

جامعة الجزائر 2
أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس

إختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي
في علاج الاكتئاب لدى عينة من الأطفال
المتأخرين دراسيا

رسالة ماجستير في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:
د. رشيد مسيلي

إعداد الطالبة:
إحسان حماني ليلي

السنة الجامعية 2015 – 2016

كلمة شكر

أتقدم بالشكر الجزيل وخالص الامتنان والتقدير إلى أستاذي القدير الدكتور
رشيد مسيلي الذي تكرم بقبول الإشراف على بحثي المتواضع هذا والذي
ساعدني في إنجاز هذا العمل وتفهم وضعيتي ولم يبخل علي بتوجيهاته العلمية
الدقيقة وباقتراحاته البناءة

كما أتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لهذه الرسالة.
وأخيرا أتقدم بصادق شكري وتقديري إلى كل من ساهم في إنهاء هذا البحث

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى
الوالدين العزيزين أطال الله في عمرهما
زوجي

أبنائي محمد أنيس وعبد الرحمان وليد نور بصري وقرة عيناوي
إخوتي وأخواتي وأبناءهم حفظهم الله وأخص بالذكر أخي الأستاذ نجيب الذي
كان سنداً لي طيلة هذا البحث.

صديقتي العزيزة الأستاذة آيت وعراب رشيدة زوجة آيت عنصر وأبنائها
كل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالأخص الذين قمت بتكفلهم ومراعاتهم
والإشراف عليهم بالمركز الطبي البيداغوجي لبولوجين، بمديرية النشاط
الاجتماعي وبروضة الأطفال ونيس الذي أديرها حالياً
جميع العاملات بروضه ونيس
وإلى سائر الأهل والأقارب والأصدقاء

فهرس المحتويات

كلمة شكر

الإهداء

فهرس الموضوعات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

01 المقدمة

الباب الأول: الإطار النظري

الفصل الأول:

09 1- مشكلة البحث

10 2- أهمية البحث

11 3- أهداف البحث

11 4- تحديد المفاهيم

16 5- استخلاص الدراسات السابقة حول الاكتئاب

24 6- فرضيات البحث

24 7- حدود وصعوبات البحث

الفصل الثاني: الاكتئاب

27 1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب

29 2- مفهوم الاكتئاب

33 3- منهجية التشخيص والتقدير الكمي للاكتئاب

36 4- الصورة المعاصرة للاكتئاب

38 5- أنواع الاكتئاب

44 6- تطور الاكتئاب

52 7- الزملة الاكتئابية

الفصل الثالث: النماذج النظرية التي فسرت الاكتئاب

- 1- أسباب الاكتئاب 61
- 2- النموذج العضوي 62
- 3- النموذج التحليلي 66
- 4- النموذج السلوكي 69
- 5- النموذج المعرفي لتفسير الاكتئاب 70

الفصل الرابع: التأخر الدراسي

- 1- المناهج التربوية والمدرسية في الجزائر 77
- 2- مفهوم المتأخر دراسيا 89
- 3- أنواع التأخر الدراسي 94
- 4- العوامل المسببة للتأخر الدراسي 94
- أ- العوامل الفردية 95
- ب- العوامل المدرسية 106
- ج- العوامل العائلية - البيئية 106
- د- العوامل الاقتصادية - الثقافية 107
- هـ- العوامل العاطفية الطبيعية والعلاقات العائلية 108

الباب الثاني: الإطار المنهجي

الفصل الخامس: طريقة البحث

- 1- مكان البحث 113
- 2- عينة البحث 114
- 3- الدراسة الاستطلاعية 115
- 4- أدوات القياس 116
- 4-1- المقابلة الاكلينيكية 116
- 4-2- الملاحظة الذاتية 120

122	3-4- اختبار الاكتئاب للأطفال CDI لماريا كوفاكس
124	4-4- اختبار تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith
128	5- التصميم التجريبي

الفصل السادس: الاستراتيجية المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

133	1- التناول المعرفي، تعريفه ومجال بحثه
136	2- العلاج السلوكي لمشكلات الطفل
136	1-2- تعريف العلاج السلوكي
136	2-2- إجراءات العلاج السلوكي للطفل

الفصل السابع: عرض الحالات

143	الحالة النموذجية: الحالة الأولى نبيل
163	الحالة المختصرة" الحالة الثانية فوزي
171	الحالة الثالثة: كريمة
178	الحالة الرابعة: أمين
185	الحالة الخامسة: عبد الملك
191	الحالة السادسة: نادية
198	الحالة السابعة: زين الدين
205	الحالة الثامنة: رشيد
213	تحليل النتائج
225	الخاتمة
229	مقترحات البحث
230	المراجع
	الملاحق

مقدمة

مقدمة:

تؤكد الأبحاث أن النسبة العالمية في الاكتئاب الخاص بالأطفال وصلت إلى 20% في سن 6 إلى 12 عام وقد أعلنت مسؤولة إعلامية في إحدى شركات التأمين الصحي الألمانية في تصريح لـ "دويتشه فيله" أن معدلات إصابة الأطفال بالاكتئاب في ألمانيا زادت خلال العامين الماضيين بنسبة تقترب عن 50% مضيفة أن انفصال الأبوين أو موت أحدهما من أسباب إصابة الأطفال بالاكتئاب وبناء ما نقلته وكالة أنباء "أي بي دي" (EPD) فإن عدد حالات إصابة الأطفال عام 2013 في ألمانيا بلغت 4150 طفلاً، بينما كان هذا العدد 2800 طفل تقريباً سنة 2011 كما أن عدد الأطفال الذكور الذين يصابون بالاكتئاب يزيد عن الأطفال الإناث في السن ما قبل 10 سنوات ويختلف اكتئاب الأطفال عن اكتئاب البالغين، فالبالغ يستطيع التعبير عن نفسه وتظهر عليه أعراض حزن وبأس وبكاء، أما الاكتئاب عند الأطفال فيظهر في صورة العلامات السلوكية التي تكون على شكل انسحاب، حيث ينسحب الطفل المصاب بالاكتئاب والضيق النفسي عن أي أنشطة عائلية أو الأنشطة المسلية التي اعتاد أن يمارسها مع أصدقائه إلى غرفة نومه ليبقى وحيداً، كذلك يظهر في بعض الأحيان عند الطفل المكتئب نشاط مبالغ فيه والتي لم تعتاد الأم عليه، من أحد الأعراض الهامة، كما أن إيذاء الذات تظهر على الطفل المصاب بالاكتئاب على شكل الإيذاءات الجسدية مما يستدعي ملاحظة جيدة لتصرفات الطفل وقد يحدث التوتر الزائد مما يدفع الطفل المصاب إلى التعصب والغضب أكثر من أي وقت آخر وهذا ما يؤدي في الكثير من الأحيان إلى البكاء حيث يلجأ الطفل المصاب بالاكتئاب عند حزنه على أي شيء تافه وفي بعض الأحيان يخافون دموعهم وينسحبون، لذلك يجب ملاحظة تصرفات الطفل عند حزنه على أي شيء، ومدى تقبله للحدث الحزين بالنسبة له.

أما فيما يخص الحالات الإدراكية فتظهر حساسية شديدة أكثر من غيرهم كما يواجه الطفل المصاب بالاكتئاب حالة من عدم التركيز في أمور الدراسة كما يعاني من صعوبة التذكر فنجد غير قادر على إتمام الواجب الدراسي أو تذكر معلومات قام بدراستها في المدرسة.

كما نضيف إلى هذه الأعراض الإنطوائية فهؤلاء الأطفال يضعون كل ما يمرون به في إطار السلبية، مما دفعهم للانطواء.

ويضيف عبير غانم وأحمد السيد النجار أن افتقار الطفل لمشاعر الحب وسط أسرته أو الغيرة الشديدة من اخوته بسبب تفضيل الأم لهم وكذلك وجود الخلافات الزوجية بين الأب والأم أو أن يكون الطفل مريض بمرض مزمن وعلى علم به، وأخيرا بسبب تعرض بعض الأطفال للعنف البدني من أحد الأبوين، كل هذه الأسباب تؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية عند الأطفال.

وبالفعل، كان من الصعب تصور الطفل بحال اكتئاب، خصوصا حين يتزعزع ضمن إطار عائلي يوفر له الشروط الكفيلة بتحقيق تفتح وانفتاحه على الحياة، وبشكل مواز، بدا من الصعب غالبا على أهل الافتراض بأن ولدهم قد يكون مصابا بالاكتئاب حين يروونه حزينا، منعقلا على نفسه، سريع الاستثارة، الرغبة في الموت، الإحساس بالفشل، فقدان أو زيادة الشهية لتناول الطعام مما يعكس على وزن الطفل ضف إلى ذلك اضطرابات في النوم... الخ، والأخطر من ذلك أن العدد القليل من الوالدين هو من أحس بوجوب التساؤل حول إمكان تهديد هذا الحزن الملاحظ عند ولدهم لتوازنه النفسي في المستقبل.

بالإضافة إلى ما سبق ذكره، من أفكار خاطئة، هناك الاعتقاد السائد بأن المكتئبين يجدون أنفسهم بحال أفضل إن حاولوا رؤية الناحية الإيجابية من الأمور ذات التأثير الاضطرابي، إذ يمكن لهذا التفكير المبسط إن تم توجيهه للفرد، للطفل والمراهق بوجه خاص، أن ينعكس سلبا عليهما، بمعنى تعزيز الإحساس عندهما، بأنهما لا يفهمان من قبل الآخرين الامر الذي قد يعرضهما، أكثر فأكثر لمواجهة المشاكل بمفردهما ودون أي مساعدة، فجملة (سترى غدا تتصلح الأمر...) لا معنى لها بالنسبة للأطفال، إذ يفكرون للخبرة التي تمكنهم من معرفة أن الانفعالات، المشاعر والوضعية يمكن أن تتغير، لذا لا يمكنهم رؤية الناحية الجيدة من الأمور، كما أن الاعتقاد الخاطئ (التحدث عن الاكتئاب يزيد حال الشخص خطورة) ويساهم بتعزيز الاضطراب لأن التحدث عن معاناتنا يساعد على العكس بوعي حاجتنا للمساعدة، لطلبها ولبذل المستطاع بهدف التخلص من هذه المعاناة.

وتجدر الإشارة إلى أن البحث العيادي والعلاج النفسي له دور فعال في الكشف والتكفل الفعلي لهذه الاضطرابات النفسية والمتمثلة في الاكتئاب، من هنا يفهم السبب في تركيزها على موضوع الاكتئاب عند الطفل بهدف لفت انتباه المحيط (الأهل، المعلمين بالدرجة الأولى) لوجوب إدراك هذا الواقع، ونعني به واقع الحزن والأسى المعيشين من قبل الطفل قد

يؤديان في بعض الظروف لأحداث ما يسمى بالاكتئاب دون أن ننسى المؤشرات الاضطرابية المتعددة كالصعوبات المدرسية، سرعة الاستشارة والانسحاب الاجتماعي.

إذا أدركت العائلة أن هناك شيئاً ما على غير ما يرام عند طفلهم عليهم بالتالي بالإسراع في بالتساؤل حول ذلك كي يتمكنوا من معالجة الوضع قبل تفاقمه.

وتجدر الإشارة من جهة ثانية إلى واقع لاحظناه بشكل شديد التوتر خلال الممارسة العيادية ويمكن في عدم طرح العديد من الوالدين التساؤلات بخصوص حال طفلهم إلا بعد تفاقم الألم عنده وبعد أن تصبح حياته اليومية غاية في الصعوبة، وتصبح الحياة العائلية بالمقابل أكثر فأكثر تعقيدا وصراعا.

أما ما ساهم ويساهم دائما، في تعزيز هذا الواقع فهو ما يكمن في صعوبة حصر اكتئاب الطفل لأنه لا يعبر عموما عن حزنه، فمظاهر الاكتئاب تبقى مقنعة عنده ودون أي ارتباط ظاهري بالمشاعر الحقيقية التي يحس بها، ومع ذلك نود الإشارة إلى أن الأعراض التي يبديها الطفل تبقى قابلة للملاحظة شرط أن يكون الراشدين على الملاحظة الجيدة مثل خواف اجتماعي معين، شكاوى جسدية، فورات غضب عارم، ميل غير طبيعي للإيذاء (إيذاء الاخوة، تدني النتائج المدرسية...) الخ.

في سلسلة الدراسات لتفسير إمكان التحدث عن وجود الاكتئاب عند الطفل ركزت البحوث الأولى في هذا المضمار على فشل الطفل الصغير بالنسبة لحاجته في تحقيق تعلقه العاطفي بأهله وبأمه على وجه الخصوص أو على قلق يعتري هذا التعلق لدى حصول خسارة أو انقطاع¹، معيّنين يظهر على شكل مؤشرات اكتئابية، لكن قلق الانفصال هذا لا يصبح مرضيا إلا في حالات معينة (كأن يعيشه الطفل بشكل سيء جدا يترافق مع نوبات بكاء مستمر لساعات²، اختلال سلوكه بعد ذهاب الأم، التعرض لمخاوف قد تأخذ شكل الكوابيس، الخوف من الخطف، خوف من حدوث كوارث للأهل تعرضه لخسارتهم... الخ)³.

وفي دراسة تحليلية ذكر كارل أبرهام K. Abraham في 1911 أن الاكتئاب عند الأطفال يظهر على شكل اضطراب في الأكل، بالنسبة للمؤلفين الانكليزيين منهم E. Bibring، يصف الاكتئاب بالشعور بنقص الذات بدون الشعور بالاثم.

¹ Anna Freud: le moi et les mécanismes de défense, col. Bibliothèque de psychanalyse, P.U.F., Paris, 11^{ème} édition 1985, p. 46-47.

² R. Spitz (R.A), de la naissance à la parole, 1965, tr. Fr, Paris, P.U.F., 1968, p 306.

³ Golse (B), L'enfant déprimé, édition, Paris, P.U.F., 1983, p.10.

أما Bowlby بولبي تناولت قلق الانفصال الذي يؤدي إلى التشاؤم وهنا تظهر حالات اكتئابية أما الدراسات الخاصة بالمدرسة الألمانية وخاصة G. Nissen في سنة 1973 تكلم عن الاكتئاب المقنع.

وباختصار سريع نقول يكمن المحك الأهم للاستخلاص بوجود الاكتئاب في ترابط مؤشرات اكتئابية عدة واستمرارها أي، تكرارها بالإضافة لدوامها على الأقل خلال فترة أسابيع وهذا ما لاحظناه عند أفراد العينة ومن مؤشرات هذا الخطر نذكر تغير سلوك الطفل، فقدان اللذة في أي شيء وهذا حسب الدراسات التي قام بها عبد الحكيم العفيفي.⁴ إن البحث الحالي صمم لتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي كخلفية للبحث نظرا لحدائته ونجاعته في علاج الاضطرابات النفسية.

فمن خلال هذا البحث التجريبي المرتكز على النموذج والشكل السلبي للاكتئاب الذي وصفه باك Beck، سوف نقوم باختبار الفرضية التي استنادا عليها بإمكاننا تغيير النمط المعرفي للاكتئاب وذلك قصد تحسين حالته أثناء التدخل العلاجي. كذلك تهدئة الطفل المتكفل به، حتى يكون قادرا على مواجهة الوضعية المستقبلية ذات الخطر الكبير واستبعاد أي انتكاس ممكن.

إن هدف هذا البحث هو تبيان أنه من الممكن تدريب المفحوص على إعادة البناء المعرفي، وذلك بتوضيحنا له أن طريقته في تناول المشكلة غير ملائمة، وأنه يمكن استبدالها بأخرى أكثر فعالية.

واستنادا إلى نتائج الدراسات السابقة تم اختيار العلاج المعرفي السلوكي في البحث كمتغير مستقل في محاولة التعرف على أثره في علاج الاكتئاب عند الأطفال الذين كانوا يشكون أيضا من التأخر الدراسة.

وفي هذه الدراسة قمنا بتناول الجوانب الثلاثة منها التشخيص العلاج والتقييم على التصميم ذو المفحوص الواحد، وتمثلت أدوات البحث في المقابلة العيادية والمراقبة الذاتية، أما المقاييس التي تم استخدامها، فكان مقياس C.D.I. لماريا كوفاكس للأطفال الذي تشير درجته إلى وجود الاكتئاب أو عدمه، أما مقياس اختبار الذات لكوبر سميث فكان لقياس تقدير الذات الذي يعني مدة اعتزاز الفرد بنفسه أو مستوى تقييمه.

⁴ عبد الحكيم العفيفي، الاكتئاب والانتحار، الدار المصرية اللبنانية، الطبعة الأولى، 1990، ص 24.

ينقسم بحثنا إلى بابين، يحتوي الباب الأول على 4 فصول تعرضنا في الباب الأول إلى الجانب النظري، فكان الفصل الأول مخصصا لإشكالية البحث والتي تهدف إلى تشخيص الاكتئاب عند الطفل والعمل بالتكفل العلاجي، المعرفي السلوكي للقضاء على أعراض الاكتئاب لكي يتمكن الطفل المتمدرس الذي تدنت نتائجه مواصلة دراسته بعد استفادته من البرنامج العلاجي.

أما الفصل الثاني جاء ليوضح بصورة خاصة التعرف على الاكتئاب وأعراضه ومختلف التصنيفات المسندة إليه.

الفصل الثالث للتعرف على أسباب الاكتئاب، تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض النظريات التي فسرت الاكتئاب.

الفصل الرابع: أدمجنا التأخر الدراسي في هذا الفصل لأنه هو العرض الظاهر لحالات الاكتئاب التي دفعت بالأولياء للاستشارة النفسية، فقد تعرضنا للمفاهيم، أنواع التأخر الدراسي وكذلك العوامل المسببة له بما فيها الأعراض الاكتئابية.

الباب الثاني: تضمن هذا الباب الدراسة من الجانب الميداني والذي انقسم إلى فصلين: الفصل الخامس: تطرق إلى مكان البحث، عينة البحث والتصميم التجريبي المتبع في الدراسة وأدوات القياس.

الفصل السادس: تطرق هذا الفصل إلى الإستراتيجية المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

أما الفصل السابع والأخير من هذا البحث تضمن عرض الحالات المدروسة وتقديم تحليلا للنتائج المتوصل إليها ومناقشاته لينتهي بتقديم الخاتمة وبعض مقترحات البحث.

الباب الأول الإطار النظري

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

- 1- مشكلة البحث
- 2- أهمية البحث
- 3- أهداف البحث
- 4- تحديد المفاهيم
- 5- استخلاص عام للدراسات السابقة حول الاكتئاب
- 6- فرضيات البحث
- 7- حدود وصعوبات البحث

1- مشكلة البحث:

إن التأخر الدراسي رغم أنه موضوع يبدو بسيط الطرح نظريا، إلا أنه أصبح يمثل ظاهرة يجب التعامل معها بأكثر جدية، وبطرق تربوية مبنية على أسس علمية، وعلى المستوى النفسي- الاجتماعي، فالتأخر الدراسي يشكل خوفا لعائلة التلميذ والذي لا ينتهي ذلك - الخوف- إلا بإنهاء مدة التمدرس وعادة ما يكون ذلك مصحوبا بحالات القلق والتوتر، كما يتحول التأخر الدراسي إلى مشكلة تجعل الأولياء يطلبون المساعدة والتكفل النفسي لأبنائهم ويكون هذا إما عفويا من طرف الأولياء أو بتوجيه من طبيب الأطفال، أو الطبيب المدرسي أو من طرف العاملين بالمدرسة (المعلم أو المدير).

إن الأولياء الطالبين للمساعدة والتكفل النفسي لأبنائهم بالمركز المتخصص الكائن ببولوجين الذي تعمل به الباحثة كأخصائية نفسانية يشكون من جملة أعراض التي تظهر على شكل " العرض الظاهر " Symptôme Ecran. المتمثل في التأخر الدراسي الذي يمثل المؤشر لوجود حالات اكتئابية التي تصاحبه في المجال السلوكي والمعرفي (المكتسبات).

ولتفسير إمكان التحدث عن وجود الاكتئاب عند الطفل ركزت البحوث الأولى على ظهور أعراض من بينها البطء النفسي الحركي، انخفاض في الطاقة، الشعور بالذنب، الشعور بعدم الفعالية ويلوم نفسه، وبالتالي يفقد ببطء تقديره لذاته، وتصبح تراوده الأفكار الانتحارية نتيجة هذه المشاعر، مشاعر وسلوكات سلبية يمكن ملاحظاتها أو التقاطها عند الطفل مثل الشعور العنميق بفتور الهمة أو الإحباط واليأس والانصراف عن النشاطات.

كان يقوم بها، رغبة عارمة بالبكاء (وأحيانا كثيرة بدون سبب).

كما نلاحظ بطء الحركة، تعابير وجه حزينة وغير معبرة، سرعة الاستثارة، سلوكات عدوانية لا تختفي، لكنها تتحرف على المكتئب نفسه وأحيانا على المحيط الأكثر قربا منه (1).

خلاصة القول أن كل هذه السلوكات والمشاعر تظهر على شكل أعراض على مستوى:

1- السلوكات الظاهرة: خمول وإنخفاض على مستوى النشاط (خاصة النشاط

المدرسي، آلام جسمية ، فقدان الشهية، الأرق أو صعوبة في النوم إضافة إلى البكاء...).

¹ - Bernard Pierre, « la dépression » édition Le Hameau, Paris, 1980, P : 27-29.

- 2- الجانب الانفعالي: الشعور بالحزن، والتعاسة، القلق في المواقف الاجتماعية.
- 3- الجانب المعرفي: فقدان التقدير للذات، أفكار سلبية وتصبح تراوده أفكار إنتحارية.

ويظهر هذا عن طريق الإجابات في إختبار C.D.I للأطفال وإختبار تقدير الذات لكوبر سميث.

- 4- الجانب الاجتماعي: عجز عن الدفاع عن النفس، فقدان الاهتمام بالآخرين صعوبات في الاندماج المدرسي والاجتماعي.

تجتمع هذه الجوانب الأربعة المتمثلة في الأعراض لتكون تنادى يدعى الإكتئاب. ولقد اهتمت الباحثة بالبحث عن نوع العلاقة بين الصور المعرفية الخاطئة وتقدير الذات عند الطفل المكتئب وذلك عن طريق إستعمال التقنيات العلاجية لتعديل الصور المعرفية الخاطئة على تقدير الذات.

وبعد تشخيص الاكتئاب، قامت الباحثة بوضع وتطبيق إستراتيجية فعّالة للتخفيف أو القضاء على الأعراض السلوكية، الانفعالية، المعرفية والاجتماعية متبينة في ذلك العلاج المعرفي السلوكي محاولة في ذلك كله التعرف على مدى فعالية هذا العلاج النفسي في التخفيف أو القضاء على أعراض الإكتئاب.

بعبارة أخرى اهتمت الباحثة بالإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- هل الحالات الإكتئابية هي التي تؤثر على التحصيل الدراسي وهذا ما يؤدي إلى التأخر الدراسي ؟
- 2- هل هناك علاقة طردية بين الصور المعرفية الخاطئة وتقدير الذات عند الطفل المكتئب ؟
- 3- هل للعلاج السلوكي المعرفي أثر إيجابي على الأعراض الإكتئابية ؟

2- أهمية البحث:

معظم الدراسات السابقة المتعلقة بالإكتئاب والتي سنذكرها فيما بعد كانت خاصة بدراسته على حدة، لم تذكر دراسات على مضاعفات الاكتئاب التي تشمل جوانب حياة الطفل كلها (الجانب الظاهري، الانفعالي، المعرفي والاجتماعي) وهذا ما يجعل دراسة

موضوع الاكتئاب وفهمه مطلباً أساسياً لتسهيل عملية التنبؤ والتحكم فيه وفق إستراتيجية علاجية فعّالة.

3- أهداف البحث:

سعت الباحثة عن طريق هذا البحث إلى الوقوف على طريقة تشخيص الإكتئاب والعمل على التكفل العلاجي المعرفي السلوكي لكي يتمكن الطفل من التكيف مع محيطه المدرسي وكذا مواصلة دراسته بصف عادية. تمكين المعلمين في المرحلة الابتدائية من التقطن لعوامل التأخر الدراسي وتعريفهم بالأعراض التي يمكن ملاحظاتها عن التلاميذ المكتئبين لأخذ تصرفاتها وحالاتهم النفسية بعين الاعتبار.

هذا البحث ماهو إلا محاولة توصيل الممارسة العيادية عن طريق البحث العلمي.

تحديد المفاهيم:

مفهوم التأخر الدراسي:

يعتبر التأخر مشكلة مدرسية واجتماعية نفسية، تهم الآباء والمدرسين والتلاميذ، ولذا فهي تستوجب بحث عواملها وأسبابها وطرق علاجها، لأن إهمال علاجها يؤدي إلى خسائر في الوقت، وإضطراب مدرسي وعائلي إلى جانب ما يصيب شخصية الطفل من شعور بالنقص واليأس.

" ويرتبط مدلول التأخر الدراسي، لدى معظم الذين درسوا هذه المشكلة بالعجز في التحصيل الدراسي " (1).

ونستنتج أن المتأخر دراسياً يستطيع رفع مستواه ويستطيع متابعة دراسته بصفة عادية، إذ ما أزيل العامل المعوق الذي كان السبب في تأخره الدراسي.

¹ - فضيل عبد القادر، " دراسة تجريبية في مشكلة التأخر الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية "، رسالة جامعية لنيل دكتوراه العلوم الثالث الجائر، 1971، ص: 16.

أسباب التأخر الدراسي:

قبل أن نتطرق للأسباب ينبغي الإشارة إلى الطبيب الذي يعالج مريضاً، فهو أولاً يبحث عن أسباب مرضه، وتشخيص المرض، ثم في الأخير يصف له دواء، وهذا ما نريد تطبيقه على المتأخر دراسياً.

فلا بد أن ندرس العوامل التي أدت به إلى هذا التأخر والتي تختلف في نوعها وتأثيرها من تلميذ لآخر، وعلى هذا ينبغي عند بحثنا الأسباب أن ندرس كل فرد على حدة وبصفة عامة فمن الأسباب التي تتعلق بالتلميذ نفسه، ومنها ما يتعلق ببيئته ومنها ما يرجع إلى العوامل المدرسية إن التأخر نادراً ما يرجع إلى عامل واحد فقط، بل يمكن إرجاعه إلى تداخل العوامل المسببة له وتشابكها. وبعض هذه العوامل زائل وبعضها دائم ومن أسباب التأخر ما يلي:

نحن نؤكد على العوامل الانفعالية التي أدت إلى التأخر.

العوامل الانفعالية: كثيراً ما يؤدي الفشل والشعور بالنقص وما يصاحبه من شعور بالنزب من المدرسة أو من المنزل إلى الإحباط لدى المتأخرين دراسياً، كما أن هذا الإحباط المتكرر قد يدفع البعض منهم إلى أن يكون عدوانياً نحو زملائه ونحو المدرس والمدرسة بصفة عامة، وقد يدفع البعض الآخر إلى أن يكون إنطوائياً يهرب من المدرسة أو عن المجتمع ككل⁽¹⁾.

وكثيراً ما تكون اتجاهات هؤلاء التلاميذ نحو أنفسهم ونحو المدرسة أو المجتمع اتجاهات سلبية، وقد يصل الحال بعضهم إلى درجة اليأس وتقبل ذواتهم على أنهم فاشلون ومنبوذون⁽²⁾. وفي هذه الحالة قد يصعب تعديل سلوكهم وقد تظهر عليهم السمات التالية: ضعف الثقة بالنفس، الخجل العدوان، الاعتماد على الغير، فالاضطرابات الانفعالية تعتبر من الأسباب الرئيسية للتأخر الدراسي.

تعريف الإكتئاب:

لقد اعتمدنا وتبنينا تعريف بيك Beck الإكتئاب لأنه توافق والأعراض الإكتئابية التي لاحظناها على عينة بحثنا في الميدان والذي يعرفه كما يلي:

¹ - عبد المجيد عبد الرحيم، "مبادئ علم النفس التعليمي"، النهضة المصرية، القاهرة، بدون تاريخ، ص: 96.
² - حامد عبد العزيز الفقي، "التأخر الدراسي، تشخيصه وعلاجه"، ط 2، عالم الكتب، القاهرة، 1971، ص 09.

الإكتئاب هو إضطراب يرتبط بالناحية المعرفية وبمجموعة من المعارف الخاطئة التي يجب تغييرها لتغيير الحالة الاكتئابية، إذ يرى المكتئب نفسه أنه شخص يعاني من شعور يدل على نمط سلبي من التفكير⁽¹⁾.

وهذا الاكتئاب نتيجة أو إستجابة لمواقف خارجية مأساوية كموت أحد الأقارب والأعزاء، الانفصال، الخسائر المادية، وغالبا ما يرتبط بالموقف الذي أثاره والذي يستمر أكثر من أسبوعين، ومن أعراضه الشعور بالتعب والإجهاد المرض العضوي، الشعور بالحزن والآلام الجسمية، كما يستطيع الفرد في هذا النوع من الاكتئاب أن يفقد شهيته ويصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة ويمكن أن تراوده أفكارا إنتحارية⁽²⁾.

تعريف الاكتئاب عند الأطفال:

في البداية كان الباحثون يعتقدون أنه من المستحيل أن يصاب الأطفال بأعراض إكتئابية في الفترة العمرية (8-12 سنة)، ولقد إتضح أن الأطفال يعيشون الإكتئاب والأعراض الاكتئابية حتى وإن كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق، فإنه لايمكن غض النظر عنها، لأنها تعطينا مؤشرات لاعتلالات في الصحة النفسية المتوقعة مستقبلا. إن الاضطراب الإكتئابي يمكن ظهوره لدى نسبة تتراوح بين 30% إلى 55% من الأطفال المصابين ببعض الأمراض المزمنة.

تحديد مفهوم تقدير الذات:

يشير مفهوم تقدير الذات إلى تقييم الفرد لسماته الشخصية. نفهم من هذا التعريف أن تقدير الذات يكون مرتفعا إذ قام الفرد بتقييم إيجابي لسماته الشخصية ويكون تقدير الذات منخفضا إذ قام الفرد بتقييم سيء لسماته الشخصية. إذن تقدير الذات هو الحكم الذي يحمله الفرد اتجاه ذاته ومدى إيمانه بقدراته في النجاح وبقيمته الاجتماعية والشخصية التي تترجم إلى اتجاهات يتبناها اتجاه الوضعيات الحياتية.

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الباحثين في الصحة النفسية يؤكدون على أن وجود مستوى جيد لتقدير الذات النفسية عند الفرد يؤدي إلى تكيف نفسي إجتماعي سليم.

¹ _
² _

ويعرف " مطصفي فهمي " تقدير الذات المرتفع على أنه قدرة الفرد على وضع فكرة عن قدراته، وإمكاناته أنه إنسان كفؤ للنجاح. كما يؤكد " البستاني " أن التقدير الواطي للذات ناتج عن النظرة السلبية للذات والشعور بالدونية، التبعية والتردد، زيادة على ذلك فإن الشخص ذا التقدير الواطي للذات لديه ميل إلى الشك الدائم في نفسه، غالبا ما يشعر بعدم الثقة والإكتئاب.

التعريف الإجرائي لتقدير الذات:

بعد إجراء المقابلات الشخصية، وتطبيق إختبار تقدير الذات للأطفال لكوبر سميث تم تحدي المفهوم الإجرائي لتقدير الذات والذي يتمثل في تقييم الفرد لنفسه، ومدى ثقته بقدراته في النجاح، وإيمانه بقيمته الاجتماعية والشخصية. وعليه، إن تقدير الذات هو الصورة التي يكونها الشخص عن قيمته سواء بالسلب أو بالإيجاب.

أما التقدير المرتفع للذات، فهو التقييم الايجابي للذات نفسها المؤسس على الوعي بقيمة وأهمية الذات كإنسان الفرد الذي يقدر ذاته يسلك سلوكات إيجابية، وهو مؤهل لكي يكون محبوبا من طرف الآخرين وأن يكون سعيدا.

تحديد مفهوم العلاج السلوكي:

حسب هذا العلاج، الإكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة ناتج عن تردد خبرات أليمة تعلمها المكتئب أو صدفها في مرحلة الطفولة، ولم يستطع تجاوزها وحلّها⁽¹⁾. ويرى هذا العلاج، الإكتئاب على أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ، أو التعزيز الغير كافي حيث يحدث الإكتئاب نتيجة زوال الحب والعطف عن جراء حادث مؤلم. ويرتكز العلاج السلوكي المطبق في هذا البحث على تقنيات سلوكية تتمثل في التدريب على إنجاز نشاطات سارة والتدريب على إكتساب المهارات الاجتماعية.

¹ - عبد الحكيم العفيفي، " الإكتئاب والانتحار "، الدار المصرية اللبنانية، ط 1، 1990، ص: 24.

تحديد مفهوم العلاج المعرفي:

هو علاج نفسي مختصر، يتعاون فيه المعالج والمريض على استخدام منهجية تجريبية من أجل مساعدة المريض في فهم وتعديل تصورات الخاطئة للواقع. كما يتم تحديد الأفكار السلبية المتعلقة بالخلل الوظيفي لدى المريض والمحيط والمستقبل ووضعها جانبا واستبدالها بأفكار منطقية وأكثر واقعية (1).

العلاج المعرفي السلوكي:

هو علاج نفسي يطبق المنهجية التجريبية الخاصة بالنظريات العلمية للتعلم المبني على الاشراف الإجرائي هدفها تغيير بعض السلوكات (علاج سلوكي) وبعض الأنماط الفكرية (علاج معرفي) غير المنطقية والتي تكون مصدرا للمعاناة (2).

مرحلة الكمون الجنسي النفسي:

سميت المدرسة الابتدائية بمرحلة الكمون الجنسي النفسي وذلك بسبب الطبيعة اللاجنسية للعلاقة بين الصبيان والبنات. وعلى الرغم من أن هذه الفترة تشكل هوة بين الوقت الذي يبدأ فيه الصغار بتشكيل هوية دورهم الجنسي وبين الوقت الذي يظهر فيه اهتماماتهم صريحة بالجنس الآخر، فإن الكثير من الحياة الجنسية واتجاهات أولاد المدرسة الابتدائية ذات الطبيعة الجنسية يحدث دون أن تلاحظه العين.

يستطيع ملاحظ حساس وبمنتهى السهولة أن يكتشف ثقوبا في در العزلة الجنسية الذي يلبيه كل من الصبيان والبنات باعتزاز إذ يجد الصبيان لذة كبرى في الاستعراض أمام البنات والمزاح معهن، على الرغم من الاحتقار الواضح لهن، والبنات بدورهن وبصرف النظر عن تجاهلهن الظاهري للصبيان، ينتبهن جيدا لهم ويستجبن لمزاجهم بالرد الذي يشجع هؤلاء الصبيان على المزيد من المزاح، ولا تتوانى الإناث عن الإسهام بدورهم في الاستعراض فلا تتورعن عن الحديث عن أنهن ففن الصبيان نقطا في هذه المادة أو تلك وتساعد ضروب الاستعراض والمجابهة المشار إليها الصبيان البنات على المحافظة على اهتمام واحد بالآخر في الوقت نفسه الذي تبقيه فيه منشغلا بإقامة دوره الجنسي الخاص به.

¹ - هنري شابرول، " الاكتئاب والمراهقة "، عويدات للنشر والطباعة، 1998، ص: 103.

إن أبناء المدرسة الابتدائية يفكرون و يتخيلون كثيرا حول الجنس. وعندما يصل الصبيان إلى سن العاشرة أو الحادية عشرة، يظهرون الكثير من الفضول حول تشريح الأعضاء الجنسية ووظيفتها وحول الفعل الجنسي، وحول منع الحمل، والأمراض النفسية. ويعجز الراشدون عن ملاحظة الطبيعة الجنسية لاهتمامات الصبيان في هذه المرحلة ذلك لأن الصبيان يناقشون المسائل فيما بينهم ويمتنعون عن توجيه الأسئلة الصريحة المزعجة لأهلهم، إلا أن من يستطيع أن يلاحظ أو يتذكر تجربته الخاص كصبي في المدرسة الابتدائية يمكن أن يرى نفسه وقد تجمد إزاء تمثال عار في المتحف، وتبدي البنت في السنوات الأخيرة من المدرسة الابتدائية اهتمامات خاصا بالغرام فهي وإن كانت لا تشارك الصبيان انشغالهم بالمظاهر العضوية للجنسية، فإنها تحلم برجل خارق بارز يحتضنها يوما، وتتبع الصغيرة بدأب قصص المجلات والمسارح وتنمي اهتمامات قوية بمختلف المشاهير القوميين مثل المغنيين ونجوم السينما ولاعبي كرة القدم، وغالبا تتركز اهتمامات صديقتين أو فئة من البنات برجل واحد يتحدث ساعات حول فضائل معبودهن ويجمعن تذكرات عن نشاطاته المجسدة ولا تتورع تلك الفتيات من التقرب من المعبود أو من أشياءه بأية صورة. فالكمون الجنسي النفسي قائم إذن عند كلا الجنسين خلال مرحلة الطفولة المتوسطة التي تظهر فيها بوادر الفعاليات الجنسية الغيرية الباعثة على اللذة وتتمو فيها بإضطراد الاهتمامات الجنسية الغيرية (1).

إستخلاص عام للدراسات السابقة في الموضوع:

هناك عدد من الأسباب الإفتراضية حول نمو الإكتئاب وتطوره في مرحلة من مرحلة الرشد، وكذلك في مرحلتى الطفولة والمراهقة، ومن بينها العمليات المعرفية التي درسها سليجمان و بيل، والعوامل السلوكية للعمل لوبينسون و وينستين و شو وآليات التنظيم الذاتي للعالم رهم.

وقد بينت العديد من الدراسات الترابطية أن كل هذه العوامل والقرائن في الإكتئاب ممكنة كأعراض له إذا لم تكن أسبابا وعوامل فيه، وهناك محاولات عديدة لوضع نظريات

¹ - د. ملك سليمان مخول، " علم النفس الطفولة والمراهقة "، مطابع مؤسسة الوحدة، دمشق، سنة 1981، ص: 199-200.

للإكتئاب تستند إلى وصف الصلات والعلاقات بين مختلف العوامل المعرفية مع غيرها من العوامل (بيللنغ وموس, 1982, Billings, Moos).

إن أكثر النظريات المعرفية للإكتئاب تعتمد على إفتراض أن بعض أشكال الإكتئاب، على الأقل في مرحلة الطفولة، هي نتيجة للأنماط المعرفية السلبية والأحكام العقلية النهائية. ومع أن عدة دراسات رابطة دعمت الفرضية القائلة بأننا نماذج محددة من التغيرات المعرفية تكون مترافقة مع الإكتئاب، فإن التوجه الأساسي لمعرفة الأسباب يبقى موضوع تساؤل، فمن جهة، يمكن للعمليات المعرفية السلبية أن تسبق الاكتئاب أو تزيد وتصحّد من ظهوره (Topromot apparence of depression) ومن جهة ثانية، يمكن للعمليات المعرفية السلبية أن تكون نتائج ولواحق للإكتئاب (Consequences or seguels of depression)، مثلاً إفتراض شاو و دويسون (1981) بأنها أعراض له، وقال لواينشون (1984) أنها نتائج مباشرة له.

إن النظريات المعرفية المختلفة والمتنوعة للإكتئاب تتباين فيما بينها حول أي الأنماط المعرفية للتفكير له الدور الحاسم والأساسي في حدوثه. لكنها جميعاً تركز على العمليات الأساسية للتفكير ودورها في نشوء الاكتئاب وحدثه وأعراضه وكذلك عوامل الثقة بالنفس أو مفهوم الذات Self concept، بدت كأبعاد مؤثرة وأساسية بصلتها بالإكتئاب، وجميعها قد تمّ دراستها وفحصها (Kantes, Hammer, 1979, Nelson, 1977) ⁽¹⁾.

حسب " إيليس Ellis " فإن النظرة المشوهة للذات والمحيط، والمستقبل، من طرف الشخص، تدفعه للاستجابة عن طريق أفكار مزيفة وغير منطقية في بعض المواقف مثل قول الشخص (إذا لم أستطيع القيام بكل الأعمال بصورة جيدة، فهذا معناه أنني فاشل ولن أستطيع القيام بأي شيء، ولن يبقى لي سوى أن أنتحر).

فالسلوك يكون مطبوعاً بتلك الأفكار والاعتقادات، حيث يفسرها الفرد بطريقته المعرفية الخاصة، إذن السلوك نتاج العالم المعرفي للفرد ⁽²⁾.

أما " بيك Beck " فقد اعتق في فهمه وتفسيره للإكتئاب على الظواهر المعرفية حيث يقول: " أن الفرد يصاب بالاكتئاب عندما تشكل لديه سلسلة من المفاهيم السلبية حول نفسه

¹ - Billings and Moss, R. Psychological (Theory and Research on depression . Clinical . Psychological Review, 2 , 1982.

² - Cottraux, J, Psychosomatique et médecine comportementale, Ed, Masson , Paris, 1981, P : 197.

والعالم الذي يحيط به، ومستقبله، وبالتالي عند الإصابة فإن هذه المفاهيم السلبية تنشط وتكون السبب في تنشيطها، سواء عن طريق صدمات أو وضعيات من الصعب تجاوزها مثلا وفاة، حادث، أو تراكم مشاكل وضغوطات عديدة، ومتتالية " (1).

فالإكتئاب حسب Beck يجد طريقه عند شخص لديه بنية معرفية صلبة، والتي يبيدها الشخص إزاء الأحداث الخارجية وبالتالي هو أن يقدم المفحوص نظاما مخالفا للمنطق من معتقدات، ويقدم بيك Beck مخطط معرفي للاكتئاب يعرف بالثلاثية المعرفية Triade Cognitive والتي تتمثل في :

1- نظرة سلبية للذات: يرى المكتئب نفسه، كإنسان معدوم القدرة، لا يصلح لأي شيء، عاجز لا يستطيع تحقيق السعادة.

2- * نظرة سلبية للعالم الخارجي: يرى المكتئب العالم الخارجي كسلسلة من العناصر تمثل عوائق تمنعه من مواصلة مساره وتحقيق أهدافه.

3- نظرة سلبية اتجاه مستقبله: لا يرى المكتئب نهاية لوضعيته، التي يحلها أكثر على مستواه الشخصي منه على مستوى الأحداث الخارجية.

أما بالنسبة لنظرية ضبط الذات في الإكتئاب يفترض ريهيم (1988) أن الإكتئاب يحدث نتيجة خلل في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

ملاحظة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات، ويقترح ريهيم و هارا (1980) إفتراضا بأن التوقعات السلبية أكثر من مجرد أنماط عزو (وصفية) مسؤولة عن تطور الإكتئاب، وهكذا فإن المكتئب يعزو ويُنسب للأحداث المقبلة اتجاهات وتوقعات سلبية وهذا يقود إلى تقييم ذاتي غير مرغوب.

كل هذه العوامل مجتمعة، تمثل نموذجا لصفات ضبط الذات عند المكتئبين، وهي ما تظهر في حالة التشاؤم وصورة الذات السلبية والحزن.

وبناء على هذا فقد أحدثت نظرية " Beck " ثورة علمية أعادت النظر في تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها وخاصة فيما يتعلق بالإكتئاب كما رأيناه سابقا وذلك راجع إلى أن " Beck " قد تخصص في هذا الاضطراب، أما فيما يخص تقييم هذه النظرية فيستند على التحقق من صحة الافتراضات التي تقوم عليها لذلك ينبغي البدء بإفتراضين أساسيين

¹ - Cottraux, J, Clinique de thérapie comportementale, Paris, Ed Masson, 1979, pp. 23-24.

تقوم عليهما النظرية المعرفية بقيادة " Beck " حيث يترتب الاكتئاب عن التفكير السلبي وأخطاء المنطق. وقد وضحت نتائج الدراسات العديدة صحة هذا الافتراض وعززته إفتراضات (Hammer et Krantz) و (Kandal et Hollan).

علما أن الاضطراب المعرفي للمكتئبين لا ينتج إضطرابا وإنما هو الذي يسبب الطابع الاكتئابي، وقد أوضحت أبحاث تجريبية بأن شعور الفرد عموما يرتبط بطريقة بنائه وتصوره للأحداث وعيشه لها مثل دراسات (Gatchel et Davison et Geer) وهناك جوانب إيجابية لهذه النظرية من أهمها:

- أنها قابلة للقياس والمراجعة.

أما بالنسبة لنظرية العجز المكتسب أو المتعلم وتطوراتها اللاحقة:

إن أكثر التفسيرات الناجحة غير الإكلينيكية للاكتئاب الإنساني من وجهة نظر سيكولوجية الإدراك والتفكير هي نظرية سليجمان عن العجز المكتسب Leaned Helpleson (1985).

إن الأفراد يملكون حاجة قوية لممارسة الضبط و التحكم في محيطهم أو بالأحداث التي يمرون بها، تصف نظرية سليجمان هذه الحاجة للضبط أو التحكم في محيطهم أو بالأحداث التي يمرون بها، تصف نظرية سليجمان منه الحاجة للضبط تبدو - وفقا له - مهمة بحيث أن توقع الأفراد بأن الأحداث أو الموقف بشرط غير قابلة للضبط أو التحكم بها، تخلق حالة من العجز أو الاكتئاب.

عند فحص العجز المكتسب باستخدام إختبارات عشوائية على الناس، تبين صعوبة التنبؤ بالسلوك وفقا لهذه النظرية وهناك بشكل خاص ثلاثة من ردود الفعل الإنساني لا يمكن شرحها وتفسيرها بهذه النظرية هي:

- 1- إدراك الإنسان عدم قدرته على الضبط له تأثير كبير جزئيا - على تقدير الذات
- 2- هذه النظرية غير قادرة على شرح الفروق في دوام وشدة الاكتئاب وتأثيره على مختلف الأفراد.

3- وجد أصحاب نظرية العزو (النسبة والوصف)، أن الأشخاص المكتئبين يرجعون فشلهم وعدم قدرتهم على ضبط الأحداث والمواقف المحيطة إلى صفاتهم وقدراتهم الذاتية تبين هذه الملاحظات حقيقة أن نظرية العجز المتعلم قد تشكلت من نظرية العزو، وهناك

نموذجان لنظرية العزو ولهما الدور الهام بالرغم من أنهما مستقلتان، ولكنها جميعا تفترض بأن عزو الصفات السلبية يصبح فعالا بين توقع وعدم القدرة على ضبط ونمو أعراض الإكتئاب وحدوثها (الآليات التي يستعملها الناس لشرح الأحداث بالنظر إلى عواملها المسببة). إن جميع أشكال نظرية العزو تأخذ في الاعتبار الملاحظة القائلة بأن الإكتئاب يتم مع الخل والضعف الواضح في تقدير الذات Self esteem وعزو الصفات بالتالي يختلف عن إفتراض العوامل المسببة الخارجية للأحداث .

والبعد الثاني لنظرية العزو هو بُعد الثبات القادم من بحوث دوافع الانجاز (Viehger, 1979) وهو الذي يحدّد درجة أزمان Chronicity أعراض الإكتئاب وشدها

أما البعد الثالث فهو العمومية والشمولية، فكلما كان العزو عاما وشاملا فإنه يزيد من الاضطراب، في حين أن عزو الصفات إذا كان محددا للسلوك ما وخصا بحدث معين، فإنه يقل تعميم الخل والاضطراب إلى المواقف والأوضاع الأخرى.

وبالتالي نقل أعراض الاكتئاب في المواقف المختلفة، من هنا فالمكتئب يُعمم نظريته السلبية وتفسيره الخاطئ أو المتشائم لكل ما يمر به من تجارب وأحداث.

وهكذا فإن نظرية العزو تبين أن نسبة أسباب الفشل وعزوها إلى عوامل ذاتية وثابتة (بشكل ثابت)، ومُعمّمة شاملة (لمختلف الأحداث) هي التي تؤدي للإكتئاب وتنتمي محافظة على أعراضه المختلفة، على العكس من عزو الفشل ونسبته إلى عوامل خارجية موضوعية محددة والأحداث بعينها أقل خطورة وأهمية.

لقد بينت مختلف الدراسات أن المكتئبين وغير المكتئبين يختلفون في نموذج العزو وشكله، الذي يستخدمونه (Baily Sweeny- Anderson, 1986).

إن العجز الذاتي الشخصي، قد فهم من قبل إبرامسون وآخرون على أنه ميكانيزم أو آلية الاكتئاب، الفعّال عند مواجهة الأمراض غير المنسجمة مع السلوك الإجرائي للفرد وعدم التجانس هذا يقود الفرد إلى إدراك العجز والنقص Dificit عنده مقارنة بغيره من الناس، كما أنه يقود إلى ضعف الثقة بالنفس واليأس Spelessness .

في إحدى المقالات المعنوية " الاستراتيجيات التفاعلية المعرفية لتنظيم الانفعال وضبطه: منظور إيحائي تطوري للاكتئاب في مرحلة الطفولة، الضبط الانفعالي للطفل من

جهة، وفي تطوير إستراتيجيات وأساليب الضبط الذاتي أيضا من جهة ثانية، ووفقا لهذين الباحثين فإن الانفعالات والعمليات المعرفية Emotion and Cognitive (1).

تتربط بشكل معقد مع بعضها. وقد أشار إلى الدور المركزي للعمليات المعرفية بتأثيرها الضعيف أو المرضي، على الخبرات الانفعالية وقد أيد القول بضرورة تفهم الأشكال أو الأنماط المعرفية للاكتئاب ونظرياته إذ أردنا تفهم وفحص مصادر الاكتئاب في مرحلة الطفولة.

ولكن سؤالا يبقى مطروحا أنه بالإضافة إلى الطرق والمفاهيم التي من خلالها يعمل التفكير على إيجاد الانفعالات السلبية واستمراريتها، وعلاقتها بالاكتئاب، كما أن مصدرا آخر للاكتئاب هو البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، حيث يقول كاسلو: " إذا اعتبرنا الأنماط المعرفية للاكتئاب مصدرا أولا له وأن البيئة الاجتماعية المصدر الثاني عندها يمكننا بحث المصدرين: البين الشخصي Sterpersonel، والشخص الخارجي إكلينيكا و نمائيا تطوريا، ويمكن تزويدنا بإطار متكامل لفهم هذا الاضطراب.

وبفحص اضطرابات الاكتئاب عند الأطفال، اعتمد أحدهم على نتائج تم الحصول عليها من علم النفس النمو ومن الدراسات العيادية، أن الاكتئاب عند الأطفال يتميز بالحزن المستمر وكذلك قلق الانفصال Separation Anxiety واضطرابات النوم واضطرابات في الشهية للطعام.

ووفقا لكول و لكاسلو، فإن الأطفال في هذا العمر غير قادرين على التعبير عن مشاعر اليأس عندهم، أما فوق السن 8 فإن الأعراض عندهم تظهر على شكل انخفاض تقديم معلومات عن تفكيرهم وحالاتهم الانفعالية (سليجمان وآخرون، 1984، تيسنل ولكوفيتز، 1982).

أن تقويم الأنماط المعرفية والتفكيرية للاكتئاب وكذلك تشخيصها، يتطلب وعيا لحالة الفرد الداخلية وكذلك لقدرته على وصف طرق تفكيره بشكل لفظي. ووفقا لنظرية العجز، كما أوضح كول و كاسلو، فإن الأطفال يُبدون ضعفا واضطرابا في مجال السلوك الأدائي والإجرائي Instrumental Behaviour.

¹ - Abrasons and Others, Hopelessness depression A theory – based subtype of depression Psychological Review, 96 , 198 9, 385-372.

وقد بين العديد من البحوث أن الأطفال المكتئبين يتميزون بتقدير منخفض للذات Lower Self –esteem (تيسنيك وليكوفتيتز، 1982) أما بالنسبة لتفسير حالات الاكتئاب عند الأطفال عن طريق تطبيق نظرية العجز باستخدام أنماط العزو، فقد بينت الدراسات أنهم مثل الراشدين يرجعون الأحداث السلبية ويعزونها لعوامل داخلية ذاتية، وبشكل ثابت، ومعمم على مختلف المواقف والخبرات (على العكس من عزوها لعوامل خارجية موضوعية، متغيرة ولمواقف محددة بعينها)، (كاسلو وآخرون، 1984، سايلور وآخرون، 1984). كما تبين أن هؤلاء الأطفال أبدوا درجة عالية من تقدير الذات السلبي والتوقعات السلبية والمعايير الصارمة الجامدة، بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء.

خلاصة القول أن كل النظريات السيكلوجية للاكتئاب، وليس فقط المعرفية، تفترض أن عملية تقويم أي حدث تتضمن مكونين معا:

أولاً: الحدث ذاته الذي قد يحدث واقعياً أو يمكن التنبؤ به.

ثانياً: المعيار الذي نعتمده في تقويم الحدث وقياسه أو مقارنته بغيره. فقد يكون المعيار هدفا ذا علاقة بمهمة ما أو نتيجة لمقارنة إجتماعية فإذا كان الحدث يستند إلى المقارنة نتيجة التقييم ستكون إيجابية، وإلا سلبية، وفي الحالين ينطبق هذا التقويم (كما يقوم "آدھر") على نظرية بيك Beck في الاكتئاب القائلة أن المكتئبين يجعلون أنفسهم كموضوعات بحيث يقود تقييمهم لذواتهم على أنها (شيء) وبالتالي سلبي، فينظرون لأنفسهم وللمحيط حولهم ول مستقبلهم بحيث تكون إنفعالات الاكتئاب وأعراضه نتيجة مباشرة لذلك التقييم⁽¹⁾.

كما تناولت دراسة تيز وآخرون (Thase al , 1994) فعالية العلاج المعرفي السلوكي لمرضى يعانون الاكتئاب المزمن وآخرون يعانون الاكتئاب الحاد، استغرق البرنامج العلاجي مدة 16 أسبوعاً وكانت نتائج الدراسة توضح فعالية العلاج المعرفي السلوكي المطبق على المرضى الذين يعانون الاكتئاب الحاد، أما الاكتئاب المزمن فكانت فعالية العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة له قليلة حيث إستقرت أعراضهم الاكتئابية بعد العلاج وبالتالي كان معدل الشفاء منخفضاً⁽²⁾.

¹ - العيسوي. ع، " في الصحة النفسية والعقلية "، دار النهضة العربية، 1992، ص: 130-132.
² - عادل عبد الله محمد، " العلاج المعرفي والسلوكي: أسس وتطبيقات "، دار الرشاد، القاهرة، 2000، ص: 184-185.

كما أوضحت نتائج أبحاث " ولبى Wolpe " و " لانج Lang " فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف في حدة الاكتئاب.

يتضح من نتائج هذه الدراسات أنها تجمع على أن العلاج المعرفي السلوكي يعدّ الأسلوب الأفضل لعلاج الاضطرابات الاكتئابية خاصة إحداث التغير والتعديل السلوكي المرغوب.

خلاصة القول:

الإكتئاب يتميز دائما بفقدان الاهتمام واللذة، بدرجات متفاوتة حسب الأفراد، مثال: لم يعد الطفل يميل للقيام بأي شيء، لم يعد يجد أي لذة، لم يعد قادرا على الإحساس بالتسلية (إما بمفرده أو مع الأصدقاء) ، ذلك مؤشر غاية في الأهمية، ومن المتوجه على الوالدين الانتباه إليه منذ حدوثه عند الطفل، (عامل وقائي مبكر). حال هياج، خاصة حين تظهر بشكل مفاجئ، مثال: أصبح الطفل لا يطاق وعاجزا عن إحترام الوظائفية العائلية بخصوص تناول وجبات الطعام.

♦ أو عن البقاء أمام الطاولة، الخ

♦ البطء (أو التباطؤ) النفسي... حري، مثال حديثه بطيء.

♦ الصمت هذه الأعراض كلّها لاحظناها عند أفراد العينة وسنقوم بتفصيلها في

الجانب النظري والجانب التطبيقي.

فرضيات البحث:

بما أن الفرضيات هي تفسيرات مقترحة للعلاقة بين متغيرين أو أكثر، وهي تمثل في ذهن الباحث احتمالاً لحل مشكلة البحث، فيقوم الباحث بوضع الفرضيات التي يعتقد أنها تؤدي إلى تفسير مشكلة البحث.

إنطلقت الباحثة في هذه الدراسة من ثلاث فرضيات:

الفرضية الأولى:

هناك علاقة بين الحالات الاكتئابية عند الطفل، المتدرس، شدتها تؤثر على التحصيل الدراسي وهذا ما يؤدي إلى التأخر الدراسي.

الفرضية الثانية:

هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق العلاج المعرفي وزوال الأعراض الاكتئابية سواء أكانت سلوكية، معرفية أو إنفعالية أو إجتماعية.

حدود صعوبات البحث:

إقتصرت الباحثة في هذه الدراسة على الحالات التي طلبت ووجهت للاستشارة والمساعدة النفسية والتي كانت تعاني من أعراض الاكتئاب.

والنتائج المتوصل إليها في هذا البحث ما هي إلا نتائج مرتبطة بأفراد مجموعة البحث وخصائصها، ولا نستطيع تعميمها على المكتئبين، بل هي مرتبطة بشروط إجراءات البحث وتبقى نسبية لإرتباطها بشروط ومنهجية البحث الحالي.

ومن الصعوبات التي وجهت الباحثة، أثناء سير البحث والتي إستطاعت تجاوزها تدريجياً مع تقدم البحث ما يمكن تلخيصه في النقاط التالية:

1- وجدت الباحثة صعوبة في تطبيق المقاييس النفسية على أفراد عينة البحث لأنهم أطفال ومستواهم الدراسي لم يسمح لهم في بعض الأحيان فهم عبارات المقاييس، الأمر الذي جعل الباحثة تفسّر لهذه الفئة المقاييس عبارة بعبارة، وتترك هذه الفئة تختار العبارة التي تنطبق عليها شفويًا. فتقوم الباحثة بتسجيل إستجابات هذه الفئة للمقاييس النفسية المطبقة عليها طيلة البحث.

2- واجهت الباحثة صعوبة في إقناع الأولياء على أن ابنهم الذي أشتار المختص النفسي لعرض التأخر الدراسي ما هو إلاّ مؤشر لحالة إكتئاب وهذا ما عرقل عملية التحصيل الدراسي الجيد.

3- سجلت الباحثة صعوبة في إقناع الأولياء بالتكفل النفسي (العلاج السلوكي المعرفي) لحالة الإكتئاب التي يشكو منها ابنهم، وهذا لعدم تمييز الأولياء بين العرض الظاهر (المتمثل في التأخر الدراسي) والذي يجب حسب معلوماتهم التكفل به عن طريق التأطير التربوي والعرض الكامن المتمثل في حالة الاكتئاب التي قمنا بالتكفل بها نفسيا.

الفصل الثاني

لمحة تاريخية عن الاكتئاب

مفهوم الاكتئاب

منهجية التشخيص والتقدير الكمي للاكتئاب

الصورة المعاصرة للاكتئاب

أنواع الاكتئاب

تطور الاكتئاب

الزملة الاكتئابية

" Si tu es peiné à cause d'un évènement, ce n'est pas cet évènement qui te blesse mais ton propre jugement à ce sujet. Et il est en ton pouvoir d'éliminer ce jugement dès à présent".

Marc Aurèle.

مقدمة:

ليس من السهولة تعريف الإكتئاب ذلك أن العديد من المختصين السيكولوجيين والأطباء النفسانيين والمنظرين قد تضاربت آراؤهم ونتائج أبحاثهم وخبراتهم الإكلينيكية في تحديد هذا الاضطراب تعريفا وتشخيصيا وأسبابا وأنواعا. ولعل ما يطرأ على المحكات التشخيصية للإكتئاب من تغيرات وتعديلات مستمرة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM أو التصنيف العالمي للأمراض العقلية ICD أو التصنيف الأخرى، يشير بوضوح إلى هذه الصعوبة.

فالاختلافات الاستمولوجية- بالدرجة الأولى- الموجودة بين العديد من الاتجاهات والتناولات قد كرس ذلك إلى درجة أن البعض أصبح يتحدث عن وجود عدة اضطرابات إكتئابية بدلا من اضطراب واحد، ومع ذلك سنحول استعراض بعض من هذه التعريف قبل أن ننتهي إلى إيجاد تعريف جامعي نسبيا، حتى ولو بدت هذه المحولة صعبة.

إذ يقول " ماير Mayer " لا نعرف كيف نعرف الإكتئاب"⁽¹⁾.

وهذا القول يعكس صعوبة تعريف الإكتئاب بفعل تعدد أسبابه وأعراضه وكثرة تصنيفاته، مما جعل إيجاد تعريف مقبول من المختصين مسألة صعبة حتى الآن (الحجار محمد، 1989، ص 84) وهذه بعض من التعاريف.

1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب:

عرفت البشرية الإكتئاب منذ القدم، فقد عرف أبو قراط في القرن الرابع قبل الميلاد بالكآبة أو السوداوية وهي أحد الأشكال الأربعة التي حددها للمرضى العقليين⁽²⁾.

وذكرت أعراض الإكتئاب في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب المسلمين، حيث قدّم كل من ابن سينا والرازي أمثلة رائعة على دقة الوصف " المناخوليا " والعلاجات الطبية التي إقترحها العرب، زيادة عن العلاجات النفسية بالراحة والاسترخاء والإيمان⁽³⁾.

¹ - آرون بيك، " العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية "، تر: عادل مصطفى، دار النهضة العربية، بيروت، ص 45.
² - أحمد محمد عبد الخالق، " دراسات نفسية: بناء مقياس الإكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية "، 1991، ص: 219.
³ - محمد حمدي الحجار، " الطب السلوكي المعاصر "، دار العلم للملايين، بيروت، 1989، ص: 82.

وقد بين وعالج كتاب " مصالح الأبدان والأنفس " لأبي زيد البلخي (236-320 هـ) أساسيات الصحة النفسية مبينا أربع إنفعالات منشئة للمشكلات النفسية وهي: الغضب، الخوف، الحزن والوسواس حيث أشار إلى خصائص الانفعالات المتمثلة في الخصائص النفسجسمية التي تؤثر وتتأثر بالصحة الجسمية، كما بين أن الحزن يسبب أعراضا بدنية ونفسية " فهو يمنع من النشاط وإظهار السرور وصدق الاستمتاع بشيء من الذات والشهوات".

وقد وصف البلخي نوعين من الحزن: الحزن الطبيعي والحزن المرضي المؤدي إلى الإكتئاب⁽¹⁾.

كما وصف الاكتئاب وحددت له جملة من الأعراض عند ألوان الشخصيات المكتئبة التي وردت في الأدب العربي والعالمي، فبالنسبة للأول (الأدب العربي) نجد أبا فرج الأصفهاني (توفي 967 م) الذي وصف حالة قيس بن الملوح المعروف بإسم مجنون ليلى وصفا طبيا أقرب إلى المفهوم السريري الحديث للإكتئاب المرضي وهي القصة التي إنتهت بوفاة قيس بطريقة غامضة في واد كثير الحجارة، حيث وصف أبو فرج الأصفهاني قيس بأوصاف تشبه أوصاف المكتئبين عندما يتعرضون لمواقف خارجية تتضمن الفشل أو فقدان موضوعات الحب.

كان وصف قيس يشبه على نحو نموذجي حالات الاكتئاب الشديدة بما فيها من الإهمال الحاد لمظهر الخارجي (إهمال النظافة)، بكاء، حزن شديد، إهمال الحاجات البيولوجية (الطعام، النوم)، زيادة على الانشغال الذهني الشديد الذي يؤدي إلى الخبل العقلي الذي لقب قيس بسببه " بالمجنون بلغة عصرهن والذي ينطبق عليه اليوم " الذهاني الإكتئابي" ⁽²⁾ أما بالنسبة للثاني (الأدب العالمي)، نجد وصف الاكتئاب في أبيات المسرحي شكسبير، حيث كان يصف الاكتئاب كحالة من الاضطراب تحتاج للعلاج على عكس ما كان الأدباء في عصره، يجدون فيها صورة رومانتيكية أو صورة سحرية. إن شكسبير

¹ - الصحة النفسية لدى أبو زيد البلخي، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد 4، العدد 4، 1993، ص: 132.

² - ابراهيم عبد الستار، " الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه "، ص: 30.

توصل إلى وصف الاكتئاب على نحو نموذجي، حيث وصف " هاملت " بأوصاف مرتبطة إرتباطا كبيرا بالاكتئاب المعاصر بما في ذلك الشعور بالذنب، لوم النفس، التردد الشديد، اضطرابات النوم والأفكار الانتحارية (1).

