقع ، الموت .

4) المظاهر الجسمية :

تتمثل في التعب بسرعة ، الإرهاق ، فقدان الطاقة الجنسية . (أديب محمد الخالدي ، 2015 : 211)

5) مظاهر المزاج :

يشعر المكتئب باليأس ، يفقد الرغبة في ممارسة حياته اليومية (كالعمل ، الدراسة) ، يجد أن كل ما يقوم به عبء ثقيل ، يكون المزاج أسوأ في فترة الصباح و يتحسن في المساء .

(6) المظهر و الحركة :

لا يتغير مظهر المريض بشكل واضح في حالات الاكتئاب البسيط و المتوسط أحيانا ، لكن مقارنة بمظهره الحالي مع السابق نجد فيه الإهمال أناقته و مظهره ، تميل ملابسه إلى الألوان الداكنة ، تعابير وجهه عابسة ، غالبا ما يكون هناك بطء في الكلام و التوقف ، طريقة المشي و تغير الملابس بطيئة ، فقد يصل إلى درجة الذهول ، و في الحالات الأخرى هيجان شديد في الحركة ، نجد المريض غير قادر على الجلوس ، يتحرك بدون هدف ذهابا و إيابا .

(7) مظاهر الطعام :

تقل شهية الطعام عند المكتئب ، تقل نسبة تناول الوجبات و كميتها ، يفقد المريض قدرته على تذوق الطعام حتى الذي كان يرغبه ، فقدان الوزن يصل إلى 40 % من الوزن الأصلي ، يصبح المريض هزيل الجسم و شاحب . بعض المرضى يزيد وزنهم خصوصا الاكتئاب الموسمي خاصة الإناث يرافقه النوم الزائد .

(8) مظاهر النشاط :

ينقطع عن زيارة الأهل و الأصدقاء ، يقضي وقتا طويلا منعزلا ، لا يلاحظ قد يكون مفاجأ للجميع ، يقل النشاط الاجتماعي لديه فيفهم الناس بأنه عدم رغبته في التعامل معهم خاصة الأسرة ، فلا يفكرون بزيارته أو الاتصال به مما يزيد شعوره بالوحدة و فقدان الأمل ، مما يدفعه إلى التشاؤم من المستقبل .

(9) مظاهر التفكير :

يتغير تفكير المصاب بالاكتئاب ، فينظر إلى الأمور بمنظور تشاؤمي ، يرى نفسه فاشلا ، لا يتوقع إلا الخسارة ، يفكر بالموت و الانتحار ، يعيد تفكيره بالماضي فيلوم نفسه و يؤنبه ضميره ، و

مستقبله ليس فيه أمل . لا يقبل العلاج و الشفاء لأنه مقتنع بأنه ليس لديه مخرج لوضعه هذا ، يستمر هذا التفكير طوال حياته أو يفقد عقله ، يرافقه الشعور بالذنب و تأنيب الضمير .

10) مظاهر الجنس :

تقل الرغبة الجنسية لدى الذكور و الإناث ، يصبح هاجسا خاصة الرجال قد يبكي على رجولته صباح مساء ، ليصل إلى قناعة بأنه قد فقد رجولته ، يتمحور تفكيره على هذه الأمور ، يبحث عن مقويات جنسية و هرمونات ، يكون الأثر الجنسي و فقدان الرغبة من الأعراض الكثيرة . (وليد سرحان ، 2001 : 29 - 34)

لقد أسفرت نتائج الجهود العلمية التي بذلها المهتمون بدراسة الاكتئاب عن وجود تصنيفات عديدة لهذا الاضطراب منها تصنيف بيك للأعراض الاكتئابية .

9. التشخيص :

يتم تشخيصه طبقا لدليل التشخيص الإحصائي الرابع إذا توفرت (5) أعراض أو أكثر من هذه الأعراض التي تكون قد حدثت خلال أسبوعين مع وجود عرض واحد على الأقل :

- 1) مزاج اكتئابي كل يوم .
- 2) فقدان واضح للمتعة و الفرح .
- 3) انخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الإحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة .
- 4) ارق في النوم أو زيادة في النوم .
- 5) التعب و فقدان الطاقة.
- 6) تغير واضح في الشهية إما بالزيادة أو النقصان بصفة يومية .
- 7) ضعف القدرة على التركيز و التفكير و عدم القدرة على اتخاذ القرار.

(8) سرعة التعب و الشعور بالخمول بصفة يومية و الإحساس بانعدام القيمة .

(9) التفكير في الموت و تكرار التفكير في الانتحار و لكن توجد خطة محددة لتنفيذ عملية الانتحار.

نستخلص من خلال ما سبق أن تشخيص الاكتئاب وفقا لدليل التشخيص الإحصائي الرابع يشترط

توفير لدى الفرد (5) أو أكثر من بين الأعراض (9) حتى نقول أن الشخص مصاب بالاكتئاب .

(أديب محمد الخالدي . 2014 . 91)

2- التشخيص الفارقي :

إن تشخيص الاكتئاب سهل و لكن يجب التفرقة بين الاكتئاب و باقي الاضطرابات المشابهة له في

بعض الأعراض وهي :

1. القلق النفسي العام : يشترك القلق و الاكتئاب في

❖ اضطراب النوم .

❖ الطعام .

❖ الضعف في التركيز .

❖ الضجر .

❖ إلا أن القلق يتميز بالأعراض : (الجسدية - الخوف - التوتر) في حين يتميز الاكتئاب

بالأفكار السوداوية و الحزن الشديد و الميل إلى الانتحار .

2. اضطراب الوسواس القهري :

❖ هو مرض مزمن يصل بالمريض إلى درجة اليأس .

❖ الملل .

❖ الاستسلام .

❖ في حالات الاكتئاب تظهر بعض أعراض الوسواسية إلا أنها بسيطة يمكن ملاحظة حالات الاكتئاب تتحسن بعلاج كهربائي.

❖ بينما لا يستجيب له الوسواس القهري بينما تتجاوب مع العلاج السلوكي أكثر.

3. الفصام :

هناك فئة من مرضى الفصام تظهر عليهم اضطرابات سلوكية متشابهة مع الاكتئاب مثل :

❖ العزلة .

❖ الصمت .

❖ قلة النوم .

❖ الضعف في التركيز مما يوحي بان الحالة هي اكتئاب و لكم عند تقييم الحالة العقلية تظهر لديه أوهام اضطهادية.

❖ هلاوس سمعية مما يدفع بالتشخيص نحو الفصام العقلي . (زلوف منيرة ، 127 - 128)

10. العلاج :

إن معرفة الأثر الذي يتركه الاكتئاب على جوانب مختلفة من حياة الإنسان يجعله في حاجة ملحة للجوء إلى العلاج من أشهر العلاجات المستخدمة مايلي :

1. العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب :

تظهر الأدوية نتيجة فعالة عند معالجته فعندما يواظب المريض على تناولها وفقا لجرعات التي وصفها الطبيب يبدأ بشفاء في غضون أسبوعين . (كوام مكنزي ، 2013 : 71) تشمل الأدوية المضادة للاكتئاب منشطات الجهاز العصبي ، المركبات ثلاثية الحلقات ، مستنبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية . يعتمد اختيار الدواء المناسب بنسبة لنوع إصابته بالاكتئاب فإذا كان أدريئالين يتميز بزيادة

النشاط - الحركة - عدم الاستقرار) فيوصف له الدواء الاميتريتلين . أما إذا كان الاكتئاب سيروتوني الذي يتميز بالكسل و البرودة كثرة النوم - زيادة في السيروتونين فيوصف له دواء الامبرامين (محمود عواد . 2010 : 144) وهناك أدوية منبهة للجهاز العصبي مثل (ديكسدرين - بريلودين - ريتالين) تعمل هذه الأدوية على تنبيه مراكز العصبية في الجهاز العصبي و كذلك أدوية للاكتئاب الشديد مثل (التوفرانيل - بيوتوفران - اجيدال).(عبد الله عسكر ، 2001 . 146)

2. العلاج بالصدمة الكهربائية :

بدا استخدام هذا العلاج في روما 1983 تم تطور و أصبح من وسائل العلاج الرئيسية خصوصا حالات الاكتئاب التي تستجيب لوسائل أخرى يوضع قطبين كهربائيين يوضعان على جانب الرأس لا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة هذا العلاج من انجح العلاجات حتى الآن تستعمل بطريقة سليمة على ناحية المج لا تحدث نسيانا . (عبد الله عسكر ، 2001 : 146)

3. علاج التحليل النفسي :

ركز علماء التحليل النفسي على العلاقة العلاجية بين المريض و المعالج ، و على أهمية الحوار بينهما يجب أن يشارك المريض المعالج لفهم مشاكله ، الهدف من هذا العلاج هو تحويل المواد الشعورية إلى اللاشعورية يعلمها المريض و يدركها ، وهي ما تسمى بعملية الاستبصار .(إسماعيل ياسين ، 2014 :

(74 - 73)

4. العلاج المعرفي للاكتئاب :

من أشهر رواده "بيك" و رفاقه 1979 وبلاكبورن 1987 يحتوي هذا النوع من العلاجات على أسلوب علاجي مميز ذو طابع تساهمي ، يتطلب تكوين المعالج المعرفي ببرنامج خاص ، يتوجب عليه معرفة معمقة حول أشكال التناذر الاكتئابي و بالمجموعات التصنيفية الثانوية .

و من الخصائص العامة للعلاج المعرفي ، انه يعتبر علاجاً نفسياً منظماً و بنيوياً (Psychothérapie Structurée) يهدف إلى تخفيف أعراض الاكتئاب و مساعدة المريض تعلم الطرق و المناهج لمواجهة المشاكل و الصعوبات التي أدت إلى اكتابه ، لقد أثبتت بان العلاج المعرفي لديه فاعلية لعلاج الاكتئاب أكثر من العلاج الدوائي . (فتحي زقعار ، 2013 : 21)

5.العلاج السلوكي المعرفي :

يحاول تغيير معارف السلبية لدى المريض و جعله يفكر بشكل أكثر منطقية - يبدأ ينظر إلى نفسه و مشكلاته التي تجعله يشعر بالتحسن هذا يؤدي إلى تغيير الأنشطة المختلفة لديه و تدريبه على أسلوب مواجهة الضغوطات الحياة يفترضون العلاج بنموذج المعرفي الأمر الذي يساعدهم على تفهم العلاقة بين المعرفة و السلوك و العاطفة بعد أن يتعلم المريض مراقبة ذاته يبدؤون في تقويم أفكاره للبحث عن الأخطاء المنطقية و بعد التعرف عليها يوجه المرضى نحو اختيار صدق هذه الأفكار عندما يصلون إلى هذه المرحلة يواصل المعالجون مساعدتهم في حل مشاكلهم ، بما أن الاكتئاب محطة تجارب الفشل و الإحباط يكون العلاج باستعمال الأفعال المتكررة ايجابيا يؤدي إلى تعديل السلوك الاكتئابي و تحسين حالته. (محمد النوبي ، 2011 : 156 - 157)

يركز هذا العلاج أساسا على المتغيرات المعرفية و مع ذلك فان هذه التغيرات يمكن أن يتم من خلال تلك التدخلات العلاجية التي تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفي للاكتئاب .

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على ما يلي :

1- البحث عن الأفكار و المعتقدات المسببة للاضطرابات .

2- تحديد هذه الأفكار و المعتقدات المسببة للاضطرابات . (إسماعيل ياسين ، 2014 : 74)

6. العلاج بالاسترخاء و التخيل :

يعد العلاج بالتخيل و الاسترخاء احد نماذج العلاج الذاتي للاكتئاب و ذلك بهدف تهدئة المشاعر المضطربة و التغلب على أعراض الاكتئاب مثل : (اضطرابات النوم - المخاوف التي تصاحب الاكتئاب) هذه التقنية العلاجية تساعده على اكتساب الهدوء و إزالة المواقف السابقة التي تكون مصدر للإثارة الانفعالية و القلق .

7. علاج لكارل روجرز :

العلاج النفسي (لدى كارل روجرز) هو إطلاق الطاقات الموجودة فعليا لدى الفرد و الذي يمتلك إمكانيات كامنة و هذا ما يعرف بإمكانات النمو حيث أن كل شخص لديه هذه الإمكانيات لكن المهارة تكمن في القدرة على إطلاقها ، هناك 3 سمات للمعالج تساهم في الفهم الدقيق و المتعاطف - التقبل الايجابي الغير مشروط - الأصالة .

(1) التعاطف : نقل الإحساس بالتفهم للعميل ، حيث يعبر المعالج المتعاطف عن حساسيته لحاجات العميل ومشاعره و ظروفه و يتفهم اتجاهاته و يركز على عالمه الظاهري و ذلك بوضع نفسه و مكانه

و رؤيته للعالم كما يراه العميل ، إلا انه لا يمكن أن يكون كلياً و إلا لأصبح المعالج يعاني من المشكلات نفسها التي يعاني منها المريض .

(2) التقبل الايجابي الغير مشروط : يتقبل العميل - من خلال علاقته بالوالدين والأصدقاء و الإخوان - أن الرضا و التقبل مشروطان بمطابقة شروط معينة ، فالآباء يتقبلون الأطفال إذا كانوا مطيعين ، صاحب العمل يتقبل الموظفين إذا كانوا نشيطين و أكفاء ، إن تكون هناك أي شروط في العلاج ، يجب أن يتم القبول دون شروط خفية . من السهل على المعالج تقبل عميل يجده مريحاً و مرضياً و موافقاً له ، إلا أن الاختبار الحقيقي للتقبل الايجابي غير المشروط عندما يتواجه مع عميل لا تتفق سلوكياته و اتجاهاته مع معتقدات المعالج .

(3) الأصالة : للوهلة الأولى تبدو الأصالة متعارضة مع التعاطف و التقبل ، فالمعالج الأصليل يعبر عما يثيره العميل لديه من سلوكيات و مشاعر و اتجاهات دون تزييف ، فهو لا يبتسم إذا كان العميل غاضباً حيث أن روجرز يعتقد أن العميل - على المدى البعيد - يستجيب بالتقدير و العرفان للصدق و الأصالة لدى المعالج و يدرك أن هذا المعالج إنسان كرس نفسه من اجله و هذا من أكثر الأمور التي تبعث على الطمأنينة لدى العميل .

تتضمن العملية العلاجية سبع مراحل يمر بها العميل وهي :

- ❖ **المرحلة الأولى :** لا توجد رغبة في الكشف عن الذات أو الاعتراف بالمشاعر الشخصية .
- ❖ **المرحلة الثانية :** يتم التعبير عن المشاعر أحياناً إلا أن الشخص مازال بعيداً عن خبراته الذاتية و مازال إدراكه منصباً على العالم الخارجي بشكل كبير إلا انه يبدأ بالاعتراف ببعض مشكلاته و صراعاته .

❖ **المرحلة الثالثة :** وصف المشاعر الماضية على أنها غير مقبولة ، هناك قدر اكبر من الحرية في التعبير عن الذات ، يبدأ الفرد بالتساؤل عن صدق بنيته الشخصية و يدرك بشكل أولي إن المشكلات داخله و ليست خارجه

❖ **المرحلة الرابعة :** الوصف الحر للمشاعر الشخصية للفرد و امتلاكها ، بعض الإدراك بان المشاعر التي طالما أنكرها الوعي قد تبرز في الحاضر، بعض المرونة في المفاهيم الشخصية ، هناك بعض التعبير عن المسؤولية الذاتية و يبدأ العميل بالمخاطرة في بناء علاقات مع الآخرين على أساس عاطفي

❖ **المرحلة الخامسة :** يعبر العميل بحريه عن مشاعره و يتقبلها و تصبح الخبرات التي أنكرت جزءا من وعيه مع أنها مخيفه ، الاعتراف بالصراعات ما بين الأفكار و الانفعالات تقبل المسؤولية الشخصية عن المشكلات و الرغبة في أن يكون الفرد وفق ذاته.

❖ **المرحلة السادسة :** تقبل المشاعر دون الحاجة إلى إنكارها ، إحساس واضح و حر بالخبرات / الاستعداد بالمجازفة بان يكون الفرد وفق ذاته في إطار العلاقات مع الآخرين .

❖ **المرحلة السابعة :** يرتاح الفرد هنا إلى خبرته ع ذاته يحس بمشاعر جديدة (عبد الرحمان محمد ، 2006 : 59 – 62)

نستنتج من خلال العلاجات السابقة للاكتئاب ، و بالتالي فان العلاج المعرفي السلوكي هو أفضل طرق لعلاج الاكتئاب لأنه يعطي نتائج جيدة لهذا النوع من الاضطراب .

الخلاصة

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا لا يمس فئة واحدة من المجتمع بل يمس كل الفئات ، غير أنها تختلف في شدتها من فرد إلى آخر هذا ما أثار اهتمام العديد من الباحثين على ضرورة أن يكون الوعي العلمي بأعراض الاكتئاب ، أسبابه، أنواعه و طرق علاجه .

الفصل الثالث :مرحلة الرشد

تمهيد

1. تعريف مرحلة الرشد
2. مراحل الرشد
3. النظريات المفسرة لمرحلة الرشد
4. معايير مرحلة الرشد
5. مظاهر النمو لمرحلة الرشد
6. خصائص مرحلة الرشد
7. متطلبات مرحلة الرشد
8. أزمات مرحلة الرشد

خلاصة

تمهيد :

تعتبر مرحلة الرشد من أهم مراحل الفئات العمرية ، يطلق عليها بمرحلة النضج و اكتمال الشخصية يصير الإنسان خلال هذه المرحلة أكثر نضجا و قدرته لاعتماده على نفسه ، فقد أصبحت مجال الدراسة في العلوم الإنسانية و الاجتماعية . تعد من أهم المواضيع التي تناولها علماء النفس خصوصا أن شريحة الراشدين تشكل الغالبية العظمى للمجتمع ، نعتبرها بمثابة المحرك في جميع مجالات الحياة الاجتماعية

سوف نتطرق في هذا الفصل من خلال تعريف على مفهوم الرشد ، مراحل الرشد ، مروراً بالنظريات المفسرة لمرحلة الرشد ، معاييرها ، مظاهر النمو لمرحلة الرشد ، خصائصها ، متطلبات مرحلة الرشد ثم أزماتها و أخيرا الخلاصة .

1. تعريف مرحلة الرشد :

أ. لغويا :

رشد بمعنى زشد ، رشدا" و رشادا" و زشد - زشدا" : اهتدى و استقام و أمره : زشدفيه ، زشدهالي كذا و عليه و له : هداه و القاضي : جعله رشيدا ، أرشدهالي كذا و عليه و له : هداه استرشده : طلب منه الرشد و أمره : اهتدى له و الرشد : الاستقامة على طريق الحق . الرشدي : اسم بمعنى الرشد الرشيد : ذو الرشد الهادي ، المهتدي . (المنجد في اللغة ، 2010 : 261)

راشد Adulte هذا الوصف يطلق على الشخصية في مرحلة النضج و حالة الأنا الراشد من حالات التحليل العملي التي وصفها " اريك برن " . (لطفي الشربيني ، 2001 : 20)
الرشد عند (الفقهاء) أن يبلغ الصبي حد التكليف صالحا في دينه مصلحا لما له .

أما في القانون يعرف بأنه : السن التي إذا بلغ المرء استقل بتصرفاته (شوقي ضيف ، 2003 : 346)

ب. اصطلاحا :

حسب الموسوعة النفسية الراشد هو : الشخص الذي بلغ سن الرشد ، أتم مرحلة النضج البيولوجي و العقلي و العاطفي ، يقال سن الرشد Adulthood الفترة التي يغدو فيها المرء مسئولا عن شؤون حياته الخاصة و توجيه نفسه بنفسه . (اسعد رزوق ، 1987 : 130)

حدد " كاتل " 1950 مرحلة الرشد ما بين 25 إلى 45 سنة ، اعتبرها مرحلة النضج العقلي .
(سليم ، 2002 : 464)

إن من خلال ما سبق يمكن القول بان مرحلة الرشد تعتبر من أهم المراحل العمرية ، يتدخل فيها الرشد مع الشباب تبدأ من العقد الثالث من العمر بعد الواحد و العشرين سنة و تنتهي مع نهاية الستينات ، تعد من أطول مراحل النمو لأنها تختلف باختلاف الثقافات - المجتمعات و المستوى الاقتصادي - الاجتماعي - العادات و التقاليد ، هذه المرحلة لديها دور فعال في المجتمع .

2. مراحل سن الرشد :

تنقسم مرحلة الرشد إلى 3 مراحل المتمثلة فيما يلي :

(1) مرحلة الرشد المبكرة (Early adulthood) ما بين 25 إلى 40 سنة :

تبدأ فترة الرشد بالانتهاء من الدراسة و الدخول إلى ميدان العمل ، يحصل ذلك قبل سن الخامسة و العشرين ما عدا المهن التي تتطلب إعدادا طويلا ، هناك الدراسات الحديثة لعالم النفس الاجتماعي "ليفنسون" بين بان الفترة الممتدة بين 25 و 40 سنة هي فترة تحقيق الحلم .

إن المهنة الرئيسية للشخص في هذه المرحلة هي توجيه نشاطه في اتجاه تحقيق رؤيته لنفسه و أحلامه في أن يكون طبيبا أو مهندسا ، صاحب عمل أو فنانا ، كيفما كانت تلك الرؤية فإنها تصبح تحدد له اختياراته و قراراته الضرورية لنموه و تطوره .

أما بالنسبة "لنيوجارتن" فان الانتقال من المراهقة إلى النضج تحمل معه زيادة في النشاطات و الخبرات و جوانب جديدة من الاستقلال و الكفاءة . (مريم سليم ، 2002 : 451) تعتبر هذه المرحلة من أهم المراحل النمو يصعب علينا تحديدها لان فيها يكتمل النضج الجسمي للشخص ، تصل به إلى التوازن و التناسق بين جميع مظاهر النمو الجسدي و الفسيولوجي و الأعضاء الداخلية و الخارجية للجسم ، يصبح الراشد معتمدا على نفسه في اتخاذ قرارات التي يختارها حول مستقبله الخاص به .

(2) مرحلة الرشد الوسطى (Middle adulthood) ما بين 40 إلى 50 سنة :

يميل الفرد إلى أن يدرك نفسه كما لو انه في منتصف العمر ، و ذلك كانعكاس الأحداث و الخبرات تحدث في محيط الأسرة و العمل ، عندما يكون لدى الفرد أبناء في سن المراهقة فقد يكون ذلك علاقة بأنه لم يصبح شابا صغير السن . و حصوله على مركز مرموق في عمله و تولي مهمة الإشراف على مرؤوسين شباب ينتج ذلك الإحساس بفترة وسط العمر . أظهرت الدراسات بان السيدات يملن إلى إدراك منتصف العمر في إطار ما يحدث داخل الأسرة من أحداث و بالنسبة للرجال فيحدث ذلك في مجال العمل و المركز الاجتماعي و الاقتصادي .

تشير "نيوجارتن" أن الأعمار الزمنية لم تعد ذات مؤشر ايجابي كما كانت في المراحل النمائية السابقة ، لا يمكن القول انه بتقدم السن في هذه المرحلة يصبح الفرد أكثر جاذبية أو أكثر أهمية .
(عادل الأشول ، 2008 : 638)

حدد العلماء بان مرحلة الرشد الوسطى تمتد بين 40 إلى 50 سنة ، فان الأشخاص ذوي الأعمار الوسطى ليسوا صغاراً أو كبار السن . كلما زاد عمر الفرد يجد نفسه مازال شاباً و لكن بمجرد أن يصبح لديه أبناء شباب ، يصبح يتحمل مسؤوليته الاجتماعية و تربية الأبناء و توجيههم ، عليهم تقبل التغيرات الجسمية التي تطرأ عليهم يجب التكيف معها .

3) مرحلة الرشد المتأخرة (Late adulthood) ما بين 60 إلى نهاية 64 سنة :

هناك تغيرات فسيولوجية تحدث في هذه المرحلة تشكل بعض الأزمات بالنسبة لأفراد هذا السن ، بالنسبة للمرأة تنقطع العادة الشهرية و بالتالي تتوقف عن الخصوبة يأتي في بعض الحالات مصحوباً بالاكتئاب ، أما بالنسبة للرجل فان الأمر يختلف فخصوبته لا تتوقف و مع ذلك فان هناك تغيرات فسيولوجية تتمثل في الضعف القدرة الجنسية حتى و إن كانت لا تتوقف حتى مع التقدم في العمر .

يعتقد " اريكسون " أن أزمة النمو الرئيسية في هذا السن تتمثل في خاصيتين و هما :

- الامتداد الاجتماعي و التوقع على النفس . إذا كان النضج سليماً في هذه المرحلة فان الشخص يجد نفسه يتجاوز الامتداد البيولوجي الخاص إلى الامتداد بمعناه النفسي و الاجتماعي ، يتمثل في الالتزام بقضية إنسانية عامة تتجاوز الاحتياجات المباشرة للحاضر .

- يحدث نمو آخر في الحكم الأخلاقي كما يراه "كوهلبرج" إن تتطور الأحكام الأخلاقية ذات المحتوى الشكلي إلى الأحكام القائمة على المبدأ الشخصي و صالح للمجتمع و رفايته .

- من الناحية السلبية : تظهر في هذه السن مشكلات نفسية قد تتزايد خصوصاً فيما يتعلق بأعراض القلق ، أسباب زيادته هو الإحساس الزائد بالمسؤولية و الاستقلال . (مريم سليم ، 2002 : 453)

إن تصبح قدرات الإنسان محدودة في هذه المرحلة يزداد فيها القلق و الاكتئاب خاصة عند النساء .

