



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة العربي بن مهيدي-أم البواقي



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية.
الرقم التسلسلي:.....

السلوك الانتحاري عند المراهق المتمدرس و علاقته ببعض المتغيرات: تقدير الذات و الإكتئاب

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس تخصص علم النفس التربوي

إشراف الأستاذة :

د. قنيفة نورة

إعداد الطالبة:

روقية سعدي

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة الأصلية	الرتبة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	أ.د. زين الدين مصمودي
مشرفا و مقرا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر أ	د.قنيفة نورة
عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	أ.د سعدوني مسعودة
عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر أ	د. توافق سميرة
عضوا مناقشا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ محاضر أ	د.مرابط سامية
عضوا مناقشا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر أ	د.بولفلفل ابراهيم

السنة الجامعية: 2017 - 2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّاتِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّاتِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّاتِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّاتِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

« وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ
بِكُمْ رَحِيمًا * وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ مُدْوَإِنَا
وَوَظَلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيه نَارًا وَكَانَ ذَلِكَ
عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا »

صدق الله العظيم

سورة النساء (29-30)

إهداء

أهدي هذا العمل إلى كل أفراد أسرتي الكريمة
كما أهديه إلى عائلة أختي و زوجها الكريم و ابنيهما

"يحي وأنس"

إلى كافة الأصدقاء و الزملاء

إلى طلبتي الأعزاء

وإلى كل من ساعدني في إنجاز هذه الرسالة.

كلمة شكر

يطيب لي وقد انتهيت من انجاز هذه الرسالة، أن أتوجه بالحمد والثناء لله عز وجل على عظيم نعمه وحسن توفيقه وما توفيقني إلا بالله العلي القدير

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان والتقدير للأستاذة الدكتورة "قنيفة نورة" والتي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة، وما قدمته لي من دعم ونصح وإرشاد وتوجيه لإخراج هذا العمل إلى النور، وتشجيعي على العمل في هذا المجال عندما كان الموضوع مجرد فكرة، فألف شكر لهذه الأستاذة الرائعة فعلا والتميزة ، التي لم تبخل علي بعلمها أو تشجيعها فلكي أستاذتي كل الشكر والامتنان

كما لا يسعني إلا أن اشكر كل من ساعدني في انجاز هذه الرسالة وقدم لي يد العون ولو حتى بكلمة تشجيع، شكر موصول للأستاذة الدكتورة توافق سميرة، الأستاذة بركو مازوز ، والأستاذ بوسنة الوافي زهير، وكل من ساعدني في الحصول على المعلومات ، مديرية الصحة والسكان، مستشفى محمد بوضياف أم البواقي لولاية أم البواقي.

وختاما أدعوا الله أن يجعل هذه الرسالة كبداية علمية موفقة، فهي تبقى محاولة بحثية وحسبي أنني قد حاولت فالكمال وحده لله سبحانه.

كما أشكر كل الحالات التي عملت معها، على تعاملهم وتعاونهم والتي من خلالها تم انجاز هذا البحث. وكل من ساعدني في انجاز هذه الرسالة

وشكر موصول أيضا إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة.

ملخص الدراسة:

تناولنا في دراستنا هذه ظاهرة السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس وعلاقته ببعض المتغيرات وهي تقدير الذات والاكتئاب حيث هدفنا من خلالها إلى الإجابة على الفرضيات البحثية التالية: هناك علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس والاكتئاب، وهناك علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس وتقدير الذات.

شملت عينة الدراسة مراهقين متمدرسين في الطورين المتوسط والثانوي، لمتوسطات و ثانويات تابعة لولاية أم البواقي منذ بداية الموسم الدراسي 2014/2015، و البالغ عددهم عشرة حالات منهم (02) ذكور و(08) إناث قاموا بمحاولة انتحار و تم اختيارهم بطريقة قصدية وفق خصائص تتناسب و أهداف البحث ، و قد كان المنهج العيادي أساسيا في الدراسة.

و لتحقيق أهداف البحث استخدمنا الأدوات البحثية التالية: الملاحظة، المقابلة النصف موجهة، دراسة الحالة، الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5، وعلى مقياس كوبر سميث لتقدير الذات النسخة المدرسية، ومقياس بيك للاكتئاب.

تم تحليل البيانات المجمعة من خلال تحليل مضمون ومحتوى المقابلات وكذلك الدرجات التي تحصلت عليها الحالات بعد الاستجابة لمضامين المقياسين المطبقين (بيك وكوبر سميث).

وتوصلت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس ومتغيري الاكتئاب وتقدير الذات، فكلما انخفض تقدير المراهق لذاته زادت احتمالية إقدامه على السلوك الانتحاري، كما أن إصابة المراهق بالاكتئاب النفسي شجع على اختياره للسلوك الانتحاري كحل نهائي لمعاناة مؤقتة.

إن تقدير الذات المتدني والإصابة بالاكتئاب يعدان من أهم الأسباب المؤدية بالمراهق المتمدرس في الشروع في الانتحار، وهذا ما تم استنتاجه من خلال تحليل حالات الدراسة.

الكلمات المفتاحية:

السلوك الانتحاري، المراهق المتمدرس، تقدير الذات، الاكتئاب.

Thesis summary:

The objectives of our research were to study the schooled behavioral suicide phenomena and the relationship with some factors such as self-esteem and depression. Furthermore, our study focused on checking the accuracy of our research hypotheses that stated there was a correlation between schooled adolescent suicide and depression plus self-esteem.

We included in our study schooled adolescent in colleges and high schools at the wilaya of Oum El Bouaghi, Algeria. The study was conducted during the school year 2014/2015 and included ten(10) adolescents, among them eight(08) females and two (02) males, they all attempted suicide. Our sample was chosen on purpose according to the aspects of our research. We have opted for clinical study method. We used the following instruments: observation, semi directed interview, case study, DSM5, Coopersmith self-esteem inventory (school form) and Beck depression inventory.

After the treatment of data, our study results concluded that in fact there is a correlation between adolescent behavioral suicide and depression beside self-esteem. The depressed adolescent chooses suicide as a temporary solution to his/her problem.

Our results show that low self-esteem and depression are among the most important factors that makes the schooled adolescent makes suicide, that what we found in our analysis of case studies.

Keywords: suicide behavior, schooled adolescent, self-esteem, depression.

فهرس الموضوعات	
الصفحة	العنوان
	*إهداء.....
	*شكر وعرفان.....
1	*ملخص الرسالة.....
4	*فهرس الموضوعات
10	*فهرس الجداول.....
11	*فهرس الأشكال.....
13	*مقدمة
	الباب الأول: الجانب النظري
	الفصل الأول: موضوع الدراسة
22	1. طرح الإشكالية
24	2. فرضيات الدراسة
24	3. دوافع اختيار موضوع الدراسة.....
25	4. أهداف الدراسة وأهميتها.....
26	5. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة
26	1.5. السلوك الانتحاري.....
26	2.5. المراهق المتمدرس.....
27	3.5. الاكتئاب.....
27	4.5. تقدير الذات.....
28	6. الدراسات السابقة:.....
28	1.6. الدراسات الأجنبية.....
31	2.6. الدراسات العربية.....
34	3.6. الدراسات المحلية
40	7. نقد وتقييم الدراسات السابقة.....
	الفصل الثاني: المقاربة النظرية للسلوك الانتحاري
45	تمهيد
46	1. مفهوم الانتحار
47	2. الانتحار عند علماء الاجتماع.....

49	3. السلوك الانتحاري وبعض المصطلحات
54	4. الانتحار في الشريعة الإسلامية.....
56	5. أفكار خاطئة حول الانتحار.....
57	6. أسباب اللجوء إلى الانتحار.....
62	7. صفات الشخص المنتحر.....
62	8. الدلالات المنذرة بخطر الانتحار.....
64	9. أنواع وتصنيفات السلوك الانتحاري:.....
64	1.9. أنواع الانتحار حسب ايميل دوركايم:
65	1.1.9. الانتحار اللامعياري الانومي.....
66	2.1.9. الانتحار الأناني.....
67	3.1.9. الانتحار الإيثاري.....
68	2.9. الانتحار حسب:
68	1.2.9. عدد المنتحرين.....
69	2.2.9. المرحلة العمرية.....
69	3.2.9. الانتحار المشروط.....
71	3.9. أنواع وتصنيفات أخرى.....
71	10. الوسائل المستخدمة في الأفعال الانتحارية.....
74	11. إحصائيات حول الانتحار والمحاولات الانتحارية:.....
74	1.11. على الصعيد العالمي.....
76	2.11. على الصعيد العربي.....
80	3.11. على الصعيد المحلي.....
82	12. النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري:
82	1.12. الاتجاه البيولوجي العضوي.....
83	2.12. الاتجاه السلوكي.....
85	3.12. نظرية التحليل النفسي.....
86	4.12. النموذج المعرفي في تفسير الانتحار.....
88	5.12. النموذج الاجتماعي.....
89	.....خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: المراهق المتمدرس
93	.....تمهيد

94	1. تعريف المراهقة
96	2. الفرق بين البلوغ والمراهقة.....
97	3. أقسام ومراحل المراهقة
98	4. أشكال المراهقة
98	1.4. المراهقة السوية المتكيفة.....
99	2.4. المراهقة الانطوائية.....
99	3.4. المراهقة العدوانية المتمردة.....
100	4.4. المراهقة المنحرفة.....
100	5. خصائص النمو في مرحلة المراهقة
101	1.5. النمو الجسمي.....
102	2.5. النمو الجنسي.....
104	3.5. النمو العقلي المعرفي.....
106	4.5. النمو الانفعالي.....
109	5.5. النمو الاجتماعي.....
113	6.5. النمو الديني.....
113	6. احتياجات المراهقة.....
115	7. مشكلات المراهقة
121	8. الصراعات التي يعاني منها المراهق
122	9. الاتجاهات الرئيسية المفسرة لمرحلة المراهقة.....
122	1.9. الاتجاه البيولوجي.....
122	2.9. الاتجاه الاثنولوجي.....
123	3.9. الاتجاه التحليلي النفسي.....
125	4.9. اتجاه التعلم الاجتماعي.....
127	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الذات وتقديرها لدى المراهق	
131	تمهيد
132	1. مفهوم الذات.....
133	2. تقدير الذات.....
136	3. تقدير الذات وبعض المصطلحات
137	4. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات.....

138	5. نشوء تقدير الذات وتطوره.....
139	6. أقسام ومستويات تقدير الذات:
140	1.6. تقدير الذات العالي أو المرتفع.....
141	2.6. تقدير الذات المنخفض أو المتدني.....
141	7. السمات العامة لارتفاع وتدني تقدير الذات.....
143	8. العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....
148	9. الحاجة إلى تقدير الذات.....
149	10. أهمية تقدير الذات.....
151	11. مكونات تقدير الذات.....
152	12. خصائص تقدير الذات وأبعاده.....
154	13. نظريات تقدير الذات:.....
154	1.13. نظرية كوبر سميث.....
155	2.13. نظرية كارل روجرز.....
157	3.13. النظرية التحليلية.....
157	4.13. النظرية السلوكية.....
157	5.13. نظرية السمات والعوامل.....
159	6.13. نظرية روزنبرغ.....
159	7.13. نظرية ماسلو.....
161	14. الذات وتقديرها لدى المراهق:
161	1.14. مفهوم الذات والهوية لدى المراهق.....
162	2.14. أبعاد الذات لدى المراهق.....
164	3.14. تقدير الذات لدى المراهق.....
166	15. الاكتئاب وتقدير الذات.....
168	..... خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: الاكتئاب
172	..... تمهيد
173	1. مفهوم الاكتئاب.....
177	2. حجم مشكلة الاكتئاب مرض العصر.....
179	3. الحزن، عسر المزاج والاكتئاب.....
180	4. الشخصية الاكتئابية.....

181	..... 5. الأسباب العامة للاكتئاب
182	..... 6. أنواع الاكتئاب وتصنيفاته
189	..... 7. أعراض الاكتئاب:
189	..... 1.7. أعراض الاكتئاب حسب DSM 5
191	..... 2.7. أعراض عامة للاكتئاب
192	..... 3.7. تصنيف بيك لأعراض ومظاهر الاكتئاب
192	..... 8. نظريات تفسير الاكتئاب:
192	..... 1.8. النظرية البيولوجية
194	..... 2.8. نظرية التحليل النفسي
195	..... 3.8. النظرية السلوكية
196	..... 4.8. المدرسة المعرفية
198	..... 5.8. الاتجاه المعرفي الاجتماعي
198	..... 6.8. اتجاه التعلم
200	..... 9. بعض المسارات العلاجية للاكتئاب:
200	..... 1.9. العلاج البيئي
200	..... 2.9. العلاج السلوكي
200	..... 3.9. العلاج المعرفي
200	..... 4.9. العلاج المعرفي السلوكي
201	..... 5.9. العلاج التحليلي
201	..... 6.9. العلاج بالعقاقير والأدوية
202	..... 10. الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين
203	..... 11. الاكتئاب والإقدام على الانتحار
207	..... خلاصة الفصل
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية	
211	..... 1. مجالات الدراسة
211	..... 1.1. المجال الجغرافي
211	..... 2.1. المجال البشري
211	..... 3.1. المجال الزمني
211	..... 2. منهج الدراسة

213	3. أدوات الدراسة.....
213	1.3. الملاحظة.....
214	2.3. المقابلة.....
215	3.3. دراسة الحالة.....
218	4.3. التصنيف التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.....
219	5.3. المقاييس النفسية:
219	1.5.3. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.....
222	2.5.3. مقياس بيك للاكتئاب.....
224	4. عينة الدراسة:
224	1.4. طريقة اختيار عينة الدراسة.....
225	2.4. وصف خصائص عينة الدراسة.....
الفصل السابع: عرض وتحليل وتفسير النتائج	
229	عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.....
237	عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....
244	عرض تحليل نتائج الحالة الثالثة.....
250	عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.....
255	عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.....
260	عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة.....
264	عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة.....
271	عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة.....
276	عرض وتحليل نتائج الحالة التاسعة.....
282	عرض وتحليل نتائج الحالة العاشرة.....
287	* تحليل عام للحالات
291	* تفسير النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.....
297	* استنتاج.....
299	* توصيات ومقترحات:.....
301	* خاتمة
304	* قائمة المراجع
	* الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	الفصل الثاني: المقاربة النظرية للسلوك الانتحاري	
63	العوامل المسببة لانتحار	01
	الفصل الثالث: المراهق المتمدرس	
98	مراحل المراهقة	02
103	الفروق بين الذكور والإناث في النمو الجنسي	03
104	خصائص التفكير المجرد لدى التلميذ المراهق	04
108	الحيل والآليات الدفاعية لدى المراهق	05
	الفصل الخامس: الاكتئاب	
183	الفرق بين الاكتئاب العصابي و الذهاني.....	06
198	النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب.....	07
	الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للبحث	
221	البنود الموجبة والسالبة لمقياس تقدير الذات	08
221	توزيع فقرات اختبار تقدير الذات على الأبعاد الخمسة.....	09
222	أبعاد مقياس بيك للاكتئاب.....	10
223	تصحيح مقياس بيك للاكتئاب.....	11
224	تصنيف درجات الاكتئاب حسب مقياس بيك.....	12
225	خصائص عينة الدراسة حسب الجنس.....	13
225	خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي.....	14
291	تقدير الذات لدى حالات الدراسة حسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	15
295	درجة الاكتئاب لدى حالات الدراسة حسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	16

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
	الفصل الرابع: الذات و تقديرها لدى المراهق	
87	.....النموذج المعرفي للسلوك الانتحاري	01
151	.....المكونات الأساسية لتقدير الذات	02
152	.....أبعاد تقدير الذات	03

مقدمة

تعتبر فترة المراهقة من أهم مراحل النمو في حياة الفرد، وهي فترة انتقادات صعبة وتتأثر كثيرا بالظروف التي يعيش فيها الفرد وكذلك بسمات الشخصية الأساسية، وتعد مرحلة إعادة تنظيم نفسي التي تستثير الفرد إلى درجة قد يصل إلى الدخول في المرض النفسي، لكنها تبقى مرحلة نمو نفسي خاص جدا وحساس وهي مرحلة تأثير عميق لدى الفرد لما تحمله من تغييرات وتأثيرات. (Daniel fanguin:2011,p90)

فالمراهقة من أكثر الفترات حساسية في حياة الفرد حيث تعتره طفرة من النمو الفسيولوجي يشمل جميع جوانب شخصيته ، و يصاحب هذا النمو تغيرات انفعالية و اجتماعية بالغة الأهمية تؤثر في عملية توافقه مع نفسه و مع الآخرين و في علاقاته مع من حوله سواء في المنزل أو في المدرسة أو المجتمع.(زهان:2001، ص158)

في نفس الإطار أنه و بالإضافة إلى التغيرات الانفعالية الكبيرة تبرز طلبات جديدة و حاجات ضرورية بالنسبة للمراهق، كالحاجة إلى الاستقلال ، الشعور بالانتماء ، التقبل من طرف الآخرين كل هذه الحاجات يمكن أن تنشأ عن صراعات و انفعالات حادة قد يتمكن المراهق من كبتها أو التنفيس عنها من خلال استجابات انفعالية أقلها الغضب الذي قد يعمل على تعطيل قدرته على التفكير السليم ، و قد تصدر عنه بعض الأفعال أو الأقوال العدوانية التي يوجهها إلى العقبات التي تعيق إشباع دوافعه أو حاجاته سواء أكانت هذه العراقيل أشخاصا أم عوائق مادية أو قيودا اجتماعية. (وفيق مختار:1999، ص60)

إن التغيرات الاجتماعية التي يعرفها المجتمع الجزائري قد أثرت بشكل أو بآخر على اتجاهات الأفراد بنسب مختلفة، و لعل فئة المراهقين أكثر الفئات العمرية تأثرا بهذه التغيرات كنتيجة حتمية لطبيعة المرحلة العمرية و ما تفرزها جسميا و نفسيا و انفعاليا تؤثر حتما على شخصية المراهق و على مكتسباته الثقافية القيمية، بل و قد تحدث أزمة توجه سلوكي حقيقية، و لعل تواجد إن لم نقل انتشار بعض الظواهر الاجتماعية النفسية و التربوية الخطيرة جدا في المجتمع الجزائري يعكس أزمة سلوكية و صراعا قيميا حقيقيا بين ما هو تقليدي و بين إفرازات الوسائل التكنولوجية الحديثة التي تجسدت في الكثير من الممارسات الثقافية الدخيلة كنتيجة حتمية للتصادم النفسي، و التي أسست

مقدمة

لتوجه فكري أقرب إلى العدوانية تجاه الذات و تجاه الآخر منه إلى تجاوب إنساني متوازن لعل أبرزها وأكثرها خطورة الإقبال على المخدرات ، التسرب المدرسي ، العنف المدرسي ، الانتحار و المحاولات الانتحارية وهي موضوع دراستنا الحالية.

لقد أخذت هذه الظواهر منا حديثا و عكست في الكثير من مظاهرها حالة من اللاوعي و الانسياق أمام الكثير من الحاجات النفسية المفقدة و سوء التوافق النفسي و الاجتماعي و غيرها من محركات السلوك الإنحرافي الدخيلة على المجتمع الجزائري و على الوسط التربوي بشكل خاص.

و لعل أهمية تناول إفرازات هذه المرحلة العمرية تبرز بشكل خاص من خلال التأكيد على خطورتها و تأثيراتها الآنية و المستقبلية باعتبارها فترة ميلاد ثانية في حياة المراهق خصوصا مع بروز ظواهر لم تكن موجودة ، أو بالأحرى لم تبرز بالحدة و بالمستوى الآني مثل المحاولات الانتحارية .

و لعل طرح الظاهرة و التأكيد على خطورتها يستدعي بالضرورة تدعيمها بإحصائيات حولها تحمل معان و دلالات اجتماعية و تعكس أيضا تأكيدا دائما على ضرورة الاهتمام بفئة المراهقين باعتبارها أكثر الفئات "هشاشة" و ضعفا و أسهلها استقطابا لما هو سلبي، و قد أكدت الكثير من الوقائع ذلك لا سيما ما ارتبط بالممارسات المتطرفة .

يعد الأمن هو الطمأنينة و السكينة و الاستقرار و عدم الخوف في مواقف الحياة و الشعور بالأمن النفسي من أهم الحاجات النفسية التي تؤثر في بناء الشخصية عند الفرد ، إذ يرى علماء النفس أنه عند دراسة الفرد فإنه لا يوجد عامل أهم من الناحية النفسية من الشعور بالأمن النفسي و أن كل عنصر من عناصر البيئة ينطوي تقريبا على شيء من التهديد لحاجاته .(مهنا بشير عبد الله، ص25) و لأن حياة الإنسان بوجه عام لا تخلو من الصعوبات التي تؤثر على أمنه النفسي فقد يعيقه ذلك عن تحقيق أهدافه و إشباع دوافعه ، و قد لا يتمكن في بعض الأحيان من تخطي تلك الصعوبات فيصبح ضحية للعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف و الاكتئاب و الغضب أو الرثاء لذاته و القلق و العجز و الخيبة و وتدني تقدير الذات عدم القدرة على تحقيقها و توقع الفشل و عدم الاستمتاع بالحياة .(جمال حمزة:1993، ص120)

فانعدام الشعور بالأمن النفسي قد يكون سببا في حدوث العديد من الاضطرابات النفسية أو قيام الفرد بسلوكيات غير مقبولة اجتماعيا كالعدوانية اتجاه المصادر التي يعتبرها سببا في عدم شعوره

بالأمن النفسي، أو قيامه بأنماط سلوكية غير سوية من أجل الحصول على أمنه النفسي أو الانطواء على النفس و العزلة و الابتعاد عن مهددات أمنه النفسي.

و على العموم يختلف تأثير انعدام الأمن من شخص إلى آخر بحسب تكوينه و نموه و القدرات التي اكتسبها طوال مشوار حياته ، كما يختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى و من جنس إلى آخر بل و من مجتمع إلى آخر على حسب المعتقدات و العادات و التقاليد و الدين المعتقد.(ابريعم سامية:2012، ص185)

يقودنا هذا الطرح إلى التأكيد على خطورة إفرزات انعدام الأمن الإنساني في مرحلة نعتبرها من المراحل الهامة لنمو المراهق التي غالبا ما تنعكس في شكل سلوكيات غير سوية منها المحاولات الانتحارية.

في مقابل ذلك نؤكد على أنه في المرحلة الحالية التي تعرف تناقضات مجتمعية خطيرة نظرا لتأثيراتها الآنية و المستقبلية على المراهقين ، تنامت الكثير من الظواهر السلبية في المؤسسات التربوية و حولتها من فضاء تربوي تعليمي لغرس القيم و المبادئ و التزويد بالمهارات و المعارف إلى مسرح لمختلف الجرائم و أشكال العنف في ظل تدني القيم الأخلاقية و تراكم المشكلات الاجتماعية ما أدى إلى اعتبار العنف نتيجة حتمية لكل هذه العوامل و اتخاذه أشكالا و مظاهر مختلفة أبرزها و أكثرها خطورة العنف نحو الذات أو المحاولات الانتحارية في الوسط المدرسي.

إن تقديم ظاهرة المحاولة الانتحارية لدى المراهق المتمدرس و محاولة تحليل بعض الأبعاد المرتبطة بتواجدها نابع أساسا من خطورتها نتيجة تأثيراتها على الذات في بعدها التدميري، و ما تخلفه من آثار صادمة على الفرد و الأسرة و المحيط الاجتماعي لاسيما و أنها تنتمي بشكل مخيف و ملفت للانتباه من خلال تزايد حالات المحاولات الانتحارية خصوصا في الأوساط الحضرية التي تشهد تغيرات نسقية هامة جدا و مؤثرة بشكل كبير على العلاقات و التفاعلات الاجتماعية.

وانطلاقا من التراث النظري الذي تناول بعض جوانب الموضوع جاءت هذه الدراسة لتتناول موضوع السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس وعلاقته ببعض المتغيرات الاكتئاب و تقدير الذات، وعليه تم تقسيم الدراسة إلى جانبين الأول الإطار النظري للدراسة، وهو بدوره مقسم إلى عدة فصول نظرية.

الفصل الأول موضوع الدراسة، وقد اشتمل على تحديد إشكالية الدراسة وطرح التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية، ثم تحديد وصياغة الفرضيات، دوافع اختيار الموضوع والأهداف المتوخاة من انجاز هذه الدراسة وأهميتها، التطرق إلى تعريف المصطلحات الأساسية تعريفا إجرائيا ثم تناولنا الدراسات التي ناقشت وبحثت في موضوع الدراسة، وهي الدراسات السابقة على الصعيد العالمي والعربي والمحلي وأخيرا نقد وتقييم هذه الدراسات وتحديد موقع الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة.

تطرقنا في **الفصل الثاني** إلى المقاربة النظرية لسلوك الانتحاري، من حيث المقاربة المفاهيمية للانتحار والمحاولة الانتحارية وبعض المصطلحات القريبة من السلوك الانتحاري، الانتحار كما جاء في الشريعة الإسلامية في القرآن الكريم والسنة النبوية، بعض الأفكار الخاطئة حول الانتحار، أسباب لجوء الأفراد إلى الانتحار والمحاولة الانتحارية، صفات وسمات الشخص المنتحر والمحاول للانتحار، أهم الدلالات المنذرة بخطر الانتحار، الانتحار عند علماء الاجتماع وخاصة كما تناوله **ايميل دوركايم**، تصنيفات السلوك الانتحاري وأنواعه حسب عدد المنتحرين والفئة العمرية والاشراطات وغيرها من الأنواع والتصنيفات، الوسائل التي تستخدم في الأفعال الانتحارية، إحصائيات حول الانتحار والمحاولات الانتحارية على الصعيد العالمي، العربي والجزائري، وأخيرا النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري من خلال مختلف المقاربات النظرية الاتجاه البيولوجي العضوي، الاتجاه السلوكي ونظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك الانتحاري، النموذج المعرفي والاجتماعي في تفسير الانتحار ثم خلاصة الفصل.

في حين تم تخصيص **الفصل الثالث** للمراهق المتمدرس وقد جاء فيه تعريفات ومفاهيم للمراهقة، الفرق بين البلوغ والمراهقة، أقسام ومراحل المراهقة، أشكال وأنواع المراهقة، خصائص النمو في مرحلة المراهقة من ناحية النمو الجسمي، النمو الجنسي، النمو العقلي المعرفي، النمو الانفعالي، النمو الاجتماعي وأخيرا النمو الديني عند المراهقين، ثم تطرقنا إلى عرض أهم مشكلات المراهقين ومختلف الصراعات التي يتعرض لها أو يعاني منها الفرد في هذه المرحلة، احتياجات المراهق ثم عرض أهم الاتجاهات الرئيسية في تفسير المراهقة، منها الاتجاه البيولوجي، الاتجاه الاثنوبولوجي، تفسير التحليل النفسي لمرحلة المراهقة ونظرية التعلم الاجتماعي، وختمنا الفصل بخلاصة لكل ما تم عرضه.

أما **الفصل الرابع** فتناولنا فيه أحد سمات الشخصية وهو تقدير الذات لدى المراهق، وخصصنا هذا الفصل للتعرف على مفهوم الذات، تقدير الذات والفرق بينهما، تقدير الذات وبعض المصطلحات المتداخلة معه، أقسام ومستويات تقدير الذات من تقدير الذات العالي المرتفع وتقدير الذات المتدني والمنخفض وأسباب ارتفاع أو تدني مستوى تقدير الذات، الحاجة إلى تقدير الذات، العوامل التي تؤثر في تقدير الذات، الأطر النظرية المفسرة لتقدير الذات، منها نظرية كوبر سميث، نظرية الذات لكارل روجرز، النظرية التحليلية، النظرية السلوكية، نظرية السمات والعوامل، نظرية روزنبرج، ونظرية ماسلو، ثم تناولنا العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات، وقبلها عرضنا تقدير الذات لدى المراهق، مفهوم الذات والهوية لدى المراهق، أبعاد الذات لدى المراهق وأخيرا خلاصة الفصل.

وآخر فصل في الجانب النظري وهو **الفصل الخامس** الذي تم تخصيصه للاكتئاب، من حيث مفهومه، حجم مشكلة الاكتئاب بوصفه مرض العصر، أصناف وأنواع الاكتئاب، أعراض الاكتئاب كما تناولها الباحثون والدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية، تصنيف بيك لأعراض ومظاهر الاكتئاب، سمات الشخصية الاكتئابية، الأسباب العامة المؤدية إلى الاكتئاب، نظريات تفسير الاكتئاب منها النظرية البيولوجية، نظرية التحليل النفسي، النظرية السلوكية، العوامل الأسرية ودورها في ظهور الاكتئاب، تفسير المدرسة المعرفية للاكتئاب، الاتجاه الاجتماعي واتجاه التعلم في تفسير الاكتئاب ومختلف المسارات العلاجية للاكتئاب، الاكتئاب لدى المراهقين، الاكتئاب وعلاقته بالإقدام على الانتحار وأخيرا خلاصة الفصل.

وقد تناولنا في الجانب الثاني من الدراسة المخصص للدراسة الميدانية فصلين، خصصنا **الفصل السادس** للتعرف على إجراءات الدراسة الميدانية من حيث مجالات إجراء الدراسة، المنهج المعتمد في الدراسة ومختلف الأدوات التي استخدمها في جمع المعلومات بدءا بالملاحظة، المقابلة، اختبار كوبر سميث لتقدير الذات واختبار بيك للاكتئاب، الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، عينة (حالات) الدراسة وخصائصهم، وطريقة اختيارهم.

وفي **الفصل السابع** و الأخير لهذه الدراسة قمنا بعرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة لمعطيات واقعية من خلال دراسة عشر حالات لتلاميذ حاولوا الانتحار، محاولة منا تحديد أسباب شروع المراهق المتمدرس في الانتحار وتحديد العلاقة بين السلوك الانتحاري والمتغيرات البحثية التي حددناها في

مقدمة

الفصل التمهيدي وموضوع الدراسة وهي الاكتئاب وتقدير الذات، من خلال عرض كل حالة على حده من حيث تقديم الحالة وتحليل المقابلة ودرجة المقاييس النفسية المطبقة (بيك وكوبر سميث) ثم تقديم تحليل عام للحالة، ثم تقديم تحليل شامل لكل الحالات وتفسير هذه النتائج في ضوء الفرضيات وفي ضوء الدراسات السابقة وأخيرا الاستنتاج العام وخاتمة وقائمة المراجع ثم الملاحق.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

موضوع الدراسة

الفصل الأول: موضوع الدراسة

1. طرح الإشكالية.
2. فرضيات الدراسة.
3. دوافع اختيار موضوع الدراسة.
4. أهداف الدراسة وأهميتها.
5. التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة.
6. الدراسات السابقة:
 - 1.6. الدراسات الأجنبية.
 - 2.6. الدراسات العربية.
 - 3.6. الدراسات المحلية (الجزائرية).
 - 4.6. نقد وتقييم الدراسات السابقة.

1. طرح الإشكالية:

عرف المجتمع الجزائري الكثير من التغيرات الاجتماعية التي أثرت إفرزاتها بشكل أو بآخر على حياة الأفراد الأسرية و الاجتماعية ، و لعل فئة المراهقين أكثر الفئات العمرية تأثراً لما تتميز به هذه المرحلة العمرية من خصوصيات نمائية جسمية و نفسية و انفعالية تنعكس على شخصية المراهق و على مكتسباته الثقافية القيمة بالخصوص، بل و أحدثت أزمة سلوكية حقيقية عكستها الكثير من الظواهر النفسية و التربوية الخطيرة في المجتمع الجزائري.

إن هذه الأزمة السلوكية المتعددة العوامل غالباً ما تتصل بالبيئة الأسرية التي يعيش فيها المراهق و بطبيعة اتجاه السلطة العائلية و بالنسق الثقافي القيمي، في مقابل التحفظ أو الرفض من طرف المراهق الذي يحاول في هذه المرحلة بالذات أن يستقل بذاته و يحتوي سلوكياته و تصرفاته بطريقة مستقلة دون العودة إلى محددات هذا النسق و القيم التي نشأ عليها في الأسرة و المجتمع. و لعل أسوء المراحل تلك التي تؤدي به إلى الدخول في حالة من المرض أو الاضطراب النفسي على اختلاف أعراضه و أنواعه، فأزمة المراهقة التي قد تحدث تغييرات عميقة في الشعور بالذات قد تصيب المراهق باهتزاز في شخصيته و كيانه مما يفقده أحيانا التعرف على ذاته بل و قد تؤثر على صورة الذات لديه التي تهتز هي الأخرى.

إن مستوى تقدير المراهق لذاته قد يتأثر بكل التغيرات التي تحدث له في هذه المرحلة العمرية على اعتبار أن تقديره لذاته يعبر عن مدى رضاه عن الهوية الجديدة التي بدأ يلمس أبعادها الجسدية و النفسية و حتى تأثيراتها، فلكي يتمكن من تقويم سلوكياته بطريقة موضوعية و تكيفية سليمة لا بد أن يوجد لديه مستوى مقبولاً من تقدير الذات، أما تدني هذا المستوى فقد يؤدي به إلى القيام بسلوكات شاذة و منحرفة أو حتى عدوانية تصل حد الانتحار الذي نعتبره محاولة ذاتية تعكس مجموعة من العوامل النفسية و الأسرية كنتيجة منطقية لخلل تفاعلي بين كل هذه العوامل.

كما يمثل محاولة تشكيل هوية خاصة به بعيداً عن الأسرة وما تفرضه عليه من قيم ومبادئ وسلوكيات، طلباً منه للاستقرار والاستقلال واثبات رجولة المراهقين، وأنه خرج من مرحلة الطفولة و يجب تصنيفه الآن ضمن خانة الراشدين بحيث يمكنه تحمل المسؤولية ويمكن أن يعول عليه في أمور عديدة

ولأن المراهقة فترة صراعات وفترة احتياجات متعددة ومختلفة منها الحاجة إلى الأمن وتأكيد الذات وتحقيقها والحاجة إلى الأمن النفسي، حيث أن نقص أو عدم إشباع وتلبية هذه الحاجات النفس اجتماعية قد ينعكس على المعاش النفسي للمراهق وعلى نظريته وتقييمه لذاته من جهة، ومن جهة ثانية عدم قدرته على التكيف مع المشكلات والأزمات قد يتسبب له ببعض الاضطرابات النفسية ولعل أوسعها انتشارها في عصرنا الحالي القلق والاكتئاب، هذا الأخير الذي يظهر بشكل اضطراب انفعالي سلوكي وتغير في المزاج وتقلبه والحزن ومرودة بعض الأفكار السوداوية بال المراهق مما قد يجره إلى السلوك الانتحاري والمحاولة الانتحارية والذي يمثل أقصى أشكال العنف التي يمارسها أو يوجهها الفرد نحو ذاته فيكون هو الجاني والضحية في الآن نفسه.

لقد عرفت الكثير من المجتمعات ظاهرة الانتحار على اختلاف مرجعيتها الدينية و الثقافية و الاجتماعية و على تباين خصائصها، فهي ظاهرة سلوكية قديمة غير أن انتشارها بالحدة و المستوى الذي نلمسه حاليا جعل الكثير من الباحثين الاجتماعيين يهتمون بها في محاولة منهم لتقديم بدائل علمية إنسانية للحد منها أو التخفيف من مستوى حدوثها.

و لعل المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات الأخرى عرف أيضا ظاهرة الانتحار التي انتشرت بشكل ملفت للإنتباه لاسيما في الفترة الحالية التي شهدت تفاعلات إنسانية إفتراضية بالخصوص أثرت على الإطار القيمي العام ، و إنعكست على سلوكيات المراهقين الذين لوحظ عليهم الكثير من الممارسات السلوكية الغير سوية وصلت حد الإجرام لعل أبرزها السلوك الانتحاري على اعتباره جريمة إنسانية بامتياز، و لعل الأخطر و الأكثر إستنزافا إمتداد هذه الظاهرة السلوكية إلى فئة المراهق المتمدرس و ممارستها الفعلية من طرفه دون أدنى وعي بخطورتها.

إنه و في ظل انتشار مختلف أشكال الجريمة و العنف في الوسط المدرسي و التغيرات الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية التي تميز مجتمعاتنا اليوم، و في ظل تخلي بعض الأسر عن دورها التربوي و أمام تحديات العولمة و مختلف التيارات الثقافية التي تغزو حياة المراهق خاصة مع انتشار استعمال وسائل التواصل الاجتماعي و إفرازاتها الخطيرة على النسق الثقافي القيمي لدى المراهق، في مقابل الغياب شبه الكلي للتكفل النفسي و التربوي بالمراهقين المتمدرسين من قبل أخصائي متفرغ لهذه المهمة، فإن البعض منهم و الذين يعانون من بعض المشكلات النفسية و الاجتماعية و التربوية قد

يختارون سلوكا عدوانيا موجّها نحو الذات كحل نهائي لمشكلاتهم مما يجعلنا نؤكد أننا أمام ظاهرة جد معقدة متعددة العوامل و المؤثرات.

في هذا الإطار المعرفي سنحاول التطرق إلى السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس من خلال دراسة العلاقة بين هذا السلوك و بعض المتغيرات وهي مستوى تقدير الذات و الإكتئاب من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيس التالي: هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري ومتغيري الاكتئاب وتقدير الذات لدى المراهق المتمدرس؟ والذي تنبثق عنه التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري ومستوى تقدير الذات لدى المراهق المتمدرس؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري والاكتئاب لدى المراهق المتمدرس؟

2. فرضيات الدراسة:

أ- هناك علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري ومستوى تقدير الذات لدى المراهق المتمدرس.

ب- هناك علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري والاكتئاب لدى المراهق المتمدرس.

3. دوافع اختيار موضوع الدراسة :

لعل أهم وأصعب مرحلة من مراحل البحث العلمي في الدراسات العليا و الدكتوراه خصوصا هي مرحلة اختيار موضوع البحث التي يتناسب مع توجهات الباحث الإنسانية والعلمية، وبالتالي ميولاته البحثية هذا من جهة و من جهة أخرى تحديد إشكال بحثي يتسم بالجدة في الطرح العلمي، بحيث لا يكون متداولاً أو سبق تناوله بالصيغة التي سيعالجها الباحث، لهذا السبب بالذات تولدت لدينا رغبة شخصية في البحث بموضوع المحاولة الانتحارية لدى المراهق المتمدرس في ظل مجموعة من المتغيرات منها الاكتئاب وتقدير الذات كون الدراسات في هذا موضوع قليلة خاصة على حد معرفتنا، ضف إلى ذلك مجموع دوافع أبرزها:

- إن موضوع السلوك الانتحاري ومحاولة الانتحار يدخل ضمن اهتماماتنا الخاصة، وذلك لأسباب عديدة أهمها عملنا في الميدان التربوي بصفة مستشار للتوجيه والإرشاد المدرسي والمهني مما جعلنا نعيش مثل هذه الظواهر بصفة مباشرة مع التلاميذ سواء في الطور

المتوسط أو الثانوي، وكذلك الملاحظة اليومية لتزايد أعداد المحاولين للانتحار في بعض المؤسسات التربوية.

- إن إقبال التلاميذ على محاولة قتل أنفسهم داخل المدارس وأمام مرأى زملائهم قد ينبئ بتصعيد خطير لهذه الظاهرة لا سيما وأن سمة التقليد هي أكثر السمات التي يتميز بها المراهق مما يعني الخوف من تزايد معدلاتها في إطار اقتداء التلاميذ بزملائهم وبالتالي يصبح الانتحار ومحاولة الانتحار وباءا حقيقيا يهدد أمن المراهق المتمدرس.
- انتشار المحاولات الانتحارية في المجتمع الجزائري لاسيما في الآونة الأخيرة مثلما تؤكد الكثیر من القراءات الإعلامية الإحصائية بالخصوص، خاصة وأنها مست جميع الفئات والأعمار ولم تستثن الأطفال والمراهقين، مما يعني خطورة الظاهرة وحتمية طرحها وتحليل أبعادها في محاولة للحد منها.
- اعتبار موضوع السلوك الانتحاري ومحاولة الانتحار ظاهرة دخيلة على المجتمع الجزائري من جهة، ولأنه يدخل ضمن دائرة " المسكوت عن اجتماعيا"، من جهة أخرى لتبقى المحاولات البحثية في أبعاده محدودة جدا في حين نعتقد أننا معنيون أكثر بتقديمه علميا و تحليل مختلف أبعاده سواء النفسية أو الاجتماعية أو التربوية.

4. أهداف وأهمية الدراسة:

1.4. أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا الحالية إلى :

- الوقوف على واقع السلوك الانتحاري في المجتمع الجزائري كظاهرة سلوكية متعددة الأبعاد.
- الكشف عن العوامل والدوافع الكامنة وراء محاولة المراهق المتمدرس للانتحار.
- تحديد العلاقة بين محاولة الانتحار ومتغيري الاكتئاب ومستوى تقدير الذات لدى المراهق المتمدرس.

2.4. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية السلوك الانتحاري بوصفه أعلى مستوى يصل إليه الفرد من العنف الذي يوجه لذاته، ويهدد به أيضا تماسك المجتمع وبنيته الاجتماعية حيث انتشر هذا السلوك في الآونة الأخيرة، وتعددت أساليب وأسبابه ودوافعه من نتائج دراسية إلى لعبة الحوت الأزرق إلى المشاكل العاطفية والقطيعة الأسرية وغيرها من الأسباب التي أدت إلى التأكيد على أهمية دراسة هذه الظاهرة الخطيرة التي تهدد أمن وحياة الأطفال والمراهقين والوقوف على أسبابها الحقيقية من أجل العمل على معالجتها والتقليل من حدة انتشارها مستقبلا.

5. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

1.5. مفهوم السلوك الانتحاري:

الانتحار كما عرفه دوركايم DURKHEIM هو : كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل ايجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت".

أما المحاولة الانتحارية فإن برانجي PRINGNEY يرى أن المحاولة الانتحارية هي فعل غير كامل قصد الموت وينتهي بالفشل.

وفي بحثنا هذا السلوك الانتحاري هو سلوك يقوم به المراهق المتمدرس بنية محاولة إنهاء حياته وتكون نهايتها فاشلة.

2.5. المراهق المتمدرس:

"المراهقة تمثل مرحلة نمو سريعة وتغيرات في كل جوانب النمو تقريبا الجسدية والعقلية والحياة الانفعالية، كما أنها فترة من الخبرات الجديدة والمسؤوليات الجديدة والعلاقات مع الراشدين والرفاق، وعلى نحو عام فإن هذه المرحلة تمتد من بداية النضج الجنسي وحتى السن الذي يحقق فيه الفرد الاستقلالية عن سلطة الكبار". (رغدة شريم:2007، ص 21-22)

وبالنسبة لدراستنا الحالية فالمراهق المتمدرس هو كل تلميذ أو تلميذة يزاول دراسته بمرحلة التعليم المتوسط و/ أو التعليم الثانوي بكافة شعبه وتخصصاته ويتراوح سن بين 13 و 20 سنة.

3.5. الاكتئاب:

حيث عرفه موريس روكلين MOURIS ROKHELIN بأنه: " حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة والشعور بالكآبة والحزن والتشاؤم، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيف من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والشدة. (ROKHELIN: 1998,p356) ، ويوصف الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي وسلوكي وهو أحد الاضطرابات النفسية المعروفة والمنتشرة أيضا الذي يتسم خاصة بالحزن الشديد والمستمر وفقدان اللذة بالحياة، وكذلك فقدان الاهتمام والمعاناة من مشاعر الذنب وغيرها من المشاعر السلبية .

أما عن دراستنا الحالية فإن الاكتئاب يبرز لنا من خلال:

أولاً: الدرجة الكلية للمفحوص بعد الإجابة على مقياس بيك للاكتئاب والذي يتناول الأبعاد التالية: الحزن، التشاؤم من المستقبل، الإحساس بالفشل، السخط وعدم الرضا، الإحساس بالندم والذنب، توقع العقاب، كراهية النفس، إدانة الذات، وجود أفكار انتحارية، البكاء، الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي، الانسحاب الاجتماعي، التردد وعدم الحسم، تغير صورة الجسم والشكل، هبوط مستوى الكفاءة والعمل، اضطرابات النوم، التعب والقابلية للإرهاق، فقدان الشهية، تناقص الوزن، تأثر الطاقة الجنسية، الانشغال على الصحة.

ثانياً: كذلك الأعراض الاكتئابية التي وردت في الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والتي تتضمن أبعاد وأعراض الاكتئاب والتي تتجلى لنا من خلال أدوات الملاحظة والمقابلة العيادية فوجود خمس أعراض على الأقل مؤشر كاف لوجود سمة الاكتئاب لدى المفحوص.

4.5. تقدير الذات:

عرف روزنبرغ ROSENBERG (1978) تقدير الذات بأنه : اتجاهات الفرد الشاملة سالبة كانت أو موجبة نحو نفسه وهذا يعني أن تقدير الذات المرتفع يدل أن الفرد يعتبر نفسه ذو قيمة وأهمية ، بينما تقدير الذات المنخفض يعبر عن عدم رضا الفرد عن ذاته أو رفض الذات أو احتقار الذات. (فيرليت:2002، ص192)

وعرفه كوبر سميث بقوله هو تقييم الفرد لنفسه بنفسه ويعمل على المحافظة عليه ويتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الايجابية أو السلبية نحو ذاته وتقدير الفرد هو الحكم على درجة كفاءته الشخصية. (زهرا: 1998 ، ص291)

وفي هذه الدراسة فالمقصود بتقدير الذات هو استجابات المراهق المتمدرس الذي حاول الانتحار لمضامين مقياس تقدير الذات ل: كوبر سميث النسخة المدرسية.

6. الدراسات السابقة:

تكمن أهمية الدراسات السابقة لموضوع البحث في التعرف على التراث العلمي الخاص بمتغيرات البحث، وذلك على اختلاف تلك الدراسات وتوجهاتها ووسائلها وكذلك اختلاف بيئاتها وزمانها ومكانها، وتعدد المنهجيات المستخدمة فيها، أيضا تساعد الدراسات السابقة الباحث في تحديد توجه البحث ومعالمه مقارنة بما تم دراسته مسبقا، كما تعتبر تراثا نظريا خصبا من جهة ومن جهة أخرى مرجعا يستند عليه في الإطار التطبيقي من حيث تحليل النتائج وتفسيرها ومقارنتها بنتائج دراسات سابقة أو مشابهة، ونحن في هذا الصدد سنحاول عرض بعض الدراسات السابقة التي تناولت خاصة المتغير الأساسي للدراسة وهو المحاولة الانتحارية، وشملت هذه الدراسات دراسات أجنبية ودراسات عربية وأخرى جزائرية محلية والتي نوجزها كما يلي:

1.6. الدراسات الأجنبية:

*الدراسة الأولى: دراسة توماس فاريل وآخرون THOMAS FARRELL AND AT AL (2015):

بعنوان : أثر الدعم الاجتماعي والإطار الاجتماعي على محاولة الانتحار لدى المراهقين". وهدفت الدراسة إلى تقييم أثر الدعم الاجتماعي والإطار الاجتماعي على محاولة الانتحار لدى المراهقين، وحساب هذا الخطر الطولي على محاولات الانتحار حيث طبقت هذه الدراسة على 7299 مراهق واستخدمت الدراسة اختبار (كاوفمان KAUFMAN) للذكاء لتقييم النتائج ومقارنتها واستخدمت الدراسة (SPSS) لتحليل النتائج، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة في طبيعة محاولة الانتحار داخل التجمعات السكانية من خلال دراسة سلوكية و أن الدعم والسياس الاجتماعية له أثر مهم على السلوك الانتحاري لدى المراهقين المحرومين.

*الدراسة الثانية: دراسة آدم وآخرون (ADAM & AT ALL) (2015):

بعنوان: "تأثير الإدراك الحسي للدعم الاجتماعي من الأقارب (الوالدين، الأصدقاء، المدرسة) على التفكير الانتحاري السائد ومحاولات الانتحار".

هدفت الدراسة إلى اختبار تأثير علاقة الإدراك الحسي للدعم الاجتماعي من الأقارب (الوالدين، الأصدقاء، المدرسة) على التفكير الانتحاري السائد ومحاولات الانتحار، وقد طبقت هذه الدراسة على (143) مشاركا من المراهقين تحت الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، وتم جمع بيانات المشتركين من خلال المقابلة المباشرة، وكشفت نتائج الدراسة أن عدم وجود إدراك أو دعم نفسي من المدرسة مستقل يؤدي إلى عزم عال على التفكير بالانتحار ومحسوبا على دعم الوالدين والأصدقاء، وعلاوة على ذلك فإن العلاقة بين الإدراك الحسي للدعم المدرسي و التفكير بالانتحار كان الأقوى بمن يتلقون دعما حسيا عاليا من الآباء والأصدقاء، وأثبتت تحاليل البيانات أن الأقل دعما حسيا مدركا من الوالدين يؤدي إلى محاولات انتحار محسوبا على الدعم المدرسي والأصدقاء المقربون، بالإضافة إلى أن من يتلقون دعما حسيا مدركا من المدرسة والأصدقاء سجل أكبر احتمالات في محاولات المشتركين للانتحار.

وأشارت الدراسة إلى أن هناك فجوة دالة بين الدعم الاجتماعي وثقافة الانتحار من خلال الإثبات أن الدعم الحسي المدرك بين الوالدين والمدرسة أهم نسبيا من دعم الأصدقاء المقربون في فهم الأفكار الانتحارية وسلوكيات الانتحار.

*الدراسة الثالثة: دراسة غلك مي وآخرون (GULEC MY & ALL) (2014):

عنوان الدراسة: " تنبؤ انتحار المرضى المصابين باضطراب التحويل". وهدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في محاولات الانتحار لدى المرضى المصابين باضطراب التحويل في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والإكلينيكية، تكونت عينة الدراسة من (100) مريضا تم تقسيمهم لمجموعات وفقا لتاريخهم في محاولات الانتحار ووفقا للمتغيرات الديمغرافية (الوضع الاقتصادي، العمر، الجنس، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية) والمتغيرات الإكلينيكية (وجود اضطراب نفسي في الأسرة، تعاطي المخدرات، تعاطي الكحول، عمر البدء، عدد مرات الدخول للمستشفى)، واعتمدت الدراسة على استبانة صدمة الطفولة (CTQ-28) واختبار حصر المزاج والشخصية (TCI) ومقياس اليكثيميالتورنو (TAS-20) ومقياس التجارب الفصامية (DES) وبيك للقلق (BAI) وبيك للاكتئاب

(BDI)، باعتماد المنهج الوصفي وتوصلت النتائج إلى أن محاولات الانتحار كانت مرتفع لدى متعاطي الكحول، كما أظهرت النتائج ارتفاع متوسطات الدرجات في DES, BDI, BAI.

*الدراسة الرابعة: دراسة ايفان وآخرون (EVAN.M KLEINMAN & AT AL (2013):

بعنوان: " الدعم الاجتماعي وعلاقته بمحاولات الانتحار على مدى الحياة " .

هدفت إلى تحليل علاقة الدعم الاجتماعي ومحاولات الانتحار على مدى الحياة واستنتاج ما إذا كان الدعم الاجتماعي عامل من عوامل الوقاية من الانتحار. وطبقت هذه الدراسة على مرحلتين الأولى على (519) حالة من قطاعات بريدية مختلفة في جميع أنحاء إنجلترا موزعين على الوضعين الاجتماعي والاقتصادي، و المرحلة الثانية تضمنت متدربين على المقابلة زاروا بعض أفراد العينة البالغة (519) مشاركا ولمجموع عينة قدرها (14532) حالة منها (12694) انطبقت عليهم شروط المسح على أن يؤخذ من كل بيت واحد حيث أن (57) من الذين انطبقت عليهم الشروط قبلوا بالخضوع للتجربة ليكون إجمالي العينة الفعلية التي طبقت عليها الدراسة (7461) مشارك، واستخدم الباحثون أسلوب المقابلة لجمع البيانات كما وتم تحليل البيانات إحصائيا باستخدام (SPSS) النسخة الثانية، وأشارت نتائج الدراسة إلى ربط الدعم الاجتماعي مع تقليل احتماليات الانتحار مدى الحياة وأكدت الدراسة أن الدعم الاجتماعي عامل قابل للتكيف ويمكن استخدامه لتحسين برامج الوقاية من الانتحار الموجودة في جميع أنحاء العالم.

*الدراسة الخامسة: دراسة دي مان وآخرون (2002):

بعنوان: العلاقة بين تقدير الذات وتصور الانتحار لدى عينة من طلبة الجامعة". هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات وتصور الانتحار لدى عينة من طلاب الجامعة وكانت عينة الدراسة 131 طالبا تراوحت أعمارهم بين 18 و 24 سنة وطبق عليهم مقياس روزنبرخ لتقدير الذات ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس تصور الانتحار من إعداد الباحثة، وأشارت النتائج إلى انخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب يزيدان من احتمالية الانتحار وأن تقدير الذات الايجابي هو عامل وقاية ضد أعراض الاكتئاب وتصور الانتحار.

2.6. الدراسات العربية:

*الدراسة الأولى: دراسة الخواجة (2016):

بعنوان: "التشريح النفسي لمحاوли الانتحار بغزة، دراسة إكلينيكية تحليلية". واستهدفت الدراسة تشريح محاولي الانتحار تشريحا نفسيا من أجل الكشف عن المشكلات النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية التي أدت لمحاولات الانتحار، كما هدفت أيضا التعرف على الدلالة النفسية التي أدت للجوء إلى محاولة الانتحار وكذلك الكشف عن مستوى التدين لديهم.

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الإكلينيكي على ثلاث حالات، ودلت النتائج على ما يلي: تتسم التنشئة الاجتماعية لمحاولات الانتحار بالتذبذب بين الإفراط والتفريط، كما أن هناك مجموعة من العوامل التي ساهمت بلجوء الحالات لمحاولات الانتحار وهي العوامل النفسية وأبرزها الحرمان العاطفي، تحمل المسؤولية مبكرا بما يفوق الاحتمال، التقدير السلبي للذات، القلق من المستقبل الشعور بالاضطهاد، الحساسية الزائدة، الشعور بالاغتراب والعدوانية اتجاه الآخرين، الضغوط النفسية والحزن، وكثرة الشكوى، أما العوامل الاجتماعية فأبرزها تدني المستوى التعليمي، الاعتداء الجنسي والتعرض له، تدخلات أهل الزوج، التعرض للعنف والتهديد والانتقادات، الطلاق، الخلافات مع أحد الوالدين أو كليهما، الحاجة إلى المساندة، وهناك عوامل أسرية أبرزها الشعور بعدم الرضا عن الزوج، وضعف شخصيته، عدم وجود مشاركة أسرية فاعلة، كما أن المستوى الاقتصادي غير كاف لتلبية احتياجات الحالات. كان الهدف وراء تلك المحاولات الانتحارية هو جلب استعطاف الآخرين ومساندتهم، الحاجة للتقدير والاهتمام وثبات الذات، لفت الانتباه والهروب من المشكلات والتي أبرزها الصراعات، انخفاض مستوى التدين للحالات حيث كان متوسط فأقل من المتوسط. (الخواجة، 2016)

*الدراسة الثانية: دراسة الشواشري (2015):

بعنوان: "التفكير الانتحاري وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك". هدفت الدراسة للكشف عن التفكير الانتحاري وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك، وللإجابة على أسئلة الدراسة استخدم الباحث استبانة التفكير الانتحاري التي طورها الباحث (SLG)، ومقياس روزنبرج (ROSENBERG SELF-ESTEEM) لقياس تقدير الذات الكلي، تألفت عينة الدراسة من (302) طالبا وطالبة. ودلت نتائج الدراسة على أن مستوى التفكير الانتحاري كان منخفضا لدى الطلبة وأن أهم عوامل الدافعة للتفكير الانتحاري كانت

العوامل النفسية فالعوامل الاجتماعية فالعوامل الصحية الجسدية فالعوامل الأسرية فالعوامل الاقتصادية، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية (0.05) بين تقدير الذات والتفكير الانتحاري لدى الطلبة فكلما ارتفع تقدير الذات ارتفع التفكير الانتحاري.

***الدراسة الثالثة دراسة الضمور(2014):**

بعنوان: " ظاهرة الانتحار دراسة سسيولوجية"، وتتلخص مشكلة الدراسة في تحديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية ودورها في تفسير الانتحار في الأردن. اعتمد الباحث المنهج الوصفي، وتمثلت عينة الدراسة في 30 شخص ممن حاولوا الانتحار في المملكة الأردنية الهاشمية، مستخدماً البيانات المسجلة في السجلات الرسمية خلال 2009-2000 والمقابلة . وكانت النتائج كما يلي:

- فئة العاملين احتلت المرتبة الأخيرة في مجموع حالات الانتحار ومحاولاته.
- دلت نتائج الدراسة أن نسب الانتحار العالية تركزت عند فئة غير العاملين ثم فئة ربات البيوت ثم العاملين وأخيراً الطلاب.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات البطالة والانتحار.
- أكثر الفئات العمرية ارتكاباً للانتحار هي فئة الشباب من 18-27 سنة تليها فئة 28-37 وتقل من 48 فما فوق.
- من حيث الوسائل المستعملة في الانتحار ومحاولته هي المواد السامة ثم الشنق في أماكن مهجورة السلاح الناري و إلقاء النفس من مرتفع .
- زيادة نسب الانتحار من حيث العدد في المناطق الحضرية أكثر من الريفية.
- العوامل المسببة للانتحار تأتي الاجتماعية أولاً ثم العوامل النفسية وأخيراً العوامل الاقتصادية.(الضمور:2014)

***الدراسة الرابعة : دراسة مسلم (2012):**

بعنوان: " العلاقة بين درجات تصور الانتحار ودرجات فقدان الأمل لدى طالبات الجامعة". هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تصور الانتحار ودرجات فقدان الأمل لدى طالبات الجامعة، وتحقيقاً لأهداف هذا البحث قامت الباحثة ببناء مقياس تصور الانتحار وتبني مقياس العنزي(2004) لفقدان الأمل لطلبة الجامعة وقامت الباحثة بتكليفه لطلبات الجامعة، بعد التأكد من صدق وثبات القوة التمييزية لفقرات المقياسين المذكورين طبقاً على عينة بلغت (320) طالبة جامعية

تم اختيارهن بطريقة عشوائية من ستة أقسام موزعة بواقع ثلاث كليات في كلية العلوم للبنات وثلاث كليات في كلية التربية للبنات للصفين (الأول والرابع) وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصل البحث إلى وجود علاقة ايجابية بين تصور الانتحار وفقدان الأمل.

* الدراسة الخامسة: دراسة أبو ركاب (2010):

بعنوان: " معرفة الأسباب المهيأة للانتحار في البيئة الفلسطينية".

هدفت الدراسة إلى معرفة الأسباب المهيأة للانتحار في البيئة الفلسطينية، سعياً للوصول بالمجتمع الفلسطيني إلى أرقى المستويات في المستقبل، وقد استخدم الباحث بعض الاختبارات ومنها اختبار ايزنك للشخصية E.P.Q واختبار جلفورد عن طريق إعداد استبانة حول بعض المشاكل النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الأفراد، ولقد وزعت على (60) فرداً من مجموعتين، الأولى تجريبية وأخرى ضابطة من جميع المناطق، و استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكان عمر أفراد العينة من 14 إلى 55 سنة وقد توزعت العينة على محافظات غزة الخمس، ولم يتم استبعاد أحد من أفراد العينة وبلغ عدد أفراد الدراسة (60) حالة من الذين حاولوا الانتحار، وتم توزيع هذه العينة حسب نوع الجنس في العينة التجريبية 13 حالة من الذكور و 17 من الإناث وحسب نوع العينة الضابطة 12 حالة من الذكور و 18 حالة من الإناث وتوصل الباحث إلى النتائج التالية:

- درجات العصاب : نلاحظ في المجموعة التجريبية لمجال "درجات العصاب" أن المتوسط الحسابي يساوي 71.33% ، أما في المجموعة الضابطة لمجال درجات العصابي المتوسط الحسابي النسبي يساوي 37.53% .
- الانبساط (الانطواء): نلاحظ في المجموعة التجريبية لمجال " الانبساط (الانطواء)" أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 71.13% ، أما في المجموعة الضابطة لمجال الانبساط (الانطواء) فتبين أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 73.29%.
- بعد الذهان: نلاحظ في المجموعة التجريبية لمجال " بعد الذهان" أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 71.19%، أما المجموعة الضابطة لمجال " بعد الذهان" فتبين أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 73.24%.
- بعد الكذب: نلاحظ في المجموعة التجريبية لمجال " بعد الكذب" أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 71.33%، أما في المجموعة الضابطة لمجال " بعد الكذب" فإن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 73.53%.

- جيلفورد للاكتئاب النفسي: نلاحظ في المجموعة التجريبية لمجال " جيلفورد للاكتئاب النفسي" أن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 50.57%.

*الدراسة السادسة: دراسة الصرايرة (2006):

بعنوان : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة 195-2004. حيث سعى الباحث للكشف عن الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لمرتكبي جريمة الانتحار في المجتمع الأردني، مستخدماً بيانات جاهزة في التقارير الإحصائية الجنائية الصادرة عن مديرية الأمن العام من 1995-2004.

وأظهرت النتائج أن أكثر الفئات ارتكاباً للانتحار هم فئة الشباب ثم فئة كبار السن، وغير العاملين أكثر ارتكاباً للجريمة من العاملين، وفئة أفراد إقليم الوسط أكثر ارتكاباً لجريمة الانتحار من أفراد الشمال والجنوب، وكانت أكثر الأسباب الدافعة لجريمة الانتحار الأسباب الاجتماعية وأن أكثر الوسائل استخداماً السلاح الناري وتناول المواد السامة.

كما أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات جرائم الانتحار بكل من معدلات الزواج ومعدلات الكثافة السكانية، وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات جرائم الانتحار ومعدلات ارتكاب الجريمة بشكل عام ومعدلات البطالة والطلاق وجرائم القتل العمد ومعدلات جرائم السرقة. (الصرايرة، 2006: ص10)

3.6. الدراسات المحلية:

*الدراسة الأولى: دراسة أمال غزال (2016):

بعنوان: " دراسة سيكوباتية للفتيات المحاولات للانتحار في حالة الفشل العاطفي، حيث هدفت الدراسة إلى البحث عن العلاقة أو الرابط بين المحاولة الانتحارية والتبعية للحب (العاطفية).

اعتمدت الباحثة على عدة أدوات ضمن المنهج العيادي وهي المقابلة العيادية الموجهة والنصف موجهة، إضافة إلى فحص الهيئة العقلية والاختبار الاسقاطي المتمثل في الروشاخ.

تمت الدراسة على سبعة فتيات بين عمر 18-28 سنة الذين تم اختيارهم بطريقة قصدية وتوصلت إلى النتائج التالية:

تبقى التبعية للأخر تمثل نقص في موضوع الحب الأولي واللجوء إلى هذه العلاقة بحثاً عن الإشباع وتجارب الخبرات الأولية السابقة ورغبة في إيجاد ما هو مفقود .

فقدان الموضوع أدى إلى فقدان الأنا عند الحالات وبالتالي فالمحاولة الانتحارية كانت كـرغبة في معاقبة جزء من الذات الذي يمثل لها الأخر المحب، حياة داخلية هشة وعدم وجود انسجام بين الحاجات واستجابات المحيط وبالتالي عدم القدرة على التمييز بين الموضوع والأنا .

الحالة العاطفية (الحب) تعاش كتفريق يتخطى الحدود بين الذات والأخر ترجم لنا هذا التعلق القوي بالأخر عن وجود نقائص وحاجات غير مشبعة. وبالتالي فالأخر كان بمثابة تعويض واكتمال لذلك، و العلاقة بالطرف الأخر لم تؤسس في إطار البحث عن التكامل والانسجام والاستقرار العاطفي ، وإنما هذا النوع من الحب يبني على النقائص ويبقى الأخر هو المرمم لسد الثغرات وملئ الفجوات .

المحاولة الانتحارية لهذه الحالات المدروسة سجلت في إطار التوظيف النفسي البيني، وهذه الدراسة أسفرت عن وجود آليات دفاعية بدائية منها الانشطار، الاكتئاب ناتج عن قلق التفريق وفقدان الموضوع المحب ، التبعية للحب ارتبطت بمواضيع الطفولة المبكرة الغير مشبعة وعبرت عن ذلك بالحاجة الماسة إلى السند والانتقال إلى الفعل كشف لنا عن وجود نزعة نزوية تدميرية في عقاب فقدان الأخر.

*الدراسة الثانية: دراسة سهيري (2013):

وهي عبارة عن دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية في مدينة الاغواط. والتي بحثت في مدى انتشار ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية بمدينة الاغواط حسب عدد من المتغيرات: السن، الجنس، السلوك الانتحاري، وسيلة الانتحار، الشهر، الفصل و المهنة.

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وتمثلت عينة الدراسة في مجمل حالات المحاولات الانتحارية المسجلة بمستشفى محمود بن عجيبة سنة 2003 بلغت 64 ملفا منهم 53 محاولة انتحار.

دلت نتائج الدراسة على انتشار ظاهرة الانتحار في مدينة الاغواط مقارنة بالمدن المجاورة لها من العاصمة و برج بوعرييج، وأن توزيعهم حسب السن فإن أكثر الفئات تضررا هي الفئة الشبانية بين 15-35 سنة بنسبة 81.25% .

أما من حيث الجنس فنجد أن في المحاولة الانتحارية فهي تنتشر عند الإناث أكثر من الذكور بنسبة 67 % مقابل 32% ، في حين نجد العكس في الانتحار التام، الذكور بنسبة 54 % والإناث بنسبة 45 % .

يكثر الانتحار في شهر أفريل بنسبة 14 % و يليه شهر جويلية بـ 10.9 % ، فهو يكثر في فصل الربيع، وقد وجدت الدراسة أن أكثر محاولي الانتحار يستعملون الأدوية بنسبة 53 % في حين المنتحرين يلجئون إلى أدوات أكثر عنفا وحدة مثل الشنق وشرب المادة الحامضة أو مبيد الفئران.

أما من حيث المهن فإن 48.6% منهم بطالين ثم تليها فئة التلاميذ والمتدربين بنسبة 18.7%.(سهيري:2013)

*الدراسة الثالثة: دراسة رشيد مسيلي و فاضلي أحمد (2013):

وكانت تحت عنوان " الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس " . هدفت الدراسة إلى الكشف عن الأساليب التي يستخدمها محاولو الانتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم وأسباب معاودة هذا السلوك من خلال مؤشرات : الاكتئاب واليأس.

تم الاعتماد على المنهج الوصفي المقارن، الذي يتناسب مع أهداف البحث في محاولة فحص الفروق في إدراك الضغط النفسي وأساليب التعامل معه، ودراسة الفروق في مشاعر اليأس والاكتئاب وفقا لعدد محاولات الانتحار. وتكونت العينة من 75 فردا موزعين حسب الجنس إلى 40 ذكور و 35 إناث، الذين اختيروا بطريقة مقصودة. وقد قام الباحثان بتصميم استبيان لجمع أكبر قدر من المعلومات التي تخدم البحث : الجنس، السن، الحالة المدنية، المستوى التعليمي، الحالة الصحية، المهنة، وعدد محاولات الانتحار و الوسائل المستخدمة. و استبيان إدراك الضغط لفرنستين وآخرون LEVENSTEIN (1993) مكون من 30 عبارة لقياس الضغط و استبيان أساليب التعامل.

ووجدت الدراسة أن هناك علاقة ايجابية بين نسب البطالة وبين محاولات الانتحار، وأن 57.4 % من أفراد العينة لديهم إحساس بعدم النفع وهذا قد يؤدي بصاحبه بالإحساس بالعبثية ويدفعه إلى تمني العدم أي الانتهاء من حياته. وأن 55.7 % من المبحوثين مهزومي الثقة بالنفس، الأمر الذي يفسر استسلامهم للمشاكل. كما أن أفراد العينة يشعرون بنسبة 41.7 % أنهم محط احتقار أو عدم احترام من طرف الآخرين، و 60.9 % منهم يشعرون بالعزلة و 85.2 % يشعرون أن حقوقهم ضائعة، و أن 67.8 % يريدون مغادرة البلاد مما يدل أن هناك علاقة ارتباطية قوية جدا بنسبة ثقة 99 % و درجة معنوية أقل من 0.01 بين التصورات الانتحارية والشعور بضياح الحقوق.

*الدراسة الرابعة: دراسة غازلي (2012):

بعنوان: "النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق بين سن 14 و 17 سنة ، دراسة مقارنة ل 20 حالة" . هدفت هذه الدراسة إلى تفسير المحاولة الانتحارية في ظل علاقتها بشكل النسق الأسري لدى المراهق وطبيعة هذا النسق إذا كان متصارع أو متوازن ، مفتوح أو مغلق ودوره في زيادة أو خفض المحاولة الانتحارية لدى المراهق، وعليه الوصول إلى العوامل الأولية منها العلائقية التي تقف وراء المحاولة الانتحارية لدى المراهقين.

اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي المقارن لتوضيح العلاقات الموجودة بين متغيرات البحث، والمنهج الوصفي المقارن نظرا لما اقتضته الدراسة الحالية. و شملت العينة 10 حالات محاولة انتحار و 10 حالات لم تقم بمحاولة الانتحار. الذين طبقت عليهم الباحثة المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس بيك للاكتئاب واختبار الإدراك الأسري.

وجاءت نتائج الدراسة كما يلي:

مقياس بيك للاكتئاب: دلت النتائج أن المراهقين الذين حاولوا الانتحار اتضح أن كل الحالات أبدت حالة اكتئابية شديدة وهي درجات متفاوتة بين 36 إلى 51 و 28 إلى 63 درجة على المقياس، في حين الغير محاولين للانتحار اكتئاب لديهم خفيف ودرجات دنيا إلى متوسطة عند حالة وحيدة، وتم استنتاج أن 90 من المحاولين للانتحار يعيشون حالة اكتئابية شديدة هذا ما أثبتته أغلب الدراسات .

النسق الأسري المتصارع له علاقة بزيادة المحاولة الانتحارية لدى المراهق حيث سجلت الدراسة N=90 للصراع الظاهري بالنسبة للمراهقين الذين حاولوا الانتحار.

أما بالنسبة للفرضية التي مفادها أن شكل النسق الأسري المتوازن له علاقة بإنقاص محاولة الانتحار قد تحققت من خلال نتائج اختبار الإدراك الأسري .

وشكل النسق الأسري المفتوح له علاقة بإنقاص المحاولة الانتحارية حيث النتيجة $N=00$ لنسق مغلق لدى فئة المراهقين الذين لم يقوموا بمحاولة الانتحار .

شكل النسق الأسري المغلق له علاقة بزيادة المحاولة الانتحارية لدى المراهق فهي صحيحة $N=90$ لنسق مغلق لدى فئة المراهقين المحاولين للانتحار. (غازلي نعيمة:2012)

*الدراسة الخامسة: دراسة إبراهيم بوالفلفل (2010):

" ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري " والذي حاول من خلال دراسته الإجابة عن الإشكال التالي : ما هي الأسباب والعوامل المساعدة على الانتحار في المجتمع الجزائري. تم اختيار 26 ولاية من ولايات الوطن بطريقة عنقودية، وتمثلت في 115، 39 مبحوث ممن انتحروا انتحارا كاملا، و 76 مبحوث ممن حاولوا الانتحار حيث أن 38.3 % ينتمون إلى فئة 15 إلى 25 سنة. أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها:

- بالنسبة للفرضية المتعلقة بالوضع الاقتصادية وعلاقتها بزيادة الميل نحو السلوك الانتحاري فإن أغلب المبحوثين يعانون من مشاكل السكن 42.6 % يقطنون في بيوت ريفية 61.7% تتراوح غرف سكنهم بين غرفة وثلاث غرف.

- البطالة عامل مخاطرة حاسم حيث بلغت نسبة الذين ليست لديهم مهمة لدى أفراد العينة 82.6% و 58.3% لديهم ضغوطات مالية تمثلت في عدم استجابة الأسر لحاجات المعني، إلا أن 41.7% منهم لا يعاني من ضغوطات مالية رغم أن معظمهم بطال. (إبراهيم بوالفلفل:

(2010)

*الدراسة السادسة: دراسة معوشة (2008) :

حول: الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب، دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب في مدينة باتنة، اعتمادا على المنهج الوصفي التحليلي وعلى مقياس كوبر سميث لتقدير الذات 1967.

استبيان الميول الانتحارية من إعداد الباحث و المقابلة، طبق هذه الأدوات على عينة عمرهم بين 18-29 سنة، ودلت نتائج الدراسة على:

- وجود علاقة ارتباطية من النوع السالب بين تقدير الذات ومكوناته وأبعاد الميول الانتحارية عند الجنسين.
 - تقدير الذات العامة هي المؤشر الأكثر إسهاما بالتنبؤ بالميول الانتحارية عند الذكور أما عند الإناث فتقدير الذات العائلية هو المؤشر الأكبر من بين أنواع تقدير الذات إسهاما في التنبؤ بالميل الانتحاري.
 - وجود فروق دالة إحصائية في الميول الانتحارية ولصالح تقدير الذات المنخفض.
 - وجود علاقة ارتباطية ومن النوع السالب بين الميول الانتحارية عند الشباب ومتغير الجنس عند الإناث دون غيرهن من عينة الدراسة. (معوثة: 2008)
- *الدراسة السابعة: دراسة بوسنة (2006) :

" التصور الاجتماعي للانتحار" والتي هدفت إلى التعرف على التصورات الاجتماعية لدى الطالب الجامعي لظاهرة الانتحار .

تمثلت عينة الدراسة في الطلبة الجامعيين والذين بلغ عددهم 1237 طالب وطالبة و اعتمد المنهج الوصفي الذي ساعد على الكشف عن العلاقة القائمة بين التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار و المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في الجنس - البيئة الأصلية.

أما أدوات الدراسة تمثلت في الملاحظة والمقابلة والاستمارة التي قام الباحث بإعدادها وتتكون من 35 سؤال موزعة حول محاور : مفهوم الانتحار، أسباب الانتحار في الجزائر، آثار الانتحار في الجزائر و كيفية مواجهة الانتحار في الجزائر. و أسفرت عن النتائج التالية:

- لا توجد فروقات بين التصور الاجتماعي للانتحار لدى الطلبة الجامعيين والتصور الاجتماعي للانتحار لدى الطالبات الجامعيات فعامل الجنس لا يؤثر في تحديد التصور الاجتماعي.
- لا توجد فروقات بين التصور الاجتماعي للانتحار لدى الطلبة الجامعيين الناشئين في الوسط الريفي والطلبة الناشئين في الوسط الحضري بمعنى أن الوسط الأصلي الذي نشأ فيه الطالب الجامعي لا يؤثر في تحديد التصور الاجتماعي للانتحار.(بوسنة: 2006)

6-4. نقد وتقييم الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة وجدنا أن هناك اهتمام كبير لدى الباحثين خاصة في السنوات الأخيرة (عربيا، دوليا ومحليا) بموضوع السلوك الانتحاري والمحاولة الانتحارية حيث تتفق أغلب هذه الدراسات حول المتغير الأساسي لدراستنا وهو المحاولة الانتحارية، وقد تطرق لها الباحثون أكثر من تطرقهم لظاهرة الانتحار التام والمطلق.

وكل الدراسات التي تم العثور عليها على حسب علم الباحثة هي دراسات سابقة فقط وليست مشابهة حيث لم نجد دراسة تناولت موضوع المحاولة الانتحارية في علاقته بالمتغيرات البحثية المختارة وهي الاكتئاب وتقدير الذات لدى فئة المراهقين المتمدرسين.

ومن حيث عينة البحث أو الفئة المستهدفة من الدراسة وجدنا أن عديد من الدراسات التي تم العثور عليها وتلخيصها في هذا العنصر قد درست المحاولة الانتحارية والسلوك الانتحاري وكذلك التفكير الانتحاري أيضا لدى المراهقين كما في دراسة فاريل ودراسة بيللا، دراسة الشواشري وحسني ودراسة أبو ركاب ودراسة الغديان والفايد وسهيري وغازلي... حيث إهتم الجميع بفترة المراهقة والشباب، مما يعني أنه شكل جديد من أشكال الموت التي تهدد هذه الفئة الشبانية حيث أخذ هذا السلوك الخطير في التغلغل وسط المراهقين والتفشي السريع بينهم نتيجة عوامل متشابكة ومعقدة ترتبط أساسا بطبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها.

أما من حيث المتغيرات التي تم دراستها وربطها بالمحاولة الانتحارية فهي عديدة، فهناك تنوع كبير في الطرح وكل باحث حسب توجهه النظري وتخصصه العلمي، فمنهم من درس المحاولة الانتحارية والانتحار من خلال علاقته بالعزو السببي والمساندة والدعم الاجتماعي، ومنهم من ربطها بالاضطراب النفسي كاضطراب التحول وصدمة الطفولة البينشخصية، ومنهم من كانت دراسته دراسة تحليلية سسيولوجية لتحديد عوامل وأسباب الانتحار والمحاولة الانتحارية من أسباب نفسية، أسرية، اجتماعية، تربوية، اقتصادية. والسريية وذلك من أجل فهم العمليات التي تقف وراء المحاولات الانتحارية من أجل تحديد عوامل الخطر وإعطاء استراتيجيات وتوصيات بهدف الوقوف عليها والحد منها.

أما من حيث ربط موضوع الدراسة بنفس المتغيرات التي اخترناها وهي تقدير الذات والاكتئاب فنجد دراسة ديمان وآخرون 2002 ربط بين تقدير الذات وتصور الانتحار لدى طلبة الجامعة ، كذلك

دراسة الشواشري التي جاءت لقياس تقدير الذات لدى طلبة الجامعة في علاقته بالتفكير الانتحاري، حيث أن التفكير الانتحاري مصطلح قريب من المحاولة الانتحارية ولكنها مختلفان في نقاط كثيرة وأساسية أهمها أن التفكير قد يتطور ليصبح سلوكا وفعلا ويتجسد في انتحار تام أو محاولة انتحارية وعليه فإن هناك اختلاف بين الدراسة الحالية وهذه الدراسات.

الملاحظ عموما على الدراسات السابقة أن كلها حديثة جدا -تقريبا- نظرا لأن السلوك الانتحاري على الرغم من أنه موجود مع الوجود الإنساني إلا أنه برز خلال 30 سنة الأخيرة بشكل ملفت للانتباه، الأمر الذي استدعى الدراسة العلمية الجادة والمعمقة للبحث في أسبابه ودوافع الشروع فيه والشرائح الأكثر تضررا منه.

كما نلاحظ أيضا أن الدراسات السابقة حول المحاولة الانتحارية متوفرة ولكن بشكل محدود نسبيا وخاصة الدراسات المحلية وهذا ما يمكن إرجاعه إلى أن الموضوع حديث الطرح في المجتمع الجزائري كما أنه لا يزال يعد من التابوهات والتي لم يتناولها بالدراسة إلا القليل فقط من الباحثين.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة خاصة في التعرف على مختلف أبعاد وجوانب الظاهرة في علاقتها بمتغيرات قد تكون ذات تأثير مباشر أو غير مباشر بالمحاولة الانتحارية، كما أننا استفدنا منها من خلال المعطيات الإحصائية الوطنية والعربية والعالمية لحالات ومحاولات الانتحار. وكذلك استثمار نتائج هذه الدراسات في عملية التحليل والتفسير لمختلف المعطيات والنتائج أيضا وتحديد موقع الدراسة الحالية بالنسبة لما سبقها من الدراسات.

الفصل الثاني:

المقاربة النظرية

للسلوك الانتحاري

الفصل الثاني: المقاربة النظرية للسلوك الانتحاري.

تمهيد.

1. مفهوم الانتحار.
2. الانتحار عند علماء الاجتماع.
3. الانتحار وبعض المصطلحات القريبة منه.
4. الانتحار من وجهة نظر الشريعة الإسلامية.
5. أفكار خاطئة حول الانتحار.
6. أسباب اللجوء إلى الانتحار.
7. صفات الشخص المنتحر.
8. الدلالات المنذرة بخطر الانتحار.
9. أنواع وتصنيفات السلوك الانتحاري
 - 1.8. أنواع الانتحار حسب ايميل دوركايم:
 - 1.1.8. الانتحار اللامعياري الانومي.
 - 2.1.8. الانتحار الأناني.
 - 3.1.8. الانتحار الإيثاري.
 - 2.8. الانتحار حسب:
 - 1.2.8. عدد المنتحرين..
 - 2.2.8. الفئة العمرية.
 - 3.2.8. الانتحار المشروط.
 - 3.8. أنواع وتصنيفات أخرى.
10. الوسائل المستخدمة في الفعل والسلوك الانتحاري.
11. إحصائيات حول الانتحار والمحاولات الانتحارية:

1.11. على الصعيد العالمي.

2.11. على الصعيد العربي.

3.11. على الصعيد المحلي.

12. النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري:

1.12. الاتجاه البيولوجي العضوي.

2.12. الاتجاه السلوكي في تفسير الانتحار.

3.12. نظرية التحليل النفسي.

4.12. النموذج المعرفي في تفسير الانتحار.

5.12. النموذج الاجتماعي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

من بين أهم المظاهر الاجتماعية التي يشهدها العالم حاليا المشكلات السلوكية من انتحار ومحاولات انتحارية التي تمثل أهم أسباب الوفاة خاصة لدى الفئة الشبانية، والتي باتت تهدد الصحة العامة للأفراد وذلك بما تخلفه من آثار تدميرية على المنتحر وكافة المحيطين به.

وقد امتد هذا السلوك الذي هو يعد أقصى أشكال العنف المتجه نحو الذات إلى الوسط المدرسي، ليهدد الأطفال والمراهقين المتمدرسين ويزهق أرواحهم البريئة والذي تبقى أسبابه متشعبة ومعقدة كون السلوك الانتحاري ظاهرة نفسية اجتماعية، تعكس مدى عدم قدرة المراهق على تحمل المعاناة النفسية أو كردة فعل أنية على مواقف معينة أو وسيلة من أجل لفت وجذب الأنظار.

وفي هذا الفصل المعنون بالسلوك الانتحاري الذي خصصناه للتعرف على الانتحار والمحاولة الانتحارية من حيث المفهوم والدلالات النفسية والاجتماعية، الانتحار كما فسره أيمل دوركايم وعلماء الاجتماع، وجهة نظر الشريعة الإسلامية في الانتحار وأهم التفسيرات الدينية له، عوامل ودوافع وأسباب الشروع في الانتحار، أهم الوسائل وأشهرها في ارتكاب الانتحار، حقائق عامة حول الانتحار والمحاولة الانتحارية، أنواع وتصنيفات السلوك الانتحاري، إحصائيات حول الانتحار على الصعيد العالمي، العربي والوطني، أهم النظريات التي فسرت السلوك الانتحاري من وجهة نظر علماء النفس والتحليل النفسي، النظرية الشخصية والاتجاه المعرفي والاتجاه البيولوجي و أخيرا خلاصة الفصل.

1. مفهوم الانتحار:

1.1. التعريف اللغوي:

الانتحار هو " كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال " (فايد: 288، ص2004).
وفي لسان العرب الانتحار مصدر للفعل انْتَحَرَ، وهو إصابة الإنسان نفسه لقصد إفنائها، ويُقال الانتحار هو الإجهاز على النفس ذاتها بأي طريق كان. ويقال: انتحر الرجل أي نحر نفسه.(ابن منظور، ص 75).

