

جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2

قسم: علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل م د) في فرع علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

مساهمة العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ في  
التخفيف من المشاعر الاكتئابية لدى المراهق المقدم  
على الانتحار

إعداد الطالبة:

سعيدي أنيسة

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ	شرفي محمد الصغير
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ	آيت مجبر واكلي بديعة
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	بكار بوبكر
عضوا ممتحنا	جامعة أم البواقي	أستاذ	بليردوح كوكب الزمان
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ	بوقصة عمر

السنة الجامعية: 2026/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلْ رَبِّيَ أَخَذَ مِنِّي مَذْخَلَ صِدْقٍ وَأَخْرِجَنِي مَخْرَجَ صِدْقٍ وَاجْعَلْ لِي مِنْ  
لَدُنْكَ سُلْطَانًا نَصِيرًا

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمِ

## إهداء

إلى والدي الغاليين

إلى أختي ميشا وزوجها مهند وإبنتهما دكتور المستقبل عمر الغالي على قلب خالته الى أختي الجميلة  
غاغي وأخي العزيز زيزو

إلى كل عائلتي الكبيرة وعلى رأسهم جدي وجدتي و خالي مبروك

إلى كل رفيقاتي و صحباتي وربعي

إلى كل من علمني حرفا

أهدي هذا العمل إلى كل من له مكانة في قلبي

## شكر و عرفان

اللهم لك الحمد على بلوغي هذا الدرجة العلمية، أسأل الله العظيم أن ينفعني بما علمني وأن أنفع به الناس.

أريد توجيه الشكر الخالص للمشرفة البروفيسورة آيت مجبر واكلي بديعة على تأطيرها هذا العمل وكل توجيهاتها ونصائحها طيلة الوقت

كما أشكر كل الأخصائيين النفسانيين في كل من عقون. م والطبيبة النفسية جامع. ح بسطيف الذين كان لهم فضل كبير في تسهيل ايجاد الحالات لهذا العمل

وأعبر عن إمتناني لكل من قام بتشجيعي ولو بكلمة طيبة

أنيسة سعيدي

## ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقصي فعالية العلاج بالمخططات المعرفية التي طورها عالم النفس الأمريكي جيفري يونغ في معالجة الاكتئاب المصحوب بالتفكير الانتحاري عند فئة المراهقين مما يجعل من فئة المراهقين إحدى الفئات الهشة والأكثر عرضة لتطور اضطرابات اكتئابية حادة قد تصل إلى حدود التفكير في الانتحار بل وأحيانا إلى محاولات انتحار فعلية. و قد تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالات العيادية المعمقة نظرا لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، والذي يتيح الفهم الشامل للتركيبية النفسية للمراهق المكتئب والمقبل على الانتحار، من خلال الجمع بين أدوات وصفية وتفسيرية متكاملة مع بعضها البعض وقد تم اختيار حالتين عيادية لمراهقين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 سنة، يعانون من درجات متفاوتة من الاكتئاب الحاد المصحوب بأفكار انتحارية و محاولات انتحارية فاشلة مسبقا؛ وذلك اعتمادا على مؤشرات، و أدوات تشخيصية موضوعية من خلال تطبيق استبيان بيك للاكتئاب ومقياس بيك للتفكير الانتحاري. و قد تم تصميم برنامج علاجي قائم على المبادئ العلاجية بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ و الذي هدف إلى تحديد وتفكيك المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للمراهقين قيد الدراسة. كما تم استخدام المقاربتين النظريتين المعرفية و السلوكية في تحليل و تفسير النتائج التي تم التوصل إليها.

**الكلمات المفتاحية:** المخططات المعرفية لجيفري يونغ - الاكتئاب - المراهق - الانتحار.

### **Abstract:**

This study investigates the effectiveness of Schema Therapy, developed by American psychologist Jeffrey Young, in treating depression accompanied by suicidal ideation among adolescents. The relevance of this research stems from the increasing prevalence of psychological and emotional distress in adolescents particularly in the context of ongoing social changes and rising psychological pressures within Algerian society. Adolescents are considered a particularly vulnerable population with a high risk of developing severe

depressive disorders that may escalate to suicidal thoughts or even actual suicide attempts.