3. النظريات المفسرة لمرحلة الرشد :

تتمثل فيما يلي :

1) نظرية التحليل النفسي :

ترى بان الراشد يتميز باستقرار الطباع و القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة ، بالإمكان الكلام عن هذه الجوانب أكثر من الكلام عن النمو و التطور. اهتمت هذه النظرية بأساليب النشاط النفسي الذي يعبر عنه من خلال الطباع و حل الصراعات و إمكانية التسامي .
يفسر التحليل النفسي سلوك الرشد انطلاقا من خبرته الطفولية و هكذا يتم تحليل الرشد من خلال الآليات الدفاعية التي يستخدمها الراشد . (مريم سليم ، 2002 : 489)

أشار " فرويد " إلى أن المودة بين الناس هي أساس الرغبة الجنسية ، ترى نظريته بان الطفل يتحول من أنانية الطفولة إلى شخص الراشد واقعي و اجتماعي ، لديه ميول جنسية غيرية تدفعه للزواج و تكوين أسرة و رعاية الأطفال فيها تستمر هذه المرحلة حتى الفترة الأخيرة من نمو الشخصية ، تتميز باكتمال نمو الدوافع الجنسية تنضج و تتجه نحو الجنس الآخر . (شريبه ، 2018 : 92)
يعرف الراشد في المجال العاطفي و الحياة الاجتماعية تغيرات ليبيدية و أزمت عديدة (الوالدية - أزمة منتصف العمر) و خيارات أخرى تقود إلى النضج ، و لكن قد يكون لها آثار مدمرة . (المرجع السابق ، 489)

2) نظرية فالينانت:

يطلق على نظريته باسم " التكيف مع الحياة " يقصد « بالتكيف » تلك العملية الدينامكية المستمرة التي يستطيع الإنسان عن طريقها الاحتفاظ بالتوازن بين حاجاته المختلفة والعوائق التي قد يتعرض لها في بيئته

أكدت "فالينانت" مهمات النمو الرئيسية في مراحل الحياة "لاريكسون" لا سيما في ما يتعلق بالهوية الألفة و التكامل .

وجد بان أصحاب الطفولة غير السعيدة كانوا غير قادرين على اللعب و يفقدون إلى أصدقاء ، اتكاليون ، يفقدون إلى نقص الثقة بالنفس ، و هذا من خلال دراسته المقارنة بين أفراد كانت طفولتهم سعيدة و آخرون كانت طفولتهم غير سعيدة . (شريبه ، 2018 : 92)

(3) نظرية النمو ليونغ :

الصف الأول من الحياة تتطور عبر خطوط مختلفة خلال النصف الأول و الثاني من دورة الحياة ، في النصف الأول حتى السن 35 - 40 سنة يكون الفرد في عمر التوسع و الامتداد إلى الخارج قوى النضج توجه نمو الأنا و تنطلق قدراتها للتعامل مع العالم الخارجي ، يتعلم الشباب التوجه نحو الآخرين يحاولون كسب أكثر ما يمكنهم من تدعيم المجتمع يؤسسون أعمالا و أسرا يفعلون ما في وسعهم ليتقدموا و يرتفعوا إلى سلم النجاح ، فالشباب يحتاج إلى أن يدرّب نفسه السيطرة على العالم الخارجي و ليس من المفيد على وجه الخصوص بالنسبة لهم أن يكونوا منشغلين جدا بما في داخلهم من شكوك المهم هو أن تعني بمطالب البيئة الخارجية ، كتقّة و تأكيد الذات (مريم سليم ، 2002 : 484)

أزمة العمر الأوسط :

حوالي سن 40 تتعرض النفس للتحويل حيث يشعر الفرد بان الأهداف و الطموحات التي بدت أبدية فقدت معناها . كثيرا ما يشعر الفرد أيضا بأنه محبط كشيء راكد غير مكتمل ، لاحظ "يونغ" أن ذلك يحدث حتى مع الأشخاص الذين حققوا قدرا كبيرا من النجاح الاجتماعي لان الانجازات التي كافئه المجتمع عليها قد تمت على حساب ضياع شخصيته و النفس هي التي تقدم طريق الخلاص من هذه الكارثة ، إنها تدفع الفرد إلى أن يرجع إلى الخلف كي يختبر و يفحص معنى حياته .

يتميز العمر الأوسط بتحول النفسي إذ نكون مدفوعين لنبدأ توجيه طاقتنا بعيدا عن السيطرة على العالم الخارجي ، نبدأ التركيز على دواتنا الداخلية نستمتع للعقل الباطن نتعلم عن إمكاناتنا التي تركناها طويلا دون استثمار . فالشخص في منتصف العمر لا تزال لديه الطاقة و المصادر التي تمكنه من أن يحدث تغييرات في مواقفه الخارجية تبدو غير مفهومة .

يسمى " يونغ " عملية التفرّد و هي عملية التي يصبح الفرد من خلالها على وعي بأنه شخصية ، لا يتضمن فقط تحقيق قدر من التوازن النفسي بل يتضمن الفصل بين دواتنا و تمسكنا المعتاد بتحقيق القيم

- الخاصة بالثقافة العامة لكنها تقوم أيضا على الخبرات المتفردة . (مريم سليم ، 2002 : 484 - 485 -
(488 - 487

4) نظرية بياجي لاتجاه المعرفي للنمو الخلفي :

يرى أن النمو الخلفي هو نتيجة لعملية نشطة تتضمن تطور المعرفة تتزامن مع تعرض الفرد للخبرات الاجتماعية جديدة ، يتضمن النمو الخلفي مظهرين :

- احترام الفرد للمعايير الاجتماعية وإحساسه بالعدالة ، يرى بياجه أن الشعور الأخلاقي لا يولد مع الطفل بل انه يشكل نتيجة امتصاص الطفل للمعايير الأخلاقية والاجتماعية و تكيفه معها .
- يمثل النمو المعرفي من وجهة نظر كولبيرج شرطا ضروريا غير كافي لنمو التفكير الأخلاقي ، يؤكد أهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية . (شريبه ، 2018 : 95 - 96)

5) نظرية جليجان في النمو الخلفي :

هاجمت " كارل جليجان" نظرية كولبيرغ و اتهمته بالتحيز الجنسي و إهماله لحقيقة أن التوجه الأخلاقي لدى الإناث يختلف لدى الذكور ، من خلال المقابلات التي أجرتها مع نساء يواجهن مشكلات أخلاقية حقيقية إن الإناث يطورن أخلاقية العناية يرتكز حكمهن الأخلاقي على قضايا الرعاية الموجهة نحو الآخرين و المحافظة على العلاقات معهم بينما الذكور يطور أخلاقية العدالة .

طرحت "جليجان" ثلاث مراحل للنمو الخلفي عند الإناث :

1. مرحلة المصلحة الشخصية : تستند القرارات الأخلاقية على أسس أنانية فهي مشابهة لدى كولبيرغ .
2. مرحلة التضحية بالذات : تتمركز حول الاهتمام بالآخرين تحتل مرتبة أعلى من اهتمام المرأة بذاتها.
3. مرحلة التكامل بين الاهتمام بالذات و الاهتمام بالآخرين : فالمرأة هنا تكون قادرة على التوفيق بين حاجاتها و حاجات الآخرين . (نفس المرجع ، 99 - 100)

6) نظرية سوليفان :

يرى بان الرشد يدل على وجود ذخيرة ناضجة من التفاعلات الشخصية و القدرة على الحب الحقيقي و هو الحالة التي عندما يكون الناس الآخرين واضحين ، تشير هذه الأخيرة للمرحلة التناسلية عند فرويد غير أن (سوليفان) كان غير متقائل بخصوص الفرصة المتاحة لهؤلاء الراشدين ، لكي يبلغوا هذا التوجه الفعال في المجتمع . (بدرة بهية ، عبيد لطيفة ، 2011 : 19 - 20)

4. معايير مرحلة الرشد :

لقد أشار علماء النفس إلى وجود عدة مؤشرات رئيسية من بين المعايير التي تحدد سن الرشد تتمثل فيما يلي :

1) معايير العمر :

تتفق معظم الثقافات على أن الإنسان يصل إلى سن الرشد المبكر عند بلوغه سن الحادي والعشرين و هو العمر الذي يحدد قانونيا بأنه إذا بلغه الفرد يكون قد استقل بتصرفاته و تحمل مسؤولية قراراته . (شريبه ، 2018 : 80)

أما العمر المدرك فهو العمر الذي يشعر فيه الفرد شعورا ذاتيا بأنه أصبح راشدا . (أمال صادق ، أبو حطب ، 1999 : 356)

2) المعيار الاجتماعي :

يشير هذا المحك إلى طبيعة المكانة الاجتماعية للفرد و الأدوار التي يؤديها في محيطه الاجتماعي . تتميز هذه المرحلة بالدينامية يعود ذلك إلى سببين و هما :

الأول : إن مرحلة الرشد هي الفترة واقعة بين مرحلتي الإعداد و القيام بدور فعال في بناء المجتمع .

الثاني : تعود هذه المرحلة لدينامية طبيعة التكوين البيولوجي و الفسيولوجي و الوضع الاجتماعي للفرد

3) المعيار النفسي :

يعتمد على الخبرات الذاتية للفرد ، يضاف إليه و يجعله جزءا من البنية الأساسية لشخصية الفرد .

(المرجع السابق ، 81)

4) الاستقلالية :

يعتبر مؤشر السيكولوجي الرئيسي للرشد فمع بلوغه يشعر المرء بأنه مسئولاً عن نفسه ، يتخذ قراراته بنفسه دون حاجة مستمرة إلى دعم الآخرين خاصة من هم اكبر منه (كالوالدين و المعلمين) يتجه الاستقلال على وجه الخصوص إلى تلك القرارات التي تتصل بحياة الشخصية للراشد ، سواء كانت هذه القرارات مهمة أو تافهة . لا يجب أن يتدخل الآخرون في شؤونه يتحمل مسؤوليات و النواتج المترتبة عنها . (أمال صادق ، أبو حطب ، 1999 : 356)

فهذا المؤشر هو جزء من شخصية الراشد ، لأنه وحده الذي يحدد ما إذا كان اتكاليا و يشعر بالرغبة في الاعتماد على الآخرين أم انه أصبح مستقلا بقراراته و هي بذلك لا تعني التفرّد و الأنانية . فالراشد يطلب المشورة من الآخرين و يلجا إلى مناقشتهم و لكن في النهاية هو من يحدد قراراته . (شريبه ، 2018 : 82)

5) الرغبة المستمرة في التعلم :

لا يتحدد الرشد السيكولوجي إلا بشغف إلى مزيد من التعلم عند الاستقلال خاصة التعلم الذاتي الذي يتفق في جوهره مع مؤشر الاستقلال ، المعالجة و التقصي و البحث التي ترتبط جميعا بهذا النوع من التعلم و تدل على تنوع الاهتمامات و الميول ، فإذا توقف الراشد عن التعلم كانت هذه علامة نهائية . (المرجع السابق ، 357)

إذن فان هذه المعايير هي أهم محكات لنمو شخصية الراشد و نضجه فيصبح مسئولا عن اهتماماته و القرارات التي يتخذها حول مستقبله ، إذا قورنت بفترات النمو السابقة يرجع ذلك إلى أنها لم تلقي اهتمام بنفس القدر التي اخذته مراحل النمو السابقة خاصة مرحلة الطفولة الأخيرة أي (مرحلة التناسلية) .

5. مظاهر النمو في مرحلة الرشد :

1) النمو الجسمي :

تتميز مرحلة الرشد عن طريق النمو النفسي الاجتماعي بوجود بعض الخصائص الجسمية يصل الفرد بين العشرينات و أوائل الثلاثينيات إلى ذروة نضجه البيولوجي و الفسيولوجي ، حيث نجد بالنسبة لمعظم

الأفراد أن السرعة و التناسق و القوة و التحمل الجسمي عادة ما تكون بصورة اكبر عما ستكون عليه في المراحل اللاحقة .

فمن الناحية البيولوجية نجد أن أفضل عمر لحدوث الحمل لأول مرة يكون بعد سن العشرين و معدل الخصوبة يبدأ يتضاءل بعد سن الثلاثين من حياة المرأة بالإضافة إلى الولادة تكون أكثر صعوبة احتمال حدوث تشوهات للجنين . (أبو اسعد ، 2011 : 364)

من هنا يتبين لنا بان طور الرشد المبكر هو طور اكتمال النمو الجسمي ، لا يلاحظ الراشد الصغير أي علامات تدل على تقدم في السن إلا بعد الأربعين و هي علامات تجعله أكثر اهتماما بصحته ، بعدها يبدأ في المقارنة بين أدائه في طور الرشد الأوسط و في طور الرشد المبكر . (أمال صادق ، أبو حطب ، 1999 : 365)

2) النمو العقلي المعرفي :

في هذه المرحلة العمرية يصل تطور النمو العقلي المعرفي للراشد إلى ذروته أي ما يسمى بالاستقرار و هو بذلك يختلف على تفكير المراهق الذي يميل إلى أن يكاد يكون مطلقا .

فالراشد أكثر تقبلا لوجود انساق معرفية متعارضة ينشا ذلك جزئيا من اتساع الوسط الاجتماعي للراشد الذي يشمل وجهات نظر مختلفة و ادوار اجتماعية عديدة : تقبل التناقضات المعرفية يدرك الراشدون بان التناقض هو خاصية من خصائص الواقع ، لا يحتاج الأمر إلى حل الصراعات و التناقضات المعرفية لكي يحقق تكيفه مع البيئة المحيطة به و إنما سيحقق هذا التكيف بتقبل هذه التناقضات ، يعتمد عليها للوصول إلى حلول جديدة للمشكلات من خلال التفكير إلى :

- **تكامل التفكير** : يسعى الراشدون في تفكيرهم إلى إحداث تكامل و التآزر بين انساق متعددة سماه بعض الباحثين " ما بعد الأنساق" .
- **القدرة على نقد البناء** : يشكل الطابع التقييمي لشخصية الراشدين .
- **التوازن بين العقل و العاطفة** : يغلب على سلوك الراشد العقلانية و الثبات الانفعالي .

3) النمو الاجتماعي :

تتميز هذه المرحلة الاعتماد على الذات و الانجاز و الاتزان النسبي في العلاقات الاجتماعية سواء مع الأهل أو الأصدقاء ، تكون التنشئة الاجتماعية دور فعال في تكوين شخصية الراشد من خلال انتقاله من مرحلة المراهقة إلى الرشد.

تعتبر هذه المرحلة بفترة النضج الاجتماعي فان أي اضطراب يحدث في جوانبه للشخصية الجسمية و العقلية ، الانفعالية فسوف يؤثر في نمو الجانب الاجتماعي للراشد. (شريبه ، 1999 : 102 - 104)

يتضمن النضج الاجتماعي في مرحلة الرشد المبكر مايلي:

- تحمل مسؤولية الاختيار: المهنة المناسبة و ممارستها الرضا في العمل ، تأسيس أسرة جديدة .
- تقبل الوالدين و معاملتهم معاملة حسنة .
- تحقيق مستوى اقتصادي مناسب و مستقر .
- الانتماء إلى الجماعات و المنظمات التي تقوم بالأعمال الخيرية و تحقيق الاندماج في المجتمع و إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين يسودها الاحترام المتبادل .
- ممارسة الحقوق المدنية و تحمل المسؤولية الاجتماعية و الوطنية . (شريبه ، 1999 : 102 - 104)

4) النمو الانفعالي :

من خلال دراسة " اندرسون " استنتج بان الراشدين يستجيبون بشكل انفعالي اقل كلما تقدموا بالسن و هذا لا يعني حصول نقص في الناحية الانفعالية و إنما يعني حصول تغيرات من الناحية النوعية و يشير " كاتل " ذلك « بأن عدد الأشياء التي تثير استجابات عاطفية يزداد و لكن الانفعالات العنيفة تقل ، وعلى الأرجح قوة الانفعالات » . تؤكد الاختبارات نفسها ظهور ميل إلى الانغلاق على الذات الذي يزداد مع التقدم في السن بالإمكان القول وجود علاقة بين انخفاض حدة الانفعالات و الانكماش على الذات . (مريم سليم ، 2002 : 467)

5) النمو الوجداني :

يميل الراشد إلى التحكم في شدة انفعالاته و عواطفه إذ يصبح أكثر سيطرة عليها ، يستطيع أن يعبر عنها دون تدهور أو اندفاعية .

يصبح قادرا على التغلب في كثير من الحالات التي تدفعه إلى الغضب أو الخوف ، يتعلم كيف يكون حريصا في إظهار انفعالاته مراعيًا شعور الآخرين يتعامل مع عواطفه بنوع من التفكير العقلاني ، فيصبح أكثر واقعية في حياته العاطفية و ردود أفعاله اتجاه المواقف المختلفة .

يشير " كاتل " إلى أن عدد الأشياء التي تثير الاستجابات العاطفية يزداد و لكن قوة الانفعالات تقل .
(شريبه ، 1999 : 106 - 107)

6. خصائص مرحلة الرشد :

تشير "هيرلوك" إلى أن مرحلة الرشد المبكر تتسم بمجموعة من الخصائص المتمثلة فيما يلي :

- أ. طور الإنجاب : معظم الراشدين الصغار تمثل الوالدية احد الأدوار الأكثر أهمية في حياتهم ؛
- ب. طور الاستقرار : يتحول خلال مرحلة الرشد كل شكل من أشكال عدم الاستقرار في الميول المهنية و الهويات و الصداقات ، التي كان يمر بها في المراهقة إلى الاستقرار و الثبات في مرحلة الرشد ؛
(شريبه ، 2018 : 88 - 89)

ج. طور الحل المستقل للمشكلات : يواجه المرء فيه مشكلات عديدة تختلف في جوهرها عن تلك التي كان يواجهها في المراحل السابقة من حياته ، يواجه هذه المشكلات دون مساعدة الآباء أو المعلمين كما كان يحدث من قبل ، بالطبع لو فرض على البعض التعامل مع مشكلات الراشد في مرحلة المراهقة بسبب الزواج أو العمل المبكر فإنهم يتوقعون مساعدة الوالدين لأنها عادة ما تكون أقوى من قدراتهم على حلها بمفردهم . بعد وصوله إلى سن الرشد يواجه المشكلات وحده . و لكن المشكلة تصبح أكثر تعقيدا بالنسبة للراشد الصغير الذي مراهقته كلها جزء من مرحلة الرشد حتى 25 سنة و ذلك يجعله معتمدا على الوالدين ماليا و اقتصاديا ؛

د. طور اتخاذ القرارات الهامة : يحاول فيه الراشد اختيار الحلول المختلفة للمشكلة الواحدة حتى يصل إلى أفضل الحلول و هذا في حد ذاته مصدر للتوتر و الصراع . إلا انه عند منتصف الثلاثينات يكون قد

حل معظم المشكلات بشكل كاف ، بحيث يتناقض التوتر الانفعالي و يحل محله الاستقرار الانفعالي في سن الأربعين . (أمال صادق ، أبو حطب ، 1999 : 363 - 362)

بينما " وايت " اقترح خمسة خصائص شائعة في مرحلة الرشد تتمثل فيما يلي :

أ. استقرار الذات : تتسم هذه المرحلة بأنها اقل تأثيرا بالخبرات فان الراشد يكون أكثر استقرارا و اتساقا ووضوحا في نمو شعوره بذاته . لهذا سماه (باستقرار الذات) ؛

ب. النجاح في العلاقات الشخصية : يكون الراشد اقل تأثيرا برغباته و نزاعاته و خيالاته خاصة في علاقته الشخصية عندما يصل الراشد إلى نظرة مستقرة نحو ذاته يكون اقل قلقا ، يجعل من السهل عليه تقبل الآخرين و تكوين علاقات شخصية سليمة ؛

ج. تعمق الميول و الاهتمامات : يظهر الراشد التزاما حقيقيا بميوله و اهتماماته سواء كانت في المجال المهني أم في العلاقات الشخصية ؛

د. زيادة إنسانية القيم : يظهر الراشدون في هذه المرحلة وعيا متزايدا بالمعنى الإنساني للقيم و بالوظيفة التي تؤذيها في المجتمع . ينظر إليها في ضوء أكثر شخصية و إنسانية استنادا على خبرات الحياة ؛

هـ. توسيع نطاق الرعاية : يتسع اهتمام الراشد بالآخرين خلال فترة الرشد المبكر زيادة التعاطف مع الآخرين ، لا يقتصر ذلك على الأفراد الذين يتعامل معهم و إنما يمتد إلى الأفراد عامة لاسيما الذين ينتمون إلى الفئات اقل حظا في المجتمع (الفقراء و المرضى) . (شريبه ، 2018 : 90)

إنذ فالراشد يرغب في الاستقرار و التحرر من محيط عائلته لكي يتحمل مسؤولية قراراته لحل مشاكله دون مساعدة الآخرين كالوالدين وصولا إلى حلها بالطرق المناسبة ، في هذه المرحلة الراشد ينجح في إقامة علاقات شخصية مع الآخرين .

7. متطلبات مرحلة الرشد :

1) متطلبات مرحلة الرشد المبكرة :

❖ الانفصال عن الوالدين ؛

❖ تشكيل الهوية ؛

- ❖ تطوير القدرة على تحمل التوتر و الإحباط ؛
- ❖ الالتزام المهني ؛
- ❖ اختيار شريك الحياة للزواج و تحمل المسؤولية ؛
- ❖ تعلم إدارة المنزل و القرار حول أين يسكن ؛
- ❖ تحقيق الألفة و القدرة على إقامة علاقة منفتحة مع شخص آخر ؛
- ❖ ترك العزلة و مشاركة الجماعات الاجتماعية .

(2) متطلبات مرحلة الرشد المتوسطة :

- ❖ التكيف مع التغيرات الجسدية ، وسط العمر بين 40 إلى 50 سنة ليس بإمكانهم الجري بسرعة ، فقدان القدرة على الإنجاب ، القدرة الجنسية ، المسؤولية الاجتماعية و المدنية ؛
- ❖ دفع الأطفال إلى البلوغ ؛
- ❖ إنعاش الزواج ؛
- ❖ إعادة توجيه الذات نحو الوالدين و المتقدمين في السن 80 إلى 85 سنة بحاجة إلى رعاية ؛
- ❖ إعادة الأدوار الجنسية ؛
- ❖ تطوير شبكة اجتماعية و أنشطة تتعلق بأوقات الفراغ ؛
- ❖ إيجاد معنى جديد للحياة . (أبو اسعد ، 2011 : 362 - 366)

(3) متطلبات مرحلة الرشد المتأخرة :

- ❖ تحقيق درجة النجاح في المستويات الاجتماعية و الأسرية ؛
- ❖ تحقيق مستوى المعيشي الأنسب ؛
- ❖ تربية و تنشئة الأطفال و المراهقين ؛
- ❖ تكوين و تنمية الميول و الهوايات المناسبة لهذه المرحلة ؛
- ❖ تقبل تغيرات العمر الفسيولوجية و التكيف معها ؛
- ❖ يتوافق مع سلوك الآباء المسنين يلزم معاشتهم . (الوارد في بدره نهيبة ، عبيد لطيفة ، 2018 : 13)

8. أزمات مرحلة الرشد :

إن شخصية الفرد لا تخلو من الأزمات التي يستطيع الراشد تجاوزها من خلال خبراته التي يكتسبها خلال المراحل السابقة للنمو والتي تساعده على تحقيق التوافق و مواجهة الصعوبات المستقبلية خصوصا مرحلة الشيخوخة ، فمرحلة الرشد تمر بعدة أزمات المتمثلة فيما يلي :

1) أزمة الأمومة و الأبوة :

أن تصبح المرأة أما و يصبح الرجل آبا ، هذا التغيير له طابع ذاتي أكثر منه اجتماعي فالحمل و الأمومة و الأبوة تعطي الفرد حقوق و تلقي عليه في الوقت نفسه واجبات جديدة ، لقد استخدم "راكاميه" مفهوم الأمومة ليدل على مجموعة من الظواهر العاطفية المتعلقة بالحمل و الأمومة يهتم بالتغيير الذي يطرأ على صورة الجسد و التغييرات التي تعيشها المرأة بصورة متناقضة ، هذه المشاعر تتفاقم ترافقها أحاسيس بعدم التقدير خصوصا إذا ما حدث الحمل في الظروف غير الملائمة . فوضعية الحمل ثم الأمومة تتعش أزمات الطفولة خصوصا ما يتعلق بالتماهي ، تنظر المرأة إلى الطفل كجزء منها عليها حمايته و الاعتراف به و تأمين استقلالته و حمايته من القلق ، لذلك يصبح الطفل بالنسبة لأم أكثر أهمية من ذاتها . أما الأب عليه تحديد دوره و تقبله و دخوله في العلاقة القائمة بين الطفل و الأم كطرف الثالث .

فحسب "ماركوز" عودته إلى نصوص فرويد يرى أن أساس أزمة الرشد تكمن في ظهور ميول مكبوثة من قبل الأنا الأعلى يمكن أن يعود الفرد إلى « مبدأ اللذة » بالنسبة " لمندل " يدعو إلى تصحيح صورة الأب بالإضافة لقيم جديدة إليها و إلا فان سيرورة الرشد عند الشباب تكون ناقصة .

2) أزمة الوالدية :

ادخل مفهوم أزمة الوالدية كل من "مارشلي و براكونيه" تعني الوضعية الداخلية الخاصة بالوالدين ، في مواجهة مراهقة أطفالهم يجب أن يمتنع الوالدين عن إسقاط رغباتهما الطفولية على المراهق وهم يواجهون ظهور الخصائص الجنسية عنده هذا الظهور يذكرهما بنموهما يبرز المشكلات الاديبية هذه الأزمة لها مظاهر متعددة كمشاعر العجز ، الشعور بعدم تفهم من قبل المراهق و التواصل معه ، و لكن تبقى الأزمة الوالدية بعض الايجابيات منها التحرر من العلاقة الاستيلاية بالطفل تمكنه من إدارة الأزمات الاديبية و الآليات الدفاعية .

3) أزمة منتصف العمر :

تدعى بأزمة النضج تحدث بين 45 و 55 سنة يلاحظ الفرد أن الزمن مر سريعا يتخلى عما حققه يصاحبه الألم . فيعمل الشخص على إعادة تنظيم حياته تؤدي إلى تغيرات مهمة على مستوى الوظائف النفسية كالقلق و الخوف من الشيخوخة المرتبط بالتغيرات الجسدية كلها مظاهر مؤلمة ، يجب على الفرد العمل على تقبلها و بناء نفسي جديد .

