



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 - محمد بن أحمد -
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والارطوفونيا
تخصص: علم النفس العيادي

مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي
بعنوان:

أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد
- دراسة عيادية لحالتين بالمركز الاستشفائي الجامعي وهران -

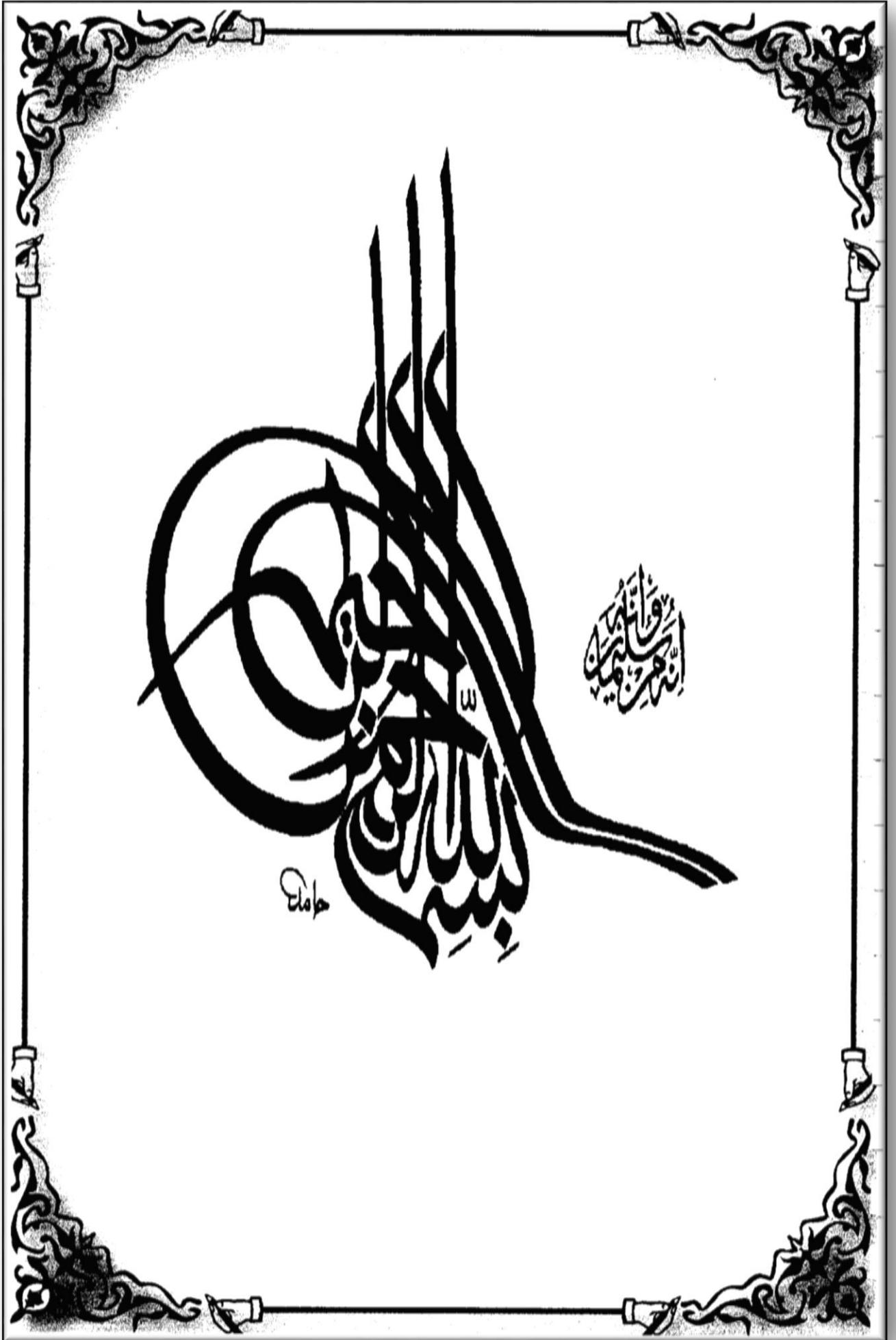
تحت إشراف: أ.د: خليفي محمد

للطالبة: قاسم كاتيه

أمام اللجنة:

جامعة وهران 2	رئيسا		
جامعة وهران 2	مقررا ومشرفا	أستاذ التعليم العالي	أ.د/ خليفي محمد
جامعة وهران 2	ممتحن		

السنة الجامعية: 2024/2023



شكر

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الاستاذ المشرف الدكتور خليفي محمد صاحب التوجيهات القيمة والنصائح الثمينة التي ساهمت في إثراء موضوع البحث. كما أشكر أيضا كل الأساتذة الذين درسنا على أيديهم منذ بداية منشوراتنا الدراسي والعلمي خاصة أساتذة علم النفس العيادي فلهم مني خالص الاحترام والتقدير. كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأخصائية النفسية " نريمان "

العاملة على مستوى الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي

التابع للمركز الاستشفائي الجامعي وهران

ألف ألف شكر لكل من ساعدنا من قريب أو بعيد في إنجاز هذه السطور

حاتيه

إهداء

إلى كل طالب علم يسعى لكسب المعرفة وتزويد رصيده العلمي.

إلى صاحب الفكر المستنير الذي صنع طفولتي وعلمي أن الحياة كفاح وصلاحها العلم

والمعرفة (والدي العظيم)

إلى التي رافقتني طوال حياتي بحنوها وحنانها وعطاءها وكانت دائما الملجأ في أوقات ضعفي

(أمي الغالية)

إلى من لا يمكن إيفاءها بالكلمات، رفيقة دربي التي كانت ولا زالت دائما بجانبني،

ولها الأثر الكبير في اجتياز الكثير من العقبات والصعاب لإتمام دراستي (الجميلة إلهام)

إلى من حبهم يجري في عروقي ويلهج بذكرهم فؤادي (أمين - لينا - أيمن).

إلى كل من لم يدخر جهدا في مساعدتي الأستاذ (س. إبراهيم).

إلى الروح الملائكية صاحب القلب الأبيض والضحكة

البريئة واليد الصغيرة التي تصافح بكل حب وأمل (مودة)

إلى السيدة النبيلة التي تزرع المحبة بين القلوب (حفيظة عبايد) لكي مني الشكر والامتنان

إلى من أبحر في الكلام أناديه شكورا

وأموج الكلمات ترسم أشعارا ونورا

لو كانت الكلمات تبني القصورا

لأقمت أنا له فوق كل الجار جسورا

كادي

أهدي هذا الجهد المتواضع

كاتبه

يدور البحث حول دراسة أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد، وعليه تبلورت إشكالية البحث من خلال محاولة التعرف على أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد، ومعرفة أيضا أثر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية في ظهور الاكتئاب لديه أيضا، وكذلك معرفة هل تؤثر صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية في ارتفاع مستويات الاكتئاب لديه. لمعرفة ذلك تم إجراء البحث على حالتين تعانيان من الإعاقة الحركية، من جنس ذكر وتتراوح أعمارهم بين 37 و44 سنة، متواجدين في مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي. للإجابة عن تساؤلات البحث تم الاعتماد على المنهج العيادي من خلال الاستعانة بالأدوات المتمثلة في المقابلة النصف موجهة والملاحظة المباشرة والغير المباشرة، وتم تصميم استمارة دراسة الحالة بما يتناسب مع موضوع البحث بالإضافة إلى تطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

لقد اتضح من خلال النتائج أن الإعاقة الحركية تؤثر في ظهور الاكتئاب لدى الراشد، كما بينت النتائج فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى أن عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية تؤثر في ظهور الاكتئاب لدى الحالتين. أما فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية والنتائج أظهرت أن صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية تؤثر في زيادة مستويات الاكتئاب لدى الحالة الأولى، أما بالنسبة للحالة الثانية فإن صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية لا يؤثر في ارتفاع مستويات الاكتئاب.

الكلمات المفتاحية:

الإعاقة الحركية

الاكتئاب

الراشد

Résumé

La recherche porte sur l'étude de l'effet du handicap moteur sur l'émergence de la dépression chez l'adulte. En conséquence, le problème de recherche s'est cristallisé en essayant d'identifier l'effet du handicap moteur sur l'émergence de la dépression chez l'adulte, et en connaissant également l'effet de l'incapacité. S'adapter aux changements physiques lors de l'émergence de la dépression chez lui également, ainsi que savoir si la difficulté à retrouver certaines capacités motrices contribue à ses niveaux élevés de dépression.

Pour le savoir, la recherche a été menée sur deux cas souffrant de handicap moteur, de sexe masculin, âgés entre 37 et 44 ans, présents dans le service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle. Pour répondre aux questions de recherche, l'approche clinique a été utilisée grâce à l'utilisation d'outils représentés par l'entretien semi-dirigé et l'observation directe et indirecte. La forme de l'étude de cas a été conçue pour s'adapter au sujet de recherche, en plus de l'application de l'échelle de dépression de Beck.

Il ressort clairement des résultats que le handicap moteur affecte l'apparition de la dépression chez les adultes. Les résultats ont également montré, en ce qui concerne la première hypothèse partielle, que l'incapacité de s'adapter aux changements physiques affecte l'apparition de la dépression dans les deux cas. Quant à la deuxième hypothèse partielle, les résultats ont montré que la difficulté à récupérer certaines capacités motrices affecte l'augmentation des niveaux de dépression dans le premier cas, tandis que dans le second cas, la difficulté à récupérer certaines capacités motrices n'affecte pas l'augmentation des niveaux de dépression.

Mots-clés

Handicap moteur

Dépression

Adulte

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر
	إهداء
أ	الملخص بالعربية
ب	الملخص بالفرنسية
ج	قائمة المحتويات
ط	فهرس الجداول
1	المقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري للبحث	
4	تمهيد
4	1. الإشكالية
7	2. الفرضيات
7	3. أهداف البحث
8	4. أهمية البحث
8	5. دوافع لبحث
9	6. تحديد مصطلحات البحث
9	1.6. الإعاقة الحركية
10	2.6. الاكتئاب
11	3.6. الراشد
11	خلاصة
الفصل الثاني: الإعاقة الحركية	
13	تمهيد
13	1. التطور تاريخي للتكفل والتأهيل لذوي الإعاقة الحركية
14	2. تعريف الإعاقة الحركية
14	1.2. الفرد المعاق حركيا
14	2.2. الإعاقة
14	3.2. الإعاقة الحركية
15	3. العوامل المسببة للإعاقة الحركية
15	1.3. مرحلة ما قبل الحمل
15	2.3. مرحلة ما بعد الحمل

16	3.3.مرحلة أثناء الولادة
16	4.3.مرحلة ما بعد الولادة
16	5.3.أسباب أخرى
17	4. خصائص الإعاقة الحركية
17	1.4. الخصائص النفسية
17	2.4. الخصائص الجسمية
18	3.4. الخصائص الاجتماعية
18	4.4. الخصائص العصبية
19	5.4. الخصائص المهنية
19	6.4. الخصائص التعليمية والأدائية
20	5. تصنيفات الإعاقة الحركية
20	1.5. التصنيف حسب السبب
20	1.1.5 الإعاقة الحركية الخلقية
20	2.1.5 الإعاقة الحركية المكتسبة
20	2.5. التصنيف حسب الشدة
20	1.2.5 الإعاقة الحركية البسيطة
21	2.2.5 الإعاقة الحركية المتوسطة
21	3.2.5 الإعاقة الحركية الشديدة
21	3.5. التصنيف على أساس موقع الإعاقة
21	1.3.5 شلل الأطفال
21	2.3.5 الشلل الدماغي
22	3.3.5 الإستسقاء الدماغي
22	4.3.5 إصابات النخاع الشوكي
22	5.3.5 إصابات العمود الفقري
22	6.3.5 ضمور العضلات
23	7.3.5 هشاشة العظام
23	8.3.5 اضطرابات المفاصل الروماتزمي
23	9.3.5 بتر الأطراف
23	10.3.5 الكسور
23	6. النتائج النفسية للإعاقة الحركية
23	1.6. نتائج خاصة بالفرد المعاق

24	2.6. نتائج خاصة بعائلة الفرد المعاق
24	3.6. نتائج خاصة بالمجتمع
24	7. الإعاقة والمجتمع
24	8. حاجات المعاقين حركيا
25	1.8. حاجات نفسية
25	2.8. حاجات اجتماعية
26	3.8. حاجات مهنية
26	4.8. حاجة تربوية وتعليمية
26	9. تأهيل المعاقين حركيا
26	1.9. التأهيل النفسي
27	2.9. التأهيل المجتمعي
27	3.9. التأهيل المهني
27	4.9. التأهيل الحركي
28	10. العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي
28	1.10. مفهومه
28	2.10. برامج التأهيل الحركي
28	3.10. أهداف برامج التمارين العلاجية والتأهيلية
28	11. المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين حركيا
29	1.11. على المستوى النفسي
29	2.11. على المستوى الاجتماعي
30	3.11. على المستوى التعليمي والتربوي
30	4.11. على المستوى الطبي
31	خلاصة
الفصل الثالث: الاكتئاب	
33	تمهيد
33	1. نبذة عن الاكتئاب عبر التاريخ
34	2. تعريف الاكتئاب
35	3. النظريات المفسرة للاكتئاب
35	1.3. نظرية التحليل النفسي
36	2.3. النظرية السلوكية
36	3.3. النظرية المعرفية

37	4.3. النظرية البيولوجية
38	4. الأعراض الإكلينيكية العامة للاكتئاب
38	1.4. الأعراض النفسية
39	2.4. الأعراض الجسدية
40	3.4. الأعراض الذهنية
40	4.4. الأعراض الاجتماعية
41	5. العوامل المسببة والمساعدة في ظهور الاكتئاب
41	1.5. العوامل النفسية
42	2.5. العوامل البيئية والاجتماعية
43	3.5. العوامل البيولوجية
43	1.3.5. المرض العضوي
43	2.3.5. الجينات الوراثية
44	3.3.5. كيمياء المخ
44	4.3.5. النظام الهرموني
44	5.3.5. الأدوية والعقاقير
45	6. تصنيفات الاكتئاب
45	1.6. التصنيف حسب السبب
45	1.1.6. الاكتئاب الداخلي والخارجي المنشأ
45	2.1.6. الإكتئاب الأولي والثانوي
45	3.1.6. الإكتئاب العضوي والغير عضوي
46	2.6. التصنيف حسب الأعراض
46	1.2.6. الإكتئاب العصبي
46	2.2.6. الإكتئاب الذهاني
46	3.6. التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان
46	1.3.6. الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب
47	2.3.6. الإكتئاب الموسمي
47	3.3.6. إكتئاب الشيخوخة
47	4.4. التصنيف حسب الشدة (الخفيف، المتوسط، الشديد)
48	5.6. التصنيف حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات العقلية
48	1.5.6. إضطراب المزاج المتقلب المشوش

50	2.5.6. الإضطراب الاكتئابي الجسيم
52	3.5.6. الإضطراب الاكتئابي المستمر (سوء المزاج)
54	4.5.6. إضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث
55	5.5.6. الإضطراب الإكتئابي المحدث بمادة أو دواء
57	6.5.6. الإضطراب الاكتئابي بسبب حالة طبية أخرى
57	7.5.6. الإضطراب الاكتئابي محدد آخر
58	8.5.6. الإضطراب الاكتئابي الغير محدد
58	9.5.6. الإضطراب المزاجي الغير محدد
59	7. التشخيص العام للاكتئاب
60	8. المقاييس النفسية للاكتئاب
61	9. علاج الاكتئاب
61	1.9. العلاجات النفسية
61	1.1.9. العلاج بالتحليل النفسي
62	2.1.9. العلاج المعرفي السلوكي
63	3.1.9. العلاج الاجتماعي
63	2.9. العلاجات الطبية
63	1.2.9. العلاج الدوائي
64	2.2.9. العلاج بالصدمات الكهربائية
65	3.2.9. العلاج بالعمليات الجراحية
65	خلاصة
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث	
67	تمهيد
67	1. منهج البحث
67	1.1. المنهج العيادي
68	2.1. دراسة الحالة
68	2. حدود البحث
68	1.2. الحدود البشرية
68	2.2. الحدود الجغرافية
68	3.2. الحدود الزمنية
69	3. أدوات البحث
69	1.3. المقابلة العيادية

69	1.1.3 المقابلة النصف موجهة
70	2.3 الملاحظة العيادية
70	1.2.3 الملاحظة المباشرة
70	2.2.3 الملاحظة الغير مباشرة
71	3.3 الإختبارات النفسية
71	1.3.3 مقياس بيك للاكتئاب
72	4.3 استمارة دراسة الحالة
72	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
74	تمهيد
74	1. عرض وتحليل النتائج
87	2. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
91	3 الاستنتاج
92	4. التوصيات
94	خاتمة
96	المراجع
الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول
72	سلم تقييم مقياس بيك للاكتئاب	01
75	نتائج المقابلة مع الحالة الأولى	02
82	نتائج المقابلة مع الحالة الثانية	03



مقدمة:

يسعى الراشد دائما لتحقيق ذاته من خلال تفاعله بين عالمه الداخلي والخارجي، ويعتبر جسده أهم وسيلة يعبر من خلالها عن قدراته الجسدية والعقلية، لكن عندما يصاب بمرض فيزيولوجي أو نفسي أو كلاهما معا فتتغير حياته، ويمكن لتلك التغيرات أن تؤثر على نمط حياته، شخصية، وحتى علاقاته الاجتماعية، فتتعدّد حياته ويصبح من الصعب التعايش مع المرض أيا كان نوعه.

تزيد صعوبة التعامل مع المرض خاصة عندما يتعلق الأمر بالإصابة بالاكْتئاب الذي يعتبر من الاضطرابات الشائعة و المصاحبة المرض الفيزيولوجي أو الناتجة عنه، حيث يشكل الاكْتئاب تحديا كبيرا قد يؤدي إلى تقاوم الوضع الصحي خاصة إذا تعلق الأمر بالإعاقة الحركية مهما كانت طبيعتها خلقية أو مكتسبة، التي تزيد خطر الإصابة بالاكْتئاب أو الرفع من مستوياته بسبب التحديات الجسمية كعدم القدرة على الحركة أو فقدان بعض المهارات الحركية وعدم القدرة على الحفاظ على توازن الجسم أو التنسيق بين حركاته وكذلك الشعور بالإرهاق عند بذل أبسط المجهودات بالإضافة إلى التحديات النفسية كالشعور بالعجز، نقص تقدير الذات وعدم تقبلها، الحزن والإحباط والقلق، الشعور بالتهميش وصعوبة التكيف مع التغيرات الجسدية وفقدان الاستقلالية.

زد عن ذلك التحديات الاجتماعية كالشعور بالرفض والتمييز والإحساس بعدم الانتماء مما يؤدي إلى الانعزال والانطواء على الذات، ما يجعل المعاق حركيا فاقد الأمل وغير مقبل على الحياة، لذا فمن الضروري الأخذ بعين الاعتبار الجانب السيكولوجي لهذه الشريحة، وهذا ما يجعل أيضا دراسة الإعاقة الحركية واجب إنساني قبل أن يكون واجب علمي، وعليه تعد دراسة أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكْتئاب من المواضيع الجديدة بالبحث.

من خلال ذلك تم تقسيم هذا البحث إلى قسمين، الجانب النظري الذي قمنا من خلاله بتكوين خلفية نظرية للموضوع حيث اشتمل على ثلاثة فصول نظرية فصل خاص بالإطار العام للبحث، فصل الإعاقة الحركية، فصل الاكتئاب. أما الجانب التطبيقي فيحتوي على فصل خاص بالإجراءات المنهجية للبحث، فصل خاص بعرض وتحليل الحالات ومناقشة نتائجها، التوصيات، خاتمة بالإضافة إلى قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل كدليل للبحث بحيث يعطينا نظرة شاملة تتوفر فيها جميع الخطوات الرئيسية والإرشادات التي ينبغي أن تتمركز حولها فكرة البحث.

1. الإشكالية:

سن الرشد أو ما يسمى بمرحلة منتصف العمر، فترة متميزة من حياة الفرد، يميل فيها الراشد إلى التحرر، تحقيق الاستقلالية، تحمل المسؤوليات، واتخاذ القرارات. غالبا ما يصل الفرد في هذه المرحلة إلى ذروة النمو الجسمي. والنفسي، والقدرة على النشاط البدني، وتحقيق الاستقرار النفسي، والثبات في السلوك من أجل تأكيد ذاته، وإعطاء معنى لحياته وتوسيعه في نطاق البيئة التي ينتمي إليها. ومرحلة الرشد، كغيرها من مراحل الحياة الأخرى، لا تخلو من الأزمات والأحداث الاليمية التي تواجه الفرد، ولا يقدر على تجاوزها، كتعرضه للإعاقة الحركية التي تغير نمطه الحياتي تغييرا جذريا، ويختلف تأثيرها عليه حسب نوع وشدة الإعاقة، وغالبا ما يجد نفسه يعاني من خلل أو فقدان تام في قدرته الحركية، أو القيام بوظائفه الحركية بصورة طبيعية، بالإضافة إلى عدم القدرة على الإحساس بأجزاء معينة من الجسم، وصعوبة في الحفاظ على توازنه.

يعرف الفرد المعاق حركيا أنه: "الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، ونشاطه الحيوي نتيجة الخلل أو عاهة، كما يعرف على أنه الشخص الذي لديه عضلات أو مفاصل أو عظام تحد من حركتها، ووظيفتها العادية، وبالتالي تؤثر على تعليمه وحالته النفسية". (منال منصور بوحמיד، 1985، 45)

وتترك الإعاقة الحركية تأثيرات كبيرة على حياة الفرد وتمس الجوانب الجسدية، النفسية والاجتماعية وهذا ما تؤكدته دراسة فان روي (fan roy 1957) تحت عنوان تأثير الإعاقة الحركية على حياة الفرد حيث توصلت إلى أن الإعاقة الحركية تؤدي إلى الإحباط والاكتئاب، وتعرقل الإشباع الفرد المعاق لحاجته المختلفة كما تحد من استقلاليته في تحقيقه لذاته.

كما تؤدي الإعاقة الحركية إلى ظهور الصدمة النفسية بسبب التغيرات المفاجئة التي تحدث للفرد كعرضه لمختلف الحوادث التي تتسبب في إعاقة وتجعله غير قادر على التأقلم مع واقعه الجديد، وهذا ما توصلت إليه دراسة كميلا سدير (2017) التي كان عنوانها: تأثير الإعاقة الحركية في ظهور الصدمة النفسية لدى ضحايا حوادث المرور، والتي قامت فيها بدراسة عيادية لخمس حالات وتوصلت إلى أن الإعاقة الحركية الناجمة عن حوادث المرور تؤدي إلى ظهور الصدمة النفسية، حيث يجد الفرد المعاق نفسه يواجه ما لم يكن في الحساب.

تتغير نظرة الفرد المعاق حركيا اتجاه ذاته. فيكون نظرة سلبية اتجاه جسمه ويتولد لديه شعور بعدم الرضا عن مظهره، وينخفض تقديره لذاته، ويفقد ثقته بنفسه. وفي هذا الصدد أجرى نلسن وجروفر (nelson 1978) دراسة عنوانها: تأثير الإعاقة الجسدية على صورة الجسم وتقدير الذات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى المعاقين جسميا (مرض الشلل النصفي، مرض السل) والعادين، وكذلك بين المعاقين جسديا إعاقة ظاهرة أو غير ظاهرة، بينما أظهرت تقدير الذات منخفض لدى المعاقين جسديا. كما يكون الفرد المعاق حركيا صورة ذهنية مشوهة تجاه الذات الجسمية، مما ينعكس على أفكاره، سلوكه، وتفاعله مع الآخرين، وهذا ما توصلت إليه دراسة بوشانان (buchanan 1992) التي هدفت إلى دراسة صورة الجسم لذوي الإعاقة الحركية حيث توصل فيها إلى أن السمات النفسية للمعاقين حركيا تتمثل في عدم الرضا عن الذات، وتشوه الصورة الجسمية، والنظر بسلبية للذات الجسمية و المعاناة من الاكتئاب الذي يظهر من خلال مشاعر الذنب والخوف من المجهول، الانسحاب، الانعزال الاجتماعي، والانطواء على الذات، وعدم الاستقرار الانفعالي والقلق.