في بداية القرن التاسع عشر، أسس " بينل Pinel " عيادة الطب النفسي وكان معه إسكيرول الذي تتلمذ على يده، وفي نص يعود إلى تاريخ 1820 حاول إسكيرول التحدث عن السوداوية شيء قريب عن المفهوم المعاصر للكآبة، ولاحظ أن الكآبة تتكرر عند الشباب ويعود السبب الأساسي إلى إنفعالات البلوغ (2).

2- مفهوم الاكتئاب:

لكلمة " إكتئاب " عدة معاني، فالإكتئاب يستطيع أن يظهر على شكل عرض أو على شكل تناذر (زملئة من الأعراض) أو على شكل وحدة نزوغرافية (نزوعية). إن السبب الرئيسي الذي أدى إلى الاختلاف في التعريف هو الاختلافات التي توصلت إليها الدراسات التي أنجزت على الإكتئاب وتوصلت إلى هذا التباين في التعريف.

يظهر الاكتئاب على شكل سمة للحزن المؤقت والمفروض على الإنسان من جراء بعض الأحداث والضغوطات اليومية، ويمكن لهذا الحزن المؤقت أن يستمر ويصبح شديد إلى حد الميلانخوليا (3).

نستنتج من المعاني التي أعطاها " لا دوسور La Douceur " لتعبير الإكتئاب أنه يستخدم ثلاثة مفاهيم مختلفة على أقل تقدير.

المفهوم الأول: يرتبط المفهوم الأول بالمزاج المضطرب غير السوي (غير العادي) الذي يصبح متعكرا بسبب تعرض الفرد إلى سلسلة متلاحقة من الإحباطات والفشل.

المفهوم الثاني: يستخدم كمفهوم للتناذر الذي يتضمن اضطراب المزاج زيادة على جميع الأعراض الجسمية والاعاشية لمرافقة الإكتئاب.

¹ - أبو زيد البلخي، مرجع سبق ذكره، ص: 88.

² - هنري شابرول، الاكتئاب والمراهقة، عويدلات للنشر، 1998، ص: 09.

³ - Adouceur **Principe et Application des thérapies Béhavorales**, Edition Maloine, SA, Paris, sans date de parution, P : 297.

المفهوم الثالث: يستخدم كمفهوم المرض (بما فيه التناذر المذكور)، إضافة إلى عجز يصيب المريض فيمنعه عن أداء واجباته وأعماله كلياً أو جزئياً (1).

2-1- تعريف الإكتئاب:

2-1-1-2- التعريف اللغوي للإكتئاب:

الإكتئاب مشتق من كلمة " كئب " وكآبة بمعنى تغيرت نفسه وتدهورت من شدة الحزن فهو كئب وكئيّب، وأكأب شخصاً أي أحزنه والإكتئاب مرادف للإنقباض، ويقال إذا إنقبض الشخص على نفسه يعني ضاق بالحياة فاعتزل (2).

تعرف الكآبة على أنها هبوط شديد يخيل إلى الشخص حين يصاب به أنه فاشل، فيهدمه اليأس و يسلب نشاطه ويقتل همّته ومن أخطار الكآبة ما قد ينجم عنها من مس جنوني أو ما قد يعتمد إليه المكتئب من محاولات الانتحار (3).

ويقول " أودلف ميير Meyer " لا نعرف كيف نعرف الإكتئاب "، هذا القول يعكس صعوبة إعطاء تعريف للإكتئاب بسبب تعدد أسبابه وأعراضه، وكثرة تصانيفه مما يجعل إيجاد تعريف عند المختصين في الطب النفسي وعلم النفس العيادي مسألة صعبة حتى الآن.

كما يعرف د. فاخر عاقل الإكتئاب على " أنه حالة انفعالية تكون فيها الفعالية النفسية والجسدية منخفضة وغير سارة وقد تكون سوية أو مرضية، وتشير المرضية منها إلى اليأس والشعور الساقط بالعجز والتفاهة (4).

من هذا التعريف نستنتج أن الإكتئاب يستطيع أن يكون حالة عابرة من الحزن فهو إنفعال إنساني سوي وإستجابة تكيفية لبعض المواقف كما يستطيع أن يطول ويستمر في ظروف أخرى ويصح حالة مستعصية من المعاناة الشديدة بالإنقباض والسوداوية والشعور بالتعب والإجهاد.

1 - محمد حمدي الحجار، مرجع سبق ذكره، ص: 83-84.

2 - المنجد في اللغة والأعلام، دار الشروق، بيروت، 1968، ص: 668.

3 - بيل خليل بيلس، " دليل الأمراض النفسية والبدنية "، الطبعة الرابعة، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1991، ص: 47.

4 - فاخر عاقل، " معجم علم النفس، إنجليزي، عربي "، دار العلم للملايين، بيروت، 1971، ص: 33.

2-1-2- تعريف الإكتئاب حسب آرون بيك:

يشير " آرون بيك Beck " (1976) إلى ضرورة تنظيم ظواهر الاكتئاب المختلفة في تسلسل مفهوم كي يتسنى لنا فهم الإكتئاب، ويتساءل إن كان الإكتئاب هو اضطراب وجداني في أساسه، يمكن رد أعراضه إلى اضطراب الوجدان.

وتفسيره على أساس الحالة الانفعالية، ويوضح " بيك Beck " (1976) أن الحالات الداخلية المؤلمة في مرض الإكتئاب مثل الألم الجسمي، الغثيان، قصر النفس والقلق، قليلا ما تؤدي إلى الأعراض المميزة للإكتئاب مثل الانسحاب الكلي عن الآخرين تضييع الغايات الكبرى من الحياة، والرغبة في الموت ⁽¹⁾.

كما يوضح " بيك " (1976) أن عرض الإكتئاب يظهر تحريفات فكرية تدور موضوع " فقدان والخسران " وتكون هذه التحريفات الفكرية لد المكتئب نظرة سلبية اتجاه عالمه، تصور سلبي لنفسه وتقدير سلبي لمستقبله. هذا هو الثلاثي المعرفي المتواجد عند مريض الإكتئاب (Cognitive Trad) حسب " بيك " ⁽²⁾. ولما كانت فكرة فقدان تؤدي إلى الحزن، فقد بين بيك (1976) الأحداث التي تبعث على الحزن وحاول حصرها في المجالات السبعة التالية:

- 1- فقدان موضوع ملموس له وزنه كمصدر للإشباع أوله قيمة لأي سبب آخر.
- 2- فقدان معنوي مثل الذم أو الإهانة وكل ما يمس إعتبار الذات Self Steem.
- 3- فقدان تقدير الشخص لقيمة أحد مكونات مجاله الشخصي
- 4- وجود تفاوت بين ما يأمله الفرد وما يحصل عليه، خيبة الرجاء.
- 5- تخيل فقدان مستقبلي وإستباقه، ومن ثم يكابد الشخص الحزن قبل فقدان.
- 6- الخسارة الافتراضية: لم تقع خسارة ولكن يمكن أن تقع.
- 7- فقدان الافتراضي (Hypothetical Loss) أو الخسارة الكاذبة أن يُعامل الخسارة الممكنة كما لو كانت حرمانا حقيقيا ⁽³⁾.

¹ - آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تر: مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت، 2000، ص: 118.

² - آرون بيك، المرجع السابق، ص: 120.

³ - آرون بيك، المرجع السابق، ص: 82.

بين " بيك " (1976) أن هناك حلقة مفرغة تساهم في استمرار الإكتئاب وتطوره حيث تكوّن علاقات تبادلية بين الإكتئاب والتفكير السلبي، وهو ما يؤدي إلى إنشاء الحلقة المفرغة التي تعمل على استقرار الإكتئاب (1).

أن الخبرات التي يتلقاها الفرد وتفسر على أنها سلبية تخلق أعراض الإكتئاب الأخرى مثل: التشاؤم، إنتقاد الذات، التجنب، الإجهاد، الرغبات الانتحارية.

بما أن التفاعل متسلسل في الفكر السلبي وبما أن الحزن دائري بطبيعته، فإن الاكتئاب يشتد باستمرار، وأن الأعراض الأخرى كالإرهاق والأرق والحزن تطعم الجهاز النفسي تطعيميا رجعيا (Feed Back)، ومن ثم فإن المكتئب تحمله توقعاته السلبية أنه سوف يبقى حزينا للأبد، تؤدي به هذه الفكرة إلى مزيد من الحزن الذي يفسر من طرف المكتئب تفسيراً سلبياً، ثم يلاحظ على نفسه، وينتهي لوم الذات عنده إلى المزيد من الحزن وهكذا نلاحظ أن هناك دائرة مفرغة تساعد كثيراً على استمرار الإكتئاب وتطوره.

بد أن خلصنا إلى آراء بيك في الإكتئاب، نأتي لإعطاء نظرة إجمالية تكون قريبة على تعريف الإكتئاب عند بيك Beck، حيث عرف الإكتئاب على أنه تفاعل متسلسل (Chain reaction)، فتصف السلسلة الأولى خبرة الفقدان ويعم معناها ويشمل نظرة الشخص إلى ذاته وإلى العالم وإلى مستقبله ويؤدي هذا إلى الأعراض الأخرى للإكتئاب.

يعني هذا أن الفرد بعد أن يشعر بالفقدان يقوم بتقييم ذاته بطريقة سلبية (تدخل الصور المعرفية المنحرفة) ويعطي لخبرة الفقدان معنى الحرمان والهزيمة ويعتبر نفسه عاجزاً لا قيمة له، فهو حين ينظر إلى المستقبل يجد مصاعبه الحاضرة مستمرة إلى غاية نهاية، ولما كان ينسب مصاعبه إلى نقائص في ذاته فإنه يؤنب ذاته ويتزايد إنتقاده لذاته بهذه الحلقة المفرغة. " تنشط خبراته المعيشية أماناً معرفية تدور حول موضوع الفقدان وتتبع مختلف الظواهر الانفعالية والدافعية والسلوكية والاعاشية من هذه التقييمات السلبية للنفس (2).

¹ - John D Teasdale, Best of Behavior research and therapy Psychological Treatments for depression, Vol 1962, N: 1997, P: 53..

² - آرون بيك وآخرون، 'العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية'، تر: حسن مصطفى عبد المعطي، مكتبة الزهراء الشرق، القاهرة، ص: 142.

3- منهجية التشخيص والتقدير الكمي:

إن المقابلات الحرة غير الموجهة التي استخدمت لتشخيص حالات الإكتئاب أثبتت عدم فعاليتها، حيث كشفت دراسة "كارلسون و كانتويل (1980) أن المقابلة الحرة تجاهلت 60% من حالات الاكتئاب التي شخصتها فيما بعد المقابلة النصف الموجهة. كما أوضح شابرول وبنستو (1984) أن رائز الروشاخ.

كما أوضح شابرول و بنستو (1984) أن رائز الروشاخ مع قلة حساسيته وعدم تجاوبه مع الحالات الإكتئابية وغياب سلم لتقدير حالات الإكتئاب تجعل منه رائزا بدون فائدة لتشخيص الإكتئاب سواء كان ذلك عند الطفل أو المراهق أو الراشد⁽¹⁾.

لذا وصفت عدة طرق لتشخيص الإكتئاب، واستعملت بشكل أساسي في أعمال البحوث العلمية، ومنها المقابلات النصف منتظمة ومقاييس التقييم الكمي.

3-1- المقابلات النصف منتظمة:

لقد وضعت مقابلات نصف منتظمة واعتبرت كفيلة بتشخيص تصنيفات الإكتئاب التي وضعها دليل التشخيص الإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM3)، فقد استعمل رائز (ملحق الاضطرابات الوجدانية والفصام) لتشخيص الإكتئاب الذي أوضح كفاءة عالية في التشخيص، حيث أثبت التشخيص الذي قام به معالجان عياديان ومستقلان أحدهما على الآخر على 95 مراهقا، تطابق النتائج في 75% من الحالات، وقد كان هذا التوافق خاصة في تشخيص حالات الفصام والاضطرابات الوجدانية الأساسية حيث تتعادل مع التشخيصات الخاصة بالراشدين.

إن الاستعمال الآلي لهذه المقابلات نصف منتظمة وبدون مهارة يمكن أن يؤدي بتشويه مهمة الإحصائي النفسي الذي ينتظر منه المكتتب التخفيف من آلامه، لأن التخفيف من الألم الإكتئابي في اللقاءات المنتظمة من خلال إمكانية التعبير والإعتراف المتبادل يمكن أن يسهل كثيرا الشرط الأساسي للتحالف العلاجي.

وتجدر الإشارة أن المقابلة النصف منتظمة لا يمكنها أن تختصر الفحص العيادي الذي يهدف إلى تجاوز التشخيص المتعلق بوصف المرض⁽²⁾.

¹ - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

² - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 15.

خاصة أن المكتئب يفقد كل عزيمة ورغبة في استثماره لجميع الميادين وهذا ما يؤدي إلى التخفيض من عباراته وإيماءاته ⁽¹⁾. كما أن حالات الإكتئاب " هي حالة من الألم النفسي مصحوبا بالإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي وهذه الحالة تظهر خاصة عند الأطفال بصفة خاصة وكذلك عند الراشدين ⁽²⁾.

3-2- مقاييس التقييم الكمي:

تهدف هذه المقاييس إلى تشخيص الاكتئاب ومنحه شدته أو درجته كما تسمح بمراقبة أعراضه، وتنقسم هذه المقاييس إلى قسمين:

- أ- مقاييس بواسطة مراقب خارجي.
- ب- مقاييس التقييم الذاتي.

3-2- أ- المقاييس بواسطة مراقب خارجي:

تستعمل هذه المقاييس في الدراسات العلاجية، وينصح كل من دوغلاس و زان (1986) لتشخيص الإكتئاب استخدام مقياس مونتغمري (1979) ولقد بين شابرول (1986).

من خلال دراسة 41 مراهق مكتئب وتشخيصه عن طريق استعمال مقياس الاكتئاب عند المراهق إرتباطا وثيقا بمقياس مونتغمري.

3-2- ب- مقاييس التقييم الذاتي:

تهدف مقاييس التقييم الذاتي إلى تكيم الإكتئاب تستخدم خاصة في الدراسات العلاجية والمقياس الأكثر استعمالا هو رانز بيك (Beck) للإكتئاب المتكون من 21 سؤالا والذي اعتمدت عليه Maria Kovacs وقامت بوضع مقياس CDI اختبار الإكتئاب للأطفال والذي سوف نتطرق إلى عرضه في الجانب المنهجي للبحث.

¹ - Mini DSM IV , Critères diagnostiques, Edition Masson, Paris, 1996, P : 161.

² - عزت عبد العظيم، " سيكولوجية الإكتئاب "، دار المريخ للنشر، الرياض، 1985، ص: 193.

ولقد بين كل من كارلسون و كانتويل (1979-1980) مورلي (1985) أن إختبار قياس الإكتئاب عند الأطفال المستوحى من رائز كوفاكس و بيك (1977) إستطاع أن يميز بين الإكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى⁽¹⁾.

3-2-ج- القيمة التشخيصية لحوارات و سلوكات المكتئب:

إن فحصا دقيقا لعبارات المرضى للمكتئبين، يمدنا بتفسير أساسي لإكتئابهم والمتمثل غالبا في سيطرة الصّور المعرفية المشوهة في تفكيرهم اليومي حين يقيمون أنفسهم ومن حولهم.

¹ - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 16.

4- الصورة المعاصرة للإكتئاب:

4-1- بعض نتائج الدراسات الوبائية (Epidemiologie):

يعاني بعض الناس في الحياة المعاصرة من الإكتئاب بصورة أكبر مما كانوا يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، كما بينت الدراسات المسحية أن الإكتئاب إضطراب تعاني منه كافة المجتمعات والحضارات الإنسانية⁽¹⁾.

وقد كان الإكتئاب في الأربعينات ما يزال تناذرا بدون إهتمام كبير من طرف العلماء والمختصين، في عشية عام 2000 ودخول القرن 21 أصبح المرض الذي يتحدث عنه ليس فقط المختصين ولكن أيضا الصحافة، التلفزة.....والعامة من الناس، فأصبح الإكتئاب الكلمة السحرية الذي يجمع كل مآسينا⁽²⁾.

4-2- إنتشار الإكتئاب في العالم المتطور الأمريكي والأوروبي:

هناك أكثر من 20 مليون شخص يعاني الإكتئاب في الولايات المتحدة الأمريكية، ولا يتلق العلاج المناسب لهذا المرض إلا القليل منهم⁽³⁾، وقد يعدّ الإكتئاب في مقدمة الأمراض السيكياترية المتسببة في الإنتحار، إذ يأخذ الإكتئاب حصة الأسد ضمن الإضطرابات النفسية الأخرى⁽⁴⁾.

هذا ما تبيّنه إحصائيات الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا، ضمن 200 مريض بالإكتئاب ينتحر مريض واحد⁽⁵⁾.

تشير دراسات الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمع الإنساني أن المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأمراض النفسية خاصة الإكتئاب، تذكر كلبرستون Culberston (1997) في تقريرها أن النساء تفوقن على الرجال خلال 30 سنة الأخيرة من حيث نسبة الإصابة بالإكتئاب بما يعادل الضعف، وهذه النتيجة تنطبق على المستوى العالمي⁽⁶⁾. وفي دراسات أخرى بينت نتائجها أن هذا الفرق يمكن أن يصل إلى الثلث.

¹ - A. Douceur, **Principe et application des thérapies comportementales**, Maloine, SA, Paris, sans date de parution, P : 298.

² - Isabelle Toubes, **Psychologies : dépression, la fatigue du devoir**, N : 16, 1998, P : 54.

³ - إبراهيم عبد الستار، " الإكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليبه علاجه "، مرجع سبق ذكره، ص: 31.
⁴ - غريب عبد الفتاح، " الإكتئاب في ضوء بعضا لمتغيرات الديمغرافية: الجنس والسن ومستوى التعليم والحالة الزوجية "، مجلة الصحة النفسية، المجلد 3، العدد 1، 1993، ص: 03.

⁵ - محمد حمدي الحجار، مرجع سبق ذكره، ص: 81.

⁶ - إبراهيم عبد الستار، " الإكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه "، مرجع سبق ذكره، ص: 37.

أن احتمال الإصابة بالإكتئاب خلال الحياة تتراوح ما بين 10% بالنسبة للرجال و20% بالنسبة للمرأة وهذا بالنسبة للمجتمع العام (1).

تذكر تقارير إحصائية أمريكية عام 1993 أن 12 مليون شخص راشد يصاب بالإكتئاب في السنة ويكلف الإقتصاد خسائر كبيرة نظرا لفقدان طاقة المكتئب في الإنتاج وغيابه المتكرر عن العمل (2). وفي دراسات لكابلان 1984 بواسطة رائز بيك وجد أن 7% من الإكتئاب الوسطي، 13% من الإكتئاب الحاد في عينة 400 شخص تتراوح أعمارهم بين 17-18 سنة.

كما خلصت الدراسة التي قام بها المعهد الأمريكي للصحة النفسية إلى وجود 2،2 3،5% من الإكتئاب الأساسي و 2،1 إلى 3،8% من الوهن العقلي. إن الدراسة التي قام بها مايرز (1984) على 9000 راشد بينت إنتشار الإكتئاب بنسب كبيرة بين شرائح الفئات العمرية 18-24 عام و 24-45 عام. أما التصنيف حسب الجنس لاضطرابات المزاج فإنه يشهد غلبة أكبر عند الإناث في سن الرشد، بينما يزداد إنتشار الإكتئاب عند الذكور من الأطفال وهذا ما أوضحتها الدراسات العيادية التي أجريت من طرف (برسكورن 1982، يونغ- أنتيش 1985). هذه الدراسات تتطابق مع الدراسة التي قام بها أندروس والذي بين أن من 14 طفل مكتئب نجد 12 طفل من جنس ذكر (3).

وقد بينت دراسة " روتر " (1985) أن نسبة الإكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى بمرتين عند الذكور والذي سوف نتطرق إلى عرضه في إختيارنا للعينة في الجانب المنهجي للبحث.

بينما تتضاعف نسبة الإكتئاب عند الإناث في سن المراهقة، وقد أثبتت بعض الدراسات لكوفاك (1984) و ويسمان (1987) أن نسبة الإكتئاب هي نفسها عند الجنسين بين مرحلة ما قبل الرشد.

كما أثبتت الدراسات التي أقامها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية، أن الإكتئاب ينتشر أكبر أثناء المراهقة عند الإناث، وهذا راجع إلى ميكانيزمات بيولوجية نفسية

¹ - Farid Kacha, Psychiatrie et Psychologie médicale, Enterprise nationale du livre , Alger, 1996, : 60.

² - غريب عبد الفتاح، مرجع سبق ذكره، ص: 16.

³ - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 18-19.

وإجتماعية، ويربط كل من غراهام و روتر (1985) و ريان (1986) بين الإكتئاب وبين هذه التغيرات، فإذا كان منشط الأنوثة مسؤولاً عند إكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكورة عند الصبي يحميه من الإكتئاب أو يسهل السلوك الذي يخفيه (1).

4-3- إنتشار في الوطن العربي:

يشير عكاشة أن الاضطرابات الوجدانية وفي مقدمتها الإكتئاب تمثل 24,5 % بمصر من بين الحالات التي تقدمت للاستشارة النفسية الخارجية للطب النفسي بجامعة عين شمس (2). كما يشير د. بشير معمريّة من جامعة بائنة في دراسة 1998 إلى أن الإكتئاب بين طلبة الجامعة الجزائرية يتراوح بين 13,47% طالبة. أما بالنسبة للطلاب فتراوحت النسبة 5,5% أي نسبة الإناث إلى الذكور في الإكتئاب هي 2,45% (3).

5- تصنيف الاكتئاب وعلم دلالات الأمراض:

يقترح الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية تصنيفا وعلمًا لدلالات الأمراض لاضطرابات المزاج المشتركة بين الطفل والمراهق والراشد، أما الدليل المعدل فإنه يقدم بعض التغيرات عن الدليل الأصلي ويميز بين حالات الإكتئاب الأساسي والوهن العقلي، وعلى فئة من الاضطرابات الإكتئابية غير المحددة وإضطراب التكيف في مزاج إكتئابي.

5-1- الاكتئابيات الأساسية وأعراضها:

أكد كل من فريدمان (1983) و ريان (1987) وميتشل (1988) بواسطة مقياس الاضطرابات النفسية والفصام التشابه الموجود على دلالات الأمراض الاكتئابية الأساسية بين الطفل والمراهق والراشد ومقابلته بالأعراض الإكتئابية المتواجدة عند الأطفال والمراهقين (4).

¹ - آرون بيك، نفس المرجع السابق، ص: 20.

² - أحمد عكاشة، "علم النفس الفيزيولوجي"، الطبعة السادسة، دار المعارف، 1982، ص: 213.

³ - بشير معمريّة، "مدى إنتشار الإكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين"، مجلة جامعة الجزائر، خاصة بعروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، الجزء الأول، 1998، ص: 156.

⁴ - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 22.

إن تشخيص الإكتئاب الأساسي حسب معايير الدليل الإحصائي والتشخيص الثالث المعدل يشترط وجود 5 أعراض من الأعراض التالية لمدة أسبوعين متتالين على الأقل حيث يفترض ظهورها كل يوم.

- 1- مزاج إكتئابي.
- 2- فقدان الاهتمام أو المتعة في كل أو في جزء من النشاطات.
- 3- ضعف أو زيادة في الوزن، القابلية للشهية أو العكس.
- 4- الأرق أو الأرق المبالغ فيه.
- 5- التهيج أو الهبوط النفسي الحركي.
- 6- التعب أو فقدان الحيوية.
- 7- الشعور بعدم قيمة الذات أو الشعور بالذنب الزائد أو الغير المناسب.
- 8- صوبة التركيز والتفكير والحياة.
- 9- التفكير بالموت أو الإنتحار أو بمحاولات إنتحارية.

ولقد بينت خصائص الإكتئاب بواسطة الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ودراسات ميدانية عيادية، صحة علم دلالات الأعراض لهذه الإكتئابات الأساسية عند المراهق.

فدراسة ستروبر 1981 على 40 مكتئب، وفرديمان على 260 مكتئب 1983 ودراسة ريان 1987 على 92 مكتئب ودراسة فيتشل 1988، بينت الدراسات الأربع الأعراض التالية التي سوف نجعلها في هذا الجدول ⁽¹⁾.

¹ - هنري شابرول، ص: 23.

جدول رقم 01: يبين أعراض الإكتئاب حسب الدراسات الأربعة

الأعراض	نسبة الأعراض في دراسة ستوبر 1981	نسبة الأعراض في دراسة فريدمان 1983	نسبة الأعراض في دراسة ريان 1987	نسبة الأعراض في دراسة فيتشل 1988
مزاج حزين	%95	%92	%95	%92
فقدان الاهتمام	%70	%100	%87	%92
نقصان الوزن	%50	%54	%34	%32
زياد الوزن	%25	%42	%23	%14
الأرق المبالغ فيه	%28	%31	%26	%60
التهيج الحركي النفسي	%10	%46	%61	%70
الهبوط الحركي النفسي	%18	%46	%71	%48
التعب أو فقدان الحيوية	%55	%85	%82	%92
تقدير ذاتي سلبي	%63	%92	%75	
شعور بالذنب	%55	%77	%53	%56
صعوبات في التركيز	%70	%92	%87	%82
مراودة التفكير بالانتحار	%70	%92	%61	%68

إن الأعراض التي توصلت إليها الدراسات الأمريكية الأربعة تتضمن 5 محاور:

المحور الأول: يجمع المزاج الحزين، فقدان التمتع والتعب والهبوط النفسي الحركي وهذا شبيه بالأعراض الظاهرة عند الراشدين.

المحور الثاني: يجمع الأفكار الانتحارية، وعمليات الإدراك السلبي (اليأس، الصورة السلبية للذات)

المحور الثالث: التهيج النفسي، الرق وهو شبيه بعامل القلق في الإكتئاب عند الراشد.

المحور الرابع: يتعلق بتغيرات الوزن المستقل عن الأعراض الأخرى.

المحور الخامس: يتعلق بالشعور بالذنب صعوبة في التركيز.

وتجدر الإشارة إلى ذكر أن الدراسات التي قام بها كل من ريان وميتشل تبين أن الأعراض الإكتئابية متطابقة بين الجنسين.

5-1-1- خصوصيات الإكتئاب الأساسي عند الراشدين:

إن مقارنة حالات الإكتئاب الأساسي عند الراشد بمثيلاتها عند المراهق لا تظهر تباينا واضحا في الأعراض، ففي دراسة فريدمان التي بينت أن جوهر الاختلاف الوحيد يكمن في تردد الأعراض، ففي المراهقة نجد الأعراض الإكتئابية عند الفئة العمرية 16،3% عام وهو المعدل العمري الوسطى، أما عند الشباب الراشدين فنجدها في 28،3% عام⁽¹⁾.

5-2- الوهن العقلي:

وتكون فيه الأعراض الإكتئابية معتدلة، تظهر من خلال المزاج الحزين بمعظم اليوم وتتشترك مع الأعراض التالية بعرضين على الأقل:

- 1- قلة الشهية أو زيادتها.
- 2- الأرق والأرق الزائد.
- 3- الإرهاق أو فقدان الحيوية.
- 4- ضعف تقدير الذات.
- 5- ضعف التركيز أو صعوبة أخذ القرارات.
- 6- التشاؤم⁽²⁾.

5-3- إضطراب التكيف مع مزاج إكتئابي:

يتوافق مع الإكتئاب الاستجابي، محدود في أعراضه ومدته يظهر إلى الوجود بعد حالة من التوتر والإضطراب المعروفة الأسباب.

¹ - هنري شابرول، نفس المرجع السابق، ص: 24.

² - هنري شابرول، نفس المرجع السابق، ص: 25.

5-4- الإضطراب الإكتئابي غير المحدد:

يتكون من فئة متبقية من الإكتئاب، تجمع عدة حالات، حيث أن الأعراض الاكتئابية غير كافية في العدد والشدة والمدة وغير مرتبطة بحالة معينة من التوتر والإضطراب⁽¹⁾.

*- تصنيف الإكتئاب حسب الدليل التشخيصي الإحصائي:

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع 1994 DSM 4 الإكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية، وتنقسم هذه الاضطرابات إلى أربع فئات وهذا تبعا لتضمنها على الإكتئاب، وهي كما يلي:

أولاً: نوبة الإكتئاب الرئيسي:

إن السمة التي تميز نوبة الاكتئاب الرئيسي هي معاناة الفرد من الحزن وعدم الشعور بالسعادة من ممارسة أي نشاط في فترة لا تقل عن 14 يوماً.
♦ أعراضها: تظهر على الفرد أعراض تتمثل في :

- 1- زيادة أو نقص الأكل.
 - 2- النوم الزائد أو الأرق.
 - 3- نقص أو زيادة الوزن.
 - 4- الشعور بفقدان قيمة الذات.
 - 5- صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات.
 - 6- إجتراح بعض الأفكار مثل أفكار الموت والإنتحار.
- والتخطيط له والأقدام عليه في بعض الأحيان.

♦ التشخيص: لكي تشخص نوبة الإكتئاب الرئيسي من طرف الممارس العيادي سواء

كان أخصائياً نفسياً أو طبيباً نفسياً يجب أن تتوفر بعض الشروط وهي:

- التأكد من أن الأعراض جديدة عند الفرد أو زادت سواء عما كانت عليه من قبل.
- تكون هذه الأعراض ظاهرة على الفرد طول اليوم وتقريباً كل يوم لفترة لا تقل عن أسبوعين متواصلين.

- تكون نوبات الإكتئاب مصاحبة لضعف في العلاقات الإجتماعية.

¹ - هنري شابرول، نفس المرجع السابق، ص: 26.

ثانيا: اضطراب الإكتئاب الرئيسي:

يتسم بوجود نوبات إكتئابية تتميز بالحزن و فقدان القدرة على الاستمتاع بكل أنواع النشاط والإحساس الدائم بالتعب والإجهاد، ونسجل إرتفاع نسبة الانتحار في هذا النوع من الاضطراب حيث تصل إلى 15% وتتنخفض نشاطات المكتئب الإجتماعية، وتكون مصاحبة باضطراب الطعام، فقدان الشهية أو زيادة الشهية⁽¹⁾.

ثالثا: اضطراب اليأس:

يتميز بوجود اضطراب المزاج المزمن والذي يتكرر كل يوم لمدة لا تقل عن سنتين، ويسود الحزن والكآبة مزاج المريض.

♦ التشخيص: نشخص هذا النوع من الاضطراب إذا تكرر كل يوم ولفترة لا تقل عن

سنتين:

♦ الأعراض:

- 1- نقص الشهية.
- 2- الأرق أو النوم الزائد.
- 3- إنتقاص اعتبار الذات والنقد الدائم للذات.
- 4- ضعف التركيز وصعوبة في اتخاذ القرارات.

رابعا: اضطراب مزاجي يرجع لأسباب طبية:

يظهر الإكتئاب في الإضطراب المسيطر والمستمر للمزاج الذي يعود إلى أسباب عضوية وهرمونية عن أعراضه:

- 1- نقص ملحوظ في الاهتمامات.
- 2- إستثارة المزاج بسرعة.
- 3- حالات الإنتحار تتناسب طرديا مع شدة الإكتئاب⁽²⁾.

6- أنواع الإكتئاب:

¹ - بشير معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص: 128.
² - عادل عبد الله محمد، مرجع سبق ذكره، ص: 164.

إرتأينا أولاً أن نشير إلى الإكتئاب الذي يسلم بوجوده الناس، وهو إكتئاب عادي إذ يعتبر إستجابة عادية بسبب تجربة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو فقدان شيء مهم أو وفاة إنسان عزيز، ويتميز هذا الإكتئاب أنه لا يتجاوز الأسبوعين أما ما يعرف بالإكتئاب فهو يمتاز بأربع خصائص:

- 1- يكون مستمر لفترات طويلة.
- 2- يكون أكثر حدة وشدة.
- 3- يعرقل الفرد بدرجة كبيرة عن أداء واجباته ونشاطاته المعتادة.
- 4- قد تكون أسبابه غير واضحة (1).

6-1- الإكتئاب الإستجابي:

وهو النوع الأكثر معرفة من طرف الناس، والأول خطورة والأكثر إنتشاراً حالياً بسبب الأزمة الاقتصادية وهو الإكتئاب الذي يظهر نتيجة الضغط بمختلف أشكاله (Stress). ولقد بين كل من كلارك، لامبارس، نيوتسل، كابسي، إيلدر (1988) Marie, Luise, Elder, Capsi, Netusil, Lempers, Clarck (Friedman) وما كلويد، قوني، ويلسون، لين (1990) Macloyd, Vonnie, Wilson, Leon) أن الظروف الاقتصادية تؤثر تأثيراً بالغاً في الأطفال داخل أسرهم من خلال التغيرات التي تتعرض لها الأسرة في علاقاتها وتكيفاتها الاقتصادية.

كما توصل هؤلاء العلماء إلى أن الأطفال والمراهقين يتأثرون بالظروف المالية للأسرة وتنعكس عليهم بالكآبة (2).

ويظهر الإكتئاب الإستجابي عند الأفراد الخاليين من أي مرض سكياتري ويظهر عند الأشخاص الذين يعانون القلق ولديهم إفراط في الحساسية والذين يحتاجون دائماً إلى التشجيع والتقدير ليجدون توازنهم.

هذا النوع من الإكتئاب يكون نتيجة أو إستجابة لمواقف خارجية مأساوية، لذا يدعى بالإكتئاب الاستجابي كموت أحد الأقارب والأعزاء، الانفصال، الخسائر المادية. وغالباً ما يرتبط بالموقف الذي أثاره والذي يستمر أكثر من أسبوعين، ومن أعراضه الشعور بالتعب والإجهاد، الملل العضوي، الشعور بالحزن والقلق والآلام الجسمية (1).

¹ - إبراهيم عبد الستار، " الإكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجية "، مرجع سابق ذكره، ص: 17.
² - سلوى عبد الباقي، " الإكتئاب بين تلاميذ المدارس "، دراسات نفسية، العدد 2، 1992، ص: 449.

كما يستطيع أن يصاب الفرد في هذا النوع بحزن شديد، حتى أن المريض لا يستطيع أن يخفف معاناته وآلامه بالبكاء، يرفض الأكل، يصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة، و قد تراوده أفكاره إنتحارية (2).

6-2- الإكتئاب النفسي (العصابي):

ويسميه الآخرون بالإكتئاب العصابي، من حيث إنتشاره يأتي في المرتبة الثانية بعد النوع الإستجابي، إن الإكتئاب العصابي، كما يدل إسمه فهو حالة تأتي من جراء عصاب تطور عند الفرد خلال حياته.

والعصاب هو مرض نفسي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة أو متكررة أثناء طفولة، وفي أغلب الأحيان تكون هذه الصدمات من النوع العاطفي. وما يفرق بين الإكتئاب العصابي والإكتئاب الاستجابي أن مشاعر المزاج المضطرب ومشاعر اليأس تكون أكثر حدة وأكثر إستمرار في نوع الإكتئاب العصابي ويكون هذا النوع من مصحوبا بالمجموعة من الأعراض، يتصدرها القلق غالبا ما يترجم القلق بضيق الصدر، ألم في الحنجرة وكذلك الخوف من المستقبل ومشاعر ا لتهديد والاحباط، يستطيع المريض أن يصاب بوسواس المرض وبالتالي يتجلى عليه الحذر الكبير على صحته، ومن الممكن أن يفقد الشهية أو يكون له إفراط فيها (3).

6-3- الإكتئاب الداخلي:

من الناحية الخارجية أسبابه غير واضحة، يرى المختصين أنه نوع شديد الخطورة بالنسبة للنوعين السابقين (الإستجابي و العصابي) وعلاجه هو مزج بين العلاجين النفسي والكيميائي الذي يركز على العقاقير المضادة للإكتئاب.

6-4- الإكتئاب الذهاني:

وهو نوعين:

¹ - لوى عبد الباقي، " الإكتئاب بين تلاميذ المدرسة"، دراسات نفسية، العدد 2، 1992، ص: 500.

² - Didier Le chemia, Les dépressions de la prévention à la guérison, 1995, édition Dahleb, Alger, P : 21.

³ - Korkina Leçon, Pratiques de psychiatrie, Ed Mir Mouscou, 1982, p. 14.

أ- الإكتئاب الدوري Manie Depression Psychosis:

وهو نوع من الاضطرابات ثنائية القطب، يظهر على شكل دورات تعقبها أو تسبقها دورات من الهوس والناشط الزائد، ويطلق عليه المختصين في الطب النفسي إضطراب الهوس والإكتئاب وهو أكثر خطورة من الأنواع الثلاثة السابقة (الاستجابي-العصابي- الداخلي) لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط، بل يصيب جانب كبير من قدراته العليا بما فيها قدرته على التفكير السليم، علاقاته الاجتماعية ويضطرب إدراك الشخص لنفسه وللعالم الخارجي من حوله، فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار حيث أن 15% من الحالات الإكتئابية المينخولية يموتون عن طريق الانتحار⁽¹⁾. وتدل الدراسات التي أجراها نيكور (1969)، كارلسون (1977)، لورانجيه وليفين (1978) أن 35% من الاضطرابات الثنائية القطب تبدأ خلال فترة المراهقة. وهي صعبة التشخيص أثناء المراهقة، لأن هذه الأخيرة تتميز بالاستقرار العاطفي وندرة حدوث حالات من هذه الاضطرابات في هذا العمر. ويحدد DSM 3 (R) " الجنون الدوري " بتكراره عدة فترات عند الشخص لسنة على الأقل من المزاج المتحمس والمنبسط وبفترات أخرى يغلب عليها المزاج الإكتئابي أو فقدان اللذة. ويحدد الدليل التشخيص والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية الهوس بتوفر ثلاثة أعراض من الأعراض التالية كشرط أساسي لتشخيص الهوس عند الفرد.

- 1- تقدير ذاتي مبالغ فيه وأفكار بالعظمة قد تتحول إلى أفكار ذهانية.
- 2- حاجة بسيطة إلى النوم.
- 3- حاجة مستمرة إلى الحديث.
- 4- ضياع الأفكار.
- 5- الذهول.
- 6- نشاط مفرط (جماعي، مهني، جنسي)، إهتياج.
- 7- تورط مبالغ في نشاطات حيث لا يبدو الضرر منه للمريض، كالمبالغة في المشتريات وعدم الحياء الجنسي⁽²⁾.

ب- الإكتئاب الفصامي:

¹ - Didier Le chamia, op.cit, P : 50

² - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 42.

الفصام هو ذهان خطير يصيب 1% من المجتمع الراشد، يكن التناذر الإكتئابي وهو أحد أشكال بداية الفصام، تدريجيا المريض يصبح لا يهتم بانشغالاته اليومية بمحيطه ونظافته وحتى غذاءه يكون مغمورا بإحساس عميق من القلق وألم داخلي يحتم عليه أن يقلص عن نشاطه بصفة كبيرة جدا، ويصل به الحد إلى عدم الخروج حتى من غرفته، يصبح سلوكه غريبا ويشعر بإنفصال جسده بالرغم من أنه يشكو من أي تخلف عقلي، خطر الانتحار قائم، يمكن أن تتطور حالته وتنتج نحو الفصام (1).

وبين (DSM 3 R) " أن الإكتئاب الذهاني يمكن أن يظهر بواسطة الهذيان والهلوسة المناسبين للمزاج، مع مضامين متطابقة للإكتئاب النموذجي بعدم الكمال والشعور بالذنب والمرض والموت والهدمية والعقاب والتأثير وتسجيل الأفكار ونشرها. ويشير ستروبر (1981) أن المواضيع الهذيانية هي نفسها عند المراهق والراشد (2).

6-5- اكتئاب الأمراض العضوية:

يستطيع أن يكون الإكتئاب عبارة عن تمظهر لمرض عضوي، من هنا يتضح أهمية تشخيص المرض العضوي المسؤول على ظهور الأعراض الإكتئابية، وهذا النوع من الاكتئاب ينشأ نتيجة الإصابة بالأمراض الدماغية مثل مرض باركنسون Maladie Parkinson ، الأورام الدماغية تصلب شرايين الدماغ وبعض أشكال الصرع. كما أن أعراض اكتئاب تظهر ضمن الاضطرابات المشار إليها الذين تعرضوا لصدمات دماغية أو إرتجاجات.

كما وجد أن الإكتئاب يظهر أثناء الأمراض الخطيرة كالسل والسرطان...إلخ. ففي دراسة لكشاني على مرضى يعالجون في وحدات متعلقة بالدم، وجد 6 حالات من الاكتئاب الأساسي و 48% من الأعراض الإكتئابية (3).

¹ - Didier Le chemia, op.cit, P : 48.

² - هنري شابرول، مرجع سبق ذكره، ص: 36.

³ - نفسه، ص: 36.

6-6- الإكتئاب الموسمي:

هذا النوع من الاكتئاب عرف عام 1980 عن طريق الطبيب الأمريكي روزنتال (Rosenthale)، ويصيب بعض الأفراد في بعض شهور السنة خاصة في أشهر الشتاء. وأهم أعراضه تتمثل في الحزن، تعقب مع انخفاض النشاط، الحاجة إلى النوم، مع رغبة شديدة للأكل خاصة الأطعمة الغنية بالسكريات، مع انخفاض في الرغبة الجنسية ويستمر عادة خمسة أشهر، من شهر أكتوبر إلى فيفري، فيما يخص تطور الإكتئاب الموسمي عادة ما ينحو اتجاه الشفاء لكن إذا اشتدت أعراضه، فإنه خطر الانتحار يبقى قائماً.

6-7- إكتئاب الأعياء:

وغالبا ما يأتي نتيجة تعرض الفرد إلى توترات و شدات متراكمة طويلة وإنهاك نفسي تستند جميع طاقاته البدنية النفسية، يتميز صاحبه بالقلق والإنهاك مع عدم الثقة كذا الانفجار العاطفي في الحالات يكون السبب فيها الضغوط الانفعالية المرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه (1).

6-8- إكتئاب الحمل:

تتعرض المرأة أثناء الحمل وخاصة خلال الأشهر الأولى منه لبعض الاضطرابات في الطبع، وظهور الأعراض العصابية، حيث نسجل ظهور القلق التي تكون أعراضها لأساسية متمثلة في الغثيان، الدوخة، خفقان القلب، اضطرابات النوم، كوابيس ليلية، القيء، وتعرض لبعض الأفكار السلبية كونها أم المستقبل، الخوف من فقدان طفلها والتخوف أن يولد غير طبيعي، وكذلك يظهر عليها قلق الموت أثناء الولادة، وعندما تستمر المرأة الحامل في هذه الوضعية طويلا، وعندما تكون أعراضها شديدة تستطيع أن تصل إلى حالة إكتئابية عصابية (الاكتئاب العصابي) (2).

6-9- إكتئاب الأشخاص المسنين:

إكتئاب الأشخاص المسنين هو نوع منتشر وخطير أكثر مما نتصور، حيث بينت دراسات Didier Lechemia (1994) بفرنسا أن 40% من المرضى البالغين أكثر من 65 سنة والزائرين للأطباء لديهم أعراض إكتئابية، ويكون علاج الإكتئاب عن طريق العلاج

¹ - Widlocher (D), La logique de la dépression, Paris, P : 35-36.

² - Didier Le chemia, op.cit, P : 60.

الكيميائي الذي يحتوي على مضاد الاكتئاب، وهذه الأعراض كنتيجة لضغوط الحياة اليومية، فالموت، التقاعد أو مرض أحد الأقرباء الذين يصادف هذه الفترة من الحياة والذي يعني الوحدة وضعف القدرة الشرائية عند المسن، تكون أعراض هذا النوع من الاكتئاب بالدرجة الأولى جسمية مثل: التعب، آلام مختلفة، اضطرابات معدية، مع تغيرات في الشهية، ونوع مضطرب، وهنا يصعب التمييز بين هذا النوع من الاكتئاب وبداية ظهور ذهان الشيخوخة.

6-10- إكتئاب الأطفال:

على الرغم من إنتشار هذا الاضطراب لدى الراشدين بصفة خاصة، فإنه قد أخذ يوسع قاعدته الزمنية، إذ بدأ ينتشر حالياً في الأعمار الصغرى بما يعرف بإكتئاب الطفولة أو الأطفال رغم أن الاعتراف بوجود الإكتئاب عند الأطفال لم يتبلور إلا في العشرين سنة الأخيرة.

ويبدو أن إنتشار الاكتئاب بين مجتمع الأطفال يتراوح بين 2% و 5% في الولايات المتحدة (ليمان وآخرون (1998)، ص 258).

وقد بينت أول دراسة وبائية حول الأطفال، قام بها روتار Rutter (1970) بجزيرة وايت نسبة ضئيلة من حالات الإكتئاب لدى الأطفال تتراوح أعمارهم بين 10-11 عاماً، 3 حالات من ضمن 2193، أي نسبة 0.14% كما دلت دراسة كشاني وآخرون Kashani et al التي أجريت على 109 طفلاً أعمارهم من 3 إلى 9 سنوات ظهور الاضطرابات الاكتئابية بنسبة 1% (Vantalon et al, 1999, P : 43).

كما أظهرت دراسات أخرى وجود إختلافات في الأعراض الاكتئابية بين الطفل والمراهق والراشد مثلما يوضحه الجدول التالي (Vantalon et al, 1999, P : 17).

أعراض دون علاقة بالسن	أعراض خاصة بالطفل	أعراض خاصة بالمراهق
1- المزاج الإكتئابي.	1- مظهر إكتئابي.	1- فقدان مشاعر الحب.
2- الإبطاء السيکوحركي.	2- تهيج سيکو حركي	2- الشعور بالعجز وفقدان الأمل.
3- ضعف التركيز.	متداول مع الإبطاء.	3- تقدير سلبي للذات.
4- الأرق.	3- شكاوي جسدية.	4- نوم شديد.
5- التغيرات الجسدية.	4- هلاوس سمعية.	5- تنوعات.
6- أفكار إنتحارية.		6- أفكار هذيانية محددة.
7- محاولات الإنتحار.		7- شدة الأعراض مع الصباح الباكر

أعراض الإكتئاب : Sémiologie

يعتبر الإكتئاب كبقية الاضطرابات النفسية بجملة من الأعراض الخاصة به، وأخرى يشترك من خلالها مع عدد من الاضطرابات الأخرى وخاصة الذهانية، وسنشير إلى أهم الأعراض المميزة للإكتئاب.

1- المزاج الإكتئابي:

أ- 1- الرؤية التشاؤمية للذات والعالم:

Vision pessimiste de soi et du monde

يتميز المكتئب بمشاعر التشاؤم وعدم الرضا عن الذات والخط من قيمتها وحسب بيك Beck (1967) فإن النظرة التشاؤمية السلبية تمس محتوى الأفكار ذات العلاقة بالثلاثية المعرفية: الذات، العالم والمستقبل.

فبالنسبة للذات فإن الشخص يقيم نفسه سلبيا ويعتبرها أقل كفاءة من الآخرين ولديه ميل نحو الإدانة الذاتية غير المبررة. وبالنسبة لعلاقته بالعام أو بوسطه فيشعر أنه لا يستحق أن يكون محبوبا مقدرا، ويعتقد أنه غير مرغوب فيه، مثلما يعتبر المشاكل الصغيرة غير قابلة للتجاوز.

ب- اللامبالاة والإنهاك العاطفي

يقصد بالإنهاك العاطفي انخفاض بلا غياب الاستجابات العاطفية، ويعرف إكلينيكيًا بقلّة التعبير عن الحياة العاطفية والرتابة في التعبير الانفعالي (Emmanuelli et al, 2005, P : 195).

فإن مسار المشاعر لديهم متوقف والشخص غير قادر على معاشتها والإحساس بها وهذا ما يشكل مصدرا إضافيا للألم والتأنيب للضمير (Pelicier, 1983, P :56) وهذا يرتبط بانخفاض التعبيرية الانفعالية الإيمائية والإشارية اللفظية وانخفاض الأحاسيس العاطفية مع فقدان القدرة على التمتع.

ج- اضطرابات النوم:

يظهر هذا العرض لدى 70% عن حالات الإكتئاب ويتمثل في الأرق الذي يتخذ عدة أشكال، فيأتي مع بداية النوم مصاحب بهذيان مؤلم أو يحدث العديد من الاستيقاظات الليلية، وقد يأتي مع الصباح الباكر، ويمكن التفريق بين الأرق الناتج عن القلق أو عن الإكتئاب، إذ الأول يؤثر عادة مع بداية النوم حيث يجتر الشخص همومه أما الأرق الإكتئابي فيحدث غالبا مع نهاية الليل أي الإستيقاظ (Dencker, 1966, P41).

د - فقدان الشهية:

يعتبر رفض تناول التغذية التام كسلوك إنتحاري ويظهر على صاحبة الهزال يجب التكفل به في أسرع وقت.

وعلى العموم فإن الاضطرابات العضوية في الإكتئاب تتمثل في الأرق - الإستيقاظ المبكر، التعب آلام الرأس، طنين الأذن، الدوار، آلام فقرات العمود الفقري، ضيق بطني، القيء، الغثيان، الإمساك فقدان الشهية العصبي والهزال (Soumailli, 2001, P :53).

أن أسباب إكتئاب الأطفال تكون بالدرجة الأولى من النوع العاطفي، عدم تفاهم الوالدين، الطلاق، جو من العنف المعنوي أو المادي قد تكون أسبابا كافية لتفجير الزملة الإكتئابية حيث يصبح الطفل بطيئا في أفكاره، وفي تحركاته لا يشارك في القسم، يرفض إنجاز واجباته المدرسية، وقد يسجل تراجع في نتائجه المدرسية، كما يصبح حزينا منعزلا عن إخوته ورفقاء اللعب. وقد تطرق البحث الحالي إلى هذا النوع من الإكتئاب حيث تم تشخيصه والتكفل النفسي به.

ويستطيع أن يكون هذا النوع من الإكتئاب مقنع بأعراض كامنة، وأحيانا تكون عبارة عن أعراض خادعة، حيث يستطيع الطفل أن يشتكى فقط من آلام في الرأس أو جوع البطن، أرق، نقص في الشهية، أو تعب غير معتاد، إن هذا النوع من الإكتئاب يأخذ طابع الاضطرابات السيكوماتية رغم اختلافه البين عنها، ويتميز بنقص في الحيوية يمكن وراءه معدلات مرتفعة من القلق والحزن.

فهو إذن حالة من حالات الاضطرابات الوجدانية التي تأخذ مظهر للاضطرابات الجسدية وهذا ما نجده في إطار البحث الحالي وكذلك دور المساعدة النفسية (الإرشاد العلاجي) في تخفيض من حدة هذه الإستجابة الإكتئابية.

وكذلك نستطيع أن نلاحظ عند الأطفال الصغار نكوص نفسي ومادي، إعادة ظهور التبول اللاإرادي (الثانوي)، العودة إلى الرضاعة ونكوص في الكلام (1).

ولقد أوضح سبيتز Spitz من خلال دراسته على أطفال الأمهات العازبات اللواتي تعشن في السجن في الولايات المتحدة الأمريكية والمنفصلات عن أطفالهن أن إستجابة الإكتئاب تظهر على هؤلاء الأطفال والتي تتميز بملامح اليأس، قصور التعبير والإنسحاب (2).

كما أن مصدر آخر للإكتئاب هو البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها حيث يقول كاسلو: "إذا اعتبرنا الأنماط المعرفية للإكتئاب مصدرا أولا له وأن البيئة الاجتماعية المصدر الثاني، عندها يمكننا بحث المصدرين: البين الشخصي والشخص الخارجي إكلينيكيًا ونمائيًا تطورياً، ويمكن تزويدنا بإطار متكامل لفهم هذا الاضطراب.

8- الزملة الإكتئابية:

بعد أن عرضنا في هذا الفصل لمحة تاريخية عن الإكتئاب محولين إعطاء مفهوم له، وتوضيح الوسائل الكفيلة بتشخيصه كمياً ونوعياً (التعرف على أنواع الأعراض) أشرنا إلى إنتشاره في العالم الأوروبي والأمريكي والمغرب العربي وخاصة الجزائر أين تفتقر الدراسات كثيراً في هذا الميدان و خاصة الدراسات حول الاكتئاب عند الأطفال التي تكاد منعدمة لهذا فإن البحث الحالي هو محاولة تفسير الاكتئاب عند الأطفال من حيث الممارسة العيادية

¹ - أبو زيد مدحت عبد الحميد، " الإكتئاب دراسة في السيكيوباتومتري "، دارا لمعرفة الجامعية، ص: 52-56.

² - Didier Le chemia, op.cit, P : 66.

وأثره على المكتسبات التحصيلية بما فيها النجاح المدرسي بحيث الإكتئاب يؤثر سلبيا على الدراسة فيؤدي بالطفل بالتأخر في الدراسة.

ويفصح الإكتئاب عن نفسه بمظاهره المتمثلة في مجموعة من الأعراض المترابطة فيما بينها أو المتزاملة، بعض هذه الأعراض عضوي وبعضها ذهني ومزاجي والبعض المتبقي هو إجتماعي، عند التقاء هذه الأعراض كلها أو بعضها تتشكل الزملة الاكتئابية التي تتضمن جوانب من السلوك والأفكار ومعارف الفرد ومشاعره التي تساعد في النهاية على وصف السلوك والأفكار ومعارف ومشاعره التي تساعد في النهاية على وصف السلوك الإكتئابي وتشخيصه، ولتسهيل الاستفادة وتوضيح هذا التناذر توضيحا إصطلاحيا وإجرائيا، نحاول أن نقدم هذه الزملة بالتفصيل في الأعراض التي تظهر على مستوى المزاج، المعارف، الجسم ومستوى العلاقات الإجتماعية.

1- الأعراض التي تدل على الهبوط العضوي:

وتنقسم إلى جانبين:

أ- الجانب الحركي:

ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول: يمكن التعرف على المكتئب من هيئته يكن خاملا، تتخفض ردود أفعاله إلى الحد الأدنى، يقلص من حركاته بحيث يتسبب أي فعل في إرهاقه ⁽¹⁾، حيث يكون مستوى النشاط العام لديه اقل بشكل واضح عما كان عليه سابقا وهو في حالته العيادية. وعادة ما نجده يقضي يومه جالسا في مكانه، أو متكئا أو نائما دون أي نشاط إيجابي ⁽²⁾. فالقيام بالنشاطات المعتادة كالذهاب للعمل أو القيام بالواجبات المنزلية أو الاجتماعية، فهي تبدو للفرد المكتئب شيئا صعبا، حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما في ذلك بعض الهويات الرياضية، أو الترفيهية، فهي تبدو له الآن غير مرغوب فيها ولا دافع نحوها ⁽³⁾، وبالتالي يشعر المكتئب بتثاقل الأعباء عليه ويبقى خاملا، طول اليوم ولا يؤدي أي نشاط سوى مشاهدة التلفزيون، حتى تأدية الصلاة

¹ - بيار داكون، " التعب والكآبة الخجل "، دار التربية، 1988، ص: 45.

² - Ey (Henri) Manuel de psychiatrie, Edition Masson, Paris, 2000, P:95.

³ - إبراهيم عبد الستار، " الإكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه "، مرجع سبق ذكره، ص: 22.

التي يكتسي فيها طابع الاستمرار لما ترمز إليه من الناحية الدينية والعقائدية ينقطع عنها ويستسلم إلى الرقود.

ب- الجانب العضوي:

- الشكاوي الجسمية والآلام العضوية: غالبا ما يكون الإكتئاب مقنعا في شكل شكاوي دالة على سرعة التعب والإرهاق، فضلا عن أوجاع الرأس، إرتفاع ضغط الدم وآلام الرقبة والظهر وكل أنحاء الجسم دون أن يكن هناك سببا عضويا واضحا.

- اضطرابات النوم: أو ما يعرف بالأرق، ويشمل كل الاضطرابات التي تمس النوم بما فيها الاستيقاظ المبكر، عدم القدرة على مواصلة النوم، النوم المتقطع أو صعوبة الإستيقاظ في الصباح.

- اضطرابات الشهية: وتتمثل في التغيرات التي تحدث على مستوى شهية الفرد كفقدان الشهية الذي يترتب عنه الانقطاع عن الطعام ومن ثمة تظهر على الفرد النحافة، أو الإفراط في الأكل ويترتب عنه زيادة في الوزن.

- الآلام الخاصة بالمعدة وكثرة تقلصاتها دون وجود سبب عضوي (1).

2- الأعراض التي تدل على اضطراب مستوى المزاج:

يشعر الشخص بتزايد تدريجيا في شدة الحزن، وكأن الشخص يرتدي قناعا حزين ومصدر هذا الحزن كما إتفقت معظم التفسيرات النفسية والاجتماعية أساسه فقدان ومع كل تجربة فقدان جديدة يتولد المزيد من الحزن، أي أن مريض الإكتئاب تنحصر حساسيته في خبرات فقدان والخسارة اللذين يلعبان دور مفتاح الحزن والتبذل.

إن المكتئب له ميل إلى إستخلاص الأشياء التي توحى بالخسارة والفقد ويتغافل عن الأشياء الأخرى التي تؤدي إلى الاكتساب، هذا هو التجريد الانتقائي Abstraction Sélective الذي يجعل المريض فيفرط في تفسير الأحداث اليومية كدلائل فقدان ويهمل أو يغفل عن التأويلات الأكثر إيجابية، وبنفس النمط المعرفي المشوه

¹ - إبراهيم عبد الستار، نفس المرجع السابق، ص: 24.

" الإنتقاء السلبي " يتذكر تجاربه الماضية، فيفرط في تذكر خبراته الماضية الأليمة، ويترك الخبرات الايجابية والسعيدة لا يتكلم عنها حتى يسأل عنها (1).

إذن الحزن هو النتيجة العادية للفقدان، غير أن الانسحاب السلبي الذي يظهر عند بعض المكتئبين، قد يؤدي بهم إلى حالة إنفعالية مختلفة، وهي التبلد Apathy وغالبا ما يفسرها المكتئب على أنه غير قادر على الانفعال فهو ميت داخليا (2).

إن تراكم الحزن يتطور إلى السوداوية وهو حزن عميق ودائم ولا يمكن تبريره ويسري على كافة الأشياء، ولنذكر الوصف الرائع الذي قدمه **جي - سوتر** الطبيب النفسي الشهير لحالة السوداوي " يتوافق حديث السوداوي مع مظهره الخارجي، ويعد كل شيء بالنسبة له مدعاة حزن، كما يضخم الأحداث المشؤومة بشكل غير معقول، أو حتى الأحداث السعيدة قد تكون في بعض الأحيان حجة للحزن ويذهب تشاؤمه إلى الأشياء كافة بطريقة غير منطقية وغير متوقعة ".

نتيجة لهذه السوداوية يكره المكتئب الحياة، فيصبح كل شيء بالنسبة إليه عديم القيمة، فيبتسم باللامبالاة ونتيجة لذلك يلوم نفسه على هذه اللامبالاة وغالبا ما تسطير عليه أفكار معينة، حيث تهيمن عليه مشاعر قاسية من إتهام الذات والندم والشعور بالذنب وبتهم نفسه بإرتكاب أسوأ الأفعال، ويتوجه نشاطه المعرفي نحو أفكار الشعور بالذنب وتقوده في بعض الأحيان إلى الإجتزار الذي يوصله إلى الجمود الكامل وإلى الامتناع عن الطعام، وبما أنه مثقل بمشاعر الندم فإنه يعاقب نفسه بعقوبات قد تصل إلى الاجتزار (3).

وباختصار فإن السوداوية تبطئ النشاط البدني والذهني وتدفع إلى اللاحرك الكامل. كما يمكن أن يصاب المكتئب (الاكتئابي الثنائي) بتهيج، يجعله في تحرك مستمر ونشاط حركي دائم، فهو يناضل لكي يجد مخرجا من مأزقه وكلما فقد سيطرته على موقف ما اندفع في نشاط حركي عدواني.

3- الأعراض التي تدل على اضطراب المستوى المعرفي:

¹ - آرون بيك، مرجع سبق ذكره، ص: 133.

² - هنري شاربول، نفس المرجع السابق، ص: 13.

³ - هنري شاربول، نفس المرجع السابق، ص: 54.

عندما يفكر المكتئب في المصائب التي ألمت به (إنفصال رفض، هزيمة، خيبة أمل) فإنه يبدأ في تقييم ذاته في ضوء هذه الخبرات، فينسب عسره إلى نقص في اعتبار ذاته ويميل إلى تضخيم هذا النقص، فيكون مفهومًا سلبيًا لذاته ويعتبره مستديم فيه. فلا أحد يستطيع أن يرد له موهبة فقدتها أو ميزة خبت فيه، بل نظرته التشاؤمية تؤدي إلى توقع أن نقصه سوف يتفاقم باستمرار، ويميل هذا التوقع إلى التطرف والإفراط في التعميم حيث يعتبر المكتئب المستقبل إمتدادًا للحاضر وبما أن الحاضر يصطبغ بالحرمان والفقدان فإن المستقبل يتسم كذلك بهما. ونجد هذا التشاؤم في عبارات المكتئبين، لا يتوقف هذا التشاؤم عند المستقبل بل يسري مسرى كل رغبة ونشاط ينوي المكتئب القيام به، فيتوقع الفشل من أي مهمة سوف يقوم بها ويتغاضى عن خبراته الناجحة، ويميل لأن يفكر بحدود طاقته وهذا ما يزيد في حزنه، ويفقد التلقائية وتتجم الرغبات التجنبية والانتحارية من طريقته في تقييم حياته بصفة عامة ويؤدي به إلى اليأس إلى فقد الدافعية.

إن المظاهر السلوكية للإكتئاب كالخمول، التعب، التهيج هي نتائج للمحتوى المعرفي السلبي (الثلاثي المعرفي: النظرة السلبية للذات، المحيط والمستقبل).

فالخمول والسلبية هما تعبير عن فقد المريض للدافعية التلقائية والتعب السريع مصدره التوقع الدائم (التشاؤم للنتائج السلبية لأي عمل في الحاضر والمستقبل). أما الأعراض الأعاشية للإكتئاب، مثل زيادة أو نقص الشهية، اضطرابات النوم، فكلها مصاحبات فسيولوجية للاضطراب السيكلوجي الخاص بالإكتئاب.

ونستطيع أن نفسر التدهور المطرد لمرض الإكتئاب وفقًا لنموذج التغذية الرجعية (المرتجعة) Feed Back تحت تأثير اتجاهات المكتئب السلبية، يقوم بتفسير إحساسه بالفقد وأعراضه الجسمية تفسيرًا سلبيًا، ويستنتج أنه به نقص لا يشفى، هذا الاستنتاج يدعم التوقعات السلبية عند المكتئب والصورة السلبية لذاته، فيؤدي به إلى مزيد من الحزن، فيضطر إلى تجنب مطالب محيطه والتزاماته، وهكذا تتشأ الحلقة المفرغة التي تؤدي إلى استمرار الإكتئاب وتطوره (1).

¹ - آرون بيك، مرجع سبق ذكره، ص: 130-143.

الفصل الثالث

النماذج النظرية التي فسرت الاكتئاب

- أسباب الاكتئاب
- النموذج العضوي
- النموذج التحليلي
- النموذج السلوكي
- النموذج المعرفي

مقدمة:

لم يعد الاكتئاب مجرد اضطراب وظيفي للشخصية مثل بقية الاضطرابات النفسية وإنما بات يشكل وباء منتشر في جميع المجتمعات، فقد أظهرت منظمة الصحة العالمية في دراساتها المسحية للاكتئاب في العالم، أن هناك على الأقل أكثر من 100 مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وأن هؤلاء المائة مليون يؤثرون تأثيرات سلبية - خلال مرضهم - في ما يعادل ثلاثة أضعاف هذا العدد من الآخرين (إبراهيم عبد الستار 1998، ص 32).

وهذا العدد تقدير، فهو يمثل فقط الحالات المرضية التي طلبت التكفل النفسي والعلاج، إذ من المؤكد أن هناك حالات أخرى مماثلة أو أعداد معتبرة، تفوق الإحصائيات الرسمية من ذلك بكثير، إذ تعاني من هذه الاضطرابات دون وعي منها، أو دون الإفصاح عن ذلك وطلب المساعدة والعلاج، ذلك أنه يوجد أكثر من دليل علمي وعملي يدل على شيوع هذا المرض، باعتباره مآل لجل الاضطرابات العصابية والشخصيات المرضية، وعلى خطورته لارتباطه والأمراض العضوية المزمنة والإعاقات.