يميل الأفراد خلال هذه الأزمة إلى مراجعة ما حدث معهم و تذكر الفشل و التقليل من أهمية النجاح ، كما يشعرون بالفراغ مقارنة بالحياة الماضية و الطموحات و أيضا عدم الفائدة . فحياة الراشد تتصف بالنمو من حيث قدرته على التعلم من الخبرات العاطفية و إعادة التنظيم تحت تأثير الأحداث هذا من جهة و من جهة أخرى مواجهة الصعوبات في المستقبل خصوصا صعوبات سن الشيخوخة . (مريم سليم ، 2002 : 492 - 495)

وعليه فإن الفرد في مرحلة الرشد المتوسط يتعرض لمثل هذه الأزمات فإنه يستطيع مواجهتها بشكل ايجابي و قد لا يستطيع ، هنا يقع في أزمة منتصف العمر تختلف باختلاف الظروف و البيئة . يرى "جاكوز" هو أول من عرف مصطلح أزمة منتصف العمر من خلال تجاربه الشخصية يقول بأنها هي من الأزمات التطورية التي يمر بها الفرد ترتبط هذه الأزمة بالقلق الوجودي . (شريه ، 2018 : 139-140)

4) أزمة الهوية :

هي التعبير الاجتماعي و الثقافي لعملية انتماء الفرد لذاته و هي حاجة إنسانية ضرورية ، علينا أن ندرك جوهر نمو هوية الفرد هو الحاجة إلى أن يدرك نفسه على أنه متوافق في سلوكه و متميز عن غيره يصبح تكوين الهوية مهمة سهلة يمكن الوصول إليها بسرعة .

إن أزمة الهوية تشعر من يواجهها بالوحدة و الاغتراب الأمر الذي يدفع الفرد أحيانا للانحراف وراء الهوية السلبية التي تعارض ما يريده المجتمع (كالانحراف ، الإدمان ، الانتحار)

5) حل أزمة الهوية :

هو مؤشر نفسي على بلوغ الرشد اعتقد "مارشيا" أن حل أزمة الهوية في مرحلة الرشد المبكر أكثر تعقيدا مما وصفه " اريكسون " صنف "مارشيا" طرق حل أزمة الهوية في الرشد إلى أربعة فئات سماها (مكانات الهوية) تتمثل في :

1. إحرار الهوية (**identity achievement**) : هم أولئك الذين تعرضوا لآزمات الشخصية في مجالات الحياة الاجتماعية (المهنية ، الزواج ، الذين) توصلوا إلى قرار شخصي فيه التزام بموقف معين يتسم هؤلاء بتقدير عال الذات و استقلال سيكولوجي و استدلال خلقي من مستوى عالي معناها عند " اريكسون " مع الأشخاص الآخرين ؛

2. رهن الهوية (**identity foreclosure**) : أصحاب هذه المكانة هم عكس الفئة السابقة لأنهم لا يتعرضون لآزمات الشخصية و مع ذلك لديهم أسلوب حياة واضح و قرارات قيمة محددة ، هم في العادة يستسلمون لرغبات الآخرين الهامين و رائهم (كوالدين و غيرهم) إما بسبب الضغوط الانفعالية أو الاقتصادية أو الخوف من الرفض أو الشعور بعدم الكفاءة ، أسلوبهم في التعامل مع الآخرين فيه نوع من القسوة ؛

3. تأجيل الهوية (**identity moratorium**) : تشمل أولئك الذين لا يظهرون دليلا واضحا على الالتزام و مع ذلك فهم غير قادرين على اتخاذ قرارات حول حياتهم بسبب ما يتعرضون له من آزمات الشخصية ، في المجالات الاجتماعية و هم يجاهدون للوصول إلى درجة من الإدراك الواضح لهويتهم لأنهم يشبهون فئة إحرار الهوية بسبب ما يتعرضون له من آزمات الشخصية ؛

4. خلط الهوية (**identity diffusion**) : أصحاب هذه الفئة يتفقون مع الفئة السابقة ليس لديهم التزام برأي واضح إزاء القضايا الأخلاقية في الحياة الاجتماعية ، إلا أنهم يختلفون عنهم لأنهم لا يعانون من آزمات الشخصية فهم فئة اللاتزامو اللازمة معا في وقت واحد اقل الفئات تقديرا لأنفسهم و القدرة على الوصول إلى قرارات حاسمة في مسائل الحياة . (أمال صادق ، أبو حطب ، 1999 : 380 - 382)

خلاصة :

تعتبر مرحلة الرشد من أهم مراحل الفئات العمرية لنمو الإنسان تبدأ من الواحد و العشرين إلى أربعين سنة تعد من أطول مراحل النمو يكتمل فيها النضج الجسمي ، العقلي ، البيولوجي و العاطفي في هذه المرحلة تحدث تغيرات في الهرمونات يصبح فيها الراشد أكثر نضجا و اعتمادا على نفسه مسئولا عن اتخاذ القرارات المهمة في حياته الشخصية و استقراره الذاتي ، لكنها لا تخلو من الأزمات و التغيرات التي تطرأ خلال هذه المرحلة التي اكتسبها في مرحلة المراهقة التي تعتبر حساسة و حرجة في حياة الفرد نظرا ما تتميز به من انفعالات نفسية و توترات عنيفة تترك فيها العديد من المشاكل تؤثر على المراهق في سن الرشد يجد صعوبة في تجاوزها بالمستقبل خاصة سن الشيخوخة سواء كانت أمراض مزمنة (كالقلب و ضغط الدم) و اضطرابات نفسية (كالقلق ، العزلة الاجتماعية ، الاكتئاب) .

الفصل الرابع : مرض التصلب اللويحي المتعدد

تمهيد

1. تعريف مرض التصلب اللويحي المتعدد
2. نسبة انتشاره
3. لمحة تاريخية عن مرض التصلب اللويحي المتعدد
4. فسيولوجية المرضية لتصلب اللويحي المتعدد
5. أنواع التصلب اللويحي المتعدد
6. أسباب الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد
7. أعراض مرض التصلب اللويحي المتعدد
8. عوامل خطورة المرض
9. مضاعفات مرض التصلب اللويحي المتعدد
10. تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد
11. علاج مرض التصلب اللويحي المتعدد
12. التعايش مع المرض

خلاصة

تمهيد:

من بين الأمراض الخطيرة التي أصبحت تهدد حياة الفرد و هي مرض التصلب اللويحي المتعدد ، يعتبر مرض عصبي مزمن يصيب الجهاز العصبي المركزي بسبب تلف في الغشاء المحيطي يسمى " بالميالين " يؤدي إلى تصلب الخلايا و الأنسجة العصبية التي توقف سير السيالة العصبية . يصيب الشباب التي تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 40 سنة .

سوف نتطرق في هذا الفصل من خلال تعريف مرض التصلب اللويحي المتعدد ، نسبة انتشاره لمححة تاريخية ثم فسيولوجية المرضية ، أنواعه ، أسبابه ، أعراضه ، عوامل الخطورة و تشخيصه ثم علاجه و كيفية التعايش مع المرض و أخيرا خلاصة .

1. تعريف مرض التصلب اللويحي المتعدد :

1- تعريف الجهاز العصبي :

يتكون من جهاز عصبي مركزي و طرفي ، فالجهاز العصبي المركزي يتكون من الدماغ و الحبل الشوكي ، أما الجهاز العصبي المحيطي يتكون من عقدة عصبية و اليلف عصبية الذي يربط الجهاز العصبي المركزي بالغدد و الأعضاء و العضلات . يقوم الجهاز العصبي بإصدار و استقبال الأوامر العصبية و ذلك عن طريق الخلية العصبية على شكل إشارات كهربائية تسمى « الناقلات العصبية » التي تنتقل من خلية عصبية إلى أخرى بواسطة المحور العصبي ، يحيط بها غشاء دهني يسمى « بالغشاء المياليني » الذي يزيد من سرعة الناقلات العصبية التي توفر الحماية للمحور العصبي . (احمد التميمي ، 2016 : 2)

2- تعريف مرض التصلب اللويحي المتعدد :

هو مرض مزمن التهابي يصيب الجهاز العصبي المركزي (النخاع الشوكي - المخ) يتميز بتطور تفاعل التهابي مزيل لصفائح الميالين الذي يشكل غمدا يحمي الألياف العصبية ، تؤثر على المادة البيضاء في الجهاز العصبي على مستوى (الدماغ ، الحبل الشوكي ، الأعصاب البصرية) يهاجم الجهاز المناعي الذاتي أغلفة الميالين المحيطة بالمحاور العصبية و بالتالي يؤدي إلى تدميره يعتبر السبب الرئيسي للإعاقة العصبية الحركية المكتسبة لدى الشباب . (Bruno et Pierre , 2006 : 2 : Samuel , 2016 , 3)

يعرف "perkind , 2002" بأنه مرض التهابي مزمن راجع إلى رد المناعة الذاتية للجهاز العصبي المركزي ، يترتب عن هذا الهجوم المناعي تشكل بؤر زوال مادة غمد الميالين في مناطق متعددة من الدماغ و النخاع الشوكي (الواردة في مريم بن بوزيد ، 2020 : 48)

و تعرف أيضا " منى طالب " التصلب اللويحي المتعدد بأنه : مرض التهابي مزيل (النخاعين) المغطية للأعصاب وهي عبارة عن مادة ذهنية تحمي و تساعد على سرعة إيصال الإشارات العصبية من المخ إلى أجزاء الجسم يساعد على تحرك الجسم بشكل طبيعي . (منى طالب ، 2008 : 44)

إذن فان مرض التصلب اللويحي المتعدد يصيب الجهاز العصبي المركزي ، يتميز بوجود مناطق من التلف لنسيج الميالين ، يهاجم فيه الجهاز المناعي جسم الإنسان لأنه عبارة عن خط دفاع يحمي من مرور الفيروسات و المكروبات إلى داخل الجسم ، لكن عن طريق الخطأ قام الجهاز المناعي بمهاجمة الأنسجة العصبية كجسم غريب مسببة في ذلك زوال غمد الميالين مما يؤدي إلى إعاقة انتقال السيالة العصبية و تحريكها بسرعه .

2. نسبة انتشاره :

يعاني من التصلب اللويحي المتعدد حوالي 2.3 إلى 3 مليون شخص في جميع أنحاء العالم يصيب النساء أكثر من الرجال أي 3 نساء لرجل واحد . (David Brassat , 2017 : 186)

فحسب الإحصائيات الحديثة تبلغ نسبة انتشاره في أمريكا الوسطى و اللاتينية 20 / 100000 ، في استراليا 60 و 205 حالة في بلدان شمال اوروبا أما في اليابان و الصين فان نسبة انتشاره منخفض جدا يقدر ب 13 / 100000 ، و في الجزائر يقدر ب 23.7 و 39.7 حالة لكل 100.000 نسمة . (F. Bouali , 2020 : 2)

يصيب ما بين 7500 و 15000 مريض في الجزائر أي حوالي 30 حالة لكل 100.000 كل عام . (الصنهاجي ، 2015)

3. لمحة تاريخية عن مرض التصلب اللويحي المتعدد :

في بداية القرن 19 اعتمد الأطباء على الخرافات و الإشاعات لرعاية المرضى ، لم يتم اختيار الأفكار الطبية علميا و مع ذلك كان الأطباء في بعض الأحيان مراقبين يمكننا التعرف على الأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب اللويحي المتعدد في الأوصاف المكتوبة منذ زمن بعيد مثل العصور الوسطى .

بمجرد أن ترسخت الطريقة العلمية في الطب كان مرض التصلب اللويحي المتعدد من بين الأمراض الأولى التي وصفها علميا .

في بداية عام 1838 ظهرت عمليات التشريح التي أجريت بوضوح الرسومات التي نعرفه اليوم باسم التصلب اللويحي المتعدد .

وفي عام 1868 قام " جان مارتن شاركو" أستاذ علم الأعصاب بجامعة باريس يدعى أبو علم الأعصاب . فحص شابة مصابة بهزة لم يسبق لها مثيل ، أشار إلى مشاكلها العصبية الأخرى بما في ذلك تداخل الكلام ، حركات العين غير الطبيعية ، و قارنها بالمرضى الآخرين الذين رأهم . عندما ماتت الفتاة قام بفحص دماغها وجد لوحات مرض التصلب اللويحي المتعدد ، كتب الدكتور شاركو وصفا كاملا حول المرض و التغيرات التي تطرأ على الدماغ و مع ذلك فقد حيرته قضيته و شعر بالإحباط من مقارنته للجميع جرب في علاجاته حقن الذهب و الفضة كانت مفيدة إلى حد ما في اضطراب الأعصاب الشائع في ذلك الوقت مرض الزهري .

و في أواخر القرن 19 أدرك كبار الأطباء في العالم بان مرض التصلب اللويحي المتعدد كان محددًا ثم التعرف عليه في إنجلترا من الدكتور " ويليام موكسون" عام 1873 و في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل الدكتور " ادوارد سيجوين " عام 1878 .
و مع بداية القرن 20 اكتشفوا كائنات صغيرة حجم و فيروسات طورت تقنيات النمو و دراسة البكتيريا و الفيروسات في المختبر .

و في عام 1906 منحت جائزة نوبل للطب الدكتور "كامي لوجولجي " الذي أتفق على مواد كيميائية جديدة لتعزيز رؤية الخلايا العصبية تحت المجهر .

و في عام 1916 أجرى الدكتور " جيمس داوسون" فحوصات مجهرية مفصلة عن أدمغة المرضى الذين ماتو بسبب مرض التصلب اللويحي المتعدد .

عام 1919 لوحظ وجود شذوذ في السائل النخاعي لأول مرة بالرغم من أهميتها كان لغزا و في عام 1878 تمت دراسة الميالين الذي اكتشفه الدكتور "رانفبييه" بشكل مكثف تحت المجهر .

عام 1928 ثم اكتشاف الخلية التي تصنع الميالين الخلايا الدبقية قليلة التغصن .

وفي عام 1925 انشأ أول تسجيل كهربائي لانتقال الأعصاب بواسطة " ادغار دوغلاس ادريان " التقنيات اللازمة لدراسة نشاط الأعصاب أطلق سلسلة من التجارب لتحديد كيفية عمل الجهاز العصبي .

و في عام 1935 أوضح الدكتور " توماس ريفوز " من معهد روكفلر بمدينة نيويورك ، أن الأنسجة العصبية و ليس الفيروسات هي التي تنتج المرض الشبيه بالتصلب اللويحي المتعدد عن طريق حقن الميالين عرف بأنه خال من الفيروسات في مختبر الحيوانات.

وفي عام 1940 ظهرت جمعية الوطنية للتصلب اللويحي المتعدد ركزت الحرب العالمية الثانية على تقنيات و طرق جديدة في العديد من المجالات .

عام 1946 تأسست الجمعية الوطنية لمرضى التصلب اللويحي المتعدد

و في عام 1947 الدكتور " إلفين " بتحديد البروتينات المناعية غير الطبيعية في السائل الشوكي للأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد .

و في عام 1953 حدث احد الانجازات الطبية الكبرى مع الوصف الحائز على جائزة نوبل

" لهيكل " الحمض النووي من قبل " فرانسيس كريك و جيمس " أصبحت الطريقة التي تتحكم بها الجينات في الوظائف البيولوجية أكثر وضوحا .

عام 1960 ركز البحث العلمي على سبب مرض التصلب اللويحي المتعدد ظهر الأول من اكتشاف جهاز المناعة . ثم اكتشاف خلايا الدم البيضاء التي تتفاعل ضد الميالين تحديدا بروتين الميالين الأساسي .

نهاية السبعينات بدأت الدراسات الأولى لبيتا انترفيرون لمرضى التصلب اللويحي المتعدد.

عام 1978 ثم إجراء أول فحوصات CAT على الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

و في عام 1979 ثم تحسين تشخيص المرض مع إدخال اختبارات تسمى « آثار الإمكانيات » التي تقيس التواصل العصبي .

و في عام 1981 ثم إجراء أول فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي من قبل الدكتور

” أي اريونغ” مع حلول عام 1984 أصبح التصوير بالرنين المغناطيسي يمكنه بالفعل رؤية هجمات مرض التصلب اللويحي المتعدد داخل الدماغ .

عام 1988 أظهرت فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي بان مرض التصلب اللويحي المتعدد هو مرض ثابت بالرغم من أن الأعراض يظهر بشكل متقطع .

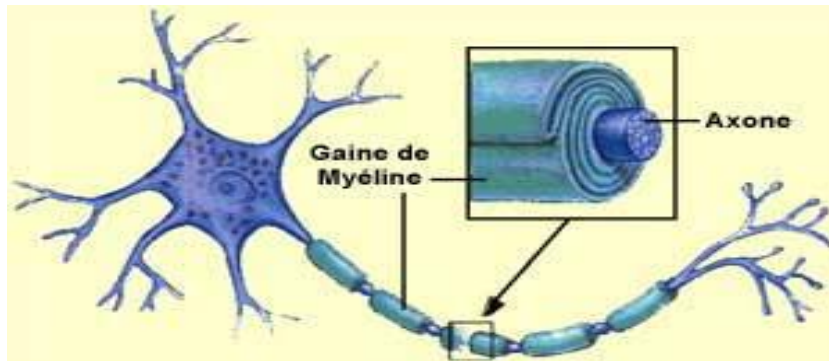
عام 1990 أطلقوا عليه باسم « عقد الدماغ » خصصوا أموال للعلاج الأمراض التي تؤثر على الجهاز العصبي .

في عام 1993 أدخلت بيتا انترفيرون (بيتاسيرون) في منتصف عام 1996 ثم تقديم بيتا انترفيرون (افونيكس)

في أواخر عام 1996 ثم إدخال نوع مختلف من بيتا انترفيرون ، من اجل الحد من نشاط المرض و منع الهجمات . (Loren Rolak , 2003 : 2- 12)

4. الفسيولوجية المرضية لمرض التصلب اللويحي المتعدد :

يعتبر مرض التصلب اللويحي المتعدد احد أمراض المناعة الذاتية ، هناك خلل يتميز برد فعل التهابي موجه ضد غمد الميالين للخلايا العصبية ، فهو عبارة عن غلاف وقائي يحمي الألياف العصبية الموجودة في الدماغ و الحبل الشوكي ، يسمح بالتوصيل السريع للنبضات العصبية .

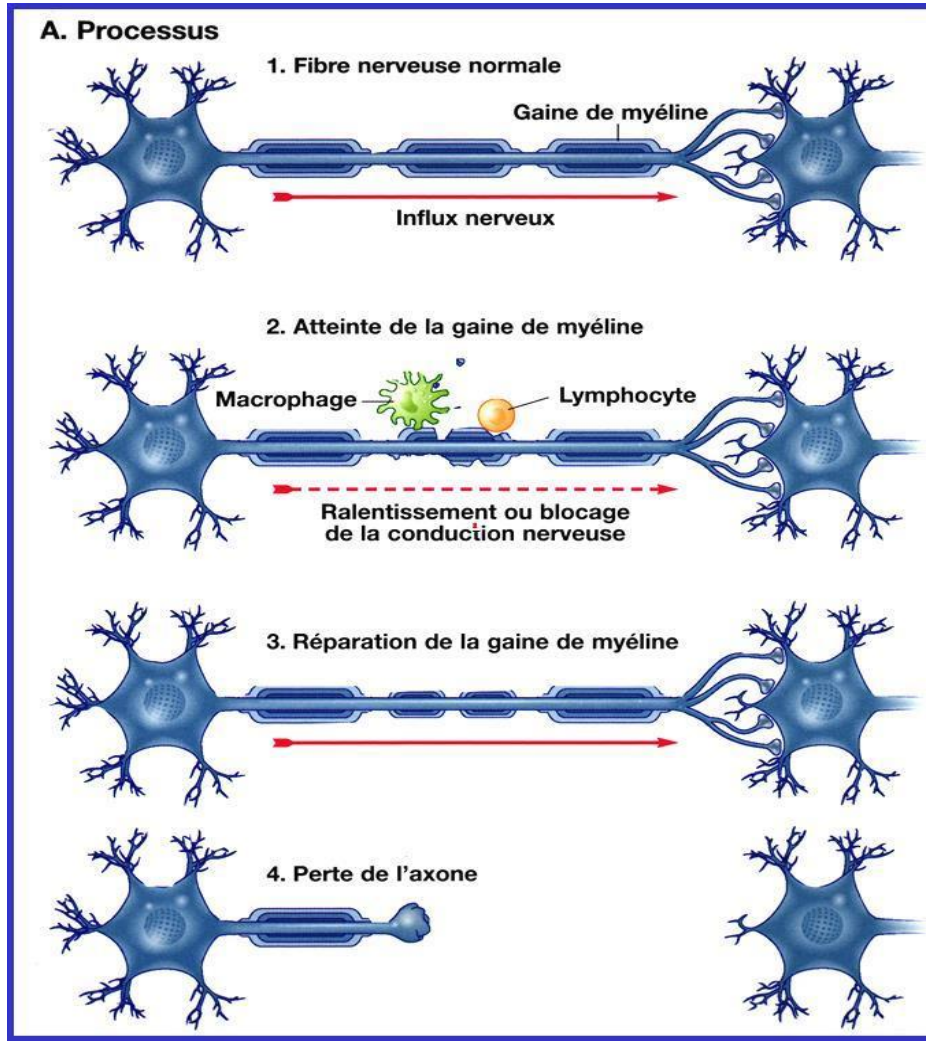


الشكل (1) : بنية الخلية العصبية مع غمد الميالين

تظهر آفات إزالة الميالين التي يشار إليها باسم « لويحات » و تدمير أغشية الميالين التي تشكل مادة بيضاء تعتبر العملية المرضية الأولية لمرض التصلب اللويحي المتعدد ، يمكن أن تتطور هذه اللويحات إلى تصلب أو إصلاح و إعادة الميالين ، يؤدي هذا إلى الضعف في توصيل النبضات العصبية . تنتشر بؤر إزالة الميالين في جميع مناطق الجهاز العصبي المركزي تتطور بشكل فردي مستقل عن اللوحات الأخرى وهو ما يفسر تعدد الأشكال السريرية.

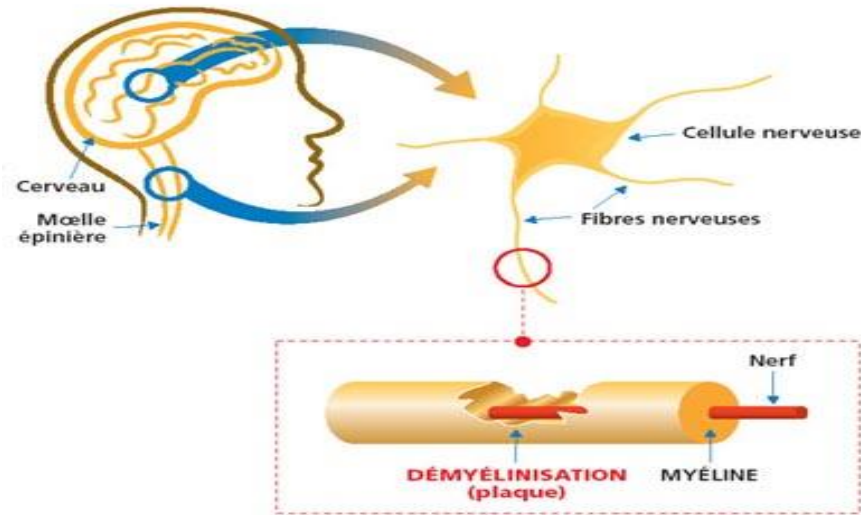
لا يتميز مرض التصلب العصبي المتعدد فقط ببؤر متعددة من الآفات الالتهابية المزالة للميالين في الجهاز العصبي المركزي ، ترتبط عملية إزالة الميالين هذه بالتناكس المحوري أي (موت المحاور). يتسبب حدوثه في أضرار تحدد فيها درجة الإعاقة الجسدية. (- 13 : 2016 , Florence Higue)
(14

ترجع السرعة العالية لهذا النقل إلى وجود عقد رانفقيه على غمد الميالين التي تسمح بعد ذلك النبضات العصبية القفز بسرعة من واحدة إلى أخرى ، أما في حالة مرض التصلب العصبي المتعدد تتم إزالة الميالين من المحاور و بالتالي يصبح انتقال النبضات الكهربائية بين الخلايا العصبية بطيئا و غير فعال . يؤدي هذا التدهور بعد ذلك إلى حدوث اضطرابات في مرور المعلومات بين مناطق الجسم المختلفة ، من خلال تلف كل من الجهاز العصبي المركزي (الدماغ و الحبل الشوكي) و الجهاز المحيطي (الأعصاب)



الشكل (2) : فسيولوجيا المرضية لتصلب اللويحي المتعدد

يمتلك الجسم آليات إصلاح تبدأ عندما ينخفض التهاب الأعصاب ، تنتج هذه الآليات أحياناً في إعادة تكوين غمد المايلين الجديد ، و بالتالي يتم استعادة الوظيفة كلياً أو جزئياً لم يعد من الممكن وضعها في مكانها إذا عاد الالتهاب إلى نفس المكان ، نتيجة لذلك يتضرر العصب بشكل لا رجعة فيه. إن إزالة و إعادة المايلين هي دورة تتكرر باستمرار عند الأشخاص المصابين بمرض التصلب العصبي المتعدد. تحدث عندما يكون هناك منطقة عصبية ملتهبة كبيرة تسمى « لويحات » تتميز بوجود ارتشاح التهابي يتكون أساساً من الضامة و LT . (Stéphanie , AL- khudri , 2014 : 17 - 15 - 14)



الشكل (3) : إزالة صفائح الميالين

5. أنواع مرض التصلب اللويحي المتعدد :

هناك 4 أنواع لمرض التصلب اللويحي المتعدد المتمثلة فيما يلي :

1- التصلب اللويحي المتعدد الانتكاسي الخامد (Relapsing–remitting multiple sclerosis) :

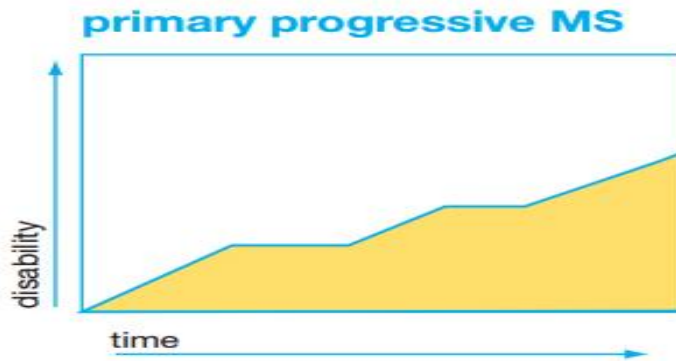
هو الشكل أكثر شيوعا يصيب حوالي 85 % من المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد وقت التشخيص يتعرض الأشخاص لفترات زمنية مؤقتة يمكن أن تختفي الأعراض بين النوبات ، تليها فترات من التعافي اقل اكتمالا يمكن أن تستمر الانتكاسة لفترة أطول أي لأسابيع أو شهور.