يعتبر الفرد المعاق حركيا من أكثر الأشخاص عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب الذي غالبا ما يكون سبب حدوثه هي التغيرات التي تطرأ على حياة الفرد، والظروف الصعبة التي يمر بها. وكذا التحديات التي

تواجه. ويعرف الاكتئاب أنه: "حالة انفعالية ووجدانية تتميز بالحسرة، الحزن الشديد، الخوف، خيبة الأمل، وهي تجمع بين الجوانب النفسية والنفس الجسدية". (محمد الحجار 1983، 82)

والاكتئاب اضطراب نفسي يحدث لأسباب وعوامل متعددة وتختلف أعراضه من شخص لآخر إلا أن أثره واحد، كما قد يكون مرضا مستقلا، أو عرضا، أو نتيجة لحالة طبية كالإعاقة الحركية، بحيث يعاني فيها الفرد المعاق من انخفاض المزاج وتقلبه وتتملكه حالة من الحزن واليأس والاستسلام للإعاقة التي تفقده ثقته بنفسه ويزيد شعوره بالنقص، مما يجعله يميل للانطواء على ذاته، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، كما يفقد تقديره لذاته ويعتبر نفسه شخصا فاشلا وغير مهم ويبدو فاقدا للطاقة، ويصبح شديد الحساسية اتجاه أبسط الأمور، ويفقد اتزانه الانفعالي، ويزيد غضبه وقلقه بسبب عدم القدرة على القيام ببعض الحركات فيرفض واقعه، ولا يستطيع التكيف معه، وهذا ما تؤكدته دراسة غروبي وحيدة. وناصف أميرة 2013-

2014 التي عنوانها الاكتئاب لدى المعاقين حركيا جراء حوادث المرور. وتكونت العينة من عشر حالات (8 ذكور. 2 إناث) وكشفت النتائج إصابة المعاقين حركيا بالاكتئاب وتعرضهم إلى المستويات الحادة منه، كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب تعزى إلى متغير الجنس. بالإضافة إلى أن الفرد المعاق حركيا يواجه بعض المشاكل أثناء ممارسته للتمارين الحركية بسبب شعوره بالإرهاق والعجز وفقدان الأمل في الشفاء الذي يؤثر على قدرته في الاستمرار في النشاط البدني وهذا ما دلت عليه دراسة نورس كريم عبيد وعلي خضير الموسوي التي تمثلت في دراسة الاكتئاب وعلاقته بالتمارين الحركية لدى المعاقين، وتمت الدراسة على 45 حالة من المعاقين من فئات عمرية متنوعة، وكان هدف من دراسة هو التعرف على مستويات الاكتئاب لدى المعاقين بعمر 17 حتى 19 سنة. والتعرف على العلاقة بين الاكتئاب والتمارين الحركية، بحيث توصلت النتائج إلى وجود نسبة كبيرة من المعاقين الذين يعانون من الاكتئاب، والذين لديهم ميول ورغبات إتجاه التمارين الحركية والألعاب الرياضية، لكنهم يفقدون للحافز والدعم بسبب حالتهم النفسية والضعف التي يواجهونها أثناء التمارين.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

إن الدراسات السابقة التي تم تناولها تتشابه في دراستي بالنسبة لمتغيري الإعاقة الحركية والاكنتاب، وبالرغم من وجود العديد من الدراسات حول موضوع الإعاقة الحركية إلى أن الحاجة للمزيد من البحث تعتبر ضرورة علمية، كما أنني رغبت في دراسة موضوع الإعاقة الحركية ضمن تخصصي، ومن زاوية مختلفة مسطرة الضوء على أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكنتاب لدى الراشد محاولة الإجابة على التساؤل التالي:

✓ ما أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكنتاب لدى الراشد؟

التساؤلات الجزئية:

✓ هل تؤثر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية في ظهور الاكنتاب لدى الراشد؟

✓ هل تؤثر صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية في ارتفاع مستويات الاكنتاب لدى الراشد؟

2. الفرضيات:

من خلال ما تم التطرق إليه فيما يخص موضوع البحث. وعلى ضوء ذلك، تم صياغة الفرضيات التالية:

❖ الفرضية العامة:

تؤثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكنتاب لدى الراشد.

❖ الفرضيات الجزئية:

الفرضية الجزئية الأولى:

تؤثر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية في ظهور الاكنتاب لدى الراشد.

الفرضية الجزئية الثانية:

تؤثر صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية في ارتفاع مستويات الاكنتاب لدى الراشد.

3. أهداف البحث:

انطلاقاً مما سبق ذكره، فتم تحديد أهداف أساسية متوافقة ومتجانسة مع موضوع البحث، وتم صياغتها

كالآتي:

- ✓ معرفة أثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد.
- ✓ معرفة أثر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد.
- ✓ معرفة أثر صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية في ارتفاع مستويات الاكتئاب لدى الراشد.

4. أهمية البحث:

يعاني الفرد المعاق حركيا على المستوى الصحي والنفسي والاجتماعي ما يؤثر سلبا على جودة حياته مما يجعله يصاب بالكثير من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب الذي يؤثر عليه وعلى من حوله، وتكمن أهمية هذا البحث في:

- ✓ جدة الموضوع وما يحمله من أهمية في مجال البحث العلمي.
- ✓ تسليط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع.
- ✓ تفهم الصراعات النفسية التي يعاني منها الراشد المعاق حركيا.
- ✓ إبراز دور الأخصائي النفسي في التكفل بالأفراد المعاقين.
- ✓ معرفة تأثير الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد.

5. دوافع البحث:

توجد مجموعة من الدوافع التي كانت حافزا لاختيار هذا الموضوع، وهي كالتالي:

- ✓ الانتشار المتزايد للإعاقات الحركية.
- ✓ دراسة موضوع الإعاقة الحركية في إطار تخصصي.
- ✓ التعرف على واقع الأفراد المعاقين حركيا في الجزائر.
- ✓ محاولة التوصل إلى فهم عميق للحالة النفسية للمعاق حركيا، والضغوطات اليومية التي يعيشها.
- ✓ الاهتمام بدراسة الاضطرابات الاكتئابية والتخصص فيها.
- ✓ حب الاستطلاع وإثراء الرصيد العلمي والمعرفي.

6. تحديد مصطلحات البحث

1.6. الإعاقة الحركية:

لغة:

إعاقة الشيء، يعوقه عوقاً، والتعريف يعني المنع والاستعمال. يمنعه عن أداء نشاطه بكيفية عادية، سواء هذا العائق مادياً أو حسياً، أي كل العقبات والعوائق، وأنواع العجز الذي تقف في طريق الشخص، سواء داخلية أو خارجية. (قاموس ابن منظور جمال الدين. 1983، 25)

اصطلاحاً:

يعرف هلامان كوفمان 1991 الإعاقة أنه: "عجز يمنع الفرد من إحراز النجاح في بعض الأهداف التي يرغب فيها". (حسن مصطفى عبد المعطي 2008، 14)

يعرف لابريجار L'abregère المعاق حركياً أنه الشخص الذي يتصف بالقدرة المحدودة على الحركة العادية أو المعقدة، وهو الشخص الذي يشعر من خلال إدراكه لذاته ونظرة الغير له، بالعزلة والإحباط نتيجة الاختلافات الواضحة التي تميزه عن غيره. (L'abregère, 1979, 09)

تعرف المنظمة العالمية للصحة الإعاقة الحركية أنها: "عبارة عن ضرر ناتج عن الإصابة أو قصور، حيث تمنع الإنسان كلياً أو جزئياً من القيام بأعماله العادية المناسبة لنفسه، أو وضعيات شتى في مجالات حياته". (فاروق الروسان، 1989، 19)

إجراءياً:

فقدان الراشد القدرة على الحركة بشكل كلي أو جزئي، مع وجود خلل في نشاطه الحركي الذي يمنعه من القيام بوظائفه بصورة طبيعية.

2.6. الاكتئاب:

لغة:

كأب. كئيب، كآبة. كان في غم وسوء حال وإنكسار من حزن، كئيب "حزين"، عابس، متهجم. باعث على الحزن، معبر عن حزن مبهم، ينم على كآبة وانقباض في النفس. تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، انفعال يصاحبه هبوط في الجسم وفي القدرات الذهنية. (المنجد الوسيط في العربية المعاصرة.

(884،2003

اصطلاحا:

يعرف مدحت عبد الحميد 2001 الاكتئاب أنه: "إذا اضطراب وجداني متعدد الأوجه، فقد يشير إلى حالة أو سمة، أو عرض، أو زملة أعراض، وقد يكون عصابا أو ذهانا، أو اضطرابا في الشخصية والمزاج، وهو في كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي، ينتج عن إنخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرء ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع بالانتحار". (طه عبد العظيم حسين، 2007، 47)

يعرف روكلين الاكتئاب على أنه: "حالة مزاجية تتسم بالإحساس عدم القيمة، والشعور بالكآبة والحزن، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات ضيقا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة.

(أسامة فاروق مصطفى، 2011، 250)

إجراءيا:

الاكتئاب حالة من انخفاض المزاج والحزن والتشاؤم تصيب الراشد، وتجعله فاقد الاهتمام والاستمتاع بالحياة ويستدل عليه. من خلال استجاباته التي يدونها على مقياس بيك للاكتئاب.

3.6. الراشد:

لغة:

راشد بالغ سن الرشد. وسن الرشد ما يكون به التمييز والإدراك والشعور حتى يصبح المرء مسؤولاً عن تصرفاته، ويحق له الاستقلال بأموره. (المنجد الوسيط، 2003، 418)

اصطلاحاً:

الفرد الذي يتمتع بالمرونة والنضج الفيزيولوجي، العقلي والعاطفي يتسم بتحمل المسؤوليات والقدرة على تكوين الالتزامات، ومرحلة الرشد هي مرحلة اكتمال نمو الشخصية، وتبدأ مع بداية العقد الثالث من عمر الإنسان (بعد سن ال 21) وتنتهي مع نهاية الستينات. (بشرى أيوب شريبة، 2017، 79، 18)

إجراءياً:

الأفراد المعاقين حركياً الذين يعانون من الاكتئاب وتتراوح أعمارهم من 37 إلى غاية 44 سنة.

خلاصة:

يعتبر هذا الفصل الخطوة الأولى في تحديد وضبط حدود الدراسة، وإيضاح الإطار العام للبحث، من خلال توفير أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تغذي البحث، وتعطيه نظرة علمية هادفة.

الفصل الثاني

الإمالة المركبة

تمهيد:

الإعاقة الحركية الخلقية أو المكتسبة مصطلح يشير على كل ما يدل على العجز عن قيام الفرد المعاق بأداءاته و أدواره الاجتماعية بصورة طبيعية، فالإعاقة الحركية مشكلة إنسانية وظاهرة عالمية ومن المواضيع الصحية المهمة، حيث شهد الفرد المعاق اهتماما كبيرا وملحوظا من طرف الأطباء الذين حاولوا فهم طبيعة الإعاقة وتقديم أفضل العلاجات المناسبة، كما حظي أيضا باهتمام الأخصائيين النفسيين و الاجتماعيين الذين حاولوا هم كذلك فهم المشاكل والصعوبات التي تواجه هذه الفئة الهشة وتوفير الخدمات التي تساهم في دمجهم و مواجهة الإعاقة .

1. التطور تاريخي للتكفل والتأهيل لذوي الإعاقة الحركية:

الإعاقة الحركية قديمة بقدم الإنسانية، ويعتبر شلل الأطفال من أكثر الإعاقات شيوعا منذ القدم، كما عانت هذه الفئة من الرفض في كل المجتمعات باعتبارهم عبء وعالة على المجتمع، ونجد أيضا الحضارات القديمة كالمصريين القدامى حاولوا فهم هذا المرض والبحث عن أسبابه وقد كانوا أول من فرق بين شلل الأطفال والشلل الدماغي، وظهر أول وصف علمي للإعاقة الحركية سنة 1789 .

برز الاهتمام بالأشخاص المعاقين في أوائل القرن 18 وبداية القرن 19 حيث ظهرت بعض الإجراءات الخاصة بالتكفل بذوي الإعاقات الحسية، العقلية والحركية في البلدان الكبرى كالولايات المتحدة الأمريكية و فرنسا، لكن إقتصرت مهامهم على الإيواء و الحماية فقط، وبعد تزايد الاهتمام بأوضاعهم تطورت تلك الخدمات إلى أن أصبحوا يتمتعون بحق التعليم في المدارس و أسست لهم مختلف مراكز الرعاية و العلاج. وفي مطلع القرن العشرين ومع تطور العلم وظهور التيارات التربوية و النفسية التي ساهمت في تسهيل سبل الحياة للأشخاص المعاقين و خلق عالم جديد لهم بعد ما كانوا يكتفون بالعلاجات الطبية فقط، وهكذا شرعت الدول بوضع صفوف خاصة في المدارس العادية وحاولت توعية و تثقيف المجتمعات بحاجات الأفراد المعاقين حركيا وضرورة دمجهم في المجتمع.

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية

وفي الوقت الحالي تسعى دائما الهيئات المدافعة عن حقوق المعوقين إلى تعديل الإتجاهات وإصدار التشريعات التي تنادي بضرورة الرعاية والتعليم والإرشاد والتشغيل والمشاركة في مختلف نواحي الحياة الإجتماعية. (عصام حمدي الصفدي، 2007، 26)

2. تعريف الإعاقة الحركية:

1.2. الفرد المعاق حركيا:

يعرفه فهمي علي أنه: " الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه الحالة إما ناتجة عن حادث أو مرض أو تكون خلقية ". (عصام حمدي

الصفدي، 2007، 18)

2.2. الإعاقة:

يعرفها عزيز عبد المجيد أحمد داود على أنها: " وضع غير موات بالنسبة لشخص ما وتدعى أيضا بالعاهة، وتكون نتيجة الإعتلال أو العجز مما يقيد أو يمنع أداء دور يعتبر عاديا لذلك الشخص (اعتماد على عوامل الجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى)". (عزيز داود، 2006، 41)

3.2. الإعاقة الحركية:

تعرفها السيدة ماجدة السيد عبيد على أنها: " خلل في قدرة الفرد على الحركة و أداء النشاطات الحركية بصفة عامة، مما يؤثر على النمو العقلي و الإجتماعي و الإنفعالي". (ماجدة عبيد، 2014، 16)

يعرفها محمود عنان على أنها: " إصابة الفرد بدرجة من درجات العجز في وظائف أعضائه الداخلية، سواء كانت أعضاء الحركة أو الجهاز المدعم للحركة كالأطراف و المفاصل، أو أعضاء أخرى كالقلب والرئتين"

. (محمود عنان، 1996، 24)

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية

يعرفها الروسان على أنها: " حالات الأفراد الذين يعانون من مشكلة في القدرة الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الإنفعالي و العقلي و الإجتماعي مما يتطلب اللجوء إلى التربية الخاصة". (عصام حمدي الصفدي، 2007، 18)

تعرفها كاترين وولف هلر «KATHRYN WOLFFE» وآخرون على أنها: " اضطرابات تصيب الأعصاب والعضلات و تشمل هذه الإعاقات عادة الشق الشوكي، إصابات النخاع الشوكي، و غالبا ما تكون الإعاقة مرتبطة بالمهارات الحركية أو الإدراكية أو الإستيعابية أو اللغوية . (كاترين وولف هلر وآخرون، 2014، 31)

3.العوامل المسببة للإعاقة الحركية:

تختلف أسباب الإعاقة الحركية باختلاف نوع الإعاقة، و في المجمل تعود الأسباب إلى :

1.3.مرحلة ما قبل الحمل:

العوامل الوراثية التي تؤثر على طبيعة العمليات النمائية للجنين والطفل حديث الولادة من خلال وجود خطأ تكويني على مستوى الكروموسومات (المورثات الجينية) التي ينتج عنها إعاقات مختلفة من بينها الإعاقة الحركية.

2.3.مرحلة ما بعد الحمل:

في حال عدم توفير الحالة الصحية السليمة للجنين والتعرض للتأثيرات التي من شأنها الإضرار به، يؤدي ذلك غالبا للإصابة بمختلف الإعاقات ومن بين تلك الحالات:

- ✓ إصابة الأم بالأمراض المزمنة كمرض الكلوي المزمن الذي يؤثر سلبا على فترة الحمل وقد يعرض الحمل للتسمم، أو إصابة الأم بالسكري الذي يعرض حياة الجنين للتهديد باستمرار.
- ✓ تعرض الأم للعدوى التي تصيب أيضا الجنين كمرض الزهري و السل.

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية

✓ استهلاك الأم لبعض الأدوية والعقاقير أو استعمال الكيماويات التي يترتب عنها العديد من التشوهات والإعاقات.

✓ تعرض الأم للأشعة مثل اشعة X التي تتعرض لها الأم باستمرار أثناء إجراء مختلف الفحوصات الطبية.

3.3. مرحلة أثناء الولادة:

قد تكون الولادة المبكرة أو الولادة المتعددة أو طريقة وضع الجنين أثناء الولادة أو الأدوية والعقاقير والبنج الذي يعطى للأم أثناء الولادة سببا مباشرا في حدوث الإعاقات، بالإضافة إلى المشاكل الصحية التي تواجه الأم أثناء الولادة وقد تكون سببا أيضا .

4.3. مرحلة ما بعد الولادة:

هناك حالات من الإعاقة يتم اكتشافها بعد الولادة، كما أن هناك حالات تحدث فيها الإعاقة بعد الولادة بسبب الحوادث المختلفة التي يتعرض لها الطفل حديث الولادة خاصة في منطقة الرأس والتي تؤدي غالبا إلى التلف المخي، بالإضافة إلى إصابة الطفل بالعدوى التي ينتج عنها العجز الدائم أو بعض الأمراض

العصبية .(ماجدة عبيد، 2014، 19 إلى 22)

5.3. أسباب أخرى:

✓ الإصابات الجسدية خلال الحياة.

✓ حوادث السير والحوادث الرياضية.

✓ الإصابة ببعض الأمراض المزمنة أو الأمراض السرطانية.

✓ حدوث الإعاقة بسبب التعرض للسموم أو المواد الكيماوية الضارة.

✓ العوامل البيئية كالتلوث الهوائي أو المياه الملوثة التي قد تؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض

العصبية والمناعية.

4. خصائص الإعاقة الحركية:

يتميز الأفراد المعاقين حركيا بالعديد من الخصائص التي تظهر من خلال سلوكياتهم واستجاباتهم، ومن أهم تلك الخصائص ما يلي:

1.4. الخصائص النفسية:

- ✓ الانطواء والانسحاب من المجتمع.
- ✓ نقص التفاعل الإجتماعي.
- ✓ الأفكار الهازمة للذات.
- ✓ الشعور بالدونية بسبب نظرة المجتمع.
- ✓ التشتت والخوف والقلق.
- ✓ الخجل الإجتماعي.
- ✓ الاتكالية والاعتماد على الآخرين.
- ✓ الإنزعاج من فقدان بعض المهارات.
- ✓ الإنزعاج من معاناتهم من المشاكل الصحية (إضطرابات الإخراج).
- ✓ صعوبات التواصل.

(أحمد نجم وآخرون، د،س ، 57-56)

2.4. الخصائص الجسمية:

- ✓ إضطراب نمو عضلات مختلف مناطق الجسم (اليدين، القدمين، العمود الفقري).
- ✓ وجود خلل في توازن الجسم كعدم القدرة على الوقوف أو الجلوس أو المشي.
- ✓ عدم مرونة العضلات بسبب بعض الأمراض كالروماتيزم.
- ✓ الإعياء وعدم القدرة على التحمل.

- ✓ الألم وعدم الراحة بسبب الإلتهابات.
- ✓ هشاشة العظام و إعواجها أو إلتوائها.
- ✓ إضطرابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي .
- ✓ ضمور العضلات.

(عبد المنصف حسن رشوان، 2006، 16-17)

3.4. الخصائص الاجتماعية:

- ✓ التعرض للتممر من طرف الآخرين.
- ✓ الإعتماد على الآخرين.
- ✓ الضعف الإجتماعي.
- ✓ الشعور بعدم القدرة على المشاركة الإجتماعية.
- ✓ عدم القدرة على تحمل المسؤوليات.
- ✓ نظرة المجتمع للإعاقة.
- ✓ وجود صعوبات في الاستفادة من الخدمات الاجتماعية.

4.4. الخصائص العصبية:

- ✓ إضطرابات المخ كتلف المخ أو وجود خلل وظيفي في حركة المخ.
- ✓ إضطرابات الحبل الشوكي ومشكلات الحواس .
- ✓ الإضطرابات العقلية و الصرع.
- ✓ الإضطرابات المعرفية كصعوبات القراءة والتعلم.

5.4. الخصائص المهنية:

- ✓ عدم القدرة على الإلتحاق ببعض الأعمال.
- ✓ عدم القدرة على القيام بالأعمال الشاقة.
- ✓ تأثير الإعاقة على الميول المهنية للمعاق.

(فاطمة عبد الرحيم النوايسية، 2013، 211-212)

6.4. الخصائص التعليمية والأدائية:

- ✓ ضعف قوة الحركة ونقصانها أو فقدان الحركة.
- ✓ صعوبة في قضايا التنقل.
- ✓ تأخر المهارات الحركية أو عدم وجودها.
- ✓ الحركات الشاذة و القدرات الحركية غير الطبيعية.
- ✓ حركات غير منتظمة وغير مترابطة أو خارجة عن السيطرة.
- ✓ الضعف الحسي الذي يؤثر على الاستيعاب والفهم.
- ✓ صعوبات التواصل خاصة في حالات الشلل الدماغي.
- ✓ محدودية التركيز وضعف الانتباه.
- ✓ تأخر العمليات المعرفية وعملية معالجة المعلومات الذي يؤثر على الأداء الأكاديمي.

(كاترين وولف هالر وآخرون، 2014، 59 الى 65)

5. تصنيفات الإعاقة الحركية:

من أهم تصنيفات الإعاقة الحركية ما يلي :

1.5. التصنيف حسب السبب

1.1.5 الإعاقة الحركية الخلقية:

إعاقة عضوية يترتب عنها خلل في وظيفة عضو من جسم أو أكثر، يولد بها الفرد و تكتشف أثناء أو بعد الولادة بفترة، وتعود أسباب حدوث هذا النوع من الإعاقات الحركية إلى التكوين الجيني الوراثي أو لأسباب أخرى، ومن بين تلك الحالات ولادة الطفل بأطراف قصيرة أو مشوهة، أو إوجاج العظام، الشلل بكل أنواعه.