أما في اللغة الانجليزية، فقد اشتقت كلمة "Suicide" بمعنى الانتحار، من الاصطلاح اللاتيني "Suicidium"، أي قتل الإنسان لنفسه، وهي مشتقة من مقطعين: "Sui" بمعنى النفس أو الذات، و "Coedere" بمعنى يقتل.(Webster:1994, p1421)

أما في اللغة الفرنسية، فقد أدخلت كلمة "Suicide" كما هي معروفة الآن على يد الأب " دي فونتين DE FOUNTAINE" في النصف الأول من القرن الثامن عشر وتحديدا في عام 1738.(المغربي: 2015، ص 32)

2.1. التعريف الاصطلاحي:

تعريف مورجان MORGAN 1979: " الانتحار مصطلح يضم عدة أساليب تستهدف إلحاق الضرر بالنفس ومنها جرعة دواء زائدة والتسمم والجروح البدنية".(Morgan:1979:88)
أما كارل منجر KARL .M (1938) فيعرف الانتحار بأنه: فعل قتل الإنسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء أتى الموت عاجلا أو آجلا.(Karl Menninger:1938,p14)
أما بلونول و دلماس BLONOLE ET DELMAS (1932)، فيعرفان الانتحار على أنه :
الفعل الذي يصدر عن إنسان يختار الموت عن وعي، على الرغم من قدرته على اختيار الحياة بصرف النظر عن الضرورات الأخلاقية ". (المغربي:2015، ص 33)

وعرف **مكرم سمعان** الانتحار بوصفه أن: " السلوك الانتحاري هو سلسلة الأفعال التي يقوم بها الفرد محاولاً تدمير ذاته بنفسه دونما تحريض من آخر أو تضحية لقيمة اجتماعية ما". (مكرم سمعان:1964، ص47)

ويعرفه **الشرقاوي** بأنه: " ظاهرة اجتماعية، ومشكلة نفسية طبية تجعل شخص يزهق روحه بسبب عجز عن مواجهة الواقع، أو لفشل شخصي في المشكلات الطارئة، أو يأس لعدم القدرة على التكيف مع الظروف الطارئة المستجدة والمفاجئة". (إبراهيم الشرقاوي:1991، ص249)

الانتحار هو شكل من أشكال أقصى درجات العنف الذي يكون فيه القاتل والضحية هو الشخص نفسه. (yves et Stéphane:2006,p163)

فالسلك الانتحاري Suicidal Behavior يشير إلى كل أو بعض الأفعال والأفكار التي يقوم بها الفرد من أجل قتل النفس، وهو بذلك يتضمن الأفكار الانتحارية وتصور الانتحار Suicidal Ideation والتأملات الانتحارية، والتهديد بالانتحار Suicide threat، والتخطيط للانتحار ومحاولة الانتحار Suicide Attempt والشروع فيه، فضلاً عن الانتحار المكتمل Complete Suicide ويقابل السلوك الانتحاري اصطلاح " الفعل المدروس لإيذاء النفس (DSH) Deliberate self Harm والذي قد يكون مجرد محاولة للانتحار أو قتل النفس. (المغربي: 2015، ص35)

مهما قلنا حول الانتحار فإنه يعمل كأنه الحل الذي ينشأ بسبب الغضب الشديد وفقدان الأمل. (Rosine berlberg:2004, p135)

2. الانتحار عند علماء الاجتماع:

استعمل أول مرة الانتحار من قبل **ايميل دوركايم** في كتابه الانتحار دراسة سسيولوجية بوصفه مصطلح يحمل العديد من الأبعاد والمعاني وتتفاعل فيه مجموعة من العوامل، وقد لاقى كتاب دوركايم نجاح وتألق كبير فهو يعد إسهام جديد ودراسة نفس اجتماعية للانتحار، حيث ركز خاصة على الناحية الاجتماعية لهذه الظاهرة السلوكية. (jean marie Tremblay:2002,p53)

دوركايم في تعريفه لا يؤكد على القصد في الانتحار لأنه يدمج أنماطاً معينة من السلوك التي فيها تدمير الذات مع الانتحار، لأنه يرى أن هذه الأنماط تتوحد مع الانتحار في النتيجة وإن اختلفت معه

في المظهر فسواء كان الموت لا يمكن تجنبه لغرض معين، أو كان مرغوباً فيه ففي الحالتين هذا الشخص يرفض الحياة وما فيها، على أن أهم ما في التعريف هو عنصر المعرفة وإدراك النتيجة، كما أنه ينفي عن الانتحار صفة السلوك المرضي، ويخلط بين الانتحار وصور أخرى من الموت كالاستشهاد والتضحية دون التمييز بينهما. (كامل أيوب: 2012، ص58)

وظهر عند العرب تعريف مفاده أن الانتحار لا ينشأ من تحريض أو مساعدة أحد ، وبموجب قولهم لا يعد انتحاراً قتل الإنسان نفسه بتحريض من آخرون، وهذا قول غير صحيح وأيضاً قوله أنه تضحية لقيمة اجتماعية ما هذه عبارة تبقى غامضة، لأنه قد يقتل الشخص نفسه لقيمة اجتماعية ترفضها الشريعة والقانون معاً، مثلاً قتل المرأة نفسها خشية للعار، أو قتل القائد نفسه لخسارته في المعركة، أو قد يقتل الإنسان نفسه ليثبت براءته. فإذا كان السلوك الانتحاري نتيجة لإرادة فردية تهرباً من قساوة الحياة ومسؤولياتها أو نتيجة قرار جماعي، فيجب أن تكون دراسته بشكل مستقل عن أشكال التضحية، مثل بعض صور الفداء أو الاستشهاد أو أنواع التدمير الذاتي المعروفة في أديان المجتمعات البدائية. اسكيرول **ESQUIROL (1832)** رغم أنه لم يتعرض إلى مفهوم الانتحار مباشرة، أشار إلى عزل السلوك الانتحاري عن أفعال التضحية باختيار فردي أو تحت قهر جماعي، لأن التضحية ليست سلوكاً مرضياً كالانتحار ولكنها موضع إعجاب". (كامل أيوب: 2012، ص59)

يؤكد هالفاكس **M.HALWACHS** على التفرقة بين السلوك الانتحاري الإرادي وبين أشكال الموت الإجباري وأهمهما التضحية، فالانتحار هو كل حالة موت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه قصد قتل نفسه وليس هو بالتضحية.

العنف الموجه نحو الذات أو الانتحار عملاً سرياً محاطاً بهالة من التحريم ولا يمكن تمييزه ولا تصنيفه بشكل صحيح، ويقدر أن هناك 815.000 إنسان قتلوا أنفسهم في مختلف أنحاء العالم عام 2000، بمعدل تقريبي انتحار إنسان كل 26 ثانية. ووجدت أعلى معدلات الانتحار في دول أوروبا الشرقية وأخفضها في أمريكا اللاتينية وقليل من دول آسيا. وهناك قلة من الناس يتابعون عملهم الانتحاري حتى الموت، ووسطياً فإن حوالي 10 % من أولئك الذين يحاولون الانتحار يتابعون حتى الموت وهناك نسبة أكثر من ذلك بكثير يقعون ضحية أفكار الانتحار لكنهم لا يحاولون قتل أنفسهم، وأن النسوة كمعدل وسطي أكثر تفكيراً بالانتحار من الرجال. (عرفان زيتون: 2005، ص15)

ويعد عالم الاجتماع الفرنسي، ومؤسس علم الاجتماع الحديث " إيميل دوركايم EMILE DURKHEIM (1858-1917) هو أول من تصدى لتحديد مفهوم الانتحار، وكذلك أعراض السلوك التي تندرج تحته فيرى أنه: يعد انتحارا كل حالة وفاة تنتج مباشرة أو مداورة من عمل ايجابي أو سلبي تقوم به الضحية بذاتها، وقد كانت على علم بأن لابد أن يحدث هذه النتيجة، فالانتحار وفقا لتعريف دوركايم هو: " كل حالات الموت التي تنتج مباشرة أو على نحو غير مباشر عن فعل ايجابي أو سلبي ينفذه الضحية بنفسه، وهو يعلم سلفا أن هذا الفعل سوف يصل به حتما إلى هذه النتيجة أي الموت". (Raymond et luc: 2006, p106)

إن تعريف دوركايم يبتعد عن المعنى الشائع للانتحار من حيث استبعاده كل أولئك الذين يقتلون أنفسهم دون أن يعقلوا ما يفعلون - مثل للمصاب بالهلاوس الذي يقفز من نافذة مرتفعة ظنا منه أنها على مستوى واحد مع الأرض- لكنه (دوركايم) أدخل فيه أولئك الذين يبلغون مرامهم بطرق غير مباشرة، مثل الذين يرفضون تناول الطعام أو الابتعاد عن مسار شيء قاتل - كسيارة، أو قذيفة، أو لأنهم يضعون أنفسهم إراديا في موقف يعرفون أن نتيجته النهائية لا يمكن أن تكون سوى الموت، مثل الاستشهاديين. (المغربي:2015، ص32)

3. الانتحار وبعض المصطلحات:

• المحاولة الانتحارية:

وهي حالة انتحار فاشلة أو غير مكتملة، ويشار إليها بالاصطلاح القانوني " الشرع في الانتحار"، والذي يشير إلى مجرد تدبير تنفيذ الانتحار دون الوصول بالفعل إلى تحقيق الموت الفعلي. (المغربي:2015، ص40)

في الانتحار الفاشل رغبة الموت موجودة إلا أن السلوك الانتحاري غير محكم التنفيذ لذلك لا ينتهي هؤلاء إلى الموت، لأنهم يحاولون تدمير ذاتهم لكنهم يفشلون وذلك إما لسرعة تدخل المحيط لإنقاذهم وإما لضعف التدبير لعملة الانتحار.

يعتقد بعض الباحثين أن خطورة المحاولة الانتحارية لا يجب أن تكون مؤشرا ذا مصداقية في تحديد درجة النية لدى الفرد الذي قام بالفعل فالبعض قد يتناولون القليل من الأدوية بغرض ترك فرصة

لإنقاذهم من طرف الآخرين، لكن لسوء الحظ أسأؤوا حساب الآثار الناجمة عنها ويتم إيجادهم على وشك الهلاك، وبعض الأشخاص يتناولون كميات كبيرة من الأدوية بنية قاطعة لوضع حد لحياتهم لكنهم يتقيئون كل ما ابتلعوه دفعة واحدة أو يتم إنقاذهم صدفة .

بسبب كل هذه الاختلافات هناك باحثون آخرون أجمعوا كل محاولات الانتحار في صنف واحد حيث لا يفرقون بين درجة النية والرغبة . (بوالفلل: 2012، ص64)

تعد المحاولات الانتحارية أصعب بكثير للمحاسبة من الانتحار التام، كونها تحتاج إلى تكفل نفسي وطبي مكثف لأنها أفعال مقصودة يقوم بها الفرد رغبة منه في الموت.

وتختلف المحاولات الانتحارية من حيث الشدة فهناك محاولات انتحارية خطيرة حيث يقوم الشخص بمحاولة قتل نفسه برصاصة، وهناك محاولات انتحارية غير خطيرة كمن يقوم بقطع شرايين اليد أو تناول جرعة زائدة من الأدوية الطبية. (Brian et Michel: 2004,p34)

في مطلع الخمسينيات من القرن العشرين تم طرح مصطلح المحاولة الانتحارية للتمييز بين الذين يبقون أحياء بعد فعل انتحاري واضح، وفرق العالم شتينجل **STENGIL (1952)** بين المجموعتين بتقديمه المصطلحين: الانتحار ومحاولة الانتحار كمصطلحات مستقلة (Gelder & all :1996,p 426)، كما افترض كاسل **KASSEL (1956)** مسميين هما إصابة الذات ومصطلح تسمم الذات للتعويض عن مصطلح محاولة الانتحار.

وفي مطلع السبعينات اقترح علماء مدرسة أدنبرج **EDINBURG** مصطلحين مرادفين لمصطلح شبه الانتحار وهما تشويه الذات **Self-mutilation** وإيذاء الذات المتعمد **Deliberate self-harm** (Morgan:1979,801)

كما تحدث **جيمس فايس J.WEISS** عنها وقال: " المحاولة الانتحارية كون المنتحر الحقيقي جاد في قصده لذلك يستخدم وسيلة فعالة تؤدي إلى الموت. أما الشارع فإنه غير جاد في قصده ولذلك فإنه يستخدم أداة غير فعالة لا تحقق له موتا عاجلا ". (مسيلي وفاضلي:2013، ص 312)

تأثير الفعل الانتحاري على الآخرين: الانتحار الذي ينتهي بالموت يترك المعالج والأسرة والأصدقاء تحت تأثير مشاعر سلبية قوية مثل الألم والخجل ولوم الذات بسبب العجز عن منع محاولة الانتحار".

إضافة إلى الغضب الموجه نحو عمل الانتحار أو الآخرين، و إن تأثير محاولة الانتحار على أقرباء المريض وأصدقائه هي مماثلة في الطبيعة لتأثير الانتحار المميت مع فارق هام واحد هو أن الفرصة تبقى موجودة لحل هذه المشاعر من خلال الاستجابة إلى صرخة العون. (حمدي حجار، ص 174)

تبلغ محاولات الانتحار أو مؤشرات عشره أضعاف الانتحار الكامل، بحيث قد يكون الدافع الكامن وراء محاولة الانتحار لفت الانتباه والحصول على المساعدة، والحصول على الاهتمام هدف لدى الكثيرين الذين يعبرون عن أفكار أو محاولات انتحارية، كمرهقة تجرح يدها بسكين غير حاد احتجاجا على نقلها إلى مدرسة أخرى و لكن هذا لا يعني أن بعض المحاولات قد تنجح وتؤدي إلى انتحار فعلي وتام. (رضوان: 2009، ص 311)

ويعد الانتحار الشكل أكثر اىذاء للنفس والذي يحدث في الناس المكتئبين، فعندما يغضب أطفال 08 أو 12 سنة يهددون بإيذاء أنفسهم أو قتلها وبعد الهدوء يعتذرون، والذين يلحقون الأذى بأنفسهم هم غالبا شديدا النقد لأنفسهم وهذه إشارة تحذير مبكرة بسلوك إيذاء النفس ومن ضمنها محاولة الانتحار. (عزت والعزة: 2005، ص 256)

• شبه الانتحار:

كريتمان وبعض الباحثين يستعملون مصطلح شبه الانتحار Para suicide، مبررين اختيارهم هذا بكون خصائص من ينتحرون تختلف تماما عن خصائص محاولي الانتحار، حسب هؤلاء الباحثين فإن حالات شبه الانتحار يتميزون ببذل مجهودات غير عنيفة أو حادة لقتل أنفسهم، وهؤلاء يختلفون عن أولئك الذين أكملوا عملية الانتحار و ماتوا عن طريقها. (إبراهيم بوالفلل : 2012، ص65)

• السلوك الانتحاري:

مكرم سمعان اعتبر السلوك الانتحاري نمطا سلوكيا مرتبطا بأنماط سلوكية أخرى وأنه مركب من مجموعة من الاستجابات الناشئة عن عملية التفاعل الاجتماعي. (بن عبد الله غنية: 2009، ص 17)

• الانتحار النفسي:

نوع من الانتحار غير الصريح حيث يذهب البعض عن الحياة تماما ويبغضونها كما وتدفعهم عوامل اليأس لتحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية، أما الانتحار الحقيقي فهو موت جسدي. (فايد: 2001، ص 19)

ويعرف كمال الدسوقي (1988) الانتحار النفسي بأنه: " قتل ذات نفس المرء من غير اللجوء إلى أية وسيلة جسدية، بحيث يطلق إشارة لأولئك الأفراد الذين يستقر في أذهانهم أن يموتوا فينفذون ذلك بالفعل، ومن المفروض أن ذات القوى التي تؤدي بأحد الأفراد إلى ارتكاب الانتحار الجسدي، أي إزهاق الجسد هي التي تعمل في حالات إزهاق الروح أو قتل النفس - إلا أنها بدلا من أن تعمل صراحة، تعمل تلك القوى داخل النفس. (كمال الدسوقي: 1988، ص 142)

• الأفكار الانتحارية:

هي مجموع من الأفكار تجعل من الانتحار الوسيلة الوحيدة للخروج من الأوضاع الصعبة وغير المحتملة أو للتخلص من عذاب نفسي وجسدي، أو الهروب من أزمة وضيق شديدين. (حلوان: 2008، ص 16)

ويرى ويليامز (1988) أن نشأة الأفكار الانتحارية تبدأ بسيطرة بعض الأفكار المتعلقة بالموت وسلوكيات إيذاء الذات على تفكير الفرد، والتي تشمل الأفكار المرتبطة بالتخطيط والضبط ونتائج السلوك الانتحاري ولا تتضمن في نفس الوقت الانتحار الكامل. (williams:1988. p4)

وقد توصلت دراسة كل من هيرش واليس (1996) إلى وجود تزايد في الأفكار الانتحارية لدى الإناث مقارنة بالذكور، وذلك نتيجة لتزايد الضغوط الحياتية والنفسية و الأكاديمية التي تقع على كاهل

الإناث أكثر من الذكور مما يدفعهن إلى العديد من السلوكيات الانتحارية وعلى رأسها الأفكار الانتحارية. (Hirsch et Ellis:1996 ,p377)

• العمليات الفدائية المعاصرة:

وتسمى أيضا الانتحار الاستشهادي، عرفها هاني بن عبد الله بن جبير حيث قال: أنها أعمال يقوم بها المجاهد ضد العدو تعرضه للقتل، ثم قال والبعض يسميها بالانتحارية ولا بأس بذلك لأنها من باب الانتحار الجائز المرغوب فيه والانتحار قتل النفس وهي كذلك، ومنهم من يعترض بقوله: المعترض على تسميتها بالانتحارية من وجهين:

- الأول: أن المقدم على العملية لا يقصد بمجرد قتل نفسه ولو أراد الانتحار لكان طرق أخرى.
- الثاني: أن المقدم عليها أنها جملة فيها يظهر يقينه بأجر المجاهد وثواب الشهيد ولولا ذلك لما أقدم عليها. (الفارس، ص 175).

ويهدف هذا الانتحار إلى إحداث خسائر بشرية ومادية بالخصم، فيقوم شخص أو أكثر باستخدام سلاح (متفجرات في معظم الأحيان) أو استخدام وسيلة نقل (كالسيارات المفخخة) لدخول منطقة الخصم في الوقت والمكان المناسبين لتنفيذ المهمة.

وغالبا ما يقوم بالانتحار الاستشهادي أفرادا عايشوا مرارة القهر والمهانة فقرروا التضحية بأنفسهم من أجل الكرامة والخلاص من عار الهزيمة، ومن هؤلاء من يقدم على تقجير نفسه على أحد أهداف العدو بفعل آخرين دفعوه إلى ذلك بالتأثير العقلي أو غسيل المخ، ومنهم من يفعل ذلك من خلال محاكاة غيره ممن قاموا قبله بذلك، وقد التصقت بهم صفة التضحية والبطولة، فأراد أن يلتحق بموكب المجد. وقد توصف هذه العمليات من قبل البعض على أنها عمل إرهابي، في حين يرى بعض أصحاب العقائد الدينية أو الحركات التحريرية، أنها عمل بطولي يصفون عليها صبغة شرعية باعتباره عمل استشهادي يهدف إلى تحرير الوطن أو التخلص من شخصية مناهضة. (المغربي: 2015، ص

4. الانتحار في الشريعة الإسلامية :

يدين الدين الإسلامي الحنيف القتل بشتى أنواعه سواء قتل الفرد لفرد آخر أو قتل النفس، وهذا ما جاء في كتاب الله الكريم في عديد من الآيات والسور القرآنية.

قال الله تعالى: " وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا * وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيهِ نَارًا وَكَانَ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا " (سورة النساء الآية 30).

"إن الفرد لا يملك إنهاء حياته بنفسه، لأنه ليس هو من أوجدها فالله سبحانه وتعالى من أوجدها وهو كفيل بإنهائها وهذا الإنهاء للحياة ما أطلق عليه لفظ الانتحار، فسلوك الانتحار يلاقي رفضا اجتماعيا ودينيا، في أغلب المجتمعات والديانات والدين الإسلامي له دور بالغ الأهمية في التقليل من حدوث حالات الانتحار، ولم يؤكد فقط على منع الانتحار بل على تعزيز الاندماج والتكامل الاجتماعي وزيادة التنظيم من خلال عضوية الجماعة". (الصريرة: 2006، ص 12)

وما جاء أيضا في سورة البقرة قوله تعالى: " وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ " البقرة الآية 30. وقوله تعالى في نفس السورة الآية 84: " وَإِذْ أَخَذْنَا مِيثَاقَكُمْ لَا تَسْفِكُونَ دِمَاءَكُمْ وَلَا تَخْرُجُونَ أَنْفُسَكُمْ مِنْ دِيَارِكُمْ ثُمَّ أَقْرَرْتُمْ وَأَنْتُمْ تَشْهَدُونَ " وقوله تعالى: " وَأَنْفَقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تَلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ " (البقرة الآية 195)

وما جاء في سورة الفرقان: " وَالَّذِينَ لَا يَدْعُونَ مَعَ اللَّهِ إِلَهًا آخَرَ وَلَا يَقْتُلُونَ النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ وَلَا يَزْنُونَ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ يَلْقَ أَثَامًا " (الآية 68) .

وقوله تعالى في سورة المائدة: " لئن بسطت إلي يدك لتقتلني ما أنا بباسط يدي إليك لأقتلك إني أخاف الله رب العالمين (28) إني أريد أن تبوء بإثمي وإثمك فتكون من أصحاب النار وذلك جزاء الظالمين (29) فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتله فأصبح من الخاسرين (30 المائدة):

« وَدَخَلَ الْمَدِينَةَ عَلَى حِينٍ غَفْلَةٍ مِنْ أَهْلِهَا فَوَجَدَ فِيهَا رَجُلَيْنِ يَقْتَتِلَانِ هَذَا مِنْ شِيعَتِهِ وَهَذَا مِنْ عَدُوِّهِ فَاسْتَعَاثَ الَّذِي مِنْ شِيعَتِهِ عَلَى الَّذِي مِنْ عَدُوِّهِ فَوَكَرَهُ مُوسَى فَقَضَى عَلَيْهِ قَالَ هَذَا مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ عَدُوٌّ مُضِلٌّ مُبِينٌ » الآية 15 من سورة القصص.

« مِنْ أَجْلِ ذَلِكَ كَتَبْنَا عَلَى بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّهُ مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِنْهُمْ بَعْدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ » المائدة الآية 32

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: من قتل نفسه بحديدة فحديده في يده يتوجأ بها في بطنه في نار جهنم خالدًا مخلدًا فيها أبداً، ومن شرب سما فقتل نفسه فهو يتحساه في نار جهنم خالدًا مخلدًا فيها، ومن تردى من جبل فقتل نفسه فهو يتردى في نار جهنم خالدًا مخلدًا فيها أبداً" رواه مسلم.

قال أبو هريرة رضي الله عنه: شهدنا مع رسول الله صلى الله عليه وسلم حنيناً، فقال لرجل ممن يدعي بالإسلام: "هذا من أهل النار". فلما حضرنا القتال قاتل الرجل قتالا شديداً، فأصابته جراحة، فقيل: يا رسول الله الرجل الذي قلت له أنفاً: إنه من أهل النار، فإنه قاتل اليوم شديداً و قد مات، فقال النبي صلى الله عليه وسلم: "إلى النار". فكاد بعض المسلمين أن يرتاب، فبينما هم على ذلك إذ قيل: إنه لم يميت، و لكن به جرحاً شديداً، فلما كان من الليل لم يصبر على الجراح فقتل نفسه، فأخبر النبي صلى الله عليه وسلم بذلك، فقال: "الله أكبر، أشهد أني عبد الله و رسوله". ثم أمر بلالا فنادى في الناس: "إنه لا يدخل الجنة إلا نفس مسلمة، و إن الله يؤيد هذا الدين بالرجل الفاجر" متفق عليه).

" فيرى الدين الإسلامي الانتحار على أنه جريمة نكراء ومن الكبائر أن تمتد يد الإنسان لقتل نفسه، فالمنتحر كافر مهما تكون أسبابه في نظر الإسلام وهذه الجريمة تالية لجريمة الشرك بالله" (أحمد علي: 2008، ص 4)

فجريمة القتل سواء قتل الغير أو قتل النفس محرمة في الدين الإسلامي، في القرآن والسنة النبوية الشريفة كما جاء في الآيات القرآنية والأحاديث الشريفة، وجزاء فاعلها جهنم خالدًا فيها أبداً، ما يوحي بأن الأصل في الإسلام هو احترام النفس وعدم جواز إزهاقها إلا في الحالات التي وردت الرخصة فيها في الكتاب والسنة، بحيث تكون إباحة الدم استثناءً على القاعدة.

5. أفكار خاطئة حول الانتحار:

1. الناس الذين يتحدثون عن الانتحار لا يقصدون القيام بذلك:

فيقال أن الذي يتحدث عن الانتحار لا ينتحر في حين ثبت أن أكثر الذين قاموا بالانتحار قد عبروا عن نيتهم في ذلك مما يستدعي أخذ هذه الأفكار بجدية من الأصدقاء والأهل.(راضي الوقفي:2003، ص632)

فالناس الذين يتحدثون عن الانتحار قد يسعون إلى الحصول على المساعدة أو الدعم ، عدد كبير من الناس الذين يفكرون في الانتحار يعانون من القلق والاكتئاب واليأس وربما يشعرون أنه لا يوجد خيار آخر.

2. معظم حالات الانتحار تحدث فجأة دون سابق إنذار:

إن معظم حالات الانتحار قد سبقتها علامات تحذيرية سواء لفظية أو سلوكية، بالطبع هناك بعض حالات الانتحار التي تحدث بدون سابق إنذار لكن من الضروري أن نعرف ما هي هذه العلامات التحذيرية والانتباه إليها.

3. الشخص الذي لديه ميول انتحارية عازم على الموت:

على العكس من ذلك فغالبا ما يكون الأفراد الذين لديهم ميل للانتحار مترددين ما بين الحياة والموت قد يتصرف شخص باندفاع عن طريق شرب المبيدات الحشرية على سبيل المثال ويموت بعد بضعة أيام، على الرغم أنه كان يود أن يعيش فالحصول على الدعم النفسي في الوقت المناسب يكون سببا في الوقاية من الانتحار.

4. الشخص الذي يفكر مرة واحدة في الانتحار سوف يظل دائما يفكر في الانتحار:

تساعد خطر الانتحار غالبا ما يكون قصير الأجل ويرتبط بوضع محدد وفي حين أن الأفكار الانتحارية قد تعود مرة أخرى، إلا أنها ليست دائمة وبإمكان الفرد الذي كان يعاني من الأفكار والمحاولات الانتحارية في السابق ليمضي قدما ليعيش حياة طويلة.

5. فقط من لديهم اضطرابات نفسية يقدمون على الانتحار:

يشير السلوك الانتحاري إلى التعاسة العميقة لكن ليس بالضرورة إلى الاضطرابات النفسية، لا يتأثر كثير من الناس المتعاشين مع الاضطرابات النفسية بالسلوك الانتحاري وليس كل الناس الذين ينتحرون لديهم اضطرابات نفسية.

6. الحديث عن الانتحار فكرة سيئة ويمكن تفسيرها على أنها تشجيع على الانتحار:

نظرا لانتشار وصم الانتحار على نطاق واسع فإن معظم الناس الذين يفكرون في الانتحار لا يعلمون مع من يتحدثون بدلا من تشجيع السلوك الانتحاري، فإن الحديث بانفتاح يمكن أن يمنح الفرد خيارات أخرى أو الوقت لإعادة التفكير في القرار المتخذ وبالتالي الوقاية من الانتحار. (الوقاية من الانتحار: 2014، ص 29-65).

7. إن الذين يحاولون الانتحار ويفشلون في ذلك لا يكونون جادين في انتحارهم: لا فكثير من الذين يحاولون مرة ربما يحاولون مرة ثانية وثالثة إلى أن ينهوا حياتهم منتحرين.

8. إن المنتحرون هم أناس فاشلون في حياتهم كأن يكونوا فاشلين وظيفيا واجتماعيا:

غير أن الملاحظات تفيد بأنه كثيرا ما يوجد بين المنتحرين أناس ذوو امتيازات وظيفية وأسرية ودخل جيد. (راضي الوقفي: 2003، ص 632)

6. أسباب اللجوء إلى الانتحار:

✓ التغيير: عبارة عن طريقة تفكير يقصد من ورائها الشخص المنتحر أن يغير من مسار حياته بسبب مشاعره السلبية عن الحياة في تلك اللحظة.

✓ خيار: للتأكيد على قدرته على اتخاذ قرار كنتيجة لظروف سيئة أصبحت فيها القدرة على إيجاد خيارات أخرى أمر صعب التنفيذ.

✓ الضبط: سلوك الانتحار يهدف من وراءه الفرد وفق سلوكه الشخصي السلبي والمؤلم إضافة إلى ضبط سلوك الآخرين والتأثير فيهم.

✓ معاقبة الذات: إن سلوك الانتحار هو سبب الشعور بالذنب والإثم، الأمر الذي يقود الفرد لأن يؤدي نفسه.

✓ عقاب الآخرين: يقصد بالانتحار أحيانا إيقاع الأذى والعقاب على الآخرين.
 ✓ أعراض المرض النفسي الذهاني: إن سلوك الانتحار هو نتيجة لوجود أفكار غريبة ذهانية أو مشكلات صحية ومعتقدات سوداوية حصلت بسبب أعراض نفسية. (النوايسة: 2013، ص72)

إضافة إلى وجود عوامل تساهم في الإقدام على الانتحار وهي الإدمان على الكحول والمخدرات، التضخيم والأفكار اللاعقلانية، العزلة والانسحاب الاجتماعي، الشعور بالحزن والاكتئاب، فقدان الأمل والدعم النفسي والاجتماعي، حالات ونوبات الغضب، الشعور بالرفض وبالابتعاد عن الآخرين وعدم الانتماء، وجود تاريخ مرضي من المشكلات المزمنة، ضعف مهارات الاتصال وعدم القدرة على حل الصراعات الحياتية. (النوايسة: 2013، ص73).

بعض الأسباب و إن كانت تبدو بسيطة مثل الفشل الدراسي أو علاقة عاطفية، إلا أن السبب الحقيقي يكون مشاعر كمينية ودفينة من عدم الرضا عن الواقع الذي يعيش فيه الإنسان نتيجة تراكم الضغوط.

تنطبق عبارة تتعدد الأسباب والموت واحد على الانتحار، فهناك بالأحرى مواصفات معينة من شأنها مجتمعة أو متفرقة بزيادة احتمال قيام الفرد بالانتحار وهذه الصفات هي:

العمر: كانت حوادث الانتحار شبه مقتصرة على الكبار في السن فوق 70، إلا أنه في السنوات 30 الأخيرة وحسب إحصائيات أمريكية فإن حوادث الانتحار بين الشباب والمراهقين زادت بـ 3 أضعاف.

الجنس: إن الذكور أقل ميلا للانتحار من الإناث.

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج وهي أقل بين المتزوجين والأعلى بين الأزواج والزوجات المنفصلون والمطلقون والأرامل وبشكل عام الذين يعيشون لوحدهم أكثر ميلا للانتحار.

حالة العمل: العاطلون عن العمل أكثر ميلا مقارنة بغيرهم.

محاولة الانتحار: الأفراد الذين يحاولون الانتحار مرة يميلون وبنسبة الضعف لمحاولة ثانية مقارنة بمن لم يحاولوا الانتحار.

ومن عوامل و أسباب الانتحار لدى المراهقون المعرضون لبيئة إدمان وعنف وإهمال أكثر عرضة لمخاطر محاولة الانتحار، وهناك نطاق واسع من الأعراض السيكولوجية التي تحدث بين التعرض للعنف والإدمان مستويات أسرية ضاغطة.

و يعتبر السلوك الانتحاري فعل مركب قوامه رغبات نفسية ثلاثة ترتبط بالأفكار الانتحارية:

1- رغبة في أن أقتل ومضمونها نزعة عدوانية ووجدانية مشحونة بالكراهية ورغبات في اتهام الآخر وعزله والتخلص منه وإبادته.

2- أن أقتل مشاعر الإثم وما يتبعها من توبيخ واتهام للذات يكشفان عن حاجة ملحة للعقاب.

3- رغبة في أن أموت رغبة في الموت وترحيب به، وهي رغبة تتولد في الهو وهي مشتقة من غريزة الموت والتدمير ومضمونها شعور باليأس والضياع، يسندها وجدان الخوف وتثبيط الهمة وخيبة الأمل والإحساس العام بالتعب. (رشيد الأعظمي: 2009، ص152)

تتعدد أسباب الانتحار فقد يقدم شخص على الانتحار لأنه أفسس ماديا أو بسبب الفشل العاطفي، وأما لأنها فقدت ابنها، لذلك فالحالات العاطفية تلعب دورا في توليد الدوافع الانتحارية، ومع ذلك فقد فشلت التفسيرات المتصلة بالحالات العقلية في تفسير بعض الحقائق الهامة في الانتحار. (رشيد الأعظمي: 2009، ص153)

أيضا ومن العوامل المشجعة على الانتحار الأسرة المنغلقة و العزلة الاجتماعية مما يؤدي إلى عدم وجود بدائل اجتماعية أو مهارات بديلة عن الانتحار ، التعرض للعنف سواء في المدرسة أو البيت أو المجتمع، وجود أسلحة والتعامل معها في البيت. (رشيد الأعظمي: 2009، ص156)

أحداث الحياة الضاغطة وتعاطي المخدرات والكحول. (catherine et françois: 2011, p254)

فمن المعروف أن دور الأسرة الحضانة والتربية والحماية، ولكن قد تكون الأسرة مصدرا لزعزعة الاستقرار وتغيير الصورة الوالدية، ويؤدي صعوبة الاتصال والتواصل الأسري واللاحوار والطلاق والانفصال وإعادة هيكلة الأسرة، الوحدة الهجر وعدم الفهم (أنا وحدي، لا يوجد من يفهمني)، القطيعة والانفصال العاطفي والصعوبات المدرسية (أنا تافه وعديم الجدوى). نقص الاهتمام والتقدير والإهمال (أنا لا أهم أحد، أنا لا امتلك أصدقاء)، العنف التحرش الجنسي، نقص تقدير الذات، الإهانة، الابتزاز، الاغتصاب.

إن الآليات النفسية التي تؤدي إلى السلوك الانتحاري تماثل الآليات الأخرى المتضمنة في الأشكال الأخرى من تدمير الذات مثل الكحولية وقيادة السيارات الطائشة وإيذاء الذات ببتير أحد الأعضاء، والأفعال الاجتماعية المضادة للمجتمع كالهجرة غير الشرعية مثلاً.

تشير الأبحاث الجديدة إلى وجود علاقة بين محاولات الانتحار وظواهر اضطهاد الزوجات من قبل أزواجهن وسوء معاملة الطفل والتي تعكس الحرمان والعنف ضمن أجواء الأسرة.

كما نجد العنصر العدوانى واضحاً حيث يكون الفعل موجهاً نحو الآخر، وإن قتل أحد أعضاء الأسرة، يليه الانتحار مما يؤكد على وجود العنصر العدوانى وراء الانتحار كما يحدث في حالات الانتحار بين السجناء المحكومين بفعل جرائم العنف.

إن العوامل الاجتماعية كعدم الانسجام والتخايم الزوجي والصدمات العاطفية والنزاعات بين الآباء والأولاد قد تسرع من ظهور الاكتئاب الذي بدوره قد يفضي إلى محاولة الانتحار.

ثم إن الاكتئاب المصحوب بمرض بدني قد يسرع محاولة الانتحار، إلا أن العجز البدني وبخاصة إذا كان مزمناً أو محدثاً للألم غالباً ما يكون مقترناً بالانتحار حتى الموت .

يؤهب الكحول لمحاولات الانتحار وذلك من خلال زيادة المزاج الاكتئابي سوءاً بإضعاف السيطرة على الذات، وهناك حوالي 30 من المرضى الذين حاولوا الانتحار عاقدوا الخمر قبل إقدامهم على الفعل الانتحاري، وحوالي نصف هؤلاء يكونون في حالة تسمم كحولي في وقت الانتحار وبما أن الكحولية ذاتها غالباً ما تحدث مشاعر عميقة من الندم، لذلك فإن الكحوليين عموماً ميالون للانتحار.

إن العديد من محاولات الانتحار في أوساط الأشخاص المفصولين عن زوجاتهم أو المطلقين قد تعكس العجز عن إقامة علاقة دائمة وناضجة، إضافة إلى فرص اجتماعية قليلة والشعور بالوحدة والانعزال والاكتئاب، وأن العامل المسرع في هذه الحالات هي الشدات والتوترات التي يتمخض عنها إيذاء الذات.

إن القسوة في المعاملة التي تمارسها العائلات لها عواقبها الوخيمة وكثيراً ما تعتمد العائلة على القسوة، خصوصاً في الأمور التي تتعلق بالدراسة أو بالمثابرة على العمل في الوقت الذي لا يكون فيه الطفل على استعداد واستجابة لذلك، فيضعه هذا الموقف المعقد في دوامة الإحباط الدائم والشعور

بالنقص، كما يجعله يشعر بعدم الفائدة ويؤدي بالتالي إلى الإصابة بالاكتئاب الذي يقوده بدوره إلى الانتحار. (أمل مخزومي:2008، ص225)

أشارت الأرقام والإحصائيات المتعلقة بالانتحار والمحاولات الانتحارية لدى المراهقين خاصة، حيث يعتبر السبب الثاني من أسباب الموت لدى الفئة بين 15 و24 سنة، إضافة إلى ذلك هذه الأرقام ترتفع في حقيقة الأمر فعلى الأرجح عدد الوفيات يكون أكثر من عدد الحالات المسجلة .
(Yves et Stéphane:2006,p163)

يجب أن ندرك جيدا أن الأشخاص الذين نشئوا في أسر وطفولة عنيفة فإن احتمالية إصابتهم في المراهقة بالاكتئاب 20 مرة ضعف أولئك الذين عاشوا طفولة خالية من مظاهر العنف الأسري، فيزيد لديهم احتمالية الإصابة بالاكتئاب واللجوء إلى السلوك الانتحاري.

هناك أعراض شائعة لدى المراهقين وأسباب تجعلهم يصابون بالاكتئاب، والتي قد لا ندرك دورها وأهميتها نعاقبهم عليها دون معرفة الأسباب الحقيقية، مثل حصول التلميذ المراهق على علامات سيئة في المدرسة فعقابه في هذه الحالة قد يدعم لديه صورة المدرسة السيئة و ندفعه إلى الدخول في دائرة الفساد والخطر. (maja Perret:2004,p58-59)

في أمريكا الشمالية معدل الانتحار لدى المراهقين والشباب أقل من 25 سنة مرتفع أكثر مقارنة بباقي الفئات العمرية.

المراهقين الذين حاولوا الانتحار أو انتحروا قد عانوا من عدة أسباب خطيرة للانتحار مثل الصراع الأسري أو فقدان موضوع الحب، الشعور بعدم الأمن والتهديد، وإذا كانت الوسائل متوفرة وعدم وجود مساعدة للفرد فإن احتمالية اللجوء إلى السلوك الانتحاري تزيد. (Brian et Michel: 2004,p84)

للآباء دور مهم جدا في حياة المراهقين، فالرفض الوالدي وفقدان العلاقة والرمزية السلطة الوالدية، و فقدان الخصوصية تشكل عوامل تزيد من خطر الانتحار لدى المراهقين، كما يوجد خطر ارتفاع احتمالية الانتحار لدى المراهق الذي يعيش في أسرة لديهم حالة موت سابقة بسبب الانتحار.
(Brian et Michel: 2004,p85)

7. صفات الشخص المنتحر:

الشخص المنتحر هو مقهور يئس وضعيف بجذارة بمعنى أنه لا يستطيع تحمل المسؤولية فيتخذ قرار الهروب من مواجهة واقع قاس يضغط عليه، وفي لحظة معينة لا يرى له منفذاً من مأزق ما فيلجأ للانتحار: (حسن إبراهيم أحمد: 2009، ص 99)

- لديه خلل على صعيد الأنا فهو لا يستطيع أن يبذل طاقته الدفاعية لكي يتعامل مع الناس ومع واقعه.
- الشعور باليأس والخسارة وهو شعور يمكن أن يكون واقعياً أو خيالياً.
- عدم القدرة على تخطي الظروف.
- الطعنة النرجسية وتحدث عندما يوظف الفرد كل طاقته الذاتية حول شيء معين ولا يفكر في شيء آخر وإذا فشل في هذا الشيء تخيل الفشل.
- ضعف في الصورة الخيالية حيث تتميز الصحة النفسية بأنا تتنفس طاقات وضغوط معينة عن طريق الخيال، لذا فإن الشخص الذي يلجأ إلى الانتحار يكون لديه ضمور وعدم القدرة على التنفيس وضعف في الطاقة الاندفاعية.
- يمكن اعتباره فاقد لمادة الاستمرارية وعاجز عن رؤية الحلول مع العلم أن الحل دائماً موجود لكنه وصل إلى درجة لا يرى سوى الانتحار حلاً مناسباً.
- شخصية تتسم باللامسؤولية إذ يبدو وكأنه مراقب أبدي فهو لا يمتلك الاستقرار العاطفي والنفسي، وهو بلا هوية جنسية ويعيش في حالة فراغ مستمر ويشعر بالاكئاب. (رشيد الاعظمي: 2009، ص 155)

8. الدلالات المنذرة بخطر الانتحار: هناك عدة مؤشرات وسلوكيات أو علامات تدل على السلوك

الانتحاري أو الرغبة في إيذاء الذات ومنها:

- ذكر الموت والحديث عنه و محاولة الانتحار.
- تغيير ملحوظ في عادات الأكل والشرب أو العلاقات الزوجية الجنسية، أما بين المراهقين بشكل خاص فتتمثل في ما يلي:
- ✓ تعكر المزاج للأسوأ بشكل ملحوظ والشعور الدائم بالحزن واليأس.

- ✓ مشاعر ذاتية بعدم القيمة والأهمية.
- ✓ الانعزال والانطواء والابتعاد عن أفراد العائلة والأصدقاء والأنشطة أو الهويات المحببة التي يمارسها الأفراد في وقت الفراغ.
- ✓ تغيير ملحوظ في عادات النوم والأكل.
- ✓ الشعور الدائم بالملل و اختيار مواضيع تتحدث عن الموت في الجامعة أو المدرسة.
- ✓ إهمال الواجبات المنزلية والدراسية.
- ✓ سلوك وممارسات عدائية في المنزل وخارج المنزل.
- ✓ الهروب من المنزل.
- ✓ اللجوء إلى شرب الكحول والمخدرات.
- ✓ عدم العناية بالمظهر وارتداء الثياب.
- ✓ فقدان القدرة على التركيز.
- ✓ تغير جذري ملحوظ في الشخصية.
- ✓ كثرة الشكوى من الألم مثل الصداع والتعب.
- ✓ إهداء ممتلكات ثمينة للآخرين.
- ✓ التهديد بالانتحار. هذه الأعراض حسب خبراء الصحة النفسية لا تعني بالضرورة قيام الفرد بالانتحار ولكنها مظاهر تتم عن وجود نية الانتحار.

الجدول رقم (01):العوامل الاجتماعية والشخصية والأعراض السريرية للانتحار

العلامات السريرية والأعراض	العوامل الاجتماعية والشخصية
مرض الاكتئاب وبخاصة في بداية وبنهاية المرض. هياج حركي واضح، عدم الاستقرار والقلق . مشاعر إثم صارخة، شعور بالنقص واليأس ، تحقير الذات أو توهم العدمية . الانشغالات المراقبة الشديدة: توهم وجود مرض بدني، سرطان، مرض القلب، مرض جنسي الهوسات ذات الطابع القيادي التي تعطي الأوامر	رجل عمره أكثر من 55 سنة الانفصال الزوجي، الطلاق أو الترميل العزلة الاجتماعية مع موقف من الأقارب مجافي حقيقي أو وهمي أو من قبل الأصحاب نزوعية واندفاعية شخصية عدوانية أعياد سنوية شخصية هامة قصة انتحار في الأسرة أو اضطراب اكتئابي

الكحولية أو مسافهة المخدر . المرض البدني المزمن أو المحدث للألم أو مسبب العجز، وبخاصة عند المرضى الذين كانوا يتمتعون بصحة جيدة. استخدام أدوية مثل الرزيبين التي تسبب اكتئاب شديد.	البطالة والصعوبات المادية وبخاصة إذا ما سببت انخفاض كبير في مستوى المعيشي سوابق انتحارية التخطيط المفصل اتخاذ جانب الحيطة والحذر ضد الكشف والافتضاح
---	--

9. أنواع وتصنيفات السلوك الانتحاري:

1.9. الانتحار عند دوركايم:

اعتبر دوركايم الانتحار ظاهرة اجتماعية بل دلالة عن طبيعة الأخلاق السائدة في مجتمع معين، وبذلك عارض ورفض بشدة التفسيرات السائدة في القرن 19 والمتمثلة في دور الوراثة والجنون والمناخ وتقليد الآخرين في الانتحار.

وأكد دوركايم من خلال الإحصاءات عن التغيرات التي تطرأ على نسب الانتحار في الزمان والمكان، محاولاً كشف العوامل المفسرة لتلك الظاهرة من المنظور الاجتماعي. إذ توصل إلى أن الانتحار يشير إلى سلطة المجتمع على الفرد فالانتحار يتغير ويتأثر بطريقة معاكسة لتكامل المجموعات الاجتماعية فيما بينها، بناء على أن الفرد جزء لا يتجزأ من تكوين هذه المجموعات الاجتماعية، فعندما تكون الجماعة متماسكة يتماسك فيها الأفراد وتتبلور قيم وقواعد السلوك لتنظيم العلاقات بين الأفراد بمعنى آخر فالجماعة تعمل على مساعدة الأفراد في إيجاد السبل الناجعة في مثل هذه المجتمعات، وقد اعتبر دوركايم أن معدل حوادث الانتحار يعكس سيطرة المجتمع على الفرد ولهذه السيطرة وظيفة معقدة يدعوها بوظيفة الاندماج الاجتماعي. (ياسر ثابت: 2012، ص 30-31)

قد فتحت أفكار دوركايم في مجال السلوك المنحرف عموماً والانتحار خصوصاً آفاقاً علمية جديدة لظهور فروع جديدة من فروع علم الاجتماع لدراسة الانحراف عرف بعلم اجتماع الانحراف، وقد تبني أفكار دوركايم علماء الاجتماع المعاصرين مثل روبرت مرتون **ROBERT MAERTON** الذي تناول فكرة دوركايم في الانتحار فأكسبها طابعاً علمياً نظرياً جديداً في مجال تفسير السلوك الجانح. (نجيب بولماين: 2008، ص 78)

فدوركايم لم يهتم بدراسة أسباب الانتحار بل فسر فقط لماذا ترتفع معدلات الانتحار، وكان دوركايم يميل إلى الافتراض بأن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تظل عوامل مستقرة وثابتة من مجتمع لآخر، وإذا كان هناك تباين في معدلات الانتحار يكون راجعا لعوامل سسيولوجية، وخاصة التيارات الاجتماعية التي هي ظواهر اجتماعية لا مادية تتميز بنفس القدرة من الموضوعية والسيطرة على الأفراد.

كما أشار إلى أهمية الدور الذي تلعبه الكثافة الدينامية والذي يشير إلى عدد الأفراد في المجتمع ومقدار التفاعل بينهم. حيث قال دوركايم: يوجد داخل كل جماعة ميل جمعي إلى السلوك التوافقي وهذا الميل يخص الجماعة ككل، ومصدره ميل كل فرد أكثر من كونه نتيجة له ويتشكل هذا الميل الجمعي من تيارات الأنانية أو الغيرية أو الانومي، التي تنتشر في المجتمع أن مثل هذه الاتجاهات في الكيان الاجتماعي تؤثر على الأفراد ومن ثم تدفعهم إلى الانتحار. (عدلي السمرى: 2009، ص167)

من خلال تحليلات دوركايم لوظائف المجتمع من حيث ما هو سوي عادي وما هو مرضي في المجتمع ما جعله يضع دراسة حول الانتحار فقد أحصى عدد الأفراد الذين انتحروا وحاولوا الانتحار، فقام بجمع إحصائيات حول عدد المنتحرين في عدة بلدان أوروبية خلال القرن 19.

كما قسم إيميل دوركايم في دراسته السلوك الانتحاري إلى عدة أنواع نوردتها كما يلي:

1.1.9. الانتحار اللامعياري الأنومي:

استخدم هذا المصطلح من قبل إيميل دوركايم ليعبر به عن غياب أو عجز تنظيم السلوكات الاجتماعية، مما يصيب المجتمع بالانهيار بين مختلف وظائفه. (Frédéric lebaron: 2009,p11) ويدعى الفوضوي أيضا ويحدث عندما تنهار قوة النظام في المجتمع وعند انعدام الأمن فيشعر الفرد بانفصاله وعدم خضوعه لنظام المجتمع مما يؤدي إلى أن يكون عرضة لسيطرة شهواته وغرائزه وبالتالي السقوط في بحر الأفعال المدمرة. (الفارس: 2004، ص 47)

وسماه دوركايم أيضا اللاقياسي واللامعياري والذي ينتج عن الخلل الذي يعم النظم الاجتماعية السائدة كنتيجة للتغيرات الاجتماعية المفاجئة والسريعة التي تهتز لها الأعراف والقيم والمعايير

الاجتماعية السائدة كالأزمات الاقتصادية أو حالات الرخاء المفاجئ أو انهيار التكامل الأسري وما ينتج عنه من تفكك في العلاقات الاجتماعية. (ياسر ثابت:2012، ص33)

فمجال الانتحار الانومي هو المجتمع الكبير وذلك بسبب ما يصيبه من اضطراب وظيفي أو انهيار بنائي. (عدلي السمري:2010، ص41)

وقصور في قوى الضبط الاجتماعي وعجزها في تنظيم سلوكيات الأفراد والسيطرة على عواطفهم ورغباتهم التي قد تكون مستحيلة التحقيق أي أن الفرد يعجز عن تحقيقها، الأمر الذي يؤدي إلى فقدان ذاته ومعاناته من الشعور بالفراغ والفشل مما ينتج عنه انهيار الترابط الاجتماعي بين الفرد ووحده ، فيتملكه إحساس داخلي بالموت يدفعه إلى التخلص من حياته بالإقبال على الانتحار. (عدلي السمري، 1992: ص50)

فدوركاييم وجد أن الانتحار اللامعياري شكل من أشكال الانتحار الناتج عن خلل وتراجع القيم والضغوط الاجتماعية، وعدم قدرتها على ضمان إدماج الشخص في الجماعة وترسيخ أطر ومبادئ ثابتة من أجل تعايشه وبقائه، مما يجعله يخرج عن إطارها ويوجه كل الضغوط والكره نحو ذاته بغية تدميرها وإفنائها. (jean lambert et al:2007, p295)

2.1.9. الانتحار الأناني:

هذا النوع من الانتحار أين تكون فيه الفردانية والذاتية بدرجة كبيرة نتيجة ضعف الاندماج الاجتماعي، وهو عكس الانتحار الإيثاري والذي يعني قوة الالتزام الاجتماعي للفرد مقابل مستوى ضعيف من الفردانية والذاتية. (Gustave Nicolas Fisher: 2003,p 08)

دوركاييم اعتبر سابقا مصطلح الفردانية في العيش بصفة عامة مقابل عيون المترقبين والمتجسسين على النظام الاجتماعي للخلية التي تتشكل من أقل عدد من الأفراد المنتمين إلى الجماعة التي لا تمثل ثرة من الاختلاف المورفولوجي أو الاجتماعي، فدوركاييم انطلق من أفكار اجتماعية لا تستند إلى البيولوجيا. (Dominique guillo:200,p104)

"ويبرز الانتحار الأناني عندما يكون الاندماج الاجتماعي ضعيف وعندما تضعف المعتقدات التقليدية أمام الفردية" (Geopsy,p6)

فهو انتحار نتيجة شعوره بالعزلة وهو مرتبط بدرجة الاندماج في الجماعات الاجتماعية، فكلما قل اندماجه فإنه لا يجد تأييد الجماعة خلال الأوقات الصعبة، مع مراعاة أن أهدافنا ترتبط وتتصل بالعضوية في الجماعات سواء كانت أسرة أو جماعة مهنية أو جماعة أكاديمية أو دينية، وبالتالي تقل أهمية الحياة أمامه وتصبح غير ذات معنى. (رشيد الاعظمي: 2009، ص 150)

فعندما تضعف التيارات الاجتماعية الأفراد يتجاهلون الضمير الجمعي، ويتجاوزونه ويفعلون ما يظنوا أنهم، ففي المجتمعات ذات الضمير الجمعي الضعيف الأفراد يسعون إلى تحقيق مصالحهم الخاصة بأية وسيلة كانت، وتؤدي هذه الأنانية التي لا تحدها حدود إلى درجة كبيرة من عدم الرضا الشخصي ومن المستحيل إشباع كل الرغبات مما يجعل البعض يتجه إلى الانتحار. (عدلي السمري: 2009، ص 170)

فقد ذهب دوركايم إلى القول أن الأسرة المتكاملة والقوية والجماعات الدينية والسياسية هي وسائل للضمير الجمعي القوي وتمنع الانتحار وتحده منه، في حين يؤدي تفكك المجتمع إلى وجود تيارات من الإحباط وخيبة الأمل. ومن الملفت أن مهما بلغت فردية الإنسان فإنه يظل بداخله شيء اجتماعي، بل إن الإحباط الشديد والاكنتاب نفسه يعد أحد نتائج المبالغة في تحقيق الفردية ويصيب الإنسان الحزن عندما لا يجد هدفاً أو رغبة يسعى إلى تحقيقها. (jean marie Tremblay: 2002, p214)

3.1.9. الانتحار الإيثاري:

في هذا النوع نرى المنتحر شديد الانتماء إلى مجموعته وهو لذلك يضحى بنفسه لأجلها، مثال الجندي الذي يدفع نفسه للموت في المعركة في سبيل وطنه، وسمي بالانتحار الغيري حيث ينبثق من تكامل اجتماعي قوي وروابط اجتماعية صلبة إلى درجة نوبان النزعة الفردية في التكامل والتضامن الاجتماعي. (ياسر ثابت: 2012، ص 33)

يحدث كثيراً عندما يكون الفرد و التضامن الاجتماعي أقوى من اللازم وفي هذا النوع يكون الفرد مدفوعاً إلى الإقدام على الانتحار من خلال شعوره أنه واجبه فعل ذلك، فدرجة التكامل مرتفعة فيه وليست سبب مباشر في الانتحار الإيثاري، والتيارات الاجتماعية السوداوية هي السبب في ارتفاع معدلات الانتحار الإيثاري والإقدام عليه يستند إلى أمل في حياة أفضل بعد الموت. (عدلي السمري: 2009، ص 225)

2.9. تصنيف الانتحار وفقا لعدد المنتحرين:

1- الانتحار الفردي: Individual Suicide :

وفيه يقدم الفرد على الانتحار بشكل فردي محض وبدوافع فردية بحتة، دون أن يكون هناك اتفاق مع آخر أو آخرين، وهذا النوع يمثل غالبية حالات الانتحار. (المغربي: 2015، ص 35)

2- الانتحار الثنائي: Double Suicide :

وهو اتفاق ثنائي على الانتحار وهذا الشكل من الانتحار يركز على الرغبة في الموت (الانتحار) مع شخص آخر أو بعد موته بزمن وجيز، ويتضمن هذا النوع من الانتحار " الانتحار التذكري"، حيث ينتحر الشخص في ذكرى انتحار شخص عزيز لديه. وغالبا يحدث الانتحار الثنائي لدى شخصين إما من أسرة واحدة أو من حلقة اجتماعية واحدة، أو بين شخصين تربطهما عواطف متينة فالدافع الأساسي للانتحار الثنائي هو الحب. (المغربي: 2015، ص 36)

3- الانتحار التعاقدى: Death Pacts :

حيث يتفق شخصان على الموت سويا بحيث يقوم أحدهما بقتل الآخر، ثم يقوم هذا الآخر بقتل نفسه. ويرجع الهدف من هذا التعاقد إلى إزالة تردد اللحظة الأخيرة، وقد يكون الانتحار التعاقدى بالاتفاق فيما بين الطرفين بأن يقوم كل منهما بالانتحار بنفسه وبطريقته الخاصة، لكن في نفس وقت انتحار الطرف الآخر.

4- الانتحار الجماعي: Cluster Suicides :

وهو انتحار يقوم به مجموعة من الأفراد في نفس الوقت، ويحدث في ظرف واحد ولدافع واحد، وهو يحدث غالبا كعدوى اجتماعية تنتقل من شخص لآخر بسرعة وبائية، حتى أن علماء النفس اعتبروه شبيها بالهستيريا الجماعية، والذي يمكن تفسيره من خلال ديناميات الجماعة من انقياد و إحياء وضغط الجماعة، فضلا عن المحاكاة والتوحد مع الجماعة فأصحابه يتصفون بطقوس دينية واجتماعية وتحضيرات للموت ويكون لديهم حالة تماهي.(أبو اسعد: 2015، ص 265)

وقد ظهر حديثاً ما يعرف بالانتحار الجماعي عن طريق الانترنت حيث يتواعد الشباب الراغبين في الانتحار على شبكة الانترنت على أساس ميثاق يتعهدون فيه على الانتحار ثم يلتقون في المقابلة على الانتحار الجماعي.

وأما عن محاولات الانتحار الجماعي في الوقت الراهن، فقد حدثت في مدينة الرباط بالمملكة المغربية، حيث قام (21) شاب من خريجي الجامعات المختلفة من فاقد البصر والذين ينتمون إلى المجموعة الوطنية للمكفوفين المعطلين بمحاولة انتحار جماعية، وذلك بتجرع السم احتجاجاً على إقصائهم من التشغيل ومعاناتهم من البطالة، مما أدى إلى تزدى أحوالهم المعيشية، وقد أقدموا على هذه المحاولة بعد شعورهم باليأس وفقدان الأمل إلا أنه تم إنقاذهم. (المغربي: 2015، ص 39)

2.2.9. الانتحار حسب المرحلة العمرية:

1- انتحار الطفولة:

ويقصد به الانتحار في الفئات العمرية دون 15 سنة وهي حالات نادرة وعفوية وتكون نتيجة تأثر الطفل بالخيال حينما يرى أفلاماً أو يقرأ يقصص خيالية.

2- الانتحار في مرحلة المراهقة:

تعتبر مرحلة المراهقة بأنها المرحلة الحيوية والنشطة وهي في نفس الوقت فترة التناقضات واستيقاظ الغرائز والتخلي عن مرحلة الطفولة والحماية والاتكال، وقد يشعر المراهق بأنه غير جاهز لهذه المرحلة وبهذا يصاب بخيبة أمل وضغوط شديدة قد تدفعه للانتحار. (أبو اسعد: 2015، ص 266)

3.2.9. الانتحار المشروط، وينقسم إلى:

1- التهديد بالانتحار: Threatened Suicide

يعد التهديد بالانتحار في كثير من الأحيان استغاثة تحذيرية أو تنبيه لمحيطين لتقديم العون والمساعدة، أو لتغيير واقع مؤلم غير محتمل يتطلب تدخل الآخرين لمنع حدوث انتحار وشيك. فالتهديد هنا يعد بمثابة انتحار مشروط بتغيير الواقع، وهو ما يكون غالباً مقدمة هامة لكثير من حالات الانتحار.

وعلى الرغم من أن التهديد بالانتحار لا يتعد بطبيعة الحال المستوى اللفظي أو مجرد التلميح، إلا أنه يعد مؤشر هام على وجود أفكار انتحارية ينبغي أن يؤخذ مأخذ الجد من جانب المحيطين حتى يتم التدخل السريع والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة، إذ أن مجرد التهديد بالانتحار أو ظهور أفكار انتحارية أو محاولات انتحار قد يفضي في أغلب الحالات إلى الانتحار الفعلي.

2- الإضراب عن الطعام: Hunger Strike :

وهو أحد أشكال الانتحار المشروط حيث يلجأ البعض إلى الامتناع طوعا عن الطعام احتجاجا واعتراضا على أمر ما، بهدف التهديد والمساومة أو تحقيق هدف محدد أو الضغط على الطرف الآخر وإشعاره بالذنب.

وهو إضراب جوع أي تحدي الجوع بما يصاحبه من آلام وحرمان ليس لبضع ساعات كما هو في الصيام العادي بل لأيام وأسابيع أو شهور.

وغالبا ما يرتبط الإضراب عن الطعام بالممارسات السياسية كنوع من الاحتجاج الرمزي، أو الاعتراض على الاستبداد أو القهر والظلم، أو المناداة بتحقيق بعض المطالب المشروعة، أو لرد الحق لصاحبه. فالإضراب على هذا النحو يمثل شكل من أشكال الكفاح باللاعنف أو التعبير عن المقاومة وعدم الاستسلام، فهنا الشخص على استعداد أن يموت جوعا ويضحى بحياته بدلا من أن يقبل الاستمرار في الحياة تحت الظلم، وهو في هذه الحالة لا يعتبر نفسه منتحرا بل مقتولا على يد من ظلمه.

وفي حقيقة الأمر فإن الإضراب عن الطعام على هذا النحو يعد نوعا من الانتحار المشروط حيث يمهل من خلاله المنتحر الطرف الآخر الفرصة لتحقيق مطالبه خلال فترة اقترابه التدريجي من الموت كخيار أخير للتفاوض بين الطرفين. (المغربي، 2015: ص 50-51)

الانتحار النفسي:

يأتي الانتحار النفسي مقابل الموت الجسدي باعتباره شكل من أشكال الانتحار غير الصريح، حيث يزهد البعض الحياة تماما ويغضونها فتدفعهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية. فإذا كان الانتحار الجسدي يشير إلى القصد العمدي المباشر لقتل النفس وتدمير الذات، فإن الانتحار النفسي يشير إلى التدمير غير الصريح للذات من خلال كراهية الحياة والزهد فيها بإضعاف الجسد وعدم الحفاظ على أسباب الحياة.

3.9. أنواع وتصنيفات أخرى :

الانتحار المقنع (المستتر) الدائم : و تندرج ضمنه الحالات التالية :

أ- المواد المدمرة :

إن لتناول النيكوتين أو الحشيشة أو الهيروين أو الكحول و غيرها من المواد الفتاكة للجسد و للنفس كسلوك انتحاري يعرف مدمنها عليها تمام المعرفة كل الاحتمالات المميتة نتيجة ذلك ، و غالبا ما تكون هذه المواد بديلا عن دواء لم يصفه الطبيب و ذلك لحالة مرضية نفسية كالاكتئاب المزمن الذاتي المنشأ، الحالات الذهانية المستترة إذ يستفيد هؤلاء من شعور النشوة و الارتخاء إضافة لشعور السيطرة القوية على الذات المستضعفة.

ب- الامتناع عن العلاج :

أشخاص كثيرون يمتنعون عن تناول الأدوية الموصوفة لأمراضهم لاعتقادات شخصية مما يجعل المرض يقوى عليهم و ينتصر بالموت.(بولفلل: 2012، ص52)

10. الوسائل المستخدمة في الأفعال الانتحارية:

إن اختيار الطرق لتنفيذ الفعل الانتحاري تقرر عادة بعوامل ثقافية ومدى توافر الوسيلة الانتحارية، وهذه الطرق تعكس جدية التصميم الانتحاري مثل إلقاء النفس من أمكنة عالية حيث يستحيل هذا الفعل أن ينجو صاحبه من الموت، بينما آخرون يلجئون إلى الأدوية حيث يمكن إنقاذهم وتكون لديهم فرصة أفضل للبقاء أحياء، فإن اللجوء إلى وسيلة انتحارية غير مميتة فهذا لا يعني أنها لا تتضمن

الانتحار والموت، من ناحية أخرى إن الطريقة الغريبة في اللجوء للانتحار تعكس حالة ذهانية تحتية غير ظاهرة.

في بعض الدراسات وجدت هناك علاقة بين سهولة الحصول على الوسيلة القاتلة وفرص ونسب الانتحار، في بريطانيا مثلا كانوا يستخدمون الغاز المنبعث من الفرن وانخفضت نسبته عندما جعلوا الغاز غير سام.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية الأسلحة النارية أكثر الوسائل استخداما في الانتحار لدى الذكور وبعدها الشنق والاختناق، وقبل 1970 كانت النساء تستخدم السموم والجرعات المفرطة من الأدوية. (سامر رضوان:2009،ص314)

الانتحار يتناول كميات هائلة من الأدوية أو استخدام السم ومبيدات الحشرات، القفز من المباني العالية والجسور، الشنق، الغرق، الحرق (فحسب إحصائيات رسمية في كردستان العراق أقدمت 461 امرأة على الانتحار عام 2008 أما في 2007 فكان عددهن 779، وتشير الإحصائيات في الأعوام السابقة أن انتحار النساء حرقا في تزايد مستمر منذ عام 1991 الذي انحصر في 39 امرأة فقط).

كما يلجأ البعض إلى قطع الشرايين، الانتحار بالرصاص، الانتحار على يد الشرطة كأن يقدم شخص يعاني من اضطراب ما على إرغام الشرطة بإطلاق النار عليه وقتله.

وحسب إحصائيات أمريكية فإن الذكور أقل ميلا للانتحار من الإناث، وعندما يقررون الانتحار يختارون وسائل عنيفة للموت مثل البنادق، السكاكين، حوادث سير عنيفة، بعكس الإناث اللواتي يملن إلى وسائل هادئة مثل السم والعقاقير .

وحسب دراسة **MARCELLI DANIEL** : تعد وسيلة التسمم الدوائي الأكثر استعمالا في المحاولات الانتحارية فحوالي 80-85 % من الحالات استعملت هذه الوسيلة وجدها أكثر عند الفتيات مقارنة بالذكور، وأغلبها هي أدوية كانت الحالة قد وصفت لها أو لفرد من أفراد العائلة لعلاج مرض ما، فهناك أيضا تداول في استعمال مواد التنظيف المنزلية

نجد أن الإناث يميلون إلى الأدوات الأقل خطورة وذلك يرجع خاصة إلى نية الفرد في الانتحار أو مجرد لفت الأنظار والانتباه فقط إلى حين يصل أحدهم إلى تقديم المساعدة لها، بعكس الذكور الذين

تقل لديهم نسب الانتحار والمحاولات الانتحارية خاصة لكونهم يلجئون إلى الأدوات الحادة والخطيرة والعنيفة جدا التي تؤدي إلى نتيجة سريعة بإنهاء الحياة دون انتظار المساعدة فالهدف هو تحقيق فعل الموت وليس من أجل جلب الاهتمام أو التأثير على الآخرين. (رفيق كحلوت: 2016، ص53)

إضافة إلى تسميم الذات بمواد صلبة أو سائلة كالمسكنات ومضادات الحمى والمنومات والمهدئات والعقاقير والأدوية والمستحضرات الكيميائية والمواد الكاوية والزرنيخ ومركباته. (رشيد الاعظمي: 2009، ص151)

لعبة الحوت الأزرق¹ ولعبة مريم وغيرها من الألعاب الالكترونية التي أضحت تستخدم من أجل إيذاء الأفراد والوصول بهم إلى قتل الذات، فهذا الشكل الذي هو آخر أشكال الانتحار في ظل التغيير الاجتماعي واعتماد تكنولوجيات الاتصال كشكل من أشكال تفريغ المكبوتات.

لعبة الكترونية انتحارية تعتبر أكبر دليل على جنون مجال التواصل الاجتماعي، وهي لعبة رعب تعتمد بشكل أساسي على غسل عقول المراهقين والأطفال خلال 50 يوم فقط، وينتهي الأمر بالانتحار، أما عن الطريقة التي تعتمد عليها هذه اللعبة أو فكرتها هي الأوامر أو الطلبات حيث يعتبر المراهق نفسه في تحدي ويضغط على نفسه لكي يقوم بتلبية هذه الأوامر، والتي تتمثل في التالي:

”اختيار أفلام رعب غريبة يطلب من الطفل والمراهق مشاهدتها للنهائية، ومن ثم يكون الطلب التالي أن يقوم الشخص بالاستيقاظ في أوقات غريبة خلال الليل، وذلك من أجل فساد نظام الجسم وساعته البيولوجية ، يبدأ يطلب منه أن يقوم بإيذاء نفسه مثل تقطيع أجزاء من جسمه وقطع العروق، أو أن يقف على حافة المباني ذات الارتفاع الشاهق، كان يأمرهم أيضا بقتل الحيوانات وتعذيبهم وتصوير عملية القتل والتعذيب بالفيديو، ومن بين طلبات هذه اللعبة أيضا أن يتحول الإنسان إلى شخص انطوائي، فيأمره أن لا يتعامل مع أحد وأن لا يغادر غرفته إلا للضرورة القصوى وهكذا..”

¹ مخترع اللعبة هو شاب يحمل الجنسية الروسية عمره 21 عام فقط يدعى ” فيليب بوديكين“، يبدو إنه يعاني من اضطرابات نفسية فبعد القبض عليه بتهمة تحريض المراهقين على الانتحار من خلال تأسيسه لهذه اللعبة الانتحارية، لم ينكر التهمة بل قال إن ضحايا لعبة الحوت الأزرق مجرد نفايات بيولوجية، كان يجب تخلص وتطهير المجتمع منهم فهم غير مفيد، وقال أيضا أن جميع الضحايا كانوا سعداء جداً بخوض هذه التجربة ويسعون إلى الموت.

نهاية اللعبة ينتهي الأمر بأن يستنفذ الإنسان قوته ويفقد روحه ويدخل في حالة اكتئاب، أما أن تنتهي بالانتحار ، أو يكون الطلب الأخير هو الانتحار وبالطبع بعد كل ما قام بمشاهدته وتنفيذه يكون مؤهل تماما للانتحار فينفذ الأمر وتنتهي حياته. “ (<https://www.almrsal.com/post>)

فمن الحالات التي راحت ضحية هذه اللعبة الالكترونية وانطلاقا من القراءات الإعلامية حول هذا الموضوع، طفل من ولاية سطيف أقدم الطفل عبد الرحمن البالغ من العمر 11 سنة، على "الانتحار شنقا" في غرفته بمنزله العائلي انتحار الطفل لم يكن لأسباب نفسية أو مشاكل عائلية أو اجتماعية، بل بسبب "لعبة الحوت الأزرق" التي تعد من أخطر الألعاب الإلكترونية والتي تسببت في انتحار عدد من الأطفال في دول العالم . أيضا مراقبة متدرسة من ولاية بجاية، تلميز في المتوسط من ولاية أم البواقي وغيرها من الحالات المعلن عنها، بغض النظر عن الحالات غير المعلن عنها.

وقد حذر عدد من المختصين في الجزائر من خطورة لعبتين إلكترونيتين وهما "الحوت الأزرق" و"مريم"، اللتان تدفعان الأطفال إلى اجتياز "تحدي الموت" بعد نحو 50 يوما، إلى أن تدفعه إلى "الانتحار الفعلي".

ويقول مختصون إن لعبة "الحوت الأزرق" تعتمد على غسل دماغ الأطفال والمراهقين وتتوهم مغناطيسيا وشحنهم بأفكار سلبية، أبرزها الضياع والكرهية، كما تعمل على بث روح اليأس بداخلهم، في وقت تشير أرقام إلى أن اللعبة تسببت في انتحار 130 طفلا حول العالم بين عامي 2015 و2016 (<https://al-ain.com/article/algeria-suicide-child-game-blue-whale>)

11. إحصائيات حول السلوك الانتحاري:

1.11. الانتحار والمحاولات الانتحارية على الصعيد العالمي:

تشير التقديرات إلى حدوث ما يقرب 804000 حالة وفاة بسبب الانتحار عام 2012، وهو ما يمثل معدل الانتحار العالمي السنوي المقيس حسب العمر وهو 11.4 لكل 100.000 نسمة 15 للذكور و 8 للإناث.

يصنف الانتحار في أغلب الأحيان على أنه حادث أو ناجم عن سبب آخر للوفاة. أما في البلدان التي لا يوجد بها تسجيل موثوق للوفيات فالمنتحرين يموتون دون إحصاء عددهم في البلدان الغنية الرجال يموتون ثلاث أضعاف النساء، وفي البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل نسبة الذكور تكون إلى الإناث أقل بكثير تبلغ 1.5 رجل مقابل امرأة.

تمثل حالات الانتحار 50 من جميع الوفيات الناجمة عن العنف بين الرجال و 71 بين النساء.

وفيما يتعلق بالعمر يبلغ أعلى معدلاته لدى أشخاص 70 سنة وأكثر لدى الرجال والنساء عالمياً.

وفي بعض البلدان يبلغ الانتحار أعلى معدلاته لدى الشباب، وهو ثاني أهم أسباب الوفاة لدى الفئة ما بين 15 و 29 سنة عالمياً ويأتي ابتلاع المبيدات الحشرية والشنق والأسلحة النارية في مقدمة الأدوات.

وأمام كل حالة انتحار يقابلها العديد من المحاولات الانتحارية كل عام فوجود محاولة انتحار في سجل الفرد تشكل عامل خطر . (الوقاية من الانتحار: 2014، ص7)

اللجوء إلى قتل النفس هو أشد حالات العنف الموجه نحو الذات، هناك من يقدم على قتل نفسه في إطار ثقافة طقسية، كتلك الجماعات التي تمارس الطقس الانتحاري الجماعي كما حدث في أواخر القرن 20 في الولايات المتحدة الأمريكية أو في إطار ثقافة ووعي كشكل من الواجب كالفدائيين في الحروب ضد العدوان وقل أن نجد شعباً لم يتطوع أبناًه للتضحية بأنفسهم في سبيل الوطن ولهذا اعتبرت الشهادة في الإسلام مرتبة رفيعة وينظر إلى الشهداء نظرة إيجابية قدسية. وهنا تتقاطع بتاتا مع الانتحار لأن الانتحار موت دون جدوى وحرمة الإسلام. (حسن إبراهيم: 2009، ص99)

من الانتحار من يقدم عليه بعض من أصيبوا بالعمى الإيديولوجي الإيماني بحيث يسوغون لأنفسهم أن يقتلوا أكبر عدد بتفجير أنفسهم وهؤلاء خضعوا لعمليات غسيل دماغ.

وقد يرتبط بثقافة الشعب وعقيدته وظروف الحياة و الاكراهات و ذكرت الشرطة اليابانية أن 30.000 ياباني انتحروا في 2006 16.000 عسكري انتحروا في العراق. و 121 جندي أمريكي انتحروا في العراق و 2000 محاولة انتحار بين الجنود الأمريكيان في العراق .

وفي مؤتمر سنوي حول محاولة الانتحار يعقد في فرنسا 2008 ذكر أن هناك محاولة انتحار كل 3 ثواني. في 2007 10 آلاف شخص انتحروا وهو عدد يفوق عدد ضحايا الايدز وحوادث المرور. (حسن إبراهيم: 2009، ص100)

وحسب إحصائيات لمنظمة الصحة العالمية أن في عام 2000 حالة انتحار كل 40 ثانية و في سنة 2007 كل 30 ثانية أي ما يقارب 3000 منتحر يوميا. وفي سنة 2000 أيضا مليون شخص أقدموا على الانتحار وهو عدد فاق عدد الوفيات بسبب الحروب.

وفي دراسة ل: BOUDELLOT و ESTABLET في سنة 2006 أن في دول أوروبا الشرقية معدلات الانتحار أقل من دول أوروبا الغربية.

ودائما حسب منظمة الصحة العالمية فإن الانتحار هو أول أسباب الموت للفئة العمرية بين 15-35 سنة ، والفئة المتضررة أيضا بين سن 35-44 لصالح الذكور أكثر من الإناث في الانتحار التام والعكس في المحاولات الانتحارية أين نجد عدد الإناث يفوق عدد الذكور.

معدلات الانتحار جد مرتفعة في حدود 13 لكل 100.000 نسمة، خاصة في دول أوروبا والصين الشعبية واليابان والهند، وبين 6.5 إلى 13 / 100.000 في الشرق الأوسط وأمريكا الشمالية، وأقل من 6.5 / 100.000 في أمريكا الجنوبية، أما في دول إفريقيا لم تدون إحصائيات أو معلومات حول الظاهرة وهذا لا ينفي وجودها في هذه الدول. (ميموني: 2014، ص21)

ووفقا لخطة العمل لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية للفترة 2013-2020، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بالعمل نحو الهدف العالمي لخفض معدل الانتحار في البلدان بنسبة 10% بحلول عام 2020 ، وبرنامج منظمة الصحة العالمية للعمل على راب الفجوة في الصحة النفسية الذي أطلق في عام 2008، والذي يشمل الانتحار كأحد الحالات ذات الأولوية ويوفر الإرشادات التقنية المسندة بالبيانات لتوسيع نطاق الخدمات في البلدان. (مرغريت تشان: 2014، ص2).

2.11. إحصائيات الانتحار في الدول العربية:

لا توجد إحصائيات مضبوطة ودقيقة لتعكس مدى انتشار الظاهرة في العالم العربي، كما هو الحال بالنسبة للدول الغربية التي تصد وبشكل مستمر أرقام ومؤشرات الظاهرة دورياً، وربما يعود السبب في البلدان العربية إلى أسباب دينية والرفض الاجتماعي للظاهرة، فالمنتحر في هذه الدول يعد عاقاً أو كافراً وأثماً وبسلوكه هذا يندس الدين ويدنس القيم المجتمعية، ويعد ضرب من ضروب الارتداد عن الدين مما يشكل حاجزاً اجتماعياً أمام تناول الظاهرة كما هي في الواقع والوصول إلى تشخيص دقيق للحد من انتشارها في ظل التكتّم الأسري والمجتمعي. (ميموني:2014، ص22).

✓ المملكة العربية السعودية:

في عام 1981 ووفقاً للنشرة الإحصائية الصادرة عن المكتب العربي لمكافحة الجريمة، فقد شهدت المملكة 105 حالة انتحار، أما إحصائيات عام 2000 تشير إلى وقوع 596 حالة انتحار، على الرغم من تأكيد بعض الباحثين على وقوع أكثر من ذلك بكثير، وذلك لاعتقادهم بأن كثير من الأسر ترفض تشريح جثامين ذويهم للكشف عن سبب الوفاة واكتشاف حالة الانتحار، وذلك لتخوفهم من العادات والتقاليد أو الوصمة الاجتماعية فيميلون غالباً لإخفاء سبب الوفاة. وفي 2002 تم تسجيل 470 حالة انتحار، و 266 في عام 2006، و 748 في 2008، مقابل 787 عام 2009.

ففي المملكة العربية السعودية تشير إحصائيات وزارة الداخلية السعودية عام 2010 إلى أن حالات الانتحار ومحاولاته تجاوزت 700 حالة، أما في عام 2011 فقد شهد وقوع 196 حالة انتحار مكتمل في مقابل 447 محاولة انتحار، وذلك وفقاً لتقارير هيئة التحقيق والادعاء السعودية. (المغربي:2015، ص190-191)

✓ الإمارات العربية المتحدة:

وفقاً لإحصائيات رسمية فقد بلغت حالات الانتحار المكتمل 85 حالة عام 1999، و 155 محاولة انتحار، وقد أشارت مؤسسة فكر العربي للدراسات والبحوث إلى وقوع 24 حالة انتحار خلال 2009 إلى 2012. (المغربي:2015، ص191)

✓ مملكة البحرين:

وفقا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية فقد بلغ معدل الانتحار في البحرين عام 1988: 3.1 لكل 100000 نسمة، وفي عام 1999 سجلت 43 حالة انتحار مكتمل مقابل 285 محاولة انتحار. وفي عام 2000 تم تسجيل 42 حالة انتحار مكتمل مقابل 200 محاولة انتحار، وذلك وفقا للنشرة الإحصائية الصادرة عن وزارة الداخلية لدولة البحرين لسنة 2000. غير أن مؤسسة الفكر العربي للدراسات والبحوث قد أشارت إلى تسجيل 10 حالات خلال 2004-2005، ليرتفع الرقم إلى 45 حالة خلال 2009-2012. (المغربي: 2015، ص192)

✓ الكويت:

ارتفعت حالات الانتحار من 27 حالة في عام 1991 إلى 43 حالة في عام 1992، ثم إلى 56 حالة في عام 1993 ووقوع 51 حالة انتحار في عام 1997. أما إحصائيات منظمة الصحة العالمية وكذلك المعهد الأستوني السويدي للصحة النفسية والانتحار في العالم عام 2012 تشير إلى ارتفاع عدد المنتحرين في الكويت إلى 62 حالة انتحار عام 2009، بينما أشارت مؤسسة الفكر العربي للدراسات والبحوث إلى 614 حالة انتحار بين 2009-2012.

✓ دولة قطر:

شهدت 8 حالات انتحار خلال 2009-2012 و نفس العدد في سلطنة عمان خلال نفس الفترة.

✓ اليمن:

رصدت وزارة الداخلية منذ 1995 وحتى عام 2002 1211 حالة انتحار ، وبلغ العدد 1401 حالة انتحار خلال 2004-2006، أما عام 2007 فقد شهد اليمن انتحار 465 حالة انتحار مكتمل في مقابل 221 محاولة انتحار.

ووفقا لوزارة الداخلية فتبين وقوع 118 حادثة انتحار خلال 2012، منها 19 طفلا و 24 امرأة والبقية من الذكور الذين تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 45 سنة.

أما خلال الأعوام 2010، 2011، 2012 فقد تم تسجيل 3651 حالة انتحار مكتمل (المغربي: 2015، ص 194).

✓ العراق:

تشير التقارير الرسمية إلى تزايد حالات الانتحار في العراق بعد الاحتلال الأمريكي لها عام 2003 خاصة بين النساء، تشير إحصائيات عام 2012 إلى أن العشر سنوات الأخيرة شهدت 4000 حالة انتحار للنساء في كردستان العراق و 414 امرأة في إقليم كردستان عام 2009. وتشير التقارير إلى وقوع 50 حالة انتحار بين النساء في سنجار شمال غرب العراق عام 2012، مقابل 80 حالة عام 2011. (المغربي: 2015، ص 195)

✓ سوريا:

أشارت إحصائيات مشفى دمشق المجتهد إلى حدوث 55 حالة انتحار خلال 2005، بواقع 221 من الذكور و 334 من الإناث، بينما تشير إحصائيات عام 2006 إلى ارتفاع عدد حالات الانتحار ليصل إلى 631 حالة منهم 210 من الذكور و 421 أنثى، أما عام 2007 فقد شهد 509 حالة انتحار بواقع 346 أنثى و 163 من الذكور. (المغربي: 2015، ص 196)

✓ الأردن:

خلال الأعوام 2001، 2002، 2003، 2004، تشير التقارير إلى وقوع 4035 حالة انتحار في مقابل 400 محاولة انتحار في المتوسط سنويا خلال تلك الفترة، في حين تزايدت معدلات الانتحار قليلا عن تلك المعدلات السابقة خلال 2005.

كما أشارت الإحصائيات إلى تسجيل 56 حالة انتحار خلال 2009-2010، في مقابل 314 محاولة انتحار فاشلة في نفس الفترة. (المغربي: 2015، ص 196-197)

✓ ليبيا:

وفقا لتقارير اللجنة الشعبية العامة للأمن العام سنة 2005، عن الانتحار والشروع فيه في المجتمع الليبي فقد بلغ عدد الأشخاص المنتحرين خلال السنوات من 1998 إلى 2004 : 840 حالة بنسبة

78 % من الذكور و 22 إناث، أما محاولات الانتحار فقد بلغت 711 حالة بنسبة 59 للإناث و 41 للذكور.

أما عن الفترة خلال الأعوام 2005 و 2010 فقد تم تسجيل 2946 حالة انتحار من بينهم 913 حالة انتحار مكتمل، وقد احتلت بنغازي المرتبة الأولى تليها طرابلس.(المغربي: 2015، ص199-201)

✓ تونس:

وفقا لإحصائيات المكتب العربي لمكافحة الجريمة، فقد شهدت تونس 166 حالة انتحار مكتمل عام 1981، بينما أشارت إحصائيات مؤسسة الفكر العربي للدراسات والبحوث إلى التزايد المطرد لحالات الانتحار في تونس بلغت 1354 حالة انتحار عام 2010، بعد ما كانت 905 في عام 2008.

✓ المملكة المغربية:

تشير الإحصائيات الرسمية في المملكة المغربية إلى أن الفترة ما بين عامي 2009-2013 شهدت 2894 حادثة انتحار توفي منهم 2134 حالة بواقع 65 % من الذكور و 35 للإناث، وتعد الدار البيضاء أكثر المدن تسجيلا للانتحار بنسبة 24، كما تشير الدراسات الأكاديمية إلى أنما يقرب من مليوني و 900 ألف مغربي لا يخفون رغبتهم في التخلص من حياتهم نتيجة للفقر والبطالة ومشكلات العمل.(المغربي:2015، ص201-202)

3.11. إحصائيات حول الانتحار في الجزائر :

من خلال الدراسات التي تناولت موضوع الانتحار والمحاولات الانتحارية في الجزائر من مختلف المقاربات والتوجهات والتحليلات، والتي رصدت لنا أرقاما ومؤشرات عن السلوك الانتحاري في الجزائر وفي عدد من الولايات، بينت الإحصائيات في مستشفى مصطفى باشا الجامعي أن من بين 500 حالة مستعجلة في مصلحة الطب الجراحي المحصاة يوميا نجد من 2 إلى 3 حالات محاولة انتحار وأن 98% منهم تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة .

ووصلت نسبة الانتحار في الجزائر 2.9 في 100.000 نسمة في التسعينات، بعد أن كانت لا تتجاوز 0.83 في الستينات، هذا يبين انتشار وتوسع كبير للظاهرة خلال عقدين من الزمن.