الشكل (4) يمثل: الانتكاسة

2 - التصلب اللويحي المتعدد المتقدم الأولي (progressive multiple sclerosis primary)

يصيب حوالي 10 % من الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد ، فهو يتميز ببطء تتفاقم الأعراض منذ البداية بدون حدوث انتكاسات. (الخدمات التيسيرية المقدمة للمرضى التصلب اللويحي المتعدد ، 2017: 6) يزداد بشكل تدريجي لا يحدث خمود في هذا النوع و لكن يحدث ثبات في حدوثه (احمد التميمي ، 2016 : 5)



الشكل (5) : يمثل التصلب اللويحي المتعدد التقدمي الأولي

3- التصلب اللويحي المتعدد التدريجي الثانوي (Secondary progressive multiple sclerosis) : (sclerosis

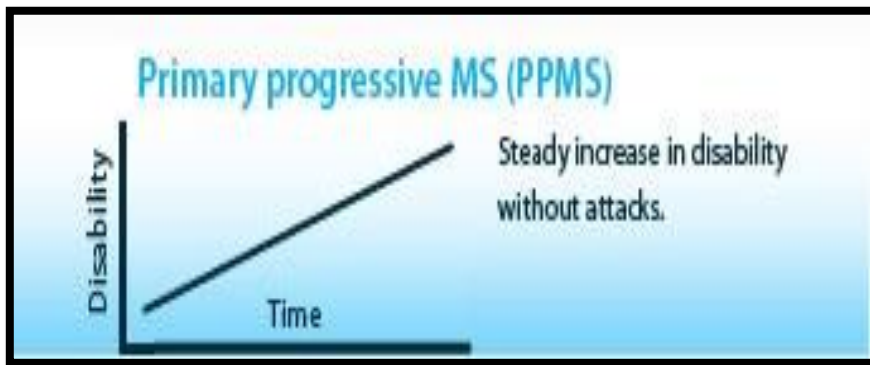
يرى حوالي نصف الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع أن حالتهم تبدأ بالتدهور في غضون عشر سنوات من التشخيص فهم معرضون لخطر فقدان قدرتهم تدريجيا ، يحدث بسرعة حسب الشخص عادة ما يكون هناك عدد قليل من الانتكاسات في هذه المرحلة من المرض بالرغم من حدوث انتكاسات.



الشكل (6) : يمثل التصلب اللويحي المتعدد التدريجي الثانوي

4- التصلب اللويحي المتعدد التدريجي الأولي (primary progressive multiple sclerosis)

اقل انتشارا ب (10 إلى 15 %) عند المرضى وقت التشخيص ، يتميز منذ البداية بتدهور شبه مستمر بدون هجمة واضحة . (Nadia et Jennifer , 2012 : 8)



الشكل (7) : يمثل التصلب اللويحي التدريجي الابتدائي

6. أسباب الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد :

لم يكتشف بعد السبب الرئيسي المؤذي لمرض التصلب اللويحي المتعدد ، يشير بأنه ناتج عن مجموعة من العوامل المؤذية للإصابة به المتمثلة فيما يلي :

1 / العوامل الوراثية (الجينية) :

مرض التصلب اللويحي المتعدد ليس مرض وراثي لكنه يتضمن مجال القابلية الوراثية في التوائم المماثلة تكون مطابقة بمعدل 25 % . تصيب بالنسبة لـ 2.75 % عند إصابة احد الوالدين و 4 % عند إصابة الأخ . تمثل الأشكال العائلية لمرض التصلب اللويحي المتعدد 10 % من الحالات فهو مرض متعدد الجينات HLD – DAB1 ، جينات مستقبلات الانترلوكين .

2/ العوامل البيئية :

تلعب البيئة دورا خطيرا في الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد و بالتالي فان الأشخاص الذين يهاجرون قبل 15 سنة من منطقة ذات انتشار مرتفع إلى منطقة ذات انتشار منخفض لديها القليل من المخاطر ، أما عند الكبار فان لديها عوامل خطيرة تؤدي إلى الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد « فيروس ابشتاين بار ، فيتامين د و أشعة الشمس ، التدخين ، السمنة عند الأطفال » (T. Moreau , A. Fromont , 2014 :10)

7. عوامل خطورة مرض التصلب اللويحي المتعدد :

الجنس :

مرض التصلب اللويحي المتعدد يصيب المرأة فهو شائع بين النساء بثلاث مرات كما هو عند الرجال من المحتمل أن يكون وراثيا و لكن السبب الرئيسي يبقى غير واضح . (Paul 1955 : 13) O'connor ، تشير الأبحاث بان هناك ارتباط بين الهرمونات الجنسية مثل : الاستروجين و التستوستيرون ، تؤثر على جهاز المناعة فان تطور المرض يجعل الاستروجين الجهاز المناعي أكثر تفاعلا.

السن :

بالرغم من أن مرض التصلب اللويحي المتعدد يمكن أن يحدث في أي عمر ، إلا انه يبدأ عادة من العشرينات إلى الثلاثينيات يتم تشخيصه بعد 10 سنوات من المرض ، معظم الأشخاص الذين يعانون من المرض اكبر من أولئك الذين يطورون شكل الانتكاسة و الهجمات . (: 5 , ph.d , Shaheenlakhani , M.D , 2020)

تاريخ العائلة :

حجم زيادة الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد يختلف باختلاف مدى المصاب ، هناك حوالي شخص واحد إذا كانت أخت أو أباء مصابين بالمرض فان خطر إصابتك به حوالي 3 % ، و إذا كانت الأخت غير شقيقة فهذا يقلل من الخطر بحوالي 1.5 % هذه الأرقام هي المتوسط العام يكون الخطر أقوى بالنسبة للأقارب (الإناث مقارنة بالذكور) ، إذا كان توأمك الشقيق مصاب بالتصلب اللويحي المتعدد ليس متطابقا وراثيا فان خطر إصابتك بالمرض نفسه كما هو الحال بين الأشقاء بـ 3 % . و إذا أصيب التوأم الحقيقي المتطابق فان خطر إصابتك يكون 30 % ، كلما كانت الجينات متشابهة مع جينات فرد من عائلة المصاب بالتصلب اللويحي المتعدد فان خطورة الإصابة به تكون مرتفعة . (المرجع السابق ، 1955 : 14)

التدخين :

تأثير التبغ يؤدي إلى خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد بشكل بالفعل هف لمنع العديد من الأمراض ، تحليل بيتا 2011 أظهرت زيادة خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد نحو 1.5 مدخنين ، لا توجد أي دراسات متاحة حتى الآن لكن ربما هو جزء من مرض التصلب اللويحي المتعدد لأنه يسبب التهابات في جميع أعضاء الجسم .

السمنة :

أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط كبير بين ارتفاع مؤشر كتلة الجسم أثناء الطفولة و بالتالي وجود سمنة ، هناك دراسة أخرى أيضا إذا كان مؤشر كتلة الجسم مرتفعا أثناء الطفولة و لكن لم يعد بعد 20 سنة لذلك يكون خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد زيادة كبيرة لذا ربما

تكون فترة المراهقة حرجة ، هناك عوامل أخرى تؤدي إلى الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد تشمل :

(1) فيروس ابشتاينبار (virus Epstein – Berr) :

وجدو ارتباط بين فيروس ابشتاين بار (سلالة فيروسات الهربس) و خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد ، قدر تحليل ميتا الذي نشر عام 2013 بأن الخطر يتضاعف ، تشير تقديرات إلى أن حوالي 10 % من حالات المرض ايجابية لهذا الفيروس . فهو شائع بين السكان يكون خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد أعلى عند المراهقين فقط ، أظهرت التحاليل تضاعف خطر الإصابة بالمرض .

(2) أشعة الشمس :

الوقت الذي يقضيه في الهواء الطلق يمكن أن يكون مفيدا خاصة مرحلة الطفولة ، ولكن الإغفال عن الآثار الصحية غير المباشرة (كزيادة التمارين الجسدية و البدنية ، تقليل الوقت الذي يقضيه أمام شاشات التلفاز ، تناول الفيتامينات و الأطعمة الصحية) .

(3) فيتامين د :

إن الاختلاف الجغرافي لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد المرتبط بخطوط العرض ، هو مستوى شروق الشمس يرجع ذلك إلى انه كلما كانوا بعيدين عن خط الاستواء كلما قل ضوء الشمس يعني أن الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد يزداد مع انخفاض مستوى أشعة الشمس .

تبين بان النساء اللواتي يعشن في مناطق يوجد فيها أشعة الشمس قوية في الطفولة (من 5 إلى 15 سنة) يقللن من خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد أما إذا كان في مناطق ذات أشعة الشمس المنخفضة فان خطر الإصابة به فتقدر بزيادة الضعف .

المرضى الذين يقضون وقتا اقل في الهواء الطلق يكون مستوى الفيتامين د لديهم اقل وبالتالي لا بد من النظر في الجرعات قبل ظهور المرض ، في دراسة الصلة بين الفيتامين د و خطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد لذلك فإننا نقيس نتيجة المرض و ليس عامل حدوثه . (Emmanuelle

(, David , 2018 : 13 – 16)

4) الطفيليات :

عامل محتمل للحد من المخاطر تطور مرض التصلب اللويحي المتعدد ، الطفيليات في هذه الحالة هي "الديدان الطفيلية" التي تشير إلى مجموعة متنوعة من الديدان يعتقد أن بعضها غير ضار ، و كثير من الناس أصيبوا بالديدان الدبوسية عندما كانوا أطفالاً وجدت الأبحاث أن الطفيليات يمكنها تعديل جهاز المناعة وإخماد استجاباته ، فالأشخاص الذين لديهم طفيليات هم أقل عرضة للإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد ، تعد الطفيليات أقل شيوعاً في الولايات المتحدة ، مما قد يساهم في ارتفاع معدل الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد و مع ذلك يمكن لبعض أنواع الديدان أن تجعل مرض التصلب اللويحي المتعدد أسوأ.

في السنوات الأخيرة وجد الباحثون أن التفاعلات بين ميكروبيوم الشخص و خلايا جهازه المناعي قد تساهم في تطور العديد من الحالات المرضية بما في ذلك مرض التصلب العصبي المتعدد ، يشير الميكروبيوم إلى الملايين من البكتيريا الموجودة في جسم الإنسان و تركيز الأبحاث الحالية بشكل أساسي على البكتيريا التي تعيش في الأمعاء تسمى "ميكروبيوتا الأمعاء" .

افترض الباحثون أن العديد من أنواع السلالات المختلفة من البكتيريا يمكن أن تتسبب في تنشيط الجهاز المناعي بشكل غير مناسب تؤدي إلى تطوير أحد أمراض المناعة الذاتية. (Susan 9 : Wells , 2018)

8. مضاعفات مرض التصلب اللويحي المتعدد :

في بعض الحالات يمكن أن يتطور المرض ، و يسبب أمراض أخرى المتمثلة فيما يلي :

- تيبس و تشنج العضلات .
- شلل خاصة في الساقين .
- مشاكل في المثانة و الأمعاء .
- مشاكل عقلية (كنسيان ، صعوبة التركيز) .

• الاكتئاب .

• الصرع . (إشراق العبويني ، 4)

9. أعراض مرض التصلب اللويحي المتعدد :

هناك مجموعة متنوعة من الأعراض المتمثلة فيما يلي :

(1) اضطرابات الحسية : (Trouble Sensitifs)

❖ التتمل

❖ الحروق

❖ الألم

❖ صعوبة في الحس (Thibault Moreau , 2010 : 19)

(2) اضطرابات الحركية : (Trouble Moteurs)

❖ ضعف العضلات

❖ عدم القدرة على تنسيق في الحركة

❖ فقدان التوازن و المشي

(3) اضطرابات العين : (Troubles oculaires)

❖ التهاب العصب البصري

❖ نقص حدة البصر

❖ ازدواجية الرؤية

(4) اضطرابات التناسلية : (Troubles de la reproduction) العضلة العاصرة

❖ احتباس البول

❖ سلس البول

❖ عدم التحكم في البراز (Olivier Lyon – Caen , 2010 : 12)

(5) اضطرابات المزاج : (Troubles de l'humeur)

- ❖ الاكتئاب
- ❖ القلق
- ❖ النسيان
- ❖ التعبير عن مشاعر المريض

(6) اضطرابات الذاكرة : (Troubles de la mémoire)

تكون موجودة منذ بداية المرض بـ 60 % من مرضى التصلب اللويحي المتعدد نجد فيها :

- ❖ الذاكرة العاملة
- ❖ صعوبة في تذكر أحداث الحياة اليومية
- ❖ العجز عن استحضار المعلومات المهمة المخزنة
- ❖ صعوبة في الفهم و حل المشكلات
- ❖ ضعف في الانتباه

(7) اضطرابات العاطفية : (Troubles émotionnels)

- ❖ الضحك
- ❖ البكاء
- ❖ التعبير المفرط
- ❖ لديه تقلب سريع و مفاجئ في المزاج (Marie , 2002 : 87 - 88)

(8) اضطرابات النطق : (Troubles de la parole)

- ❖ مشاكل في التسمية
- ❖ صعوبة في فهم الجمل
- ❖ عسر القراءة
- ❖ لديه اضطراب في الطلاقة اللفظية

- ❖ لديه اضطراب في وظائف اللغة العليا
- ❖ لديه اضطراب في التفكير اللفظي المفاهيمي
- ❖ مشكلة في تكوين الجمل (Antonella Nota , 2002 : 1-3-5)

(9) اضطرابات التلف المخيخ : (Troubles des lésions cérébelleuses)

- ❖ ترنح في المشي
- ❖ نقص التوتر
- ❖ الرعاش

(10) اضطرابات جدع الدماغ : (Lésions nerveuses crâniennes)

- اضطرابات حركية العين :
- ❖ الم العصب ثلاثي التوائم
- ❖ شلل الوجه المحيطي
- ❖ عسر الكلام
- ❖ صعوبة البلع
- ❖ صوت الأنف
- ❖ خلل في النطق (Vanessa ligot , 2011 : 13)

(11) الإرهاق : (Fatigue)

يتمثل في الضعف العام للجسم يكون غير مناسب للنشاط المبذول ، يعتبر من أكثر الأعراض شيوعا و انزعاجا للمريض .

(12) تغيرات الحس العصبي : (Modifications neurosensorielles)

- ❖ الإحساس بالوخز
- ❖ التتمل
- ❖ الإحساس بالحرقان

❖ التلعثم

❖ الم العصب الثلاثي في الوجه (منى طالب ، 2008 : 47)

و بالتالي فان أهم الأعراض الأساسية التي يجب توفيرها لمعرفة مرض التصلب اللويحي المتعدد هو :

- ازدواجية الرؤية .
- ضبابه العين .
- فقدان التوازن .
- صعوبة في المشي .
- صعوبة في الكلام .
- عدم التحكم في البول .

10. تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد :

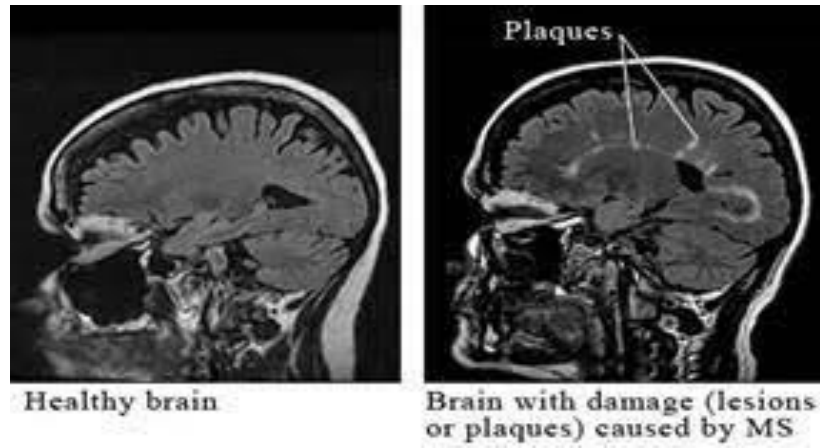
يصعب علينا تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد يجب على طبيب الأعصاب المتخصص أولاً في إجراء فحوصات و اختبارات المساعدة في التشخيص لاستبعاد الأمراض الأخر المشابهة للمرض كأمراض الأوعية الدموية ، الفيروسات ، التهاب النخاع من خلال الأعراض .أصبح التشخيص اليوم يعتمد على التاريخ المرضي و الفحص السريري .

(1) تشخيص المرض :

حيث يقوم طبيب الأعصاب باخذ معلومات شاملة عن حالة المريض و حول تاريخ مرضه و إذا كان احد أفراد الأسرة مصاب بمرض التصلب اللويحي المتعدد ، وتحديد نوع الأدوية التي يستخدمها المريض .

(2) الفحص السريري للمريض :

يقوم طبيب الأعصاب باختبار حركات العين ، قوة الأطراف ، الإحساس و التنسيق الحركي ، يحدد إذا كان من الضروري إعطاء المزيد من الاختبارات . (Paul , 1955 : 36)



الشكل (8) : يمثل وجود بقع

Diagnostic criteria for multiple sclerosis

Parameter	MS	ADEM	NMOSD	TM
Incidence (per 100 000 person-years)	3.6	0.4	0.05-0.40	0.001-0.008
Clinical history	Multiple episodes	Abrupt single episode Signs of encephalopathy Occurs after viral illness or infection	Visual symptoms	Abrupt single episode
Laboratory test results	Oligoclonal bands	CSF analysis shows pleocytosis and no oligoclonal bands	Positive serum or CSF aquaporin-4 antibody No oligoclonal bands	NA*
Other neurologic sequelae	Dissemination in time and space Brain lesions in periventricular and juxtacortical regions	Symmetric bilateral brain lesions or large brain lesions involving deep gray matter or cortex with relative sparing of periventricular region	Optic nerves affected	May be precursor to MS

(fig 5) : Clinical Features of Demyelinating Diseases

يعتمد تشخيص المرض بفحوصات أخرى تشمل :

1- التصوير بالرنين المغناطيسي للمخ و الحبل الشوكي : (IRM)

هو اختبار لا غنى عنه لتشخيص و مراقبة مرض التصلب اللويحي المتعدد ، لا يزال التصوير بالرنين المغناطيسي الطريقة أكثر حساسية للكشف عن المرض عادة ما تكون الآفات بيضاوية الشكل صغيرة الحجم (بالرغم من إمكانية حدوث لويحات عملاقة) تقع في المادة البيضاء المحيطة بالبطين و مناطق تحت العين (correlate of asconalloss) يقيس ضمور الدماغ .

يسمح لنا التصوير بالرنين المغناطيسي الكشف عن مكان الآفات متعددة البؤر ، داخل الجهاز العصبي المركزي تعتبر مؤشرا مهما لمرض التصلب اللويحي المتعدد . (Samuel , Hunter ,)

(2016 : 143 – 144)



الشكل (9) : يمثل فحص التصوير بالرنين المغناطيسي

2- قياس سرعة الجهد الكهربائي البصري : (Mesure optique de la vitesse de la)

(tension

تستخدم لتشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد ، تسجل (PEY) الوقت الذي يستغرقه العصب البصري لنقل المعلومات المرئية إلى منطقة الدماغ المسؤولة عن معالجة هذه المعلومات. يتم وضع أقطاب كهربائية على الرأس لاكتشاف النشاط الكهربائي للدماغ ، لقياس النبضات التي تنتقل على طول العصب البصري بين العين و الدماغ .

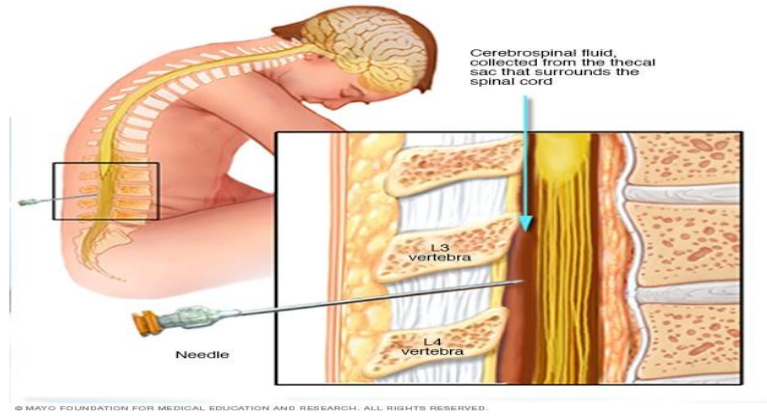
يتطلب منه تركيز نظره على الشاشة تمثل رقعة شطرنج و مربع صغير في الوسط ، في حالة تلف العصب البصري فان نتائج الاختبار غير طبيعية و بالتالي فان مثل هذه النتيجة عند شخص يتمتع برؤية طبيعية تساعد في دعم التشخيص .



شكل (10) : يمثل قياس سرعة الجهد الكهربائي البصري

3- البزل القطني: (Ponction lombaire)

أخذ عينة صغيرة من السائل النخاع من العمود الفقري يتم سحب السائل بإبرة و أنت جالس و مائلا إلى الأمام ، يتضمن هذا الإجراء البقاء بضع ساعات في المستشفى يجرى من أجل للتأكد من تشخيص المرض عندما لا تكون البيانات مقطعية في التصوير بالرنين المغناطيسي و استبعاد أمراض أخرى ، تظهر عند غالبية المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد علامة ايجابية من خلال تحليل السائل النخاعي لظهور المرض ، هذه الفحوصات هي في الأساس وسيلة مساعدة لإجراء التشخيص النهائي للمرض . ((14 - 12) , Bayer Santé)



الشكل (11) : يمثل فحص البزل القطني

إذن فإن مرض التصلب اللويحي المتعدد إلى حد الآن لا نعرف سبب الرئيسي لحدوث المرض بعد ، و لكن أفضل طرق لتشخيصه هو التصوير بالرنين المغناطيسي هذه التقنية تكشف لنا عن الآفة الموجودة في الدماغ بفضل الإبرة التي تعطى في الوريد تبحث عن موقع الآفات .

2- التشخيص الفارقي:

إن تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد صعب و لكن إذا تم اكتشافه مبكرا باستخدام تقنيات التشخيص الحديثة كانت أفضل ، لذا يجب التفريق بينه وبين الاضطرابات المشابهة له من خلال الأعراض المتمثلة فيما يلي :

(1) مرض لايم: (maladie de Lyme)

هي عدوى بكتيريا تسبب تشوهات في الجلد و المفاصل و لكن الفحص العصبي يؤثر على الجهاز العصبي المحيطي .

بينما مرض التصلب اللويحي المتعدد يؤثر على الجهاز العصبي المركزي ، الايدز ليس له علاقة بالتصلب اللويحي المتعدد في الواقع هو عكسه لأنه ينطوي على نقص في المناعة ، الشخص المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية و لكن لا يكون لديه انتكاسة .

(2) مرض السكة الدماغية : (AVC)

تنتج عن انسداد الأوعية الدموية ، لا علاقة له بمرض التصلب اللويحي المتعدد برغم من أن السكة الدماغية يمكن أن تسبب تشوهات في فحص التصوير بالرنين المغناطيسي ، إلا أنها تختلف في المظهر . تؤثر السكة الدماغية عادة الأشخاص كبار السن بشكل ملحوظ

(3) مرض سرطان الغدة الليمفاوية : (lymphoma)

هو ورم نادر في الغدة الليمفاوية تبدو مختلفة في التصوير بالرنين المغناطيسي ، ليس هناك أعراض تلقائية لسرطان الغدة الليمفاوية ، يمكن أن تشبه حالة الالتهابية النادرة تسمى بـ « الساركويد » مرض التصلب اللويحي المتعدد في بعض النواحي لكنها أيضا تظهر في باقي أعضاء الجسم الأخرى مثل (الرئتين) يمكن أن تشبه الحالة الالتهابية النادرة.

(4) متلازمة الذائبة الحمامية الجهازية: (Syndrome érythémateux systémique soluble)

هي مرض مزمن تصيب الجلد و الأوعية الدموية و المفاصل ، التهاب النخاع و العصب البصري تعتبر حالة نادرة يمكن أن تشبه التصلب اللويحي المتعدد و لكن يتم تشخيصها و علاجها بشكل مختلف .

(5) متلازمة المعزولة سريريا : (Syndrome cliniquement isolé)

هناك هجوم واحد من الأعراض و لكن غالبا ما تظهر أفات متعددة في التصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ ، انه أقدم شكل من أشكال التصلب اللويحي المتعدد.

(6) متلازمة الانعزال الإشعاعي : (Syndrome d'isolement radiologique)

لديه تغيرات في التصوير بالرنين المغناطيسي تبدو مثل: مرض التصلب اللويحي المتعدد و لكن لا توجد أعراض للحالة .

(Sclérose en plaques progressive) : مرض التصلب اللويحي المتعدد التقدمي :

تحدث الانتكاسات خلال مسار تقدمي منذ بداية المرض يظهر بشكل عام عند الأشخاص سنهم 40 سنة فهو الشكل الوحيد لمرض التصلب اللويحي المتعدد الذي يصيب الرجال و النساء معا .
يصبح المرض تدريجيا بعد مرحلة الانتكاسة الأولى في نهاية المطاف بعد السن 25 سنة يتطور لدى معظم الأشخاص بمرض الثانوي التدريجي . (Paul , 1955 : 41 - 42 - 44)

11. علاج التصلب اللويحي المتعدد :

لا يوجد علاج شافي لهذا المرض فان العلاجات المتوفرة تستخدم لتخفيف الأعراض و تقليل تقدم المرض من أهم العلاجات المستخدمة لعلاج التصلب اللويحي المتعدد هي :

1. العلاج الدوائي:

(1) علاج النوبات الانتكاسية : (Traitements des poussées)

تهدف هذه العلاجات إلى تقليل من شدة النوبات الناجمة عن الالتهاب الحاد في منطقة الجهاز العصبي المركزي . فالعلاج المفضل هو الكورتيكوستيرويدات (1 غ / يوم) لمدة 3 إلى 5 أيام ، يساهم في التخفيف من حدة الانتكاسة .