(السيد فهمي علي محمد، 2008، 25)

2.1.5. الإعاقة الحركية المكتسبة:

إعاقة يكتسبها الفرد في مرحلة من مراحل حياته، وتسبب له العجز في القدرة الحركية أو النشاط الحركي، ويعود السبب للإصابة بهذا النوع من الإعاقة غالبا إلى الحوادث التي يتعرض لها الفرد أو الأمراض التي تصيبه، كما أنها تترك آثارا سلبية على المستوى النفسي و الإجتماعي للفرد. (عبد المجيد حسن الطائي،

2007، 29)

2.5. التصنيف حسب الشدة

1.2.5. الإعاقة الحركية البسيطة:

يخص هذا النوع من الإعاقة الأفراد الذين يعانون من آلام العظام دون المناطق العصبية كالروماتيزم المزمن، إوجاج العمود الفقري وغيره، إلى أن الفرد في هذه الحالة يستطيع تلبية حاجاته بمفرده بدون الإستعانة

بمساعدة الآخرين له. (إيمان عباس الخاف، 2015، 129)

2.2.5 الإعاقة الحركية المتوسطة:

يخص هذا النوع من الإعاقة الأفراد الذين يعانون من النقص في المناطق العصبية المحاطة بعصب أو عدة أعصاب، والتي تكون مصحوبة بنقص في القوة العضلية كشلل الأطفال، والفرد المعاق في هذه الحالة تكون لديه فرص التحسن والقدرة على التكيف الاجتماعي بمساعدة المختصين. (نفس المرجع السابق،

(2015، 129)

3.2.5 الإعاقة الحركية الشديدة:

يخص هذا النوع من الإعاقة الأفراد الذين لا يستطيعون الحركة بسبب إصابة المناطق العصبية المركزية كالنخاع الشوكي أو الممر العصبي أو مناطق أخرى منه مما يؤدي إلى الشلل النصفي أو شلل الأطراف، والفرد المعاق في هذه الحالة يبقى دائما بحاجة مساعدة الآخرين له حتى فيها قضاء حاجاته البسيطة .

(نفس المرجع، 2015، 129)

3.5. التصنيف على أساس موقع الإعاقة

يوجد العديد من أنواع الإعاقات الحركية، ومن أكثر الأنواع انتشارا ما يلي:

1.3.5. شلل الأطفال:

عبارة عن تلف الأعصاب المتحكم بالحركة على مستوى الحبل الشوكي، ويعود سبب حدوثه إلى فيروس شلل الأطفال الذي ينتشر بواسطة السعال أو العطس أو براز طفل مصاب. يظهر في بدايته على شكل رشح حاد مترافق مع حمى، وغالبا ما يهاجم الأطفال الغير ملقحين في سن 8 إلى 24 شهرا. (ديفيد ورنر،

(1992، 60)

2.3.5. الشلل الدماغي:

عبارة عن عجز حركي يصحبه في الغالب اضطرابات حسية أو معرفية أو إنفعالية أو سيكولوجية، ينجم بسبب وجود تشوه في الدماغ ونموه، حيث يسبب ضعفا في الوظائف العصبية، كما أن هناك أنواع أخرى

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية

من الشلل الدماغي لا ترجع إلى إصابة المخ، كشلل العمود الفقري، إلتهاب النخاع الشوكي السنجابي، أو شلل الأطراف. (عصام حمدي الصفدي، 2007، 31)

3.3.5. الإستسقاء الدماغي:

عبارة عن تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي للدماغ الذي يؤدي إلى التوسع على مستوى حجيرات الدماغ التي تضغط على الخلايا العصبية والتي تتلف الدماغ، الأمر الذي يؤدي إلى الإصابة بالتخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية. (رشاد علي عبد العزيز، د س، 305)

4.3.5. إصابات النخاع الشوكي:

عبارة عن شلل وفقدان الإحساس على مستوى العضلات بسبب تشوهات النخاع الشوكي أو إصابته، وتنقسم إضطرابات النخاع الشوكي إلى نوعين وهما إصابات النخاع الشوكي والشق الشوكي الذي يعتبر عيب خلقي في العمود الفقري، ويشير مصطلح إصابات النخاع الشوكي الرضية إلى الأضرار التي لحقت بالنخاع الشوكي نتيجة قوة خارجية والتي تسببت في الشلل الحركي وفقدان الإحساس بأجزاء معينة من الجسم.

(كاترين وولف هلر وآخرون، 2014، 175)

5.3.5. إصابات العمود الفقري:

عبارة عن إصابة فقرات العمود الفقري على مستوى المفاصل أو الأربطة أو الغضاريف مما يسبب إعوجاج أو تشوه العمود الفقري، وقد تكون أسبابه خلقية كعدم تكون بعض الفقرات أو مكتسبة كالإلتهابات الغضروفية التي تسبب خشونة في الفقرات واعوجاجها. (مصطفى شهيبي، 2006، 108)

6.3.5. ضمور العضلات

عبارة عن ضعف العضلات التدريجي ويعود سبب حدوثه إلى التحلل الأولي للألياف العضلية، وهو مرض وراثي تم تحديده على أكثر من 29 موقع جيني مختلف، كما أن هناك أكثر من 34 صنف له. (كاترين

وولف هلر وآخرون، 2014، 391)

7.3.5. هشاشة العظام:

عبارة عن ضعف تدريجي على مستوى العظام، حيث تصبح ضعيفة وسهلة الكسر وتحدث بسبب الزيادة في حجم المسامات وقلة نسبة الكالسيوم في العظام الذي يعتبر من المكونات الأساسية للنسيج العظمي.

(مصطفى شهاب، 2006، 21)

8.3.5. اضطرابات المفاصل الروماتيزمي:

مرض مزمن يصيب العظام يؤثر على المفاصل خاصة الركبة، الكاحل، الحوض، الرسغ، وغالبا ما يحتاج فيه المصاب للتوجه للعلاجات الطبيعية. (رشاد على عبد العزيز موسى، د س، 306)

9.3.5. بتر الأطراف:

عبارة عن قطع أحد أطراف الجسم أو جزء منها، أو بتر أحد الأطراف لعدم نموه الطبيعي، وقد تكون أسبابه خلقية يولد بها الفرد أو مكتسبة نتيجة التعرض للحوادث المختلفة كحوادث السير، حوادث السقوط، الإصابات أثناء العمل، الكوارث الطبيعية، وقد يكون نتيجة الإصابة ببعض الأمراض المزمنة كقدم السكري أو الأورام السرطانية الخبيثة. (مريم إبراهيم حنا وآخرون، 2006، 202-203)

10.3.5. الكسور:

عبارة عن إنشقاق عظمي ينتج عن الإصابة المباشرة التي تتمثل في حدوث الكسر مكان الإصطدام أو الإصابة غير المباشرة التي تتمثل في حدوث الكسر بعيدا عن مكان الإصطدام مثل كسور العمود الفقري نتيجة الوقوع على القدمين بدون وقوع الظهر على الأرض. (مصطفى شهاب، 2006، 30)

6. النتائج النفسية للإعاقة الحركية:

1.6. نتائج خاصة بالفرد المعاق:

✓ نقص الاستقلالية والاعتماد على النفس.

✓ عدم القدرة على الحركة بحرية.

✓ عدم القدرة على الإستمتاع بالأنشطة المختلفة.

✓ عدم القدرة على التكيف مع الوضع الصحي. (محمود عنان، 1996، 20)

2.6. نتائج خاصة بعائلة الفرد المعاق:

✓ عدم القدرة على التكيف مع الإعاقة.

✓ ظهور بعض المشاكل العائلية التي تنشأ بسبب الإعاقة.

✓ الأعباء الإقتصادية المتزايدة الخاصة بالفرد المعاق. (نفس المرجع، 1996، 20)

3.6. نتائج خاصة بالمجتمع:

✓ قصور التفاعل الإجتماعي.

✓ فقدان الإنتاجية.

✓ مشاكل الرعاية الإجتماعية. (نفس المرجع، 1996، 20)

7. الإعاقة والمجتمع:

إن مشكلة الفرد المعاق لا تقتصر فقط على محدودية قدراته الجسدية و العقلية و الحسية و إنما لنظرة المجتمع له أيضا، حيث ترتبط مشكلته بشكل كبير بالانعكاس الذي يتركه الآخرين و الذي يؤثر و يتأثر به و يتفاعل معه إنطلاقا من ذلك، لذا فمن المهم ومن الضروري تأهيل المجتمع وحثه على تعزيز مسؤولياته نحو هذه الفئة وتعديل الواقع الذي يساهم في إجراءات التأهيل الهادفة و الفعالة بهدف دمجهم في المجتمع من أجل حياة أفضل، يحظى فيها الفرد المعاق بالمساواة في تحقيق حقوقه و واجباته. (عزيز داود، 2006،

(49)

8. حاجات المعاقين حركيا:

الفرد المعاق حركيا كغيره من الناس له حاجاته التي خلفتها إعاقته، ومن الطبيعي أن تكون له متطلبات نفسية، إجتماعية، مهنية، تربوية وتعليمية.

1.8. حاجات نفسية:

- ✓ الرغبة في إستعادة اللياقة البدنية.
- ✓ الحاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي.
- ✓ الإهتمام بالعوامل النفسية التي تساعده على التكيف.
- ✓ الحاجة لتنمية القدرات التعويضية.
- ✓ الحاجة للاستشارات الشخصية والعلاج النفسي.
- ✓ الحاجة إلى توفير الأجواء النفسية المريحة.
- ✓ الحاجة لتقديم التشجيعات الإيجابية.
- ✓ إشراكهم في الخبرات السارة.

(فاطمة عبد الراحيم النوايسية، 2013، 211)

2.8. حاجات اجتماعية:

- ✓ تعديل نظرة المجتمع للإعاقة.
- ✓ توثيق صلات الفرد المعاق بمجتمعه.
- ✓ الاحتكاك والتواصل والتفاعل مع الآخرين وتكوين الصداقات.
- ✓ العمل على دمج الفرد المعاق في المجتمع.
- ✓ العمل على ضرورة توفير الوسائل التثقيفية.
- ✓ توعية الأسر بطرق التعامل مع أبنائهم المعاقين.
- ✓ الحاجة للعلاج الإجتماعي.
- ✓ توفير برامج تربوية وتأهيلية خاصة.

(نفس المرجع، 2013، 211)

3.8. حاجات مهنية:

✓ الحاجة للتوجيه المهني لأغراض تأهيلية.

✓ إصدار التشريعات والقوانين في مجال التشغيل.

✓ توفير الدعم المادي والمعنوي.

✓ تقديم التسهيلات لإنشاء مشاريع أو أماكن ملائمة لطبيعة الإعاقة

(حاسب العوامة، د س، 41-42)

4.8. حاجة تربوية وتعليمية:

✓ الحاجة لمناهج دراسية وأساليب تعليمية مناسبة.

✓ البعد عن أساليب العقاب.

✓ تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة لهم.

(فاطمة النوايسية، 2013، 212)

9. تأهيل المعاقين حركيا:

يمثل تأهيل المعاقين حركيا أهمية كبيرة له و للبيئة التي ينتمي اليها حيث يساهم التأهيل في تحسين جودة الحياة للفرد المعاق وتحقيق إستقلاليته و إندماجه مع المجتمع.

1.9. التأهيل النفسي:

يتمثل التأهيل النفسي في مساعدة وإحتواء الفرد المعاق حركيا على إستعادة التوازن والإستقرار النفسي والتعايش مع الإعاقة أو تقبل وضعه الصحي الجديد ومعاملة المرض كصديق، وتختلف عملية التأهيل النفسي باختلاف نوع الإعاقة وعمر الفرد المعاق وجنسه وطبيعة شخصيته، ويعتبر أصحاب الإعاقات الحركية المكتسبة من أكثر الأفراد الذين هم بحاجة للتكفل النفسي السريع وذلك نظرا للتغيرات الجذرية التي

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية

تطراً على حياتهم التي تغير من صفاتهم الجسدية و النفسية و حالتهم الإنفعالية، وتعتبر عملية التأهيل النفسي ركناً أساسياً في عملية التأهيل الشاملة المتكونة من التأهيل الطبي، الأسري، والاجتماعي.

(السيد فهمي على محمد، 2008، 327-328)

2.9. التأهيل المجتمعي:

التأهيل المجتمعي يتمثل في توفير الخدمات التأهيلية للمعاقين داخل مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية والاستفادة من جميع الموارد البشرية المتوفرة من أجل تحقيق الإدماج داخل المجتمع والتكافؤ في الفرص وضمان مكانة فعالة للأفراد المعاقين. (عصام حمدي الصفدي، 2007، 183)

3.9. التأهيل المهني:

يحتاج الفرد أحياناً إلى التأهيل المهني لإعادته على العمل والإنتاجية وإبعاده عن حالة العجز، فيجب إختيار العمل المناسب لحالته الصحية وتدريبه عليها من خلال فريق مختص يتكون أساساً من الأخصائي الطبي، النفسي، الاجتماعي، وأخصائي التدريب حيث يساعد كل منهم في إختيار ما هو أنسب له في مجال العمل. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، 32)

4.9. التأهيل الحركي:

التأهيل الحركي عبارة عن إحدى أهم الخطوات التي يلجأ إليها الفرد المعاق حركياً، ويتم ذلك من خلال التمارين العلاجية البدنية المنتظمة التي قد تكون مؤلمة أحياناً، كما تساعد هذه التمارين على المحافظة على لياقة الفرد المعاق وتقادي حدوث مضاعفات أجهزة الجسم المختلفة (الجهاز الدوري، التنفسي، العضلي، العظمي). (عبد المنصف حسن رشوان، 2006، 153)

10. العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي:

1.10. مفهومه:

العلاج الفيزيائي هو استخدام الأدوات والوسائل المأخوذة من الطبيعة في العلاج، أما التأهيل الوظيفي هو استخدام التمارين البدنية الحركية في علاج الإصابات ومختلف الإعاقات الحركية بهدف إسترجاع المهارات، كما يعتبر التأهيل الوظيفي جزءا رئيسيا من العلاج الفيزيائي الذي يستخدم وسائل وتقنيات متعددة مأخوذة من الطبيعة وتم تطويرها بما يتناسب مع العلاج. (مدحت قاسم، 2017، 24)

2.10. برامج التأهيل الحركي:

تتم بشكل فردي وتصمم على المدى القصير وتضع أهدافا طويلة الأجل وتكون شاملة، وتعد بشكل يتوافق مع نوع الإعاقة و حالة الفرد المعاق. (نفس المرجع، 2017، 25)

3.10. أهداف برامج التمارين العلاجية والتأهيلية:

- ✓ تنمية وتطوير المرونة المفصلية والمطاطية العضلية في الأجزاء المصابة.
- ✓ زيادة التحكم في القوة العضلية والأداء الحركي لها.
- ✓ المحافظة على اللياقة البدنية للأجزاء السليمة من الجسم.
- ✓ تفادي حدوث المضاعفات على مستوى الأجزاء المصابة من الجسم.
- ✓ العمل على إحياء الذاكرة الحركية ورفع مستوى درجة التوافق العضلي العصبي.
- ✓ مساعدة الفرد المعاق للوصول إلى أقصى إمكاناته البدنية. (نفس المرجع، 2017، 25)

11. المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين حركيا:

تختلف المشاكل والصعوبات التي تقابل الأفراد المعاقين باختلاف إعاقاتهم، وكل ما كانت الإعاقة شديدة ومعقدة كلما زادت التحديات، لكن في المجمل هناك مجموعة من المشاكل والصعوبات المشتركة لدى ذوي الإعاقات الحركية التي عددها عصام حمدي الصفدي كما يلي:

1.11. على المستوى النفسي:

- ✓ التأثير على سلوك الفرد وتصرفاته.
- ✓ الشعور بالنقص بسبب الإعاقة.
- ✓ تأثير الحالة الصحية على النمو النفسي.
- ✓ التأثر لعدم إكمال نمو أحد الأعضاء أو عدم كفايته الوظيفية.
- ✓ احتقار النفس والانزعاج الدائم.
- ✓ عدم الشعور بالأمان.
- ✓ إتخاذ أشكال متباينة من العنف.
- ✓ مضاعفة القوة من أجل التغلب على العقبات.
- ✓ تكوين صورة ذهنية مشوهة عن الجسم.
- ✓ الشعور الزائد بالنقص والعجز.
- ✓ عدم الإلتزان الإنفعالي.
- ✓ سيادة مظاهر السلوك الدفاعي لحماية الذات.

2.11. على المستوى الاجتماعي:

- ✓ المراحل الصعبة التي تمر بها أسرة الفرد المعاق (غضب، إنكار، الحيرة، القلق، الشعور بالذنب).
- ✓ خلل في توازن الأسرة.
- ✓ شعور المعاق بعدم المساواة.
- ✓ صعوبة في تكوين الصداقات التي تدفعه للإسحاب.
- ✓ عدم قدرة الفرد على الإستمتاع.

✓ عدم القدرة على التكيف.

✓ الوصمة الإجتماعية التي تشكل إزعاجا له.

3.11. على المستوى التعليمي والتربوي:

✓ عدم توفر مدارس خاصة.

✓ نقص في توفر الكوادر التعليمية المتخصصة.

✓ عدم توفر المناهج و الوسائل التعليمية الخاصة.

✓ قلة الوعي لدى الطلاب الأسوياء الذي يترك آثارا سلبية على نفسية الفرد المعاق.

✓ شعور بالخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية الفرد المعاق مما ينعكس سلبا عليه.

✓ عدم مراعاة قدرات الفرد المعاق المحدودة في عملية التكيف المدرسي.

✓ غياب التشريعات الخاصة التي تنص على حق التعليم الفرد المعاق و تأهيله أكاديميا ضمن

البرامج التربوية العادية لفئات المعوقين.

4.11. على المستوى الطبي:

✓ عدم معرفة أسباب بعض أشكال الإعاقات الحركية.

✓ الحاجة للأجهزة التعويضية المساندة.

✓ نقص توفر المراكز المتخصصة للعلاج.

✓ نقص توفر الأخصائيين المعالجين.

✓ نقص الأجهزة الفنية.

✓ غياب التشريعات الصحية التي تخدم المعاقين. (عصام حمدي الصفدي، 2007، 160 إلى

خلاصة:

يتأثر الأفراد المعاقون صحيا ونفسيا على نحو مختلف، ويعود السبب في ذلك إلى نوع الإعاقة و شدتها وما يترتب عنها من آثار تترك بصمة في كيانه، وبالرغم من التطور العلمي في كل من المجال الطبي، النفسي، الإجتماعي، التعليمي، والتربوي الذي ساهم في نقل الفرد المعاق من حالة العالة إلى حالة الإعالة وحل الكثير من المشاكل التي تواجهه، إلا أن الوعي الإجتماعي يبقى سيد الحلول، وعلى أفراد المجتمع فهم معاناتهم مساندتهم وتقديم كل الدعم لهم من أجل التفوق على العجز و تحقيق حياة مستقرة في بيئة سليمة.

الفصل الثالث

الاكتتاب

تمهيد:

يعيش العالم اليوم في عصر الاكتئاب الذي تعددت الدراسات حوله، واختلفت وجهات النظر المفسرة له، ولعل هذا هو السبب الذي زاد من أهمية فهم طبيعته وأبعاده، وفي هذا الصدد يقول عبد الستار إبراهيم: "هناك أكثر من سبب يجعل من دراسة هذا الموضوع مطلباً علمياً وطبياً ونفسياً واجتماعياً، ومطلباً إنسانياً فوق كل اعتبار آخر، فمن جهة نجد أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بعد القلق ومن أكثر المشكلات الإنفعالية التي تدفع الناس لطلب العلاج". (عبد الستار إبراهيم، 1978، 25)

1. نبذة عن الاكتئاب عبر التاريخ:

الاكتئاب مرض قديم قدم الإنسانية، ومما لا شك فيه أن القدامى بحثوا فيه وفي طرق علاجه، وهذا ما يؤكد لنا التاريخ من خلال أوراق البردي الذي تركها قدماء مصر منذ حوالي 1500 سنة، حيث وضعوا وصفاً دقيقاً له ولبعض النظريات المفسرة له وطرق علاجه. ظهر أيضاً الاكتئاب عبر شعر وأدب الإغريق في أساطيرهم، كما نجد كبار أطبائهم مثل أبقراط قد وصف الاكتئاب والهوس وأكد على التأثير المتبادل للجسد والروح في ظهور الاضطرابات النفسية ومن بينها الاكتئاب.

بعد ذلك ظهرت النزعة القلمية في العصور الوسطى، فأعطى الأطباء اهتماماً للأمراض النفسية والعقلية وتجلّى ذلك في ظهور المستشفيات والمصحات العقلية التي أصبحت تعالج المرضى النفسيين بطرق آمنة ونبيلة.

بعد مرور السنين تطور البحث العلمي وظهرت النظريات المختلفة التي حاولت تفسير وفهم الأمراض النفسية، وكان كيرلن أول من وضع الفرق بين الاكتئاب والهوس بأسلوب علمي ثم تلاه فرويد الذي أحدث ثورة في مجال علم النفس من خلال نظرية التحليل النفسي وأعطى فيها نظرة جديدة وعميقة في فهم الأمراض النفسية، واعتبر أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة لفقدان موضوع الحب أو نتيجة للضغوط والعوامل المحيطة

بالفرد. وعلى مدى السنوات اللاحقة تحديدا في النصف الثاني من القرن العشرين برزت الثورة الكيميائية وتطور مجال الطب والدواء الذي غير المفاهيم مرة أخرى في ظرف وجيز، ومنذ ذلك الحين بدأ ظهور الأدوية المضادة للاكتئاب التي ساهمت في علاج العديد من الحالات بصورة لم تحدث من قبل. (الطفي الشربيني 2001، من 23 إلى 27)

يعتبر الاكتئاب في العصر المعاصر من الاضطرابات النفسية البارزة التي مرت على البشرية، وأصبح اضطرابا شائعا ومنتشرا في كل المجتمعات وبين كل الفئات العمرية، كما زاد الاهتمام العلمي به في محاولة فهمه وفهم أسباب حدوثه أكثر من أي وقت مضى، وذلك لما يسببه من آثار سلبية على حياة الفرد التي تدفع به أحيانا إلى الأقدام على الانتحار. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 29)

2. تعريف الاكتئاب:

- يعرف هاورد وارين الاكتئاب على أنه حالة انفعالية حادة تتسم بالنشاط النفسي المنخفض والغير سار، الذي يصاحبه الشعور باليأس وانخفاض قيمة تقدير الذات. (هاوارد وارين، 2001، 22).

- يعرف كوام مكنزي الاكتئاب على أنه مرض يصيب الذهن والجسد معا، وله أعراض نفسية وجسدية يختلف ظهورها من شخص لآخر. (كوام مكنزي، 2013، 05)

- يعرف عبد الستار إبراهيم الاكتئاب على أنه مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها اسم الزملة الاكتئابية «depressive syndrome» فقط تظهر لدى البعض أعراضا نفسية كمشاعر اليأس، كما قد تظهر لدى البعض الآخر أعراض نفسية مصاحبة بشكاوي جسمانية و أمراض بدنية. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 18)

- يعرف جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي قد يصاب به الفرد بعد تعرضه للقلق، ويشعر فيه الفرد بالحزن الشديد وفقدان الأنشطة والاستماع بمباهج الحياة، والرغبة في الانعزال، وإهمال النظافة الشخصية. (جاسم المرزوقي، 2008، 53)

- يعرف لطفي الشربيني الاكتئاب على أنه أحد التقلبات للمزاج المعتاد، أو استجابة لموقف يصادفه الفرد في حياته مثل فراق صديق مما يجعله يشعر بالحزن والأسى، كما قد يكون مصاحبا لمرض آخر مما يجعل من الاكتئاب نتيجة لحالة أخرى. (لطفي الشربيني، 2001، 17)

3. النظريات المفسرة للاكتئاب:

1.3. نظرية التحليل النفسي:

يرى التحليليون أن سبب ظهور الاكتئاب هو عدم قدرة الطفل في عامه الأول على إشباع حاجات الحب من خلال التفاعل الذي يحدث بين رغباته الجنسية والواقع فتتولد لديه مشاعر الذنب والخسارة والكراهية والعداء نحو ذاته في منطقة اللاشعور مما يشكل له في مراحل حياته اللاحقة صراعات غير محلولة تظهر على شكل اكتئاب. (جاسم المرزوقي، 2008، 55)

ويذهب فرويد في تفسيره للاكتئاب الذي يرجع إلى التثبيت في المرحلة الفمية المتأخرة، و يظهر ذلك في التطلب و الرغبة الغير عادية في البحث عن الاشباعات الفمية في الأكل والحديث لدى المكتئب، ويقول أن الاكتئاب يحدث بسبب الإحباط الصدمي الذي لا يقوى الراشد على تحمله و مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب، فيحدث النكوص في أنماط سلوكه إلى مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط، و بهذا يكون الاكتئاب نتيجة لانهايار اعتبار الذات نتيجة لفقدان الموضوع، وعندما يكون فقدان الموضوع خارجيا فيكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي له (الاكتئابات البسيطة)، أما عندما يتسبب فقدان الموضوع الخارجي في فقدان الموضوع الداخلي (فقدان الليبيدو) فيكون النكوص أعمق (الاكتئابات الشديدة). (عبد الله عسكر، 2001، 61-62)

2.3. النظرية السلوكية:

يرى السلوكيين أن الفرد يتعلم السلوك من خلال تفاعل تركيبته البيولوجية مع البيئة، والسلوك عندهم ما هو إلا نتيجة للعلاقة الوظيفية بين المؤثرات واستجابات الفرد داخل بيئته، كما يرون أن السلوك الفيرسوي يحدث بسبب الفشل في التعلم الصحيح، ومن أهم أشكال التعلم التي تحدث تغييرا في السلوك:

1. الاشرط الاستجابي (الكلاسيكي) لبافلوف: يحدث فيه التعلم بطريقة آلية والسلوك محكوم عليه بالمتغيرات السابقة.