كما أشارت البيانات أن محاولات الانتحار قد ارتفعت بشكل بالغ الخطورة حيث أنها بلغت 606 حالة سنة 1983 منها 209 مراهق وارتفعت سنة 1988 لتصل إلى 775 محاولة انتحار منها 314 مراهق. كما سجلت مصلحة الاستعجالات لمستشفى مصطفى باشا خلال 1990-1993 1361 محاولة انتحار منها 988 إناث و 379 ذكور. (سهيبي:2013، ص 52)

في دراسة على الانتحار ومحاولة الانتحار عند الشباب بوهران، سجلت مصلحة الاستعجالات UMC 295 حالة سنة 2001، 400 حالة سنة 2002، 508 حالة سنة 2003، 649 (483 إناث و 166 ذكور) سنة 2004، 589 (469 إناث و 120 ذكور) سنة 2005، و 571 حالة انتحار سنة 2007.

كما سجلت 203 حالة انتحار في الجزائر عام 2005، إذ أشار الدرك الوطني إلى 192 حالة انتحار على المستوى الوطني، وأشار الأمن الوطني إلى 311 حالة انتحار. (ميموني:2014، ص54)

وضمن الدراسة الخاصة بانتحار الشباب في وهران خلصت نتائجها إلى وجود ثلاث حالات ضمن خمسة يتراوح سنهم بين 15 و 24 سنة. و حالة ضمن كل خمس حالات سنهم بين 25 و 35 سنة وقرابة 12 % من الحالات يتجاوز سنهم 36 سنة.

أما متوسط السن لهذه الحالات فهو 24 سنة وهكذا فإن 87 % من الحالات محاولي الانتحار لا يتجاوز سنهم 36 سنة، أما فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية فإن 65 منهم عزاب و 35 متزوجون ومعظمهم نساء. (ميموني، ص56).

ووفقا لدراسة مؤسسة البحوث الطبية المستقلة " فورام"، والتي تناولت ظاهرة الانتحار في الجزائر في الفترة ما بين عامي 1995 و 2003، فقد تم تسجيل ما يعادل محاولة انتحار كل 12 ساعة، أما تقرير الدرك الوطني بالجزائر فقد أشار إلى وقوع 3542 حالة انتحار خلال الفترة الممتدة ما بين عامي 1997 و 2007، بواقع 2700 حالة انتحار لدى الرجال و 843 للنساء، أما محاولات الانتحار في تلك الفترة فقد بلغت 1069 محاولة بواقع 615 محاولة لدى النساء و 454 لدى الرجال. (المغربي:2015، ص198)

أما في عام 2006 فقد تم تسجيل 1618 حالة انتحار على مستوى الجزائر أغلبهم إناث، وفي عام 2007 أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى بلوغ معدل الانتحار في الجزائر إلى 1.3 لكل 100000 نسمة من السكان.

وفي عام 2008 سجلت إحصائيات الشرطة الجزائرية 33 حالة انتحار في مقابل 48 محاولة للانتحار، وكان معظمهم من الذكور ممن يعانون البطالة أو من مشكلات نفسية. غير أن هناك من التقارير ما يشير إلى وقوع 100 حالة انتحار بواقع 78 من الذكور و 22 من الإناث، فضلا عن 134 محاولة انتحار بواقع 94 ذكرا و 40 أنثى، وذلك خلال الأشهر السبع الأولى لسنة 2008.

وتشير بعض التقارير إلى أن هناك 8000 حادة انتحار وقعت في الجزائر خلال الفترة ما بين عامي 2008 و 2011، بواقع 2500 حالة انتحار مكتمل في مقابل 5500 محاولة انتحار فاشلة.

أما أجهزة الدرك الوطني الجزائرية فقد أحصت 335 حالة انتحار إضافة إلى 1876 محاولة انتحار فاشلة وذلك عبر مختلف الولايات في الجزائر خلال عام 2011. (المغربي:2015، ص198-199)

ووفقا لما سجلته المديرية العامة للأمن الوطني بالجزائر في عام 2002 فإن هناك 1200 محاولة انتحار قام بها أطفال في الفئة العمرية الأقل من 18 عام، وكان من بينهم 500 فتاة تقل أعمارهم عن 17 عام، وفي المقابل تم تسجيل 102 حالة انتحار في نفس العام، بينما انخفضت محاولات الانتحار في نفس الفئة العمرية في عام 2003 لتصل إلى 850 محاولة، في حين تم تسجيل 77 حالة انتحار مكتمل. (المغربي:2015، ص290)

أما في عام 2008 فقد أشار تقرير صادر عن خلية الاتصال بقيادة الدرك الوطني- تتضمن الأشهر السبعة الأولى فقط من عام 2008- إلى وقوع 11 حالة انتحار لأطفال دون سن 18 سنة، في حين بلغت محاولات الانتحار الفاشلة لدى الأطفال في ذات الفترة 26 محاولة انتحار.

وفي أبريل 2012 رصدت التقارير في الجزائر انتحار 15 حدثا لا يتجاوز عمر أكبرهم 14 سنة وذلك في عدد من القرى التابعة لولاية تيزي وزو الجزائرية. (المغربي:2015، ص291)

إحصائيات الانتحار في ولاية أم البواقي حسب مديرية الأمن لولاية أم البواقي، فقد بلغت 3 حالات انتحار خلال سنة 2010 ذكرين وأنثى، أما محاولات الانتحار لنفس السنة بلغت 168 محاولة بواقع

48 محاولة انتحار للذكور و 120 محاولة انتحار بالنسبة للإناث.(مديرية الأمن لولاية أم البواقي، 2010)،

12. النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري:

1.12. الاتجاه البيولوجي العضوي:

قام اسكيرول **ESQUIROL (1838)** رائد الاتجاه العضوي بدراسة مدى تواتر السلوك الانتحاري عند المرضى العقليين، ووصل إلى أن الانتحار هو عرض سيكوباتي وأن الإنسان لا يضع نهاية لحياته إلا في حالة الهذيان، وبهذا خلص إلى أن كل المنتحرين هم مرضى عقليين ومختلين.(معوشة: 2008، ص65)

وقد قام ليود **LLOYD 1974** و **BURNE 1968** بدراسة تشريحية مقارنة لعينة منتحرة وعينة مصابة بالاكتئاب، لم تسجل لديهم أية محاولة انتحارية وتوصلا إلى أن نسبة تركيز مادة *sérotonine* داخل المساحات الدماغية هي نفسها عند كلا أفراد العينتين وهذا ما أكده **SEDVALL 1980**، في دراسة شدة توتر الاكتئاب والسقوط فيه إذ وجد أن الأفراد الذين يعانون من نقص وانخفاض في كمية *sérotonine* هم الأكثر عرضة للسقوط في الاكتئاب من الأفراد الذين لديهم تكس لهذه المادة. (معوشة: 2008، ص66)

2.12. الاتجاه السلوكي في تفسير الانتحار:

ينجم الانتحار من فقدان متوقع أو متصور لمعززات ذات قيمة عالية مثل: عمل، صحة، أصدقاء، عائلة، وفي الوقت نفسه فإن مثل هؤلاء الأشخاص لا يتوقعون الحصول على تعزيزات أخرى من بقائهم في الحياة، ولهذا قد يجدون في التفكير بالموت تعزيزا ايجابيا، إذ أن انتحارهم يجعل الأشخاص الذين يتركونهم والأهم يشعرون بالأسف من أجلهم ويظل الأشخاص الذين تسببوا لهم الألم يعانون من تعذيب الضمير طول حياتهم.

ولهذا يكون العلاج السلوكي للذين يحاولون الانتحار شبيها بالحالات الاكتئابية بأن تزداد الخبرات السارة وخفض الخبرات الغير سارة وفق برامج معينة يساهم فيها الأصدقاء وأفراد الأسرة (أحمد علي: 2008، ص 09)

فالسلك الانتحاري يتم من خلال عملية التشريط الإجرائي Operant Conditioning فالأفراد الذين يحاولون تدمير الذات يحصلون على تدعيم ايجابي من خلال الانتباه إليهم فيميلون إلى تكرار السلوك الانتحاري. (المغربي: 2015، ص227)

وقدم سنة 1971 كل من فريديريك و روميك FREDERICK ET REMIK تفسيراً لسلوك الانتحار على شكل صيغة رياضية:

$$CS = F \frac{PF * EF * (RF * MF)}{PNS * ENS * RNS * MNS}$$

حيث أن:

CS = السلوك الانتحاري.

PF = سمات الشخصية الهشة (مثل بنية مرضية لشخصية اكتئابية)

EP = محيط فقير الموارد.

RF = استجابات أو عادات مشتركة لسلوكات انتحارية معززة.

MF = دوافع لسلوك غير مرغوب.

PNS = المميزات الايجابية لشخصية مقومة للضغط.

ENS = حضور وفعالية للمصادر الايجابية في المحيط.

RNS = عادات أو مجموعة سابقة لتسيير الجيد للضغط.

MNS = دافعية لسلوك فعال ومرغوب فيه.

وبالنسبة إلى FREDERICK ET REMIK السلوك الانتحاري سلوك متعلم كغيره من السلوكات الإنسانية وأكد أنه من الصعب شرح السلوك الانتحارية دون الرجوع إلى قوانين التعلم، هذه النظرية هي عبارة عن خليط من النظرية السيكودينامية والسلوكية، وهذه الصيغة مأخوذة من تفكير HULL، إذ أن

احتمال ظهور سلوكيات انتحارية ناتج عن قوة عادات قديمة على دوافع بالنية للسلوك.(صندلي ريمة:2012، ص123)

كما يرى السلوكيون أن ذوي السلوك الانتحاري يقومون بتدمير الذات لكي يتخلصوا من بعض المثيرات الانفعالية الشديدة أو المؤلمة، فالانتحار يعد وسيلة للهروب من الآلام الانفعالية غير المحتملة من خلال إخفاء أو حجب المدخلات الحسية شديدة الإثارة.(المغربي: 2015، ص228)

3.12. نظرية التحليل النفسي في تفسير الانتحار:

في دانيال والملانخوليا 1917 واصل فرويد اكتشاف ودراسة العنف الموجه نحو الذات فيما يسمى بفعل الانتحار أو السلوك الانتحاري، حيث لاحظ في الملانخوليا تأثر ضياع أو اختلال الواقع لدى الفرد مع إحباط شديد في جزء مهم من الشخصية، ووجود مشاعر قوية ومتضاربة من الكره وتقدير الذات واحترامها، مما يجعل هذه المشاعر توجه وترسل نحو الذات ونمو تماثل السادية لديه.

باعتبار أن غريزة الحياة و الموت هما أساس السلوك البشري الأولى تكمن وراء كل سلوك يؤدي إلى إقامة علاقات ايجابية ببناء، وأداة أفعال إبداعية خلاقية والثانية أساس كل سلوك عدواني مدمر. (Rosine berllberg:2004, p136)

وإن كانت الغريزتان متلازمتان فإن لغريزة الحياة أسبقية منطقية ولكن لغريزة الموت غلبة فعلية، ومن خلال الصراع القائم بين الغريزتين وتفاعلها مع الطاقة الجنسية الحيوية (الليبيدو) في مواقف الحياة العامة والمواقف الجنسية الخاصة، وما تتضمنه هذه المواقف من خبرات يتقلب فيها الفرد بين إرضاء رغباته أو صدها، بين إشباع حاجاته أو إحباطها أو بين اللذة والألم تحت وطأة مقتضيات الواقع وضغط الأنا الأعلى تنبثق النزعات السادية أو المازوكية وتتضمن كل من النزعتين عناصر عدوانية تدميرية. (غازلي: 2012، ص60)

وهذا ما أكدته أيضا ملاحظات و دراسات MALTSBERGER ET BUIE (1980) حول الأشخاص المنتحرين والمحاولين للانتحار ومدى تأثير مواقف تقدير الذات على زيادة الرغبة وغريزة الموت والرغبة في الانتحار. (Rosine berllberg,2004, p135)

يؤكد جريجوري زيلبورج (1936) ZILBORG.G سيطرة النزعات المتناقضة على شخصية من أقدم على الانتحار ، فكل شخصية انتحارية تسيطر عليها نزعات لا شعورية تتسم بالكراهية والعداء، و يقع العدوان على الأنا تدميرا ذاتيا نتيجة الفشل في توجيهه إلى الخارج ولذلك يعد الانتحار علامة تأكيد الأنا وكسب الخلود والشهرة أخرى بالنسبة إليه من تدميره وإفنائهم. (غازلي:2012، ص61)

فالنظرة السيكولوجية للانتحار ترى أنه تحول الطاقة العدوانية عن الشخص الذي تسبب في الإحباط للتحول إلى معاقبة الذات (فرويد)، كما ترى دراسات علم النفس التي تمت على ظاهرة الانتحار بأن هذه الظاهرة ربما تكون من منتهرين تكون لديهم رغبة في الحياة أو ربما يرتكبون الانتحار بدون معرفة إذا قاموا يريدون الحياة أو الموت، كما أن الانتحار لا يعد مرضا بحد ذاته وإنما هو تصرف نابع عن حالة معينة يمكن أن تدرج ضمن إحدى الحالات التالية:

1- الحالات العصابية.

2- الحالات الذهانية مثل انفصام الشخص (هذيان وهلوسات).

وهناك رأي للبروفيسور ارنست جبير " بأن بعض مرتكبي الانتحار يستخدمونه كوسيلة اتصال مع الذات ومع الآخرين ولكي يحدث الانتحار يجب أن تتوفر شروط منها:

- غالبا ما يكون محاولات سابقة للانتحار .
- وجود موقف متأزم في الحياة مثل فقدان شخص عزيز أو الانفصال عن شخص محبوب.
- استخدام المنتحر أسلوب إشعار الآخرين بالذنب لمعاقبتهم على إساءتهم له.
- ميل المنتحر لتقلبات المزاج السريع. (أبو اسعد: 2015، ص265)

3.12. النموذج المعرفي في تفسير الانتحار:

تعتبر النظرية المعرفية من بين النظريات الحديثة في علم النفس الإكلينيكي، حيث كانت لها مساهمة فعالة في تفسير مختلف السلوكيات المرضية كتكملة لما جاءت به المدرسة السلوكية، إذ يرى المعرفيون أن السلوك الإنساني ليس مجرد استجابة مباشرة لمتغيرات المحيط بل هو عبارة عن نظام

فكري عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان اعتقاداته وتنبؤاته وركز أصحاب هذا الاتجاه على معرفة أسباب الاضطرابات وطرق علاجها.

قدم النموذج المعرفي العديد من التفسيرات الصالحة ببساطة لعرض جميع العوامل المنطقية المشتركة لسلوكيات انتحارية واقترح النموذج النفس مرضي الكامل لسلوك انتحاري.

فالشخص المنتحر حسب المدرسة المعرفية يكون لديه تنظيم فكري خاص من حيث الإدراك، التفسير والاستجابة، أمام تجربة داخلية أو خارجية وهنا يشير LEVENSEN ET NURINGER أن للانتحاري صلابة في التفكير والاستخدام غير العادي لتداعي الكلمات.

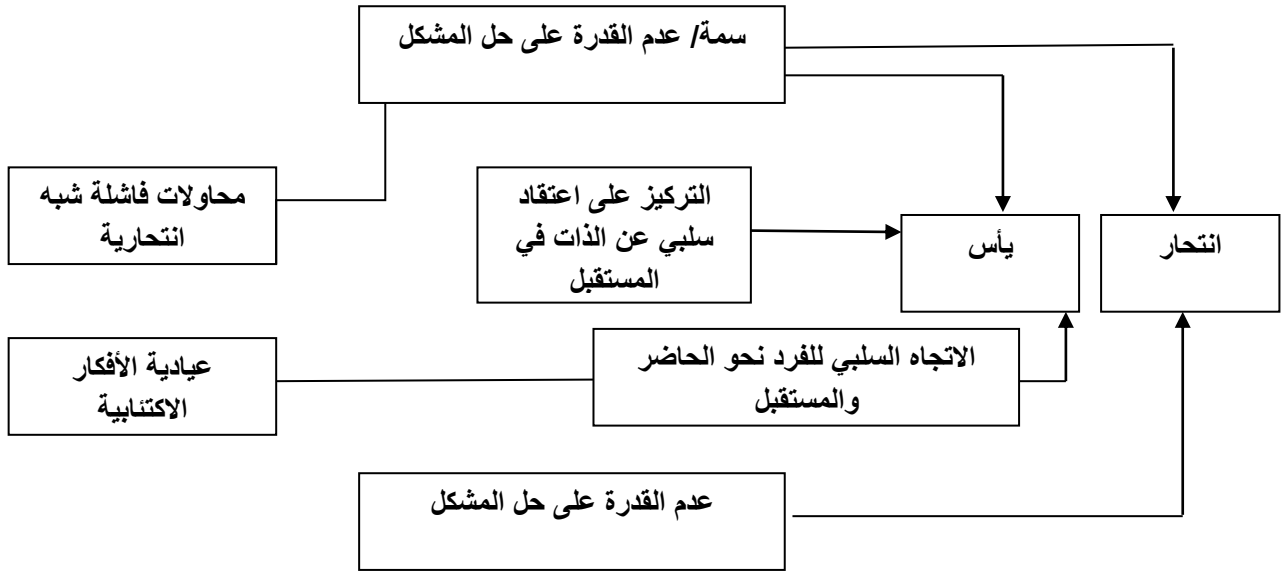
في حين أن زعيم المدرسة المعرفية بيك فقد ركز في تفسير السلوك الانتحاري على ما يلي:

1. النظام الاعتقادي: في المنظور المعرفي اليأس هو مركز النظام الاعتقادي المعرفي يحدث خلل في وظيفة الثالث المعرفي، ما يؤدي إلى الانتحار ويمكن أن نختصر الثالث المعرفي *tirade cognitive* في الأوجه التالية:

- النظرة الذاتية، أنا بدون قيمة (ليس لي أهمية).
 - النظرة لوضعيات والعالم: أنا لا أستطيع أن أكمل إلى النهاية.
 - النظرة المستقبلية: أنا لا أستطيع المواجهة.
2. النظام الانفعالي لنمط الانتحار: يتميز بوجود مجموعة من الانفعالات السلبية (الحزن، القلق، الغضب، الشعور بالذنب، الضيق، الشعور بالذل)، إضافة إلى مختلف اضطرابات المزاج التي تتميز أكثر بالاكئاب.

فالنموذج المعرفي الخاص ببيك ركز في تفسير الأزمة الانتحارية على وجود أخطاء في المعالجة المعلوماتية وفهمها بشكل مثالي ومنطقي. والشكل الموالي يوضح النموذج المعرفي للسلوك الانتحاري. (صندلي ريمة: 2012، ص124)

الشكل رقم (01): النموذج المعرفي للسلوك الانتحاري



4.12. النموذج الاجتماعي:

بحثت النظرية الاجتماعية عن أسباب الانتحار في المحيط الاجتماعي ويعد ايميل دوركايم زعيم هذا التيار حيث أحدث ثورة حقيقية في دراسة التساؤل فهو يقول : إن الشخص ليس هو المنتحر لكن المجتمع هو الذي انتحر على يد هؤلاء.

ويشير ميشال ماريك إلى أن الأهمية الاجتماعية للمنتحر تعبر اجتماعيا عن البيئة المزاجية للمجتمع وتثبت في كل لحظة احتمال الموت الإرادي.

فالانتحار إذا في الفكر الاجتماعي يرجع إلى أسباب اجتماعية تربط بين الفرد والجماعة حيث كتب دوركايم سنة 1897 في كتابه الانتحار دراسة اجتماعية، في مرحلة قوية زاد فيها الانتحار في الدول الصناعية لنقص العمل " كل مجتمع يهيئ لاحتمال حدوث مسبق للموت الإرادي".

فحسب المفهوم الدوركايمي للانتحار هو فعل اجتماعي معقد وأعداد الانتحار تعكس درجة تماسك المجتمع والصحة الاجتماعية وكل ما يمكن أن يؤدي إلى ضعف تماسك المجتمع زيادة عدد المنتحرين. ويشير DOGLAS إلى أن المعاني الاجتماعية للانتحار تختلف بشدة فكلما تكاملت المجموعة على نحو اجتماعي أكبر كلما زاد اشمئزها من الانتحار، كما أن ردود الفعل الاجتماعية للسلوك الانتحاري يمكن أن تصبح نفسها جزءا من أسباب نفس التصرفات التي تسعى المجموعة إلى ضبطها.(صندلي ريمة: 2012، ص120)

خلاصة الفصل:

أكثر ما أضحى يهدد الإنسان اليوم هو خطورة السلوكات العنيفة التي يتعرض لها أو يقدم على فعلها، فعلى غرار الحروب والتفجيرات وما تخلفه حوادث المرور والأمراض الجسدية، فقد أخذ السلوك الانتحاري منحى آخر وانتشارا ملحوظا ومرعبا في معظم المجتمعات على اختلاف مستوياتها المعيشية والاقتصادي والثقافي، وبغض النظر عن البيئة سواء كانت ريفية أو حضرية. كذلك أصبح السلوك الانتحاري غير مقتصر على فئة فقط بل مس كل الشرائح وامتد إلى الطفولة والبراءة والمراهقين إذ امتد حتى إلى الحرم المدرسي .

وحتى وإن تعددت واختلقت أشكاله وسائله فالنتيجة واحدة هي رغبة المراهق المتمدرس في الموت وإفناء الذات، فالسلوك الانتحاري فعل متعدد العوامل ومنتشعب الأسباب من نفسية وأسرية ومدرسية ولعل ما ظهر في الوجود مؤخرا هو ما أفرزه إدمان البعض على مواقع التواصل الاجتماعي والاستسلام لها ولما تؤثره على قيمه وسلوكاته إلى أن وصلت بهذه الوسائل إلى تهديد حياة الأطفال والمراهقين والدفع بهم إلى تجربة الانتحار وهو ما يشبه ضرب من الجنون الذي وصلت إليه العولمة حاليا في ظل غياب الرقابة المجتمعية والأسرية وقلّة الوعي.

الفصل الثالث:

المراهق المتمدرس

الفصل الثالث: المراهق المتمدرس

تمهيد.

1. مفهوم المراهقة.
2. الفرق بين البلوغ والمراهقة.
3. أقسام ومراحل المراهقة.
4. أشكال المراهقة:
 - 1.4. المراهقة السوية التكيفية.
 - 2.4. المراهقة الانطوائية.
 - 3.4. المراهقة العدوانية المتمردة.
 - 4.4. المراهقة المنحرفة.
5. خصائص النمو في مرحلة المراهقة:
 - 1.5. النمو الجسمي.
 - 2.5. النمو الجنسي.
 - 3.5. النمو العقلي المعرفي.
 - 4.5. النمو الانفعالي.
 - 5.5. النمو الاجتماعي.
 - 6.5. النمو الديني.
6. احتياجات المراهقة.
7. مشكلات المراهقة.
8. الصراعات التي يعاني منها المراهق.
9. الاتجاهات الرئيسية المفسرة للمراهقة:
 - 1.9. الاتجاه البيولوجي.

2.9. الاتجاه الائنولوجي.

3.9. الاتجاه التحليلي النفسي.

4.9. اتجاه التعلم الاجتماعي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يمر الفرد في حياته بمراحل عديدة من الطفولة إلى الرشد و المراهقة التي تتوسط المرحلتين الأوليتين، هذه المرحلة التي تشهد تغيرات وتطورات متميزة وعديدة في جميع جوانب شخصية الفرد ونواحيها والتي تؤثر فيه بشكل كبير نفسيا واجتماعيا ومعرفيا و هي تقابلها تربويا مرحلة التعليم الثانوي.

وبما أن للمراهقة تأثير على حياة الفرد عموما والدراسة بشكل خاص، هذا ما يجعل التلميذ في حاجة للمساعدة والتفهم من قبل الآخرين وإلى الأخذ بيده لتحقيق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي المطلوب.

ولأن موضوع دراستنا يبحث في السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس فقد كان لزاما علينا أن نخصص فصلا للتحدث عن التلميذ المراهق والتعرف على أقسام المراهقة وأشكالها بما يسهم في فهم نفسية التلميذ وحاجاته وفق شكل المراهقة الذي ينتمي إليه، ثم عرجنا على ذكر مظاهر وخصائص النمو في فترة المراهقة، مشكلات وصراعات التي يعاني منها المراهق، النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة وأخيرا خلاصة الفصل.

1. مفهوم المراهقة:

من الناحية اللغوية، ورد في لسان العرب لابن منظور بأن المراهق هو الغلام الذي قارب الحلم، وكلمة المراهقة مشتقة في اللغة العربية من الفعل رَهَقَ ، رَهَقًا ، ورَهَقْتُهُ الشيء أي أغشاه إيَّاه. (ابن منظور: ص130)

و قال تعالى: " يَرَهَقُ وجوههم قنر ولا ذلَّة " (سورة يونس، الآية: 36)، ويقال أرهقه طغيانا أي أغشاه وأرهقه عسرا أي كلفه إيَّاه.

أما في اللغات الأجنبية فالمراهقة مشتقة من الكلمة اللاتينية "Adolence" والتي تعني الكبر والنضج والنمو. (Elizabeth Hurlock: 1978, p 173.)

وعليه فإنه من الناحية اللغوية المراهقة تدل على الدنو واقترب الغلام من النضج والحلم في جميع مظاهر وجوانب الشخصية.

تعد المراهقة مرحلة ذات طبيعة بيولوجية واجتماعية على السواء، إذ تتميز بدايتها بحدوث تغيرات بيولوجية عند البنات والذكور، ويترافق مع هذه التغيرات ويصاحبها تضمينات اجتماعية معينة، وهي من الوجهة الزمنية تضم الأفراد الذين تقع أعمارهم في الفترة الممتدة تقريبا بين 12 و 18 سنة، ومن الوجهة النفسية تضم الأفراد الذين أنهوا واجتازوا مرحلة الطفولة، بينما تضم من وجهة نظر علم الاجتماع أولئك الذين يحاولون اجتياز الفجوة بين مرحلتين، مرحلة الطفولة ومن أبرز معالمها الاعتماد على الآخرين، ومرحلة الرشد وهي مرحلة تمثل الاستقلال والاكتفاء الذاتي. (عبد الله دياب: 2006، ص75)

فالمراهقة مصطلح وصفي يقصد به مرحلة نمو معينة تبدأ بنهاية الطفولة وتنتهي بابتداء مرحلة النضج أو الرشد أي أن المراهقة هي المرحلة النمائية أو الطور الذي يمر به الناشئ. (عبد العزيز محمد: 2009، ص9)

وفي هذا الصدد قال صلاح مخيمر أن المراهقة ليست مجرد مرحلة من مراحل النمو، ولا هي ذروة المراحل التي يتم عندها النمو فينطلق في الطريق إلى الرشد، كذلك ليست المراهقة هي ميلاد جديد كما قالت بذلك بعض الاستبصارات الذكية وإن بقيت محدودة وجزئية، ذلك أن المراهقة تنطوي فعلا على

كل مظاهر الميلاد ولكنها لا تكون ميلادا جديدا، إنها في واقع الأمر ميلاد الكائن البشري، ميلاده النفسي ميلاده الحق كذات فريدة تعي لأول مرة وجودها المليء في عالم اكتملت له أبعاده. (حسن الداھري: 2008، ص97)

أما اليزابيت هيرلوك **HURLOCK (1980)** ترى أن المراهقة هي نتيجة لعوامل كثيرة منها المثالية ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة، نقص في إشباع الحاجات والضغط الاجتماعي وفشل العلاقة بالجنس الآخر، ومشكلات التوافق بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث:

- اضطراب السلوك مثل : نقص التركيز والتقلب السلوكي، وقصور النشاط العقلي والجسمي واضطراب الكلام والاندفاع والعدوان.
- الانفعالية والاستثارية والحساسية النفسية والانفجارات الانفعالية.
- المشاكسة في إطار الأسرة.
- السلوك المضاد للمجتمع مثل رفض النصح والتوجيه ومعايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك عامة.
- نقص الانجاز ويرافقه الإهمال ونقص الدافعية في شؤون الأسرة والأنشطة الاجتماعية.
- لوم الآخرين وإلقاء التبعة عليهم واتهامهم أنهم سبب كل شقاء.
- التهرب كالهروب من المنزل، الزواج المبكر، الاستغراق في أحلام اليقظة وربما يصل الحال إلى محاولة الانتحار والانتحار الفعلي. (محمد ملحم: 2012، ص349)

تعرضت هيرلوك في تعريفها إلى الجانب المظلم والسلبي لهذه الفترة العمرية ومختلف الصراعات والمشاكل التي تميز المراهقة، دون التطرق إلى مميزاتها وإيجابياتها من نمو وتطور نفسي واجتماعي والبحث عن تكوين ذات فريدة و متميزة تسعى إلى التكيف مع مختلف الوضعيات.

وصف ستانلي هل المراهقة بأنها فترة عواصف وتوتر شديد تكتنفها الأزمات النفسية ويسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق يشكل بالنسبة للمراهق مجموعة من التناقضات متعددة الجوانب. (Grinder:2006, p30)

ويرى واكنر WAGNER أن مرحلة المراهقة مرحلة حاسمة في حياة الفرد، لأنها مرحلة التساؤل والبحث عن الأجوبة فيما يتعلق بالقيم التي توارثها منذ الطفولة، ومرحلة اتخاذ القرار في تفحص القيم وتشكيل فلسفة خاصة عن الحياة. (حسين العبادي: 2013، ص20)

إن المراهقة مرحلة استكشاف الأشياء في ضوء جديد والاستقلال عن الآباء، مواجهة الحياة، فترة انتقالية من الطفولة إلى الرشد يرافقها الانتقال في أسلوب العلاقات إلى جانب التغييرات الجسدية ومن الجوانب النفسية في هذه المرحلة: بناء الفردية النفسية المستقلة، وتعزيز الإحساس الثابت بالهوية والاهتمام بالأفكار المثالية والتجريد. (عبد المنعم الميلادي: 2006، ص55)

تحمل المراهقة مجموعة غير هينة من المتناقضات فالفرد أكثر ما يكون له قدرة على العمل وبذل الجهد، ولكنه لا يشغل أدوار الكبار ولا أية أدوار إنتاجية وهو في قمة التركيز على ذاته والانشغال بمشكلاته الخاصة له طاقة هائلة على العمل والبذل إلى جانب مشاعر الاهتمام والحب الجارفة التي يبديها، وأحيانا يبين مواقف لامبالاة محيرة من بعض الأمور. (عزت حجازي: 1985، ص9)

فهي مرحلة جديدة بكل ما تحمله معها من تغيرات على جميع الأصعدة وجوانب حياة المراهق، وأيضا ما تحمل من تناقضات وتحولات صارخة لتصنع بذلك ميلاد ذات جديدة متميزة ومتمردة.

2. الفرق بين البلوغ والمراهقة:

مصدر كلمة البلوغ من اللغة اللاتينية، وتعني مرحلة الرجولة ومعرفة موعد الطمث عن الإناث وظهور شعر العانة عند الفتيان، فمرحلة البلوغ مرحلة معقدة تتضمن العديد من التغيرات الجسدية، حيث يظهر فيها النضج الجنسي ومع ذلك فإن هذه المرحلة تصاحبها تغيرات ليست في الجهاز التناسلي فقط، بل في الخصائص الجنسية للفرد ووظائف القلب والرئة وقوة العضلات، لذا فهي مرحلة تغيير بدني على المدى الطويل. (عبد الكريم وخطاب: 2010، ص32)

البلوغ هو نضج الغدد التناسلية واكتساب معالم جديدة تنتقل الطفل إلى الرشد حيث أن هناك جهاز كامل من أجهزة الجسم كان خاملا لا يعمل منذ سنوات، وبدأ يستيقظ مع ابتداء هذه المرحلة وهو الجهاز التناسلي والعضو الأساسي في هذا الجهاز هو الغدد التناسلية التي تعتبر أرقى المعامل

الكيميائية، إذ أن إفرازاتها تحدد هيئة التكوين البدني لاكتساب مظاهر الرجولة والأنوثة وتؤثر في عملية النمو الجسمي وبالتالي تؤثر في شخصية وسلوك صاحبها. (رشيد الاعظمي: 2007، ص 57)

البلوغ يعني القدرة على الانسال أي اكتمال الوظائف الجنسية ونمو الغدد الجنسية، أما المراهقة تشير إلى التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي، وعليه فالبلوغ ما هو إلا جانب واحد من جوانب المراهقة، كما أنه من الناحية الزمنية يسبقها فهو أول دلائل دخول الطفل مرحلة المراهقة. (أبو اسعد: 2015، ص 362)

3. أقسام ومراحل المراهقة:

ترجع الفروق في تقسيمات المراهقة إلى اختلاف النقاط المرجعية أو المعايير التي يعتمد الباحثون عليها في التحديد من جهة، و إلى اختلاف السياقات أو الظروف التي ترى فيها الظاهرة من جهة أخرى، فالبعض يهتم بالنمو الجسمي والجنسي، وآخرون يهتمون بالنمو النفسي و فريق ثالث يركز على تغير الوضع الاقتصادي والأدوار الاجتماعية، وتختلف السياقات باختلاف الطابع الحضاري، والنظام الاجتماعي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي. (عزت حجازي: 1985، ص 29)

من بين تقسيمات المراهقة تقسيم "ليجو" والذي قسمها إلى قسمين فقط وهما:

- المراهقة المبكرة: وهي التي تمتد من البلوغ وحتى سن السادسة عشر.
- المراهقة المتأخرة: وهي التي تمتد من سن السادسة عشر إلى الثامنة عشر. (محمد سليمان: 1998، ص 17).

ففي حين تتفق معظم آراء الباحثين على أن فترة المراهقة هي تلك الفترة الممتدة بين 12 و 21 سنة، وتقسم إلى ثلاث مراحل كما هو موضح في الجدول الموالي: (بن يحي و حناش: 2009، ص 77).

الجدول رقم (02): يمثل مراحل المراهقة

1	ما قبل المراهقة أو المراهقة المبكرة	زمنياً: من سن الحادية عشر إلى الخامسة عشر	تربوياً: تقابلها المرحلة المتوسطة
2	المراهقة الحقيقية أو الوسطى	زمنياً: من الخامسة عشر إلى الثامنة عشر	تربوياً: تقابلها المرحلة الثانوية
3	المراهقة المتأخرة	زمنياً: من سن الثامنة عشر إلى سن الواحد والعشرون	تربوياً: تقابلها المرحلة الجامعية

لكل قسم من أقسام المراهقة الثلاث مظاهره الخاصة والمميزة في النمو، ونظراً لأهمية هذه المرحلة في تكوين شخصية التلميذ، لذا وجب على كل المتعاملين معه خاصة الأولياء والمربين فهم خصائص المراهقة ومتطلبات النمو ومشكلاته، والتعامل مع المراهق بأسلوب تربوي متفهم لخصائصه مما يكون له انعكاس وأثر إيجابي على تدرسه، وسنتطرق إلى خصائص ومظاهر النمو في مرحلة المراهقة لكل خاصية على حدة، ولكن قبله سنتعرف أولاً على أشكال المراهقة.

4. أشكال المراهقة: يمكن التمييز بين الأشكال التالية للمراهقة:

1.4. المراهقة السوية المتكيفة:

وهي ذلك النوع من المراهقة الخالية من المشكلات والمتكيفة نفسياً واجتماعياً، يتسم فيها المراهق بالهدوء النسبي والاستقرار وقلة التوترات والانفعالات الحادة وتكون علاقته الاجتماعية حسنة، وهذا ما لا يتفق مع تعريف ستانلي هول والذي اعتبر المراهقة: "فترة تكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق ومشكلات التوافق". (بن يحيى وحناش: 2009، ص77)

وعلى ضوء هذا الاتزان تكون علاقة المراهق بمن يحيطون به طيبة، ولا أثر للتمرد على الوالدين، واعتماداً على كل ذلك يشعر المراهق بمكانته في مجتمعه وبتوافقه معه ويرضى عن نفسه عموماً ويتعد عن الخيالات وأحلام اليقظة ولا يساوره الشك في الأمور الدينية. (المصري و عمارة: 2010، ص11)

2.4. المراهقة الانطوائية:

وهي شكل ثان من أشكال المراهقة يتميز المراهق فيها بانسحابه عن مجتمع الأسرة وجماعة الأقران أحيانا، ويميل إلى الانطواء والانعزال والانفراد بنفسه، مما يشكل عالمه الخاص والبعيد عن الواقع المحيط به، مما يؤدي به إلى مشاعر الخجل والشعور بالنقص والسلبية، مع الإسراف في أحلام اليقظة والخيال هذا ما يؤثر سلبا على تـمدرس التلميذ وعلاقاته بزملائه ومدرسيه مما قد يؤدي إلى سوء توافقه وتكيفه النفسي والبيداغوجي والاجتماعي.

فيشعر هنا المراهق بالنقص وعدم الملائمة والميل إلى النقد الصارم للنظام الذي قد يفرضه بعض الأولياء وتنتابه الهواجس و الغرق في الأوهام والخيالات المرضية، والأخطر من هذا قد نجد بعضهم يسرفون في الاستمناة تخلصا -كما يـضنون- مما يشعرون به من ضيق وكبت. وهنا يجب توظيف طاقاتهم في مجالات عملية خارج أنفسهم كالرياضة أو الأنشطة الاجتماعية. (المصري و عمارة:2010، ص11)

قد يجد الفرد نفسه في هذه الحالة غير قادر على اللجوء إلى الوسائل غير المشروعة مما يدفعه إلى السلوك الانسحابي، يتخلى فيه عن كل القيم الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع، وقد يعتبر سلوك الإدمان على المخدرات مظهرا للسلوك الانسحابي الذي يعكس فشلا مزدوجا للفرد، فشل في اللجوء إلى الوسائل المشروعة وغير المشروعة لتحقيق النجاح.(محمد عباس: 2004، ص178)

3.4. المراهقة العدوانية المتمردة:

يتميز هذا النوع من المراهقين بسمات أساسية كالتـمرد والعدوان والتخريب، وهذا التـمرد يكون على الأسرة والمدرسة وحتى الرفاق أحيانا، إضافة إلى التعنت والعناد مما يشعره بالظلم من طرف كل المحيطين به، كما يتسم أيضا المراهقون في هذا النوع بالتعلق بالأوهام والخيال وأحلام اليقظة وهذا النوع من المراهقين عادة ما يعود سلوكه إلى جملة من العوامل المسببة له كتوتر الجو الأسري والقطيعة الأسرية وعدم الشعور بالقيمة والأهمية والشعور بالخيبة الاجتماعية كالتأخر الدراسي والإخفاق في حب الوالدين والمدرسين.(زيدان مصطفى: 1999، ص 161)

و من مظاهر العدوان التي يقوم بها المراهق:

- الاعتداء بالضرب على الإخوة الصغار أو الزملاء.
- الثورة الصريحة على الأبوين أو الإخوة الكبار، النقد الجارح والألفاظ النابية.
- معاندة الأب بطرق غير مباشرة قصد الانتقام خاصة إذا كان الأب قاسياً أو كان يعامله بقسوة في الطفولة.
- الإسراف الشديد في الإنفاق على ما لا يفيد خاصة عندما تقع النقود في يده، فهو يريد أن ينتقم من بخل الوالد وقسوته.
- العدوان على المدرس، الزملاء أدوات المدرسة الميل إلى المغامرات المستهترة. (المصري و عمارة: 2010، ص13)

4.4. المراهقة المنحرفة:

يكون المراهق في هذا النوع منغمساً في ألوان السلوك المنحرف كالمخدرات والسرقة والانحلال الخلفي، والانغماس في الملذات دون وضع أي اعتبار للضوابط الاجتماعية والدينية والأخلاقية. (بن يحي وحناش: 2009، ص78)

وقد يقوم المراهق في هذا الشكل بتصرفات خطيرة تؤدي به إلى ارتكاب الجرائم والدخول في المرض والاضطراب النفسي والسلوكي، وهو في هذه الحالة يخضع لرغباته الداخلية دون الرد على المحيطين به وإرشاداتهم، كما قد يتكون لديه الانحراف ويضم الانحراف الجنسي أيضاً وإيذاء النفس الذي قد يؤدي إلى محاولة الشروع في الانتحار، وهذه الاضطرابات تعود إلى سوء التكيف النفسي والاجتماعي الحاد ومشكلات المحيط الأسري وعدم التفهم أو التقبل وعدم مراقبة الأسرة لتصرفات التلميذ المراهق أو الإسراف في ذلك، ونقص وتدني الثقة في الذات وتقديرها والتناقض بين رغباته وما يفرضه المجتمع عليه. (دويدار عبد الفتاح: 1993، ص 270).

5. خصائص النمو في مرحلة المراهقة:

عن طريق المراهقة يصل الشخص إلى بداية النضج الحقيقي في كافة جوانبه الجسمية والانفعالية والاجتماعية، ينتقل فيها الشخص إلى تعليم من نوع آخر أو تدريب مهني أو عسكري، وهي أنواع تتماشى وخصائص الإنسان في هذه المرحلة، لما تمليه قواعد التربية الحديثة الرامية إلى تكييف البرامج

مع المتعلمين، يقابله التعليم الثانوي بأنواعه وتخصصاته والذي يأتي مكملًا لما سبق من التعليم، ويحضر المتعلم نوع آخر أعلى ترتيبًا وهو التعليم الجامعي". (بوعنقة غربي: 2015، ص 94)

إنه ليس هناك مرحلة من مراحل النمو الإنساني يكون فيها التغير بالغ السرعة ولا يمكن التنبؤ به مثلما يحدث في المراهقة فيمر الأفراد في المراهقة بتغيرات عديدة، وفيما يلي نذكر لأهمها:

1.5. النمو الجسمي:

من مظاهر النمو في مرحلة المراهقة النمو الجسمي الفيزيولوجي والذي يزداد بسرعة مذهلة من حيث الطول والوزن، مع وجود فروق بين الذكور والإناث، وهذه التغيرات التي تطرأ على المظهر الخارجي تكون نتيجة إفراز الغدد للهرمونات بشكل متزايد وخاصة في بداية المراهقة أين يكون النمو أسرع منه عند نهايتها. كما يلاحظ على النمو الجسمي نمو الأجزاء العليا من الجسم قبل الأجزاء السفلية، وتزداد المساحة السطحية لجبهة المراهق في أبعادها الطولية والعرضية وتغلظ الأنف واتساع الفم وتصلب الأسنان، وينمو الفك العلوي قبل الفك السفلي وتنمو الأذرع قبل الأرجل. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص 233)

كما يتسم النمو الجسمي أيضا بنمو سريع في الهيكل العظمي وازدياد الطول واتساع الكتف والصدر لدى الذكور واتساع الحوض والأرداف لدى الإناث (عبد الكريم حمزة، ص 160)

ونمو الأجهزة الداخلية وزيادة سريعة في سعة القلب حيث يفوق حجم الشرايين وبذلك يزداد ضغط الدم فيصل من 80 إلى 115 ملم عند الإناث ويصل عند الذكور إلى 120 ملم. (قوري ذهبية: 2011، ص 89)

تضم الغدة الصنوبرية والغدة التيموسية في المراهقة لنشاط الغدد الجنسية، ويبقى هرمون النمو الذي تفرزه الغدة النخامية قويا في تأثيره على النمو العظمي خلال المراهقة، حيث تؤثر عليه هرمونات الغدد الجنسية، فتحد من نشاطه وتعوق عمله وتتأثر أيضا هرمونات الغدة الدرقية بالنضج الجنسي فتزداد في بدء المراهقة ثم تقل بعد ذلك قرب نهايتها. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص 275)

هذا ويقاس بدء البلوغ عند الفتاة بأول طمث يحدث لها، ويتراوح مدى هذا البدء فيما بين 09-18 سنة تبعا لاختلاف العوامل المؤثرة على النضج الجنسي عند الفتاة، ويقاس البلوغ عند الفتى بظهور

الصفات الجنسية الثانوية مثل غلظة الصوت وظهور شعر الشارب واللحية، وقد يبكر البلوغ عند الذكور فيظهر في 10 سنوات وقد يتأخر إلى 17 سنة وبذلك يقل مداه عن الإناث بسنتين.(فؤاد البهي السيد:1998، ص276)

كما تنمو المعدة وتزداد سعتها خلال المراهقة، زيادة كبيرة وتتبعكس آثار هذه الزيادة على رغبة المراهق الملحة في الطعام لحاجته إلى كمية كبيرة من الغذاء ولشراسته الغريبة للأطعمة المختلفة وتظل هذه الحاجة الملحة للطعام مهيمنة على حياته ما يقارب 3 إلى 4 سنوات.(فؤاد البهي السيد: 1998، ص278)

هذا ويختلف نمو الجهاز العصبي عن نمو الأجهزة الأخرى في بعض النواحي وذلك لأن الخلايا العصبية التي تكون هذا الجهاز تولد مع الطفل مكتملة في عددها ولا تؤثر في النمو بمراحله المختلفة، إلا في زيادة ارتباطها بالألياف العصبية، ولعل لهذه الحقيقة العلمية أهمية قصوى في مظاهر نمو الذكاء.(فؤاد البهي السيد: 1998، ص278)

يختلف وزن وطول الفرد في طفولته ومراهقته ورشده لاختلاف جنسه فيظل وزن وطول الذكر أكثر من الأنثى حتى سن 11 سنة ثم تتغير النسب وتتبعكس صورتها فيما بين 11-14 سنة، فيزداد طول ووزن الفتاة حتى تسبق الفتى ثم تعود الصورة إلى سابق عهدها بعد 14 سنة ويتفوق الذكر على الأنثى من ناحية الوزن والطول.(فؤاد البهي السيد:1998، ص 280)

2.5. النمو الجنسي:

من المظاهر الأساسية للمراهقة البلوغ الذي يعد مؤشرا على دخول الطفل لهذه المرحلة، ويشير البلوغ إلى التغيرات العضوية التي تحدث للفرد وتنتهي به إلى النضج الجنسي نتيجة نشاط الغدد الجنسية، التي تتمثل في المبيضين عند الإناث اللذان يقومان بإفراز البويضات ويحدث الطمث نتيجة انفجار البويضة، و الخصيتان عند الذكور وذلك بحدوث القذف المنوي، ويقسم الباحثون البلوغ إلى ثلاث مراحل هي:

* المرحلة الأولى: تكون فيها المظاهر الثانوية للبلوغ مثل نمو الثديين عند الإناث والطمث، و غلاظة الصوت لدى الذكور.

* المرحلة الثانية: تستمر المظاهر الثانوية في النمو وتبدأ الغدد الجنسية في العمل والإفراز .

* المرحلة الثالثة: وفيها تصل المظاهر الثانوية إلى غاية نضجها ويأخذ كل من الذكر والأنثى الشكل

النهائي للرجل الناضج والمرأة الناضجة.(علاء الدين كفاي، ص226)

ويكون النمو الجنسي أيضا بمظاهر أخرى منها نمو المهبل والرحم عند الإناث والشارب والذقن عند الذكور .

الجدول رقم (03) يوضح بعض الفوارق بين الذكور والإناث في النمو الجنسي.

السن	الإناث	السن	الذكور
11-10 سنة	مرحلة حاسمة في نمو الأعضاء الداخلية والنمو التكويني	13-12 سنة	مرحلة حاسمة في النمو التكويني والنمو الداخلي وتغير الشكل الخارجي
12-11 سنة	نمو ابتدائي في الثديين والحوض	14-13 سنة	نمو أولي لشعر العانة بشكل خفيف
13-12 سنة	نمو أولي لشعر العانة بشكل خفيف	15-14 سنة	زيادة نمو الحنجرة وغلظة الصوت
14-13 سنة	بداية الحيض	18-16 سنة	بدء ظهور شعر الإبطين
20-15 أو 21 سنة	إتمام الشكل الأنثوي النهائي والصفات المرتبطة به	18-21 سنة	إتمام الشكل الذكري والصفات المرتبطة به.

(بن يحيى و حناش: 2009، ص 79)

3.5. النمو العقلي المعرفي:

تتطور الحياة العقلية المعرفية لدى المراهق تطورا كبيرا نحو التمايز لتحقيق تكيف سليم مع البيئة الداخلية والخارجية وتتزامن مرحلة المراهقة مع مرحلة العمليات الشكلية المجردة: "Formel Opérationnel Throught" وذلك حسب تصنيف "بياجية" لمراحل النمو العقلي المعرفي، ويستطيع تلميذ هذه المرحلة استخدام نظم أكثر تعقيدا للتصنيف والتعامل مع المواقف الافتراضية من فهم واستخدام المفاهيم والاحتمالات والتعامل بالمنطق والتبرير. (داليا عزت مؤمن: 2004، ص 209) وفيما يلي ذكر لأهم خصائص التفكير المجرد للمراهق:

الجدول رقم (04): خصائص التفكير المجرد لدى التلميذ المراهق

<p>- يستطيع المراهق أن يأخذ في اعتباره جميع الحلول الممكنة لمشكلة ما قبل أن يقرر أي من هذه الحلول ينطبق فعلا على الموقف المشكل، وهو في ذلك يتبع المنهج الفرضي الاستدلالي في التفكير.</p>	<p>1- التميز بين الواقع والاحتمال</p>
<p>- استخدام رموز للتعبير عن رموز أخرى مما يجعل التفكير أكثر مرونة، إن الكلمات تحمل أكثر من معنى ويساعد هذا المستوى من النضج في التعبير المجازي والصور البلاغية، هذا من ناحية اللغة أما من ناحية القدرة العددية فيستخدم رموزا مثل (س.ص) كي يعبر عن أعداد والتي هي نفسها رموزا كما أنه يستطيع إدراك العلاقات المنطقية بين العبارات والأحداث.</p>	<p>2- استخدام الرموز من الدرجة الثانية</p>
<p>- تعني هذه الميزة قدرة المراهق على أخذ عدة متغيرات في الاعتبار في نفس الوقت كما أنه يستطيع أن يعبر عن العلاقة الكلية بين هذه المتغيرات في صورة نسب.</p>	<p>3- الربط بين المتغيرات</p>

(بن يحيى و حناش: 2009، ص 82)

من خلال الجدول نلاحظ بأن هذه المرحلة العمرية تتصف بقدرة المراهق على استخدام المفاهيم المجردة، ويذهب التفكير المنطقي إلى التفاصيل غير الملموسة في كل حدث أو مشكلة ويهتم بدلاً من ذلك بالمبادئ الأساسية المجردة المتضمنة في الموقف. (أبو جادو: 2008، ص 430)

و لكن قد لا يصل كافة المراهقين إلى مستوى التفكير الذي افترضه بياجيه، فمنهم من يصبح قادراً على استخدام المنطق الافتراضي والاستدلال واختبار الفروض بطرق علمية ومنطقية، ومنهم من لا يصل إلى هذا المستوى وهذه الفروق لا بد من مراعاتها أثناء العملية التعليمية، وخاصة فيما يتعلق ببناء المناهج التعليمية وأيضاً بعملية توجيه التلاميذ إلى الشعب والتخصصات الدراسية التي تتطلب مجموعة متنوعة من القدرات العقلية التي تختلف من شعبة دراسية إلى أخرى.

كما أن في فترة المراهقة تتأثر جميع قدرات المراهق بالتغيرات الداخلية والخارجية التي تطرأ عليه وتنمو وتتطور كافة القدرات العليا لديه مثل:

- **الذكاء** : الذكاء كقدرة عقلية فطرية يهدأ نشاطها في بداية المراهقة ليستقر في نهايتها ويتثبت، وقد قام الباحث " فيرنون، P.E. VERNON " بدراسة على مجموعة من الأفراد تتراوح أعمارهم بين 14 إلى 20 سنة، وخلصت دراسته إلى أن الذكاء العام يتناقص في سرعته فيما بين 14 إلى 17 سنة وخاصة لدى التلاميذ الذين يتركون المدرسة في سن مبكرة كون الذكاء يتأثر إلى حد كبير بالتحصيل الدراسي.
- **التخيل** : ترتبط القدرة على التخيل بالقدرة على التفكير والتطور اللغوي، وقد أجرى " فالونتينى، T.VALANTINER " دراسة حول الفروق بين تخيل الطفل وتخيل المراهق عند ذكور وإناث تتراوح أعمارهم بين 9 و 18 سنة، ودلت نتائجها على أن المراهق يميل إلى وصف مشاعره وانفعالاته عكس الطفل. (فؤاد البهي السيد: 1998 ، ص 287)
- **التذكر** : تنمو قدرة المراهق على الاسترجاع والاستدعاء والتعرف، ويتأثر نمو هذه القدرة العقلية بنوع الموضوعات ومدى ميل المراهق لها وكذلك تتأثر بانفعالاته وخبراته الشخصية.
- **الإدراك**: الإدراك عملية عقلية تنمو وتتأثر بالنمو العضوي الفيزيولوجي وكذلك النمو الانفعالي والاجتماعي مما يجعل هناك تفاوتاً بين إدراك الطفل وإدراك المراهق، ودلت أبحاث "اسكالونا،

Escalona" بأن المراهق يطور إدراكه من المستوى الحسي المباشر إلى المستوى الشبه حسي ثم إلى المدركات المجردة والمعنوية. (قوري ذهبية: 2011، ص 09)

4.5. النمو الانفعالي:

يزداد شعور المراهق بذاته ويتجلى ذلك في مشاعر التمرد والثورة والغضب التي يبديها نحو مصادر السلطة في الأسرة والمجتمع، وتتسع آمال المراهق و أحلامه، وتتأثر استجاباته إلى حد كبير بمستويات المعايير والقيم التي تفرضها الجماعة والثقافة القائمة وتأخذ عاطفة الحب في التبلور. وتخف درجة المخاوف التي كانت تراوده في مراحل سابقة، ويحس المراهق في هذه المرحلة بأنه إنسان هامشي نظراً لأن الكبار يعاملونه أحياناً كطفل وأحياناً كرجل، الأمر الذي يولد لديه صراع نفسي وعدم استقرار عاطفي والحساسية الزائدة فتراه يتذبذب بين أنواع السلوك المتناقضة". (أبو جادو: 2006، ص 87)

إن التغيرات السريعة والعديدة التي تميز فترة المراهقة تجعل المراهق عاجزاً أمام فهم هذه التغيرات أو إشباعها و مواجهتها، مما يوقعه عادة في صراعات وحالة من التوتر والإحباط والقلق، ومن بين خصائص النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة ما يلي:

- الحساسية الشديدة حيث يتأثر المراهق لأتفه الأسباب وهذا بسبب النمو الحسي السريع وتغير إدراكه للعالم الخارجي، مما يستدعي اهتماماً خاصاً وتربية معينة مبنية على التقبل والتفهم.
- عدم التحكم في المظاهر الخارجية أثناء حالته الانفعالية إذا أثير أو غضب وهذه الخاصية مرتبطة بالخاصية السابقة، كما أنه لم يتمكن بعد من الابتعاد عن بعض التصرفات الطفولية.
- اليأس والحزن والآلام النفسية وهذا بسبب الإحباطات المتكررة وعدم تفهم الآخرين لدوافعه وحاجاته، ورغبة المراهق في إثبات نفسه وإشباع كافة دوافعه ورغباته حتى وإن كانت تتعارض مع العادات و السلوكيات المتعارف عليها والمقبولة اجتماعياً.
- تكون العواطف الشخصية، عواطف نحو الذات تأخذ المظاهر التالية: الاعتناء بالنفس والملبس وطريقة الكلام وذلك من أجل تحقيق حاجات نفسية وهي التميز والبروز أمام الآخرين ولفت الانتباه. (عبد الكريم قرشي: 1999، ص 117)

كما يتسم النمو الانفعالي أيضاً بـ:

- التمرکز حول الذات: ويتضمن مفهوم التمرکز حول الذات عددا من المظاهر السلوكية الملاحظة بوضوح عند المراهق منها:
- المراقب الوهمي: يصل مركز المراهق حول ذاته إلى حد التوهم باستمرار وكأن هناك شخص يراقبه في تحركاته وفي سكناته، وفي مظهره وكلامه وكافة سلوكياته سواء أكان وحده أو في جماعة.
- توهم التفرد: يشعر المراهق بأن ما يعانیه أو ما يقع له لا يحدث لأحد غيره بنفس الشكل أو بنفس الدرجة، وتتضح هذه الحقيقة في التعبيرات الشائعة مثل: لا أحد يفهمني، لا يوجد من يحس بي ويفهمني.
- القلق ومشاعر الذنب: القلق والخوف من أن شيء سيحدث دون تحديده بالضبط، وقد يكون ذلك نتيجة لمشاعر الذنب المصاحبة لاندفاعات الهو وتعارضها مع القيم الاجتماعية.
- عدم استقرار المشاعر و عدم الثبات الانفعالي: بحيث يقع المراهق من حين لآخر في تقلب مزاجي، من قمة اليأس والقنوط إلى أمل واسع، ومن فقد الثقة بالنفس إلى الثقة التامة بها ومن التدين إلى الشك ومن المرح والانبساط إلى الاكتئاب والعزلة. (بن يحيى و حناش: 2009، ص90)
- الحب: ويأتي تطور مشاعر الدفء والحب والاهتمام والتقاؤل والسعادة من البيئة الآمنة التي يعيش فيها المراهق، والأحداث السارة والعلاقات الاجتماعية التي طورها مع الآخرين، فحسن التعامل معه واحترامه واعتبار وجهة نظره كفييلة يجعله يحب من يقدم له ذلك. ويتقدم مفهوم الحب لدى المراهق مع النمو الجنسي ليوجهه تجاه الجنس الآخر فهو يعتبر أي ابتسامة أو مجاملة من فتاة يعتبرها حبا. ويعد الحب والعلاقة مع الجنس الآخر من أكثر ما شغل بال المراهقين، لسببين:
- 1- الحاجة للمعرفة: فهو يريد أن يتعرف على هذا الجانب أكثر وأكثر فنجده يكثر من القراءة والبحث حول الموضوع، ويتبادل الحديث مع أقرانه حوله باستمرار وهنا تكمن الخطورة إذ قد يفتح باب المعلومات الخاطئ إذ بالجهل المتبادل وقلة الخبرة يتراكم المجهول.

2- الحاجة إلى الإشباع: فالطاقة الجنسية عند المراهق تحتاج لإشباع المجتمع بمعطياته الاجتماعية والاقتصادية وغيرها يؤخر الزواج لدى المراهق، لذلك نجد المراهق يميل للإشباع الذاتي كاستجابة للمثيرات وضعف الضبط الاجتماعي. (رشيد الاعظمي: 2007، ص 69)

ولمواجهة الرغبات الحادة والمؤلمة منها، فهو يلجأ إلى آليات الدفاع النفسية المتعددة، و نذكر منها:

الجدول رقم (05): الحيل والآليات الدفاعية لدى المراهق

الخصائص	الحيلة الدفاعية
إنها محاولة يقوم بها المراهق، من أجل أن يعيش نفس العلاقات الأولية مع والديه في الأسرة كما عندما كان طفلاً صغيراً.	النكوص Régression
وهو تعفف المراهق والامتناع عن الرغبة والاشتهاء والرغبة في إشباع حاجاته الثانوية والاجتماعية والفكرية.	الإنكار Denial
يستعمل المراهق هذه الآلية من أجل تقوية أناه وحتى يستطيع مواجهة التغيرات التي تطرأ عليه خاصة الجسمية منها، وبالتبرير يفسر المراهق السلوك الفاشل بأسباب منطقية ومعقولة.	التبرير Rationalisation
وهي محاولة المراهق النجاح في عمل معين لتعويض إخفاقه وفشله في جانب أو مجال ما للتخفيف من إحباطه وتوتره.	التعويض compensation
في حالة التصلب لا يسمح المراهق بأي حال من الأحوال بتوافق الأنا مع الهو ، ويكون عنيدا لا يتراجع عن أفكاره أو سلوكاته ولا يتقبل الإرشاد بسهولة.	التصلب Rigidité

وهناك الكثير من الحيل الدفاعية التي يلجأ إليها المراهق منها التقمص مثلا لشخصية يكون معجبا بها أشد الإعجاب وتكون بمثابة قدوة له، و الهدف من الحيل الدفاعية حسب التحليل النفسي هو التخفيف من حدة القلق ومحاولة إيجاد توافق نفسي- انفعالي. (حناش وبن يحي: 2009، ص 90-91)

تطور الغضب الذي لا يأخذ مدى زمني طويل، بل عادة ما يستمر بضع دقائق فقط، ومثيرات الغضب في المراهقة تكون عندما يشعر المراهق بما يعوق نشاطه ويحول بينه وبين غاياته، عندما تتعطل إصلاح دراجته أو عندما يوقظه أهله وهو لم يستمتع بنومه بعد، كما أنه يغضب عندما يشعر بالظلم والحرمان وعندما يتأثر مزاجه بالأمور الطبيعية من برد أو حر، والظلم من طرف الرفاق والأهل

والمدرسين، أو عندما يرى الظلم يقع على أسرته، أو يحرم من حقوقه أو يعتدي الآخر على ممتلكاته، وقد يثور عندما لا يعترف والده بنموه وتطوره فيعاملانه كطفل صغير وليس مراهق. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص 310)

5.5. النمو الاجتماعي:

تختلف الحياة الاجتماعية للمراهق عن تلك التي كان يعيشها وهو طفل، فتتسع دائرة علاقاته وتتباين وهي "تتقدم أكثر نحو النضج الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية ... وتحمل المسؤوليات وتكوين علاقات اجتماعية جديدة واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم أو الدراسة والمهنة والزواج، وذلك بتعريف المراهق بإمكانياته مما يمكنه من التفكير في اتخاذ قرارات خاصة به والتخطيط لمستقبله. (حامد زهران: 1981، ص 290)

وهذا ما يضع على عاتق الأسرة والمدرسة مسؤولية كبيرة في مساعدة التلميذ على اكتشاف قدراته الحقيقية وتوجيهها الوجهة السليمة، وذلك لاختيار ما يناسبه إن كان تخصصا دراسيا أو مهنة وما نحوه، وذلك لما للأسرة والمدرسين من دور في حياة المراهق ومالهم من خبرة وتجارب، يمكن من خلالها الوصول بالمراهق إلى تحقيق طموحاته في ظل إمكاناته وإمكانات بيئته، وتحقيق التكيف والتوافق الاجتماعي والشخصي، كون هذه المرحلة تتسم بالتآلف أحيانا والنفور والصراع أحيانا أخرى وهذا الأخير تتعدد تفسيراته، فمدرسة التحليل النفسي تفسر صراع المراهق مع الأسرة إلى العقدة الأوديبية فمن جهة المراهق له رغبات يريد إشباعها ولا يستطيع كبت دوافعه الجنسية، ومن جهة أخرى اكتسب أنا أعلى لا يسمح له بالتفكير في أي علاقة جنسية مع المحرمات، وبما أنه لا يستطيع التخلص من دوافعه ولا من ضميره اللاشعوري فلا يبقى أمامه إلا أن ينكر والديه ويثور عليهما ويرفض سلطتهما. فالمراهق يحتاج إلى تأكيد ذاته وفي هذا الصدد يرى إريكسون بأن المراهقة: "حقة عملية البحث عن الذات". (أبو جادو: 2008، ص 245)

فالمراهق يسعى إلى تغيير سلوكياته والتكيف مع جماعات اجتماعية جديدة من اختياره ولكن في الوقت نفسه يحاول التميز وفرض ذاته. (Elizabeth Bhurlock, ibd, p 180).

ومن مظاهر الارتقاء الاجتماعي في المراهقة:

- اتساع دائرة العلاقات الاجتماعية من أصدقاء وزملاء وخاصة عند انتقاله إلى الثانوية، فتكون لديه دوافع لمعرفة أكبر عدد من الزملاء ذلك يشعره بالأهمية وتأكيد الذات.
- الاندماج في جماعة الأقران التي يكون معها علاقة حميمية ووثيقة ويدافع عنها ويضحى بوقته وجهده من أجلها ويساير كل الرفاق بعضهم في الاتجاهات والمواقف وهذا تعبير عن حاجة المراهق للانتماء والاتصال.

كما نجد من مظاهر الارتقاء الاجتماعي في مرحلة المراهقة أيضا الاستقلال التدريجي عن الوالدين والصراع معهم، ورفض المراهق لأي تدخل من الوالدين في حياته الخاصة والاطلاع على مذكراته وأسراره وأحاديثه مع رفاقه، و ذلك لأن المراهق يشعر بأنه وصل إلى سن لا يجب أن يسأله أحد أين يذهب ومع من، وماذا يفعل وفي هذه الحالة فهو يحاول بكل جهده وبكل الطرق تأكيد ذاته وضمان حرّيته ، ويحاول إثبات وجوده في عالم الكبار الذي لم ينتم إليه بعد، كما أنه يبحث عن الاختلاف والانفصال (Fatima Zohra Sebaa: 2009, p37.)

مع الاهتمام الزائد بالمظهر الخارجي لجلب الانتباه والتأثير في الآخرين خاصة الجنس الآخر.
(علاء الدين كفاي، ص378)

ومن مظاهر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة أيضا:

1- التمرد: يتحرر المراهق من سيطرة الأسرة ليشعر بفردانيته ونضجه واستقلاله، وقد يغالي في هذا التحرر، فيعصي ويتمرد ويتحدى السلطة القائمة في الأسرة وكأنه بذلك يثور على طفولته التي كانت تخضع وتنتقاد لأوامر أهله ونواهيهم. وقد وجدت هيرلوك HURLOCK أن المراهق المتمرد يضع لنفسه الحق في رفضه الالتزام بالتقاليد والأعراف، ويرى نفسه مضحي أسير فهمه ويقوده هذا إلى المزيد من الرفض الذي يبديه للمجتمع الذي ينتمي إليه.

في الوقت الذي يرى فيه فرانك أن التمرد له خصائص تميزه عن الآخرين، إذ يتسم بسلوك المعارضة وسوء التعامل مع السلطة ورموزها. (Frank:1998,361)

وقد بين بارسونز PERSONS أن من أهم المعالم الثقافية للمراهقين هو الرفض الذي يبديه المراهقون لمعايير الكبار وقيمهم والسلطة التي يمارسونها اتجاه آبائهم. (حسين العبادي:2013، ص20)

والتمرد الذي يظهر في حياة المراهقين المنطلق من الشعور بالقوة والتحدي وضرورة التغيير يتجه اتجاهاً متناقضين، اتجاهاً سلبياً ضاراً وهداماً، واتجاهاً إيجابياً مغايراً يسهم في تطوير المجتمع والدفاع عن مصالحه.

ويرى كينيستون KENISTON أن التمرد لدى المراهق يظهر برفضه لدور الأسرة، وهذا يأتي من إحساسه بالحرية والإمكانية للإحاطة بكل القيم والقيود والمعايير والنواهي. (حسين العبادي: 2013، ص21)

2- **السخرية:** يتطور إيمان المراهق بالمثل العليا البعيدة تطوراً ينحو به أحياناً نحو السخرية من الحياة الواقعية المحيطة به لبعدها عن هذه المثل التي يؤمن بها ويدعو إليها، ولكنه يقترب شيئاً فشيئاً من الواقع كلما اقترب من الرشد واكتمال النضج، ويهبط من السماء الخيالية التي كان يخلق بها في بداية المراهقة إلى الحياة اليومية الواقعية.

3- **التعصب:** يزداد تعصب المراهق لأراء ومعايير جماعة الرفاق التي ينتسب إليها ولأفكار رفاقه وأساليبهم الخاصة لاسيما بين 12-16 سنة، ثم تقل حدة هذا التعصب بعد ذلك كلما اقترب من الرشد، وهو يتأثر في تعصبه هذا بعوامل عدة تنشأ في جوهرها من علاقته بوالديه، وبأنماط الثقافة التي تهيمن على بيئته والشعائر الدينية التي يؤمن بها، وبالطبقات الاجتماعية التي ينتمي إليها هذا وقد يتخذ التعصب سلوكاً عدوانياً يبدو في الألفاظ النابية النقد اللاذع .

4- **المنافسة:** يؤكد المراهق مكانته بمنافسته أحياناً لزملائه في ألعابهم وتحصيلهم ونشاطهم والمغالاة في المنافسة الفردية تحول بينه وبين الوصول إلى المعايير الصحيحة للنضج السوي، وخير للمراهق أن يرتفع بأنماط المنافسة وأساليبها حتى تستقيم أموره مع الأوضاع الاجتماعية والسوية فيتحول من المنافسة الفردية إلى المنافسة الجماعية التي تهيمن عليها روح الفريق وما تنطوي عليه هذه الروح من تعاون بين الأفراد. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص331)

مراحل تطور السلوك الاجتماعي في المراهقة:

أولاً: بالنسبة للمراهقين:

1- مرحلة التقليد: تبدأ عندما يبلغ 12 سنة وتوشك أن تنتهي في 15 سنة تقريبا، وتتميز بفرط إعجاب المراهق بزملائه الشجعان الأقوياء و الأذكىء، الذين يتفوقون في ألعابهم ودراساتهم، أو أولئك الذين يتزعمون أقرانهم وزملائهم فهو بذلك ينتقل في تطوره هذا من إعجابه بأبيه إلى إعجابه بزعيمة ويحاول جهد طاقته أن يقلد هؤلاء وأن يقتدي بهم في سلوكه.

2- مرحلة الاعتزاز بال شخصية: وتبدأ بعد 15 سنة وتتميز بمحاولة المراهق الانتصار على زملائه في ألعابه، وبمغالاته في منافستهم وميله أحيانا إلى السلوك العدوانى وبجراته التي تتحدى بعض المخاوف القائمة ليؤكد بذلك شخصيته ومكانته ويبرهن على قوته وشجاعته.

3- مرحلة الاتزان الاجتماعى: تبدأ في أواخر المراهقة وتبدو في تخفيف المراهق من العصيان والاندفاع والتهور، وفي نظرتة الجديدة لهذه الأمور على أنها أعمال صبيانية ولا تدل إلى على القصور والعجز. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص332)

ثانيا. بالنسبة للمراهقات:

1- مرحلة الطاعة: تبدأ قبيل المراهقة وتمتد حتى أوائلها وتبدو مظاهرها الأساسية في خضوع المراهقات لمعايير الراشدين من الأهل والأقارب، وهكذا يتصف السلوك الاجتماعى للمراهقات بالطاعة، الرصانة، الحياء والتظاهر بالحشمة، طمعا في إرضاء الأهل.

2- مرحلة الاضطراب: تمتد من أوائل المراهقة إلى 15 سنة، تتميز باضطراب انفعالى واختلال التوازن، فتبالغ الفتاة في استجاباتها للمثيرات الهادئة، وقد تنفجر ضاحكة أو تتور غاضبة لأمر تافهة ثم تستطرد بعد ذلك للكآبة اليائسة، أو تبالغ في الاهتمام بنفسها ومظهرها ثم العكس.

3- مرحلة تقليد الفتيان: من 15 إلى 16 أو 17 سنة، تقلد الفتاة الفتى في الزي والسلوك والحوار، وقد ذهب علماء النفس إلى أن الحياة في صورتها العامة تتحو دوما نحو القوة، وأن الرجولة مظهر من مظاهر القوة لهذا تقلد المرأة العصرية الرجل في كثير من أموره، فتحاول أن ترتدي زيها وأن تزج بنفسها في المغامرات كالتدخين مثلا.

4- مرحلة الاتزان الاجتماعى: تبدأ في أواخر المراهقة وبداية الرشد، وتبدو في استجابة الفتاة للمعايير الأنثوية الصحيحة في السلوك وفي زيها وحدتها وأنماط حياتها. (فؤاد البهي السيد: 1998، ص333)

6.5. النمو الديني عند المراهقين:

إن النضج العقلي للمراهق في هذه المرحلة يدفعه إلى التفكير بجدية في العالم المحيط به، ويعتبر التفكير الديني في هذه المرحلة من أكثر أنواع التفكير أهمية ويشتمل على مسائل الدين عامة، غير أن أهم القضايا التي تلح على عقله هي قضايا التوحيد والغاية من الخلق وأصل نشأته والمراحل التي يمر بها خلقه وقضايا البعث والحشر والحساب والجنة والنار والملائكة والجان وحكمة التكاليف والتشريعات والعبادات. (رشيد الاعظمي: 2007، ص73)

ويعتبر اهتمام المراهق بأمور الدين نتيجة طبيعية تعتبر امتدادا لما تلقاه من مفاهيم في مرحلة الطفولة، حيث كانت هذه الأمور تأتي عن طريق الإيحاء والتقليد، وهو الآن يضيف عليها الإيمان الذي يستعين بالعقل في قضايا الدين. وقد وجدت الدراسات علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى التطور الديني في مرحلة المراهقة والصحة الجسمية والثقة بالآخرين والقناعة والسعادة والكفاءة والإتقان واحترام وتقدير الذات.

وقد درس الباحثون أثر التدخين على الممارسات الخاطئة التي تصدر عن المراهقين، فوجدوا أن التدخين يحد منها بشكل كبير، كتعاطي المخدرات وتناول الخمر والعنف وتقليل احتمالية الأنشطة الجنسية غير المشروعة، وتقليل نسبة الانتحار حيث أن مختلف الديانات السماوية تحرم قتل النفس، فالدين يساعد على خفض مستوى الضغوطات النفسية ويسبب انخفاض السلوكيات الخطيرة لدى المراهقين المتدينين وتمتعهم بالطمأنينة وتقدير عال للذات. (سعيد رشيد الاعظمي، 2007، ص74)

6. احتياجات المراهقة:

تكثر في مرحلة المراهقة متطلبات واحتياجات المراهق والتي تكون نتيجة تفرضها عليه التغيرات النفسية والاجتماعية التي يمر بها:

وقد حدد هافجهرست HAVIGHURSTST المطالب والمسؤوليات التي يسعى المراهق إلى الوصول إليها ومن أهمها المطالب النفسية: تقبل الذات وخاصة تقبل التغيرات الجسمية الجديدة، وتحقيق الاستقلال الانفعالي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو الآخرين وبالأخص نحو الأقران والوالدين،

والمجتمع وتحقيق الأمان النفسي والولاء للقيم الاجتماعية والخلقية والدينية السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه. (عبد الغني وأبو جاموس: 2009، ص113)

1- الحاجة إلى الحب: الحب مشتق من عاملين وهما عاطفة جنسية مؤقتة وعواطف الحنان، وفي فترة المراهقة يبدأ الحب يرتبط مع العاطفة الجنسية وهي أول مرة ما يضرم نار الحب، بدليل أن قلب الرجل يخفق بالحب عادة بعد رؤية وجه جميل أو صوت ناعم رقيق، ومنها تشتق الغيرة الحنان والغضب.

2- الحاجة إلى الاحترام والتقدير: يحتاج المراهق بصورة ماسة لأن يحصل على كم وافر من التقدير الاجتماعي والمكانة التي تتناسب وقواه وإمكانياته، سواء في بيئته الأسرية أو التعليمية أو المحيط الاجتماعي العام، فالمراهق يكاد لا يتوقف عن عملية البحث المستمر عن ذاته، ولهذا نجد بعض المراهقين يبذلون ما هو أكبر من طاقاتهم أحيانا من أجل الظهور في المحيط الاجتماعي. (عبد العزيز محمد: 2009، ص364)

3- الحاجة للمكانة الاجتماعية والاستيعاب الاجتماعي: المراهق عبارة عن شعلة من النشاط والحيوية والوهج الفكري وروح المثابرة وهذا في حد ذاته أمر جيد، إلا أنه ما يجب التنبيه إليه هو أن هذه الأمور أو الصفات هي أمور قابلة للتلاشي والاضمحلال، إذا لم تجد قدرا كافيا من الاستيعاب وهو يحتاج إلى تحقيق علاقات ناضجة جديدة وكثيرة مع الأقران من كلا الجنسين.

4- الحاجة إلى الإرشاد والتوجيه: إن المراهق يحمل فكريا نشطا وحماسا وحيوية زائدة للحد الذي يمكنه من اتخاذ القرارات التي ربما تكون خطيرة أو مصيرية، إلا أنه في المقابل يعاني من نقص شديد في الخبرات والتجارب الأمر الذي يقف حائلا دون إصابة الهدف فيؤدي إلى الفشل والانهازم.

5- الحاجة إلى العمل: يمثل العمل الحقل الأول الذي يثبت فيه المراهق قدرته على تحمل المسؤولية وإدارة الأمر بصورة سليمة، وهو المكان الذي يحقق المراهق ذاته من خلاله ويحتاج أيضا إلى الاستعداد للمهنة. (عبد العزيز محمد: 2009، ص365)

6- الحاجة إلى الاستقلالية: يتمتع المراهق بثقة عالية في قدرته على اتخاذ القرارات لاسيما المصيرية منها لكنه تتقصه الخبرة التي تضمن سلامة هذه القرارات، لذا ينبغي على الراشدين إعانته على اتخاذ القرار من خلال خبرتهم وهو يحتاج أيضا إلى تحقيق استقلال انفعالي عن الوالدين والآخرين.

7- الحاجة إلى الشعور بالأمن والاستقرار والطمأنينة: وهو ضرورة من ضرورات الإنتاج الفكري لأي فرد من أفراد المجتمع وفي أي مرحلة عمرية، فإحساس الفرد بالأمان يدفعه دوماً لأن يعمل على تحسين وضعه الاجتماعي والاقتصادي والسير في طريق كسب مكانة مرموقة في المجتمع في حين يعمل شعوره بالخوف على تحطيمه الكلي. (عبد العزيز محمد: 2009، ص366)

8- الحاجات الجسمية: يحتاج المراهق إلى القبول بالبنية الجسدية واستغلال الجسم بشكل سليم والى تحقيق أدوار جنسية اجتماعية ذكرية وأنثوية ويحتاج إلى الاستعداد للزواج.

9- الحاجة إلى المعلومات الجنسية والاجتماعية حتى يكون له هوية ذاتية. (عبد العزيز محمد: 2009، ص367)

7. مشكلات المراهقة:

مشكلات المراهقة تختلف من فرد لآخر وتختلف عند الفرد الواحد من موقف لآخر، فتظهر في مرحلة المراهقة مشكلات في شتى أبعاد النمو، بعض هذه المشكلات أساسها عضوي وبعضها نتاج لإهمال تربوي أو ضعف التوجيه والإرشاد النفسي أو نتيجة قسوة متطرفة أو اضطرابات في الرعاية. (عبد العزيز محمد: 2009، ص10)

وكثير من مشكلات المراهق التوافقية وما قد يعانيه من صراعات نفسية في حقيقته ما هي إلا انعكاس لمركزه ووضعه في الجماعة التي ينتمي إليها، أكثر من كونه رد فعل لحدث البلوغ في حد ذاته، أي أن سيكولوجية المراهقة تكون غير ذات قيمة، إذا هي لم تأخذ في اعتبارها تلك العوامل والقوى التي تمارس تأثيرها في حياة المراهق وتكوين شخصيته. (عبد العزيز محمد: 2009، ص11)

ينشأ الصراع في نفس المراهق بين مجموعة دوافع قوية جارفة، تركز حول الدراسة لنفسه عن مركز ودوره في هذا المجتمع، وبين موانع العالم الخارجي وتقاليده، واتجاهاته وما إلى ذلك من أمور

تكون نمط الثقافة في المجتمع، هذا الصراع يبلغ حده الأقصى في أوائل المراهقة وهو يؤثر في جميع أساليب المراهق وكيفية تعامله وسلوكاته.

ويلاحظ نتيجة هذا الصراع الحادث لدى المراهق انتقاله من حالة انفعالية إلى حالة أخرى، فهو يتأرجح بين التهور والحبس، وبين المثالية والواقعية، وبين الغيرة والأنانية، وبين الغضب والاستسلام، بين التدين والكفر، ويصاحب هذه التغيرات أزمت نفسية حادة لا يجد لها مجالاً إلا في أحلام اليقظة، وثمة مظهر آخر للصراع الذي يؤثر في سلوك المراهق الفردي والاجتماعي، إلا وهو صراع الناتج بين اعتماده لذاته وتمسكه بها من جهة أخرى، وهنا إن لم يوجه المراهق التوجيه الدقيق فلت زمامه من نفسه وممن حوله من الكبار وانحرف وأصبح مشكلاً، وهذا لا يضر المراهق فحسب بل أنه يؤثر على المجتمع الموجود فيه تأثيراً واضحاً. (عبد العزيز محمد: 2009، ص12)

يرى ميلر **MILER (2000)**، أن المراهقة هي المرحلة الانتقالية بين الطفولة والرشد، ويعيش فيها المراهق في صراع دائم بين أن يعتمد على أهله وأن يستقل بذاته ويسعى دائماً إلى تجريب قيم وأفكار وسلوكيات جديدة حتى يجد هويته.

تضيف سلامة أن المراهقة هي: "مرحلة المآل والطموح وموحلة النمو الشخصي والاجتماعي وتحقيق هوية ذاتية، إلا أنها المرحلة التي يقل فيها الشعور بالرضا، ويظهر فيها القلق والاكتئاب ويزداد معدل المشاغبة والجنوح، وتظهر فيها محاولات الانتحار والاكتئاب، وتشهد بداية التدخين والإدمان وغيرها." (سلامة ممدوحة : 1991، ص101)

كما يرى عبد الرحمان وعبد الله أن السلوك المضاد للمجتمع يكون أكثر شيوعاً في منتصف مرحلة المراهقة ويأخذ شكل الهروب والتأخر خارج المنزل، وتدمير الأشياء، وسرقة أشياء تافهة في البداية، ثم تتحول بعد ذلك إلى سرقة أشياء قيمة والكذب والتخريب المتعمد لممتلكات الغير، والاعتداء الجسماني والاعتداء الجنسي، والعداء والعدوان وعدم الصبر. (عبد الرحمان وعبد الله، 1994: ص135).

من مشكلات المراهقة أيضا نذكر:

• الجناح:

وهو درجة شديدة أو منحرفة من السلوك العدواني، حيث يبدو على المراهق تصرفات تعتبر ذات دلالة على سوء الخلق كالفوضى والاستهتار والذي قد يصل إلى حد الجريمة، وقد يظهر الجناح في صورة الاعتداء المادي على المعلم أو الأب، أو قد يظهر في الانحراف الجنسي، وإدمان المخدرات وإيذاء الذات، وقد يصل الحال إلى الانتحار. وقد يرجع الجناح إلى عدة عوامل منها: عدم قدرة المراهق على التكيف تكيفا سليما في المنزل أو في المدرسة، أو لضعف قدرة المراهق العقلية أو لعاهة جسمية واضحة، أو للفشل المتكرر في الدراسة، أو معاناة من قلق انفعالي أو لعدم إشباع حاجاته النفسية أو الشعور بالاغتراب. (عبد الله دياب: 2006، ص 81)

• الانحرافات الجنسية:

الجنس له أهمية _من غير شك_ في حياة المراهقين، بل إن البعض إذا تكلم عن المراهقة ربط كلامه غالبا بالناحية الجنسية. (محمود وجيه: 1981، ص 77)

من مظاهر الانحرافات الجنسية في فترة المراهقة السادية، الاغتصاب أو جماع الأطفال... وغيرها، ويرجع سبب الانحرافات الجنسية إلى الاضطرابات الفيزيولوجية وانعدام التربية الجنسية، والاضطرابات في الكروموزومات الوراثية، كما قد ترجع إلى أسباب نفسية مثل الصراع بين الدوافع والغرائز وبين المعايير والقيم الاجتماعية وبين الرغبة الجنسية، وموانع الاتصال الجنسي والإحباط والكبت والنكوص وعدم الشعور باللذة والسعادة في الحياة، مما يدفع الفرد إلى الجنس لإشباع اللذة. (عبد الله دياب: 2006، ص 82)

ومن مظاهر الانحراف الجنسي لدى المراهق، هناك أنواع كثيرة ودرجات متباينة للانحراف الجنسي، منها ما يقتصر على الفرد نفسه، وإشباعه رغبته الجنسية عن طريق جسمه هو كالعادة السرية، وهي شائعة الانتشار بين المراهقين والشباب في الفترة السابقة لزواجهم، ومنها ما يتجه إلى أفراد آخرين من نفس الجنس (الجنسية المثلية) كاللواط و المساحقة، وهي أقل انتشارا ومنها ما لا يقتصر على الرغبة

الجنسية وحدها، بل ترتبط فيه هذه الرغبة بالإيذاء أو العكس ترتبط بالخضوع للجنس الآخر وإيذائه له. (وجيه محمود: 1981، ص78)

• **الخوف:** وترتكز مخاوف المراهقين في :

- مخاوف مدرسية: امتحانات، التحضير للواجبات، سخرية المعلمين والزملاء.
- مخاوف صحية: إصابات، حوادث، عاهات، مرض.
- مخاوف عائلية: القلق على الأهل حينما يمرضون أو يتشاجرون.
- مخاوف اقتصادية: الخوف من الفقر، هبوط المستوى الاقتصادي للأسرة.
- مخاوف خلقية: شعور بالذنب إذا ارتكب خطيئة، الحرص على عدم الوقوع في المهاري التي يقع فيها زملاؤه.
- مخاوف تصل بالعلاقات الاجتماعية: الخوف من الفشل في إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع الأقران أو أفراد آخرين.