The study employed a clinical methodology based on case studies, which is well suited to the complex psychological dynamics involved. A total of three adolescent clinical cases were selected, involving teenagers aged from 15 to 19 years, all diagnosed with varying degrees of severe depression accompanied by suicidal ideation and previous failed suicide attempts. Diagnostic procedures included the administration of the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS).

A therapeutic intervention program was designed based on the principles of Jeffrey Young's Schema Therapy, aiming to identify and dismantle early maladaptive cognitive schemas. The cognitive and behavioral theoretical frameworks were applied to analyze and interpret the results obtained throughout the intervention process.

**Key words:** Jeffrey's young Shemas therapy – Depression – Adolescents – Suicide

# الفهرس

الصفحة	الفهرس	الرقم
	بسملة	
	اهداء	
	شكر و عرفان	
	ملخص الدراسة	
	الفصل التمهيدي	
01	مقدمة – إشكالية	01
04	الفرضيات	02
04	أهداف الدراسة	03
05	دوافع القيام بالدراسة	04
05	مفاهيم القيام بالدراسة	05
06	الدراسات السابقة	06
12	التعقيب على الدراسات السابقة	07
15	الفصل الأول: المخططات المعرفية لجيفري يونغ	
16	تمهيد	01
17	مفهوم المخططات المعرفية	02
17	نبذة عن مؤسس المخططات المعرفية	03
18	مفهوم المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة لجيفري يونغ	04
19	لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية	05
20	العلاج بالمخططات المعرفية	06

21	اهداف العلاج بالمخططات المعرفية	07
22	تقنيات عمل المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية	08
23	تقنيات العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ	09
29	مراحل العلاج بالمخططات المعرفية حسب جيفري يونغ	10
31	مجالات المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لجيفري يونغ	11
41	قائمة أنماط المخططات المعرفية	12
42	أساليب المواجهة غير التكيفية	13
43	أبعاد مقياس المخططات المعرفية غير المكيفة لجيفري يونغ	14
44	فعالية العلاج بالمخططات في الوقاية من الانتحار	15
46	خلاصة	16
47	<b>الفصل الثاني: الاكتئاب</b>	
48	تمهيد	01
49	مفهوم الاكتئاب	02
50	نظرة تاريخية للاكتئاب	03
50	نسبة إنتشار الاكتئاب	04
51	أسباب الاكتئاب	05
53	تصنيف الاكتئاب	06
56	النظريات المفسرة	07
62	أعراض الإكلينيكية للاكتئاب	08
62	تشخيص الاكتئاب	09

63	طرق قياس الاكتئاب	10
67	علاجات الاكتئاب	11
72	خلاصة	12
73	<b>الفصل الثالث: المراهقة</b>	
74	تمهيد	01
75	تعريف المراهقة	02
75	تعريفات المدرسة السلوكية للمراهقة	03
76	النظرة التاريخية للمراهقة	04
77	النظريات المفسرة للمراهقة	05
86	مراحل المراهقة	06
87	خصائص المراهقة	07
89	أهم العلماء الذين درسوا مرحلة المراهقة	08
90	أشكال المراهقة	09
92	حاجات المراهق	10
95	الفرق بين البلوغ والمراهقة	11
95	دور الأسرة في تنشئة المراهقة وتفادي الإصابة ب الاكتئاب والوقوع في الانتحار	12
97	خلاصة	13
98	<b>الفصل الرابع: الانتحار</b>	
99	تمهيد	01
100	مفهوم الانتحار	02