2. الاشرط الإجرائي لسكينر: يحدث التعلم بطريقة إرادية ومحكوم عليه بالمتغيرات الملاحظة.

3. التعلم بالملاحظة لباندورا: شكل من أشكال التعلم عن طريق الشرط الإجرائي يقدم فيه نموذجا لتعلم

السلوك المطلوب. (خولة أحمد يحي، 2000، 40-41)

ومن جهة أخرى يفسر السلوكيين أن الاكتئاب سلوك مكتسب مثله مثل أي سلوك آخر، ويعتبرون أن السبب الرئيسي لحدوثه هو انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات الغير سارة، ووصفوا مظاهر الاكتئاب من خلال نقص استجابات الفرد وتفاعله مع بيئته مما يولد لديه ضعف في مهاراته الاجتماعية التي تترك أثارا سلبية على حياته.

يذهب بافلوف في تفسيره للاكتئاب إلى الصدمات والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الطفل بصفة متكررة (الفشل، الحرمان) ما يسبب له حالة من التطبيع في السلوك الذي يستتار في الخبرات المشابهة التي يواجهها

لاحقا. (منتهي مطرش عبد الصاحب، 2011، 113 حتى 115)

3.3. النظرية المعرفية:

يرى المعرفيون أمثال أليس ELLIS، KELLY، كيللي، كلارك CLARK، ليوفنسون LEWINSHN، أن المحتوى المعرفي هو المسؤول عن انفعالات الفرد وسلوكياته، وأن الاكتئاب يعود إلى التشوهات المعرفية

والتحريف في الأفكار الخاصة بالذات، العالم والمستقبل، فإن المصاب بالاكتئاب يلجأ إلى المبالغة في تضخيم السلبيات وتعميم الفشل على كل شيء وتوقع الأسوأ دائما.

كما يؤكد بيك BECK أن الأعراض الاكتئابية هي انعكاس لأنماط المعرفية (الأفكار الآلية) المسببة التي تكمن ما بين الحدث أو الخبرة وبين النتيجة الانفعالية. (ألفت كحلة، 2009، 4-5)

ومنه يؤكد بيك أن الاكتئاب اضطراب في التفكير وأن كل أعراضه النفسية هي نتيجة الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة التي يشعر بها الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين ونحو المستقبل وهذا ما يدعى بالثالوث المعرفي لبيك. (جاسم المرزوقي، 2008، 55)

4.3. النظرية البيولوجية:

يرى علماء البيولوجيا أن هناك تفسيراً عضوياً للاكتئاب، فهناك حالات كثيرة تظهر عليها أعراض بدنية قد تكون سببا في نشأة الاكتئاب أو تطوره، بالإضافة إلى وجود مؤثرات عضوية كاختلال العناصر الكيميائية الحيوية في الجسم كالنوتاسيوم والصوديوم اللذان يؤثران في الأعصاب ومسؤولان أيضا على الشعور بالراحة والانبساط.

بالإضافة إلى وجود تفسيرات أخرى تتعلق بكيمياء المخ وخاصة ما يتعلق بتوزيع الأمينات المسؤولة على تنظيم الانفعالات كالدوبامين والسيروتونين. نجد كذلك العامل الوراثي الذي يكون سببا غير مباشر في ظهور الاكتئاب لدى الفرد الذي يكون لديه استعدادا في تكوينه الجيني الذي يوجهه للإصابة بالاكتئاب الذي يفعل من خلال العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 92 إلى 95)

ومن جهة أخرى يؤكد عالم البيولوجيا لويس ولبرت على الأساس البيولوجي للاكتئاب، فيقول أن النظام العصبي البشري يتكون من جزئين، جزء إرادي خاص بكل ما هو إرادي لدى الفرد، وجزء لا إرادي لا يستطيع

التحكم فيه، وهو خاص بحركة الأعضاء الداخلية، والاكتئاب يحدث نتيجة للتفاعل الداخلي في النظام اللاإرادي من الجهاز العصبي.

فيعود حدوث الاكتئاب نتيجة إرسال إشارات مستمرة بين القشرة الدماغية وباقي أجزاء الدماغ بوجود ضغط مفرط جسدي أو نفسي يتعرض له الفرد، فيتجاوب الدماغ له فتحدث تغيرات معينة على مستوى الهرمونات التي تؤثر على قدرة الفرد على التعامل مع ذلك الضغط. (لويس ولبرت، 2014، 189 إلى 191)

4. الأعراض الإكلينيكية العامة للاكتئاب:

تختلف أعراض الاكتئاب من فرد لآخر ومن الأعراض الشائعة ما يلي:

1.4. الأعراض النفسية:

- ✓ الشعور بالإحباط، الحزن، أو الفراغ.
- ✓ الرغبة في البكاء أو البكاء طوال الوقت.
- ✓ الشعور باللامبالاة.
- ✓ التهيج بسرعة.
- ✓ الرغبة في الإنعزال.
- ✓ نقص تقدير الذات.
- ✓ التفكير السلبي الدائم.
- ✓ الشعور بالقلق والعصبية.
- ✓ الغضب والانزعاج من أتفه الأمور.
- ✓ الإنشغال بالهموم التافهة بطريقة مبالغ فيها.
- ✓ تضخيم الأمور على الدوام.
- ✓ فقدان الاهتمام بالهوايات والنشاطات السابقة.

- ✓ فقدان الإستمتاع بمباهج الحياة.
 - ✓ إهمال المظهر الخارجي والنظافة الشخصية.
 - ✓ إهمال المسؤوليات وعدم أخذ الأمور بجدية.
 - ✓ الشعور بالتعب وفقدان الطاقة طوال الوقت (بطء النشاط النفسي الحركي).
 - ✓ ضعف القدرة على التركيز والانتباه.
 - ✓ إيجاد صعوبة في إتخاذ القرارات أو الحسم فيها ولو كانت بسيطة.
 - ✓ الاتكالية والشعور بالعجز.
 - ✓ مشاعر اليأس والنظرة التشاؤمية للمستقبل.
 - ✓ الرغبة في الموت والأفكار الانتحارية.
- (جاسم المرزوقي، 2008، 63 إلى 65).

2.4. الأعراض الجسدية:

- ✓ اضطرابات النوم (صعوبة في النوم، نوم متقطع، الإستيقاظ المبكر، النوم لساعات طويلة).
- ✓ فقدان الوزن أو زيادة ملحوظة في الوزن.
- ✓ اضطرابات الأكل والشهية (فقدان الاهتمام بالطعام، فقدان الشعور بالجوع أو العكس).
- ✓ التأخر النفسي الحركي (كالبطء في المشي والكلام).
- ✓ الشعور بالألم على مستوى مختلف مناطق الجسم (الرأس، الوجه، الظهر، الصدر الأمعاء، القلب).
- ✓ فقدان الرغبة الجنسية بسبب عدم القدرة على الإحساس والاسترخاء.
- ✓ عدم إنتظام الدورة الشهرية لدى بعض النساء.
- ✓ جفاف الفم والإمساك. (كوام مكنزي، 2013، 15-16)

3.4. الأعراض الذهنية:

- ✓ رؤية أشياء لا وجود لها.
- ✓ سماع الأصوات كسماع صوت شخص يوبخه أو يقلل من شأنه ويدعوه للإنتحار.
- ✓ الإحساس بتغير طعام الغذاء.
- ✓ شم روائح لا وجود لها كشم رائحة الموت.
- ✓ التوهم بالعدم وكأنه شخص غير موجود.
- ✓ التوهم بالذنب كإقتراف ذنوب لا تعترف في حق البشرية مما لابد من إعدامه.
- ✓ تبدد الشخصية كأنه يحس أنه ليس هو.
- ✓ تبدد الواقع وهو الشعور وكأن المكان والبلد الذي هو فيه قد تغيرا.
- ✓ الأفكار الوسواسية التي تطفئ على الوسوس والأوهام مثل الكفر بالدين، العنف، الأفكار الجنسية.

(وليد سرحان وآخرون، 2008، 35-36)

4.4 الأعراض الاجتماعية:

- ✓ صعوبة واضحة في التعامل مع الآخرين والإحتكاك بهم.
- ✓ القلق في المواقف الاجتماعية.
- ✓ صعوبة في تكوين المهارات الاجتماعية.
- ✓ صعوبة في الدفاع عن الحقوق إذ ما هدرت.
- ✓ صعوبة في إتخاذ المواقف الحازمة إتجاه الآخرين.
- ✓ صعوبة في التعبير عن الإستياء أو الرفض.
- ✓ عدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 23)

5. العوامل المسببة والمساعدة في ظهور الاكتئاب:

1.5. العوامل النفسية:

من بين أهم العوامل النفسية المسببة في ظهور الاكتئاب ما يلي:

- ✓ التوتر الإنفعالي الذي يتعرض له الفرد.
- ✓ الظروف المحزنة والأخبار الأليمة والكوارث القاسية التي تفوق القدرة الإستيعابية للفرد (موت أو فراق عزيز، فقد وظيفة، الطلاق، السجن... الخ).
- ✓ الشعور بالحرمان العاطفي وفقدان الحب والمساندة العاطفية.
- ✓ الصراعات اللاشعورية التي يعيشها الفرد.
- ✓ الفشل وخيبة الأمل التي يعيشها الفرد في إحدى مراحل حياته.
- ✓ كبت المشاعر والانفعالات.
- ✓ اتهام الذات والشعور بالذنب بالنسبة لسلوك أو خبرة سابقة.
- ✓ الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ لها.
- ✓ التربية الخاطئة للفرد في مرحلة الطفولة كالتعرض للتفرقة أو الإهمال وغيرها. (حامد عبد السلام

زهران، 1997، 515)

- ✓ الصراع الدائم الذي ينشأ بين طموحات الفرد وتطلعاته وبين واقعه وقدراته.
- ✓ الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة.
- ✓ الإحباط الذي يعاني منه الفرد.
- ✓ إنهيار التوازن النفسي.

(لطفى الشربيني، 2001، 43)

2.5. العوامل البيئية والاجتماعية:

- تعتبر بيئة الفرد سببا أساسيا في ظهور الاكتئاب لديه، ومن أهم العوامل المسببة في ظهوره:
- ✓ تأثر الفرد بمشاعر محيطه العائلي والاجتماعي وما يجري فيه من أحداث مؤلمة وضغوطات.
 - ✓ وجود شخص يعاني من الاكتئاب داخل الأسرة خاصة إذا كان أحد الوالدين مما يؤثر سلبا على نفسية الفرد.
 - ✓ المعاملة الوالدية السيئة خاصة في مرحلة الطفولة مما يؤثر على الإستقرار النفسي للفرد.
 - ✓ الحاجة للدعم العاطفي المعنوي خاصة من المحيط العائلي.
 - ✓ طرق تنشأة الطفل وتربيته بما لا يناسب سنه.
 - ✓ الضغوطات التي توضع على كاهل الفرد من طرف الأسرة، المحيط أو العمل.
 - ✓ التعرض لشتى أنواع التعنيف أو الإعتداء الجنسي داخل الأسرة أو خارجها خاصة إذا كان ذلك بصفة متكررة.
 - ✓ التعرض للإنتقادات أو التمر خاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة.
 - ✓ الوقوع في مصيدة الأشخاص المتطلبين أو الاستغلايين (في البيت، المحيط، العمل).
 - ✓ عدم القدرة على تكوين الصداقات والعلاقات الإجتماعية.
 - ✓ تدهور الأوضاع الإقتصادية.
 - ✓ الإنتقال من مكان لآخر وعدم القدرة على التكيف مع الوضع الجديد (منطقة، دولة، قارة، ثقافة، لغة ... الخ).

3.5. العوامل البيولوجية:

1.3.5 المرض العضوي:

توجد إمكانية كبيرة لظهور الاكتئاب بسبب اكتشاف الفرد بإصابته بمرض عضوي، خاصة إذا كان خطيرا أو مزمنًا مثل أمراض القلب، مرض السكري، الأمراض الفيروسية، الأورام، مما يجعله يدخل في دوامة من الحزن التي تفقده ثقته بنفسه وتقديره لذاته، كما هناك بعض الأمراض التي ينتج عنها الاكتئاب بسبب التأثيرات والتغيرات التي يحدثها المرض على الجسم مثل داء باركنسون الذي يؤثر على الدماغ وخمول الغدة الدرقية التي تؤثر على الهرمونات. (جاسم المرزوقي، 2008، 61)

ومن جهة أخرى فإن التعرض لحادث يجعل الفرد طريح الفراش مع إعاقة دائمة أو طويلة الأمد قد يجعله عرضة للإكتئاب بسبب إحساسه بالعجز و التبعية و عدم الإستقرار. (نفس المرجع 2008، 59)

2.3.5 الجينات الوراثية:

يلعب العامل الجيني الوراثي دورا بارزا في ظهور الإكتئاب، وهذا ما يؤكد علماء الوراثة من خلال الدراسات التي أجريت على العائلات التي تعاني من نفس المرض، فأكدوا أن هناك استعدادا وراثيا للإصابة بالإكتئاب لدى بعض العائلات، فوجود الحالات المتكررة للإكتئاب في نفس العائلة ليس عبثا (خاصة على الاكتئاب الذهاني أو الحاد)، كما ينشر الاكتئاب لدى التوأم المتشابه أو الغير المتشابه سواء نشأوا في نفس البيئة أو لا، كما هناك نسبة كبيرة لإصابة الأبناء بالإكتئاب إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما مصابا به، وتزداد حالات الاكتئاب في حال زواج الأقارب الذين تتواجد في عائلاتهم حالات الاكتئاب لذا ينصح العلماء بتقادي زواج الأقارب لتجنب زيادة استمرار هذا التاريخ التطوري الوراثي المسبب للمرض. (وليد سرحان

وآخرون، 2008، 44)

3.3.5.3. كيمياء المخ:

إن الوظائف العقلية كالتفكير، المشاعر، الحالة المزاجية لها علاقة مباشرة بمستوى بعض المواد الكيميائية داخل المخ (مثل السيروتونين، الدوبامين، نور أدرينالين، نور أنفرين) المسؤولة عن الحالة المزاجية، حيث أن وجود نقص في كميتها يسبب الإكتئاب. (لظفي الشربيني، 2001، 23)

4.3.5. النظام الهرموني:

إن التغيرات في إفراز الهرمونات بسبب وجود خلل في وظائف الغدد الصماء (الغدة النخامية، الغدة الدرقية، الغدة جار الكلية، الغدة التناسلية) التي لها علاقة بالكثير من العناصر الكيميائية الحيوية في الجسم التي تؤثر على الحالة المزاجية للفرد قد تكون مؤشرا على وجود الإكتئاب. (نفس المرجع، 2001، 25)

5.3.5. الأدوية والعقاقير:

توجد هناك الكثير من الأدوية المسببة للإكتئاب التي قد تؤدي للإكتئاب كما أن التوقف عنها قد يؤدي أيضا إلى نتائج وخيمة، ولهذا ينصح دائما بعدم استهلاك أي دواء بدون إستشارة الطبيب، ومن بين الأدوية المسببة للإكتئاب مضادات الإكتئاب، مضادات إرتفاع ضغط الدم، مضادات داء الباركنسون، أدوية العلاج الكيميائي الخاصة بالسرطان، مضادات الحمل، أدوية القلب، المهدئات، كما أن إستهلاك بعض المواد الممنوعة والإدمان عليها كالكحوليات والمنشطات تسبب الإكتئاب. (كوام مكنزي، 2013، 33)

6. تصنيفات الاكتئاب:

هناك محاولات عديدة لتصنيف الأمراض النفسية منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث، كما قد اختلفت النظم التصنيفية باختلاف النظريات التي ينتمي إليها القائمون بالتصنيف، ومن أهم تصنيفات الاكتئاب:

1.6. التصنيف حسب السبب:

1.1.6. الاكتئاب الداخلي والخارجي المنشأ:

الإكتئاب الداخلي المنشأ يظهر من دون سبب، يكون شديدا عادة وقد ترافقه أعراضا جسدية كفقْدان الشهية، نقص الوزن، الاستيقاظ الباكر بمزاج سيء، فقْدان الرغبة الجنسية. (جاسم المرزوقي، 2008، 67)

أما الاكتئاب الخارجي المنشأ ينجم عن أسباب خارجية من أحداث الحياة الغير سارة كفقْدان عزيز أو وظيفة، ويطلق عليه اسم الاكتئاب التفاعلي لأنه لا يمنع صاحبه من التفاعل مع الظروف الاجتماعية والاستمتاع بها. (كوام مكنزي، 2013، 38)

2.1.6. الإكتئاب الأولي والثانوي:

يحدث الاكتئاب الأولي نتيجة الحياة النفسية التي يعيشها الفرد، بينما يحدث الاكتئاب الثانوي نتيجة لمرض نفسي آخر كالفصام، أو نتيجة لمرض عضوي يسبب الإكتئاب، أو نتيجة لإستهلاك الأدوية أو المواد التي تسبب الاكتئاب أيضا. (وليد سرحان وآخرون، 2008، 37)

3.1.6. الإكتئاب العضوي والغير عضوي:

الإكتئاب العضوي ينتج بسبب مرض عضوي مثل الأورام السرطانية الدماغية، الجلطات الدماغية، نقص إفراز الغدة الدرقية.... وغيرها، أو نتيجة إستهلاك بعض الأدوية والعقاقير الطبية مثل أدوية الضغط، أدوية الكوريتزول أو بعض المواد مثل الكوكايين والكحول، أما الاكتئاب الغير عضوي فينتج عن أسباب نفسية لا علاقة لها بالحالة الصحية. (وليد سرحان وآخرون، 2008، 37)

-تعتبر هذه التصنيفات نوعا ما قديمة ولا تتوافق مع الأبحاث العلمية الجديدة وذلك لكون الاكتئاب اضطرابا نفسيا تتداخل فيه جميع الأعراض بطريقة معقدة ومتشابكة.

2.6. التصنيف حسب الأعراض:

1.2.6 الاكتئاب العصبي:

يتميز الاكتئاب العصبي بوجود الأعراض الشائعة للاكتئاب وعدم وجود للهلاوس والهذيان، حيث يكون حيث يكون فيه المكتئب واعيا ومدركا لمرضه وقد يسعى لطلب المساعدة والعلاج. (جاسم المرزوقي،

2008، 68)

2.2.6 الاكتئاب الذهاني:

بينما الاكتئاب الذهاني يعتبر من أشد أنواع الاكتئاب ويتميز بوجود الأعراض الشائعة للاكتئاب مع وجود للهلاوس والهذيان التي تفقده صلته بالواقع أو يصبح اتصاله بالواقع ضعيف جدا، كما يعاني فيه من الأعراض الجسدية. (نفس المرجع، 2008، 68)

3.6. التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:

1.3.6 الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب:

يتميز الاكتئاب أحادي القطب بحدوث النوبات الإكتئابية دون أن يتخللها حالات من الهوس (الزهو)، بينما يتميز الاكتئاب ثنائي القطب بتناوب النوبات الإكتئابية مع النوبات الهوسية والنوبات المزاجية المختلطة.

(وليد سرحان وآخرون، 2008، 38)

- يمر الفرد في حالة الاكتئاب ثنائي القطب بفترة متواصلة من المزاج الإكتئابي الذي قد يتراوح بين الخفيف والحاد، وتليها فترات من المزاج المرح والابتهاج فيصل إلى درجة أنه يمتلكه شعور عام بالصحة والطاقة الزائدة، فيكون حديثه بطريقة سريعة ويشعر كما لو أن الأفكار تتسابق في ذهنه، كما تقل حاجته

للنوم أو الطعام. (جاسم المرزوقي، 2008، 68)

2.3.6 الإكتئاب الموسمي:

حالة من اضطراب المزاج تتكرر في نفس الفصل من السنة، غالباً ما يكون الخريف أو الشتاء، وتتحسن الحالة المزاجية للفرد في الربيع والصيف، وفي حالات أخرى يتكرر هذا الاضطراب مع تغير الفصول.

(وليد سرحان وآخرون، 2008، 29)

يعود سبب حدوث هذا النوع إلى تأثير الفرد لحالة الطقس و المناخ وبين حالته المزاجية والنفسية و تبدأ

الأعراض الإكتئابية في الظهور في وقت معين من فصول السنة. (لطفى الشربيني، 2001، 211)

3.3.6 إكتئاب الشيخوخة:

إكتئاب شديد يظهر في مرحلة الشيخوخة قد يدوم لمدى الحياة، ويكون سريع الإنكاس، وأقل تجاوباً مع العلاج.

تتمثل أعراضه في فقدان المتعة في الحياة، تعكر المزاج طيلة اليوم، نقص ملحوظ في النشاط النفسي

الحركي، اضطرابات النوم، ضعف الشهية وفقدان الوزن. (وليد سرحان وآخرون، 2008، 39-40)

و يعود السبب في ظهور هذا النوع إلى التغيرات الجسدية التي تصيب مختلف أعضاء الجسم (السمع،

البصر، الضعف الجسدي... الخ) إضافة إلى التغيرات النفسية (فقدان عزيز، أفكار حول الموت، نقص

التفاعل الإجتماعي، الإتكال على الآخرين)، وكذلك التغيرات العقلية التي تحدث بسبب التقدم في السن

كضعف الذاكرة أو نقص القدرة على التركيز. (لطفى الشربيني، 2001، 212)

4.6. التصنيف حسب الشدة (الخفيف، المتوسط، الشديد):

الإكتئاب الخفيف يتميز بتعكر المزاج من وقت لآخر، وغالباً ما تكون أسباب حدوثه هي التغيرات التي

تطرأ على حياة الفرد، أما الاكتئاب المتوسط يتميز بتعكر المزاج بشكل دائم وتظهر فيه بعض الأعراض

الجسدية، والإكتئاب الشديد يتميز بشدة الأعراض مع وجود الهالوس والهذيان والأعراض جسدية. (كوام

مكزي، 2013، 36-37)

5.6. التصنيف حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات العقلية:

يعتبر DSM-5-TR مرجع للممارسة الإكلينيكية، وأداة مهمة لفهم الاضطرابات النفسية وتحديد أعراضها بدقة، مما يسهل أيضا عملية تحديد العلاج المناسب.

تم إفراد قسم خاص للاضطرابات الإكتئابية في الإصدار الخامس وقد وضع معايير تشخيصية لكل نوع منها.

1.5.6 اضطراب المزاج المتقلب المشوش:

إضطراب نفسي يصيب الأطفال والمراهقين تظهر أعراضه من 6 سنوات إلى 10 سنوات، ولا ينبغي وضع تشخيص له قبل 6 سنوات وبعد 18 سنة.