- مخاوف جنسية: العلاقة بأفراد الجنس الآخر، علامات البلوغ، القلق والضيق من عدم تناسب أعضاء الجسم أو التأخر في مظاهر البلوغ. (عبد الغني وأبو جاموس: 2009، ص115)

• **مشكلة اختيار المهنة:** يواجه المراهقون مشكلة اختيار المهنة أو العمل الذي سيمارسون حياتهم

من خلاله. وإذا كانت هذه المشكلة تأخذ في مراحل العمر السابقة صورة الأحلام الجميلة التي ترتبط بالخيال أكثر من ارتباطها بالواقع، عندما يتخيل طفل السادسة أو السابعة نفسه ضابطا أو طبيبا، إن هذا الخيال ينزل في عمر 15 تقريبا إلى أرض الواقع، عندما يواجه المراهق مشكلة مستقبل حياته، ماذا يريد أن يكون؟ وما هي المهنة التي يرتاح إليها وتحقق له كل أمانيه؟ وكيف يصل إلى تحقيق هذه الأمانيه؟ وهل تسمح ظروفه العائلية والاقتصادية وإمكانياته الخاصة بالإعداد للمهنة التي يريدها؟ فيقلق المراهقون بشأن الإجابة عليها لأن الإجابة يتوقف عليها مصيرهم ومستقبل حياتهم. (وجيه محمود: 1981، ص109)

• **مشكلة وقت الفراغ:** وقت الفراغ هو الوقت الذي يقضيه الفرد في نشاط مقيد يتمكن أثناءه من

تحقيق بعض ما يرغب فيه ويميل إليه. وبالنسبة للتلميذ مثلا فإن وقت الفراغ هو الوقت الزائد بعد عمل اليوم الدراسي وبعد أن يستذكر دروسه، والذي يقضيه التلميذ على النحو الذي يرغب فيه

ويحبه، بالاشتراك مع إخوته في بعض ألعابهم أو قراءة الروايات أو الذهاب إلى النادي. (وجيه محمود، 1981، ص133)

وتشير معظم الدراسات النفسية والاجتماعية إلى أن الفراغ يأتي على رأس الأسباب المباشرة لانحراف المراهقين، وهو المسؤول عن مشكلة تشردهم وجنوح الأحداث والتسكع في الشوارع، والانضمام إلى رفقاء السوء والعصابات وإدمان الخمر والمخدرات وكل ما يؤدي إلى تدهور الأخلاق والقيم. (راغب شراب: 2013، ص54)

• **الاغتراب والتمرد:** فالمراهق يشكو من أن والديه لا يفهمانه، ولذلك يحاول الانسلاخ من مواقف وثوابت ورغبات الوالدين، كوسيلة لتأكيد وإثبات تفرد وتمايزه، وهذا يستلزم معارضة سلطة الأهل، لأنه يعد أي سلطة فوقية أو أي توجيه إنما هو استخفاف لا يطاق بقدراته العقلية التي أصبحت موازية جوهريا لقدرات الراشد، واستهانة بالروح النقدية المتبقية لديه والتي تدفعه إلى تمحيص الأمور كافة وفقا لمقاييس المنطق، وبالتالي تظهر لديه سلوكيات التمرد والمكابرة والعناد والتعصب والعدوانية. (دهلاس جينيفر: 2010، ص59)

• **السلوك المزعج:** يقوم أحيانا المراهق بسلوكيات مزعجة للآخرين من أجل تحقيق مقاصده الخاصة، دون مراعاة لمبادئ أسرية أو ما تعلمه، فقد يسرق أو يشتم أو يركل الصغار ويتصارع مع الكبار، ونجده يجادل أحيانا في أمور تافهة ولا يهتم بمشاعر غيره على الرغم من أنه قد يحبهم.

• **العصبية وحدة الطباع:** يكون المراهق أحيانا عصبيا وعنيدا و يعتمد إلى تحقيق مطالبه بالقوة والعنف الزائد، ويكون متوتر بشكل يسبب إزعاجا كبيرا للمحيطين به، ويعود ذلك إلى وجود علاقة قوية بين وظيفة الهرمونات الجنسية والتفاعل العاطفي عند المراهقين، بمعنى أن المستويات الهرمونية المرتفعة خلال هذه المرحلة تؤدي إلى تفاعلات مزاجية كبيرة على شكل غضب وإثارة وحدة طبع عند الذكور و غضب واكتئاب عند الإناث. (عبد العزيز محمد: 2009، ص369)

وكشفت دراسة عبد العزيز المصطفى وعبد العزيز الساعاتي (2007) عن أهم مشكلات المراهقين الأسرية والمدرسية والاجتماعية:

أ/ مشكلات المراهقين الأسرية:

- عدم إتاحة الفرصة للأبناء في دخول المنزل والخروج منه بحرية.

- رغبة الوالدين في أن يكون سلوك أبنائهم صورة مطابقة لسلوكهما.
- عدم فهم الوالدين متطلبات المرحلة .
- عدم تلبية الأسرة حاجات الأبناء الأساسية أسوة ببعض الأقران.
- تزلت الأسرة في التعامل مع الأبناء.
- عدم احترام أفراد الأسرة خصوصية المراهق.

ب/ مشكلات المراهقين المدرسية:

- الخوف من عدم القبول في الجامعة.
- عدم تلبية الأنشطة المدرسية احتياجات المراهق.
- عدم ربط المنهج التعليمي المدرسي بنوع العمل الذي يرغب في ممارسته.
- عدم قدرة المراهق على التكيف مع الحياة المدرسية.
- الخوف من الرسوب المدرسي.
- سوء العلاقة مع الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية.

ج/ مشكلات المراهقين الاجتماعية:

- سرعة قيادة السيارة الجنونية.
- اللامبالاة من قبل المراهق اتجاه العادات والتقاليد.
- كثرة معاكسات الشباب المراهق للجنس الآخر.
- تقليد الحياة الغربية بصورة عمياء.
- عدم الالتزام بالآداب العامة.
- عدم الالتزام بأنظمة المرور.
- سوء التكيف الاجتماعي داخل المجتمع.(المصطفى والساعاتي، 2007، ص101)

ويرى آرثر و آخرون . ARTHUR ET AL (2000) أن المشكلات والتحديات التي يعانيها المراهق تتفاوت من حيث نوعيتها ودرجتها وخطورتها فمنها السهل البسيط الذي يتمكن المراهق من مواجهته بنفسه والتغلب عليه وحده، ومنها ما يكون معقداً متشابكاً في جذوره ويتطلب التدخل السريع من المحيطين به لمساعدته في التغلب عليها، ومنها ما يكون أشد خطورة ويستلزم تدخل المختصين

في علم النفس الإرشادي لمعرفة أسباب هذه المشكلات واستخدام الاستراتيجيات المناسبة للتخلص منها. (Arthur et al 2000,p17)

• **أحلام اليقظة:** والتي تستغرق ساعات في بعض الأحيان تؤدي إلى العزلة والانفراد ويحلم الفتى بالمستقبل والمال والقوة، كما يفكر في النواحي الجنسية والحب والزواج، وقد يفصح أحيانا في محيط الأسرة عن أحلامه التي قد تؤدي إلى استهزاء الكبار وسخريتهم منه وهذا ما يؤدي إلى شعوره بعدم وجود من يفهمه. (معن خليل عمر: 2005، ص244)

8. الصراعات التي يعاني منها المراهق:

يعبر الدكتور أحمد عزت راجح عن الصراعات التي يعاني منها المراهق على النحو التالي:

- صراع بين مغريات الطفولة والرجولة.
- صراع بين شعوره الشديد بذاته وشعوره الجديد بالجماعة.
- صراع جنسي بين الميل المتيقظ وتقاليد المجتمع أو بينه وبين ضميره.
- صراع ديني بين ما تعلمه من شعائر وما يصوره له تفكيره الجديد.
- صراع عائلي بين ميله إلى التحرر من قيود الأسرة وبين سلطة الأسرة.
- صراع بين مثالية الشباب والواقع.
- صراع بين جيله والجيل الماضي.

ويضاف إلى ذلك صراعات تنتج من وجود أهداف متعارضة في داخل نفسه يرغب في تحقيقها معا، ولكنها بطبيعتها إذا استطاع أن يحقق إحداها أصبح تحقيق الآخر أمرا مستحيلا، كالرغبة في المذاكرة وفي اللعب في نفس الوقت أو التمرد والطاعة. (دهلاس جينيفر: 2010، ص 60-61)

ويرتبط النمو السوي في المراهقة بالقدرة على السيطرة على مستوى القلق والاكتئاب الناتجة عن مواجهة التحديات ويرتبط ذلك بقوة الأنا ونموها وتنتهي المراهقة باستدخال هذه التحديات ومعالجتها وخلق التكامل بينها. (ماجدة محمد زقوت، 2011، ص37)

ومن أهم العوامل المؤدية إلى ظهور المشكلات في مرحلة المراهقة عدم الاستقلال المادي أو الاقتصادي، الصراعات الداخلية، الضغوط الاجتماعية ومعايير وسلوكيات الجماعة والميول

الشخصية، الاختيارات والقرارات فيما يتعلق أساسا باختيار الشعبة أو المهنة أو الزواج أو تكوين صداقات، الغموض وعدم الفهم بين ما يريده المراهق وبين المفاهيم كما يدركها الكبار. (رشيد الاعظمي: 2009، ص291)

9. الاتجاهات الرئيسية المفسرة للمراهقة:

1.9. الاتجاه البيولوجي:

يتزعمه ستانلي هول **STANLEY HALL** ويركز على المحددات الداخلية للسلوك ويشير إلى أن المراهقة تمثل مرحلة تغيير شديد، مصحوب بالضرورة بالتوترات وصعوبات في التكيف، وأن التغييرات الفيزيولوجية تمثل عاملا هاما في خلق هذه التوترات والصعوبات، ويشير هل إلى المراهقة باعتبارها فترة ميلاد جديد لأن الخصائص الإنسانية الكاملة تولد في هذه المرحلة، وأن الحياة الانفعالية للمراهق تكمن في حالات متناقضة، فمن الحيوية والنشاط إلى الكسل والخمول، من الرقة إلى الفظاظة. (محمد ملحم: 2012، ص350-351)

2.9. الاتجاه الانثربولوجي:

ويتزعم هذا الاتجاه بندكت وميد **BENDICT ET MEAD** يركز على المحددات الخارجية للسلوك، المحددات الاجتماعية والثقافية والقيم المكتسبة، وفي الدراسات المستقيضة التي قامت بها ميد والتي حاولت بها توضيح ما إذا كان سلوك المراهقة سلوكا عاما وشائعا لدى المراهقين أم انعكاسا لظروف بيئية وخبرات معينة.

فقد أكدت ميد على أن المراهقة تتكون وتتشكل بالبيئة الاجتماعية وعلى أهمية التنشئة الاجتماعية في اشتداد مشكلات المراهقة، موضحة أن المراهقين في المجتمعات البدائية يجتازون هذه المرحلة دون صراعات تذكر على عكس مراهقي المجتمعات المتقدمة كالمجتمع الأمريكي.

وأوضحت الدراسات الانثربولوجية عددا من الحقائق تمثلت في:

- المراهقة تمثل مرحلة نمو اعتيادي وليس بالضرورة أزمة في كل المجتمعات، وأن سلوكيات المراهق وتصرفاته واتجاهاته تعكس بالضرورة البيئة الاجتماعية التي نشأ فيها.

- إن المراهقة تتخذ نمطا عاما أو شكلا واحدا بل قد تتخذ أشكالا مختلفة وأنماطا متعددة باختلاف البيئة المحيطة بالمراهق، وأن للبيئة الاجتماعية دورا فعالا في أشكال المراهقة وتعقدتها بكل ما تشتمله من احباطات وصراعات.
- إن فترة المراهقة فترة نسبية دينامية يصعب معها وضع نظرية عامة لتفسير جميع جوانب المراهقة في أي مجتمع من المجتمعات. (محمد ملحم: 2012، ص351)

وقد تحدثت مارغريت ميد **MEAD (1998)** عما يصادفه المراهق من عواصف وتوترات وشدة وألم، والذي يرجع في مجمله إلى عوامل الإحباط والصراع المختلفة التي يتعرض لها في حياته، داخل الأسرة وخارجها وفي المدرسة والمجتمع الذي ينتمي إليه.

وهذا يعني بالضرورة إلى معاناة الفرد المراهق من القلق والتردد والتشاؤم وخفض مستوى النشاط والحماس والتفاؤل، ويرى الباحثون هنا أن المراهق إنما يبحث في كل ذلك عن ذاته، ويسعى إلى تحقيقها، وما هي إلا مرحلة حب ونمو للشخصية وتكاملها ومرحلة اكتشاف القيم والمثل. (محمد ملحم: 2012، ص349)

3.9. الاتجاه التحليلي النفسي:

المراهقة هي مرحلة تطوير الشعور بالهوية والتغلب على الشعور باضطراب الهوية وعدم وضوح الدور.

تأتي مرحلة المراهقة موازية للمرحلة الخامسة عند فرويد، وهي المرحلة الجنسية وتبدأ مع بداية البلوغ وتنتهي عندما يأخذ الشاب موقفا محددًا من العالم الذي يعيش فيه، أي عندما يطور له هوية متميزة، وتغطي الفترة الممتدة بين 12 و 18 سنة، ومن بين الأسئلة التي يحاول الشاب الإجابة عنها في هذه المرحلة والتي تسهم في توضيح هويته، الأسئلة التالية: من أنا ومن أكون بالنسبة لهذا المجتمع الذي أعيش فيه؟ ما المهنة أو الوظيفة التي أرغب أن احصل عليها بعد أن أكبر وانضج؟ ما القيم والمعتقدات التي تنظم مسيرتي وتقودها؟ ما النمط العام للحياة الذي أفضله على غيره؟ ما طبيعة الجماعة التي أفضل أن أنتمي أو أتعامل معها؟ (شفيق فلاح علاونة: 2012، ص262)

إن الغريزة الجنسية تظهر لأول مرة عندما يصل الطفل إلى سن البلوغ، حي يرى فرويد أن ذلك غير ديناميات نظرية التحليل النفسي للنمو والمراهقة، حيث تعتبر المراهقة فترة من الاضطرابات في الاتزان النفسي تظهر كنتيجة للنضج الجنسي، وما يتبع ذلك من يقظة القوى الليبيدية وعودة نشاطها (محمد الزعبي: 2013، ص27)

وترى أن الأنا الأعلى في هذه الفترة قد يتعرض للضعف بصورة غير مستمرة مما يجعله غير قادر في بعض الأوقات على مقاومة هجمات الهو الضارة مما يوقع الفرد في صورة الإشباع الجنسي غير الصحيحة وانخراطه في العديد من صور السلوك العدوانية.

آنا فرويد ANNA FREUD رأت أن سنوات المراهقة أكثر أهمية في تشكيل الشخصية، حيث اعتقدت أن الليبيدو والذي يهدأ أثناء مرحلة الكمون Latency stage يستيقظ مرة أخرى في مرحلة المراهقة، ويهدد باختلال التوازن في الأنا والهو ، ويؤدي القلق الناجم عن ذلك إلى محاولة الفرد الدفاع عن ذاته بطريقة شعورية أو لا شعورية، في بعض الأحيان عن طريق استخدام آليات نفسية دفاعية.(أبو جادو: 2011، ص445)

حتى يصل المراهق إلى النضج الجنسي يجب عليه أن يتغلب على المشاعر الجنسية نحو الأب والأم من خلال استخدام الآليات الدفاعية التي تتضمن التعبير المعاكس لما يشعر به المراهق في حقيقة الأمر، فيستبدل الرغبة الجنسية التي يفشل في إشباعها بالسلوكات العدائية.(أبو جادو، 2011، ص445)

كما تقول **آنا فرويد** أن المراهقة تتميز باليتين دفاعيتين هما الزهد والتكشف Asceticism والعقلانية والتعقل Intellectualization ، الزهد والتكشف حيلة دفاعية تعكس ارتباطا متطرفا من جانب الفرد في جدوى الحياة الغريزية، وتتضمن تقييدا لنشاط في مجالات تتصل بالغذاء و الملابس إضافة إلى النشاط الجنسي، أما العقلانية فهي حيلة لاشهوانية Antilibidinal حيث تعبر عن نفسها في صورة الميل لابتعاد عن الاهتمامات المادية والانصراف إلى الأمور المجردة الأكثر أمنا.(احمد محمد الزعبي، 2013، ص28)

علماء التحليل النفسي أوضحوا أن فترة المراهقة فترة يكون فيها العالم الداخلي حساسا لمؤثرات العالم الخارجي بشكل كبير.

وعموما فرويد اعتبر أن هذه المرحلة عاصفة ومضطربة ولا يمكن تجنبها، واعتبرها جزء من ظاهرة معروفة في مرحلة المراهقة، أطلق عليها اسم تمرد المراهق. Adolescent Rebellion (أبو جادو: 2011، ص445)

4.9. اتجاه التعلم الاجتماعي:

تؤكد على التعلم بالنموذج وظهرت في أعمال بندورا وزملائه **1962 BANDURA ET AL** حيث ترى أن الطفل يلاحظ سلوك الأبوين، ويتوحد معهما، ويدمج معتقداتهما واتجاهاتهما ضمن إطار القيم التي يتبناها مقلدا في ذلك سلوك النموذج.

وناقش جويرتز **1969 GEWIRTZ** وبندورا **1969**، ووالترز **1963 WALTERST** تأثير هذه النظرية على النمو في المراهقة (محمد الزعبي: 2013، ص33).

تفسر النظرية سلوك المراهقين على أساس الثقافة السائدة والتوقعات الاجتماعية. فسلوك المراهق هو نتيجة تربية الطفل الذي تعلم أدوار معينة، وبالتالي فإن عملية التنشئة الاجتماعية هي المسؤولة عن نمو الفرد سواء كان سويا أو كان منحرفا، إذ ينبثق النمو من التنشئة الاجتماعية في الطفولة المبكرة ويظل مستمرا ويمثل حاصل التنشئة الاجتماعية وليس حاصلًا للنضج.

كما تتصف المراهقة بالانسحاب من معايير الثقافة السائدة لدى الراشدين عن طريق تعلم سلوك لا اجتماعي غير مرغوب فيه، أو من خلال تقبل المراهق لثقافة جماعة النظائر الرفاق والتي تتأثر بخبرته الذاتية. (محمد الزعبي: 2013، ص34)

وترى النظرية أن جنوح المراهقين والاعتراب النفسي الذي يعانون منه في المراهقة ناجم عن اتجاهات الوالدين القاسية نحوهم، إضافة إلى ما تلعبه وسائل الإعلام المختلفة في التأثير على سلوكياتهم، كما أن مشاهدة الأبناء لبرامج تلفزيونية عدوانية يؤدي إلى تقليد النماذج التي تعرض من خلال التلفزيون عندما يشعرون بالإحباط أثناء تفاعلهم مع الآخرين في الحياة الاجتماعية (أحمد محمد الزعبي، 2013، ص34)

حيث أصبحت النماذج التلفزيونية العدوانية من أبرز القضايا ذات الأهمية الاجتماعية فيما تعلق خاصة بعدوان الأطفال والمراهقين وأثر العنف المتلفز على العدوان.(شفيق فلاح علاونة، 2012، ص262)

وفي هذه النظرية يتم التأكيد على أهمية التفسيرات الخاصة بالمراهقة فالمراهق من وجهة نظر بندورا معرض للاضطراب والقلق والتوترات الجنسية ويكون مجبرا على التوافق مع موقف اجتماعية غير مهياً لها.(محمد الزعبي:2013، ص35)

يرى بلوم **BLOOM** أن من أسباب تمرد الشباب هو أن التغييرات التي تطرأ على المحيط الذي يعيشون فيه، ويرى سينجو **SHINGO** أن من أبرز السمات التي لوحظت على شخصية المراهق المتمرد هي مشاعر عدم الرضا مع أسرهم خاصة الأب، وعدم القدرة على إقامة علاقات جيدة مع زملاء الدراسة والميل إلى مصاحبة الزملاء الذين لا يراعون الضوابط الاجتماعية في سلوكهم.

خلاصة الفصل:

مرحلة المراهقة مرحلة نمو حاسمة وهامة جدا وحساسة أيضا، فهي مرحلة النضج ومرحلة الانفعالات الجارفة والتناقضات في السلوك والأفكار والأفعال، مرحلة تمرد وطاعة، مرحلة بحث المراهق عن ذاته وحمائتها.

مرحلة تنمو فيها وتتبلور مختلف الاحتياجات والمتطلبات التي تكون نتيجة حتمية للتطورات والتغيرات النمائية التي يمر بها. مرحلة يبدأ فيها المراهق في بلورة وتصور مشروعه المستقبلي الدراسي والمهني والاجتماعي.

كما تتسم هذه المرحلة بكثرة الصراعات والمشكلات التي يمر بها المراهقين، نتيجة عدم القدرة على استيعاب الكم الهائل من التغيرات التي يمر بها، وكذلك عدم امتلاكه الخبرة التي يواجه بها صراعاته ويتكيف بها مع مختلف المواقف التي تعترضه، لذا تتطلب المراهقة مرافقة وإرشاد من طرف الأشخاص المهمين في حياة المراهق من أجل تزويده بكل ما يحتاجه لبناء شخصيته والتغلب على مشكلاته وحلها، وهذا بدوره يجنب المراهق والمجتمع ككل المشكلات السلوكية التي تنجم عن الإفرازات الخطيرة التي قد تحدث في هذه المرحلة العمرية.

الفصل الرابع:

الذات وتقديرها

لدى المراهق

الفصل الرابع: الذات وتقديرها لدى المراهق.

تمهيد.

1. مفهوم الذات.
2. تقدير الذات.
3. تقدير الذات وبعض المصطلحات القريبة منه.
4. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات.
5. نشوء تقدير الذات وتطوره.
6. أقسام ومستويات تقدير الذات:
 - 1.6. تقدير الذات العالي أو المرتفع.
 - 2.6. تقدير الذات المتدني أو المنخفض.
 7. السمات العامة لتدني وارتفاع تقدير الذات.
 8. العوامل المؤثرة في تقدير الذات.
 9. الحاجة إلى تقدير الذات.
 10. أهمية تقدير الذات.
 11. مكونات تقدير الذات.
 12. خصائص تقدير الذات وأبعاده.
 13. نظريات تقدير الذات:
 - 1.13. نظرية كوبر سميث.
 - 2.13. نظرية كارل روجرز.
 - 3.13. النظرية التحليلية.
 - 4.13. النظرية السلوكية.
 - 5.13. نظرية السمات والعوامل.

6.13. نظرية روزنبرغ.

7.13. نظرية ماسلو.

14. الذات وتقديرها لدى المراهق:

1.14. مفهوم الذات والهوية لدى المراهق.

2.14. أبعاد الذات عند المراهق.

3.14. تقدير الذات لدى المراهق

15. الاكتئاب وتقدير الذات.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر الذات مفهوم أساسي ويأخذ ويشغل حيزا كبيرا من اهتمامات المراهق، خاصة في خضم ما يمر به من تغيرات متسارعة على كافة الأصعدة والتي يستشعر بأنها تهديد صريح لذاته، ولهذا فإن بعد تقدير الذات له دور أساسي في تفسير سلوكيات المراهق ومدى تحقيقه لأهدافه وذاته، وقدرته على التغلب والتكيف مع الأزمات التي قد تعترضه. هذا في ظل إيمانه بقدراته وإدراكه الجيد لها بما يجنبه التصادم مع الواقع والطموحات التي يحلم بتحقيقها.

ولذا خصصنا هذا الفصل للتعرف على الذات وتقديرها لدى المراهق من خلال التعرف على مفهوم الذات وتقدير الذات والفرق بينهما، مع التعرف على بعض المصطلحات القريبة من تقدير الذات ، ثم تحديد نشوء تقدير الذات وأقسامه ومستوياته (تقدير الذات العالي والمنخفض)، والأسباب التي تؤدي إلى ذلك، ثم ذكر أهم العوامل التي تؤثر في تقدير الذات لدى المراهق، الحاجة إلى تقدير الذات ومدى أهميته، مكونات تقدير الذات وأهم خصائصه وأبعاده، النظريات التي فسرت تقدير الذات، مفهوم الذات وأبعاد الهوية لدى المراهق وتقديره لذاته، وأخيرا العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات ثم ملخص للفصل.

1. مفهوم الذات:

لقد مر مفهوم الذات منذ القدم بنمو ديني وفلسفي عبر التاريخ، حيث اقتبس مفكرو اليونان أفلاطون و أرسطو، واحتضنه مفكرو العرب منهم ابن سينا، الذي عبر عن مفهومه للذات بأنها الصورة النمطية للنفس البشرية. (المولى وعبد العزيز: 2015، ص 184)

فيعتبر مفهوم الذات من أقدم وأهم المفاهيم في الاعتبارات النفسية والفلسفية لفهم الطبيعة الإنسانية، فلقد كان مركز الاهتمام في بدايات دراسة الذات وينصب على العمليات التي بواسطتها يكتسب الأفراد المعرفة بخصوص فهم كيفية تعريف الأفراد لتلك الخصائص أو النواحي الخاصة بسلوكهم وخبراتهم التي يعتبرونها تعكس هوياتهم. (ماجدة محمد زقوت: 2011، ص 11)

وعرفت **ميد MED** " مفهوم الذات بأنه ينبثق من التفاعل الاجتماعي وكنتيجة لاهتمام الفرد بالطريقة التي يستجيب بها الآخرون نحوه". (الصرابي: 2008، ص 125)

حيث ميّرت ميد بين مكونين للذات أولهما الذات المفردة وتمثل دافع الذات الطليقة غير المقيدة بالمعايير الاجتماعية وأطلق على المكون الثاني اسم الذات الاجتماعية وهي تمثل المعايير الثقافية، وهما مكونان متفاعلان يعدان بمثابة الدافع للسلوك الإنساني .

أما **اند هولم (LANDHOLEM, 1940)** ميّز هو الآخر بين النظرة إلى الذات من خلال الذات، والنظرة إلى الذات من خلال ما يراه الآخرون إليه وسميت الأولى بالذات الذاتية وهي الرموز التي يدركها الفرد بنفسه مثل الكلمات أي ما يعتقد الشخص اتجاه نفسه، أما الموضوعية فإنها تتكون من الرموز التي يكونها الشخص من خلال ما يراه الآخرون فيه. (قحطان: 2004، ص 21)

مفهوم الذات حسب نظريتي روجرز وماسلو هو تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته. (نبيهة صالح السامرائي: 2007، ص 46)

مفهوم الذات هي نتاج مجموع كل ما يمكن أن ينسبه الفرد لنفسه جسمه خصائصه وقدراته وممتلكاته المادية والأسرية، أصدقاؤه مهنته. (نبيهة السامرائي: 2007، ص 46)

أما ليكي (LECKY, 1945) صاحب نظرية اتساق الذات **self- consistency** فيقول أن فكرة الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به تتحدد في نظام متسق موحد من القيم والمفاهيم التي تحدد شخصية الفرد والتي هي نتاج للخبرات التي مر بها". (قحطان: 2004، ص22)

في حين البورت (ALLPORT, 1957) استخدم مصطلح الجوهر بدلا من الذات الممتدة المميزة والجمهور طبقا لالبورت تمثل مكانا مهما في نظريته عن الشخصية". (قحطان: 2004، ص27)

يرى كل من هول و لندزي **HALL ET LINDZEY** أن الذات لها معنيان: فهناك الذات كعملية والذات كموضوع، فالذات كعملية هي مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق، والذات كموضوع تعني اتجاه الشخص ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع. (عامر مصباح: 2011، ص186)

يعرف الحربي مفهوم الذات بأنه مجموعة الصفات الايجابية والسلبية التي يعتقد الفرد أنه يتصف بها وتشكل من خلال التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة به. (الحربي: 2003، ص12)

وضح ليمس **LYMESS** أن مفهوم الذات يتعلق بالجانب الإدراكي من شخصية الفرد، فهي الصورة الإدراكية التي يكونها عن ذاته، أما تقدير الذات فيتعلق بالجانب الوجداني منها حيث يتضمن الإحساس بالرضا عن الذات أو عدمه. (اوشن نادية: 2015، ص80)

حامد زهران أشار هو الآخر إلى أن الفرد دائما يسعى إلى تأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته، وهو يحتاج إلى مفهوم موجب للذات وأن مفهوم الذات مفهوم شعوري يعيه الفرد، بينما تشتمل الذات عناصر لاشعورية لا يعيها الفرد. (زهران: 2003، ص10)

الذات عند كارل روجرز **K.ROGERS** هي كينونة الفرد والشخص، وتنمو الذات وتفصل تدريجيا في المجال الإدراكي بنية نتيجة للتفاعل مع البيئة، وتشمل الذات المدركة والذات الاجتماعية والذات المثالية، وقد تمتص قيم الآخرين وتسعى إلى التوافق والالتزان والثبات، وتنمو نتيجة النضج والتعلم المركز الذي تنظم حوله كل الخبرات". (زهران: 1998، ص291)

2. تقدير الذات : Self esteem :

احتل هذا المفهوم مكانة كبيرة لدى علماء الصحة النفسية لما يشكله من أهمية في فهم الشخصية والسلوك الإنساني عموماً.

هو عملية تقييم الإنسان لشخصيته وأدائه وفقاً لمعايير يضعها الآخرون أو يضعها هو نفسه، بعبارة أخرى فإن تقدير الذات هو حمل المفهوم عن الذات Self- concept والبناء عليه وإصدار حكم هل الإنسان ذو قيمة أم أنه غير ذا قيمة، ويتوسع بعض الباحثين في هذا المفهوم فيقولون بأن تقدير الذات هو شعورنا بأننا مناسبون للحياة ومتطلباتها وعلى وجه التحديد فإن تقدير الذات هو ثقافتنا في قدرتنا على أن نفكر وأن نتكيف مع تحديات الحياة، ثقافتنا في حقنا أن نكون سعداء وأن لنا قيمة وأن يؤكد حاجتنا ورغباتنا لأن نستمتع بثمار جهودنا ونشاطاتنا. (إبراهيم درة: 2013، ص 51)

تعريف بالادينو(2002): تقدير الذات هو تقدير الشخص لنفسه ولأهميته وجعل تصرفاته وسلوكه محسوباً لنفسه والتصرف بمسؤولية اتجاه الآخرين.

في حين يرى بيكارد (2001) أن مفهوم تقدير الذات هو مفهوم نفسي يعتمد أساساً على كيفية تقدير الفرد لنفسه، ويمكن أن تكون هذه التقديرات سالبة أو موجبة حيث يتأثر تقدير الذات بدرجة بلوغ المعايير والأهداف الشخصية، وتصنيف انجازه بأنه منخفض أو مرتفع من الأهل والأقران وعقد مقارنات بين الفرد والآخرين. (عايدة محمد: 2010، ص 76)

عرفه مالكفن (1998 MALCIVEEN) بأنه القدرة على أن يحب الفرد نفسه ويحترمها عندما يخسر تماماً كما يحبها ويحترمها عندما ينجح، وهو أكثر من مجرد شعور طيب اتجاه الذات وانجازاتها حيث يتعلق بالطريقة التي نحم بها على أنفسنا وعلى قدرتنا على رؤية أنفسنا من منظور قيمتها. (عايدة محمد: 2010، ص 76)

كوبر سميث اعتبر تقدير الذات بأنه: "مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستعملها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وهي تشمل معتقدات لواقع النجاح ودرجة الفشل ودرجة الجهد المبذول. (المولى وعبد العزيز: 2015، ص 185)

وقال أيضا كوبر سميث **1967 COOPER SMITH** بأن تقدير الذات: "الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد نحو نفسه، وأن الصورة الصادقة التي يكونها الطفل عن نفسه تعتمد بالدرجة الأولى على تقديره لذاته". (اوشن نادية: 2015، ص 76)

يرى كاتل **1964 CATLE** أن تقدير الذات هو حكم شخصي لقيمة الذات حيث يقع بين نهايتين إحداهما موجبة والأخرى سالبة. (أبو جادو: 1995، ص 215)

ويعرفه روزنبرغ **ROSENBERG (1978)** بأنه اتجاهات الفرد الشاملة سالبة كانت أو موجبة نحو نفسه، وهذا يعني أن تقدير الذات المرتفع يعني أن الفرد يعتبر نفسه ذو قيمة وأهمية، بينما يعني تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن ذاته أو رفض الذات أو احتقار الذات. (فيرليت: 2002، ص 192)

ويشير باتان وآخرون **PATTAN ET AL. (2006)** إلى أن تقدير الذات يعكس إحساس الفرد بقيمته أو احترام الذات، وإلى أي مدى الفرد يعجب ويستحسن ويحب نفسه؟ ويعتبر تقدير الذات مكون تقييمي لمفهوم الذات، وهو يستخدم لكي ينسب إلى الإحساس الشامل لاحترام الذات ، وهناك مفاهيم مثل: تقدير المظهر الخارجي، أو تقدير الجسم تستخدم لكي تدل على تقدير الذات. (Pattan et al: 2006, p31)

ويعرفه ناثانيل براندن **NATHANIAL BRENDON** وتبناه المجلس القومي الأمريكي لتقدير الذات حيث عرفه بأنه: "خبرة الفرد أن يكون قادرا على إدارة ومعالجة تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة". (حمري: 2008، ص 22)

يرى ايزاك **ISAAC** أن تقدير الذات هو الثقة بالنفس والرضي عنها، واحترام الفرد لذاته وانجازاته واعتزازه برأيه ونفسه وتقبله لها، واقتناع الفرد بأن لديه من القدرة ما يجعله ندا للآخرين. (Isaac: 1982, p5)

وعليه فإن تقدير الذات هو كيف نرى ذاتنا وما نريد أن نراه ونحققه وما نحبه وما لا نحبه، فتقدير الذات معطى أساسي في الشخصية وملتقى مكونات أساسية للذات وهي السلوكية، المعرفية

والانفعالية، فهو يعطي قوة لمعاشنا النفسي ويساهم في تسهيل القيام بالأعمال وثباتنا الانفعالي. (Christophe André:2005,p26)

3. تقدير الذات وبعض المصطلحات :

• احترام الذات : Self- respect:

ويعني تأكيد الإنسان لقيمه واتجاهه الايجابي نحو حقه في العيش وفي أن يكون سعيدا، وحرية في أن يعبر عن أفكاره وحاجاته ورغباته وشعوره أن السعادة والسرور من حقوقه التي تولد معه. (الباري:2013، ص50-51)

• توكيد الذات : Self-Assertion :

عبارة عن المهارة الاجتماعية في مواقف الحياة، والتي تشير إلى ثقة الفرد بنفسه، والقدرة على التعبير عن مشاعره الايجابية (تقدير-ثناء) والسلبية (غضب- احتجاج) بصورة ملائمة ومقاومة للضغوط التي يمارسها الآخرون لإجباره على إتيان ما لا يرغبه، أو الكف عن فعل ما يرغبه والمبادرة ببدء أو الاستمرار فيه أو في إنهاء التفاعلات الاجتماعية، والدفاع عن حقوقه ضد من يحاول انتهاكها، شريطة عدم انتهاك حقوق الآخرين، لذا فإن جوهر توكيد الذات هو تعبير الفرد عن ذاته وما يحمله من آراء، دون انتهاك للقيم والمعايير الاجتماعية السائدة، وبذلك نجد أن توكيد الذات معامل مهم في قدرة الفرد على حل النزاعات. (أبو اسعد: 2015، ص224)

تقدير الذات يمثل نظرة الفرد الايجابية نحو ذاته بمعنى أن ينظر الفرد لذاته نظرة تتضمن الثقة بالنفس بدرجة معقولة وكافية، كما يتضمن المفهوم ذاته إحساسه بكفاءته وجدارته واستعداده لتقبل الخبرات الجديدة ولهذا يشير تقدير الذات إلى القيمة التي يكونها الفرد عن ذاته. (عبد الرحمان سلمان:1992، ص89)

• تحقيق الذات : self actualization

ذات الفرد هي نتاج الخبرات التي يمر بها وتقييم الفرد لذاته يتولد منذ الصغر تدريجيا مع الرغبة في تحقيق الذات المثالية التي يحلم بها وغالبا يسعى الإنسان إلى تحقيق ذات واقعية تتواءم مع

إمكانياته وخبراته ودرجة تكيفه مع البيئة بدلا من السعي وراء ذات مثالية.(بطرس حافظ:2008 ، ص509)

ويقصد به التحقيق المستمر لإمكانيات الفرد وقدراته ومواهبه باعتبار ذلك تحقيقا لرسالة وأداء لها، ولمعرفة تامة بطبيعة الشخص وتقبله لها، وكاتجاه لا يتوقف نحو الوحدة والتكامل والتعاون داخل الشخص، فالأصحاء من الناس أشبعوا حاجاتهم الأساسية للأمن والانتماء والحب والاحترام والتقدير للذات، وتتوجه دوافعهم في الأساس إلى تحقيق الذات.(محمد الأسطل: 2013، ص30)

فتحقيق الذات هو سعي الفرد للوصول إلى درجة متقدمة من تحقيق إمكانياته ومواهبه وقدراته للوصول إلى الوحدة والتكامل.(موسى القطناني: 2011، ص14)

• الثقة بالذات:

يقول **جوردون بايرون** أن الثقة بالذات أو النفس هي الاعتقاد في النفس والركون إليها والإيمان بها، وعرفها **أكرم رضا** بقوله: هي إيمان الإنسان بأهدافه وقراراته وإمكانياته، أي الإيمان بذاته والثقة بالنفس لا تعني الغرور والغطرسة، وأنها هي نوع من الاطمئنان المدروس إلى إمكانية تحقيق النجاح والحصول على ما يريده الإنسان من أهداف.(عبد الكريم الناطور:2011، ص26)

وتشمل أيضا نظرة الإنسان الكلية الذاتية لقيمه ولقدرته على تحقيق النتائج و انعتاق الإنسان من الشك وإيمانه بذاته وقدراته وهي مرادف لتوكيد الذات والاستقلالية . (الباري:2013، ص53)

الثقة في الذات شعور جوهري أساسي يتوقف على معتقدات راسخة لدى الفرد تساعده في الوصول إلى النجاح، وهو شعور فطري يولد مع الفرد وينمو مع ظروف الحياة، فالثقة في الذات تعزز وتدعم وترضي حاجات ورغبات الفرد بهدف السعادة والنجاح وتحقيق الأهداف.(www.123.succes.com)

4. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات:

هناك فرق بين مصطلحي تقدير الذات ومفهوم الذات، بالرغم من التشابه الكبير والعلاقة الوثيقة بين المصطلحين، فقد وضح كل من عبد الحافظ 1982 وعبد الهادي 1998 بأن مفهوم الذات يتكون من مجموعة من الصفات والاتجاهات نحو الذات، ولا يستطيع الإنسان أن يصف نفسه ويكون اتجاها

بخصوصها دون أن يدركها ويقيمها بقيمة ما، لذلك إن لمفهوم الذات أبعاد وهي: البعد الإدراكي المعرفي، والبعد التقييمي الوجداني، والبعد التنبؤي المستقبلي، وتقدير الذات هو البعد التقييمي الوجداني من مفهوم الذات. (المولى وعبد العزيز:2015، ص 185)

فمفهوم الذات يشمل آراء الشخص عن نفسه، بينما تقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه، وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتبار لذاته، وبالتالي يصعب عن اتجاه القبول أو الرفض بحيث يشير إلى معتقدات الفرد اتجاه ذاته.

وبهذا يكون تقدير الذات هو الحكم على صلاحيته معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يكنه حول ذاته. فهو خبرة ذاتية ينقلها للآخرين عن طريق التقارير اللفظية ويعبر عنها بالسلوك الظاهر، كما يشير إلى ثلاث نقاط يجب أخذها في الاعتبار وهي:

أ/ يرتكز التعريف على تقدير الذات عامة في المواقف الثابتة والدائمة، على تقديرها في المواقف النوعية أو الطارئة، ولكن تعالج كل منها مستوى الفرد لذاته ويختلفان في عمومية وثبات المفهوم والظروف التي يتكون خلالها.

ب/ يختل تقدير الذات تبعا للخبرات المختلفة التي يمر بها الفرد، فقد يعتبر نفسه جيد جدا كتلميذ ولكنه ضعيف كموسيقي، فالتقدير الكلي للفرد هو مجموع تلك المجالات طبقا لأهميتها لذاته.

ج/ يختبر الفرد أداءه وقدرته واتجاهاته طبقا لمعايير وقيمه فيصل في النهاية إلى قرار إما يحمل اتجاهات سالبة أو موجبة نحو ذاته.(إياد عبد الله زقوت: 2013، ص13)

5. نشوء تقدير الذات وتطوره:

تشير الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال أن تقدير الذات لا يعتبر فطري المنشأ، أنه شيء يبدأ الطفل تعلمه سريعا بعد الولادة من خلال التعامل مع الآخرين، والتفاعل مع العالم، فكل من الأحداث المحببة وغير المحببة لها تأثير قوي ومباشر على معتقدات الفرد الأساسية، وهذه التأثيرات تتلاشى مع الزمن لكن أثرها يبقى، فكلما زاد عدد الخبرات السلبية المتطرفة للفرد ازداد التأثير السلبي على تقدير الذات، وكلما زاد عدد الخبرات الجيدة كان التأثير الايجابي أقوى على تقدير الذات.(عابدة محمد:2010، ص77)

يعمل تقدير الذات كمقياس داخلي لقياس العلاقات بين الأشخاص فالشهرة قد تسبب ارتفاع تقدير الذات، في حين أن الرفض الاجتماعي يمكن أن يتسبب في هبوطه. (عايدة محمد: 2010، ص 78) يرى روزنبرغ أن تحفيز الآخرين للفرد يرفع من تقديره لذاته، فتقدير الآخرين للفرد وشعوره بأنهم يتقبلونه ويدركون منزلته الاجتماعية ويقدرونه، يرفع من تقديره لذاته أما عندما لا يحض الفرد بتقدير الآخرين فإنه يشعر بالإحباط والضعف والنقص. (عايدة محمد: 2010، ص 77)

النجاح الاجتماعي يجب أن لا نغفل أن للعلاقات الاجتماعية أثرا في إكساب النفس الثقة، فهناك علاقة مباشرة بين التقدير الذاتي والنجاح الاجتماعي، وهذا النجاح يشمل المظهر والنجاح العلمي، القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جديدة، إذ يحتاج الشخص إلى قدر من القبول والاحترام الاجتماعي لتتكون لديه مشاعر ايجابية حول نفسه، ويرى نفسه ناجحا في عيون الآخرين، كما أن تأثير العلاقات الاجتماعية الشخصية، تتحدد بدرجة عالية بمقدرة الشخص على التسامح والاحترام والانفتاح الذهني وتقبل الآخر.

ففي المجال الدراسي التربوي مثلا هناك خمس خصائص يراعيها المعلم في الصف وأن يدرك أن لكل تلميذ ذات وأنه فردي وله حقوق ومشاعر يجب الاعتراف بها والمحافظة عليها، وإيجاد الظروف الصفية لتنميتها وهي الشعور بالأمن، تنمية الهوية الذاتية ومفهوم الذات، الشعور بالانتماء، والشعور بالهدف والغاية، الشعور بالكفاءة والقدرة الشخصية.

هذه الخصائص هي العناصر التي يتمتع بها الأفراد الذين يتناولون المشاكل التي تعترضهم بثقة. تشير الدراسات أن قرابة 59% من الناس يشككون أو يقللون من قيمة ذواتهم وهم بهذا يدفعون الثمن إذ يقارنون أنفسهم بالآخرين، ويعتقدون أن الآخرين يعملون أفضل منهم، وأنهم ينجزون ما يسند إليهم ببسر، فهم بهذه النظرة يدمرون ذواتهم ويقضون على ما لديهم من قدرات وطاقت، وقد يؤدي بهم ذلك إلى الاكتئاب والقلق والانتحار التي لها علاقة بازدياد الذات. (عايدة محمد: 2010، ص 86)

6. أقسام و مستويات تقدير الذات:

يقع تقدير الذات بين درجتين أو مستويين، وهما التقدير العالي الايجابي أو المرتفع والتقدير السلبي المتدني أو المنخفض وهذا ما سيتم التطرق إليه مع ذكر سمات كل مستوى والأسباب المؤدية إليه:

- ✓ **التقدير الذاتي المكتسب:** هو التقدير الذي يكتسبه الشخص خلال انجازاته، فيحصل الرضا بقدر ما أدى من نجاحات فيبني التقدير الذاتي على ما يحصل من انجازات.
- ✓ **التقدير الذاتي الشامل:** هو الحس العام للافتخار بالذات، فليس مبنيا على مهارة محددة أو انجاز معين لكنه يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفاء التقدير الذاتي العام، وحتى وإن أغلق في وجوههم باب الاكتساب. (محمد الصايغ: 2007، ص4)

والاختلاف الأساسي بين الشامل والمكتسب يكمن في التحصيل والانجاز الأكاديمي، ففكرة التقدير الذاتي المكتسب تقول أن الانجاز يأتي أولاً ثم يتبعه التقدير الذاتي، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل والتي هي أعم وأشمل تقول أن التقدير الذاتي يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل والانجاز.

ويرى اندرو و للورد **ANDRE ET LELORD** بأن معرفة مستوى تقدير الذات من خلال توزيع درجتين بين المنخفض والمرتفع غير كاف لتفسير مجموع ردود فعل الفرد. لذلك علينا أن نأخذ بعين الاعتبار درجة الممانعة أو المواجهة لأحداث الحياة اليومية، وذلك لأن تقدير الذات هو أداة عدم الاستقرار، ولذلك فهما يضيفان حدين آخرين على مستوى الانخفاض والعلو وهما الثبات والاستقرار، واستنتجا أربعة أنماط من تقدير الذات:

1. تقدير الذات العالي والثابت.
2. تقدير الذات العالي وغير المستقر.
3. تقدير الذات المنخفض والثابت.
4. تقدير الذات المنخفض وغير المستقر. (بيلاكاني: 2008، ص33)

6. 1. تقدير الذات العالي أو المرتفع:

تناول معظم الباحثين تقدير الذات من حيث الفارق بين مستويات التقييم للأنا المدركة والأنا المثالي، وحسب بيرون **BIRON (1964)** الفرق البسيط بين الأنا المدركة والأنا المثالي مؤشر لتقبل الذات، وهذا ما يحقق توازن الشخصية، والتكيف الاجتماعي، كما يؤكد كل من **تيايبي و سلبر TYPEIE 1965 ET SILBER** أن تقدير الذات يضمن إحساس الفرد بالرضا عن نفسه وكذا التوافق بين صورة الذات والصورة المثالية للذات، وفي مثل هذه الحالة يكون الشعور بالارتياح الجانب الانفعالي

الغالب، حيث يكون المفهوم مشتقا من خبرات مشبعة، ويصور مفهوم الذات في الحالة أنا محبوب، أنا مستقل. (قدوري والساسي: 2015، ص 187)

عرف جوزيف ميتان **JOSEPH MUTIN** تقدير الذات العالي بأنه: " الصورة الايجابية التي يكونها الفرد حول نفسه، إذ يشعر بأنه إنسان ناجح جدير بالثقة وتنمو لديه الثقة بقدراته، إيجاد الحلول لمشكلاته، ولا يخاف من المواقف التي يجدها حوله بل يواجهها بكل إرادة وبافتراض أنه سينجح فيها. (عبد العزيز حنان: 2012، ص 35)

2.6. تقدير الذات المنخفض أو المتدني:

الشخص الذي لديه تقدير متدني يمكن وصفه بأنه ذلك الشخص الذي يفتقر إلى الثقة في قدراته، وهو الذي يكون بائسا لأنه لا يستطيع أن يجد حلا لمشاكله، ويعتقد أن معظم محاولاته ستبوء بالفشل وأنه ليس في استطاعته إلا إجادة القليل من الأعمال على إثر ذلك فهو دائما يميل إلى إدراك ما يدعم اعتقاده ويتجاهل ما يكون عكس ذلك. (أمزيان زبيدة: 2007، ص 36).

ف نجد أن أصحاب التقدير المنخفض يركزون على عيوبهم ونقائصهم وصفاتهم غير الجيدة، وهم أكثر ميلا للتأثر بضغط الجماعة والانصياع لأرائها وأحكامها، ويضعون لأنفسهم توقعات أدنى من الواقع، حيث يسجلون درجات أعلى على مقياس المراقبة الذاتية. وهم كذلك يعانون من مشاعر العجز والدونية والتفاهة وعدم التقبل، ويفتقدون الوسائل الداخلية التي تعينهم على مواجهة المشكلات المختلفة، كما يميل أصحاب التقدير المنخفض إلى عزو فشلهم إلى أسباب ذاتية. (قدوري والساسي: 2015، ص 188)

7. السمات العامة لتدني وارتفاع تقدير الذات:

1.7. سمات الأفراد الذين لديهم تقدير عالي للذات:

- ينظرون إلى أنفسهم نظرة واقعية.
- يقبلون أنفسهم كأشخاص مقبولين.
- يستطيعون أن يحددوا نقاط الضعف والقوة لديهم.
- يستند تقديرهم لأنفسهم على تغذية راجعة وصحيحة وليس ما يحبون أن يعتقدون عن أنفسهم.

- يكون لديهم مجموعة كبيرة من الأصدقاء.
- يقيمون علاقات مع الآخرين. (مريم سليم:2003، ص16)
- ينسجمون مع معظم الذين في وسطهم (العمل، المدرسة، الجامعة...).
- يعملون في غالب الأحيان كقادة ايجابيين.
- يتطوعون للقيام ببعض الأعمال.
- يرغبون في مساعدة الآخرين وفي المجازفة.
- يستجيبون للتحديات ويرغبون في محاولات جديدة.
- لا يشعرون بالتهديد بسبب التغيرات أو المواقف الجديدة.
- يتعاملون بايجابية مع الثناء والتقدير.
- يشعرون بالرضا عن انجازاتهم لأنهم يشعرون بالمسؤولية إزاء النتائج.
- عندما يواجهون بأخطائهم أو مخالفاتهم فإنهم يستطيعون عادة أن يقرأوا بأخطائهم.
- يضعون أهدافا لأنفسهم فهم يعرفون ما يريدون أن يفعلوه في حياتهم وما يرغبون في تحقيقه.
- غالبا ما يكون لديهم أبطال ونماذج يتماهون بها
- عندما يواجهون مشكلة غالبا ما يجدون طريقة لحلها.
- لديهم آراء قوية لا يخشون من التعبير عندها. وهذا ما يجعلهم غير محبوبين من قبل البعض.

2.7. سمات الأفراد الذين لديهم تقدير متدن للذات:

- يبدو عليهم أنهم أكثر اهتماما بالحفاظ على شعورهم بالاحترام الذات أو الفشل بشرف " من اهتمامهم ببذل الجهد لإحراز النجاح. (مريم سليم:2003، ص17)
- يشتغلون بسلوكيات دفاعية لمنع الآخرين من معرفة مدى القصور أو عدم الأمان الذي يشعرون به.
- وتشمل هذه الآليات الدفاعية : التمرد المقاومة التحدي.
- الشك في الآخرين مضايقتهم أو تحقيرهم.
- الكذب الغش.
- توجيه اللوم للآخرين عند حدوث فشل أو خطأ.
- الفشل في تحمل مسؤولية تصرفاتهم.

- الانسحاب الخجل أو الاستغراق في أحلام اليقظة.
- إتباع أساليب الهروب بما فيها التأخر والتغيب.
- تعاطي المسكرات والمخدرات.

هؤلاء الأفراد سواء كانوا راشدين أو مراهقين أو أطفال يرغبون في :

- الحب والقبول والتقدير الايجابي والاحترام من قبل الآخرين لذلك لا بد من:
- تزويدهم بدعم إضافي وفرص لتحقيق النجاح وتغذية راجعة ايجابية ومشاعر تدل على أن هناك من يهتم بهم. (مريم سليم: 2003، ص19)

8. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

أسباب تقدير الذات المتدني كما أوضحتها الماسة 2011 تتمثل في النقد، صورة الجسد السلبية، التوبيخ النقدي، المقارنة المزمنة مع الآخرين والسعي وراء الكمال. أما العوامل التي تؤثر في تقدير الذات فهي عديدة داخلية وخارجية وذلك لأن تقدير الذات في الأساس ينمو ويتطور بفعل التنشئة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. وهناك عوامل عديدة نذكر منها:

● الجنس:

إن متغير الجنس يعد من المتغيرات الهامة التي تؤثر في تقدير الذات، فهو يحدد إلى حد ما أساليب المعاملة الوالدية، حيث قد نرى الفرق واضحا في تعامل الوالدين مع أبنائهم، حيث يعطيان الرعاية والعناية للولد أكثر من البنت بالمجتمعات العربية خاصة، ومن الدراسات التي بحثت في ارتباط مفهوم الذات بالجنس دراسة حامد عبد السلام زهران 1971، دراسة اندروز ANDERREWS 1976، ودراسة عروق إدريس صالح 1992. (عبد العزيز حنان: 2012، ص40)

● المظهر و الناحية الجسمية:

تعد من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات، والتي تتضمن بنية الجسم ومظهره وحجمه، فطول الجسم وتناسقه ومظهره وملامحه الجميلة لها تأثير ايجابي في رؤية الفرد لنفسه، لأن ذلك يدعو غالبا إلى استجابات القبول والرضا والتقدير والحب والاستحسان.

كذلك يعد النضج الجسمي للذات الجسمية عنصرا مهما في مفهوم الذات، لذلك فإن البلوغ المبكر للإناث له تأثير ايجابي في مفهوم الذات بدرجة أكبر من البلوغ المتأخر، ومن الدراسات التي أظهرت العلاقة بين مفهوم الذات والنضج الجسمي، نذكر دراسة **موسن و جونز 1957 MUSEEN AND JONES** ، النيال والكفافي 1995، دراسة اوباكور **1987 OBIAKOR**، و قحطان أحمد ظاهر 2004. (عبد العزيز حنان: 2012، ص40)

أشارت الأبحاث إلى أن مظهر الفرد عنصر مهم في تحديد مستوى تقدير الذات، وهذا يرجع أساسا إلى حقيقة أن تقييمات وأراء الآخرين غالبا ما تكون مبنية على مظهرنا. فالأشخاص الجذابون يكونون أكثر قابلية لأن يحبوا مقارنة بالأشخاص غير الجذابين، وغالبا ما يحظون بقدر أكبر من حب الآخرين ومعاملتهم الحسنة والتفضيلية.

وجميع الجوانب المادية للذات (الطول، الوزن، الشعر ولون الجلد ولون البشرة) لها علاقة بشعورنا باللياقة الشخصية. وبوجه عام فإن الأشخاص الذين لديهم مشاعر وأحاسيس ايجابية عن مظهرهم يكون لديهم في الغالب مستوى أعلى من تقدير الذات. (مالهي وريتزر: 2005، ص19)

ويرى **سوليفان SOLIVAN** أن البيئة التي تشعر المراهق بفقدان السند والحرمان والإحباط، وعدم الفهم فهذه البيئة تولد القلق لدى المراهقين، وهذا النوع يهدد بشكل خطير مفهوم لذاته واحترامه لذاته وثقته بها.

وهناك من قسم العوامل التي تؤدي إلى تكوين تقدير ذات عال أو منخفض لدى الأفراد إلى:

- عوامل تتعلق بالفرد نفسه فلقد ثبت أنه يتحدد تقدير الذات لدى الشخص بقدر خلوه من القلق والخوف والشخص الذي يتمتع بصحة جيدة يكون تقديره لذاته مرتفعا، أما إذا كان الشخص من النوع القلق غير المستقر تكون فكرته عن ذاته منخفضة.
- عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد منها الظروف الاجتماعية التي تربي فيها الشخص، فتطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقدانها وقد يكون فقدان واقعا أو فرضيا أو كاذبا وفي كل الحالات فإنه يكون مبالغا فيه، ويدركه الشخص على أنه دائم غير قابل للارتداد. كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة،

وقد يعزو الفرد سبب هذه الحوادث المؤلمة إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على خبرة تالية حتى ولو كانت بسيطة في جوانبها السلبية أو حتى مبهجة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي. (مهند رفعت رمضان: 2014، ص13)

كما أن من أهم العوامل التي تؤثر في نمو تقدير الذات هو نوعية علاقات الفرد مع الأشخاص من ذوي الأهمية السيكولوجية لديه وهم الأفراد الذين يتفاعل معهم المراهق بشكل مستمر، فالأفراد الذين يسلكون بطريقة تحول دون تقديرهم ايجابيا من قبل الآخرين. (علي موسى علي دبابش: 2011، ص31)

يتأثر تقدير الذات بالظروف البيئية المحيطة بالفرد فإذا كانت مثيرات ايجابية وتحترم الذات الإنسانية وتكشف عن قدرتها وطاقاتها يصبح تقدير الذات ايجابيا أما إذا كانت البيئة المحيطة به سلبية فإن الفرد يشعر بالدونية ويسوء تقديره لذاته. (Margan et Byron:1990,p7)

• البيئة الأسرية:

نمو تقدير الذات يبدأ منذ الميلاد، ويتفق علماء النفس بوجه عام على أن التجارب المبكرة أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة يكون لها تأثير كبير في نمو تقدير الذات. والأسرة هي العامل الأساسي في التنشئة الاجتماعية، فهي تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية بخصوص ما إذا كان مقبولا أو غير مقبول، محبوبا أو غير محبوب، جدير بالثقة أو غير جدير بها، وفي هذا الصدد يقول جين ايلسلي كلارك: تقدير الذات هو شأن أسري، ذلك لأن الأسرة هي المكان الذي نقرر فيه ذاتنا ونلاحظ ونتدرب على الكيفية التي يمكن بها أن نكون على النحو الذي قررناه لأنفسنا. وبقدر ما نقرر مدى أهليتنا لأن نحظى بحب الآخرين وبقدر ما نقرر مدى اقتدارنا بنبي تقديرنا ايجابيا للذات. (مالهي و ريترز: 2005، ص16)

الصورة المبدئية لذاتنا تتحدد معالمها بتعليقات آبائنا عنا، يقول ستيفاني مرستون: "ما يصدر عنا من تعليقات وأراء بخصوص أبنائنا يصبح أساسا لصورتهم الذاتية، والتي تؤثر بدورها على جميع جوانب حياتهم". وتقدير الآباء لذاتهم أو تدني تقديرهم لذاتهم يظهر في تعاملهم وتربيتهم لأبنائهم، والآباء المتسلطون أو الآباء المتساهلون الذين يطلقون العنان لأبنائهم يخرجون في الغالب أطفالا لديهم تقدير متدن للذات، في حين الآباء العادلين والمسؤولين ينشئون أطفالا لديهم تقدير ذات مرتفع،

والسلوكات الوالدية التي أظهرت الأبحاث أنها ترتبط ايجابيا مع تقدير الأطفال لذواتهم على النحو التالي:

- تعليق توقعات وآمال عالية فيما يتعلق بالسلوك والأداء.
 - توضيح قيود وحدود السلوك التي يتعين الالتزام بها والتي تعد عادلة وغير ظالمة.
 - منح التوجيه والإرشاد والتقييم بخصوص الأداء.
 - معاملة الأطفال باحترام وثقة.
 - الحنان ومشاركة الأطفال في الأنشطة التي يقومون بها (الأكاديمية والاجتماعية).
 - عدم انتهاج أساليب القهر في التربية مثل سحب الامتيازات أو العزل المؤقت.
 - معاملة الأطفال بأسلوب ديمقراطي مثل أخذ وجهات نظرهم بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات
 - تحديد وقت النوم أو وضع خطط الأسرة. (مالهي وريتزر: 2005، ص 17)
- آراء الآخرين:

يتأثر تقدير الذات بالكيفية التي يعاملنا بها الآخرون، فالأفراد الذين تمت معاملتهم باحترام واهتمام من قبل أشخاص مهمين في حياتهم كمعلميهم أو زملائهم غالبا ما يكون لديهم قدر مرتفع من تقدير الذات. لقد أشارت الأبحاث إلى أن مستوى تقدير الذات يرتبط بتقييمات وآراء الآخرين، خصوصا من نعتبرهم مهمين وأكفاء وجذابين وأقوياء، والتقييم الايجابي يرفع غالبا من مستوى تقدير الذات، والتقييم السلبي يقلل غالبا منه، نحن غالبا نرى أنفسنا بالطريقة التي يرانا بها الآخرون وهذا يطلق عليه الثناء المنعكس أو مرآة النفس. (مالهي وريتزر: 2005، ص 19)

● الانجاز الأكاديمي:

هناك مصدر آخر لتقدير الذات وهو الانجاز الأكاديمي، فالدرجات الأكاديمية الجيدة تعزز من شعور المرء بالقيمة والكفاءة. وتقدير الذات والانجاز الأكاديمي يبدو أنهما يكونان مرتبطين بشكل كبير ما بين العامين السابع والخامس عشر، وكما يقول اومالي وباكمان: "النجاح التعليمي يصبح أقل مركزية وتأثيرا في تقدير الذات أثناء سنوات الأخيرة من الدراسة الثانوية والسنوات التي تعقبها".

و قد تبين دور المدرسة في نمو وتغيير مفهوم تقدير الذات لدى التلاميذ، فالأفكار والتصورات الأكثر أهمية في تأثيرها على سلوك التلميذ هي تلك التي يكونها حول نفسه نتيجة خبرات وتجارب

المدرسة، ويرتبط أيضا تقدير الذات بالتحصيل الدراسي وأيضا بمستوى الطموح فالتلاميذ ذوي تقدير عال يتطلعون إلى تحقيق المزيد من النجاحات والانجازات في مختلف المجالات، وهم يفعلون ذلك لأن فكرتهم عن أنفسهم ومفهومهم لذواتهم أنهم سيحققون النجاح. (عايدة محمد:2010، ص85)

- إتاحة الفرص للتلاميذ لكسب الانتباه والشعور بالأهمية بطرق مقبولة.
- ألا يشعر أي تلميذ بالعزلة أو الرفض الاجتماعي.
- تعليم المهارات الاجتماعية للذين لم يتم تعليمهم كيفية التعامل والتوافق مع الآخرين كي يحظوا بالقبول من جانبهم.
- أن يؤكد المعلم للطلاب على أهمية بناء شعور داخلي بتقدير الذات.
- الاعتماد على مصادر خارجية لتقدير الذات مثل إرضاء الآخرين، الشهرة الشعبية الوضع الاجتماعي.
- أما المصادر الداخلية فهي تستند إلى شعور قوي بالهوية أو الوعي الذاتي فيما يتعلق بمن هو والتصور الواضح للشخصية التي يرغب أن يحققها بالإضافة إلى الأشياء التي يرغب في تحقيقها.
- يستطيع المعلم أن يساعد التلاميذ في وضع تصور بعيد للمستقبل من خلال وضع أهداف والعمل على تحقيقها.

● الأفكار الذاتية:

تقديرنا لذاتنا، خصوصا أثناء البلوغ والمراهقة تحده أفكارنا الذاتية أو صورتنا التي نرسمها لذاتنا، والأفكار الذاتية هي أفكار في عقولنا نقبلها ونسلم بأنها حقيقة، وأفكارنا الذاتية تشكل أساس صورتنا الذاتية التي تؤثر بشكل كبير على مستوى تقديرنا لذاتنا، فعندما تكون صورتنا الذاتية ايجابية ينمو لدينا الشعور بالكفاءة وقيمة الذات، وفي هذا الصدد قال والتر دويل ستابلس: "أفكارك عن ذاتك هي التي تشكل صورة ذاتك، وصورة ذاتك هي التي تحدد مستوى تقديرك لها".

- التطلعات الشخصية:

مستوى التطلعات الشخصية تؤثر بالفعل على الشعور بتقدير الذات. فما يمثل نجاحا لشخص معين يمكن أن يكون فشلا لآخر، ومستوى تقدير الذات لدى المرء يرتفع إذا لبي انجازه أو فاق التطلعات الشخصية في جانب قيم من جوانب السلوك.

- البراعة في المهام والانجازات:

يتأثر تقدير الذات ببراعة المرء في أداء المهام والانجازات السابقة، وكما يقول ليون تيك وهو طبيب نفسي: "بدون الشعور بالانجاز وبدون الشعور أنه بمقدورنا أن نكون فعالين في سلوكياتنا، تصبح الثقة الحقيقية بالنفس وتقدير الذات من الأمور المستحيلة"، والبراعة في أداء المهام تعزز من شعور المرء بقيمة ذاته، فهي تجعل المرء يشعر بأنه مهم وهذا يقوي تقديره لذاته. (مالهي وريتزر: 2005، ص19)

تقدير الذات تتدخل فيه عوامل داخلية وخارجية، وتتمثل العوامل الداخلية بصفة أساسية في الأفكار الشخصية الذاتية والتطلعات والطموحات وصورتنا عن جسدنا ومختلف ادراكاتنا، والعوامل الخارجية تشمل آراء الآخرين وطبيعة البيئة الأسرية والمدرسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وكل هذه العوامل من شأنها أن تتحكم في نوع تقدير الذات لدى الفرد إن كان سلبيا متدنيا أو مرتفعا.

9. الحاجة إلى تقدير الذات:

إن حاجتنا إلى الشعور بأن ما نحن عليه وما نقوم به هو ضمن معاييرنا الذاتية الخاصة، ترتبط بمفهوم الذات ومستوى الطموح عندنا، وما نفكر به عن أنفسنا يدور حول مفهومنا للقيم والمعايير وما هو صواب وما هو خطأ، فجميعها تؤدي للجوانب المهمة لحاجاتنا لتقدير الذات، لأنها تدور حول منظومة القيم التي اكتسبها الفرد أثناء عملية التطبيع الاجتماعي له، والتي يحاول من خلالها المجتمع أن يعد طريق حياته وأن يتشرب قيمه ومعاييره التي لا يستطيع الفرد أن يخرق تلك القيم والمعايير الاجتماعية دون أن يشعر بإحباط يتصل بتقديره لذاته. (عبد العزيز حنان: 2012، ص43)

لو أن شخصا كان محظوظا بالقدر الكافي بحيث يشبع حاجاته الفيزيولوجية وحاجاته إلى الأمن والانتماء والحب، فإن الحاجة إلى التقدير سوف تسيطر على حياته، وتتطلب هذه الحاجة تقديرا من

الآخرين وهذا التقدير يؤدي إلى إيجاد مشاعر لدى الفرد بأنه مستقل وذو مكانة وشهرة، وإلى تقديره لذاته الذي يؤدي بدوره إلى مشاعر الكفاءة والثقة والسداد، وهذا النوع من الحاجات كما يراه ماسلو له جانبان:

أ. جانب متعلق باحترام النفس أو الإحساس الداخلي بالقيمة الذاتية.

ب. جانب متعلق بالحاجة إلى اكتساب الاحترام والتقدير من الخارج، ويشمل الحاجة إلى اكتساب احترام الآخرين، والسمعة الحسنة، والنجاح والوضع الاجتماعي المرموق والشهرة والمجد.

ويرى ماسلو أنه بتطور السن والنضج الشخصي يصبح الجانب الأول أكثر قيمة وأهمية للإنسان من الجانب الثاني. (أبو اسعد: 2015، ص40)

إن الحاجة إلى التقدير الاجتماعي هي حاجة الإنسان أن يكون موضع قبول وتقدير واعتبار واحترام من الآخرين، وإلى أن يكون له مكانة اجتماعية وهي حاجة يرضيها شعور الفرد بأن له قيمة اجتماعية وأن جهوده ووجوده لازمان للآخرين، كما أنها تبدو في حب الإنسان للثناء، وبهذه الحاجة صلة وثيقة بالحاجة إلى الأمن ولو أنها تختلف عنها، ذلك لأن التقدير الاجتماعي يعزز الشعور بالأمن ولكنه ليس مصدره، أما أخطر عواقب إحباط هذه الحاجة فهو شعور الفرد بالعزلة والوحشة، بما قد يدفعه إلى التمرد على الجماعة ومحاولة السيطرة والتغلب على الآخرين، وقد يلجأ في نهاية المطاف إلى الانتحار. (محمد الاسطل: 2013، ص20)

وهناك نوعان من حاجات التقدير:

- 1- رغبات شخصية في الكفاءة والجدارة والإتقان والمقدرة والانجاز والثقة والاستقلال والحرية.
- 2- رغبات الاحترام من الناس الآخرين المتضمنة الانتباه والاعتراف والامتنان والمكانة والاحترام والشهرة والسيطرة والكرامة. (محمد الاسطل: 2013، ص29)

10. أهمية تقدير الذات:

يمكن التعرف على أهمية تقدير الذات من خلال الإجابة على بعض التساؤلات الأساسية التي تفسر لنا أوجه الاختلاف بين الأفراد الذين يقدرون ذاتهم بالإيجاب وبين من ينظر إلى ذاته بنظرة سلبية ويكون تقديره لها متدني وهنا نطرح التساؤلات التالية:

- لماذا يحقق بعض الناس نجاحا عظيما في الحياة في حين يهيم آخرون على وجوههم فيها من غير هدف ودون أن يحققوا شيئا ذا قيمة؟

- لماذا يجدي التفكير الايجابي مع بعض الناس ولا يجدي مع الآخرين؟

- لماذا يتمكن البعض من تبني العادات الأكثر فعالية في حين يتشبث آخرون بعاداتهم السيئة السلبية؟

تقدير الذات في الأساس هو شعور المرء بالكفاءة الذاتية وقيمة الذات، والتقدير المرتفع للذات يضع الجانب الأعظم من شخصية وقدرات المرء، أنه يمكن الفرد من الوصول بإمكانياته وقدراته إلى أعلى مستوى وبلوغ أهدافه المرجوة. فتقدير الذات مطلب أساسي للسلوك البناء بوجه عام تدني مستوى تقدير الذات لدى الفرد يخلق لديه العقبات الذهنية التي تنبذ الأفكار الايجابية، يعبر ماكسويل مالتز عن هذا بأسلوبه فيقول: " كيف يتأتى للمرء أن يفكر بايجابية حيال موقف معين إذا كان يحمل في داخله رؤية متدنية عن ذاته؟". (مالهي وريزنز، 2005، ص و)

كما يتفق روبرت اتش شولر مع ماكسويل في ما يتعلق بأهمية تقدير الذات ويقول: " لقد لاحظت أن التفكير الذي لا يرى صاحبه في ظله شيئا مستحيلا، لا يمكن أن يتواجد في المرء ما لم يكن يقدر ذاته بدرجة عالية، ويؤمن بما يمكن أن يكونه".

وقد وجدت دراسات وأبحاث أن 66% من الأفراد لديهم تقدير متدن للذات وهذا معدل مرتفع، كذلك الحال بالنسبة لأفكارنا السلبية وغير البناءة إذ تمثل 77% من أفكارنا.

كثيرون منا يرون أنفسهم غير أكفاء ولا يتمتعون باللياقة وغير جديرين بالحب، نحن نبالغ في انتقاد أنفسنا والبعض منا أصبح ألد عدو لذاته. أصبحنا ضحية للأفكار السلبية المبرمجة لعقولنا والمقيدة لتفكيرنا تلك الأفكار التي يفرضها علينا الآخرون ونقبلها على أنها حقيقة مسلم بها، فالفرد لا يولد بمعدل مقرر من تقدير الذات، فمن الممكن أن يكتسبه ويقويه في أي مرحلة من مراحل حياته. (مالهي وريزنز: 2005، ص ز)

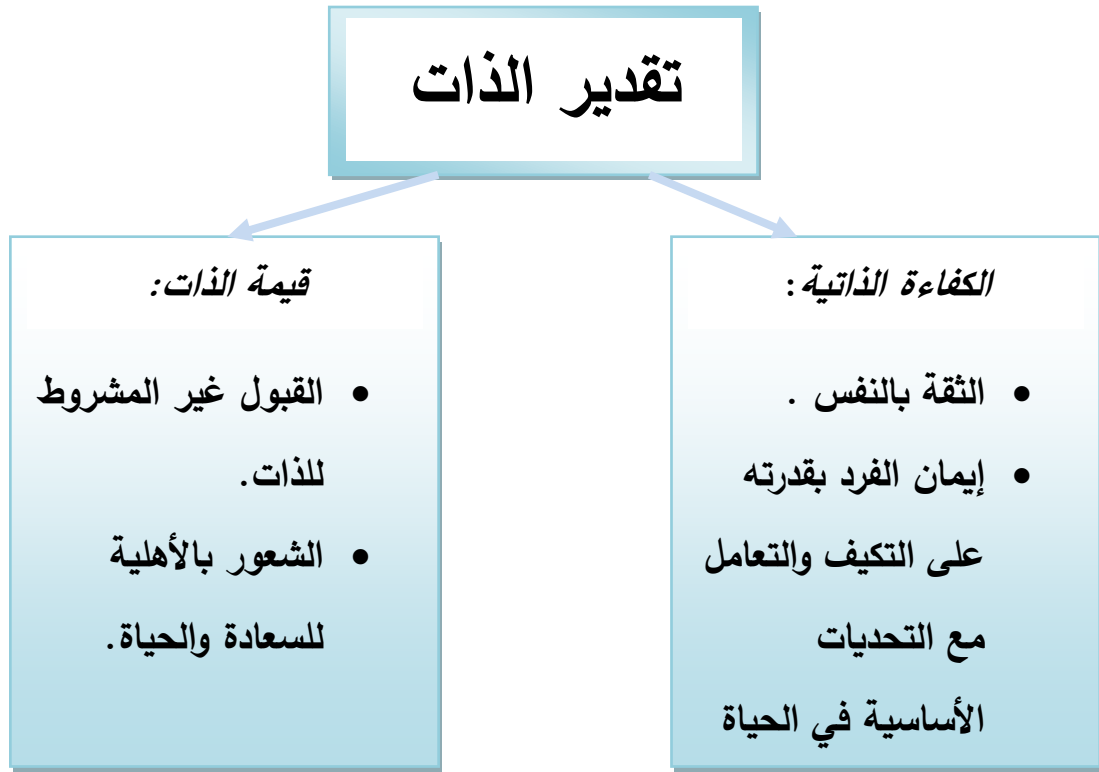
فتقدير الذات له تأثير عميق على جميع جوانب حياتنا، فهو يؤثر على مستوى أدائنا وعلى الطريقة التي نتفاعل بها مع الناس، وفي قدرتنا على التأثير على الآخرين، وعلى مستوى صحتنا النفسية، ناثانيال براندين وهو عالم نفس ممارس ورائد في مجال تقدير الذات يقول: " من جميع الأحكام التي نصدرها في حياتنا ليس هناك حكم أهم من حكمنا على أنفسنا" فتقدير الذات يعادل النجاح. (مالهي وريزنز، 2005، ص 7)

كما أن تقدير الذات مرتبط بجميع مجالات حياتنا يؤثر فيها ويتأثر بها، ومن بينها ارتباطه الشديد بالصحة النفسية للفرد والأداء الفعال، فالأشخاص الذين يلتمسون المساعدة السيكولوجية كثيرا ما يعترفون بأنهم يعانون من مشاعر الدونية وعدم اللياقة، وهذه الحقيقة أوجزها كارل روجرز كما يلي: "لو طلب مني تحديد أساس المشقة التي يجدها الناس بواقع خبرتي معهم، لقلت أنه موجود في الغالبية العظمى من الحالات التي يحتقر أصحابها أنفسهم، ويعتبرونها غير ذات قيمة وأنها ليست أهلا لأن تحب".

وتشير الدراسات إلى أن ضعف تقدير الذات يرتبط بشكل ملحوظ بالاكتئاب والقلق والتوتر والعصبية والنزوع إلى العدوانية والخجل وقلة الشعور بالرضا عن الحياة. كما أن هنالك ارتباط بين ضعف تقدير الذات والسلوكيات المدمرة كتناول الكحوليات وتعاطي المخدرات والاضطرابات الغذائية والانتحار، في الواقع يعد ضعف تقدير الذات سببا رئيسيا لمعظم العلل والمشكلات الاجتماعية و الشخصية التي تعاني منها كثير من الدول. (مالهي وريزنر: 2005، ص10)

11. مكونات تقدير الذات:

يتكون من مكونين أساسيين هما قيمة الذات والكفاءة الذاتية، هذه الأخيرة معناها تمتع المرء بالثقة بالنفس وإيمانه بأنه قادر على التكيف والتعامل مع التحديات الأساسية في الحياة، والثقة في قدرته على التفكير والتعلم والاختيار واتخاذ القرار وفهم الحقائق التي تقع في مجال اهتمامه. وقيمة الذات تعني في الأساس قبول المرء لنفسه من غير شرط أو قيد وأن يكون لديه شعور بأنه أهل للحياة وجدير بأن يبلغ السعادة فيها، أي أن يشعر بأن له شأن وأهمية فيها، وكل من الكفاءة الذاتية وقيمة الذات يجعل المرء يشعر بالرضا عن نفسه. (مالهي وريزنر: 2005، ص3)

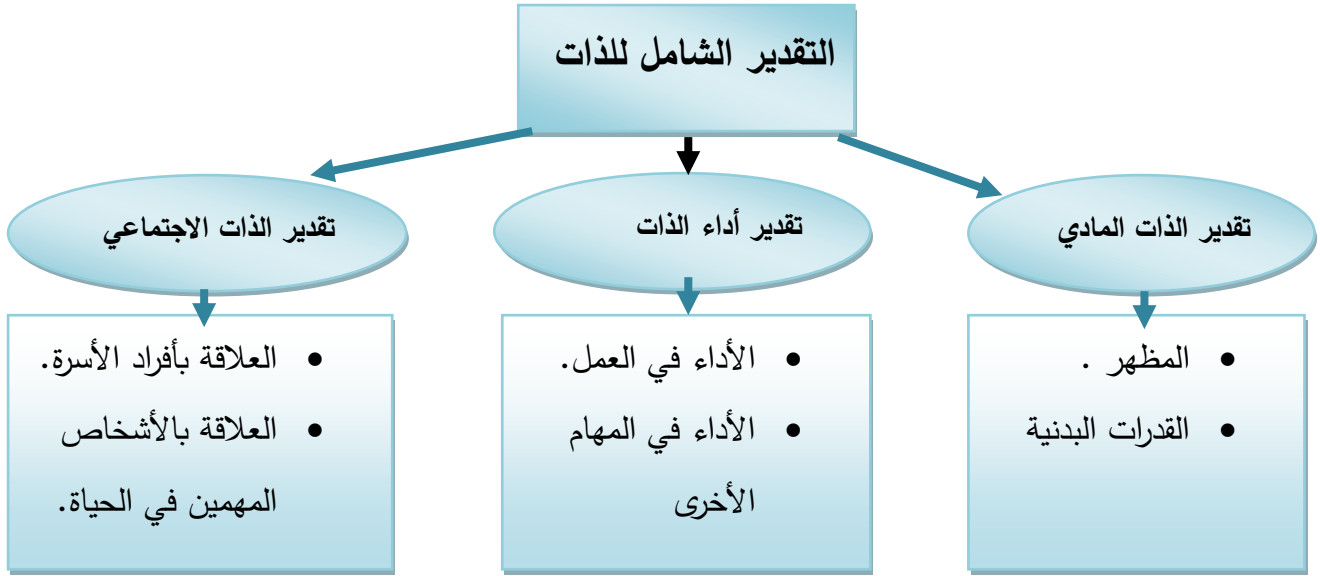


الشكل رقم (02): المكونات الأساسية لتقدير الذات.

12. خصائص تقدير الذات وأبعاده :

يرى ناثانيل براندين أن تقدير الذات هو " شهرة أنفسنا أمام أنفسنا"، ويستدل على تقدير الذات بالطريقة التي يتصرف بها المرء وتقدير الذات سمة متغيرة دائما، خاضعة للتأثيرات الداخلية والخارجية، فتقدير الذات يتباين تبعا للمواقف والوقت أيضا، تقدير الذات يمكن أن يتنوع يوميا تبعا للتجارب والمشاعر الطيبة والسيئة، ويمكن اكتساب وتعزيز تقدير الذات بمرور الوقت.

تقدير الذات يتسم بأن له أبعادا متعددة بمعنى أن الإحساس بقيمة الذات ينبع من الكفاءات المتنوعة التي يشعر بها الناس في أبعاد مختلفة، وهناك على الأقل ثلاث أبعاد متميزة وهي المظهر المادي (التقدير المادي للذات)، وأداء المهام (تقدير أداء الذات)، و العلاقات الشخصية (التقدير الاجتماعي للذات)، وهذا ما نوضحه من خلال الشكل التالي: (مالهي وريزنر: 2005، ص4)



الشكل رقم (03): أبعاد تقدير الذات

والبعد الشامل أو العام لتقدير الذات يستلزم إدراك المرء الكلي لكفاءة وقيمة ذاته، والذي هو مجموع الأبعاد النوعية والتفصيلية لتقدير الذات. فالتقدير العام هو الكيفية التي يشعر بها الفرد إزاء نفسه عموماً، إنه التوجه الايجابي أو السلبي العام إزاء الذات.

والناس لديهم كلا النوعين من تقدير الذات العام والخاص بجانب أو بعد معين، فالمرء يمكن أن يكون لديه تقدير مرتفع للذات وفي نفس الوقت تقدير متدن لها في جانب أو بعد معين، بالمثل يمكن أن يكون لدى المرء تقدير ذات مرتفع خاص بمعظم الأبعاد والجوانب، لكن يفتقر إلى التقدير العام المرتفع لذاته بسبب القيمة المنخفضة أو المرتبطة بهذه الأبعاد، كما يقول **جيمس دبليو نيومان**: "تقدير الذات هو مسألة نسبية متفاوتة فلا يستطيع أن نقول أن لدى الفرد تقدير ذاتي أو ليس لديه تقدير لها، فالفرد يقع في موضع ما من مقياس يتراوح من السلبية الشديدة إلى الايجابية الشديدة ما بين التقدير المرتفع و التقدير المتدني لها. (مالهي وريزنر:2005، ص5)

تقدير الذات يعبر عن وضع نفسي متغير، ضمن سيرورة معينة من العلاقات التي تربط الفرد بالآخرين أو بالمواقف التي يمر بها، وهو نتيجة مباشرة لعملية تفاعل الفرد مع المحيطين به، ويتأثر بالتغذية الراجعة السالبة والتعليقات الاجتماعية مما يؤثر على مستوى تقدير الذات وتحقيق الأهداف المرجوة. (Alain delourme:2007,p113)

وقد أضاف البعض أبعاداً أخرى لتقدير الذات وهي:

- الشعور بالأمن **The sense of Security**: عندما يشعر المراهقون والطلاب بالأمن فإنهم يتمتعون براحة كافية ويصبح لديهم الرغبة في التعبير عن آرائهم ويبدلون الجهد الإضافي للزم للنجاح. (انسام مصطفى: 2013، ص99)
- الشعور بالهوية **The sense of identity**: تشير الهوية إلى حجم الإدراكات أو الآراء لدى الفرد اتجاه نفسه.
- الشعور بالانتماء **The sense of affiliation**: يزداد أهمية الشعور بالانتماء مع بداية المراهقة حينما تظهر الحاجة إلى القبول من الأقران ولكن قد يواجه بعض المراهقين ازدواجاً، فهم يحتاجون إلى الشعور بالتفرد ولكنهم يحتاجون كذلك إلى الشعور بالارتباط الذي يأتي من خلال الجماعة التي ينتمون إليها ويشعرهم بالقبول الاجتماعي.
- الشعور بالهدف **The sense of purpose**: يشعر الأفراد في المراحل العمرية المختلفة بأن لهم هدفاً في الحياة يرغبون في تحقيقه، ويرغب بعض التلاميذ في التخرج من المدرسة والحصول على وظيفة، بينما أفراد آخرون لا ينمو لديهم الشعور الواعي بالهدف المتعلق بالأعمال المدرسية، ويرون أن لا توجد علاقة بين هذه الأعمال وبين ما يعتبرونه هدفهم الأساسي في الحياة.
- الشعور بالكفاءة الشخصية **The sense of competence**: يأتي الشعور بالكفاءة أو القوة الشخصية من الاعتقاد بأن الفرد يستطيع التغلب على المشكلات وتحقيق النجاح الذي حلم به. (انسام مصطفى: 2013، ص100)

13. نظريات تقدير الذات:

1.13. نظرية كوبر سميث:

يتميز بين نوعين من تقدير الذات: تقدير الذات الحقيقي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة، وتقدير الذات الدفاعي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة، ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور، وقد افترض كوبر سميث أربعة مجموعات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات والقيم والطموحات والدفاعات، وقد بين أن هناك ثلاث من حالات الرعاية الوالدية تبدو مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي: تقبل الأطفال من جانب

الآباء، تدعيم سلوك الأطفال الايجابي من جانب الآباء، واحترام مبادرة الأطفال وحريرتهم في التعبير من جانب الآباء". (ابوجادو:1998، ص 153)

وقد أشار كوبر سميث إلى أربعة عناصر تلعب دورا في نمو تقدير الذات بشكل عام وهي:

1. مقدار الاحترام والتقبل والمعاملة التي تتسم بالاهتمام التي يحصل عليها الفرد من قبل الآخرين الهامين في حياته.
2. تاريخ نجاح الفرد والمناصب التي تمثلها في العالم (يقاس النجاح بالناحية المادية ومؤشرات التقبل الاجتماعي).
3. مدى تحقيق طموحات الفرد في الجوانب التي يعتبرها مهمة. مع العلم أن النجاح والنفوذ لا يدرك مباشرة ولكنه يدرك من خلال مدى تحقق الأهداف الخاصة في ضوء القيم الشخصية.
4. كيفية تفاعل الفرد مع المواقف التي يتعرض فيها للتقليل من قيمته، فبعض الأشخاص قد يخفون ويكبتون أي تصرفات تشير إلى التقليل من قيمتهم من قبل الآخرين أو نتيجة فشلهم السابق، حيث تخفف القدرة على الدفاع عن تقدير الذات من شعور الفرد بالقلق وتساعده في الحفاظ على توازنه.(عبد ربه علي شعبان:2010، ص50)

2.13. نظرية الذات لكارل روجرز:

تقوم نظرية روجرز على النظرة لطبيعة الإنسان تلك النظرة التي تفترض وجود قوة دافعة لدى الإنسان وهي النزعة إلى تحقيق الذات. ويعتقد أن الذات هي جوهر الشخصية وأن مفهوم الذات هو حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنساني ويتأثر بخبرات الأفراد وقيم الآباء وأهدافهم وفكرة الفرد عن نفسه متعلمة، وهي ارتقائية منذ الميلاد وتتمايز بالتدرج خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وهناك ثلاث مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه:

- قيم الآباء وأهدافهم والتصورات التي يواجهها الفرد من المجتمع المحيط.
- خبرات الفرد المباشرة.
- التصورات التي تكون الصورة المثالية التي يرغب أن يكون عليها.