(2) علاج المعدلات المناعية : (Traiter les immunomodulateurs)

حسب منظمة الغذاء و الدواء الأمريكية فقد تبثت فاعلية 12 دواء لتقليل من تقدم المرض و منع انتكاسات تتمثل في :

1- انترفيرون بيتا :

تؤدي إلى تقليل عدد الانتكاسات يحد من المناطق الملتهبة من الأعراض الجانبية : خلل في وظائف الكبد ، أمراض الغدة الدرقية ، اكتئاب ، أعراض شبيهة بنزلة برد . قبل أخذ الانترفيرون يقوم الطبيب بوضع فحوصات لوظائف الكبد ، الغدة الدرقية ، كريات الدم البيضاء للتأكد من أنها طبيعية .

هناك 4 أنواع من الانترفيرون و هي :

العلاج	الاسم التجاري	عدد الجرعات	طريقة أخذ الدواء
انترفيرون بيتا 1 ا Interferon beta 1 a	Avonex	مرة واحدة أسبوعيا	حقنة عن طريق العضل
انترفيرون بيتا 1 ا Interferon beta 1 a	Rebif	3 مرات في الأسبوع	حقنة تحت الجلد
انترفيرون بيتا 1 ب Interferon beta 1 b	Betaseron	يوم بعد يوم	حقنة تحت الجلد
انترفيرون بيتا 1 ب Interferon beta 1 b	Extavia	يوم بعد يوم	حقنة تحت الجلد

جدول (1) : يبين أنواع الانترفيرون بيتا لعلاج التصلب اللويحي المتعدد

2- الأدوية التي تحدد الانتكاسات و الهجمات و إبطاء الإعاقة الجسدية المتمثلة في :

العلاج	عدد الجرعات	الحد من الانتكاسات	تعطيل الإعاقة الجسدية	طريقة أخذ الأدوية
ميتوكسترون Novantrone Mitoxtrone	كل 3 أشهر	نعم	نعم	حقنة عن طريق الوريد

ناتاليزوماب Natalizumab	كل شهر	نعم	نعم	حقنة عن طريق الوريد
فينجوليمود Fingolimod	يومية	نعم	نعم	كبسولة عن طريق الفم
ديميثيلفيوماريت Diméthyl fumarate	يومية	نعم		كبسولة عن طريق الفم
تيريفلونوميد Tériflunomide	يومية	نعم		كبسولة عن طريق الفم

جدول (2) : يمثل أنواع الأدوية التي تحدد الانتكاسات و تبطأ الإعاقة الجسدية لعلاج التصلب اللويحي المتعدد (احمد التميمي ، 2016 : 7 - 8)

(3) علاج الأعراض : (Traitement symptom)

تهدف هذه العلاجات إلى تقليل الأعراض المصاحبة للمرض من حيث نوعية حياة المريض تتمثل في :

أ. التعب (**Fatigué**) : استخدام امانتادين و هو مضاد فيروسات منبه للجهاز العصبي المركزي الذي يعمل عن طريق منع امتصاص أحادي الأمين يساعد على محاربة التعب.

ب. اضطرابات المسالك البولية (**Troubles des voies urinaires**) : من أعراضه الشائعة سلس البول . يعالج بمضاد الكولينيني (**Oxybutynin**) ينصح بالتبول الليلي و الحد من شرب السوائل و تجنب الكافيين .

ج. الاضطرابات الجنسية (**Troubles sexuels**) : ينجم عنها العديد من الأعراض مثل : التعب الاكتئاب الألم تعطى حقن (**Prostaglandine E**) يظل العلاج الفعال للرجال (**Viagra et Sildénafil**) الذي يزيد من توسيع الأوعية تؤدي إلى زيادة تدفق الدم في الجسم .

د. الضعف الإدراكي (**Déficience cognitive**) : غالبا ما تضعف الوظائف المعرفية (كالذاكرة و الانتباه) العلاج هو الهدف من تطور المرض بالأدوية (كبرنامج التمارين للذاكرة و الانتباه) .

هـ. الاكتئاب (**Dépression**) : مواجهة إصابة الشخص بمرض مزمن هي تجربة أليمة ، لا توجد مضادات الاكتئاب للمرض التصلب اللويحي المتعدد يستخدم فيه مثبطات امتصاص السيروتونين **Fluoxétine et Venlafaxine**

ر. الألم (**la douleur**) : تحدث في وقت مبكر من المرض و الألم أنواع :

◆ الألم العصبي : يعالج بـ (**gabapentine**) لتقليل الالتهاب فهو فعال في علاج هذا النوع من الألم .

◆ الألم الثانوي : لا ترتبط بتلف الجهاز العصبي بل يمكن أن يؤدي عدم الراحة في المشي إلى العرج أفضل علاجه هو علاج بالتبريد

ز. التشنج (**Spasticité**) : هو عرض شائع يحد من الحركة بسبب تشنج العضلات ، الأدوية الرئيسية المستخدمة للتشنج (**Baclofène**) أكثر استخداما لمرض التصلب اللويحي المتعدد يقلل من التشنج (**pedrini , 2010 : 14 17**)

(4) هناك أنواع أخرى من العلاجات نجد :

1 علاج التأهيل الوظيفي : (Rééducation)

يهدف العلاج إلى الاستقلال الوظيفي للمريض من خلال استعادة مهاراته الحركية من اجل الحفاظ عليها لأطول فترة (نفس المرجع ، 13)
و كذلك الوقاية من المضاعفات و علاجها (كالتشنج ، اضطرابات المسالك البولية و التقرحات) و أيضا تكييف المريض مع أخصائي العلاج الوظيفي و الأخصائي الاجتماعي (T. Mareau , A.)
(Fromont , 2014 :15)

2 العلاج الطبيعي : (Thérapie Naturelle)

يستخدم هذا العلاج بشكل رئيسي خلال فترات الهدوء يقل أثناء الانتكاسة ، يتم تكييف التمارين وفقا للأعراض و مسار المرض يحافظ على الحركة و يقلل التشنج و يحسن التوازن (المرجع السابق ، 13)
يقوم بمجموعة من التمارين تتمثل في :

1. **عمل العضلات (Travail musculaire)** : يهدف إلى الحفاظ على قوة العضلات في الأطراف السفلية و العلوية عن طريق الحركات المتكررة (8 إلى 10 مرات) يمكن القيام بهذه التمارين في صالة الرياضة .
2. **تمارين التوازن (exercices d'équilibre)** : تكون غالبا ضرورية يتم ممارستها أثناء المشي ، يستخدم أخصائيو العلاج الطبيعي أوضاع غير مستقرة و تمارين العين المغلقة و المرايا .
3. **تمارين إطالة الوضعية (exercices d'étirement de la posture)** : استرخاء العضلات المتشنجة و منع التقلصات تجرى هذه التمارين في حوض السباحة أي (العلاج بالمياه المعدنية)
4. **إعادة التدريب أثناء الجهد (le réentrainement à l'effort)** : نشاط بدني عام تتراوح ما بين 10 إلى 40 دقيقة ، يمكن أن يكون المشي في الهواء الطلق ، المشي على آلة الجري ، الهدف

منها هو تحسين تحمل الجهد ، قدرات المشي و تقليل من الشعور بالإرهاق (Jonathan livy , 2016 : 19 20)

5. ممارسة الرياضة (sport) : تقلل التمارين الرياضية من التوتر و تحسين الحالة المزاجية و الصحة البدنية و الرفاهية العامة ، تعتبر اليوغا و التاي تشي هي من بين العديد الرياضات الرائعة لديها آثار ايجابية على مرضى التصلب اللويحي المتعدد .

6. استراتيجيات العقل و الجسم (Mind - Body stratégies) : تتمتع اليقظة بإمكانيات الهائلة لدى الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد ، الهدف من اليقظة هو تعليم الأفراد البقاء بشكل كامل في الحاضر بدون حكم عن حاضرهم و مستقبلهم ، ثبتت بان هذه التقنية تقلل بشكل كبير العديد من حالات. (القلق ، الاكتئاب ، التوتر ، الإجهاد)

7. علاج النفسي (psychothérapie) : يكون مفيد بعد الإعلان عن التشخيص ، يساعد المريض في تعامله بشكل أفضل مع المرض و الصعوبات التي سوف يواجهها في حياته اليومية ، يقوم الأخصائي النفسي بتقييم صعوبات الذاكرة و التركيز من اجل علاجه بالطرق المناسبة أكثر فاعلية يتم من خلال جلسات علاجية لفهم هذه الصعوبات و حلها بشكل أفضل مع دعم العائلة . (Bruno lenne et al , 2019 : 20 - 21 -)

12. التعايش مع مرض التصلب اللويحي المتعدد :

يمكن التعايش من المرض من خلال التعرف عليه في عدة الطرق وهي على النحو التالي :

- ❖ يجب الالتزام بمواعيد الأدوية التي يصفها الطبيب لتخفيف من النوبات و التحكم في الأعراض المختلفة .
- ❖ إتباع نظام غذائي صحي و متوازن غني بالألياف .
- ❖ تناول الخضر و الفواكه ، الحبوب و المكسرات .
- ❖ تجنب تناول الدهون المشبعة .
- ❖ اللحوم الحمراء .
- ❖ الأطعمة الغنية بالسكريات و الصوديوم .
- ❖ ممارسة الرياضة لأنها تحسن المزاج و تبعث الراحة في النفس . www.yatabeeb.com
- ❖ حاول اختيار ساعات عمل قليلة و متقطعة.

- ❖ احرص على أن تكون درجة حرارة الغرفة مناسبة .
- ❖ قيام بجلسات الاسترخاء بشكل منتظم .
- ❖ قيام بالأعمال المنزلية غير المجهدة و الشاقة.
- ❖ تجنب التعرض للحرارة الشديدة .
- ❖ اشرب الكثير من السوائل الباردة أثناء قيامك بنشاطاتك اليومية .
- ❖ تجنب الإرهاق و أخذ قسطا وافيا من الراحة يوميا.
- ❖ قسم مهامك إلى عدة دفعات . (المؤتمر الدولي ، 2019 : 20 - 22)

خلاصة :

يعتبر التصلب اللويحي المتعدد مرض مزمن و خطير يصيب الجهاز العصبي المركزي ، يهاجم الجهاز المناعي صفائح الميالين التي تحمي الأغلفة المحيطة بالألياف العصبية عندما يحدث التهاب يتحلل الميالين بالجسم مكونا اللويحات ، عندما يتدهور الغشاء الميالين يصبح توصيل النبضات العصبية من خلية إلى أخرى اقل يتسبب في ظهور مشاكل في ازدواجية الرؤية ، الصعوبة في المشي ، التعب الشديد ، الدوار ، تتمل الأطراف السفلية و العلوية و كذلك النطق ، يترك المرض مضاعفات نهائية تكون فيها بؤر الآفات في المناطق المصابة بالدماغ متنوعة ترى بالرنين المغناطيسي الميالين على شكل بقع بيضاء . لا يوجد علاج فعال و لكن يمكن السيطرة على مرض التصلب اللويحي المتعدد عن طريق الأدوية التي تخفف من حدة أعراض المرض لكي لا تزيد الانتكاسة و تطورها ، و التقيد بالأغذية السليمة الصحية و الدعم النفسي من الأهل و الأصدقاء و ممارسة الرياضة هي من الأمور المهمة للتغلب على المرض .



الفصل الخامس : منهجية البحث

تمهيد

1. منهج البحث

2. حدود الزمانية و المكانية للبحث

3. عينة الدراسة و خصائصها

4. الأدوات المستعملة في البحث

خلاصة

تمهيد :

بعدها تطرقنا إلى الجانب النظري انتقلنا إلى الجانب التطبيقي بعدما أصبح لدينا رصيد نظري كافي للذهاب إلى الميدان الذي يعتبر جانبا مهما في أي بحث ، سوف نتطرق في هذا الفصل إلى منهجية البحث المتمثلة في تقديم المنهج المتبع في هذه الدراسة ، الحدود الزمانية و المكانية للبحث ، عينة الدراسة و خصائصها بالإضافة إلى الأدوات المستعملة في البحث و أخيرا خلاصة .

1. تعريف منهج البحث :

هي مجموعة من القواعد التي يتم وضعها قصد الوصول إلى الحقيقة ، تعتبر الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة . (فيلاي حمزة ، 2016 : 39)

هو عبارة عن مجموعة من الخطوات المنظمة التي يتبعها الباحث لتسهيل عليه الوصول إلى النتائج المتوصل إليها التي يتم عن طريقها اكتشاف حلول للمشكلة يحددها بصورة دقيقة وواضحة .

تعتبر ظاهرة تحتاج إلى تفسير تحدد نوع الدراسة وطبيعة المنهج المتبع وكذلك البيانات المطلوبة (بالتصرف بوحوش عمار ، 2019 : 39)

كل واحد لديه منهج خاص به و عليه اتبعت في دراستي للموضوع المنهج العيادي .

هو الطريقة التي يقوم بها الباحث لاستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة ، التي تمكنه من دراسة الحالة دراسة شاملة و معمقة حتى تصل به إلى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث . (فرج عبد القادر طه ، 2000 : 19)

أو هو الدراسة المعمقة للشخصية كحالة عادية / مرضية تستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك الفرد اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي و أدائه الحاضر بغية تشخيص المفحوص أنيا و التنبؤ بتطورها مستقبلا ثم الانتقاء بعد ذلك الطرق العلاجية المناسبة . (حاج سليمان ، 2021 : 5)

يعرف لاغاش المنهج العيادي كونه « المنهج الذي يدرس السلوك بطريقة موضوعية محاولا الكشف عن كينونة الفرد و السلوكيات التي يقوم بها في وضعية معينة مع البحث عن بنية و معنى هذا السلوك و الكشف عن الصراعات النفسية و طرق التخلص منها » (جبار رتيبة ، 2017 : 82)

2. حدود الزمانية و المكانية للبحث :

1. مكان إجراء البحث :

لقد تم إجراء البحث في المستشفى الجامعي بلاطو بالضبط مصلحة إعادة تأهيل الوظيفي يحتوي على :

- مكتب رئيس المصلحة .
- صيدلية .
- 8 غرف للإسعاف المرضى .
- غرفة المناوبة .
- قاعة العلاج .
- الأمانة : 6 سكريترات نساء .
- 20 معالج فزيائي . 11 معالجة و 9 معالج .
- 7 مكاتب الأطباء .
- مكتب الأخصائي الارطوفوني يوجد به 3 أخصائيات نساء .
- مكتب الأخصائي نفساني يوجد به أخصائية نفسانية و أخصائي مختص في علم النفس العصبي .
- 5 أخصائيين حسي حركي .
- 3 حراس .
- عاملة نظافة .
- ممرضين 10 (6 نساء و 4 رجال)
- مكتب مراقب طبي .
- قاعة المحاضرات .
- مطبخ .
- 4 مراحيض .
- حديقة .

2. زمن إجراء البحث :

بدأت إجراء الدراسة الاستطلاعية ابتداء من 24 مارس إلى غاية 24 ماي 2021 .

3. عينة الدراسة و خصائصها :

1/ عينة الدراسة :

تتكون العينة التي أجريت عليها البحث من 3 حالات لمرضى التصلب اللويحي المتعدد ، تم اختيارها بالطريقة القصدية حسب المعايير التي تتناسب مع الإشكالية و فرضيات البحث . تتراوح أعمارهم ما بين 29 و 39 سنة .

2/ خصائص مجموعة البحث :

جدول رقم (1) يمثل خصائص البحث

الحالات	الاسم	السن	الجنس	المستوى الدراسي	الحالة العائلية	المستوى الاقتصادي	المهنة	مدة الإصابة
الحالة (1)	ق. هـ	39	أنثى	جامعية	أرملة	جيد	طبية أسنان	10 سنوات
الحالة (2)	ج. ا	30	أنثى	3 متوسط	عزباء	متظاهرة	حلاقة	5 سنوات
الحالة (3)	ش. ز	29	أنثى	جامعية	عزباء	متوسطة	صنع الحلويات	سنتين

4. الأدوات المستعملة في البحث :

استخدمت عدة أساليب لجمع المعلومات اللازمة من بين هذه الأساليب :

1) دراسة الحالة (case study) :

يعرف جابر عبد الحميد دراسة الحالة بأنها « وسيلة لجمع البيانات و المعلومات في الدراسة الوصفية، يمكن استخدامها لاختيار فرض شريطة أن تكون الحالة ممثلة للمجتمع الذي يراد تعميم الحكم عليه ، بحيث تستخدم الأدوات لجمع البيانات و تحليلها و تفسيرها حتى يتجنب الوقوع في الأحكام الذاتية »

في حين يعرفها حسن مصطفى عبد المعطي بأنها « الإطار الذي ينظم و يقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها من الفرد و ذلك عن طريق الملاحظة ، المقابلة ، التاريخ العائلي ، الاختبارات و الفحوصات الطبية » (اسمهان ، 2016 : 67)
تعتبر من الأدوات الرئيسية التي تعين الأخصائي النفسي على تشخيص و فهم حالة الفرد و علاقته بالبيئة ، يجمع فيها المعلومات الشاملة عن الفرد المراد دراسته في الحاضر و الماضي .
(قيرع فتحي ، 2020 : 3)

إذن فان دراسة الحالة هي دراسة الفرد دراسة شاملة و معمقة حول الظروف المحيطة به أي دراسة دقيقة لتاريخ المفحوص .

2/ المقابلة العيادية (Entretien clinique) :

يعرفها معجم علم النفس و التحليل النفسي بأنها « إحدى وسائل تحليل الفرد لمعرفة استعداداته و خصائصه الشخصية ، فهي عبارة عن لقاء يتم بين الأخصائي النفسي و بين الفرد موضع الفحص في هذا اللقاء يتم تبادل الحديث الغرض من المقابلة تقدير استعدادات و خصائص شخصية معينة ، يهتم الأخصائي بتقديرها في المفحوص الذي يقوم بمقابلته » (طه و آخرون ، 1936 : 425)

عرف حامد زهران المقابلة العيادية بأنها « علاقة مهنية وجها لوجه بين العميل و المعالج في جو امن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات » (حامد عبد السلام ، 1987 : 196)

يعرفها ماكوي بأنها « تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف المواجهة يحاول القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات لدى المبحوث التي تدور حول آرائه و معتقداته » (نهاد عبد الوهاب ، 2016 : 40)

إذن المقابلة العيادية تعد من أهم الأدوات التي يستعملها الأخصائي النفسي ، فهي علاقة ديناميكية وجها لوجه بين الفاحص و المفحوص تبنى في جو يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين غايتها جمع المعلومات المهمة للعميل حول المشاكل التي يعاني منها لأنها جد مهمة في دراسة الحالة ، هناك معلومات لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال المقابلة .

استخدمت في دراستي المقابلة النصف الموجهة و الحرة .

3/ المقابلة النصف الموجهة : يكون الفاحص بعلم مسبق بالموضوع يريد أن يوضحه للمفحوص ، يقوم الفاحص بطرح سؤال توضيحي للمفحوص حتى يتمكن المستجوب الحديث حول هذا الجزء من الموضوع ، يحتفظ الفاحص بالحق في استخدامه إذا نسي المستجيب جزء منها . (إبراهيم أبراش ، 2008 : 269 - 268)

4/ المقابلة الحرة : هذا النوع من المقابلة يترك الحرية للمبحوث في التعبير عن آراءه و أفكاره و مشاعره ، يتميز هذا النموذج من المقابلة بوفرة الأسئلة و تنوعها تسمح للباحث الكشف عن الأحداث الغامضة كما تتيح له فرصة لتعديل الأسئلة و تغييرها حسب المواقف المختلفة .

(مسعودة بيطام ، 1999 : 123)

2) الملاحظة (Observation) :

هي عملية أساسية بالنسبة للبحث العلمي لأنها توفر احد العناصر الجوهرية للعلم ، يجمع الحقائق التي تساعده على تعيين المشكلة و تجديدها و ذلك عن طريق استخدامه لحواس السمع و البصر ، الشم و اللمس . (خالد احمد فرحان ، رائد عبد الخالق ، 2013 : 43)

هي توجيه الحواس للمشاهدة و مراقبة سلوك معين و تسجيل جوانب ذلك السلوك و خصائصه فهناك ظواهر لا يتمكن الباحث من دراستها عن طريق المقابلة لابد من اختياره بنفسه مباشرة مثل العادات و التقاليد الاجتماعية ، الاحتفالات و الأعياد و غيرها ، تتطلب هذه المواقف من الباحث أن يعيشها بنفسه. (محمد بكر نوفل و الآخرون ، 2014 : 254)

عبارة عن تفاعل و تبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر احدهما الباحث و الآخر المستجيب لجمع معلومات محددة حول موضوع معين ، يلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث . (ربحي مصطفى عليان ، 2001 : 115)

استخدمت فيها :

الملاحظة المباشرة (observation directe) : هي التي يقوم بها الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص المراد دراستهم . (مالك الأخضر ، 2014 : 216)

الملاحظة المحددة (observationspécifié) : يكون لدى الباحث تصور مسبق عن نوع المعلومات التي يلاحظها أو السلوك الذي يراقبه (محمد خليل عباس ، محمد بكر نوفل ، 2014 : 255)

(3) الاستبيان (questionnaire) :

هو أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب ، يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها . تعتبر مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد من اجل الحصول على معلومات من المبحوثين حول ظاهرة . (ربحي مصطفى عليان ، 2001 : 82)

مقياس بيك الثاني للاكتئاب :

1. تقديم المقياس :

صمم العديد من المختصين في الطب النفسي و في علم النفس استبيانات و قوائم لقياس الاكتئاب اذكر منهم " قائمة التقدير الذاتي للاكتئاب " إعداد Zungw. ، " قائمة الانقباضي في منيسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية " و " اختبار هاملتون للاكتئاب " و لكن قوائم ارون بيك تعد أفضل و أشهر الأدوات لقياس الاكتئاب ، صدرت هذه القوائم ابتداء من عام 1961 إلى 1996

ضمن تاريخ طويل يمتد على مدى 35 سنة من الزمن ، كانت هذه القوائم تخضع تبعا للتطوير.
(بشير معمرية ، 2010 : 94)

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب واسعة الانتشار في ميادين علم النفس الإكلينيكي و الطب النفسي ، تستخدم بنجاح منذ 30 سنة كوسيلة للتقويم الذاتي من اجل قياس شدة الأعراض الاكتئابية بدءا من سن 16 وصولا إلى سن الشيخوخة المتأخرة . (سامر جميل رضوان ، 2001 : 12)
وضع مقياس بيك للاكتئاب من طرف الطبيب الأمريكي ارون بيك نشر لأول مرة عام 1961 تحت اسم BDI قام بترجمته إلى اللغة العربية " غريب عبد الفتاح " 1985 آثار استجابة عدة باحثين الذين اخذوا البحث فيه و شاركوا معهم (بيك) نفسه في تعديله و تصليحه حتى يكون أكثر موضوعية . (بالتصرف لعقاب مليكة ، 2008 : 136)

ظهرت ثلاث صور للقائمة المتمثلة في :

- ❖ الصورة الأولى عام 1961 يرمز لها باختصار BDI استعملت القائمة حوالي 1000 بحث منذ صدورها إلى غاية 1988 .
- ❖ ظهرت الصورة الأولى المعدلة عام 1979 يرمز لها باختصار BDI- IA تم ترجمة هذه النسخة إلى اللغة العربية في مصر عام 1981 .
- ❖ ثم ظهرت الصورة الثانية للقائمة عام 1996 يرمز لها باختصار BDI - II تم تعريبها كذلك في مصر عام 2000 .

2. وصف قائمة بيك للاكتئاب :

تعد قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب احدث صورة لقوائم بيك تتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب ابتداءا من 16 سنة ، تتميز هذه القائمة بان بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع (DSM - IV) للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994 .

1/ ثم حذف أربعة بنود و استبدالها بأخرى ، ثم إجراء تعديلات على القائمة سواء في صورتها الأولى عام 1961 أو في صورتها المعدلة عام 1979.

جدول رقم (2) يوضح العبارات المستبدلة و البديلة لنسخة 1961 - 1979

الرقم	العبارات المستبدلة	الرقم	العبارات البديلة
14	التغير في صورة الجسم .	11	التهيج و الاستثارة.
15	صعوبة العمل .	14	انعدام القيمة .
19	فقدان الوزن .	15	فقدان الطاقة .
21	الاهتمامات الجسدية .	19	صعوبة التركيز .

كان الغرض من استبدال البنود الأربعة ، هو متابعة الأعراض النمطية لشدة الاكتئاب .

2/ تم التغير في تعليمات تطبيق القائمة في 3 مراحل المتمثلة فيما يلي :

❖ **الصورة الأولى للقائمة 1961 :** يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته في الوقت الراهن .

❖ **الصورة الأولى المعدلة 1979 :** تغيرت التعليمات فصار يطلب من المفحوص اختيار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم .

❖ **القائمة الثانية 1996 :** صار يطلب من المفحوص أن يختار العبارات أكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم .

3/ وضع لكل بند من بنود القائمة لـ 21 عنوان فرعي ، يشير إلى العرض الذي تقيسه البنود الأربعة و ذلك من أجل جعل المفحوص يركز عليها .