يتميز بالحالة المزاجية الحادة التي تظهر على شكل إنفجارات متكررة شديدة من الغضب، تتمثل في الشتم والسب والصراخ أو السلوك العدواني مثل الإعتداء الجسدي أو تكسير الممتلكات، تكون ردود أفعال صاحبها مبالغ فيها ولا تتناسب مع الموضوع المسبب له.

• المعيار التشخيصي:

A. إنفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظيا (مثلا، الإحتدام اللفظي) و/أو سلوكيا (مثلا، الإعتداء الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكل صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للإستفزاز.

B. نوبات الغضب لا تتفق مع المستوى التطوري.

C. تحدث نوبات الغضب، في المتوسط، ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع.

D. يكون المزاج بين نوبات الغضب منفعلا أو غاضبا بإستمرار لمعظم اليوم، كل يوم تقريبا ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين (مثلا، الآباء، و المعلمين، و الأقران).

E. تواجبت المعايير A و D لمدة 12 شهرا أو أكثر. طوال ذلك الوقت لم يدخل الفرد لثلاثة أشهر متتالية أو أكثر من أعراض المعايير A و D.

F. معايير A و D موجودة فيما لا يقل عن إثنين من ثلاثة مواضع (أي في البيت، في المدرسة، مع الأقران)، وشديدة في واحدة على الأقل منها.

G. لا ينبغي أن يوضع التشخيص للمرة الأولى قبل سن 6 سنوات أو بعد سن 18 سنة.

H. بواسطة التاريخ أو المراقبة، فالعمر عند بداية معايير A-E يكون قبل سن العشرة أعوام.

I. لم تحصل فترة متميزة إستمرت أكثر من يوم واحد التي إستوفيت خلالها معايير الأعراض، لنوبة هوس أو تحت هوس بإستثناء المدة.

ملاحظة : إرتفاع المزاج الموافق للتطور، كما يحدث في سياق حدث إيجابي للغاية أو في سياق ترقبه، فينبغي ألا يعتبر عرضا من أعراض الهوس أو تحت الهوس.

J. لا تحدث السلوكيات حصرا أثناء نوبة من إضطراب إكتئابي جسيم، ولا تفسر بشكل أفضل من خلال إضطراب عقلي آخر (مثل إضطراب طيف التوحد، و إضطراب الكرب ما بعد الصدمة، و إضطراب القلق الانفصالي، الإضطراب الإكتئابي المستمر، سوء المزاج).

ملاحظة: هذا التشخيص لا يمكن أن يتواجد مع إضطراب التحدي المعارض، الإضطراب الانفجاري المتقطع، أو الإضطراب الثنائي القطب، على الرغم من أنه يتواجد مع إضطرابات أخرى، بما في ذلك الإضطراب الإكتئابي الجسيم، إضطراب نقص الإنتباه، فرطة الحركة، إضطراب المسلك، وإضطرابات إستعمال المواد، الأفراد الذين يستوفون كلا من معايير إضطراب المزاج المتقلب المشوش وإضطراب التحدي

المعارض فينبغي وضع تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش فقط. إذا كان الفرد قد إختبر في أي وقت مضى نوبة هوس أو تحت هوس، فتشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش يجب أن لا يوضع. K. لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو لحالة طبية أو عصبية أخرى.

(أنور الحمادي، 2022، 135-136).

2.5.6. الإضطراب الاكتئابي الجسيم:

إضطراب نفسي يتميز بتدني الحالة المزاجية للفرد التي تظهر من خلال إنفعالاته، إدراكه، وسلوكه، مما يؤثر على أدائه اليومي، يظهر على شكل نوبة إكتئابية أو نوبات متكررة، حيث تستمر أعراض النوبة الواحدة لمدة أسبوعين على الأقل.

• المعيار التشخيصي:

A. تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الإهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية اخرى

1- مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عن اما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن او الفراغ او الياس) او يلاحظ من قبل الاخرين (مثل ان يبدو دامعا).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

2- إنخفاض واضح في الإهتمام أو الإستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3-فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر، أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا).

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

4-أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

5-هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظة من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

6-تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.

7-أحاسيس بإنعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي يكون وهميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.

8-إنخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

9-أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير إنتحاري متكرر دون خطة محددة أو محاولة إنتحار أو خطة محددة للإنتحار.

B. تسبب الأعراض إنخفاضا واضحا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C. لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء إستخدام عقار، تناول دواء) أو حالة طبية أخرى.

ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة إكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الإستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الإنهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، و إجترار الخسارة، و أرق، و فقدان الشهية، و فقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة إكتئاب على الرغم

من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة إكتئاب بالإضافة إلى الإستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايرة الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

D. لا يتم تفسير نوبة إكتئاب جسيم واحدة على الأقل بشكل أفضل من خلال إضطراب الفصام الوجداني، ولا تتراكب مع الفصام أو الإضطراب الفصامي الشكل أو الإضطراب التوهمي أو غيره من إضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة و الإضطرابات الذهانية الأخرى.

E. لم يكن هناك أبدا نوبة هوس أو نوبة تحت الهوس.

ملحوظة: لا ينطبق هذا الإستثناء إذا كانت جميع النوبات الشبيهة بالهوس أو تحت الهوس ناتجة عن مادة أو تعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية أخرى. (نفس المرجع، 2022، 137 إلى 139).

3.5.6 الإضطراب الاكتئابي المستمر (سوء المزاج):

إضطراب نفسي يتميز بتعكر الحالة المزاجية للفرد، يتشابه في مجموعة من أعراضه مع أعراض الاكتئاب الجسيم، إلا أنه أخف منه حدة، كما يمكن أن يستمر لسنوات أو لمدة بسنتين كحد أدنى ودون إختفاء لأعراضه لمدة شهرين متتالين، وفي هذه الحالة يصل أحيانا المكتئب في إعتقاده أن ما يحصل له هو جزء من شخصيته.

• المعيار التشخيصي:

A. مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

ملاحظة: يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال و المراهقين مستتارا، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل.

B. وجود إثنين أو أكثر مما يلي أثناء إنخفاض المزاج:

1-ضعف الشهية أو زيادة في الأكل.

2- أرق أو فرط نوم.

3- إنخفاض الطاقة أو تعب.

4- إنخفاض الشعور بالقيمة الذات.

5- ضعف التركيز أو صعوبة في إتخاذ القرارات.

6- مشاعر إنعدام الأمل.

C. لم يخل الشخص أثناء فترة سنتين الإضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبدا من الأعراض

المدرجة في المعيارين A و B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

D. معايير نوبة إكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

E. لم توجد أبدا نوبة هوسية، كما لم تتحقق أبدا معايير إضطراب المزاج الدوري.

F. لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الإضطراب التوهمي،

أو غيرها من إضطرابات كيف الفصام المحددة وغير المحددة والإضطرابات الذهانية الأخرى.

G. لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء إستخدام عقار، تناول دواء) أو عن

حالة طبية أخرى (مثل قصور الدرق).

H. تسبب الأعراض إنخفاضا واضحا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ملاحظة: إذا كانت المعايير كافية لتشخيص نوبة إكتئاب جسيم في أي وقت خلال فترة العامين من المزاج

المكتئب، فيتم وضع تشخيص منفصل لإكتئاب جسيم بالإضافة إلى تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر

جنباً إلى جنب مع المحددات ذات الصلة (على سبيل المثال، مع نوبات الاكتئاب الشديد المتقطع، مع

النوبة الحالية). (نفس المرجع، 2022، 141-142)

4.5.6 اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث:

إضطراب نفسي ترافقه مجموعة من التغيرات الجسدية والنفسية التي تحدث في معظم دورات الطمث، أو تحدث بصفة متكررة وقد تكون متتالية، وعادة ما تظهر الأعراض في الفترة التي تسبق دورة الطمث وتنتهي بنهايتها أو خلال الأسبوع الذي يلي الدورة.

• المعيار التشخيصي:

A. في دورات الطمث يجب أن تتواجد خمسة أعراض على الأقل في الأسبوع الأخير قبل بداية الطمث، وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث وتصبح أقل ما يمكن أو قد تغيب في الأسبوع التالي للطمث.

B. واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن يكون موجودا:

1-عدم إستقرار إنفعالي واضح (على سبيل المثال، تقلبات المزاج: الشعور المفاجئ بالحزن والبكاء، أو زيادة الحساسية للرفض)

2-تململ أو غضب ملحوظ أو زيادة الخلافات الشخصية.

3-مزاج مكتئب ملحوظ، الشعور باليأس، أو الأفكار عن الإنتقاص من الذات.

4-قلق وتوتر ملحوظ، و/أو مشاعر بكونها مقيدة أو على الحافة.

C. واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن تتواجد حاليا بالإضافة إلى ما سبق، لتصل إلى مجموعة

خمسة أعراض عندما تجمع مع الأعراض من المعيار B أعلاه.

1- تدني الإهتمام بالأنشطة المعتادة (على سبيل المثال العمل، المدرسة، الأصدقاء، الهوايات).

2- صعوبة شخصية في التركيز.

3- الخمول و سهولة التعب، أو إفتقاد ملحوظ للطاقة.

4- تغير ملاحظ في الشهية، إفراط، أو شهوة تناول نوع محدد من الطعام.

5- فرط النوم أو الأرق.

6- شعور بالإرتباك أو بالخروج عن نطاق السيطرة.

7- الأعراض الجسدية مثل التوتر أو تورم الثدي، وآلام المفاصل أو العضلات، والإحساس "بالإنتفاخ" أو زيادة الوزن.

ملاحظة: الأعراض في معايير A-C يجب أن تكون قد إستوفيت لمعظم دورات الطمث التي حصلت في العام السابق.

D. تتوافق الأعراض مع إنخفاض سريري واضح أو تتداخل مع العمل أو المدرسة والنشاطات الإجتماعية الإعتيادية، أو العلاقات مع الآخرين (مثلا، تجنب النشاطات الإجتماعية، تدني الإنتاجية و الفعالية في العمل، المدرسة أو في المنزل).

E. الإضطراب ليس مجرد تقاوم أعراض إضطراب آخر مثل الإضطراب الإكتئابي الجسيم، إضطراب الهلع، الإضطراب الإكتئابي المستمر، أو إضطراب في الشخصية (على الرغم من أنه قد يحدث بشكل مشترك مع أي من هذه الإضطرابات).

F. المعيار A يجب أن يتم تأكيده بالتقييمات اليومية خلال إثنين على الأقل من الدورات الطمثية ذات الأعراض. (ملاحظة: يمكن وضع هذا التشخيص مؤقتا قبل هذا التأكيد).

G. الأعراض لا تعزى إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة (إساءة إستعمال مادة أو الدواء، و/أو علاجات أخرى) أو حالة طبية أخرى (مثلا، فرط نشاط الدرق). (نفس المرجع، 2022، 144-146)

5.5.6 الإضطراب الإكتئابي المحدث بمادة أو دواء:

إضطراب نفسي يحدث بسبب إستهلاك مادة أو دواء، الذي يؤثر سلبا على حياة الفرد، وتكون فيه الأعراض الإكتئابية متعلقة بصفة مباشرة مع المادة أو الدواء، وتكون مترافقة زمانيا مع إستخدام المادة أو الدواء أو الإنسحاب منها.

• المعيار التشخيصي:

A. إضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو إنخفاض الإهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة.

B. هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلا من (1) و (2).

1-تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالا عقب الإنسامام بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما.

2-المادة / الدواء المتهمة قادرة على إعطاء الأعراض في المعيار A

C. لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل من خلال إضطراب إكتئابي غير ناتج عن مادة/دواء، مثل هذه الأدلة على وجود الإضطراب الإكتئابي المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:

-الأعراض تسبق بدء إستخدام المادة/الدواء.

-تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال حوالي شهر) بعد إنتهاء السحب الحاد أو الإنسامام الشديد، أو هناك دليلا آخر يقترح وجود إضطراب إكتئابي مستقل ليس محدثا بمادة/دواء (مثال قصة نوبات معاودة غير ذات صلة بالمواد).

D. لا يحدث الإضطراب حصرا خلال مسار حالة هذيان.

E. يسبب الإضطراب تنديا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الإجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة: يجب وضع هذا التشخيص عوضا عن تشخيص الإنسامام بمادة أو السحب من مادة، عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية، وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب

الإهتمام السريري. (نفس المرجع، 2022، 145-146)

6.5.6 الإضطراب الاكتئابي بسبب حالة طبية أخرى:

إضطراب نفسي يتمثل في وجود الأعراض الإكتئابية المتعلقة بشكل مباشر بالمرض الجسدي، وتظهر أعراضه بظهور المرض ويكون الاكتئاب أحد أعراض المرض الجسدي.

• المعيار التشخيصي :

A. إضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو إنخفاض الإهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة.

B. هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الإضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

C. لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل من خلال إضطراب عقلي آخر (إضطراب التأقلم مع أعراض إكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).

D. لا يحدث الإضطراب حصرا أثناء سير هذيان.

E. يسبب الإضطراب تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الإجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى. (نفس المرجع، 2022، 149، 148).

7.5.6 الإضطراب الإكتئابي محدد آخر:

هو إكتئاب الذي لا تنطبق أعراضه الإكتئابية على أي من المعايير التشخيصية الأخرى الخاصة بالإضطرابات الإكتئابية، وتكون الأعراض مزعجة بالنسبة لصاحبها وتسبب لها إعاقة في حياته وتؤثر سلبا عليه. (نفس المرجع، 2022، 151).

8.5.6. الإضطراب الإكتئابي الغير محدد:

يتمثل في الأعراض الإكتئابية التي لا تنطبق مع المعايير التشخيصية الأخرى، وتشكل إنزعاجا لصاحبها وتعيق حياته وتؤثر سلبا عليه، ويتم اللجوء إلى هذا التصنيف في حال وجود بعض الأعراض الإكتئابية لكن بصفة غير مكتملة بسبب نقص في المعلومات أو لأسباب أخرى. (نفس المرجع، 2022، 151)

9.5.6. الإضطراب المزاجي الغير محدد:

تتميز فيه الأعراض بإضطرابات الحالة المزاجية مما يسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعف في الأداء المهني وغيرها، ولا تتوافق الأعراض مع أي من المعايير التشخيصية الأخرى، حيث يكون من الصعب تصنيفه لفئة معينة. (نفس المرجع، 2022، 151)

-لتقديم تشخيص شامل يصف الإضطراب الإكتئابي بدقة ينبغي استخدام محددات الإضطرابات الإكتئابية وهي كالتالي :

✓ تحديد الشدة.

✓ المظاهر المختلفة.

✓ المظاهر السوداوية.

✓ المظاهر اللانموذجية.

✓ المظاهر الذهانية.

✓ مع بدء حول الولادة.

✓ مع النمط الفصلي.

7. التشخيص العام للاكتئاب:

يعتمد تشخيص الاكتئاب على مجموعة من الخطوات الهامة التي لا يمكن أن يستغني عنها الأخصائي

النفسي والتي تتمثل فيما يلي:

- ✓ تحديد الأعراض التي يشكو منها العميل من حيث المدة، الشدة، التكرار.
- ✓ محاولة فهم الأعراض كما يرويها المريض وأقربائه.
- ✓ طرح بعض الأسئلة الخاصة باستبعاد الإضطرابات المشابهة.
- ✓ التطرق للتاريخ النفسي للعميل (الطفولة، الدراسة، العمل، الزواج، المشاكل الشخصية وغيرها).
- ✓ التطرق للتاريخ العائلي والاجتماعي (وجود حالات مشابهة في العائلة، وجود أمراض متكررة في العائلة، طبيعة العلاقة مع الوالدين، الإخوة، الزوج (ة)، الأصدقاء).
- ✓ التطرق للتاريخ الطبي والبحث في التاريخ المرضي للعميل (الأمراض العضوية، الأمراض النفسية، الحوادث، الإصابات، العمليات الجراحية)
- ✓ محاولة معرفة وجود استهلاك لأدوية وعقاقير معينة أو الإدمان على مادة معينة (الكحول، المؤثرات العقلية، المخدرات).
- ✓ طلب بعض الفحوصات في حال وجود إشارات طبية لها علاقة بالشكوى مثل (الضغط، النبض، الحرارة، الوزن، الفحص العصبي... الخ) أو من أجل إستبعاد أي مرض جسدي قد يكون السبب في ظهور الإكتئاب.
- ✓ فحص الهيئة العقلية (المظهر العام، السلوك، المزاج، الإنفعالات، التفكير، بعض القدرات العقلية، درجة الوعي، الإدراك، الهلوس والهذيان، الأفكار الانتحارية).
- ✓ إجراء الإختبارات النفسية الملائمة للحالة.

✓ وضع التشخيص المبدئي والفارقي الذي تشير إليه المعطيات المذكورة. (وليد سرحان وآخرون،

2008، 47 إلى 49)

8. المقاييس النفسية للاكتئاب:

تعتبر المقاييس النفسية من التطبيقات الحديثة، وهي عبارة عن مقاييس موضوعية تتميز بدرجة عالية من الصدق والثبات، يتم تطبيقها من قبل العميل أو بمساعدة الأخصائي النفسي، والهدف منها هو إعطاء صورة عميقة و فهما دقيقا لحالة العميل خاصة في حال وجود صعوبة في التعامل معه أو عدم قدرته على وصف حالته أو التعبير عن مشاعره.

في بعض حالات الاكتئاب الشديد يجد الأخصائي صعوبة في تطبيق المقياس النفسي وذلك لعدم رغبة العميل في إجرائه وعدم تجاوبه معه وهنا يجب تأجيل تطبيق المقياس.

تختلف أهداف المقاييس النفسية حسب طبيعة المقياس والهدف منه، فهناك مقاييس مصممة:

✓ لتأكيد وجود الإكتئاب.

✓ لتحديد شدة الإكتئاب.

✓ لتحديد خصائص معينة من شخصية المكتئب.

✓ ومن المقاييس الأكثر تداولاً في الأوساط العلمية هو مقياس بيك ومقياس هاملتون. (لطفي

الشربيني، 2001، 196-197).

9. علاج الاكتئاب:

1.9. العلاجات النفسية:

1.1.9 العلاج بالتحليل النفسي:

يقول فرويد في إحدى محاضراته: " إن المعالجة النفسية التحليلية لا تشمل على تبادل الكلام، فالعميل يتكلم ويروي أحداث حياته الماضية وانطباعاته الحاضرة، ويشتكى، ويعترف برغباته وإنفعالاته، ويسعى المحلل النفسي إلى توجيه مسار أفكار المريض، ويوقظ ذكرياته، ويوجه إنتباهه في وجهة معينة، مقدما له تفسيرات، ويرصد ما يثيره على هذا النحو لدى المريض من ردود فعل تتم عن فهم أو عدم فهم ". (سيغموند فرويد،

1995، 10)

إن التحليل النفسي لا يقتصر على التفسير فقط، بل يسعى كذلك نحو العلاج، ومطمحه هو تحقيق هدف علاجي. (بول لوران أسون، 2005، 71)

يطلب المحلل النفسي من عميله الإستلقاء على أريكة التحليل في عملية تسمى بالتداعي الحر وهي عملية علاجية طويلة الأمد تمتد من ثلاث سنوات إلى خمس أعوام، ويكون تحديد نهاية العلاج من خلال الإستقصاء الشامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالعميل منذ طفولته المبكرة وصولا إلى وضعه الحالي، ويتم ذلك من خلال بحث المحلل النفسي عن منشأ الأعراض التي يأتي بها العميل من منطلق أن الأعراض ليست هي المشكلة الحقيقية بحد ذاتها، وإنما ترجع الأسباب إلى أعماق من ذلك والتي تتعلق بالعقد النفسية التي تكونت في المراحل الأولى من حياته (الطفولة المبكرة) بسبب علاقته مع والديه (العلاقة الثلاثية) التي يتم الكشف عنها بالعودة إلى الذكريات، الأحداث، والمشاعر المكبوتة في اللاشعور، فيدخل العميل في مرحلة التشافي بعدما كشف له المحلل عن العمليات اللاشعورية الكامنة التي كانت وراء المريض وبالتالي يصبح واعيا ومستبصرا لحياته النفسية. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 57-58)

2.1.9 العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للعميل وتعديل سلوكه عن طريق مجموعة من الإجراءات التي تساعده في تعلم إستراتيجيات مجابهة تكيفية جديدة، التي تركز على حل المشكلات (تعديل الموقف والمثيرات) بالإضافة إلى وضع إستراتيجيات خاصة بالإنفعال، ومن بين الإستراتيجيات التي تطبق في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ما يلي:

1- تعديل الموقف من خلال حل المشكلات المتعلقة بمثيرات الاكتئاب التي تحدث بصفة متكررة وتكون بذلك ما يدعى بالدائرة المفرغة.

2- تعديل الإنتباه كالتركيز على المظاهر الإيجابية التي تصبح بديلا لمثيرات الاكتئاب في المرحلة الأولى من العملية العلاجية.

3- إعادة البناء المعرفي النفسي التربوي عن طريق تغيير المخططات الذهنية والمعتقدات التي تستثير المعارف الآلية اللاتكيفية للفرد.

4- تدريبات التأمل التي تركز على اللحظة الحالية و تقوي المرونة المعرفية و الإنفعالية، وتساعد المكتئب على ترك أنماط التفكير السلبية بهدف تحويل إنشغاله و تركيزه على ذاته إلى العالم الخارجي و العالم الإجتماعي خاصة، بالإضافة إلى عمليات التأمل بالحب والمودة بغية إستثارة إنفعالات إيجابية معينة (الحب، المودة، التعاطف) مما يساعد على فهم مصدر سعادته، ويحول نظرتة لنفسه إلى علاقته مع الآخرين ويحرر نفسه من معاناته النفسية.

5- التنشيط السلوكي بهدف رفع مستوى طاقة العميل ومعرفة مدى تأثير الاكتئاب على حياته اليومية، ويتم ذلك عن طريق مراقبة الأنشطة من خلال الأنشطة اليومية التي تكشف فترات إنخفاض النشاط والتفاعل، وفترات العزلة والانسحاب وغيرها من الأمور. (هوفمان إس جى، 2012، 168 إلى 177)

3.1.9. العلاج الاجتماعي:

يقوم العلاج الاجتماعي بدراسة أحوال العميل الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية بغية تحديد مواطن القوة والضعف، ويعتبر هذا العلاج مكمل للعلاج النفسي والطبي والهدف منه هو تسهيل السبل أمام العميل للتكيف من جديد إتجاه الظروف التي ستواجهه مستقبلا. (فخري الدباغ، 1983، 111)

2.9. العلاجات الطبية:

1.2.9 العلاج الدوائي:

-إهتم علم الأدوية النفسية كثيرا بمضادات الاكتئاب التي أحدثت نقلة علمية في مجال العلاجات، وتعد مضادات الاكتئاب باختلاف أنواعها وسيلة مهمة تساعد في التخفيف من شدة الأعراض الاكتئابية، كما تساعد في علاج الكثير من الإضطرابات النفسية الأخرى كالوسواس القهري، الإضطرابات السيكوسوماتية وغيرها، إلا أنه لا يمكن إنكار آثارها الجانبية النفسية والجسدية التي قد تكون مصدر إزعاج آخر للمصابين بالإكتئاب.

-يتم استخدام مضادات الاكتئاب تحت إشراف الطبيب النفسي الذي يصف الدواء المناسب لكل حالة.