ويقوم مفهوم الذات لدى الفرد بوظائف مختلفة وهي:

- وظيفة دفاعية: وهي التي تحفز الفرد على السلوك لتحقيق الأهداف.
 - وظيفة تكاملية تؤدي إلى تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه.
- ويرى روجرز أن الفرد إن أدرك نفسه على أن يتصرف في مختلف المواقف بما يتلاءم مع صورته عن نفسه فإنه يشعر بالكفاية والجدارة والأمن، أما إذا شعر بأنه يتصرف خلاف فكرته عن نفسه يشعر بالتهديد والخوف ولما كان لدى الفرد حاجة ملحة كي يظهر أمام الآخرين على أنه قوي وجدير وقادر على حل مشكلاته والاعتماد على نفسه وتحقيق ذاته ويعيش بما يتلاءم مع صورته عن ذاته.(أوشن نادية:2015، ص85)

الذات تعتبر جوهر الشخصية، وجزء متميز من المجال الظاهري، والذي يتكون من المدركات الشعورية والقيم المتعلقة به " الأنا"، ووصف روجرز سلوك الإنسان كان عكس فرويد، فروجرز يعتقد أن الإنسانية ايجابية، تتحرك قدما إلى الأمام، بناءة، واقعية، جديرة بالثقة، وهذا كله عكس نظرة فرويد الذي يعتقد أن الإنسان عدواني، مضاد للمجتمع، يميل إلى التدمير أو حتى إلى الشر، ومن أهم المفاهيم التي تؤكد نظرية روجرز في الذات ما يلي:

- مفهوم الكائن العضوي Organism الذي هو الفرد ككل.
- مفهوم المجال الظاهري Phénoménal : هو مجموع الخبرات الفردية أو الخبرة في كليتها وليس في جزئياتها.
- مفهوم الذات Self وهي ذلك الجزء الظاهري الذي يتكون من تشكيلة الادراكات والقيم المتعلقة بالذات أو بالأنا، أو بالفرد كمصدر للخبرة والسلوك والذات هي ذلك الجزء من المجال الظاهري الذي يحدد شخصية الفرد أو هو الجزء من المجال الظاهري الذي يتحدد على أساس السلوك المتميز للفرد.(إياد عبد الله زقوت: 2013، ص22)

فروجرز افترض أن الفرد يستجيب ككل منظم للواقع كما يدركه، وأكد بدوره على تحقيق الذات الذي وصفه كنزعة فطرية نحو النمو وكدافع يوجه كل أنواع السلوك الإنساني، وأن الشخصية هي التعبير عن نزعة الفرد لتحقيق ذاته وفق إدراكه الفردي الفريد للواقع.(راضي الوقفي:2003، ص601)

3.13. النظرية التحليلية:

نتج ظهور مفهوم الذات في هذا التيار بعدة أعمال، كما اختلفت فيه وجهات النظر انطلاقاً من النظرة الكلاسيكية لفرويد، والتي عرض من خلالها نموذج الشخصية مثلث القوة النفسية (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) حيث ينشا مفهوم الذات عن طريق التفاعل بين الدوافع البيولوجية والغريزية للهو، والأنا للتصنيفات الوالدية والثقافية التي تشكل الأنا الأعلى. وهنا نرى أن النرجسية هي توظيف لبيدي وليس للأنا.

بينما تمثل الذات عند أدلر تنظيماً يحدد للفرد شخصيته وفردانيته، وهذا التنظيم يفسر خبرات الكائن العضوي ويعطيها معناها، وتسمى الذات في سبيل الخبرات التي تكفل للفرد أسلوبه المتميز في الحياة.

ويرى ابستان EPSTIN أن مفهوم الفرد عن نفسه يتكون من غير قصد منه أثناء تفاعله مع البيئة، وهذا الاتجاه التحليلي ركز على الجانب الشعوري والواعي من الجهاز النفسي، وهو الأنا المرادف للذات والذي يعمل بين الأنا الأعلى و الهو لصالح توافق الفرد وتكيفه. (امزيان زبيدة: 2007، ص27)

4.13. النظرية السلوكية:

لم تحاول النظرية السلوكية أن تطور نظريات الذات، فمفهوم الذات لم يستدخل بل اعتمد على عنصر مثير- استجابة، مما جعل حيز الذات ضيقاً، تعتمد في تطبيقاتها على الحقائق القياس والتجربة لتحديد المتغيرات التي تؤثر على السلوك.

لم تعط هذه النظرية أهمية كبيرة لمفهوم الذات واعتبرتها معطى غير قابل للقياس والتجريب لأن همها الوحيد هو التحقق من الأحداث القابلة للقياس والتجريب، وفي هذا الصدد يقول HEGARD أن وجود الذات لا يمكن التعرف عليه من خلال المعاش التجريبي للفرد. (امزيان زبيدة: 2007، ص 26-27)

5.13. نظرية السمات والعوامل:

ومن روادها كاتل والبورت، حيث يرى البورت أن مفهوم الذات مفهوم أساسي في دراسة الشخصية، وأن معظم مناقشات البورت لأننا أو الذات تدور حول الجوهر المميز للفرد الذي يحتوي على كل المظاهر المجتمعية لشخصية فرد ما، والتي تعتبر فريدة ومميزة له فتجعل منه فردا مختلفا عن بقية الأفراد وتحقق له وحدة ذاتية، وهذا الجوهر المميز يشمل الإحساس الجسمي والتفكير المنطقي والكفاح الجوهري ومفاهيم صورة الذات وامتداد الذات وتقدير الذات، وبهذا المعنى يؤكد البورت على أن الذات تؤدي وظيفتها بشكل يشتمل على جوانب الشخصية التي تعمل على الوحدة الداخلية وإعطاء الفرد شخصية مميزة. (أبو العمرين:2015، ص23)

فمفهوم الذات حسب عبد الفتاح دويدار هنا هو كيفية إدراك الفرد لنفسه وهذه الإدراكات يتم تشكيلها من خلال خبرته في البيئة، وتتأثر على وجه الخصوص بتدعيمات البيئة والآخرين المهمين في حياته. (سوسن شاكر:2008، ص100)

تنظر هذه النظرية إلى الخصائص والسمات على أنها حجر أساس في بناء الشخصية، وهي مصدر يقود الشخصية، وهذه السمات والخصائص يمكن أن تكون جسمانية أو نفسية ويمكن استنتاجها والاستدلال عليها من النزعات والميول التي توجه السلوك بطرق ثابتة متميزة، إضافة إلى أن الخصائص تحقق الثبات في السلوك لكونها ثابتة.

وأكدت هذه النظرية على العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية، كما أكدت على التعليم في تطوير الشخصية، ودور العائلة والمهنة والمدرسة في تكوين الشخصية. (نبيهة السامرائي:2007، ص43)

قام البورت بالتمييز بين مجموعة من أنواع السمات وقسمها إلى:

السمات الأصلية: تشير إلى سيادة هذا النوع من السمات على نشاط الفرد وتؤثر عليه بشكل مباشر أو غير مباشر، إلى درجة أن الفرد يعرف بها. وعادة ما يطلق عليها اسم السمات البارزة أو المسيطرة.

السمات المركزية: وهي لا تعبر عن تميز الفرد بشكل واضح لأن عدد هذه السمات يكون ضئيلا.

السمات الثانوية: يتضاءل دور هذه السمات أكثر من الأنواع السابقة، بشكل يجعلها لا تظهر إلا قليلا وهي أقل أهمية في وصف الشخصية وتميزها. (عامر مصباح: 2011، ص215)

أولت هذه النظرية أهمية للذات وتقديرها استنادا إلى السمات المختلفة التي يحملها الفرد من جهة ومن جهة أخرى العوامل التي تؤثر في السلوك الإنساني من عوامل وراثية وبيئية واجتماعية، تؤدي إلى تكوين مفهوم وتقدير الفرد عن ذاته.

6.13. نظرية روزنبرج:

إن تقدير الذات يميل إلى اتجاهات الفرد بشكل عام سالبة أم كانت موجبة نحو نفسه، واهتم بالوسط الاجتماعي المحيط بالفرد في تشكيل هذا المفهوم. (علي دبابش: 2011، ص32)

وقد اهتم روزنبرج بتقييم المراهقين لذاتهم ووسع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت ديناميات تطور صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة، و اهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد، كما اهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات، مثل تلك التي بين المراهقين الزوج والبيض، والتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر والمنهج الذي استخدمه روزنبرج هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك حيث اعتبر تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه. (امزيان زبيدة: 2007، ص33)

ولكنه عاد واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكمية عن اتجاهات الفرد نحو الموضوعات الأخرى. (عابدة محمد: 2010، ص81)

7.13. نظرية ماسلو: MASLOW (1971):

تحدث ماسلو عن الذات من خلال هرم الحاجات الشهير، الذي يتكون من خمس درجات تبدأ بالحاجات البيولوجية وتنتهي بتحقيق الذات، تعتمد نظرية ماسلو التي نشرها عام 1968 على تمييزه بين نوعين رئيسيين من الحاجات: الأساسية كالجوع والعطش والجنس والأمن والتحصيل وما إلى ذلك، والحاجات الفوقية أو ما وراء الحاجات وهي من طبيعة روحية أو فوق طبيعية كالحق والخير والجمال والنظام والوحدة، هذه الحاجات الفوقية فتعد حاجات نمو وتسهيل فإذا أشبع يتطور الإنسان تطورا كاملا ويصل إلى تحقيق الذات. (راضي الوقفي: 2003، ص600)

كما يرى أن تحقيق الذات هي مرحلة متميزة تجعل للفرد كيانه المستقل وتميزه عن غيره، من خلال قدرة الفرد على تحقيق طموحاته العليا التي يرغب في الوصول إليها. (Ware et Johnson: 2000,p232)

ويعتبر تحقيق الذات هو المستوى الأعلى من النضج والنمو والإحساس بالوجود، والذي يرى ماسلو أن الدافع لتحقيق الذات هو نوع آخر من الدوافع والذي لا يعتمد على نقص في إشباع الحاجات الأولية، بل يرجع لرغبة في النمو ويسميه ماسلو دافع الوجود أو دافع النمو، فمثلا الحب الوجودي يختلف عن الحب المرتبط بالحاجات والذي ينتج عن شعور بالنقص في إشباع الحاجة وشعور في الحاجة الملحة للارتباط، تسبب قلقا يدفع الفرد للإشباع بشكل مشابه لحاجته للطعام، واختلاف الحب الوجودي هنا يرجع إلى عدد من المميزات مثل أنه مستمر بالنمو بشكل لا نهائي، ويعطي المحب وشريكه درجة أعلى من الاستقلالية ودرجة أقل من الاعتمادية على الآخر، ويكون هنا الفرد أكثر استعدادا وميلا لمساعدة الطرف الآخر لتحقيق ذاته. (hergenhahn et olson:2006,p48-51)

ويشير ماسلو إلى أن الأفراد الذين يحققون ذواتهم يتميزون بالسمات التالية:

- إدراكهم للواقع بشكل دقيق وواقعي.
- هم أفراد يتقبلون أنفسهم والآخرين ومحيطهم بشكل عام.
- هم أفراد يتسمون بالبساطة والتلقائية.
- يكون اهتمامهم بما يحيط بهم من مشكلات أكبر من تركيزهم على ذواتهم.
- يعملون على خلق التوازن بين حاجاتهم للخصوصية والانفصال عن الآخرين.
- يميلون للاستقلالية ولذلك لا يعتمدون على بيئتهم أو ثقافتهم.
- يظهروا تجديدا مستمرا من التقدير.
- يخبرون خبرات الذروة.
- اهتمامهم بالناس بشكل عام وليس فقط أقاربهم أو أصدقائهم.
- صداقاتهم العميقة تكون مع القليل من الأصدقاء.
- يتقبلون قيم الديمقراطية المحيطة بهم.
- يتميزون بالإبداع.

- لا يخضعون بشكل تام للثقافة ويميلون إلى التوجه بالذات.
- حسهم القيمي عال. (hergenhahn et olson:2006,p48-51)

وأضاف ماسلو في محاولة منه لتوصيف تحقيق الذات حيث قام بدراسة أفراد اعتقد بأنهم قد حققوا كمالاتهم الذاتية فوجد أنهم يتميزون بدقة إدراك الواقع وتقبل ذواتهم وتقبل الآخرين والعالم، كما يتصفون بالتلقائية والعفوية وبالالتجاه نحو المشكلات والاستقلالية، الديمقراطية، الحس المرهف، القيم والإبداعية. (راضي الوقفي:2003، ص601)

ماسلو قام بتفسير مكانة وأهمية الذات وتحقيقها وتقديرها على شكل هرم للحاجات الأساسية حيث جعل في قمة الهرم تقدير وتحقيق الذات كمطلب أساسي مهم جدا في حياة كل فرد ينبغي عليه التوصل إليه وبلوغه، من أجل أن ينعكس ذلك على مكانته الشخصية والاجتماعية وتحقيق أهدافه وطموحاته.

14. الذات و تقدير الذات لدى المراهق :

1.14 مفهوم الذات والهوية لدى المراهق :

تعتبر الهوية المركز الذي تدور حوله شخصية المراهق والمصدر الذي تنطلق منه المشاكل العديدة التي يصادفها خلال مراهقته. فهو يريد أن يجد نفسه، وأن يتعرف على قدراته واستعداداته وإمكاناته، وأن يتبين الطريق الصحيح الذي يمكن أن يسير فيه. (رمضان محمد القذافي:1997، ص365)

قال اريكسون **ERIKSON (1963)** حينما تحدث ثورة بدنية التي نسميها المراهقة، فيهتم الشخص بكيفية نظر الآخرين له، كما أن المراهق يميل إلى تحويل الوالدين والمدرسين إلى ادوار مضادة فغالبا ما يقوم المراهق بتجميع هويات مختلفة لتحديد هويته.

وحيث أن كل مراهق يحرص على مجموعة من تلك الهويات التي يكون بعضها متناقضا، فإنه يجازف بتجربة ما سماه اريكسون بعثرة الهوية، أو أزمته وهذه الأدوار التي تمثل الفرز والالتحام للأدوار والهويات تمكنه من أن يضع لنفسه مفاهيم شخصية وأنماط سلوكية تتناسب مع شعوره المتنامي عن هويته، وأزمة المراهقة هي نتيجة لمحاولة المراهق عبور الهوية بين الطفولة والبلوغ والذي عادة ما يكون خلالها المراهق غارقا في مناخ اجتماعي منفصل حتما عن الثبات الداخلي.

كما أن مشكلاته تنشأ عن شعوره بعدم القدرة على القيام بأدوار اجتماعية ناجحة في حاضره ومستقلة فهو يستسلم لحالة من اليأس والإحباط تؤدي به إلى الاكتئاب وإيذاء الذات.(عزت محمد مؤمن:2004، ص624)

يقول كارل يونج **CARL YOUNG**: " أزمة الهوية عند المراهق رهينة بتيقظ الشعور والذي يتم حين يستطيع الفرد الربط الشعوري بين المحتويات النفسية أي تكوين الأنا ثم التمييز بين السلطة المتصلة بين المحتويات النفسية، أي الأنا وبين الأبوين والآخرين بصفة عامة وهي العملية التي سماها يونج الميلاد النفسي الذي يتم في سن البلوغ.(عزت حجازي:1985، ص35)

2.14. أبعاد الذات عند المراهق:

1- مفهوم الذات كأساس واقعي: ويراد بهذا نظرة الفرد المراهق إلى ذاته، نظرة واقعية متأملا ما لديه من قدرات وقابليات واستعدادات وما هو عليه من دور ومكانة في عالمه المادي.

2- إدراك الذات: وهي في دور انتقال وتحول وهي نظرة المراهق إلى نفسه بوضعها الذي تكون عليه وقت تأمله وضعه بالنسبة إلى البيئة ككل، تتطوي هذه التأملات على حالاته النفسية التي يكون عليها ومقدار ما يكون قد تعرض له من مؤثرات سالبة أو موجبة اصطبغت بها انطباعاته الخاصة.

ووجه الخطورة في هذه المرحلة هو أن معظم المراهقون لا يدركون أنهم في حالة ذات تبحث عن نفسها، وهي في طور التحول فهم يظنون خطأ بأن ما هم عليه من انشراح أو اكتئاب، من تقاؤل أو تشاؤم سيستمر إلى الأبد، وبهذا يتصف هذا الدور من أدوار الحياة لدى المراهق بالسلبية ومن خصائصها أن المراهق يكون متخوفا من حياته ومما يحيط به، ونظرته إزاء الحياة تتسم بالشك والريبة.

3- الذات الاجتماعية: في هذه المرحلة من مراحل تنقيب المراهق عن نفسه يبدأ يفكر كيف ينظر الآخرون إليه ولا يشترط في هذا بأن تتسجم نظرة الآخرين إليه كما يرى ذاته هو. وهنا يرتبك ويسود تصرفه الحيرة، لأنه متشكك فيما إذا كان سلوكا مسائرا للنزعة الاجتماعية بجانبها المحدد والعام فإذا كون المراهق انطبعا عن نفسه بأن الآخرين يعتقدون بأنه مختلف دراسيا مثلا، أو أنه غير مرضي عن تصرفه من الوجهة الاجتماعية فإنه ينظر إلى ذاته ولا ريب من خلال هذه الجوانب السلبية التي قد تحمله على الجنوح عملا بمبدأ التعويض، على هذا يجب إشعاره بأنه مرغوب فيه اجتماعيا وتوفير الطمأنينة النفسية له. (عبد العلي الجسماني:1994، ص206)

فمفهوم الذات الاجتماعي يشير إلى تصور الفرد لتقييم الآخرين له معتمداً في ذلك على تصرفاتهم وأقوالهم ويتكون من المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها. (عايدة محمد: 2010، ص72)

4- الذات المثالية: هي ما يرغب المراهق أن يكون عليه وقد تكون هذه النزعة واقعية وربما تكون خفية واطئة. فهي نزعة تتوقف كثيراً على مستوى طموح المراهق وعلى علاقة هذا الطموح بما هو عليه من قدرة عامة وقدرات خاصة، وعلى ما يتاح له من فرص لإدراك ذاته العامة. (عبد العلي الجسماني، 1994، ص207)

فتشمل الذات المثالية المدركات والتصورات التي تحد مثالية الشخص (نبیة السامرائي: 2007، ص47)

مفهوم الذات الأكاديمي: ويعرفه شافلسون و بولص SHAVELSON ET BOLUS

(1983) بأنه اتجاهات الفرد ومشاعره نحو التحصيل في مواضيع معينة، يتعلمها ذلك الفرد عن درجاته أو علاماته في الاختبارات التحصيلية المختلفة ويشير إلى السلوك الذي يمتلكه الفرد من حيث قدرته على التحصيل وأداء الواجبات الأكاديمية بالمقارنة مع الآخرين الذين يؤدون الواجبات نفسها. (عايدة محمد: 2010، ص72)

ويؤكد بيرنز BERNES (1982) وجود نقاط أساسية تتدخل في عملية تقويم الفرد لذاته وهي:

1. مقارنة الفرد لصورته الذاتية مع الصورة المثالية للذات والشخص الذي يريد أن يكونه، وتعتبر هذه المقارنات (لدى بعض الاتجاهات النفسية العلاجية) مؤشراً للصحة النفسية، حتى أن جيمس JEAMS اعتبر تقدير الذات كنتاج للتباين بين طموحات الفرد وإنجازاته الحقيقية.

2. تنويع الأحكام الاجتماعية، حيث التقييم الذاتي محدد بمعتقدات الفرد لكيفية تقييم الآخرين له.

3. تقييم الفرد لذاته يحمل نسبية النجاح ونسبية الفشل، نظراً لما تتضمنه هويته الذاتية، فليس ما يفعله الفرد جيداً بحد ذاته بل أن الفرد جيد نتيجة للأفعال التي يقوم بها، فالنمط الذي يتطور هو أن يصبح الفرد جزء من المجتمع بأفضل طريقة ممكنة. (حمزوي زهية، ص199)

3.14. تقدير الذات لدى المراهق:

البحث عن الذات والهوية من الأسئلة التي يحاول المراهق العثور على إجابات لها مثل: من أنا؟ من هم أصدقائي؟ من هم أعدائي؟ ما هو مركزي؟ ما هي مصادر قوتي ومصادر ضعفي؟ ما هو مستقبلي؟ كيف أعيش حالياً ومستقبلاً؟ لمن انتمي؟ ما هو دوري في هذه الحياة؟... إذا لم يجد المراهق إجابات مرضية وشفافية عن هذه الأسئلة وغيرها فيكون في ضياع. (معن خليل عمر: 2005، ص245)

فيقصد بتقبل المراهق لذاته تقبله للمجابهة الواقعية للحياة بالبعدين السلبي والايجابي، وقدرته على تنمية اهتماماته دون الشعور بالندم مما يعزز الثقة بالنفس. (زلوف منيرة: 2011، ص41)

إن تقدير الذات المتدني لدى المراهق يرتبط بتعاطي المخدرات، الجنوح، الاكتئاب والأفكار الانتحارية إضافة إلى الخجل الذي يصاحب عدم تفهمهم النفسي، ومن الملاحظ أن تقدير الذات لدى المراهقين غير مستقر خاصة لدى الحساسين للتقييم. (عبد ربه علي شعبان: 2010، ص50)

فيكون المراهق الراض لذاته غير مرتاح لها، فيشعر بالافتقار إلى الثقة بالنفس وبمن يحيطون به وبالشك في قدراته. (زلوف منيرة: 2011، ص41)

تحقيق الذات لدى المراهق ينعكس مبالغة في حب الذات اعتقاداً بأنه شخص مميز يمتلك قيمة فريدة، إن هذا الشعور يؤدي إلى التضخيم في قدراته والاستباق في تفكيره، فهو يرى نفسه متوجاً بالشهرة والمجد، والمراهقة هي مرحلة المشاعر القوية والطموحات التي ترمي إلى إصلاح المجتمع وتغيير سلوك الناس. (مريم سليم: 2002، ص420)

وقد قام **ENGEL (1959)** بدراسة قارن فيها بين الرأي السلبي أو الايجابي الذي يكتنه المراهق لنفسه في سن 13-14 سنة، ثم في سن 15-16 سنة، وتبين له أن الأفراد الذين كانت لهم صورة ايجابية عن ذواتهم كانت نفسياتهم مستقرة في هذا المجال من الزمن. (زلوف منيرة: 2011، ص41)

فالمراهق يطغى عليه الشعور بعظمة شأنه وفرادة عبقريته ويدفعه هذا الشعور إلى الحكم على ذاته بأنه أعلى مرتبة وقيمة من الآخرين، مما يولد لديه الرغبة في السيطرة والقيادة.

إن تضخم الذات لدى المراهقين يؤدي إلى الشعور بالألم والعذاب النفسي، ولدى بعضهم إلى اضطرابات نفسية خطيرة، فالتوتر الداخلي يكون أشد بقدر ما تكون إرادة الضبط الذاتي أقوى. من هنا

الرغبة لدى المراهقين للتخلص من الذات والتحرر من قوة ضغط الذات الطاغية، وفك قيود العزلة والانكماش الذاتي ومحاولة التعبير عن الذات بوسائل مختلفة بحسب شدة الأزمة التي يعاني منها، وهذه الوسائل تتراوح بين الاعتراف بمعاناته عن طريق الكتابة أو الرسم إلى حالات عدم الثقة بالذات وانعدام الأمن والطمأنينة فإلى الانتحار. (مريم سليم: 2002، ص421)

والانهيار الانفعالي إلى جانب عدم الثقة بالذات والشعور بعدم الاطمئنان تدفع المراهقين إلى اللجوء لآليات دفاعية لمحاولة ضبط هذه الانفعالات، معتبرا أن ذلك يحفظ له كرامة الذات التي توصل إليها. لكن محاولات الضبط الذاتي تولد لديه توترات شديدة لا يمكنه في أغلب الأحيان السيطرة عليها لذلك يلاحظ لدى المراهق الانفجار العنيف في حالات الخوف الفرح الغضب والذي تتبعه حالات من الاكتئاب.

إن الانفجار العشوائي هو سبب شعور المراهق بالخطر من قيمة ذاته وشعوره بأنه ضحية انفعالاته فالتوتر المستمر يؤدي إلى حالة مزمنة من الاكتئاب والبرودة العاطفية، ويقدر ما تكون محاولات الضبط قوية تكون هذه الاتجاهات واضحة فحالة الاكتئاب لديه يمكن أن تؤدي إلى الانتحار. (مريم سليم: 2002، ص421)

فالمراهق يجعل من ذاته موضوعا للتأمل والتقويم، ولا يستطيع إدراك ذاته إلا من خلال إدراك ردود أفعال الآخرين اتجاه سلوكه، حيث تلعب آراء وأفكار الآخرين دور مهم في الكيفية التي ينظر بها لذاته.

ويقوم المراهق بتعديل صورته عن ذاته عدة مرات حتى تتطابق مع التوقعات التي يرغب فيها أو يريدّها الآخرون منه، وهذا التعديل قد يكون فاشلا خاصة في الحالة التي يتلقى فيها انتقادات بالغة بشكل مستمر، مما يؤدي إلى عرقلة عملية التكيف الاجتماعي والنفسي. (زلوف منيرة: 2011، ص41)

ويتطلب تحديد موقف المراهق من ذاته توفر ثلاثة أمور أساسية وضرورية وهي طبيعة إدراكه لقدراته واستعداداته و مدى تقبله لذاته وللآخرين، وإدراكه للمكانة التي ينتمي إليها بين أفراد المجتمع.

حيث أن معرفة المراهق لقدراته تسمح بتجنب الاحباطات الناتجة على مستوى الطموحات التي تتجاوز إمكانياته، حينها يؤدي سوء إدراكها إلى سلوكيات عدوانية واختلال توازن نفسي، ويعزز الفشل في

تقدير الذات ومكانتها عدم تقبل المراهق لقدراته الشخصية وسوء فهم حقيقة قيمتها، مما قد يؤدي إلى اضطراب نفسي وسوء توافق مدرسي، خاصة أن القدرات المعرفية مرتبطة بالتحصيل الدراسي، وقد بين **جيلان GILLAN** توفر مجموعة من العوامل الهامة التي تعرقل تقبل المراهق لذاته وتؤثر على تحصيله الدراسي وهي: تدهور الحالة الصحية والقصور البدني والجسدي أو تشوهات جسمية، وجود بيئة أسرية غير سمحة، وجود بيئة مدرسية متسلطة. (زلوف منيرة: 2011، ص 41)

عموما فإن الأطفال والمراهقين يرغبون في الحب والقبول والتقدير الايجابي والاحترام من قبل الآخرين لذا لابد من تزويدهم بدعم إضافي وفرص لتحقيق النجاح وتغذية راجعة ايجابية ومشاعر تدل على أن هناك من يهتم بهم. (مريم سليم: 2000، ص 18-19)

15. الاكتئاب وتقدير الذات:

تناولت دراسات عديدة تقدير الذات باعتباره مفهوما سيكولوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك، فضلا عن ارتباطه بمتغيرات متباينة فهو يرتبط بالعلاقات الشخصية المتنوعة، ومدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين إلى جانب تحديد أهدافه الذاتية وتجدر الإشارة إلى أن تقدير الذات لا يتسم بالثبات فهو قابل للتغيير، وفي الواقع بدأ مصطلح تقدير الذات في الظهور في أواخر الخمسينات، وسرعان ما أخذ مكانته المتميزة في كتابات الباحثين. (مهند رفعت سليمان: 2014، ص 11-12)

ينمو تقدير الذات كنتيجة لنمو العلاقات الشخصية، من خلال الإطار العائلي الذي يتميز بالندرج على التأثيرات المدرسية وتأثيرات المجتمع الأكبر، حيث يختار الفرد أن يعيش فيه، وتعمل هذه التأثيرات المتفرقة التي تفقد فاعليته إلى حد يصبح عند الفرد الذاتي القرار (Denis: 1996, p10)

تعرض **الدسوقي (1995)**، إلى العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والقلق، حيث أكدت على وجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية بين تقدير الذات ومتغير القلق والاكتئاب، حيث أن تقدير الذات والقلق جانبان، متضادان في تكوين الشخصية، فالفرد الذي لديه مفهوم ايجابي عن ذاته يكون أقل قلقا فكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته، والعكس حيث أن العلاقة بينهما عكسية كذلك كلما انخفض تقديره لذاته زادت الأعراض عنده. (مهند رفعت سليمان: 2014، ص 14)

قام جيمس باتيل بدراسة العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات، والذي وجد أن هناك علاقة ارتباطية بين الاكتئاب وازدراء وتدني تقدير الذات، فإنه عند ازدياد الاكتئاب يقل تقدير الذات والعكس بالعكس، ولهذا من أسس العلاج لحالات الاكتئاب تنمية المهارات الفردية في رفع مستوى تقدير الذات والمحافظة على الحالات المزاجية لدى الفرد. وعادة الأشخاص الذين لديهم ازدراء الذات يستجيبون إلى ظروف الحياة ومتغيراتها بإحدى طريقتين:

1- الشعور بالنقص اتجاه أنفسهم: يشكون في قدراتهم لذلك يبذلون قليلا من الجهد في أنشطتهم وهم يعتمدون بكثرة على الآخرين لملاحظة أعمالهم، وغالبا ما يلومون أنفسهم عند حدوث خطأ ما، ويمنحون الثناء للآخرين في حالة النجاح وعند الثناء عليهم يشعرون بارتباك في قبول هذا الثناء والإطراء في المدح تسبب لهم جرحا لأن لديهم شعورا بأنهم يكذبون، وهذا الشعور مدمر لهم فعند شتمهم أو اهانتهم لا يدافعون عن أنفسهم لأنهم يشعرون أنهم يستحقون ذلك.

2- الشعور بالغضب من العالم وإرادة الثأر: فهم غالبا ما يعانون من مشاكل في أعمالهم وفي سكنهم مما قد يسبب لهم في النهاية مرضا نفسيا وعضويا، ورغبة في محاولة الانتقام من العالم وتراهم دوما يبحثون عن الأخطاء ، ولا يرون إلا السلبيات ويجدون سورا غامرا لأخطاء الآخرين. (عايدة محمد:2010، ص87)

وعليه فالعلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات وطيدة وطرديّة فكلما انخفض تقدير الذات لدى الفرد زادت احتمالية إصابته بالاكتئاب النفسي، في حين الأفراد ذوو تقدير الذات العالي والمرتفع ينخفض لديهم احتمال الإصابة بالاكتئاب.

خلاصة الفصل:

من الاهتمامات البارزة في حياة المراهق هو اهتمامه بذاته وبكيفية نظره لنفسه ونظرة الآخرين له، من أجل إدراك وإحراز مكانة له ضمن عالم الكبار من جهة ومن جهة أخرى حماية ذاته من كافة التهديدات وضمان شعوره بالأمن، لذا يتراوح تقدير المراهق لذاته أحيانا بين الإيجاب والسلب، فارتفاع تقدير الذات يعد مؤشر من مؤشرات الصحة النفسية والاستواء لدى المراهق، فهي تترجم لنا مدى رضاه عن نفسه وعن قدرته على التعامل والتكيف مع المواقف والأشخاص، هذا من خلال إدراكه الجيد لقدراته وإمكانياته لتسطير أهداف واقعية تتناسب مع ما يمتلكه من قدرات، وضمن -أيضا- ما توفره البيئة المحيطة به بدءا بالأسرة خاصة الوالدين والأقران والمدرسين، في حين يؤدي تدني تقدير المراهق لذاته إلى شعوره بعدم القيمة والجدوى، وقد يختار الانعزال عن الآخرين ويحتقر ذاته وهذا بدوره قد يدخله في الاضطراب والمرض النفسي ويشعره بالقلق والاكتئاب.

هنا يأتي دور الأولياء والمدرسين في دعم المراهق من أجل تنمية مفهوم وتقدير ايجابي عن ذاته وإشعاره بالقيمة والأهمية مما يجنبه الوقوع في المشكلات والاستسلام للمشاعر السلبية التي يصورها حول ذاته

الفصل الخامس:

الاقتئاب

الفصل الخامس: الاكتئاب

تمهيد.

1. مفهوم الاكتئاب.
 2. حجم مشكلة الاكتئاب مرض العصر.
 3. الحزن وعسر المزاج والاكتئاب.
 4. الشخصية الاكتئابية.
 5. الأسباب العامة للاكتئاب.
 6. أنواع الاكتئاب وتصنيفاته.
 7. أعراض الاكتئاب.
- 1.7. أعراض الاكتئاب حسب DSM5.
 - 2.7. أعراض الاكتئاب العامة.
 - 3.7. تصنيف بيك لأعراض ومظاهر الاكتئاب.
 8. نظريات تفسير الاكتئاب:
 - 1.8. النظرية البيولوجية.
 - 2.8. نظرية التحليل النفسي.
 - 3.8. النظرية السلوكية.
 - 4.8. المدرسة المعرفية.
 - 5.8. الاتجاه المعرفي الاجتماعي.
 - 6.8. اتجاه التعلم.
 9. بعض المسارات العلاجية للاكتئاب:
 - 1.9. العلاج البيئي.

2.9. العلاج السلوكي.

3.9. العلاج المعرفي.

4.9. العلاج المعرفي السلوكي.

5.9. العلاج بالأدوية والعقاقير.

10. الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

11. الاكتئاب والإقدام على الانتحار.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

من بين الاضطرابات النفسية الشائعة الانتشار في عصرنا الحالي نجد الاكتئاب النفسي بوصف اختلال وظيفي وسلوكي، قد يبدأ بأعراض بسيطة والتي قد تتحول إلى سلوكيات خطيرة سواء على الشخص أو على المحيطين به. وتختلف هذه الأعراض تبعاً لسمات شخصية الفرد وقدرته على مواجهة المشكلات والتكيف معها، كما أن الجو الأسري السليم له دور مهم جداً في مثل هذه الاضطرابات.

وقد جاء في هذا الفصل الخاص بالاكتئاب، والذي اشتمل على مفهوم الاكتئاب وبعض المفاهيم القريبة، مدى انتشار الاكتئاب باعتباره مرض العصر، سمات الشخصية الاكتئابية، الأسباب المؤدية للاكتئاب، أعراض ومظاهر الاكتئاب وأنواعه وتصنيفاته، الأطر النظرية المفسرة للاكتئاب مع ذكر بعض المسارات العلاجية له، الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين وأخيراً تحديد طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والإقدام على الانتحار ثم خلاصة الفصل.

1. مفهوم الاكتئاب:

1.1. التعريف اللغوي:

جاء في لسان العرب لابن منظور ما يلي: الكآبة على أنها سوء الحال والانكسار من الحزن، واكتأب اكتأبا حزن واغتم وانكسر فهو كئيب، والكآبة أيضا تغيير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكتئب. (ابن منظور، ص605)

الاكتئاب مرض طبي نفسي قديم، ويأتي مصطلح الاكتئاب من كلمة كئب بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن. (أسامة فاروق: 2011، ص355)

فكلمة كآبة تدل على سوء الحال والانكسار والحزن، رماد مكتئب اللون إذا ضرب إلى السواد كما يكون وجه المكتئب.

أما في اللغة الفرنسية فكلمة **Dépression** مستمدة من الفعل **Déprimer** الكلمة اللاتينية التي تعني السقوط من الأعلى إلى الأسفل. (قويدر: 2018، ص53)

2.1. التعريف الاصطلاحي:

ورد مصطلح الاكتئاب في نصوص الحضارات القديمة ، حيث ميزه قدماء الإغريق كإضطراب في المزاج ونسبوه إلى زيادة السوداء في جسم المكابد ، وكلمة سوداء (Melancholy) مشتقة من الكلمة الإغريقية أسود (Melan)، وصفراء (Cholía)، وكذلك في النصوص الإنكليزية القديمة حيث تشير كلمة (Melancholia) إلى السوداء وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف إضطراب المزاج.

فالاعتئاب مستخلص من الميلانخوليا، فهي تعتبر المصدر القديم جدا للاكتئاب، ويعتبر الاكتئاب من خلال التحديد الذي وضع له واستقر عليه سنة 1830 بأنه الهذيان الجزئي **Délire partiel** أو الألم النفسي **Douleur morale**.

فيعتبر الاكتئاب مرض قديم من حيث الإصابة والاهتمام به، وبينت الدراسات القديمة المصرية واليونانية والعربية الإسلامية مدى قدم هذا المرض. كما وصفه هيبوقراط **HIPPOCRATE** باسم

النقطة السوداء Bile noir . أما في القرن التاسع عشر نجد أن إميل كرابلن EMILE KRAEPELIN طبيب عقلي ألماني، وضع أول تصنيف للأمراض العقلية حول دراسة الاكتئاب والجنون المبكر وجمع بينهما في الهوس الاكتئابي. (قويدر: 2018، ص50)

يستخدم مصطلح الاكتئاب على نطاق واسع في اللغة الانجليزية واللغات الأجنبية الأخرى للتعبير عن الاكتئاب النفسي، فالإكتئاب قد يشمل حدة التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف صادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون مصاحباً لأي مرض آخر كالانفونزا وفي هذه الحالة يكون الاكتئاب نتيجة لحالة أخرى تسببت في هذا الشعور .

أما مفهوم الاكتئاب يمكن وصفه على أنه أحد الأمراض النفسية المعروفة ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض جسدية. (عبد المنعم الميلادي: 2004، ص23)

وهو حالة " يشعر فيها المكتئب بالحزن الشديد المستمر دون سبب مناسب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها". (فالح عبد الله الدبولي: 2009، ص223).

وهو أيضا حالة من التوتر وردود الفعل الشديدة للمواقف والضغوط الحياتية مع إجهاد نفسي وعصبي مما يؤثر على قدرة المريض على العمل. ويحدث نتيجة خلل كيميائي في المخ والموصلات العصبية المسؤولة عن الحالة المزاجية و يحدث نوع من الخلل ويعتمد العلاج على تعديل هذا الخلل بمضادات الاكتئاب. (عبد المنعم الميلادي: 2004، ص12-28)

عرفه كامبل CAMPBELL بقوله هو: "زملة إكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاص المؤلمة، وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي وربما يخفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص". (أبو نجمة: 2008، ص13).

كما عرفته منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف العاشر ICD 10 هو: " انحطاط في المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين، وتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض

لذاته، وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع ثم انعدام الشهية". (أبو نجمة: 2008، ص 14)

تعريف هاملتون (2004) : هو مرض نفسي يتصف بشعور عميق ودائم بالحزن أو اليأس أو فقدان الاهتمام بالأشياء التي كانت يوماً ما مصدراً للبهجة ويترافق ذلك مع اضطراب في العمليات الذهنية.

تعريف اهيرت سوبيراج: إنه انقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء والهبوط في الوظائف الفيزيولوجية، وقد يصاحبه بعض الإرجاع العقلي المرضي، وقد يكون أحد طوارئ ذهان الهوس الاكتئابي. (نصار محمد نوفل: 2016، ص 136)

إذن الاكتئاب يشير إلى تنوع الحالات النفسية السالبة والتغيرات السلوكية، فالبعض منها يمكن أن يكون تقلبات مزاجية عادية طبيعية، والبعض الآخر مشكلات نفسية إكلينيكية، والتغير في المزاج يمكن أن يتراوح من الشعور بالكآبة الخفيف إلى السوداوية والرؤية السالبة للعالم، والعجز عن أداء الأعمال على نحو فعال. (Iqbal et al: 2006, 269)

هذا يعني أن هناك العديد من التعاريف التي تصدت لبيان مفهوم الاكتئاب (Depression) ، وقد عرفه آرون بيك (BECK, 1976)¹، بأنه استجابة لا تكفيها مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعة.

الاكتئاب شكل واضطراب أو معاناة نفسية لدى الفرد تتسم بمجموعة أعراض منها تراجع النشاط والحيوية وتقلبات المزاج، الأفكار السوداوية والأمراض النفس-جسدية، فقدان الشهية، واضطرابات النوم. (Camilo et Stéphane:2007,p42)

¹ - آرون بيك من مواليد رويد ايلاند 1921، عاش طفولة شديدة البلاء وتعرض لعديد الأمراض التي هددت حياته، تخرج من جامعة براون بيل، كان مهتم بطب الأعصاب ثم تحول إلى الطب النفسي، ويعد من أوائل من شكل العلاج المعرفي، فنظريته تعد الأشمل في علاج الاكتئاب، فقد وجد أن المعارف لدى الأشخاص المكتئبين ترجع إلى خطأ في المنطق الذي أسماه التشويه المعرفي، حيث يعكس التشويه المعرفي الاختلال الوظيفي في المعارف والافتراضات. إن أبحاث بيك المثمرة أسست كفاءة المعارف لعلاج الاكتئاب ولقد استطاع بنجاح استخدام العلاج المعرفي للاكتئاب، القلق العام، الفزع، إدمان الكحول والمخدرات، اضطراب الطعام، المشاكل الزوجية العلاقات الشخصية والاضطرابات الاجتماعية، كما صمم مقياس للاكتئاب، الانتحار، القلق، مفهوم الذات والشخصية. (أبو زعيزع: 2013، ص 57)

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، بأنه حالة تحتوي على عدد معين من الأعراض على الأقل من قائمة الأعراض التالية وتمتد هذه الأعراض لفترة زمنية معينة وهي كالتالي:.

- المزاج المكتئب (Depressed Mood)، ويكون معظم زمن اليوم تقريباً.
- فقدان المرح (Look of Pleasure)، ويكون ظاهر في الأنشطة اليومية.
- التغير في الجانب الحركي (Change of Mobility)، فيصبح بطيئاً مع ظهور الإحباط العصبية (Nervous Gestures).
- الشعور بعدم الأهمية والقيمة (Worthless)، ولوم الذات (Self- reproach)، والشعور المفرط بالإثم (Guilt).
- الأفكار الانتحارية (Suicidal Thoughts).(DSM4).

يعرفه سعيد حافظ يعقوب على أنه اضطراب نفسي يتطور بفعل تركيب غير سوي في الشخصية إلى أمراض نفسية جسمية، ويقول من جهة أخرى أنه رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجم عن حادث مفاجئ كخسارة أو مصيبة أو خيبة أمل.(عبد الرحمان الوافي، ص256).

يعرفه أنجرام (1994): أنه اضطراب مزاجي أو ووجداني يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى.(Ingram. R: 1994.p113)

ويرى موريس روكن : أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة والشعور بالكآبة والحزن والتشاؤم، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيف من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والشدة.(Roscelin .j: 1998. p 356.)

الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتمظهر بأعراض نفسية كالحزن الشديد والمستمر، ونقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وأعراض جسدية كالصداع وآلام الظهر وضيق التنفس. وقد يكون نتيجة لعوامل نفسية أو فيزيولوجية أو اجتماعية مختلفة أو يظهر كعامل في اضطرابات وأمراض نفسية أو جسمية.(قنون خميسة: 2007، ص47)

الاكتئاب من أهم الأمراض النفسية التي تهدد الاستقرار النفسي للأفراد، بما تحمله من أعراض نفسية واجتماعية تجعل الشخص المكتئب يتخبط في المعاناة الشديدة، وتؤثر على أدائه لوظائفه

ومهامه بصفة جيدة، وتعيق عملية التواصل مع الآخر وحتى مع الذات، أين قد تصل به إلى السوداوية وتحقير الذات ومحاولة التخلص من المعاناة المؤقتة بجل دائم وهو الانتحار.

2. حجم مشكلة الاكتئاب مرض العصر:

يعيش إنسان هذا العصر في تعايش مع الأمراض بمختلف أصنافها العضوية والنفسية والنفسجسدية، وبينت التقارير الرسمية للمنظمة العالمية للصحة Organisation mondiale de la OMS santé, أن الاكتئاب سيكون في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب، وإن لم يكن هو أحد أسبابها. (قويدر: 2018، ص15)

وحامد زهران رأى أن الاكتئاب يأتي في المرتبة الثانية بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابي، خاصة في سن العشرينات و الثلاثينات وسن القعود، ويحدث عند الإناث أكثر من الذكور. (زهران:2001، ص515)

تؤكد الأرقام التي وردت في تقارير منظمة الصحة العالمية والتي تشير أن 7% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب الذي يعتبر أكثر الأمراض النفسية انتشارا، وتشير إحصائيات حديثة أن 18-30 % من البشر يصيبهم الاكتئاب في فترة من فترات حياتهم وهذا يعني أن واحد من كل 3 أشخاص قد يصاب بالاكتئاب. (لطي الشربيني: 2003، ص49)

ومن المؤشرات التي تدل على طبيعة وحجم مشكلة الاكتئاب ما تؤكدته الدراسات من أن نسبة كبيرة من مرض الاكتئاب حوالي 80% لا يتم التعرف عليهم أو علاجهم ويظلون في حالة معاناة لسنوات طويلة، و 15% من الحالات يذهبون للعلاج لكنهم لا يعلمون أيضا أن الاكتئاب هو سبب معاناتهم فيتجهون إلى الأطباء الممارسين في تخصصات الطب الباطني وغيرهم ولا يتم علاجهم نفسيا، وأن 3% فقط من مرضى الاكتئاب يذهبون لطلب العلاج عند أطباء نفسانيين، أما بقية مرضى الاكتئاب حوالي 2% فإنهم يقدمون على الانتحار. (لطي الشربيني:2003، ص50)

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا ويفسر 75 % من الإيداع بالمستشفيات وعلى مدى الحياة يصاب 25 % من أفراد المجتمع بنوبة واحدة على الأقل من الاكتئاب في وقت ما من حياتهم. (Gotlib:1992,p50)

أقر الباحثون أن اضطرابات المزاج هي المسؤولة عن المعاناة والآلام بين ملايين الناس، وفي أوائل التسعينيات من القرن العشرين وجدت الإحصائيات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية أن نسبة

انتشار الاكتئاب بين البشر هي 5%، أي أنه من بين كل مائة شخص نجد خمسة منهم مصابين باضطراب الاكتئاب.

الاكتئاب هو أكثر من مجرد مشكلات مزاجية فإتحاد المشكلات في حياة الفرد قد يجعل من الاكتئاب مكدرا ويصبح عاملا مهم في اضطراب حياة الفرد. والأفراد الذين يمرون بخبرة الدائرة المفرغة أي الاكتئاب ويعانون من صعوبات لم تحل يقعون فريسة للاكتئاب أكثر من مرة، ويؤثر ذلك على أنشطة حياتهم طالب، أو أب أو موظف أو عضو في أسرة أو صديق، وقد أجرى ويلز وآخرون **WELLS ET AL (1985)** دراسة على 11 ألف مريض من بينهم مرضى مكتئبون ومرضى بأمراض بدنية مزمنة، كشفت الدراسة أن المرضى المكتئبون يحصلون على درجات أقل بفارق جوهري على مقياس الدور الوظيفي.

كما وجدت الدراسات أن ثلث مرضى الاضطرابات المزاجية يتحولون إلى حالات اعتماد أو إدمان للمواد النفسية أو كليهما. فضلا عن ارتباط الحالات الشديدة بالأفكار السلبية عن الحياة والمحاولات الانتحارية وتكون الخطورة الأكبر في المرضى ذوي الملامح الذهانية وذوي تاريخ سابق للانتحار أو تاريخ أسري لتنفيذ الانتحار أو تزامن الاضطراب مع حالات الاعتماد على المواد النفسية. (DSM4،1994)

وتنتشر اضطرابات الاكتئاب الأساسية بمعدلات عالية نسبيا في المجتمع الأمريكي تتراوح نسبة الانتشار كما نشرت في التسعينات بين 9 و 20 % ووجدت دراسة محلية نفس نسبة الانتشار في مقارنة المجتمع الريفي والحضري.

واضطرابات الاكتئاب الأساسية قد تصيب أي مجموعة عمرية غير أن البحوث أشارت إلى حدوثها في المراحل العمرية ما بين 20-45 عاما، (DSM4،1994)

ووجدت دراسات أجريت في الهيئة القومية للصحة النفسية بأمريكا وفي مواقع تابعة لها أن نسبة حدوث النوبات الاكتئابية الكبرى بلغت 4.9%. (Nattan, et al:1995,p4)

وأن نسبة 3% من الجمهور العام يصابون بنوبة اكتئابية أساسية تصل مدتها إلى ستة أشهر وبدا أن النوبات الأساسية يزداد انتشارها بين الإناث أكثر من الذكور، وأن انتشارها لا يرتبط بالأصول العرقية أو مستوى التعليم و الحالة الزوجية. (زيزي السيد إبراهيم:2006، ص10)

قد اتخذت المنظمة العالمية للصحة الاستعدادات المناسبة تحسبا لمحاولة إيجاد الحلول الممكنة منها البرامج الطبية المتمثلة في العلاج الطبي والعقلي والاهتمام بالصحة النفسية، ولكن كل هذه

الجهود لم تستطع أن تمنع العديد من الحالات من الانتحار في ظل انغلاق في الأفق وانسداد في العلاقات الاجتماعية، وحصار المعاناة التي تشعر الفرد بأنه مجرد من ذاته ومن قيمته، مجرد جسم يتحرك بمفرده، حيث يتطلع إلى الجماعة التي تعمل على توطينه وتحقيق الأمن والاستقرار وتحقيق ذاته، من خلال ما تملكه من مقومات نفسية واجتماعية واقتصادية نحو الأفراد الذين يطمحون في غد أفضل. (قويدر: 2018، ص16)

وضمن هذا التطور أصبح الآن الاكتئاب من أخطر الأمراض النفسية التي تهدد التوازن النفسي للإنسان خاصة مع تعقد الحياة ومع عولمة اقتصادية واجتماعية شديدة التعقيد، إلى درجة أن الاكتئاب أصبح معاش يومي مما أدى إلى تعزيز الانتحار كمخرج من هذه المعاناة النفسية الشديدة، وكل الأسباب تقريبا تؤدي إلى الإصابة به ومن جهة أخرى كل الأمراض ينتج عنها حالة من الاكتئاب بمستويات من الحدة المصاحبة للأمراض نتيجة غياب العديد من العوامل النفسية والبيولوجية الاجتماعية وتعدد العوامل المسببة له. ففي التقرير السنوي للمنظمة العالمية للصحة تبين أن سنة 2030 سيصبح الاكتئاب في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب وإن لم نقل أحد أسبابها النفس جسدية الرئيسية. (قويدر: 2018، ص52)

3. الحزن، عسر المزاج والاكتئاب:

قد يصاحب فقدان أو وفاة شخص عزيز ظهور أعراض نفسية واضحة مع الإحساس بالاكتئاب، والأعراض المصاحبة من فقدان الشهية للطعام ونقص الوزن وعدم النوم، ويجب أن نلاحظ أن الانشغال المرضي بأن الإنسان أصبح عديم القيمة وعدم القدرة على العمل ووجود بطء حركي شديد وأفكار انتحارية في مريض الحرمان هي علامات تدل وتشير إلى أن الحرمان قد تحول إلى نوبة اكتئابية جسيمة وشديدة، والمدة الطبيعية للإحساس بالحرمان تختلف من بيئة لأخرى ومن مكان لآخر هذا بالنسبة للحزن. (بترس حافظ: 2008، ص310)

أما المزاج فهو ذلك الاستعداد الفطري القاعدي، يرى جون ديبي أنه الخاصية الأساسية الغنية بكل المواد الانفعالية والمهذبة، والتي تعطي تناغما منعشا أو غير منعش لحالة النفس لكل واحد منا، يكون متذبذبا بين قطبين اللذة والألم، في ظل الأحداث والانفعالات التي توجه إجاباتنا والتي تمكننا من التكيف إلى الأحسن في محيطنا الاجتماعي، العاطفي والأسري والمهني. فالمزاج هو مستمد من المزج

أي الخلط بين مجموعة من المواد لتعطي لنا في الأخير تركيباً له معنى أو أثر فهو الانسجام الداخلي بين كل التراكيب الانفعالية والعاطفية وما تحققه في الواقع. (قويدر: 2018، ص 96)

وأيضاً عسر المزاج الذي هو نوع أقل حدة من الاكتئاب، وهو عبارة عن أعراض مزمنة مستمرة لمدة طويلة ولكنها لا تعيق حياة الإنسان، بل تجعله لا يستطيع العمل بكفاءة ولا يستطيع الشعور بالبهجة والسعادة في الحياة، وقد يعاني المريض تغيير المزاج من نوبات الاكتئاب الشديد. (بطرس حافظ: 2008، ص 309)

4. الشخصية الاكتئابية:

ينظر الأطباء النفسانيين إلى المريض المكتئب بأنه الشخص الذي يعاني من تغير واضح وملحوس في المزاج وفي قدرته على الإحساس بذاته والعالم من حوله، والاكتئاب كمرض من أمراض الاضطراب الوجداني يتراوح بين النوع البسيط والنوع الشديد المزمّن، الذي قد يؤدي إلى تهديد الحياة. (بطرس حافظ: 2008، ص 308)

الشخصية قبل المرض تتسم حسب حامد زهران بالسمات التالية: انطواء وانسحاب، الهدوء، الجدية، الانغلاق، الخجل، الأدب، قلة الأصدقاء، قلة الاهتمامات، نمطية العادات، الجمود والمحافظة، وتحاشي الملذات، قلة التحمل، الحساسية النفسية، والميل إلى البكاء، التردد، الحذر، الجبن، السرية والعناد، الخضوع، الاعتماد على الآخرين، الميل إلى التبعية، التواضع الشديد، خفض قيمة الذات، لوم الذات، كبت الدوافع، الشعور بالخيبة، عدم الأمن، سوء التوافق الجنسي، سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية، الميل إلى تصنع الحياء والحشمة، الضمير الحي والتضحية من أجل الآخرين. (حامد زهران: 2001، ص 515)

كما تتسم بالحزن و اليأس النفسي والصعوبة في التفكير، الشعور بالتفاهة والذنب والاكتئاب، وفيها يكون الشخص معظم حياته في حالة من الحزن غير المعيق لتأدية أعماله لكن سمة بارزة له بالإضافة إلى تأنيب الضمير شبه المستمر والإحساس بقلة الحيلة في الحياة والنظرة السوداء للأمور وهؤلاء يتم تشبيطهم حيال أي ظرف جديد. (مأمون صالح: 2011، ص 220).

وتشكل الشخصية الاكتئابية مجموعة من الظواهر ذات الصلة بالمزاج الاكتئابي ليس لها بداية محددة واضحة، فالبكاء يعاود صاحب هذه الشخصية بشكل متقطع ومتكرر كرد فعل لمؤثرات خارجية مؤقتة وخفيفة وقد تكون اهتماماته قليلة أو سطحية بطبعه. (الفضل الخاني: 2006، ص 155).

إن شخصية المكتئب قبل وبعد الإصابة لا تختلف كثيرا من حيث النوع، إنما تزداد من حيث الحدة، فالحزن يصبح شديدا والتوتر يزداد، وتزداد كافة السمات السابقة، و بازدياد حدة هذه السمات تزداد حدة الاكتئاب وخطورته على الصحة النفسية للفرد وتوافقه مع نفسه ومع الآخرين من حوله. (يوسف الشاعر: 2014، ص 34-35)

5. الأسباب العامة للاكتئاب:

- التوتر الانفعالي والخبرات المؤلمة والكوارث والشدائد التي ينهزم الفرد أمامها ولا يستطيع تحملها وتقبلها: موت عزيز، فراق، طلاق، خسارة فادحة.
- الحرمان الشديد من الحب المساندة والاهتمام.
- فقدان المكانة أو الكرامة والشرف والوظيفة أو الثروة.
- الصراعات اللاشعورية وهي كل ما تعرض له الفرد في حياته من احباطات ومشكلات ولم يتم حلها على مستوى الوعي والإدراك. (علا عبد الباقي: 2009، ص 79)
- تكرار مواقف الإحباط وتراكم الفشل وخيبة الأمل.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
- الخبرات القاسية الصادمة والتفسير الخاطئ لها مثل الاغتصاب، الاعتداء.
- الوحدة مع العنوسة سن القعود مع تدهور اللياقة والكفاءة البدنية والشخصية وعدم شغل وقت الفراغ.
- تعرض الفرد لمعاملات والدية خاطئة في طفولته التفرقة بين الأبناء التسلط القسوة الإهمال.
- المغالاة في الطموح و الأمنيات بما لا يتناسب مع الواقع و الإمكانيات المتاحة والقدرات فتكرر معها بعض خبرات العجز والفشل .
- سوء التوافق مع أقرب الناس ووجود كره أو عدوان مكبوت لا يسمح له الأنا الأعلى بتوجيهه للخارج فيتجه نحو الذات ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.

- النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات وتكرار التعرض لخبرات منفردة.
- الهجرة أو السفر الطويل.
- الفقر الشديد والاعتماد على الغير في تلبية المتطلبات الأساسية للحياة.
- الإغراق في المادية وإشباع المتطلبات الجسدية فقط وإهمال متطلبات الروح.
- قد يتعلم الأطفال من الوالدين بعض الأنماط الفكرية السلبية كالتشاؤم إساءة الظن الحساسة المفرطة بعض السلوكيات غير السوية مثل الانطواء العزلة العصبية مما يجعلهم عرضة للاكتئاب. (الباقي إبراهيم: 2009، ص81)

كما توجد الكثير من العوامل الأسرية التي تهيأ الأطفال والمراهقين إلى الإصابة بالاكتئاب وتشمل العلاقات الأسرية الجافة، المناخ الانفعالي الأسري البارد والقاسي. زيادة شيوع الصراعات والخلافات الأسرية، نقص أو قصور علاقات التواصل الأسري، ونقص أو قصور مهارات حل المشكلات، بالإضافة إلى زيادة عوامل الخطورة المؤدية إلى الإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال الذين يعيشون مع آباء يعانون من الاكتئاب بسبب أن السلوكيات والأعراض الانفعالية والأنماط المعرفية الممثلة لدائرة الاكتئاب غالباً ما تتجسد في الأداءات السلوكية للآباء، ويتعايش الأطفال مع هذه الأداءات بصورة يومية، ومن هنا نستطيع تفهم جزء من سبب زيادة شيوع الاكتئاب بين الأطفال في الآونة المعاصرة. في ظل التزايد المخيف في مصادر الضغوط والأزمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تتعرض لها مؤسسة الأسرة في المجتمعات المعاصرة بسبب حالة التحولات الدراماتيكية في أساليب الحياة على مستوى الفكر والانفعال والسلوك. (محمد السعيد أبو حلاوة، ص04)

6. أنواع الاكتئاب وتصنيفاته:

يختلف الاكتئاب العصابي عن الاكتئاب الذهاني، الذي يتسم بتحقير الذات وتصاحبه هلوسات اضطهادية، ويهدف إلى تهدئة مشاعر القلق وإخفاء العدوان وكبت ولفت الانتباه. (نبيل سفيان: 2004، ص178).

وهناك أنواع عديدة للاكتئاب حسب الموقف والشدة والسبب ونكر هنا مجموعة من هذه الأنواع والتصنيفات:

1- "الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهاني: psychotic dépression وينتج عن سبب عقلي خالص وليس له سبب شعوري أو غير شعوري لكنه راجع إلى اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي.

2- الاكتئاب الخارجي أو النفسي العصبي neurotic dépression : يرجع إلى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي. (آسيا بركات:2000، ص33).

الفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني: فالفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع وتصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة، وهذا ما نوضحه في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): الفرق بين الاكتئاب العصبي والذهاني.

الاكتئاب العصبي	الاكتئاب الذهاني
1- غير عميق الجذور	1- عميق الجذور.
2- لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	2- يصاحبه جمود انفعالي تام ويندر معه التعاطف الشعور والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مشيرات الفرح
3- الاتصال بالواقع موجود.	3- الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية.
4- درجة النكوص عادية	4- درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة.
5- التقييم الذاتي سلبي.	5- التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته ونفعه.
6- النشاط العقلي بطيء نسبياً.	6- بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية.
7- لا توجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام.	

<p>7- توجد فيه أوهام اكتئابية و هلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام.</p> <p>8- فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات.</p> <p>9- المريض لا يسعى للعلاج.</p> <p>10- علاجه في مستشفى الأمراض العقلية.</p>	<p>8- فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس على نية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار، وخوف من الإقدام عليه والهدف هو إيقاع الألم بالآخرين.</p> <p>9- المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج.</p> <p>10- علاجه في العيادة النفسية.</p>
--	---

(زهران: 1997، ص520)

وهناك من يقسمه حسب الشدة إلى :

- 1- **الاكتئاب البسيط:** ويظهر فيه المصاب عزوفا عن الحياة ويبدو في شكل شعور بالإجهاد و بثبوت في العزيمة والشعور بعدم لذة الحياة، وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربته وقد لا ينجحون.
- 2- **الاكتئاب الحاد:** يظهر المصاب أبطأ ذهنيا وحركيا وأوجاعه متوهمة، يشعر بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء ويفقد السيطرة على نفسه، ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب وتعثره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويصبح متبلدا ذهنيا. (أسيا بركات: 2000، ص34)

ونضيف أيضا تصنيفات وأنواع أخرى:

- **الاكتئاب الارتدادي: réactive dépression:** يظهر نتيجة تعرض الفرد لأحداث خارجية صادمة كالحروب والأزمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وفي هذه الحالة تكون استجابته مرتبطة بالموقف وعادة ما تنتهي بانتهاء الأزمة، ويذكر بيك أن الاكتئاب الارتدادي يحدث كاستجابة لحدث سابق محدد ويترك تأثيره في شخصية الفرد. (لابا لويس: 2010، ص47)

- **الاكتئاب الاهتياجي**: عادة يكون المكتئب خاملا وكسولا، وفي بعض الحالات تحدث لديه هبات من الاهتياج وربما العدوانية. وهذا لا ينفي وجود مشاعر الحزن والتضاؤل في القدرة الفكرية. (لابا لويس: 2010، ص48)

وقد كشف الطب العقلي عن أنواع أخرى منها :

1- الاكتئاب الراجع لعة جسمانية: ويحدث هذا النوع كما يرى واتس (Watts) نتيجة مرض أو إصابة بالمخ ويأتي مصاحبا لمرض عصبي معروف باسم (باركينسون) ويعقب الإصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي، ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص، وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين (ب) ، وقد تصاب المرأة بعد الولادة ، ويحدث بسبب إدمان المخدرات والخمور .

2- الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : ويسمى بالاكتئاب الأحادي القطب.

3- اكتئاب سن اليأس: ويصيب الأفراد غالبا في الأعمار المتوسطة والمتأخرة ما بين (40-55) سنة عند النساء وما بين (50-65) سنة عند الرجال.

4- الاكتئاب الشرطي: ويرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه.

5-الاكتئاب المزمن: وهو دائم وليس في مناسبة فقط.

6-الاكتئاب القهري: يظهر على الشخصية القهرية إذا حيل بينهما وبين القيام بالأعمال الروتينية التي تقوم بها .

7- الاكتئاب الخلقى: ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص، يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة والتشاؤم، ويشق عليهم اتخاذ قرار بسهولة، وإذا بدؤوا شيئا لم يكملوه وتعوزهم الثقة بالنفس.(الخالدي:2009، ص364)

9- الاكتئاب الدوري: وتراوح مزاج المريض بين الاكتئاب والانشراح، وقد تأتيه نوبة الاكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو شهور أو سنوات يشعر خلالها أنه متعب ويأس ويوجه اللوم على نفسه وينعزل، وتعد لحظات الانشراح بمثابة دفاعات ضد الميل القوي والعميق للاكتئاب.

10- الهوس الاكتئابي أو الدوري: هنا يجيء الاكتئاب في شكل دورات تسبقها أو تتلوها دورات من الاهتياج والهوس والنشاط الزائد، وينظر لهذا النوع على أنه أشد خطرا لأنه لا يصيب مشاعر

المريض وعواطفه فحسب، بل يصيب كثيرا من قدراته الأخرى بما فيها قدرته على التفكير السليم وعلاقاته الاجتماعية وتشويه إدراكه لنفسه وللعالم المحيط به، ومن ثم قد يصبح المريض خطرا على نفسه بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية والحيوية، أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقى ضارة به كالانتحار، ذلك الفعل الذي يتوج قمة عجزه وإحساسه باليأس. (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص19)

11- الاكتئاب الفجائي: استجابات انفعالية تظهر فجأة وتختفي بسرعة، وترافق إصابات المخ التي في الفص الصدغي .

12- الاكتئاب النفوري : المريض به يكره أن يذكر مرضه ويبغض بشدة كل عناية يلقاها بسببه .

13- الاكتئاب بعد النوم : وهو حالة وقتيه تعقب النوم .

14- الاكتئاب الانفصالي : هذا النوع حسب سبيتز **SPITZ** يعاني منه الأطفال الصغار أقل من ستة أشهر الذين يفصلون عن أمهاتهم مدة طويلة إذ تظهر عليهم ألام الفراق، وبعد ثلاثة شهور أو نحو ذلك يكفون عن البكاء ولا يثيرهم إلا مثير أقوى، ويجلس هؤلاء الأطفال في شروود وقد اتسعت عيونهم وذهلوا عما حولهم،(Adolfo:1986,p174)

كما ويشق على مخالطتهم التخاطب والتبسط معهم، ويصاب به الأطفال في السن بين 6-8 أشهر ومن أعراضه فقدان الشهية للطعام والهزال وعدم النوم. (الخالدي:2009، ص364)

15- الاكتئاب المسمى (الدنف): ويسمى المرض الثقيل وهو نمط من الاكتئاب التفاعلي يلزم الطفل المحروم عاطفيا إلى أن يؤدي به حيث يصاب بفقدان الشهية وينطفئ لونه ويظل كذلك حتى يموت. (الجبوري: 2010، ص 28).

16- الاكتئاب النفسي: تستثيره خبرة معينة غير سعيدة أو حادثة مؤلمة مثل فقدان المرء لعمله أو حادثة وفاة قريب له أو إصابة شخص عزيز عليه بمرض خطير أو تدهور في الحالة المالية، وهذه الأمور تستوجب الحزن عند كل الناس، ويكون الألم والحزن هما الاستجابة الطبيعية لها، ويستعيد الناس الأسوياء اتزانهم بعد فترة معقولة من الزمن، في حين نجد أن المريض المصاب يندفع إلى حالة عميقة من الاكتئاب، ويظل محاصرا فيه، كما يتميز المصاب بالاكتئاب النفسي بأنه يستجيب للتشجيع والدعم والإسناد ويطلب العون في تخفيف آلامه وحزنه ولا ينقطع عن عمله، ويحاول تغيير ظروفه بالانتقال إلى محيط آخر في حين نجد مريض الاكتئاب العقلي لا يستجيب إلى من يتقدم لمساعدته ولا يطلب العون والدعم من أحد ويرفض فكرة مرضه تماما فهو يشعر بوجود هذات لديه، ولا يعترف

لآخرين بها، وتؤدي به هذه الأعراض دائما إلى التدهور في التفكير، ومن ثم تؤدي به إلى الانتحار. (جمال أبو دلو: 2009، ص302).

17- الاكتئاب الملانخولي: هو حالة مرضية غير عادية أعراضها الأساسية الحزن والحداد واليأس وفقدان القدرة على الاهتمام والعناية وتدني تقدير المريض لنفسه، والإفراط في الحركة ويميل إلى إتباع أنماط السلوك الفصامي. (الخالدي: 2009، ص365)

18- الاكتئاب العصابي الدفاعي: وهو عصاب دفاعي ميكانيزمي للتخلص من نوبة زائدة ومبهمة من القلق، يكمن وراءه تهديد داخلي وغالبا ما يحمل معه هذا القلق التهديد بالإحباط فيقوم الاكتئاب بإزالة هذا التهديد بأن يعيش المريض خبرة خيالية معينة وكأن الإحباط قد تم فعلا، وهذا التخيل يساعد الفرد على إعادة اتزانه لأن النفس تستطيع أن تتحمل الإحباط التي تم فعلا وأصبح أمرا واقعا بقدر أكبر من قدرتها على تحمل التهديد بالإحباط. (الخالدي: 2009، ص363)

أما في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية نجد الأنواع التالية:

- اضطراب المزاج المتقلب المتشوش: في هذا النوع يكون الفرد في حالة انفجارات متكررة وشديدة من الغضب تتجلى لفظيا (الاحتدام اللفظي) و/أو سلوكيا مثل الاعتداء الجسدي على الأشخاص والممتلكات، وهي بشكل صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للاستنزاف.

- الاضطراب الاكتئابي الجسيم: ويكون استجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، انهيار مالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة)، وقد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق وفقدان الشهية وفقدان الوزن.

- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج): يعتبر هذا النوع أو الاضطراب دمجا للاضطراب الاكتئابي الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج، ويتسم بمزاج منخفض طول اليوم، وأكثر الأيام لمدة سنتين على الأقل، كما يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال والمراهقين مستثارا، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل، والذي يتمظهر في ضعف الشهية للأكل أو زيادة الأكل، أرق أو فرط في النوم، التعب، انخفاض الشعور بقيمة الذات، ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات، وجود مشاعر انعدام الأمل واللاجدوى. (أنور حمادي: 2014، ص78)

- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث: ويحدث في معظم دورات الطمث، ويظهر في الأسبوع الأخير قبل بداية الطمث، وتبدأ في التحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتصبح أقل ما يمكن أو قد تغيب في الأسبوع التالي للطمث، ومن أعراضه، عدم الاستقرار الانفعالي وتقلبات المزاج والحساسية والشعور المفاجئ بالحزن والبكاء، غضب ملحوظ وتامل وزيادة الخلافات الشخصية، الشعور باليأس و الأفكار عن الانتقاص من الذات، قلق وتوتر ملحوظ. (أنور حمادي:2014، ص80)

- الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة أو دواء: هو اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة تقريبا، وتتطور الأعراض هذه خلال أو حالا عقب الانسمام بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما. (أنور حمادي:2014، ص81)

- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى: هو اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة تقريبا، بحيث يكون هنالك فحص جسدي أو نتائج مخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى. (أنور حمادي:2014، ص83)

- اضطراب اكتئابي محدد آخر: ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

- اضطراب اكتئابي غير محدد: ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب إحباطا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية. (أنور حمادي:2014، ص74-86)

7. أعراض الاكتئاب :

الاكتئاب له أصول ومصادر متفرقة ومختلفة وتظهر سماته وأعراضه في الحزن الشديد المتعلق خاصة بفقدان موضوع مهم له، نقص وتراجع ملحوظ في اهتمامات وأنشطة كانت مصدر متعة له سابقا. (maja Perret: 2004,p58)

1.7. أعراض الاكتئاب وفقا للتشخيص الإحصائي الخامس:

محددات الاضطرابات الاكتئابية كما تم تصنيفها في الدليل الإحصائي الخامس إلى ما يلي:

- مع انزعاج قلبي: وتتمثل الأعراض في:

- الشعور بالتقييد أو بالتوتر.
- شعور بالتململ على نحو غير عادي.
- صعوبة التركيز بسبب القلق.
- الخوف من أن شيئا مروعا قد يحدث.
- الشعور بأن الفرد قد يفقد السيطرة على نفسه.

- مع مظاهر مختلطة:

- مزاج مرتفع متمم.
- تضخم تقدير الذات أو عظمه.
- ثثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
- تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
- ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعيا- في العمل أو في المدرسة- أو جنسيا).
- الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
- انخفاض الحاجة للنوم (الشعور بالارتياح رغم النوم لأقل من الفترة المعتادة، والمتناقض مع الأرق).

- مع مظاهر السوداوية:

- فقد المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها.
- انعدام التفاعل مع المنبهات الممتعة عادة (لا يشعر بتحسن، ولو وقتي عندما يحصل شيء جيد).
- سرية مميزة من المزاج المنخفض تتميز باليأس والكآبة العميقة و/أو النكد الشديد أو ما يدعى المزاج الفارغ.
- يزداد الاكتئاب سوءا بانتظام في الصباح.
- استيقاظ صباحي مبكر قبل الموعد المعتاد بساعتين على الأقل.
- بطءة نفسية حركية صريحة أو هياج.
- فقد شهية عصبي أو فقد الوزن ذو شأن.
- شعور مفرط بالذنب أو شعور غير مناسب بالذنب.

- مع مظاهر لانموذجية:

- زيادة كبيرة في الوزن وزيادة الشهية.
- فرط النوم.
- الشلل الرصاصي (أي مشاعر ثقيلة رصاصية في الذراعين والساقين).
- نمط طويل الأمد من الحساسية والرفض من قبل الآخرين (لا تقتصر على نوبة إضطراب المزاج الذي يؤدي إلى تدن مهم اجتماعيا ومهنيا). (أنور الحمادي، 2014، ص75-86)

وفي النوع الثاني من الاضطراب الاكتئابي الجسيم نجد الأعراض التالية:

- مزاج منخفض معظم اليوم، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ واليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).
- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.
- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب للذنب (والذي قد يكون توهيميا).
- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم الحسم.
- أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر ذو خلطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

○ انخفاض واضح في الأداء الاجتماعي أو المهني.

2.7. الأعراض العامة للاكتئاب:

يبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إذا لم تعالج في بداية الأمر، وتتميز هذه الأعراض بظاهرة هامة وهي التغيير أثناء النهار وذلك لشدتها، وهي تزداد في فترة الصباح ثم تحسن تدريجياً أثناء النهار، ثم تقل حدتها في المساء، وعندما يصحوا المريض من النوم فإنه يكون في حالة شديدة من الضيق والاكتئاب، ثم يبدأ في التحسن وسط النهار، وتكون شكوى المريض في البداية عدم القدرة على التمتع بمباهج الحياة وانكسار في النفس وهبوط في الروح المعنوية، ويشعر بعدم قيمة الحياة ثم يشعر باليأس والحزن والبكاء، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويشعر بفقدان الأمل ويصيبه الارتباك الشديد وتراوده بعض الأفكار الانتحارية. (أبو ججوح: 2012، ص96)

وقد وضعت رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية جملة من الأعراض وهي:

1. ضعف الشهية وتناقص الوزن، أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
2. الأرق أو النوم المفرط.
3. التأخر الحركي (مشاعر ذاتية من الضجر و التملل).
4. فقدان الاهتمام أو السرور في الأنشطة المعتادة.
5. تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
6. الإحساس بعدم القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
7. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز، مثل التبدل الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار.
8. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الانتحارية والتفكير في الموت لو كان ميتاً مع محاولات الانتحار.
9. الأعراض تسبب انزعاجاً إكلينيكياً أو خلافاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.
10. الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفيزيولوجية مثل عقار طبي، أو حالة طبية مرضية. (نقص هرمون الغدة الدرقية).

11. الأعراض لا ترجع إلى فقد عزيز أو أنها ظلت معه لأكثر من شهرين بعد فقد عزيز. (الحمري: 2001، ص96)

3.7. تصنيف بيك لأعراض ومظاهر الاكتئاب:

1- المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمظاهر الحياة و ضعف الثقة في النفس .

2- المظاهر المعرفية: وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته وتوجيه اللوم لنفسه وتضخيم المشكلات وانعدام القدرة على اتخاذ القرار والحسم وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية .

3- المظاهر الواقعية: وتتضمن ضعف القدرة على الانجاز ، وانعدام الميل نحو المثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها والشلل في الإدارة والرغبة في الهروب من الواقع وتجسيد فكرة الموت وتزايد الميول الاتكالية.

4- المظاهر الجسمية: تتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة الجنسية وكثرة نوبات العرق(أسامة فاروق: 2011، ص361).

8. نظريات تفسير الاكتئاب:

تعددت التفسيرات والنظريات التي طرحت وناقشت أسباب الاكتئاب بالرجوع إلى عدة عوامل ومسببات، ومن بينها نأخذ بأهم ما طرح في هذا الصدد:

1.8. النظرية البيولوجية:

أشارت العديد من الأبحاث إلى علاقة الاكتئاب بنسبة المعادن في الجسم، وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة، فقد وجد مثلاً أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن 50 بالمائة عن الطبيعة، أما الفرد المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى 200 بالمائة وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها.

كذلك وجود اختلاف في اندفاع وتراجع المعادن بين أغشية وخلايا الدماغ وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا.(إبراهيم نجمة: 2008، ص29)

أظهرت دراسة التوائم وجود معدل تطابق عالي للاضطرابات ثنائية القطب وتصل إلى 70 عند التوائم وحيدة البيضة و 20 عند الثنائية البيضة. وتزداد نسبة حدوث الاضطراب المزاجي ثنائي القطب عند الأقارب المصابين، إذا كان أحد الوالدين مصابا يتعرض أحد الأبناء بنسبة 25% وترتفع إذا كان كلاهما مصابا ب 60%. (محسن الخناتنة:2012، ص258).

و ركزت هذه النظرية على النقص الحاصل في عمل الناقلات العصبية مثل الدوبامين وال نورادرينالين وال سيروتونين والتي بحركتها المرتفعة والمنخفضة يكون لها تأثيرها في الجهاز العصبي لكل فرد، وما يدعم هذه النظرية هو أن مضادات الاكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة الناقلات العصبية في الدماغ ، وأن الخبرات الانفعالية تؤثر في النشاط الكيميائي للدماغ وعلى هذا الأساس فإن المشاعر والأفكار والسلوكيات قد تتغير تبعا للحركة الكيميائية في الدماغ. (لأبا لويس: 2010، ص68).

فعدد الدراسات بينت أن وجود نقص في العناصر الكيميائية للمخ وخاصة توزيع الأمينات، التي هي أساسا عبارة عن عناصر كيميائية يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي الذي يثبت علماء وظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم الانفعالات، حيث من المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى التوازن في العناصر الأمينية، والاكتئاب هو أحد الاستجابات المرجعية إذا شح وجود هذه العناصر. (صادق عبكه: 2012، ص50)

وهذا ما أكده البعض مثل جيلدر غاثود مايور **GELDER, GATHOUD MAYOUR** (1994) على أن نقص مادتي وال نورادرينالين وال سيروتونين في الدماغ يؤدي للاكتئاب.

" ولتوضيح العلاقات الكيميائية بالأعراض الاكتئابية يعرض عكاشة (1986) نتائج العديد من الدراسات والتي أظهرت ما يلي:

- تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث، وتشكو الكثير من النساء من التوتر الداخلي، والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء، وتلك الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.
- تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية. (يوسف النجمة : 2008، ص29).

- يصاحب مرض (المكسيديما) نقص إفراز الغدة الدرقية أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات، بل وتبدأ الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلاقة الجسمية العضوية.
- تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو انبساط مرض كتنسج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية)، أو أحيانا خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون. تقل نسبة الذهان الدوري قبل البلوغ وتزيد ببدئه. (أبو نجمة: 2008، ص30).

2.8. نظرية التحليل النفسي:

ترى النظرية التحليلية والتي تعد من أوائل النظريات التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وعلى رأسها فرويد أن الاكتئاب يحدث نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، فالخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره قد تجعله مستهدفا بشكل أساسي للاكتئاب. (دانيا الشبؤون: 2011، ص 771)

يرى فرويد أن الإشباع الزائد جدا أو نقص الإشباع خلال المرحلة الفموية يولد شخصية تابعة، فعند تعرض الفرد لخسارة فعلية كموت حبيب أو خسارة رمزية كالرفض فإنه يتولد لديه غضب لا شعوري نتيجة للخسارة يتحول هذا الغضب من غضب من الذات إلى اكتئاب. (هالة بنت صادق دحلان، ص28)

ويرى أصحاب هذه النظرية بأن الاكتئاب هو عملية نكوص للمرحلة الفموية والسادية، وأن الشخص المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً من ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد لديه أحساس بالحب والكراهية والحرمان والنبذ وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص ولتناقض عواطفه إزاء موضوع الحب المفقود يمتص طاقته ودمجها نحو ذاته أي نحو (الأنا). (حسن المحمداوي: 2008، ص8)

في حين كارل ابراهام **KARL ABRAHAM** أشار إلى " معاناة المكتئب من مشاعر البغض والضغينة، التي يحاول كبتها وإسقاطها على نفسه فيعتقد أنه منبوذ بسبب نقائصه الفطرية." (يوسف أبو نجمة: 2008، ص 28).

فالالاكتئاب عند التحليل النفسي غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب، ولكنه غضب يتحول بسبب آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها. وكأن لسان الشخص يقول لموضوع الحب: " إنك لا تشبع حاجتي لك أو لحبي فيك، والنتيجة الشعورية هي مادمت لا تحبني فأنا أكرهك، ولكنني لا أستطيع أن أصرح أو حتى اعترف بكرهيتي لك (بفعل الإحساس بالذنب والصرامة في بناء الأنا الأعلى) إذن فإنني جدير بالكراهية واستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبي وأوجه قصوري). (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص86)

أما رادو **RADO (1928)** الذي يعتبر من التحليلين الذين اهتموا بالاكتئاب يرى أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، ويصف فينيكيل **FENICHEL (1945)** المكتئب هو إنسان مدمن للحب. أما بيرينج **BIBRING (1953)** أحد أعضاء المدرسة الفرويدية المحدثه ينظر للموضوع نظرة أشمل وأكثر عصرية، فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات، ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية، أما الحاجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان، الحاجة لمنح الحب فضلا عن الحصول على الحب، ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء أو نتيجة لإحباط أي حاجة من الحاجات السابقة والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منها. (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص88)

3.8. النظرية السلوكية:

يفترض علماء النفس السلوكيون أن الاكتئاب يحدث عندما تختفي من حياة الإنسان مصادر التعزيز المعتادة ويستجيب الأفراد للخسارة والفقدان بإبطاء معدل نشاطهم وإذا لم يتم تعزيز مجهوداتهم المقبلة فإن معدل نشاطهم ينخفض بشكل كبير.

وقد وصفت النظرية السلوكية الاكتئاب ، بأنه فقدان عملية تدعيم السلوك ، حيث يرى فيرستر **(FERSTER)** أن السلوك المرضي هو نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ، ومحصلة تعليمية لسيرة الفرد وهو يرى بأن وجود الاكتئاب يقل بالتدرج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك.

ويعتقد علماء نظرية التعلم الاجتماعي أن الآباء والأمهات يقومون بشكل غير مباشر بتعليم أبنائهم خبرة الاكتئاب، وأن هناك ارتباط بين الاكتئاب وقلق الأطفال والأمهات والآباء لذلك فإن الاكتئاب يتم تعليمه وتدعيمه من خلال الأسر المريضة. (هالة بنت صادق دحلان، ص 29).