- حظيت قائمة بيك الثانية للاكتئاب اهتمام كبير في مجال الطب النفسي منذ ظهورها عام 1961، ترجمت إلى عدة لغات كانت مؤشرات صدقها وثباتها مرتفعة. (معمرية بشير ، 2010 : 94 -

3. مكونات مقياس بيك الاكتئاب :

يتكون في صورته الأصلية من 21 مجموعة من العبارات ، كل مجموعة من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجيا من انعدام الاكتئاب إلى أكثر شدة تمنح له درجات تتراوح ما بين (0 إلى 3) لتوضيح شدة أعراضه . (نفس المرجع ، 95) تقيس القائمة مجموعة من الأعراض المتمثلة في : الحزن ، التشاؤم من المستقبل ، عدم الرضا ، الإحساس بالذنب ، توقع العقاب ، كراهية النفس ، إدانة الذات ، وجود أفكار انتحارية ، البكاء ، عدم الاستقرار النفسي ، الانسحاب الاجتماعي ، تغير صورة الجسم و الشكل ، اضطرابات النوم ، التعب ، فقدان الشهية ، نقص الوزن ، تأثير الطاقة الجنسية ، الانشغال بالصحة . (عبد الستار ، 1998 : 70 - 74)

4. طريقة تطبيقه :

تتم إما بالطريقة الفردية او الجماعية تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة وذلك بعد التأكد من فهمه ، أما إذا طبق جماعيا يمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص يطلب منه كتابة اسمه ، سنه ، مستوى التعليمي ، تاريخ الإجابة و قراءة التعليمات بصوت مرتفع يزيل الغموض و التباس .

اعتمدت على الطريقة الفردية في تطبيق الاختبار تمثلت التعليمات فيما يلي " يوجد مجموعة من العبارات الرجاء أن تقر كل مجموعة على حدة ثم ضع دائرة حول رقم العبارة (0 / 1 / 2 / 3) التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم و تأكد من قراءة العبارة قبل أن تختار واحدة منها و انك أجبت على كل العبارات " (زواوي سليمان ، 2011 : 39 - 40)

5. طريقة التصحيح :

يصحح المقياس من خلال حساب الدرجة الكلية للاكتئاب و ذلك بجمع الأرقام التي وضع عليها المفحوص دائرة في كل فقرة من الواحد و العشرين بندا ما بين (0 إلى 63) درجة ، تشير الدرجة المرتفعة إلى الاكتئاب الشديد الدرجة الكلية تفسر شعور المفحوص بالاكتئاب .

أي تجمع كل الدرجات التي تحصل عليها المفحوص خلال المقياس تشير الدرجة العليا للمقياس إلى اكتئاب شديد يقدر ب 63 درجة .

6. هدف من المقياس :

هو التعرف على الأعراض الاكتئابية خاصة الاكتئاب الشديد تحدد فيما يلي :

جدول رقم (3) يوضح درجات الاكتئاب :

الدرجة	مستوى الاكتئاب
من صفر - 11	خالي من الاكتئاب
من 12 إلى 19	اكتئاب خفيف
من 20 إلى 27	اكتئاب متوسط
من 28 إلى 63	اكتئاب شديد

(معوش عبد الحميد ، 2015 : 46)

7. تقدير المحكين لمقياس بيك الثاني للاكتئاب :

جدول رقم (4) يوضح نتائج تقديرات المحكين للمقياس :

الأبعاد	تقيس	لا تقيس
الحزن	+	
التشاؤم	+	
الفشل السابق	+	
فقدان الاستمتاع بالحياة .	+	
مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	+	
الشعور بالعقاب او الأذى	+	

	+	عدم حب الذات
	+	نقد الذات و لومها
	+	الأفكار او الرغبات الانتحارية .
	+	البكاء .
	+	الهيجان (عدم الاستقرار) .
	+	فقدان الاهتمام او الانسحاب الاجتماعي .
	+	التردد في اتخاذ القرارات .
	+	انعدام القيمة .
	+	تغيرات في نظام النوم .
	+	الانزعاج .
	+	تغيرات في الشهية.
	+	صعوبة التركيز.
	+	الإرهاق .
	+	الاهتمام بالجنس .

نلاحظ من خلال هذه التقديرات بان جميع الفقرات تقيس ما صممت لقياسه و عليه تم الاحتفاظ بجميع العبارات . (بن ذهنون ، 2017 : 148 - 149)

8. صدق و ثبات مقياس بيك الثاني للاكتئاب :

جدول رقم (5) يوضح صدق و ثبات المقياس :

الفقرة	العبارات	معامل ارتباط الفقرة بالمقياس ككل
1	الحزن	** 0.38
2	التشاؤم	** 0.37
3	الفشل السابق	** 0.51
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	** 0.46
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	** 0.44
6	الشعور بالعقاب أو الأذى	** 0.48
7	عدم حب الذات	** 0.46
8	نقد الذات و لومها	** 0.45
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	** 0.38
10	البكاء	** 0.51
11	الهيجان (عدم الاستقرار)	** 0.38
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي .	** 0.52
13	التردد في اتخاذ القرارات	** 0.57
14	انعدام القيمة	** 0.61
15	فقدان الطاقة على العمل	** 0.52
16	تغيرات في نظام النوم	** 0.35
17	الانزعاج	** 0.52
18	تغيرات في الشهية	** 0.37
19	صعوبة التركيز	** 0.48
20	الإرهاق	** 0.45
21	الاهتمام بالجنس	** 0.42

1- صدق المقياس :

استخدم الباحث حساب معامل الصدق عن طريق : الصدق التمييزي وفق الخطوات التالي :
تم ترتيب العينة من أعلى إلى أدنى ثم قسمة عدد العينة على 100 و ضربها في القيمة 33 % حيث
كان الناتج هو 23 و عليه تم اختيار المجموعة المتطرفة العليا و الدنيا كما هو مبين في الجدول التالي
:

جدول رقم (6) يوضح قيمة (ت) للفروق بين المجموعتين العليا و الدنيا :

المتغير	المجموعة العليا ن = 23	المجموعة الدنيا ن = 23	قيمة ت	مستوى الدلالة
بيك الثاني للاكتتاب	4.48	7.70	15.19	دالة عند 0.05

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق و تباين حقيقي بين المجموعتين بدلالة قيمة ت قدرها
15.19 عند مستوى الدالة 0.05 ، و عليه فالمقياس يميز بين المجموعات المتطرفة .

2- ثبات المقياس :

بهدف التأكد منه قمنا بحساب معامل الثبات لألفا كرونباخ قمنا أيضا باستخدام التجزئة النصفية
بالاعتماد على معامل سييرمان براون دلت النتائج على النحو التالي :

جدول رقم (7) يوضح معاملات الثبات و الطريقة المتبعة :

المتغير	الطريقة المتبعة	معامل الثبات
بيك الثاني للاكتئاب	آلفا كرونباخ	0.80
	التجزئة النصفية	0.78

بعد حساب صدق و ثبات المقياس تبين بأنه يتميز بقدر كبير من الاستقرار و الثبات هذا ما جعل المقياس صالحا في البيئة الجزائرية بكل اطمئنان و استخدامه في الدراسة الحالية . (بن زهنون ، 2017 : 157 - 158)

خلاصة :

بعد عرض جميع إجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية قمت بخطوات إجرائية عديدة ،
بدء بالمنهج المستخدم في الدراسة اعتمدت على المنهج الإكلينيكي الذي يهتم بدراسة شاملة و معمقة
حول شخصية المفحوص ، ثم تطرقت بعد ذلك إلى اختيار العينة و مواصفاتها و الانتهاء باستخدام
مقياس بيك الثاني للاكتئاب من اجل التعرف على درجة الاكتئاب المتحصل عليها و تفسيره في
الفصل القادم .

الفصل السادس : عرض الحالات و مناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض و تحليل نتائج الحالات

1.1 الحالة الأولى

1.2 الحالة الثانية

1.3 الحالة الثالثة

2. الاستنتاج العام للحالات

3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

4. الخاتمة

التوصيات و الاقتراحات

قائمة المراجع

الملاحق

تمهيد :

تسعى الدراسة إلى التعرف على الاككتاب لدى الراشدة المصابات بالتصلب اللويحي المتعدد ، استخدمت فيها المقابلة النصف الموجهة و الملاحظة المباشرة ثم قمت بعرض و تحليل نتائج الحالات و مناقشتها ، بالإضافة إلى تطبيق مقياس بيك الثاني للاككتاب من اجل الإجابة عن التساؤل و ذلك لتحقق من صحة الفرضيات ، ثم الخروج بالخاتمة و أخيرا تقديم توصيات و اقتراحات ، قائمة المراجع ثم الملاحق .

1- عرض وتحليل نتائج الحالات:

الحالة الأولى :

1- تقديم الحالة الأولى :

1. بيانات الأولية :

- الاسم : ق
- السن : 39
- الجنس : أنثى
- السكن : وهران
- المستوى التعليمي : جامعي
- الحالة الاجتماعية : أرملة
- الحالة الاقتصادية : جيدة
- عدد أفراد الأسرة : 3
- عدد الأبناء : 2 (ذكرين)
- المهنة : طبيبة أسنان
- مدة الإصابة بالمرض : 12 سنة

2- جدول رقم (16) لسير المقابلات المجرات مع الحالة الأولى :

المدة	الهدف من إجرائها	مكان إجرائها	تاريخ إجرائها	رقم المقابلة
40 د	التعرف على الحالة و جمع المعلومات و البيانات الأولية مع السعي لكسب الثقة.	المستشفى الجامعي بلاطو	2021 / 3 / 24	المقابلة (1)
45 د	جمع المعطيات عن الجانب الشخصي و حالته النفسية و المرضية .		2021 / 3 / 31	المقابلة (2)
50 د	جمع المعلومات عن الجانب العائلي و الاجتماعي		2021 / 4 / 7	المقابلة (3)

50 د	جمع المعلومات عن الظروف التي تعيشها داخل المستشفى و نظرتها نحو المستقبل .	2021 / 4 / 20	المقابلة (4)
35 د	تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب	2021 / 4 / 29	المقابلة (5)

1. السميائية العامة للحالة :

1- الهيئة العامة :

1.1 الشكل المورفولوجي : الحالة (ق.ه) تبلغ من العمر 39 سنة ، طويلة القامة ، ممتلئة

الجسم ، تتميز ببشرة سمراء ، عيان بنيتان ذو شعر اسود .

1.2 الهندام : ترتدي ملابس نظيفة .

2- الملامح و الاماءات : تبدو في كل المقابلات بشوشة و مبتسمة ، لكن عكس ذلك كانت

توظف الآليات الدفاعية لتعويض الحزن بالابتسامة .

3- الاتصال : كان الاتصال مع الحالة سهل حتى نهاية المقابلات .

4- المزاج و العاطفة : كانت (ق.ه) هادئة و مرتاحة ، رغم مرضها .

5- النشاط العقلي :

5-1 اللغة و الكلام : تتكلم بلغتين اللغة العامية و الفرنسية ، أفكارها واضحة لا تعاني من

صعوبات النطق ، كلامها بسيط .

5-2 التفكير : تفكر في الرغبة إلى الذهاب إلى الخارج من اجل العلاج .

5-3 الذاكرة : قوية تحتفظ بذكريات التي عاشتها .

5-4 إدراك الزمان و المكان : تدرك بأنها في المستشفى و كذلك اليوم .

5-5 الفهم و الاستيعاب : تفهم و تجيب على كل الأسئلة .

- 6- السلوك : هادئة و تسمع ما أقوله ، تتكلم بصوت منخفض .
- 7- العلاقات الاجتماعية : جيدة .
- 8- علاقة الحالة بالأسرة : جيدة مع إخوتها .
- 9- علاقة الحالة بالمحيط : عادية .

عرض و مناقشة المقابلات مع الحالة الأولى :

المقابلة الأولى :

ككل المقابلات تم التعرف على الحالة (ق) و أخذ البيانات الأولية عنها ، كانت جالسة في قاعة الانتظار اخدتني الأخصائية النفسانية عندها و عرفتني بها . قدمت نفسي أنا طالبة علم النفس الصحة بصدد إعداد مذكرة التخرج ماستر طلبت منها الإذن بإجراء مقابلات معها فوافقت على الفور بدون تردد ، صرحت الحالة بان مدة الإصابة بالمرض 12 سنة سببها وفاة الزوج تقول الحالة « بعد العدة » .

المقابلة الثانية :

أثناء دخولها مكتب الأخصائية النفسانية بدت عليها ملامح الهدوء لأنها كانت تريد المساعدة ، تعيش الحالة (ق) في وسط عائلي مستواه المعيشي متوسط لا تعاني من مشاكل عائلية ، بالعكس هم مهتمون بها كثيرا مرت بمرحلة الطفولة بشكل عادي ، أما مرحلة المراهقة جاءت عادية تقول الحالة « فاتت très bien » تقول أيضا « ماتقبلتش المرض الخطرة الأولى » مع العلم أنها كانت تعاني من مرض سرطان الثدي قامت بعملية نزع الثدي و بدأت في العلاج الكيميائي عندما شفيت بدأت أعراض مرض التصلب اللويحي المتعدد في الظهور تقول الحالة « وليت نجر رجلي ، ماوليتش نتحكم فالتوازن تاعي ، الرؤية نقصت » عندما ذهبت إلى طبيب الأعصاب و بعد إجراءها لفحوصات و التصوير بالرنين المغناطيسي وجد **isp** موجود في الرأس . وصف لها الدواء **fompira** تقول الحالة أحسست بالراحة بعد زيارتها للطبيب مرة الثانية نصحتها بالذهاب إلى مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي لعمل المساج حول رجلها تقول الحالة « بأنها في حالة جيدة الآن » .

المقابلة الثالثة :

تعيش الحالة (ق) مع أولادها بعد وفاة زوجها في وسط عائلي جيد ، لديها سكن خاص تعيش مع أبنائها لديها ذكرين يدرسان في الجامعة تخصص الطب السنة الثالثة ، تقول الحالة أنا احتل المرتبة الخامسة من بين إخوتها متكونون من 4 ذكور و 3 إناث لا تعاني من مشاكل أسرية لا من ناحية أهل الزوج و لا من أهلها مع العلم أن والديها متوفين منذ 3 سنوات ، تقول الحالة « كي سمع بيا خويا راني فالسبيطار مريضة نخلع و هرب ماقدش يشوفني في ديك الحالة لي كنت فيها » لان علاقتي معه جيدة ، لم يتغير أي شيء بعد مرضي بل زادت العلاقة بيننا أكثر من قبل ، أما نظرتها إلى المجتمع عادية .

المقابلة الرابعة :

الظروف التي تعيشها في المستشفى حسب ما أدلت به الحالة (ق) علاقتها مع الأطباء و المعالجين جيدة لديها نظرة تفاعلية نحو المستقبل تقول الحالة في آخر المقابلة « نتمنى نزوج ولادي و نروح للخارج نداوي على السرطان و LSP »

المقابلة الخامسة :

قمت بتطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب لمعرفة مستوى الاكتئاب لديها استغرق الاختبار 35 دقيقة طلبت منها قراءة التعليمات بصوت مرتفع لإزالة الغموض ، توجد مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرئي كل عبارة على حدا ثم ضعي دائرة حول الرقم المناسب الذي يصف حالتكم اليوم :

الجدول رقم (16) يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب بالنسبة للحالة الأولى :

الرقم	العبارات	الإجابات
1	الحزن	0
2	التشاؤم	0
3	الفشل السابق	0
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	1
5	تأنيب الضمير أو مشاعر الإثم.	0
6	شعور بالتعرض للعقاب	1

0	عدم حب الذات	7
0	نقد الذات و لومها	8
0	الأفكار الانتحارية	9
1	البكاء	10
0	الهيجان و عدم الاستقرار	11
0	الانسحاب الاجتماعي	12
1	التردد في اتخاذ القرارات	13
0	انعدام القيمة	14
1	فقدان الطاقة	15
1	تغيرات في نظام النوم	16
1	الانزعاج	17
0	تغيرات في الشهية	18
1	صعوبة التركيز	19
2	الإرهاق او الإجهاد	20
3	فقدان الاهتمام بالجنس	21
13	عدد الإجابات :	
اكتئاب خفيف	نوع الاكتئاب :	

تحليل نتائج المقياس :

تبين لنا من خلال الجدول رقم (16) أن الحالة (ق) تحصلت على 13 درجة و التي تقع في مجال [12 - 19] و هذا ما يدل على أن المفحوصة تعاني من اكتئاب خفيف ، الإجابات التي أدلت بها (ق) موجودة في العبارات المحصورة بين (0 و 1) ظهرت في عدم الشعور بالحزن ، الانسحاب الاجتماعي ، التفاؤل .

خلاصة الحالة (ق) :

تستخلص من خلال المقابلة النصف الموجهة التي أجريتها مع المفحوصة و ما توصلت إليه من خلال مقياس بيك الثاني للاكتئاب بان لديها اكتئاب خفيف لان اغلب الإجابات كانت تحمل درجة (0) .

تقديم الحالة الثانية :

1- البيانات الأولية :

- الاسم : ح. ا
- السن : 30
- الجنس : أنثى
- السكن : وهران
- المستوى التعليمي : 3 متوسط
- المستوى الاجتماعي : عزباء
- المستوى الاقتصادي : متدهورة
- عدد الإخوة : 6 (3 ذكور) و (2 إناث)
- الوالدين : الأب على قيد الحياة و الأم متوفية
- المهنة : حلاقة النساء
- مدة الإصابة بالمرض : 5 سنوات

2-جدول رقم (17) لسير المقابلات المجرات مع الحالة الثانية :

رقم العبارة	تاريخ إجرائها	مكان إجرائها	الهدف من إجرائها	المدة
المقابلة (1)	2021 / 3 / 26	المستشفى الجامعي بلاطو	التعرف على الحالة و جمع المعلومات و البيانات لأولية مع السعي لكسب الثقة .	45 د
المقابلة (2)	2021 / 4 / 4		جمع المعطيات عن الجانب الشخصي وحالتها النفسية و المرضية .	50 د
المقابلة (3)	/ 4 / 12 2021		جمع المعلومات عن الجانب العائلي و الاجتماعي	45 د
المقابلة (4)	2021 / 4 / 27		جمع المعلومات عن الظروف التي تعيشها داخل المستشفى و نظرتها إلى المستقبل .	50 د
المقابلة (5)	2021 / 4 / 29		تطبيق مقياس بيك للاكتئاب	25 د

3- السميائية العامة للحالة :

1- الهيئة العامة :

1-1 الحالة (ح.ا) تبلغ من العمر 30 سنة ، قصيرة القامة ، سمينة ، تتميز ببشرة بيضاء ، ذو شعر أشقر ، عينان بنيتان .

1-2 الهندام :تهتم الحالة بجمال مظهرها ، ملابسها نظيفة و متناسقة الألوان .

2- الملامح و الاماءات : تظهر على الحالة نوع من القلق ، سريعة الغضب .

3-الاتصال :كان سهل و لكن في المقابلات الأخيرة أصبحت صعبة نوعا ما .

4-المزاج و العاطفة :كانت الحالة (ح.ا) تضحك و لكن مزاجها حاد و يتقلب بسرعة .

5-النشاط العقلي :

1-5 اللغة و الكلام :تتكلم باللغة العامية لا تعاني من صعوبات النطق ، لغتها بسيطة و مفهومة مما أدى إلى عدم تعرقل جو المقابلة .

2-5 التفكير : تفكر في أمها المتوفية و مدى اشتياقها لها .

3-5 الذاكرة : تتميز بذاكرة قوية .

4-5 إدراك الزمان و المكان : تدرك بأنها في المستشفى و اليوم الذي نحن فيه.

5-5 الفهم و الاستيعاب :الحالة (ح.ا) كانت تجيب عن الأسئلة بسهولة و دقة .

6- السلوك :تتميز الحالة بهز الرجلين ، شد اليدين ، القلق الزائد .

7- العلاقات الاجتماعية :

1-7 علاقة الحالة بالأسرة : جيدة .

2-7 علاقتها مع إختها :جيدة .

3-7 علاقتها مع والدها :سيئة.

4-7 علاقتها مع زوجة الأب :علاقة سيئة و معقدة .

5-7 علاقتها مع المحيط :جيدة مع الجيران و الأصدقاء .

عرض و مناقشة المقابلات الحالة الثانية (ح.1)

المقابلة الأولى :

ككل المقابلات تم التعرف على الحالة (ح.1) و أخذ البيانات الأولية عنها ، كانت مستقلة في قاعة العلاج تقدمت نحوها و عرفتني بنفسها أنا طالبة علم النفس الصحة بصدد إعداد مذكرة تخرج ماستر طلبت منها الإذن بإجراء مقابلات معها فوافقت مساعدتي ، صرحت الحالة بان مدة الإصابة بالمرض 5 سنوات سببه هو أنها كانت تعمل بالمطعم بدأت الأعراض تظهر كتقل اليد اليمنى ، وعدم التوازن

المقابلة الثانية :

أثناء دخولها المكتب الأخصائية النفسانية بدت حزينة ، تكلمت الحالة بأنها تعيش في وسط عائلي مضطرب بسبب زوجة الأب ، حالتها الاقتصادية مزرية مرت (ح.1) بمرحلة الطفولة عادية مع أبوها انقطعت عن الدراسة بسبب المشاكل العائلية و سجلت بالتكوين المهني و درست الحلاقة تقول (ح.1) «ماعشتش صغري كما البنات لآخرين » بدأها المرض عندما كانت تعمل في المطعم منذ 5 سنوات تقول المفحوصة « وحد المرة ماوليتش نطلع يدي و عنقي تكوانسا » توقفت عن العمل و ذهبت للعمل في محل حلاقة النساء بعدها بسنة ظهرت الأعراض مرة أخرى و لكن اشد من الأول « الم في العين ، لا تستطع فتح يديها ، رجلها توقفت تماما » لدى قررت التوقف عن العمل و بقيت في المنزل مدة سنة و نصف لا تستطع الخروج من المنزل خوفا من أعين الناس فقررت الذهاب إلى الطبيب العظام طلب منها الأشعة على الظهر و لكن لم يجد شيء فنصحها بذهاب إلى طبيب الأعصاب ، كتب لها رسالة إلى المستشفى مصلحة الأعصاب ، قام الطبيب بتشخيصها و طلب منها الأشعة الرنين المغناطيسي للدماغ ، تقول الحالة « مكانش عندي الدراهم سلفت من عند خالتي باه نديره كي درته رحنت عنده » قال لها أنتي مصابة بالتصلب اللويحي المتعدد على مستوى الفص الأيمن للدماغ و الحبل الشوكي ، قالت المفحوصة في تلك اللحظة بكيت اعتبرها بمثابة هزة لا تصدق لأنها كانت لا تعرف هذا المرض و هل لديه علاج أم لا . طلب منها العلاج عن طريق الحقن في المصلحة كل 3 أيام في الأسبوع و الفيتامينات صرحت الحالة بأنها لم تتحسن توقفت عن العلاج ثم حولوها مباشرة إلى مصلحة إعادة

التأهيل بعد 3 أشهر قالت لي المفحوصة بأنها بدأت تتحسن يدها أصبحت تفتحها وتحركها ورجلها أصبحت تمشي عليها .

المقابلة الثالثة :

تعيش الحالة في جو عائلي متوتر خاصة مع زوجة الأب القاسية لديها أخت من أم واحدة و 5 إخوة من الأم الثانية لديها 3 ذكور و بنتين ، يعاملها أختها من الأم الثانية بقسوة و احتقار تقول (ح. ١) « بغيت ننتحر و نريح لا خطر نهار سمعت راني مريضة فرحتلي » كانت علاقتها بأختها الشقيقة جيدة كانت تساعدها ماديا و معنويا للتخفيف من معاناتها أما والدها لا يبالي بها يحب إخوتها من الأم الثانية أكثر منهما. نظرتها للمجتمع عادية .

المقابلة الرابعة :

حالة (ح. ١) تعيش داخل المستشفى ظروف جيدة مع الأطباء و المعالجين و لكن تقول « ARGO ما يعاملوناش غايا » لديها نظرة تشاؤمية حول المستقبل لا يوجد أي مشروع في حياتي لكي أصل إليه مادمت مريضة .

المقابلة الخامسة :

قمت بتطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب لمعرفة مستوى الاكتئاب لديها استغرق الاختبار 25 دقيقة ، طلبت منها قراءة التعليمات بصوت مرتفع لإزالة الغموض ، توجد مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرئي كل عبارة على حدة ثم ضعي دائرة حول الرقم المناسب الذي يصف حالتك اليوم .

جدول رقم (17) يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب :

رقم العبارة	العبارات	الإجابة
1	الحزن	3
2	التشاؤم	2
3	الفشل السابق	2
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	3
5	تأنيب الضمير او مشاعر الإثم	2
6	شعور بالتعرض للعقاب	3

1	عدم حب الذات	7
1	نقد الذات و لومها	8
1	الأفكار الانتحارية	9
3	البكاء	10
2	الهيجان و عدم الاستقرار	11
0	الانسحاب الاجتماعي	12
1	التردد في اتخاذ القرارات	13
3	انعدام القيمة	14
2	فقدان الطاقة	15
3	تغيرات في نظام النوم	16
2	الانزعاج	17
3	تغيرات في الشهية	18
0	صعوبة التركيز	19
1	الإرهاق	20
2	فقدان الاهتمام بالجنس	21
40	عدد الدرجات :	
اكتئاب شديد	نوع الاكتئاب :	

تحليل نتائج المقياس :

تبين من خلال الجدول رقم (17) أن الحالة (ح.ا) تحصلت على 40 درجة التي تقع في مجال [28 - 63] وهذا ما يدل أن المفحوصة تعاني من اكتئاب شديد ، الإجابات التي أدلت بها (ح.ا) محصورة بين (3 - 2) ظهرت في التشاؤم من المستقبل ، الأفكار الانتحارية .