(لظفي الشربيني، 2001، 239)

كما يوصى بعدم إستهلاك أكثر من مضاد إكتئاب واحد في نفس الوقت و إستعمال جرعات صغيرة لتفادي وقوع التأثيرات الجانبية أو المضاعفات، ويختلف حدوث الإستجابة للدواء من حالة لأخرى وقد يستغرق تأخر حدوث الإستجابة من المحتمل أسبوعين إلى ستة أسابيع كحد أقصى، ويبدأ التحسن عادة من ثلاثة إلى 12 شهر، و يستمر العلاج لمدة 4 إلى 7 أشهر بعد تحسن الأعراض، و تخفض الجرعة تدريجيا على مدى فترة 4 أسابيع أو أكثر ويكون ذلك حسب ما يقرره الطبيب النفسي. (علي إسماعيل عبد الرحمن،

(2002، 81-82)

وتتم طريقة إختيار العلاج الدوائي المناسب للإكتئاب حسب:

- 1- الأعراض الأكثر تأثيرا على جودة الحياة اليومية للمريض.
- 2- الآثار الجانبية المحتملة للعقار الدوائي.
- 3- مدى فاعلية الدواء ومدى شدة الأعراض.
- 4- تداخلات الدواء مع الأدوية الأخرى (في حال وجود أمراض عضوية مرافقة للحالة الإكتئابية).
- 5- رغبة المريض في أخذ دواء معين تؤخذ بعين الإعتبار كإختيار الدواء الذي لا يسبب له النعاس أو الصداع.
- 6- الحالة الاقتصادية ومدى قدرة الفرد على توفير الدواء. (عبد الله عبد الرحيم أبو عدس، د س، 30-

(31)

تصنيف الأدوية المضادة للاكتئاب:

- 1- مثبطات الإنزيم المؤكسدة للأحماض الأحادية.
- 2- المركبات ثلاثية الحلقات غير النموجية.
- 3- المركبات ثلاثية الحلقات النموجية.
- 4- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين. (علي إسماعيل عبد الرحمان، 2002، 82)

2.2.9 العلاج بالصدمات الكهربائية:

يعتبر العلاج بالصدمات الكهربائية علاجاً عضوياً، وهو علاج أسرع فعالية من الأدوية عندما يكون لاكتئاب ذهانياً أو شديداً أو مصحوباً بميول انتحارية، أو المحاولات الفعلية الفاشلة، يتم اللجوء إليه عندما يفشل العلاج الدوائي في إعطاء نتائج إيجابية، يعطى في المجمل للمرض من 6 إلى 8 صدمات بمعدل مرتين في الأسبوع (فخري الدباغ 1982، 111).

ويستخدم هذا النوع من العلاج أيضا لأصحاب الأمراض العضوية التي لا يمكن لهم علاج الاكتئاب بالأدوية التي قد تشكل خطرا على حياتهم، مثل امراض الكبد، القلب، والنساء الحوامل، كما يتم اللجوء أيضا لهذا النوع من العلاج في الحالات لا يستطيع فيها المصاب بالاكتئاب الخضوع للعلاج الدوائي الذي قد يستغرق فترة طويلة من الزمن (بطرس حافظ بطرس، 2008، 319)

3.2.9 العلاج بالعمليات الجراحية:

نادرا ما يتم اللجوء إلى العمليات الجراحية خاصة بعد تطور مجال الادوية، إذ يتم اللجوء إلى هذه التقنية في حالات الاكتئاب الشديدة والمعقدة (خير الزراد فيصل محمد، 1984، 69). وفي حال استمرار الاكتئاب الشديد لفترة طويلة تصل مدته إلى 10 سنوات على الأقل ولم ينفذ فيها أي علاج، فيم اللجوء إلى العملية الجراحية على مستوى المخ وتتمثل في قطع بعض الممرات العصبية المتعلقة بالشعور (الحسيني أيمن، 1994، 72).

خلاصة:

الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر فتكا بالصحة النفسية و الجسدية، فهو سرطان للنفس، وبالرغم من أنه يتخذ أشكالا عدة إلا أن تأثيره واحد وهو جعل صاحبه يعيش معاناة نفسية تجعله فاقدا لمتعة الحياة وسجينا للأفكار السوداوية و التشاؤمية إتجاه ذاته و إتجاه الآخرين و المستقبل، وغالبا ما تؤدي شدة الأعراض الإكتئابية في بعض الأحيان لدفعه إلى التفكير أو الإقدام على الإنتحار ما إذا لم يتم التكفل العاجل به وعلاجه، و يعد العلاج النفسي من أفضل التدخلات التي تعالج أسباب الاكتئاب وليس أعراضه فقط كما يفعل العلاج الدوائي.

الفصل الرابع

الإجراءات الميدانية للبحث

تمهيد:

لا يقل الجانب التطبيقي أهمية عن الجانب النظري بل ويعد جزءا مهما وضروريا من البحث، ينبغي على أي بحث علمي أن يعتمد على منهجية معينة تتناسب مع موضوع البحث، وتكون الغاية منه هي الوصول إلى نتائج علمية دقيقة وفقا للآليات والمقومات البحثية، تبعا لذلك سنعينا في هذا الفصل إلى هيكله الجانب التطبيقي من الدراسة بما يتناسب مع طبيعة البحث بعرض البيانات وإعطائها معنى يساعد في استخلاص نتائج البحث.

1. منهج البحث:

منهج البحث العلمي وسيلة للتطور و الارتقاء، كما يعتبر أداة مهمة للباحث حيث تساعده في دراسة ظاهرة معينة وجمع أكبر قدر من المعلومات و المفاهيم و الأساليب التي يقوم عليها البحث، كما يساعد على وضع الأفكار و تحليلها و تفسيرها و عرضها في إطار منظم بهدف التوصل إلى نتائج حول الظاهرة المدروسة، كما يجب على كل باحث تحديد المنهج المتبع في بحثه بغية الوصول لنتائج موضوعية دقيقة، وطبيعة بحثنا تتطلب توفير معلومات دقيقة و عميقة بالوقوف على كل من التفاصيل الحياتية، العلائقية والاجتماعية حول الحالات والتي لا يمكن دراستها إلا من خلال المنهج العيادي الذي يعتبر من أحد المناهج الرئيسية في مجال الدراسات النفسية.

1.1. المنهج العيادي:

يعرفه نهاد عبد الوهاب محمود أنه: "منهج يقوم على أسلوب دراسة الحالة بصورة كلية شاملة لكونها حالة منفردة في خصائصها وبنائها النفسي، فالطريقة الإكلينيكية تخدم مجال الدراسات للحالات السوية والمرضية بغرض الوصول إلى فهم خصائص الحالة والتشخيص والتنبؤ والعلاج لها". (نهاد عبد الوهاب

محمود، 2012، 23)

يقوم المنهج العيادي على دراسة الحالة التي تعتبر كوسيلة ومكمل له، فهي أنجع تقنية بحثية للتقييم النفسي، وطبيعة بحثي تتطلب الإحاطة الشاملة بكل الجوانب الحياتية للحالات والكشف عن مختلف الجوانب النفسية أيضا (المشاعر، الأحاسيس، الأفكار، الرغبات، الميولات وغيرها).

2.1. دراسة الحالة:

يعرف فكري لطفي متولي دراسة الحالة أنها: "منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي تم جمعها عن الفرد وعن البيئة التي يعيش فيها، أو هي عبارة عن تحليل دقيق للموقف العام للفرد وبيان الأسباب التي دعت إلى الدراسة". (فكري لطيف متولي، 2012، 22)

2. حدود البحث:

تعتبر حدود البحث خطوة أساسية في نجاحه حيث تمكن الباحث بالقيام بعملية التجريد وحصر فكره في نطاق الموضوع.

1.2. الحدود البشرية:

" تشمل الأشخاص الذين سيضملمهم البحث". (محمود سرحان علي المحمودي، 2019، 106)

لقد شمل البحث على حالتين، جنس ذكر، كلاهما في سن الرشد، يعانيان من الإعاقة الحركية المكتسبة، تم اختيارهم بطريقة قصدية وعلى أساس ما تتوفر فيهم من صفات تتلاءم مع موضوع البحث.

2.2. الحدود الجغرافية:

" تمثل النطاق الجغرافي الذي سيضملمه البحث". (نفس المرجع، 2019، 106)

لقد تمت الدراسة بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي التابع للمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.

3.2. الحدود الزمنية:

" تتمثل الفترة الزمنية التي يغطيها البحث". (نفس المرجع، 2019، 106)

لقد تمت الدراسة النظرية في الفترة الممتدة من فيفري-2024 إلى أبريل-2024.

والدراسة التطبيقية في الفترة الممتدة من مارس-2024 إلى جوان-2024.

كما امتدت فترة التربص الميداني من 03 مارس 2024 إلى غاية 03 ماي 2025.

3. أدوات البحث:

تختلف أدوات البحث المستعملة باختلاف طبيعة البحث والأهداف المراد الوصول إليها، والأدوات التي

اعتمدت عليها:

1.3. المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية أداة بارزة وهادفة للحصول على المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها باستخدام وسائل

أخرى، وبناء على ذلك فالهدف منها في هذا لبحث هو الالتقاء بالحالات بشكل مباشر.

تعريفها:

يعرفها إبراهيم عسكر (1998) أنها: "موقف تواصل لفظي (محادثة) بين إثنين أو أكثر، بهدف الوصول

إلى معلومات من أحد الطرفين (الحالة أو المريض) أو التعديل من جوانب معينة من سلوكه". (نهاد عبد

الوهاب، 2012، 40)

كما أن طبيعة البحث تستدعي اختيار المقابلة النصف موجهة والتي تعتبر من أكثر التقنيات استعمالا من

طرف الباحثين، كما تتيح للحالات بتزويدنا بالمعلومات والتوضيحات الكافية من خلال الأسئلة المحورية.

1.1.3 المقابلة النصف موجهة:

يعرف العويضة سلطان بن موسى (2003) هذا النمط من المقابلة يأخذ موقف وسط، حيث يقدم

الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو الرؤوس، مواضيع بدل الأسئلة

الموجهة.

2.3. الملاحظة العيادية:

الملاحظة من الأدوات الأساسية في البحث العلمي، وأفضل وسيلة لجمع المعلومات في المجال النفسي حيث يتم تسجيل مظاهر السلوك في الوقت الذي يتم فيه، والهدف من استعمال الملاحظة في بحثي هو التعرف على الانفعالات والمشاعر والأحاسيس والأفكار وغيرها.

تعريفها:

" متابعة سلوك معين بهدف تسجيل البيانات بغرض استخدامها في تفسير وتحليل مسببات وآثار ذلك

السلوك ". (محمد سرحاني علي المحمودي، 2019، 150)

كما اعتمدت على الملاحظة العيادية بنوعها (المباشرة وغير مباشرة).

1.2.3 الملاحظة المباشرة:

الملاحظة التي يقوم فيها الباحث بملاحظة سلوك الأفراد الذين يقوم بملاحظتهم في مواقف طبيعية،

يتصرفون خلالها على حريتهم أو سجيبتهم « . (فكري لطيف متولي، 2012، 63)

2.2.3 الملاحظة الغير مباشرة:

تتيح فرصة جمع بعض المعلومات والاستنتاجات وتسجيلها بناء على ما تم ذكره من طرف الحالة. (نفس

المرجع، 2012، 64)

3.3. الإختبارات النفسية:

تساعد الإختبارات النفسية على إعطاء تقييم دقيق عن الحالة وتحديد المشكلات التي تعاني منها من

خلال الأفكار، المشاعر، الميول، الاتجاه بالإضافة إلى تحديد نقاط الضعف والقوة لديه.

تعريفها:

مقياس موضوعي مقنن، لعينة من السلوك تختار بدقة بحيث تمثل السلوك المراد اختياره تمثيلاً دقيقاً. في هذا الموقف يطلب من المفحوص القيام بعمل معين، ثم تقدر النتيجة على أساس درجة صحة الاستجابة، ومقدارها المستخدم. (فيصل عباس، 1996، 11)

تتوفر للباحث مجموعة من الإختبارات التي تختلف حسب متطلبات بحثه ومن الإختبارات التي تخدم بحثي:

1.3.3. مقياس بيك للاكتئاب:

عبارة عن قائمة تتضمن مجموعة من الجمل التي تظهر الأحاسيس والمشاعر التي تغطي أدق وصف للحالة النفسية وتغطي جميع أعراض الاكتئاب في صورته الشاملة وتعطينا صورة للشعور السائد خلال السبعة أيام الماضية بما في ذلك يوم تطبيق المقياس. (أحمد أبو سعد، 2011، 156)

بنود المقياس (أنظر الملحق رقم 02)

طريقة الاستخدام:

تتضمن بنود المقياس مجموعات من الجمل (21 مجموعة) كل مجموعة تتضمن أربع جمل تصف مختلف المشاعر والأحاسيس والأفكار، يقوم فيها الشخص أو المفحوص باختيار الجملة المناسبة أو الجملة التي تكون أكثر انطباقاً عليه من كل مجموعة، في حالة وجود عدة جمل مطابقة لحالته النفسية خلال السبعة أيام الماضية بما في ذلك يوم تطبيق المقياس. (نفس المرجع، 2012، 103)

طريقة التصحيح:

يتم وضع العلامة الكلية من خلال جمع الأرقام التي تقابل كل جملة تم اختيارها من كل مجموعة والتي تتراوح بين (0 - 63) حيث يمثل رقم كل جملة درجة العبارة.

مثال: إذا كانت إجابة رقم 01 بأني أشعر بالحزن في بعض الأوقات والتي يقابلها علامة 01 يتم جمعها مع علامة المجموعة رقم 02 وهكذا. (نفس المرجع، 2012، 108)

طريقة تفسير النتائج:

يتم تفسير النتائج كالتالي: جدول رقم 1 يمثل سلم تقييم مقياس بيك للاكتئاب

الدرجة	العلامة
لا يوجد اكتئاب	9 - 0
اكتئاب بسيط	15 - 10
اكتئاب متوسط	23 - 16
إكتاب شديد	24 فما فوق

(نفس المرجع، 2012، 108)

4.3 استمارة دراسة الحالة:

تم تصميم دراسة نموذج دراسة الحالة بما يتناسب ويتوافق مع طبيعة البحث. (أنظر الملحق رقم 03)

خلاصة:

قمنا في هذا الفصل بعرض خطة البحث ومختلف الإجراءات الميدانية، وتحديد أدوات البحث وعرضها،

كما تم التعريف بحدود البحث.

معرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

تم تقديم الحالات في هذا الفصل وتحليلها ومناقشة نتائجها قصد فحص مدى صحة الفرضيات المقترحة في هذا البحث، على ضوء الدراسات السابقة باتباع منهجية منظمة بهدف تحقيق فهم اعمق ودقيق لموضوع البحث.

1. عرض وتحليل النتائج:

. عرض الحالات :

❖ الحالة الاولى:

تقديم الحالة

- الاسم الكامل: ل. إ
- السن: 44 سنة
- الجنس: ذكر
- الجنسية: جزائرية
- الوزن: 62 كلغ
- الطول: 1.70
- المستوى التعليمي جامعي (تخصص انجليزية)
- المهنة: رجل اعمال في مجال البناء
- الحالة الاجتماعية: متزوج
- الوضع الاقتصادي: جيد
- نوع الاعاقة: اعاقة حركية على مستوى الاعضاء السفلى
- السبب: حادث سقوط أثناء العمل

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول المقابلات جدول رقم 2 يمثل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى

الملاحظة	الهدف	التاريخ التوقيت	المكان	المقابلة
موافقة الحالة على اجراء الدراسة	حصة تعارف وبناء علاقة ثقة وتفاهم وتوضيح الهدف من الدراسة	2024 /03/03 د20	مصحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	01
	التطرق لتاريخ الطبي للحالة وتفهم مشكلاته الصحية وتحديد الأعراض الجسمية التي يعاني منها	2024/03/05 د30	مصحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	02
	فهم أعمق لتأثير الظروف العائلية والاجتماعية على الصحة النفسية والجسمية للحالة	2024/03/07 د45	مصحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	03
	إعطاء رؤية عميقة للحالة النفسية وتحديد الأعراض التي يعاني منها وإعطاء فكرة تمهيدية للمقياس النفسي	2024/03/10 د45	مصحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	04
تم تطبيق المقياس النفسي في ظرف 3 دقائق	تطبيق المقياس النفسي (بيك للاكتئاب)	2024/03/12 د15	مصحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	05

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

06	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	2024/03/14 20	إعطاء حوصلة شاملة عن كل المقابلات بطريقة داعمة ومحاولة مناقشة نتائج المقياس النفسي.	عدم مناقشة نتائج المقياس النفسي نظرا للانفعال السريع للحالة. اكتئاب شديد بدرجة 54°
----	---	------------------	--	---

تحليل المقابلات:

المقابلة الاولى :

تمت المقابلة بالتعرف على الحالة ل. إ عن طريق تقنية كسر الجليد، ثم تم التعريف بنفسه ومصارحته بهدف الدراسة وحدودها والحصول على موافقته، ثم استئذانه بالتسجيل الكتابي لغرض البحث العلمي وتأكيد على مبدأ السرية وتحديد الوقت المتاح للمقابلات ثم التأكد من راحته خلال المقابلة من اجل جمع بعض المعلومات الأولية عنه والتمهيد للحصة المقبلة .

المقابلة الثانية :

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ الطبي للحالة من أجل تفهم مشكلاته الصحية، وتم طرح مجموعة من الاسئلة المحورية التي تساعد في جمع اكبر قدر من التفاصيل حول وضعه الصحي، و من خلال المقابلة تبين ان " ل. إ" كان يتمتع بالحياة مستقرة وصحة جيدة ولا يعاني من اي أمراض عضوية او نفسية الى يوم وقوع حادث السقوط من الطابق العلوي الثاني اثناء العمل مند حوالي اربع اشهر، الامر الذي تسبب في إصابته بشلل النصف على مستوى الاعضاء السفلى من الجسم، ما جعله يدخل في غيبوبة يصارع فيها الموت لمدة خمسة ايام، و بعد استقرار حالته الصحية نوعا ما دخل في مرحلة البحث عن العلاج في العديد من المستشفيات وهو في حالة ذهول و صدمة، و خضع لثلاث عمليات جراحية فاشلة على مستوى

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

العمود الفقري الامر الذي زاد من قلقه بشأن صحته التي يراها ويصفها بالسيئة بسبب عدم قدرته على التحكم بأعضائه السفلى او احساس بها ولا حتى الاحساس بالألم ، و ان أكثر شيء تم ملاحظته خلال المقابلة هي مشاعر الرفض لوضعه الصحي الذي يجعله غير قادر على المشي مجددا ، و ملامح وجهه التي يطغى عليها الحزن و الألم النفسي الذي يبدو من خلال حديثه و نبرة صوته المنكسرة ، و من خلال وصفه لتجربته الحالية مع العلاج الفزيائي و التأهيل الوظيفي فيبدو وكأنه متجاوب مع العلاج الذي حسن من وضعه و جعله يستطيع الجلوس بالمساعدة بعد ما كان مستلق فقط ، ولكن بالرغم من وجود التكفل الطبي و النفسي الكامل الا ان الأفكار السلبية تظغى عليه باستمرار و يظهر ذلك فيعدم تقبل رؤية نفسه جالسا على الكرسي المتحرك و نظرتة السلبية بخصوص نتائج العلاج لأنه يتوقع الأكثر دائما، و فقدان الامل بشأن إكمال برنامجه العلاجي لغاية الشفاء بحجة ان حياته قد انتهت، اما فيما يخص العلاج الدوائي فوضعه الطبي لا يحتاج لذلك بينما يعتمد على المنومات و مسكنات الألم عند الحاجة.

المقابلة الثالثة:

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ العائلي و الاجتماعي بهدف فهم طبيعة العلاقات وتبين من خلال المقابلة أن، "ل. إ" ينتمي لأسرة متوسطة يصفها بالمتماسكة و المتحدة ، تتكون من الاب و الام المتوفين و ست إخوة من بينهم أربعة ذكور و اثنين إناث و يأتي ترتيبه الثاني بين إخوته ، و يصف علاقته بوالديه بالجيدة الا ان حسرتة و تأثره بادية عليه أثناء حديثه عن والدته التي تمنى وجودها معه في الاوقات الصعبة التي يمر بها ، اما بالنسبة لأخوته فيشعر بالامتنان لهم لما يقدمونه من دعم نفسي و مادي له و لزوجته و بناته الثلاث ، امر الذي جعله لا يفكر سوى في وضعه الصحي معظم الوقت، اما بنسبة لزوجته و بناته التي أعمارهم 4-6 و مولدة حديثه، فهو يصرح أنه يلوم نفسه باستمرار والعدم قدرته على تحمل مسؤوليتهم و الوجود معهم خاصة أثناء ولادة التي لن تحظى بوجود ابوها في حياتها، و خوفه مما يخبأه له المستقبل اتجاه أسرته بالرغم من تقبل زوجته لإعاقة و دعمها له، أما بنسبة لعلاقاته مع الآخرين فلديه رغبة في

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الانعزال و عدم التواصل معهم، ويظهر ذلك من خلال رفضه للاستقبال الزوار في المستشفى و بقاءه في المستشفى حتى ايام العطل الأسبوعية لتفادي لقاء الاقارب والاصدقاء و زملاء العمل الذي يزورونه بحجة انهم يشفقون عليه و يذكرونه دائما بوضعه الصحي الذي يشعره بأنه عالة على المجتمع و أنه فقد أهميته ودوره الفعال بعد ما كان منطلقا في الحياة.

المقابلة الرابعة:

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ نفسي، وتبين من خلال المقابلة " ل. إ " ولد وولادة طبيعية وعاش طفولة ومراهقة رائعة ، ووصف حالته النفسية سابقا بالمستقرة، إلا ان الحادث الذي تعرض له قلب موازين حياته وادخله في صدمة نفسية قوية مما جعله يعيش في حالة من الحزن و الخوف و عدم تقبله لذاته لدرجة انه اصبح يعتبر حياته جحيما وما يحدث له هو انتقام للأمر قد اخطأ في حقه سابقا ، كما انا فقدانه لوزنه بسبب تغير نمطه الغذائي وفقده للشهية شغل له انزعاجا كبيرا بالإضافة الى انه اصبح يجد صعوبة في النوم بسبب التفكير المفرط والاستيقاظ المتكرر بسبب اضطرابات الاخراج وايجاد صعوبة في العودة للنوم مجددا ، والملاحظ ايضا انه لم يفقد اهتماماته بشكل كلي خاصة العمل الا انه يشعر بفقدان المتعة احيانا بسبب إعاقته وشعوره بمحدودية طاقته وقدراته الجسمية، و برغم من انه لا يزال يتمتع بقدراته العقلية الا انه غير راضي عن اي شيء يحدث في حياته حاليا ، كما يرى نفسه غير قادر على اتخاذ القرارات بشأنه وبشأن اسرته بالإضافة الي التفكير في الموت الذي يعتبره ارحم من العيش فوق كرسي متحرك، اما بالنسبة لأكثر شيء ثم ملاحظته من خلال المقابلة هو انكاره لحقيقة معاناته النفسية التي تشعره بتدهور حالته الصحية أكثر فأكثر ويظهر ذلك في قوله "أنا معنديش اكتئاب" و في اخر المقابلة حاولت إعطاءه فكرة تمهيدية عن مقياس بيك للاكتئاب.

المقابلة الخامسة:

تمت المقابلة بإجراء محادثة روتينية حاولت فيها تفسير الحالة "ل. إ" عن طبيعة مقياس بيك للاكتئاب وكيفية اجراءه بطريقة مسطحة وواضحة، مع الحرص على عدم اعطائه اي تلميحات تزعجه بالنسبة لحالته النفسية، كما حرصت على ان يكون المختبر في وضعية مريحة وهادئة خالية من المشتتات، وبعد فهمه الجيد للتعليمية واستعداده ثم تطبيق المقياس النفسي من طرفه في ظرف ثلاث دقائق.