ومن ثم فإن ارتفاع معدلات الاكتئاب يعد عاملاً مثيراً للقلق، وقد يشير، من الناحية العلمية والعيادية إلى صعوبة تحديد سببته المرضية ومحدودية فعالية أساليب علاجه وطرق الوقاية من ترسيبه وانتكاسه.

ويتجلى ذلك في تعدد الاتجاهات والنظريات المفسرة لأسباب حدوثه واختلافاتها، على مستوى التنظير أو الممارسة.

أما تعريفه من وجهة نظر إكلينيكية فإن اكتئاب هو زملاّت عرضية إكلينيكية تتكون من انخفاض طبيعة الحالة النفسية وغالبا ما يصاحبها انخفاض في الحركة والنشاط، وصعوبة في التفكير والتركيز، والشكوى من التعب، فقدان الطاقة، مشاعر اللامبالاة، والإحساس بالذنب، وتحتوي الأعراض البيولوجية للاكتئاب على اضطراب في النوم والمزاجية وفقدان الشهية والوزن والإمساك (رياض سعد، 2003، ص 10).

ولا شك أن تناول الذي أولى اهتماما خاصا بهذا الاضطراب دراسة ومعالجة، هو الاتجاه المعرفي بمختلف نظرياته ونماذجه التي تكاد تجمع أن الاختلال الوظيفي لعمليات المعرفية يسبب حدوث الاكتئاب، فحسب بيك Beck فإن مصدر الاكتئاب يعود إلى تشكيلة نفسية التي توجه معالجة الانبئات وتكون مختزنة في الذاكرة بعيدة المدى ويكون

محتوى هذه البنية المعرفية سلبي لدى المكتئب ويرتبط بمفاهيم كال فقدان، وقد تأخذ شكل تشويهاة معرفية سلبية حول الذات، العالم والمستقبل (In Sammuel – Lajeunesse et al , 1998, P : 163)

ومن جهة أخرى فقد إرتبط الاكتئاب من حيث السببية والأعراض بالشعور بالعجز وفقدان التحكم المدرك، إذ أشار شمالي Schamele (1958) وأنجيل Engel (1968) إلى أن الشعور بالعجز تجعل الفرد أكثر عرضة للاكتئاب وأيضاً للمرض والموت.

كما ذهب بيترسون Peterson (1979) إلى أن الناس يصابون بالاكتئاب إذ أدركوا أنهم عاجزون عن التحكم في الأشياء، أي أنهم لا يستطيعون أن يحققوا أهدافاً مرغوبة، أو أن يتجنبوا وقوع أحداث غير مرغوبة (في: الفرحاتي السيد، 2004، ص177).

هذا وتأخذ ذات المشكلة الصحية أبعاداً أخرى في المجتمع الجزائري لم يدرك بعد حجم تأثيراتها وتداعياتها السلبية بدقة ووضوح، مقارنة بالمجتمعات المصنعة، نظراً لطابعها المستتر في الذبوع والإنتشار والتأثير، لكن قد لا يحتاج المختص أو الباحث إلى الاستعانة بوسائل وتقنيات فحص وتشخيص مباشرة، أو إجراء أو الإطلاع على دراسة مسحية وبائية في هذا الشأن، للتحقق من إرتفاع درجة تواتر الاكتئاب ونسبة مرضيته وخطورته، بل قد يكفي فقط ببعض مؤشرات تدله على ذلك إستناداً إلى:

- التزايد المذهل لمعدلات الأمراض العضوية المزمنة كالسرطان وارتفاع ضغط الدم، وهي الأمراض ذات الخلفية المرضية للاكتئاب.

- تقاوم ظاهرة الانتحار الذي يشكل التعبير الأكثر دلالة على شدة اليأس وحدة درجة الاكتئاب.

- نوعية الأزمات والأحداث الصادمة وتعددتها التي تعرض ويتعرض لها أفراد المجتمع الجزائري.

- ملاحظة مظاهر الحزن، الإحباط، التشاؤم، السخط وعدم الرضا التي تتمظهر في أشكال الاتصال اللفظي وغير اللفظي، وكذلك مظاهر العجز المكتسب واللافعالية وفقدان الطاقة والتعب العصبي والتردد، التي تطبع سلوكيات شريحة واسعة من الأفراد في مجال الدراسة وعالم الشغل والنشاط اليومي، فهذه كلها دلائل ومؤشرات تعكس الجانب الوبائي الكامن والمتخفي لهذا الاضطراب المستتر في ظل مجتمع شبه مغلق حيث محدودية الثقافة

وسيادة ذهنية التكنم والكبت والإنكار والتمويه وقلة هياكل التكفل. وهذا على نقيض ما هو ظاهر ومنتشر ومعترف به في المجتمعات المصنعة.

إذ أن من الواضح، كما يقول روبنشتاين Rubinstein (1999) أن الأعراض النفسية للتناذرات الاكتئابية المتواترة بكثرة في مجتمعاتنا (المصنعة) لا تدعو نادرا إلى الالتباس حيث تقود العملاء إلى طلب المساعدة، ولما نتحدث عن الاكتئاب أو حالة إكتئابية، أو إكتئاب عصبي، فهذه المفاهيم أصبحت جد منتشرة، متداولة ومفهومة في الممارسة الطبية اليومية، كما هي كذلك لدى المرض أو الجمهور العام، أو وسائل الإعلام، وحتى في الإعلانات (Rubinstein, 1999, P9).

ويبدو أن هذه البيانات لا تمس فقط مجال الوعي بهذا الاضطراب وأنماط تعبيراته وتناذره، وإنما قد تمتد إلى ما هو أعمق من حيث سببته المرضية، فإذا كان الاتجاه المعرفي يفترض على أن أنماط التفكير الخاطئة وتشويهات واختلال العمليات المعرفية ومنها ضعف التحكم المدرك تساهم في نشوء الاكتئاب، خاصة العصابي والتفاعلي منه، في المجتمعات المصنعة التي أجريت فيها هذه الدراسات والملاحظات العيادية، فإنه من وجهة نظر الاتجاه الايكولوجي Ecological Approach يعد النظام المبكر Macro System الذي يمثل الإطار الاجتماعي الثقافي العام الحاكم في المجتمع، وعلى وجه الخصوص الخصائص الثقافية العامة، هو الذي يوجه المعرفة والتفكير والسلوك في أطره تنمو الشخصية بسوائها وإضطراباتها، لذلك من الطبيعي أن تعمل بعض الاختلالات في المنظومة الثقافية للمجتمع الجزائري على تشكيل أنماط من التفكير الخاطئة أو تشوه التفكير العقلاني، ومن ثم قد تنجر عن التباينات الثقافية تباينات في التفكير ومرضياته. إذ يكفي، كما يقول حجازي مصطفى (2004) إجراء مقارنة سريعة بين المجتمعات الصناعية الغربية والمجتمعات الشرقية التقليدية على صعيد النظام المبكر، فهناك الاغتراب والآفات الاجتماعية من مخدرات وطلاق وانحسار دور الأسرة والعلاقات بين الآباء والأبناء، وتغشي المشكلات العاطفية والجنسية، كلها تمثل الوجه الآخر السلبي لتوجه هذه المجتمعات التقليدية .

إن نظم الانتماء والضوابط الاجتماعية المتشددة وجمود المرتببة ومقاومة المبادرة والاستقلال كلها قد توفر الإحساس بالأمان، وتمارس ضوابط على السلوك إلا أنها قد تشل النماء ومقاومة المبادرة والاستقلال كلها قد توفر الإحساس بالأمان، وتمارس ضوابط على

السلوك إلا أنها قد تشمل النماء والمبادرات والانطلاق وتبقى الأفراد في حالة من التبعية الطفلية (حجازي مصطفى، 2004، ص 110).

1- النماذج النظرية التي فسرت الاكتئاب:

1-1- أسباب الاكتئاب:

رغم البحوث التي أجريت على الاكتئاب، والتي هدفت إلى التعرف على أسبابه فإن مسببات المتلازمة مازال يشوبها الغموض ويحيط بها (1) ومع ذلك فإن هناك نظريات اليوم في علم النفس فسرت الاكتئاب وغاصت في عوامل نشأته. وما توصلت إليه كل نظرية في هذا المجال نشط ووضع الخطط العلاجية لعلاج الاكتئاب (2).

من المعروف أن الاكتئاب مثله مثل معظم الأمراض النفسية له مصادر مختلفة منها العوامل البيولوجية (الكيميائية والوراثية) والتي تتضمن الاستعدادات العضوية والتي تصدرها الوراثة، وطبيعة بناء الجهاز العصبي ووظائفه، ثم القاعدة الكيميائية المتواجدة بالمخ وتغيراتها الحيوية والتوازن أو عدم التوازن الهرموني.

أما المصدر الآخر يتعلق بالتعلم الاجتماعي وما يؤدي إليه من إكساب أنماط شخصية خاصة تتحو نحو الصحة أو المرض.

كما يوجد مصدر آخر من مصادر الاكتئاب والذي يتعلق بالضغوط والأزمات البيئية وأحداث الحياة اليومية وما يترتب عنها من إحساس بالمعاناة واكتساب اليأس من أي فقدان. أن المفهوم النظري لأسباب المتلازمة الاكتئابية يفترض أن كل متلازمة يلعب فيها دورا كل من تركيب المريض، العوامل الثقافية الاجتماعية والعامل الوراثي وذلك بنسبة متباينة وهذه العوامل برمتها تتسم بتفاعلات تبادلية تكمل بعضها البعض وأحسن مثال نضربه هنا هو: نوعين من أنواع الاكتئاب الارتكاسي (Dépression réactive) والاكتئاب الداخلي المنشأ إن السبب الرئيسي للاكتئاب الأول هو الأزمات البيئية (حروب، الكوارث الطبيعية....)، وأحداث الحياة، أي أسباب خارجية تتمثل في الأمراض المستعصية الطلاق، الهجرة، الانفصال عن الأحبة بالموت أو الفراق، كلها عوامل تفجر النوبة الاكتئابية وتكون

¹ - محمد حمدي الحجار، فن العلاج في الطب السلوكي، بيروت، 1990، ص: 90.

² - إبراهيم بد الستار، "الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه"، دار المعرفة، 1998، ص 90.

ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب بالمقابل فإن الاكتئاب الداخلي المنشأ، تلعب فيه العوامل التركيبية الدور الأساسي في ظهوره بينما تلعب العوامل الخارجية دورا ثانويا ضعيفا فيه. سوف نتطرق في هذا الفصل إلى التفسيرات المقدمة من طرف المدارس الأساسية في علم النفس لظاهرة الاكتئاب وسوف ندرج في هذا الشأن تفسيرات الاكتئاب الخاصة بالنماذج الأساسية الأربعة وهي النموذج العضوي، النموذج التحليلي، النموذج السلوكي والنموذج المعرفي.

1-2- النموذج العضوي:

يعتبر الجهاز العصبي وخاصة الدماغ، مركز الحركة والشعور الانفعالات والتفكير، وهو أيضا مركز الاكتئاب والهوس، وكانت هناك ملاحظات عديدة حول الاكتئاب والهوس في مجال النروسيكاتيرية La neuropsychiatrie بحيث وجد أنهما يمكن أن ينتجان عن الجراحة العصبية التي تترك أثر لوجود خلل على مستوى المنطقة الثالثة للبطين، كما يمكن أن يظهر الاكتئاب نتيجة اضطراب آمينات وذلك في السيروتونين على مستوى المشابك. تتعرض في هذا النموذج إلى كل التفسيرات المتعلقة بالجانب الوراثي، الجانب الكيميائي والجانب الهرموني في علاقتها بظهور الاكتئاب (1).

1-3- العامل الوراثي:

يلخص " عكاشة " نتائج سبع محاضرات، أقيمت في مختلف أنحاء العالم، حيث وصلت نسبة الإصابة بالاكتئاب عند التوائم المتشابهة إلى 68% أما التوائم الغير متشابهة وصلت النسبة إلى 23% (2).

ومن خلال دراسة أقيمت على مجموعة من التوائم منها توائم حقيقية وتوائم غير حقيقية Dyzygotes، ويفترض نفس العوامل التابعة للمحيط الاجتماعي ونفس التربية، ويتقاسمان نفس نمط الحياة، فعندما يصاب أحد التوائم بحالة إكتئاب فإن احتمال إصابة التوأم الثاني يكون 50 % إلى 100%.

وبالتالي يتعين لنا أن العامل الوراثي لا يكفي لتفسير الاكتئاب ويبقى فقط كعامل مهني للإكتئاب (3).

¹ - Dumas, C, les maladies de L'affectivité, Précis pratique de la psychiatrie, Paris, 1970, P : 269-284.

² - محمد عكاشة، " الطب المعاصر "، مطبعة الأنجلو، القاهرة، 1969، ص: 246.

³ - Widlocher, Daniel, Les logiques de la dépression, Ed, Fayard, 1983, P : 176.

إن مراجعة شابرول لثمانية دراسات قام بها برلتسن (1979) أدت إلى النتائج التالية:
ففي مجموعة من التوائم الحقيقية وغير الحقيقية أين يكون أحدهما مصابا بمرض الاكتئاب
وجد أن نسبة التطابق الدقيق لإضطرابات المزاج كانت 59% لدى التوائم الحقيقية و18%
للتوائم غير الحقيقية وفي دراسة أخرى قام بها تسانغ (1978) على توائم حقيقية (من بويضة
واحدة عاشوا منفصلين في بيئات مختلفة وجد نسبة الطابق تعدد 67% مقابل 76% بالنسبة
للتوائم التي عاشت معا في نفس البيئة. وفي دراسة لـ مندلويز و رينر (1977) للبحث في
التأثير الوراثي والعوامل البيئية والاجتماعية والعائلية.

لقد بينت هذه الدراسات عن العائلات البيولوجية وعن العائلات التبني لـ 29 مصاب
بالاكتئاب الثنائي ولـ 20 شخص عايد متبنين، سيطرة إضطرابات المزاج
بنسبة 31% عند العائلات البيولوجية للأفراد الثنائيين مقابل 2% للعائلات البيولوجية المتبنية
للأشخاص العاديين و12% لدى العائلات المتبنية للثنائيين و 10% لدى الأشخاص
العاديين.

وفي دراسة لـ وندر (1986) بينت غلبة الإكتئاب الأحادي بين الأهل البيولوجيين لـ
27 شخصا أحاديا كانت أعلى بـ 8 مرات من النسبة الموجودة عند الأهل المتبنين ومن
لأهل البيولوجيين والمتبنين للأشخاص الأسوياء من المجموعة الضابطة تبين هذه الدراسات
للتوائم والأفراد العاديين مساهمة بيولوجية ملموسة في إضطرابات المزاج⁽¹⁾.

1-4- العوامل الكيميائية الحيوية:

فسر ظهور الاكتئاب عن طريق حدوث تغيرات كيميائية بالمخ، حيث إكتشف بحثه
في النوروفيلوجيا والطب الصيدلاني وهم تشلدكرو (1970) Shidkrut و ساشار وآخرون
(1972) Sachar وكوبان (1972) Coppen وجود إضطرابات في كمية الأمينات الدماغية:
كاتيكولامين و سيروتونين Catécolamine, Sérotonine عند الأفراد الذين يشتكون الإكتئاب
الداخلي⁽²⁾.

كما وجد نص الموضلات الكيميائية من نوع مونوأمينز (Mono-amines) يؤدي إلى
نقص التنبيه المخي وضعف الانسجام النفسي والشعور بالاكتئاب واتضحت للباحثين هذه

¹ - هنري شابرول، الاكتئاب والمراقبة، عويدات للنشر والطباعة، ص ص: 49-50.

² - A Douceur, A (sans date de patrution), Principe et application des thérapie comportementales, édition Maloine, Paris, P : 300.

العلاقة من خلال دراسة العلاقة بين بعض الأدوية المعالجة لارتفاع ضغط الدم والإصابة بالإكتئاب، فوجد أن من بين بعض المرضى بارتفاع ضغط الدم المعالجين بالأدوية المناسبة لتخفيف الضغط يصابون بالإكتئاب نظراً لأن الأدوية الموصوفة لهم تقلل من الإمينات الدماغية من نوع أحادي أمينز (Mono-amines) على مستوى المشابك العصبية (Synapse).

ويرى كرين (1975) Kraines أن النتائج العلاجية المستمرة بالأدوية المضادة للإكتئاب والصدمة الكهربائية وأيضاً تأثير الأدوية للأمينات الدماغية مثل أزربين وألفامثيل دوبا، وحاصرات مستقبلات بيتا Beta Bloquants وغيرها كلها أحسن مؤكداً على دور العوامل الكيميائية الحيوية في حدوث متلازمة الإكتئاب.

كما دلت التقنيات الدوائية العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تصنيع الأمينات الدماغية ومستوياتها واستقلاباتها (دوبامين، سيروتونين، نورادينالين، أحادي أمين أكسيداز)، أي مواد النقل العصبي في مناطق الإشتباك الخاصة بالخلايا العصبية هذه التغيرات يفترض أن تلعب دوراً هاماً في حدوث الإكتئاب.

ويمكن إكتشاف هذه التغيرات الآمينية من خلال تحليل مستقبلاتها في البول والدم وفي السائل الشوكي⁽¹⁾.

1- مرض أديسون (Addison's disease)

عندما يقل إفراز هرمون الكورتيزون من الغدة الكظرية، يصاب الفرد بمرض أديسون ومن أعراضه فقدان الشهية نقص الحيوية والنشاط نقص الوزن والتعب السريع هذا ما يعطي صورة متشابهة لحالات الإكتئاب.

¹ - محمد حمدي الحجار، "فن العلاج في الطب السلوكي"، مرجع سبق ذكره، ص: 85.

2- ضعف الغدة الدرقية (Hypothyroidies):

عندما يقل إفراز التيروكسين من الغدة الدرقية تتأثر حالة المزاج ويشعر الفرد بالإكتئاب الشديد وتعتبر هذه الحالة من أكثر الإضطرابات الهرمونية التي تتشابه بالإكتئاب في بداية المرض لكن التشخيص الفارقي بين ضعف الغدة الدرقية والإكتئاب يظهر في علامات مميزة مثل شعور المريض بالبرودة ويظهر إنتفاخ القدمين كما يصبح الجلد سميكاً بلون يميل للإصفرار ويصبح الصوت غليظاً⁽¹⁾.

3- ضعف الغدة النخامية Hypopituitarism:

من المعروف أن هرمون الغدة النخامية، يؤثر على الغدد الصماء الأخرى ويساعدها على إفراز هرمون الغدة النخامية ينعكس هذا الضعف على إنتاج الهرمونات الأخرى، فتكون هي الأخرى ضعيفة في إفرازاتها وتتميز هذه الحالة أعراض تجمع ما بين أعراض مرض أديسون وضعف نشاط الغدة الدرقية، زيادة على أعراض أخرى نجملها في إنقطاع الحيض والإصابة بالعقم ومن ثم يصاب الفرد في هذه الحالة بالإكتئاب⁽²⁾.

4- متلازمة كوشنج Cushing's Syndrome:

يصاب الفرد بمتلازمة كوشنج في حالتين:

الأولى: عندما يزداد إفراز هرمون الكورتيزون من الغدة الكظرية، والثانية عندما يتلقى الفرد علاجاً من الكورتيزون الخارجي بكميات كبيرة ولمدة طويلة ومن الأعراض المميزة لهذا المرض: إنتفاخ الوجه والجسم بينما تبقى الأطراف نحيفة، وقد يصاب المريض بمرض السكر أو ارتفاع ضغط الدم ويشعر المريض بأن قواه منهكة وبالتعب السريع والمزاج المكتئب⁽³⁾.

5- زيادة نشاط الغدة جار الدرقية Thyroïdisme:

يوجد بجوار الغدة الدرقية، غدة صغيرة ويؤدي زيادة إفرازها إلى زيادة كمية الكالسيوم في الجسم الذي يكون مصدره من الطعام، ويتميز هذا المرض في بدايته بعسر الهضم والإكتئاب، ثم تظهر صورته العيادية فيلاحظ أن المريض يصاب بكسور بسبب إصابات

¹ - إبراهيم عبد الستار، نفس المرجع السابق، ص: 12.

² - نفس المرجع السابق، ص: 41.

³ - نفس المرجع السابق، ص: 12.

بسيطة كما يصاب بحصوات الكلى بسبب ترسم الكالسيوم بالكلى من جراء زيادة مستواه بالدم (1).

إن نظرة النموذج العضوي لنشأة الإكتئاب ماهي إلا مقتضية. لأن الإكتئاب الذي يصاب به الإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية زادت بها الآمينات الدماغية أو انخفضت أنه ليس عبارة عن مرض ينتقل وراثيا منقولا عن الجينات من الآباء إلى الأبناء أو ليس عبارة عن اختلالات عصبية وتلف في أجهزتها فقط بل أن الإنسان بطبيعته كائن حي يعيش وسط بيئته الاجتماعية حتما سوف يتعرض في هذه الحياة إلى مواقف تعلم وربما يكون محل تعلم خاطئ ؟ أو ربما يكون عرضة للأفكار الانهزامية والسلبية اتجاه نفسه واتجاه العالم الذي من حوله ؟ زيادة على هذا وذاك فربما تكون لديه القدرة أيضا على تصحيح هذه الأفكار ؟ وحين يكتشف مواطن الأخطاء في تفكيره يستطيع تصحيحها هذا ما يجعل حياته تملئ بالرضا ويشعر بتحقيق ذاته.

1-3- النموذج التحليلي:

توضح النظرية التحليلية أن الظواهر الشعورية لا تمثل إلا جزءا ضعيفا من مجموع الحياة النفسية، وإن تأثير الظواهر اللاشعورية على السلوك الإنساني أكبر من تأثير الظواهر الشعورية عليه فقد سلم " فرويد " مؤسس نموذج التحليل النفسي بإنقسام البناء النفسي إلى الهو الأنا والأنا الأعلى.

ويشمل الهو على ثلاثة عناصر هي كالتالي:

- 1- طبقة جيوية تصدر عنه الدوافع اللبيدية والعدوانية ترتبط بالأنا دون قيد.
- 2- دوافع مكبوتة منعها الكبت من الإفصاح عن نفسها.
- 3- الجزء ا للاشعوري من الأنا الأعلى (3) أما الأنا فهو تنظيم خاص فيتوسط الهو والعالم الخارجي فيقول عنه " فرويد " الأنا يحوي الشعور ويسيطر على الحركة أي تصريف الإثارة في العالم الخارجي وهذا النسق النفسي هو المتحكم في كافة العمليات المقومة للنفس حيث يقوم بحفظ الذات ويقوم بتعديل العالم الخارجي تعديلا يعود عليه بالنفع ومن وظائف

¹ - محمد حمدي الحجار ، نفس المرجع السابق، ص: 62.

الأنا الرئيسية التوسط بين مطالب ألهو ومطالب البيئة الواقعية وكراسب من الرواسب الطفولية تتكون في الأنا منظمة خاصة يمتد فيها تأثير الوالدين.

وهذا ما يطلق عليه الأنا الأعلى وهو قسم خاص من الأنا جزء من النفس يحتوي على الخير والشر الحضارية الذي ينقلها الراشد إلى الطفل في بيئته بقدر ما ينفصل الأنا الأعلى عن الأنا أو يعارضه فهو يكون قوة ثالثة، ينبغي على الأنا أن يعمل لها حساب ويمكن تفهم تفاصيل العلاقة بين الأنا والأنا الأعلى بالرجوع إلى علاقة الطفل بوالديه ومن يحيطون به (المجتمع) ومن خلال المجتمع القريب من الطفل يظهر التأثير المتأصل للتقاليد العائلية والثقافية الاجتماعية. وعلى الرغم من الاختلاف الأساسي بين ألهو والأنا الأعلى إلا أنهما يتفقان في أنهما يمثلان الماضي فالهو يمثل الآثار الوراثية ويمثل الأنا الأعلى في جوهره ما أخذ عن الآخرين.

أما الأنا فمحدد في المقام الأول بما يخبره بالذات أي الأحداث العرضية الفصلية هذا هو التخطيط العام للجهاز النفسي كما يصفه عميد التحليل النفسي "سيجموند فرويد" (1) الذي كان السبب الأول في بروز نظرية التحليل النفسي إلى الوجود والتي تعتبر من أولى النظريات التي إهتمت بتفسير الإكتئاب حيث قدم " فرويد " تفسيراً للإكتئاب عندما لاحظ أن هناك تشابه كبير بين الحداد والميلانخوليا وكلاهما والأنشطة، ولكن تعذر القيام بعمل الحداد ينشط الأعراض الإكتئابية المرضية ولكن في الإكتئاب على خلاف الحداد نجد المشاعر تتضمن تقديراً منخفضاً للذات ورغبة في عقابها (2).

ويرى " فرويد " في الحزن (الحزن والميلانخوليا) بأن فقدان وخسارة موضوع الحب أو الانفصال عنه سواء كان شخصاً أو رمزا يؤدي إلى حالة من الحزن والحداد، وعندما يكتشف الأنا أن الحبيب (موضوع الحب) قد إنتهى من الوجود شعر بالحزن والإكتئاب ويشير فينخل (Finichel) أن أفكار فرويد تعني أن الشخص المفقود، خاصة إذا كان يمثل الأنا الأعلى الذي يعادل سلطة الضمير الاجتماعي والأخلاقي فإذا كان هذا الأنا الأعلى عدواني فالأنا يقوم بتحويل الكراهية إلى ذاته ويرغب في تحطيم ذاته (3).

¹ - سيجموند فرويد، " الموجز في التحليل النفسي "، مكتبة الأسرة، القاهرة، 2000، ص: 28.
² - حسن إبراهيم عبد اللطيف، " الإكتئاب النفسي، دراسة للفروق بين حضارتين وبين جنسين "، دراسات نفسية، المجلد 7، العدد 1، 1997 ص: 50.
³ - سلوى عبد الباقي، الإكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، العدد 2، ص: 440.

إن الدراسات التحليلية ترى في الحالة الإكتئابية " وضعية فقدان موضوع الحب " التي تثير نكوص من مرحلة اختيار الموضوع إلى مرحلة تقمص الأنا مع الموضوع المفقود بين العلاقة بين الفاقد (الفرد) والمفقود (الموضوع) تبني على نموذج نرجس وازدواجي⁽¹⁾. وحسب نظرة آرون بيك لنشأة الاضطراب الانفعالي حسب النموذج التحليلي فيمكن كالاتي:

أن النموذج التحليلي يرى أن هناك مثير أو حدثا يثير رغبة أو دفعة لا شعورية، وبما أن هذه الرغبة غير مقبولة من جانب الفرد فإن بداية خروجها إلى الشعور تشكل تهديدا وما لم يستطيع الفرد تجاوز هذه الرغبة المحرمة باستخدام ميكانيزم دفاعي فإنه يشعر بالقلق والذنب، وعلى سبيل المثال يرى " فرويد " من عقدة أوديب أن الطفل (الولد) يستجيب عندما يرى أمه برغبة جنسية لا شعورية نحوها فإذا هددت هذه الرغبة اللاشعورية بالاندفاع إلى حيز الشعور وإقتحامه فإن الولد لا يشعر بقلق يرده إلى الخوف من عقاب غريمه الأب⁽²⁾. أما المدارس المنشقة من التحليل النفسي أو ما يسمى بالتيار التحليلي الجديد ترى أن الأحداث الصدمية التي يتعرض لها الفرد في السنوات المبكرة من عمره قد تجعله مستهدف للإصابة بالإكتئاب إذا واجهته ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فينهار وتظهر عليه أعراض الإكتئاب.

ترجع ميلاني كلاين (1940-1943) Melanie Klein إحياء الوضعية الإكتئابية الطفلية عند الفرد الذي لا يستطيع أن يشعر بالأمان في عامله الداخلي، حيث أن الطفل يمر عادة في حوالي أربعة أشهر الأولى من عمره بالمرحلة الإكتئابية، أساسها الخوف من فقدان الموضوع الطيب المتمثل في الأم.

إن الوضعية التي يعيش فيها الطفل هي التي تحدد فيها بعد إكتنابيه أو عدمه. ويؤكد بالمر Palmer أن فقدان الوالدين أو أحدهما أو مجرد غيابهما لفترة طويلة يولد عن الطفل عاطفة الكره والإكتئاب، ويؤدي هذا الغياب أيضا إلى عدم نضج الطفل وشعوره بالقلق⁽³⁾.

¹ - A.Douceur, op.cit, P : 300.

² - آرون بيك، مرجع سبق ذكره، ص: 67.

³ - سلوى عبد الباقي، مرجع سبق ذكره، ص: 400.

نستنتج أن النموذج التحليل النفسي الأصيل أو المنشق يرى في الإكتئاب فقدان موضوع الحب أو فقدان الشعور بالأمان الداخلي ما يثير فيه فيما بعد عن طريق لا شعوره حالة إنفعالية غير سوية تدعى الإكتئاب.

إن التحليل النفسي جعل الإنسان رهين نزوات عمياء، لذا وجهت عدة إنتقادات حادة له.

فمنهم من يرى أن المفاهيم التي إبتكرها " فرويد " (أب التحليل النفسي) أو المنشقون عنه لوصف وتفسير الأمراض النفسية بصفة عامة تتصف بالعمومية و الإتساع فهي عامة فضفاضة⁽¹⁾.

إن الغرائز التي كان يعتبرها " فرويد " مصدر للسلوك المرضي، أدّت إلى جعل المشكلة النفسية مجردة من أساسها النفسي وأصبحت حبيسة قوى لا يتحكم فيها الفرد حيث يقول أيزنك Eysenk في هذا الإطار " لقد أصبح لدينا بدلا من الشياطين والعفاريت مركبات أوديب وأليكترا⁽²⁾ .

لاحظنا أن فرويد تجاهل دور التعلم والخبرة في توجيه سلوك الفرد نحو الصحة أو المرض.

1-4- النموذج السلوكي:

انبثقت المدرسة السلوكية في القرن التاسع عشر، وترى أن الاضطراب النفسي ما هو إلا انعكاسات لا إرادية قائمة على إشتراطات قديمة وقعت على المريض في سالف أيامه⁽³⁾.

وتقوم المدرسة السلوكية على مسلمة وهو أن السلوك نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث، كلما تكرر السبب ظهرت النتيجة، ويرتبط سلوك الإنسان بمجموع الخبرات التي سبق له أن مرّ بها، ويمكن تغيير ذلك السلوك بالأساليب النفسية، اعتمادا بالدرجة الأولى على عملية التعلم.

¹ - ابراهيم عبد الستار، " العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليب وميادين تطبيقه "ن مرجع سبق ذكره، ص: 68.

² - هنري شابرول، نفس المرجع سبق ذكره، ص: 69.

³ - أرون بيك، مرجع سبق ذكره، ص: 14

إن الخبرات الحياتية التي يتعرض لها الفرد لها دور أساسي في عملية تشكيل السلوك أو إنطفائه.

إن عملية تشكيل السلوك تكون بتعزيز ذلك السلوك إيجابيا، إما إنطفائه ليكون عن طريق إهماله أو استخدام أساليب التعزيز السلبي له (1).

إن القاعدة الأساسية التي يقوم عليها النموذج السلوكي في تصوّره للسلوك المرضي تتمثل في تعديل هذا السلوك بواسطة تطبيق قوانين الاشراف والتعزيز (2).

قدم أصحاب المدرسة السلوكية مساعدة كبيرة في تفسير الاكتئاب بالرغم من أن النموذجين السابقين (العضوي والتحليلي) بادر إلى الاهتمام بنشأة الاكتئاب قبل اهتمام النموذج السلوكي به، ويرى السلوكيون أن الاكتئاب هو سلوك متعلم مثل أي نمط من أنماط السلوكات السوية ويكون هذا التعلّم وفق مفاهيم استخدمه أصحاب هذا النموذج وهما الاشراف والتعزيز. حتى جرت العادة بتسمية هذا النموذج السلوكي بالنموذج الشرطي (3).

1-5- الاتجاه المعرفي:

يمثل التناول المعرفي ثمرة في ميدان علم النفس الاكلينيكي، حيث أن تفسيره بمختلف السلوكات المرضية كما جاء كتكملة لما قدمته المدرسة السلوكية الكلاسيكية.

والتي تعتبر سلوك الإنسان كمجرد إستجابة لمثيرات محيطية بل عبارة عن إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان، اعتقاداته وتنبؤاته (4).

وكما جاء في قول " إبيكتال Epictele " أن الإنسان لا يتأثر أو ينفعل أمام الأشياء، بقدر ما يتأثر بالصورة التي ينظر بها للأشياء " (5).

وحسب إليس Ellis " فإن النظرة المشوهة للذات والمحيط، والمستقبل، من طرف الشخص، تدفعه للاستجابة عن طريق أفكار مزيفة وغير منطقية في بعض المواقف مثل

¹ - رمضان محمد القذافي، " التوجيه والإرشاد النفسي "، دار الجبل، بيروت، 1997، ص: 187.

² - مصطفى عشوي، " مدخل إلى علم النفس "، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993، ص: 63-64.

³ - آرون بيك، مرجع سبق ذكره، ص: 47.

⁴ - EMC Psychiatrie 37820 A 40 1990, P : 12

⁵ - Cottraux, I, Psychomotricité et médecine comportementale, Ed, Masson, Paris, 1981, P : 175.

قول الشخص "إذا لم أستطع القيام بكل الأعمال بصورة جيدة، فهذا معناه أنني فاشل ولن أستطع القيام بأي شيء، ولن يبقى لي سوف أن أنتحر".

فالسُّلوك يكون مطبوعاً بتلك الأفكار والاعتقادات حيث، يفسرها الفرد بطريقته المعرفية الخاصة، إذن السلوك نتاج العالم المعرفي للفرد⁽¹⁾.

إذن فالإكتئاب حسب المعرفيون يزودنا بفكرة من الاعتقادات السلبية للشخص حول نفسه أو ذاته، العالم الخارجي المحيط به ومستقبله، فحسب " Beck " تعتبر المعرفية الاكتئابية كعملية وضع مفاهيم غير مناسبة وذات محتوى إكتئابي⁽²⁾. ومن هنا جدد Beck الثلاثية المعرفية Triade Cognitive والتي تتمثل في:

1- النظرة السلبية للذات: يرى المكتئب نفسه، كإنسان معدوم القدرة، لا يصلح لأي شيء عاجز، لا يستطيع تحقيق سعادته.

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي: يرى المكتئب عالمه الخارجي كسلسلة من العناصر التي تمثل عوائق تمنعه من مواصلة مساره وتحقيق مبتغاه.

3- النظرة السلبية للمستقبل: لا يرى المكتئب نهاية لوضعيته التي يُحللها على مستواه الشخصي أكثر منه على مستوى الأحداث الخارجية⁽³⁾.

فالمعرفة الاكتئابية يمكن أن تصنف على أساس أخطاء منتظمة ومنطقية، وكذا المبالغة في التعميم كما تنسب إلى هذه الثلاثية بعض الميزات الشكلية التي تعتبر بالنسبة للشخص المكتئب غير إرادية.

وبعدها حدد Beck مفهوم المعرفة الإكتئابية بشيء من التعديل والتي عرفها على أنها نشاط ذهني يشكل محتوى لفظي وبإختصار فهي تعبر على محتوى الفكري (Le contenu de la pensée) كما أن Beck تعرض إلى السياقات التي تتدخل في تكوين هذه المعرفة وحددها عن طريق الإدراك، إسترجاع المادة المنسية، وكذا السلوكات والاستراتيجيات المستعملة في حل المشاكل إذ أن هذا المحتوى يشكل من خلال نشاط المخطط المعرفي المستعمل.

¹ - Cottraux, I, **Psychomatique et médecine comportementale**, Ed, Masson, Paris, 1981, P : 180

² - Cottraux, J et , x all, **Clinique de la thérapie comportementale**, (P) Mardaga, Belgique, 1982, P : 15-16.

³ -Mirabel, Sarron (c), **les abords cognitifs des états dépressifs**, in Psychologie Française, N : 38, 1992, Dunod, Paris, P/ 211-212

هذا الأخير الذي يعرفه Beck من خلال التفاعل القائم بين المنبه الخارجي المخطط المعرفي والمعرفة الإكتئابية بالشكل التالي " عند تكوين المعرفة الإكتئابية فإن المخطط المعرفي يمثل الإطار التصوري الذي تنظم فيه كل المعطيات التي يوفرها المنبه الخارجي" (1).

وقد أشار من خلال أعماله إلى العلاقة الموجودة بين الفكر والجانب العاطفي حيث أن المعرفة الاكتئابية تؤدي إلى ظهور إستجابة عاطفية إكتئابية والتي تحدد عن طريق بناء الفرد لتجاربه وأن نشره هذه الاستجابة متعلق بالطابع المنطقي الذي تكسبه المعرفة الاكتئابية بالنسبة للشخص المكتئب، وعلى عكس ذلك فإنه كلما زادت شدة الاستجابة الإكتئابية التي أثّرت عن طريق المعرفة الإكتئابية. فإن هذه الأخيرة تصبح أكثر مصداقية عند المكتئب الذي يجد صعوبة في تقبل الخلل الموجود في هذه المعرفة.

ولقد اعتبر Beck هذه العلاقة الموجودة بين المعرفة والعاطفة كنموذج لمفعول متبادل بين كل من المعرفة الإكتئابية والاستجابة العاطفية الإكتئابية (2) وفيما يخص الشروط التي تبين هذه العلاقة فقد وضع Beck شرطين أساسيين هما:

1- إذا استطعنا التعرف على المعرفة الإكتئابية للشخص، يمكننا التنبؤ بدافعية للاستجابة عاطفية أو غيابها.

2- عند تعديل المعرفة الإكتئابية يمكن أن نغير دافعية الشخص للاستجابة العاطفية Gold Field ودافيسون Davison (1976) ويقدمون تقنيات جديدة تتناول برؤى جديدة السلوك المضطرب وعلاجه (دافيسون Davison ونيل Neal (1986)، ص 48)

فقد ابتكر المعرفيون طرقاً موضوعية لقياس المعارف والأفكار واهتموا بالسلوك الظاهر والكامن، في ذات الوقت، عند دراسة السلوك المشكل، إذ أنهم يرون أن عملية التفكير، هي عملية أوتوماتيكية، تتسبب بسرعة، وما التفكير إلا كلام داخلي بين الفرد ونفسه، لا يعيه في كل الأحيان، وحتى يمكن مراقبة الأفكار، والوعي بها، تتم كتابتها وعند قراءتها يصبح الإنسان واع بها، وكأنه يفكر بصوت مرتفع، وقد تكون الأفكار معقدة أو صعبة التدوين، فتأخذ شكل صور أو تمثيلات معرفية، وهكذا كان بالإمكان تحديد تلك

¹ - EMC Psychiatrie : 37820 A 40 1990 , P : 15.

² - EMC Psychiatrie : 37820 A 40 1990 , P : 16.

الأفكار وإخضاعها للقياس الموضوعي بالتعبير عنها لفظيا أو كتابيا، وهو ما يسمى بالتفكير بصوت مرتفع.

ويمكن أن يعرف المعارف بأنها تعبير أي تغيير في سلوك الطفل بمقارنة على ما كان عليه في السابق هو دائما مؤشر مقلق مثل تغير قابليته للطعام أو للنوم، حالة إستشارة، بطء نفسي- حركي، انخفاض في الطاقة، شعور بالذنب أو بإنخفاض القيمة الذاتية غير المتلائم مع الواقع، صعوبات على مستوى قدرات التفكير أو التركيز، أفكار معادة بخصوص الموت أفكار أو محاولات انتحار....الخ⁽¹⁾.

مشاعر وسلوكيات سلبية يمكن ملاحظتها أو إلتقاطها عند الطفل مثل: شعور عميق بفقدان الهمة أو بالإحباط واليأس، وإنصراف عن نشاطات كان يقوم بها، رغبة عارمة بالبكاء (وأحيانا كثيرة دون سبب)، بطء الحركة، سلبية مفرطة، تعابير وجه حزينة وغير معبرة، سرعة الإستثارة، عدوانية، انعدام الصبر، هذه الأعراض كلها سنجدها عند أفراد عينة البحث حيث وجدنا عندهم فقدان الاهتمام واللذة والذي يميز الإكتئاب عند الأطفال وإن بدرجات متفاوتة حسب الأفراد، مثال: لم يعد الطفل يميل للقيام بأي شيء، لم يعد يجد أي لذة، لم يعد قادرا على الإحساس بالتسلية (إن بمفرده أو مع الأصدقاء)، ذلك مؤشر غاية في الأهمية، ومن المتوجب على الوالدين الإلتباه إليه منذ حدوثه عند الطفل (كعامل وقائي للتكفل المبكر).

حال هياج، خاصة حين يظهر بشكل مفاجئ مثال أصبح الطفل لا يطاق وعاجزا عن إحترام الوظائفية العائلية بخصوص تناول وجبات الطعام⁹ و عن البقاء أمام الطاولة...الخ⁽²⁾.

البطء أو (التباطؤ) النفسي - حركي مثال: حديثه بطيء، فترات صمت تمتد عنده قبل أن يتمكن من الإجابة، التحدث بصوت ضعيف أو مثير للملل، حركات بطيئة للجسم انخفاض معدل الكلام عنده (فقر الحديث أو الخرس) ذلك مؤشر على وجود الإكتئاب يعطي الطفل انطباع بأنه في حال تعب مفرط حين يبدي رغبته بالتواصل.

ظهور مفاجئ، وبشكل متواتر، لصعوبة التركيز بطء التفكير وانعدام اتخاذ القرار وأحيانا، شكوى عن إضطراب الذاكرة، وتشتت الانتباه عن الطفل، إن لذلك دورا مهما

¹ - عبد الرحمن محمد العيساوي، " باتولوجيا النفس "، دار الفكر الجامعي، 1990، ص: 231.
² - مدحت عبد الحميد أبو زيد، الاكتئاب دراسة في السكوباتوميثري، دار المعرفة الجامعية، سنة 2001، ص 43 - 44.

في حدوث التدهور على مستوى تحصيله المدرسي ويؤدي إلى التأخر الدراسي، هذه الخصائص كلها لاحظناها عند أفراد عينة البحث وسنقوم بتفصيلها في الجانب النظري والتطبيقي وسائل دفاعه النفسية ويصاب بالإكتئاب، ويتميز هذا النوع من الإكتئاب بالقلق والتهيج⁽¹⁾.

إكتئاب الإعياء: وغالبا ما يأتي نتيجة تعرض الفرد إلى توترات وشدات متراكمة طويلة وإنهاك نفسي تستنفذ جميع طاقاته البدنية والنفسية، يتميز صاحبه بالقلق والإنهاك مع عدم الثقة وكذا الانفجار العاطفي في الحالات يكون السبب فيها الضغوط الانفعالية المرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه⁽²⁾.

الإكتئاب الانفصالي أو الاعتمادي Depression anaclitique: هو الذي يصاحب الأطفال عند التفريق بينهم وبين أمهاتهم ويحدث في السن التي يكون فيها الطفل محتاجا إلى أمه⁽³⁾.

الإكتئاب العضوي:

هذا النوع ينشأ نتيجة الإصابة بالأمراض الدماغية Affection Cérébrale مثل: مرض باركنسون Parkinson ، الأورام الدماغية، تصلب شرايين الدماغ، وبعض أشكال الصرع.

كما أن أعراض الإكتئاب تظهر ضمن الاضطرابات المشار إليها للذين تعرضوا لصدمات دماغية أو إرتجاجات كما وجد أن الاكتئاب يظهر أثناء الأمراض الخطيرة كالسرطان، السل.

وفي هذا الصدد فقد وضع Beck أربعة فئات للتغير الدفاعي عند الشخص المكتئب هي:

1- شلل الإرادة؛

2- الأمل في التجنب والتهرب؛

3- التفكير في الانتحار؛

¹ - محمد الحجار ، " الطب السلوكي المعاصر "، دار الملايين، الطبعة الأولى ، بيروت، ص: 89-90.

² - Widlocher (D), **la logique de la dépression**, Paris, P : 35-36.

³ - عبد المنعم الحنفي، " موسوعة علم النفس والتحليل النفسي "، مكتبة مدبولي، الجزء 2، 1978، ص: 19.

4- الأمل الكبير في التبعية.

وركز Beck في تناوله لاكتئاب على التفسير الشخصي الذي يقدمه المكتئب للواقع حيث يعتبره كقاعدة أساسية للإنطلاق.

كما حدد Beck نوع التشوهات المعرفية وجمعها في خمسة أنماط من التفكير تترتب عنها أخطاء الحكم وإضطراب السلوك.

أ- أخطاء الاستنتاج:

تتضمن استنتاجات عشوائية حيث يخلص الفرد إلى استنتاجات ليس لها أي مبرر في الوضعية نفسها.

ب- التجريد الانتقالي:

حيث يركز الفرد اهتمامه ومشاعره وتفكيره على جزء مأخوذ من مضمون السياق متجاهلا العناصر المهمة والمكونة للوضعية.

الفصل الرابع: التأخر الدراسي

- المناهج التربوية والمدرسية في الجزائر
- مفهوم المتأخر دراسيا
- أنواع التأخر الدراسي
- العوامل المسببة للتأخر الدراسي
- العوامل الفردية
- العوامل المدرسية
- العوامل العائلية - البيئية
- العوامل الاقتصادية - الثقافية

" Le rôle de l'école est d'ouvrir des possibilités. (...) Eduquer c'est adapter aux enfants. Sélectionner c'est vouloir adapter les enfants à la société. Enseigner, c'est espérer que tous vont réussir, sélectionner c'est espérer que certains vont rater. (...) Il n'est pas besoins de chiffrer l'évaluation : on n'a pas besoin de savoir qu'il y a un premier ou un dernier".

Albert Jacquard

1- المناهج التربوية والمدرسية في الجزائر

إطار عام:

تمثل المدرسة نقطة ارتكاز النظام التربوي و خليته الأساسية، فيها تتجسم الأهداف الوطنية و يتحدد مصير التلاميذ و تمارس حقوقهم و واجباتهم و على هذا الأساس أمكن الحديث عن مفعول المدرسة و يقصد به جملة العناصر الكمية و النوعية التي تتفاعل لتحديد نجاح المؤسسة أو تسبب فشلها و ما دامت النظرية التربوية هي مجموع وحدتها المكونة أن تحسين مردودها و الارتقاء بجودتها تمر جميعها بتفعيل دور المدرسة و تأهيلها للنهوض بوظائفها التربوية المتعددة و تطوير عمل المتدخلين فيها لهذا أصبح الاهتمام يركز على المدرسة و ما قدم بالمدرسة و يعود ذلك بالأساس إلى بروز مشكلة توجيه الإنسان توجيهها صحيحا و هي قضية هامة على ضوءها تحدد إطار تكوين و آلياته محليا و رصد اتجاهات التطورات الدولية في العالم .

من ذلك المشرف على العملية التربوية من أن يغير الذات و رفع أو تخفيض مستوى الأفراد و المجتمعات تبعا للهدف الذي يرمي إليه الفرد و الجماعة فالتركيز الذي يلاحظ في هذه الدول يقوم على حقيقة مفادها إقناع الفرد بقيمته و جدوى عمله سواء كان عاملا أو فلاحا أو عالما، هذه الشخصية تحول الإنسان إلى فاعل في المجتمع ، مما يسمح بالقول بان المدرسة تكون جيلا مشبعا بالقيم الاجتماعية للمجتمع بمناهج علمية تمكنه عن التكيف مع المحيط الاجتماعي المحلي الخارجي فلا غرابة ان أن نلاحظ على الدول كأمريكا و اليابان و فرنسا و غيرها أنها عندما أحست بضعف مستواها العلمي و الثقافي التفتت إلى المدرسة أو النظام التربوي، لأنهم أدركوا قول لوبروت Le brot " أن المجتمع الغد إما أن تصنعه الدراسة و إما ألا يكون "

ذلك يقودنا إلى طرح السؤال التالي :

لماذا الاهتمام بالنظام التربوي؟ ثم في حالة ضعف هل المسألة توجه للبرامج و محتوى المعلومات أم إلى المناهج التربوية أم إلى ماذا؟⁽¹⁾

و للإجابة عن هذا السؤال سنحاول تقديم لمحة مختصرة عن المناهج التربوية معناها، و أنواعها.

¹ - د/ علي بو عناق، المناهج التربوية والمدرسية في العالم العربي، حالة الجزائر، مجلة التربية سنة، 2010، ص ص 116-125.

أولا المناهج التربوية :

تشير مختلف الدراسات المختلفة المتخصصة " التربوية و النفسية و الاجتماعية " إلى أن أصل المنهج هو جميع ما تقدمه المدرسة إلى تلاميذها تحقيقاً لرسالتها و أهدافها وفقاً لخطتها في بلوغ الأهداف الكبرى المسطرة .

في سياق ذلك يذهب الدمرداش ⁽¹⁾ في كتابه المناهج المعاصرة إلى أن المنهج التربوي أسلوب حياة تعدده المدرسة لكي يعيشه التلاميذ، و لكن تتحقق خلال معيشته أهداف التربية. مما سبق يتبين أن المناهج التربوية، هي كل شيء ينظم الحياة المدرسية، في الدخول و الخروج من المدرسة، في الجلوس و نوع الأقسام التي تعد بيئة تشكل جزءاً عن شخصية التلميذ ينهل عنها المعرفة، و هي الفضاء الذي يمرح فيه لتزيد من اندماجه داخل المؤسسات الاجتماعية فتزيد من دافعيته و قوته و فاعليته.

و المناهج التربوية الحديثة تجاوزت جدران المدرسة لتشمل جميع أنواع النشاطات التي يمارسها الطلبة، أو جميع الخبرات التي يمرون بها تحت إشراف المؤسسة التعليمية و بتوجيه منها سواء تم ذلك داخل أبنية المؤسسة أم تم خارجها ⁽²⁾.

ذلك يعني أن المناهج التربوية المعاصرة، تقوم على أساس نفسية و سوسولوجية بمعنى أنها تعرف الطفل مكوناته قبل أن تقدم له المعرفة و توجهه بناء على ما تم جمعه من معطيات فتختار له الأسلوب الملائم و منه تكون قد عرفنا الطفل أولاً ثم علمناه ثانياً و ليس العكس.

من خلال هذه الرؤيا يتم الإدراك و التزاوج بين ما هو نفسي و اجتماعي فيشكل دائرة كبرى و مخطط كبير لا نهاية له.

يتبين عن العرض السابق أن المناهج التربوية الحديثة تعتمد فلسفة معينة، و هدف محدد بغية تحقيق الآمال و الطموحات الاجتماعية و هذا يتسق مع الفرضية التي تقول : بأن من الأهداف التربوية عكس و تجسيد الأهداف الكبرى التي يسعى المجتمع - أي مجتمع - إلى تحقيقها.

ذلك يشير إلى أن ما تقوم به المؤسسة من عمل تجده يتحدد بجانبين أساسيين اثنين :

¹ - الدمرداش عبد المجيد سرحان، " المناهج المعاصرة "، مكتبة الفلاح الكويت، 1983، ص: 150.
² - محمد بن شحاته الخطيب، " الأصول العامة للتعليم الفني والممضى "، الجزء الأول والثاني مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض، 1995، الجزء ح، ص: 130

الأساس الأول: و يتمثل في التلاميذ من حيث قدراتهم و استعدادهم و هو يدعو رجال التربية و المناهج إلى التطلع و تحديد مفهوم الطبيعة الإنسانية و حقيقتها قبل التدريس و الاجتهاد في صنع الأهداف، كما سبق ذكره و هذا يساعد على التحكم و معرفة معطيات مثل :

- 1- هل أن الطبيعة الإنسانية ثانية ؟
- 2- ما أثر كل من الوراثة و البيئة في تكوين الطبيعة الإنسانية للفرد ؟
- 3- كيف يمكن تخطيط النشاط التربوي اللازم من حيث الأهداف و المناهج ؟
- 4- هل الأسرة جماعة بيولوجية أم نظام اجتماعي سلوكها ليس غريزيا بل يأتي طبقا للعادات و التقاليد الاجتماعية ؟
- 5- يسهل نقاط تحرك التلميذ من البيت (البيئة الأولى) إلى المدارس (البيئة الثانية) و إلى المجتمع (البيئة الثالثة) فيكون توجيهه و إرشاده بناء على إخراج النظام التربوي عن خط التلقين و تحقيق عملية الإدماج الإيجابي.

الأساس الثاني : فيتمثل في المشكلات الحياة في المجتمع التي تتطلب من خلالها و بهذا يتحول المنهج التربوي بحق إلى وسيلة يحقق التلاميذ بها ذواتهم و يستطيعون بفضلها المساهمة في تطوير المجتمع (1).

من خلال ذلك يتغير مفهوم المنهج السائد في محيطنا المدرسي عن مفهوم يعتبر عن مواد مقررة و لوائح معلقة بالفصل إلى إضافات و مساهمات و تغييرات يتحول التعليم من وراء ذلك إلى المدرسة من كم تعلم التلميذ من درس و قاعدة و قصيدة إلى كيف تعلم ؟ و هل استوعب ؟.

و ما الآليات التي تم اختيارها لتوجيه و إرشاده و ما الإضافات التي يمكن إحداثها في الدروس الآتية لتدليل الدرس أثر ليصبح شيئا فيه لا ليحفظه للامتحان ثم ينساه مع زحمة الحياة.

من هنا نحقق أحد مبادئ التربية الحديثة التي ينص على أننا نعلم التلميذ كيف يتعلم مدى الحياة.

¹ - فكري حسن ريان، " المنهج وتخطيطه "، عالم الكتب، القاهرة، 1989، ص ص 70-72.

ما يمكن استخلاصه من هذا هو أن المناهج التربوية ليست الدروس تقدم للتلميذ يؤكد بها المعلم المشرف بأنه قدم الدرس التالي في اليوم التالي، و أن هذا الأخير أي التلميذ قد حفظ الدروس بل المناهج كما يعبر عنها فكري حسن خريطة بين أيدي المعلم و يقوم و تلاميذه برحلة في الفضاء المعرفي.

فإذا كان التعليم حسب رأي فيجوشكي Vengenthsque يوظف عمليات نمائية متعددة لا تعمل إلا بتفاعل الطفل مع الأشخاص الآخرين بمعاونة رفاقه فان الأنشطة داخل و خارج الفصل و المشروعات الجماعية المشتركة بين المدرسة و المجتمع المحلي فضاءات يعمل المعلم على الوقوف عندها مع تلاميذ يعتقد أن مثل هذا الأسلوب يقرب التربية من التربية الإبداعية⁽¹⁾.

و طبقا للتوزيع العادي، فقد يكون معظم التلاميذ متوسطين و تبرز قلة منهم في حين تتأخر قلة عنهم، ومعظم الدراسات التي اهتمت بالمجال التربوي كان هدفها دراسة فئة المتفوقين من الطلبة باعتبارها الثروة التي تعتمد عليها البلاد في حين لم تحظ فئة المتخلفين دراسيا إلا بدراسات جد قليلة.

ثانيا المناهج التربوية:

خضعت المناهج التربوية إلى تعديل و التحوير في مختلف المجتمعات بحثا في التجويد و التحسين لتحقيق الانسجام و التناسق بين ما هو نظري و ما هو واقعي ميداني لان المنهاج كما هو معروف، تقع بين الموقع الفكري الذي يتمثل في الفلسفة التربوية و الواقع المعاشي و منه تكون التربية كما يكون مستوى الاهتمام.

أدى ذلك الاهتمام و البحث إلى كشف سبل جديدة ساعدت حركة التعليم على التقدم من حيث الكم و الكيف من كل أبعاده و مستوياته شكلا ومضمونا هدفا و تنظيما نتيجة لذلك ظهرت مناهج تربوية فعالة تحدد مجالات ومستويات العمل، "المجتمع والمدرسة، والأسرة والمؤسسات " وفي نفس الوقت زاحمت تلك التي كانت تعتمد التلقين و الحشو و تعتبر المعرفة محور للعملية التعليمية و ليس العكس.

¹ - محمد عزت عبد الوجود، أمريكا عام 2000، ترجمة: ودراسة محمد عزت عبد الوجود، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر.

إنها تهدف إلى كشف أخذ وجوه المعرفة الاجتماعية و العملية، و تقع في منتصف الطريق بين الموقف الفكري و الواقع المعاشي، تأخذ من الاثنين لتعطي للآخرين، تضبط عناصر المعرفة و لكنها ليست معرفة ذاتها (1).

أولا منهج المادة الدراسية :

من خلال رصد البيانات اتضح أن منهج المادة الدراسية أقدم المناهج و يقوم على ربط بين مادتين أو أكثر و تبقى الدروس منفصلة و الذي يميزه هو البحث الدائم عن المادة أي كم و ليس كيف، و بالرغم من أن هذا المنهج قد استبدل في الكثير من المجتمعات لأنه أصبح لا يلائم الحياة الاجتماعية، و ما ظهر من متغيرات تفرض فليات جديدة بينها صلات الوثيقة.

ثانيا: منهج المواد المترابطة:

يعمل هذا النوع من المناهج على مقاومة المواقف في اهتمامات مختلفة حول فهم موضوع معين دون النظر للحدود الفاصلة بين المواد الدراسية كما يتم فيه دمج الحقائق الضرورية لفهم موضوع معين بالإضافة إلى أنه من المناهج التي تنتمي في التلميذ إحساسا بالوحدة العملية و يحاول خلق الانسجام بين بعض المفاهيم المشتركة و تقويمها حتى يلمس التلميذ العلاقة بين المواد المختلفة و هذه المناهج صعبة التطبيق نظرا :

أ- تكوين الأساسي للمعلم الذي تم على أساس مغاير.

ب) غياب التدريب من قبل المشرفين و القيام ورش عمل للتجارب الجديدة و الأسس التي يقوم عليها المنهج الجديد.

ج) فقدان المكتبة الجزائرية للكتب و المجالات التربوية.

د) غياب البحوث و الدراسات التقييمية الدورية التي تحسن وجود النظام التربوي.

هـ) المدرسة في الجزائر ما زالت تعاني من الاكتظاظ و كثافة البرامج، و مركزية القرار.

هذه الصعوبات و غيرها أدت إلى تذبذب و تأرجح النظام التربوي و جعل كلا من المعلم المسؤول و الولي يتحدث عن أزمة النظام التربوي

¹ - Gordon Mace, Guide d'élaboration d'un projet de recherche 2^{ème} Tirage, Canada, 1992, p10.

و في الحقيقة هناك اتجاهات مختلفات، حول الإشارة إلى أزمة المدرسة نحاول عرضها قبل التطرق إلى المدرسة الجزائرية و المنهج

يتمثل الاتجاه الأول دي روميلي De Romully و يفيد بأن:

1- الطالب قد غدا اعجز يوما بعد يوم عن التكيف مع قواعد المدرسية عما أدى إلى هبوط مستوى التعليم

2- أما الاتجاه الثاني فيعبر عنه أنصار التربية الحديثة و يفيد بأن المؤسسة المدرسية تعجز أكثر فأكثر عن التكيف مع الأطفال.

فهل الصعوبات التي لازالت تواجه المدرسة في الجزائر، ترد إلى محتوى التعليم أم لان النماذج الثقافية التي تحاول المدرسة تقديمها إلى طالب بالية و عاجزة عن تحريك بواعث التعليم و لا تتماشى و المتغيرات الجديدة محليا و عالميا أم يعود ذلك إلى مناهج المطبقة و فلسفة النظام و أهدافه القريبة و البعيدة ؟

1-1- المناهج التربوية و المدارس الجزائرية

بعدد رصد معلومات و ملاحظات عن المناهج التربوية المطبقة في المدارس العربية، تبني أن المدرسة الجزائرية بالرغم من الجهود المخلصة التي بذلت في سبيل تطوير التعليم و تحديثه، فان واقع التعليم لا زال يعاني صورا من التخلف و عدم الفعالية في مختلف مكوناته⁽¹⁾.

ذلك يسمح القول بأن المدرسة الجزائرية مثلها مثل المدارس العربية الأخرى، عرفت إصلاحات و أعمال جادة بحثا عن التجويد مكن ذلك الجهد المدرسة الجزائرية من قطع أشواط في تخريج دفعات كثيرة، وفي مجالات متعددة، إلا أنها تسير في خط الكم دون الولوج إلى دائرة الكيف و بماذا و لماذا ؟

و بداية من واقع وثيقة 12 أفريل 1986 عرفت المدرسة الجزائرية دفعا جديدا أعطتها الصبغة المنهجية و التربوية و اعتبرت الوثيقة ثورة في مجال الإصلاح، جاء لتحقيق أهداف و غايات منها:

أ) ضمان تسع سنوات دراسية لكل طفل.

ب) ضمان قدر متساو من المعلومات لكل طفل.

¹ - محمد الخوالدة وآخرون، " دور كليات التربية في تطوير التعليم السابق للتعليم العالي "، المجلة العربية للعلوم الأساسية، عدد 33، مجلد، جامعة الكويت، 1987.

إلى غير ذلك من الأهداف الكثيرة التي لا يتسع المجال للتعرض لها بالتفصيل.
و تشير الوثيقة إلى أن المدرسة الأساسية جاءت لتحطم الحواجز القائمة في المدرسة التقليدية، ووضعت مجموعة من الآليات و الوسائل الفنية التي يمكن الاستعانة بها.
منها كما ورد في البند 25 من المشروع:

(أ) - التركيز على دراسة خطط الإنتاجية.

(ب)- تربية التلاميذ على حب العمل عن طريق ممارسته في معامل ووحدات الإنتاج
و عن طريق النماذج المصغرة و أوضح العرض السابق أن المدرسة الجزائرية
قد حددت تحت بند من مشروع الطرق و الوسائل التربوية الناجحة التي تمكن من
تطبيق منهج جديد يعتمد على نشاط المتعلم نفسه يكون دون المعلم فيه دور موجه
لا دور الملقن.

وكما يتضح، جاءت هذه الطريقة متسقة مع نظريات التربية الحديثة التي تراعي
خصائص ومكونات الطفل والمحيط الذي يتحرك فيه.

في هذا الاتجاه يشير المربي الانجليزي مايكل سادلر إلى أنه ينبغي عند دراسة النظم
التعليمية إلا تنسى أن الأشياء الموجودة خارج المدرسة قد تكون أكثر أهمية عن الأشياء
الموجودة داخلها بل أنها تتحكم فيها و تفسرها.

هكذا طبقت المدرسة الجزائرية منهجا عرف بمنهج النشاط و الخبرة الذي يتكئ على
أساس أن التربية الحقيقية، هي التي تتم عن طريق نشاط و خبرة المتعلم نفسه على أن يتم
النشاط وفقا للمستوى وميل التلاميذ في مواقف الحياة البشرية والتلميذ في هذا المنهج يشكل
محور العملية التربوية والمفيد في هذا الأمر أن منهج النشاط والخبرة يقوم لى أربعة من
الدوافع الإنسانية.

أولها- الدافع الاجتماعي الذي يظهر في رغبة الطفل أن يشارك بخبراته مع
من حوله من الناس.

أما الثاني- فيمثل في الدافع الإنشائي، الذي يظهر في لعب الطفل و في حركات
الإيقاعية.

و الثالث- ينبع من ذاتية الطفل الذي يميز بالبحث و التجريب.

أما الدافع الرابع - فيتمثل في تعبير الطفل عن ميوله والاتصال بغيره عن الاقتراب⁽¹⁾.
والمؤكد أن المدرسة الجزائرية طبقت هذا العمل المتكامل وأصبح يشكل كلا من الكتاب والمخبر والرحلة وزيارة المؤسسات وحديقة المدرسة، فضلا عن الوسائل التي يحضرها التلميذ عن محيطه الاجتماعي كآلية من آليات اكتساب المعرفة و بابا من أبواب المعرفة.

و النتيجة أن العمل بهذا المنهج الحديث الذي يقوم به على التنويع في التدريس و يبنى الدرس على مواقف و مشكلات لها دلالات عملية واضحة يوقف العمل به لأسباب منها:

(أ) - الإصلاح الذي جاء به فرض على المعلم من الأعلى إلى الأسفل دون تعليم و تدريب على بعض إجراءات تطبيقية فكان العصيان النفسي و التصرف عكس ما تهدف إليه المناهج الحديثة

(ب) - مد المعلم في كل مدرسة بالوثائق الضرورية التي ينشط بها الدرس، بداية من السؤال و حتى الجواب المنتظر من التلميذ.