خلاصة الحالة (ح.ا) :

نستخلص من خلال المقابلة النصف الموجهة التي أجريتها مع المفحوصة و ما توصلت إليه من خلال المقياس بان لديها اكتئاب شديد لان اغلب الإجابات كانت تحمل درجة (3)

تقديم الحالة الثالثة :

1. بيانات الأولية :

- الاسم : ش. ز
- السن : 30
- الجنس : أنثى
- السكن : وهران
- المستوى التعليمي : جامعية
- المستوى الاجتماعي : عزباء
- الحالة الاقتصادية : جيدة
- عدد الإخوة : 3 إناث
- الوالدين : الأب على قيد الحياة و الأم متوفية
- المهنة : صناعة الحلويات في البيت
- مدة الإصابة بالمرض : سنتين

2. جدول رقم (18) سير المقابلات المجرات مع الحالة الثالثة :

رقم المقابلة	تاريخ إجرائها	مكان إجرائها	الهدف من إجرائها	المدة
المقابلة (1)	2021 / 3 / 25	المستشفى الجامعي بلاطو	التعرف على الحالة و جمع المعلومات و البيانات الأولية مع السعي لكسب الثقة .	40 د
المقابلة (2)	2021 / 3 / 31		جمع المعطيات عن الجانب الشخصي و حالتها النفسية و المرضية .	45 د
المقابلة (3)	2021 / 4 / 4		جمع المعلومات عن الجانب العائلي و الاجتماعي .	50 د

30 د	جمع المعلومات عن الظروف التي تعيشها داخل المستشفى و نظرتها نحو المستقبل	2021 / 4 / 13	المقابلة (4)
30 د	تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب	2021 / 4 / 19	المقابلة (5)

3. السميائية العامة للحالة (ش.ز)

1- الهيئة العامة :

- 1-1 الشكل المورفولوجي : الحالة (ش.ز) تبلغ من العمر 29 سنة ، طويلة القامة ، نحيفة الجسم ، بشرة بيضاء ، عيان عسلتان ، شعرها أشقر و طويل .
- 1-2 الهدام : ترتدي ملابس متناسقة الألوان و نظيفة .
- 2- الملامح و الاماءات : تظهر على الحالة الإرهاق و التعب .
- 3-الاتصال :كان صعب في البداية لكن بعد تقديم نفسي و من أكون أصبح الحوار سهل .
- 4-المزاج و العاطفة : كانت الحالة (ش.ز)سريعة الغضب .
- 5-النشاط العقلي :
- 1-5 اللغة و الكلام :لغة سليمة و كلام متزن ، لكن لديها صعوبة في النطق .
- 2-5 التفكير : تفكيرها فيه أمل في الحياة .
- 3-5 الذاكرة :قوية تتذكر كل شيء عن الماضي .
- 4-5 إدراك الزمان و المكان :تدرك بأنها في المستشفى و اليوم الذي نحن فيه .
- 5-5 الفهم و الاستيعاب : كانت الحالة تجيب على كل الأسئلة ، تتميز بحسن الاستماع و الانتباه عندما أتكلم .

- 6- السلوك : تتميز ش.ز الضحك ، تتكلم بصوت مرتفع ، هز الرجلين ، ترميش

عرض و مناقشة المقابلات مع الحالة الثالثة ش. ز

المقابلة الأولى :

ككل المقابلات نقوم بالتعرف على الحالة و أخذ البيانات الأولية عنها ، كان عندها موعد عند الطبيب عرفني بها ، و بعد انتهاءها من الفحص توجهت إليها و قلت لها أنا طالبة علم النفس الصحة بصدد إعداد مذكرة تخرج ماستر رفضت في البداية ثم نظرت إلى أبيها و بعدها وافقت على طلب المساعدة ، تقول الحالة بان مدة الإصابة بالمرض عامين ، سببه وجع في الظهر .

المقابلة الثانية :

جاءت الحالة في الموعد مبتسمة دخلت المكتب لم تكن هناك الأخصائية النفسانية ، بدأت تحكي ش. ز بأنها تعيش في وسط عائلي مستواها المعيشي جيد ، عشت مرحلة الطفولة عادية كانت الأولى في المدرسة أبوها مدير في الموارد البشرية ، أما مراهقتها مرت في البداية **trébien** لا توجد مشاكل ، بعدها بدأت ش.ز تسرد قصتها مع المرض بأنه بدا بألم في الظهر ذهبت إلى طبيب العظام طلب منها الأشعة حول الظهر فتبين في الفحص بأنه لا يوجد شيء للخوف لأنكي بصحة جيدة ، تقول الحالة « كانوا يركزولي بزاف على الظهر ماتفطنوش لهذا المرض » لان الأعراض لم تكن موجودة و منه بدا مشوارها في البحث عن المرض و سبب وجع الظهر تصرح الحالة بأنها ذهبت عند 24 طبيب من كل التخصصات في وهران بدون جدوى لم ينتبهوا لهذا المرض ، عامين و هي على هذا الحال زاد المرض و أصبحت يدها لا تتحرك و عنقها لا تستطيع رفعه فقررت الذهاب عند طبيب الأعصاب في البليدة كان صديق جدها عندما قام بتشخيصها و عمل الأشعة بالرنين المغناطيسي تبين بان لديها مرض التصلب اللويحي المتعدد موجود فالرأس و في العنق ، عندما سمعت خبر المرض فرحت لأنها عدة سنوات عند الأطباء بدون جدوى الحمد لله وجدت مرضي الحقيقي الذي كان يرهقها طيلة هذه السنوات ، بدأت العلاج عنده وصف لها الدواء injection Rebif Beta - 1 a 44 mg / 0.5 ml 3 مرات في الأسبوع تاخذ معها **ibuprofène 200 mg** تقول ش. ز « بسك تطلعلي سخانة مور ما ندير الليرة نديرها تحت الجلد » بعدها اكتشفت مرض آخر و هو الصرع كانت تسقط بنوبات حتى تفقد للوعي ، النوبة الأولى كانت في الشارع اخدوها إلى المستشفى بعدها علمت بأنها مصابة بالصرع لم تتفاجأ لأنه وراثي أختها الأصغر أيضا مصابة به ، بدأت العلاج و هي الآن تشرب دواء **ametral 100 mg** مرتين في اليوم بدا المرض عندما كانت تبلغ 19 سنة و قاموا بتشخيصه و معرفته سنة

2019 و بعدها دخلت في اكتئاب لأنها لم تتقبل المرض بعد إصابتها بمرض عصبي آخر سوف يلازمها طيلة الحياة ، بدأت تعالج الاكتئاب مع شرب الدواء و لعب الرياضة تحسنت حالتها و لكن مازالت بدواء توقفت عن الدراسة في الجامعة السنة الثانية الهندسة المعمارية بسبب المرض و الآن هي تصنع الحلويات في البيت و تبيعها حسب الطلبات تقبلت المرض و بدأت من جديد .

المقابلة الثالثة :

قابلت الحالة ككل مرة بابتسامة لكن تبدو ملامح وجهها التعب و الإرهاق ، تعيش ش. ز وسط عائلي جيد الأب متفتح يحب الحوار مع بناته لديها أختين و أخت الثالثة متبنية عمرها الآن 5 سنوات زوجت أبيها تعاملهم مثل بناتها ، لم تتغير علاقتهم معها بعد المرض بل زادت العلاقة قوة و صلابة يخافون عليها عند الخروج وحدها من المنزل أكثر من أبها لأنهم كلهم في الشرق متعلقة بخالها و جدتها ، نظرتها للمجتمع عادية .

المقابلة الرابعة :

الحالة ش. ز تعيش داخل المستشفى مع الأطباء و الممرضين علاقة جيدة و كذلك مع المرضى متفاهمين ، تقول الحالة « هذي غير من راهي كورونا راني فالسبيطار أنا نداوي في البلدية طبيب مختص بهذا المرض » تذهب بالسيارة و لكن الطريق كانت مغلقة و خفت المرض يزيد حدة فقرت الدخول إلى المستشفى الجامعي أول نوفمبر هناك طبيب أيضا متحكم فيه . لديها نظرة تفاؤلية حول المستقبل تريد تكبير المشروع و تفتح محل الحلويات ، المرض لم يؤثر عليها بل زادها إصرارا من أجل تحقيق حلمها .

المقابلة الخامسة :

قمت بتطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب لمعرفة مستوى الاكتئاب لديها استغرق الاختبار 30 دقيقة ، طلبت منها قراءة التعليمات بصوت مرتفع لإزالة الغموض توجد مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرئي كل عبارة على حدة ثم ضعي دائرة حول الرقم المناسب الذي يصف حالتك اليوم .

جدول رقم (19) يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب :

رقم العبارة	العبارات	الإجابة
1	الحزن	0
2	التشاؤم	0
3	الفشل السابق	0
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0
5	تأنيب الضمير او مشاعر الإثم	1
6	شعور بالتعرض للعقاب	3
7	عدم حب الذات	0
8	نقد الذات و لومها	0
9	الأفكار الانتحارية	0
10	البكاء	2
11	الهيجان	2
12	الانسحاب الاجتماعي	0
13	التردد في اتخاذ القرارات	0
14	انعدام القيمة	0
15	فقدان الطاقة	1
16	تغيرات في نظام النوم	1
17	الانزعاج	2
18	تغيرات في الشهية	1
19	صعوبة التركيز	1
20	الإرهاق او الإجهاد	1
21	فقدان الاهتمام بالجنس	2
عدد الإجابات :		17
نوع الاكتئاب :		اكتئاب خفيف

تحليل نتائج المقياس :

تبين لي من خلال الجدول رقم (19) أن الحالة ش. ز حصلت على 17 درجة التي تقع في مجال [12 - 19] هذا ما يدل بان المفحوصة تعاني من اكتئاب خفيف ، فالإجابات التي دلت عليها محصورة بين (0 ، 1) ظهرت في عدم الشعور بالحزن ، التشاؤم ، الانسحاب الاجتماعي و فقدان الاهتمام .

خلاصة الحالة (ش. ز) :

نستخلص من خلال المقابلة النصف الموجهة التي أجريتها معها و ما توصلت إليه من خلال مقياس بيك الثاني للاكتئاب بان الحالة لديها اكتئاب خفيف لان اغلب الإجابات كانت محصورة في العبارة (0)

2- الاستنتاج العام للحالات :

بعد إجراء المقابلة العيادية النصف الموجهة و تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب على كل الحالات توصلت النتائج و هي :

إن معظم الحالات تعاني من اكتئاب خفيف و هذا ما لمستته من خلال المقابلات التي أجريتها معهن وجدت التفاؤل و عدم الفشل ، الاستمتاع بالحياة ، حب الذات و مع ذلك لديهن صعوبة في التعبير عن مشاعرهن الحقيقية . إلا حالة واحدة لديها اكتئاب شديد يظهر في التشاؤم و الأفكار انتحارية و هذا ما لمستته من خلال كلام المفحوصة (ح. ا) « بغيت ننتحر نشرب لجافيلو نريح » .

رغم الاختلاف الحاصل بين الحالات إلا أن مرض التصلب اللويحي المتعدد لديه اثار نفسية على المرضى و هذا ما وجدته عند الحالة الثالثة (ش. ز) عندما قالت « جاني **dépression** بعد المرض بسك ما تقبلتهش »

إذن أقول بان الحالات لديهن اكتئاب و لكن لا يظهرونه لأنهن لا يستطيعن التعبير عن ما بداخلهن و ما يشعرن به من معاناة نفسية و الخوف من مصيرهن مع هذا المرض .

3- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

الفرضية الجزئية الأولى : توجد علاقة بين الإصابة بالمرض و الاكتئاب

من خلال الدراسة الميدانية التي قمت بها التي تناولت 3 حالات اعتمدت على المقابلة النصف الموجهة و الملاحظة المباشرة و تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب تم التوصل إلى النتائج التالية:

- لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى لأنها تحصلت على 13 درجة من خلال اختبار مقياس بيك تنحصر بين [12 - 19] مما يشير إلى وجود اكتئاب خفيف تظهر على المفحوصة (ق) نظرة تفاؤلية اتجاه المستقبل تتمنى أن تزوج أولادها .

- تحققت الفرضية الجزئية لثانية للفرضية الأولى : لأنها تحصلت على 40 درجة من خلال مقياس بيك تنحصر بين [28 - 63] مما يشير إلى اكتئاب شديد من خلال المقابلة العيادية تبين لنا أن لديها أعراض اكتئابية : تشعر بالحزن ، أفكار انتحارية ، اضطرابات في النوم ، تغيرات في الشهية ، الإرهاق ، ليس لديها طموحات في المستقبل .

- لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة للفرضية الأولى : لأنها تحصلت على 17 درجة من خلال مقياس بيك تنحصر بين [12 - 19] مما يشير إلى أن الاكتئاب خفيف ، تبين لي من خلال المقابلة العيادية مع للمفحوصة (ش. ز) تظهر عليها مشاعر التفاؤل نحو المستقبل هذا ما لمستته عندما قالت « نتمنى فتح محل الحلويات »

يوضح الجدول رقم (19) النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس بيك الثاني

للاكتئاب :

الحالات	الدرجات	مستوى الاكتئاب	النسبة المئوية
الحالة 1	[12 - 19]	الاكتئاب الخفيف	31%
الحالة 2	[28 - 63]	الاكتئاب الشديد	91%
الحالة 3	[12 - 19]	الاكتئاب الخفيف	31%

من خلال الجدول رقم (19) الذي جاءت نتائجه مطابقة لما ورد في المقابلات العيادية النصف الموجهة وجدت أن الاكتئاب الشديد عند حالة واحدة التي بلغت 91 % وعليه فان هذه النتائج لا تؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى « يوجد علاقة بين الإصابة بالمرض و الاكتئاب »

الفرضية الجزئية الثانية : توجد فروق بين الإناث المتزوجات و العازبات في درجة الاكتئاب

- لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية مع الحالة الأولى لأنها تحصلت على 13 درجة المقدره ب 31 % المتحصل عليها من خلال مقياس بيك الثاني للاكتئاب المحصورة في مجال [12 - 19]
- لم تتحقق الفرضية الجزئية مع الحالة الثالثة لأنها تحصلت على 17 درجة المقدره ب 31 % المتحصل عليها من خلال مقياس بيك الثاني للاكتئاب المحصورة في مجال [12 - 19]
- تحققت الفرضية الجزئية مع الحالة الثانية لأنها تحصلت على 40 درجة المتحصل عليها من خلال مقياس بيك الثاني للاكتئاب المحصورة في مجال [28 - 63] ، وعليه نقول بان هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الثانية التي تقول « توجد فروق بين الإناث المتزوجات و العازبات في درجة الاكتئاب»

الفرضية العامة :

- الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد تؤدي إلى الاكتئاب .
- استنادا على ما سبق ذكره من المقابلة العيادية و مقياس بيك الثاني للاكتئاب نستنتج بان الفرضية العامة لموضوع الدراسة لم تتحقق بصورة كلية .

الخاتمة :

في نهاية البحث تناولنا الاكتئاب لدى الراشدة المصابة بالتصلب اللويحي المتعدد ، من خلال هذه الدراسة تمكنت من معرفة بان مستوى الاكتئاب يؤثر على مرض التصلب اللويحي المتعدد يولد لديهن مشاعر الحزن ، القلق ، الاكتئاب و هذا ما لمستته من خلال المقابلات التي أجريتها مع المفحوصات بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي .

اعتمدت في دراستي على المنهج العيادي لدراسة الحالة ، استخدمت فيها المقابلة العيادية و الملاحظة و مقياس بيك الثاني لقياس درجة الاكتئاب عند مرضى التصلب اللويحي المتعدد على عينة مكونة من ثلاثة حالات إناث .

فالنتائج التي توصلت إليها بان الراشديات المصابات بالتصلب اللويحي المتعدد يعانون من اكتئاب خفيف إلا حالة واحدة تعاني من اكتئاب شديد كما توصلت النتائج أيضا بان هناك علاقة بين الإصابة بالمرض و درجة الاكتئاب كلما زادت مدة الإصابة بالمرض انخفض مستوى الاكتئاب عندهن ، رغم ثبات صحة الفرضيات إلا أنها تبقى غير قابلة للتعميم لان العينة صغيرة .

أتمنى أن يأتي بعدي طلبة لإكمال هذا البحث لأنه موضوع هام جدا لما له من أهمية في حياتهن الأسرية و كذا تأثيره على مستقبلهن .

فتح لنا هذا البحث مجالات واسعة لتعمق فيه أكثر و إكماله على عينة كبيرة من الحالات حتى نستطيع تعميمها على المجتمع ككل .

التوصيات و الاقتراحات

1. التوصيات :

- انطلاقا ما توصلت إليه من نتائج البحث ، سوف أقدم مجموعة من التوصيات المتمثلة فيما يلي :
- ✚ يجب أن توفر أخصائيين نفسانيين أكفاء داخل مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي من اجل التكفل النفسي بهؤلاء المرضى .
 - ✚ تدريب الطاقم الطبي بكيفية التعامل و الاهتمام بالجانب النفسي للمرضى .
 - ✚ يجب على المعالج الفيزيائي تعليم المريض التمارين الرياضية و إعدادتها في البيت .
 - ✚ دعم أسرة المريض معنويا .
 - ✚ يجب معاملة المرضى معاملة حسنة .

2. الاقتراحات :

- في ضوء الدراسات السابقة و ما توصلت إليه من نتائج التي تحصلت عليها ارتأينا إلى وضع مجموعة من الاقتراحات التي من شأنها أن تفيد المرضى المتمثلة في :
- ✚ إنشاء جمعيات متخصصة بمرضى التصلب اللويحي المتعدد .
 - ✚ إقامة ندوات توعوية حول المرض و كيفية التعامل معه .
 - ✚ قيام بأبحاث طبية حول المرض و نوع العلاجات الجديدة المقدمة .
 - ✚ تخصيص فريق طبي للذهاب إلى منزل المريض دون تنقله .
 - ✚ العمل على دمج هذه الفئة في المجتمع لأنهم مهمشين .



قائمة المصادر والمراجع

1. المعاجم و الموسوعات :

(1) المعاجم :

1. بدوي احمد زكي 1986 ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة البيان - لبنان
2. فرج عبد القادر طه و محمود السيد أبو النيل و الآخرون 1936 ، معجم علم النفس و التحليل النفسي ، الطبعة الأولى - دار النهضة العربية ، بيروت .
3. لويس معلوف 2010 ، المنجد في اللغة و الأدب و العلوم . الطبعة التاسعة عشر ، المطبعة الكاتوليكية - بيروت.
4. محمود عواد 2010، معجم الطب النفسي و العقلي ، دار أسامة للنشر و التوزيع - الأردن.

(2) الموسوعات :

1. اسعد رزوق مراجعة عبد الله الدايم 1987 ، موسوعة علم النفس ، الطبعة الثالثة ، المؤسسة العربية للدراسات و النشر - بيروت .
2. لطفي شربيني تقديم حسين عبد الرزاق الجزائري 2001 ، موسوعة المصطلحات النفسية (انجليزي - عربي) الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية ، بيروت - لبنان .

2. الكتب باللغة العربية :

1. إبراهيم عبد الستار 1998 ، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه ، الكويت.
2. أبو اسعد احمد عبد اللطيف ، الختاتنة سامي محسن 2011 ، علم نفس النمو ، دار ديبونو للنشر و التوزيع ، عمان - الأردن .
3. احمد التميمي مراجعة نهى الخواجة (2016) مرض التصلب اللويحي المتعدد ، مركز التنقيف الصحي جامعة الملك سعود - المدينة الطبية الجامعية .
4. احمد التميمي 2016 ، استشاري أمراض الباطنية ، وحدة الأعصاب بالمدينة الطبية الجامعية . مرض التصلب اللويحي ، مركز التنقيف الصحي ، جامعة الملك سعود .

5. أديب محمد الخالدي (ا) 2015 ، علم النفس العيادي ، الطبعة الأولى ، عمان - الأردن.
6. أديب محمد الخالدي (ب) 2009 ، الصحة النفسية ، الطبعة الثالثة ، عمان - الأردن .
7. ارون نبيك ترجمة عادل مصطفى 2000، العلاج المعرفي و اضطرابات المعرفية ، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية - بيروت .
8. إسماعيل يامنة عبد القادر ، إسماعيل ياسين عبد القادر 2014 ، دراسة في الاكتئاب و العدوان ، الطبعة العربية ، عمان - الأردن.
9. بشرى أيوب شريبه 2018 ، علم نفس النمو للراشد و الشيخوخة ، أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي .
10. بوحوش عمار ، لينذة لطاد بن محرز ، عياش عائشة ، مرزاق مختار و الآخرون 2019 ، منهجية البحث العلمي و تقنياته في العلوم الاجتماعية ، إصدار المركز الديمقراطي العربي الإستراتيجية و السياسية و الاقتصادية برلين - ألمانيا ، الطبعة الأولى .
11. ثائر عاشور 2017 ، الاكتئاب (أسبابه ، أعراضه ، أنواعه ، طرق علاجه) الطبعة الأولى ، دار الخليج للصحافة و النشر - عمان .
12. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوق 2008 ، الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر (السكر) الطبعة الأولى ، العلم و الإيمان للنشر و التوزيع العامرية - إسكندرية .
13. حامد عبد السلام زهران (ا) 1987 ، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، الطبعة 3 - القاهرة .
14. حامد عبد السلام 1995 ، علم النفس الطفولة الطبعة الخامسة ، القاهرة .
15. حامد عبد السلام زهران (ب) 2005 ، الصحة النفسية و العلاج النفسي الطبعة الرابعة ، القاهرة .
16. حسنين صادق عبكه 2012 ، الاكتئاب و علاقته بصنف الدم ، الطبعة الأولى - عمان .
17. حسين فايد 2008 ، العدوان و الاكتئاب ، الطبعة الأولى - القاهرة .
18. حسين فاتح حسين 2013 ، علم النفس المرضي و العلاج النفسي ، الطبعة الأولى - مركز ديبونو لتعليم التفكير - عمان .
19. خالد احمد فرحان المشهداني ، رائد عبد الخالق عبد الله العبيدي 2013 ، مناهج البحث العلمي ، دار الأيام للنشر و التوزيع ، الطبعة العربية - عمان.

- 20.** الرابطة الأمريكية للطب النفسي ترجمة الدكتور أنور الحمادي 2013 ، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، الطبعة الخامسة . صادر بالولايات المتحدة الأمريكية .
- 21.** ربحي مصطفى عليان (ا) 2001 ، البحث العلمي أسسه : مناهجه و أساليبه . إجراءاته ، المملكة العربية السعودية ، عمان - الأردن .
- 22.** ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم (ب) 2000 ، مناهج و أساليب البحث العلمي : النظرية و التطبيق ، الطبعة الأولى ، دار صفاء للنشر و التوزيع ، عمان - الأردن .
- 23.** زلوف منيرة 2014 ، دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان ، النشر و التوزيع - الجزائر .
- 24.** سليم مريم 2002 ، علم النفس النمو ، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية ، بيروت - لبنان
- 25.** السيد فهمي علي (ا) 2009 ، علم نفس الصحة ، الأزاريطه - الإسكندرية.
- 26.** السيد فهمي علي (ب) 2010 ، علم النفس المرضي ، دار الجامعة الجديدة ، الأزاريطه - الإسكندرية.
- 27.** شيلي تايلور 2008 ، علم النفس الصحي ، الطبعة الأولى ، عمان - الأردن .
- 28.** صادق أمال ، أبو حطب فؤاد 1999 ، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين ، الطبعة الرابعة ، المكتبة الانجلو مصرية - القاهرة .
- 29.** عادل عزل الدين الأشول 2008 ، علم النفس النمو ، مكتبة الانجلو المصرية .
- 30.** عبد الحميد محمد الشادلي 2001 ، الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، الطبعة الأولى
- 31.** عبد الرحمان محمد العيساوي 2006 ، إرشاد و العلاج النفسي ، الدار الجامعية - الإسكندرية .
- 32.** عبد الستار إبراهيم 1998 ، الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه ، الكويت .
- 33.** عبد الله عسكر 2001 ، الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص ، مكتبة لانجلو مصرية .
- 34.** علي عبد الرحيم صالح 2014 ، علم النفس الشواد الاضطرابات النفسية و العقلية ، الطبعة الأولى ، عمان - الأردن .
- 35.** فرج عبد القادر طه 2000 ، أصول علم النفس الحديث ، بدون طبعة ، دار قباء - القاهرة

- 36.** كوام مكنزي ترجمة زينب منعم 2013 ، الاكتتاب ، الطبعة الأولى ، كتاب العربية ، الرياض - السعودية .
- 37.** لبا سليم معريس 2010 ، الاكتتاب لدى الشباب ، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية ، بيروت - لبنان .
- 38.** لطفي الشربيني 2001 ، الاكتتاب المرض و العلاج ، الإسكندرية .
- 39.** محمد السيد عبد الرحمان 1998 ، دراسات في الصحة النفسية الجزء الثاني ، القاهرة .
- 40.** محمد بكر نوفل و محمد خليل عباس ، محمد العبسي ، فربال أبو عواد 2014 ، مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، الطبعة الرابعة ، عمان - الأردن .
- 41.** محمد النوبي 2011 ، الاكتتاب لدى المسنين الاتجاهات الحديثة و العلاج و كيفية التعامل ، الطبعة الأولى .
- 42.** محمود نهاد عبد الوهاب 2016 ، علم النفس الإكلينيكي بين النظرية و التطبيق ، الطبعة الأولى - جامعة حلوان .
- 43.** مصطفى نوري القمش ، خليل عبد الرحمان المعاينة 2006 ، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان - الأردن .
- 44.** منتهى مطشر عبد الصاحب 2011 ، الشعور بالذنب و علاقته بالاكتتاب ، الطبعة الأولى ، دار الصفاء و التوزيع .
- 45.** إشراق العبويني ، التصلب اللويحي Multiple sclérose ، مكتبة المعلومات الدوائية جامعة العلوم و التكنولوجيا الأردنية . بدون طبعة .
- 46.** الخدمات التيسيرية (2017) المقدمة للأشخاص ذوي التصلب اللويحي المتعدد ، الطبعة الأولى - المملكة العربية السعودية.

3. المجالات :

- 1.** بديعة واكلي ، علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتتاب ، مجلة علوم الإنسان و المجتمع . جامعة سطيح 2 ، العدد 1 ، سبتمبر 2014 .