المقابلة السادسة:

تمت المقابلة بالتحدث مع "ل. إ" عن وضعه الصحي ورأيه في التمارين الحركية والتحدث عن التحسنات التي وصل إليها، وبعد ذلك حاولت إعطائه لمحة عامة عن حالته النفسية بطريقة داعمة ومبسطة بعيدة عن توظيف المصطلحات العلمية، كما حرصت على إعطائه كل الحرية للتعبير عن افكاره ومشاعره، إلا أنه أبدى بعض الانزعاج، وبالرغم من موافقته على عملية التقييم النفسي إلا أنني تفاديت إعطائه نتيجة القياس نظرا لإنكاره لمعاناته النفسية وسرعة انفعاله اتجاه ذلك، أما بالنسبة للنتائج فأظهرت معاناته من اكتئاب الشديد بدرجة 54، وفي الأخير حاولت تقديم بعض النصائح كعامل المريض كصديق بهدف التخفيف من اعباءه النفسية.

حوصلة المقابلات:

الحالة "ل. إ" البالغ من العمر 44 سنة، رجل أعمال في مجال البناء، صاحب مستوى جامعي، متزوج منذ سبع سنوات وله ثلاث بنات أعمارهم 4-6 - مولودة حديثة، والداه متوفين له ست إخوة (4 ذكور، 2 إناث) ويأتي ترتيبه الثاني بين اخوته، وضعه الاقتصادي جيد، لم يعاني من أي أعراض عضوية أو عصبية أو نفسية طوال حياته، أصيب منذ حوالي 4 أشهر بشلل نصفي على مستوى الأعضاء السفلى بسبب حادث سقوط من الطابق العلوي الثاني أثناء أداءه لمهامه في العمل، خضع لثلاث عمليات جراحية فاشلة على مستوى العمود الفقري، ويتواجد حاليا في مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، أين تم

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

مقابلته عه لمحاولة التعرف على حالته النفسية، ومن خلال المقابلات تبين أن "ل . إ" شخص تيقن التعبير عن أحاسيسه وأفكاره وييدي حساسية زائدة وانفعالات سريعة أحيانا وتطغى عليه ملامح الوجه الحزين والصوت المنكسر.

ولد ولادة طبيعية ويذكر أنه حظى بطفولة ومراهقة سعيدة ويعتبر نفسه شخصا منطلق في الحياة ويحظى بحياة مستقرة إلى يوم وقوع الحادث الذي غير حياته وشكل له صدمة نفسية قوية جعلته يحس بالضياع وعدم القدرة على تقبل الإعاقة، ومع مرور الأيام بدأت حالته النفسية تتدهور تدريجيا ووضعته الصحي يتحسن تدريجيا كذلك إلى أن أصبح يستطيع الجلوس بالمساعدة لكنه بقي لا يستطيع استرجاع كل مهاراته الحركية ما جعله يعيش حالة من الحزن وفقدان الأمل بسبب ارتفاع مستوى توقعاته في الشفاء والذي يعتبر شبه مستحيل علميا، كما أنه أصبح منشغل بشكل مفرط بوضعه الصحي ويلوم ذاته لعدم قدرته على تحمل مسؤولية أسرته ويجهل ما يخبئه له المستقبل، وبالرغم من أنه يحظى بعلاقات جيدة خاصة مع أفراد أسرته وعائلته الكبيرة وزملائه في العمل الذين يقدمون له كل الدعم المادي والمعنوي له ولزوجته التي تدعمه وتسانده هي الأخرى، إلا أنه أصبحت لديه رغبة ملحة في الانعزال عن الآخرين وعدم الرغبة في التواصل معهم لدرجة أنه لا يرغب الذهاب لبيته لتقادي الالتقاء بالزوار الذين كلما التقى بهم زاد شعوره بفقدانه لقيمتهم الذاتية، كما لوحظ أيضا أن لديه مشاعر لوم الذات من خلال قوله أن كل ما يحصل له هو عقاب لشيء قد اخطأ في حقه سابقا، ومن الأمور التي تشكل له ازعاجا هي فقدانه للوزن بسبب فقدانه للشهية والذي جعله نحيف وعلامات المرض بادية عليه، بالإضافة إلى معاناته من اضطرابات النوم (الأرق - الاستيقاظ المتكرر - صعوبة العودة إلى النوم) بسبب اضطرابات عن الإخراج وبعض الالتهابات على مستوى العضو التناسلي.

والملاحظ أيضا أنه لا يفقد اهتماماته بصفه كلية خاصة ما يتعلق بعمله إلا أنه يشعر بفقدان المتعة أحيانا بسبب محدودية قدراته الجسمية ما يجعله غير راض عن نفسه وعن أي شيء يحدث في حياته حاليا،

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

ويفكر في الموت الذي يعتبره أرحم من العيش فوق الكرسي المتحرك الذي يرفض تماما فكرة الجلوس فيه واستعماله.

من خلال المقابلات تبين أن الحالة لديها انكار تام للمرض ويرفض أي حديث عن حقيقة مراده ومعاناته النفسية، كما يرفض الاعتراف بذلك بسبب رعبه وقلقه وشعوره بثقل المعاناة كما لا يقبل أي تلميح من طرف الآخرين يشعره بالعجز وعدم الشفاء، وهذا هو السبب الذي جعلني أتقاضي إخباره بنتائج مقياس بيك الذي تم تطبيقه في ظرف 3 دقائق وأظهرت نتائجه معاناته من الاكتئاب الشديد بدرجة 54، باعتبار أنه يمر بمرحلة مهمة من مراحل الاكتئاب.

❖ الحالة الثانية:

تقديم الحالة:

- الاسم الكامل: ز.و.
- السن: 37 سنة
- الجنس: ذكر
- الجنسية: جزائرية
- الوزن: 80 كلغ
- الطول: 1,84
- المستوى التعليمي: ثانية ثانوي
- المهنة: تجارة الملابس الجاهزة
- الحالة الاجتماعية: مطلق
- الوضع الاقتصادي: متوسط

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

• نوع الإعاقة: إعاقة حركية على مستوى الأعضاء السفلى

• السبب: حادث بالدراجة النارية

جدول المقابلات جدول رقم 3 يمثل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية

الملاحظة	الهدف	التاريخ التوقيت	المكان	المقابلة
موافقة الحالة على إجراء الدراسة	حصة تعارف وبناء علاقة ثقة وتفاهم وتوضيح الهدف من الدراسة	2024/04/14 د15	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	01
	التطرق للتاريخ الطبي للحالة وتفهم مشكلاته الصحية وتحديد الأعراض الجسمية التي يعاني منها	2024/04/16 د20	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	02
	فهم أعمق لتأثير الظروف العائلية والاجتماعية على الصحة النفسية والجسمية للحالة	2024/04/18 د30	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	03
	إعطاء رؤية عميقة للحالة النفسية وتحديد الأعراض التي يعاني منها وإعطاء فكرة تمهيدية للمقياس النفسي	2024/04/21 د30	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	04

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تم تطبيق المقياس في مدة 10 دقائق	تطبيق مقياس بيك	2024/04/23 د15	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	05
اكتئاب شديد بدرجة 48°	إعطاء حوصلة حول كل المقابلات بطريقة دامة ومحاولة مناقشة نتائج المقياس النفسي.	2024/04/25 د20	مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي	06

تحليل المقبلات:

المقابلة الاولى:

تمت المقابلة بالتعرف على حالة "ز،م" عن طريق تقنية حوار كسر الجليد، ثم التعريف بنفسه ومصارحته بهدف الدراسة العلمية وحدودها من أجل الحصول على موافقته، في بادئ الأمر ظهرت عليه بعض مؤشرات التردد وعدم الرغبة في المشاركة لكن وبعد تأكيد على مبدأ السرية التامة وأهمية دراسة الجوانب النفسية لذوي الإعاقة الحركية وتوضيح مجريات الدراسة حصلت على موافقته وتم تحديد الوقت المتاح للمقبلات، وجمع بعض المعلومات عنه، والتمهيد للمقابلة اللاحقة، ان اكثر شيء تم ملاحظته في سلوك الحالة هو صعوبة التواصل معه والحالة مزاجية المتقلبة، و بالرغم من ذلك سعيت قدر الإمكان في تفهم وضعيته.

المقابلة ثانية:

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ الطبي للحالة " ز.م " من اجل تفهم مشكلاته الصحية، وتم طرح مجموعة من الأسئلة المحورية حول وضعه الصحي، ومن خلال المقابلة تبين أنه تعرض لحادث أثناء قيادته لدراجة نارية منذ حوالي سنة ونصف، ما تسبب له في إعاقة حركية على مستوى الأعضاء السفلى من الجسم وكسر على مستوى الكتف والرقبة، ودخوله العناية المركزة لما يقارب شهر، وفي الأسابيع التي تلت استنقاظه من الغيبوبة لم يكن لديه الوعي الكامل بحالته، لكن و بعد فترة تحسن وضعه بدأ يستوعب عدم إحساسه

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

بأطرافه السفلى وشعوره بالتقييد الأمر الذي أثار قلقه وجعله يقوم بنوبات متكررة من الغضب بسبب عدم القدرة على تقبل الإعاقة، كما أنه خضع لعمليتين جراحيتين على مستوى العمود الفقري وعملية فاشلة على مستوى الكتف بسبب خطأ طبي أحدث اعوجاجا وتشوها في الكتف، بالإضافة إلى معاناته من الربو منذ طفولته والأمر الذي زاد من صعوبات التنفس لديه بعد إصابته بالإعاقة، ويعاني حاليا من آلام متكررة في الكتف والرقبة وتشنجات عضلية وتورم وتعفن على مستوى الرجل اليسرى الأمر الذي يشكل مصدر قلق وخوف. من بتر ساقه، اما بالنسبة لتجربته الحالية مع العلاج فلديه نظرة سلبية وفاقد كل الامل في الشفاء اما بالنسبة للعلاج الدوائي فهو يعتمد على ادوية الربو بشكل دائم بالإضافة الى ما يصفه له الاطباء من مضادات حيوية ومسكنات الالم .

المقابلة الثالثة :

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ العائلي والاجتماعي للحالة بهدف فهم طبيعة علاقاته، وتبين من خلال المقابلة أن "ز.م" مطلق منذ حوالي اربع سنوات وليس له اطفال، وينتمي للأسرة بسيطة ميسورة الحال تتكون من الاب الذي يعمل سائق ومن الام الماكثة في البيت، وهو الاخ الوحيد لأربع اخوات إناث، ومن خلال حديثه تبين أن علاقاته جيدة مع أمه ومتوترة مع الأب بسبب المشاكل والصراعات الأسرية التي مروا بها سابقا، وأما بالنسبة لعلاقاته مع أخواته فليست وطيدة بحجة أنهم متزوجات ولكل حياتها الخاصة، كما ذكر من خلال حديثه أن امه هي المساندة الاولى والداعمة الوحيدة له، في الوقت الذي تخلى عنه الجميع (يقصد الاب وخطيبته) و بالتالي اصبح يعتبر ان الإعاقة كشفت له حقيقة الاشخاص الذين اشعروه انه مرفوض وغير مرغوب فيه، ما جعله يدخل في حالة من الحزن والغضب و فقدانه الثقة بالجميع الذين حسبه لا يفهمون معاناته ان اكثر ما تمت ملاحظته من خلال المقابلة هو سرعة الغضب والتهيج عن حديثه عن علاقاته.

المقابلة الرابعة:

تمت المقابلة بالتطرق للتاريخ النفسي للحالة وتبين ان "ز.م" عاش طفولة ومراهقة صعبة و نشأ في بيئة متوترة بسبب الصراعات الأسرية ومعاملة والده السيئة لهم، ما جعله يعيش في حالة من عدم الاستقرار النفسي والعنوانية في السلوك، ويذكر انه اتجه في فترة المراهقة الى استهلاك المخدرات و تخلى عن دراسته، وبقي على هذا الحال حتى مرحلة شبابه اين مر بالكثير من المطبات والتجارب السلبية كدخوله السجن وطلاقه، اما بنسبة لحالته النفسية الحالية فهو لا يرى سوى خيبات الأمل ويصف حياته بالكابوس المزعج و انه يحس بقلق عند تذكره لحادث الدراجة حيث يقول أنه لا يستطيع استيعاب أو تصديق ما حدث له. كما يشعر أنه فقد السيطرة على حياته، وغالبا ما يفكر في مصيره وأصبح لا يبالي بأي شيء في حياته ومتشائما تجاه تحسن وضعه مما يجعل الأفكار الانتحارية مع عدم وجود خطة معينة.

إن أكثر شيء تم ملاحظته من خلال المقابلة هو صدور ردود فعل غاضبة ومستفزة وغير متناسبة مع المواقف المختلفة، وشعوره بالهيجان بسهولة بسبب شعوره بالرفض والرغبة في الانطواء على الذات، لتفادي المشابكات مع الآخرين.

المقابلة الخامسة:

تمت المقابلة بإجراء محادثة روتينية مع الحالة حاولت فيها شرح طبيعة مقياس بيك للاكتئاب، وكيفية إجرائه بطريقة مبسطة. كما حرصت على أن تكون الحالة في وضعية مريحة قدر المستطاع. وبعد فهمه الجيد للتعليمية، يتم تطبيق المقياس النفسي في مدة 10 دقائق.

المقابلة السادسة:

تمت المقابلة بالتحدث مع الحالة عن وضعه الصحي. وبعد ذلك، حاولت تقديم حوصلة عن المقابلات من خلال تقديم الأعراض التي يعاني بشكل تدريجي وبلغة مبسطة. كما حرصت على إعطائه كل الحرية للتعبير عن أفكاره ومشاعره، وبعد الحصول على موافقته على التقييم النفسي، قدمت له نتيجة الاختبار،

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

التي أظهرت معاناته من اكتئاب شديد بدرجة 48 حيث بدا غير مكترث للنتيجة، وفي الأخير، أكدت له أن النتيجة السلبية ليست ثابتة، بل يمكن تغييرها من خلال بعض الخطوات الفعالة التي يمكن اتخاذها لاحقاً.

حوصلة المقابلات:

الحالة " ز. م " البالغ من العمر 37 سنة، يعمل في تجارة الملابس الجاهزة، مستوى الدراسي الثانية ثانوي، مطلق منذ حوالي 4 سنوات وليس لديه أطفال، وكان على وشك زواج آخر لم يتم بسبب إعاقته، والده سائق وأمّه ربة بيت وله أربع اخوات إناث متزوجات، يأتي ترتيبه الثالث بين اخواته، وضعه الاقتصادي متوسط، يعاني منذ طفولته من الربو ولا يعاني من أية أمراض عصبية أو نفسية ولم يزر أخصائياً نفسياً من قبل. أصيب بشلل نصفي على مستوى الأعضاء السفلى وكسر على مستوى الرقبة والكتف بسبب حادث أثناء قيادته لدرجته النارية، خضع لعمليتين على مستوى العمود الفقري وعملياته فاشلة على مستوى الكتف مما أدى إلى اعوجاج وتشوه الكتف، كما يعاني من تورم وتغضن على مستوى الرجل اليسرى مما يزيد من احتمال بتر ساقه أو جزء منها، بالإضافة إلى أنه يعاني حالياً من صعوبات التنفس وآلام متكررة وتشنجات عضلية أحياناً ويعتمد في دوائه على ما يصفه له الأطباء من مسكنات للألام والمضادات الحيوية ودواء الربو. يتواجد حالياً في مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، أين تم مقابلته، ومن خلال المقابلات تبين ان " ز.م " شخص عصبي وحاد الطباع، متقلب المزاج ويطغى عليه المزاج الحزين، عدواني ومستفز في تعامله الأمر الذي سبب لي بعض الصعوبات في التواصل معه، لكن وبالرغم من ذلك سعيت قدر الإمكان تفهم وضعيته، كما تبدو ملامح وجهه غاضبة ونظرته حادة.

لا يملك أدنى معلومات حول طبيعة ولادته، ويذكر أنه حظى بطفولة ومراقبة صعبة بسبب الصراعات الأسرية التي مر بها سابقاً خاصة مع والده، ويعتبر نفسه شخصاً غير مرغوب فيه وغير محبوب خاصة بعد إعاقته التي يرى أنها كشفت له حقيقة المحيطين به وغيرت نظرته للحياة، يذكر أيضاً أنه لم يحظى

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أبدا بالاستقرار النفسي في الحياة ومر بالكثير من التجارب السلبية كدخوله السجن والطلاق ومعاملة والده السيئة له سابقا التي دفعته إلى التخلي عن دراسته واتجاهه إلى استهلاك المخدرات، ويذكر أن أمه هي الداعمة الوحيدة حاليا بعد تخلي خطيبته عنه بسبب ضغط عائلية، ما جعله يصف حياته بالكابوس المزعج. أما بالنسبة لرده فعله اتجاه الإعاقة فكان في غيبوبة لما يقارب شهر بعد الحادث، وبقي عدة أسابيع غائبا عن الوعي إلى أن تحسنت حالته، أين بدأ شيئاً فشيئاً اكتشافه لعدم قدرته على الحركة وشعوره بالتقييد ما أثار قلقه وجعله يدخل في نوبات متكررة من الغضب وعدم تقبل الإعاقة، ويقول إنه ما زال لا يستطيع استيعاب وتصديق ما حدث له مما يجعله يشعر بفقدان السيطرة.

من خلال المقابلات توصلت إلى أن الحالة تمر بفترات من الحزن وفترات من الغضب وتليها فترات عدم الاكتراث لأي شيء يحدث في حياته بما في ذلك تحسن وضعه الصحي وفقدانه الأمل في الشفاء والاقتناع بفكرة الموت المحتم، وأما بالنسبة لعلاقاته فييدي ردود فعل غاضبة بحجة عدم تفهم الآخرين له ورفضهم له (خاصة الأب والخطيبة) ما جعله يفقد الثقة في الجميع ويرغب في الانطواء على ذاته لتفادي المشابكات، وغالبا ما يفكر في الانتحار مع عدم وجود خطة معينة، أما بالنسبة لمقياس بيك فقد تم تطبيقه في مدة 10 دقائق، وظهرت النتائج معاناته من الاكتئاب الشديد بدرجة 48، وبعد الحصول على موافقة حول إمكانية اطلاعه على النتائج، أبدى عدم الاكتراث له

2. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

الفرضية العامة:

فيما يخص الفرضية العامة القائلة : تؤثر الإعاقة الحركية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد، فقد تحققت بالنسبة للحالتين، وذلك من خلال نتائج المتحصل عليها من المقابلات وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي أكدت إجاباته صحة الفرضية بشكل كبير، حيث تبين من خلال المقابلات أن الحالتين تعانين من زملة من الأعراض الاكتئابية التي ظهرت بسبب الإصابة بالإعاقة، وتتمثل الأعراض في الحزن والقلق، عدم

الفصل الخامس: محرض وتحليل ومناقشة النتائج

تقبل الذات، فقدان الأمل، الخوف من المجهول، الانعزال والانطواء على الذات، فقدان القيمة، فقدان المتعة، نقص التفاعل، الشعور بالتقييد، بالإضافة إلى أن الحالة الأولى تعاني من أعراض أخرى كالحساسية الزائدة، الإحساس بالضيق، التفكير المفرط، لوم الذات، فقدان الشهية وفقدان الوزن، اضطرابات النوم، أفكار عن الموت، أما بالنسبة الحالة الثانية فتعاني من أعراض أخرى أيضا كتقلب المزاج، الهياج النفسي، عدم الاكتراث واللامبالاة، مشاعر الرفض، الشعور بالعجز، نوبات متكررة من الغضب، العدوان اللفظي، الأفكار الانتحارية مع عدم وجود خطة معينة .

ومنه توصلنا إلى أن الإعاقة الحركية تسبب انعكاسات سلبية على نفسية الراشد المعاق، فتؤدي به إلى الإصابة بالاكتئاب بالرغم من اختلاف الإعاقة وسبب حدوثها واختلاف الضغوطات اليومية والصراعات النفسية التي يعيشونها، وهذا ما تؤكدته دراسة نلسن وجروفر 1978 التي حاولت التعرف على تأثير الإعاقة الجسدية على صورة الجسم وتقدير الذات بحيث توصلوا إلى أن هناك تقدير منخفض لدى المعاقين جسديا فالفرد المعاق يكون صورة ذهنية مشوهة اتجاه الذات الجسمية مما ينعكس على أفكاره وسلوكه وتفاعله مع الآخرين. كما نجد كذلك دراسة كميله سدير 2017 التي هدفت إلى التعرف على تأثير الإعاقة الحركية في ظهور الصدمة النفسية لدى ضحايا حوادث المرور وتوصلت إلى ظهور الصدمة النفسية حيث يجد الفرد المعاق نفسه يواجه ما لم يكن في الحساب، وهذا ما حدث تماما مع الحالتين حيث تعرضت الحالة الأولى لحدث سقوط من الطابق العلوي الثاني وتعرضت الحالة الثانية لحدث بالدراجة النارية مما أدخلهم في صدمة نفسية أدت إلى تدهور حالتهم النفسية بالإضافة إلى عوامل أخرى ساهمت في ظهور الاكتئاب.

الفرضية الجزئية الأولى:

فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى القائلة ب: تؤثر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية في ظهور الاكتئاب لدى الراشد، فقد تحققت بالنسبة للحالتين وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلات وتطبيق مقاييس بيك للاكتئاب الذي أكد إصابتهم بالاكتئاب الشديد.

لقد تبين أن عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية تؤثر في ظهور الاكتئاب لدى الحالة الأولى ويظهر ذلك من خلال شعوره بالضيق وعدم القدرة على تقبل الإعاقة وسوء حالته النفسية تدريجياً بالإضافة إلى الانشغال بالتفكير في وضعه الصحي وفقدانه لمباهج الحياة والإنكار التام للمرض وعدم القدرة على الاعتراف به، وهذا ما أكدته بعض العبارات التي اختارها في مقياس بيك للاكتئاب والتي تمثلت في:

✓ لدي شعور عدم الشعور بالرضى والملل من كل الأشياء

✓ أشعر بخيبة الأمل في نفسي

✓ أبكي أكثر من ذي قبل

✓ أشعر ان هناك تغيرات دائمة تطرأ على مظهري تجعلني غير جذاب

أما بالنسبة للحالة الثانية فيظهر ذلك من خلال تعرضه لنوبات متكررة من الغضب بعد اكتشافه الإعاقة وعدم القدرة على تقبل الوضع الجديد، كما أنه لا يستطيع تصديق واستيعاب التغيرات الجسدية التي طرأت على حياته سواء على المستوى الجسدي أو الاجتماعي بالإضافة إلى شعوره بفقدان السيطرة على حياته، وهذا ما أكدته بعض إجاباته في مقياس بيك للاكتئاب والتي تمثلت في:

✓ لدي شعور عدم الشعور بالرضى والملل من كل الأشياء

✓ أشعر بخيبة الأمل في نفسي

✓ أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل

✓ اشعر ان هناك تغيرات دائمة تطراً على مذهري تجعلني غير جذاب

ومن خلال ذلك تتوافق هذه النتائج مع دراسة بوشانان 1992 التي هدفت إلى التعرف على صورة الجسم لدى ذوي الإعاقة الحركية، وتوصل فيها إلى أن المعاقين حركياً يعانون من عدم الرضا عن الذات والنظر بسلبية للذات الجسمية والمعاناة من القلق والاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعالي.

الفرضية الجزئية الثانية:

فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية القائلة ب: تؤثر صعوبة استعادة بعض المهارات الحركية في ارتفاع مستويات الاكتئاب لدى الراشد، فقد تحققت الفرضية بالنسبة للحالة الأولى ولم تتحقق بالنسبة للحالة الثانية، وذلك من خلال ما تم التوصل إليه من خلال مقابلات وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

✓ فبالنسبة للحالة الأولى فإن ارتفاع مستوى توقعاته بالشفاء أو المشي مجددا ووضع أهداف تفوق قدراته الخاصة فيما يخص التمارين العلاجية وعدم الوصول إلى النتائج المتوقعة مما سبب له خيبة أمل والدخول في حالة من الحزن الشديد ونوبات البكاء، مما يرفع من مستويات الاكتئاب لديه وهذا ما أظهرته نتائج الاختبار حيث يعاني من الاكتئاب الشديد بدرجة 54، من العبارات التي تدل على ذلك:

✓ أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع تحملها

✓ لا أستطيع عمل أو انجاز أي شيء على الإطلاق

وهذا ما أكدته دراسة غروبي وحيدة وناصف أميرة 2013_2014 المتمثلة في الاكتئاب لدى المعاقين حركياً جراء حوادث المرور حيث توصلت إلى أن المعاقين حركياً يصابون بالاكتئاب ويتعرضون للمستويات الحادة منه.