(ج) - كثافة البرامج و كثرة الواجبات المنزلية التي يكلف بها التلميذ، لا تترك وقتا كافيا للمذاكرة.

(د) - اكتظاظ الاقتسام بالتلاميذ مما يصعب عملية الحوار و تنشيط التلاميذ.
الاستدلالات السابقة تؤكد أن ما وقع هو أن استعارة الأنظمة و البرامج دون محاولة تهيتها و إشراك و تدريب المعلم عليها، قد أعاق تحقيق الأمل و الهدف و الطموح الذي كان يراود واضعي البرامج.

و النتيجة الحاصلة، العودة إلى العمل بمنهج المادة الفردي تعلم عليه المعلم، لأنه يناسب في كثير من المواقف و يمكن مراقبته، كما يسمى التقويم و من خلال الدراسة التي قام بها تأكد ذلك للباحث من خلال أجزاء استطلاع على مجموعة من معلمي اللغة العربية للتأكد من بعض التطبيقات الحاصلة مثل:

المنهج و طريقة التقويم المطبقة في الفصل.

أجاب أغلب الباحثين بأنهم لا يعرفون هذه المناهج و لا مكوناتها.

¹ - وهيب سمعان وآخرون، "دراسات في المناهج"، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، ط ١، ص 34.

والسؤال الذي يطرح هنا هو كيف نطلب من المعلم أن يطبق منهاجاً يجهله و يجهل إجراءاته.

وعن سؤال يتعلق بتقويم التحصيل المدرسي في مادة اللغة العربية، جاءت الإجابة تؤكد أن عملية التقويم غير متداولة، و أن ما يقولون به يتمثل في الامتحانات التقليدية وأن هذه الامتحانات لا يشترط فيها أي شرط عدا الجواب.

هكذا يبدو من خلال رصد المعطيات و الدلائل الحلقية يمكن صياغة النتائج التالية:
أ- اتضح من تحليل تلك المعطيات و المقابلات أن الكل يتحدث عن أزمة النظام التربوي في الجزائر المشرف التربوي و المعلم و الولي و حتى التلميذ و لكن النتيجة ظلت على حالها، لأن الإصلاح و التجديد و التجويد حسب ما يبدو، لم يخضع إلى البحث التربوي بكل مكوناته و الذي يحلل الواقع و يشخص الداء و يطرح البدائل ثم يرسم إستراتيجية مستقبلية⁽¹⁾.

ب)- الملاحظ للنظام التربوي في الجزائر، يدرك أن الاحتلال ناجم عن عدم التناسق بين المستوى هذا النظام النظري و ممارسته، إذ نجد الأهداف التربوية و الغايات المرسومة لا تتناغم.

ج)- أما كثافة البرامج و كثرة عدد التلاميذ في الفصل الواحد يعجز المعلم عن أداء واجبه تجاه مختلف التلاميذ و إرشادهم، فيتحول إلى مراقب فارض السيطرة بالقوة و اللجوء إلى العصيان النفسي.

د)- انفصام العلاقة بين التعليم و سوق العمل، أدى إلى اختلال التوازنات الاجتماعية للمجتمع بل الغريب أن من يتعلم لا يعمل و تراكمت الدفعات مما أدى إلى ضعف قيمة العلم كقيمة حقيقية محفزة للحراك الاجتماعي والإدماج في مؤسسات المجتمع.

¹ - عبد الله الدائم، " نحو فلسفة تربوية عربية "، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ص: 89.

2- التأخر الدراسي

مقدمة:

تعتبر مشكلة التأخر الدراسي من المشكلات التربوية التي تواجه المدرسة الحديثة على اختلاف أطوارها وبدرجات متفاوتة في أداء رسالتها وتحقيق أهدافها، إذ يستطيع كل من مارس التدريس أن يقرر وجود هذه المشكلة في كل قسم دراسي تقريبا، حيث توجد مجموعة من التلاميذ يعجزون عن مسايرة بقية زملائهم في تحصيل وإستيعاب مادة من المواد أو مجموعة من المواد المقررة.

وتتضح أهمية تناول مشكلة التأخر الدراسي ومعالجتها إذا أخذنا برأي فيزرستون الذي يقرر أنه من بين كل عينة عشوائية من مائة تلميذ في أي مدرسة في بلد ما نجد على الأقل عشرين تلميذ يجب أن ننظر إليهم على أنهم متأخرون دراسيا⁽¹⁾.

وتشير العديد من الدراسات الأجنبية إلى تزايد في تردد أطفال مرحلة المدرسة الابتدائية على عيادات الصحة التنفسية ليصل عددهم إلى ثلاثة أضعاف ما هو عليه في مرحلة ما قبل المدرسة، كما أن نسبة تردد الذكور أعلى منها لدى الإناث وأن أكثر المشكلات التي يتردد أصحابها على العيادات المتخصصة هي التأخر الدراسي.

ففي فرنسا، مثلا، نجد طفلا واحدا من بين ستة أطفال في سن العاشرة يتأخر بسنتين أو أكثر، والبعض منهم يتأخر حتى بأربع سنوات، كما نجد نسبة الذين كرروا القسم التحضيري ارتفعت من 13% سنة (1968-1969) إلى 16% بين (1979-1980) أي بزيادة نسبة 3% في عشر سنوات⁽²⁾.

أما في مقاطعة الكيبك Québec بكندا فإن عدد التلاميذ الذين لديهم اضطرابات في التعلم المدرسي إنتقل من 2950 تلميذا في (1965-1966) إلى 64295 تلميذا في (1977-1978)، أي بزيادة نسبتها 12,49%.

¹ - ميشل دبابنة ونبيل محفوظ، " سيكولوجية الطفولة "، دار المستقبل، عمان، 1984.

² -

نلاحظ أنه على الرغم من التدابير التي طبقت على نطاق واسع جدا في البلدان الغربية خلال الثلاثين سنة الماضية، والتي هدفت بصورة مباشرة أو غير مباشرة إلى الحد من الصعوبات ومن حالات الفشل الدراسي الذي كثيرا ما يكون نتيجة التأخر المدرسي، عند عدد كبير من التلاميذ، فإن هذه المشكلة لا يبدو أنها لاقت حلا مرضيا.

أما في البلدان العربية، فقد كشفت دراسة حامد في (1977) في الكويت عن أن المشكلات التي يعانيها الأطفال المتمدرسون هي: التأخر الدراسي واللامبالاة والكذب.

وفي لبنان وجدت منى فياض (1998) في دراسة حول مشاكل النفس التربوية في المدارس أن 53،72% من التلاميذ المرحلة الابتدائية يعانون من تأخر دراسي شديد⁽¹⁾.

أما في الجزائر، فمشكلة التأخر الدراسي لها طابع خاص والموقف اتجاهها يبدو أنه لم يتغير أو تغير بنسبة ضئيلة خلال العشرية الأخيرة، والوضع الحاضر يعكس تناقضا أساسيا بين الغايات المعلنة والنتائج الحاصلة في نهاية 6-9 سنوات من التعليم والتي تنعكس نتائجها السلبية على التعليم الثانوي والجامعي.

والواقع أنه ينبغي البحث عن مصدر الصعوبات في التناقض الذي لم يجد له حلا بعد بين إعداد الفرد وعملية الإنتقاء، وهذا التناقض هو الذي يعكس صعوبة التوفيق بين مبدأ العدالة ومبدأ الفعالية، والذي لا تتحمل نتائجه أطوار التعليم اللاحقة للتعليم الابتدائي (الإكمالي، الثانوي، الجامعي)، فحسب، بل وتنعكس نتائجه على سياسة التنمية والتحديث عامة.

وإذا ما ألقينا نظرة على بعض الإحصائيات لعرفنا أهمية التأخر الدراسي بالنسبة للفرد والمجتمع وبالتالي انعكاساته على النواحي التربوية والاجتماعية والمجتمع، وبالتالي انعكاساته على النواحي التربوية والاجتماعية والاقتصادية، فلقد بلغ عدد التلاميذ الذين أعادوا (كرروا) السنة في التعليم الابتدائي 1185955 تلميذا، في حين بلغ عدد التلاميذ الذين أعادوا في التعليم الثانوي 275321 تلميذا خلال العام الدراسي (1998/1999) وارتفعت نسبة المعيدين، Doublant في الطور الثاني من 11،09% إلى 13،86% أي بزيادة ما نسبته 2،77%، أما بالنسبة للطور الثالث فقد ارتفعت نسبة المعيدين من 17،14% إلى 23% أي بزيادة ما نسبته 5،86% بمعنى إذا انتقلنا من الطور الثاني إلى الطور الثالث فإن نسبة المعيدين ترتفع بنسبة 3،09%.

¹ - منى فياض، "الطفل والتربية المدرسية في الفضاء الأسري والثقافي"، المركز الثقافي العربي، بيروت، 2004.

في حين أن نسبة المعيدين في التعليم الثانوي ارتفعت من 20,95% إلى 23% بزيادة ما نسبته 2,05% .

وبالرغم من الجهود التي تبذلها وزارة التربية الوطنية والقائمون على شؤون التربية والتعليم عبر كل ولايات البلاد للتخفيف من ظاهرة التأخر الدراسي إلا أن نسبة الذين يعيرون (يكررون) العام الدراسي في تزايد، وهو ما تظهره النسب التالية في:

الجدول رقم (02):

2013/2012	2013/2012	2013/2012	
12,85%	13,06%	13,44%	التعليم الابتدائي
20,48%	21,79%	25,06%	التعليم الإكمالي
23,95%	24,79%	24,62%	التعليم الثانوي

الجدول (1) يبين نسبة التلاميذ المعيدين في المراحل التعليمية الثلاثة:
بالإضافة إلى ذلك ونقلنا عن محمد مزيان (2002) وإستنادا إلى نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة التربية الوطنية طبقا لمعايير اليونسكو فإنه من بين 100 تلميذ مسجل في السنة الأولى إبتدائي:

← 67% يصلون إلى السنة (الثالثة إكمالي).

← 39% يحصلوا على شهادة التعليم المتوسط.

← 34% يصلون إلى السنة الثالثة ثانوي.

← 14% يحصلون على شهادة البكالوريا.

هذه النسب المخيفة تعتبر محكا تجريبيا لتقديم وضعية التعليم في بلادنا ويمكننا أن نفسر هذا التراجع والتأخر في الدراسة، وهذا الفشل الدراسي بأن النظام التعليمي، التربوي في الغايات المرجوة بسبب نقص الأجهزة والبناءات المدرسية من جهة ونقص الكفاءات التعليمية والتأطير (عددا ونوعا) كما يرجع التأخر والفشل الدراسي إلى الصراع بين ما تنتظره وزارة التربية والتعليم ومن ثم القائمون عليها وما حققته، وما ينتظره المنفذون لبرامج التعليم و ما تحتاجون إليه و ما حققوه .

هذا، ويحتل التأخر الدراسي مكانة هامة ضمن سلسلة الانشغالات العائلية، فالخوف من الإخفاق المدرسي يوجد ضمن اهتمامات الأبوين حتى قبل إلحاق طفلهما بالمدرسة وقد يستمر هذا الخوف لمدة طويلة قد تطول بطول مدة التمدرس. وعليه، سنطرق إلى مفاهيم وأسباب وأنواع التأخر الدراسي كذلك أبعاد التأخر والتكفل به.

2-1- مفهوم المتأخر دراسيا :

يبدأ المعلم في تأدية رسالته، وهو يلاحظ تدريجيا وجود فروق فردية بين التلاميذ من حيث سير عملية التعلم والفهم والنطق والاستيعاب، وتصبح هذه الفروق أكثر وضوحا بعد السنة الثانية و خاصة السنة الثالثة، بعدها تبدأ مشكلة التلميذ متأخر دراسيا. عادة، يكتفي المعلمون والأولياء بالملاحظة العادية للحكم على طفل ما بأنه متأخر دراسيا إذا ما لاحظوا بأن مستواه أقل أو يتراجع بشكل واضح مقارنة مع زملائه في القسم أو في السنة الدراسية الواحدة، ولكن رغم أن هذه الملاحظة شرط ضروري لتصنيف التلميذ إلا أنها غير كافية وحدها، وحتى الامتحانات العادية التقليدية لا تستطيع أن تكشف عن القيمة الحقيقية التي حصل عليها التلميذ من دراسته لمادة من المواد أو مجموع المواد، لأن الكثير منها لا يقوم على الأسس البيداغوجية كما أن تقييمها يخضع في جانب كبير منه للتقديرات الذاتية.

و يعاني معظم الأطفال في عامهم الدراسي الأول و الثاني من المشكلة عدم القدرة على التوافق مع الوسط المدرسي الجديد بسبب صعوبة الانتقال من البيت إلى المدرسة و طالما أن قدرات الطفل محدودة فمن الطبيعي أن يتعرض إلى اضطرابات النفسية أو السلوكية كالخجل و الخوف المدرسي، و عدم المشاركة في القسم مما قد يعطي انطبعا خاطئا لدى بعض المعلمين بأن التلميذ متأخر دراسيا بينما مثل هذه الحالات يفترض أن تتحسن و تزول كلما تقدم التلميذ في دراسته، و كذلك فإن الطفل في السنوات الأولى للمرحلة الابتدائية ما زالت استعداداته و قدراته و ميوله لم تفتح بعد ومعظم أنشطته هي من نوع الحسي الحركي ولا بد من إعطاء فرص لهذه الاستعدادات والقدرات من أجل التفتح والنمو، وهذا لا يكون قبل السنة الدراسية الثالثة، لذلك لا يمكننا لأن نجزم بأن الطفل متأخر دراسيا

إلا خلال السنة الدراسية الثالثة ابتدائي إلا إذا كان متأخر عقليا، و في مثل هذه الحالات يعتبر حالة خاصة.

لقد تعددت تعريفات التلميذ المتأخر دراسيا فان سيرل بيرت S. Burt الذي يطلق على مصطلح التأخر الدراسي على جميع التلاميذ الذين لا يستطيعون و هم في منتصف السنة الدراسية أن يقوموا بالعمل المطلوب من الصف (القسم) الذي يقع دونهم مباشرة ".

ويعرف صامويل كرك S. Kurk المتأخر دراسيا بأنه "ذلك الذي يظهر لديه اختلاف بين المستوى تحصيله الحقيقي والتحصيل المتوقع منه في موضوع من الموضوعات الدراسية بالمقارنة مع أقرانه ".

وجاء في تعريف لومان وأندري Leman & Andry بأنه " الطفل الذي لا يتقدم أبدا، أي لا يكتسب المعلومات التي تعطى له بالشكل الذي يقدم لجميع التلاميذ في السنة " (1).

في حين تعرف إنجرام Ch. Ingram " التلميذ المتأخر دراسيا بأنه لا يستطيع تحقيق المستويات المطلوبة منه في اصف الدراسي ويكن متراجعا في تحصيله الأكاديمي قياسا أو مقارنة بتحصيل أقرانه من نفس الفئة العمرية و الصفية " (2).

وفي معجم علم النفس الألماني يوصف " المتأخرون دراسيا بأنهم تلاميذ الذين لا تتناسب نتائجهم مع الحد الأدنى لمتطلبات المدرسة " (3).

نظريا، و بعد هذه التعريفات، يمكن القول " بأن التلميذ يعتبر متأخر دراسيا إذا أظهر ضعفا ملحوظا و مستمرا في تحصيله الدراسي بالمقارنة مع أقرانه الذين يتبعون مستوى تعليمي واحد في نفس القسم أو في نفس السنة الدراسية ".

إجرائيا، التأخر الدراسي على حد قول محمد رياض عزيزة " يظهر على أساس انخفاض نسبة تحصيل من خلال انخفاض الدرجات التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات الفصيلة التي تجرى في المواد الدراسية داخل المدرسة " .

¹ - Reuchlin, Maurice, « traite psychologie appliquée » Tome 5, Paris, Ed, P.U.F, 1970, pp 46-47.

² - ميتشل دبابنة ومحفوظ نبيل، " سيكولوجية الطفولة "، دار المستقبل،- عمان، 1984، ص 17.

³ - عبد الحميد- الشيخ محمد حمود، " الإرشاد المدرسي "، منشورات جامعة دمشق، 1994، ص 13.

و لـ " سيرل بيرت وجهة نظر خاصة، فالتأخر دراسيا هو ذلك التلميذ الذي يكون مستوى تحصيله أقل من 80% بالمقارنة مع أقرانه من نفس عمره الزمني " وعليه فتحديد معنى التأخر الدراسي إجرائيا يقتضي قياس المستوى الدراسي وذلك باستعمال المقاييس الدراسية المقننة التي تقيس المستوى التحصيلي أو العمر التحصيلي، فإذا وجدنا أن تلميذا عمره الزمني 10 سنوات وعمره التحصيلي تسع سنوات مثلا فهذا الطفل يعد متأخر بسنة تحصيلية وعما ينتظر منه في مثل عمره الزمني (1). ولذا يوجب علينا دراسة العوامل التي أدت إلى تأخره و تشخيصها، ثم معالجتها.

2-2- علاقة التأخر الدراسي بمفاهيم قريبة منه.

لقد ارتبط التأخر الدراسي في مفهومه العام بمفاهيم قريبة منه أو مماثلة له كالتأخر أو التخلف العقلي، و بطء التعليم والفشل الدراسي، وسنبين العلاقة بينه وبين كل مفهوم من المفاهيم السابقة الذكر كل على حدى.

أ/ التأخر الدراسي و التخلف العقلي:

لقد ارتبط التأخر الدراسي في ذهن البعض بمفاهيم خاطئة كالتخلف العقلي أو الغباء فقد نجد بعض المدرسين يحكمون ببساطة شديدة على الطفل المتأخر دراسيا بالغباء والتخلف العقلي، وذلك لمجرد عدم فهمه أو بطء تفكيره أو قلة تحصيله للمادة العلمية وذلك بمقارنة بزملائه العاديين وهناك فصل واضح بين معاناة الطفل من صعوبات مدرسية وبين تخلفه العقلي، فمادام هذا التخلف بحسب المقياس التقني الغربي لا يمنع إلا عن اكتساب التحصيل الدراسي، أي لا يمنعه من اكتساب مهنة ما، فلا تلتصق بهذا الطفل بعد تهمة أو بطاقة التخلف العقلي.

فالتأخر الدراسي هو تأخر في التحصيل وهذا يعتبر عجزا مؤقتا أصوله وأسبابه النفسية و الاجتماعية والاقتصادية والمدرسية.

ب- التأخر الدراسي و بطء التعليم:

من الباحثين من يفرق بين مصطلحي التأخر الدراسي و بطء التعليم، فيطلق التعليم على كل طفل يصعب عليه تعلم المسائل العقلية و الفكرية التي تتطلب التجريد و التحليل

¹ - ميتشل دبابنة ومحفوظ نبيل، " سيكولوجية الطفولة "، دار المستقبل، عمان، 1984، ص ص 56-58.

فكأن البطء مرتبط بالضعف في القدرات العقلية بخلاف التحصيل، فقد لا يكون مرتبطاً بضعف الذكاء.

إن بطيء التعليم لا يحمل بالضرورة إعاقة عقلية غير أنه بحاجة إلى قسم خاص وطريقة تدريس خاصة ولكن فترة وجيزة لأنه لو ترك لفترة طويلة فسوف يواجه المدرسة بصعوبة لأنه من المستوى القريب من المتوسط ويضايقه العزل في الكثير من الحالات. ومن الباحثين من لا يرى فرقاً بين المصطلحين، فنعيم الرفاعي يرى " أن أكثرها يحدث من يكون بطيئاً في التعلم أن يكون متخلفاً و مهما كانت نقاط الاختلاف في المصطلحين فالغالب أننا لا نكون أمام فئتين متميزتين " (1).

ج- التأخر الدراسي و الفشل الدراسي:

لقد تنوعت الآراء حول مفهوم الفشل الدراسي، فحسب أوتيات Hotyat في النظم الدراسية غير انتقالية فإن " مفهوم الفشل في امتحان نهاية السنة الدراسية هو حكم على النتائج التي تكون أدنى من الانحراف المعياري بالمقارنة مع النتائج المتوسطة و في النظم الانتقالية فإن الفشل هو فصل المتعلم التلميذ بطريقة تعسفية " (2).

" والفشل الدراسي في قاموس بولكي P. Foulquine هو " عدم القدرة على تحقيق مستوى تحصيلي أو تكوين محدد يمكن أن يتولد في أبسط صورة عن تفاوت الطموحات ذاتية وعائلية واستعداداته " (3).

وهو الفشل الدراسي العملية التي عن طريقها يتوقف الطفل عن الاستجابة لمتطلبات المدرسة التعليمية منها والأخلاقية، بحيث يعاقبه النظام المدرسي ، إما بأن يرسب في الامتحانات أو أن يكرر السنة الدراسية " (4).

فالفرق بين المصطلحين هو أن الفشل الدراسي انقطاع عن الدراسة نهائياً وهو نتيجة حتمية للتأخر الدراسي العام والعلاقة بينهما علاقة سببية حيث أن التلميذ بعد تأخره عن أقرانه و عدم تداركه لما فاتته، يكرر السنة الدراسية مرة أو أكثر، فيطرده من المدرسة بعدما فشل في مسايرة المنهج الدراسي.

¹ - نعيم الرفاعي، " الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التوافق "، مكتبة الجامعة، دمشق، الطبعة الأولى، 1986، الطبعة العاشرة، 1995.

² - Delandsheere, Gilbert, **Dictionnaire de l'évacuation et de la recherche en éducation**, Tome 2, Paris, Ed, P.U.F, 1971, p.11.

³ - Foulquine, Paul, « **dictionnaire de la langue pédagogique** » Paris, Ed, P.U.F, 1971, p.19.

⁴ - خير الزداد فيصل محمد، " **التخلف الدراسي وصعوبات التعلم** "، دار النفائس، بيروت، 1997، ص 43.

د- التأخر الدراسي وصعوبات التعلم:

جاء في تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم (1994) أنها مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات واضحة في اكتساب أو استخدام قدرات الاستماع أو الحديث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الرياضية، وهذه الاضطرابات ذاتية داخلية المنشأ و يفترض أن تكون راجعة إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، يمكن أن تكون متلازمة مع مشكلا الضبط الذاتي و مشكلات الإدراك و التفاعل الاجتماعي، و لكن هذه المشكلات لا تكون و لا تنشئ بذاتها صعوبات تعلم، و مع أن الصعوبات التعلم يمكن أن تحدث متزامنة مع بعض الظروف الإعاقة الأخرى مثل قصور حسي، أو تأخر عقلي، أو اضطراب انفعالي جوهري، إلا أنها أي صعوبات التعلم ليست نتيجة لهذه الظروف أو مؤشرات.

و إذا بحثنا فيما يميز التأخر المدرسي عن صعوبات التعلم نجد أمامنا مجموعة من نقاط أهمها:

- أ- إن قدرات العقلية عند ذوي صعوبات التعلم هي في حدود المستوى المتوسط أو أعلى، في حين تكون لدى المتأخرين دراسيا دون المستوى.
- ب- العوامل المؤدية إلى تأخر الدراسي كثيرة خارجية و داخلية، بينما العوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم داخلية ترجع إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي.
- ت- قد يترافق مع التأخر الدراسي ضعف في السمع أو البصر أو حرمان بيئي إجتماعي وتكون هذه أسبابا للتأخر الدراسي، بينما قد تترافق هذه العوامل مع صعوبات التعلم ولكنها ليست سببا لها.

أما أوجه التشابه بين المجالين فهي أن كلا من المتأخر دراسيا والذي يعاني من صعوبات في التعلم يكون تحصيله المدرسي أدنى ما هو متوقع منه. وحسب الكثير من الباحثين لا وجود لصعوبات التعلم دون التأخر الدراسي أو المشاكل الدراسية عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم⁽¹⁾.

¹ - خير الزداد فيصل محمد، " التخلف الدراسي وصعوبات التعلم "، دار النفائس، بيروت، 1997، ص: 45-46.

2-3- أنواع التأخر الدراسي:

عادة ما يشير الباحثون والعاملون في حقل التربية والتعليم إلى نوعين من التأخر الدراسي وهما:

أ/ التأخر الدراسي العام:

وهو الذي يشمل جميع المواد الدراسية تقريبا الأساسية منها أو الثانوية، وهذا النوع مرتبط غالبا بالضعف العقلي، حيث تتراوح نسبة ذكاء صاحبه بين 70-90⁰ وأصحاب هذا النوع من التلاميذ من المفروض أن لا يتعدوا السنة الرابعة أو الخامسة من التعليم الابتدائي.

ب/ التأخر الدراسي الجزئي أو الخاص:

هو تأخر يشمل مادة أو مادتين قد تكونان أساسيتين كالحساب والقراءة نظرا لنقص القدرة فيهما، لكن إذا ما وجد المتأخر سندا فسيغلب على تأخره بسهولة. عمليا، يمكننا الأخذ بهذا التقسيم إما نظريا فهناك من الباحثين من يضيفون إلى جانب التأخر الدراسي العام والخاص ما يلي:

ج/ التأخر الدراسي الدائم:

وهو مكمل للعام، بحيث يقل تحصيل التلميذ عن مستوى قدراته على مدى فترة زمنية طويلة ويمكن للطفل العادي (المتوسط) أن يتأخر بصفة دائمة بسبب الأمراض المتكررة والمزمنة التي قد تصيبه كالصرع والربو والسكري والتي تجعله يتغيب بين فترة وأخرى، فيتراجع في تحصيله الدراسي بعدها يصاب بالتأخر.

د/ التأخر الدراسي الموقفي: وهو تأخر التلميذ في دراسته بشكل جزئي أو كلي بعدما كان من العاديين بسبب حدوث اضطرابات في أسرته كالطلاق أو وفاة أحد الوالدين، أو إصابته بمرض مفاجئ يستدعي إدخاله المستشفى أو تعرضه لصدمة إنفعالية حادة⁽¹⁾.

2-4- العوامل المسببة للتأخر الدراسي:

مشكلة التأخر الدراسي عادة ما يواجه اللوم فيها مباشرة أو بطريقة غير مباشرة إلى المدرس أولا، ثم يواجه اللوم بدرجة أقل إلى التلميذ، ولكنها في حقيقة الأمر مشكلة متعددة الأسباب، متداخلة، هذه العوامل تتداخل وتتفاوت في نوعها وتأثيرها من حالة إلى أخرى، بعضها يعتبر أساسيا بالنسبة للتأخر، والبعض الآخر يعتبر عوامل مساعدة، كما أن بعض

¹ - فؤاد أبو حطب وآخر، "علم النفس التربوي"، الطبعة الرابعة، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، 1994، ص: 17.

هذه العوامل وقتي، عارض والبعض الآخر دائم، ولهذا ينبغي عند تشخيص التأخر الدراسي أن نتعامل مع الحالة باعتبارها وحدة فردية خاصة.

ومما يجب ملاحظته أننا تعودنا التمييز بين ثلاثة أصناف من العوامل المسببة للتأخر الدراسي، العوامل الفردية والعوامل العائلية الاجتماعية والعوامل المدرسية، ولكن هذه النماذج الثلاثة من العوامل تتداخل وتتفاعل فيما بينها وكل جانب منها يؤثر في الجوانب الأخرى إيجابيا أو سلبيا، وهو ما يصعب علينا في بعض الأحيان تقييمها بطريقة متسلسلة. وقبل أن نقوم بسرد العوامل، ننظر إلى صاحب المشكلة أولا ونتعرف عليه لنفهمه، فقد تكون الأسباب كامنة في ذاته.

أ- العوامل الفردية:

- **الذكاء والقدرات الفردية:** يعتبر الذكاء من أهم العوامل العقلية في التحصيل وبالتالي فإن انخفاض نسبة الذكاء لدى التلاميذ يؤدي بهم إلى تأخر دراسي عام فعامل الذكاء بمفرده إذا كان دون المتوسط يكون كافيا لتعطيل مستوى معقول في العمل المدرسي، فقد أوضحت الدراسات الارتباطية وجود علاقة بين ضعف الذكاء والتأخر العام، ف " سيريل بيرت " وجد في دراسة أجراها على سبعمائة متأخر دراسيا من الجنسين أن معامل الارتباط بين التحصيل الدراسي والذكاء يساوي 74،0 وأن حوالي 10% من الأطفال يرجع تأخرهم إلى غبائهم وحده (1). ولتأكيد علاقة التأخر الدراسي بالذكاء بين سليت G.Sleight في دراسة أقامها على 739 طفلا متأخر أن 72% منهم كان ذكاؤهم دون المتوسط (2) وفي نفس الدراسة بين كل رينيه زازو R.ZAZZO أن الطفل الذي يكون ذكاءه أقل من 80% لا يستطيع أن يتقدم بصفة طبيعية، ويأخذ في أكثر الأوقات سنين من التأخر على الأقل (3).

كما يرى نرمان Nerman (1948) أن الأطفال الموهوبين الذي تتعدى نسبة ذكائهم 110 درجة متفوقون بصورة ملحوظة عن التلاميذ في نفس عمرهم في جميع المواد الدراسية.

¹ - نعيم الرفاعي، " الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التوافق "، مكتبة الجامعة، دمشق، الطبعة العاشرة، 1995، ص: 463.

² - نفس المرجع السابق الذكر أعلا، ص: 453.

³ - Reuchlin, Maurice, « traite psychologie appliquée » Tome 5, Paris, Ed, P.U.F, 1970, p.44.

ووجد جابر عبد الحميد جابر إرتباطا بين الدرجات الكلية على إختبار الذكاء وبين المجموع الكلي للتحصيل بلغ 0,84 عند الذكور و 0,72 عند الإناث ⁽¹⁾.

وعن المواد الدراسية الأكثر تأثيرا بالذكاء، وجد بيرت (1917-1921) إختلافا في معامل الإرتباط بين الذكاء والمواد الدراسية المختلفة، فقد بين أن أعلى المواد الدراسية إرتباطا بالذكاء هي مادة الإنشاء (التعبير الكتابي) ثم الحساب وأقلها إرتباطا هي مادتي الخط والرسم.

وكشفت دراسة مقصود (1980) بمدارس نيجيريا أن اللغة الإنجليزية والرياضيات هما المادتان الأكثر تأثرا بالذكاء مقارنة بالمواد الأخرى، وأن للإنطوائية والذكاء تأثيرا على التحصيل الدراسي في اللغة الإنجليزية والرياضيات، ولكن التفاعل بين الإنطواء والذكاء والعصابية لم يظهر له أثر على التحصيل الدراسي للتلاميذ ⁽²⁾.

في حين إتضح من الدراسة التحليلية التي قام بها عبد الفتاح غزال (1994) بمحافظة الشرقية بمصر أن المواد التي يرسم فيها المتأخرون دراسيا تتوزع كما يلي:

المواد الأساسية	%
اللغة العربية	81%
الحساب	74%
العلوم	32%
الدراسات الاجتماعية الدين	11%

ويعتبر الرسوب في اللغة العربية هام وفعال، حيث يسهم في انخفاض التحصيل الدراسي في بقية المواد نظرا لإرتباط القدرة اللغوية بقيمة المواد الدراسية.

إن نتائج هذه الدراسات تقودنا إلى الاستنتاجات التالية:

1- أصبح لفظ المتأخر دراسيا يطلق على الطفل الذي نسبة ذكائه تتراوح بين 70⁰ - 90⁰.

2- فيما يتعلق بدرجة ذكاء الفرد ومستوى تحصيله، فقد أشارت الدراسات بمسلمتين:

¹ - جابر عبد الحميد جابر، "دراسات في علم النفس التربوي"، عالم الكتب، القاهرة، 1979، ص 90.
² - محمود عودة الرموي، "في علم النفس الطفل"، دار الشروق، عمان، 1998، ص 18.

2-أ- المسلمة الأولى: أن النتيجة التي يحصل عليها الفرد في إختبار الذكاء مثل إختبار Wechesler et Binet تساعد في التنبؤ بالقدرة على النجاح في المدرسة وعلى مستوى التحصيل المدرسي، وهي مسلمة صحيحة.

2-ب- المسلمة الثانية: تقول أن مستوى الذكاء ومستوى تحصيل الفرد يساعدان على التنبؤ بقدرة الفرد على تحقيق الإنجازات في الحياة.

هذه المسلمة غير صحيحة تماما، إذ أن البيئة المدرسية لا تعبر عن واقع الحياة وغير ممثلة لها، فإذا أردنا مقارنة مستوى تحصيل فرد بتفوقه في إحدى المجالات التالية: الرسم أو النحت، أو الكتابة الإبداعية أو التصوير من المحتمل جدا أن نجد فرقا بين المهارات المدرسية وبين إنجازاته في إحدى تلك المجالات.

وقد أشار تerman وهو أول من اعتمد على درجة الذكاء في تصنيف الأفراد، أشار من خلال دراسة تتبع فيها 1500 طفلا إختبروا على أساس مستوى الذكاء وأطلق عليهم إسم العباقرة والمتفوقين دراسيا إلى أن مستوى الذكاء لم يكن محكا صالحا تماما وإنما كان النظر عليه في أثر العوامل الأخرى التي تؤثر في مستوى تحصيل الفرد وتعمل إلى جانب الذكاء العام، كالعوامل الشخصية والاجتماعية⁽¹⁾.

3- إن التحصيل المدرسي يتوقف على مجموعة من العوامل من بينها الذكاء، فقد يكون التلميذ متوسط الذكاء وناجحا في دراسته إذا توفرت له فرص وعوامل النجاح والعكس يكون صحيحا، قد يتأخر التلميذ في دراسته رغم أن ذكاؤه فوق المتوسط وهذا بسبب عدم توفر فرص وعوامل النجاح.

4- ومن جهة أخرى، إذا كانت درجة ذكاء التلميذ مرتفعة ولا يجد من المناهج والمواد الدراسية ما يختبر به قدراته وذكاؤه أو يتعدها، فعادة ما يستهين بالمواد الدراسية لأنها لا ترضي ولا تشبع حاجاته على البحث والمعرفة، وعلى ذلك يهمل دروسه ولا يراجعها مما يكون سببا في تأخره الدراسي رغم إرتفاع درجة ذكاءه.

وفي بلادنا لم تتخذ أي إجراءات لفرز الأطفال العاديين من غيرهم منذ الدخول المدرسي أو قبله، مما يحمل المدرسة عبء المتخلفين عقليا.

¹ - Rault, Alain, « échecs et difficultés scolaires » Paris, Ed, P.U.F, 1987, p.34.

ومما لا شك فيه أن القدرات العقلية الطائفية هي الأخرى تؤثر في عملية التحصيل الدراسي، ولأن الذاكرة ركن أساسي في عملية التعلم بصورة عامة، وترتبط بالإدراك والانتباه والتفكير واللغة، فضعيف الذاكرة لا يستطيع أن ينجز أو أن يستبصر ما يوكل إليه من مهام، ولا يمكنه مراجعة دروسه وإستحضار الأفكار، ولا يتمكن من الاستيعاب الجيد، وتثبيت المعلومات، فتكون نتيجة ذلك ضعفا في التحصيل العام، ففي دراسة حول علاقة الذاكرة بالنجاح المدرسي في شهادة التعليم الابتدائي بين ألا ليوري A.Lieury أن التلميذ الذي يحصل على أعلى معدل 17/20 يعرف حوالي 4000 كلمة بينما التلميذ الذي يحصل على 4،5/20 لم يكتسب أثناء وجوه بالقسم السادس إبتدائي إلا 1000 كلمة جديدة فهذا الفرق في الذاكرة والمقدر بـ 3000 كلمة هو الذي يكون أحد الأسباب الأساسية في الفشل الدراسي⁽¹⁾.

أما عدم تركيز الإنتباه فهو عامل مشترك لدى جميع التلاميذ وهو لهذا لا يعتبر عرضا أو مرضا إلا إذا تجاوز حدا معينا وأصبح عادة في كل المواقف، عندئذ يصبح إضطرابا تتجلى آثاره بصورة رئيسية في عملية التعلم، وعلى محمل سلوك التلميذ ونشاطه المدرسي والغير المدرسي وقد ميز دليل التشخيص الأمريكي DSM3 (1980) بين فئتين من ذوي إضطراب الإنتباه وهما:

أ- فئة الأطفال الذين يعانون من إضطراب الانتباه وفرط النشاط وتتسم هذه الفئة بعدم القدرة على الانتباه وبالاندفاعية وبفرط النشاط الحركي.

ب- فئة الأطفال الذين لديهم إضطراب في الإنتباه فقط: و تتسم هذه الفئة بنفس خصائص الفئة الأولى ولكن لا تظهر عليهم أعراض فرط النشاط، وهي الفئة التي لديها مشكلات في الاحتفاظ بالانتباه وفي تحويل الإنتباه خاصة في القسم الدراسي.

وفي نظر " كينث شور " فالتلاميذ الذين يعانون ضعفا في الانتباه قادرون على التعلم والاستيعاب ولكنهم يعانون صعوبات في التركيز وعدم القدرة على تحمل الشعور بالإحباط، مما قد يمثل عقبة تؤخر أداءهم الدراسي.

وقد لاحظ كل من مارتن Martin (1941) و جاريسون Garisson (1950) أن "المتأخر دراسيا لا يجد سهولة في تركيز إنتباهه ما يجده المتوسط، وأنه لا يستطيع

¹ - Lieury A, « Mémoire et réussite scolaire » Paris, Ed, Dunod, 1997, P : 113.

الاستمرار في الانتباه إستطاعة المتوسط، وأنه أسرع من المتوسط إلى تحويل إنتباهه عن المهمة التي يجب أن يشغل بها إلى مهمة أخرى.

4- الحالة الصحية العامة:

4-1- ضعف البنية العامة: إن النجاح في الدراسة يطلب من المتعلم أن ينفق جهدا مستمرا ولا يتوفر ذلك إلا إذا كانت تغذية كاملة كما ونوعا، وبنيته سليمة من الأمراض وهذا ما أكدته كل الدراسات التي إهتمت ببيان وجود إرتباط بين النمو العقلي والنمو الفيزيولوجي وتحصيل الفرد، نذكر منها دراسة عبد الفتاح غزال (1994) التي بينت أن 83% من المتأخرين دراسيا يعانون من سوء التغذية، والتي تعتبر العامل الصحي الأول المسؤول عن تأخرهم خاصة في المناطق الريفية وفي الأحياء السكنية الفقيرة⁽¹⁾.

ومما يلاحظ عندما أن معظم تلاميذ أوساطنا القروية ومناطقنا النائية يعانون من بذل مجهودات جسمية كبيرة لا تسمح بها قدراتهم الجسمي الفتية للتنقل بين بيوتهم ومدارسهم خاصة أثناء أيام الشتاء مما يسبب لهم عائقا ماديا ومعنويا للإستمرار في الدراسة، إذ يوجد من التلاميذ من يقطع أكثر من عشر كيلومترات ذهابا وإيابا وتحت ظروف مناخية قاسية، مما يتطلب منهم إنفاق جهد إضافي لايمكن تعويضه إلا بتغذية كاملة.

فالضعف العام وأمراض سوء التغذية كالأينميا والأمراض الصدرية كالربو والحساسية وأمراض الأنف والحنجرة والصرع وأمراض القلب... وغيرها من الأمراض المزمنة تشتت إنتباه التلميذ وتحول دون بذل الجهد من خلال إعاقه عقله عن أداء عمله من تذكر وتصوير وتخيل وإدراك وتفكير فيصبح أكثر قابلية للتعب النفسي والجسمي كما تتأثر كذلك حالته الانفعالية فيصبح قلقا، مما ينعكس سلبا على تحصيله الدراسي رغم أن قدراته العقلية قد تكون فوق المتوسط.

كما يعتبر التبول اللاإرادي من أكثر الأمراض عن الأطفال فقد كشفت الحصيلة السنوية للصحة المدرسية في الجزائر للموسم الدراسي 2002/2001 أن 1,74% من تلاميذ المدارس الابتدائية مصابون بالسلس الإرادي.

¹ - نعيم الرفاعي، " الصحة النفسية : دراسة في سيكولوجية التوافق "، مكتبة الجامعة دمشق، الطبعة العاشرة، 1995، ص: 455.

وحسب Schanchter فالتبول الإرادي المتأخر يمس الأطفال الكبار المنحدرين من أوساط إجتماعية إقتصادية محرومة، هؤلاء الأطفال نجدهم يعانون كذلك من تأخر دراسي ومن صعوبات التمدرس، ومن إضطرابات في السلوك، وحتى من الضعف العقلي كما تعتبر أمراض القلب هي الأخرى الأمراض التي أصبحت تمس نسبة كبيرة من تلاميذ المدارس، فقد أحصت تقارير الصحة المدرسية وجود 1،26% من المتمدرسين مصابين بأمراض القلب في الجزائر.

إن هذه الأمراض المزمنة تؤثر على صحة التلميذ النفسية فيصبح قلقا من نتائج عرضه حيث يبحث عن إخفاء مرضه بطرق عديدة كأننا يخفي دواءه أمام زملاءه ولا يتبع علاجه وفي مثل هذه الحالات يتحول التأخر الدراسي إلى صعوبات التكيف المدرسي ثم إلى الرفض المدرسي⁽¹⁾.

4-2- الإعاقات الحسية والعاهات: قد تكون أحيانا درجة ذكاء التلميذ فوق المتوسط وحالته الصحية العامة لا بأس بها، ولكنه مصاب بأمراض خاصة و نواحي نقص جسمي تعوق تقدمه الدراسي ويتضح ذلك في:

أ- ضعف البصر: إن الإعاقة البصرية هي حالة ضعف أو عجز في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند صاحبها. ينقسم ضعف البصر إلى ثلاثة أنواع:

* - ضعف البصر الناتج عن الأخطاء الإنكسارية وهي إما قصر ال نظر أو طول النظر، أو الرؤية اللابؤوية، أو أخطاء تكيف العين.

* - التهاب أجزاء العين خاصة التهابات القرينة والقرحية والمشيمية، والشبكية والعصب البصري.

* - ضعف البصر الناتج عن التشوهات الخلقية.

وقد يكون أخطر هذه الحالات هو ضعف البصر الجزئي الذي لا يظهر بوضوح ولا يتقطن له المدرس غالبا.

¹ - محمد مزيان، " التربية في خدمة التنمية والتعليم في الوطن العربي ومواجهة التحديات "، الجزء الأول، دار الغرب للنشر والتوزيع الجزائر، 2002،

فيجلس التلميذ المصاب به في آخر القسم، مما يصعب عليه المتابعة فينتج عن ذلك إجهاد البصر، وهذا ما قد يؤدي إلى مضاعفات أخرى⁽¹⁾.

وتشير أغلب الإحصاءات بأن 10% على الأقل من المتدربين يعانون من اضطرابات البصر والتي يمكن لأغلبها أن يصحح وفي بلادنا، كشفت الحصييلة السنوية المدرسية خلال الموسم الدراسي 2002/2001 عن إرتفاع المصابين بضعف البصر الذي أصبح يحتل المرتبة الأولى ضمن قائمة الأمراض بنسبة تقدر بـ 29،3% وهذه النسبة تخص التلاميذ الذين شملهم الكشف الصحي والمقدرون بـ 1075627⁽²⁾.

ب- ضعف السمع: إن الإعاقة السمعية تعني إنحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي. وتتفاوت الإعاقة السمعية من ضعف سمعي بسيط إلى ضعف سمعي شديد جدا.

أما الصم الجزئي يترجم عادة بعلامات غير مباشرة تأخر وضعف في اللغة (الكلام، والنطق ثم الكتابة) ونقص الانتباه والتركيز، واضطراب المزاج.

فالسمع والبصر هما الحاستان التي عن طريقتيهما تتم المتبادلات التعليمية والمعرفية فإذا ما أصيبا بضرر فإن هذه التبادلات تأخذ في النقصان.

وقد لا يتقطن الطفل لهذا النقص إلا بعد مضي وقت قد يطول في بعض الأحيان مادام أنه عاش دائما هذا النقص، ولم تتح له فرص مقارنة نفسه مع الآخرين، وعادة ما تبقى هذه الاضطرابات السمعية والبصرية غير معروفة ولا يتم كشفها إلا في السنة الثامنة أو التاسعة وبهذا يكون الطفل قد عان من الصعوبات المدرسية مدة سنتين أو ثلاث سنوات، والتي قد تكون سببا كافيا في تأخره الدراسي.

ج- صعوبة الكلام: ومن بين العوامل التي تجعل التلميذ يتأخر في دراسته عيوب النطق والكلام التي تختلف في شدتها فمنها البسيط ومنها المعقد، ومن أهم هذه العيوب التأتأة أو اللجلجة وهي عبارة عن اضطراب في الصوت وعجز صاحبه عن نطق بعض الحروف أو تكرار نطقها عدة مرات، وتظهر التأتأة عادة في سن الخامسة، وتشتد في سن الحادية عشر وفي مستهل المراهقة.

¹ - Galimand Pierre « L'enfant de 06 a 11 ans vie affective, problèmes familiaux » Toulouse, Ed, Privat, 1966, P : 30-31.

² - محمد مزيان، مرجع سبق ذكره، ص: 43.

وفي دراسة قام بها مصطفى فهمي بمنطقة القاهرة، وجد أن 6% من تلاميذ السنة الأولى والثانية ابتدائي يعانون من عيوب إبدائية في النطق، وأن هذه النسبة تقل كلما تقدم التلميذ في النضج، إذ وجد أن هذه العيوب الإبدائية تلازم 2،9% من تلاميذ السنة النهائية بمدارس المرحلة الأولى.

والطفل المصاب بإضطراب الكلام خاصة اللجلجة عادة ما يعاني من أمراض نفسية منها القلق بأعراضه المختلفة والشعور بعدم القبول الاجتماعي، وعدم الثقة بالنفس والشعور بالخل والنقص مما يولد لديه شعورا بحث العزلة والإنطواء والخل المصحوب بالتوتر النفسي وهذا يؤثر سلبا على تحصيله الدراسي، مما ينتج عنه دم توافق مدرسي والذي قد يتطور إذا لم يعالج إلى رفض مدرسي نتيجة خوف وقلق التلميذ المصاب بالجلجة على نفسه أمام زملاءه ولو أنه قد توجد حالات مصابة بإضطراب الكلام ولكنها تصمد أمام التحدي المرضي والنظرة الاجتماعية وهذا ما يولد عنها حافزا للتفوق الدراسي.

ومما تجب الإشارة إليه، أن نمو القدرات العقلية وفي مقدمتها الذكاء، يتوقف على نمو وسلامة جهازي النطق والسمع، فتعطلهما أو إصابتهما بعجز يؤدي وهو ما أشار إليه هنري بيرون H. Piéron (1936) بأن الشكل اللغوي الذي هو أحد أشكال قياس الذكاء يسمح بتقديم أحسن التنبؤات للنجاح وهذا في المستويين الابتدائي و الثانوي ففي المدرسة الابتدائية وجدت إرتبطات بين نتائج إختبار الذكاء في شكله اللغوي وبين النجاح الدراسي تتراوح ما بين 0،65 و 0،75 حسب دراسات كل من بيسرت (1921) وكلابريد (1924) وجادو (1936) ⁽¹⁾.

فالضعف الجزئي للسمع أو البصر أم هما معا، وصعوبة الكلام والنطق يحول كل منهما دون إدراك التلميذ أو متابعته للدروس بإستمرار، أضف إلى ذلك الأثر النفسي الذي قد تحدثه هذه الإعاقات عند التلميذ خاصة إذا قارن نفسه بالآخرين مما يشعره بالإختلاف عنهم وقد يكون في بعض الأحيان موضع سخرية بين زملائه وكل هذا يصرف إنتباهه إلى نفسه على حساب تركيز اهتمامه في الدراسة.

¹ - Reuchlin, Maurice, «traite psychologie appliquée» Tome 5, Paris, Ed, P.U.F, 1970, p.70.

والحواس نوافذ لإدراك العالم الخارجي فأني ضعف فيها أو عجز عن أداء وظيفتها كليا أو جزئيا ينعكس أثره على التلميذ فلا يمكنه من التقدم في دراسته مثل سليم الحواس أو كما قال ابن رشد من فقد حسا فكأنما فقد عقلا.

3- عدم الاستقرار النفسي الحركي: اللعب والحركة شيان ضروريا للطفل لكي ينمو جسما ونفسيا ولكن الالتزام بالمكان لعدة ساعات والذي تفرضه القوانين المدرسية يصبح غير محتمل وغير مطاق من قبل الطفل في مثل هذا السن، وهذا الضغط المستمر عليه يؤدي به على عدم الإستقرار، وفي المقابل فإن الكف أو الكبح الحركي لدى الطفل يرحب به في معظم الأحيان في الوسط العائلي أو المدرسي على أنه هدوء، ولكن الحقيقة أن مثل هذا الكف للطاقة الحركية يكون أحيانا علامة من العلامات الدالة على وجود صعوبات نفسية داخلية حقيقية، أي أن الأمر يتعلق بأطفال هادئين لديهم كفا عقليا وعاطفيا يعطل أو يعيق تعلمه المدرسي وتكيفهم السليم، هؤلاء الأطفال يبدون عادة خجولين ولديهم صعوبات في مواجهة الأوضاع الجديدة التي تعطي لهم في المدرسة.

وفي المقابل هناك الطفل الكثير الحركة الذي يلمس كل شيء ولا يوقف عن الحركة حتى وهو جالس إذ يحرك يديه ورجليه دائما، ومثل هذا الطفل لا يستطيع شد إنتباه وتركيزه لا عند قيامه بواجباته المدرسية أو حفظ دروسه ولا عند إستماعه إلى المعلم.

ويذكر دليل التشخيص DSM3 (1980) أن فئة الأطفال الذي يعانون من فرط النشاط يعانون من إضطراب الإنتباه ومن الإندفاعية⁽¹⁾.

ويشير كارينلي (1984) إلى أن الأطفال الذين لديهم إضطرابات في الإنتباه سواء كان لديهم فرط في النشاط أم ليس لديهم، يكون أداؤهم منخفضا على مقياس القدرة على القراءة والتحصيل.

ويذكر كل من روزو وآخرون (1976)، وعمر شاهين (1985) أن من بين الأعراض التي تميز الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي قصر الإنتباه، والقابلية لتشتت الإنتباه وتأخر في نمو المهارات الدقيقة، وصعوبة القراءة ومشكلات في التعلم، ومقاومة التدريب وهذه الحركية وعدم الاستقرار غالبا ما يحتويان بداخلهما قلقا عميقا قد يكون من علامات إضطراب ذهني حقيقي.

¹ - محمد علي كامل، "الأخصائي النفسي المدرسي وفرط النشاط وإضطرابات الانتباه"، مركز الإسكندرية للكتاب، 2003، ص 58.

4- عوامل شخصية أخرى: كما يرجع التأخر المدرسي إلى عوامل ذاتية ومؤثرات

إنفعالية منها:

أ- **الخجل:** لا يمثل التلميذ الخجول أية مشكلة سلوكية أو إنضباطية، فهو على العكس تماما، فبينما يجتهد العديد من زملائه لجذب الانتباه إليهم ولو بشكل مزعج تجد التلميذ الخجول يبذل نفس الجهد في محاولة تجنب إهتمام الآخرين به، ونظرا لأنه يخش لفت الأنظار إليه فإنه يفضل إخفاء نفسه في خلفية الأحداث وهو بذلك يجد صعوبة في الإتصال بالآخرين والمبادرة في الكلام والمشاركة وهو يتراجع أمام أبسط القرارات التي يجب أخذها في الحياة الإجتماعية.

وقد يسيء المعلوم تفسير خجل التلميذ حيث يظنون أن إحجامه عن المشاركة في القسم يرجع إلى عدم قدرته على الفهم، حتى أنهم قد يخلصون إلى أنه بطيء في التحصيل الدراسي، فيجنبون توجيه الأسئلة إليه أثناء الدرس معتقدين أنه يجهل الإجابة، عندها ستبدأ توقعات المعلم الخاطئة بشأن مستوى التلميذ تتحقق، حيث تنزعزع ثقة التلميذ بنفسه وتفتقر همته، الأمر الذي يقوده إلى المزيد من العزلة والإنسحاب، فلا يستطيع أن يركز فكرة للإستماع ولا للإجابة أو الفهم، مما يؤثر على تحصيله الدراسي فيصبح من المتأخرين دراسيا.

ب- **المفهوم السلبي عن الذات:** إن لتقدير الذات تأثيرا ملحوظا على كل سلوكيات التلميذ تقريبا، إذ يؤثر على طريقته في التفاعل مع الآخرين وفي أسلوبه في التعامل مع التحديات، كما يمكن أن يكون لهذا الإحساس أثر واضح على مستوى أدائه الدراسي، خاصة فيما يتعلق برغبته في العلم، وقدرته على التركيز، لذا يعد تقدير الذات الإيجابي إحدى العوامل الأساسية للنجاح الدراسي، حيث يقوم بدور مهم بناء ثقة التلميذ بنفسه وتعزيز قدراته الشخصية في الاتصال الفعال بالآخرين وعلى العكس من ذلك، يعتبر تكوين المفهوم السلبي عن الذات سببا هاما في تأخر التلميذ دراسيا مثل اعتقاده بأنه عاجز عن فهم المواد الدراسية ومتابعيتها، فقد أثبت بحث بدوين Bodwin (1975).

أن هناك علاقة بين المفهوم السلبي للذات وبين تأخر التلميذ في القراءة فقد بلغ معامل الارتباط بين المتغريين 0,72 في السنة الثانية إبتدائي و 0,73 في السنة السادسة إبتدائي⁽¹⁾.

إن نتائج البحث مديحة الغربي تؤكد على وجود إرتباط قدر ب 0,40 بين التحصيل الدراسي وتقبل الذات، إذ كلما كان تحصيل الطفل منخفضا إنخفض تقبله لذاته والعكس صحيح.

ومن جهة ثانية توصل سيمون وسيمون Simon et Simon (1975) إلى وجود إرتباطا دالا إحصائيا قدر ب 33,0 بين تقدير الذات والتحصيل الدراسي، وبين تقدير الذات والذكاء.

كما توصل هار و كرازيانو Hair et Graziano في (2003) من خلال دراسة شملت 317 تلميذا وتلميذة ينتسبون إلى المستوى الدراسي السادس والسابع والثامن إلى أن تقدير الذات يرتبط بالتحصيل الدراسي.

ويرى عبد العزيز القوصي (1967) أن ضعف الثقة بالنفس هي من العوامل الإنفعالية التي تؤثر على التحصيل الدراسي للتلميذ⁽²⁾.

وكما يمكن لتقدير الذات أن يؤثر على مستوى الأداء الدراسي، يمكن كذلك لمستوى أداء التلميذ التأثير على تقديره لذاته.

ج- إنخفاض الدافعية للتعلم: " إن الدافعية حالة تساعد في تحريك وإستمرارية سلوك الكائن الحي " والدافعية مفهوم يشمل مفاهيم الإستشارة والتثقيط والحاجة والحافز والباعث. وللدافعية وظائف هامة في التعلم حيث تقوم بـ:

- 1- وظيفة تحريك وتنشيط السلوك من أجل تحقيق التعلم.
- 2- توجيه التعلم إلى الوجه المحددة، وبذلك يكون السلوك التعليمي سلوكا هادفا.
- 3- إستمرارية السلوك من أجل تحقيق التعلم المراد تعلمه.

¹ - Lippit, ronald et white, Ralph : une étude expérimentale du commandement de la vie en groupe, « IN » psychologie sociale, textes, fondamentaux anglais et américains, Tome I, paris, Ed, Dunod, 1978, p.42.

² - Hair, Graziano, William, self-esteem personality and achievement in high school: a prospective longitudinal study in textes journal of personality, 71, 2003, PP 971-994.

إن التلاميذ الذين يوجد لديهم دافع مرتفع للتحصيل يعملون بجدية أكبر من غيرهم ويحققون نجاحات أكثر، وعند مقارنة هؤلاء التلاميذ بمن هم في مستواهم من القدرة العقلية ولكن يتمتعون بدافعية منخفضة للتحصيل، وجد أن المجموعة الأولى حصلت على درجات (معدلات) أفضل في إختبار السرعة في إنجاز المهمات الحسابية واللفظية وفي حل المشكلات، ويحصلون على معدلات مدرسية أفضل، كما كشف دراسة كارو وآخرون عن وجود ارتباط التأخر الدراسي بإنخفاض الدافعية للتعلم وعدم الميل للقراءة، وعدم إحترام الذات، وإنخفاض الدافع للإنجاز، وعدم الميل إلى بذل الجهد في الدراسة، وفي نفس الموضوع، توصل زانينيل و يوزاي 2002 إلى وجود علاقة موجبة بين الدافع والتحصيل الدراسي حيث يزداد التحصيل التلاميذ كلما كانت دافعتهم للإنجاز عالية، كما أن تحصيل التلميذ يؤدي إلى دافعية إنجاز عالية⁽¹⁾.

ب - العوامل المدرسية:

يتعلق هذا النوع من الأسباب بالمدرسة ووظائفها واتجاهات التلميذ نحوها، وغير ذلك من العوامل التي تدخل ضمن الشروط البيداغوجية العامة (الظروف المادية والمناهج الدراسية، والتنظيم).

ج - العوامل العائلية- البيئية:

على الرغم من أن المدرسة قد سلبت الأسرة معظم ما يتعلق بالتعليم واكتساب المهارات، فإن الأسرة لا تزال تلعب دورا أساسيا في عملية التنشئة وتشرف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وتؤثر في إستجابته للمدرسة، لأنها أول وأعظم الجماعات المرجعية أثرا على قدرات الفرد العقلية والنفسية. وسنتناول في هذا الجزء أثر العوامل العائلية- البيئية على التحصيل الدراسي للطفل، ويمكن توزيع هذه العوامل حسب الدراسات إلى:

¹ - محمد منيزل علميات وخالد خليف هواش، " العلاقة بين الدافعية الإنجاز وقلق الإمتحان وآثارها في التحصيل في مادة اللغة الانجليزية لدى طلبة المرحلة الاساسية والثانوية في محافظة المفرق "، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 7، العدد 201، ص: 3-222، سنة 2006.

د- العوامل الاقتصادية - الإجتماعية والثقافية:

مما لا شك فيه أن للدخل المادي للوالدين ووضعيتهما الاجتماعية والسكنية ومستوياتهما التعليمي- الثقافي أثر على شخصية أبنائهما وعلى تحصيلهما الدراسي فالأوضاع الاقتصادية البيئية والمتمثلة في الدخل الضعيف والسكن السيئ (الغير المريح) تعتبر من أهم المشاكل التي تواجه الأسرة، وتسبب لأطفالها اضطرابات نفسية بحكم أنها تؤثر في تنشئتهم وتربيتهم، ويترتب على ذلك عدم توفر الجو الصالح والمناسب للمذاكرة فتتأثر نتائج التلميذ الدراسية وتكيفه المدرسي.

فمن حيث الظروف الاقتصادية، بينت أغلب الدراسات أن الأوضاع الاقتصادية السيئة ينتج عنها التهاون في علاج الأمراض، وعدم الإستجابة لحاجيات الأطفال الحياتية منها المدرسية، مما يؤثر على عملهم ومردودهم المدرسي. ففي دراسة أجراها بيري تبين أن نصف المتخلفين في منطقة لندن ينتمون إلى أسر فقيرة جداً، ولا ينمي منهم إلى أسر ميسورة الحال سوى 10%⁽¹⁾.

وبينت شيلاند C. Chiland (1968) أنه في نهاية كل العامين الدراسي الأولين (السنة الأولى والثانية من التعليم الابتدائي)، وهي الفترة التي تسمى بالتعليم التحضيري في النظام المدرسي الفرنسي، تكون النتائج غير مرضية، وأحيانا سيئة، بالنسبة لـ 63% من التلاميذ الذين ينتمون إلى المدارس العامة، بينما 86% من التلاميذ الذين ينحدرون من عائلات غنية يتحصلون على نتائج حسنة، وهذا ما يعكس فعلا دور الحالة الاقتصادية والوضع الاجتماعي في المدرسة، ولكن نتائج دراسة شيلاند C. Chiland ليست بالشيء الجديد رغم أهميتها فقد توصل الفرد بينه وبطريقة عقوبة إلى أن تلاميذ المدارس العامة يتأخرون عن أقرانهم من نفس الأعمار الذين ينتمون إلى المدارس الخاصة⁽²⁾.

¹ - نعيم الرفاهي، " الصحة النفسية دراسة سيكولوجية التوافق "، مكتبة الجامعة، دمشق، الطبعة الأولى، 1986، الطبعة العاشرة، 1995، ص:459

² - Rault, Alain, « échecs et difficultés scolaires » Paris, Ed, P.U.F, 1987, p.19.

وتوصل عبد الكريم غريب (1991) في دراسته عن التخلف الدراسي في المغرب مقارنة بين المدينة والبادية إلى أن الدخل الشهري لآباء وأمهات التلاميذ المتخلفين كان منخفضا مقارنة بدخل آباء وأمهات المتفوقين، ونفس المقارنة تنطبق على المستوى المهني (1).

وخلص سلوكك R.Selcuk (2005) بعد تحليله للمقالات التي كانت محور دراسة العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية بالتحصيل الدراسي، والتي نشرت ما بين سنوات 1990-2000 إلى وجود علاقة إرتباطية متوسطة إلى قوية بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي والتحصيل الدراسي.

إذن فكلما كان الدخل مرتفعا، إرتفع المستوى التحصيلي للتلاميذ، والدخل المنخفض يترك آثار صعبة خاصة عند الأولاد حيث يكون مصدر إحباطات بسبب عجز الأسرة عن تلبية مطالبهم وإشباع رغباتهم، وهذا الوضع كثيرا ما يؤدي إليه مانهاتن M. Manhattan عن أنه كلما كان المستوى الاجتماعي- الاقتصادي للآباء مرتفعا كلما زاد ذلك من صحة الطفل العقلية، إذ عند المستوى الاقتصادي المرتفع بلغت نسبة الذين يتمتعون بصحة جيدة 24,4% مقابل 9,7% عند أصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف، أما الأطفال الذين كانت لديهم أعراض خطيرة ويشعرون بعدم القدرة فقدرت نسبتهم بـ 17,5% عند المستوى الاقتصادي المرتفع و 23,7% عند المستوى الاقتصادي الضعيف (2).

هـ- العوامل العاطفية - الطبيعية والعلاقات العائلية:

إن وجود إتران عاطفي وطبيعي داخل عائلة الطفل ضروري حتى يكون تكيفه المدرسي جيدا، ويخضع هذا الإتران للخصائص المزاجية للطفل كما يخضع وبشكل رئيسي لنوعية العلاقات التي يربطها مع وسطه الاجتماعي. فالعائلة بخصائصها السيكولوجية والاجتماعية يمكنها إما أن تساعد أو تعيق تكيف طفلها داخل المؤسسة التعليمية.

¹ - عبد الكريم غريب، " التخلف الدراسي، دراسة نظرية ميدانية في المدينة والبادية "، مطبعة إفريقيا للنشر، الدار البيضاء، 1991، ص: 120.
² - Chiland Collète, « L enfant de 6 ans et son avenir » Paris, Ed, P.U.F, 1973, P : 253.

وقد بينت الكثير من الدراسات أن بعض الاضطرابات العائلية خاصة عدم الإتزان العاطفي يمكن أن تكون سببا رئيسيا لمشاكل الطفل الوجدانية والطبيعية، مما يؤثر في مكتسباته المدرسية ، وبالتالي في تكيفه المدرسي، وهذا حال العديد من العائلات الغير موجودة أو المشتتة فقد ظهر جليا في بحث ميداني حول علاقة التأخر الدراسي بالحرمان العاطفي الذي يعانيه الأطفال غير الشرعيين، أن هؤلاء الأطفال يشكون ضعفا دراسيا عاما مقارنة بأقرانهم الذين يعيشون في ظروف أسرية عادية (1).

لقد لوحظ أيضا أن الأطفال غير الشرعيين يعانون من اضطرابات معرفية ووجدانية ويتبين ذلك على مستوى تأخر النمو، وخاصة نمو الذكاء كما يظهر على مستوى التحصيل الدراسي (2).

وفي دراسة تجريبية لسعد لطوم (1973) عن أثر الحرمان من الأسرة على التحصيل الدراسي في المرحلة الأولى من التعليم الابتدائي تبين إنخفاض مستوى التحصيل اللغوي وإفئقاد الاستشارة اللغوية عند التلاميذ المحرومين أسرينا، مما يؤكد لنا أن إفئقار التلميذ للحياة داخل الأسرة يؤثر على صحته النفسية وتحصيله اللغوي وأظهرت دراسة ونئزل وأشير Wintzel et Asher (1995) أن شعور الأبناء بالرفض الوالدي يرتبط بالسلوك العدوانى وإنخفاض تحصيلهم الدراسى.