فالسوكية تعتبر أن الفرد يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم والتعليم ويحتفظ بها أما عن طريق المحاولة والخطأ أو بالتشريط، ومن هنا فالسلوكية تنظر للاكتئاب كحاصل لتجارب الفشل والإحباط، والاكتئاب هو عملية كف أو امتناع عن الاستجابات أو الأفعال الصحيحة، وهذا يعني أن الفرد عاجز عن التخلي عن الاستجابات القديمة المكتسبة خطأ والتي لا تتلاءم مع متطلبات النمو والثقة في النفس. (لابا لويس: 2008، ص 77)

وفي هذا الصدد قام سيلجمان بتجربة على الكلاب " نظرية العجز المكتسب"، وأشار إلى أن الأفراد حينما يجدون أنفسهم في ظروف لا يستطيعون فيها السيطرة عليها والتعامل معها عندئذ يستسلمون للأمر الواقع. والاكتئاب استجابة مكتسبة وهذه الاستجابة تصبح بفعل التكرار والتشريط سلوكاً مألوفاً لدى الفرد إنه سلوك الاستسلام. وفي هذا السياق أيضاً يضرب سيلجمان مثالا لحالة أسير حرب وقد وعد بالإفراج عنه، وقد طرأ عليه تحسن على نفسه ومعنوياته وعلى صحته الجسدية، ولكنه انهار عندما علم بأن الوعد كان كاذبا فانعكست صدمة الوعد الكاذب عليه وأدت إلى انهياره وتوقفه عن الأكل والنوم فمات من جراء حالة الاكتئاب التي تملكته. (لابا لويس: 2008، ص 78).

4.8. تفسير المدرسة المعرفية للاكتئاب: وذلك من خلال عدة نماذج:

أ- نموذج التشويه المعرفي: ويعد بيك من أهم رواد هذا الاتجاه، حيث تأثر تفسير النظرية المعرفية للاكتئاب بأبحاثه على مدار العقود الثلاث الأخيرة من القرن العشرين. حيث اقترح أن ما لدى مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته أصابها التشويه والتحريف، ويرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطراب للوجدان، وأن طريقة تفكير المريض والكيفية التي يعالج بها ما يرد إليه من معلومات، وما يؤمن به أو يعتنقه وطريقة تفسيره للأحداث من حوله، تعد عوامل هامة تسهم في حدوث الاضطرابات المزاجية، ومن ثم يرجع الاكتئاب إلى خلل التفكير ويرى أن هناك مثلث من الأفكار المتشائمة والنظرة السالبة عن الذات والعالم والخبرة والمستقبل. (الحمري: 2001، ص 100)

وطبقاً لرأي بيك أن التشويه المعرفي المسبب للاكتئاب يحدث نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تخلق في أذهاننا على حافة الشعور، ويتقبل مريض الاكتئاب هذه الأفكار التلقائية المشوهة مما يلي:

1- **الاستدلال الخاطئ:** من خلال بناء تعميمات أو استنتاجات على عناصر معينة في الموقف على الرغم من وجود أدلة مدعمة أو وجود أدلة ضعيفة، فقد يستنتج فرد ما أن رئيسه في العمل يكرهه لأنه لم يبد ملاحظات ايجابية عنه.

2- **التجريد الانتقائي:** حيث يبني المرء استنتاجاته على العناصر السلبية، والوصول إلى صيغة لنتيجة حدث معين على أساس من تفاصيل مستقلة، على حين يكون هناك تجاهل للبراهين الايجابية والأكثر دقة.

3- **المبالغة في التعميم:** حيث يطلق الفرد أحكاماً سلبية كاسحة أو عامة عن ذاته أو عن قدراته، وأهميته الذاتية بناء على حدث واحد تافه أو عديم القيمة، فقد يصف الفرد ما نفسه أنه في غاية السوء لأنه نسي موعداً غير ذا أهمية.

4- **التفخيم والتهويل:** مقابل التحقير والتهوين، أي المبالغة في أهمية وتواتر الأحداث السلبية، والتهوين والتحقير من شأن الأحداث الايجابية.

5- **لوم وانتقاد الذات:** أي إساءة تفسير للأحداث بشكل يبرز ما لدى الفرد من نقائص وعيوب يجعله يحقر من شأن ذاته ويلقي الملامة عليها.

6- **الكل أو لا شيء:** أي الميل للتفكير بصورة مطلقة. (الحمري: 2001، ص 101)

فيرى بيك أن الوظائف المعرفية لدى مريض الاكتئاب، تتصف بثلاث خصال أساسية وهي:

1- مرض الاكتئاب خلل في تنظيم الأفكار أو خطأ في التفكير يؤدي إلى الفهم الخاطئ للمواقف والأحداث ومن ثم تتكون لديهم أفكار ومعتقدات خاطئة يصعب التوفيق بينها.

2- هؤلاء المرضى يقومون بأفعال سلبية ناتجة عن خلل في التفكير والخطأ في فهم المواقف.

3- إن معتقدات المريض وأفكاره يسيطر عليها المثلث المعرفي السلبي ومن مظاهره تكوين أفكار سلبية حول الذات والعالم والمستقبل، وهو ما تعكسه نظرتة الداخلية فيرى نفسه بلا قيمة، أو احترام و يرى العالم بلا عدل ويرى المستقبل مظلمًا خاليًا من الآمال. (يوسف الشاعر: 2014، ص51)

فالمكتئب في الاتجاه المعرفي يتسم بالتفكير السلبي المستمر عكس الغير اكتئابي، فقد نلاحظ عنده التفكير السلبي لكن في بعض أفكاره، أما اتجاه هذا التفكير فيكون نحو الإيجاب دائمًا، فلا نجد عنده السيطرة للأفكار السلبية رغم إمكانية تواجدها عكس الشخص المكتئب الذي يغرق تمامًا في الأفكار السالبة. (black burm:1990,p13)

5.8. الاتجاه المعرفي الاجتماعي في تفسير الاكتئاب:

يفسر الاكتئاب من خلال خلط ومزج مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية، وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد، الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات.

ونوضح هذا النموذج من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم (07): النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب.

أ/ الأفراد غير المستهدفين للاكتئاب	ب/ الأفراد المستهدفين للاكتئاب
- حدث سلبي.	- حدث سلبي مماثل.
- عمليات تحديد المزاج / التقدير.	- انهيار عمليات تحديد المزاج / التقدير
- انفعالات سلبية عابرة.	- تسلط جزئي سلبي لذات ثنائية وجدانية.
- استبدال للدور والهدف المفقود.	- اكتئاب

(قنون خميسة: 2007، ص39)

6.8. اتجاه التعلم في تفسير الاكتئاب:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ، أو التعزيز الكافي ويمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافي كانسحاب الحب أو العطف،

والياس مع موت أحد الأشخاص المقربين، ويضع أنصار هذا الاتجاه عدة افتراضات في نشأة الاكتئاب منها: (العبيدي جاسم: 2004، ص255)

1- تظهر مشاعر الاكتئاب وغيرها من الأعراض مثل الشعور بالتعب والإرهاق وعندما لا يتلقى السلوك التعزيز الكافي.

2- سحب التعزيزات تخفض من حيوية السلوك والنشاط، أكثر منه في حالة وجود معزز ولكنه قليل أو ضعيف.

3- إن كمية التعزيز الايجابي عبارة عن وظيفة لثلاث مجموعات من التغيرات، منها عدد المعززات الكامنة مثل السن والجنس والجاذبية، وعدد المعززات الموجودة كوظيفة للبيئة بأن الشخص موجود مثل الشخص في المنزل وليس في السجن، ومهارات الفرد المهنية والاجتماعية.

فنظرية التعلم ترى أن هناك علاقة بين تفكيرنا وإحساسنا، وقصة المتقائل والمتشائم خير مثال على ذلك، فالأول يرى الكأس نصف ممتلئ ويسعد لذلك، والثاني يرى نصفه الفارغ ويحزن لذلك.(سامر رضوان: 2007، ص416)

إن استمرار مواجهة أحداث غير سارة تخرج عن سيطرة الشخص كالفشل غير المتوقع أو التعرض لخبرات مؤلمة في موقف ما، يمكن أن تؤدي إلى توقعات غير واقعية عن نتائج المواقف التالية التي قد يواجهها الإنسان، وشعور الفرد بأن الأحداث الأولى المؤلمة وقعت رغما عنه ولم يكن بإمكانه السيطرة عليها، يمكن أن يعمم إلى ما يواجهه من مواقف أخرى قد تكون سهلة ولا تحتوي على أي تهديد له، وهذا التعميم يعرف بمشاعر العجز المتعلمة وهي حالة سيكولوجية تتسم بعيوب ونقائص معرفية ودافعية وردود أفعال اكتئابية.(جميل عطية: 2003، ص133)

وقد وجد كثير من الباحثين منهم سليجمان 1975 و سليجمان وآخرون 1984، وبروين 1984 BREWIN و شابيرو 1985 BREWIN ET SHAPIRO أن فكرة مشاعر العجز المتعلمة يمكن أن تكون نموذجا للاكتئاب فيما يتعلق بالأعراض بل وبالأسباب أيضا.(جميل عطية: 2003، ص133-134).

9. بعض المسارات العلاجية للاكتئاب:

1. العلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها)

العلاج الترفيهي وإشاعة التفاؤل والمرح حول المريض، والرقابة في حالة محاولات الانتحار، وعلى العموم يجب الأخذ بالحسبان احتمال الإقدام على الانتحار لأي مريض بالاكتئاب حتى ولو لم يبدو ذلك عليه دون مجاهرته بذلك، حتى لا نلقت نظرتنا إلى التفكير في الانتحار. (عاطف الأغا: 2010، ص50)

2. العلاج السلوكي:

يعمل العلاج السلوكي على تعديل السلوكيات المؤدية للاكتئاب وتعليم المريض سلوكيات ايجابية تؤدي إلى رفع كفاءته، وقدرته على مواجهة الظروف الضاغطة، يعتمد أيضا على النظرية الشرطية، واعتبار الأمراض النفسية كونها عادات خاطئة تعلمها المريض كي يقلل من درجة التوتر والقلق، ويتجه العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب وبناء فعل شرطي منعكس جديد ليكون بديلا عنه. (مهند سليمان: 2014، ص38)

3. العلاج المعرفي:

يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المريض حيال نفسه ومجتمعه، واستبدال هذه المفاهيم بأخرى أكثر ايجابية، ويعتمد العلاج المعرفي على اكتساب المريض المعارف الايجابية اللازمة وتوضيح مضار وعيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته، مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته. (Kalamani: 1993, 87)

4. العلاج المعرفي السلوكي:

عرفه المعجم الموسوعي النفسي، بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي المعالج لإساءة تأويل الواقع، ولذلك تكون الأولوية في العلاج المعرفي تصحيح التصورات الخاطئة وبالتالي يتم تقليل الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطيء، ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض.

وعرفه بيك بأنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في هذا السلوك وهذه المبادئ هي العمليات المعرفية (تفكير، تخيل، تذكر، إدراك) ذات العلاقة بالسلوك المختل وظيفيا. تعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لإنتاج تغيير في السلوك، فالسلوك المختل وظيفيا ناتج عن نماذج تفكير منحرفة، تم الإبقاء عليها وهي: أي مصادر معرفية سلبية وغير واقعية أو توقعات سلبية. هذا العلاج

هو مدخل يتم من خلاله تعديل سلوك كل الأشخاص أطفال مراهقين أو كبار، وفي أماكن مختلفة منزل مدرسة أو عمل. (أنسام مصطفى: 2013، ص 109)

5. العلاج التحليلي:

يهدف إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية وتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنياً على الواقع بشكل أكبر، وتركز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة، وفهمها ومناقشتها وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات، ومن ثم إحداث التغيير اللازم في بناء الشخصية، وأهم الأساليب العلاجية تتضمن التداعي الحر الذي ينفس فيه المكتئب عم يجول في خاطره من أفكار ومشاعر، بحيث يتم من خلال هذا التداعي الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه، وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوتة، ويسعى المعالج إلى تشجيع الفرد على التداعي الحر بالتعاطف مع خبراته ومشاعره وتفسير المقاومة للعلاج إن وجدت، وبالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام وزلات اللسان والاختبارات الإسقاطية العلاقة العلاجية نفسها، يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي يركز عليه ومن خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة والتمثل للشفاء. (القمش والمعايطة: 2011، ص 280-281)

8.6. العلاج بالعقاقير والأدوية:

هناك عدة أنواع من العقاقير لعلاج الاكتئاب مستخدمان منذ سنوات عديدة وهما: المجموعة التقليدية المركبات الثلاثية أو الرباعية الحلقات/ مثل تريبتول، تفرانيل، وهي أدوية مؤثرة ورخيصة لكن آثارها السلبية كثيرة مثل زيادة سرعة دقات القلب، جفاف الحلق، الإمساك، زيادة الوزن.. العقاقير المانعة للأكسدة، المركبات الأحادية الامينية، إلا أن هذه الأدوية تحتم على من يأخذها الامتناع عن الكثير من الأطعمة.

كما يستخدم حالياً أنواع حديثة من العقاقير لعلاج الاكتئاب ولها آثار جانبية أقل ومفعولها العلاجي سريع مثل فلوكستين (بروزاك)، وسبرام، فافرين. (بطرس حافظ: 2008، ص 317) والغالبية العظمى من مرضى الاكتئاب لا يحتاجون دخول المستشفى لكن البعض يحتاجها مثل المرضى ذوي الميول الانتحارية لخطورته على نفسه، أو إذا أصاب المريض الذهول الاكتئابي لحاجته إلى رعاية خاصة. (حافظ بطرس: 2008، ص 320)

10. الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين:

المشكلة التي تواجه الشاب الصغير أو المراهق تعتبر مشكلة ذات شقين، أحدهما يتمثل في النضج الجسمي الجنسي والاجتماعي والفكري، وهو نضج مفاجئ ويتطلب كثيرا من المهارة والمقدرة على التعامل معه على نحو فعال. وهذا ما يفتقده المراهق أو الشاب العربي الصغيرة لأسباب كثيرة...، والشق الآخر يتمثل في ردود الفعل والتوترات التي يثيرها هذا النضج في البيئة الاجتماعية للمراهق بمن فيهم الآباء والمعلمون، وأجهزة الضبط الاجتماعي.

وتتزايد الصراعات خاصة عندما تكون البيئة (ممثلة في الأبوين وأفراد الأسرة) على جهل واضح أو على الأقل عدم إلمام ووعي كافيين بحقائق هذا النمو، وعندما لا تكون مسلحة بالأساليب النفسية والاجتماعية التي تساعد على تيسير التواصل والتفاعل مع المراهق والتعامل معه بطرق تربوية وعلاجية تساعد أبنائنا على الانتقال برفق للمراحل التالية من العمر، وعلى تدريبهم على مواجهة الاحباطات والتعامل مع الضغوط المختلفة التي يتعرضون لها. (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص36)

يقول الدكتور فتحي لوزد أخصائي أمراض نفسية وعصبية ومدير بمستشفى بهمان: فترة المراهقة مليئة بالاحباطات ومما يزيد من تلك الاحباطات الطريقة التي يتعامل بها الوالدين والأقارب، إذ هي تتسم بالتناقض وعدم الاتساق فهم تارة يتعاملون معه على أنه ناجح عاقل مسؤول، وأخرى يتعاملون معه على أنه مزال صيبا ليس من حقه التدخل في شؤون الكبار أو التصرف مثلما يتصرفون، وهم غالبا يذكرونه بأنه مزال صيبا حين يمنح نفسه حقوق الكبار ويذكرونه أنه أصبح رجلا حين يغني نفسه من مسؤوليات الكبار. (فاضل عبد القادر: 2005، ص50)

هذا التناقض في التعامل يوجد لديه حالة من التوتر و التشوش الوجودي، ويجعله -وهو مزال في طور التكوين- عرضة للعديد من المتاعب والتقلبات النفسية.

فإذا كان التغيير الطارئ على المراهق هو مجرد زيادة أو اشتداد لمسميات معينة كانت تميز سلوكه من قبل، فذلك لا يدعو للقلق، لكن إذا كان التغيير هذا من قبل اكتسابه لخصائص غريبة في السلوك أو التفكير، فحينئذ يمكن الحديث عن اضطراب نفسي محتمل.

اكتئاب الهوس الدوري الذي يتسم بالهبوط الشديد في المعنويات، وبالخمول في التفكير والكلام والحركة، والسوداوية في المزاج والأفكار والأرق بعد ساعات قليلة من النوم. و قد نجد في فترة المراهقة حالات كثيرة من الاكتئاب خاصة المقنع أو الاكتئاب الذي يختفي وراء أعراض أخرى بعيدة عنه ظاهريا. وقد تتركز هذه الأعراض في الشكاوي والأوهام بالإصابة بمرض عضوي، أو بصداق مزمن لا

يستجيب لمسكنات الألم، أو ألم الظهر ومتاعب الجهاز الهضمي أو اضطراب الوظائف الجسمية عموماً. (فاضل عبد القادر: 2005، ص51)

وجدت إحدى الدراسات على 104 طفل ومراهق مكتئب ضمن معايير DSM4 أنهم يعانون من اكتئاب شديد وتعكر المزاج واضطرابات التكيف ومزاج اكتئابي مستمر (daniel baily,2004,p55) وقد يتخذ الاكتئاب صورة أخرى مميزة وجديرة بلفت الأنظار. أي تحويل مشاعر الاكتئاب إلى أفعال وسلوكيات مرضية، مثل السرقة، العدوانية، الانتماء إلى جماعات شبابية منحرفة. أو قد يتخذ صورة الإدمان إدمان الكحول أو الحبوب والمواد المخدرة. ذلك غالباً أن المراهق لا يستطيع التعبير عن الحالة الوجدانية الاكتئابية، كما هي، فيبعد عنها بطريقة لا تظهر بمظهر المكتئب، إذا تبدو له الأشياء من حوله باعثة على السأم والملل الشديد، أفراد أسرته، أصدقائه، أفعال الحياة اليومية كل ذلك يجده مثيراً للسأم.

وحالة الملل أو الألم تلك نجد خلاصها في الفعل المثير، المليء بالانفعالات والمحفوف بالمخاطر، من هنا يتجه إلى السلوك المنحرف والذي هو في جوهره تعبير عن الاكتئاب. (فاضل عبد القادر: 2005، ص52)

11. الاكتئاب والإقدام على الانتحار:

إضطرابات وأعراض الاكتئاب تعرف على أنها أمراض نفسية وعقلية تتصل وترتبط كثيراً بالسلوك الانتحاري لدى المراهقين وهذا ما توصلت إليه دراسات عديدة منها: **APTER ET AL 1998, BEAUTRAIS 2000, TOMPSON ET AL 2007.(catherine et françois:2011,p257)**

كما أن في كتاب دوركايم الانتحار دراسة سسيولوجية قد بين أثر فقدان عنصر التضامن والتكافل الاجتماعي باعتبارهما من أهم الأسباب المؤدية للانتحار، حيث يشعر الفرد أنه يعيش حالة انهيار والعزلة والوحدة المرضية، وأن عالمه الخاص مليء بالمآسي، وتراجع لديه قوة التحمل فيلجأ للانتحار كوسيلة تختفي من خلالها هذه المآسي التي يعيشها بداخله ويتصورها في علاقاته مع الآخرين، وهذا يفسر غياب محيط ووسط مساندة للفرد، أين يستطيع أن يحقق حاجاته العاطفية والوجدانية، فالانتحار هو تحويل المآسي من حالة الوجود إلى حالة الفناء، ونظراً لحدة المعاناة فالمريض يعتقد أنه كلما

تخلص من نفسه يتخلص من المعاناة. وكل هذا ناتج عن حالة من القنوط واليأس التي تصبح جوهر الحياة اليومية. (قويدر: 2018، ص15)

أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية في أواخر التسعينيات إلى أن عدد حالات الانتحار في العالم يبلغ 800 ألف حالة سنويا، ويعتبر الاكتئاب النفسي هو السبب الرئيسي في 80 بالمائة من حالات الانتحار والذي يتتبع الأخبار ويطلع الحوادث في الصحف يجد أن أخبار حالات الانتحار تكاد تكون ثابتة بصفة يومية وهناك فرق بين الأزمات النفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى التفكير في الانتحار كحل للهروب من هذه الأزمات وبين الاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى الانتحار في مقدمتها الاكتئاب.

الأفكار الانتحارية في مرضى الاكتئاب: هنالك عوامل عديدة تتدخل في تفكير المريض بالاكتئاب في الانتحار منها شدة حالة الاكتئاب وطبيعة المشكلات التي يعاني منها المريض وارتباطه بأسرته ومعتقداته الدينية والفكرية.

هذه العوامل قد تشكل دافعا قويا لمريض الاكتئاب في إيذاء نفسه أو محاولة الانتحار فكلما اشتدت الحالة كلما زادت احتمالات السلوك الانتحاري والمحاولات الانتحارية، وهناك أساليب يمكن الاستدلال بها عن إمكانية قيام المريض بالانتحار أو محاولة الانتحار من خلال مجموعة من الأسئلة التي تكشف عن ذلك:

- هل فكرت قبل ذلك أو تفكر الآن في التخلص من هذه المعاناة بإيذاء نفسك؟.
- هل تدور بعقلك بعض الأفكار حول التخلص من الحياة؟
- هل تفكر في وسيلة لإيذاء نفسك والهروب من مشكلتك بالانتحار؟
- هل قمت قبل ذلك بأي محاولة لإيذاء نفسك؟ وكيف تم ذلك؟
- هل قمت بكتابة بعض الأوراق أو الرسائل حول فكرة أن تتخلص من حياتك؟
- هل هناك ما يمنعك في التفكير في الانتحار؟
- هل تعيش بمفردك الآن وتبتعد عن أسرتك وأقاربك؟
- هل تعاني من بعض الصعوبات النفسية التي لا يمكن احتمالها؟ (لظفي الشربيني: 2010، ص193)

وتمثل إجابة المريض على هذه الأسئلة مؤشرا عما إذا كان يفكر في إيذاء نفسه وتبادره أفكار انتحارية أو لا.

هناك بعض الحالات التي يستدل بها الأطباء النفسيين على أن بعض مرضى الاكتئاب لديهم دافع قوي على الإقدام على الانتحار، ومن هذه العلامات إحساس المريض بالضيق الشديد وأن صبره نفذ ولم يعد لديه قدرة على الاحتمال، وهو في هذه الحالة يبدو مستسلما ولا يرحب بمناقشة مشكلاته أو البحث عن حلول لها لأن الحل بالتخلص من الحياة يبدو أمامه وكأنه الخيار الوحيد والأفضل في حين يغلق الباب أمام أية حلول أخرى. ويفسر علماء النفس الانتحار بأنه نوع من العدوان الداخلي الذي يترد إلى النفس بدلا من الخروج إلى المحيطين بالشخص.

رغم أن بعض الأشخاص يقدمون على الانتحار دون أن يعرف عنهم الإصابة بالاكتئاب قبل ذلك، إلا أن مراجعة حالات الانتحار تؤكد أن نسبة كبيرة منهم كانوا يعانون من حالات اكتئاب نفسي شديد في الوقت الذي أقدموا فيه على الانتحار. بعض حالات الاكتئاب النفسي الحادة التي تكون مصحوبة بالبطء الحركي الشديد وهبوط الإرادة قد تسبب عجز المريض عن الإقدام على الانتحار رغم أن الفكرة تتور برأسه، وقد تكون المحاولة أثناء فترة العلاج حين يبدأ المريض في التحسن الحركي قبل زوال أعراض الاكتئاب. تكثر الحالات مع الصباح أين يكون مشاعر الاكتئاب في قممتها، وقد لاحت دوائر الشرطة الفرنسية في بعض الدول الأوروبية أن حالات الانتحار تقع دائما في عطلة نهاية الأسبوع وفي أيام الأعياد وتفسير ذلك هو أن إحساس الاكتئاب يزداد عمقا لدى الكثير من الأشخاص في مثل هذه المناسبات التي يفترض أن تكون فرصة للبهجة والاستمتاع بالحياة. (لظفي الشربيني: ص 194-195).

هناك دراسات عديدة مرتبطة التي درست علاقة الاضطرابات النفسية وخاصة القلق والاكتئاب بالمحاولات الانتحارية لدى الشباب والمراهقين، كدراسة **AUGUST ET DOLBER NICOLA** ودراسة **1984 WISSMANN ET COLL.** ودراسة **JOHNSON ET COLL.** ودراسة **1990**، والذي وجدوا أن معدل حالات الانتحار مرتفع لدى الحالات والأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعلى رأسها الاكتئاب.

ودراسة 1999 PAULAK ET COLL حول علاقة الاكتئاب بالانتحار لدى الأطفال والمراهقين، حيث قاموا بمقارنة مجموعتين من المراهقين الذين حاولوا الانتحار والذين لم يحاولوا الانتحار، وأثبتت الدراسة وجود أعراض اكتئابية قبل 24 ساعة من القيام بالمحاولة الانتحارية، وإضطرابات نفسية أخرى أهمها القلق الحاد، وهذا يعني أن الاكتئاب حسب هذه الدراسة يؤدي إلى ارتفاع احتمال حدوث الانتحار والمحاولة الانتحارية. (Henri charbol: 2003,p60)

يؤكد ولسون وآخرون أن هناك علاقة بين الاكتئاب والانتحار، فقد تبين أن نسبة الانتحار بين المكتئبين تزيد عن غيرها لتصل إلى ما يقارب 15 بالمائة من بين حالات الانتحار، وأن نسبة 80 % تسود بينهم حالات الاكتئاب، وأن نسبة الوفاة المبكرة تزيد في حالات الاكتئاب بسبب تعرض نسبة من المكتئبين للانتحار. (Wilson et al: 1996, p75)

يتصل الاكتئاب بالانتحار أو محاولة الانتحار أكثر من غيره من الاضطرابات النفسية، ولوحظ أنه مرتبط بنسبة تقدر بين 40 و 60 بالمائة، من حالات الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية. (راضي الوقفي:2003، ص631)

فهناك علاقة بين الانتحار وزيادة ونقصان المواد الكيماوية في الجسم الناجمة عن التوتر أو التعب أو الحرمان من النوم، وقد أشارت بعض البحوث إلى أن لمادة السيروتونين في الدم علاقة بالانتحار، وكلما زادت نسبتها ارتفع احتمال حدوث الانتحار، كما أن لهذه المادة علاقة كبيرة بمرض الاكتئاب. (أمل مخزومي: 2008، ص225-226)

خلاصة الفصل:

يعد الاكتئاب النفسي من أكثر الاضطرابات التي يشيع انتشارها في عالمنا اليوم، والذي يمس بدوره كل الشرائح العمرية والفئات الاجتماعية، فهو استجابة نفسية أو نتيجة حتمية لجملة من الضغوط و ظروف نفسية وأسرية واجتماعية أو جسدية، تؤثر بدورها على سلوك الفرد وطريقة استجابته للمثيرات المختلفة.

و يتمظهر أساسا هذا الاضطراب خاصة في مرحلة المراهقة في الانعزال والانطواء على النفس، عدم القدرة على التحمل وانجاز الأعمال و تدني تقدير الذات. وهو يتراوح في الشدة بين البسيط وبين الشديد الذي يعد تهديدا مباشرا للحياة والأمن الذاتي، من خلال جملة الأفكار السوداوية التي قد تنتاب المراهق إذا لم يتلق التكفل المناسب.

ولذا ونظرا لخطورة ما قد يؤدي إليه الاكتئاب نجد أنه ليس فقط مجرد شعور ذاتي بل هو تهديد للحياة والبقاء ويحتاج إلى علاج وتكفل نفسي مكثف من خلال مختلف المسارات العلاجية وخاصة من خلال تكثيف التكفل والعلاج والإرشاد النفسي بالتلاميذ في الوسط التربوي.

الباب الثاني:

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:

إجراءات الدراسة

الميدانية

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

1. مجالات الدراسة.

1.1. المجال الجغرافي.

2.1. المجال البشري.

3.1. المجال الزمني.

2. منهج الدراسة.

3. أدوات الدراسة.

1.3. الملاحظة.

2.3. المقابلة نصف الموجهة.

3.3. دراسة الحالة.

4.3. التصنيف الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM 5.

5.3. المقاييس النفسية:

1.5.3. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

2.5.3. مقياس بيك للاكتئاب.

4. عينة الدراسة:

1.4. طريقة اختيار عينة الدراسة.

2.4. وصف خصائص عينة الدراسة.

تم تخصيص هذا الفصل لعرض الإجراءات والخطوات المنهجية المتبعة في انجاز الجانب التطبيقي للدراسة، من حيث مجالات إجراء الدراسة في جانبها الجغرافي المكاني، الزمني والبشري، وكذلك العينة التي اختيرت لإجراء الدراسة وكيفية اختيارها، وأخيرا الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وهذا كله ضمن سلسلة من المراحل والخطوات المنهجية المتسلسلة لبناء بحث علمي منهجي، وسعيا إلى تحقيق الأهداف المسطرة في بداية البحث والوصول إلى النتائج المرجوة منه.

1.1. مجالات الدراسة:

1.1-المجال الجغرافي:

مدينة أم البواقي التي تتسم بالطابع التقليدي العشائري إلى حد كبير و المحافظة قدر المستطاع على العلاقات الإنسانية و التفاعلات المستمرة بين العائلات، فإن المحاولات الإنتحارية خصوصا في الوسط المدرسي تأخذ طابعا خاصا و علنيا مما ساعدنا على التقرب من الحالات المدروسة و محاولة معرفة دوافع محاولاتهم الإنتحارية و أهم الأبعاد الاجتماعية و العائلية التي أوجدت الظاهرة و تسببت في وقوعها.

2.1-المجال البشري:

تم اختيار عينة من التلاميذ المراهقين المتمدرسين بالطور المتوسط والثانوي، وذلك بصفتنا مستشارا للتوجيه والإرشاد المدرسي والمهني، مما يسهل علينا عملية التواصل مع الحالات محل الدراسة، وكذلك تطبيق أدوات الدراسة على هؤلاء، وتتبع مراحل انجاز الدراسة.

3.1-المجال الزمني:

بعد ضبط الإطار المنهجي للدراسة بتحديد فرضياته والأدوات المناسبة لجمع البيانات من الحالات موضوع الدراسة، تم الشروع مباشرة في تطبيقها بدءا بالملاحظة، المقابلة على اختلاف أنواعها، ثم تطبيق المقاييس النفسية الخاصة بمتغيرات البحث بداية من شهر سبتمبر 2015.

2. منهج الدراسة:

كل بحث اجتماعي يتطلب منهجا يساعد على الوصول إلى الهدف المسطر ، و على الباحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور و يكون بحثه دقيق كون أن لكل دراسة منهج

خاص بها ، فالمنهج هو الطريقة التي يعتمدها الباحث للوصول إلى هدفه المنشود، وأن وظيفته في العلوم الاجتماعية استكشاف المبادئ التي تنظم الظواهر بصفة عامة، وتؤدي إلى حدوثها حتى يمكن في ضوءها تفسيرها وضبط نتائجها والتحكم بها.(غباري وأبو شعيرة: 2010، ص18)

و قد تمّ اعتماد **المنهج الإكلينيكي** المناسب لهذه الدراسة حيث " يختص هذا المنهج بالمعرفة والممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة العميل الذي يعاني من اضطراب ما في الشخصية يبدو في سلوكه و تفكيره حتى ينجح في تحقيق توافق أفضل واكتساب قدرة أعلى في التعبير عن الذات. (حلمي المليجي:2011، ص29) و بالتالي فاستخدامنا لهذا المنهج ساعدنا على التقرب من الحالات و تحديد خصائصها النفسية و الجسدية و مختلف التغيرات التي طرأت على تنظيمها النفسي بعد تعرضها لفعل محاولة الانتحار.

المنهج العيادي أو الإكلينيكي حسب **موريس روكن MAURICE REUCHLIN**: هو طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف بكل ثقة -وبعيدا عن الذاتية- عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته، وذلك في موقف ما، كما تبحث عن إيجاد مدلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وسيرورتها، وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكات للتخلص منها" (عباس: 1990، ص 23).

ويرد إلى المنهج العيادي أنواع كثيرة من الأفراد الذين لديهم مشكلات متنوعة كاضطراب السلوك في مجال التوافق النفسي والاجتماعي، وحالات النقص العقلي ومشكلات تعلم خاصة، ومشكلات التوافق المهني، وحالات الاضطرابات النفسية والعقلية.

والدراسة الاكينيكية تتميز بالطرق التي تدرس الفرد ككل فريد في نوعه، أي أنها دراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، والهدف منه هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة إليه.(حلمي المليجي: 2001، ص30)

نظرا لطبيعة موضوع الدراسة وما يحتاجه إلى عمق الدراسة والتحليل قمنا باختيار المنهج الذي بدوره يساعدنا على جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات المهمة لدراسة مختل جوانب الموضوع، والذي يعرف بأنه:

3. أدوات الدراسة:

1.3. الملاحظة:

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنه مصطلح عام، يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات أو لحوادث وأفراد في وضعيات معينة. (Flohilch.w:1997,p277)

فهي عملية أساسية وأداة من أدوات البحث العلمي، تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من افتراضاته، لأنها توفر أحد العناصر الجوهرية للعلم وهي الحقائق. فلا بديل عنها في جمع المعلومات على الطبيعة وفي مواقف مقننة وغير مقننة من مصادرها، مما يمكن الباحث من المعيشة والمشاهدة التي هي نصف التشخيص للظواهر والمشكلات. (حمدي شاكر: 2006، ص 104)

تعد الملاحظة من أهم وسائل جمع البيانات ومن الأشياء الأساسية في بحث أي ظاهرة تقريبا، وهناك بعض أنماط الفعل الاجتماعي التي لا يمكن فهمها فهما حقيقيا إلا من خلال مشاهدتها مشاهدة حقيقة بمعنى رؤيتها رؤية العيان. (محمود الجوهري: 2012، ص 195)

تعتبر أفعال الناس وتصرفاتهم جزء رئيسي ومركزي في كل بحث ومن أهم الأساليب لمراقبة مشاهدات الباحث. (غباري و أبو شعيرة: 2010، ص 308)

تتطلب الملاحظة العلمية اختيارا متعمدا لجوانب من الظاهرة الملاحظة وتمحيصها بدقة، مما يستوجب استخدام أدوات وأساليب دقيقة ويتطلب ذلك انتباه إحساس وإدراك جيد. (شوقي البوهي: 2011، ص 278)

يلجأ الباحث لأسلوب أو أداة الملاحظة عندما يشعر بأن الأدوات الأخرى لجمع البيانات كالاستبيان و المقابلة غير كافية للحصول على ما يريده من معلومات أو بيانات بحثية. وهي تعني الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك معين قصد متابعة ورصد تغيرات ليتمكن الباحث من وصف السلوك أو وصفه وتحليله أو وصفه وتقويمه. (الجبوري: 2013، ص 162)

وفي دراستنا هذه كان للملاحظة أهمية كبيرة في التعرف على التغيرات النفس جسدية وإيماءات وحركات الحالة أثناء المقابلة وفي مواقف حساسة من المحادثة دون غيرها، مما يبين مدى أهميتها ومدى تأثيرها النفسي العميق في سلوك الحالة و الذي قد تكون سببا في الإقدام على الانتحار أو نتيجة لمختلف العوامل الدافعة له.

2.3. المقابلة العيادية:

انتهجنا المقابلة العيادية النصف موجهة والتي عرفها محمد علي: بأنها قائمة من الأسئلة أو الاستمارة التي يقوم الباحث باستيفاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينه وبين المبحوث، أي أنها تتضمن مواقف المواجهة المباشرة، (دليو، 1999، ص 191)

ويستحسن استعمالها في حالة ما إذا كان الحالة موضوع الدراسة يستعمل حيل للتحكم في سيرورة المقابلة، ويحاول السيطرة على مبادرات الطبيب النفسي أمام صعوبة التعبير من طرف الحالة.(صالح معاليم:2008،ص 140)

"وهي في الغالب تحتوي على عدة أسئلة مفتوحة وأخرى مغلقة وقد تكون مرفقة بإجابات مشكلة ومحددة مسبقا لمظاهر وخصائص الظاهرة، وبصيغة أخرى هي طرح أسئلة ووضع اقتراحات محدودة للإجابة المحتملة"، (Russel A: 2000, p147).

فالمقابلة تقتضي إقامة علاقة ودية مع العميل أو المبحوث وهي علاقة هامة وأساسية في البحث أو التشخيص أو العلاج، أو أي غرض من أغراض إجراء المقابلة.(محمد حسن غانم وماجدة محمود،2011،ص61)

كما تتطلب المقابلة نصف الموجهة تحضير دليل مقابلة الذي يحتوي على قائمة الموضوعات أو الأسئلة التي تدور حولها المقابلة، وهذا يعتبر امتياز في حد ذاته لمساعدة الحالة على التحدث وعدم الخروج عن الموضوع ومن جهة جمع المعلومات المطلوبة للبحث.(, Hervé fenneteau:2002, p13)

وتسمح شبكة الأسئلة التي توضع لهذا النوع من المقابلات= للباحث بإدارة المقابلة بكل حرية منه ومن جانب المبحوث أيضا.(Joël et jumel: 1997, p139)

إن صدق المضمون في المقابلة يمكن الحصول عليه من خلال أحداث المقابلة، والتي تكون أكثر وضوح عند الحديث باعتبارها مؤشرات موضوعية كانت ذات دلالة ارتباطية بحياة الأفراد إذ أن محتوى المقابلة يؤثر في اتجاهات وتوقعات ودوافع وإدراك وتعبيرات المقابلة والأهم من ذلك أسلوب التفاعل المعتمد بين المقابل والمقابل. فهي أسلوب لتقييم الشخصية. (سوسن شاكر: 2013، ص399)

وتعني المقابلة المواجهة أو المعاينة أو الاستجواب، وهي تقوم على الاتصال والاجتماع وجهًا لوجه مع المبحوث، وتحدث مناقشة أو محادثة موجهة من أجل البيانات التي يريد الباحث الحصول عليها. وعرفها كاتل كان: "هي حديث مثار من قبل الشخص المقابل لأجل أغراض معينة للحصول على معلومات تتعلق بالبحث، وتركز على أهداف محددة لها نظام وصفي تفسيري خاص". (غباري وأبو شعيرة: 2010، ص255)

فتم استخدام المقابلة بنوعيتها المفتوحة والنصف موجهة وذلك بهدف الحصول على المعلومات اللازمة لإنجاز الدراسة.

3.3. دراسة الحالة:

يعد تعريف دراسة الحالة من الأمور الصعبة عندما نعرفها كأداة من أدوات البحث، لقد أخذ علم النفس العيادي مصطلح حالة من الطب النفسي والعقلي، على الرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة حالة في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب نفسي انفعالي أو عضوي عقلي. (علي غزال: 2014، ص26)

أطلق على الفرد كلمة حالة من خلال ما يطرأ عليه من تغييرات أثناء فترة الدراسة، وخاصة في الدراسات العيادية، تستخدم طريقة دراسة الحالة الفردية بعينها. فهناك علاقة بين الحالات والظاهرة، وبالتالي لا يعتمد الباحث على الاستجابات على الأسئلة الموجهة للحالات فقط ولكن يشتمل تلك الحالات بدراسة متعمقة للوصول إلى شرح ووصف تفصيلي للظاهرة موضوع الدراسة، والتي تتمثل في الحالات التي تنطبق عليها مظاهر تلك الظاهرة. (علي غزال: 2014، ص18)

ولكي يصل الباحث إلى الوصف التفصيلي للظاهرة لا بد من قيامه بتحليل البيانات التي قام بجمعها عن الحالات الممثلة لموضوع الدراسة طبقاً للظاهرة موضوع البحث، ويتم تحليل البيانات إلى جانبها يتم ترتيب ووصف البيانات من خلال الطرق الإحصائية، وهذا ما يظهر خاصة في البحوث

العيادية، التي تستخدم دراسة الحالة إلى جانب استخدام الإحصاء، وبالتالي يصل بنا إلى نتائج موثوق بها ومهمة. (علي غزال: 2014، ص18)

فدراسة الحالة وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن الفرد وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبرات الفرد، وهي وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتلخيصها ووضع وزن إكلينيكي لكل منها.

ويعتبر دراسة تاريخ الحالة جزءا من دراسة الحالة تتضمن موجزا لتاريخ الحالة كما يكتبه المريض وكما يجمع عن طريق وسائل أخرى، أي أنها تعتبر بمثابة قطاع طولي لحياة المريض يختص بماضيه وتتبع حياته. ويعتبر الحصول على المعلومات عن تطلعات الفرد إلى المستقبل جزءا هاما من دراسة الحالة ويفيد في المطابقة بين حاضر المريض ونظراته المستقبلية. (أبو اسعد: 2015، ص107)

دراسة الحالة تسمح بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة الراهنة من خلال فهم الماضي والتطورات المختلفة، كما أنها بمثابة دراسة استطلاعية يهدف من خلالها الباحث إلى جمع معلومات تثير أمامه العديد من الفروض، وقد يستخدم فيها الباحث الملاحظة والمقابلة والفحوص الطبية والنفسية وغيرها من المعلومات التي تتشابه في الموقف الإكلينيكي. (غانم ومحمود: 2011، ص75).

توظف دراسة الحالة أكثر من أسلوب، فهي تستخدم المنهج الوصفي، التاريخي، العيادي، المقابلة الملاحظة، الاستبيان، وتبرز قيمتها في الجوانب الشخصية والإدارية والعلاجية، وهي تعمل على تطوير الأفكار التي تقود إلى النتائج وأحيانا إلى الفرضيات المراد فحصها ويمكن أن تستخدم أيضا في تطوير مفاهيم موجودة أو قائمة. (منذر الضامن: 2007، ص109)

كما أن دراسة الحالة تثير قضية مهمة هل دراسة الحالة ونتائجها تكون خاصة بالفرد أم يمكن التعميم من خلالها على أفراد آخرين يعانون من نفس المشكلة؟ فهناك من يرى أن النتائج يجب أن تكون قاصرة على حياة الفرد موضع الدراسة، وأن الشخص أكبر من أن يكون نقطة لا قيمة لها في حد ذاتها بل هو أكبر من ذلك، ولذا يجب دراسته ككل كما لا ننسى أن دراسات مؤسس مدرسة

التحليل النفسي قد نهضت من خلال سير أغوارها والوصول إلى نتائج قد تم تعميمها على كافة الجنس البشري مثل تحليل الأحلام، والفرح المضاد والكتب وكافة أنواع ميكانيزمات الدفاع الأخرى من خلال هذا المنهج والقدرة على الملاحظة والاستبطان ومواصلة التحقق من هذه الفروض التي تم التوصل إليها من خلال شريحة صغيرة أشبه ما تكون بالعينة الممثلة للسلوك الإنساني.

في حين ترى وجهة نظر ثانية أن مسألة التعميم من الفرد إلى العام أو المجموع عملية محفوفة بالمخاطر وأن كل فرد حالة مستقلة في حد ذاتها وكتاب مغلق لا تتكرر. (غانم ومحمود: 2011، ص67)

إن دراسة الحالة هي الإطار الذي يتم فيه تنظيم كل البيانات والمعلومات من قبل الباحث، كما يقوم برصد النتائج التي حصل عليها عن الحالة. (علي غزال: 2014، ص26)

عند القيام بدراسة الحالة لا بد على الباحث أن يقوم بجمع البيانات حول متغيرات الدراسة وخصائص الحالات، ولا بد من تحديد المنهج طبقاً لنوع البحث، وفي المنهج العيادي يقوم الباحث بدراسة الظاهرة من خلال دراسة الحالة للتعرف على خصائص تلك الظاهرة التي يتناولها بالبحث والدراسة، ويستند في ذلك على جمع البيانات ورصدها بطرق إحصائية، ولكن يركز على السلوكيات التي تصدرها الحالات ويقوم بملاحظتها ورصدها والمواقف التي يتعرض لها الحالة، لكي يضع في نهاية الأمر تقديراً شاملاً عن الحالات التي قام بدراستها بشكل أعمق من البحوث التي تعتمد على الإحصاء فقط، وبالتالي يضع ملخصاً عن الظاهرة موضوع الدراسة. (علي غزال: 2014، ص16)

تهدف دراسة الحالة إلى إلقاء الضوء على العمليات والعوامل والمظاهر التي يقوم عليها نموذج الحالة سواء كانت شخص أو أسرة أو جماعة، وتهيئة الظروف الملائمة لإجراء بحث أكثر شمولاً عن الحالة نفسها. (محمد ملحم: 2010، ص398)

ولهذا قمنا باختيار دراسة الحالة كأداة ووسيلة بحثية تسهم في دراسة الحالات وجمع المعلومات اللازمة للتحقق من الفرضيات البحثية المطروحة، فهي من أكثر الأدوات المستخدمة في المنهج العيادي.

4.3. التصنيف التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض والاضطرابات العقلية والنفسية DSM 5:

حيث بدأت جمعية الطب النفسي الأمريكية في إصداره منذ 1953، يستعمل من طرف الأطباء النفسيين والاكليينيكين لتشخيص الأمراض النفسية. يشمل هذا التصنيف كافة أصناف الاضطرابات النفسية للصغار والكبار، يركز على وصف الأعراض، كما يعطي النسب المتعلقة بالنوع الجنسي (الرجال والنساء) المصاب بالمرض، السن المثالي لبدائته، العلاجات الشائعة وآثارها.

صدرت الطبعة الرابعة منه سنة 1994 ونجد أكثر من 250 اضطراب نفسي، صدرت نسخته المعدلة DSU-TVTR سنة 2000، وتضم مراجعة صغيرة لبعض التشخيصات للأمراض النفسية. ويستعمل الفاعلون النفسيون هذا الدليل لفهم الحاجات الملحة لمريضهم، كما يعد وسيلة للتقويم و التشخيص يضم خمسة أبعاد مختلفة. (شكيب: 2007، ص 20)

التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 قد صدر في 2014، غرضه هو تقديم توصيفات دقيقة للفئات التشخيصية لكي يمكن الأطباء السريريين والباحثين من تشخيص ودراسة ومعالجة الناس ممن لديهم اضطرابات عقلية مختلفة والتواصل بشأنهم.(أنور حمادي:2014، ص5)

ويطبق تشخيص DSM 5 على الظواهر الراهنة للفرد، ولا يستخدم بصورة نموذجية للإشارة إلى التشخيصات القديمة التي تعافى منها الفرد، وينبغي استخدام محددات خفيف ومتوسط وشديد فقط عندما تتحقق راهنا المعايير الكاملة للاضطراب، وعند تقرير ما إذا كان ينبغي وصف التظاهر باعتباره خفيفا أو متوسطا أو شديدا، فيجب على الطبيب أو الباحث أن يضع في الحسبان عدد وشدة أمراض وعلامات الاضطرابات وأي اختلال ينجم عن ذلك في الأداء المهني أو الاجتماعي.

يمكن استخدام الإرشادات التالية بالنسبة لغالبية الاضطرابات:

- **خفيف:** عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها زيادة على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.

- **متوسط:** وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين الخفيف والشديد.

- شديد: وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص، أو وجود بضعة أعراض شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.

- في هدأة جزئية: وتحققت المعايير التامة للاضطراب سابقا، لكن ما يبقى حاليا هو بعض أعراض وعلامات الاضطراب فقط.

- في هدأة تامة: لم يعد هناك أية أعراض أو علامات للإضطراب ولكن يبقى مناسبا تدوين الإضطراب، ويتطلب التفريق بين الهدأة التامة والشفاء اعتبار عوامل كثيرة بما في ذلك السير المميز للاضطراب وطول الزمن بعد آخر فترة من الاضطراب والمدة الكلية للاضطراب والحاجة إلى تقييم مستمر ومعالجة وقائية. (أنور حمادي: 2014، ص6)

وكان هدفنا من استخدام واعتماد التشخيص الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية كان من أجل تحديد أعراض ومظاهر الاكتئاب لدى الحالات موضوع الدراسة، إضافة إلى مقياس بيك للاكتئاب.

5.3. المقاييس النفسية:

1.5.3. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات :

• بناء المقياس:

هو مقياس أمريكي صمم سنة 1967 من طرف كوبر سميث COOPER SMITH لقياس الاتجاه نحو الذات، وهذا المقياس اتجه تقييمي نحو الذات في المجالات: المدرسية، الأسرية، الاجتماعية و الشخصية. حيث تستمد فقرات الاختبار جذورها من اختبار روجرز ودايموند، وبعد تنظيم وإلغاء الفقرات المتكررة والمبهمة تم الاحتفاظ بـ: 58 فقرة.

يتميز المقياس بوضوح الاتجاه الموجب والسالب كما ساعد على التأكد من صدق الاستجابات لدى أفراد العينة، فهو يضم بعدا يؤشر على الاتجاهات الدفاعية للمفحوصين، أثناء إجابتهم على بنود المقياس، يضم شكلا المقياس (المدرسي والمهني)، نفس الأبعاد عدا تقدير الذات المدرسي الذي يصبح تقدير الذات المهني في النسخة المهنية للمقياس. (حمري: 2012، ص71)

• تطبيق وتصحيح المقياس:

يتم تطبيق النسخة المدرسية لمقياس كوبر سميث على الأفراد الذين يزاولون دراستهم في مختلف المؤسسات التربوية، في حين تطبيق النسخة المهنية على الأفراد الذين يشغلون مناصب عمل. ويتفق أغلب الباحثين على تطبيق الشكل المدرسي للمقياس مهما اختلفت وتفاوتت فئات السن.

أما التصحيح فيتم بإعطاء درجة واحدة لكل إشارة يتم تسجيلها ضمن إطارها المعين، من خلال ورقة التفريغ الإضافية لنتحصل في الأخير على أربعة مجاميع خاصة بالبعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأسري، البعد المدرسي/ المهني، ويتم الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع مجموع الأبعاد الأربعة، بنود المقياس مصاغة في اتجاهين ايجابي وسلبي، بواقع 19 بندا موجبا و 31 بندا سالبا، وهي مبينة بالتفصيل حسب كل بعد في الجدول التالي:

وفيما يتعلق بإعطاء الأوزان فنعطي لإجابة تنطبق درجة 2 وإجابة لا تنطبق درجة 1، وهذا بالنسبة للبنود 19 الموجبة، أما بالنسبة للبنود 31 للسالبة فتعطي للإجابة تنطبق درجة 1 ولا تنطبق درجة 2.

وتكون الدرجة القصوى بالنسبة لبعد العام 52، والدنيا 26، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة السابقة فتوافق الدرجة القصوى والدنيا عن كل بعد 16 و 8 على التوالي، وعليه تكون الدرجة القصوى الكلية للاختبار 100، بينما تعتبر الدرجة 50 كأدنى درجة.

أما عن مقياس الكذب فتعتبر الدرجة 16 كدرجة قصوى، بينما تعتبر الدرجة 8 كأدنى درجة، وتعتبر درجات المرتفعة للمقياس على الاتجاهات الدفاعية للمفحوصين. (حمري:2012، ص72)

الجدول رقم (08): توزيع البنود الموجبة والسالبة لمقياس كوبر سميث

البنود السالبة	البنود الموجبة	أبعاد الاختبار
-18-15-13-10-12-3-4 -48-35-34-31-30-2425 .57-56-55-51	-39-38-27-1-7-19 47-43	تقدير الذات العام
.52-49-40-21	.28-14-8-5	تقدير الذات الاجتماعي
.44-22-16-6	.29-20-11-9	تقدير الذات الأسري
.54-46-23-17-2	.42-3-7-33	تقدير الذات المدرسي

• المقياس وأبعاده:

تم بناء مقياس تقدير الذات لكي يقيس الاتجاهات التقييمية لدى الفرد اتجاه نفسه في الميدان الاجتماعي، الأسري، الشخصي، المدرسي أو المهني، حيث يتكون هذا المقياس من 58 فقرة تصف مشاعر وآراء وردود الفعل الفردية من خلال إجابة الفرد على الفقرات بوضع إشارة على ينطبق أو لا ينطبق. (عبد العزيز حنان، 2012، ص83)

جدول رقم (09): يوضح توزيع فقرات مقياس تقدير الذات على الأبعاد الخمسة.

الفقرات	الأبعاد
-3-27-25-24-19-18-15-13-12-10-7-4-3-1 .57-56-55-51-48-47-43-39-38-35-34-31	01 تقدير الذات العام
.52-49-40-28-21-14-8-5	02 تقدير الذات الاجتماعي
.44-29-22-20-16-11-9-6	03 تقدير الذات الأسري
.54-46-42-37-33-23-17-2	04 تقدير الذات المدرسي
.58-53-50-45-41-36-32-26	05 الكذب

2.5.3. مقياس بيك للاكتئاب :

أعدّه بيك عام 1971 وقام بنشره عام 1978 هذا المقياس بصورته الأصلية مكون من 21 فقرة تمثل أعراضاً متكاملة للاكتئاب في جوانبه السلوكية والمعرفية ، تم إعداده من طرف بيك وآخرون 1961 ثم قام باختصاره إلى 13 فقرة خلال سنة 1971 .

يمثل هذا المقياس محاولة مبكرة وناجحة لقياس درجات الاكتئاب في الشخصية ونوعية هذا الاكتئاب قام بوضعه العالم والطبيب النفسي الأمريكي آرون بيك AARON BECK أستاذ بجامعة بنسلفانيا والمشهور ببحوثه وكتاباتاته المتعددة في موضوع الاكتئاب، وهو فضلاً عن هذا من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية. (عبد الستار إبراهيم، 1998: ص 69)

يتكون المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة وكل مجموعة منها تصف أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب وهي:

الجدول رقم (10): أبعاد مقياس بيك للاكتئاب:

الرقم	المحور
01	الحزن
02	التشاؤم من المستقبل
03	الإحساس بالفشل
04	السخط وعدم الرضا
05	الإحساس بالندم والذنب
06	توقع العقاب
07	كراهية النفس
08	إدانة الذات
09	وجود أفكار انتحارية
10	البكاء
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي

الانسحاب الاجتماعي	12
التردد وعدم الحسم	13
تغيير صورة الجسم والشكل	14
هبوط مستوى الكفاءة والعمل	15
اضطرابات النوم	16
التعب والقابلية للإرهاق	17
فقدان الشهية	18
تناقص الوزن	19
تأثر الطاقة الجنسية	20
الانشغال على الصحة	21

كل فقرة تتألف من أربعة عبارات تتدرج في شدتها، أما تصحيح المقياس فيتم وفق الأوزان 0، 1، 2، 3، على التوالي، لكل عبارة ويتم حساب الدرجة الكلية للمستجيبين بجمع الدرجات التي حصل عليها أعلاها 60 أدناها 0. (منتهى مطشر عبد الصاحب: 2011، ص 128/129).

• تصحيح مقياس بيك للاكتئاب:

الجدول رقم (11): تصحيح مقياس بيك للاكتئاب

الترميز	الإجابة
0	أ
1	ب
2	ج
3	د

ويتم جمع اختيارات الفرد للتعرف على درجة الاكتئاب ومستواه، وبناءا على الترميز السابق فإن تصنيف الاكتئاب حسب مقياس بيك كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (12): تصنيف درجات الاكتئاب حسب مقياس بيك:

9-0	لا يوجد اكتئاب
14-10	اكتئاب حدي طفيف
20-15	اكتئاب بسيط ضعيف
30-21	اكتئاب متوسط
40-31	اكتئاب شديد
60-41	اكتئاب بالغ الشدة حاد

(مسرة الشاعر: 2014، ص85)

4. عينة الدراسة:

1.4. طريقة اختيار العينة:

العينة هي جزء من مجتمع الأصلي التي يختارها الباحث بأساليب مختلفة تضم عددا من أفراد ذلك المجتمع (عبيدات: 1987، ص 110).

وهي أيضا نموذجا يشمل جزء من وحدات المجتمع على أن تكون ممثلة له بحيث تحمل صفاته المشتركة، وهذا النموذج أو الجزء يغني الباحث عن دراسة كل وحدات ومفردات المجتمع الأصلي. (قندليجي: 2008، ص 179).

العينة القصدية أو الغرضية تكون عند معرفة المعالم الإحصائية لمجتمع معين، يقوم الباحث باختيار العينة بطريقة حرة تحقق أغراض الدراسة". (حمدي شاكر: 2006، ص 79).

يلجأ الباحث إلى العينة القصدية ويختارها بحسب مواصفات التي يضعها وتفي بالغرض المنشود من البحث، ويكون الباحث هنا حر في اختياره حيث يحقق هذا الاختيار أهدافه البحثية كما ترتبط مبررات استخدامها بدرجة كبيرة على تقديرات خاصة وأهداف معينة في ذهن الباحث. (الجبوري: 2013، ص138)

في هذه الدراسة قمنا باختيار عشر حالات من التلاميذ المراهقين الذين قاموا بمحاولة انتحار تم اختيارهم بطريقة قصدية و ذلك لعدة اعتبارات و عوامل أهمها القرب الجغرافي ، و إمكانية التواصل المباشر و المستمر بالحالات بحكم عملنا ، و كذلك توافق الحالات مع أهداف و موضوع الدراسة.

2.4. وصف خصائص عينة الدراسة:

- حسب الجنس: توزعت حالات الدراسة وفق متغير الجنس حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (13): خصائص عينة الدراسة حسب الجنس،

الجنس	التكرار	النسبة
ذكور	02	20%
إناث	08	80%
المجموع	10	100%

- حسب السن: تراوحت أعمار أفراد أو حالات الدراسة ما بين 13 سنة إلى 19 سنة وبلغ

متوسط أعمار الحالات 16 سنة، بانحراف معياري قدر ب: 1.90.

- حسب المستوى الدراسي:

الجدول رقم (14): خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي،

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة
الثالثة متوسط	01	10%
الرابعة متوسط	01	10%
الأولى ثانوي	01	10%
الثانية ثانوي	03	30%
الثالثة ثانوي	04	40%
المجموع	10	100%

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تنوع في حالات الدراسة والتي شملت الطورين المتوسط والثانوي، وذلك بفارق كبير بين الطورين حالتين فقط من المتوسط وباقي الحالات من التعليم الثانوي، وبصفة خاصة تلامذة السنة الثانية والثالثة ثانوي.

الفصل السابع:

عرض و تحليل

وتفسير النتائج

الفصل السابع: عرض وتحليل وتفسير النتائج

1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.
 2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.
 3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.
 4. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.
 5. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.
 6. عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة.
 7. عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة.
 8. عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة.
 9. عرض وتحليل نتائج الحالة التاسعة.
 10. عرض وتحليل نتائج الحالة العاشرة.
- * تحليل عام للحالات.

* تفسير النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

* الاستنتاج

1. تحليل عام للحالات.
2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.
3. الاستنتاج العام.

1. تقديم الحالة الأولى.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الأولى.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الأولى.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الأولى.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الأولى.
6. تحليل عام للحالة الأولى.

1. تقديم الحالة الأولى:

الحالة (ج.أ)، فتاة تبلغ من العمر 16 سنة تدرس في السنة الأولى ثانوي، متوسطة الطول ، تنتمي إلى أسرة مكونة من ثلاثة أفراد، وتحتل فيها الحالة المرتبة الأخيرة في العائلة، أختها الكبرى متزوجة ولم تكمل دراستها الثانوية، أخوها الأكبر منها سنا يعمل مع والده في التجارة، أما الأم فهي مأكثة بالبيت.

كانت كل الأعين في الأسرة منصبة على الحالة من أجل إتمام دراستها الجامعية ودخول كلية الطب، خاصة أن نتائجها في مرحلة التعليم المتوسط كانت ممتازة، وبالأخص في المواد العلمية.

تعيش الحالة في عائلة جيدة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، ولم تكن الحالة تعاني من أية اضطرابات أو مشكلات سواء صحية أو نفسية، عدا مشكلة تربوية وهي تراجع وتدني مستواها الدراسي بسبب عدم قدرتها على التكيف مع الوسط المدرسي الجديد، والضغط الأسرية عليها حيث حصلت على معدل 11من 20 في الفصل الأول للسنة الأولى ثانوي. الأمر الذي تسبب في معاناة الحالة النفسية وجعلها تحاول الانتحار.

2. ملخص المقابلات مع الحالة الأولى:

تعتبر المقابلة الأولى ذات أهمية فيما اعتبرها سيجموند فرويد ذات أهمية كبرى والخاصية التي يجب ربطها بكل الاتصالات الأولى لمفحوص.(قويدر: 2018، ص250)

لهذا كانت المقابلة الأولى مع الحالة أهم مرحلة وأهم حوار ومحادثة من أجل كسب ثقة الحالة وأخذ صورة عامة عن مجمل وطبيعة الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تعيشها الحالة.

تمت المقابلة مع الحالة في ظروف هادئة جدا وسارت بشكل طبيعي وجيد، ولم تكن هناك صعوبات أو معيقات لإجراء هذه المقابلة، وقد كانت الحالة متجاوبة معنا بشكل كبير، وذلك ما لمسناه أساسا من خلال الإجابة عن الأسئلة المطروحة من قبلنا خلال المقابلة نصف الموجهة، وكذلك من خلال الاستجابة لمضامين المقاييس النفسية التي قمنا بتطبيقها مع الحالة.

دارت معظم الأسئلة التي تم طرحها حول معلومات عامة وبيانات أولية عن الحالة والتي تم جمع بعضها من الملف المدرسي للحالة.

وبما أن دراسة الحالة تشمل كل جوانب الحالة تم طرح أسئلة حول التاريخ الأسري، وكذلك كيفية تجاوز الحالة لفترة الطفولة والتي أكدت لنا أنها كانت جيدة ولم تشهد أية مشكلات أو حوادث مؤلمة بل كانت سعيدة على حد قول الحالة.

ودارت أسئلة المقابلة حول التاريخ الأسري للحالة خاصة من الناحية الصحية وما إذا كانت هناك اضطرابات سلوكية ونفسية داخل الأسرة أو محاولات انتحارية سابقة، وطبيعة العلاقات الأسرية بين أفرادها والحالة، وقد كانت الإجابة عن الشرط الأول من السؤال ب: لا لا احد من أفراد أسرتي يعاني أي مشكلات صحية عضوية أو نفسية.

أما علاقة الحالة بوالديها وإخوتها فقد كانت جيدة جدا ولم تتخللها أية مشكلات أو خلافات، وحتى تعامل الإخوة والوالدين مع بعض فكانت علاقات حسنة وجو أسري يبعث على الاطمئنان وليس مشحون بأية ضغوط.

إلا أن الحالة تحدثت عن مدى ضغط والدها الدائم عليها من أجل تحصيل معدل ممتاز والالتحاق بكلية الطب، وهذا هو المصدر الوحيد الذي شكل ضغطا كبيرا من طرف الأسرة على الحالة.

فبعد الإعلان عن نتائج الفصل الأول للسنة الأولى ثانوي، وتحصيل الحالة معدل 20/11 بعد ما كانت الأولى على مستوى المتوسطة بمعدل 17.90، وهو معدل لا يعكس أبدا قدرات الحالة الفكرية والمعرفية، والذي عرف تراجعاً كبيراً، وأثناء حديث الحالة وطرحنا لهذا السؤال الخاص بالتحصيل الدراسي، لا حظنا حزناً شديداً على وجه الحالة مع بعض الدموع، خاصة وأن هذه النتيجة كانت سبب في إقدام الحالة على السلوك الانتحاري من خلال محاولة قطع شرايين اليد داخل دورة المياه للثانوية، كما أبدت الحالة إحباطاً شديداً وخجلاً وندماً عن السلوك الذي أقدمت عليه، خاصة في ظل النعوت الاجتماعية داخل الوسط المدرسي والتهماس لدى رؤية الحالة.

3. تحليل المقابلة مع الحالة الأولى:

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة (ج.أ) ومن خلال ملاحظتنا لسلوكاتها أثناءها اتضح لنا أنها أبدت جدية كبيرة في الإجابة والتجاوب معنا والتعاون معنا، فقد رأت الحالة في هذه المقابلة منفذاً وطريقة من أجل التفريغ الانفعالي لكل ما يراودها من أفكار سلبية عن ذاتها وعن المحيطين بها، ومحاولة الإجابة عن الأسئلة التي تبادر ذهنها: علاه أنا درت هكذا وأنا جامي خممت من قبل به نأذي روعي.. " وكذلك الأسئلة المتعلقة بنتائجها المدرسية " كنت الأولى في المتوسطة كامل وذرك وليت كما تلاميذ لي جامي قراو ، هذا ميش معدل تاعي خلاص خاطر أنا نعرف نقرا مليح". أسئلة عديدة ومتكررة تحمل الكثير من اللوم والعتب على الذات مع الحديث بكثير من السلبية، والتي ترعب الحالة في إيجاد حل أو إجابة مقنعة لها لتشعرها بالارتياح وتقليل شعورها بالذنب والندم.

حاولت الحالة تقديم وبذل مجهود من أجل تحقيق نتائج دراسية جيدة عادتها، إلا أنها فشلت في تحقيق ذلك المعدل الذي تطمح إليه الحالة وبل يطمح إليه والدها بصفة أكبر، ومحاولة إرضاء طموح أسرتها المتمثلة خاصة في رغبة الأب. " خفت من بابا قلت قادر يقتلني بالضرب...صح هو جامي ضربني خاطر كنت ديما نجيب معدل مليح، بصح هو هذ مرة قالي إذا جبتي أقل من 17 عندي وش نديرلك". تحدث الحالة كان مصحوب بوجودان مؤلم جدا وبكاء شديد، كان والد الحالة يهددها بالضرب من جهة ومن جهة ثانية التهديد بالفصل النهائي عن الدراسة، هذا الخوف الشديد الذي أدى بالحالة إلى اختيار السلوك الانتحاري كحل أو كنوع من الهروب من الواقع المؤلم الذي ينتظرها حال رجوعها إلى البيت، فهو محاولة منها للتخلص من المعاناة النفسية والتسلط الأبوي، الذي لم يراعي أبدا المرحلة العمرية التي تمر بها الحالة وما تتسم به من خصوصيات وتغيرات على جميع الأصعدة وكذلك التغيير في الوسط المدرسي الذي من شأنه أن يؤدي إلى سوء أو عدم التكيف المدرسي ويكون تدني وتراجع التحصيل الدراسي كنتيجة حتمية ومنطقية له.

عبرت الحالة في عديد من المواضيع والمرات عن انزعاجها الكبير من سلوك والدها وضغطه الشديد عليها من أجل تلبية رغبته ودخول كلية الطب والتي لا تبدي الحالة أية رغبة في دخولها " أنا نحب نكون أستاذة تاع فرنسية منحش نخرج طيبة "

رغبة الحالة في المحافظة على تفوقها الدراسي ونتائجها الممتازة، اصطدمت مع رغبة والدها الذي ولد في نفسيته خوفا ورعبا شديدا أدى إلى خلق قلق وتوتر وعصبية حادة لدى الحالة، على الرغم من أنها كانت تتسم خلال بداية السنة بالهدوء التام والايجابية. ووجود تناقض أيضا بين رغبة الحالة في تحقيق طموحها الشخصي وبناء مشروعها المهني المستقبلي وهو أن تكون معلمة فرنسية وبين رغبتها في تحقيق حلم أبيها في أن يكون أحد أبناءه طبيبا، حيث فشل باقي الإخوة في تحقيقه ولم تبق سوى (ج.أ) مما ضعف من حجم مسؤوليتها وزاد من الضغط النفسي عليها، فالحالة ترى أن النجاح والتفوق هو نوع من مكافئة الأسرة ورد جميلهم وأفضالهم عليها، ولكنه بطبيعة الحال لا يتوافق مع الملح الدراسي للحالة وإمكاناتها المعرفية والشخصية حيث أن نتائجها الدراسية في المواد الأدبية وخاصة اللغات الأجنبية أعلى بكثير من المواد العلمية التي تؤهل المتفوق فيها للالتحاق بشعبة العلوم التجريبية والرياضيات ثم الالتحاق بعد البكالوريا بكلية الطب.

أما فيما تعلق بالجانب العلائقي للحالة مع زملائها وصديقاتها ردت الحالة " عندي ذك صديقة وحيدة فقط والباقي منهدرش معاهم"، كان تحدث الحالة بنوع من العنف اللفظي والصراخ، وكان السبب لهذا الرد العنيف والصريح هو تعمد الآخرين من زملاء الحالة ورفاقها إيذائها بمختلف الكلمات الجارحة والغير لائقة واتهامها بسلوكيات أخرى على أنها هي سبب السلوك الانتحاري وليس النتائج الدراسية، وهنا عبرت الحالة " في الأيام الأولى صح كانت تغيضني روجي ونظل نبكي ونتغيب عن الليسي بصح ذك قررت منحكيش معاهم ومنديرش بهدريهم انا نعرف روجي وما يهمنيش وش يحكيو عليا".

كان هذا السلوك يزعج الحالة في بادئ الأمر حيث أن الحالة تدرك تمام الإدراك أن هدفهم هو إزعاج الحالة وإيذائها نفسيا ورغبتهم في إخراجها أمام الآخرين " عندي فرد صحبتي والباقي ما يهمنيش، وزيد ما رانيش نخالطهم وذك راهم بعدو عليا وما عادوش يهدرو على الموضوع خلاص".

وقد رأت الحالة بأن أسرتها وبصفة خاصة الأب فعلى الرغم من توفيره كل ما تحتاجه الحالة وكل السعادة التي عايشتها خلال المراحل السابقة، إلا أنها في هذه السنة اعتبرت أنها هي مصدر تعاستها وحزنها، وسبب في وقوعها في الاضطراب النفسي وهو ما تجسد في السلوك الانتحاري.

تضيف الحالة " وش فيها كان نقرا واش نحب أنا الله غالب ما نحبش طب ومحال نولي طبية"

ولدى سؤالنا الحالة عن شعورها اتجاه والدها " نحبو بزاف ومنحبش نقولوا لالا ابدأ بصرح في هذي ما قدرتش نحقلوا امنيتو غاضني هو وغاضتني روجي خاطر كان معول عليا وخيبتلو املو". فعلى الرغم من كل هذه الضغوط إلا أنها ولدت مشاعر إحباط ذاتية وليست ذات صلة أو متجه نحو الآخر.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الأولى:

كان الهدف من إجراء المقياس هو معرفة درجات تقدير الذات لدى الحالة، إذا كانت مرتفعة أو متوسطة أو متدنية، وذلك من أجل الكشف عن مستوى تقدير الحالة لذاتها وكيفية تقييمها ونظرتها لنفسها. ولهذا قمنا بتطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات على الحالة الأولى (ج.أ) والتي تحصلت على درجة 65 وهي درجة منخفضة بالنسبة للمقياس حيث أن أدنى درجة يمكن أن يتحصل عليها المفحوص هي 50 ، ونجد أن مستوى تقدير الذات لدى الحالة متدني خاصة في الجانب الأسري والمدرسي ثم الاجتماعي والعام، وقد عبرت عن بعض العبارات بتطبيق عليا كعبارة أتضايق بسرعة في المنزل، والذي ينتظران مني الكثير، كثيرا ما تكون لدي رغبة في مغادرة المنزل، أما في الجانب المدرسي فكانت تعبر بعدم الارتياح في القسم وعادة ما تقل عزيمتي داخل القسم...أما باقي العبارات فكانت الإجابات تنطبق وتوافق لشعور الحالة على العبارات السلبية خاصة مقابل عدم مطابقة العبارات الايجابية لشعور الحالة.

5. درجة مقياس بيك للحالة الأولى:

قمنا أيضا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب من أجل معرفة مدى الأعراض والمظاهر الاكتئابية لدى الحالة وكانت الاستجابة لمضامين المقياس بصورة عادية جدا، وأفرزت النتيجة على وجود درجة متوسطة من الاكتئاب حيث تحصلت الحالة على 25، وهي تعتبر درجة متوسطة وتوحي بوجود بعض الأعراض الاكتئابية والتي قد لا تشكل خطرا على الحالة إذا تم التكفل بها.

كما قمنا بملاحظة هذه الأعراض الاكتئابية لدى الحالة من خلال أدوات جمع البيانات واستنادا إلى الأعراض الاكتئابية التي وصفها DSM5 فقد لاحظنا من خلال السلوك العام للحالة بعض

الأعراض التي توحى بوجود بعض من المظاهر الاكتئابية وتمثلت خصوصا في فقدان الشهية للأكل وتراجع طفيف في الصحة العامة، الأرق وعدم القدرة على النوم بشكل منتظم، التفكير بصورة سلبية ومطولة خاصة في النتائج المدرسية وكذلك ردة فعل والدها حول ما سمته الحالة بخيبة الأمل، الانعزال والانطواء، مع اتسام الحالة بالصمت وقلة الكلام، الأفكار السوداوية والتي جسدتها الحالة في محاولة انتحارية.

6. التحليل العام للحالة الأولى:

بعد جمع المعلومات الأساسية لدراسة الحالة من خلال مختلف الأدوات من مقابلة نصف موجهة ملاحظة ومقاييس نفسية (بيك وكوبر سميث)، وبعد تحليلنا لمختلف هذه الأدوات حيث تحصلت الحالة على درجة 65 في مقياس تقدير الذات ودرجة 25 في مقياس بيك للاكتئاب، والتي من خلالهما تبين لنا أن الحالة لديها تدني في مستوى تقدير الذات واحترامها ولديها تقدير سلبي ومنخفض عن ذاتها، وان الظروف الأسرية والتربوية التي مرت بها في الآونة الأخيرة قد أثرت على مستوى تقديرها لذاتها وكيفية تقييمها لنفسها، على الرغم من الضغوط النفسية والتي سببتها لها أسرتها إلا أن الحالة لم تبد أية مشاعر سلبية ضدها. كما أن الحالة مرت بحالة من الاكتئاب النفسي المتوسط، وهذان العاملان اللذان يعدان ويرجعان أساسا إلى الجانب الأسري من جهة ومن جهة أخرى هو مرتبط أساسا بعدم قدرة الحالة على التكيف السليم والسوي مع الوسط المدرسي الجديد بمختلف أبعاده وعناصره خاصة المحتويات الدراسية، وذلك لان انتقال التلميذ المراهق من مرحلة دراسية إلى أخرى وانتقال الحالة من التعليم المتوسط إلى الثانوي، وتغير في البيئة المحيطة بها، وتزامن ذلك مع تدرج في صعوبة المواد الدراسية، جعل الحالة غير قادرة على تحقيق التكيف الاجتماعي والمدرسي الذي خلق لها ضغطا كبيرا على الرغم من امتلاك الحالة إمكانيات وقدرات معرفية جيدة، وكانت من التلاميذ الأوائل في الطور المتوسط، كما أن هذه النظرة السلبية للذات وعدم الثقة في قدراتها وإمكانياتها الخاصة، وطغيان الخوف من الفشل على الأداء والانجاز المدرسي وتثبيط الدافعية له، مما اثر على مردودها التربوي وأدى إلى تراجع كبير جدا في نتائجها، وليس هذا فحسب بل أن كل ذلك اثر على الحالة النفسية للحالة وتجسد في بعض المظاهر الاكتئابية والتي على الرغم من أنها اكتئاب متوسط فقط إلا أنها شكلت تهديدا لحياتها وأمنها وأدى بها إلى الإقدام على السلوك الانتحاري بوصفه حل نهائي لمعاناتها النفسية .

فتهديد الأب للحالة بفصلها عن الدراسة في حال عدم تحقيقها المعدل المطلوب والتسجيل في الكلية التي يرغب بها هو، كان مصدر ضغط نفسي كبير والذي بدوره ولد لديها تقديرا متدنيا لذاتها واحتقار نفسها نتيجة المعدل الذي تحصلت عليه، والذي لن يرضي بشكل من الأشكال طموح الأب ورغبته ولا يعكس حقيقة مستوى الحالة.

إن عدم تقبل وعدم تفهم الوالدين لرغبات الآباء وخاصة في مثل هذه المرحلة العمرية الحساسة جدا والتي تستلزم متابعة ورعاية خاصة من أجل مساعدتهم على التكيف السليم وحثهم على تنمية قدراتهم وليس قمع رغباتهم وعقابهم عند أول سقوط وفرض آراءهم عليهم دون تبرير ذلك.

وقد كان السلوك الانتحاري الذي قامت به الحالة الأولى رغبة حقيقة منها في التخلص من حياتها ومعاناتها كما أنها تعد من إفرازات سوء التربية واللاحوار الأسري والذي يريد من خلاله بعض الأولياء قولبة حياة أبناءهم كما يرغبون هم، دون وضع مبررات موضوعية أو فتح باب للنقاش وطرح البدائل بالتوفيق بين الرغبات والإمكانيات الخاصة بالحالة، واحترام حريات الأبناء الخاصة بالاختيار المهني والدراسي ومساعدتهم والوقوف بجانبهم لمعرفة وتدارك أسباب تراجع نتائجهم الدراسية واحتوائهم لتجاوز ذلك.

1. تقديم الحالة الثانية.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الثانية.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الثانية.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثانية.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الثانية.
6. تحليل عام للحالة الثانية.

1. تقديم الحالة الثانية:

الحالة (ي.ر.)، فتاة تبلغ من العمر 20 سنة تدرس في السنة الثالثة ثانوي، وهي معيدة لهذه السنة حيث أنها لم تتحصل على شهادة البكالوريا في العام الماضي، طويلة القامة وضعيفة البنية الجسدية، تعيش في أسرة متكونة من الأب وأمام وأخت واحدة وهي متزوجة، وأربعة ذكور، لم يتحصل أي منهم على شهادة البكالوريا، والحالة هي البنت الصغرى في العائلة.

الأم مأكثة بالبيت والأب عامل حر، ويتسم بشخصية مزاجية وتسلط كبير وعصبية حادة وقلق في ألقه الأمور، وكثيرا ما يسبب لكل أفراد أسرته بمضايقات ومشاكل بصفة مستمرة.

كانت الحالة ذات مستوى دراسي جيد وانخفض وتراجع هذا المستوى في السنة الثالثة من التعليم الثانوي العام والتكنولوجي، والذي كان نتيجة عدة عوامل متشعبة ومتعددة عاطفية وأسرية، ولم تكن معرفية لأن الحالة تتمتع بقدرات معرفية عالية ولا تعاني من أي مشكلات أو صعوبات من ناحية التحصيل الدراسي.

كانت الحالة (ي.ر.) تعاني من مشكلات أسرية جعلها تبحث عن البديل والذي لم تجده في أسرتها وهو الحنان والرعاية والاهتمام مما جعلها تقيم علاقة عاطفية مع أحد شباب وهو يكبرها بخمس سنوات، والتي دامت أربع سنوات وانتهت بانفصالهما الأمر الذي صدم الحالة وجعلها تقدم على عدة محاولات انتحارية.

2. ملخص المقابلات مع الحالة الثانية:

كانت الحالة تتردد على مكتبنا، وكنا نسجل دوما مجموعة من الملاحظات حول السلوك العام للحالة، من أجل الكشف عن المشكلات النفسية التي تعانيها والبحث في الأسباب المؤدية إليها. والتي أثرت بشكل مباشر على دافعيها للدراسة ومستوى تحصيلها.

وقد تمت المقابلات في ظروف جيدة مع تجاوب وتعاون كبير من طرف الحالة، بهدف التنفيس الانفعالي عن مكبوتاتها والتي كما عبرت عنها الحالة " منيش قادرة نتحمل أكثر وما لقيتش لمن نحكي، خفت حتى من صحباتي يسمعو وتنتشر لحكاية في ليسي"، كذلك اتسمت الحالة بعدم التردد في الاستجابة لمضامين المقاييس النفسية المطبقة خلال المقابلة، وقالت بهذا الخصوص " أكيد راح

تلقي تقدير الذات تاعي صفر والاكتئاب ألف بالمئة " مع ضحك وسخرية من حالتها النفسية التي وصلت إليها.

ودارت مختلف الأسئلة المطروحة حول المعلومات العامة عن الحالة وأسرتها، وحول ما إذا كان هناك أمراض واضطرابات نفسية أو سلوكية داخل الأسرة، حيث كانت إجابة الحالة ب: " لا " دارنا كل لابس بيهم في صحتهم بصح عايشين في ضغط ومشاكل ميش راح تخلص، وزيد خاوتي كبار قدرو يصبرو ويتحملو بصح أنا ما قدرتش بابا من جهة وهو من جهة" . إجابة الحالة هنا كانت مصحوبة بوجودان مؤلم جدا ودموع حيث أنها أول مرة تذكر هذا الشخص الذي عبرت عنه بقولها هو، والذي اتضح من حديث الحالة أنه صديقها المقرب والذي تربطها به علاقة وطيدة ودامت أكثر من أربعة سنوات، هذا الآخر الذي قام بخيانة وعوده للحالة وهي الزواج بها في العطلة الصيفية الماضية وقيامه بالزواج من أخرى.

الأمر الذي جعلها تربط بين سلطة الأب ومزاجيته وكذلك الخيانة التي تعرضت لها من الناحية العاطفية ، حيث أبدت الحالة ندما شديدا " واحد ما يستاهل دموعي وواحد ما يستاهل نقتل روجي على جالو حاسة روجي غبية كي درت شيء هذا، انا غاضتني روجي وكهرت روجي علا بيها قررت ننتحر ونتهنى منهم كامل".

وهو ما يبرز هنا كيفية نظرة الحالة لذاتها ومدى تقييمها السلبي لها، مع عدم كف الحالة عن البكاء طيلة المقابلة.

لم تبد الحالة ندما كبيرا عن السلوك الانتحاري الذي قامت به والذي تمثل في محاولتين انتحاريتين من خلال شرب كمية كبيرة من الأدوية المتنوعة، والتي تم نقلها إلى المستشفى في حالة حرجة جدا، وذلك بسبب ضعف بنيتها الجسدية، ولم تكن هناك مدة زمنية كبيرة بين المحاولة الأولى والثانية، فلم يمض شهر حتى أقدمت الحالة على محاولة انتحار ثانية وبنفس الوسيلة.

ندم الحالة كما عبرت عنه كان على سنوات عمرها وعلى دراستها التي فرطت فيها في سبيل التبعية للحب والعاطفة مع الشخص الخطأ " ضيعت أحلى سنوات حياتي مع واحد كذاب خداع وما يستاهلش"

ولدى سؤالنا للحالة عن مدى تعلقها وارتباطها بهذا الشخص، والذي عبرت بأنه كان الملجأ الوحيد لها خاصة في ظل المشاكل اليومية التي تعيشها في أسرتها، حيث أن والدها يفتعل لهم المشاكل بشكل يومي ولأنفه الأسباب وكان يقوم بتعنيف والدتها وإخوتها أمامها، مما ولد لديها حالة من الخوف والرعب من الوالد، والذي كانت تربطها به علاقة جد سطحية نتيجة الخوف منه ورغبتها الدائمة في الابتعاد عنه خشية أن تتعرض هي الأخرى للعنف سواء اللفظي أو الجسدي.

وبالنسبة لصديق الحالة رأت أنه الشخص الوحيد الذي أخذ بيدها ودعمها من أجل التقليل من معاناتها الأسرية، مما جعلها تتعلق به بشدة ولم تتوقع أن تتعرض للخيانة من طرفه والتخلي عنها في ظل الظروف التي تعيشها وتزامن ذلك مع شهادة البكالوريا..

وبخصوص مرحلة الطفولة وكيف عايشتها الحالة قالت بأنها عادية جدا مع تعبيرات ونظرات توحى بعكس ذلك، مما جعلنا ندعم ذلك بسؤال آخر عن مدى رضاها وسعادتها وذكرياتنا في الطفولة " صح فانت مليحة خاطر كنت صغيرة وما كنتش واعية ميشكما ذرك نفهم ونحس وأي حاجة تأثر فيا، بكري بابا طول خدام بعيد ويروح في ليل ما كنتش نتلقى بيه بزاف".

علاقة الحالة بوالديها وإخوتها كانت علاقة جيدة مع إخوتي وحتى مع والدي " نحبهم بزاف في زوج بصح نحب أمي أكثر" وتضيف الحالة " تغيضني ماما كي نشوفها تتعذب وما تحبش تبين لنا بلي كانت تبكي، وبابا منكرهوش يبقى بابا بصح هو يدخل في أي حاجة ويشتي يعلق بزاف وحاجة ما تعجبو وزيد يضرب بابا ويسبها هي وخاوتي"

فتعلق الحالة الشديد بوالدتها ناشئ عن مدى تأثرها بسلوكات الوالد التي كانت تتسم بالعنف اللفظي والجسدي والمزاجية والتعصب الشديد وبشكل يومي تقريبا.

3. تحليل المقابلات مع الحالة الثانية:

بعد إجراءنا للمقابلة نصف الموجهة مع الحالة (ر.ي) ومن خلال ملاحظتنا لسلوك الحالة خلال هذه المقابلات والتي أبدت صراحة كبيرة وجدية في الحديث، ولم تكن هناك تناقضات في إجاباتها، أو تغيير في مجريات أحداث ما على مدى المقابلات التي تمت معها، فتجاوب الحالة كان مرتبطا بهدفها وهو التفريغ الانفعالي وإيجاد شخص ثقة من أجل الحديث عن أمور خاصة جدا وسرية تتعلق بالمعاش

الأسري والعاطفي للحالة، وتحقيق الراحة والاسترخاء النفسي، وكذلك محاولة إيجاد البدائل وطلب المساعدة والإرشاد النفسي للخروج من الحالة النفسية التي تعيش فيها الحالة خاصة القلق العصبي، الاكتئاب، الأفكار السوداوية والتي لا تزال تراودها دائما.