أما بالنسبة للحالة الثانية، فبالرغم من أنه يعاني من الاكتئاب الشديد بدرجة 48 على مقياس بيك للاكتئاب إلا أن ارتفاع مستويات الاكتئاب لديه بسبب شعوره باليأس و شعوره بالرفض و عدم الانتماء وفقدانه للدعم

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الاجتماعي حيث يعتبر أن الآخرين لا يقدرّون وضعه ولا يفهمون معاناته مما يدفعه في التفكير في الانتحار، وأما بالنسبة لاستعادته مهاراته الحركية فهو فاقد كل الأمل في ذلك وغير مكترث لتحسن لوضعه الصحي وغير مبال لما يحدث له في حياته ومقتنع بفكرة الموت المحتم.

هذه النتيجة تتوافق بشكل كبير مع دراسة نورس كريم عبيد وعلي خضير الموسوي التي هدفت إلى فهم العلاقة بين الاكتئاب والتمارين الحركية لدى المعاقين حيث توصلوا إلى أن هناك نسبة كبيرة من المعاقين يعانون من الاكتئاب ولديهم رغبات اتجاه التمارين الحركية لكنهم يفتقدون للحافز والدعم.

3 الاستنتاج:

الإعاقة الحركية تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية للفرد، خاصة عندما يتعلق الأمر بالإعاقة الحركية المكتسبة التي تحدث في المرحلة العمرية التي يبحث فيها الفرد على تحقيق الذات، الاستقرار وتحمل مسؤوليات، بحيث أن الإصابة بهذا النوع من الإعاقات الحركية يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب والتعرض للمستويات الحادة منه، كما تعتبر عدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجسدية من العوامل الرئيسية التي تؤثر في ظهور الاكتئاب والتي تؤدي كذلك إلى تأثيرات نفسية عديدة ومختلفة، كالحزن، فقدان الأمل، انخفاض تقدير الذات، النظرة التشاؤمية . اتجاه الذات والآخرين والمستقبل بالإضافة إلى الأفكار السوداوية التي غالبا ما تؤدي إلى التفكير في الانتحار، بالرغم من أن الأفراد المعاقين حركيا يعتبرون من الأشخاص الأكثر عرضة للمستويات الحادة من الاكتئاب إلا أن العوامل المسببة في ذلك تختلف بحكم أن لكل فرد خصائصه البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تجعل منه وحدة قائمة بذاتها.

4. التوصيات:

في ضوء إجراءات البحث وما توصلت إليه من نتائج فالباحث يوصي بـ:

- إن التكفل العاجل منذ اللحظات الأولى للحوادث عن طريق الإسعافات النفسية الأولية يساهم بشكل كبير في الحد من آثار الصدمة الناتجة عن الحوادث، ويساهم أيضا في التخفيف من المشاكل النفسية التي تلي هذه الصدمة والتي عادة تنتهي بالوصول إلى الاكتئاب الشديد، لذلك أصبح من الضروري الاستعانة بالمختصين النفسيين العيادين في جميع شرائح المجتمع بداية بالحماية المدنية والمسعفين، وصولا إلى المستشفى وكل مراحل العلاج.
- الاهتمام بالتكفل النفسي بالأفراد المعاقين حركيا.
- توعية الأطقم الطبية بأهمية الجانب النفسي في حياة المعاقين حركيا خاصة عندما يتعلق الأمر بالإعلان عن المعلومات الخاصة بالأوضاع الصحية.
- وضع برامج توعوية لأسر المعاقين حركيا للمساهمة في تحسن حالتهم النفسية وإدماجهم ضمن المجتمع.
- توفير الأماكن الترفيهية الخاصة بالمعاقين داخل المؤسسات الاستشفائية.

خاتمة



خاتمة:

الأفراد المعاقون حركيا من الفئات الهشة في كل المجتمعات، وغالبا ما ترتبط إعاقتهم بالاكتئاب نظرا للتحديات النفسية والاجتماعية التي تواجههم والقيود التي تفرضها عليهم الإعاقة في حياتهم اليومية ، لذا فمن الضروري إعطاء كل الأهمية لهذه الشريحة من المجتمع من خلال نهج شامل يتعاون فيه مختلف الأخصائيين من أطباء ومعالجين الذين يوفرّون العلاجات المناسبة وتوفير الأجهزة والأدوات التي تساعد في التحسن، وكذا الأخصائيين النفسيين الذين يساعدونه على التعامل مع التغيرات النفسية الناتجة عنا الإعاقة، بالإضافة إلى الأخصائيين الاجتماعيين الذين يساهمون في تثقيف أسرهم ومجتمعاتهم حول طرق تقديم الدعم المناسب لهم وإدماجهم في المجتمع ونقلهم من حالة العالة إلى حالة الإعالة .

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

- ✓ أحمد عبد اللطيف أبو سعد، 2011، دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية، ط2، المملكة الأردنية الهاشمية، ديونو للتعليم والفكر.
- ✓ أحمد نجم، احمد محمد الجابري، محمد عبد العزيز عطية، مصطفى محمد مطر، فن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ✓ أسامة فاروق مصطفى، 2011، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب-التشخيص-العلاج)، ط1، عمان، الاردن، دار المسيرة.
- ✓ ألقت كحلة، 2009، العلاج المعرفي السلوكي والعلاج عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب، دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ✓ انور الحمادي، 2022، معايير، DSM-5-TR ط2.
- ✓ بشرى أيوب شريفة، 2017-2018، علم النفس النمو (الرشد والشيخوخة)، منشورات جامعة تشرين، كلية التربية، مديرية الكتب والمطبوعات في جامعة تشرين.
- ✓ بطرس حافظ بطرس، 2008، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط01، عمان: الأردن دار المسيرة.
- ✓ بول لوران أسون، 2005، التحليل النفسي، ترجمة محمد سيلا، ط03، الدار البيضاء، النجاح الجديدة للطباعة والنشر.
- ✓ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري، ط01، الإسكندرية، العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ✓ حاسب العوالم، ب س، السيكولوجية الاطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)، عمان: الأردن، الأهلية للنشر والتوزيع.
- ✓ حامد عبد السلام زهران، 1997، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط03، القاهرة، عالم الكتب.

- ✓ حسن مصطفى عبد المعطي، 2008، الإعاقة الجسمية، ط1، مكتبة زهراء.
- ✓ الحسيني أيمن، 1994، الاكتئاب والجنس، عين مليلة: الجزائر، دار الهدى للطباعة والنشر.
- ✓ حمدي عبد الله عبد العظيم، 2012، موسوعة الاختبارات والمقاييس، ط1، الجيزة، مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- ✓ خوله أحمد يحيى، 2000، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط01، عمان: الاردن، دار الفكر.
- ✓ خير الدين الزراد فيصل محمد، 1984، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، ب ط، الكويت، دار القلم.
- ✓ ديفيد ورنر، 1992، رعاية الأطفال المعوقين، ترجمه عفيف الرزاز، تحرير غانم بيبي، ط1، ورشة الموارد العربية (الرعاية الصحية وتنمية المجتمع).
- ✓ رشاد علي عبد العزيز موسى، ب س، علم نفس الإعاقة، القاهرة: مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ✓ السيد فهمي علي محمد، 2008، إعاقات الحركة، مصر، دار الجامعة الجديدة للنشر.
- ✓ السيد فهمي علي محمد، 2008، إعاقات الحركة، مصر، دار الجامعة الجديدة.
- ✓ سيفموند فرويد، 1995، مدخل إلى التحليل النفسي، ترجمة جورج طرابيش، ط03، بيروت: لبنان، دار الطليعة للطباعة والنشر.
- ✓ طه عبد العظيم حسين، 2007، علاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط01، مصر، دار الوفاء للطباعة والنشر.
- ✓ عبد الرحمن عيسوى، 1997، السيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، بيروت: لبنان، دار الراتب الجامعية.
- ✓ عبد الستار ابراهيم، 1978، الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه) الكويت، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ✓ عبد الله الرحيم أبو عدس، ب س، الإكتئاب السريري بإجاز، ب ط، مطبعة الشباب.

قائمة المصادر والمراجع

- ✓ عبد الله عسكر، 2001، الإكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ✓ عبد المجيد حسن الطائي، 2007، طرق التعامل مع المعوقين، الأردن، دار الحميد للنشر والتوزيع.
- ✓ عبد المنصف حسن رشوان، 2006، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين)، مصر، المكتب الجامعي الحديث.
- ✓ عزيز عبد المجيد احمد داود، 2006، الإعاقة من التأهيل إلى الدمج (مقدمة حول التأهيل المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين) بيروت: لبنان، مؤسسة مصطفى قانصوه للطباعة.
- ✓ عصام حمدي الصفدي، 2007، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، اليازوري العلمية.
- ✓ علي اسماعيل عبد الرحمن، 2006، مقدمة في الأدوية النفسية، ط01، جامعة الأزهر.
- ✓ فاروق الروسان، 1989، سيكولوجية الأطفال الغير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، عمان، جمعية عمال المطابع التعاونية.
- ✓ فاطمة عبد الرحيم النوايسية، 2013، ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وارشادهم، عمان: الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع.
- ✓ فخري الدباغ، 1982، أصول الطب النفسي، ط03، بيروت.
- ✓ فكري لطيف متولي، 2012، دراسة الحالة في علم النفس، ط1، مكتبة الرشد.
- ✓ فيصل عباس، 1996، الإختبارات النفسية (تقنياتها واجراءاتها) ط1، بيروت: لبنان، دار الفكر العربي.
- ✓ كاترين وولف هلر، باولا - إ-فورني، باول.أ. ألبرتو، شيرود. ج-سينا، مورتون-ن. شوارتزمان، 2014، الإعاقة الجسمية والصحية والاعاقات المتعددة، ترجمه ياسر فارس يوسف خليل، ط1، عمان: المملكة الأردنية الهاشمية، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- ✓ كوام مكنزي، 2013، الاكتئاب، ترجمة زينب منعم، ط01، الرياض
- ✓ لطفي الشربيني، 2001، الاكتئاب (المرض والعلاج)، الإسكندرية، منشأة المعارف.

قائمة المصادر والمراجع

- ✓ لويس وليريت، 2014، الحزن الخبيث (تشريح الاكتئاب)، ترجمه عبلة عودة، مراجعة أحمد خريس، ط01، أبو ظبي، هيئة أبو ظبي للثقافة والسياحة.
- ✓ ماجدة السيد عبيد، 2014، ذوي تحديات الحركية، ط2، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ✓ محمد الحجار، 1983، الطب السلوكي المعاصر، ط01، بيروت، دار العلم.
- ✓ محمد سرحان علي المحمودي، 2019، مناهج البحث العلمي، ط3، صنعاء، الجمهورية اليمنية، دار الكتب.
- ✓ محمود عنان، 1996، رعاية الطفل المعاق، ط1، شركة السفير للنشر.
- ✓ مدحت قاسم، 2017، الإصابات الرياضية والتأهيل الحركي، دار الفكر العربي.
- ✓ مريم ابراهيم حنا واخرون، 2006، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعوقين، القاهرة: مصر، الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع.
- ✓ مصطفى شهيبي، 2006، موسوعة أمراض العظام والكسور والعمود الفقري (التشخيص وطرق العلاج المختلفة) الاسكندرية، مصر، المركز العلمي لتبسيط العلوم.
- ✓ منال منصور بوحמיד، 1985، المعوقين، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم.
- ✓ نهاد عبد الوهاب محمود، 2012، علم النفس الإكلينيكي (بين النظرية والتطبيق)، دار العلم للنشر والتوزيع.
- ✓ هوفمان اس جي، 2012، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد علي عيسى، ط01، القاهرة: مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ✓ وليد سرحان، جمال الخطيب، محمد الحباشنة، 2008، الإكتئاب، ط01، عمان، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

المقالات العلمية:

- ✓ العويضة سلطان موسى، 2003، المقابلة في علم النفس الإرشادي والعيادي، محاضرة منشورة، السعودية، جامعة الملك سعود، كلية التربية .
- ✓ كميلة سدير، 2017، تأثير الإعاقة والحركية في ظهور الصدمة النفسية لدى ضحايا حوادث المرور (دراسة عيادية لخمس حالات) جامعة البويرة.
- ✓ نورس كريم عبيد، علي خضير الموسوي، الإكتئاب وعلاقته بالتمرنات الحركية لدى المعاقين، بابل: العراق.

المنكرات والرسائل:

- ✓ غروبي وحيدة، ناصف أميرة، 2013-2014، الإكتئاب لدى المعاقين حركيا جراء حوادث المرور، مذكرة ماستر في علم النفس الاجتماعي، جامعه 8 ماي 1945 قالمة.

المعاجم والقواميس:

- ✓ المنجد الوسيط في العربية المعاصرة، 2003، ط1، الأشرفية ، بيروت، دار المشرق.
- ✓ قاموس ابن منظور جمال الدين، 1983، لسان العرب.

المراجع الاجنبية:

- ✓ Buchanan,R, 1992, phisical emotional and dopial , adoption To the late effects of poliomyé lities , Diss . Ast.
- ✓ L'abegére. A, 1979 les personne handicapées, Paris,

قائمة المصادر والمراجع

- ✓ Nelson.M. & . Graver G,1978, self esteem and body image concept in paraplegics, Réhabilitation counseling Bulletin.
- ✓ Tomas Charl, 1957, l'amdicap et son omontation.

الملاحق

الملاحظة	الهدف	التاريخ / الوقت	المكان	المقابلة
				01
				02
				03
				04
				05
				06

الملحق رقم 02

مقياس بيك للاكتئاب

بنود المقياس:

أولاً:

- 0 إنني لا أشعر بالحزن.
- 1 أشعر بالحزن بعض الأوقات
- 2 أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور.
- 3 أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها

ثانياً:

- 0 إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.
- 1 أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.
- 2 أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول إليه.
- 3 أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره.

ثالثاً:

- 0 لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام.
- 1 أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الإنسان العادي.
- 2 عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فإن كل ما أراه الكثير من الفشل.

3 أشعر بأنني إنسان فاشل فشلا تاما.

رابعاً:

0 مازالت الأشياء تعطيني شعورا بالرضا كما كانت عادة.

1 لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.

2 لم اعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق.

3 لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء.

خامساً:

0 لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.

1 أشعر بالذنب في بعض الأوقات.

2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات.

3 أشعر بالذنب في كافة الأوقات.

سادساً:

0 لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع.

1 أشعر بأنني أستحق العقاب أحيانا.

2 كثيرا ما أشعر بأنني أستحق العقاب.

3 أحس بأنني أعاب وأعذب في حياتي واني استحق ذلك

سابعاً:

- 0 لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- 1 أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- 2 أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي.
- 3 إنني أكره نفسي في كل الأوقات.

ثامناً:

- 0 لا أشعر بأنني أسوء من الآخرين
- 1 إنني أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.
- 2 ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.
- 3 ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.

تاسعاً:

- 0 لا يوجد لدي أي أفكار انتحارية.
- 1 توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكن لن أقوم بتنفيذها.
- 2 أرغب في قتل نفسي.
- 3 سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.

عاشرا:

- 0 لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1 أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.
- 2 إني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.
- 3 لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء مع أنني أريد ذلك.

الحادي عشر:

- 0 لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.
- 1 أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.
- 2 أشعر بسرعة الاستشارة طيلة الوقت في هذه الأيام
- 3 أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني.

الثاني عشر:

- 0 لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين
- 1 أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين.
- 2 فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3 فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.

الثالث عشر:

- 0 أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.
- 1 أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.
- 2 أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل.
- 3 لم تعد لدي أية قدرة على إتخاذ قرارات في هذه الأيام.

الرابع عشر:

- 0 أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة.
- 1 يزعجني الشعور بأنني كهلا أو غير جذاب.
- 2 أشعر أن هنالك تغيرات دائمة تطرأ على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.
- 3 أعتقد بأنني أبدو قبيحا.

الخامس عشر:

- 0 أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.
- 1 أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدأ العمل في أي شيء.
- 2 على أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء.
- 3 لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر:

- 0 أستطيع النوم جيدا كالمعتاد.
- 1 أنام جيدا كالمعتاد.
- 2 أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.
- 3 أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.

السابع عشر:

- 0 لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.
- 1 أصبحت أتعب أكثر من المعتاد.
- 2 أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً.
- 3 أنا متعب جداً لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء.

الثامن عشر:

- 0 شهيتي للطعام كالمعتاد.
- 1 شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي عادة.
- 2 شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام.
- 3 ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق هذه الأيام.

التاسع عشر:

0 لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا أو بقي وزني كما هو.

1 فقدت من وزني حوالي 2 كغ.

2 فقدت من وزني حوالي 4 كغ.

3 فقدت من وزني أكثر من 6 كغ.

العشرون:

0 ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.

1 إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل ألم المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية العامة.

2 إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.

3 إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون:

0 لم ألاحظ أي تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.

1 أصبحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل.

2 اهتمامي قليل جدا بالأمور الجنسية في هذه الأيام.

3 فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية تماما.

بطاقة المعلومات

الإسم الكامل:
السن :
الجنس :
الجنسية :
الوزن :
الطول :
المستوى التعليمي :
الحالة الإجتماعية :
المهنة :
الوضع الاقتصادي :

•المقابلة الأولى: حصة تعارف

التاريخ: التوقيت: المكان:

الهدف: بناء علاقة ثقة وتفاهم وتوضيح الهدف من الدراسة.

المقابلة الثانية: التاريخ الطبي

التاريخ: التوقيت: المكان:

الهدف: التطرق للتاريخ الطبي للعميل وتفهم مشكلاته الصحية وتحديد الأعراض الجسمية.

•تطور المرض

✓ صف لي حالتك الصحية

✓ منذ متى وأنت على هذا الحال؟

✓ ما الأعراض الجسدية التي تعاني منها؟

✓ هل تؤثر هذه الأعراض على حياتك اليومية؟

✓ ما الألم الذي تعاني منه؟

✓ هل يزداد الألم مع وجود أسباب معينة؟

✓ هل تعاني من مرض عضوي أو عصبي؟

✓ هل خضعت لعملية جراحية سابقا؟

• العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي

✓ صف لي تجربتك مع العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي؟

✓ منذ متى تخضع للعلاج؟

✓ هل ساعدك هذا العلاج في تحسين نوعية حياتك؟

✓ كيف يمكن للعلاج أن يؤثر على مشاعرك ومزاجك؟

✓ هل تعتقد أنه لديك الدعم النفسي اللازم فيما يخص العلاج؟

✓ هل لديك نظرة إيجابية بخصوص نتائج العلاج؟

✓ هل ترى أن وضعك الصحي تحسن بعد خضوعك للعلاج؟

✓ هل ترى أنك قادر على إكمال برنامجك العلاجي لغاية الشفاء؟

العلاج الدوائي

✓ هل تعتمد على الأدوية في العلاج؟

✓ منذ متى أنت تتناول الدواء؟

✓ ما نوع الدواء الذي وصف لك؟

✓ هل تعرف الآثار الجانبية المحتملة للدواء؟

✓ هل لديك حساسية أو تفاعلات سابقة مع هذا الدواء؟

✓ هل هناك تحسن في الأعراض بعد بدء العلاج بالدواء؟

✓ هل تعتمد على أدوية أخرى؟

المقابلة الثالثة: التاريخ العائلي والاجتماعي

التاريخ: التوقيت: المكان:

الهدف : فهم أعمق لتأثير الظروف العائلية و الاجتماعية على الصحة النفسية و الجسمية للعميل.

• التاريخ العائلي

✓ هل الوالدين متزوجين أو مطلقين؟

✓ هل هناك درجة قرابة بينهم؟

☆ الأم:

حياة/ متوفية السن: المستوى التعليمي:
المهنة: أمراض عضوية: اضطرابات نفسية:

لمحة عامة عن العلاقة مع الأم؟

مدى تقبل الأم للمرض واستعدادها للمشاركة في التأهيل؟

☆ الأب:

حي/ متوفي السن: المستوى التعليمي:
المهنة: أمراض عضوية: اضطرابات نفسية:

✓ لمحة عامة عن العلاقة مع الأب؟

✓ مدى تقبل الأب للمرض واستعداده للمشاركة في التأهيل؟

☆ الإخوة:

الذكور: الإناث: الترتيب:

الأمراض العضوية: الاضطرابات النفسية:

لمحة عامة عن العلاقة مع الإخوة؟

مدى تقبل الإخوة للمرض واستعدادهم في المشاركة في التأهيل؟

☆ الزوج (ة):

السن: المستوى الدراسي: المهنة:

الأمراض العضوية: اضطرابات النفسية:

لمحة عامة عن العلاقة مع الزوج (ة)؟

مدى تقبل الزوج (ة) للمرض واستعداداه (ها) في المشاركة في التأهيل؟

☆ الأبناء:

عدد: الذكور: إناث: الأعمار بالترتيب:

لمحة عامة عن العلاقة مع الأبناء؟

مدى تقبل الأبناء للمرض واستعدادهم في المشاركة في التأهيل؟

التاريخ الاجتماعي:

✓ كيف هي علاقتك بالآخرين؟ صف ذلك

✓ هل ترى أن هناك تغيرات في حياتك الاجتماعية مؤخرا؟ لماذا برأيك؟ ومتى بدأ التغير؟

✓ هل تعاني صعوبات في التفاعل مع الآخرين؟

✓ هل عانيت مسبقا من تجارب سلبية في علاقاتك الاجتماعية؟

✓ هل تشعر بالراحة والانتماء في بيتك الاجتماعية الحالية؟

- هل تعاني من أية مشاكل بسبب نمطك الغذائي؟
 - كيف تشعر بشأن وزنك؟
 - هل لديك أنشطة كنت تستمتع بها في الماضي؟
 - هل فقدت اهتمامك بها؟
 - هل تشعر بفقدان الطاقة؟
 - هل تلوم نفسك بشأن أمر ما، ما هو؟
 - هل تشعر بالرضا عن نفسك؟
 - هل تجد صعوبة في إنجاز القرارات؟
 - هل تجد صعوبة في التركيز مع الآخرين أو في مختلف الوضعيات الحياتية؟
 - هل تجد صعوبة في التركيز؟
 - صف لي مزاجك العام خلال الشهرين الماضيين وفي الوقت الحالي؟
 - هل لديك أفكار حول الرغبة في الانعزال عن الآخرين؟
 - ما مدى كون الآخرين مصدر ضغط لك؟
 - هل تشعر أن هناك أفكار تشغل بالك تؤثر بالسلب على حياتك؟
 - صف لي تلك الأفكار؟
- الانتحار و أذاء الغير:
- هل تراودك أفكار انتحارية؟
 - هل لديك خطة؟
 - هل لديك محاولات سابقة؟
 - الإدمان والكحول؟

•المقابلة الخامسة: تطبيق المقياس النفسي

• التاريخ : التوقيت : المكان :

الهدف: تفسير للعميل عن طبيعة المقياس والغرض منه وكيفية اجرائه

المقابلة السادسة: مناقشة النتائج

• التاريخ : التوقيت : المكان :

الهدف: إعطاء العميل حوصلة عن كل المقابلات مع مناقشة نتائج الاختبار بأسلوب داعم.