وبصورة عامة، يترك كل شقاق عائلى وكل نقص فى الإنسجام والمحبة أثرا على تصرفات بعض الأطفال بالدرجة الأولى على علمهم المدرسى خاصة إذا كان التلميذ إنفعاليا و إنطوائيا وغير متزن، أثرت عليه المعاملات السيئة وأضعفته عندها يصبح عاجزا على أن يغير من شخصيته بعد إلئحاقه بالمدرسة.

لا يمكن إذن الفصل بين الأسرة والمدرسة، فمن المفروض أن يجد الطفل فى أسرته الطموح السليم والتشجيع الواعى حتى يذهب يوميا إلى المدرسة وهو من ود بهذه المقومات.

¹ - مصطفى عشوى، " المدرسة الجزائرية إلى أين ؟"، دار الأمة الجزائرى، 1991، ص: 107.
² - جون بوليب، " رعاية الطفل وتطور الحب"، ترجمة: محمد خيرى وآخرون، دار المعارف، القاهرة، د . ت، ص: 52.

كما تلعب أساليب التنشئة الإجتماعية غير السوية والمعاملة القاسية التي يتبعها الوالدان دورا كبيرا في تأخره الدراسي، ففي دراسة F. Dolto (1971) من أن عدم التركيز الذي يشكو منه الكثير من المتدربين قد يرجع سببه إلى الندم الذي يحس به الطفل عندما كان منشغلا بالمشكلات العلائقية- الوالدية.

ورغم أهمية النتائج الأخيرة، إلا أننا نؤكد ما أكدته بولبي Bowlby من أن الحرمان العاطفي المستمر يخلق لدى الطفل ضررا خطيرا ودائما، وهذا يغير من طبعه فتضطرب حياته المستقبلية كلها.

فتكيف الطفل نفسيا وإجتماعيا مع عالم المدرسة لابد أن تسبقه إستعدادات تشارك الأسرة وخاصة الوالدين في تكوينها وتوجيهها الوجهة التي تجنب الطفل الكثير من الصراعات والإحباطات.

إن التأخر الدراسي إذن لا يعزو لأحد بعينه أو لجهة بعينها، لا المدرسة ولا المعلمين ولا الأولياء يتحمل كل لوحده مسؤولية تأخر الطفل وفشله الدراسي، في العادة الطفل هو الذي يحمله الآخرون (الأولياء والمعلمون والمسؤولون عن التربية والتعليم ...) مسؤولية تأخره الدراسي.

الباب الثاني

الإطار المنهجي

الفصل الخامس

الجانب المنهجي

- 1- مكان إجراء البحث
- 2- عينة البحث
- 3- الدراسة الاستطلاعية
- 4- أدوات القياس
- 4-1- المقابلة الإكلينيكية
- 4-2- الملاحظة الذاتية
- 4-3- اختبار الاكتئاب للأطفال CDI لماريا كوفاكس
- 4-4- اختبار تقدير الذات لكوبر سميث
- 5- التصميم التجريبي

1- تقديم مكان البحث:

تم إجراء البحث في المركز الطبي البيداغوجي⁽¹⁾ الكائن بـ 152 نهج زيار عبد القادر بولوعين الجزائر والمهمة الأساسية للمؤسسة هو استقبال الأطفال والمراهقين ذوي إعاقة ذهنية خفيفة، متوسطة أو عميقة والأطفال ذوي الاضطرابات النفسية للاستفادة من تكفل تربوي أو إعادة التربية ويتراوح السن ما بين 3 و 18 سنة، له طاقة استيعاب 120 ويعد عددهم الحقيقي بـ 90 طفلا.

كما يقوم المركز بعملية التكفل القائمة على المتابعة الخارجية التي هي نوع وطريقة من طرق التكفل التربوي بالأطفال والمراهقين الموجهين إلى الفحص الخارجي هذا التكفل النفسي العلاجي أو إعادة التربية هو تدخل وقتي مع ذوي أصحاب الإعاقات الخفيفة أو الذين يعانون من الرسوب أو التأخر الدراسي هذا النوع من الاضطرابات لا يتطلب الوضع الدائم بالمؤسسة لكن متابعة متوازية مع المؤسسة الأخرى المعنية (المدرسة) فالمتابعة لا تخص الأطفال وحدهم بل تتعدى الوالدين أو أفراد الأهل.

ضف إلى ذلك التوجيه العائلي والمتمثل في المتابعة النفسية، فهي بمثابة الدعم للعمل المؤسساتي حيث أنها تسمح بتضافر جهود الفرقة البيداغوجية مع الوالدين وذلك من أجل المتابعة التربوية الدائمة.

ونشير أن المتابعة الخارجية تكون تحت إشراف فرقة متعددة الاختصاصات، من أخصائيين إكلينكيين أخصائيين في علم النفس التربوي، أخصائيين في الأرطوفونيا بالإضافة إلى المساعد الاجتماعي.

هذه الفرقة تهدف في مجملها إلى إكساب الطفل قدرات ومهارات عديدة تساعده على التوافق النفسي والتأقلم الاجتماعي وذلك كلاً حسب تخصصه.

¹ - انظر الملحق البطاقة التقنية للمركز الطبي البيداغوجي بولوعين (مكان إجراء البحث).

2- عينة البحث:

تتكون عينة البحث من (08) ثمانية حالات، هؤلاء تلاميذ في الطور الأول من (08) مدارس من الدائرة الإدارية لباب الواد بالجزائر العاصمة وكانت الدراسة حول هذه الحالات بعدما بلغ عددهم 62 حالة قدمت إلى المركز الطبي البيداغوجي لبولوجين طالبين المساعدة من طرف الأخصائيين النفسيين مرفقين في غالب الأحيان بالوالدين خاصة الأم هؤلاء الأطفال موجهين إلى الاستشارة النفسية، إما من طرف طبيب الأطفال، من طرف معلم أو من طرف مدير المدرسة وأحيانا من طرف الأولياء أو الأقارب عندما يلاحظون تأخرا أو اضطرابا في السلوك. تتراوح أعمار عينة البحث بين (9-11 سنة) أي مرحلة الكمون بعضهم من أولياء المتعلمين وبعضهم لا يتعدى تحصيلهم الدراسي، التعليم المتوسط، ينتمي بعضهم إلى فئة التجار، وبعضهم الآخر فئة العمال البسطاء صف إلى ذلك أبناء المتعلمين الذين يتعدى تحصيلهم الدراسي الجامعة.

ويخضع هؤلاء الأطفال إلى التكفل النفسي بالمركز وقد تم اختيار هذه العينة بعد استبعاد ما يلي:

- الأطفال غير العاديين في القدرات العقلية هذه بدورها تتكون من مجموعتين لكل منهما خصائصها المعينة، وتتكون هاتان المجموعتان من الأطفال الذين ينحرفون عن المتوسط، ففي أحد الطرفين تقع المجموعة الأولى وهي تتضمن الأطفال الذين يتميزون بقدرة عقلية مرتفعة وعلى قمتهم الموهوبون، بينما يوجد في الطرف الآخر المجموعة الثانية التي تحتوي على الأطفال المعوقين عقليا، ثم يليهم الأطفال المتخلفين عقليا.

وقد روعي أن تكون جميع الحالات مصابة بحالة إكتئاب إستنادا إلى الدرجة العالية التي تم الحصول عليها من خلال تطبيق مقياس الإكتئاب (The children 's Depresion Inventory C.D.I) لماريا كوفاكس، حيث يبدأ الإكتئاب الشديد من درجة (29) فما فوق وهذا يعني إستبعاد جميع الأفراد الذين تحصلوا على درجة أقل من (29) على المقياس.

كما روعي أن يكون جميع الأفراد قد عرضوا على الأخصائي النفسي بسبب التأخر الدراسي المؤشر الأول للاستشارة النفسية والذي يعد بمثابة العرض الظاهر لحالة إكتئابية متسطرة. وقد رئي، أن تتم المقابلات التشخيصية، قبل التعرض لأي نوع من التكفل

3- الدراسة الاستطلاعية:

استغرقت الدراسة الاستطلاعية حوالي ثلاثة أشهر، وتميّزت بإستقبال الأطفال الذين يعانون من التأخر الدراسي المصاحب بالحالات الاكتئابية وكانت هذه الدراسة بفضل فرقة الأخصائيين النفسيين الذين كانوا يقومون بالاستشارة النفسية لهؤلاء الأطفال ثم الكفالة النفسية بما تحتويه من أساليب العلاج، ونخص بالذكر في هذا البحث العلاج السلوكي المعرفي. كما تميزت بالاجتماعات المتكررة مع الأطباء المختصين في الطب العقلي للأطفال Pédopsychiatres الذين قدموا للباحثة معلومات ثرية من الجانب الطبي لهذا المرض وتشخيصه.

كما تم التعرّف من خلال تلك الاجتماعات على نوع المشكلات التي يطرحها الطفل المكتئب وأثر هذا الاكتئاب على التحصيل الدراسي المتمثل في التأخر الدراسي هذا النوع من التأخر الذي يؤثر في التلميذ وكذا في العائلة.

كما قامت الباحثة بمقابلات أولية مع هؤلاء الأطفال الذين يعانون من مشكلات كبيرة على وجه الخصوص، الشيء الذي قاد إلى إختيار عينة البحث بعد إستبعاد المتغيرات الدخيلة.

وقد تم في هذه المرحلة، إختيار مدى وضوح مقياس (C.D.I لماريا كوفاكس) وإختيار تقدير الذات للأطفال لـ س. كوبر سميت S.Cooper Smith بعنوان Cooper Smith Self-Esteem inventory الذي قام بإقتنائه وإعداده د. فاروق عبد الفتاح موسى و د. محمد أحمد دسوقي.⁽¹⁾

كما تم تحديد مدّة المقابلة وموعدها.

وهكذا يتضح أن الدراسة الاستطلاعية، شكلت الخلفية الأساسية التي تمّ الاعتماد عليها قبل الإنطلاق الفعلي في عمليتي التشخيص والعلاج لإجراء هذا البحث.

¹ - غريب عبد الفتاح غريب، مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI، دار النهضة العربية، ط2، 1995.

4- أدوات القياس:

4-1- المقابلة الإكلينيكية:

المقابلة الإكلينيكية، أداة واسعة الاستخدام في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي وهي تقوم على العلاقة بين الفاحص والمفحوص، وتستخدم في جميع التناولات النظرية بدون إستثناء، مع العلم أن كل تناول تستعمل المقابلة بطريقته وإستنادا إلى منطلقه النظري، ويتم من خلالها الحصول على معلومات مفيدة ومتنوعة حول المتغيرات المحددة للسلوك (مورجنستارن Kenneth. P. Morgenstern ، 1988، ص 06-07).

هذه المعلومات لا تنحصر فقط بما يعبر عنه المفحوص لفظيا، إذ أن خلال المقابلة يمكن أن يحصل على معلومات واسعة عن المفحوص، عن الحركات الجسميّة ونغمات الصوت ودرجة إتصال العينين بالفاحص، والطريقة التي يستجيب بها المفحوص والمشاعر المصاحبة للحديث مثل البكاء والقلق والانفعال والملل والإرتياح...وتقتضي الممارسة الإكلينيكية الإلمام بأبعاد المتغيرات الخاصة بالمفحوص بكل جزئياتها الدقيقة والحساسة والشخصية جدا، وللوصول إلى ذلك، تكون المقابلة الوسيلة الأصلح والأنسب، وتفرض نفسها بكل موضوعية، لأنها تسمح بالإقتراب من المفحوص إلى أبعد الحدود (مورجنستارن Morgenstern ، 1988، ص 98-99) وتساعد هكذا، على فهمه في إطار الشخصي كحالة خاصة، الأمر الذي يقوم عليه التشخيص الجيد والعلاج الفعال (شابيرو Chapiro ، 1985، ص 04-06).

وإستنادا إلى كل ذلك، تم إختيار هذه التقنية التي توفر بيانات ثرية حول التشخيص والعلاج والتقويم.

كما أن المقابلة توفر لنا المعلومات الدقيقة عن اعتقادات وأحاسيس وأفكار ودوافع المفحوص أي سلوكه الكامن، ضف إلى ذلك معلومات حول سلوكه الماضي والسلوكات الشخصية.

كما أن المقابلة أفضل من الإستبيان في التشخيص والعلاج، ورغم أن التقنيتين تستخدمان التقرير اللفظي إلا أن الإختلاف الجوهرى بينهما، يكمن في كون المعلومات المستقاة من الاستبيان عبارة عن إجابات المفحوص المكتوبة لأسئلة معدّة مسبقا، بينما يختلف الوضع تماما في المقابلة ذلك أن كلا من المُقَابِلُ والمُقَابَلُ، يجمعهما إطار زمني

مكاني، فالفاحص يكون حاضرا عند طرح الأسئلة لذلك، فهو لا يكتفي بما يقال لفظيًا وإنما يلاحظ أيضا، كل السلوكات المصاحبة للتغيرات اللفظية للعميل في الوضعيات المختلفة، مثل الإيماءات وطريقة الجلوس وحركات الأيدي والجسم، ونبرات الصوت، ودرجة إتصال العينين بالفاحص، بل وحتى المشاعر يمكن أن تلاحظ من خلال بعض التعبيرات كالابتسام والارتياح والبكاء....

وهنا يتوفر صدق أكبر للمعلومات المستقاة (سلترز وآخرون Selltiz et Al 1976، ص 294-295).

كما أنه لا يمكن مطلقا الحصول على معلومات خاصة جدًا ومحددة ودقيقة لغرض التشخيص والعلاج عن طريق الإتصال الكتابي (أسئلة وأجوبة مكتوبة) ولا عن طريق الملاحظة (حيث تنعدم إمكانية العلاج كليًا).

ذلك أنّ مثل تلك الأسئلة التي تخدم الغرضين السابقين تقتضي قاعدة متينة أساسها العلاقة الجيدة التي تكاد تنعدم في الملاحظة، وتنعدم تماما في الإستبيان، لذلك، فالتشخيص والعلاج، لا يمكن أن يتمّ بدون تقنية المقابلة التي تعتبر سيّدة التقنيات على الإطلاق في هذا المجال (نيتزل وجماعته Neitzel et Al ، 1988، ص 301).

فضلا أن المقابلة تمكّن الباحث من التعامل مع الفئات الاجتماعية المختلفة كالأميين والحاصلين على مستويات منخفضة من التعلّم، لا تمكنهم من حسن فهم العبارات الواردة في الإستبيان (جنكيز Jenkins ، 1975، ص 131-153) (سوف، 1983، ص 387) كما أنها توفر الدافعية الكافية على نقيض ما قد يلاحظ عند تطبيق الإستبيان والاختبارات للإستجابة خصوصا إذا توفر الجوّ، الذي يشعر المفحوص بالطمأنينة والأمان والاهتمام (مورجنستارن Morgenstern، 1988، ص 98-99).

ولما كانت أهداف البحث الحالي، تتمحور حول التشخيص والعلاج والتقويم، فقد تم اختيار المقابلة الإكلينيكية الإعلامية دون المقابلة الحكيمة أو المقابلة المستخدمة في إطار بحث.

فالمقابلة الإعلامية (Informational) تقدم معلومات كبيرة ووافية حول سلوك المفحوص وتجاريه وتاريخه الشخصي وهي تسمح بالاقتراب من المفحوص كما تقتضيه الحاجة في التشخيص والعلاج، الشيء الذي يسهم في فهم معاناته بكل دقة، كما يعيشها ويتمثلها، وبلجأ

الباحثون العلميون إلى استخدام المقابلة الإعلامية للوصف الإكلينيكي الدقيق للمتغيرات من جهة ولاختيار المعلومات من جهة أخرى (شابيرو Chapiro 1985، ص 04-05).

وتجدر الإشارة إلى وجود أنواع من المقابلات وفقا لدرجة التقنين، إذ تقع هذه الأنواع على متصل واحد، يمتد بين قطبين، أحدهما التقنين الكامل والآخر الحرية الكاملة وتتفاوت المقابلات فيما بينها من حيث المواضيع التي تشغلها على هذا المتصل، ويتحدث الباحثون على ثلاثة مستويات من التقنين في بحوثهم المنشورة هي، المقابلة الحرة والمقابلة الموجهة (نصف المقننة) والمقابلة المقننة (المحددة تحديدا تاما)، تتحدد بالهدف المقصود من المقابلة وبطبيعة الميدان (سوفيف، 1983، ص 405-407)، (سلتز وجماعتها Selltiz et Al، 1975، ص 309-324)

وبما أن البحث الحالي يهدف إلى التشخيص والعلاج والتقويم، وينطلق من الاطار المعرفي السلوكي، فقد تم اختيار المقابلة الموجهة التي تقع وسطا بين المقابلة الحرة والمقابلة المحددة تحديدا تاما، فهي أكثر ضبطا من النوع الأول وأكثر مرونة من النوع الثاني، وهي توفر معلومات عن السلوك اللفظي وغير اللفظي للمفحوص، كما تعطي للمفحوص فرصة التعبير الكامل عن معاناته بإرتياح كما أنها تجعل الباحث يتقطن إلى بعض الأسئلة أو المتغيرات التي لم يكن قد وضعها في الحسبان (جنكنز Jenkins 1975، ص 133). فضلا عن المرونة التي تمكن من تحقيق أهداف التشخيص والعلاج وذلك لأن التقرير يحتاج إلى معلومات عن السلوك الظاهر من جهة وعن السلوك غير الظاهر من اعتقادات وأفكار وإنفعالات، أي كل ما يخفي من الحياة المعرفية والانفعالية والسلوكية للفرد من جهة أخرى (مورجنستارن Morgenstern، 1988، ص 86-87).

ويرى بعض المنظرين أن للمقابلة جوانب سلبية منها الذاتية، ذلك أن التعبير اللفظي للمفحوص عن ذاته هو تشخيص ذاتي يقوم به المفحوص (سلتز وجماعتها Selltiz et Al، 1976، ص 292-294).

غير أن هذا يتماشى مع هدف البحث الحالي، الذي يتركز حول إستيقاء معلومات شخصية وذاتية بطبيعتها (أفكار المفحوص ومشاعره)، ويفترض أنه لا يوجد أي إنسان يدرك معاناة الشخص وحالته أكثر من الشخص ذاته، فهو المصدر الأساسي للمعلومات بالإضافة

إلى أنه " يعاني " من مشكل ويريد المساعدة خاصة إذا توفر له الجو المطمئن المساعد على ذلك.

وقد بذلت الباحثة جهدا كبيرا لمساعدة المفحوص على التعبير عن معاناته، لكي تستطيع النفاذ إلى أفكاره واعتقاداته وعواطفه، وذلك بتوجيهه بأسئلة خاصة محددة، وبمرافقته. وهكذا، تم إستبعاد أحد المعوقات الأساسية في هذا المجال وهو عدم وعي المفحوص بمشكلته، ومع ذلك فقد تم التحقق من صدق معلومات المفحوص الخاصة بمعاناته، باستخدام تقنيات أخرى، إضافة إلى اللجوء إلى مصادر خاصة، كأفراد أسرة المفحوص أو طاقم الفرقة البيداغوجية.

هكذا يتضح أن المقابلة هي أفضل طريقة للنفاذ إلى العالم الداخلي للمفحوص من أفكار واعتقادات وانفعالات ولا توجد أي تقنية أخرى تنافسها في جمع المعلومات على المستوى العميق (كالتقرير الذاتي، والاستبيان والملاحظة المباشرة للسلوك)، خصوصا إذا كانت تقوم على العلاقة الوثيقة بين الإكلينيكي والمفحوص إذ يؤكد وولب " Wolpe " (1982) ولزاروس Lazarus " (1971) و بيك وآخرون Beck et Al (1979) ونلسون وآخرون Nelson et Al (1976) أن كل شيء يبنى على أساس هذه العلاقة التي ينبغي أن تكون وطيذة وذات قاعدة متينة، تقوم على أسس الثقة والإرتياح والطمأنينة.

علما بأن جميع التناولات النظرية تؤكد أهمية توثيق العلاقة بين المفحوص والأخصائي النفسي، هذه العلاقة الجوهرية والأساسية قبل البدء بالتشخيص والعلاج (مورجنستارن Morgenstern، 1988، ص 98-99). وقد تعززت هذه الفكرة، بنتائج دراسات عديدة أقيمت خصيصا لبحث مدى تأثير العلاقة العلاجية على التقدير وعلى فاعلية العلاج، وبيّنت أن هذه العلاقة الايجابية لا ينبغي أن يطمح إلى تحقيقها الأخصائي النفسي فقط بل تكون شرطا ضروريا لكل من يتعامل مع المفحوص كالمعلم والأسرة.

وقد اهتم المعرفيون السلوكيون بدراسة أهمية العلاقة العلاجية، ووضحوا بأن طبيعة هذه العلاقة ذات أهمية كبيرة، إذ أنها تحدّد نوع المعلومات التي يعطيها المفحوص وعمق هذه المعلومات، إذ أن التقدير الجيد يسير وفقا للعلاقة العلاجية الجيدة ومتغيراتها (الثقة والمرونة والطمأنينة والتشجيع على التعبير وعدم إلقاء أحكام القيمة على سلوكات المفحوص

وعدم الحكم وعدم التّوبيخ والإصغاء التام والاهتمام بمعاناة المفحوص (...)
(فرو وآخرون " Foa et Al ، 1983، ص 65-66).

وعليه فإن العلاقة العلاجية هي القاعدة الجوهرية والمنطلق الأساسي الذي تعتمد عليه
أعمدة التقدير والعلاج، كما أن شخصية المعالج أكثر أهمية من التقنيات التي يستخدمها
مهما كانت جيّدة، وتظهر فعالية هذه الشخصية من خلال العلاقة العلاجيّة.

ويتضح أن شخصية المعالج تؤثر على العلاج وليس على التقدير فقط، إذ أنّ المعالج
الذي يظهر أمام المفحوص كشخص حادّ الذكاء ومتزن إنفعاليا ويفهم المشكلات ويحلّها
قد يمثل " المثلى الأعلى " ومن الممكن جدا أن يصدر مصدرا للتعزيز الإيجابي الاجتماعي،
يحاول المفحوص الاقتداء به وتقليد سلوكه ممّا يساهم في العلاج.

وعليه، فإن البحث الحالي، استخدم المقابلة الإكلينيكية " الإعلامية " والموجّهة، وذلك
بمعدل مقابلة أسبوعية، ومقابلتين في الأسبوع بالنسبة للحالات الخطيرة وتستغرق هذه المقابلة
45 دقيقة، وتعتمد على قائمة أسئلة، ترد دوريا (1).

4-2- الملاحظة الذاتية (المراقبة الذاتية):

هي ملاحظة مباشرة للسلوك، يقوم بها المفحوص نفسه بدلا من الفاحص وتقوم أساسا
على ملاحظة المفحوص لسلوكاته المرتبطة مباشرة بمعاناته وأحيانا كل الظروف السابقة
واللاحقة لهذه المعاناة، وهنا يحصل نوع من التغذية المرتدة بعد أن يعي المفحوص بسلوكه
ويلاحظه ويدونه، وهو بذلك يعيد على نفسه تلك السلوكات بصوت مرتفع، الأمر الذي يعزّز
لديه مستوى الوعي بمشكلاته، كما تحصل هذه التغذية المرتدة من قبل المعالج الذي يصغي
لمراقبة المفحوص الذاتية، ويحلّل المعطيات المتعلقة بسلوكه ومشكلاته، ويقدمها له مرة
أخرى. فيحصل هنا، صدى في العلاقات العلاجية وتعاون أمبريقي على مستواها (سبيغلر " Spiegel
، 1983، ص 294).

وهكذا تصبح المراقبة الذاتية أول مرحلة في عملية الضبط وإستراتيجية التقدير والعلاج،
لأنها تسمح للمفحوص بالوعي الدقيق بمشكلاته، وتساعد على تخطي صعوباته من جهة،
كما تمكّن من تقدير فعالية العلاج من جهة ثانية.

¹ - تجدون شرح مسار المقابلة في الفصل بإجراءات وإستراتيجيات البحث.

وتزداد فائدة هذه التقنية، نظرا لكون السلوك المشكل، قد لا يظهر أثناء المقابلة العيادية أو الملاحظة المباشرة أو تطبيق المقاييس ذلك يعني أن السلوك المشكل، قد يظهر خارج أوقات الفحص النفسي، لذلك يكون المفحوص هو المصدر الأساسي لتسجيله نظرا لوجوده الدائم أثناء ظهور السلوك، وقد تمثل هذه التقنية الأداة الوحيدة التي يمكن أن تقدم صورة حقيقية عن مدى تكرار سلوك ما، كما يظهر في الوسط الطبيعي له.

وعموما، يمكن القول أن هذه التقنية تقدم معلومات ثرية تخدم التقدير، كما تستخدم كإجراء فعال للتغيير، إذ تحدث تغيرات عديدة على مستوى السلوك المشكل، ويمكن أن تكون أحيانا، الطريقة الوحيدة المستعملة في العلاج (سبيغلر "Spiegler"، 1983، 295) وقد عملت الباحثة على وضع مخطط وفقا لبرنامج دقيق يمكن أن تقدم لنا معلومات هامة.

وتتلخص خطوات برنامج هذه التقنية بما يلي:

- 1- تحديد السلوك التي ستتّم ملاحظته وتسجيله - شكله - شدّته - مدّته وتكراره.
 - 2- تحديد وسيلة التّسجيل.
 - 3- تحديد وحدة الزمن.
 - 4- تحديد مكان ظهور السلوك المشكل.
 - 5- تحديد طريقة تسجيل الملاحظات المختصرة عن الوقائع التي تسبق السلوك المشكل والتي تعقبه من حيث تواترها وشدّتها وشكلها.
 - 6- تحديد الفكرة التي تسبق الانفعال (السلوك المشكل).
- أما طريقة استخدامها فتتلخص بما يأتي:
- طلبت الباحثة من المفحوص أن يدون كل ما وقع له خلال أسبوع كلّ (والمتعلق أساسا بالسلوك المشكل والحالة العامّة).

ويتم في البداية تدريب المفحوص على المراقبة الذاتية البسيطة، أي تدوين السلوك المشكل - مكانه وتكراره - والفكرة التي تسبقه وتستثيره ثم يتّم الانتقال إلى المراقبة المكثفة والتي تتمثل في جميع الخطوات المسطرة في البرنامج.

وقد عمدت الباحثة إلى التوضيح للمفحوص الذي يكون مستواه الدراسي لا يسمح له بالكتابة جيّدًا فيتم في هذه الحالة الرجوع إلى أقوال المفحوص وهذا ما يُسمى بالملاحظة

المروية، بعد تقديم كل التعليمات الضرورية لذلك مع التدريب المكثف حول طرق التركيز على بعض جوانب السلوك أي السلوك المشكل ذاته وملاحظته المغيرات على مستواه. وأخيرا، يمكن القول، بأن تقنية المراقبة الذاتية، تقنية جيدة تقديرا أو علاجا فهي تساهم في معرفة سلوك المشكل وحصره بدقة من حيث شكله وحدته وتواتره ومثيراته وعواقبه، كما تساهم في العلاج، بتعزيز وعي المفحوص بذاته وبتنفيذ ضبطه الذاتي الذي يجعله مسؤولا وفعالا، الأمر الذي يطور تقدير لذاته كفرد يضبط ويعدل سلوكه ويتحكم فيه. كما تساهم في فهم فعالية الخطط العلاجية المسطرة والمرسومة وذلك أثناء إعادة التقدير أو التقويم.

كما تعتقد هذه المراقبة على مساعدة الأم خاصة أو الوالدين على مساعدة الطفل للتركيز على المعلومات الضرورية للسلوكات، التي تبدو شاذة أو غير لائقة⁽¹⁾.

4-3- إختبار الإكتئاب C.D.I لـ ماريا كوفاكس⁽²⁾

يتكون إختبار الإكتئاب للأطفال من 27 عبارة تقوم على أساس التقدير الذاتي، وهو يناسب الأطفال في سن المدرسة الابتدائية والمراهقين. وتشير الباحثة أن هذا الاختبار مناسباً جداً كأداة البحث، كما يعد أداة جيدة للبحث غير الثقافية في الاكتئاب لدى الأطفال.

يعتبر هذا الاختبار كمقياس للتقدير الذاتي، حيث تكتشف الدراسات التي تمت قبل 1977 على إكتئاب الطفولة كثيرا من الغموض، حيث تحتوي على بيانات غير كافية أو جوهريّة، ولكن الدراسات الحديثة بدأت تلقى الضوء على خصائص هذه الارتباط له والعوامل المرتبطة بها. وقد يسرت الأساليب التي ثبتت فعاليتها في دراسة وبحوث الاضطرابات الاكتئابية عند الكبار، إجراء مزيد من البحوث على ظاهرة الاكتئاب في مرحلة الطفولة، وفي اتجاه مماثل أصبح في إمكاننا الآن إجراء تقديم مقنن للأطفال بفصل التطبيقات المناسبة للمقابلات الشخصية الشبه البنائية Semi- Structured interview وكذلك المقاييس الإكلينيكية التي تحدد شدة العرض تحديدا واقعيّا.

¹ - برنامج قائمة النشاطات للعلاج السلوكي، المرجع العيادة السلوكية، جامعة الملك فيصل، ص 383.

² - محمد عبد الطاهر الطيب، مكتبة الإنجلو مصرية، 2001، ص 6 - 116.

وقد أصبح ظهور إختبارا التقدير الذاتي للأعراض الاكتئابية عند الأطفال جزء من الحركة المتقدمة والمتعددة الأوجه. وقد لعبت أدوات التقدير الذاتي دورا كبيرا في البحوث الإكلينيكية، بسبب إقتصاديتها، وسهولة تطبيقها، وإمكانية إخضاعها للتحليل الإحصائي.

أ/تعريف المقياس: الإختبار C.D.I:

هو عبارة عن مقياس وضعته Maria Kovacs وهو مقياس إكلينيكي يزود الباحث والمعالج بتقدير سريع وصادق لمستوى التقدير الذاتي للعرض، مناسب للأطفال، وقد ظهرت أول نسخة لهذا الإختبار سنة 1975 (وهو مكون من 27 عبارة تستخدم في التقدير الذاتي للمعرض الإكتئاب ينعكس تسلسل الإختبارات بالنسبة لبقية العبارات وفقا لقواعد وضع الدرجات الواردة في هذا الدليل).

ب/ تطبيق إختبار الإكتئاب للأطفال:

صمم الإختبار للتطبيق الفردي في البحوث الإكلينيكية وينبغي أن يطبق الإختبار في حجرة هادئة وجيدة الإضاءة. وينبغي على الفاحص أن يبذل جهدا في الاحتفاظ بإنتباه الطفل وإستثارة دافعيته، حتى ينتهي من الاستجابة لفقرات الإختبار. وإذا ظهرت على الطفل علامات تدل على فقدان الاهتمام، فيجب إيقاف التطبيق والدخول في حديث ودي وغير محدد مع الطفل، أو القيام بنشاط (لعب) يستثير اهتمام الطفل، قبل استئناف تكملة الإختبار.

ويمكن أن يطبق الإختبار فرديا أو على جماعات صغيرة من الأطفال. فيما يخص دراستنا فقد اعتمدنا على الطريقة الفردية في تطبيق الإختبار لأن العينة تمثل حالات مرضية وكذلك وجود تساؤلات من جانب الطفل يلزم الإجابة عنها، حتى يستطيع الطفل الاستمرار في مهمة الإجابة عن الإختبار.

ج/ تعليمات للقيام بإجراء المقياس:

يأخذ الطفل نسخة من الإختبار (ورقة الإجابة) لكي يحدد فيها إستجابات، ويقرأ الفاحص العبارات بصوت مسموع (قراءة جهرية) من نسخة أخرى للإختبار، لمساعدة الطفل الذي

يعاني من صعوبات في القراءة أو تركيز الانتباه فحسب، لأن إختبار الـ C.D.I غير مصمم للتطبيق الشفوي.

ونبغي أن يجلس الفاحص في وضع يمكنه من ملاحظة إجابات الطفل التي وضع علامات أمامها، للتأكد من أن الطفل يفهم تعليمات التطبيق.

د/خصائص الصورة النهائية للإختبار:

وضع تعديل بسيط في الصياغة كما تم في هذه المرحلة وضع طريقة تقدير الدرجات وقياس إختبار C.D.I مدى واسعاً من الأعراض الإكتئابية وتشتمل إضطرابات المزاج، القدرة على تحقيق الاستمتاع وتقويم الذات والخصائص المتصلة بالسلوك المعبر عن العلاقات بين الأفراد، وتتصل بعض العبارات بتأثير الإكتئاب على الوظائف والأدوار التي يقوم بها الفرد في المؤسسات التي تعني بالأطفال (كالمدارس ودور الحضانة مثلاً...)

ويصلح المقياس للتطبيق على الأطفال من سن 7 إلى 18 سنة.

ويتكون إختبار C.D.I من 27 عبارة، أمام كل منها ثلاث إختبارات تشمل الحالة الراهنة للفرد، وتطي الدرجات 2، 1، صفر وفقاً لشدة الأعراض الإكتئابية.

ولذلك فإن الدرجة الكلية على الإختبار تمتد من صفر إلى 54 درجة، وتبدأ 50% تقريباً من العبارات بالإختيار الذي يعكس أقصى درجة من شدة العرض، وفقاً لقواعد وضع الدرجات الواردة في هذا الدليل (أنظر النسخة) في الملحق.

4-4- إختبار تقدير الذات للأطفال Cooper Smith Self – Esteem Inventory: (1)

إن التطرق لتعريف إختبار تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith يجب علينا تناول مصطلح مفهوم الذات وصورة الذات Self-Image وهما يعنيان كيف يرى الفرد نفسه، وتقدير الذات الذي يعني مدى اعتزاز الفرد بنفسه أو مستوى تقييمه.

إن تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق فيستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة والصعبة دون أن يشعر بالحزن والانهايار لمدة طويلة، بينما يميل الفرد ذو الذات المنخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة ؟ أو الصعبة حيث أنه يتوقع فقد الأمل مسبقاً.

¹ - فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد أحمد دسوقي، مكتبة النهضة المصرية، 1981، ص ص 37-9.

أوضحت الدراسات السابقة أن صورة الطفل عن نفسه وحكمه عليها لا تؤثران في سلوكه الحالي فحسب ولكنهما تؤثران أيضا في تنميته الاجتماعية المقبلة. فالأطفال الذين يقدرّون أنفسهم إيجابيا يميلون إلى السلوك بطريقة تحقق لهم التقويم الموجب من جانب الآخرين ويصف كوبر سميت Cooper Smith سنة 1978 هؤلاء الأطفال بقوله " أن لهم ثقة في مداركهم وأحكامهم ويعتقدون أن باستطاعتهم بذل الجهد بقدر معقول وتؤدي إتجاهاتهم المقبولة نحو أنفسهم إلى قبول آرائهم والثقة والاعتزاز برود أفعالهم واستنتاجاتهم. وهذا يسمح لهم بإتباع أحكامهم عند ما تختلف آرائهم الآخرين، كما يسمح لهم بإحترام الأفكار الجديدة، أن الثقة بالنفس وما ي صاحبها من الشعور بالرفعة تدعم فكرة الشخص عن أنه على صواب، كما تدفعه إلى الشجاعة على التعبير عن أفكاره وإلى الاستقلال الاجتماعي والابتكار وأداء الأفعال القوية والجريئة والاشتراك في المناقشات الجماعية بالتحدث أكثر من الاستماع.

ولا يجد هؤلاء الأفراد صعوبة في تكوين صداقات ويعبرون عن آرائهم حتى عندما يعرفون أن آرائهم سوف تقابل بالمعارضة.

أوضحت الدراسات أيضا أن الأفراد الذين يقدرّون أنفسهم سلبيا يسلكون بطريقة تحول دون تقديرهم إيجابيا من جانب الآخرين ويصف كوبر سميت Cooper Smith هؤلاء بقوله أن هؤلاء الأطفال يفتقدون الثقة بأنفسهم ويخشون دائما التعبير عن الأفكار غير العادية وغير المألوفة. وهم لا يرغبون في إغضاب الآخرين أو الإتيان بأفعال تلفت النظر إليهم ويميلون إلى الحياة في ظل الجماعات الاجتماعية مستمعين أكثر منهم مشاركين ويفضلون العزلة والانسحاب على التعبير والمشاركة، ومن بين الحقائق التي تفسر إنسحاب الأفراد ذو تقدير الذات المنخفض وعيهم الواضح بأنفسهم وبمشكلاتهم الداخلية السابقة مما يصرفهم عن الوقوف ندًا للآخرين وتحديد إتصالاتهم الاجتماعية مما يقلل فرصهم في تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين.

إننا نعيش في مجتمع قائم على التنافس والحركة الاجتماعية ومع تحقيق النجاح يزداد تقدير الفرد لذاته، أما الفشل فإنه يؤدي إلى فقد الفرد ثقته بنفسه وبالتالي إنخفاض تقدير لذاته. وقد يلجأ كثير من الأفراد إلى زيادة شعورهم بتقديرهم لذواتهم بالإقلال من شأن الآخرين وقدراتهم.

يتغير تقديرنا لذواتنا في المواقف المختلفة كتغير مفهومنا لذواتنا في المواقف المختلفة أيضا.

فقد يقدر الفرد نفسه بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية المختلفة أيضا، فقد يقدر الفرد نفسه بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية بالآخرين ويقدر نفسه بدرجة منخفضة في المواقف التي تتطلب ذكاء أو تفكيراً. ويقدر نفسه بدرجة متوسطة في أداء عمله، ومهما كان الأمر فإن الناس يحاولون في كل المواقف بصرف النظر عن القيمة المبدئية التي قدروها لأنفسهم أن يسلكوا بطرق تدعم تقدير الذات، وقد يكون يؤدي إلى نوع من الصراع فيما بينهما مما يهدد تقدير الذات ويبدو لا سبيل إلى الخروج من هذا الصراع بدون عدم إشباع (رفض متطلبات الهو) أو الوقوع في الخطأ (رفض متطلبات الذات العليا)، أو الإصابة بالضرر (رفض متطلبات الذات) وتكون النتيجة هي القلق والشعور بالخوف. ويمكن القول بلغة التحليل النفسي أن تهديد تقدير الذات هو تهديد للذات هو تهديد للذات التي تحاول أن تحدد توازناً بين الحاجات المتصارعة، ولا توجد طريقة سهلة للتخلص من الصراع ولكن كل ما تفعله الذات هو محاولة وقاية نفسها من القلق الذي يحدثه الصراع، وأعد هذا المقياس في الأصل، كوبر سميت S.Cooper Smith Self – Esteem Inventory.

وقد أجريت تعديلات على الصورة الطويلة والقصيرة، وقد إقتصر على إستخدام الصورة القصيرة في البحوث التي تجري عن تقدير الذات توفير للوقت والجهد والمال والمقياس الحالي المعتمد عليه مؤسس على الصورة القصيرة وقد قام بإقتناسه وإعداده د. فاروق عبد الفتاح موسى، و د. محمد أحمد دسوقي.

أ/ تعريف المقياس:

يتكون المقياس من 25 عبارة يقابل كلا منهما زوجان من الأقواس أسفل كلمتي "تنطبق" و "لا تنطبق" وعلى المفحوص أن يستجيب لكل عبارة بوضع علامة (X) بين القوسين الموجودين أسفل الكلمة التي يرى أنها تنطبق عليه ولا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة ويمكن اعتبار أن الإجابة الصحيحة إذا عبر بها الفرد عن شعوره الفعلي بصدق.

يستخدم هذا الاختبار في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية أي كما يرى نفسه ويتضمن الإختبار (09) وعبارات موجبة إذا أجاب المفحوص بـ(تتطبق) يعطي درجة على كل منها، أما إذا أجاب بـ (لا تتطبق) فلا يعطي درجات. كما يتضمن الاختبار 16 عبارة سالبة إذا أجاب عنها المفحوص بـ(لا تتطبق) فإنه يعطي درجة على كل منهما، وإذا أجاب بـ(تتطبق) لا يعطي درجات. وأقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا الاختبار (25) درجة وأقل درجة (صفر). تحسب درجة الفرد في هذا المقياس من مجموع درجات العبارات التي تدل على اتجاه تقدير الذات المرتفع.

ب/ مفتاح التصحيح:

وهو عبارة عن ورقة مقواة تحوي عمودين من أزواج الأقواس بنفس شكل وحجم أزواج الأقواس بالمقياس بحيث إذا وضع المفتاح فوق ورقة الاختبار فإن الأقواس في المفتاح تنطبق على الأقواس في الورقة تماما. توجد علامة (X) بين أحد زوجي الأقواس في عمودي تنطبق ولا تنطبق. ولتقدير درجات الأفراد بعد تطبيق الإختبار عليهم، يمكن تثقيب المفتاح فيكون العدد الناتج هو درجة الفرد في الاختبار. كما يمكن بدون تثقيب المفتاح- مقارنة مواضع العلامات التي وضعها المفحوص في الاختبار بمواضع العلامات في المفتاح وحساب عدد مرات الاتفاق بين علامات الاختبار وعلامات المفتاح فيكون هو درجة الفرد وهذه هي الطريقة المعتمد عليها في بحثنا الحالي.

ج/ التطبيق:

يستطيع الأفراد الذين يطبق عليهم الاختبار أن يجيبوا بعد قراءة التعليمات التي تسبق فقراته، ويفضل أن يشرف على التطبيق فاحص يقدم بعض الشرح للاختبار، كما يمكن أن يقرأ الفاحص التعليمات وفقرات الاختبار جهريا، وهذا ما قامت به الباحثة كما طلبت من المفحوصين طرح الأسئلة والاستفسار إن لم تكن الأسئلة مفهومة، أما التطبيق الاختبار كان فرديا.

كما نذكر أيضا أنه ليس للاختبار زمن محدد للإجابة.

وبسبب إختيارنا لهذا الاختبار هو نتيجة تأثير الذات سلبيا أو إيجابيا على شخصية الطفل المكتئب الذي يعيش حالة إنفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة والميول إلى التشاؤمية وكذلك قد تعلق درجة الشعور بالذنب عند الفرد إلى حد أنه لايتذكر إلا أخطاؤه وذنبه وهذا ما يؤدي به إلى تقدير الذات سلبيا خاصة أن هذا الطفل يعيش أيضا هذا التقدير السلبي من حيث تأخره الدراسي.

4-5- التصميم التجريبي:

يعتمد البحث الحالي على التصميم العيادي ذو المفحوص الواحد الذي يبحث في العلاقات السببية بين المتغيرات وهو أكثر التصميمات التجريبية ملائمة للبحث العيادي إذ يهتم أساسا بتطبيق البرامج العلاجية ويبحث عن مدى فعاليتها، كما أنه يسمح بالدراسة الواسعة والمكثفة للحالات الفردية، فضلا عن قدرته على التحكم في المتغيرات ذات الدلالة الإكلينيكية لدى الأفراد.

وقد وضع هذا التصميم فعالية الطريقة التجريبية، حيث يتطلب قياس المتغيرات التابعة بصورة مستمرة ومتكررة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج، ويسمح هذا القياس المستمر والمتكرر بإعطاء صورة أفضل لمسار المتغيرات التابعة والنتيجة عن التدخلات العلاجية.

كما سمح هذا القياس بفضل تأثيرات المتغير المستقل (العلاج) في الوصول إلى تحقيق ثبات النتائج قصد تعميمها، لهذا ازداد اهتمام علماء النفس الإكلينيكين بهذا التصميم حيث وجدوا أنه يتفوق على التصميم التجريبي الكلاسيكي (تصميم المجموعات) في تقييم آثار العلاج، إذ أنه يحرر العيادي من ضرورة إختيار المجموعات الواسعة من جهة ومن ضرورة الاختيار العشوائي من جهة أخرى، إذ أن مثل هذه الإجراءات غالبا ما تكون غير عملية في البحث العيادي.

يواجه البحث العيادي دوما مشكلة عدم التمكن من تشكيل مجموعات كبيرة من المفحوصين المضطرين إذ ما أراد أن يلجأ إلى التصميم التجريبي.

كما أنه من الناحية الأخرى يحرر العيادي من المشاكل الأخلاقية المتعلقة بعدم تقديم العلاج للمجموعة الضابطة والتي هي في حاجة ماسة إليه، علما بأن نتائج هذا التصميم عموما لا يتم تحليلها إستنادا إلى التقنيات الإحصائية لسببين أساسيين: يكمن الأول في كون الآثار التجريبية الناتجة عن هذا التصميم كبيرة جدا تمكن من الوصول إلى الخلاصات دون التحليل الإحصائي.

كما أن المتطلبات العيادية تهدف دوما إلى إنتاج آثار كبيرة على الأفراد اللذين يتلقون العلاج، الأمر الذي يعزز أهمية وفائدة هذا التصميم في المهن العيادي. يضع هذا التصميم تأكيدا كبيرا على الطريقة التجريبية إذ يقوم الباحث بعملية تهدف إلى التحكم في المتغيرات (المتغير المستقل) ثم يدرس الانعكاسات على المتغير التابع، لذا يعتبر المنهج التجريبي كأحسن وسيلة لدراسة العلاقة السببية وتقييم البرامج العلاجية.

إن الركيزة الأساسية للبحث الحالي هي تصميم العلاج الدوري (The Periodic treatment design)، وهو يفيد كثيرا في تقدير الآثار العلاجية أو الأثر التجريبي في مواقف الممارسة الخاصة وهو ينطلق من منطق المقارنة بين الأوقات التي تسبق العلاج " الخطوط القاعدة " (Baseline) والأوقات التي تكون بعد العلاج، حيث يتم تقييم الأثر العلاجي حسب البروتوكول المعروف بـ ABABA مع قياسات متعددة مستمرة،

A : خط قاعدي يقوم الممارس العيادي بقياسه قبل العلاج النفسي.

B : مرحلة العلاج.

A : العودة إلى شروط وظروف الخط القاعدي.

B : العودة إلى العلاج.

وإذا أنتجت مرحلتي العلاج تغييرات سلوكية دالة بالنسبة للمرحلتين الخاصة بالخطوط القاعدية، نستطيع أن نعتبر أن التغيرات الملحظة منسوبة إلى العلاج. إن الحصص العلاجية المحددة في الأسبوع في هذا البحث تمكن رؤية الآثار العلاجية بكل وضوح بعد إجراء 12 إلى 15 حصّة من العلاج، ويظهر التناقض التدريجي للأعراض الإكتئابية.

يتطلب هذا التصميم قياسا لكل السلوكات التي يهدف إليها البحث الحالي حيث أن قياس المتغير التابع يكون بصفة مستمرة ودائمة قبل العلاج وبعد العلاج. يمكن الحصول على هذه

القياسات المستمرة عن طريق المفحوص نفسه (الطفل المكتئب) باستعمال تقنية المراقبة الذاتية التي كانت تقيم من طرفنا منذ إنطلاق الكفالة النفسية وبالتحديد في بداية كل حصة، وكذلك عن طريق الملاحظة المنظمة المستمرة والمباشرة التي استعملناها طيلة البحث، وعن طريق المقابلة العيادية معهم حيث يقيم الممارس العيادي هذه التسجيلات، ويحدد بواسطتها الفروق في المتغير التابع (الصور المعرفية المشوهة، انخفاض تقدير الذات (نقص اعتبار الذات) الصعوبة في تأكيد الذات، الصعوبة في الاتصال مع الآخرين، الأعراض الإكتئابية الأخرى) قبل العلاج وبعد العلاج.

أ) أدوات البحث ووسائله:

تم تطبيق إستراتيجيات موحدة أثناء التدخل السيكولوجي التشخيص الأولي والعلاج والتقويم وذلك على جميع أفراد عينة البحث بإستثناء العلاج المعرفي السلوكي، حيث تعرضت المجموعة التجريبية للعلاج.

التقدير الأولي: لقد تم الاعتماد بادئ الأمر على المحكات التشخيصية لـ DSM IIIR قصد الحصول على تشخيص دقيق للإكتئاب وتم الاعتماد هنا أساسا على خبرات أخصائي عقلي لتأكيد هذا التشخيص والتعرف على كل الظواهر.

هناك أنواع عديدة من التصميمات التجريبية ذات المفحوص الواحد:

- تصميم (ABA).
- تصميم (ABABA).
- التصميم ذو الخطوط القاعدية المتعددة.
- التصميم الدوري لهيز 1981 Hays (The Periodic design).
- الذي يركز عليه البحث الحالي (Treatment design).

ب) التصميم الدوري (The Periodic treatment design)،

يرتكز على تقدير الآثار العلاجية أثناء القيام بتطبيق البرامج العلاجية، ويعتمد على مبدأ المقارنة قبل العلاج أثناء العلاج وبعد العلاج.

فالآثار العلاجية تصبح واضحة بعد مدة قصيرة من العلاج وتزداد وضوحا بعد إنتهاء العلاج.

كما يعتقد هذا التصميم على القياس المستمر للسلوك المدروس بإستعمال التقنيات المختارة وهذا قبل البدء في العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج.

لقد أوضح Eysenk أن مرحلة التتبع Follow up مرحلة هامة وأساسية حتى وإن كانت النتائج المحصل عليها عن طريق العلاج النفسي جد متفوقة على غياب العلاج (إيزينك Eysenk ، 1979، ص 151).

وهكذا سمح لنا القياس المتكرر للمتغير التابع بفعل تأثيرات المتغير المستقل (العلاج) بالوصول إلى تحقيق ثبات النتائج قصد تعميمها، لذا فهذا التصميم هو أكثر التصاميم التجريبية ذات المفحوص الملائمة لأهداف بحثنا.

يعتمد هذا التصميم على قياس المتغيرات التابعة بصورة مستمرة ومتكررة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج ومثل هذا القياس المستمر والمتكرر يقدم صورة أفضل ل مسار التغيرات في المتغيرات التابعة والنااتجة عن التدخلات العلاجية.

كما يسمح القياس المتكرر والمتسمر للمتغير التابع بفضل تأثيرات المتغير المستقل (العلاج) بالوصول إلى تحقيق ثبات النتائج قصد تعميمها.

لقد ازداد اهتمام الأخصائيين الإكلينيكين بهذا التصميم حيث وجدوا أنه يتفوق⁽¹⁾.

¹ - Norman N.P., La puissance de la pensée positive, le jour édition, 1990, pp . 6-19.

الفصل السادس:

الاستراتيجية المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

1. التناول المعرفي، تعريفه ومجال لحيته
2. العلاج السلوكي لمشكلات الطفل
- 2-1- تعريف العلاج السلوكي
- 2-2- إجراءات العلاج السلوكي للطفل

1- التناول المعرفي، تعريفه ومجال بحثه و منطلقاته النظرية:

يحمل لفظ المعرفة (الفكرة) Cognition، عدّة معاني فهو يعني الإدراك والتعرّف والتفكير والاستدلال....الخ. ومجال علم النفس المعرفي يختص بكيفية بناء الإنسان (وحتى الحيوان)، لتجاربه، كيف يعطيها معاني محددة وكيف تصبح للمثيرات المحيطية مدلولات خاصة وتتغير بذلك إلى معلومات ذات معاني، فالإنسان معرّض يوميا إلى مثيرات لا تحصى، وليس من الضروري أن يستجيب لها كلّها، فكيف يقوم بعملية الإنتقاء هذه وكيف يتجنب المثيرات التي يستجيب لها دون الأخرى، وكيف يضعها ضمن صورا أو كلمات ذات معاني، وكيف يكون الفرضيات الخاصة بها، ثم يصل أخيرا إلى إدراك معناها الكامل.

والمعرفيون، يدرسون كيفية تكوّن معرفة الإنسان عن الأشياء المحيطة به، كيف يكتسب هذه المعرفة، وكيف يستعمل المعلومات ويتعامل معها.

ويرى المعرفيون أن الوقائع العقلية ليست مجرد عمليات سطحية لا تؤثر بعمق في السلوك، ويعتقد المعالجون المعرفيون، بأن الإضطراب على المستوى المعرفي يقود إلى الاضطرابات السلوكية، ويتغيّر الناحية المعرفية يمكن تحسين حالة المريض، ومن ثم القضاء على الاضطراب تاما.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض العياديّين أمثال وولبه "Wolpe" (1981)، ميلر "Miller" وماورير "Mowrer" (1984) بأن النظرية المعرفية، ليست أكثر من تحليل وسيط للسلوك: مثير - إستجابة، غير أنّ التناول المعرفي يختلف عن مجرد هذا التحليل البسيط، فالباحثون السلوكيون الوسيطيون يرون بأن مثيرا محيطيا ما، يؤدي آليا مباشرة إلى إستجابة وسيطية داخلية تخضع إلى نفس قوانين الاستجابة الظاهرة بينما الباحثون المعرفيون على النقيض من ذلك لا ينظرون إلى الإدراك أو التفكير، كمجرد عملية بسيطة، إذ تتركز أبحاثهم على كيفية تكوين الإنسان للتفسيرات الخاصة بالمثيرات البيئية، وكيف أنّ هذه المثيرات المفسّرة، تؤثر على السلوك، وتترك بصماتها واضحة عليه، علما بأن التعزيز يلعب دورا ضئيلا في المنظور المعرفي⁽¹⁾ (دافيسون Davison " ونيل " Neal " (1986)، ص 47).

وتجدر الإشارة إلى أن من الخطأ عدم ملاحظة الاختلافات الجذرية بين أسس التعلّم والمنظور المعرفي، وبالأخص بعد تطوّر العلاج المعرفي السلوكي الذي يهتم بالاعتقادات

¹ Blackburn (IVY.M), Jean Cottraux, Thérapie cognitive de la dépression, 2ème tirage, Paris, Collection médecine et psychothérapie, 1999, p. 47.

والأفكار والاتجاهات من ناحية والسلوك الظاهر من الناحية الثانية. قد أوضح باندورا " Bandura " (1977)، أحد مدعّمي هذا المنظور الجديد، بأنه بهذه الطريقة يمكن رفع معنويات الفرد وتقوية إحساسه بذاته وشعوره بفعالية نفسه، هذا الإحساس الذي ينمي أهدافا قيمة تدعم علاقات الفرد بمحيطه وتعززها، وهو يؤكد بأن الشعور بقيمة الذات وفعاليتها يتعزز أساسا حسب المنظور السلوكي، بينما يرى إيليس " Ellis " (1962) بأنه لا مجال لتغيير السلوك إلاّ بالمرور بمراجعة الناحية المعرفية للفرد، التي تؤثر مباشرة على انفعالاته وسلوكه (دافيسون Davison " ونيل " Neal " (1986)، ص 48-49).

وعلى العموم، فالعياديون السلوكيون المعرفيون، يستعملون التقنيات المعرفية والسلوكية على مستويات مختلفة، فهم يستعملون مصطلحات معرفية ويحاولون تغيير الاعتقادات عن طريق الوسائل اللفظية، كما يستعملون تقنيات سلوكية للتأثير مباشرة في السلوك. وبالرغم من اختلافاتهم النظرية والمنهجية، فإن المعرفيون والسلوكيون يعتمدون على المنهج التجريبي في القياس والأدلة العلمية (جولد فريد Gold Freid دافيسون Davison " (1976).

ويقدمون تقنيات جديدة تتناول برؤى جديدة السلوك المضطرب وعلاجه (دافيسون Davison " ونيل " Neal " (1986)، ص 48-50).

فقد ابتكر المعرفيون طرقا موضوعية لقياس المعارف والأفكار واهتموا بالسلوك الظاهر والكامن، في ذات الوقت، عند دراسة السلوك المشكل، إذ أنهم يرون أن عملية التفكير هي عملية أوتوماتيكية، تتناسب بسرعة، وما التفكير إلاّ كلام داخلي بين الفرد ونفسه، لا يعيه في كل الأحيان، وحتى يمكن مراقبة الأفكار.

والوعي بها، تتم كتابتها، وعند قراءتها، يصبح الإنسان واع بها، وكأنه يفكر بصوت مرتفع، وقد تكون الأفكار معقدة أو صعبة التدوين، فتأخذ حينذاك شكل صور أو تمثيلات معرفية " Cognitive images ". وهكذا كان بالإمكان تحديد تلك الأفكار وإخضاعها للقياس الموضوعي بالتعبير عنها لفظيا أو كتابيا، وهو ما يسمى بالتفكير بصوت مرتفع.

ويمكن أن تعرف المعارف بأنها تعبير ذاتي أو كلام داخلي بين الفرد ونفسه، عندما يفكر ويعتقد، ويقيم ويفسر ومن هنا كان التقدير معتمدا على ما يقوله المفحوص في قرارة

نفسه. و على اعتقاداته حول ذاته والعالم من حوله والمستقبل. أنه فرع من الكلام الداخلي أو الغريزي (سبيغلر " Spiegler " (1983)، ص 262-263).

ومن وجهة النظر العلمية فإن الكلام " بدون صوت " أو " الحديث العقلي "، يظهر في بداية التفكير بشيء ما، أو التخطيط لشيء ما، أو حلّ مشكل ما.

2- العلاج السلوكي لمشكلات الطفل

المقدمة:

إن التطرق إلى العلاج لمشكلات الطفل يتطلب تعريف مفهوم الطفولة، هذه الفترة الزمنية التي تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة، أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو آبائه، أو المحيطين به في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك موضوع الشكوى.

2-1- تعريف العلاج السلوكي:

إن أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي للأطفال هو عدم الاكتفاء بوضع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى في فئات عريضة، أن المطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هي أن تحدد بالضبط السلوك الذي نرغب في علاجه تحديدا نوعيا. فالمعالج السلوكي لا يقبل وصف اضطراب معين مثلا كالدوران ويفضل بدلا من ذلك مظاهر سلوكية مثلا: يستخدم ألفاظ قبيحة، يخطف الأشياء من أمام زملائه وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي قد تصف بالسلوك العدواني، وبالمثل، فالمعالج السلوكي يفضل استخدام جوانب سلوكية محضة مثل يشعر بالسخونة في المدرسة، يبكي في المدرسة.... وذلك بدلا من وصف الطفل بأنه يعاني من عصاب القلق أو تتنابه المخاوف. هذه الصياغات السلوكية النوعية تساعد على الفهم وملاحظة المشكلة وتقييمها ومن حيث متابعة خطة العلاج ومدى فعاليتها.

2-2- إجراءات العلاج السلوكي للطفل:

هناك تقريبا ست خطوات تحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم وهي تشكل في مجموعها نفس الإجراءات المتبعة في تقدير وتقييم الاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها.

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري Target Behavior هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدي إلى تغييرات رئيسية في السلوك، ومن المطلوب أن تحدد السلوك المحوري تحديداً نوعياً، وقد أشرنا إلى أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع أو لديه ضعف في الشخصية لا تكون مقبولة، لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها.

وبعد تحديد السلوك المحوري يجب أن تكون لدى المعالج والأسرة والطفل جميعهم صورة واضحة من خلال البيانات والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل، كيف يتدخل هذا السلوك في صحة الطفل وسلامة الآخرين.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيعه:

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة (استمارة الملاحظة أنظر الملحق الجدول) والمقابلة كما ذكر آنفاً.

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق:

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطئ في التكوين.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية إثر ظهور السلوك غير المرغوب.

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللواحق السلوكية 05 أنظر الملحق) نموذجاً جيداً لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك الأطفال.

وبالنظر لهذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب:

1- أنواع السلوك مصدر الشكوى.

- 2- تاريخ حدوثه.
- 3- الوقت الذي استغرقه.
- 4- مع من حدث (الأب- الأم- أحد الإخوة- الأصدقاء).
- 5- كم مرة يحدث في اليوم.
- 6- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك (إنشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج، رفض طلب له- إثّر مشادة- بد توبيخه أو معايرته الخ).
- 7- كيف إستجاب الآخرون (كالأسرة- أو المعلم) للسلوك (الأمر بأن يسكت- تقييد الحركة- الضرب).
- 8- ماهي المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطئ (حصل على اللعبة التي كان موضوعا للشجار، عدم الذهاب للمدرسة...إثارة غيظ الأسرة)
- 9- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة- صراع بين الأبوين- طلاق عطله الخ).

الخطوة الرابعة: تحديد الأهداف النوعية :

خلال هذه الخطوة يجب تحديد الأهداف بشكل إيجابي.

مثال: بدلا من أن يكون الهدف هو:

" التقليل من البكاء بنسبة 50% في الأسبوع الأول "

يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:

" تزايد نسبة الابتسام أو الحوار اللفظي ب 50% في الأسبوع الأول ."

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين:

- 1- تبين لنا - كميا - مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.
- 2- تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية بهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

- 3- إشراك الوالدين والطفل في وضع البرنامج، فمن خلال التعاون معهما يمكن تحديد المدعمات الايجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره

4- الاستعانة بقائمة التدعيمات اللفظية التي يجب أن تقدم حسب خطة التدعيم وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغييرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

5- توجيه الوالدين في ضرورة الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوبة.

6- ينبغي أن تشمل الخطة أيضا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج - والتنسيق بين المعالج والوالدين وتشجيعهما على الاتساق مع الطفل في ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية:

وتتضمن هذه الخطوة على إقتراحات منها:

1- تشجيع الاتجاه الايجابي لدى الطفل والأسرة بأن السلوك الإيجابي لدى الطفل سيحدثان حتما. تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الايجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل يمكن اعتباره إيجابيا سيؤدي إلى مكافأة الطفل إما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراس معد خصيصا لذلك.

2- ينبغي تقسيم السلوك- الهدف- إلى أقسام أو خطوات فرعية... مع تشجيع كل خطوة عند ظهورها.

مثلا: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب مثلا أو إلحاح) لمد 15 دقيقة سنذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث بهدف إثباته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيا كل أربعة أيام.

كما يجب تحديد للطفل قائمة النشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائما بالنجاح أو إثباته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل.

ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو القائمة المرفقة في الجدول رقم 6 (أنظر الملحق).

3- مساعدة الطفل على إبتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ.

4- الاحتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك.

5- إدماج الوالدين والإخوة والأصدقاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج

جدول رقم (03)

قائمة نشاطات يمكن استخدامها

لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أدائها دائما ينتهي بالنجاح

- ترتيب الأواني	- غسل وعاء.	- إطفاء الراديو	- تنظيف طفل آخر.
- تقليب الصحيفة أو المجلة.	- عمل شاي أو قهوة.	أو التلفزيون.	- غسل الملابس.
- وضع بعض الكتب في أماكنها الصحيحة.	- كنس حجرته.	- إطفاء الأضواء.	- تجفيف الملابس.
- الاستماع إلى أغنية أو الأخبار.	- كنس حجرة أخرى.	- إشعال الأضواء.	- تطبيق الملابس.
- قراءة في جريدة أو خبر أو مجلة.	- نقل طبق أو صحن لمكانه.	- تنظيف السيارة.	- ترتيب أرف.
- عمل الواجبات المنزلية.	- التعاون مع أحد أفراد الأسرة في...	- الكتابة.	- تذكيرنا بشيء معين.....الخ.
	- تشغيل الراديو أو التلفزيون.	- تعلم خبرة جديدة.	
		- حفظ.	
		- تذكير.	
		- شراء أشياء من الخارج	

الخطوة السادسة:

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الايجابية للسلوك يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية.

إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الايجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني إلى مواقف جديدة خارج المنزل مثلا.

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، الاحتكاك البصري، التعبير عن الانفعالات بحرية...الخ.

كذلك يمكننا أن نشجعه على إستباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار كدفعه للاتخاذ قرار للقيام بفعل يريد تحقيقه دون خوف.⁽¹⁾

¹ محمد السيد عبد الرحمن (أ.د)، العلاج المعرفي والميتامعرفي، مكتبة زهراء الشرق القاهرة، ط1، 2014، ص 15-25.

الفصل السابع

عرض الحالات المتكفل بها

تحليل النتائج
الخاتمة
مقترحات البحث

الحالة الأولى: الحالة النموذجية:

تقديم الحالة:

نبيل (ع) طفل في 11 من عمره، من عائلة ميسورة الحال (الأب تاجر يعمل لحسابه الخاص) الأم مأكثة بالبيت، الأب مسيطر، ينتقد أولاده لأتفه الأسباب خاصة فيما يخص المردود الدراسي.

يحتل نبيل المرتبة الثالثة بين إخواته الأربعة ذكور أ ن ف.