وفي نفس الوقت رغبة شديدة من الحالة في النجاح والحصول على شهادة البكالوريا واسترجاع ثقتها في نفسها، وذلك لأن الدراسة بالنسبة لها منفذاً وسبباً من أجل الخروج من المنزل وعدم قضاء وقت كبير فيه " بلا القرية محال بابا يخليني نخرج وحدي من الدار" ، كما أن ضعف الحالة واستسلامها لحالة الاكتئاب والانجراف وراء الأفكار السوداوية في سبيل الراحة النفسية بسبب المشاكل التي نجمت عن التبعية للحب والمشاكل العاطفية.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثانية:

يستهدف إجراء وتطبيق مقياس تقدير الذات معرفة ما مدى تقييم أو تقدير الحالة الايجابي أو السلبي لذاتها، وتكوين صورة حول هذا التقدير ومستواه والكشف عن كيفية نظرة الحالة لنفسها ومدى تأثير ذلك على السلوك الانتحاري الذي أقدمت عليه.

ولهذا الغرض قمنا بتطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات النسخة المدرسية، والذي استجابت الحالة لمضامينه وبنوده بشكل جيد، وتحصلت الحالة على درجة 62، وهي درجة منخفضة وتدل على مدى تدني تقدير الذات لدى الحالة والنظرة السلبية جدا التي تكنها الحالة لذاتها من مشاعر وأفكار، والتي أضحت تتجسد في سلوكيات لتعذيب الذات من خلال عدم الأكل وقلة النوم، الأفكار الانتحارية والمحاولات الانتحارية من أجل التخلص من حياتها.

وكان مستوى تقدير الذات الأدنى بين المحاور الأربعة للمقياس للبعد الأسري وكانت جل إجابات الحالة معبرة جدا، ثم تقدير الذات العام (لدي نظرة سلبية عن نفسي، غالبا ما أتمنى أن أكون شخصا آخر ، أنا واثق من نفسي أجابت عنها بلا تنطبق علي.

وغيرها من البنود التي عبرت فعلا عن مدى تدني وسلبية النظرة التقييمية للحالة عن ذاتها، ثم يليها الجانب المدرسي وعدم رغبتها في النشاط والعمل داخل القسم، وهذا ما لاحظته معظم أساتذة الحالة،

ودلت عليه أيضا نتائجها المدرسية الضعيفة نتيجة عدم مزاولتها المنتظمة لدروسها، وكذلك الشرود الذهني داخل القسم.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثانية:

وتبعاً لأهداف ومنهجية بحثنا، قمنا بتطبيق مقياس آخر على الحالة وهو خاص بالاكتئاب، بغية التعرف على المظاهر والأعراض الاكتئابية التي تعاشها الحالة حيث بعد التطبيق تحصلت الحالة (ر.ي) على درجة 58 وهي تدل على اكتئاب بالغ الشدة وحاد، وهي نتيجة مرتفعة جداً وتوحي بخطورة شديدة على حياة الحالة وصحتها النفسية ومؤشر هام للاضطراب النفسي الذي يستدعي تكفل متخصص من قبل مختص نفسي.

كما أن من خلال عملية الملاحظة، واستناداً إلى المظاهر والأعراض الاكتئابية التي جاءت في DSM 5، وجدنا أن الحالة تعاني من اكتئاب حاد وجسيم وتمثلت الأعراض والمظاهر الاكتئابية في القلق الحاد والعصبي، قلة النوم والأرق، لوم الذات والتحقير من شأنها، فقدان الشهية العصبي مما أدى إلى فقدانها الملحوظ للوزن، وكذلك إصابتها بأمراض نفس جسدية منها فقر الدم واضطرابات حادة على مستوى المعدة.

كذلك تظهر الاكتئاب لدى الحالة في القلق والتوتر الشديد والانعزال عن العالم وحتى صديقاتها المقربات والرغبة في الجلوس وحيدة طوال الوقت، العصبية المفرطة وتراجع المردود الدراسي.

6. تحليل عام للحالة الثانية:

التلميذة (ر.ي) حاولت الانتحار عن طريق تناول علبتين من الأدوية بسبب معاناتها من القلق الحاد الذي أدى إلى فقدان الشهية العصبية و الاكتئاب مما أثر على صحتها النفسية و الجسدية و جعلها تحاول الانتحار مرتين. فقد كانت تعاني من ضغوط نفسية تعود أسبابها في الغالب إلى الأسرة تمثلت بالخصوص في العنف الأبوي الممارس عليها و على كافة أسرتها لاسيما اللفظي و الجسدي و دون سبب واضح ، بالإضافة إلى منعها من الخروج من البيت بشكل مستمر الأمر الذي جعلها تتعرض لمشاهد عنيفة تُمارس على والدتها من طرفه.

إن حالة الأب المزاجية و معاناته من العصبية المفرطة ، و تهديده الدائم بإيقافها عن الدراسة إذا لم تحقق نجاحا في البكالوريا أثرت كثيرا على الحالة النفسية للتلميذة و جعلها تبحث عن بدائل أخرى تجسدت في إقامتها لعلاقة عاطفية دامت أكثر من 4 سنوات.

و لعل وعود الزواج الكاذبة و معاناتها الأسرية المستمرة انعكست بشكل واضح على تدرسها لاسيما بعد زواج الشاب و تأزم العلاقة الأسرية بسبب ضعف النتائج الدراسية مما أدى إلى صعوبة تكييفها نفسيا و اجتماعيا ، و بالتالي عدم القدرة على تحقيق نتائج مدرسية إيجابية لاسيما بعد فشل العلاقة العاطفية ، فلم تجد سبيلا للخروج من هذا الواقع سوى الإقدام على الانتحار و وضع حد لحياتها نهائيا ، و قد ساهم في ذلك اضطراب شخصيتها.

نسجل من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة ملاحظة عدة أعراض و اضطرابات منها العصبية و القلق ، و الخوف الدائم من سلوكيات الأب ، فقدان الشهية العصبية و نقص الوزن إذ أصبحت التلميذة تعاني من النحافة الشديدة مما أدى بها إلى إصابتها بفقر الدم و بقرحة معدية . أما من الناحية التحصيلية فنسجل إهمال الدراسة و تراجع المستوى التحصيلي.

لم يتم متابعة الحالة من طرف مختص نفسي ، و اقتصرت الجهود العلاجية من قبل العائلة على معالجة الحالة لدى طبيب عام.

وبشكل عام أن حالة التلميذة (ر.ي) تجسد لنا تجمع عدة عوامل وأسباب أدت بها إلى الوقوع فريسة للوعد والأوهام وذلك نتيجة التبعية للحب، والرغبة في استرجاع أحد رموز السلطة وهو صورة الأب وتعويض الحرمان العاطفي والحنان الذي لم تجده في أسرتها، جعلها تتجرف وراء عواطفها والتخلي بذلك عن طموحاتها الدراسية في إتمام الدراسة والتحصل على شهادة البكالوريا، كما أن تدني تقدير الحالة لذاتها وشعورها بعدم الجدوى والقيمة والأهمية في هذه الحياة، وما تبع هذه الأحاسيس النفسية من مضاعفات وسلوكات تجسدت أكثر في المظاهر الاكتئابية قبل وبعد السلوك الانتحاري الذي قامت به الحالة.

ولعله من بين أهم الحاجات التي يسعى المراهق أو المراهقة تحقيقها وتلبيتها في هذه الرغبة هي الحاجات الجنسية والتي تغلب على أحاديث المراهقين وتسيطر أيضا على تفكيرهم في أغلب الأحيان، فإعطاء أهمية لموضوع الحب يجعل من صدمة الفراق وفقدان الحبيب أمر صعب جدا تجاوزه من قبل الحالة، فعوض عقاب الأخر قامت الحالة بتحويل هذا السلوك العقابي نحو الذات .

1. تقديم الحالة الثالثة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الثالثة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الثالثة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثالثة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الثالثة.
6. تحليل عام للحالة الثالثة.

1. تقديم الحالة الثالثة:

الحالة (م.إ) تلميذة في السنة الثالثة ثانوي، تبلغ من العمر 19 سنة، تنتمي إلى أسرة ضعيفة من الناحية الاقتصادية، وتتكون من الأب والأم وتسعة أبناء خمسة ذكور وأربعة إناث والحالة تحتل المرتبة قبل الأخيرة بين إخوتها، كما أن أسرة الحالة تعارض فكرة تعليم الفتيات، فأخواتها الأكبر منها سنا لم يلتحقن نهائيا بالمدرسة.

والدا الحالة على قيد الحياة وأميان الأب عاطل عن العمل والأم مأكثة بالبيت، السلطة في المنزل للأخ الأكبر فهو المسؤول عن العائلة وتوفير حاجاتها المادية.

مستوى الحالة الدراسي حسن جدا ونتائجها السنوية تتراوح بين 12 و 13 من 20، إلا أنها لم تتحصل على شهادة البكالوريا في الدورة السابقة للموسم الدراسي الماضي، وذلك راجع أساسا للحالة النفسية التي مرت بها الحالة وأثرت على نفسياتها وعلى مواظبتها لمزاولة الدروس، ومن جهة وقوعها في مشاكل عاطفية وأسرية وخوفها من عدم قبول أهلها وسماح لها بالالتحاق بالجامعة لذا لم تبد اهتمام كبير وجدية في الآونة الأخيرة.

2. ملخص المقابلة مع الحالة الثالثة:

اتسمت المقابلة مع الحالة (م.إ) بنوع من التردد في بداية الأمر، وكانت تقصد مكتبنا من أجل التحدث عن موضوع يؤلمها كما عبرت عنه " حابة نحكيك على حاجة منيش قادرة نخبيها اكثر وما كانش لمن نحكي سري" ، لكنها ترددت في المرات الأولى ولكن بعد كسب ثقة الحالة وإشعارها بالاطمئنان وسرية العمل الإرشادي، أبدت الحالة ارتياحا شديدا ورغبة ملحّة في الحديث، وقد بدت الحالة سيئة المزاج في الفترة الأخيرة وأصبحت تصرفاتها غريبة نوعا ما ، وهذا ما لاحظته حتى أساتذة الحالة وزملاؤها في القسم، من خلال افتعالها للمشاكل والعصية الزائدة والقلق والعنف في التعامل مع الآخرين.

وأثناء المقابلة مع الحالة ولدى التعرض للجانب الأسري لها والمعاش الأسري والعلائقي للحالة وطبيعة هذه العلاقات داخل الأسرة ، وما إذا كانت الحالة تعاني من مشكلات أسرية، حيث كان الجواب بنعم " دارنا فيها غير مشاكل أنا كرهت منهم ومن روجي بعد"، كون الحالة أساسا تعيش في

أسرة فقيرة ولا يمكنها تلبية كافة احتياجاتها ومتطلباتها المادية خاصة مع مرور الحالة بمرحلة المراهقة ورغبتها في التميز والظهور.

كما أنها تعيش في ظل أسرة لا ترحب أبداً بفكرة تعليم البنات، وترى أن مكانها الأساسي والطبيعي هو البيت من أجل مساعدة الأم في أعمال البيت أو الاستقرار والزواج، وترى أن خروج الفتاة للدراسة خاصة في مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي أين تبدأ الفتاة في النضوج الجسدي وبروز أكثر لمظاهر أنوثتها، هو بالنسبة للأسرة جلب للعار والمشاكل الاجتماعية للأسرة.

حديث الحالة عن أسرتها كان يتسم بالتهجين والازدراء وعبرت عن ذلك " كرهت من دارنا وعلا هادي حببت ننتحر ، نحب نعيش كما صحباتي لخرين علاه غير أنا هكذا". مصاحبة هذه المقولة بانفعال كبير وحاد وعصبية ولوم كبير لأسرتها على عدم قدرتها تلبية كل حاجياتها ومتطلباتها في ظل وضع الحالة وعقدها المقارنات بينها وبين نظيراتها من التلميذات، " كامل يلبسو مليح ويشريو وش يحبو غير أنا ". ومصاحبة ذلك ببكاء وانفعال شديد، " خيرت به نقتل روحي ونتهنى من معيشة ذل هذي علابيها شربت دوا منعرف حتى تاع واه لي لقيتو قدامي شربتو وكي دارلي سطر لقيت روحي في سبيطار ". صمت وشرود وتقطع في الكلام ثم تواصل الحالة قولها " هوما لي كرهوني في حياتي" وتقصد هنا أسرتها وإخوتها. غير أن السبب الحقيقي كان له علاقة بالجانب العاطفي للحالة وهو ما عبرت عنه، " قلت ندير كما كامل لبنات ونحكي من تلفون صحبتي مع واحد شاب سع هو بعد خبر خويا وفضحني وكي سمع خويا كان حاب يقتلني وليت خممت نقتل روحي خيرلي".

3. تحليل المقابلة مع الحالة الثالثة:

تعود أسباب إقدامها على الانتحار إلى اكتشاف الأخ الأكبر أمر العلاقة العاطفية التي أقامتها الحالة ، و ضربها بشدة مما ترك كدمات و إصابات و جروح بالغة على جسدها و إيقافها عن الدراسة لاسيما و أن الحالة كانت تطمح إلى الحصول على شهادة البكالوريا و الالتحاق بالجامعة وهو ما ترفضه عائلة الحالة تماما. كل هذه الأسباب كانت دافعا نفسيا لمحاولة الانتحار. من خلال المقابلات التي تم إجرائها مع الحالة لاحظنا آثار الضرب المبرح على جسدها و تبين رفضه التام مواصلة الحالة للدراسة ، كما ظهرت أعراض نفس جسدية أبرزها اكتئاب حاد جدا ، أدخلها في عزلة تامة عن المحيط العائلي ، بالإضافة إلى الشرود الذهني و أحلام اليقظة و فقدان التركيز.

تمثّلت الجهود العلاجية التي بُذلت من أجل التّكفّل الطبي و النفسي بالحالة في علاجها بالمستشفى عضوياً بعد غسل المعدة و بقائها، أسبوعاً كاملاً مع إخفاء المحاولة عن الأطباء و الادعاء بأن التلميذة لديها تخلف عقلي مما تسبّب في إقدامها على هذا الفعل ، أما من الناحية النفسية فلم يتم عرضها على أخصائيين نفسانيين بل تم اعتماد الرقية كوسيلة لتحسين حالتها النفسية في البيت باعتبارها -في نظرهم- أنجع الطرق للمعالجة هذا النوع من السلوكيات و الذي قد يقودنا إلى طرح إشكالية النظرة الاجتماعية للعلاج النفسي التي غالباً ما تكون محدودة.

وبعد تمكّنا من إقناع عائلتها بضرورة إعادة التلميذة إلى مقاعد الدراسة باعتبار توقيفها عن الدراسة قد يكون سبباً رئيسياً في قيامها بمحاولة انتحارية ثالثة ، و بعد عودتها إلى مقاعد الدراسة تمّ التكفل النفسي و البيداغوجي بها من طرف مستشار التوجيه و الإرشاد المدرسي و المهني .

تجسد هذا التكفل في عدة مقابلات إرشادية و علاجية مكّنت الحالة من خلالها إلى تحقيق نوع من الاستقرار النفسي تدريجياً إذ لوحظ عليها التحسن ، بالإضافة إلى اندماجها مجدداً في الوسط المدرسي ، و خروجها من حالة الاكتئاب التي كانت تعيشها خاصة أنّها أمضت أكثر من خمسة أشهر في البيت (باحتساب العطلة الصيفية).

كما أن طبيعة مسكنها المتواجد في منطقة نائية جعل من المؤسسة التربوية المتنفّس الوحيد و الحل الأساسي لتحقيق تغيّر اجتماعي لذلك فعالية التلميذات اللواتي يعشن في هذه المناطق يسعين إلى تكثيف جهودهن لتحقيق نتائج مدرسية جيدة و الالتحاق بالجامعة ، و هذا ما عملت عليه الحالة خلال الفصل الثاني في ظل رفض العائلة لتقديم الدعم لها و تلقي دروس خصوصية لمواكبة الدراسة .

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثالثة:

تعاني الحالة (م.إ) من تدني مستوى تقدير الذات لديها (61) حيث أن من أهم سمات هذا الانخفاض في تقدير الذات لديها لاحظنا كره وازدراء الحالة ومقتها الشديد لنفسها، ورغبتها في التخلص من ذاتها. إضافة إلى الرؤية السلبية للذات والتنقيص من قيمتها وأهميتها وعدم جدوى فعاليتها، رغم تمتع الحالة بإمكانيات جيدة على المستوى المعرفي والدراسي، وصحة جيدة أيضاً وخلوها من الأمراض الجسدية. شعورها بعدم التقبل من قبل الآخرين خاصة الأهل والأصدقاء، والشعور بالعجز والدونية.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثالثة:

تحصلت الحالة بعد استجابتها لمضامين مقياس بيك للاكتئاب، على درجة 39 والتي تعني أن الاكتئاب لدى الحالة شديد .

الأعراض الاكتئابية للحالة فهي تجسدت في الانطواء على الذات والرغبة في الانفراد بنفسها، كثرة التفكير وخاصة الأفكار السوداوية المتعلقة بإيذاء الذات ومحاولة التخلص منها كحل لمعاناتها. فقدان الشهية للأكل وهو ما تسبب في فقدانها للكثير من الوزن، شحوب الوجه والعصبية المفرطة مع كثرة التفكير.

6. تحليل عام للحالة الثالثة:

تعيش الحالة في وسط أسري واجتماعي غير مساعد بتاتا لا على العيش في ظله ولا على النمو والتطور والنضج، فهو محيط مشحون بمشاعر سلبية متعددة، تتمثل خاصة في الرغبة المتكررة في انفصال الحالة عن الدراسة، وكذلك المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وعدم القدرة على تلبية حاجات الحالة كونها فتاة ومراهقة متمدرسة، تطمح دوما إلى التميز والى عدم الشعور بالغبية بين زميلاتها من حيث المظهر العام، ومن حيث بروز الدور الأبوي والأسري من أجل الحماية والأمان. لأن من أهم حاجيات النفسية للمراهق هي الحاجة لأمن والأمان، والحاجة إلى التقدير والاحترام سواء من الغير أو من الذات، وهذا ما لم تجده الحالة في الوسط الأسري الذي تعيش فيه، والذي يتسم أساسا بالقطيعة التامة فكل في حاله كما تقول الحالة، ولا يجتمعون بتاتا، مما عزز الفجوة بين أفراد هذه الأسرة.

إضافة إلى أن المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه الحالة والذي ينظر إلى الفتاة على أنها مصدر لجلب العار والمشاكل إلى الأهل، والتي ينبغي أن يكون مكانها هو البيت ومساعدة الأم على متطلبات البيت والإخوة وخدمتهم.

وهذا ما يتعارض أساسا مع طموحات المراهقة والرغبة في النجاح وتحقيق ما لم تحققه وتوفره الأسرة من الحصول على شهادة البكالوريا، والتسجيل في الجامعة. و كبح مشاعر الحالة العاطفية وتهديدها المستمر بالفصل عن الدراسة وأحيانا العنف إذا عاودت الحالة سلوكها بالتحدث مع أي شاب ومهما كانت صفته حتى ولو زميل في الدراسة.

فالحالة عموماً تتسم بتدني تقدير الذات والقيام بسلوكيات دفاعية لمنع معرفة الآخرين مدى القصور أو عدم الأمن الذي تشعر به، وتمثلت هذه الآليات الدفاعية خصوصاً في التمرد والمقاومة والتحدي والرد والإنكار والرفض.

الشك في الآخرين والرغبة في تحقيرهم وهذا ما تسبب للحالة في مشكلات علائقية مع زميلاتها في القسم، وإلقاء اللوم عليهم وعلى الأهل أيضاً في حالة الفشل وعدم إحراز شهادة البكالوريا وعدم الحصول عليها، وليس لعدم مواظبتها على الدروس والتحضير الجيد للامتحان. إبتاع الحالة لأسلوب الهروب والذي تمثل خصوصاً في التغيب عن الدراسة والتأخر، والخروج المتكرر من القسم.

والعوامل التي كانت لها تأثير كبير على السلوك الانتحاري للحالة هي العوامل الأسرية بالدرجة الأولى والتي أحدثت لدى الحالة أزمات نفسية حادة انعكست على تقديرها لذاته وصحتها النفسية والمعاناة من الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب والقلق، والتي دعمتها الانفصال العاطفي والذي تسببت فيه أسرتها، الحرمان من مشاعر الاهتمام والرعاية على صعيد الأسرة والصعيد الشخصي.

1. تقديم الحالة الرابعة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الرابعة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الرابعة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الرابعة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الرابعة.
6. تحليل عام للحالة الرابعة.

1. تقديم الحالة الرابعة:

(ب.ع) فتاة تبلغ 14 سنة، تدرس في السنة الثالثة متوسط، تنتمي إلى أسرة من ثمانية أفراد مكونة من الأب والأم وأربعة بنات وأربعة ذكور، الحالة هي البنت الصغرى في العائلة، والداها أمان والأب يعاني من مرض عضوي مزمن ألزمه الفراش منذ سنتين،

تتمتع الحالة بمظهر جميل جدا مع اهتمام كبير باللباس والمظهر الخارجي، كما أنها ذات مستوى دراسي جيد جدا، فمعدلاتها في مختلف الفصول جيدة وخاصة في اللغات الأجنبية.

تعيش الحالة في أسرة عادية من ناحية الاقتصادية، ولم تكن الحالة من أية مشكلات سواء أسرية أو تربوية، ولا اضطرابات أو مشكلات صحية ونفسية، بل تتمتع بصحة نفسية وجسدية جيدة، عدا وقوعها في مشكل عاطفي مع صديقها من نفس المستوى والقسم، الذي أدى هي إقدامها على محاولة الانتحار، كردة فعل لا واعية لذلك السلوك.

2. ملخص المقابلة مع الحالة الرابعة:

لم تبد الحالة في بداية الأمر رغبة كبيرة في المقابلة، ولكن بعد قيامنا بالتمهيد للموضوع مع الحالة بصفتنا مستشارا للتوجيه والإرشاد المدرسي والمهني، وان التكفل بالحالات الخاصة ذات المشكلات النفسية والسلوكية، وهذا يدخل ضمن مهامنا الأساسية، وذلك بهدف مساعدة التلاميذ على التكيف النفسي مما يضمن أيضا تكيفه التربوي ويساهم في تحقيق تدرس ومردود مدرسي جيد.

ومن هذا المنطلق قمنا بإجراء المقابلة مع الحالة والتي كما سبق وأشرنا لم تبد تعاوننا كبيرا في البداية وأبدت مقاومة وقامت بإنكار قيامها بالسلوك الانتحاري الذي قامت به أساسا، ووصفت السلوك على أنه حادثة فقط وقعت لها داخل القسم، وهو أكيد ما يعترض مع تصريحات المدير والأستاذة وحتى زملاء الحالة.

فبعد كسب ثقة الحالة وجعلها تطمئن للمقابلة، ووجدنا تعاوننا من قبلها بالتدرج، وأبدت تجاوبا مع أسئلة المقابلة، والتي محورت أساسا حول عدة جوانب للكشف عن دوافع السلوك الانتحاري، بداية بالتاريخ الأسري ومعلومات حول أسرة الحالة، والتي كانت إجابة الحالة هادئة جدا، وأن كل أفراد أسرتها بصحة جيدة، عدا المرض العضوي الذي يعاني منه الأب والذي جعله عاجزا.

ولم تكن الحالة تعاني أية مشكلات أسرية مادية أو علائقية، " ماديا لاباس والحاجة لي نجبها أنا ولا خاوتي ماما وجدي يجيبهولنا، وزيد دراهم بابا تاع فرنسا يكفيونا". لأن الأب كان يعمل بفرنسا لمدة طويلة جدا وكانت الأم هي من تولى رعاية وتربية الأبناء، والتي لا تسمح لأي شخص بالتدخل في تربيتهم حتى المقربون جدا من أهلها وأهل الزوج. " انا علاقتي بيهم مليحة بزاف ويشتيوني كامل خاطر انا الصغيرة تاع الدار".

تملك الحالة حس المرح والدعابة وحتى هي في أسوأ حالتها لا تفارق الابتسامة وجهها رغم وجود وجدان مصحوب بالألم وذرف الدموع، لكن لا نتخلى عن التبسم، وكأنها تتحدى نفسها لتثبت لنفسها وللآخر مدى قوتها ومدى ثقتها بنفسها وعدم فقدانها لها.

وفيما يتعلق بمرحلة الطفولة وإبعاد السلوك العنيف فيها، حيث أن الحالة عاشت طفولة عادية جدا، لكن ما ميزها هو غياب الأب المستمر وغياب كلي لصورة أو الرمز الأبوي. " نشوف بابا مرة في العام يقعد معنا ايامات ويروح كنت نحسبو ضيف برك وكنت نعيظلو عمي في الاول".

3. تحليل المقابلة مع الحالة الرابعة:

تميز سلوك الحالة أثناء المقابلة بالهدوء التام، والصمت في مواقف كثيرة، خاصة أثناء المقابلة التمهيدية، كما استخدمت الحالة بعض الآليات الدفاعية من أجل الإنكار ورفض الواقع والسلوك الذي أقدمت عليه. ولكن في المقابلة الثانية لاحظنا تغير في سلوك الحالة من الصمت إلى الكلام الكثير والسريع أيضا، مع كثرة التفكير وحزن مصحوب بوجود مؤلم خاصة عند تذكر الحادثة، وكانا تبدي شيء من الندم على هذا السلوك، خاصة في ظل ثقافة مجتمعية ومدرسية على مساعد على نسيان وتجاوز المشكلات بل مثل هذا السلوك في نظرهم يشير إلى وصمة عار بالنسبة للفتاة خاصة، ومع مختلف التأويلات والأقاويل لم تتمكن الحالة من تجاوز الموقف بصعوبة، رغم انقطاعها عن الدراسة مدة أسبوع كامل لتجنب مثل هذه السلوكات ونظرات الاتهام من طرف التلاميذ والوسط التربوي عموما. كما أن هذا السلوك لم يؤثر على نتائجها المدرسية وتحصلت على معدلات جيدة في كل المواد وخاصة اللغات الأجنبية، كما أن طموح الحالة هو أن تكون صحفية، الأمر الذي جعلها تدمن متابعة الحصص والبرامج التلفزيونية وخاصة تلك البرامج ذات الطابع الاجتماعي، " نراجع دروسي ونوجد واش عطاونا الاساتذة من واجبات ومن بعد نبقي نتفرج حتى ليل خاصة قنوات تونسية والبرامج

الاجتماعية"، ولماذا الحصص الاجتماعية بالذات، كانت الحالة تتأثر بالحالات التي يتم استقبالها ومحاولة إيجاد حلول لها " نشتي هذ النوع من البرامج نحسهم ما يكذبوش ويهدرو في الواقع" ، وأن طموح الحالة مساعدة الآخرين وإيجاد حلول لمشاكلهم " منحب حتى واحد يعاني نحب نعاون الناس بشيء لي نقدر عليه".

مشاهدة الحالة لهذا النوع من البرامج التلفزيونية وكذلك دون رقابة والدية على طبيعتها والموضوعات التي تعرض فيها، جعلها تستدخل تلك المحتويات في بنيتها السيكلوجية وشخصيتها لتصبح جزءا منها وهذا ما لمسناه من خلال طريقة كلامها والعبارات التي تستعملها وحتى تفكيرها وسلوكها. وإسقاط تلك الحالات على حالتها الخاصة وتبني السلوك الانتحاري بفعل التقليد كما حدث في احد البرامج التلفزيونية التي تتابعها الحالة.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الرابعة:

يستهدف تطبيق مقياس كوبر سميث التعرف على مدى تقدير الحالة لذاتها في عدة محاور وأبعاد (العام، المدرسي، الأسري، الاجتماعي) وكانت درجة المقياس التي تحصلت عليها الحالة بعد استجابتها لمضامين وبنود المقياس هي 80، وهي درجة عالية وتوحي بمدى تقدير الحالة لذاتها رغم ضعفها في موقف ما واستسلامها للصدمة العاطفية التي تعرضت لها، إلا أنها تتمتع بمستوى جيد من الثقة في الذات والتقدير الايجابي لها، وأن هذا السلوك لم يكن بسبب تدني في تقدير الذات ولم يؤثر أيضا عليه، بل الحالة تحدثت بكل ايجابية عن نفسها، كما أنها تدرك عيوبها ونقائصها وتنتظر دوما للجانب الايجابي من شخصيتها.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة الرابعة:

أما بخصوص متغير الاكتئاب، فقد قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة (ع.ب) وبعد جمع علامات الحالة على مختلف البند تحصلت على درجة 18 وهي درجة توحي بوجود اكتئاب متوسط ضعيف، فعلى الرغم من أنها قامت بالإقدام على الانتحار وأيضاً قيامها بالتهديد به مرة ثانية غير أن الحالة لم تعاني من مظاهر اكتئابية قبيل السلوك الانتحاري، وأن السلوك أو المحاولة الانتحارية التي قامت بها لم تكن سوى ردة فعل آنية على مشكل أو صدمة عاطفية، فعدم قدرتها على

تحمل صدمة الفراق خاصة وأنها في سن صغير جدا ، وفقدان شخص عزيز جدا عليها جعلها تتبنى السلوك الانتحاري كمنفذ أو كنتيجة لما يفرزه التبعية في الحب والانفصال الذي نجم عنه.

6. تحليل عام للحالة الرابعة:

الحالة (ع.ب) والتي هي فتاة في بداية مرحلة المراهقة فعلى الرغم من صغر سنها إلا أنها وقعت ضحية تلاعب الشباب بعقول الفتيات، فنتيجة التبعية للحب والرغبات والشهوات النفسية، نجد معظم شبابنا وبناتنا منغمسون في البحث عن اللذات، وخاصة تعويض النقص العاطفي الذي لم تنشأ عليه الحالة داخل أسرتها، والذي شجعها على التفكير في هذه الأمور على الرغم من صغر سنها.

إضافة إلى تأثير وسائل التكنولوجيا والإعلام والغزو الثقافي الذي نشهده من خلال البرامج التلفزيونية، والذي من شأنه التأثير على نمط تفكير الأفراد خاصة الأطفال والمراهقين وسرعة القدرة على غسل دماغهم وشحنهم بالطاقات والمعلومات التي سرعان ما تتحول إلى سلوكيات فعلية، والتي تستهدف أساسا القيم والمبادئ الاجتماعية للمجتمع، فكان لهذا الجانب تأثير كبير على شخصية الحالة، وحتى على سلوكها العام.

رغم المستوى التحصيلي الممتاز الذي كانت تتمتع به الحالة، إلا أنها تراجعت تراجع طفيف من حيث المردود الدراسي خلال الفصل الأول من السنة الدراسية للموسم الماضي، والذي يمكن أن نرجعه إلى الحالة النفسية والعاطفية التي كانت تمر بها الحالة، والتي طغى عليها التفكير السوداوي، العزلة والانطواء ومختلف مظاهر الانفعالية للسلوك الانتحاري.

بما أن التبعية للحب والعاطفة اتجاه الشخص الذي كانت ترتبط به الحالة والذي عوض أن تقوم بسلوك عدائي موجه للآخر، اختارت الحالة معاقبة ذاتها، ومحاولة التأثير على الآخر بهذا السلوك وإرجاع الأمور إلى نصابها، هذا التفكير السطحي جدا ليس فقط للحالة بل ولعديد الحالات خاصة لدى فئة الإناث، والذي تكون العوامل الأسرية العامل الأهم بسبب عدم متابعتها الجادة لسلوكات الأبناء، وكذلك عدم تلقي تنشئة اجتماعية وتربوية خاصة بالجانب العلائقي والعاطفي، نظرا لعدم التطرق لمثل هذه المواضيع بتاتا في الأسرة وكأنها من الأمور المحرمة، غير أن هذا يجلب نتيجة عكسية فيؤدي الجهل وسوء إدراك العواقب إلى نتائج كارثية تؤثر على المستقبل الشخصي والأسري للمراهقين، وعلى أدائهم الدراسي وصحتهم النفسية عموما.

1. تقديم الحالة الخامسة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الخامسة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الخامسة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الخامسة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الخامسة.
6. تحليل عام للحالة الخامسة.

1. تقديم الحالة الخامسة:

التلميذ (و. ل) مراهق يبلغ من العمر 15 سنة ، يدرس في السنة الثالثة متوسط ، يعيش في أسرة مكونة من أب و أم و أخوان و هو الابن الأكبر للعائلة، الأم معلمة و الأب عامل حر ، و هما منفصلان ولكن يعيشان في بيت واحد ولم تم الطلاق بصفة رسمية. المستوى الدراسي للحالة ضعيف ولا يبدي أية رغبة في النجاح، ويتسم بسلوك عدواني وعنيف داخل المتوسطة مع زملائه وحتى أساتذته، مما أدى إلى وقوعه في عدة مشكلات تربوية. محاولة انتحار الحالة كانت داخل البيت من خلال محاولة شنق نفسه في غرفته.

2. ملخص المقابلة مع الحالة الخامسة:

جرت المقابلة مع الحالة بشكل عادي، حيث اتسم الحالة خلالها بالتوتر الشديد وعدم الثبات، حيث أنه معتاد على التدخين بشكل كبير لدرجة الإدمان ويخرج من الحصص من أجل ذلك، كما أن الحالة اتسم في البداية بعدم الرغبة في الحديث، وخاصة أنه كان مدركا هدف قيامنا من المقابلة وأنها متعلقة بالسلوك الانتحاري الذي قام به، الأمر الذي جعله يبدي بعض التردد في البداية الذي زال بعد الانطلاق في المقابلة.

تحدث الحالة لنا عن وضعه الأسري وأن والداه منفصلان ولكنه لم يقع طلاق بصفة رسمية، والسبب كان كثرة المشاكل والخلافات بين الأب والأم إلى درجة لم تعد محتملة وأثرت على الحالة النفسية لأبناء، مما دفع بالأم إلى طلب الانفصال، " كل نهار يتقابض بابا وماما حتى على أبسط حاجة والله كرهت دارنا وكرهت روعي في جرتهم " ، " واحد ما يحسش بالأمان في دارو والراحة وين راح يلقاهم مالا؟" أسئلة تبادر ذهن الحالة وشعوره بعدم الأمان في أسرته والخوف الذي زرعه الخلاف الدائم بين الأبوين أدى إلى تولد مشاعر سلبية من الابن اتجاه والده " نكرهو وما بقيتش نسميه بابا أصلا على شيء لي دارو فينا، يظل يضرب في ماما وزيد حتى مصروف ميش قاعد يصرف علينا يسمى ما عندو حتى معنى في حياتنا".

أما عن مرحلة الطفولة والمعاش النفسي خلالها فلم تكن حسنة كما عبرها عنها الحالة " وش من طفولة والأب ما يهتمش بولادو كان ميش ماما رانا ضعنا، وزيد بابا يخدم ويروح ياكل ويرقد وما يحكيش معانا خلاص، ما حسيتش بحاجة اسمها أب سوى انو جسد برك عايش معانا هكاك"، انتقال المشاعر والأحاسيس السلبية التي حملها الحالة من مرحلة الطفولة إلى

مرحلة المراهقة، مع تنامي لتلك المشاعر، وتولد مشاعر أخرى أكثر خطورة متجهة نحو الأب والتي تتم عن حالة نفسية وانفعالية شديدة ومحاولة صب غضب الحالة جراء العنف الأسري الذي كان يعامل به الوالد الأم " كان يضرب ماما قدانا وهي تظل تبكي، كنت صغير منقدر ندير والو بصح ذرك محال نخليه والله نقتلو نقتلو ويخلص شيء لي دارو فينا كل". هذا ما لم يستطع الحالة تحمله وجعله يصب الغضب نحو ذاته محاولة منه التخلص من هذه المعاناة.

3. تحليل المقابلة مع الحالة الخامسة:

تعود أسباب المحاولة الانتحارية للحالة (و.ل) إلى الوضع الأسري و التربوي الذي تعاني منها الحالة ، تجسّد الأول بالخصوص في العنف الجسدي المستمر الممارس من قبل الأب على الأم ثم انفصالهما و بقائهما في بيت واحد ، ثم تقسيم البيت إلى جزئين بين الطرفين مع انقطاع التواصل الأسري بين الأب و الأبناء ، أما الثّاني فتمثّل في تعرض التلميذ للإهانة و الضرب من طرف مستشار التربية بسبب تأخره عن الالتحاق بالصف ، و لعل الأخطر تعرضه لعنف جنسي من طرف أستاذ الاجتماعيات تجسّد في ضربه على أعضاءه التناسلية. (وهو ما لم يرغب الحالة في الإجابة عنه وإنكاره).

من خلال المقابلات التي أُجريت مع الحالة تبين لنا تراجع مستواه الدراسي ، الفوضى و الحركية الزائدة ، و افتعال المشاكل مع الزملاء و الأساتذة ، محاولته مرارا قتل والده بسكين المطبخ ، تصرفاته العنيفة في الوسطين الأسري و المدرسي ، رفاق السوء و الإدمان على المخدرات ، التغيب الكثير عن الدراسة ، عدم مبالاته بالدراسة و النجاح الذي تجسّد في ضعف تحصيله الدراسي و حصوله على معدل ضعيف خلال الثلاثي الأول ، و أخيرا رغبته في الانقطاع عن الدراسة انتقاما من والديه و من إدارة المتوسطة التي حسب قوله لا تحترم التلاميذ و تسعى إلى إذلالهم.

إضافة إلى رفاق السوء الذين دلوه على طرق المخدرات والتدخين، وكذلك تشجيعه على التخلي عن الدراسية.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الخامسة:

قمنا بتطبيق مقياس كوبر سميث على الحالة، والذي كانت استجاباته على مضامين المقياس وخاصة على البنود السلبية لأبعاد المقياس، وكانت درجته منخفضة حيث تحصل على درجة

60، فهو من أصحاب تقدير الذات المنخفض والمتدني، والذين يركزون أساساً على العيوب والنقائص دون النظر للايجابيات والمميزات، والنظرة السلبية للذات وسوء تقييمها وتقديرها، كذلك عدم القدرة على تقبل الذات، و عدم القدرة على تحديد نقاط الضعف والعمل على تنميتها وتطويرها، وكثرة الحديث عنها، أنا غير مجد، أنا لا أنفع أحد، ، لا أستحق أن أعيش...

الشك في الآخرين ومضايقتهم وتحقيرهم، وهذا ما كان يقوم به خاصة مع زملائه في المدرسة والقسم، مما عرضه في عديد من المرات إلى مشكلات تربوية. الفشل في تحمل المسؤولية و محاولة الاستقواء على الآخرين لعدم إبراز وإشعار الآخرين بضعفه.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة الخامسة:

أما الاكتئاب فلم يكن بادياً كثيراً على الحالة خلال المقابلات سوى مشاعر الحزن الشديد، وبعض العبارات التي توحى بالأفكار السوداوية التي تراود باله، والتي دفعت به إلى الإقدام على الانتحار. إضافة إلى عدم القدرة على النوم والأرق الشديد، وفقدان الشهية للأكل وتعويض ذلك بالتدخين والمخدرات. وتحصل الحالة بعد استجابته لمضامين مقياس بيك للاكتئاب على درجة 29 والتي توحى بوجود اكتئاب متوسط، حيث أنه أغلب الذكور لا يميلون إلى إظهار مشاعر الاكتئاب والحزن كما هو الحال عند الإناث، وذلك لعدم إظهار الضعف وعدم التقييم السلبي من الآخرين.

6. تحليل عام للحالة الخامسة:

الحالة (و.ل)، وعلى الرغم من صغر سنه إلى أنه أقدم على محاولة انتحار من خلال محاولة شنق نفسه، حيث كان هذا السلوك نتيجة لمعاناة أسرية من انفصال الوالدين، والعنف الأسري الذي كان يتعرض له الحالة من قبل والده، وعدم قدرته على تحمل مظاهر العنف والإهمال التي تعيش فيها أسرة الحالة.

أدت به هذه المشاعر السلبية وعدم القدرة على التحمل إلى اختيار السلوك الانتحاري كحل نهائي لمعاناة فردية وأسرية، والذي ساعده في ذلك عدم الرعاية والاهتمام والقطيعة الأسرية خاصة من جهة الأب، والأم التي تعمل طوال اليوم، مما أزم من حالة التلميذ، وجعله عرضة

وفريسة سهلة للشارع ورفاق السوء والذي أدى به في الانغماس في أنواع السلوك المنحرف والعدواني، على الآخرين وعلى ذاته، الهروب كان وسيلة وآلية دفاعية اختارها الحالة، كمحاولة منه لإشباع رغباته وحاجاته، وكذلك اختياره للتدخين والمخدرات لعله يجد لذة وسعادة الوهمية طبعاً التي ينشدها بعيداً عن الضغط والعنف والإهمال الأسري.

تخلي الأسرة عن واجباتها التربوية من حماية ومتابعة واهتمام بتلبية وحاجات الأبناء وانشغالها بتلبية فقط الحاجات المادية، جعل دورها التربوي يتناقص بشكل ملحوظ جداً في مجتمعنا، وخاصة في المرحلة العمرية التي يمر بها الحالة وهي فترة المراهقة، فترة الصراعات والتناقضات، وفترة المرور إلى إثبات رجولة المراهقة ومحاولة تحمل المسؤولية كما فعل الحالة، إلا أن عدم قدرته على تحمل المسؤولية والأعباء نتيجة صغر سنه وقلة خبرته ونضجه، جعله يلوم نفسه كثيراً ويحقرها لعدم قدرته على إسعاد والدته وأخوه وتعويضهم العنف الذي عانوه من طرف الأب.

انعكاس هذه العوامل الأسرية على الحالة أدى به إلى الميل إلى السلوك المنحرف من تعاطي المخدرات خاصة. ومحاولة عقاب الذات بسبب عدم قدرته على عقاب الفاعل والذي هو الأب على الرغم من محاولة الحالة قتل أبيه مرتين وفشل في ذلك أي فشل صب الغضب النفسي على الفاعل جعله ينعكس لا محالة على الحالة، فأقدم على محاولة قتل نفسه كسلوك مضاد الرغبة والهدف منه هو عقاب الآخرين وإلحاق الضرر بهم.

1. تقديم الحالة السادسة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة السادسة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة السادسة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة السادسة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة السادسة.
6. تحليل عام للحالة السادسة.

1. تقديم الحالة السادسة:

(ش.ق) فتاة تبلغ من العمر 17 سنة، طويلة القامة وقوية البنية، تتسم بالتشاؤم الشديد عابسة الوجه بشكل دائم وتفضل العزلة والبقاء وحيدة مطولاً، تدرس الحالة في السنة الثالثة ثانوي، تلميذة ذات مستوى دراسي ممتاز، ملتزمة دينياً وأخلاقياً، ومواظبة على دراستها، تعيش الحالة في أسرة مكونة من الأب والأم وستة بنات وطفل، والحالة هي البنت الكبرى في العائلة.

تتنمي الحالة إلى أسرة جيدة اجتماعياً واقتصادياً لكنها تميل إلى تمجيد الذكور على الإناث خاصة من جهة الأب.

2. ملخص المقابلات مع الحالة السادسة:

أظهرت الحالة تفاوتاً كبيراً من خلال المقابلة وذكاء شديد للغاية، وفي بعض الأحيان كانت الإجابة مصاحبة بوجودان مؤلم، وفي أحيان أخرى صمت كبير أين تفقد الحالة أفكارها وتدخل في شرود ذهني، كانت اعترافات الحالة (ق.ش) خاصة وجد سرية، مما يثير الانتباه لطريقة سردها للوقائع، مما جعلنا نفترض أن هذه الوقائع تحمل وزناً مؤلماً لديها، لا يمكن حمله، وتفرغ إجابي لمكبوتات مخفية.

وقد كانت الحالة متجاوبة معنا وهذا ما لامسناه من خلال إجابتها على الأسئلة المطروحة وكذلك الشرح المطول الذي تقدمه الحالة عن كل نقطة تسردها، خاصة ما كان مؤثراً أكثر بالنسبة لها والذي يعبر عن جزء من معاناتها النفسية.

دارت معظم الأسئلة حول معلومات عامة عن الحالة وعن الأسرة التي تعيش فيها، والبحث في التاريخ والسوابق المرضية والتي أكدت الحالة من خلال إجاباتها أنها لم تعاني أبداً أية اضطرابات من قبل سواء صحية أو نفسية سلوكية، وكذلك الأمر بالنسبة لجميع أفراد عائلتها " كامل لاباس بيما حمد لله على الصحة وعلى كلشي، غير شوي القلقة زائدة تاع بابا كي يقلق يعود ما يشوفش قدامو"، مع ضحك ثم صمت لبعض دقائق، ثم تضيف الحالة وتبرر أنها لا تتكلم هكذا بغية الإساءة لوالدها ولكنها فقط لتصف سلوكه داخل الأسرة وأنه يتميز بالعصبية الشديدة مما جعل كل أفراد الأسرة يخافون منه، فلدى عودته إلى المنزل تجد كل فرد في غرفته ولا يتحدثون معه إلا إذا طلب هو ذلك، " أنا

نخاف منو حتى ماما وخاوتي كل بصرح أنا منهدرش معاه كان ما يعيطيليش هو كي نشوفو برك نعود نرجف لشتي ما درت والو".

عايشت الحالة طفولة عادية كباقي الأطفال مع إحساس كبير بتمجيد أسرتها للعنصر الذكوري، وتمنيهم لو كانت الحالة أي البنت الكبرى ذكرا، وهذا ما أثر كثيرا على نفسية الحالة وإحساسها بعدم حب والديها لها وخاصة الأب الذي رغب كثيرا في إنجاب الذكور وإحساسها بالرفض الأسري. وهو ما يعكس نظرة اجتماعية كون المجتمع العربي تقريبا كله مجتمع ذكوري بامتياز يمجذ الذكر على الفتاة.

أما عن طبيعة العلاقات الأسرية وكيفية التعامل داخلها تقول الحالة أن أسرتها لا تخلو من المشاكل والنرفزة والصراخ لأنفه الأسباب وهذا ما يقوم به الأب، مما ولد خوف كبير لدى ابنه خوف حتى من الحديث والجلوس إليه.

أما عن المشاكل المدرسية التي حدثت للحالة والتي كانت بمثابة محركا رئيسيا في إقدامها على الانتحار داخل الثانوية، من خلال محاولة قطع شرايين يدها بمقص حاد ولدى رؤية أبيها لذلك المشهد قام بتعنيفها وضربها والتهديد بقتلها وفصلها عن الدراسة، مما جعلها تصعد بسرعة للطابق العلوي وتحاول رمي نفسها، لولا تدخل مجموعة من الأساتذة لإنقاذها.

كان السبب وراء هذا السلوك وحضور والدها للمدرسة أن الحالة خرجت من قسمها إلى مستشارية التربية من أجل التبليغ عن الفوضى العارمة التي يشهدها القسم، والجو الذي لا يساعد بتاتا على الدراسة، وكان رد فعل مستشار التربية عنيفا جدا مع الحالة رغم أنها لم تتصرف بشكل يغضب الإدارة وهو إجراء عادي يقوم به الأساتذة من أجل الاستعانة بالإدارة لضبط سلوكيات التلاميذ المشاغبين، خاصة أن الحالة تملك مستوى ممتاز وترغب في الحصول على معدل جيد في البكالوريا من أجل التسجيل والالتحاق بكلية الطب. "قالي روحي تقراي وما عندي ما نديرك وذرك نعيط باباك يجي نعرف وش نقولو". ولهذا قام مستشار التربية باستدعاء والد الحالة والذي فسر السلوك وأساء فهمه على أن الحالة خرجت من الثانوية وليس من القسم، وأن سلوك الحالة غير سوي وترغب في افتعال المشاكل، فعندها قام والدها بضربها أمام الإدارة وتهديدها بفصلها نهائيا عن الدراسة منذ ذلك اليوم، وهو ما لم تستطع الحالة تحمله وأدى إلى إقدامها على ذلك السلوك الانتحاري.

3. تحليل المقابلات مع الحالة السادسة:

كانت الحالة متجاوبة جدا ومتعاونة معنا، وكانت طريقة سردها للأحداث متسلسلة ومنطقية وخالية من أية تناقضات أو تفسيرات ذاتية، والتي تؤكد كلها أن السلوك الانتحاري الذي أقدمت عليه لم يكن سوى ردة فعل حتمية ومنطقية عندما قام والدها بتهديدها بالفصل عن الدراسة والقيام بتعنيفها وضربها أمام الأساتذة وبعض الزملاء، إضافة إلى الحالة النفسية والسمات الشخصية التي تتسم بها الحالة أساسا من الخوف من الأب وتصرفاته في المنزل وشعورها بالرفض الوالدي، الشعور بعدم الأمان والتهديد بعدم إتمام دراستها جعل الحالة لا تستطيع أن تفكر إلا في السلوك الانتحاري ودون التفكير بعواقب ذلك السلوك سواء على الصعيد الذاتي أو ما يمكن أن يخلفه من صورتها لدى والدها، خاصة في ظل الشكوك التي قام بعض أفراد الإدارة في زرعها في ذهن الوالد الذي لم يكلف نفسه في إيجاد تبريرات أو مناقشة الحالة حول هذه المعلومات والسلوكيات والتأكد من مدى صحتها.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة السادسة:

استخدما مقياس كوبر سميث من أجل قياس تقدير الذات لدى الحالة، ومعرفة مدى تقييمها وتقديرها لذاتها، ومستوى هذا التقدير واتجاهه إذا كان سلبيا أو ايجابيا، بحيث وبعد الاستجابة لبند ومضامين المقياس تحصلت الحالة على درجة 68 وهي درجة منخفضة وتعكس مدى عدم ثقة الحالة في نفسها ونظرتها السلبية لها، خاصة في البعد الأسري والبعد العام، ثم يليها البعد الاجتماعي، وأخيرا البعد المدرسي، وعدم ثقتها في إمكانياتها وقدراتها الشخصية وعدم القدرة على تحمل وتجاوز المشكلات وشعورها بالرفض الوالدي وعدم التقبل وعدم تقبل الآخرين أيضا لها.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة السادسة:

كانت الدرجة المسجلة على مقياس بيك للاكتئاب 32 وهي درجة تصف اكتئاب شديد لدى الحالة والذي انعكس أو تمثل أساسا في مظاهر الحزن والتشاؤم، والنظرة السلبية نحو الذات ونحو المستقبل، الشعور بالذنب والقلق والتوتر، وأيضا من المظاهر الاكتئابية التي عايشتها الحالة وبدت عليها هي عدم الرغبة في الاهتمام بالمظهر، قلة الدافعية للإنجاز وتراجع مردودها المدرسي وتراجع مستواها من 17 إلى 10 المعدل، الأرق وعدم القدرة على النوم، الشرود الذهني و الفرط في التفكير مع مرودة الأفكار السوداوية للحالة والتي جسدتها في سلوك فعلي من خلال المحاولة الانتحارية، كما أن هذه

الأفكار لا تزال تسيطر على تفكير الحالة مما يشير إلى خطورة هذه المظاهر والأعراض وما يمكن أن ينجر عنه من محاولة انتحارية أخرى قد تؤدي إلى انتحار مكتمل.

6. تحليل عام للحالة السادسة:

عاشت الحالة وضعية صراعية بسبب النمط السلوكي العائلي الذي يميز بين الفتاة والذكور "أمي ولدت غي البنات، وبابا يحب على طفل صح هو بيان يشتينا بصح متأكدة بلي يتمنى لوكان جينا ذكورة خير"، كل هذه العوامل أدت إلى اضطرابات نفسية وسلوكية ظهرت بقوة في المراحل الأخرى، التي مرت بها الحالة، نلاحظ أيضا أن هذه الحالة تعاني من نمو عاطفي هش، نستدل عليه بعدم استقلاليتها عن الأسرة وخاصة الأم، "لا أتحمل البيت بدون أمي"، وكذلك هشاشة البنية السيكولوجية خاصة في ظل إحساسها بعدم القيمة والأهمية بالنسبة لأسرتها. وفي ظل المشكلات المدرسية من عدم التفهم والتقبل من طرفهم وطرف الأسرة، بالرغم من أن الحالة تتمتع بذكاء متطور وهذا ما لاحظناه خلال المقابلة، وما أكده لنا أصدقاء الحالة كما يثبته تفوقها الدراسي فالحالة متحصلة على معدلات جيدة جدا ولم تعد أي سنة مذ دخولها المدرسة.

كما تعرضت الحالة لضغط داخلي يتمثل في رفض الذات وكره صورتها، كان الصراع قائم بين مختلف هيئات الجهاز النفسي، حاول الأنا تخفيفها باستعمال آليات دفاعية مختلفة، كانت جد فعالة في المرحلة الأولى بدليل غياب القلق رغم كل المشاكل كنت سعيدة، الصراع كان بين كونها أنثى في مجتمع وأسرة تمجد الذكورة.

1. تقديم الحالة السابعة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة السابعة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة السابعة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة السابعة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة السابعة.
6. تحليل عام للحالة السابعة.

1. تقديم الحالة السابعة:

(م.ش) فتاة تبلغ من العمر 17 سنة، ذات بنية جسدية جيدة، بيضاء البشرة وطويلة القامة، تدرس في السنة الثانية ثانوي، شعبة الآداب والفلسفة، من أسرة مستقرة مكونة من الأب والأم وأخ واحد يدرس في الابتدائي وأختين في مرحلة التعليم المتوسط، الحالة هي البنت الكبرى في العائلة.

هذه العائلة التي تتمتع بمستوى اجتماعي واقتصادي جيد، الأب يعمل في ميدان التجارة والأم مأكثة في البيت.

المستوى الدراسي للحالة جيد ولا تعاني من أية مشكلات سابقة، عدى وقوعها في مشكل عاطفي مع أحد زملائها الأمر الذي صدم الحالة وأدى بها إلى الإقدام على الانتحار من خلال قطع شرايين كلتا يديها داخل دورة المياه في الثانوية.

2. ملخص المقابلة مع الحالة السابعة:

تم استدعاء الحالة عند إقدامها على محاولة الانتحار في المؤسسة، وخلال المقابلة لم تكن لديها تلقائية كبيرة في الإجابة والحديث خاصة في المقابلة التمهيديّة، حيث أبدت خجلا كبيرا من السلوك الذي أقدمت عليه، وأنها تشعر بالخجل الكبير من الجميع وحتى من زملائها ومن نفسها أيضا، مشاعر الحياء بادية على الحالة مع احمرار الوجه وانحناء الرأس طول الوقت، كلام قليل وابتسامة ساخرة وكأنها تود أن تعبر عن ندمها واستخفافها بالسلوك الذي أقدمت عليه في حالة غضب شديد أو كردة فعل عن موقف عابر.

ودارت معظم الأسئلة حول العوامل والدوافع الكامنة وراء هذا السلوك الانتحاري والبحث في مختلف الأسباب من عدة جوانب، بغض النظر عن الجانب العلائقي والذي في هذه الحالة يعد السبب الرئيسي لإقدامها على السلوك الانتحاري.

ولأن دراسة الحالة تستدعي جمع أكبر عدد من المعلومات حول موضوع البحث والظاهرة المدروسة. فتم بدء المقابلة بأسئلة عامة وغير متعمقة من أجل اكتساب ثقة الحالة وجعلها تستجيب للمقابلة وكذلك لمضامين الأدوات المطبقة.

ففيما يتعلق بالجانب الأسري للحالة الذي وصفت أنه يتسم بالهدوء والاستقرار وخلوه من المشاكل العلائقية والمادية، " في دارنا عايشين مليح حمد لله حاجة ما تخصنا".

أما علاقة الحالة بأفراد الأسرة كانت علاقة وطيدة ومبنية على التقبل والتفهم وتلبية جميع احتياجاتها، " دارنا ربي يبارك معايا والله حاجة لي نحبها تحضر وجامي دارولي مشاكل".

وفيما يتعلق بالجانب الدراسي، فلم تكن الحالة تعاني من مشكلات دراسية، أو تكيفية سواء مع المحتوى الدراسي أو الزملاء والأساتذة، فهي ذات سلوك جيد ومستوى دراسي أيضا جيد، وكانت تجمعها في الثانوية علاقة بأحد زملائها وهي علاقة حب وتعلق شديد والتي كانت طيلة عامين، إلا أنه في أحد الأيام ودون أسباب أو مؤشرات سابقة قام الشاب بالانفصال عن الحالة الأمر الذي صدم الحالة (م.ش)، " كنا لابس بينا انا وهو علاقتنا مليحة وكان واعدي نكمو مع بعض حياتنا وكى تلاقينا امس قالي سايبى انسايبى هكذا بلا سبة خلاني"، - مع بكاء شديد - ، وتضيف الحالة " كرهتو وكرهت روجي وما قدرتش نتحمل فراقو ، الأمر الذي جعلها غير قادرة على تقبل الوضع الحالي وهو ما أدى بها إلى الرغبة القوية في التخلص من هذه المعاناة الناتجة عن الفراق العاطفي بالتخلص من حياتها والانتحار.

3. تحليل المقابلة للحالة السابعة:

بعد المقابلة التمهيدية سرت مجريات المقابلة مع الحالة بشكل جيد، وتجاوب وتعاون كبير من قبل الحالة، والتي كانت تعيش في حالة نفسية سيئة مع معاناتها من الخجل والندم جراء السلوك الذي قامت به، والذي هو في الأساس ردة فعل لاواعية وانوية ومتسرعة عن ما رآته الحالة أمر مصيري وهام جدا في حياتها والذي هو يرجع أساسا إلى المكانة التي منحتها الحالة لصديقتها وتعلقها الشديد جدا به، وهو ما جعلها تفكر أنها نهاية العالم وأن فراقهما لا يمكنها تحمله ولا بشكل من الأشكال، فعلى الرغم أن الحالة لم تعاني سابقا من أية اضطرابات سلوكية أو نفسية، إلا أن أثر الصدمة كان بالغ الأثر على الحالة النفسية للتلميذة، جعل من السلوك الانتحاري منفذا ومخرجا لهذه الصدمة والأزمة النفسية، مع ازدياد الذات وكرهها وهو ما عبرت عنه، وعن عدم قدرتها على صب غضبها نحو الآخر مما جعلها توجه شحنة الغضب والانفعال السلبي نحو ذاتها.

وما أثر على الحالة أيضا الضغط الذي وقع عليها من قبل زملائها والتلاميذ في الثانوية، بسبب التهامس على الحالة والحديث بشكل مسيئا لها ومستفز لها، جعلها تشعر بالذنب الكبير وادي بها إلى العزلة وعدم الاختلاط مع الزملاء.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة السابعة:

الهدف من إجراء مقياس تقدير الذات هو معرفة درجات تقدير الذات لدى الحالة إذا كانت مرتفعة أو متدنية، أو متوسطة، وكيفية رؤية الحالة لنفسها والطريقة التي ترى بها نفسها وتقييمها في مجالات وأبعاد لها علاقة بالذات من الناحية العامة والأسرية والاجتماعية والمدرسية، وبعد إجابات الحالة على هذا المقياس، وكانت درجتها 75 وهي درجة متوسطة، ولكنها لا تعكس التقدير العالي للذات بل بعض السمات التي تدل على انخفاض تقدير الذات وعدم تقبل الذات، لوم الآخرين وإرجاع سبب الفشل إليهم.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة السابعة:

بعد الاستجابة لمضامين وبنود المقياس الخاص بالاكئاب، تحصلت الحالة على درجة 33 وهي درجة تفسر وجود اكتئاب شديد لدى الحالة، و الذي تمظهر أساسا في جملة من الأعراض الاكتئابية منها الرغبة في العزلة والجلوس بمفردها، الحزن الشديد والذي بدا على ملامح ووجه الحالة، الصمت والشروذ الذهني، سيطرة الأفكار السوداوية والرغبة في إيذاء ذاتها والتخلص من معاناتها والتي تمثلت أساسا في صدمة الفراق العاطفي التي تعرضت له.

كما أنها تتسم بتراجع تقدير الذات والنظرة السلبية لها والتشاؤم، وتراجع الانجاز والدافعية للتحصيل الدراسي.

6. تحليل عام للحالة السابعة:

الحالة (م.ش) تلميذة في السنة الثانية ثانوي وبعد تحليلنا لمختلف أدوات الدراسة ومضمون المقابلة، حيث تحصلت الحالة على درجة 75 في مقياس تقدير الذات، ودرجة 33 على مقياس بيك للاكتئاب،

اتسم السلوك العام للحالة بمستوى تقدير ذات متوسط، فهي لم تتحدث بسلبية عن ذاتها، غير بعض عبارات اللوم عن الموقف السخيف الذي وصفت به الحالة السلوك الانتحاري الذي قامت به

أما بالنسبة للاكتئاب فالدرجة التي تحصلت عليها الحالة تتصف بالشدة والخطورة، فمشاعر الحزن والتشاؤم والنظرة السلبية للمستقبل والأفكار السوداوية جعلت من الحالة تعيش فترة من الاكتئاب النفسي الذي تزامن مع بداية المشكلات العاطفية التي وقعت فيها مع صديقها، والتي لدى تقامها ووصولها إلى درجة الفراق والانفصال النهائي، أدت هذه الصدمة العاطفية بالحالة إلى تبني واختيار السلوك الانتحاري واجترار الأفكار السوداء والمحاولة الانتحارية التي تعد بمثابة انعكاس أو دليل للحرمان الذي تحول إلى نوبة اكتئابية شديدة.

وكذلك عدم قدرة الحالة على تفريغ انفعالاتها وغضبها وكرهها على الشخص الآخر الذي كان مصدرا في المشكلات النفسية التي تعاني منها الحالة، ذلك أدى إلى تحويل هذا الغضب الشديد إلى الداخل والذات والرغبة في إيذائها بالتخلص منها والتخلص من المشاعر السلبية التي سيطرت على الحالة من عدم الشعور بالأهمية والقيمة ولوم الذات والشعور المفرط بالذنب والألم.

1. تقديم الحالة الثامنة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة الثامنة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة الثامنة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثامنة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة الثامنة.
6. تحليل عام للحالة الثامنة.

1. تقديم الحالة الثامنة:

(ق.ن) فتى مراهق أسمر البشرة متوسط الطول، يبلغ من العمر 18 سنة، يدرس في السنة الثالثة ثانوي، غير مبالي بالدراسة وهذا ما يبرره عدم رغبته في مزاولة الدروس، فهو يأتي إلى الثانوية من أجل رؤية صديقه بل خطيبته التي ارتبط بها رغم رفض أهله لها، يعاني الحالة من أمراض جسدية ونفسية وخاصة القلق العصبي ويعالج لدى طبيب أعصاب ويتناول أدوية مهدئة، يعيش في أسرة متوسطة من حيث الحالة الاقتصادية.

الحالة هو الابن الأكبر في الأسرة ولديه أخت أقل منه بعامين، وهي وحيدة العائلة وأخوين صغيرين في التعليم المتوسط وآخر في التعليم الابتدائي. الأم مأكثة في البيت والأب عامل حر.

2. ملخص المقابلة مع الحالة الثامنة:

جرت المقابلة في ظروف عادية جدا، و اتسم سلوك الحالة خلالها بالتوتر الشديد وعدم الثبات الانفعالي، حركة الأيدي والأرجل الناتجة عن القلق المفرط، والتي تكون بشكل حركات متسارعة، توحى بمعاناة الحالة من الاضطراب النفسي والانفعالي، فهو يعاني من قلق حاد واكتئاب نفسي وذلك من خلال ما لاحظناه على الحالة ومن خلال المعلومات التي تم تجميعها عن الحالة (أسرة الحالة والطبيب المعالج).

بدأت معاناة الحالة من هذه السلوكات والاضطرابات النفسية والانفعالية منذ أكثر من عام ونصف عندما قرر التخلي عن مقاعد الدراسة والارتباط والزواج بإحدى زميلاته من نفس شعبته وقسمه، وهي فتاة تكبره بثلاث سنوات، وفي ظل رفض والد الفتاة وأهل الحالة أيضا، نظرا لأسباب عديدة منها الأسباب الدراسية وطلبهم إتمام الدراسة والحصول على شهادة البكالوريا أولا، وصغر سنه من جهة، ومن جهة ثانية إمكانياته المادية التي لا تسمح له بتكوين أسرة وفتح بيت مستقل كما اشترط الحالة على أهله.

وأهم سبب في نظر أسرة الحالة هو حالته الصحية التي لا تساعد على ذلك فالقلق المفرط وحالة الاكتئاب الحاد التي يتخبط فيها الحالة تستدعي تكفلا وعلاجا نفسيا مكثفا، وهذا ما لا يؤهل الحالة تحمل المسؤوليات التي تتجر عن الارتباط والزواج في الوقت الراهن.

ولدى سؤال الحالة عن الوضع الأسري وعن العلاقات التي تربطه بأفراد أسرته، " نعيش مع بابا واما وخاوتي دارنا كبيرة ونقدر ندي نص الدار به نتزوج فيها بصح بابا لي قاعد يصعب في الأمور عليا يحسب فيا مزلت صغير كبير ونعرف صلاحى". مع بارات تهكم وسخرية اتجاه الأب ومقارنة بين الجيل الماضي وجيل الوقت الحالي.

ويضيف الحالة بالنسبة للجانب العلائقي " علاقتي ميش مليحة خلاص مع دارنا خاطر أنا مريض بالأعصاب وهوما يقلقوني بزاف ما يحبوش يديروني راىي"، عدم تنفيذ رغبات الحالة والتي تفوق إمكانيات أسرته كما أنها لا تتناسب حتى مع ظروف المادية والصحية زاد من حدة انفعالات وتوترات الحالة في ظل ضغط الفتاة عليه من أجل تلبية جميع رغباتها وشروطها.

وبسبب الحالة الصحية والانفعالية للحالة التي انعكست على سلوكياته داخل الأسرة والتي اتسمت بالعنف اللفظي والجسدي، عنف لفظي مع والديه، والعنف الجسدي مع إخوته الصغار الذين يصب عليهم غضبهم من والديهم خاصة لدى طلبه مبالغ مالية كبيرة " بابا عندو دراهم لابس بيه وانا ولدو لكبير وكى نطلب لشتا مبلغ كبير لازم يمدلي ربي يسهل عليه وإلا نقتل روي"، ولكن من خلال المعلومات المجمعة عن أسرة الحالة هي أسرة عادية وليست غنية لدرجة أنها تلبى احتياجات الحالة الغير منطقية فهو يطلب مبالغ كبيرة في ظرف قياسي، ورغم أنه انفصل عن الدراسة إلا أنه رفض البحث عن العمل أو حتى العمل مع والده ومساعدته، كان هدفه الوحيد الحصول على المال وتلبية حاجاته الشخصية.

ويتحدث الحالة عن محاولاته المتكررة من أجل الانتحار والتي هدف في بعض منها إلى لفت الأنظار وتهديد الأسرة ولكنها في الوقت نفسه كانت جادة وخطيرة في بعض الحالات، واستخدم فيها عدة أدوات منها الأدوية، والمبيدات، محاولة رمي نفسه من الطابق العلوي، فقد أقدم الحالة على ثلاثة محاولة انتحارية جادة، وخطيرة بسبب الحالة النفسية والمشكلات والاضطرابات التي كان يتخبط فيها.

3. تحليل المقابلة مع الحالة الثامنة:

إصرار الحالة المتكرر وإلحاحه على والديه من أجل تحقيق طلباته وخطبة الفتاة التي يرغب بها وتلبية حاجاته المادية والاجتماعية، والتي تعكس رغبة جنسية يريد الحالة إشباعها في إطار الزواج التبعية للحب للطرف الآخر والانصياع لأوامره وطلباته نتيجة ضعف وهشاشة شخصية الحالة.

ونتيجة الرفض الأسري الذي تلقاه الحالة بخصوص رغبته في الزواج والتخلي عن الدراسة، قام الحالة بأول محاولة انتحارية من خلال شربه علبتين من الأدوية خاصة بالأعصاب والتي تناولها والدة الحالة، والذي كان هو المتسبب بإصابة والدته بالأعصاب نتيجة سلوكياته العنيفة داخل المنزل وتهديداته المستمرة لهم، مع إقدامه على ضرب وتعنيف إخوته الصغار بشكل يومي. إضافة إلى تخريب وتكسير لأدوات المنزل، تحججا منه بحالته الصحية ولا وعيه إزاء ما يقوم به من سلوكيات.

فكانت المحاولة الانتحارية بهدف تهديد الأهل بالموت بسبب رفضهم لمطالبه، وبالفعل وبعد إقدام الحالة على هذا السلوك رضخ الأولياء لمطالبه جميعا. حيث انقطع الحالة عن الدراسة رغم تمتعه بمستوى دراسي وقدرات معرفية جيدة.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة الثامنة:

خلال إجراء المقابلة مع الحالة، قمنا بتطبيق مقياسين لقياس متغيرات الدراسة، ومدى علاقتها بالسلوك الانتحاري لدى الحالة، وكانت استجابة الحالة على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات متدنية وتحصل على درجة 60، والتي توحى بشدة عدم تقدير الحالة لنفسه، حيث أن كان يركز فقط في الحديث على ما ينقصه وليس ما يمتلكه من قدرات وإمكانات، وأيضا التركيز على العيوب والصفات غير الجيدة، والنظر بسلبية تامة للذات، والانصياع لرغبات وأوامر الآخرين وهو فعلا ما كان يعاني منه الحالة نتيجة الانصياع لرغبات وطلبات صديقه والتي تسببت له في ضغوط نفسية كبيرة، إضافة إلى عدم القدرة على إدارة الأزمات وحل المشكلات.

5. درجة مقياس بيك للحالة الثامنة:

أما نتائج مقياس بيك للاكتئاب فكانت هي الأخرى معبرة عن وجود حالة من الاكتئاب النفسي الحاد حيث تحصل الحالة على درجة 56، والتي تم قياسها من خلال المقياس ومن خلال الملاحظات العامة لسلوك الحالة وفق معايير DSM5 ، فكان يعاني من عدة أعراض اكتئابية تمثلت خاصة في فقدان الشهية للأكل ونقص الوزن، الأرق وعدم النوم خاصة ليلاً، الرغبة في الانعزال والانطواء على الذات، القلق والعصبية المفرطة، الأفكار السوداوية والرغبة في إيذاء الذات.

6. تحليل عام للحالة الثامنة:

الحالة (ق.ن) تلميذ مراهق يعاني من اضطراب نفسي وعصبي، أدى به إلى القيام بعدة سلوكيات عنيفة سواء مع الأهل والأخوة أو مع ذاته بمحاولة الانتحار والتخلص النهائي من حياته.

نجم عن ذلك الاضطراب وجود مظاهر وأعراض اكتئابية سبقت المحاولة الانتحارية بحوالي شهر قبل الإقدام على السلوك، وهو ما كان ملاحظ عليه، رغم تغيبه المستمر من المدرسة وعدم دخول القسم ومتابعة الدروس.

كان هذا السلوك بمثابة تهديد صريح للآخرين ومعاقبتهم نتيجة لرفضهم تلبية رغباته، والتي هي رغبات غير مقبولة بالنسبة لتلميذ في سنه، عدم نضجه ووعيه أدى به إلى الانجراف وراء طلب الحب والبحث عن تلبية رغباته وشهواته في إطار الزواج، كما أن الاضطراب العصبي والقلق المفرط الذي يعاني منه الحالة أزم من المشكلة بل يمكن القول أنه كان سبباً أساسياً فيها خاصة معاناته من الاكتئاب وتدني تقدير الذات والانصياع لأوامر الآخرين.

كما استخدم الحالة مجموعة من الأساليب والآليات الدفاعية أهمها الرفض والتعويض والإسقاط، وهي طرق دفاعية لمحاولة تقليل الضغط والقلق عن الأنا والناجم عن الرغبات المستمرة للهو وتنافيها مع الأنا الأعلى وعدم القدرة على تلبيةها في الوقت الراهن نتيجة الرفض الأسري، وعدم تناسب المعطيات والإمكانات مع هذه الحاجات.

1. تقديم الحالة التاسعة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة التاسعة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة التاسعة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة التاسعة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة التاسعة.
6. تحليل عام للحالة التاسعة.

1. تقديم الحالة التاسعة:

الحالة (ع.ل) فتاة في 19 من عمرها، تدرس في السنة الثالثة ثانوي، سمراء وقوية البنية الجسدية، تظهر ملامح الحزن على وجهها بشكل مستمر، هندامها بسيط جدا بل ملابسها رثة ، وتبدو عليها آثار البساطة وعدم القدرة على اقتناء ملابس جديدة حتى لتقيها البرد، كونها لا تجد ما تلبسه ولا تملك المال لشراء ذلك، فهي تنتمي إلى أسرة ضعيفة جدا اجتماعيا، مكونة من سبعة أفراد ثلاث ذكور وأربعة بنات، الأب والأم على قيد الحياة لكن الأب عاطل عن العمل والأخ الأكبر هو من يتولى مسؤولية البيت، تحتل الحالة المرتبة الثالثة بين إخوتها، ويعاني أخوها الأكبر من اضطرابات نفسية وعقلية جراء صدمة حصلت له خلال أداء مهامه في الجيش، مما جعله يتعاطى مهدئات وأدوية نفسية، ومرضه جعله ينقطع عن العمل ويبقى في البيت وأثر على حالته النفسية والسلوكية من انفعال شديد وعصبية والعنف اللفظي والجسدي.

2. ملخص المقابلة مع الحالة التاسعة:

كان إجراء المقابلة في الأساس مبنيا على طلب الحالة نفسها، والتي تعاني من عدم الثقة في النفس وسوء تقديرها لها (حسب قول الحالة)، والتي طلبت هذه المقابلة من أجل تنمية شخصيتها والتخلص من المشاعر السلبية التي تعاني منها، والتي كانت سببا في تهديم حياتها كما عبرت الحالة بقولها " كرهت روجي هكذا نحب تكون عندي شخصية قوية منحش نحس روجي ديما ضعيفة"

اتسم السلوك العام للحالة خلال المقابلة بالخجل الشديد، واحمرار الوجه وعدم القدرة على تثبيت النظر مع شيء معين بل نظرات متسارعة وغير مستقرة، مع الكلام بصوت خافت جدا يكاد لا يسمع، أبدت الحالة رغبة شديدة في التحدث، ورغبة أكبر في إعادة ثقها بنفسها والقدرة على مواجهة الضغوط والمشاكل التي تمر بها، خاصة مع تزامن ذلك مع امتحانات شهادة البكالوريا، مما ضعف الضغط على الحالة مع خوف شديد من عدم الحصول على شهادة البكالوريا، حيث أن الدراسة هي الوسيلة الوحيدة التي تجعل الحالة تخرج من المنزل، فبدونها لا يمكنها مغادرة البيت إطلاقا، " لازم ننجح وندي الباك نحب قرايتي رغم ظروف الصعبة اللي

نعيشها والضغط تاع دارنا به يحبسوني من الليسي، بصح بربي ننجح ونخرج من دارنا".
يهدف الابتعاد عن الجو الأسري المشحون دوماً بالمشكلات والعلاقات والمشاعر السلبية.

وفيما يتعلق بالمعاش الأسري للحالة والتي كما سبق وقلنا في تقديم الحالة أنها تنتمي إلى أسرة فقيرة جداً، بالكاد توفر ضروريات الأسرة من الأكل والشرب، " والله حالتنا حالة حتى عدت نكره نروح للدار ولا حاجة مليحة فيها به واحد يعيش كما باقي ناس"، الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة كانت أحد الجوانب المهمة في التأثير السلبي على الحالة خاصة وأنها في فترة مراهقة وتدرس في الثانوية وهاته المرحلة وما تفرزه من الاحتياجات والمستلزمات للدراسة وأهمها بنظر الحالة المظهر واللباس، " أكي تشوفي هوما واش لابسين وأنا ما عنديش حتى وش نلبس جات الشتاء وما عنديش قش تاع البرد كثر خير الناس لي ساعات يعاونوني".
وصاحب هذا التصريح من الحالة دموع وانفعال شديد، وخجل من الحالة التي تعيشها.

أما بخصوص الجانب العلائقي للحالة مع أفراد أسرتها فنجد الحالة تحدثت مطولا عن هذا الجانب مع التكرار " دارنا ما يحبونيش، وما همش لاتييين بيا خلاص وواحد ما يحب يقعد معايا ولا يحكي معايا سوى أختي كبيرة والمشكل هي متزوجة وما تجيش عندنا بزاف"، كررت الحالة في عدة مواضع من المقابلة الرفض الأسري لها ودون سبب وعدم وجود قنوات للتواصل والحوار بينها وبين أسرتها، والشعور بمشاعر سلبية نحو الذات ونحو الآخرين.

وتضيف الحالة بخصوص مرحلة الطفولة والمعاش النفسي في تلك الفترة " ما عشت طفولة كما يلزم ما حسيت بحنانة والديا وخاوتي عليا تقول منيش بنتهم خلاص".

أما بالنسبة للمدرسة وعلاقة الحالة بباقي أقرانها وزملائها، فهي علاقة عادية ولكنها محدودة جدا " ما عنديش صحابات بزاف غير زوج بنات ندور معاهم وحتى هوما ميش قراب ليا بزاف جيست به نقرأو ونروحو مع بعض"، لا تعاني الحالة من أية مشكلات مدرسية، وتحقق الحالة نتائج جيدة، وتتأثر دوماً من أجل النجاح.

3. تحليل المقابلة مع الحالة التاسعة:

تعيش الحالة في أسرة كبيرة لم تتمتع فيها بدفء العائلة الذي يحتاجه أي طفل أو مراهق ليشعره بالأمن والأمان، وما زاد المشكل سوءا هو الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، وتدني مستواها المعيشي، علاقة الحالة بأفراد أسرتها تكاد تكون منعدمة على حد قولها " واحد ما يحبني في دارنا" ، وعدم الاهتمام واللامبالاة ، هذه القطيعة الأسرية وعدم وجود قنوات حوار بين الحالة وأفراد أسرتها جعلها تتعزل عنهم تماما، ولا تجتمع بهم كثيرا إلا نادرا.

الطفولة الخالية من المشاعر الايجابية والحب والاهتمام والرعاية الأسرية، والتي استمرت مع الحالة وامتدت معها إلى مرحلة المراهقة، والتي أثرت جدا على نظرتها لذاتها بسبب النظرة السلبية التي يكنها الآخرون لها، من مشاعر الكره والنفور والرفض، الذي جاء من أقرب الناس إليها وهما والداها وأسرته، وامتدت أيضا للوسط المدرسي مما سبب للحالة عدم القدرة على التكيف المدرسي من الناحية الاجتماعية وعدم بناء علاقات مع الآخرين، وتعميم تلك النظرة السلبية على الآخرين، مما يبرر رغبتها في الانعزال والانطواء على الذات والجلوس وحيدة مطولا.

كل هذه العوامل أدت إلى تنامي مشاعر سلبية موجهة نحو الذات والى ازديادها وكرهها، الأمر الذي جعل الأفكار السوداوية تسيطر على الحالة وتقدم على محاولة انتحار في بيتها من خلال تناول جرعة من سم خاص بالحشرات، وهو ما توفر حسب قولها في البيت " لقيت قدامي غير سم لي يديرو بابا في الزرع كي كان يخدم في الأرض قلت خلي نشربو ونموت به يتنهاو مني هكذا خير ليا وليهم".

4. درجة مقياس تقدير الذات لدى الحالة التاسعة:

تعاني الحالة من تدني تقدير الذات وعدم تقييمها الايجابي، وهذا ما كان واضحا جدا من خلال استجابات الحالة على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات حيث حصلت على درجة 56 على المقياس، وهي درجة متدنية جدا وتعكس مدى احتقار الحالة لنفسها ونظرتها السلبية المليئة بالإحباط ومشاعر الكره وازدياد الذات، وعدم شعورها بالقيمة والأهمية، هذا من جهة ومن جهة

ثانية تكرار الحالة لجمل وألفاظ تعكس مدى صدق النتائج التي حققتها من خلال المقياس، تقول الحالة " نكره روجي، أنا ميش باهية كما باقي البنات، ... وغيرها من الأوصاف السلبية التي تنعت بها الحالة نفسها، توضح مدى عمق هذه المشاعر السلبية جدا التي تكنها نحو ذاتها.

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة التاسعة:

أما نتائج مقياس بيك لقياس درجة مشاعر الاكتئاب لدى الحالة، فكانت هي الأخرى مرتفعة وتمثلت في درجة 55 على المقياس وهي درجة بالغة الشدة وحادة، كما أن المظاهر الاكتئابية لدى الحالة تمثلت أيضا في مشاعر الحزن والتشاؤم، والنظرة السلبية للذات وللحاضر والمستقبل أيضا، ومرودة الأفكار السوداوية لذهن الحالة بالرغبة الفعلية في التخلص من الذات وهو ما جسده من خلال محاولة انتحارية، المفهوم السلبي للذات وتوجيه اللوم بصفة مستمر للذات، وضعف الثقة فيها. كل هذه المشاعر والمظاهر الاكتئابية الانفعالية والسلوكية توجي بخطورة الحالة النفسية للحالة.

6. تحليل عام للحالة التاسعة:

الحالة (ع.ل) وبسبب الظروف والعوامل الأسرية من فقر مدقع، من اللاحوار وعدم التقدير والاحترام من طرف الأسرة، والإهمال والرفض الأسري، وعدم وجود من يفهم الحالة ويلبي حاجاتها المادية والنفسية ويراعي حالتها خاصة وأن المراهقة تتطلب جملة كبيرة من الاحتياجات، فالمرهق المتمدرس يود أن يظهر بشكل جميل ومتأنق دوما أمام الزملاء، والتمتع بنفس الامتيازات التي يتمتع بها نظيراتها من لباس وأدوات مدرسية وهاتف محمول ومصروف يومي وغيرها من الحاجيات المادية، كما أن الحالة وبسبب ظروفها الاجتماعية اختارت الانعزال والانطواء على الذات وعدم الرغبة في المخالطة خوفا من النعوت الاجتماعية والألقاب والسخرية منها بسبب مظهرها وعلى حد قولها أن الكل يكرهها ويمقتها لأنها ليست جميلة و لأنها فقيرة.

وعلى الرغم من رغبة الحالة في الدراسة ومواصلة التعليم العالي والحصول على شهادة البكالوريا ليس بهدف التعليم في حد ذاته ولكن بهدف الهروب من المنزل الأكبر وقت ممكن، ولكن الضغط الذي كانت تشكله الأسرة على الحالة وفي ظل العنف المستمر وبشكل شبه يومي

الذي تعيشه من مظاهر عنفية لفظية وجسدية، ومن جهة ثانية تدني تقدير الحالة لذاتها بسبب المظهر العام وبسبب الرفض وسلبية نظرة الآخرين إليها خاصة المقربين منهم، جعلها تفكر وتتبنى السلوك الانتحاري على أنه الحل الوحيد والنهائي لكل عذاباتها، بسبب عدم قدرتها على التحمل أكثر.

وجود تناقض بين رغبات ودوافع الحالة (ع. ل) والتي سعت دوماً إلى النجاح رغم كل المعيقات وخاصة المادية والاجتماعية والعلائقية، كونها تعيش في أسرة غير مبالية بمصير ومستقبل أبنائها، والذي كان نتيجة للظروف الاقتصادية من جهة، و التفكك الأسري المستتر وليس المعلن عنه، كون الانفصال الأسري موجود باطنياً من خلال عدم وجود قنوات للحوار والتواصل، وعدم توفير أدني اهتمام ورعاية للأبناء وخاصة الحالة، كونها تمر بمرحلة نفسية جد حساسة تتسم أساساً بمجموعة كبيرة من الحاجات والمتطلبات، فعدم الإشباع هنا كان من أبرز أسباب تفاقم انخفاض تقدير الحالة لذاتها والذي جعلها تقدم على الانتحار.

أما المعيقات الداخلية النفسية، التي جعلت من الحالة ضحية لتدني وسوء تقدير الذات، فالمرهق يرغب دوماً في البروز والظهور كما يرغب في جلب انتباه الآخرين خاصة من الجنس الآخر، والشعور بالمكانة والتميز، هذا ما لم تشعر به الحالة.

عدم إشباع الرغبات الأساسية من الماديات ومن الحاجة إلى الأمان والحاجة إلى احترام وتقدير الذات، أدى بالحالة إلى اختيار العزلة والانطواء على الذات كحل مؤقت لتقاضي وتجنب نعوت الآخرين وتهكماتهم، مما جعل من الاكتئاب مصير حتمي لمثل هذه المظاهر والأعراض والتي تعد مؤشرات أولية على وجود اضطراب نفسي سلوكي، تشعب المشكلات الأسرية والنفسية أثر كثيراً على الحالة على الصعيد النفسي وحتى الأداء المدرسي من حيث تراجع في المستوى والنتائج المحققة.