2. بولكويرات صليحة ، شريفي هناء ، بزوان حسيبة ، 2018 ، مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق و الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد مجلة دراسات نفسية مركز البصيرة للبحوث و الاستشارات و الخدمات التعليمية بجامعة الجزائر 2 .
3. تاويريت نور الدين و زقعار فتحي ، دراسة فعالية بروتوكول علاجي صوتي بسماع آيات قرآنية في تخفيض الاكتئاب لدى الراشد المصاب بالصرع ، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، العدد العاشر / مارس 2013 بجامعة الجزائر 2 .
4. زقعار فتحي ، الاكتئاب مرض العصر (أساليب تشخيصه و الوقاية منه و علاجه) ، مجلة الحكمة للدراسات التربوية و النفسية ، المجلد 1 ، العدد 2 (جوان 2013)
5. زوريق غنية ، بلميهور كلثوم ، فاعلية برنامج علاج معرفي - سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مستاصيلات الثدي ، مجلة دراسات النفسية ، بجامعة الجزائر 2018
6. سامر جميل رضوان 2001 ، الاكتئاب و التشاؤم دراسة ارتباطيه مقارنة ، مجلة العلوم التربوية و النفسية ، كلية التربية بعري سلطنة عمان - جامعة دمشق .
7. عتاب حميمي ، الاكتئاب لدى النساء المريضات بالسكري اللواتي يتناولن الأنسولين ، مجلة الأسرة و المجتمع بجامعة بويرة 2016 .
8. مالك الأخضر ، بعلة الطاهر 2014 ، الأسس المنهجية لجمع البيانات الإحصائية في البحوث الاجتماعية ، مجلة البديل الاقتصادي ، العدد الخامس ، بجامعة زيان عاشور - الجلفة.
9. محمد نجيب الصبوة ، هند ياسر عبد اللطيف ، الأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق و الاكتئاب لدى الراشدين المدخنين ، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي و الإرشادي (1) يناير 2018 ، 89 - 132
10. مرغيش سمية عيسى 2013 ، فعالية برنامج إرشادي جماعي في التخفيف من الضغوط النفسية و الاكتئاب لدى ذوي الشلل النصفي ، المجلة الجزائرية للطفولة و التربية ، جامعة الحدود الشمالية - المملكة العربية السعودية .
11. مسعودة بيطام ، الملاحظة و المقابلة في البحث السوسولوجي ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 11 - جامعة منتوري ، قسنطينة - الجزائر .

12. معمريّة بشير ، تقنين قائمة ارون بيك الثانية للاكتئاب ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 25 - 26 ، قسم علم النفس - جامعة الحاج لخضر ، باتنة 2010 .

13. منى طالب ثابت البديري (2008) اثر تمارينات الايزونونك باستخدام الإيقاع الحركي في تقويم الحالة العامة للجهاز الحركي و متغير القوة العضلية للساقين لمرضى التصلب اللويحي المتعدد مجلة الرياضة المعاصرة ، المجلد السابع - العدد الثامن .

14. نصيرة شوال 2017 ، معوقات العلاج الارطوفوني لحبسي بروكا المصابين بالاكتئاب ، مجلة جسور المعرفة ، المجلد 3 - العدد 12 ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف .

15. نورة عامر ، احمد جلول 2020 ، مظاهر الاكتئاب عند المرأة المصابة بالسرطان ، مجلة السراج في التربية و قضايا المجتمع ، مجلد 4 (عدد 4) بجامعة العربي بن مهدي ، أم البواقي (الجزائر) .

4. المحاضرات :

1. جبار رتيبة 2017 ، محاضرات في منهجية البحث السنة الأولى ماستر تخصص صعوبات التعلم ، بجامعة لمين دباغين - سطيف 2 .
2. حاج سليمان فاطمة الزهراء 2021 ، محاضرات مقياس المنهج العيادي و دراسة الحالة ، السنة الثالثة علم النفس العيادي ، كلية العلوم الاجتماعية بجامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان .
3. عزوز اسمهان 2016 ، محاضرات في مقياس دراسة الحالة للسنة الثالثة عيادي ، بجامعة بسكرة .
4. فيلالى حمزة 2016 ، محاضرات في مادة منهجية البحث العلمي ، بجامعة بويرة .
5. قيرع فتحي 2020 ، محاضرات في مقياس دراسة الحالة سنة الأولى ماستر علم النفس العيادي ، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، بجامعة زيان عاشور - الجلفة .

5. المنشورات :

1. شريبه أيوب بشرى 2018 ، علم نفس النمو الرشد و الشيخوخة ، قسم الإرشاد النفسي ، منشورات جامعة تشرين كلية التربية - سوريا .

6. المذكرات :

1. بن ذهنون سامية شيرين 2017 ، بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب ، الوحدة النفسية و علاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس و المستوى التعليمي) ، رسالة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي ، جامعة وهران 2 .

2. لعقاب مليكة 2008 ، بعض العوامل الأسرية و النفسية للانتحار و المحاولة الانتحارية ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير تخصص علم النفس الاجتماعي ، بجامعة الجزائر .
3. معوش عبد الحميد 2015 ، مقياس " بيك " للاكتئاب . دراسة سيكومترية على عينة من طلبة الثالثة ثانوي ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير علم النفس تخصص القياس النفسي و التربوي ، بجامعة قاصدي مرباح - ورقلة .
4. زاوي سليمان 2012 ، القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين للهيمودياليز ، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي ، بجامعة العقيد أكلي محمد اولحاج - البويرة.
5. دلاوي فتيحة 2017 ، اثر الأسري النسقي في التخفيف من حدة الاكتئاب عند مرضى التصلب اللويحي ، بجامعة وهران 2 مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر علم نفس الاسري.
6. بدرة بهية ، عبيد لطيفة 2011 ، التوافق النفسي لدى الراشد المصاب بالإعاقة حركية مكتسبة ، لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي ، بجامعة بسكرة.
7. ناصر محمد نوفل 2016 ، صورة الجسد و الاغتراب النفسي و علاقتهما بالقلق و الاكتئاب لدى المعاقين بصريا ، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في الصحة النفسية و المجتمعية ، بجامعة غزة .

7. الملتقيات :

1. دور العلاج الفيزيائي لمرض التصلب المتعدد ، المؤتمر الدولي الطبي الثاني - حماه، 18 - 19 - 20 آذار 2019 .

2. كتب باللغة الأجنبية :

1. الكتب :

1. Bruno brochet et pierre clavelou , livre blanc de la sclérose en plaques , le comité de pilotage , Avril 2006 .
2. Olivier Lyon – Caen , 2010 neuropsychologie de la sclérose en plaques , collection neuropsychologie - paris .
3. Djamel Bensmail , Thibaud lansaman et Jonathan levy , 2016 , Rééducation et sclérose en plaques , université de Versailles saint Quentin.

4. Dupuis , grudmundson , pedrini , peidis 2010 , la sclérose en plaques faculté médecine , université de Genève.
5. Danièle Aurich et al , Rééducation fonctionnelle et sclérose en plaques , 2019 , pédicure – podologie enseignante à l’institut de podologie de Lille – Igon.
6. Thibault Moreau , 2010 vous aider à comprendre la sclérose en plaques , centre hospitalier . universitaire de Dijon.
7. Nadia pestrak et Jennifer Eades , traduction société canadienne de la sclérose en plaques , 2012 la sclérose en plaques : ses effets sur vous et sur ceux qui vous sont chers , société canadienne de la sclérose en plaques (services nationaux) .
8. Paul O’connor 1955 , Multiple sclerosis the facts you Need , fifth edition . Canada ..

2. المجلات :

1. Antonella nota , les troubles du langage en SEP , orthophoniste au centre national de la SEP à Melsbrock gornal Mission SEP ‘4 et 5 novembre 2002
2. Bayer Healthcare .Bayer Schering pharma , le diagnostic de SEP . Bayer santé – SAS / RCS Lille
3. Houari Benkada , Mohamed Mebtoul , implication associative et travail de santé des personnes atteintes de sclérose en plaques e t de leurs proches à Oran (Algérie) / insaniyat , n 80 - 81 , avriel , septembre , 2018 , 35 - 53
4. j. Michael , Ryan Aronberg , S . Matthew , et al , Diagnostic Approach to intrinsic Abnormality of spinal cord signal intensity , radio graphics , volume 39 – number 6 , October special issue 2019
5. Loren rolak , 2003 MD . National Multiple sclerosis society , Multiple sclerosis the History of MS , Basic facts series .
6. Marie de Jouvencel , sclerose en plaques 2 / le point de vue de neuropsychologue , 3^{ene} Rencontres de neurologies , vol . 5 ,février 2002 .paris .
7. Samuel ‘ Hunter ‘overview and diagnosis of Multiple sclerosis . the American journal of Managed care ‘ vol n 6 - May 2016 . p S141 - S150 .

8. Susan Welles Courtney , Review ed : Jack . Burks , 2018 About MS . An over view of Multiple scleroses , including . MS Facts , treatment and symptoms , second edition Multiple sclerosis , Association of America , Journal .
9. T.Moreou , A. Fromont , la sclérose en plaques images en ophtalmologie .vol .viii .n1 . Janvier - février 2014 I Journal Focus .

3. مذكرات التخرج :

1. Al – Khudri Tanya , Nunez de Al Meida Stéphanie , 2014 l'accompagnement infirmier du patient atteint de sclérose en plaques . école de santé mémoire a Genève.
2. Emmanuelle Leray et David Brassat , 2018 . les facteurs de risque de la sclérose en plaques , ecole Hautes etudes en santé publique , Dépt . Méthodes quantitatives en santé .centre de référence et de compétence . SEP chu - Toulouse .
3. Florence Higue - van Steenbruggha , prise en charge globale de la sclérose en plaques , 2016 , thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie – université de Bordeaux .
4. Vanessa ligot , 2011 les traitements lexico - sematique Dans la sclérose en plaques :étudeAupres de 16 patients , Mémoire presente pour l'obtention de certificat de capacité d'orthophoniste , université de Nice – Sophia Antipolis .
5. Vanessa ligot , les traitements lexico - sémantiques Dans la sclérose en plaques : étude Auprès de 16 patients Mémoire présente pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste , université de Nice – Sophia , Antipolis . Faculté de médecine école d'orthophonie – Nice .

4. موقع الانترنت :

1-[http:// www.yatabeeb .com](http://www.yatabeeb.com) 9 / 5 / 2021 , 18 : 00 .

2-[https : // www.healthcentral . com / condition / multiple – sclerosis](https://www.healthcentral.com/condition/multiple-sclerosis) .9 / 5 / 2021 , 17 : 15 .

3-Shaheenlakhani , M.D , ph .d , 5 : 2020 , Multiple sclerosis symptoms , caus ,Diagnosis and treatment , Health central .

4- هل مرض - خطير ؟ مرض التصلب اللويحي المتعدد MS ماهو و ماهي أعراضه و التشخيص و طرق العلاج .

الملاحق

ملحق رقم (1) : الأسئلة أثناء المقابلة العيادية

أسئلة المقابلة العيادية النصف الموجهة ، تحتوي هذه المقابلة على :

1. بيانات الشخصية :

- ❖ الاسم :
- ❖ اللقب :
- ❖ السن :
- ❖ السكن :
- ❖ المستوى التعليمي :
- ❖ الحالة الاجتماعية :
- ❖ الحالة الاقتصادية :
- ❖ بداية المرض :
- ❖ بداية الإصابة بالمرض :
- ❖ مدة العلاج :

2. أسئلة المقابلة :

أ. الجانب الصحي :

- ❖ احكي لي عن مرضك ؟
- ❖ كيف كانت ردت فعلك الأولى عند سماع بالمرض ؟
- ❖ كيف تعيشي مع وضعكي الحالي ؟
- ❖ هل تعاني من أمراض أخرى غير هذا المرض ؟
- ❖ ماهو إحساسك و أنتي تقومي بأخذ كل 3 مرات في الأسبوع سيروم ؟
- ❖ هل تتقيدي بجرعات الدواء كما حددها لك الطبيب ؟

❖ هل تغيرت حياتك بعد إصابتك بالمرض؟

ب. المعاش النفسي :

❖ ماهو شعورك معظم الوقت؟

❖ التغيرات التي طرأت على حياتك النفسية بعد إصابتك بالمرض؟

❖ هل تعاني من القلق؟

ج. العلاقات الشخصية و الاجتماعية :

1. الشخصية :

❖ كيف كانت حياتك قبل المرض؟

❖ كيف تلقيت الخبر؟

❖ هل كان لديك دعم معنوي؟

❖ من هو الشخص الذي يدعمك؟

2. الاجتماعية :

❖ كيف كانت نظرة الناس إليك بعد إصابتك بالمرض؟

❖ هل لديك أصدقاء؟

❖ كيف تتعاملين مع الآخرين؟ و كيف يتعاملون معك؟

3. العلاقات العائلية و الأسرية لدى المريض :

❖ كيف علاقتك مع أسرتك؟

❖ طبيعة العلاقة مع والدك؟ هل هناك حوار داخل الأسرة؟

❖ كيف تتعامل مع أفراد أسرتك؟

❖ كيف يعاملونك أسرتك بعد إصابتك بالمرض؟

❖ هل تغيرت معاملتهم لكي بعد إصابتك بالمرض؟

❖ كيف أصبحت عائلتك تتعامل معك؟

- ❖ هل لديكي احد من أفراد عائلتك مقربة له كثيرا ؟ من هو ؟
- ❖ مع باقي أفراد الأسرة هل هناك احد مقرب لكي؟
- ❖ كيف هي علاقتك مع إخوتك؟

4. النشاطات العامة للمريض :

- ❖ احكي لي عن أوقات فراغك ؟
- ❖ هل تقومين بنشاطات أخرى غير المعتاد عليها ؟
- ❖ كيف تقضي عطلتك الصيفية ؟
- ❖ هل فكرتي يوما بإنشاء جمعية خاصة بمرضى التصلب اللويحي المتعدد ؟

5. النظر إلى المستقبل :

- ❖ كيف كانت نظرتك قبل مرضك ؟ وكيف هيا الآن ؟
- ❖ هل تغيرت نظرتك حاليا ؟
- ❖ هل تظني بان المستقبل مشجع ؟
- ❖ هل هناك أهداف تريد تحقيقها ؟
- ❖ هل لديك طموحات مستقبلية ؟
- ❖ هل هناك عائق في طريق طموحاتك ؟
- ❖ أتري بان مرضك سوف يؤثر على مستقبلك ؟
- ❖ هل تري بان هناك أمل للشفاء من هذا المرض ؟

الملحق رقم (2): مقياس بيك الثاني للاكتئاب

القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين لأداة البحث

الرقم	اللقب والاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الوظيفة	الجامعة
01	بشير معمريّة	أستاذ دكتور	علم النفس التربوي	أستاذ التعليم العالي (متقاعد)	باتنة
02	محمد برو	أستاذ دكتور	علوم التربية/توجيه وإرشاد	أستاذ التعليم العالي	المسيلة
03	زين الدين ضياف	أستاذ دكتور	علم نفس العمل والتنظيم	أستاذ التعليم العالي	المسيلة
04	محمد بودريالة	دكتوراه	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر/أ	المسيلة
05	جخراب محمد عرفات	دكتوراه	علم النفس التربوي	أستاذ محاضر/أ	ورقلة
06	طه حمود صالح	دكتوراه	علوم التربية	أستاذ محاضر/ب	المسيلة
07	عمر عمور	دكتوراه	علوم التربية/نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية	أستاذ محاضر/أ	المسيلة
08	محمد بوفاتح	دكتوراه	علم النفس التنظيم والعمل	أستاذ محاضر/أ	الأغواط
09	ناصر باي أعر	دكتوراه	علوم التربية	أستاذ محاضر/أ	المسيلة
10	صرداوي نزيّم	دكتوراه	علوم التربية	أستاذ محاضر/أ	تيزي وزو

الاسم :

اللقب :

تاريخ الميلاد:

المستوى التعليمي :

المهنة :

الحالة الاجتماعية : أعزب / متزوج / مطلق

مستشفى :

الدرجة:

التصنيف :

تعليمات :

يتضمن هذا المقياس 21 مجموعة من العبارات ، المطلوب منك أن تقر كل مجموعة على حدة و بعناية ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة فقط تصف أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها (0 أو 1 أو 2 أو 3) و إذا تبين ل كان أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية . ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة تأكد انك تختار دائما عبارة واحدة فقط حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بتغيرات نظام النوم و المجموعة رقم 18 المتعلقة بتغيرات في الشهية .

2. القسم الثاني: الإجابة على عبارات مقياس بيك للاكتئاب:

الرقم	اسم المجموعة	العبارات
01	الحزن	0- لا أشعر بالحزن. 1- أشعر بالحزن في كثير من الأحيان. 2- أنا حزين طوال الوقت. 3- أشعر بالحزن أو بالتعاسة إلى درجة لا تطاق.
02	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يخص مستقبلي. 1- أشعر بضعف همتي فيما يخص مستقبلي على غير عادتي. 2- أتوقع أن لا تسير أموري بشكل جيد. 3- أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه، وأن الأمور تزداد سوءاً.
03	الفشل أو الإخفاق فيما سبق من العمر	0- لا أشعر بأني فاشل. 1- فشلت أكثر مما ينبغي. 2- كلما أفكر في حياتي السابقة أكتشف الكثير من الفشل. 3- أشعر أنني فاشل في حياتي تماماً.
04	فقدان المتعة أو الاستمتاع	0- أستمتع دائماً بالحياة كما كنت من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3- لم أحصل على أي استمتاع بالحياة كعادة استمتاعي سابقاً.
05	الشعور بالذنب أو الإثم	0- لا أشعر شعوراً خاصاً بالذنب. 1- أشعر بالذنب من عديد الأشياء التي فعلتها، أو من أشياء واجبة الأداء ولم أقم بها. 2- أشعر بالذنب معظم الأوقات. 3- أشعر بالذنب جُلّ الأوقات.
06	الشعور بالعقاب أو الأذى	0- لا أشعر بأن هناك عقاباً أو أذى يحل بي. 1- أشعر بأن عقاباً أو أذى سيحدث أو سيحل بي. 2- أتوقع عقاباً يقع علي بالفعل. 3- أشعر أنني سأعرض للعقاب أو الأذى.
07	الإحساس السلبي نحو الذات	0- شعوري نحو ذاتي لم يتغير. 1- فقدت الثقة في نفسي. 2- خاب أملني في نفسي. 3- لا أحب نفسي.
08	موقف نقد الذات	0- لا ألوم أو لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد. 1- أنتقد نفسي أكثر من المعتاد. 2- ألوم نفسي لما ارتكب أخطاء. 3- ألوم نفسي على كل ما يحدث من سوء بسببي.

09	الأفكار أو الرغبة في الانتحار	<p>0- لا تتتابني أي أفكار للتخلص من نفسي.</p> <p>1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.</p> <p>2- أريد أن أنتحر.</p> <p>3- سأنتحر في أي فرصة متاحة.</p>
10	البكاء	<p>0- لا أبكي أكثر من المعتاد.</p> <p>1- أبكي أكثر من المعتاد.</p> <p>2- أبكي لأسباب أو لأقل أصغر الأشياء.</p> <p>3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.</p>
11	التهيج أو الاستثارة	<p>0- لست منزعجاً أو متوترًا هذه الأيام عن أي وقت مضى.</p> <p>1- أشعر بالانزعاج أو التوتر هذه الأيام عن أي وقت مضى.</p> <p>2- أتهيج و أنتوتر إلى درجة يصعب علي البقاء هادئاً.</p> <p>3- أتهيج وأنتوتر إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو فعل شيء ما.</p>
12	فقدان الاهتمام	<p>0- لم أفقد اهتمامي بالآخرين أو بالأنشطة.</p> <p>1- أنا قليل اهتمام بالآخرين أو بالأنشطة عن السابق.</p> <p>2- فقدت معظم اهتمامي الآخرين وبالأمر الأخرى.</p> <p>3- لدي صعوبة في أن أهتم بأي شيء مهما كان.</p>
13	التردد في اتخاذ القرار	<p>0- أتخذ قرارات صائبة وحكيمة دائما كمثل ما كانت عليه سابقا.</p> <p>1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.</p> <p>2- لدي صعوبة كبيرة أكثر من ذي قبل في اتخاذ القرارات.</p> <p>3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار مهما كان بالمره.</p>
14	انعدام القيمة	<p>0- أظن أنني شخص مهم ولدي قيمة.</p> <p>1- أعتقد أنني لست شخصا مهما وذا قيمة كما تعودت.</p> <p>2- أشعر أنني أقل قيمة مقارنة بالآخرين.</p> <p>3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.</p>
15	فقدان الطاقة	<p>0- لدي دائما نفس القدر من الطاقة كما كنت من قبل.</p> <p>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما كنت عليه من قبل.</p> <p>2- ليس لدي طاقة كافية للتمكن من فعل أشياء كبيرة.</p> <p>3- ليس لدي طاقة لفعل شيء مهما كان.</p>
16	التغير في عادات النوم	<p>0- عادات نومي لم تتغير.</p> <p>1أ- أنام أكثر بقليل على ما تعودت عليه.</p> <p>1ب- أنام أقل بقليل على ما تعودت عليه.</p> <p>2أ- أنام أكثر مما تعودت عليه بشكل كبير.</p> <p>2ب- أنام أقل مما تعودت عليه بشكل كبير.</p> <p>3أ- أنام تقريبا كل اليوم.</p> <p>3ب- أستيقظ من النوم مبكراً من 2 - 3 ساعات، وأعجز عن استئناف نومي.</p>

<p>0- لا أغضب أكثر من المعتاد. 1- أغضب أكثر من المعتاد. 2- أغضب أكثر بكثير من المعتاد. 3- أنا دائم الغضب.</p>	<p>قابلية الغضب</p>	<p>17</p>
<p>0- شهيتي لم تتغير. 1- شهيتي أقل بقليل من السابق. 1ب- شهيتي أكبر بقليل من السابق. 2- شهيتي أكثر بقليل من السابق. 2ب- شهيتي أكبر بكثير من السابق. 3- ليست لدي شهية على الإطلاق. 3ب- لدي رغبة دائمة في الأكل.</p>	<p>تغير الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0- أستطيع التركيز دائما كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز كما تعودت. 2- لدي صعوبة في أن أركز لمدة طويلة في أي شيء كان. 3- أجد نفسي عاجزاً على التركيز في أي شيء مهما كان.</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>
<p>0- لست أكثر إرهاقا من السابق. 1- أرهق وأتعب بسهولة أكثر مما تعودت عليه. 2- كثرة الإرهاق تعيقني عن القيام بأشياء كثيرة اعتدت عليها. 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.</p>	<p>الإرهاق أو الإجهاد</p>	<p>20</p>
<p>0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية. 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من ذي قبل. 2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ. 3- فقدت تماماً رغبتني الجنسية.</p>	<p>فقدان الاهتمام بالجنس</p>	<p>21</p>

الملحق رقم (03): مقياس بيك الثاني للاكتئاب الاصلي

BDI-II

Date:

année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille — marié(e) vivant maritalement
 Divorcé(e) veuf (ve)
 Séparé(e) célibataire
 Âge _____ Sexe — M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupe d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclé ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe no 18 (modification de l'appétit).

1- Tristesse

- 0- Je ne me sens pas triste.
 1- Je me sens très souvent triste.
 2- Je suis tout le temps triste.
 3- Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas le supportable.

2- Pessimisme

- 0- Je ne suis pas découragé(e) face à mon 'avenir.
 1- Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon 'avenir.
 2- Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3- J'ai le sentiment que mon 'avenir et sans espoir de l'avenir et qu'il ne peut qu'empirer.

3- Échec dans le passé

- 0- Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 1- J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 2- Quand je pense à mon passé, je constate grand nombre d'échecs.
 3- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4- Perte de plaisir

- 0- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 1- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 2- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 3- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5- Sentiments de culpabilité

- 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1- Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
 2- Je me sens coupable la plupart du temps.
 3- Je me sens tout le temps coupable.

6- Sentiments d'être puni(e)

- 0- Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 1- Je sens que je pourrais être puni(e).
 2- Je m'attends à être puni(e).
 3- Je ne m'aime pas du tout.

7- Sentiments négatifs envers soi-même

- 0- mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 1- J'ai perdu confiance en moi.
 2- Je suis déçu(e) par moi-même.
 3- Je ne m'aime pas du tout.

8- Attitude critique envers soi

- 0- Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que l'habitude.
 1- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 2- Je me reproche tous mes défauts.
 3- Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9- Pensées ou désirs de suicide

- 0- Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
 2- J'aimerais me suicider.
 3- Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

<p>10- pleurs 0- Je ne pleure pas plus qu'avant. 1- Je pleure plus qu'avant. 2- Je pleure pour la moindre petite chose. 3- Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11- Agitation 0- Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 1- Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 2- Je suis si agité(e) ou plus tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3- Je suis si agité(e) ou plus tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12- Perte d'intérêt 0- Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1- Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2- Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3- J'ai du mal m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13- Indécision 0- Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. 1- Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. 2- J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3- J'ai mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14- Dévalorisation 0- Je pense être quelqu'un de valable. 1- Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. 2- Je me sens moins valable que les autres. 3- Je sens que je ne vauds absolument rien.</p> <p>15- Perte d'énergie 0- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1- J'ai moins d'énergie qu'avant. 2- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. 3- J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16- Modification dans les habitudes de sommeil 0- Mes habitudes de sommeil n'ont pas changer. 1a- Je dors un peu plus que d'habitude. 1b- Je dors un peu plus que d'habitude. 2a- Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b- Je dors beaucoup moins que d'habitude. 3a- Je dors presque toute la journée. 3b- Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17- Irritabilité 0- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. 1- Je suis plus irritable que d'habitude. 2- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3- Je suis constamment irritable.</p> <p>18- Modification de l'appétit 0- Mon appétit n'a pas changé. 1a- J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 1b- J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 2a- J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b- J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 3a- Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b- J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19- Difficulté à ce concentrer 0- Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant. 1- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude. 2- J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit .</p> <p>20- Fatigue 0- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1- Je me fatigue plus facilement que d'habitude. 2- Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant. 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21- Perte d'intérêt pour le sexe: 0- Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1- Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2- Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3- J'ai perdu tout intérêt le sexe.</p>
--	--