والديه على قيد الحياة، سن الأب 40 سنة، ذو مستوى تعليمي ثانوي (السنة الثالثة ثانوي) سن الأم 39 ذات مستوى تعليمي ثانوي (السنة الثانية ثانوي).

تعيش العائلة في فيلا وظروف معيشية راقية، السبب الذي دفع الوالدين طلب الاستشارة النفسية هو التأخر الدراسي كعرض أولي وبارز، بالإضافة إلى اضطرابات سلوكية في النوم والأكل.

لا يشكو نبيل من سوابق مرضية عضوي، وقد أجبل على الفحص النفسي من طرف طبيب الأطفال. الذي يتابع عنده منذ أكثر من سنة. الوالدين في حالة صحية جيدة، كذلك الأبناء.

1- المقابلات التشخيصية:

المقابلة الأولى:

بدأت المقابلة الأولى بالتساؤل عن سبب الإحالة التي حددها طبيب الأطفال Pédiatre، والذي عالج نبيل في كل مرة يشكو من أعراض مرضية، ولم يجد عنده " الشفاء " على حد تعبير الوالدين وخاصة الأم، فهي حسب معلوماتها، إنها يشكو من تأخر دراسي الناتج عن فقدان الدافعية لانجاز أي عمل مدرسي.

ارتكزت المقابلة الأولى حول التعريف بدور الأخصائية النفسانية، وكسب ثقة المفحوص ومشاركة الأم لإفادتنا بمعلومات قصد الاستفادة بها في الحصص العلاجية وهذا لمحاولة الظهور أمام نبيل بالإصغاء الايجابي الذي يخلو من أي حكم قيمي والزاهر بالاهتمام الإيجابي.

كما قمنا بالتمييز بين الأخصائي النفسي والأخصائي البيداغوجي الذي يمثل السند التربوي التوجيهي للطفل المتمدرس الذي يشكو من مشاكل دراسية.

وقد انتهجت الباحثة المقابلة نصف موجهة استقت منها المعلومات الكافية عن الحالة مع استخدام المصفوفات الثلاثة التي تتناسب والثلاثية المعرفية التي اعتمدت عليها " Beck " في تفسيره للإكتئاب وهي:

1- مصفوفة النظرة السلبية للذات؛

2- مصفوفة النظرة السلبية للمحيط؛

3- مصفوفة النظرة السلبية للمستقبل.

وقد قمنا بتحليل محتوى المقابلات العيادية وفق الشبكة الممثلة في الملحق (رقم 1) وهذا يتمثل في كل الحصص التي إستفاد منها نبيل.

المقابلة الثانية:

سعت الباحثة في هذه المقابلة إلى تعزيز الثقة مع المفحوص، وإقامة علاقة وثيقة معه، ومحاولة شرح له كيفية سير هذه الحصة، حيث سوف يطبق فيها مياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I للتعرف على درجة الإكتئاب، والعوامل المفجرة له.

كانت نتائج إختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I وصلت إلى (50) درجة وهو إكتئاب شديد ويظهر على الأعراض التالية التي تدل على:

1- الهبوط العضوي بجانيبيه الحركي والجسمي:

1- أ- الجانب الحركي:

- لا يستطيع عمل أي شي بسبب الإعياء والتوتر.

- عدم اللعب مع الأصدقاء.

2- ب- الجانب الجسمي والذي يتمثل في الشكاوي الجسمية والآلام العضوية:

- تغير قابليته للطعام والنوم.

- آلام في الرأس، صداع.

2- اضطراب مستوى المزاج:

- الشعور بالحزن.

- تعابير وجه حزينة وغير معبرة.

- رغبة عارمة بالبكاء (وأحيانا كثيرة دون سبب).

3- الأعراض التي تدل على اضطراب المستوى المعرفي:

- حالة من الألم النفسي مصحوب بالإحساس بالذنب وإنخفاض ملحوظ في تقدير لذاتها.

- يلوم نفسه على كل ما يحدث من سوء.

ومن المقابلة الأولى استنتجت الباحثة أن نبيل مرّ بخبرات مؤلمة، والمتمثلة في فقدان ملموس (المنزل) حيث قامت عائلة نبيل بالنقل إلى المسكن الجديد، كما انتقل من مدرسة مجاورة الحي إلى مدرسة مداورة للسكن الجديد، فترك وفقدان المنزل الذي كان يعيش فيه منذ ولادته هو العامل المفجر للاكتئاب عنده والذي وصلت درجته على إختبار (د) للصغار C.D.I ب (50) درجة والذي كان يتمحور في أعراض وأفكار ومعارف المفحوص، وعلى علاقاته بالآخرين، العائلة والأصدقاء سواء في الحي أو في المدرسة.

كما سعت الباحثة إلى تعريف نبيل بحالته النفسية التي طغت وعرقلت المسار الدراسي العادي وجعلته لا يستطيع القيام بالناشطات المدرسية بصفة عادية، كما قمنا بمحاولة طمأنته، لأن هذه الحالة سوف تزول بعد الحصص العلاجية التي سوف يخضع لها كما استعملت الباحثة اللعب الحر واستعمال العجينة كأدوات لتقليل من القلق والتعبير عن معاشه الحزين، دون تناولها في البحث أو استغلالها في التحليل والتقييم.

المقابلة الثالثة:

استهلّت الباحثة المقابلة الثالثة بتعزيز الثقة المكتسبة من طرف المفحوص في الحصص السابقة ومحاولة طمأنته أن المعالجة سوف تتبع إستراتيجية علاجية ناجحة لمحاولة إخراجها من المعاناة النفسية التي يشكو منها، إذا ما تعاون مع الأخصائية النفسانية كطرف نشيط يعتمد عليه، حيث توضح له نتائج التشخيص الذي أجري خلال المقابلات الأولية، وأن الحالة النفسية المرضية (الاكتئاب) هو الذي أدى إلى التأخر الدراسي التي يعانيها هو نتائج لأنماط معرفية سائدة كما تسعى الباحثة إلى تعريف نبيل بسير الحصص

العلاجية والتي تكون بمعدل حصة كل أسبوع، ولا يتعدى زمن الحصة الواحدة 45 دقيقة، وتوضيح مختلف التقنيات المستعملة في الحصة العلاجية، وعدد الحصص العلاجية بالتقريب الكفيلة بالتخفيف أو القضاء من معاناة المفحوص، وهنا قد عملنا على بناء العقد العلاجي مع نبيل للزيادة من إكتساب الثقة في العلاقة العلاجية التي ما فتئت الأطر النظرية النفسية التنويه بأهميتها في الموقف العلاجي النفسي.

وفي آخر حصة، طلبنا من نبيل تسجيل كل الأفكار أو التصورات التي تجعله في حالة انفعالية سلبية.

المقابلة الرابعة:

ارتكزت المقابلة الرابعة على استقبال المفحوص نبيل والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية كان محور هذه المقابلة هو تطبيق إختبار تقدير الذات للأطفال S. Cooper Smith، وأوضحت النتائج أن المفحوص لديه تقدير ذات منخفض قدر بـ(03) درجة حيث لا يستطيع نبيل أن يؤكد ذاته في المواقف الاجتماعية خاصة في المدرسة ومع الأصدقاء.

كما تجدر الإشارة أن الباحثة طيلة المقابلات الأولية كانت تستعمل الملاحظة المباشرة التي كانت تعتمد على نظام التسجيل على جدول الملاحظة المعدّ سابقا والذي هو في الملحق رقم (02).

2- المقابلات العلاجية:

تم تخصيص 10 حصص علاجية لنبيل تم خلالها ما يأتي:

الحصة العلاجية الأولى:

تبدأ الحصة بتقديم الشرح النظري للإكتئاب للزوج (الابن والأم) وأنواع الظاهرة عنده وشرح نوع العلاج المعرفي السلوكي لهذا المرض النفسي.

والغرض من المرحلة الأولى من هذه الحصة هو محاولة تثقيف الوالدين والطفل في التعاون معهما، وهذا يكون في بداية الأمر بتحديد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق، ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره، كيف يؤثر على حياته والكشف عن أنماط تفكيره وتأثيره في مزاجه الحزين والمهارات الاجتماعية.

لذلك تسعى الباحثة وبكل جهدها إلى تزويد نبيل بالمعلومات اللازمة ويُطلب من الأم الاستعانة بقائمة التدييمات اللفظية التي تكون مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي (الجدول رقم 03).

هذا ما يساعد الباحثة على الإعداد المعرفي للمفحوص الذي يزودنا في الحصص الآتية بالتركيب الإدراكي والمعرفي للفرد في تعامله مع الواقع المثيرة الباعثة على الإثارة المحرّضة للحزن وتكون بذلك مصدر نستقي منه الصور المعرفية المشوهة للمكتئب التي تؤثر شدتها على التحصيل الدراسي وهذا ما أدى إلى التأخر الدراسي. وبالتالي إختبار الفرضية الأولى للبحث.

وتحصر الباحثة دورها في هذه الحصة في الدور الإعلامي، وتفسير للمفحوص الخطة العلاجية المطبّقة، وهذا دائما بمساعدة أمّه التي كانت بالسند المثالي. بعد ذلك تخرج الباحثة بقائمة المشاكل التي يُعاني منها نبيل والتي يجب أن تتغيّر، وتسعى الباحثة إلى إعلام نبيل بأسباب مشاكله التي عبّر عنها قائلة له: ألا تظن أن سبب حالتك هذه هو أحاديثك السلبية مع نفسك، تصوّراتك السلبية اتجاه ذاتك والآخرين والعالم المحيط به. إن العلاج يكمن في قدرتك على تغيير هذه الأفكار وتحديدتها لتتمكن من تغييرها، وسوف نتعاون سوياً لنبلغ هذا الهدف.

تنتهي الباحثة هذه الحصة بإعطاء تعليمات لأم نبيل بضرورة تدوين الأفكار والسلوكات التي يقوم بها نبيل، وبالتالي التمكن من تغييرها فيما بعد. وتحدد الباحثة الموعد الأسبوع القادم متمنية للزوج (نبيل وأمّه) النجاح في مهمتهما.

الحصة العلاجية الثانية:

تتطلع الباحثة على مدى تنفيذ نبيل لما طلب منه من مراقبة ذاتية للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها ونوع الانفعالات الناتجة عن هذه الحوارات.

ولما كان نبيل ذو مستوى تعليمي ابتدائي صعب عليه تسجيل هذه الأفكار كتابيا. فقد كانت الأم هي التي تسهر على الاحتفاظ بالسجل اليومي لتدوين تلك الأفكار. سعت الباحثة أن توصل إلى نبيل مفهوم السلبية التي تستطيع أن تؤثر على حالته المزاجية، وسعت أيضا إلى تعليم نبيل كيف تولد هذه الأفكار أثناء الممارسة العيادية عندما يتعذر عليه تحديد هذه الأفكار والحوارات الذاتية، إزاء أي موقف صادفه، وأنتج عنه استجابة إكتئابية حيث كانت الباحثة تسأل نبيل قائلة:

" ما الذي جعلك تستجب بالحزن عندما تلقيت هذا الموقف "

وتدله على توليد الأفكار بإغماض العينين واستحضار المواقف أو الحدث الخارجي الذي مرّ به بكل تفاصيله إلى لحظة انفعالاته السلبية، وتدريبه على كيفية وصف الموقف، ثم الانفعال ثم الأفكار والحوارات الذاتية.

كان نبيل يشكو عن مواقف يومية تصادفه مع والديه.

" أبي يكثر عن الشتائم والألفاظ النابية بسبب التأخر الدراسي الذي أعاني منه ويقارن بيني وبين أخواتي خاصة الأخير، إنه لا يهتم بي "

" حتى المنزل التي كنت أحبه، الذي كنا نسكنه باعه، لقد فقدت المنزل الذي عشت فيه عندما كنت صغيرا، كنت أحبه كثيرا، يذكرونني بأشياء وأحداث جميلة "

" أشعر بالملل والحزن "، " لا أعرف ما أفعل ".

من خلال هذه الحوارات والأحاديث الذاتية لنبيل تقوم الباحثة بتحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي أدت نبيل إلى حالته الاكتئابية وتنتهي الباحثة الحصة الثانية بتحديد موعد لاحق في الأسبوع القادم مع طالبة نبيل بالاستمرار في المراقبة الذاتية لأفكاره وحواراته عندما يلتقي بالمواقف اليومية الصعبة.

ملاحظة: نشير إلى أن الأم أقدمت معها السجل اليومي والذي كانت فيه نفس الجمل

مكتوبة.

الحصة العلاجية الثالثة:

تبدأ الباحثة بحوصلة للحصة السابقة، مطالبة نبيل بما عنده في الحصة من مواقف حدثت خلال الأسبوع الماضي، جعله يستجيب للحزن ويجعله غير سعيد حيث بدأ نبيل في عرض نفس الحوادث اليومية المتكررة كسلوكيات التأنيب التي يقوم بها كل يوم " الأب، إن هذا الأخير يكرهني، وأنا حزين، لأنني لا أستطيع فعل أي شيء "، " المعلمة تقول، أنت غبي، لا تعرف القراءة ".

بينت الباحثة لنبيل أنها تفسّر المواقف التي يتعرض لها دائما في ضوء تجاربه السابقة التي تتميز بالخوف من فقدان، فقدان مكانته في العائلة ثم يتضخم هذا النقص فيصبح، يتشام من المستقبل " لا يوجد لدي ما أفعل في المستقبل، أبي يكرهني، لم أنجح في الدراسة ".

وتنتهي الباحثة إلى علم المفحوص أن نوع تفكيره الذي يركز فقط على التقاط الأحداث السلبية من التجارب السابقة هو المسؤول على الاستجابة الإكثابية، وهو الذي يعمل على بقاء هذه الاستجابة تستمر، لذلك عليه أن يبدل هذا التفكير السلبي نحو ذاته والآخرين ونحو العالم المحيط به بتفكير إيجابي.

تنتهي الباحثة هذه الحصة بالتعزيز الايجابي لنبيل، وتعزز فيه ثقته في نفسه، أنه قادر على التغلب على الأفكار السلبية وأنه يملك القدرات الكامنة فيها لتغيير أفكاره بأفكار إيجابية عقلانية، وبذلك تسمح بتكسير الحلقة المفرغة التي يدور فيها، وتدعم الاستجابة الإكثابية لديه، وتطلب الباحثة من نبيل أداء بعض النشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها بالنجاح ويكون هذا بمساعدته من طرف أمه، كما يجب إثابته على القيام بتلك النشاطات لإذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال القائمة المرفقة في (الجدول رقم 03).

القيام بتلك النشاطات يحفز نبيل على أن تعمّم تلك الواجبات في مجالات أخرى بعد حصص علاجية أخرى، وخاصة في المجال الدراسي فيما يخص نبيل حيث عملت الباحثة على تعزيز نبيل بالألفاظ الايجابية والإيحاء الكلامي، أنه طفل ذكي، ويستطيع النجاح في أداء كل ما ينوي القيام به مستقبلا.

الحصة الرابعة:

تبدأ الباحثة إنطلاقاً من هذه الحصة، بتسجيل الصور المعرفية المنتقاة من حوارات وألفاظ نبيل عن مراقبته الذاتية. فسجل وضعية صعبة وموقف جعله يفكر بطريقة سلبية في لبداية، لكن تعلمه للتحليل العقلاني جعله يعدّل عن هذه الطريقة السلبية فيما بعد وقد حدثنا نبيل بأنه خطر بباله ما يلي " **أبي ينتقد كل ما أفعل** " في نفس الوقت ظهرت بفكري، أفكار سالبة تخص مستقبلي الدراسي، وبمثابة تذكري كلامك " أيتها الأخصائية " من خلال الاستشارة النفسية وأدائي الجيد للنشاطات التي قمت بها، تذكرت أن هذا الكلام هو بمثابة أفكار سلبية اتجاه نفسي (ذاته) أو اتجاه الآخرين أو العالم المحيط بنا. ويتابع كلامه قائلاً " لقد حاولت أن أفكر وأجد حلاً أو فكرة لأقنع بها نفسي، أن أبي الغرض من إنتقادي هو توجيهي فقط وليس في ذلك كراهية فكيف يكره الأب ابنه "

وتؤكد الباحثة لنبيل ضرورة إخضاع الأفكار السلبية لهذا النوع عن التحليل كلما صادفته وضعيات ومواقف خارجية (أحداث خارجية أو داخلية، من ذكريات وصور من الماضي). وتطلب منه ذكر النشاطات التي قام بها في البيت، يجب نبيل أنه قام بترتيب حجرته واستطاع أن يجد حلاً لمسألة رياضيات وهذا بمساعدة أخيه، وقد طلبت الباحثة من نبيل أن سمح لها أن يريها هذا الإنجاز (حلّ مسألة) في الحصة المقبلة، وهذا البعث تعزيز إيجابي لنبيل لاستثمار العمل الدراسي وإخراجه شيئاً فشيئاً من خموله وكسله، والعمل على تحسين مزاجه.

وفي آخر الحصة تطلب الباحثة من نبيل تذكر كل النشاطات التي يقوم بها، ومن الأحسن أن يقوم بنشاطات سارة تجعله يشعر بالتفاؤل عن المستقبل. تنهي الباحثة هذه الحصة معطية نبيل الموعد للأسبوع القادم.

الحصة الخامسة:

بمثابة الدخول إلى الحصة، قدّم نبيل حلّ المسألة للباحثة، قامت هذه الأخيرة بشكره بالتعزيز عن طريق الإيحاء الكلامي قائلة " جيد لقد تقطنت إلى حلّ المسألة الرياضية التي كنت دائماً تجد صعوبات في هذه المادة، ها أنت قمت بحلّها حقاً، إنك تلميذ مجتهد تستحق كل التشجيع ".

تبدأ الباحثة بسؤال نبيل وبجانبه أمه:

" كيف أصبح الآن تفكيرك، وما هي انفعالاتك و سلوكاتك ؟ موجهة هذه الأسئلة إلى

نبيل وكذلك إلى أمه بما أن هذه الأخيرة، تقوم بتعزيز السلوكات والإيجابية "

كما كانت الباحثة تقوم هي أيضا التعزيز عن طريق الإيحاء الكلامي المتمثل في:

" جيد لقد تقطنت إلى نوع تفكيرك، وغيّرت من السلب إلى الإيجاب، واستطعت فعل ذلك حقا، إنك تتمتع بقدرات هائلة "

وعندما يظهر نبيل أنه فشل تغيير أفكاره من السلب إلى الإيجاب، تقدم الباحثة تعزيزا قويا لنبيل قائلة أنه لم يفشل، بل توصل إلى مرحلة هامة وهو أنه إقتنع أن أفكاره التي تجعله حبيسة الحلقة المفرغة، وهي التي تؤدي به إلى الأعراض الإكتئابية. وتعمل الباحثة على تشجيعه والإيحاء له بأنه قادر على أن يخرج نفسه عن التعاسة المؤلمة المؤدية إلى اليأس. وأن لديه المميزات الكافية لذلك.

وفي هذا الموقف العلاجي، تسعى الباحثة إلى تسجيل عبارات وألفاظ، قصد إختبار صحة الفرضية الأولى.

كان نبيل يشكو من حالة إكتئابية جد متوترة، جعلت نمط تفكيره مشوه على مستوى تقييمه لذاته، كان يرى أنه غير صالح لأي شيء، تقدير واطي للذات قدر ب (03) درجات على اختبار س كوبر سميت S. Coopersmith لتقدير الذات عند الأطفال، وهذا الاعتبار السلبي للذات يظهر أيضا من خلال سرده للسلوكات اللفظية التي يوجهها له أبوه والمتمثلة في اعتبار نبيل ضعيف الذكاء، غير متمكن من الدراسة، لا يصلح لشيء، خاصة عندما يواصل الأب في مقارنته مع إخواته، فهذا يجعله يلتمس بنفسه نقص ملحوظ في ذاته وهذا ما يولد لديه شعور كره نفسه " ذاته " .

وبعد إخضاع نبيل إلى حصص علاجية معرفية ارتكزت على المراقبة الذاتية للأفكار، وكذا تحديد الأفكار السلبية منها وتبديلها بالأفكار الإيجابية.

لاحظنا تغيير في تفكيره الذي انعكس على مزاجه فتحسن مزاجه نوعا ما وكوّن مفهوما إيجابيا نحو ذاته، كما أن اعتماد البرنامج العلاجي على قائمة النشاطات التي قامت الأم بتقديمها لنبيل قصد القيام بها وهذا الخلق فرص النجاح أمام نبيل لأن أدائه دائما ينتهي بنجاح ساعده على تنشيط السلوك من أجل تحقيق قدر ما من النجاحات في الأداء الدراسي.

كما تطلعت الباحثة على إنجازات نبيل اليومية: فعلى مستوى البيت يقوم بمساعدة أمه في بعض الأعمال المنزلية، أصبح يقوم بواجباته المدرسية كما ينبغي، حتى المدرسين لاحظوا التغيير الملموس من حيث إنتباه ومشاركة نبيل في القسم الدراسي، وهو متعجب من هذا التغيير الذي طرأ عليه.

أنهت الباحثة الحصّة العلاجية الخامسة، طالبة من نبيل الاستمرار في التكيف مع الوضعيات الصعبة، وأن لكل مشكلة حلّ وهذا طبعاً بتشجيع الأم على العمل ومساعدة ابنها على اتخاذ السلوكات الايجابية وحتمًا التغيير الايجابي سيحدث كما كنا في كل حصّة نؤكد ونشترط عن الوالدين وخاصة الأم على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الايجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب.

الحصّة السادسة:

تخصّصت الباحثة الحصّة للتحدث عن فوائد الحصص العلاجية ومساعدة الوالدين لنبيل في القيام بنشاطات والتي كان في الكثير من الأحيان يؤدي إلى مكافأة الطفل إما لفظياً أو بدنياً.

وبدأ الحديث مع نبيل حيث بيّن هذا الخير أنه بدأ يشعر بأن التوتر الذي كان بداخله بدأ يتسرب نوعاً ما إلى الخارج، كما أن الدراسة لم تصبح تخنقه وتقلقه كما في الأول قبل التطرق إلى العلاج.

قدمت الباحثة لنبيل تعزيزاً لفظياً متمنية له المزيد من النجاح في البيت، اللعب مع أصدقائه وكذا الواجبات المدرسية، كما ظهر عليه شعور بالذات إيجابي، فقد أصبح يرى النجاح غير مستحيلاً، كما كان يتصور، يرى أن سلوكاته تُتوج بالنجاح وليس بالفشل. هذه النظرة الايجابية للحياة، ونقص التوتر وبعض الأعراض الإكتئابية ما هي إلا نتيجة الحصص العلاجية.

كما سعت الباحثة إلى تقديم مفهوم حول تأكيد الذات وعلاقته بتقدير الذات، وأن بإمكان نبيل أن يسترجع الثقة في نفسه، وهذا نتيجة للخطّة العلاجية المتبعة ضف إلى ذلك أنماط تفكيره التي تتحسن يوماً بعد يوم، ومفهومه لذاته أصبح إيجابياً نوعاً ما، هذا

ما يجعله قادر على تأكيد ذاته في المستقبل، وما ينقصه الآن إلا بعض التدريبات القصيرة في تأكيد الذات.

الحصة السابعة:

تمّ في هذه الحصة التعرّف على أنماط التفكير عند نبيل بواسطة الأم، حيث لاحظت الباحثة تحسنا واضحا في تفكير نبيل، حيث أصبح يشعر بالأمل في القيام بالواجبات الدراسية خاصة وأنه يرى أن أبوه يسلك علاقات حسنة معه، وقلّت المشاحنات وأصبح يهتم بواجباته المدرسية، كما أن المدرسين أصبحوا يهتمون بما يقوم به ويشجعونه على كل أداء يقوم به، كما تشير الأم إلى تحسن علاقاته مع الآخرين (الأب، الإخوة، الزملاء وكذا المدرسين..).

والزيادة في تأكيد الذات (الثقة في النفس أصبح يدافع عن حقوقه).
تحدد الباحثة الموعد الأسبوع القادم متمنية النجاح لنبيل موحية له بأنه قادر على إتمام ذلك بالنجاح.

الحصة الثامنة:

تطلّعت الباحثة من خلال محاورة الزوج (نبيل وأمه) إلى التغيّر الايجابي في سلوكات وأفكار نبيل وكذلك علاقاته داخل الأسرة وخارجها، وأصبح يهتم بمنظره الخارجي، بدراسته، حيث أصبح مردوده الدراسي في تحسن متواصل، شجعت الباحثة نبيل وأعلمته أنه يسير على الطريق المؤدي إلى الصّحة النفسية وأكدت له ضرورة التسلّح بالتفكير الايجابي أمام نفسه أو الآخرين والعالم المحيط به، وأكدت له أن الثقة بالنفس التي استرجعها هي المعادلة التي تؤدي به إلى النجاح في حياته والشعور بالسعادة.

3- إستراتيجية التقويم والمتابعة:

1-3- إستراتيجية التقويم:

الحصة التاسعة

في هذه الحصة قدمت الباحثة إلى نبيل إختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس.

فسجل نبيل على المقياس (07) درجات وقد وزعت الدرجات السبعة على المقاييس كالتالي:

- لست متأكد إذا كان شيئاً يحدث لي.
 - أنا مسؤول عن كل الأشياء السيئة.
 - أنني أبدو حسن المظهر.
 - عمل واجبي المدرسي لا يمثل مشكلة رئيسية.
 - كان نومي مضطرباً كل ليلة.
 - أشعر بالتعب أكثر الأيام.
 - في أيام عديدة لا أشعر بحب الأكل.
- كما لجأت الباحثة إلى إعادة تطبيق إختبار تقدير الذات لـ س كوبر سميت وكانت درجته (18) درجة والتي تعتبر مؤشر التقدير الذات المتوسط.

الحصة العاشرة:

أظهرت نتائج تقدير الذات إيجابيات، حيث أصبح يهتم بنفسه كما ظهرت سلوكيات إجتماعية إيجابية في العائلة وكذلك في المدرسة، مع المدرسين والتلاميذ، انخفاض سلوك الغضب الذي كان محور وسبب المشاحنات مع أبيه وانتقل إلى مرحلة أخرى والمتمثلة في التحاور وتبادل بعض الأحاديث، وكان الأبوان وخاصة الأم يقومان بإثابته تدريجياً على غاية التحسن.

حددت الباحثة الموعد اللاحق بعد شهرين لاستقبال نبيل.

2-3- إستراتيجية المتابعة.

الحصة الحادية عشر والثانية عشر:

بغرض التأكد من فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج أعراض الإكتئاب لجأت الباحثة إلى إستراتيجية المتابعة بعد مرور شهرين من إنتهاء العلاج النفسي. وقد تركزت هذه الإستراتيجية على تطبيق تقنيات التي تمّ تطبيقها في المقابلات العلاجية والتقييم النهائي، والمتمثلة في المقابلة العيادية الملاحظة المباشرة، مقياس الإكتئاب C.D.I للأطفال لماريا كوفاكس، مقياس تقدير الذات لـ س كوبر سميت S. Cooper smith، وتمت هذه المتابعة في مقابلتين:

أ- مقابلة نبيل:

- يبدو على نبيل اختفاء كل الأعراض الاكتئابية طوال مدة المتابعة حيث سجّل نبيل على مقياس C.D.I لقياس الإكتئاب للأطفال الدرجة (03).
- ويؤكد نبيل أنه أصبح أكثر ثقة بنفسه، وأصبح يهتم بدراسته ويمارس رياضة السباحة، أما مقياس الذات لـ س كوبر سميت S. Cooper smith، فقد سجّل درجة (23) والتي تعتبر مؤشر التقدير الذات العالي.
أما فيما يخص شبكة الملاحظة المباشرة، فإن نبيل ظهر معتتيا بمظهر الخارجي والاحتكاك العيني " الاتصال العيني "، ظهر مناسباً وصوته أصبح معتدلاً، وكانت تبدو عليه حيوية ترتسم على وجهه ابتسامات خفيفة توحى بمزاج جيّد.

ب- مقابلة الوالدين:

على حدّ تعبير الأب، فإن ابنه أصبح يهتم بدراسته، يلعب مع إخواته.
لقد أصبح ينام بسهولة، بعدما كان يعاني الكثير، لقد أصبح واثقاً من نفسه يتبادل الحديث بدون معاناة.
فيما يخص الدراسة، فهو مثابر، يهتم بدروسه مردوده الدراسي فما فوق المعدل سلوكه معتدل، علاقاته جيّدة مع زملائه ومدرسيه يشارك في الأعمال الفنية في المدرسة ويهتم كثيراً بالرسم.

المتابعة بعد أربع أشهر:

الحصة الثالثة عشر:

لاحظت الباحثة بعد تطبيق كل الاختبارات المستعملة في المتابعة الأولى مايلي:

1- زوال كل الأعراض الإكتئابية طول مدة المتابعة، حيث درجة مقياس C.D.I

لقياس الإكتئاب عند الأطفال لماريا كوفاكس قدر بـ (03) درجات.

2- بينت عبارات نبيل أنه أصبح يتمتع بثقة كبيرة في نفسه، أما نتائج إعادة تطبيق

مقياس لـ س كوبر سميث S. Cooper smith لتقدير الذات، فقد أظهر مؤشرا عاليا لتقدير

الذات وصل على (23) درجة.

التقييم العام للحالة:

نلخص تقييم العام لحالة نبيل في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد

العلاج، وأثناء المتابعة

نبييل	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية للمراحل التشخيصية	قبل العلاج	50	03
تقنية التغير المعرفي عن طريق تدعيم الطفل إيجابيا وهذا حسب (رواد العيادة النفسية السلوكية جامعة الملك فيصل) بالاعتماد على خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها دائما بالنجاح (الجدول رقم 03).		25	08
نهاية العلاج		08	18
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	07	20
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة الأولى	03	23

يبين الجدول رقم (04) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الأولى، حيث يبين درجة الاكتئاب الذي كان نبيل يعاني منه والتي قدّرت بـ (50) درجة بأعراض مختلفة نجلها في الجدول التالي على شكل المصفوفات التي تتناسب والثلاثية المعرفية التي اعتمد عليها " بيك " Beck .

جدول رقم (05) يبين نوع أعراض الاكتئاب ودرجاته:

المصفوفات	الوحدات	تكرار الوحدة	النسبة المئوية لكل مصفوفة
النظرة السلبية للذات	1- فقدان الثقة بالنفس	0	66,67%
	2- الشعور بالنقص	4	
	3- الشعور بالعجز	0	
	4- عدم الرضى	3	
	5- معاتبة النفس	2	
	6- عدم حبّ الذات	0	
	7- أفكار الإضرار بالنفس	0	
	8- ضعف التركيز والانتباه	1	
النظرة السلبية للمحيط	1- الميل للخيال	1	33,33%
	2- الشكوى من معاملة الغير	4	
	3- تفضيل العزلة والوحدة	0	
	4- اللامبالاة	0	
النظرة السلبية للمستقبل	1- الشعور باليأس والتشاؤم		0%
المجموع الكلي	لتكرار الوحدات		100%

يمثل هذا الجدول تبويب المعلومات المتحصل عليها في المقابلة العيادية والممثلة على شكل مصفوفات (جدول 05) الظاهرة على شكل أنواع الأعراض الإكتئابية التي كان يشكو منها نبيل، كذلك حساب النسب المئوية لكل مصفوفة بحيث ننقل هنا من التحليل الكمي إلى التحليل الكيفي، وهذا بالتفسير الأعرق للإجابات اللفظية ومدلولها، حيث سنقوم بتحليل كل مصفوفة على حدى تدعيما بالنتائج المتحصل عليها من خلال مقياس (د) للأطفال C.D.I للإكتئاب حيث تحصل نبيل على مجموع الدرجات يقدر بـ (50) درجة، وتدّل هذه العلامة أنه يعاني من إكتئاب حاد.

فيما يتعلق بالنتائج المتحصل عليها في المقابلة فكانت كما يلي:

تحصلنا من خلال حساب النسبة المئوية لهذه المصفوفة على نسبة تقدر بـ 66,67% وهي ممثلة في الجدول (05) وهي نسبة مرتفعة تدل على أن نبيل نظرة سلبية لذاته، حيث أنه يشعر بالنقص، ويبدو من خلال المقابلة أنه تلقى صعوبات في المدرسة، خاصة علاقته بالمعلمين حيث يشكو من معاملتهم له ضف إلى ذلك العلاقة السيئة مع أبيه.

ندعم الآن ما جاء في المقابلة العيادية بما تحصلنا عليه لما طبقنا مقياس (د) للصغار C.D.I للإكتئاب وهو إختيار نبيل للعبارات الدالة على عدم رضاه على نفسه وهي:

- أكره نفسي.

- أكون سيئا كل الوقت.

- أفعل كل شيء بطريقة خاطئة.

أيضا الدليل على معاناته لما إختار في العبارات ما يلي:

- ليس عندي شيئا غير جاد على الإطلاق.

كما أنه ضعيف التركيز والانتباه لأنه دائما منشغلا بحالته حيث إختار العبارة:

" أكون حزينا كل الوقت ".

النظرة السلبية للمحيط:

تحصلنا عند حساب النسب المئوية لهذه المصفوفة على نسبة تقدر بـ 33,37% حيث وجدنا أن نبيل يميل إلى الخيال وذلك بتفكيره الدائم في حالته ويظهر هذا في العبارات التالية:

" هناك أشياء تضايقتني أكثر الوقت "

" من الصعب أن أركز في التفكير في الأشياء ."

" لا أحب أن أكون مع الناس في أكثر الأوقات ."

هذه العبارات تدل على أن نبيل يشكو كثيرا من معاملة الغير.

النظرة السلبية للمستقبل:

تحصلنا عند حساب النسبة المئوية لهذه المصفوفة على نسبة تقدر بـ 0% وهذا يعني أنه لا ينظر سلبا لمستقبله حيث يظهر هذا أيضا في العبارات التالية:

- يمكنني أن أكون جيدا مثل الأطفال الآخرين.

- أنني متأكد أن البعض يحبونني .

نشير أن نبيل لا يشعر باليأس والتشاؤم.

أما بالنسبة لتقدير الذات التي قيست بمقياس س. كوبر سميت، فقد قدرت بـ (03) درجات وهي مؤشر لتقدير الذات منخفض عند نبيل.

مما سبق نلاحظ تحقق فرضية البحث القائلة:

هناك علاقة بين الحالات الاكتئابية عند الطفل وسيادة بعض الصور المعرفية المشوهة عنده والتي تؤثر شدتها على التحصيل الدراسي وهذا ما يؤدي إلى التأخر الدراسي. وبعد إدخال العلاج المعرفي الذي استند على تقنية التغير المعرفي عن طريق تدعيم الطفل إيجابيا وهذا بالاعتماد على خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها دائما بالنجاح والذي دامت (5) حصص بمعدل حصّة في الأسبوع، لاحظنا تغييرا واضحا في الجانب المعرفي لنبيل حيث أصبح يقيّم الأحداث بأفكار إيجابية زادت ثقته في نفسه وأعطته مفهوما إيجابيا لذاته (إعادة اعتبار الذات).

وبعد تطبيق الحصة العلاجية أعيد تطبيق مقياس (د) للصغار C.D.I للإكتئاب ومقياس س. كوبر سميت لتقدير الذات، فوجدنا مؤشرات هامة وهي على الترتيب (25)

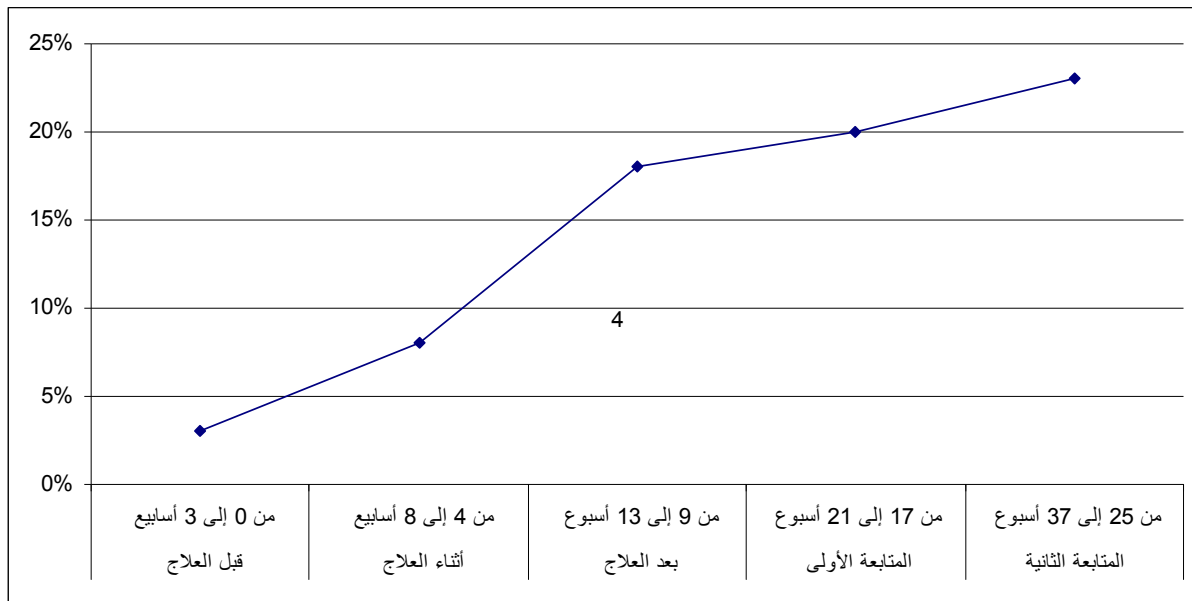
(08) وهذا يدل على أن تغيير النمط المشوّه لتفكير المفحوص تحت العلاج المعرفي أدى على تحسين تقدر الذات.

وهذا يدل على أن هناك علاقة إيجابية في استعمال العلاج السلوكي المعرفي كنمط علاجي في تعديل السلوك باعتبار أن التعلم بكل صوره في جوهره تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل وأكثر نجاحا وإيجابية.

كما أن زوال الأعراض الاكتئابية في نهاية العلاج حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (08) درجات، ليستمر في الانخفاض بعد شهرين من العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (07) درجات ثم بعد 4 أشهر من إنتهاء المتابعة الأولى إلى (03) درجات. أما فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد لوحظ تحسن فيها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (18) درجة.

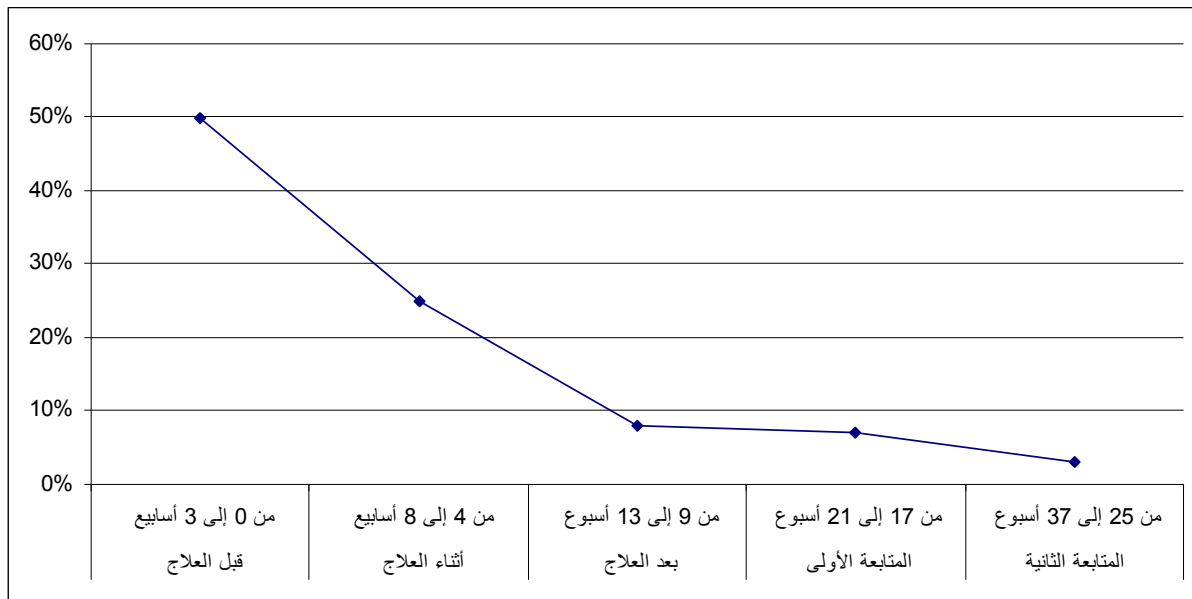
ويعتبر مؤشر ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، وقدّر ب (20) درجة، وانتهجت نفس المنوال إلى أن إستقرت أثناء إنتهاء المتابعة إلى (23) درجة وهي مؤشر عالي لتقدير الذات.

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي الذي تألف من تقنيات معرفية لتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية، عن طريق تدعيم الطفل إيجابيا بالاعتماد على إنجاز النشاطات، تأكيد الذات، له فعالية كبيرة في القضاء على الأعراض السلوكية المعرفية الانفعالية والاجتماعية للاكتئاب، وبذلك تتحقق الفرضية الثانية للبحث والأشكال التالية سوف تلخص درجات الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة رقم -1- ، الشكل رقم (1-1) والشكل رقم (2-1).



التعليق على الشكل البياني:

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب ومدى التأثير الإيجابي في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (C.D.I) الدرجة 50 كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي يعاني منه نبيل، وهو مؤشر مرتفع للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 5 حصص علاجية ارتكزت في أغلبها على تغيير الأفكار السلبية بأفكار إيجابية، ويصل إلى الدرجة (25) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج، ويزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (07) درجات ويستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (03) التي تدل على اختفاء وزوال الاكتئاب.



التعليق على الرسم البياني:

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات ومدى التقدم في البرنامج العلاجي، فقل سجل مقياس س. كوبر سميث S. Cooper Smith لتقدير الذات عند الأطفال الدرجة (03)، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 05 حصص علاجية تركز معظمها على التحليل العقلائي لأفكار نبيل السلبية وتغييرها بأفكار إيجابية وتصل إلى درجة (08) أثناء العلاج لترتفع وتصبح (18) درجة وتواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل في المتابعة الأولى (بعد نهاية العلاج بشهرين) والمتابعة الثانية (بعد نهاية العلاج بستة أشهر) إلى الدرجات (20) و (23)، وهذا يشير إلى أن نبيل أصبح يمتاز بتقدير ذات مرتفع.

الحالات المختصرة:

الحالة الثانية:

تقديم الحالة: فوزي (أ):

فوزي (أ) طفل يبلغ من العمر 10 سنوات، يدرس بالسنة الثالثة إبتدائي من عائلة متوسطة الحال إجتماعيا (الأب يعمل بمؤسسة وطنية كمحاسب)، الأم مأكثة بالبيت، تتقن مهنة الخياطة لمساعدة زوجها ماديا، الأب غائب معنويا في الدينامية العائلية.

يحتل فوزي المرتبة الثانية بين إخواته الثلاثة ذ ف ب، يعيش مع والديه وإخواته في شقة من غرفتين، الوالدين في صحة جيّدة وكذلك الأبناء، لا يشتكي فوزي من أمراض جسمية أو نفسية ظاهرة.

وهذا حسب الوالدين، لكن ما يقلقهم هو مردوده الدراسي والنسيان في القسم كل ما يحفظه وعدم التمكن من مسايرة أصدقائه في البرنامج الدراسي، هذا ما جعل الأخصائي المدرسي يقترح على الوالدين إحالة فوزي على الأخصائي النفسي قصد إلقاء الضوء على المشكلات العديدة التي جعلت من هذا الطفل غير عاديا.

وقد إستدعى العلاج النفسي، نتيجة للملاحظات التي كانت تقوم بها المعلمة حيث لاحظت أن فوزي يتّسم بأنطواء واضح، كما تظهر على وجهه ملامح حزن إلى جانب مشكلة الغيابات المتكررة.

هذا وبناء على توجيه من المدرسة، إستفاد فوزي من فحص نفسي وكذلك من كفالة نفسية.

1- المقابلات التشخيصية:

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات الكافية عن حالة فوزي وذلك باستعمال المقابلة نصف موجهة ودائما باستعمال المصفوفات الثلاثة التي تتناسب والثلاثية المعرفية " بيك " Beck " في تفسيره للإكتئاب وكذلك تطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس، والعوامل المفجرة له كانت نتائج الدرجة التي سجّلت على المقياس هي 46 واختلفت أنواع أعراضه التي نجلها في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يبين نوع أعراض إكتئاب الحالة 2 ودرجاتها:

الهبوط الجسمي الحركي	%	اضطراب مستوى المزاج	%	اضطراب المستوى المعرفي	%	اضطراب الجانب الاجتماعي	%
- لا يستطيع القيام بأي شيء بسبب التعب والشعور بالإجهاد.	3	- لا يشعر بالحزن والتعاسة درجة لا تحتمل.	3	- يشعر بأنه فاشل.	3	- فقد اهتمامه بالآخرين.	3
- يعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.	3	- يبكي طوال الوقت.	2	- يشعر باليأس من الحياة وأن الأمور لن تتحسن.	3		
- اضطرابات في النوم.	3	- يشعر بالملل من أي شيء.	3	- يلوم نفسه على كل ما يحدث.	3		
- أصبحت لديه أوجاع جسدية، يشكو منها كالصداع.	3	- لا تنثيره الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك من قبل	3	- يخيب أمله في نفسه.	1		
- لا يشعر بالرغبة في الأكل	3						
40 %		المزاج	27,5 %		25 %		5,7 %

بعد المقابلة الأولى التي استندت إلى التعارف بين فوزي، الأم والباحثة والتي سعت فيها الباحثة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والراحة بينهما وبين فوزي وهي أساس العلاج النفسي.

تحصلت الباحثة بفضل تطبيق إختبارين هما إختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس وإختبار تقدير الذات للأطفال لـ س. كوبر سميت S. Cooper Smith على الخطوط القاعدية قبل إنطلاق العلاج السلوكي المعرفي.

وخصصت الباحثة المقابلة الثانية لتعزيز الثقة بينها وبين فوزي وتدعيم العلاقة الودية معه، وتوضيح الباحثة درجة إكتئابه ونوع الأعراض التي تظهر عنده، كما عمدت الباحثة في هذه المقابلة إلى التسجيل القاعدي لدرجتي تقدير الذات و إختبار الإكتئاب.

فسجل فوزي الدرجة (05) على إختبار تقدير الذات كمؤشر لإنخفاض تقدير الذات لديه. خاصة في المواقف الاجتماعية كما أنه لا يستطيع الدفاع عن نفسه.

أما المقابلة الثالثة، فقد استخدمتها الباحثة لكسب المزيد من ثقة المفحوص وتدعيم علاقته معها، والوصول بفوزي إلى إبرام عقد علاجي معنوي معه، إذ طلبت الباحثة منه ومن أمه مشاركتها في البرنامج العلاجي المسطر، وأكدت أن مشاركته الفعالة تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج النفسي لفوزي وكذلك أمه عن التقنيات التي سوف تستخدمها معه أثناء الحصص العلاجية القادمة وبيّنت له سير الحصص ومدتها التي لا تتجاوز 45 دقيقة وعدد الحصص اللازمة له، والتي لا تتجاوز أيضا 11 حصة بإستثناء مقابلات التقييم والمتابعة.

تتهي الباحثة الموعد في هذه الحصة مطالبة فوزي بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار أو التصورات التي تجعله في حالة إنفعالية سلبية.

ارتكزت المقابلة الرابعة على استقبال المفحوص فوزي والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية وكان محور هذه المقابلة هو تطبيق إختبار الإكتئاب (د) للصغار.

وأوضحت النتائج المفحوص لديه إكتئاب حاد فقد سجل على مقياس الإكتئاب 46 درجة هذا ما جعله منطوي لا يستطيع المشاركة الفعالة في المدرسة وكذلك العلاقات المحدودة وفي بعض الأحيان المدمومة مع الأصدقاء والمحيطين به من مدرسين.

كما تجدر الإشارة أن الباحثة طيلة المعاملات الأولية كانت تستعمل الملاحظة المباشرة التي كانت تعتمد على نظام التسجيل على جدول الملاحظة المعدّ سابقا والذي يوجد في الملحق رقم (02).

بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى بتقديم الشرح النظري لإكتئاب فوزي وإعطاء الباحثة لكل المعلومات الخاصة بالإكتئاب وهذا يكون بالشرح النظري لفوزي فيما يخص حالته.

" لقد تعرضت إلى إنفصال أخي الصغير، وكان سبب الانفصال " الموت " التي أخذته، فطلبنا من فوزي تقييم هذا الحدث المؤلم.

تبين الباحثة لفوزي مقاطع من تسجيلاته، وبعد قراءتها له، تسأله عن حالته النفسية التي يعاني منها حقيقة، هل هي نتيجة فقدان هذا الأخ العزيز أو نتيجة تقييم هذا الفقدان ؟ تقوم الباحثة بشرح لفوزي وتسأله " هل الآن فقدان أخيك هو الذي جعلك هكذا ؟ أم تفسيرك لفقدان أخيك هو الذي أدّى بك إلى هذه الحالة من الاكتئاب.

استنتجت الباحثة من هذه المقابلة أن فوزي كان يقيم موت أخيه بالفقدان وربما هو السبب في موته ويُعمّم هذه الأفكار على حياته، ويفكر في الموت دائما هذا ما زاد في تدهور حالته النفسية يوما بعد يوم.

تقوم الباحثة بتحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي أدّت بفوزي إلى حالته الاكتئابية، وتقوم بشرح آثارها على بقاء الاستجابة الاكتئابية إذا بقيت هذه الأفكار دون تغيير أو توقيف أو دون إستبدالها بأفكار إيجابية أخرى.

استغرق البرنامج العلاج المعرفي مدّة (05) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لفوزي، وتغييرها بأفكار أخرى، وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرف على انعكاسات العلاج المعرفي على درجة تقدير الذات وبالتالي التحقق من الفرضية الثالثة القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من حدّة الأعراض الاكتئابية والتي في الكثير من الأحيان تزول كانت سلوكية، معرفية، إنفعالية أو إجتماعية.

كما عمدت الباحثة طيلة الخمس حصص العلاجية الأولى إلى الاستنتاج القائل أن المواقف المثيرة الباعثة على الإثارة المحرّضة للحزن لدى فقدان فوزي لأخيه وتكون بذلك مصدر نستقي منه الصور المعرفية السائدة المشوهة عند المكتتب التي تؤثر شدتها على التحصيل الدراسي وهذا ما أدى إلى التأخر وبالتالي اختبار الفرضية الأولى للبحث.

تواصل البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لمدة (05) حصص أخرى لتنفيذ البرنامج السلوكي المعرفي والذي إرتكز على تقنية التحليل العقلاني للأفكار السلبية وتغييرها بأفكار إيجابية.

كما لاحظنا تحسنا كبيرا في تقدير الذات، بعد الانتهاء مباشرة من الحصص العلاجية المعرفية كذلك الاستعانة بقائمة التذعيمات اللفظية التي تكون مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

كما لاحظنا أن إنخفاض درجة الاكتئاب يلزمه تحسنا في تقدير الذات، فإن كل زيادة في تقدير الذات يؤدي إلى إنخفاض في درجة الإكتئاب والجدول رقم (1) يوضح ذلك لاحقا.

أما عند تكملة تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والذي دام (10) حصص كاملة، زيادة على حصص المتابعة، لاحظنا زوالا واضحا للأعراض الإكتئابية وتحسن واضح أيضا لدرجة تقدير الذات. أن التعديل في النمط المعرفي لفوزي أدى به إلى التعلق بالأمل والاهتمام بما حوله، كما أنه أصبح يهتم شيئا فشيئا بدراسته، كما أصبح يعتني بهندامه، بعدما كان لا يعتني به، أصبح كلامه ذو حجم مناسب وغير خافت وطليق، أصبح يتصل مع الباحثة بواسطة العين (إتصال عيني مناسب)، ويبدو النشاط والحيوية عليه، وهذا استخرجناه بعد استغلالنا الشبكة الملاحظة المستخدمة طيلة المقابلات مع فوزي وهذا يدل على تحقق الفرضية الثانية للبحث، والتي تقول: "هناك علاقة في استعمال العلاج السلوكي المعرفي كنمط علاجي في تعديل السلوك باعتبار أن التعلم بكل صورة في جوهره، تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل أكثر نجاحا وإيجابية.

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها. أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية إختبار الاكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات س. كوبر سميث S. Cooper Smith قبل العلاج أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

التقييم العام للحالة:

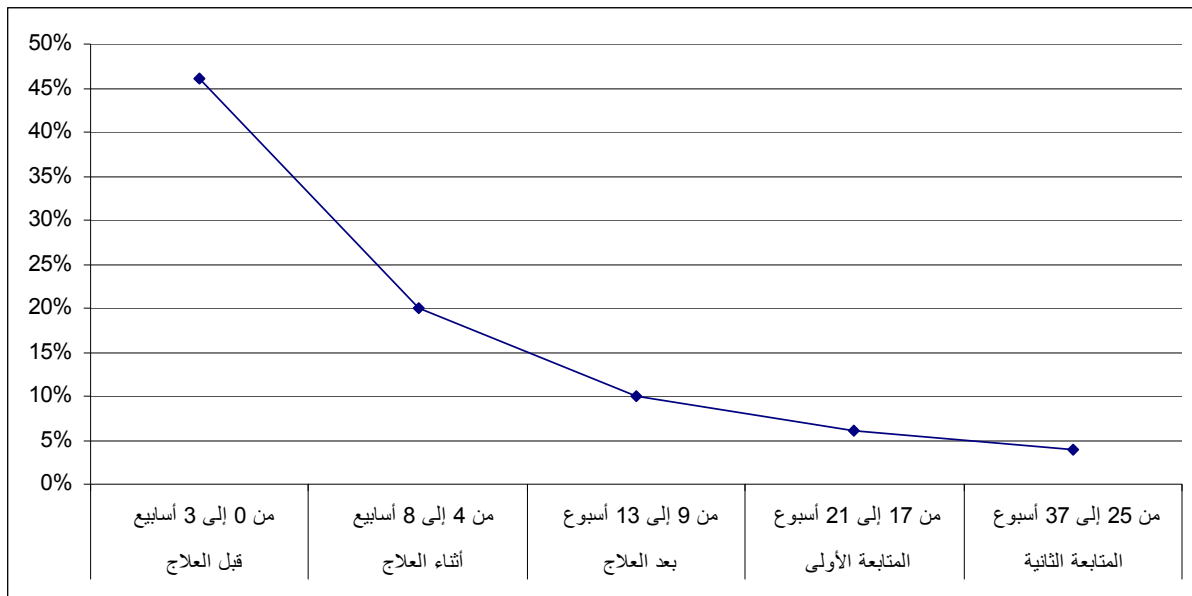
نلخص تقييم العام لحالة فوزي في الجدول التالي رقم (07) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

فوزي	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)	قبل العلاج	46	05
تقنية التعبير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح	أثناء العلاج	20	12
نهاية العلاج		10	15
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	06	17
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة	04	20

التعليق 1: حالة فوزي:

إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق البرنامج العلاجي وصل إلى (46) درجة .

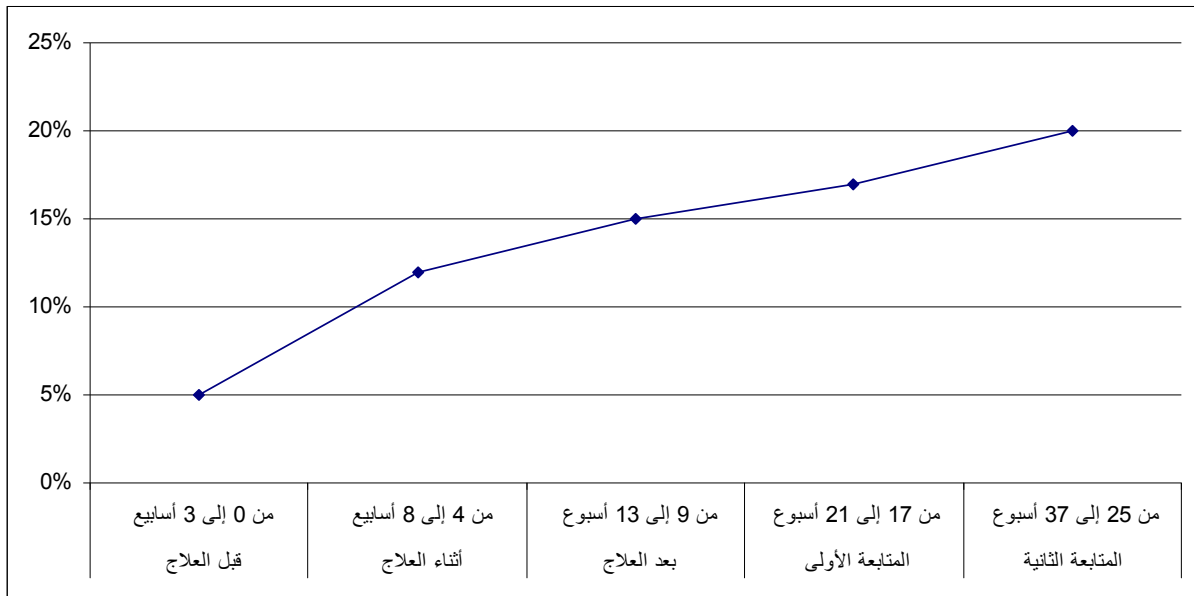
ونلاحظ أن تطبيق (05) حصص عن هذا البرنامج جعل درجة الاكتئاب تتراجع إلى (20) درجة، لتتقص أكثر بعد إنتهاءا لعلاج السلوكي المعرفي وتصل إلى (10) درجات وبعد المتابعة الأولى والثانية تصل إلى (06) و (04) درجات على الترتيب، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على فعالية العلاج المستخدم.



التعليق 1: حالة فوزي:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق البرنامج العلاجي يدل على وجود تقدير ذات منخفض قدر بـ(05) درجات على مقياس س. كوبر سميث S. Cooper Smith. وبعد تنفيذ (05) حصص من البرنامج، تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (12) درجة.

وتتواصل في التحسن بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي لتصل إلى (15) درجة وتتحسن أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ(17) و(20) درجة أي بعد 6 أشهر من إنقضاء العلاج.



الحالة الثالثة:

تقديم الحالة: كريمة (ب):

كريمة (ب) بنت تبلغ من العمر 11 سنة، تدرس بالسنة الثالثة إبتدائي من عائلة ميسورة الحال، الأب مهندس يعمل بمؤسسة وطنية، والأم مُدرسة في الابتدائي، العائلة تعيش في فيلا من 4 غرف، أفراد العائلة بصحة جسمية ونفسية جيّدة، تحتل كريمة المرتبة الأخيرة بين إخوتها الذكور ذ ذ ذ ب.

وإتضح في الحصة الأولى أن كريمة، كانت تعاني من قلق ظاهر نتيجة لفشلها في الدراسة خاصة أن الإخوة ناجحون في دراستهم.

أظهر التشخيص المعاناة التالية: اضطرابات في الغذاء، تتمثل في نقص الشهية، تعب مزمن اضطرابات في النوم، وعسر في الإخراج يظهر من حين لآخر. تعرض أبوي كريمة إلى انفصال مؤقت دام (08) أشهر وهذا تزامنا مع تدرس كريمة في السنة الأولى من الدراسة، بعدها حدث صلح بينهما. حيث استقرت العائلة.

1- المقابلات التشخيصية:

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات الكافية عن حالة كريمة وذلك باستعمال المقابلة نصف موجهة، ودائما باستعمال المصفوفات الثلاثة التي تتناسب والثلاثية المعرفية لـ "بيك Beck" في تفسيره للإكتئاب وكذلك تطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس كانت النتائج التي سجلت على المقياس هي 45 درجة واختلفت أنواع أعراضه التي نجمها في الجدول التالي:

بعد المقابلة الأولى التي استندت إلى التعارف بين كريمة، الأم والباحثة والتي سعت فيها الباحثة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والصراحة بينها وبين كريمة والتي تعتبر أساس البرنامج العلاجي.

تحصلت الباحثة بفضل تطبيق اختبارين هما: اختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I واختبار تقدير الذات س. كوبر سميث S. Cooper Smith على الخطوط القاعدية قبل إنطلاق العلاج السلوكي المعرفي.

وخصصت الباحثة المقابلة الثانية لتعزيز الثقة بينها وبين كريمة وتدعيم العلاقة الودية معها وتوضح الباحثة أن كريمة تشكو من إكتئاب شديد، قدر بـ 45 درجة، وإتضح وجود الشعور بالحزن، وبالفشل واليأس والتشاؤم والتعب والإنسحاب الاجتماعي وعدم الرضى والتقدير الواطئ للذات، وإضطرابات الصورة الجسدية والأفكار الاستسلامية السلبية. فقد سجل مقياس كوبر سميث لتقدير الذات (4) درجات وهذا يدل على التقدير الواطئ للذات وهذا ما دعمه، عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي.

أما المقابلة الثالثة، فقد استخدمتها الباحثة لكسب المزيد من ثقة المفحوصة وتدعيم علاقتها معها، والوصول بكريمة إلى إبرام عقد علاجي معنوي معها، إذ طلبت الباحثة منها ومن أمها مشاركتها في البرنامج العلاجي المسطر، وأكدت أن مشاركتها الفعالة تلعب دوراً أساسياً في نجاح العلاج النفسي المستخدم.

صرحت كريمة بأنها تعاني من قلق كبير يجعلها غير قادرة على التركيز على المحتوى الدراسي وحتى المكوث في مكان معين لأكثر من 15 دقيقة حتى التلغزة لا يمكنها مشاهدة البرامج، واتضحت مشكلاتها النفسية التي ظهرت مباشرة على الجانب العضوي من خلال ما يأتي:

1- توقعات سلبية للغاية، بحيث تشعر بالعجز إزاء التغير الإيجابي " لا أستطيع أن أغير مطلقاً " .

2- تقييمات سلبية إلى درجة رفض الذات: " إنني إنسانة فاشلة "، " لا فائدة لي ولا قيمة لي، كل ذلك بفعل القلق الذي يؤثر على حياتي وخاصة دراستي " .

بعد تطبيق البرنامج العلاجي يبدو على كريمة بعض التحسن في المظهر الخارجي كما تبدو مرحة، وتشير إلى أن والديها وخاصة الأم تساعدانها على إعادة الثقة إلى نفسها وكذلك تقديرها للذات وظهر هذا من خلال تطبيق إختبار تقدير الذات س. كوبر سميث الذي ارتفعت درجته إلى 12 درجة.

كما يظهر التحسن واضحاً على الجانب العضوي باختفاء مشكلات الغذاء وعسر الإخراج.

وهناك انخفاض في مستوى القلق، إذا أصبحت كريمة تقوم ببعض الأعمال المنزلية التي تستدعي التركيز دون الشعور بالضيق، كما أنها تقول " أعتقد أن التغيير وارد وممكن جدًا"، كما أن تدعيم الأم للقيام بأعمال منزلية ونشاطات مختلفة جعل التعب يختفي نوعا ما ارتكزت المقابلة الرابعة على إستقبال كريمة، وكان محتوى هذه المقابلة هو تطبيق إختبار الإكتئاب (د) للصغار وأوضحت النتائج أن كريمة لديها إكتئاب حاد هذا ما جعلها لا تهتم بالدراسة.

بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى بتقديم المعلومات الخاصة بهذا العلاج ونقول كريمة فيما يخص حالتها. " لقد تعرضت إلى انفصال مع أبي، وكان سبب الانفصال هو المشاكل بين الزوجين، وكان هذا الانفصال مترام مع الدخول المدرسي لكريمة في السنة الأولى من التعليم الابتدائي، فطلبنا من كريمة تقييم هذا الحدث.

تبين الباحثة لكريمة مقاطع من تسجيلاتها، وبعد قراءتها لها، نسألها عن حالتها النفسية التي تعاني منها حقيقة، هل هي نتيجة هذا الانفصال أو نتيجة تقييم هذا الانفصال تقوم الباحثة بشرح لكريمة وتساؤها: " هل إنفصال أبويك هو الذي جعلك هكذا ؟ أم تفسيرك لانفصالك عن أبيك هو الذي أدّى إلى هذه الحالة من الحزن والإكتئاب ".

استنتجت الباحثة من هذه المقابلة، أن كريمة كانت تقييم إنفصال الأب عن العائلة بالفقدان وربما هي السبب، وتعمم هذه الأفكار على جميع مجالات حياتها، وتفكر في الشعور بالإثم والموت للتخلص من هذا الشعور هذا ما جعل حالتها النفسية تتدهور يوما بعد يوم.