1. تقديم الحالة العاشرة.
2. ملخص المقابلة مع الحالة العاشرة.
3. تحليل المقابلة مع الحالة العاشرة.
4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة العاشرة.
5. درجة مقياس الاكتئاب للحالة العاشرة.
6. تحليل عام للحالة العاشرة.

1. تقديم الحالة العاشرة:

(ب.م) فتاة في السابعة عشر من عمرها، قصيرة القامة و ضعيفة البنية الجسدية، مع وجه شاحب وبشرة تميل إلى الصفار، ترتدي الحجاب الشرعي، تؤدي فروضها الدينية وحتى النوافل، ذات مستوى تحصيلي جيد، تدرس الحالة في السنة الثانية ثانوي، تعرضت لمشاكل أسرية نتيجة إرسال أهلها لها لتعيش عند خالتها.

تعاني الحالة من أعراض نفسية وجسدية لكنها لم تحاول البحث عن علاج وحل لحالتها، تفاقمت حالتها وتآزمت نفسياتها إلى درجة أنها قامت بمحاولة انتحار على الرغم من التزامها الديني وحفظها كتاب الله.

2. ملخص المقابلة مع الحالة العاشرة:

ملاحظ الحزن والاكتئاب بادية ومرسومة دوما على وجه الحالة، لا تبدي أي نشاط أو حركية على غرار مثيلاتها، قد يكون لالتزامها الديني من جهة ومن جهة ثانية كنتيجة حتمية للصراعات النفسية التي تعاني منها والتي تسببت أيضا في أمراض جسدية للحالة منها فقر الدم واضطرابات في المعدة وضعف جسدي عام.

تختار الحالة الصمت في أغلب الأحيان مع كلام قليل، رغم إبداء الحالة المتكرر للرغبة في المقابلة والرغبة في المساعدة والخروج من المعاناة النفسية التي تعاني منها، وهذا من خلال التردد على مكتب المستشار وطلب الحديث معها. على الرغم من استخدامهما الحيل الدفاعية في عديد من المواقف من إنكار ومقاومة وإسقاط، وغيرها من الآليات الدفاعية من أجل تخفيف الضغط النفسي الداخلي ومحاولة التنفيس عنه.

تعاني الحالة من أمراض جسدية التي كانت نتيجة للاضطرابات النفسية التي تعاني منها، والتي بدأت منذ سن مبكرة حيث تقول الحالة " ما عشت طفولة كما باقي لولاد ما كانت عندي أسرة لي تهتم بيا كيفهم" وتقطع كلامها بدقائق من الصمت، لتواصل الحديث بكلمات متقطعة وجمل غير مترابطة، تارة بالحديث عن أسرتها الحقيقية وتارة أخرى بالحديث عن أسرتها الجديدة وهي بالأساس عائلة خالتها.

تعاني الحالة من أمراض جسدية نتيجة القلق وقلة النوم وسوء التغذية، فهي تقوم بصوم أيام الدهر (الاثنين والخميس) وباقي الأيام تأتي إلى المدرسة دون فطور الصباح وفي وجبة الغداء لاحظنا أن الحالة تمتنع عن الطعام إلا لقمات قليلة جدا. وهذا ما أدى إلى تراجع حالتها الصحية وفقدان الوزن بسبب فقدان الشهية، والأمر الذي أدى بها أيضا إلى التعرض لنوبات إغماء كثيرة في الثانوية.

تعيش الحالة في بيت خالتها بسبب الرفض الأسري للبنات حيث رفض الأب أن تكون لديه بنت أخرى ورجب في إنجاب الذكور، فبعد مرور عدة سنوات قام بإرسالها لبيت خالتها من أجل تربيتها والعيش عندها، والتي قامت بتربيتها والاهتمام بها مثلها مثل باقي أبنائها حيث أنها لم تنجب في البداية ثم رزقها الله بثلاث أطفال لكنها لم تستغن عن الحالة واستمرت في رعايتها، ولكن الحالة كانت ترغب دوما في الرجوع إلى بيت أهلها " نحب ديمنا نرجع لدارنا بصح تغيضني روجي بزاف ونكره روجي كي نشوفهم كيفاش يتعاملوا معايا" .

كانت العلاقات الأسرية للحالة في أسرتها الحقيقية والأساسية مبنية على الرفض الأسري ومشاعر النبذ التي عبرت عنها الحالة " كامل يكرهوني ما فهمتش علاه خاصة بابا تقول منيش بنتو وعلاه يحب ولادو لخرين وأنا لا ما يكفيش سمح فيا ومدني لخالتي وحتى للذرك مزال ما بدلش تعاملو معايا" .

أما العائلة التي تعيش فيها الحالة حاليا والتي وصفتها بأنها كانت المنفذ الوحيد لها والملجأ خاصة في ظل سوء التعامل الذي تعرضت له الحالة من قبل أسرتها، " خالتي تحبني بزاف وأي حاجة نحبها توفرها لي حتى راجلها مليح معايا بزاف ويعتبروني شغل بنتهم تاع صح" .

أما الجانب المدرسي، للحالة مستوى دراسي جيد وترغب في الحصول على شهادة البكالوريا والالتحاق بالجامعة والعمل أيضا، وهذا كله كما عبرت عنه من أجل الاستقلال وتحمل مسؤولية نفسها التي تتصل منها والداها، " نحب ننجح به نخدم ونعتمد على روجي هكذا به منحسش روجي ثقيلة حتى على واحد" .

3. تحليل المقابلة مع الحالة العاشرة:

لم تعش الحالة طفولة مستقرة باقي الأطفال، فرغم أن دور الأسرة ليس فقط إنجاب الأطفال بل وضمان الأمن والاستقرار لهم وحمايتهم ورعايتهم وتوفير كل ما يحتاجه الطفل من الناحية المادية والمعنوية من الحب والحنان والاهتمام، إلا أن في بعض الأسرة تكون الأسرة نفسها هي مصدرا للاستقرار وزعزعة الأمن فيها، وهذا ما ينعكس بالدرجة الأولى على الطفل الذي يكون لا حول له ولا قوة في ظل عدم إدراكه الجيد للواقع .

وعلى حد قول الحالة: أنا لا أتذكر من طفولتي سوى إهمال والدي لي ورغبتها في التخلص مني وتركي عند بيت خالتي"، مع بكاء شديد وصمت لفترة قصيرة.

اعتبرت الحالة نفسها عالة على أسرتها وعلى المجتمع الذي تعيش فيه، وأنها ليست كباقي مثيلاتها من التلميذات اللواتي يعيشن مع أوليائهم، " لازم نموت ونتهنى منهم ساعتها ذك هوما يفرحو".

إقدام الحالة على الانتحار كان في إحدى الأمسيات أين قامت الحالة بشرب كمية من مادة سائلة وهي مادة الجافيل، وهي ما توفر لديها في المنزل فنقول: " حبيت نخط حد لحياتي خاصة اني نحس بكره والديا ليا لي خلاوني عند خالتي وما يسقسىوش عليا خلاص ، لذا قررت الحالة الانتقال منهما فشربت كمية من الجافيل برغبة خالصة في التخلص من حياتها ومعاناتها، بعدها شعرت بآلام كبيرة على مستوى البطن وقامت خالتها وزوجها بإسعافها إلى المستشفى أين تم تقديم كافة الرعاية الطبية اللازمة لها، ولأن الحالة ضعيفة البنية الجسمية فقد مكثت ثلاثة أيام في المستشفى لتغادرها في اليوم الرابع، في حالة صحية سيئة، وانقطاع عن الدراسة لمدة عشرين يوم بسبب حالتها الصحية والنفسية.

4. درجة مقياس تقدير الذات للحالة العاشرة:

بعد تطبيق مقياس كوب سميث على الحالة (م.ب)، والاستجابة لمضامينه حيث تحصلت الحالة على درجة منخفضة في تقدير الذات وهي 64، والتي تعبر عن المشاعر السلبية التي تمثلتها الحالة من خلال سلبية التعامل والرفض الأسري لها، وشعورها بعدم القيمة والأهمية بالنسبة لأقرب الناس إليها، كذلك عدم الثقة في النفس وفي إمكانياتها، والنظر لذاتها على أنها ضعيفة وليست لديها إمكانيات أو قدرات تمكنها من مجابهة المشكلات التي تعترضها " ضعيفة ومنقدرش نتحمل حتى حاجة".

5. درجة مقياس بيك للاكتئاب للحالة العاشرة:

تحصلت الحالة على درجة مرتفعة في مقياس بيك للاكتئاب وتمثلت في درجة 53، والتي تعني وجود اكتئاب بالغ الشدة وحاد، وخطير جدا على الصحة النفسية للحالة، خاصة كونها مراهقة ولديها ظروف أسرية زادت من تقاوم هذا الاضطراب وتأزمه في ظل أزمة المراهقة ومتطلباتها والصراعات النفسية والانفعالية والاجتماعية التي يواجهها المراهق في هذه المرحلة.

وقد تمثلت المظاهر الاكتئابية لدى الحالة في الحزن الشديد ومشاعر اليأس والإحباط، فقدان الشهية للأكل مما أدى إلى فقدان الوزن بشكل ملحوظ، مع اصفرار الوجه والإصابة بفقر الدم، والتعرض لإغماءات متكررة أثناء مزاولة الدراسة في الثانوية. الأرق وعدم القدرة على النوم، الانعزال والانطواء وعدم الاختلاط مع الزملاء والزميلات حتى في أوقات الدراسة والراحة.

نقص تقدير الذات والشعور بعدم القيمة والجدوى " واحد ما يحبني". سيطرة الأفكار السوداوية والرغبة في إيذاء النفس وإيقاف حد لمعاناتها النفسية والأسرية، وذلك على الرغم من التزامها الديني وحفظ جزء كبير من القرآن الكريم والمواظبة على الفروض والنوافل. البرود الانفعالي وعدم الرد وقلة الكلام والرغبة في الجلوس وحيدة طول الوقت.

6. تحليل عام للحالة العاشرة:

تعاني الحالة (ب.م) من اضطرابات نفسية وجسدية، واكتئاب الذي أدى إلى تدهور الحالة الصحية لها بسبب فقدان الشهية وقلة النوم، وهذا ما هو ملاحظ عليها، كما أنها تعرضت لصدمة في طفولتها وهي الانفصال عن أسرتها والديها وإخوتها، حيث قرر والدها تركها تعيش في بيت الخالة التي لم تكون تملك أطفالا في ذلك الوقت من أجل تربيتها وتربيتها.

شعور الحالة بكره والديها لها بسبب هذا السلوك الذي أقدم عليه وقدرتها على منح فلذة كبدتها دون أدنى مراعاة لمشاعر الحالة والذي ولد لديهما فتورا في المشاعر اتجاهها وكأنها ليست ابنتهما، فهما لا يسألان عنها إلا عندما تقرر هي زيارتهما، وفي الفترة التي تقيم بها في منزل الأسرة تتعرض لأشكال عديدة من العنف اللفظي وحتى الجسدي ولأنقه الأسباب، وهو عكس ما عاشته الحالة في بيت الخالة التي أحاطتها بمشاعر الاهتمام والحب والحنان الذي لم تجده في أسرتها الأصلية، هذا

الإحساس كبر في داخل الحالة وأثر جدا على نفسياتها وعلى تقديرها لذاتها، وهذا ما لاحظناه من خلال مختلف إجاباتها على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

التعرض للاكتئاب الشديد والحاد نتيجة المشاعر السلبية التي تولدت لدى الحالة اتجاه نفسها واتجاه الآخرين وهما والداها، وعدم قدرتها على تقبل الوضع المعيشي الذي تعيش فيه بسبب تفرقة الوالدين بين الأبناء، وعدم إبداء أي اهتمام مادي أو معنوي اتجاه الحالة.

كانت هذه الأسباب ذات الطابع والبعد الأسري هي جوهر إقدام وتبني الحالة للسلوك الانتحاري بسبب الضغط النفسي الشديد الذي عانته لمدة طويلة نتيجة انفصالها عن والديها ونتيجة سوء المعاملة والإهمال الأسري.

• تحليل عام للحالات:

في ضوء الجانب الميداني لهذه الدراسة التي اقتصر على عشر حالات لتلاميذ مراهقين قاموا بمحاولات انتحارية ، و التي قمنا بها بغرض التعريف واقعيا بهذه الظاهرة النفس اجتماعية المتشعبة الدوافع و العوامل و كذلك المتعددة التأثيرات و الآثار ، كونها ليست تهديدا للفرد و كيانه فقط بل تهديدا للأسرة و لتماسك المجتمع ، و لعل رغبة بعض الأفراد و لاسيما المراهقين في الخلاص الإرادي من المشكلات التي يواجهونها بوضع حد لحياتهم نهائيا يعبر عن حالة من اللاوعي و الاندفاعية لسلوك يتزامن و يميز مرحلة المراهقة التي لم يكتمل فيها نضج الفرد و بالتالي ينعكس ذلك في شكل تبعات و عواقب خطيرة مثلما هو الحال بالنسبة للمراهقة المنحرفة أو المتمردة و مظاهر صراع الذات و أزمة الهوية التي يمكن أن يتعرض لها المراهق في ظل التناقض المستمرين بين رغباته و نزواته و بين الواقع المعاش.

إن الهدف الأساسي وراء المحاولة الانتحارية و السلوك الانتحاري مهما كانت الوسيلة المعتمدة في إنجازه هو إرسال رسالة إنسانية تحمل في طياتها بُعدا انتقاميا من الذات كتعبير منه على أعلى درجات اليأس و الإحباط، لتترجم على شكل عنف موجّه نحو الذات في مقابل اللامبالاة و عدم الوعي الأسري والتربوي بخطورة مرحلة المراهقة و إفرازاتها، و كذلك في ظل نقص الخبرة الحياتية للمراهق. ومن العوامل التي تزيد من نسبة الانتحار الطفولة الكئيبة وعدم الاستقرار الأسري.

لقد أخذت هذه الظاهرة في التواجد إن لم نقل الانتشار و بشكل خطير في المؤسسات التربوية، و لعل أسبابها تعود إلى عوامل عديدة تتطلب أبحاثا جادة و عميقة جدا لدراستها كون الانتحار أو السلوك الانتحاري هو نتيجة نهائية لتفاعل مجموعة من العوامل ذات الطابع النفسي والاجتماعي العقدة، لأن التساؤل الدائم الذي يبقى مطروحا هو: لماذا يقوم التلميذ المتمدرس بمحاولة الانتحار؟ وهل هناك علاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والسلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس؟ هل هذه المؤشرات النفسية هي سبب أو نتيجة لهذا السلوك الانتحاري؟ وما مدى ارتباطها به؟

إن مجمل الأسباب المؤدية إلى اختيار بعض المراهقين للانتحار كوسيلة للهروب من الواقع و التي توصلت إليها الدراسة من خلال المقاربة النظرية للموضوع و كذلك من خلال الممارسة البحثية الميدانية نلخصها في ما يلي:

- تعرّض التلميذ لجروح معنوية عميقة من طرف الأولياء ، الأساتذة ، الإدارة ، و الزملاء مما يدفعه للانتحار و إنهاء حياته حفاظا منه على كرامته ، كما هو الوضع بالنسبة لحالة (و.ل) و (ق.ش) التي عكست حقيقة هامة و هي قوة تأثير المحيط الأسري و المدرسي في الحياة النفسية للمراهق المتمدرس.
- التعامل مع الضحية أحيانا بقسوة و اضطهاد حقوقه و تعنيفه، و غض النظر عن الشخص المعتدي مما يؤثر على نفسية الضحية و يزيد في تمادي الشخص المعتدي في غياب الصرامة و العدل في التعامل مع المشكلات من طرف الإدارة التربوية.
- النظر للمحاولات الانتحارية على أنّها أسلوب بديل للواقع المزري الذي لم يستطع فيه التلميذ تحقيق أهدافه، و هو ما يدفع بتلاميذ الأقسام النهائية خاصة للانتحار عند التعرض لفشل دراسي.
- بعض الاضطرابات النفسية التي تعترض المراهق من قلق ، اكتئاب ، إحباط ، فقد الثقة في النفس ، المشاكل العاطفية و غيرها في مقابل عدم التكفل الفوري بها سواء أسريا أو تربويا مما يؤدي إلى تفاقم و تأزم الحالة.
- سوء التوافق مع أقرب الناس للحالات ومشاعر الكره المكبوت التي لا يمكن للاننا الأعلى توجيهها للخارج فتتجه نحو الأنا بتحطيم الذات وإيذائها.
- الضغوط النفسية و الإحباط و الصدمات التي تؤدي إلى مشاعر و انفعالات سلبية و حزن شديد مما يجعل التلميذ يصب غضبه على ذاته وهذا ما يؤدي إلى الوقوع في الاكتئاب بما يحمله هذا الاضطراب النفسي من حزن وتشاؤم وتراجع في الدافعية للإنجاز وغيرها من الأعراض الاكتئابية..
- الأفكار السوداء وسيطرتها على ذهن المراهق، في ظل شعوره بعدم الأهمية والقيمة، لوم الذات والشعور المفرط بالإثم وتدني تقدير الذات.
- الحرمان من التعليم أو التهديد بعدم إتمامه من طرف الأسرة خاصة لفئة الإناث مثلما هو ملاحظ واقعا .
- غياب شبه كلي لدور الأسرة في ظل مشاكلها الاقتصادية و الاجتماعية و إهمالها للأبناء ، و سياسة اللأحوار التي تمارسها مع الأبناء ، مع عدم تقبل الأولياء للاختلاف الموجود بين

- جيلهم و جيل أبناءهم في ظل التغيرات الاجتماعية و الثقافية التي يشهدها المجتمع مما يحدث تصادما و صراعا بين الجيلين بدل محاولة تقارب وجهات النظر بينهما .
- الوضعية الخاصة للأبن الذي يتحول إلى وسيلة ضغط أحد الأبوين على الآخر دون أدنى مراعاة لمشاعره و نفسيته ، و دون التفكير في عواقب هذا السلوك على مردوده الدراسي و شخصيته
 - عدم اكتراث و اهتمام الوالدين بظروف تـمدرس الطفل و تحميلهم ما لا طاقة لهم به خاصة إذا تعلق الأمر بالنتائج المدرسية ، فالأولياء غير مباليين بالأسباب الكامنة وراء عدم تحقيق الأبناء للنتائج المطلوبة من طرف الأسرة بسبب غياب المتابعة و الاهتمام بالنتيجة و ليس الدوافع و العوامل المؤدية إليها.
 - عدم الاستقرار و اللأمن الأسري و القطيعة الموجودة بين المراهق و أسرته نتيجة ضعف الروابط الأسرية مما يشعرهم بعدم أهميتهم بالنسبة للأسرة و اللجوء للبحث عن أفراد آخرين تتوفر فيهم شروط الأمن و الثقة و الدفء الأسري (و هذا ما لاحظناه عند أغلب الحالات)
 - سياسة اللأحوار و اللأتشاور التي تمارسها الإدارة التربوية و بعض الأساتذة مع التلاميذ مما ينعكس سلبا على نفسية التلميذ خاصة و أنه في فترة المراهقة التي تصاحبها تغيرات عديدة مزاجية و معرفية و سلوكية تحتاج إلى عناية و مرافقة دائمة للتلميذ لا إلى تعنيفه و تهميشه.
 - الانتشار الملفت لظاهرة العنف بشتى أنواعها و أساليبها و الأطراف المسؤولة عنها و المتضررة منها ، حيث أصبحت المدرسة مسرحا يوميا للمعارك و الصدامات بين التلاميذ أنفسهم ، أو بين التلاميذ و الإدارة ، أو بين التلميذ و الأستاذ ، و هي بالتالي قاعدة مهدت لظهور نوع أكثر خطورة من أنواع العنف و هو الانتحار داخل الحرم المدرسي.
 - هشاشة البنية السيكولوجية للتلميذ مما يجعله عرضة لمؤثرات عديدة ، و عدم امتلاكه لاستراتيجيات و أساليب مواجهة التحديات و المشكلات و التكيف النفسي السليم معها ، و تزامنها خاصة مع مرحلة المراهقة و ما ينتج عنها من تغيرات في جوانب عديدة ، فعدم القدرة على التكيف مع تغيرات المراهقة إضافة إلى أزمات و مشاكل أخرى قد يؤدي به إلى الوقوع في أزمة نفسية تشد حداثها لتصبح سلوكا انتحاريا.

- الصدى الكبير والواسع لمواقع التواصل الاجتماعي و تأثيرها على أسلوب تفكير التلاميذ لاسيما و أنها تقوم بالترويج للأفكار و للوسائل الانتحارية التي قد تتاح أمامه و بالتالي قد تقوده إلى التقليد الأعمى في غياب الرقابة الأسرية أو التربوية.
- ضعف الوازع الديني لدى التلاميذ و الفراغ الروحي، و غياب التوعية و الإرشاد الديني خاصة على المستوى الأسري نظرا لابتعادها كثيرا عن تعاليم الدين الإسلامي في تعاملاتها و أساليبها التربوية المنتهجة نتيجة كثرة انشغالاتها الاجتماعية والاقتصادية.
- الإفرازات الخطيرة جدا للتكنولوجيات الحديثة، وفي ظل اعتماد الأطفال والمراهقين على التغيير الاجتماعي واعتمادهم على تكنولوجيات الاتصال والعالم الافتراضي كشكل من أشكال تفرغ المكبوتات من جهة، ومن جهة ثانية ضعف الرقابة على هذه المواقع الالكترونية وعدم دراسة محتوياتها نظرا لخطورة الأفكار التي يتم تسويقها من خلال هذه الأساليب أو هذه الألعاب الالكترونية، والتي أصبحت هي الأخرى شكلا من أشكال الانتحار الذي اخذ بعدا ومنحى خطير جدا يهدد حياة الأطفال والمراهقين في صمت.

• مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة:

1. تحليل نتائج الفرضية الأولى:

والتى مفادها :

هناك علاقة بين السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس ومستوى تقدير الذات

حيث من خلال دراستنا هذه والتي كانت مقتصرة على عشرة حالات فقط لمراهقين متمدرسين قاموا بمحاولات انتحارية، وجد أن معظم حالات الدراسة لديهم تقدير ذات متدني وتحت المتوسط وهذا حسب إجابات الحالات على أداة الدراسة والمتمثلة في مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، ونسبة هؤلاء الحالات بلغت 80% من الحالات، وكان تشتت العلامات والدرجات كبير بين حالات الدراسة حسب مؤشر الانحراف المعياري لتقدير الذات المرتفع والمنخفض أيضا، ونجد 20 % فقط المتبقية لديهم تقدير ذات عالي وفوق المتوسط. كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (15): تقدير الذات لدى حالات الدراسة حسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

مقياس كوبر سميث	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقدير ذات منخفض	08	62.25	3.24
تقدير ذات مرتفع	02	77.5	3.53

مما قد يدل على أن هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والسلوك الانتحاري لدى الحالات عينة الدراسة، وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة ديمان وآخرون 2002، التي كشفت عن وجود علاقة بين تقدير الذات وتصور الانتحار لدى عينة من شباب الجامعة بين عمر 18 و 24 سنة، ودراسة الشواشري 2015، فمستوى تقدير الذات وبالأخص تدني تقدير الذات لدى المراهق له علاقة ارتباطية بإقدامه على محاولة الانتحار.

وهي تتفق أيضا مع نتائج دراسة الشواشري (2015) الخاصة بالتفكير الانتحاري وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة السنة الأولى جامعي، والتي دلت نتائجها على أن مستوى التفكير الانتحاري كان منخفضا لدى الطلبة، وأن أهم العوامل الدافعة للتفكير الانتحاري كانت العوامل النفسية، فالعوامل الاجتماعية، فالعوامل الصحية الجسدية فالعوامل الأسرية، فالعوامل الاقتصادية، كما أشارت النتائج

إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية (0.05) بين تقدير الذات والتفكير الانتحاري لدى الطلبة، فكلما انخفض تقدير الذات ارتفع التفكير الانتحاري.

ودراسة معوشة (2008) حول الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات لدى الشباب بين عمر 18-29 سنة، والذي بين من خلال الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات ومكوناته وأبعاد الميول الانتحارية، كما أن تقدير الذات العامة هو المؤشر الأكثر إسهاماً في التنبؤ بالميول الانتحارية عند الذكور تقدير الذات العائلي عند الإناث.

كما أن ارتكاب السلوك الانتحاري من قبل الأطفال والمراهقين أضحى ينذر بخطر كبير يمس هذه الفئة، وقد وجدت دراسة الصرايرة 2016 أن أكثر الفئات ارتكاباً لفعل الانتحار هم من فئة الشباب، وكذلك دراسة سهيري زينب التي بينت بأن فئة 15-35 الأكثر ارتكاباً للانتحار. وهو ما توصلت إليه أيضاً الدراسات والإحصائيات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية. وتأثير صدمة الفشل العاطفي على المراهق مما يدفعه إلى الإقدام على الانتحار وهو ما جاء في دراسة غزال 2016.

دراسة مسيلي وفاضلي 2013 والتي توصلت هي الأخرى إلى تأثير مؤشرات هامة أبرزها الاكتئاب واليأس والتي من شأنها أن تشجع المراهق وتدفعه إلى السلوك الانتحاري.

مما لا شك فيه أن دراسة وفهم السلوك الإنساني في المواقف التربوية المختلفة يعد من أسس وعوامل تفعيل العملية التعليمية التعلمية، فالسلوك الذي يبدر من التلميذ في أي موقف تربوي يتأثر هو الآخر بمجموعة كبيرة من العوامل والدوافع الداخلية والخارجية، ومن بين هذه العوامل تقديره لذاته وحاجته للتفوق والانجاز والرغبة في النجاح.

وقد أظهرت الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والسلوك الانتحاري وهي علاقة عكسية حيث أنه كلما انخفض تقدير الفرد لذاته زادت احتمالية تعرضه أو قيامه لمحاولة انتحار والعكس، أي أن ارتفاع تقدير الذات قد يقلل من التفكير السلبي لدى الفرد ومن الأفكار السوداوية التي تجسدها السلوكيات الانتحارية لأن ذوي تقدير الذات المرتفع تكون لديهم القدرة على تقبل عيوبهم ومحاولة تطويرها وكذلك القدرة على مواجهة المشكلات وإيجاد حلول وبدائل لها. وهذا كله يرجع إلى الدور الذي تلعبه التقييمات الإيجابية للفرد عن ذاته ونظرته لها والتي يمكن أن تكون بمثابة حاجز أو آلية دفاعية ضد الأخطار التي تهدد الحياة النفسية والصحة النفسية للفرد وخاصة في هذه المرحلة العمرية والتي تعد من أهم وأخطر المراحل التي يمر بها الفرد والتي يكون في بداية تكوينه وبحثه عن

ذاته، ولم يكون فيها صورة ثابتة أو تقييمات محددة والتي كما قلنا تتأثر كثيرا بعدة عوامل منها نظرة الآخرين له من المحيطين به من أشخاص مهمين ولهم مكانة بالنسبة له من أصدقاء أو الشريك العاطفي أو الوالدين.

إذ يمكن القول أن القدرة على تحقيق تقدير ايجابي عن الذات يعد من العناصر المهمة لتحقيق الرضا والتوافق النفسي والاجتماعي، فالتقدير الايجابي عن الذات يعني تطوير المشاعر الايجابية نحوها، حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها، وبأنه متقبل من طرف الآخرين وهذا ما ينمي عنده شعور بالثقة في النفس وبالغير، فيشعر حينها بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عند مواجهة مختلف المواقف بل يواجهها. (حمري صارة: 2012، ص103)

ويشعر ذوو التقدير السلبي للذات أنهم لا يرون قيمة لأنفسهم، ويشعرون بمشاعر الوحدة، ولا يستطيعون تحقيق ذواتهم، ويشعرون بالعجز والفشل في انجازاتهم مما ينمي لديهم مشاعر الدونية. (محمد الضيدان: 2003، ص152)

وقد بين بومسير وآخرون 1998 أن الاعتقاد هو أن تقدير الذات المنخفض هو السبب في السلوك العدواني وقد أوضح وأجمع علماء كثيرون على صحة هذا الاعتقاد ومن هؤلاء جون دولف J.DOLF ليفن وماكديفيت LEVIN ET MCDEVITT (1993) وستوب STAUB (1989)، حيث درسوا تقدير الذات المرتفع وتقدير الذات المنخفض وتهديد الأنا، وبيننا أن تقدير الذات المرتفع يؤدي هو الآخر إلى السلوك العدواني وأن تقدير الذات لدى بعض الناس عن مسمى الغطرسة والغرور والأناية والنرجسية. (محمد الضيدان: 2003، ص153)

كما يمكن تفسير العلاقة بين المتغيرين تقدير الذات والسلوك الانتحاري في ضوء خصائص الشخصية للتلميذ المراهق ذوي تقدير الذات المنخفض، كما جاءت استجاباتهم لمضامين وعبارات المقياس وكذلك العبارات التي وصفوا بها أنفسهم في المقابلة على أنهم أشخاص غير مرغوب فيهم وغير محبوبين وأنهم غير مهمين في الحياة، ولا يوجد اتجاهات ايجابية من طرف الوالدين.

كما يشعرون بعدم الرضا عن ذواتهم ولا يتقنون فيها، كما أبدوا صعوبة في تحصيل النتائج التي يستحقونها، مما أدى إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو المدرسة والدراسة.

وأنهم عديمي الفائدة وكل المحيطين بهم لا يفهمونهم ويكونون أيضا علاقات ضعيفة مع الأصدقاء ومحدودة ولا توجد لديهم رغبة ملحة في تحقيق تقييم ايجابي لذاتهم والتميز بين رفاقهم.

ومنه نجد أن سمات التلاميذ الذين لديهم مستوى تقدير ذات منخفض ومدني ناجم عن هشاشة البنية السيكولوجية للمراهق، ووجود بعض مظاهر اللاسواء والاضطراب النفسي لدى بعضهم، والذي وصل إلى درجة رفض الذات والرغبة في إيذائها وتحطيمها بالسلوك الانتحاري، ولهذا فإن السلوك العدوانى العنيف الذي يقوم به المراهق المتمدرس والذي هو في الأساس موجه نحو ذاته من خلال المحاولات الانتحارية التي تشكل أقصى درجات العنف التي توجه نحو الذات، فيكون السلوك عنده بمثابة آلية دفاعية من أجل حماية الذات ومحاولة الفرد تخفيض القلق والتوتر أو بالأحرى التخلص منه والذي يكون أساسا ناتجا عن الاحباطات التي يواجهها الحالة.

فالسّمات والمؤشرات التي تعبر عن تقدير الذات المرتبطة بالحالة النفسية والعاطفية للحالة، وعدم القدرة على تحقيق التكيف النفسى المدرسى والاجتماعى، خاصة مع الأفراد ذوو الأهمية السيكولوجية بالنسبة للحالة. وعليه فإن تقدير الذات المنخفض والمدني قد يكون عاملا ومؤشرا هاما للدلالة على السلوك الانتحاري وهو مرتبط به ارتباطا عكسيا فكلما انخفض تقدير الذات زاد السلوك العدوانى.

2. تحليل نتائج الفرضية الثانية:

والتي مفادها:

وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري والاكتئاب لدى المراهق المتمدرس

بعد تطبيق أدوات الدراسة وجمع المعلومات عن الحالات، من خلال اعتماد الأعراض الاكتئابية كما وردت في التصنيف الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، واعتماد الملاحظة لرصد هذا الأعراض والمقابلة النصف موجهة، ومن جهة أخرى التأكد من درجة معاناة الحالة من الاكتئاب أو عدمه من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، وبعد تحليل نتائج الحالات على هذا المقياس، وجدنا أن 90% منهم كانوا يعانون من اكتئاب يتراوح بين المتوسط إلى الشديد ودرجاتهم جاءت بين (21-60)، بانحراف معياري قدره 5.60، مما يوضح مدى تباين وتشتت العلامات عن المتوسط الحسابي.

الجدول رقم (16): درجة الاكتئاب لدى حالات الدراسة حسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مقياس بيك للاكتئاب
5.60	40.33	09	اكتئاب حاد وشديد 60-21
/	18	01	اكتئاب متوسط وضعيف 20-0

وعليه يمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت نسبيا فهذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الانتحاري والاكتئاب، حيث نجد أن أغلب الدراسات التي تعرضت لموضوع الاكتئاب أو الانتحار وضحت وجود علاقة كبيرة بين المتغيرين، منها دراسة ديمان وآخرون (2002)، التي وجدت أن هناك علاقة بين تقدير الذات والاكتئاب والإقدام أو تصور الانتحار، وأشارت النتائج إلى انخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب يزيدان من احتمالية الانتحار وأن تقدير الذات الإيجابي هو عامل وقاية ضد أعراض الاكتئاب وتصور الانتحار.

الإناث يتفوقن على الذكور في اختبارات الاكتئاب، كما ترى لويس Lewis (1985) أن الأنثى عموما أكثر رهافة وحساسية من الذكر، وأكثر خضوعا للآخرين منه، لأن الأنثى أكثر تحملا للاكتئاب والذي يحدث عندها نتيجة لأسباب شخصية في علاقتها مع الآخرين، بينما يحدث الاكتئاب لدى الذكر نتيجة أسباب تتعلق بالانجاز، فالإناث ونتيجة لشعورهن بالعجز فإنهن يظهرن الاكتئاب لاستمرار الحب وجلب الدعم والعطف من الآخرين، وهذا النوع من التعزيز تتلقاه الأنثى على إظهارها لأعراض الاكتئاب بينما يخفي الذكر مشاعر الاكتئاب حتى لا تؤثر سلبا على جاذبيتهم الشخصية وتبين عجزهم في أداء الأدوار بصفقتهم ذكور، وهذا النوع من العقاب الاجتماعي يجعل الذكر يخفي اكتئابه. (دانيا الشبؤون: 2013، ص 799).

وفي الدراسة الحالية رغم أنها اقتصرت على مراهقين اثنين فقط، إلا أنهما أبديا مظاهر اكتئابية ودرجة شديدة على مقياس بيك. وذهب ريش وآخرون RICH ET ALL (1992) ليؤكدوا أن المتغيرات التي يمكن أن تدخل في تفسير الانتحار والسلوك الانتحاري كثيرة، ولكن يمكن الإشارة لها والنظر إليها من خلال النوع والسلالة، المشاكل العائلية، الاكتئاب واليأس، الشعور بعدم القيمة والصراع بين الأشخاص

إضافة إلى العزلة الاجتماعية وسوء استخدام العقاقير والكحول وأحداث الحياة الضاغطة. (مسيلي وفاضلي: 2013، ص307)

والوالدان هما أكثر الناس تأثيراً على النمو النفسي والاجتماعي والجسمي والعقلي للأبناء فهما من ناحية الموصلان الأساسيان للمفاهيم الثقافية، ومن ناحية أخرى المهيمان على تنشئة الأبناء بشكل فعال ومباشر.

والاكتئاب النفسي باعتباره أحد صور الاضطرابات الانفعالية فهو الآخر مرتبط بطبيعة ونوعية العلاقات بين الآباء والأبناء وقد أكدت دراسات في هذا المجال على ارتباطه بحصول أحداث الحياة الضاغطة وأساليب المعاملة مثل دراسة هالي HALLEY (1977) ودراسة براج BRAGG (1979) وجوترز GUTIERRES (1980). (آسيا بركات: 2000، ص78)

كما أن المراهقين هم أكثر الفئات عرضة لإصابة بالمرض النفسي لنشاط الجانب الوجداني في هذه المرحلة من العمر مما يجعلهم أكثر حساسية للضغوط. (فاضلي ومسيلي: 2013، ص89)

• الاستنتاج العام:

برز السلوك الانتحاري كظاهرة نفسية مركبة هامة جدا و خطيرة في الوقت ذاته بسبب التهديدات الكبرى التي أفرزتها على أمن و حياة الأفراد و امتدادها لفئة هامة و ذات خصوصية نفسية و نمائية مميزة جدا هي فئة المراهقين المتمدرسين، حيث أن امتداد السلوك الانتحاري و المحاولات الانتحارية إلى الوسط المدرسي في ظل المشكلات السلوكية العديدة التي تعاني منها المؤسسات التربوية.

إن السلوك الانتحاري لدى المراهق المتمدرس نتيجة حتمية لعدة عوامل و دوافع و أسباب متشعبة و معقدة، تأتي في مقدمتها الأسباب الأسرية و ما تنطوي عليه من مشكلات علائقية و تفكك أسري و ضعف أو انعدام التواصل الأسري و اللاحوار و عدم فهم و تقبل الحياة الجديدة التي يعيشها المراهق في ظل المرحلة العمرية التي يمر بها، و ما تستدعيه هذه المرحلة من احتياجات و رغبات مختلفة عن مرحلة الطفولة و ما تفرزه أيضا من مشكلات و صراعات في عدة جوانب.

يضاف إلى ما سبق أسباب نفسية و علائقية و اجتماعية خاصة العاطفية منها التبعية للحب و الانجراف مع العواطف والأهواء النفسية دون إدراك العواقب و دون وعي لتبعات هذا السلوك بسبب قلة الوعي و الثقافة الجنسية لدى المراهقين.

إن النتائج المدرسية و تدني المستوى و المردود التربوي المرتبط بالحالة النفسية للتلميذ المراهق من جهة، و التناقض بين الرغبات و الميول و ما يفرض عليه من أعمال و أنشطة سواء من قبل المدرسين أو من قبل الأولياء من جهة أخرى أثر بشكل كبير على سلوك المراهق المتمدرس في بغده الانتحاري، فطلب النجاح و التميز مطلب مشروع لكل ولي و لكن أسلوب الطلب و كيفية الرغبة في الحصول عليه دون مراعاة و تفهم قدرات التلميذ و اهتماماته و عدم تلبية حاجاته الأساسية قد يؤدي إلى نتيجة عكسية ، و لعل ما يدعم هذا الطرح العلمي واقعا أيضا لجوء الكثير من المراهقين المتمدرسين إلى السلوك الانتحاري و محاولة قتل النفس و الهروب من المنزل بسبب النتائج المدرسية و الخوف من ردة فعل الأولياء .

في نفس السياق ترتبط الضغوط و الأعباء و الاضطرابات النفسية و السلوكية ارتباطا قويا بالسلوك الانتحاري من الجانب النفسي و الشخصي، فمعاناة المراهق المتمدرس من حالة الاكتئاب و ما تخلفه

في نفسه من ازدياد الذات و تحقيرها و التقليل من قيمة الذات كلها عوامل سابقة و مؤسسة تؤدي بالمراهق إلى التخبط في الاضطراب النفسي كنتيجة حتمية لها مما تستدعي تكفلا خاصا سواء على مستوى المدرسة أو على مستوى الأسرة من الناحية الطبية ، النفسية، الاجتماعية و العلائقية العاطفية.

التوصيات والمقترحات :

لعل الملاحظ واقعياً هو مدى حاجة المراهق المتمدرس للعناية و التكفل النفسي من قبل مختصين متفرغين لهذه المهمة ، مما يمكّنه من تكوين شخصية متزنة و اكتسابه مهارات التعامل مع المشكلات و إدارة الضغوط وتمكنه من التكيف والتوافق السليم مع الذات والواقع ، ومن بين التوصيات التي نقترحها في هذا الموضوع :

أولاً: التنسيق بين وزارة التربية و الإعلام لتنمية وتوعية الأبناء و الأولياء حول خطورة المحاولات الانتحارية من خلال مؤشرات هذا السلوك.

ثانياً : تكثيف الحملات التحسيسية بشكل دوري في المؤسسات التربوية حول مختلف الظواهر النفسية و الاجتماعية و التربوية و الابتعاد قدر الإمكان عن الإعلام المناسباتي.

ثالثاً : تكثيف النشاطات اللاصفية أين يرفه التلميذ عن نفسه و يبرز مواهبه و يفرغ طاقاته السالبة.

رابعاً : تحسيس الأولياء بكيفية التعامل مع أبنائهم.

خامساً: تعميم توظيف أخصائيين نفسانيين في المؤسسات التربوية في مختلف الأطوار لإكساب التلاميذ صحة نفسية جيدة و مناعة ضد الأزمات و المشكلات المستقبلية التي يمكن أن تواجههم، و لتحقيق تكيفهم السليم مما يعني تجنب المدرسة المشكلات المدرسية التي تواجهها في المرحلة الحالية

سادساً : تفعيل دور خلايا الإصغاء و المتابعة النفسية للتلاميذ للتكفل بكافة قضاياهم و مشاكلهم ليس فقط على الصعيد البيداغوجي التربوي.

سابعاً: إدراج حصة ضمن البرنامج الأسبوعي للتلاميذ تهتم بتوعية التلاميذ و تربيتهم نفسياً، ضمن التربية النفسية للطفل والمراهق.

ثامناً: إجراء دراسات ميدانية حول ظاهرة الانتحار في الوسط المدرسي، و تفعيل الدراسات الميدانية المعمقة الخاصة برصد الإحتياجات النفسية للتلاميذ وسبل إشباعها في ظل سياسة تربوية متكاملة، بالتنسيق مع كافة الأطراف المعنية.

خاتمة

خاتمة:

نعيش في عصر غالبا ما يوصف بعصر الاضطرابات و الأمراض على اختلاف أنواعها و أسبابها، فالملاحظ لعالم اليوم أنه عالم تعثره العديد من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية وحتى الثقافية، فهو يشهد الكثير من التغييرات على مختلف الأصعدة و المؤثرة على حياة الأفراد و على أولوياتهم و تطلعاتهم و على توازنهم النفسي و تفاعلاتهم الأسرية و الإجتماعية.

لقد أفرزت التكنولوجيا الحديثة في ظل العولمة وسائل تواصل إجتماعي تحمل الكثير من الايجابيات و السلبيات، التي غزت عقول الشباب و أثرت على المراهقين بشكل خاص على اعتبار أنهم يمرّون بمرحلة انتقالية بين الطفولة و الرشد و لم يكتمل نضجهم و وعيهم النفسي والعقلي والمعرفي بعد، فالمراهق ذو شخصية أو بنية سيكولوجية هشّة ليس لديه من الخبرة والنضج الكافي للتمييز بين ما يضره وما ينفعه وما يجب عليه إتباعه، فهو في إطار البحث عن الذات وتكوينها، مما يجعله عرضة و ضحية لهذه الوسائل و جملة من الألعاب الالكترونية (مريم، الحوت الأزرق...) هاته الألعاب التي كانت سبب في حصاد عدد من أرواح هاته الفئة البريئة بعد ما أدخلتهم في الاضطراب النفسي و الاكتئاب و زعزعت ثقّتهم بنفسهم من خلال غسل دماغهم و برمجتهم وفق أهداف هذه التكنولوجيا التي باءت تنذر بالخطر الشديد لاستعمالها من طرف هذه الفئة.

إن الجهود التي تبذلها الدول و التطور الذي تسعى من خلاله إلى تحقيق الرفاهية والسعادة للأفراد جعلت من الحياة أكثر تعقيدا مسألة ، فبقدر ما سهلت عليهم أنشطة كثيرة إلا أن نتائجها السلبية من الناحية اللامادية و المعنوية و النفسية أصبحت خطرا و تهديدا صريحا لأمان و حياة الأفراد.

إن السلوك الانتحاري و المحاولة الانتحارية التي هي أساسا محاولة المراهق التخلص من معاناة مؤقتة و زائلة بسلوك دائم و لا يسعه بعده الندم خاصة في حالة الانتحار المكتمل نموذج حي لهذه المعاناة التي أفرزها التغيير الإجتماعي العولمي بالخصوص.

فمن خلال دراستنا لبعض الحالات بالرغم من محدوديتها و اعتبارها عينة بسيطة جدا من مجموعة كبيرة من المراهقين المتمدرسين الذين يعانون من مشكلات عديدة تبين إذا خطورة مرحلة المراهقة وانعدام التكفل الحقيقي بمشاكلهم تبين أن أسباب السلوك الانتحاري تتعدد و الأساليب المستخدمة تختلف و لكن النتيجة تبقى واحدة ، فوصول المراهق المتمدرس اليوم إلى أقصى درجات

خاتمة

متقدمة من اليأس من الحياة و فقدان الأمل فيها يعكس فشلا حقيقيا على كل الأصعدة الفردية منها و الاجتماعية مما أصبح لزاما على وزارة التربية فتح ملف خاص بالانتحار في الوسط المدرسي بهدف وضع استراتيجيات وقائية و علاجية للتكفل بقضايا التلاميذ و انشغالاتهم ، و العمل على توعية كل الأطراف ذات الصلة بالتلميذ لتفادي تنامي المشكلة أكثر خاصة أن التلاميذ يؤثرون و يتأثرون بسلوكيات بعضهم البعض ما يجعل المحاولات الانتحارية أمرا وسلوكا معد في مواقف تربوية مختلفة بالنسبة لهؤلاء التلاميذ. ليظل السلوك الانتحاري ينبئ بوجود مشكلة حقيقية لدى هذه الفئة العمرية التي باتت تعاني من مشكلات خطيرة نتيجة افتقادها إلى أدنى عوامل الأمن الإنساني والطمأنينة النفسية .

لقد تعددت الأسباب و الموت واحد فعلا مقولة تنطبق كثيرا على الانتحار، فأسبابه خاصة لدى فئة المراهقين و المتمدرسين و عديدة و متعددة، في مقدمتها الأسباب الأسرية فالأسرة المنغلقة والعزلة الاجتماعية تؤدي إلى عدم وجود بدائل اجتماعية أو مهارات بديلة عن السلوك الانتحاري، كما أن التعرض للعنف سواء العنف الأسري، أو العنف داخل المدرسة أو المجتمع من شأنه أن يزيد من احتمالية السلوك الانتحاري وينبئ بها وذلك خاصة إذا ما كان مصاحبا لتقدير متدني للذات ووجود أعراض اكتئابية من قلق و حزن و تقلب المزاج وانخفاض الأداء المدرسي، فقدان السعادة والتمتع بالأنشطة الممارسة.

إن اعتبار السلوك الانتحاري من مشكلات الصحة العالمية، و إعطائها أولوية كبيرة سيساهم في إيجاد سبل الوقاية و الحد من انتشارها الملفت للانتباه و المخيف جدا خاصة عندما تعدى الأمر إلى المساس بحياة الأطفال و المراهقين، إذ يجب دق ناقوس الخطر و تضافر الجهود في مختلف القطاعات ليس قطاع الصحة فقط ، و إيجاد استراتيجيات تكفل فعالة بهذه السلوكات المدمرة ليس للشخص المنتحر فقط بل تدمير لكل المحيطين به من أسرته و أقرانه و هذا ما يشكل تهديدا صارخا لتماسك المجتمع و لعل الأرقام المروعة و المهولة بخصوص الحالات المعلن عنها تعكس واقع الظاهرة ليبقى عدد الحالات و المحاولات الخفية و الغير معلن عنها أكثر بكثير .

قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

أولا. المراجع باللغة العربية:

1. القرآن الكريم.
2. إبراهيم أحمد، حسن (2009): **العنف من الطبيعة للثقافة، دراسة أفقية، الطبعة الأولى، دار النيا للدراسات والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.**
3. إبراهيم درة، عبد الباري (2013): **المهارات العشرة للثقة بالنفس النظرية والتطبيق، الطبعة الثانية، عمان الأردن، دار وائل للنشر.**
4. ابرييم سامية (2012): **إدراك الأبناء لأساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالشعور بالأمن النفسي، دراسة ميدانية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي المرضي غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة.**
5. ابن منظور: **لسان العرب، الطبعة الأولى، بيروت، دار صادر للطباعة والنشر.**
6. أبو اسعد، أحمد عبد اللطيف (2015): **إرشاد مراحل النمو، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.**
7. أبو جادو، صالح محمد (2011): **علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة، الطبعة الثالثة، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر.**
8. أبو ججوح، ضياء عثمان خالد (2012): **الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.**
9. أبو دلو، جمال (2009): **الصحة النفسية، الطبعة الأولى، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع.**
10. أبو زعيزع، عبد الله يوسف (2013): **الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي مدخل سلوكي معرفي ظاهراتي، الطبعة الأولى، الأردن، زمزم ناشرون وموزعون.**
11. أبو وردة، نائل علي عيد (2014): **برنامج إرشادي نفسي إسلامي مقترح للتخفيف من أعراض الاكتئاب النفسي، دراسة تأصيلية، ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية للتمريض، الجامعة الإسلامية، غزة.**
12. إحصائيات مديرية الصحة والسكان لولاية أم البواقي، 2010.

13. أحمد عبد الكريم، حمزة، كيف نربي أبنائنا، الطبعة الأولى، دار الثقافة، الأردن.
14. أحمد عبد الكريم و محمد أحمد خطاب (2010): الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين، الطبعة الأولى، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
15. أسامة عبد الغني و أبو جاموس، محمد (2009): الاضطرابات الانفعالية ومهارات حل المشكلات لدى المراهقين، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. أسامة فاروق مصطفى (2011): مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الميسرة.
17. الاعظمي، سعيد رشيد (2007): أساسيات علم نفس الطفولة والمراهقة نظريات حديثة ومعاصرة، دون طبعة، الأردن، دار جهينة للنشر والتوزيع.
18. الاعظمي، سعيد رشيد (2009): اضطرابات السلوك تشخيصها والوقاية منها، الطبعة الأولى، الأردن، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع.
19. الآغا، عاطف عثمان (2010): فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير تخصص علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
20. امزيان، زوييدة (2007): علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية، دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس، رسالة ماجستير، تخصص إرشاد نفسي مدرسي، جامعة الحاج لخضر باتنة.
21. اوشن، نادية (2015): التوجيه الجامعي وعلاقته بتقدير الذات وقلق المستقبل المهني للطلاب في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر باتنة.
22. أيمن محمد طه عبد العزيز و فضيل المولى عبد الرضى الشيخ (يونيو 2015): تقدير الذات لدى طلبة جامعة الخرطوم وعلاقته بسمات الشخصية، مجلة آداب، جامعة الخرطوم، العدد 34.
23. بطرس، حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
24. بليكلاني، إبراهيم (2008): تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج، قسم العلوم النفسية والتربية الاجتماعية في الأكاديمية العربية المفتوحة الدانمارك.
25. بن أحمد، قويدر (2018): الاكتئاب والتمثلات الثقافية في المسار العلاجي في الجزائر دراسة عيادية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.

26. بن عبد الله غنية (2009): قراءة في السلوك الانتحاري، مجلة فضاء المعرفة، المركز الجامعي خميس مليانة، عين الدفلى، 19 ماي 2009، العدد الأول.
27. بن محمد الفارس، عبد المالك (2004): جريمة الانتحار والشروع فيه بين الشريعة والقانون وتطبيقاتها في مدينة الرياض.
28. بوالففل، إبراهيم (2008): السلوك الانتحاري لدى الشباب في المجتمع الجزائري، دراسة تحليلية لإحصائيات الانتحار بولاية جيجل للفترة 2000-2008، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، ديسمبر 2012، العدد 4.
29. بوالففل، إبراهيم (2010): ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية وطنية، أطروحة دكتوراه علوم تخصص علم النفس والعمل والتنظيم، جامعة الجزائر 2.
30. بوالماين، نجيب (2008): الجريمة والمسالة السسيولوجية دراسة بأبعادها السسيوثقافية والقانونية، دكتوراه دولة في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة.
31. بوعنقة، علي وغربي، علي (2015): العنف المدرسي، تفكيك للروابط التربوية والاجتماعية، الطبعة الأولى، قسنطينة، الجزائر، منشورات مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة جامعة قسنطينة 3، مكتبة الفائز للطباعة.
32. البوهي، فاروق شوقي (2011): أساليب ومناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر.
33. ت. ستيوارت واطسون وكريستوفر انش سكينر، الاكتاب لدى الأطفال والمراهقين، ترجمة محمد السعيد أبو حلاوة، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
34. التيمي، محمود كاظم (2013): الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع.
35. ثابت، ياسر (2012): شهقة اليائسين، الانتحار في العالم العربي، الطبعة الأولى، بيروت، دار التنوير للطباعة والنشر .
36. ثائر، أحمد غباري وخالد محمد، أبو شعيرة (2010): التكيف مشكلات وحلول، الطبعة الأولى، الأردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
37. الجبوري، حسن محمد جواد (2013): منهجية البحث العلمي مدخل لبناء المهارات البحثية، الطبعة الأولى، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع ومؤسسة الصادق الثقافية.

38. الجبوري، محمد عبد الهادي (2010): الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين بالدانمارك، ماجستير في علم النفس، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك.
39. الجسماني، عبد العلي (1994): سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقهما الأساسية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، الدار العربية للعلوم.
40. جمال حمزة (1993): سلوك الوالدين الإيذائي للطفل و أثره على الأمن النفسي ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة، العدد 58.
41. جميل رضوان، سامر (2009): الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
42. جميل عطية، عز الدين (2003): الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف، الطبعة الأولى، القاهرة، عالم الكتب للنشر.
43. الجوهري، محمد محمود (2012): أسس البحث الاجتماعي، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
44. حامد، عبد السلام هران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر، عالم الكتب للنشر.
45. حامد، عبد السلام هران (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر، عالم الكتب للنشر.
46. حامد، عبد السلام زهران (2003): دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، القاهرة، عالم الكتب للنشر.
47. حسن المحمداوي، حسن إبراهيم (2008): دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد.
48. حسين العبادي، علي سلمان (2013): هوية الأنا والتمرد النفسي لدى المراهقين، الطبعة الأولى، مصر، المكتب الجامعي الحديث.
49. حلوان، زينة (2008): التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحار وابتلاع مواد محرقة، دراسة عيادية سبع حالات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.

50. حمادي، أنور (2014): ترجمة لمعايير التصنيف التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، DSM 5.
51. حمدي الحجار، محمد (1998): المدخل إلى علم النفس المرضي، الطبعة الأولى، بيروت دار النهضة العربية.
52. حمدي، شاكراً محمود (2006): البحث التربوي للمعلمين والمعلمات، الطبعة الثالثة، السعودية، دار الأندلس للنشر حائل.
53. حمري، صارة (2012): علاقة تقدير الذات بالدافعية للإنجاز لدى تلاميذ الثانوية، رسالة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية، تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران.
54. الحمري، مها صالح محمد (2001): فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية، رسالة ماجستير.
55. حمزة محمد الخواجة، الهام (2016): التشريح النفسي لمحاولي الانتحار بغزة، دراسة إكلينيكية تحليلية، رسالة ماجستير، تخصص صحة نفسية ومجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.
56. الخالدي، أديب محمد (2000): المرجع في الصحة النفسية نظرة جديدة، الطبعة الأولى، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
57. الخاني، محمد أحمد الفضل (2006): المرجع إلى فحص المريض النفسي، الطبعة الأولى، لبنان، منشورات الحلبي الحقوقية.
58. الختاتنة، سامي محسن (2012): مقدمة في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
59. الختاتنة، سامي محمد (2016): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
60. الداهري، صالح حسن (2008): مبادئ علم النفس الارتقائي ونظرياته، الطبعة الأولى، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
61. الدبولي، فاتح عبد الله (2009): الانفعالات النفسية من منظور إسلامي وموضوعات أخرى، عمان، الأردن، دار المأمون للنشر.
62. دليو، فضيل وآخرون (1999): أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة قسنطينة.

63. دهلاس، جينيفر (2010): المراهق والهاتف النقال التمثل والاستخدامات، دراسة على عينة من المراهقين في ولاية الجزائر العاصمة، ماجستير في علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر 3.
64. ذوقان، عبيدات وآخرون (1987): البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، الأردن، دار الفكر للنشر.
65. ذيب عبد الله محمد، عايدة (2010): الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة، الطبعة الأولى، الأردن، دار الفكر ناشرو وموزعون.
66. راغب شراب، عبد الله عادل (2013): فعالية برنامج لتنمية الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، دكتوراه الفلسفة في التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
67. رشيد مسيلي وأحمد فاضلي (2013): الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية، دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكئاب واليأس. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ديسمبر 2013 ، العدد 13.
68. روبرت واطسون وهنري كلاي ليندجرين (2004): سيكولوجية الطفل والمراهق، ترجمة داليا عزت مؤمن الطبعة الأولى، مصر، مكتبة مدبولي.
69. الزعبي، أحمد محمد (2013): سيكولوجية المراهقة، النظريات جوانب النمو المشكلات وسبل علاجها، الطبعة الثالثة، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع.
70. زقوت، إياد عبد الله (2013): تقدير الذات وعلاقته بالأفكار العقلانية واللاعقلانية والمهارات الحياتية لدى الدعاة في محافظات غزة، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
71. زلوف، منيرة (2011): المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثره على مستوى التحصيل الدراسي، الجزائر، دار هومة للنشر والتوزيع.
72. زيدان، مصطفى محمد (1999): النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، المملكة العربية السعودية، دار الشروق.
73. سليم، مريم (2003): تقدير الذات والثقة في النفس دليل المعلمين، بيروت لبنان ، دار النهضة العربية.
74. سليم، مريم (2002): علم النفس النمو، الطبعة الأولى، بيروت لبنان ، دار النهضة العربية.

75. السمري، عدلي محمود (1992): دراسة في الثقافة الرعاية الجانحة، مصر، دار المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
76. السمري، عدلي محمود (2009): علم الاجتماع الجنائي، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
77. السمري، عدلي محمود وآخرون (2010): علم اجتماع الجريمة والانحراف، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة لنشر والتوزيع.
78. سهيري، زينب (2013): دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية بمدينة الاغواط، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مارس 2013، العدد 10 .
79. سوان بور، بيتر (2014): البحث في دراسة الحالة ما هو؟ ولماذا؟ وكيف؟، ترجمة عبد الفتاح على غزال، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية طبع ونشر وتوزيع.
80. السيد إبراهيم، زيزي (2006): العلاج المعرفي للاكتئاب وأسس النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
81. سينج مالهى، رانجيت و دبليو ريزنر، روبرت (2005): تعزيز تقدير الذات إعادة بناء وتنظيم نفسك للنجاح في الألفية الجديدة، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير.
82. شاكرا مجيد، سوسن (2008): العنف والطفولة دراسات نفسية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع.
83. شاكرا مجيد، سوسن (2013): أسس بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية، الطبعة الأولى، الأردن، مركز ديونو لتعليم التفكير.
84. الشبؤون، دانيا (2011): القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، مجلة دمشق، المجلد 27، العدد 3+4.
85. الشربيني، لطفي (2003): الطب النفسي ومشكلات الحياة، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، دار النهضة العربية.
86. الشربيني، لطفي (2010): المرجع الشامل في علاج الاكتئاب، بيروت، لبنان، دار النهضة العربية.

87. صالح السامرائي، نبيهة (2007): علم النفس الإعلامي، الطبعة الأولى، الأردن، دار المناهج للنشر.
88. صالح عيكه، حسن صادق (2012): الاكتئاب وعلاقته بصنف الدم تبعاً لاختلاف الجنس والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية، الطبعة الأولى، عمان، دار الصفاء للنشر والتوزيع و مكتبة العلامة الحلي للنشر والتوزيع.
89. صالح، معاليم (2008): محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية، ديوان المطبوعات الجامعية.
90. الصايغ، محمد (2007): مفهوم الذات دراسة ميدانية بين السجناء والأحداث، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلب، سوريا.
91. صندلي، ريمة (2012): الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، دراسة عيادية على أربع حالات من المراهقين، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس الضغط، جامعة فرحات عباس، سطيف.
92. الضامن، منذر (2007): أساسيات البحث العلمي، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
93. عبد الباقي إبراهيم، علا (2009): الاكتئاب أنواعه أعراضه أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه، الطبعة الأولى، القاهرة، عالم الكتب للنشر.
94. عبد الرحمان العجلان، ظاهرة الانتحار ، العدد 161 شوال 1416.
95. عبد الرحمان الوافي، مدخل إلى علم النفس، الطبعة الخامسة، الجزائر، دار هومة للطباعة والنشر.
96. عبد الستار، إبراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، القاهرة، عالم المعرفة للنشر.
97. عبد العزيز محمد، عصام فريد (2009): المتغيرات المرتبطة بسلوك العدوانيين المراهقين واثr الإرشاد النفسي في تعديله، مصر، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
98. عبد العزيز، بن علي بن عبد العزيز (2010): تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية، رسالة دكتوراه في العلوم الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

99. عبد العزيز، حنان (2012): نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة بشار، ماجستير تخصص إرشاد نفسي وتنمية بشرية، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.
100. عبد الفتاح الصرايرة، ولاء (2006): الخصائص الاجتماعية والاقتصادية النفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة 1995-2004، رسالة ماجستير، جامعة موتة.
101. عبد القادر الميلادي، عبد المنعم (2006): سيكولوجية المراهقة، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
102. عبد الكريم الناظور، فايز (2011): التحفيز ومهارات تطوير الذات، الطبعة الأولى، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع.
103. عبد الكريم، قريشي (1999): مشكلات التوافق لدى المراهق الجزائري في المدرسة الثانوية، أطروحة دكتوراه، جامعة منتوري - قسنطينة، 1998-1999.
104. عبد الله دياب، مروان (2006): دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
105. عبد المنعم، عبد القادر الميلادي (2004): الأمراض والاضطرابات النفسية، الإسكندرية، مصر، مؤسسة شباب الجامعة للنشر.
106. عبد ربه، علي شعبان (2010): الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصريا، ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
107. العبيدي، محمد جاسم (2004): مشكلات في الصحة النفسية أمراضها وعلاجها، الطبعة الأولى، الأردن، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
108. العتبي، محمد زابن (2005): مهارات معاينة مسرح حادث الانتحار، دراسة على بعض حالات الانتحار في مدينة الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
109. العربي قوري، ذهبية (2011): العقاب الجسدي والمعنوي المدرسيين وتأثيرهما على ظهور السلوك العدواني لدى التلميذ المتمدرس في التعليم المتوسط والثانوي، رسالة ماجستير، جامعة تيزي وزو، 2010-2011.
110. عرفان زيتون، منذر (2005): الصحة والعنف، المجلس الوطني لشؤون الأسرة ومنظمة الصحة العالمية، الأردن.

111. عصام كامل، أيوب (2012): **جريمة التحريض على الانتحار دراسة مقارنة**، الطبعة الأولى، رسالة ماجستير منشورة، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
112. علاء الدين إبراهيم، يوسف النجمة (2008): **مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية**، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة.
113. علاونة، شفيق فلاح (2011): **سيكولوجية التطور الإنساني من الطفولة إلى الرشد**، الطبعة الرابعة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
114. علي دبابش، علي موسى (2011): **فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثرها على تقدير الذات**، ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
115. علي راجع بركات، آسيا (2000): **العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف**، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة أم القرى.
116. عيد أبو العميرين، حسن نوح (2015): **مفهوم الذات واستراتيجيات التواصل الاجتماعي لدى الطلبة الصم في ضوء التقدم النفسي**، ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية غزة.
117. غباري، ثائر أحمد و أبو شعيرة، خالد محمد (2010): **مناهج البحث التربوي تطبيقات عملية**، الطبعة الأولى، الأردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
118. غريب، عبد الفتاح غريب (1994): **مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب**، دراسة مقارنة بين مصر والإمارات العربية المتحدة، قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي، المجلد السادس، الفصل 17، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
119. غزال، أمال (2016): **دراسة سيكوباتية للفتيات المحاولات للانتحار في حالة الفشل العاطفي**، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة وهران 2.
120. فاروق مصطفى، أسامة (2011): **مدخل إلى الاضطرابات السيكولوجية والانفعالية**، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
121. فايد، حسين علي (2001)، **دراسات في الصحة النفسية**، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

122. فؤاد البهي السيد (1998): الأسس النفسية للنمو في الطفولة والمراهقة وحقائهما الأساسية، القاهرة، دار العرب للنشر.
123. فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، دار الفكر العربي.
124. فيصل، عباس (1990): أساليب دراسة الشخصية التقنيات الاسقاطية، الطبعة الأولى، دار الفكر اللبناني.
125. قحطان، أحمد الظاهر (2004): مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
126. قدوري، الحاج و الشايب، محمد الساسي (2015) ، تقدير الذات (الرفاعي والمدرسي والعائلي) وعلاقته بمستوى التحصيل لدى تلاميذ التعليم المتوسط، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، مارس 2015، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 18.
127. القطناني، علاء سمير موسى (2011): الحاجات النفسية ومفهوم الذات وعلاقتها بمستوى الطموح لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في ضوء نظرية محددات الذات، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر غزة.
128. قنديلجي، عامر (2008): البحث العلمي باستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر.
129. قنون، خميسة (2007): الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكنتاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية، دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي C بالمستشفى الجامعي باتنة، ماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
130. مأمون، صالح (2011)، الشخصية، الطبعة الأولى، الأردن، دار أسامة للنشر.
131. محمد الاسطل، سماح ضيف الله (2013): الحاجات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية بمحافظات غزة دراسة مقارنة بين المحرومين وغير المحرومين من الأم، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.
132. محمد القذافي، رمضان (2000): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

133. محمد بن يحيى، زكرياء وفضيلة حناش (2009): علم نفس الطفل والمراهق، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، الجزائر، 2009.
134. محمد زقوت، ماجدة (2011): هوية الذات وعلاقتها بالتوكيدية والوحدة النفسية لدى مجهولي النسب، رسالة ماجستير تخصص إرشاد نفسي، الجامعة الإسلامية غزة.
135. محمد عباس، نور الدين (2004): انحراف الأطفال والشباب رؤية نقدية اجتماعية نفسية لواقع ظاهرة الجنوح وكيفية التصدي لها، الطبعة الأولى، الدار البيضاء، المدارس للنشر والتوزيع.
136. محمد ملحم، سامي (2010): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة السادسة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
137. محمود عابد أبو شحادة (2014)، المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طلبة جامعة الأقصى، دكتوراه في الفلسفة تخصص علم النفس التعليمي، جامعة عين شمس.
138. محمود يوسف الشاعر، منيرة (2014): صورة الجسم والاكئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى جرحى الحروق في قطاع غزة، ماجستير إرشاد نفسي، الجامعة الإسلامية، غزة.
139. محمود، عبد الرحمان و عبد الله، معتز (1994): الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم، مجلة دراسات نفسية، المجلد 4، العدد 3.
140. مخزومي، أمل (2008): دليل العائلة النفسي، الطبعة الثانية، لبنان، دار العلم للملايين.
141. مصباح، عامر (2011): التنشئة الاجتماعية والانحراف الاجتماعي، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
142. المصري، رضا وعمار، فاتن (2010): مراهقة بلا إرهاق، الطبعة الأولى، الجزائر، موسوعة تربية الأبناء، دار الخلدونية.
143. مصطفى السيد عطاظو، أنسام (2013): برنامج علاجي للتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال - النظريات والتطبيقات العلاجية، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
144. مصطفى، شكيب (2007): الأنواع العشرة لاضطرابات الشخصية.

145. المصطفى، عبد العزيز والساعاتي، عبد العزيز (2007): مشكلات الشباب بالمنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية وأساليب مواجهتهم لها، مجلة البحوث الأمنية، مركز البحوث والدراسات بكلية الملك فهد الأمنية، المجلد 15، العدد 35.
146. معتمد، عفيف نصر الله (2013): علاقة تأثير الأقران باضطراب المسلك لدى المراهقين في قطاع غزة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
147. معربس، لبا لويس (2010): الاكتئاب لدى الشباب، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية.
148. معن خليل، عمر (2005): علم المشكلات الاجتماعية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الشروق للنشر.
149. معوشة، عبد الحفيظ (2008): الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب، دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب في مدينة باتنة، رسالة ماجستير، تخصص علم النفس الاجتماعي المرضي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
150. المغربي، إبراهيم حامد (2015): الانتحار رؤية تكاملية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث.
151. المليجي، حلمي (2001): مناهج البحث في علم النفس، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية.
152. ممدوحة، محمد سلامة (1991): الإرشاد النفسي منظور إنمائي، مطبوعات الزقازيق، جامعة الزقازيق، مصر.
153. منتهى مطشر، عبد الصاحب (2011): الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، الطبعة الأولى، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
154. مهند محمد رفعت، رمضان سليمان (2014): فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظات شمال غزة، ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.
155. ناصر، محمد نوفل (2016): صورة الجسد والاعتراب النفسي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصريا، ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.

156. نبيل، سفيان (2004): **المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، المفهوم، النظرية، النمو، التوافق، الاضطرابات، الإرشاد والعلاج، الطبعة الأولى، مصر، ايتراك للنشر.**
157. نوري القمش، مصطفى و المعاينة، خليل عبد الرحمان (2011): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الثالثة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.**
158. هالة بنت صادق دحلان، القلق والاكتئاب وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
159. هيثم أحمد، علي (2008): **الانتحار من وجهة نظر علم النفس والدين الإسلامي، دراسة ميدانية، مجلة الفتح، العدد 33.**
160. وجيه، إبراهيم محمود(1981): **المراهقة خصائصها ومشكلاتها، دار المعارف للنشر والتوزيع.**
161. الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، جنيف 2014.
162. الوقفي، راضي (2003): **مقدمة في علم النفس، الطبعة الثالثة، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.**
- ثانيا. المراجع باللغات الأجنبية:**
163. A.Robertie (2004): **le grand livre de la psychanalyse**, édition de vecchi S.A, paris.
164. Adolfo Fernandez zoile (1986): **Freud et la psychanalyses**, paris, Nathan.
165. Alain delourme, Edmonde marc et al (2007): **la supervision en psychanalyse et en psychothérapie**, paris, dunod.
166. Arthur.E. hepworth.det Larsen .j(2000): **the adolescent psychotherapy treatment planner**, wiley, john et sons, CVA.
167. Bilsker.D et Paterson.R.(2002): **anti depression skill work book**, 2nd edition , Simon, fraser university, Canada.

168. Black burm.I.M.J(1990): **cottrausc thérapie cognitive de la dépression préface du Beck**, 2eme tirage, Paris, Masson.
169. Brian I, mishara Michel Tousignant (2004): **comprendre le suicide**, canada, bibliothèque de Québec, université de Montréal.
170. Camilo charron, Stéphane rusinek (2007): **la psychologie de A à Z**, paris, Dunod.
171. Christophe André (2005): **recherche en soins infirmiers**, N° 82, paris, université du paris 10.
172. Daniel Bailly (2004): **l'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent**, 2^{ème} édition, paris, Masson.
173. Daniel fanguin (2011): **la psychanalyse principaux concepts freudiens**, 2^{ème} édition, paris, ellipses.
174. Denis, lewrenal (1996): **ehencing self-esteem in the classroom**, 2nd editions, povlchapman publishing.
175. Dominique Guillo (2000): **sciences et sciences de la vie**, 1^{ère} édition, paris, presses universitaires de France puf.
176. Dr.emmanuel granier (2006): **idées noires et tentatives de suicide, réagir et faire face**, paris.
177. Elizabeth bhurlock(1978) : **la psychologie du développement**, 3^{ème} édition, bibliothèque national du Québec, canada, 1978.
178. **Etudes et résultats, suicide et tentatives de suicide en France** ,n 488, mai 2006, drees ,direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques.
179. Fatima Zohra Sebaa (2009): **l'adolescences en questions**, Insaniyat, revu algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, n 46, oran.
180. Fong.Bernadin, Resnich.Miriam(1986): **the child development through adolescence polo**, mary field pub lising, company.

181. Franck .j.d (1998): **kohlberg stage of moral judgment a constructive critique**, Harvard educational review.
182. François dépelteau (2007): **la démarche d'une recherche en sciences humaines, de la question de départ à la communication des résultats**, 5^{ème} tirage, de Boeck, canada.
183. Frédéric lebaron (2009): **la sociologie de A à Z**, paris, dunod
184. Frohlich.w(1997):**Dictionnaire de la psychologie** ,Librairie générale française.
185. Gelder (1996):**oxford .university, press, new York .u.s.a.**
186. Geopsy.com, **psychologie interculturelle et psychothérapie, suicide et adolescence, description et prévention.**
187. Ginder.R (2006): **studies in adolescence**, new York.
188. Gotlib I.H, Hamman C.L,(1992): **psychological aspects of depression toward a cognitive interpersonal integration**, new York, john wiley et sons.
189. Gustave Nicolas Fisher (2003): **les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**, 2^{ème} édition .paris, dunod.
190. Henri charbol, Bernadette rofé (2003): **psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent**, paris, édition belin.
191. Henri peretz(1998): **les méthodes en sociologie l'observation**, paris, édition la découverte et syros.
192. Hergenham.B and olson.M.(2006): **an introduction to theories of personality new jersey**, prentice hall.
193. Hervé fenneteau (2002): **enquête entretien et questionnaire**, paris, dunod.

194. Ingram.R(1994): **depression in v ranachdram**, ed encyclopedia of hamman behavior, vol, new York academic press.
195. Iqbal, N., Shahnawaz, M., and Alam, A. (2006): **Educational and Gender Differences in Body Image and Depression Among Students**, Journal of The Indian Academy of Applied Psychology, V. 32, N. 3
196. Isaac .a.f(1982): **self-esteem giftedness talent creativity and suicide**, the creative child and adult quartory Vol 2.
197. Jacqueline .V lerner and Richard M.lerner and jordan Finkelstein(2001): **adolescent**.
198. Joël Guibert, Guy jumel (1997): **méthodologie des pratique de terrain en science humaines et sociales**, paris, Armand colin, Masson.
199. Kalaman.N. wough.Fc(1993): **mental health concept**, delmer center USA, American psychiatric association.
200. **La Dépression en savoir plus en sortir chez l'adulte**, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
201. Leak.GK et williams.D.F(1989): **relationship between social and interst alienation and psychological hardinessm individual psychology**.
202. Maja Perret catipovic (2004): **l'aire de famille: le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir**, édition saint-augustin.
203. Marie julien et johanne. Laverdure (2004): **avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes**. Direction développement des individus et des communautés, institut national de santé publique, Québec, canada.
204. Markus.M,Nurius.P,(1980): **possible selves American psychologist**.

205. Morgan.h.g (1979): **death wishes the inderstanding and management of deliberate self-harm**, first edition, the pitman press chchester, u,k.
206. Mrsing.Tim (2005): **the confidence plan how to build m qstrongerm you nqpervillem illioism sources** books.inc
207. Nattan K.I et al(1995): **American psychiatric press text book of psychopharmacology**, Washington D.C, American psychiatric press.
208. **Observation national en suicide, suicide état des lieux des connaissances et perspectives de recherche**, 1^{er} rapport 11-2014.
209. Parker.G (1980): **vulnerability factors to normal depression**, journal of psychology research.
210. Pattan, N., Kang, S., Thakur, N., and Parthi, K. (2006): **State Self-Esteem in Relation to Weight Locus of Control Amongst Adolescent** , J . Indian Assoc. Child Adolescent. Ment . Health,
211. **Prevenir le suicide pour préserver la vie, guide pratique clinique**, ordre des infirmières et infirmiers, du Québec.
212. **Prévention primaire du suicide des jeunes**, recommandations pour lesactions régionales et locales, édition CFES, sous la direction de bernadete rousille, decembre 2001.
213. **Programme national d'action contre le suicide 2011-2014**, septembre 2011, paris.
214. Raymond quivy et luc van campenhoudt (2006): **manuel de recherche en sciences sociale**, 3^{eme} édition, paris, dunod.
215. Rochehein.j (1998): **dictionary of theory law and concept in psychology**, London green wood press.

216. Rosine Jozef Perelberg (2004): **violence et suicide**, 1^{ère} édition, paris, presses universitaire de France.
217. Russel A. Jones (2000): **méthodes de recherches en sciences humains**, paris, de Boeck université.
218. Shavelson.R.T.Hubner.j et stanton.G (1976): **self-concept, validation of construct interpretations**, review of educational research.
219. **tentative de suicides et suicide des jeunes à Oran, désespoir ou affirmation de soi?**.centre national de recherche en anthropologie sociale et culturelle, achevé d'imprimer sur les presses ENAG, réghaia, algérie, 2011.
220. Ware .M, and Johnson .D (2000): **hand book of demonstrations and activities in the teaching of psychology, personality, abnormal, clinical conseling, and social**, volume 3, second edition, Lawrence, Erlbaum associates.
221. Wilson, A. et al, (1996): **annual review of behavior therapy**, new York.
222. Xavier pommerau(2014): **dépression de l'adolescent**, centre adadie CHU de bordeaux, janvier, 136 N 1 par cours de soins.
223. Yves alpe, jean Renaud Lambert, alain beitone, Sandrine arayre, Christine dollo (2007): **lexique de sociologie**, 2^{ème} édition, paris, édition Dalloz.
224. Yves Tyrode, Stéphane bourcet (2006): **la violence des adolescents**, 2^{ème} édition, paris, dunod.

ثالثا. المواقع الإلكترونية:

1. <https://www.almrsal.com/post/491712> . الدخول للموقع يوم: 2017/12/02 الساعة 14.48.
2. <https://al-ain.com/article/algeria-suicide-child-game-blue-whale> . الدخول للموقع يوم 2017/12/02 الساعة 15.04
3. www.123.succes.com. Comment la confiance en soi transforme la personnalité donne l'estime de soi et mène la réussite.
4. مهنا بشير عبد الله : الأمن النفسي و علاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب معهد إعداد المعلمين على الموقع الإلكتروني : www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=58438 .

الملاحق

العبارة	الدرجة	الرقم
01	0	- لا أشعر بالحزن .
1	- أشعر بالحزن.	
2	- أنا حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.	
3	- أنا حزين جدا وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.	
02	0	- لا أشعر بأن عزمي ضعيفة اتجاه المستقبل.
1	- أشعر بأن عزمي ضعيفة اتجاه المستقبل.	
2	- أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل.	
3	- أشعر أن المستقبل يئوس منه وأنه لا سبيل إلا أن تتحسن الأمور.	
03	0	- لا أشعر بالفشل.
1	- أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجهه الشخص العادي.	
2	- عندما أسترجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل.	
3	- أشعر أنني شخص فاشل تماما.	
04	0	- لا أزال استمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
1	- لا أستمتع بالأشياء كما اعتدت أن أستمتع بها من قبل.	
2	- لم أجد متعة حقه في أي شيء بعد.	
3	- أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء.	
05	0	- لا اشعر بالذنب بوجه خاص.
1	- أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت.	
2	- ينتابني الشعور بالذنب تماما معظم الوقت.	
3	- أشعر بالذنب طوال الوقت.	
06	0	- أشعر أن عقابا يحل بي الآن.
1	- أشعر وكأن عقابا قد يحل بي.	
2	- أتوقع أن يحل بي عقاب.	
3	- أشعر أن عقابا يحل بي الآن.	
07	0	- لا أشعر أن أمني قد خاب في نفسي.
1	- أشعر بأن أمني قد خاب في نفسي.	
2	- أشعر بالاشمئزاز من نفسي.	
3	- أكره نفسي.	
08	0	- لا اشعر بأنني أسوء من أي شخص آخر.

- أنتقد نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي.	1	
- ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي.	2	
- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.	3	
- لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي .	0	09
- تتنابني أفكار للتخلص من حياتي ولكنني لن أنفذاها.	1	
- أرغب في قتل نفسي.	2	
- لو أتحت لي الفرصة بالانتحار فسوف أفعل ذلك.	3	
- لا أبكي أكثر من المعتاد.	0	10
- أبكي الآن أكثر مما تعودت.	1	
- أبكي الآن طوال الوقت.	2	
- تعودت أن أكون قادرا على البكاء، أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك	3	
- لست مستثارا الآن أكثر مما كنت دائما.	0	11
- أصبح منزعجا أو مستثارا بسهولة أكثر مما كنت معتادا.	1	
- أشعر بأنني مستثارا الآن طوال الوقت.	2	
- لا تثيرني بالمرّة الأشياء التي تعودت أن تثيرني.	3	
- لم أفقد الاهتمام بالآخرين.	0	12
- إنني أقل اهتماما بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى.	1	
- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين.	2	
- فقدت كل اهتمامي بالآخرين.	3	
- أتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها.	0	13
- أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت.	1	
- أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكبر مما كنت أجد من قبل.	2	
- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.	3	
- لا أشعر أنني أبدو أسوء مما كنت.	0	14
- أنا قلق لأنني أبدو أكبر سنا أو أقل جاذبية.	1	
- أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.	2	
- أعتقد أنني أبدو قبيحا.	3	
- أستطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.	0	15
- أشعر أن البدء في أي شيء أصبح يتطلب مني الآن جهدا إضافيا.	1	
- أضطر إلى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء.	2	
- لا أستطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق.	3	

16	0	- أستطيع النوم بشكل جيد ما تعودت. - لا أنام جيدا كما كنت معتادا. - أستيقظ مبكرا ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم - أستيقظ مبكرا عدة ساعات مما تعودت ثم لا أستطيع العودة إلى النوم.	
17	0 1 2 3	- لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد. - أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت. - أصبح التعب يدركني عند القيام بأي عمل تقريبا. - أشعر بالإرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل.	
18	0 1 2 3	- شهيتي للطعام ليست أسوء من المعتاد. - لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل. - شهيتي الآن أسوء مما كانت بكثير. - لم يعد لدي أي شهية على الإطلاق.	
19	0 1 2 3	- لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا. - نقص من وزني أكثر من 2 كلغ. - نقص من وزني أكثر من 5 كلغ. - نقص من وزني أكثر من 7 كلغ.	أحاول عن عمد أن أنقص من وزني وذلك بالتقليل من كمية الأكل نعم لا
20	0 1 2 3	- لست منشغل البال على صحتي أكثر من المعتاد. - يشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع والآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك. - أشعر بانشغال البال كثيرا بسبب مشاكل صحية، ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر. - أشعر أن بالي مشغول جدا بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.	
21	0 1 2 3	- لم ألاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة. - أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت. - إنني أقل اهتماما الآن بشكل كبير. - فقدت الاهتمام بالجنس تماما.	

الملحق رقم 02: مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith

الرقم	تنطبق	لا تنطبق	الفقرات
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لست مهموما بشكل كبير
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أجد صعوبة كبيرة في أخذ الكلمة في القسم
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اتخذ قرارات دون صعوبات
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتمتع الناس برفقتي
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أتضايق بسرعة في المنزل
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتاج وقتا طويلا لأتعود على الأشياء الجديدة
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يراعي والديا مشاعري عادة
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استسلم بسهولة للآخرين
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	والديا ينتظران مني الكثير
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	من الصعب كثيرا أن أكون كما أنا
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كل شيء مختلط وغامض في حياتي
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في الغالب أؤثر على الآخرين
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لدى نظرة سلبية على نفسي
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كثيرا ما تكون لدي رغبة في مغادرة البيت
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشعر دائما بعدم الارتياح داخل القسم
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أجد شكلي أقل إعجابا مثل أغلب الناس
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عندما يكون لدي ما أقوله، سأقوله
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يفهمني والديا
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اغلب الناس محبوبون أكثر مني
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أحس عادة أنني محاصر من طرف والديا
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عادة ما تقل عزيمتي داخل القسم
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غالبا ما أتمنى أن أكون شخصا آخر
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عادة ما يثق الآخرون بي
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أقلق أبدا
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنا واثق من نفسي تماما
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعجب الناس بسهولة

أقضي أوقات ممتعة مع والدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
أقضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
أتمنى لو كنت أصغر من سني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
أفعل ما يحث فعله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
أنا فخور بنتائجي الدراسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
أنتظر دائما من شخص آخر أن يقول لي ما يجب أن أفعله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
عادة ما أتأسف على ما أقوم به من أعمال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
أنا لست سعيدا على الإطلاق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
أقوم دائما بعملتي بقدر المستطاع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
عموما أنا قادر على تدبير أموري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
أنا سعيد في حياتي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
أفضل أن يكون لي أصدقاء أقل مني سنا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
أحب كل الناس الذين أعرفهم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
يعجبني أن توجه لي أسئلة في القسم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
أفهم نفسي جيدا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
في البيت لا أحد يهتم بي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
لا يؤنبني أحد على الإطلاق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
أدائي في المدرسة ليس كما أود أن يكون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
أنا قادر على اتخاذ القرار والتمسك به	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
لا يعجبني أن أكون ولدا (بنتا)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
أنا غير مرتاح في علاقاتي مع الآخرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
أنا غير مرتاح في علاقاتي مع الآخرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
عادة ما أخجل من نفسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
عادة ما يحاول الآخرون إزعاجي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
أقول الصدق دائما	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
يشعرني أسأتذتي أن نتائجي غير كافية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
أنا لا اهتم بما يحدث لي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
نادرا ما أوفق بما أقوم به	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
أضايق بسرعة عندما يوبخني احد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
اعرف دائما ما ينبغي قوله للناس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58