تقوم الباحثة بتجديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي أدت بكريمة إلى حالتها الإكتئابية وتقوم بشرح آثارها على بقاء الاستجابة الاكتئابية إذا بقيت هذه الأفكار دون تغيير أو توقيف أو دون إستبدالها بأفكار إيجابية أخرى.

استغرق البرنامج العلاجي المعرفي مدّة (05) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لكريمة، وتغييرها بأفكار أخرى، وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرف على انعكاسات العلاج المعرفي على تقدير الذات.

وبالتالي التحقق من الفرضية الثالثة القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من حدة الأعراض الاكتئابية والتي في الكثير من الأحيان تزول سواء كانت سلوكية معرفية، إنفعالية أو إجتماعية.

كما عمدت الباحثة طيلة الخمس حصص العلاجية الأولى إلى الاستنتاج القائل أن المواقف المثيرة الباعثة على الإثارة المحرّضة للحزن لدى انفصال كريمة، عن أبيها وتكون مصدر نستقي منه الصور المعرفية السائدة المشوهة عند المكتئب التي تؤثر شدتها على التحصيل الدراسي وهذا ما أدى إلى التأخر وبالتالي إختبار الفرضية الأولى للبحث تواصل البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لمدة (05) حصص أخرى لتنفيذ العلاج السلوكي والذي ارتكز على تقنية التحليل العقلاني للأفكار السلبية وتغييرها بأفكار إيجابية.

لاحظنا تحسنا كبيرا في تقدير الذات بعد الانتهاء مباشرة من الحصص العلاجية المعرفية، كذلك الاستعانة مباشرة من الحصص العلاجية المعرفية كذلك الاستعانة بقائمة التّدعيمات اللفظية التي تكون مرافقة لي تغيّرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

كما لاحظنا أن انخفاض درجة الاكتئاب يلزمه تحسنا في تقدير الذات، فإن كل زيادة في تقدير الذات يؤدي إلى انخفاض درجة الاكتئاب والجدول رقم II يوضح ذلك لاحقا.

نلاحظ أن عند تكملة تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والذي دام 10 حصص كاملة، زيادة على حصص المتابعة، لاحظنا زوالا واضحا للأعراض الاكتئابية وتحسن واضح أيضا لدرجة تقدير الذات، إن التعديل في اللفظ المعرفي لكريمة أدى بها إلى التعلّق بالأمل والاهتمام بما حولها، كما أنها أصبحت تعتني بهندامها، بعد ما كان لا تعتني بنفسها أصبح كلاهما ذو حجم مناسب وغير خافت واطلق أصبحت تتصل مع الباحثة بواسطة العين و(إتصال عيني ناسب)، ويبدو النشاط والحيوية عليها، وهذا ما استخرجناه بعدا استغلالنا لشبكة الملاحظة المستخدمة طيلة المقابلات مع كريمة، وهذا يدل على تحقق الفرضية الثانية للبحث، والتي تقول: " هناك علاقة في استعمال العلاج السلوكي المعرفي كنمط علاجي في تعديل السلوك بإعتبار أن التعلم بكل صوره في جوهره تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل وأكثر نجاحا وإيجابية.

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها. أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية إختبار الاكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات س. كوبر سميث S. Cooper Smith قبل العلاج أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

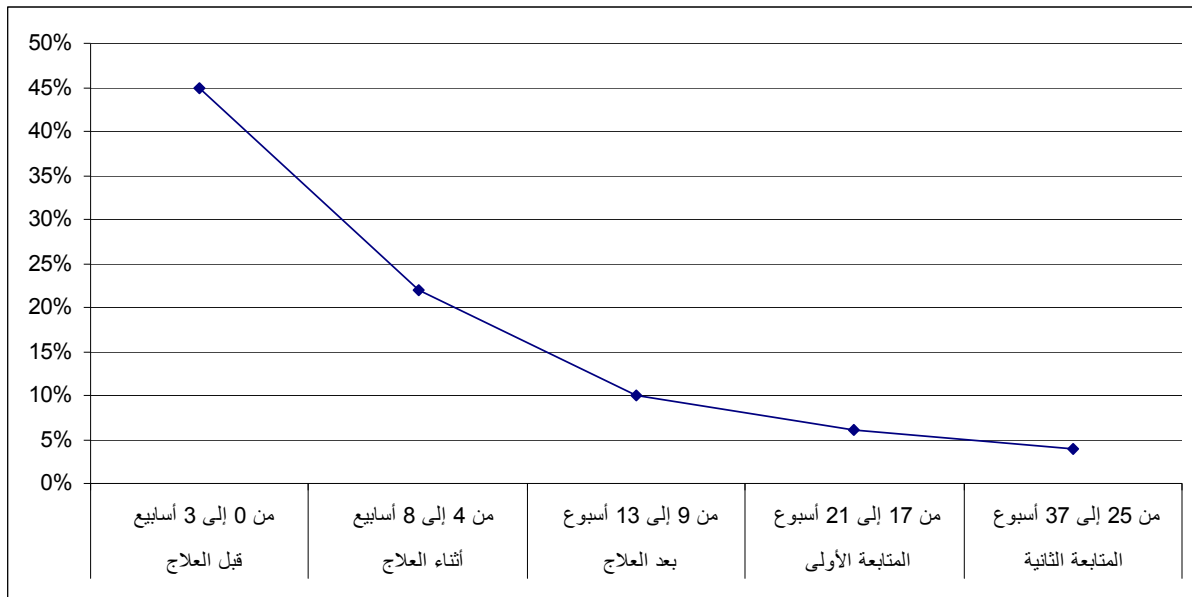
التقييم العام للحالة:

نلخص تقييم العام لحالة كريمة في الجدول التالي رقم (08) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

كريمة	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)	قبل العلاج	45	04
تقنية التعبير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح	أثناء العلاج	22	10
نهاية العلاج		10	14
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	06	18
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة	04	20

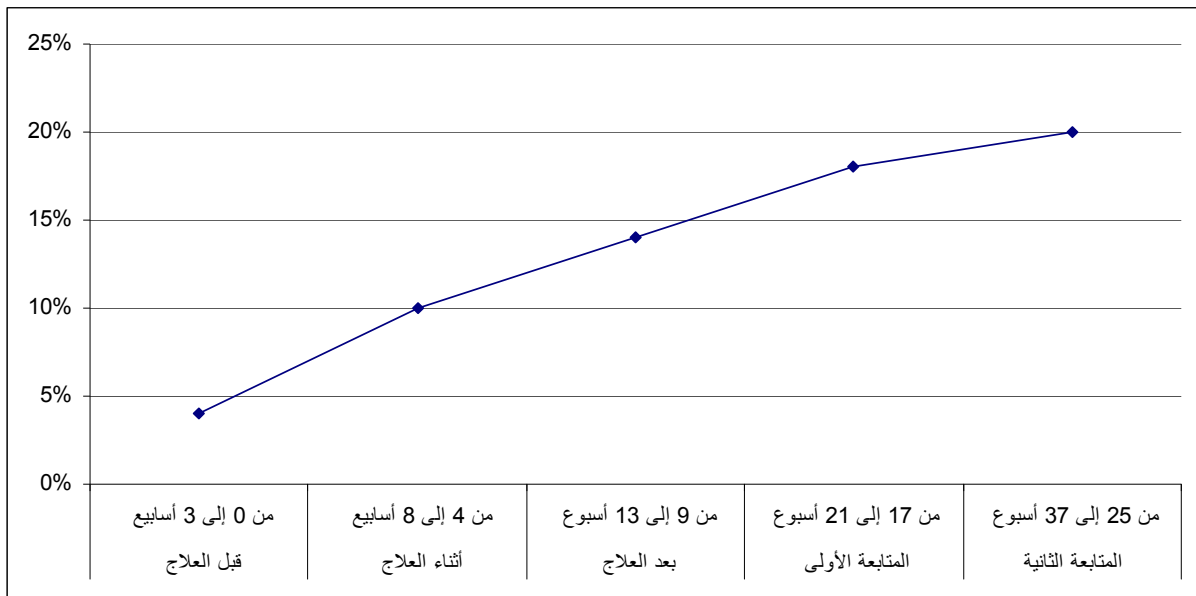
التعليق 1: حالة كريمة:

إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق البرنامج العلاجي وصل إلى (45) درجة، ونلاحظ أن تطبيق (05) حصص من هذا البرنامج جعل درجة الإكتئاب تتراجع إلى (22) درجة، لنتقص أكثر بعد إنتهاءا لعلاج السلوكي وتصل إلى (10) درجات وبعد التابعة الأولى والثانية تصل إلى (06) و (04) درجات على الترتيب وهذا يدل على فعالية العلاج المستخدم.



التعليق 2: حالة كريمة:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق البرنامج العلاجي يدل على وجود تقدير ذات منخفض قدر بـ (04) درجة على مقياس س. كوبر سميت S. Cooper smith، بعد الاستفادة من (05) حصص علاجية تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (10) درجة وتتواصل في التحسن بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي لتصل إلى (14)، وتتحسن بعد ذلك أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ (18) و (20) درجة أي بعد 06 أشهر من إنقضاء العلاج.



حالة أمين:

تقديم الحالة:

أمين (أ) طفل يبلغ من العمر 11 سنة، يدرس بالسنة الثالثة إبتدائي من عائلة متوسطة الحال إجتماعيا (الأب يعمل بمؤسسة خاصة كحارس)، الأم مأكثة بالبيت، تقوم برعاية أبنائها.

يحتل أمين المرتبة الأولى بين إخواته الثلاثة الذكور، يعيش مع والديه في شقة ضيقة، الظروف المعيشية والاجتماعية لعائلة أمين جدّ متوسطة. العائلة بصحة جسمية ونفسية جيدة.

لم يكن أمين مصابا بمرض معيّن قبل إصابته بإرتفاع ضغط الدم لمدة سنة وكانت الإصابة بهذا المرض مباشرة بعد وفاة الجدّة.

فقد أثرت هذه الواقعة تأثيرا كبيرا على حياة ونفسية أمين، ومباشرة بعد الإصابة بضغط الدم والتردد الكثير على الأطباء، انخفض مردوده الدراسي وأصبح لا يتابع دروسه بذكاء كما كان من قبل الإصابة، كما ظهرت عليه ملامح الحزن، والإنطواء.

هذا وبناء على توجيه من الطبيب المختص الذي يقوم بمتابعة أمين من حيث تطور مرض ارتفاع ضغط الدم ونظرا للأعراض الظاهرة في سلوكات الطفل من انفعالات ومعاناة التعب واضطرابات في الغذاء قام الطبيب بتوجيه أمين إلى الفحص النفسي.

1- المقابلات التشخيصية:

إتضح في الحصة الأولى أن أمين يعاني من قلق ظاهر لم يتمكن أمين من الاعتراف بوجود أي مشكل نفسي في البداية، وبعد حين ظهر بعض الإرتياح، بدأ في الحديث عن نفسه ، وبيّن أنه كان عاديا عموما ولكن سرعان ما تغيّر تماما بعد إصابته بإرتفاع ضغط الدم، وكان يبكي لأتفه الأسباب، ويتأثر لأدنى مشكل، وأصبح شديد الانسحاب الاجتماعي خاصة في القسم الدراسي وكذلك ليس له أية علاقات إجتماعية سواء خارج البيت، وحتى داخله.

أظهر التشخيص المعاناة التالية: التهميش بسبب المرض (ارتفاع ضغط الدم)، اضطرابات في الغذاء تتمثل في رفض الأكل بسبب الحمية وكذلك اضطرابات في النوم تتجلى في الكوابيس الليلية.

عند تطبيق إختبار الاكتئاب (د) للصغار أشار إلى (41) درجة وهذا يعتبر إكتئاب شديد، وإتضح وجود الشعور بالحزن، وبالفشل واليأس والتشاؤم والتعب وعدم الرضى والتقدير الواطئ للذات.

كما بيّن مقياس س. كوبر سميت تقديرا واطئا للذات بنسبة كبيرة (03) درجات دعمه عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي.

وخصت الباحثة المقابلة الثانية، لتعزيز الثقة بين أمين وأمه وهذا لتدعيم العلاقة الودية والمباشرة في العلاج.

أما المقابلة الثالثة فقد استخدمتها الباحثة لكسب المزيد من ثقة المفحوص وتدعيم علاقته معها والوصول بأمين إبرام عقد علاجي معنوي معه، إذ طلبت منه ومن أمه مشاركتهما في البرنامج العلاجي المسطر، وأكدت أن مشاركته الفعالة تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج وسعت الباحثة إلى تقديم الشرح الكافي لأمين وكذلك لأمنه عن التقنيات التي سوف تستخدمها معه أثناء الحصص العلاجية القادمة وبيّنت له سير الحصص العلاجية ومدتها التي لا تتجاوز 45 دقيقة، وعدد الحصص اللازمة له، والتي لا تتجاوز أيضا 11 حصّة باستثناء مقابلاتي التقويم والمتابعة.

تنتهي الباحثة الموعد في هذه الحصّة مطالبة أمين بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار والتصورات التي تجعله في حالة إنفعالية سلبية.

إرتكزت المقابلة الرابعة على إستقبال المفحوص أمين والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية وكان محور المقابلة هو تطبيق إختبار الإكتئاب (د) للصغار.

وأوضحت نتائج الاختبار أن درجة الإكتئاب هي (47) درجة.

كما نشير إلى أن الباحثة طيلة المقابلات الأولية كانت تستعمل الملاحظة المباشرة التي كانت تعتمد على نظام التسجيل على جدول الملاحظة.

بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى حيث يقوم أمين بتوقعات سلبية للغاية، بحيث يقول "أنا أشعر بالعجز إزاء التغيّر الايجابي " " لا أستطيع أن أغيّر مطلقاً " " أعاني من مرض قاتل لا يمكن مواجهته خاصة أن هذا المرض لا يشكو منه الأطفال بكثرة بل الراشدين، لا يمكنك أيتها الطبيبة أن تفعلي شيئاً إزاء حالتي " " إنني طفل هامشي، لا فائدة لي ولا قيمة لي كلّ ذلك بفعل المرض الذي أعاني منه، دراستي، حياتي كلّها ضاعت " " أريد أن أموت " .

تبين الباحثة لأمين مقاطع من تسجيلاته وبعد قراءتها له، تسأله عن حالته النفسية التي يعاني منها حقيقة، هل هي نتيجة المرض أو نتيجة تقييم هذا المرض: تقوم الباحثة بشرح لأمين وتسأله " هذا الآن مرضك هو الذي جعلك هكذا ؟ أم تفسيرك لمرض هو الذي أدى بك إلى هذه الحالة من حزن والتشاؤم واليأس " الرغبة في الموت " استنتجت الباحثة من هذه المقابلة أن أمين كان يقتصر مرضه بالموت وفي نفس الوقت يشعر بالإثم اتجاه الوالدين الذين يقومون بالمستحيل بالرغم من حالتهم الاجتماعية السيئة.

تقوم الباحثة بتحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي أدّت بأمين إلى حالته الإكتئابية وتقوم بشرح هذه الأفكار وتقوم بشرح هذه الأفكار دون تغيير أو توقيف أو دون استبدالها بأفكار إيجابية أخرى، استغرق البرنامج العلاجي مدة 05 حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لأمين، وتغييرها بأفكار أخرى، وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرف على إنعكاسات العلاج المعرفي السلوكي على درجة تقدير الذات وبالتالي التحقق من الفرضية القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من حدّة الأعراض الاكتئابية والتي في الكثير من الأحيان تزول سواء كانت سلوكية، معرفية إنفعالية أو إجتماعية.

كما عمّدت الباحثة طيلة الخمس حصص العلاجية الأولى إلى الاستنتاج القائل أن المواقف المثيرة الباعثة على الإثارة المعرضة للتشاؤم لدى إصابته بالمرض وتكون بذلك مصدر يستقي منه الصور المعرفية السائدة المشوهة عند المكتتب التي تؤثر شدتها على التحصيل الدراسي وهذا ما أدى إلى التأخر وبالتالي إختبار الفرضية الأولى للبحث.

تواصل البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لمدة 05 حصص أخرى لتنفيذ العلاج السلوكي المعرفي والذي إرتكز على تقنية التحليل العقلائي للأفكار السلبية وتغييرها بأفكار إيجابية.

كما لاحظنا تحسنا كبيرا في تقدير الذات، بعد الانتهاء مباشرة من الحصص العلاجية المعرفية كذلك الاستعانة بقائمة التدعيمات اللفظية التي تكون مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

كما لاحظنا أن إنخفاض درجة الاكتئاب يلزمه تحسنا في تقدير الذات وهذا ما يظهر جليا بعد تطبيق البرنامج العلاجي يبدو على المفحوص بعد التحسن في المظهر الخارجي، كما يبدو مرح ، ويشير إلى أن والديه لاحظا التغيير في سلوكاته.

كما يظهر التحسن واضحا على الجانب العضوي بإختفاء مشكلات الغذاء، وهناك إنخفاض في مستوى القلق، إذ أصبح المفحوص يقوم ببعض النشاطات دون الشعور بالضيق كذلك ظهر عليه تحسنا في دراسته، كما يقول أنه بالرغم من إرتفاع ضغط الدم بشعر بقوة، وقد إختفى التعب وقادر على مساعدة في النشاطات المنزلية.

كما يظهر المفحوص إنفتاحا كبيرا على العالم الخارجي، مع نشاط واضح ومرح وسعادة وهذا يلزم الفرضية القائلة بأن " هناك علاقة في استعمال العلاج السلوكي المعرفي كنمط علاجي في تعديل السلوك باعتبار أن التعلم بكل صوره في جوهره، تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل وأكثر نجاحا وإيجابية.

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها إيجابيا.

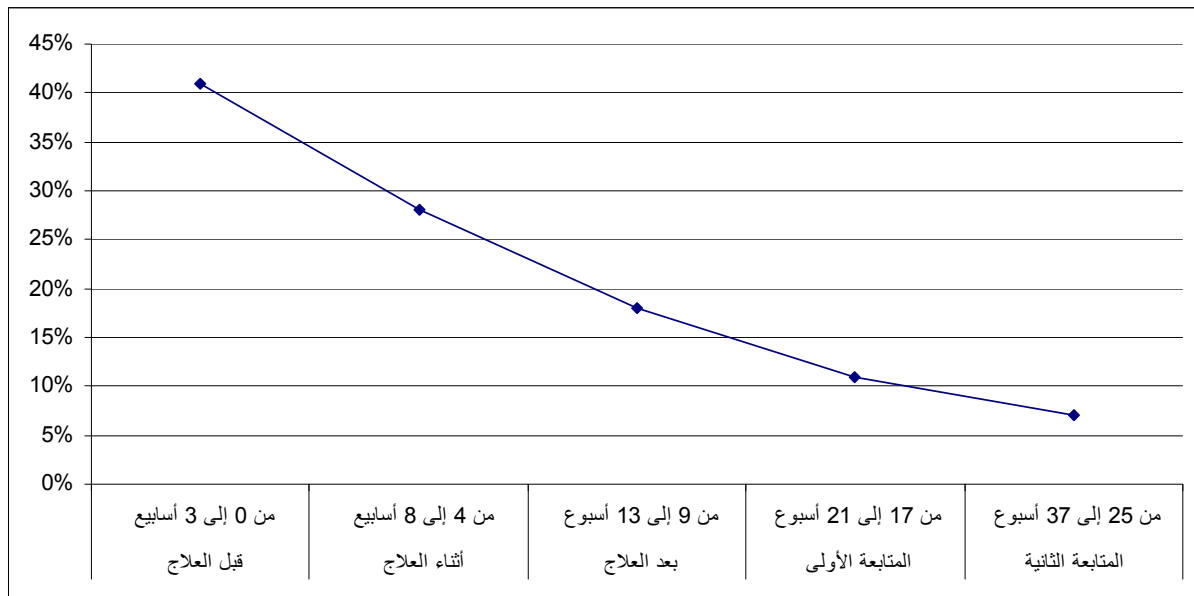
أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية وإختبار الاكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات س. كوبرسميث S. Cooper smith قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة

الجدول رقم (09)

أمين	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)	قبل العلاج	41	03
تقنية التغيير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح	أثناء العلاج	28	08
نهاية العلاج		18	1
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	11	16
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة	07	19

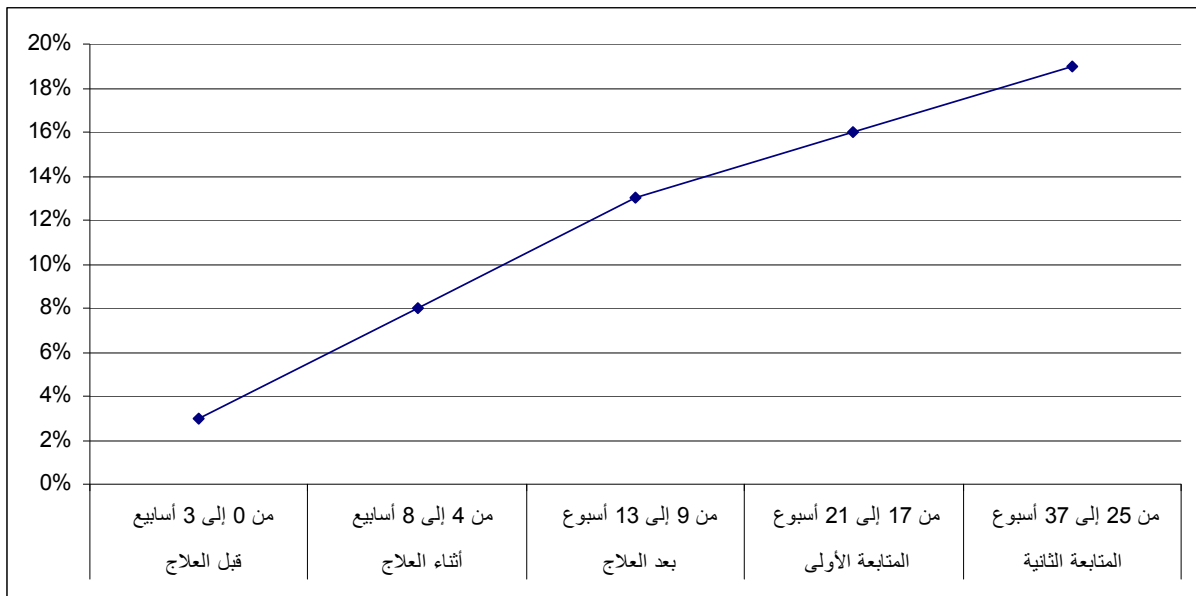
التعليق 1: حالة أمين:

إن الخط القاعدي لتسجيل الاكتئاب على مقياس الاكتئاب (د) للصغار C.D.I قبل إنطلاق العلاج وصل إلى (41) درجة ونلاحظ أن تطبيق 5 حصص من هذا البرنامج العلاجي جعل درجة الاكتئاب تراجع إلى (28) درجة، لتتخفض أكثر بعد انتهاء العلاج السلوكي المعرفي وتصل إلى (18) درجة وبعد المتابعة الأولى والثانية تصل إلى (11) و (07) درجات على الترتيب وهذا يدل على فعالية العلاج.



التعليق 2: حالة أمين:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق العلاج يدل وجود تقدير ذات منخفض حيث قَدَّر بـ (03) درجات على مقياس س. كوبر سميت S. Cooper Smith وبعد تنفيذ 5 حصص من البرنامج العلاجي، تحسنت درجة تقدير الذات لتصل (08) درجات وتحسن أكثر بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي لتصل إلى (13) درجة وتحسن أكثر فأكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ(16) و (19) درجة أي بعد 6 أشهر من إنقضاء العلاج



تقديم الحالة: عبد المالك:

عبد المالك طفل يبلغ من العمر 10 سنوات، يدرس بالسنة الثالثة إبتدائي من عائلة ميسورة الحال إجتماعيا والوالدين أطباء مختصين.

عبد المالك طفل مسعف قامت هذه العائلة بالتكفل به منذ الولادة إلى يومنا هذا. استدعي للعلاج النفسي نتيجة للملاحظات الدورية التي كانت تقوم بها المستشارة التربوية حيث لاحظت على هذا الأخير الانطواء وعدم المبالاة بما حوله. كما أن سمات الحزن واضحة على وجهه، مردوده الدراسي ضعيفا بالرغم من ذكائه حسب الأخصائية النفسية.

وليتم التأكد من هذه الملاحظات، طلبت المستشارة من الوالدين إستشارة أخصائي نفسي وفعلا تم ذلك بتوجيه عبد المالك إلى المركز الطبي البيداغوجي أين كانت تمارس الباحثة مهنتها.

1- المقابلات التشخيصية:

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات عن حالة عبد المالك وذلك باستعمال المقابلة نصف الموجهة ودائما بالاستعانة بالمعلومات المقدمة أيضا من طرف الأم.

كما قمنا خلال هذه المقابلات بتطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I، ويشير هذا الرائد أن الدرجة المتحصل عليها (42) درجة وهذا يعني إكتئاب شديد، يظهر على شكل حزن، شعور بالفشل، إضطرابات في الصورة الجسدية، عدم القدرة على القيام بأدنى جهد. الشعور بانعدام القيمة والانسحاب الاجتماعي الذي يتجلى في جميع علاقاته سواء أكانت داخل العائلة أو خارجها.

بعد المقابلة الأولى التي أستندت إلى التعارف بين عبد المالك، الأم والأخصائية الباحثة والتي سعت فيها هذه الأخيرة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والصرامة والتي هي أساس العلاج النفسي.

وقد خصصت الباحثة المقابلة الثانية لتعزيز الثقة.

كما عمدت على التسجيل القاعدي لدرجتي تقدير الذات واختبار الإكتئاب.

أما المقابلة الثالثة فقد عمدت الباحثة الوصول إلى إبرام عقد علاجي معنوي معه وأكدت على فعالية المشاركة والأخذ بعين الاعتبار كل السلوكات والتغيرات التي تظهر قصد تحليلها وبذلك تساعد في تطور النمط العلاجي.

كما سعت الباحثة إلى التعريف بالحصص الزمنية التي لا تتجاوز 45 دقيقة للحصة الواحدة وكما أن الحصص لا تتجاوز 11 حصة علاجية باستثناء مقابلات التقويم والمتابعة تنهي الباحثة الموعد في هذه الحصة مطالبة عبد المالك بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار والتصورات التي تجعله في حالة إنفعالية سلبية.

ارتكزت المقابلة الرابعة على إستقبال المفحوص عبد المالك والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية التي كانت تظهر سيئة.

فقد الاهتمام بنفسه وبالأخرين، الشعور بالملل، الشعور بالفشل، يلوم نفسه على كل ما يحدث هذا الشعور الأخير هو الأكثر الذي أثر في حالته النفسية بصورة سلبية.

بعد هذه المقابلة تبدأ الحصة العلاجية الأولى وهكذا يقول عبد المالك منذ " إعلان أبوي لي أنني طفل مسعف، أشعر بأنني هامشي جداً (غير مرغوب فيه) ألوم نفسي على كل ما يحدث، وهذا نتيجة لتخلي أمي عني وقامت بإعطائي لعائلة مجهولة كشيء وليس كإنسان، ما هو ذنبي ؟ لماذا تركني والدي الحقيقيين لماذا لست ككل أطفال العالم.

طلبنا من عبد المالك تقييم هذا الحدث الذي هو في الحقيقة حقيقة إيجابية بما أن العائلة التي تكفلته تقوم بتربيته وتحبه كأنه ابنها الحقيقي لكن المعاش السلبي لهذه الحقيقة هو الذي جعله يشعر بإحباط وشعور بالإثم.

تقدم الباحثة لعبد المالك مقاطع من أقواله وبعد قراءة له تسأله عن حالته النفسية التي يعاني منها حقيقة أم هل هي نتيجة تقييم لشخصه ومكانته الحقيقية في هذه العائلة.

تقوم الباحثة بشرح لعبد المالك وتسأله " هل الآن عند معرفة الحقيقة فيما يخص هويتك هو الذي جعلك هكذا ؟ أم تفسيرك لفقدان مكانتك كابن حقيقي هو الذي أدى بك إلى هذه الحالة من الاكتئاب.

استنتجت الباحثة من هذه المقابلة أن عبد المالك كان يقيّم أو يعمّم هذه الأفكار على حياته، ويفكر بأن هذا الشعور يقيدته كثيرا، ولعل هذا الشعور خارج عن إرادته، فهذه الحالة السيئة، ما هي إلا وليد ظهور حقيقة تخصه يجب عليه معرفها من طرف عائلته.

وتجدر الإشارة إلى أن عبد المالك يظهر إرتباكاً كبيراً أثناء المقابلة يتجلى في فقدان الثقة في نفسه ويظهر من خلال عدم قدرته على التواصل اللفظي وكذلك الاتصال العيني. استعرض البرنامج العلاجي المعرفي مدّة (07) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لعبد المالك وتغييرها بأفكار أخرى، وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية قصد التعرف على انعكاسات العلاج المعرفي على تقدير الذات وبالتالي التحقق من الفرضية القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج المعرفي في التقليل من حدّ الأعراض الاكتئابية والتي تزول سواء أكانت سلوكية، معرفية، إنفعالية أو إجتماعية.

كما عمدت الباحثة طيلة (07) حصص علاجية أولى إلى ظهور عبد المالك أكثر طلاقة في الحديث، يهتم بالآخرين خاصة عائلته وزملائه في المدرسة الشعور بحب الحياة، الاهتمام بالناحية الجسدية من حيث المظهر الخارجي، كذلك الأكل والنوم، كذلك الانشغال بالواجبات المدرسية.

كما لاحظت الباحثة أن إنخفاض درجة الإكتئاب يلزمه تحسنا في تقدير الذات وهذا واضح على الجدول رقم (1-13) عند إنتهاء تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والذي دام (10) عشرة حصص كاملة، ضف إلى ذلك حصص المتابعة لاحظنا زوالا واضحا للأعراض الاكتئابية وهذا ناتج عن طريقة التفكير الذي يمثل نمطه الأساس في كل السلوكات حسب عبد المالك.

خلال هذه الحصص وبعدها يقوم المفحوص بنشاطات مختلفة منها المدرسية المنزلية، الرياضية وكذلك الاهتمام بالآخرين والذي ظهر في زيارات الأقارب والأصدقاء

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها. أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية إختبار الاكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات س. كوبر سميث S. Cooper Smith قبل العلاج أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

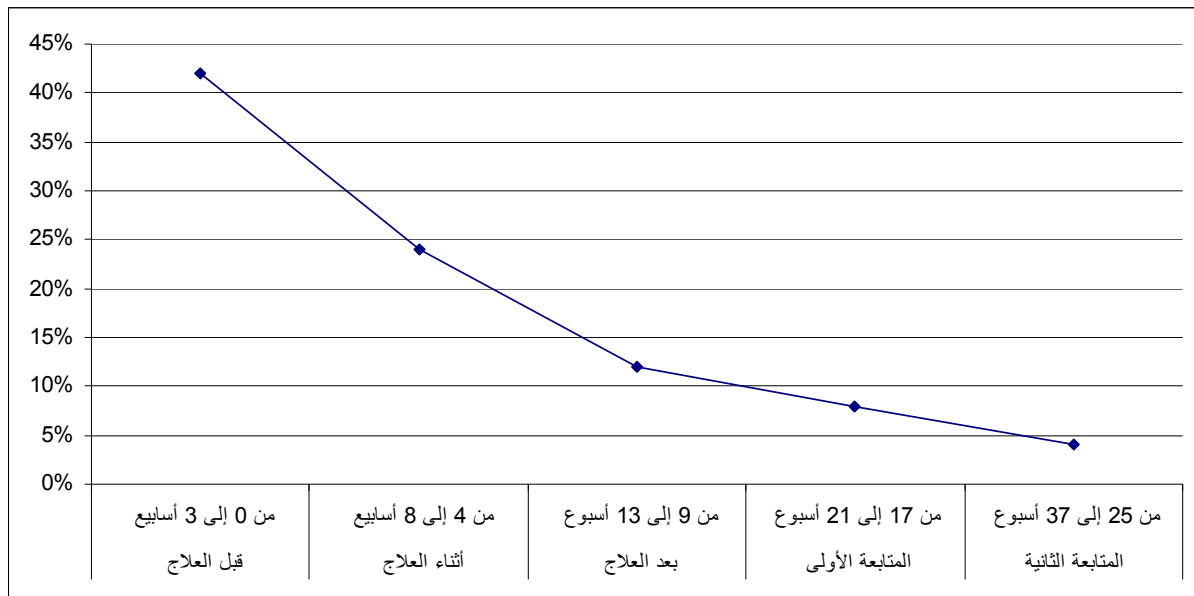
التقييم العام للحالة:

نلخص تقييم العام لحالة أمين في الجدول التالي رقم (10) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

عبد المالك	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)	قبل العلاج	42	05
تقنية التغيير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح	أثناء العلاج	24	15
نهاية العلاج		12	19
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	08	21
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة	04	24

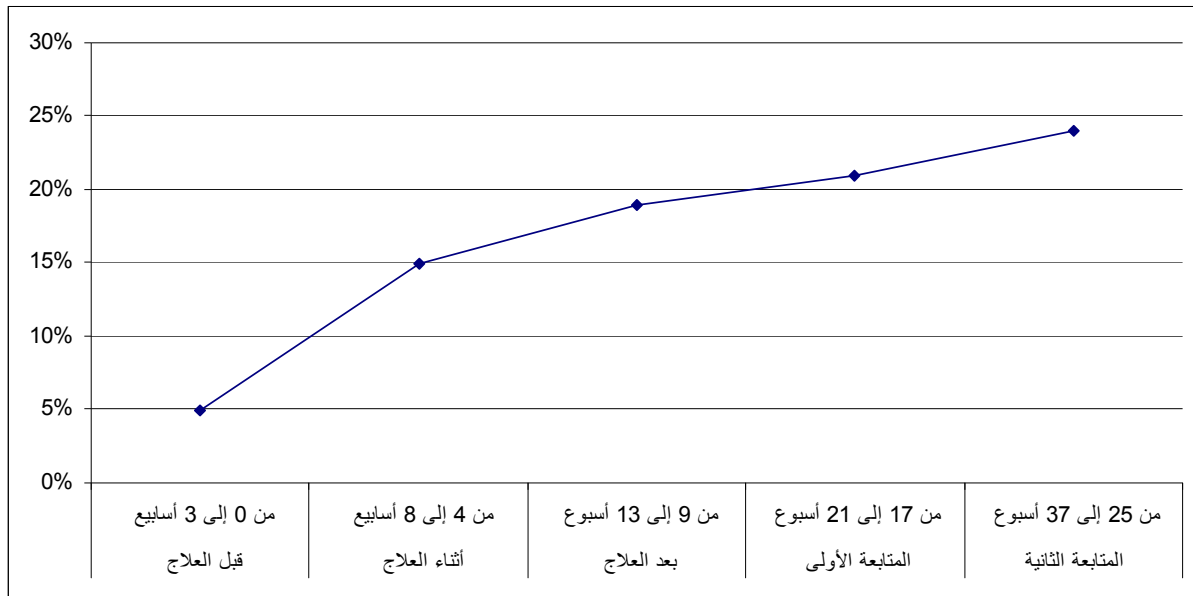
التعليق 1: حالة عبد المالك:

إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق البرنامج العلاجي وصل إلى (42) درجة، ونلاحظ أن تخصيص البرنامج العلاجي أدى إلى إنخفاض درجة الإكتئاب حيث وصلت إلى (24) درجة لتتخفض أكثر بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي وتصل إلى (12) درجة وبعد المتابعة الأولى والثانية تصل إلى (08) و (04) درجات على الترتيب وهذا يدل على فعالية العلاج المستخدم.



التعليق 2: حالة عبد المالك:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق البرنامج العلاجي يدل على وجود تقدير ذات منخفض قدر بـ (05) درجة على مقياس س. كوبر سميت S. Cooper smith، وبعد تنفيذ (07) حصص علاجية تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (15) درجة وتتواصل في التحسن بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي لتصل إلى (19)، وتتحسن بعد ذلك أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ (21) و (24) درجة أي بعد 06 أشهر من إنقضاء العلاج.



تقديم الحالة: نادية:

نادية (ل) طفلة تبلغ من العمر 10 سنوات ، تدرس بالسنة الثالثة إبتدائي من عائلة ميسورة الحال إجتماعيا (الأب مدير عام بمؤسسة وطنية)، الأم مهندسة. نادية أصغر إخوانها الثلاثة، فتاتان وولد، العائلة بصحة جسمية ونفسية جيدة، كانت تعيش مع والديها، ثم انتقلت إلى دار جدتها نظرا لعدم تمكن الأم من التوفيق بين العمل والتكفل بنادية خاصة أن إخوانها مستقلين ومتمكنين من التكفل بأنفسهم، بينما نادية نظرا لصغر سنها فلا بد من الوقوف بجانبها ورعايتها. عندما انتقلت إلى جدتها كانت تدرس نادية بالسنة الثانية إبتدائي، بعد نجاحها في السنة الأولى بمعدل جيّد.

لا تشتكي نادية من أمراض نفسية وجسمية ظاهرة وهذا حسب الوالدين، لكن ما أدى بهما عرض ابنتهم على الأخصائي النفسي هو عدم الاهتمام بالدراسة وكل ما يدور حول هذه الأخيرة خاصة بعد إستشارة طبيب عام الذي وجههم إلى الاستشارة النفسية للبحث عن أسباب التأخر الدراسي الناتج عن عدم الاهتمام بالمدرسة، خاصة وأن نادية في بداية مشوارها الدراسي كانت لها دافعية معتبرة في الدراسة. كما أن الوالدين لاحظا عند إبنتهما إضطرابات في الغذاء، تتمثل في نقص في الشهية، إضطرابات في النوم، تتجلى في نوم منقطع وكذلك عدم الاهتمام باللعب.

1- المقابلات التشخيصية:

أظهرت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات الكافية عن نادية وذلك باستعمال المقابلة نصف الموجهة ودائما باستعمال المصفوفات الثلاثة التي تتناسب والثلاثية المعرفية لـ " بيك Beck " في تفسيره للإكتئاب وكذلك تطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I. لماريا كوفاكس، وما وراءه وما هي الأسباب المؤدية له. كانت نتائج الدرجة التي سجّلت على المقياس هي (41) .

بعد المقابلة الأولى التي كان أساسها التعارف بين نادبة، الأم والباحثة، والتي سعت فيها الباحثة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والصراحة والتي هي أساس العلاج النفسي.

تحصلت الباحثة بفضل تطبيق إختبارين هما إختبار الإكتئاب (د) للصغار وإختبار C.D.I وتقدير الذات للأطفال ل: س كوبر سميث على الخطوط القاعدية قبل إنطلاق العلاج السلوكي المعرفي.

وخصت الباحثة المقابلة الثالثة إلى التسجيل القاعدي لدرجتي تقدير الذات وإختبار الإكتئاب ف سجلت نادبة الدرجة (6) على إختبار تقدير الذات كمؤشر لإنخفاض تقدير الذات لديها.

وقد أصبحت شديدة الإنسحاب ليس لها أية علاقات خارج البيت وحتى داخله. هناك حدود كبيرة في التعامل العلائقي.

وقد طلبت الباحثة خلال هذه المقابلة من نادبة مشاركتها (نادبة وأمها) في البرنامج العلاجي المسطر، وأكدت أن مشاركتها الفعالة تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج النفسي المقدم.

وقد شرحت الباحثة أن الحصص العلاجية لا تتجاوز 45 دقيقة، وعدد الحصص اللازمة لها، والتي لا تتجاوز أيضا 11 حصّة باستثناء مقابلات التقويم والمتابعة. تنهي الباحثة الموعد في هذه الحصّة مطالبة من نادبة بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار أو التصورات التي تجعلها في حالة إنفعالية سلبية.

إرتكزت المقابلة الرابعة على إستقبال المفحوصة والإجابة التساؤلات عن حالتها النفسية وكان محور هذه المقابلة هو تطبيق إختبار الإكتئاب (د) للصغار.

عند تطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار أشار إلى درجة (41) وهذا إكتئاب شديد وإتضح وجود أعراض كثيرة عرقلت نادبة في نشاطاتها الدراسية خاصة والشعور بالضيق كلّما القيام بالنشاطات المختلفة في المنزل.

بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى.

والتي تبدأ نادية قولها " لقد شعرت بذنب كبير لأنني أردت المكوث في بيت والدي ولكن الأم لم تستطع التكفل بي، فتركني وذهبت إلى إخواني الذين تحبهم أكثر مني، لأنني لا أعرف شيئاً، تركتني مع جدتي العجوز ".

طلبنا من نادية تقييم هذا Abandon الانفصال المؤلم.

تبين الباحثة لنادية مقاطع من تسجيلاتها، وبعد قراءتها لها، تسألها عن حالتها النفسية التي تعاني منه حقيقة، هل هي نتيجة الانفصال أو نتيجة تقييم نادية لهذا الانفصال تقوم الباحثة يشرح لنادية وتسألها " هل الآن إنفصالك عن والديك وإخوانك هو الذي جعلك هكذا ؟ أم أن تفسيرك للانفصال عن والدين والعيش مع جدتك بعيداً عن عائلتك هو الذي أدى بك إلى هذه الحالة من اليأس والشعور بالإثم والتعب المزمن. استنتجت الباحثة من هذه المقابلة أن نادية كانت تقييم انفصالها عن عائلتها بمثابة هي المسببة في ذلك، كما أنها تفكر بأنها ليست مهمة في حياة العائلة الصغيرة وخاصة الوالدين وهذا ما يجعلها تشعر بكره إتجاههم، وأن هذا الشعور هو متبادل هذا ما أدى يوماً بعد يوم إلى تدهور الحالة النفسية لنادية.

استغرق البرنامج العلاجي المعرفي مدة (05) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لنادية، وتغييرها بأفكار أخرى.

وتجدر الإشارة، إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرف على انعكاسات العلاج المعرفي على درجة تقدير الذات.

وبالتالي التحقق من الفرضية الثالثة القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من حدة الأعراض الإكتئابية والتي في الكثير من الأحيان تزول حيث ظهرت على هذه الحالة (نادية) تقدير أكثر لذاتها وجاءت تقييمات إيجابية جداً حيث تقول: " أنظري كيف أصبحت جديدة تماماً من حيث الهدام خاصة " " أ شعر بإمكانياتي في التحسن أحسّ بهذا التحسن بالفعل حصّة بعد حصّة، وأعتقد أنه بإمكانني النجاح حتى في الدراسة.

" حيث من قبل كان مستحيلاً، كما أنني استرجعت الثقة التي ضاعت مني بالنسبة للوالدين وخاصة أُمي " .

نشير أن الباحثة عمدت طيلة الخمس حصص علاجية إلى مشاركة الأم في كل المواقف العلاجية والعمل على تحفيز وتعزيز كل النشاطات التي تقوم بها نادبة وهذا لاسترجاع الثقة في شخصها وكذا التقدير الجيد لذاتها.

كما لاحظنا أن نادبة أظهرت إنفتاحا كبيرا على العالم الخارجي بحيث تقوم بنزهات واللعب مع الأصدقاء.

كما تقوم في بعض الأحيان بإقتناء بعض حاجيات البيت بطلب من الأم وتقوم هذه الأخيرة بتعزيز هذا الأداء وهذا ما يجعل نادبة تشعر بالثقة وتقدير الذات من جهة.

كما لاحظنا أيضا عند نادبة تطور نحو الأفضل من خلال المظهر الخارجي والوظائف الحيوية المختلفة كالنوم والتغذية، وتظهر تغييرات في طرق التعامل مع الآخرين، إذا اتسعت دائرة علاقات المفحوصة، كما وافقت على متابعة الدروس التدرجية الاستدراكية قصد مسايرة الأصدقاء في متابعة الدروس وفهمها.

بعدما كانت من قبل تعارض فكرة الدروس التدرجية بما أنها كانت ترى نفسها كمعوقة تقريبا من حيث التحصيل الدراسي.

كما تحسنت علاقاتها داخل المحيط الأسري الذي تعيش فيه، وقد بدأت تقوم بنشاطات مختلفة من واجبات منزلية، علما بأن جميع هذه الأنواع من النشاطات كانت غير مؤلفة في حياة نادبة السابقة.

عند تكملة تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والذي دام (10) حصص كاملة زيادة على حصص المتابعة، لاحظنا زوالا واضحا لأعراض الاكتئاب وثبات التحسن في مختلف الوظائف التي تشكل المعاناة (الغذاء، النوم والإنسحاب الاجتماعي).

إخفاء القلق والاكتئاب، غياب التعب والحزن.

ويشير مقياس إختبار الإكتئاب (د) للصغار إلى (7) درجات ويشير مقياس س. كوبر سميت إلى (21) درجة كما أنها قامت بتقييمات إيجابية.

تغير كبير في التعبير مع مرونة في التفكير، هذا، ما يجعلنا نقول أن هناك علاقة في استعمال العلاج السلوكي المعرفي كنمط علاجي في تعديل السلوك باعتبار أن التعلم بكل صوره في جوهره تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل وأكثر إيجابية

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها. أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية، إختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات لـ: س كوبر سميث S. Cooper Smith قبل العلاج، وأثناء العلاج وبعد العلاج وأثناء المتابعة.

التقييم العام للحالة:

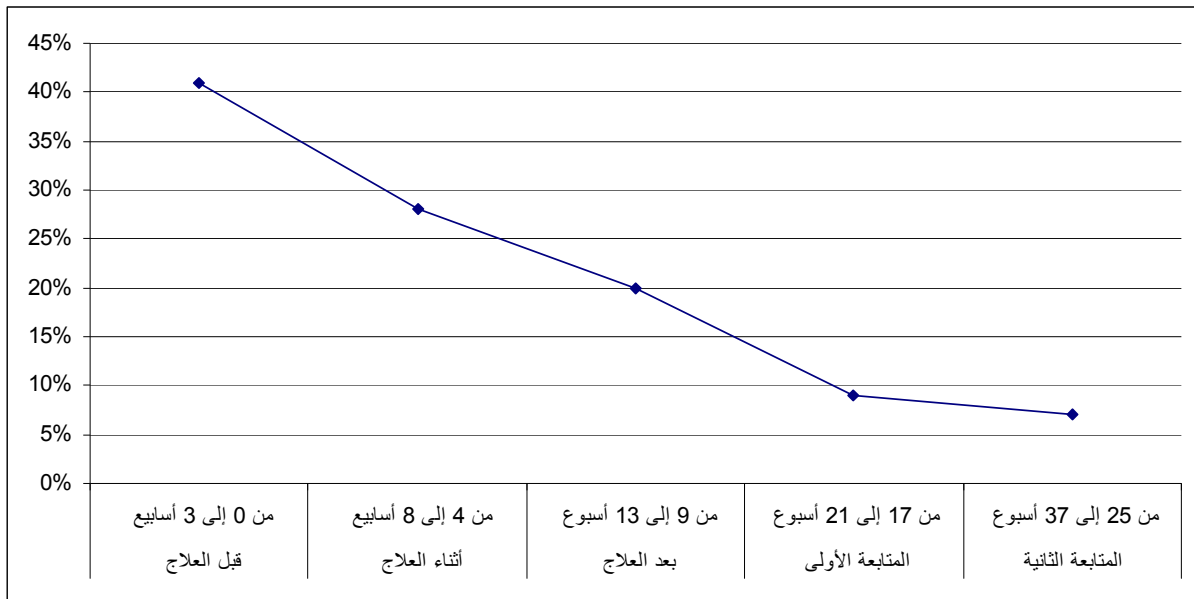
نلخص ا لتقييم العامل لحالة نادية في الجدول الآتي رقم (11) يبين ناتج الاختبارات النفسية قبل العلاج، بعد العلاج، أثناء العلاج وأثناء المتابعة.

نادية	المرحلة	إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث
الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)	قبل العلاج	41	06
تقنية التعبير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح	أثناء العلاج	28	13
نهاية العلاج		20	16
المتابعة	بعد شهرين من إنتهاء العلاج	09	19
	بعد 04 أشهر من إنتهاء المتابعة	07	21

التعليق 1: حالة نادية:

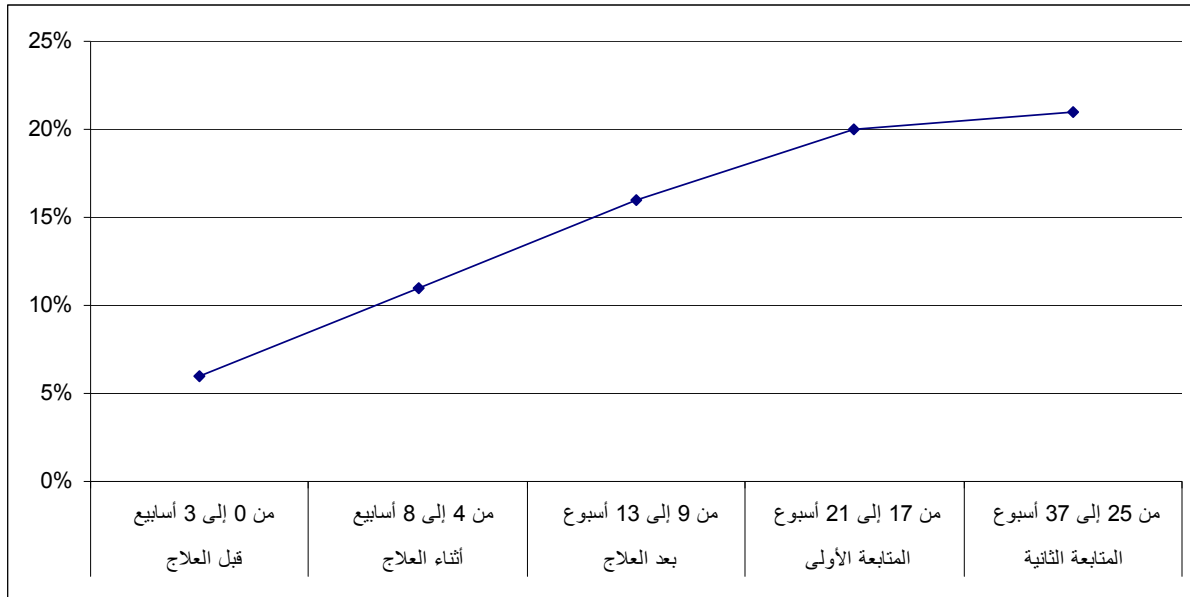
إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق مرحلة العلاج وصل إلى (41) درجة.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي إنخفضت درجة الإكتئاب حيث وصلت إلى (28) درجة، لتصبح بعد إنتهاء العلاج السلوكي إلى (20) درجة، وتصل بعد المتابعة الأولى والثانية إلى (09) و (07) درجات وهذا يدل على مدى تحسن الحالة بعد تطبيق الحصص العلاجية.



التعليق 2: حالة نادية:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق العلاج يدل على الحالة المدروسة تشعر بإنخفاض ذات معتبر وهذا ظاهر من خلال مقياس س. كوبر سميت S. Cooper Smith حيث حصلت الحالة على درجة (06)، وبعد تنفيذ (05) حصص علاجية، تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (11) درجة وتحسّن أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب لتصل (20) و (21) درجة أي بعد 06 أشهر من إنقضاء العلاج.



تقديم الحالة: زين الدين:

زين الدين طفل يبلغ من العمر 9 سنوات، يدرس بالسنة الثانية ابتدائي من عائلة متوسطة الحال إجتماعيا (الأب صاحب محل تجاري متوسط الحال). الأم مأكثة بالبيت، تتقن صنع الحلويات.

يحتل زين الدين المرتبة الثانية، له أخ أكبر منه بسنتين، يعيش مع والديه، إخوة وعمتي زين الدين القاطنين حسب الأعراف والتقاليد في دار شقيقهما، المكونة من 5 غرف والوالدين بصحة جيدة، كذلك الأخ الأكبر.

لا يشتكي زين الدين من أمراض جسمية، أو نفسية ظاهرة، لكن هناك عرض ظاهر وهو التأخر الدراسي وكذلك عدم متابعة الدروس مع أقرانه، هذا ما جعل الطبيب المدرسي يقترح توجيه وإحالة زين الدين على الاستشارة النفسية قصد البحث عن المشكلات التي جعلت من هذا الطفل مختلفا عن أقرانه.

وقد استدعي للعلاج النفسي تبعا للملاحظات التي كانت تقوم بها المعلمة حيث لاحظت أنه في السنوات الأولى من الدراسة كان تلميذا مجتهدا وذكيا ونشيطا، ولكنه منذ مدة أخذ يتأخر وتساء صحتة النفسية والبدنية أيضا. ويبدو عليه عطل عقلي وشروء عاطفي وحزين.

هذا وبناءا على توجيه من طرف الطبيب المدرسي إستفاد زين الدين من فحص نفسي وكذلك من كفالة نفسية.

1- المقابلات التشخيصية:

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات الكافية عن حالة زين الدين وذلك باستعمال المقابلة نصف الموجهة ودائما باستعمال المصفوفات الثلاثة التي تتناسب والثلاثية المعرفية لـ " بيك Beck " في تفسيره للإكتئاب وكذلك تطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I. لماريا كوفاكس، والعوامل المفجرة له.

كانت نتائج الدرجة التي سجلت على المقياس هي (40) واختلفت أنواع أعراضه التي نجملها في الجدول التالي:

بعد المقابلة الأولى التي استندت إلى التعارف بين زين الدين الأم والباحثة والتي سعت فيها الباحثة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والصراحة بينها وبين زين الدين وهي أساس العلاج النفسي.

تحصلت الباحثة بفضل تطبيق إختبارين هما إختبار الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس وإختبار تقدير الذات للأطفال لـ س. كوبر سميث S. Cooper Smith على الخطوط القاعدية قبل إنطلاق العلاج السلوكي المعرفي.

وخصصت الباحثة المقابلة الثانية لتعزيز الثقة بينها وبين زين الدين وتدعيم العلاقة الودية معه، توضيح الباحثة درجة إكتنابه ونوع الأعراض التي تظهر عنده، كما عمدت الباحثة في هذه المقابلة إلى التسجيل القاعدي لدرجتي تقدير الذات وإختبار الإكتئاب.

فسجل زين الدين الدرجة (03) على إختبار تقدير الذات كمؤشر لإنخفاض تقدير الذات لديه خاصة في المواقف الاجتماعية ، كما أنه لا يستطيع الدفاع عن نفسه

أما المقابلة الثالثة، فقد استخدمتها الباحثة لكسب المزيد من ثقة المفحوص وتدعيم العلاقة والوصول بزين الدين إلى إبرام عقد علاجي معنوي معه، إذ طلبت الباحثة منه ومن أمه مشاركتها في البرنامج العلاجي المسطر، وأكدت أن مشاركته الفعالة تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج النفسي المقدم، وسعت الباحثة إلى تقديم الشرح الكافي لزين الدين وكذلك لأمه عن التقنيات التي سوف تستخدمها معه، أثناء الحصص العلاجية القادمة وبيّنت له سير الحصص ومدتها التي لا تتجاوز 45 دقيقة، وعدد الحصص اللازمة له والتي لا تتجاوز أيضا 11 حصة باستثناء مقابلات التقويم والمتابعة.

تتهي الباحثة الحصة مطالبة زين الدين بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار أو التصورات التي تجعله في حالة الاستثارة السلبية.

إرتكزت المقابلة الرابعة على استقبال المفحوص زين الدين والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية وكان هدف هذه المقابلة هو تطبيق إختبار الإكتئاب (د) للصغار.

وقد سجل المفحوص على مقياس الإكتئاب (40) درجة وهذا يعتبر بالإكتئاب الحاد وهذا ما جعل زين الدين يتميز بحالة الإنطواء، علاقاته محدودة بما في ذلك المدرسين والتلاميذ.

كما كانت الباحثة تستعمل طيلة المقابلات الأولية الملاحظة المباشرة التي كانت تعتمد على نظام التسجيل على جدول الملاحظة المعدّ سابقا .

مباشرة بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى بتقديم الشرح النظري للإكتئاب لزين الدين، وإعطاء الباحثة لكل المعلومات الخاصة بهذا المرض، وهذا بالشرح النظري لزين الدين فيما يخص حالته.

" أنا دائما لا أجد وقتا للكلام مع أمي أو أبي، لأن عماتي اللواتي تكره أمي هما اللواتي تخلق لنا المشاكل العائلية، فأنا أسمع وأحسن بالاضطهاد النازل في أمي من عماتي هذا يجعلني أختنق ".

تُسمع الباحثة لزين الدين مقاطع من تسجيلاته وبعد قراءتها له، تسأله عن حالته النفسية التي يعاني منها حقيقة، هل هي نتيجة إضطهاد العميق للأم هو الذي يجعله يأس أم هو نتيجة تقييم هذا الاضطهاد ؟

تقوم الباحثة بشرح لزين الدين وتسأله " هل ا لآن هو الاضطهاد العميق للأم هو الذي جعلك هذا ؟ أم تفسرك لإضطهادهما أمك هو الذي أدى بك إلى هذه الحالة عن الاكتئاب .

استنتجت الباحثة أن زين الدين كان يرى في إضطهاد العمتين لأمه، كانه هو السبب ويفكر في تعاسة الأم، ويعمم هذه الأفكار على حياته هذا ما جعل صحته تتدهور شيئا فشيئا.

تقوم الباحثة بتحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي أدّت بزين الدين إلى حالته الإكتئابية وتقوم بشرح آثارها على بقاء الاستجابة الإكتئابية إذ بقيت هذه الأفكار دون تغيير أو توقيف أو دون إستبدالها بأفكار إيجابية أخرى.

إستغرق البرنامج العلاجي المعرفي مدّة (05) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لزين الدين، وغيرها بأفكار أخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرّف على إنعكاسات العلاج المعرفي في التقليل من حدة الأعراض الإكتئابية.

كما عمدت الباحثة طيلة الخمس حصص العلاجية الأولى إلى الاستنتاج القائل أن المواقف المثيرة الباعثة على الإثارة المحرّضة لما كان يرى ويسمع ويحس بالاضطهاد النازل في أمه من عمته وتكون بذلك صور خاطئة عند المكتتب، شدتها تؤثر على التحصيل الدراسي وهذا ما يجعل التحقق من الفرضية القائلة أن الاكتئاب شدته تؤثر على التحصيل الدراسي.

تواصل العلاج السلوكي المعرفي لمدّة (05) حصص، وقد لاحظنا تحسنا كبيرا في تقدير الذات، بعد الانتهاء مباشرة من الحصص العلاجية المعرفية، كذلك الاستعانة بقائمة التدعيمات اللفظية التي تكون مرافقة لأي تغييرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

كما شرحت الأم، بناء على توجيهات الباحثة لشقيقتي الأب، وضع ابنها، وأن هذا الوضع المضطرب قد يؤثر في صحته وقد يمرض وقد يتطور المرض بشكل خطير لا يبرأ منه عندما شرحت الأم لعمتي الولد كل ذلك، عدلتا من موقفهما إزاء الزوجة (الكنة) فالعمة وإن كانت تكره الأم ولكنها تحب الولد. فتحسنّت العلاقة في الأسرة، رجع الهدوء من جديد، وعاد التلميذ زين الدين إلى نشاطه الجسمي والعقلي، وفرحه العاطفي إلى سابق عهده متوقفا في دراسته.

كما لاحظنا هناك إنخفاض في درجة الإكتئاب وتحسن في تقدير الذات كما يظهر في الرسومات البيانية للحالة.

التقييم العام للحالة:

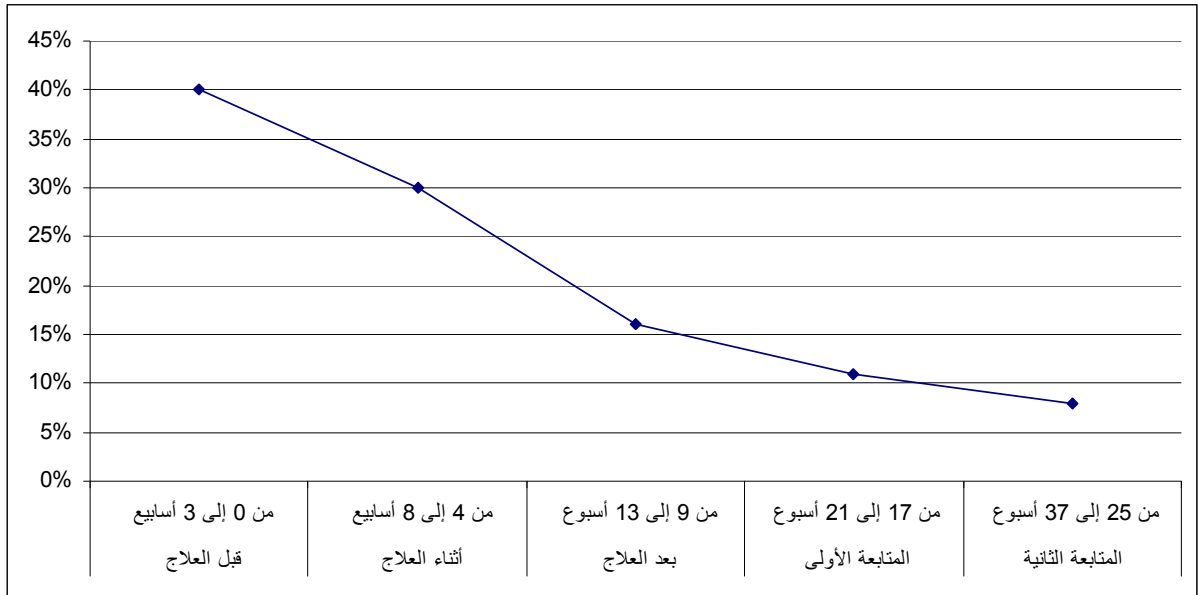
نلخص تقييم العام لحالة زين الدين في الجدول التالي رقم (12) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

إختبار C.D.I	إختبار تقدير الذات س كوبر سميث	المرحلة	زين الدين
40	06	قبل العلاج	الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)
30	11	أثناء العلاج	تقنية التعبير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح
16	16		نهاية العلاج
11	20	بعد شهرين من إنهاء العلاج	المتابعة
08	21	بعد 04 أشهر من إنهاء المتابعة	

التعليق 1: حالة زين الدين:

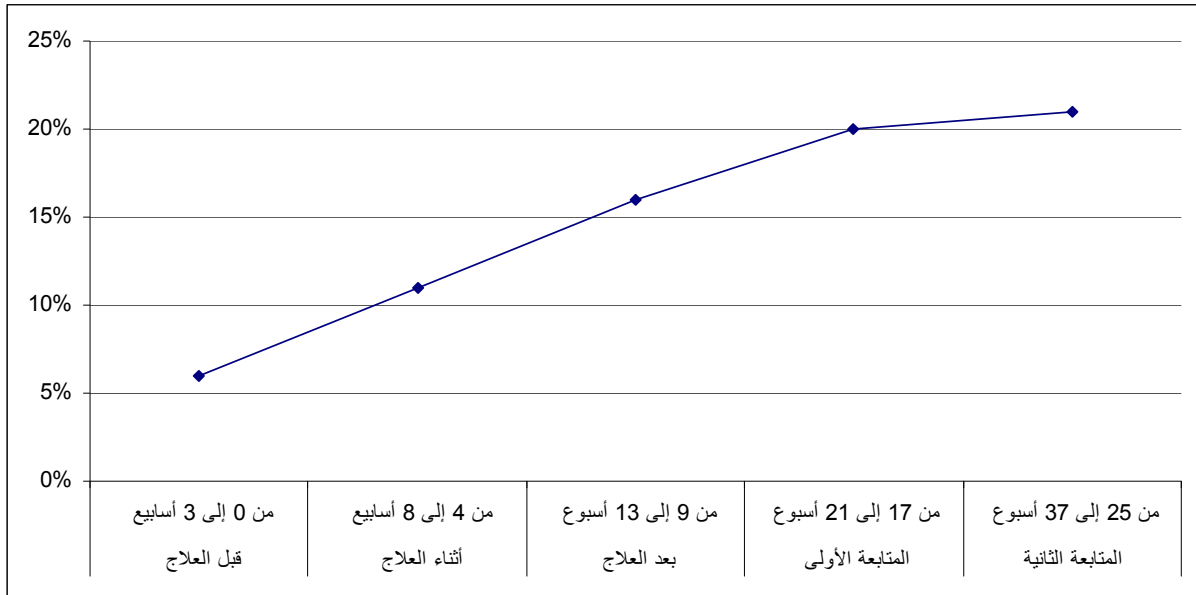
إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق العلاج وصل إلى (40) درجة.

بعد تطبيق الحصص العلاجية، جعل درجة الإكتئاب تتراجع إلى (30) درجة، لتتخفض أكثر بعد إنتهاء العلاج إلى (16) درجة، وتصل إلى (11) و (08) درجات على الترتيب، وهذا يشير إلى درجة إكتئاب ضئيلة بالمقارنة مع الدرجة المتحصل عليها قبل العلاج.



التعليق 2: حالة زين الدين:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق العلاج يدل على وجود تقدير ذات منخفض قدر بـ (06) درجات على مقياس س. كوبر سميث S. Cooper Smith. وبعد تنفيذ (05) الحصص العلاجية، تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (11) درجة وتتواصل في التحسن بعد إنتهاء البرنامج العلاجي لتصل إلى (16) درجة وتتحسن أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ (20) و (21) درجة أي بعد 06 أشهر من إنقضاء العلاج.



تقديم الحالة: رشيد:

رشيد (ن) طفل يبلغ من العمر 9 سنوات، يدرس بالسنة الثانية ابتدائي من عائلة ميسورة الحال إجتماعيا (الأب يعمل لحسابه بمعمله)، الأم مأكثة بالبيت. يحتل رشيد المرتبة الثانية بين إخواته الأربعة، ثلاثة ذكور وأختهم. يعيش رشيد في عائلة كبيرة، الوالدين الإخوة، الجد والجدة، والعم وزوجته وأبنائه الثلاثة في فيلا من 3 طبقات.

وقد استدعي للعلاج النفسي، نتيجة للملاحظات الدورية التي كانت الأخصائية النفسانية في علم النفس التربوي تقوم بها في المدرسة التي كان يدرس بها رشيد، حيث لاحظت أن هذا التلميذ لا يشارك أصدقائه في النشاطات المدرسية، يتسم بالإنطواء واضح مصاحب بحزن وكآبة، إلى جانب المردود الدراسي الذي يعتبر ضعيفا جدا بالرغم من ذكائه حسب الأخصائية التربوية.

وتم التأكد من هذه الملاحظات عن طريق توجيه رشيد إلى مصلحة التكفل النفسي-المركز التي كانت تعمل به الباحثة.

1- المقابلات التشخيصية:

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة على جمع المعلومات الكافية عن حالة عبد المالك وذلك باستعمال المقابلة نصف الموجهة ودائما بالاستعانة بالمعلومات المقدمة أيضا من طرف الأم.

كما قمنا خلال هذه المقابلات بتطبيق مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I. يشير هذا الرئز إلى درجة (44) درجة وهذا يعني إكتئاب شديد، يظهر على شكل حزن، شعور بالفشل، شعور بالملل، إرتباك في اتخاذ القرارات، إضطرابات في الصورة الجسدية، عدم القدرة على القيام بأدنى جهد، الشعور بالتفاهة وانعدام القيمة والانسحاب الاجتماعي الذي يتجلى حتى مع أفراد العائلة بالرغم من وجود أطفال في سن رشيد.

بعد المقابلة الأولى التي استندت إلى التعارف بين رشيد، الأم والأخصائية الباحثة والتي سعت فيها الباحثة إلى بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والصراحة والتي هي أساس العلاج النفسي.

وقد خصصت الباحثة المقابلة الثانية لتعزيز الثقة، كما عمدت على التسجيل القاعدي بدرجة تقدير الذات واختبار الإكتئاب.

فسجل رشيد (05) درجات على رانز س. كوبر سميث وهذا ما يدل على التقدير الواطئ للذات.

أما المقابلة الثالثة فقد عمدت الباحثة الوصول إلى إبرام عقد علاجي معنوي معه وأكدت على فعالية المشاركة والأخذ بعين الاعتبار كل السلوكات والتغيرات التي تظهر قصد تحليلها وبذلك تساعد في التطور في العلاج النفسي.

كما سعت الباحثة إلى التعريف بالحصص والمدة الزمنية التي لا تتجاوز 45 دقيقة للحصة الواحدة وكما أن الحصص العلاجية لا تتجاوز 11 حصة باستثناء مقابلات التقويم والمتابعة.

تتهي الباحثة الموعد في هذه الحصة مطالبة رشيد بالمراقبة الجيدة والتسجيل الدقيق لكل الأفكار والتصورات التي تجعله في حالة انفعالية سلبية.

ارتكزت المقابلة الرابعة على استقبال المفحوص رشيد والإجابة على كل التساؤلات عن حالته النفسية التي كانت تبدو مضطربة ويتجلى ذلك في مظهره الخارجي من حيث لباسه، كذلك التعبير الجسدي كما لا يوجد هناك الاتصال بالعينين ملامح وجهه حزينة لون بشرته تميل إلى الاصفرار من شدة التعب، حديثه قليلا.

بعد هذه المقابلة، تبدأ الحصة العلاجية الأولى وهكذا يقول رشيد منذ ازدياد المولود الجديد أخي الصغير، أشعر بأنني هامشي جداً ولست في المستوى المطلوب، بالنسبة لعائلي وكذلك بالنسبة لزملائي وكافة الأصدقاء في مثل سني، إنني دون مستوى في الدراسة مقارنة بهم.

طلبنا من رشيد تقييم هذا الحدث الذي هو في الحقيقة حدث سار لكنه هو يعيشه كإحباط.

تقدم الباحثة لرشيد مقاطع من أقواله وبعد قراءة له، تسأله عن حالته النفسية التي يعاني منها حقيقة أم هل هي نتيجة قدوم الأخ الصغير أو نتيجة تقييم فقدانه لقيمته ومكانته في هذه العائلة الكبيرة ؟

تقوم الباحثة بشرح لرشيد وتسأله: هل الآن قدوم أخيك الجديد هو الذي جعلك هكذا ؟ أم تفسيرك لفقدان مكانتك هو الذي أدى بك إلى هذه الحالة من الإكتئاب. استنتجت الباحثة من هذه المقابلة أن رشيد كان يقيم قدوم المولود الجديد بفقدانه لمكانته ويعمم هذه الأفكار على حياته، ويفكر بأن هذا الشعور يقيده كثيرا، ولعلّ هذا الشيء خارج عن إرادته، فهذه الحالة السيئة ما هي إلا وليدة ظهور مولود جديد في العائلة. وتجدر الإشارة إلى أن المفحوص يظهر إرتباكاً كبيراً أثناء المقابلة يتجلى في عدم القدرة على التوصل اللفظي، بل وحتى غير اللفظي (عدم إتصال العينين).

استغرق البرنامج العلاجي المعرفي مدّة (05) حصص علاجية للتوصل إلى التحليل العقلاني للأفكار السلبية لرشيد، وتغييرها بأفكار أخرى، وتجدر الإشارة إلى أن عملية القياس النفسي تواصلت بعد إتمام الحصص العلاجية المعرفية قصد التعرف على انعكاسات العلاج المعرفي على تقدير الذات.

وبالتالي التحقق من الفرضية القائلة أن هناك آثار إيجابية في استعمال العلاج المعرفي في التقليل من حدّة الأعراض الإكتئابية والتي تزول سواء أكانت سلوكية معرفية، إنفعالية و إجتماعية.

كما عمدت الباحثة طيلة الخمس حصص العلاجية الأولى إلى أن المفحوص أكثر إنطلاقاً في الحديث، وأكثر إتصالاً بالعين بعد أن كان يهرب من أي إتصال من هذا النوع كما أصبح أكثر إقبالا على الأكل، كما أن اضطرابات النوم تقل هي الأخرى كما ظهر تحسناً كبيراً على مستوى التعب، وإنفتاحاً على المحيط الاجتماعي بحيث ظهر بعض التواصل الذي بدى بين المفحوص وبعض أفراد أسرته.

كما يتجلى ذلك في خروج المفحوص من قوقعته الخاصة بقوله " أزور بعض أصدقائي وزملائي في المدرسة " " أشعر أنني أحسن من قبل " .

الإنشغال بالدراسة ومحاولة التركيز أكثر.

كما لاحظنا أن إنخفاض درجة الإكتئاب يلزمه تحسنا في تقدير الذات، وهذا واضح على الجدول رقم (13).

عند تكملة تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والذي دام (10) حصص كاملة، زيادة على حصص المتابعة، لاحظنا زوالا واضحا للأعراض الإكتئابية.

ويرى رشيد أن هذا يرجع إلى طريقة تفكيره فنمط التفكير هو الأساس في كل السلوكات.

كما يقوم بنشاطات مختلفة منها المنزلية الرياضية وزيارات الأقارب والأصدقاء.

التقييم العام للحالة:

إن الجدول الآتي يلخص القياسات القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية، ثم القياسات التي أجريت بعد تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التدريب على النشاطات وتدعيمها إيجابيا.

أما الأشكال توضح الرسومات البيانية لنتائج المقاييس النفسية إختبار الاكتئاب (د) للصغار C.D.I وإختبار تقدير الذات س. كوبر سميث S. Cooper Smith قبل العلاج أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

التقييم العام للحالة:

نلخص تقييم العام لحالة رشيد في الجدول التالي رقم (13) يبين نتائج الاختبارات النفسية قبل العلاج، أثناء، بعد العلاج وأثناء المتابعة.

جدول رقم (13)

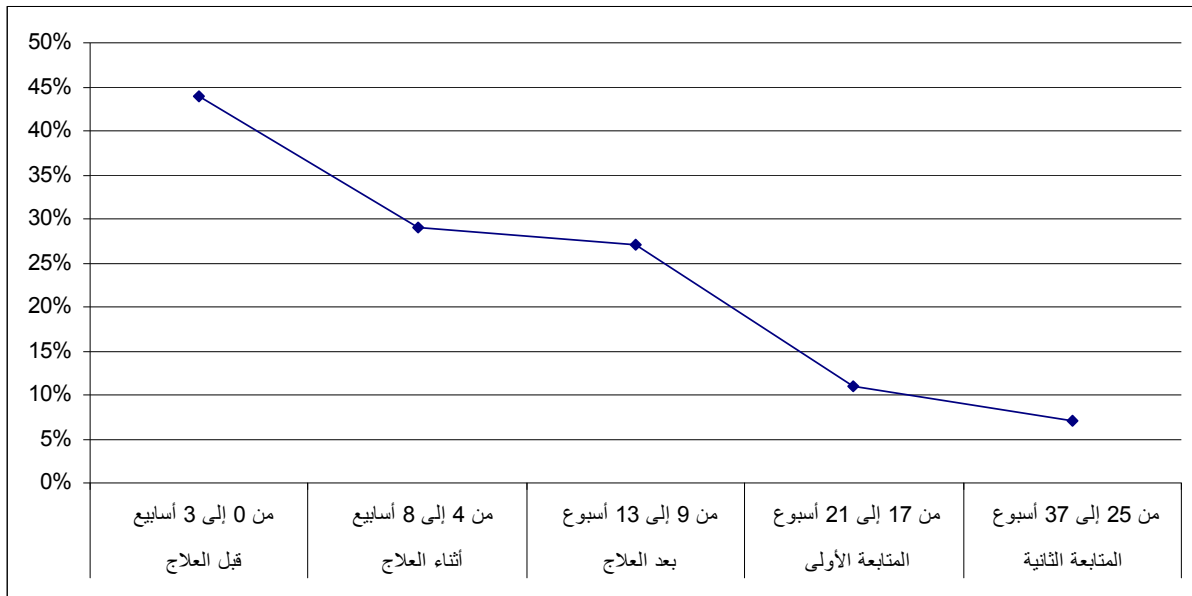
إختبار تقدير الذات س كوبر سميث	إختبار C.D.I	المرحلة	رشيده
05	44	قبل العلاج	الخطوط القاعدية (المراحل التشخيصية)
14	29	أثناء العلاج	تقنية التغيير المعرفي بتدعيم الطفل إيجابيا خطة قائمة النشاطات التي ينتهي أداؤها بالنجاح
17	27		نهاية العلاج
19	11	بعد شهرين من إنهاء العلاج	المتابعة
21	07	بعد 04 أشهر من إنهاء المتابعة	

التعليق 1: حالة رشيد:

إن الخط القاعدي لتسجيل الإكتئاب على مقياس الإكتئاب (د) للصغار C.D.I لماريا كوفاكس قبل إنطلاق البرنامج العلاجي وصل إلى (44) درجة.

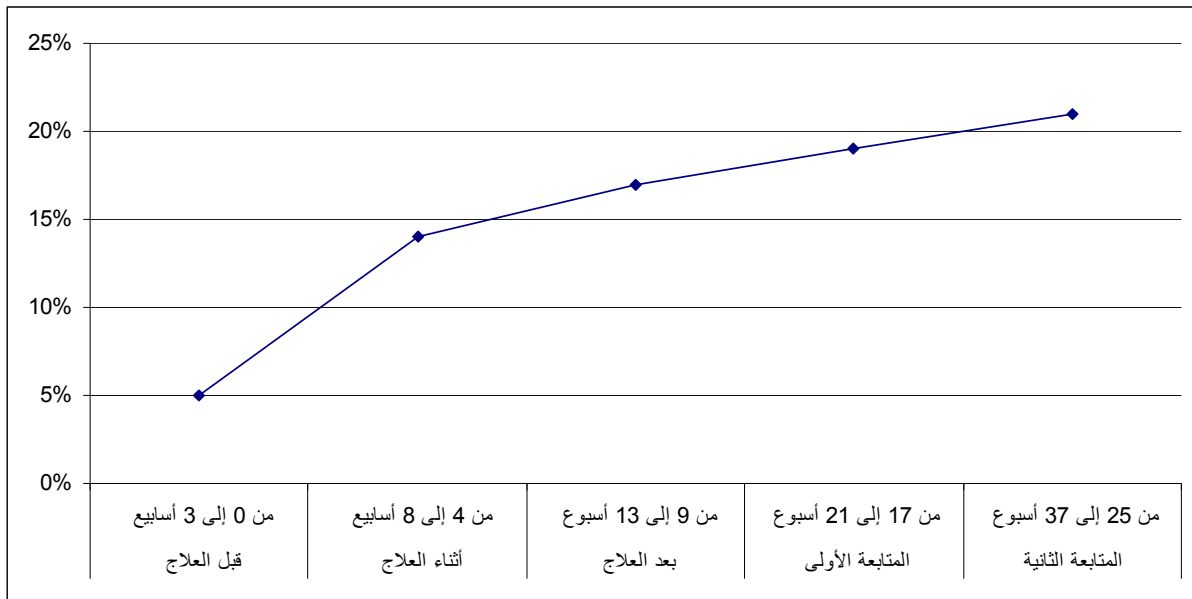
ونلاحظ أن تطبيق (05) حصص من هذا البرنامج العلاجي جعل درجة الإكتئاب تنخفض لتصل إلى (29) درجة، لتتخفض بعد إنتهاء العلاج السلوكي وتصل إلى (27) درجة.

وبعد المتابعة الأولى والثانية تصل إلى (11) و (07) درجات على الترتيب، وهذا ما يجعلنا نقول أن العلاج المعرفي السلوكي له فعالية في القضاء على الإكتئاب.



التعليق 2: حالة رشيد:

إن الخط القاعدي لتسجيل تقدير الذات قبل إنطلاق العلاج يدل على وجود تقدير ذات منخفض قدر بـ (05) درجات على مقياس س. كوبر سميت S. Cooper smith. وبعد تنفيذ (05) حصص من البرنامج، تحسنت درجة تقدير الذات لتصل إلى (14) درجة وتتواصل في التحسن بعد إنتهاء العلاج السلوكي المعرفي لتصل إلى (17) درجة وتتحسن بعد ذلك أكثر بعد المتابعة الأولى والثانية على الترتيب بـ (19) و (21) درجة وهذا يدل على تقدير ذات عال.



تحليل ومناقشة النتائج

تحليل النتائج:

يلاحظ من خلال النتائج السابقة، بأن الحالات المدروسة كانت تعاني من اكتئاب، قدر على مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI بـ 40 درجة وما فوق، ويتجلى ذلك الاكتئاب في نمط التفكير السلبي الذي يتميز باليأس وفقدان التحكم في الوقائع الحياتية الهامة مع إدراك سلبي لها، وتركيز الانتباه على الوقائع السلبية، وتضخيمها والمبالغة فيها، والميل إلى تعميم الفشل على كل الوضعيات وعلى كل مختلف المستويات وهذا ما توصلت إليه أبحاث "بك Beck" (1976-1967) و"سلجمان Seligman" (1975) و"أبرامسون وجماعته Abramson et al" (1978) "باجل وجماعته Pagel et al" (1987)، ص(1043-1052)، (بك وجماعته Beck et al"، 1989، ص958-964) كخصائص أساسية للاكتئاب.

وهذا الإطار السلبي، أثر على النشاطات المعرفية في مجالها الواسع، بما في ذلك إمكانيات الاستدلال أو الحكم "Possibility of jugements" إذ ظهر إدراك سلبي للتجارب، وقد أكد "كويپر Kuiper"، و"دري Dery" عام 1982 على مثل هذه الاضطرابات المعرفية في دراسة لهم للمكتئبين (هولت وجماعته Holt et al، 1987، ص494).

وقد بلغت درجة اليأس والتشاؤم لدى هذه الحالات، مبلغا شديدا منعها عن توقع أدى تغيير إيجابي، بل تتوقع حدوث أشياء سلبية، في حين تحدث الأشياء الإيجابية للآخرين، كأن تظهر تعابير قتل: قد يحدث التغيير الإيجابي، ولكن ليس لأشخاص مثلنا.

وقد توصل الإكلينيكيون المعرفيون أمثال "ماركوس Markus" 1985 و"جاربر Garber" و"هولون Hollon" عام 1990، على أن المكتئبين يتوقعون حدوث كل ما هو سلبي لهم، في حين يتوقعون حدوث كل ما هو إيجابي لغيرهم (هولت وجماعته Hol et al، 1987، ص494-495).

وتجدر الإشارة إلى أن القصور الاجتماعي، لدى الحالات المدروسة، قد لا يرجع فقط إلى الاكتئاب كاضطراب سيكولوجي من شأنه أن يحدث ذلك الفقر في العلاقات الاجتماعية فقط، وإنما قد يرجع إلى التأخر الدراسي الذي تعاني فيه حالاتنا أيضا والذي يفرض تلك

المشكلات العلائقية العائلية وكذلك مع التلاميذ والمدرسين، تبعا لأعراضه الثانوية كالتوجه نحو الانفعال أو التوجه نحو التجنب وهذا ما ينجم عن ذلك من اضطراب في العلاقة العائلية.

ولعل قصور العلاقات الاجتماعية واضطرابها، قد أسهم في تثبيت الاكتئاب لدى الحالات المدروسة، إذ تؤكد دراسات دين "Dean" ولين "Lin" (بيكر وجماعته Beeker et al، 1987، ص1043). بأن اضطراب العلاقات الاجتماعية وفقرها، من شأنه أن يثبت الاكتئاب، بل قد يفجره.

وتبعا لذلك كله، تولد لدى هؤلاء، شعور بالهامشية وبالضياع وبفقدان القيمة، الشيء الذي يدل على التقدير الواطئ للذات، بحيث أشار مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات في التقدير الأولى إلى درجات واطئة جدا بلغت في 03 درجات وأقصاها 06 درجات، ولعل مثل هذه المشاعر الخاصة بالتقدير الواطئ للذات، قد عززت الأفكار الاضطهادية، كأن يعتقد الطفل المتكفل به بأن الآخرين يرفضونه ولا يحبونه، أو أنهم يشفقون عليه، مما يزيد من انسحابه الاجتماعي، ويخل بعلاقاته مع الآخرين بما في ذلك علاقاته العائلية، وما ذلك إلا نتاج الأفكار السلبية للطفل، تجاه ذاته وتجاه العالم المحيط به (بك "Beck"، 1979، ص264)، ذلك أن الطفل "التلميذ" يعتقد أنه لا يصلح لأي شيء بحكم إصابته بالمرض المعوق وعلى كل المستويات وأنه أصبح عالة على غيره، فيترتب عن هذه الفكرة الخاصة بالعجز "Helplessness" فكرة أخرى هي رفض الناس له، خاصة الوالدين، بالرغم عن عدم وجود قاعدة واقعية لهذا الشعور، هذا ما لوحظ تماما لدى الحالات المدروسة.

ويشير كل ما سبق ذكره، إلى إختلالات معرفية كجوهر للاكتئاب الذي تعاني فيه الحالات المدروسة علما بأن الاكتئاب ثانويا، يرتبط أصلا بالاضطراب في المجال الدراسي الظاهر على شكل تأخر دراسي كما أوضح ذلك في التقدير الأولي.

وعليه، تتحقق الفرضية الخاصة بارتباط الاكتئاب بالتأخر الدراسي وتبين أن الخلل الجوهري لهذا الاكتئاب، هو الاختلال المعرفي، وهذا من خلال التقدير المعتمد على المقابلات

الإكلينيكية، والملاحظات ومقياس الاكتئاب (د) للصغار CDT لماريا كوفاكس، ومقياس لكوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات للأطفال إضافة إلى تقديرات وملاحظات عائلة الطفل من ناحية أخرى مع التذكير بملاحظات الباحثة الأولية الواردة كقاعدة انطلق منها البحث في الدراسة الاستطلاعية.

كل تلك التقديرات والتقنيات، تضافرت لتبين أن الحالات المدروسة تعاني من اكتئاب مرتبط بالتأخر الدراسي، ويتطلب كل العناية والاهتمام علما بأن ذلك الاكتئاب، تجلد في تفكير السلبي بأبعاده المختلفة، كما سبق الإيضاح، وهكذا تبدو الحالات المدروسة في الخط القاعدي في التقدير الأولي ذات اكتئاب عالي عرف عدة أوجه معرفية، وانفعالية وسلوكية وجسمية وعلائقية اجتماعية، محاطة بالشعور بالحزن والفشل والفقدان واليأس، وقد توصلت دراسات دراك "Drake" عام 1984 وبك وجماعته "Beck et al" 1989، ص 958-964 إلى عمق وشدة الحزن واليأس ومشاعر الفقدان والفشل، كخصائص أساسية للاكتئاب دون غيره عن الاضطرابات النفسية الأخرى.

واستنادا إلى الخلفية النظرية التي انطلق منها البحث الحالي، جاء برنامج العلاج المسطر، مستوحى من العلاج المعرفي السلوكي، وقد لوحظ أن الفرضية الثانية الخاصة بفعالية العلاج المعرفي السلوكي، قد تحققت أيضا ليس في التخفيف عن الاكتئاب فحسب وإنما في قضاء عليه تماما مع التحسن على المستوى الجسمي والصحي والعلائقي الاجتماعي بما فيه التكيف المدرسي، وتم ذلك بالتركيز على تغيير الأفكار والمعارف المرتبطة بالعجز وبعدم القدرة على الضبط والتحكم في الوقائع المختلفة مما أمكن إخراج الحالات المدروسة من الحلقة الدائرية التي كانت تعيش فيه والخاصة بالعجز.

مما ولد لديها سلوكات جديدة فعالة وإيجابية تدل على تخلصها من مشاعر العجز، والعمل على كسر حلقة التمرکز حول الذات الذي يزيد من درجة الحزن واليأس وعليه فإن تحرير الفرد من التفكير الذاتي، والتفوق حول الذات، يجعله يتخلص من مشاعر اليأس، ويكتسب توقعات إيجابية، وقد وضحت دراسة فنجستين "Fenigstein" ولفين "Levine" عام 1984

مشاعر اليأس من جهة والتمركز حول الذات من جهة أخرى لدى المكتئبين (هولت وجماعتها، 1987، ص999).

ومفاد اهتمام الباحثة، بتوجيه تفكير المكتئب عن ذاته إلى خارج ذاته (أي القضاء على التمرکز حول الذات) يسهم بقسط وفير من التخلص من الاكتئاب (جونبرج وآخرون، 1987، ص999).

كما توجه اهتمام الباحثة إلى تدعيم البعد الاجتماعي وهذا بتعزيز التفكير الخارجي لدى الحالات، ذلك لأن إختلال العلاقات الاجتماعية وضيق أفقها يساعد على تثبيت الاكتئاب إذ يؤكد "بك Beck" 1979، بأن العلاقات الاجتماعية السليمة والمتناسقة والمتزنة تقلل من درجة الاكتئاب، وعلى العكس من ذلك، فإن العلاقات المضطربة تعزز المعارف الاكتئابية، وتزيد من حدة الاكتئاب.

وهذا يدل على أن التناول المعرفي لا يهمل البعد الاجتماعي مطلقاً، كمتغير من المتغيرات المثبتة للاكتئاب والمعززة له، ولكن ليس كقاعدة جوهرية في حدوث الاكتئاب، ذلك لأن هذه الأخير تتجلى في الاضطراب المعرفي المرتبط بأفكار واعتقادات الفرد.

ويتجلى تدخل الباحثة على هذا المستوى بإلقاء جسور علائقية بين الحالات المدروسة المتكفل بها ومحيطها ابتداء من المحيط العائلي إلى المحيط الاجتماعي الواسع (الأصدقاء والزملاء في المدرسة) اعتماداً على تغيير المعارف.

ولعل أهمية الدعم الاجتماعي، في التخفيف من الاكتئاب، تبين ميكانيكياً سيكو اجتماعياً، ويظهر أن لهذا الدعم وظائف عاطفية (وليس معرفية) تظهر في طابع المساعدة فإن الدعم الاجتماعي، يساعد في تعديل انفعالات وعواطف الفرد أكثر من تغيير طريقة تناوله وإدراكه للعالم المحيط به، الشيء الذي يدل على أن تعديل هذا الجانب ليس كافياً تماماً للقضاء على الاكتئاب ما دام العالم المعرفي هو المحرك الجوهري لانفعالات الفرد وسلوكه.

كما لجأت الباحثة إلى الاهتمام بتقدير الذات لدى الحالات المدروسة، تبعاً لكون هذا الجانب سلبي للغاية لديهم، ولا يخفي أثره في تثبيت التفكير الاكتئابي أملاً في الرفع من معنويات

الفرد تجاه ذاته، وتعديل أفكاره الخاصة بقدراته وإمكانياته، ويعبر تقنيا عن هذا الجانب بتقييمات التي يوضحها اختبار ل. س. كوبر سميث للأطفال لتقدير لذات كميأ، ولعل إعادة تقدير الذات في هذه التقنيات يعطي نفسا جديدا لتقدير الذات بحيث تعدل نظرة المتكفل به تجاه نفسه، كشخص قادر على العطاء والبذل ذو قيمة وذو فعالية، إضافة إلى تعديل علاقات على أساس إيجابي وعقلاني.

ويتضح مما سبق أن الاهتمام قد تركز أساسا حول الاختلالات المعرفية التي تعتبر جوهر الاكتئاب لأن تقدير الذات والدعم الاجتماعي ذو تأثير ثانوي، بالمقارنة مع الاختلال المعرفي، ذلك لأن وجودهما الإيجابي يقلل من الاكتئاب في حالة وجود أفكار إكتئابية بينما عدم وجودهما لا يحدثه في حالة عدم وجود أفكار إكتئابية وهذا ما أكدته دراسات باجل وجماعته (Pagel et al، 1987، ص1044).

وقد لوحظ أن الكثير من الحالات المدروسة، يتكلمون عن تحسن كبير في علاقاتهم ويدركون كل الإدراك بأن التحسن على هذا المستوى، يرجع إلى تغير أفكارهم، فالتغير نابع من داخل الفرد وليس راجعا إلى المحددات الموقفية ذاتها، بصيغة أخرى ليست الأشياء أو الأشخاص أو الوضعيات التي تغيرت، وإنما نظرة الطفل المتكفل به وإدراكه لها هو الذي تغير، أي طريقة تصور وتناول المعطيات المختلفة المرتبطة بمحيطه وذاته، مما يدعم منطلقنا الخاص بأهمية وأولية المعارف على الانفعال والسلوك، والتي تعتبر المحرك الأساسي لنشاط الفرد.

ويعبر ذلك عن اكتساب هذه الحالات المدروسة قدرات، تحكم فيما يحيط بها وفي رؤى جديدة في التفكير والسلوك المرتبطة أساسا بإعادة بناء أفكار الحالات المتكفل بها وبصقل تقديرها لذاتها وتغيير اتجاهاتها الخاصة نحو الآخرين.

كما أن اعتماد الباحثة على التقييم الخارجي أو المستقل وفي دراستنا هذه تقدير المدرسين للحالات المتكفل بها فيما يخص المردود الدراسي حيث حصل تحسن في النتائج الدراسية التي كانت هي المؤشر الأول للاكتئاب وكذلك للاستشارة النفسية.

وفي رؤى جديدة في التفكير والسلوك المرتبطة أساسا بإعادة بناء الأفكار وبسقل تقديره لذاته وتغيير اتجاهاته الخاصة نحو الآخرين.

ويتمشى ذلك والبحوث المعرفية التي تؤكد تأثير الضغوط المتعلقة بعامل الشخصية (تقدير الذات) والعامل الاجتماعي (الدعم الاجتماعي)، بالرغم من أن التفكير الاكتئابي وشدته، بينما يسهم تقدير الذات والدعم الاجتماعي، في تلك العلاقة بتثبيتها، ومن تلك الأبحاث نذكر دراسات كوباسا "Kobasa" وبوكيتي "Pucetti" عام 1983.

واتضح اختفاء الاكتئاب بإتباع استراتيجيات السابقة الذكر والشيء الذي يجعلنا نقول بأن هذا البرنامج العلاجي قد وفق في مهمته بالفعل هو أننا قمنا بالتتابع "follow up" وبالقياسات المتكررة "replication" التي جعلتنا نتحقق من استبعاد أدنى أثر لأي عامل خارجي، قد يرجع إليه الفضل في هذا التحسن وإنما ارتبط التحسن أساسا بالعلاج وليس بشيء آخر.

ذلك يعني، أنه تم التحكم في المتغيرات واستبعاد الفرضيات البديلة والمناقضة والوصول عن طريق كل من التتابع والقياس المتتالي إلى ثبات العلاج وفعاليته بجانبه الكمي والكيفي.

وقد لوحظ عدم الانتكاس على الإطلاق، إذ بقيت الحالات محتفظة بمستوى التطور العلاجي الذي حصل عليه، رغم تعرضها لوقائع ضغط مختلفة محيطة من حين لآخر، الأمر الذي يدل على أن هذه الحالات قد اكتسبت بالفعل طرقا فعالة في مواجهة المشكلات وحلها، بحيث تسرب تلك الوقائع المحيطة دون أن تؤثر على الحالة العامة.

وقد بدى التحسن لدى الحالات واضحا، من خلال المقابلات التشخيصية ومن خلال درجات مقياس C.D.I لمريا كوفاس للالاكتئاب التي انخفضت إلى ثلاث (03) درجات، كما ظهر التحسن من خلال ارتفاع درجات تقدير الذات على مقياس س. كوبر سميث لتقدير الذات عند الأطفال، إذ تراوحت بين 19-24 درجة إلى جانب الملاحظات المروية وتقدير الأقرباء خير دليل على وجود نمط جديد في التفكير.

وتجدر الإشارة أن المراقبات الذاتية والملاحظات المروية، الخاصة بالحالات تعتبر تقديرا خارجا عن تقدير الباحثة الخاص، وقد أفاد ذلك بشكل كبير في بحث فعالية العلاج، ذلك

لأن البحث الإكلينيكي الصرف ينطلق من الحالة المتكفل بها (شكواه ومعاناته) ويرجع إليه من جديد بعد العلاج (لإعادة تقدير شكواه).

وهكذا يتضح صدق الفرضية الخاصة بالعلاج، والمرتبطة بنجاح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، في القضاء على الاكتئاب من جهة، وفي تعديل الوضعين الجسمي والاجتماعي العلائقي من جهة أخرى، ويبدو ذلك من خلال الاندماج الفعلي في المدرسة مع أصدقائه والعائلة، إلى جانب تجاوز الحالات المتكفل بها للمشكلات الصحية مثل اضطرابات النوم، الصداع، فقدان الشهية هذه المشكلات التي عجز التدخل الطبي عن حلها بصورة تامة.

بالإضافة إلى الجانب الاجتماعي العلائقي بحيث اتسعت دائرة النشاط الاجتماعي، بدعم نشاطات الفرد الرياضية والترفيهية والمدرسية، الشيء الذي يمكن أن نعبر عنه بدعم النشاط السيكو اجتماعي للحالات، بحيث تم تعزيز العمل المدرسي مع مرونة في العلاقات الاجتماعية خاصة مع الأنداد والأصدقاء.

وهذا ما ثبت الفرضية الثانية الخاصة بفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في القضاء على الاكتئاب من ناحية وفي تعديل الوضعين الجسمي والعلائقي الاجتماعي من ناحية أخرى، وهذا على المدى الطويل ذلك أن هذا النجاح لم يكن آنياً، بل ثبت دوامه من خلال التتبع وإعادة القياس على مدى زمني قدره سنة كاملة.

ولكن ظهرت فروق بين الحالات المدروسة، في مدة الإستجابة للعلاج، إذ بدت بوادر التحسن لدى البعض منذ الوهلة الأولى، أي بعد حصتين من التقدير، بينما ظهرت لدى البعض الآخر بعد ثلاث إلى أربع حصص أو حتى سبع حصص من العلاج، وذلك يرجع إلى عدة عوامل منها:

- درجة الخطورة البيولوجية (الصحة البدنية).
- درجة الخطورة النفسية (درجة الاكتئاب).
- درجة المقاومة للعلاج النفسي (انعدام الدافعية).
- درجة صلابة التفكير (المعارف والاعتقادات).

وقد تحدثت أبحاث عديدة عن درجة صلابة التفكير، ومدى إعاقتها للعلاج مثل دراسات (سوان وجماعته عام 1988، ص 268-273).

وقد يدل العاملان الأول والثالث (الخطورة الصحية والمقاومة للعلاج) تبعا لطريقة عمل الإكلينيكي وشخصيته.

بينما العامل الثاني (درجة الإكتئاب) فيرتبط حسب الاعتقاد العلمي المعرفي السلوكي، بدرجة صلابة التفكير، لذا عمدت الباحثة إلى تغيير الاعتقادات حسب إستراتيجيات مختلفة. إذ لوحظ أن بعض الحالات أكثر قابلية للإقناع من غيرها، ذلك لأنها أقل تشددا في اعتقاداتها، وأقل تمسكا بها لسبب بسيط، وهو أنها غير متأكدة من تلك الاعتقادات جيدا، وهذا على نقيض الفئة الأخرى التي تكون على درجة كبيرة جدا من الاقتناع باعتقاداتها، مما يجعل تغيير تلك الاعتقادات صعبا للغاية، ويستدعي وقتا طويلا وجهدا كبيرا، بل واستراتيجيات مختلفة في الإقناع، تبعا لدرجة صلابة معارف كل حالة، وهذا ما أكدت دراسة وكلان وجماعته 1974.

وقد تم استعمال استراتيجية الاتفاق "Conventional Strategy" مع الذين يمتلكون اعتقادات مرنة إلى حد ما (غير صلبة جدا) بينما تم استخدام استراتيجية المناقضة "Paradoxical Strategy" لذوي الاعتقاد الصلب.

كلما كانت الباحثة بصدد حالات مقاومة كبيرة للتغير، وهذا يتطابق تماما وأبحاث ويكس وجماعته عام 1982، و(سوان وجماعته، 1988، ص 268-273) التي اقترحت استخدام استراتيجيات المناقضة كلما كان الإكلينيكي أمام حالات تفكير صلب.

وتجدر الإشارة على أن الأفراد ذوي الاعتقادات الأقل شدة، يستجيبون لإستراتيجيات الاتفاق عنها لإستراتيجيات المناقضة، عكس ذوي الاعتقادات الراسخة والصلبة جدا، وتعليل ذلك، هو أن الفئة الأولى لم تستثمر اعتقاداتها بشكل كبير، ومن ثم بات تغييرها ممكنا بينما الفئة الثانية تعتقد بشدة أن أفكارها صحيحة، وتعمل على جعل الآخرين ينظرون إليها بنفس نظرته لنفسها.

وأما مثل هذه الحالات التي تعاني من التأخر الدراسي المرتبط بالاكتئاب والتي تتميز بتفكير صلب وصارم مقل: "أعتقد بأن حالتي الصحية أي (الاكتئاب) مرض معوق كبير لي ولا يمكنني أن أغير شيء مطلقاً، ولا يمكن لأحد أن يغير شيئاً، فأنا لا يجب أن أعيش".
وأما مثل هذه الحالات قد لا تنفع إستراتيجية الاتفاق البسيطة تبعاً للاعتقاد الراسخ والصلب، كأن يرد "لماذا تعتقد أن مرضك (الاكتئاب) معوق كبير لك وعلى كل المستويات؟".
لذا لجأت الباحثة إلى إستراتيجية المناقضة، مثل: "أولا تعتقد بأن مرضك لا يعوقك إلى هذه الدرجة، ولا يحدد إمكانياتك ونشاطاتك؟".

إذ يلاحظ هنا، نفس درجة الصلابة والافتناع بين تفكير الحالة (المتكفل بها) وتحليل الباحثة.

ولكن ثبتت الباحثة اتجاهها مناقضا تماماً، بحيث أنها بهذه الطريقة تجر تفكير الحالة إلى الطرف الآخر من التصور، بخصوص ما يعرقل دراسة (الاكتئاب) وعليه، فبدلاً من أن تسترسل الحالة في إعطاء الحجج التي تجعله يقنع الباحثة بأن الاكتئاب معرقل بالفعل تبعاً لاستخدامها لإستراتيجية الاتفاق "لماذا تعتقد بأن حالتك المرضية تعرقلك إلى هذا الحد؟"
وهذا يشير إلى تنبيه الحالة إلى جعلها تغير نظرتها لهذا الاكتئاب ومن ثم تغير نظرتها لذاتها وللعالم المحيط بها وللمستقبل، ذلك لأن إستراتيجية المناقضة، تشير ضمناً إلى وجود خطأ في التفكير، تدل على إمكانيات تفسير مختلفة لما يعانيه بمعنى وجود طرق إدراك وتمثيل آخر لحالته.

كل ذلك لأن مثل هذه الحالات تمتلك تفكيراً صلباً وصارماً تقاوم بحده الجهود المبذولة لتغيير اعتقاداتها وهذا ما أكدته دراسة (سوان وجماعته، 1988، ص 268-270).

ويتوافق هذا تماماً مع طريقة "بك Beck" الاستدلالية التي تجعل الحالة تناقض نفسها بنفسها، تبعاً للاسترسال المعرفي لأفكاره، والتحليل المنطقي الذي تخضع له.

ونخلص من كل ما سبق إلى أن فرضيتي البحث بنوعيهما التشخيصي والعلاجي، قد تحققنا بحديث تحققنا العلاقة بين الاكتئاب وتأثيره على التحصيل الدراسي مما أدى إلى التأخر

الدراسي وهذا ناتج عن الانعكاسات السلبية على الاختلالات المعرفية. هذا بالنسبة للتشخيص وهذا ظهر جاليا من خلال الممارسة العيادية.

كما تحقق برنامج العلاج المعرفي السلوكي في القضاء على ذلك الاكتئاب من جهة وفي تعديل الوضعين الصحي والاجتماعي من جهة ثانية، علما بأن ذلك النجاح لم يكن آنيا، بل أثبتت دائمية واستمرار، اعتمادا على ما قامت به الباحثة من تتبع وقياس متكرر إضافة إلى التقييمات الخارجية الخاصة بالمدرسين والأقرباء على مدى زمن قدره سنة كاملة.

وهكذا تلتقي نتائج البحث الحالي مع المنطلقات النظرية السيكلوجية المتبناة في النظر إلى الاضطراب بأبعاده النفسية والبيولوجية والاجتماعي من ناحية كما تلتقي نتائج البحث أيضا، بالمنطلقات المعرفية السلوكية في علاج ذلك الاضطراب من ناحية أخرى.

وهكذا يأتي البحث الحالي ليحقق تطبيق التقنيات المعرفية في إطار علاج معرفي، ومن ثم يقدم التشخيص والعلاج على السواء، مع الاهتمام بعملية التقويم.

كل ذلك اعتمادا على إجراءات تجريبية دقيقة وموضوعية، قوامها التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد، والتتبع وتكرار القياس، والتقييمات المستقلة حتى أمكن إثبات صدق فرضيتي البحث.

وأخيرا يمكن القول أن نتائج البحث الحالي، تمثل لبنة جديدة تضاف إلى الأبحاث المختلفة التي عالجت صدق وفعالية الإجراءات المعرفي السلوكية في التخفيف السريع من المعاناة، أو في القضاء عليها، كما ثبتت نجاح التدخل النفسي المعرفي السلوكي في مواطن إخفاق التدخل الطبي.

وهذا البحث يساهم في خدمة مجالي الممارسة العيادية والبحث الأكاديمي في ذات الوقت، كما هو الحال في البحث الحالي.

الخاتمة

الخاتمة

إن الاكتئاب عند الأطفال ما فوق السن السابعة (07) أعراضه تظهر على شكل انخفاض تقديم معلومات عن تفكيرهم وحالاتهم الانفعالية لهذا استعملنا أدوات لقياس الحالات الانفعالية وخاصة منها الاكتئابية كم أن تقويم الأنماط المعرفية والتفكيرية للاكتئاب وكذلك تشخيصها، يتطلب وعيا لحالة الفرد الداخلية وكذلك لقدرته على وصف تفكيره بشكل لفظي، فغن الأطفال يبدون ضعفا واضطرابا في مجال السلوك الأدائي والإجرائي، وقد بينت العديد من البحوث أن الأطفال المكتئبين يتميزون بتقدير منخفض للذات، أما بالنسبة لتفسير حالات الاكتئاب عند الأطفال فإنه مثلهم مثل الراشدين، يرجعون الأحداث السلبية ويعزونها لعوامل داخلية ذاتية وبشكل ثابت، ومعمم على مختلف المواقف والخبرات، كما تبين أن أطفال العينة أبدوا درجة عالية من تقدير الذات السلبي.

خلاصة القول أن كل النظريات السيكلوجية للاكتئاب وليس فقط المعرفية، تقتض أن عملية تقويم أي حدث تتضمن مايلي:

أولا: الحدث ذاته قد يحدث واقعا أو يمكن التنبؤ به.

ثانيا: المعيار الذي نعتد في تقويم الحدث وقياسه أو مقارنته بغيره، فقد يكون المعيار هدفا ذا علاقة بمهمة ما أو نتيجة لمقارنة اجتماعية فإذا كان الحدث يستند إلى المقارنة نتيجة التقويم ستكون إيجابية، وإلا سلبية، وفي الحالتين ينطبق هذا التقويم (كما يقول آدهر) على نظرية بيك في الاكتئاب القائلة أن المكتئبين يجعلون أنفسهم كموضوعات بحيث يقود تقييمهم لذواتهم على أنها (شيء وبالتالي سلبي)، فينظرون لأنفسهم وللمحيط حولهم ولمستقبلهم بحيث تكون انفعالات الاكتئاب وأعراضه نتيجة مباشرة لذلك التقييم، لهذا من الضروري في بحوث الاكتئاب أن نفحص عملية التقويم والقياس بدقة وخصوصا المعيار الذي يعتمد الناس في حكمهم على الأحداث التي يختبرونها وهذا لاحظناه جليا على أفراد عينة البحث.

ثالثا: مرحلة العمل وفيها يجد المعالج الطريقة المناسبة لمساعدة المفحوص على استبدال أفكاره اللاعقلانية بأخرى عقلانية ونظرا لأن العلاج يؤمن بأن هذه الأفكار تكون مزروعة أو مغروسة بعمق فلن يستطيع المفحوص تغييرها اعتمادا على ذاته، وعلى الأخصائي مساعدته في كسر هذه الدائرة المفرغة من لوم الذات وغيرها من الأفكار اللاعقلانية.

ونلخص مما سبق أن الأخصائي النفسي يعمل وكأنه مدرب يساعد المفحوص على تطوير تنمية مهاراته ومن ثم ينخفض قلقه في هذا الموقف، ولكن نؤكد أن ليس الهدف الأساسي هو تنمية مهارات المفحوص ولكن على الأقل من وجهة نظر العلاج السلوكي المعرفي يكون تغيير الأفكار المفحوص المشوهة، السلبية المرتبطة بقدراته ومهاراته الاجتماعية. وقد لوحظ تطور واضح لدى حالات العينة، حيث تمكنت من التحرر من اكتئابها وتحسن على المستويات النفسية ومن ثم الاجتماعية بما فيها الدراسية، وقد تحققت بذلك فرضية البحث المتعلقة أن هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق العلاج المعرفي وزوال الأعراض الاكتئابية وتزويد المفحوص الطفل بطرق معرفية سلوكية جديدة، أكثر فعالية في مواجهة الواقع والتكيف في المحيط العائلي بصفة عامة والمحيط المدرسي من جهة ثانية. وقد تدعمت هذه الفرضية عن طريق النتائج المتحصل عليها من خلال التقديرات المستقلة الخاصة بالأقرباء، المدرسين والمفحوص ذاته، والتي وضحت فعالية العلاج، على جميع المستويات النفسية والصحية والاجتماعية. إن هذا البحث ما هي إلا محاولة ولذلك فإن تعميم النتائج على الحالات الإكلينيكية كلها يكون محدودا.

الاقتراحات:

في ختام هذا البحث الذي يدور حول التكفل العلاجي بالأطفال المكتئبين من خلال المنظور المعرفي السلوكي يمكننا أن نخرج بمجموعة من الاقتراحات:

- كيف ندعم التعاون بين البيت والمدرسة.
- وما الأدوار والمهام التي يمكن القيام بها الأولياء بالتعاون مع المدرسة لتحقيق الأهداف المشتركة.
- ما الأسباب الحقيقية وراء قصور بعض الأسر والمدارس في القيام بدورها في هذا المجال.
- نتساءل عن الإسهامات التي يتفرد بها العلاج السلوكي ف ي ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال.
- الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة.
- وجب على المعالج النفسي أن يكون ملماً بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهني (طبيبي أو نفسي) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الإغفال - أو حتى التشجيع - بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.
- يجب على الأخصائي النفسي أن يقرر أن هناك كثيراً من المشكلات التي تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبا من مطالب النمو ولا تتسجم مع التطور انفعالي أو عقلي أو اجتماعي ومثل هذه المشكلات التي قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالاضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايداً مخيفاً.
- وإذا كان تشخيص مشكلة الطفل لا يجب أن يتم بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن العلاج السلوكي يتطلب أيضاً ذلك، ولهذا فإن المعالج النفسي السلوكي يحتاج إلى تعاون السلوكي عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعاً. وهي عملية ممتدة أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معاً.

- إرشاد أفراد العائلة إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات وهذا بهدف جعل الطفل يقوم بمسؤولياته وحل مشاكله مع أصدقائه ومساعدته على اكتساب المهارات الضرورية لمعالجة المشاكل.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- (1) أبو زيد مدحت عبد الحميد (2000): الاكتئاب، دراسة في السيكو باثومتري، دار المعرفة الجامعية.
- (2) أحمد محمد عبد الخالق (1991): دراسات نفسية، بناء مقياس الاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية.
- (3) بيار داكون (1988): التعب والكآبة والخجل، دار التربية، بيروت.
- (4) بيل خليل بيلس (1991): دليل الأمراض النفسية والبدنية، دار الآفار الجديدة، بيروت.
- (5) بيل آرون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية، بيروت.
- (6) بيك آرون (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- (7) جابر عبد الحميد جابر (1979): دراسات في علم النفس التربوي، عالم الكتب، القاهرة.
- (8) جون بوليب (بدون سنة): رعاية الطفل وتطور الحب، ترجمة محمد خيرى وآخرون، دار المعارف، القاهرة.
- (9) حامد عبد العزيز الفقي (1971): التأخر الدراسي، تشخيصه وعلاجه، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
- (10) رمضان محمد القذافي (1997): التوجيه والإرشاد النفسي، دار الجيل، بيروت.
- (11) سرحان عبد المجيد الدمرداش (1983): المناهج المعاصرة، مكتبة الفلاح، الكويت.
- (12) سيجموند فرويد (2000): الموجز في التحليل النفسي، مكتبة الأسرة، القاهرة.
- (13) سولشيد لنجر (1958): التحليل النفسي والسلوكي الاجتماعي، دار المعارف، الكويت.
- (14) عبد الرحمن العيساوي (1990): باثولوجيا النفس، دار الفكر الجامعي.
- (15) عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي والسلوكي، أسس وتطبيقات، (دار الرشد، القاهرة).
- (16) عبد الحميد - الشيخ محمد حمود (1994): الإرشاد المدرسي، منشورات جامعة دمشق.

- 17) عبد المجيد عبد الرحيم (بدون تاريخ): مبادئ علم النفس التعليمي، النهضة المصرية، القاهرة.
- 18) عبد الحكيم العفيفي (1990): الاكتئاب والانتحار، الدار المصرية اللبنانية، ط1.
- 19) عبد الرحمن العيسوي (1992): في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية.
- 20) عبد الستار إبراهيم (1998): الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه، دار المعرفة.
- 21) عزت عبد العظيم (1985): السيكولوجية الاكتئاب، دار المريخ للنشر، الرياض.
- 22) عكاشة محمد (1969): الطب المعاصر، مطبعة الإنجلو المصرية، القاهرة.
- 23) عكاشة أحمد (1982): علم النفس الفيزيولوجي، ط6، دار المعارف.
- 24) غريب عبد الفتاح (1995): مقياس الاكتئاب (د) CDI للصغار، دار النهضة، ط2.
- 25) فياض منى (2004): الطفل، التربية والمدرسة في الفضاء الأسري والثقافي، المركز الثقافي العربي، بيروت.
- 26) فكري حسن ريان (1989): المنهج وتخطيطه، عالم الكتب، القاهرة.
- 27) فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد أحمد دسوقي (1981): اختبار تقدير الذات للأطفال، مكتبة النهضة المصرية.
- 28) محمد حمدي الحجار (1990): فن العلاج في الطب السلوكي، بيروت.
- 29) محمد حمدي الحجار (1989): الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت.
- 30) محمد السيد عبد الرحمان (أ.د) (2014): العلاج المعرفي والميتامعرفي، مكتبة زهراء الشرق، ط1.
- 31) محمد الطاهر الطيب (2001): اختبار الاكتئاب CDI لماريا كوفاكس، مكتبة الإنجلو المصرية.
- 32) ملك سليمان مخول (د) (1981): علم النفس الطفولة والمراهقة، مطابع مؤسسة الوحدة، دمشق.
- 33) مصطفى عشوي (1993): مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- (34) مصطفى عشوي (1991): المدرسة الجزائرية إلى أين؟، دار الأمة، الجزائر.
- (35) محمد علي كامل (2003): الأخصائي النفسي المدرسي وفر النشاط واضطرابات الانتباه، مركز الاسكندرية للكتاب.
- (36) محمود عودة الرماوي (1998): في علم النفس الطفل، دار الشروق، عمان.
- (37) ميشل دبابنة ونبيل محفوظ (1984): سيكولوجية الطفولة، دار المستقبل، عمان.
- (38) شابرول هنري (1998): الاكتئاب والمراهقة، عوידات للنشر والطباعة.
- (39) نعيم الرفاعي (1995): الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التوافق، مكتبة الجامعة، دمشق، ط10.

القواميس:

- (1) فاخر عاقل (1971): معجم علم النفس، إنجليزي عربي، دار العلم للملايين، بيروت.
- (2) المنجد في اللغة والإعلام (1968): دار الشروق، بيروت.
- (3) عبد المنعم (1978): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، الجزء 2.

الرسائل والمجلات:

- (1) فضيل عبد القادر (1971): دراسة تجريبية في مشكلة التأخر الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة جامعية لنيل دكتوراه الطور الثالث.
- (2) أبو زيد البلخي (1993): الصحة النفسية، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد 4، العدد 4.
- (3) حسن إبراهيم عبد اللطيف (1997): الاكتئاب النفسي، دراسة للفروق بين حضارتين وبين جنسين، دراسات نفسية، المجلد 7، العدد 1.
- (4) بشير معمري (1998): مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة جامعة الجزائر.
- (5) لؤي عبد الباقي (1992): الاكتئاب بين تلاميذ المدرسة، دراسات نفسية، العدد 2.
- (6) غريب عبد الفتاح (1993): الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، الجنس والسن ومستوى التعليم والحالة الزوجية، مجلة الصحة النفسية، المجلد 3، العدد 1.

- (7) سلوى عبد الباقي (1992): الاكتساب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، العدد 2.
- (8) سمعان وهيب وآخرون (بدون تاريخ): دراسات في المناهج، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- (9) خير الزداد فيصل محمد (1997): التخلف الدراسي وصعوبات التعلم، دار النفائس، بيروت.
- (10) فؤاد أبو حطب وآخر (1994): علم النفس التربوي، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية.
- (11) بوعنقة علي (2000): المناهج التربوية والمدرسية في العالم العربي، حالة الجزائر، مجلة التربية، العدد 133.
- (12) محمد الخوالدة وآخرون (1987): دور كليات التربية في تطوير التعليم السابق للتعليم العالي، المجلة العربية للعلوم الأساسية، عدد 33، جامعة الكويت.
- (13) محمد عزت عبد الوجود (2000): أمريكا 2000 ترجمة ودراسة، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر.
- (14) محمد بن شحاتة الخطيب (1995): الأصول العامة للتعليم الفني والممضي، الجزء الأول والثاني مكتب التربية العربي لدلو الخليج الرياضي.
- (15) عبد الله الدائم (بدون تاريخ): نحو فلسفة تربوية عربية، مركز دراسات الوحدة العربية.
- (16) برنامج قائمة النشاطات للعلاج السلوكي المرجع العيادة السلوكية، جامعة الملك فيصل (بدون تاريخ).
- (17) محمد منيزل عليمات وخالد خليف هواش (2006): العلاقة بين دافعية الإنجاز وقلق الامتحان وآثارها في التحصيل في مادة اللغة الإنجليزية لدى طلبة المرحلة الأساسية والثانوية في محافظة المفرق، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 7، العدد 201.

المراجع باللغة الأجنبية:

- 1) Adoncean, A. (sans date de parution): Principes et application des thérapie comportementales, édition Maloine, Paris.
- 2) Bernard, P. (1980): La dépression, édition le Haneau, Paris.
- 3) Black Burn, I.M et Cottraux, J (1999): Thérapie cognitive de la dépression.

- 4) Bowlby, J. (1978): Angoisse et colère, P.U.F., Paris.
- 5) Cottraux, J. (1981): Psychosomatique et thérapie comportementale, édition Masson, Paris.
- 6) Cottraux, J. (1979): clinique de thérapie comportementale, édition Masson, Paris.
- 7) Cottraux et X. all (1981): psychosomatique et médecine comportementale, édition Masson, Paris.
- 8) Dumas, C (1970): Les maladies de l'affectivité, précis pratique de la psychiatrie, Paris.
- 9) Golse, B (1983): L'enfant déprimé, édition, P.U.F., Paris.
- 10) Gordon, M (1992): Guide d'élaboration d'un projet de recherche, Canada, 2^{ème} tirage.
- 11) Henri, Ey (2000): Manuel de psychiatrie, édition Masson, Paris.
- 12) Kacha, E (1996): Psychiatrie et psychologie médicale, entreprise nationale de livre, Alger.
- 13) Korkina (1982): Leçons pratiques de psychiatrie, ed Mir Moscou.
- 14) Lieury, A (1997): Mémoire et réussite scolaire, Dunod, Paris.
- 15) Lechia, D (1995): les dépressions de la prévention à la guérison, édition Dahleb, Alger.
- 16) Marc, A (1984): Pensée pour moi-même, édition Flammarion, Paris.
- 17) Norman, V.P (1990): La puissance de la pensée positive, le jour éditeur.
- 18) Rault, A (1987): Echecs et difficultés scolaires, édition P.U.F., Paris.
- 19) Reuchlin, M (1970): traité de psychologie appliquée, Tome 5, édition P.U.F., Paris.
- 20) Spitz, R (1968): De la naissance à la parole, P.U.F., Paris.
- 21) Widlocher, D (1983): Les logiques de la dépression, édition Foyard, Belgique.

Revues:

- 1) Abramson and others, (1989): Hopelessness depression a theory – Based subtype of depression psychological review, 96, 358-372.
- 2) Billings and Moss, R (1982): Psychological theory and research on depression review, n° 2.
- 3) Dugas, M., Mowen, M.C. et le Henzey, M.F. (1981): Les troubles de l'humeur chez l'enfant, EMC Pédiatrie (6), 4101 M¹⁰, vol 09.
- 4) Drowin, AM. (1983): Entreprise avec Albert Jacquard. Cahier pédagogiques, n° 215, édition fédération des cercles de recherche et d'action pédagogiques, Paris.
- 5) Hair, Graziano, William (2003): Self Esteem personality and achievement in high school, in texte journal of personality.
- 6) John, D, Teasdale (1997): Best of behaviour research and therapie in psychological treatments for depression, volume 1962.
- 7) Lippit, R. Ronald et white Ralph (1978): une étude expérimentale du commandement de la vie en groupe, in psychologie sociale, Tome 1, édition Dunod, Paris.
- 8) Levi, G (1986): Les troubles de l'apprentissage et troubles de l'imagination, revue neuropsychiatrie de l'enfant, année 34.
- 9) Mirabel, Sarron C (1992), Les abords cognitifs des états dépressif, In psychologie française, n° 38, édition Dunod, Paris.
- 10) Nacht, S et Racamier, P.C. (1968): La depression, in revue française de psychanalyse, année 3.
- 11) Penot, B (1973): Contribution à l'étude des dépressions infantiles, in psychiatrie de l'enfant.

Dictionnaires:

- 1) Delandscheer, G (1971): Dictionnaire de l'évaluation de la recherche en éducation, Tome 2, P.U.F., Paris.
- 2) Foulquine, R (1971): Dictionnaire de la langue pédagogique, P.U.F., Paris.
- 3) DSM-IV (1996): Critères diagnostiques, édition Masson, Paris.

البطاقة التقنية للمركز الطبي البيداغوجي لبولوجين

يقع المركز الطبي النفسي البيداغوجي بحي شعبي ببلدية بولوجين في العنوان التالي: 152 شارع عبد القادر زيار بولوجين - الجزائر العاصمة. ويبعد عن مقر الولاية بحوالي 06 كلم. وللمركز ملحقة تابعة له نجدها في العنوان التالي 15 شارع حمود عبد العزيز بولوجين. تبلغ مساحة المركز الأم الإجمالية: 1763,181 م²، المبنية منها تتربع على مساحة تقدر بـ 685,33 م².

وتبلغ مساحة الملحقة الإجمالية بـ 300 م²، أما المبنية فتتربع على مساحة تقدر بـ 105 م²، وكلاهما مبنيان على شكل فيلا Villa. كان المركز من قبل يكون مساعدين اجتماعيين، وبعدها تحول مهامه إلى تكوين مربين تقنيين، وكان ذلك سنة 1982 إلى غاية 1987.

وبناء على المرسوم رقم 121/86 المؤرخ في 26 ماي 1986 المتضمن إنشاء مراكز بيداغوجية قصد التكفل بالأطفال المتخلفين ذهنيا، تحول مهامه رسميا إلى مركز طبي نفسي بيداغوجي بمقتضى المرسوم رقم 259/87 المؤرخ في 01 ديسمبر 1987، وتابع لوزارة العمل والحماية الاجتماعية.

يتكفل المركز على مائة (100) متخلف ذهنيا أطفال صغار ومراهقين من كلا الجنسين، وتتراوح أعمارهم ما بين ستة سنوات إلى عشرين سنة. وبالمركز عدد الذكور أكثر من عدد الإناث، بحيث يبلغ عدد الذكور 64 متخلف ذهني، ومنهم 28 أطفال صغار، و36 مراهقا، أما الإناث فيبلغ عددهن 36 متخلفة ذهنية ومنهم 19 أطفال صغار، و17 مراهقة.

ويخضعون لنظام نصف داخلي من 08 سا إلى 15 د إلى غاية 15 سا و30 د. كما أن المركز لا يقتصر على استقبال المتخلفين ذهنيا ببلدية بولوجين فقط، بل تتوسع دائرة المركز إلى عدة بلديات مجاورة لها ومنها: بلدية باب الوادي، بلدية القصبة، بلدية الرايس حميدو، بلدية بينام، بلدية عين البنيان، وبلدية بوزريعة.

تقييم المؤسسة:

يمكننا تقييم المركز من ناحية المجهودات والخدمات المبذولة التي تقدمها الفرقة البيداغوجية للفئة المتكفل بها وهذا من جهة، ومن جهة أخرى من ناحية الوسائل البيداغوجية المادية الموجودة بالمركز.

من ناحية الفرقة البيداغوجية:

إن الفرقة البيداغوجية المتواجدة حاليا بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي ببولوجين ذو كفاءة وقدرات مهنية عالية، وتستحق كل التقديرات والتشجيعات، وكما تتميز أيضا الفقرة بالاستقرار وتجربة كبيرة في الميدان، بحيث نجد الفرقة الأخصائية بما فيهم النفسانيين العياديين والأرطوفونيين والبيداغوجيين منذ وأن فتح المركز وهم يعملون فيه، أي أكثر من 10 سنوات من الخدمة الإنسانية، وشأنهم شأن المربين، وهذا ما يذل على الانسجام والروح الجماعية والمسؤولية ولاتي هي بعائتهم اتجاه الفئة المتكفل بها.

وبالرغم من أن المركز يعاني من نقص في عدد الفرقة الأخصائية نظرا للعدد العائل المتواجد للفئة المتكفل بها، إلا أنهم كل عزم وإرادة وشجاعة واقفون وساهرون في تقديم الخدمات والمساعدات للفئة من كل الجوانب، وهذا بالعمل المنسق والمنظم رفقت المربين.

من ناحية الوسائل المادية البيداغوجية:

إن المركز يحتوي على وسائل مادية بيداغوجية محدودة لا تكفي ومتطلبات الفئة المتكفل بها، وهذا ما يعقد ويصعب في عملية التكفل بهم وتحسين سلوكياتهم وخاصة من الجانب التربوي.

أهداف التكفل:

يسعى المركز والفرقة والبيداغوجية إلى تحقيق أهداف مع الأطفال وتكمن فيمايلي:

1. الاستقلالية: الاعتماد على النفس.
2. الاندماج: إعطاء للطفل أكثر فرص للاندماج مع الآخرين، وهذا عن طريق نشاطات تربوية ترفيهية بيداغوجية هادفة مثل: الرياضة، الخرجات، التكوين، الحفلات.
3. الاتصال: تعويد وتدريب الطفل بالاتصال مع الآخرين، وهذا عن طريق دائما نشاطات تربوية بيداغوجية ترفيهية مثل: الرياضة، التكوين، الخرجات البيداغوجية.

كيفية توزيع المقيمين على الأفواج:

إن الأطفال موزعين على الأفواج حسب السن والمستوى القدرات العقلية، ذكور وإناث. ما عدا فوج الملاحظة فالسن والمستوى غير مراعي، وهذه أنواع الأفواج الموجودة بالمركز.

(1) فوج الملاحظة

(2) فوجان لصغار السن: من 06 سنوات إلى 08 سنوات.

- يتكون الفوج الأول من 11 طفلا (07 ذكور و 04 إناث)

- يتكون الفوج الثاني من 11 طفلا (05 ذكور، 06 أناث)

(3) فوج متوسط السن: من 09 سنوات إلى 12 سنة

- يتكون الفوج من 12 طفلا (07 ذكور و 05 إناث)

(4) ستة (06) أفواج مراهقين: (13 سنة إلى 20 سنة)

بالمركز الأم: 04 أفواج (ذكور وإناث)

بالملاحقة: 02 فوجان كلهم ذكور.

الفرقة البيداغوجية:

1. المدير: الأمر بالصرف

2. المسؤولية البيداغوجية: مربى مختص رئيسي

3. المراقبة العامة: مربية مختصة رئيسي esp

4. أخصائية بيداغوجية: 02 بالمركز

5. أخصائية عيادية: 02 بالمركز

6. أخصائية أرطوفونية: 04 بالمركز

7. المربين المختصين: 16 مربى مختص

8. المساعدين المربين: 20 مساعدة