100	تطور النظرة التاريخية للانتحار	03
103	الفرق بين الانتحار الفعلي ومحاولة الانتحار والتفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري غير مميت	04
107	العوامل المؤدية إلى الانتحار	05
110	التصنيفات العلمية للانتحار	06
114	النظريات المفسرة للانتحار	07
126	خلاصة	08
127	<b>الفصل الخامس الجانب الميداني</b>	
128	تمهيد	01
128	التذكير بأهداف الدراسة	02
129	الدراسة الاستطلاعية	03
129	المنهج المستخدم في الدراسة	04
130	أدوات الدراسة	05
135	تقديم الحالة الأولى وملخص المقابلات	06
136	الملاحظة الإكلينيكية أثناء المقابلات	07
136	ملخص المقابلات للحالة الأولى	08
139	تحليل المقابلات	09
140	التعليق على نتائج سلم بيك للتفكير الانتحاري	10
141	تحليل نتائج استبيان المخططات اللاتكيفية المبكرة لجيفري يونغ	11
143	أنماط المخططات لدى الحالة	12
145	تحليل نتائج سلم قلق المظهر على الحالة	13

153	تقديم الحالة الثانية وملخص المقابلات	14
154	وصف المقابلات النفسية مع الحالة	15
155	تحليل نتائج سلم بيك للحالة الثانية	16
155	تحليل نتائج التفكير الانتحاري للحالة الثانية	17
156	تحليل نتائج استبيان المخططات اللاتكيفية المبكرة لجيفري يونغ	18
157	تحليل نتائج الحالات على ضوء الفرضيات والإطار العام للدراسة	19
159	خاتمة	
160	المقترحات والتوصيات	
163	قائمة المصادر والمراجع	
172	الملاحق	
205	ملخص	

### قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
38	يمثل مجالات المخططات المعرفية لجيفري يونغ	01
43	يمثل أبعاد مقياس المخططات المعرفية غير المكيفة و البنود الخاصة بها	02
44	يمثل مستوى التأثير للمخططات المعرفية	03
55	يوضح تصنيف الاكتئاب حسب الشدة في DSM5	04
107	يمثل الفرق بين محاولات الانتحار و السلوك الانتحاري غير المميت كما جاء به شيندمان	05
132	يمثل مستويات الاكتئاب	06
139	يوضح نتائج سلم بيك الثاني للحالة 1	07

141	يمثل المخططات الاعلى تسجيلا لدى الحالة 1	08
147	مؤشر كتلة الجسم لشخص يبلغ 1.8 م	09
155	يمثل درجات الاكتئاب للحالة 2	10

# الجانب النظري

# الفصل التمهيدي

## مقدمة - إشكالية:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات النفسية البارزة حيث جاء كدمج بين ما هو معرفي و ما هو سلوكي، أي أنه يركز على أهمية الجانب المعرفي في تغيير السلوك في شخصية الأفراد و في توافقهم النفسي الاجتماعي بوجه عام، و في تكيفهم مع مقتضيات البيئة الاجتماعية التي يعيشون و يتفاعلون مع عناصرها المختلفة و من بين اهتمامات العلاجات المعرفية السلوكية أنها تنتظر للإنسان في شموليته لأنها نظرة ثلاثية الأبعاد تجمع بين ما هو معرفي سلوكي و وجداني و يؤثر بعضها على بعض؛ فالعلاج المعرفي السلوكي هو من بين أنجح العلاجات الحديثة و المتميزة التي أثبتت فعاليتها في معالجة العديد من الاضطرابات المزاجية ك الاكتئاب، اضطراب القلق، الاضطرابات السيكوسوماتية، الاضطرابات السلوكية الإدمانية. وأهميته تكمن على أنه يركز على حل المشاكل و الصعوبات الآنية عوضا على التركيز على الاضطرابات و أعراضها في الماضي. (أرون بيك، 2003، ص30)

كما يعد مفهوم المخطط و الذي أوجده العالم النفساني الأمريكي جيفري يونغ و زملاءه من أجدد الطرق المستعملة في العلاجات المعرفية السلوكية، و هو ما أطلق عليه اسم نظرية المخطط التي تتضمن مفهومين رئيسيين هما المخططات و خاصة تلك التي تتطور في الأصل كنتيجة للخبرات السيئة التي مر بها الإنسان منذ مرحلة الطفولة، و ربما تكون هي جوهر اضطرابات الشخصية و أطلق عليها جيفري يونغ المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة والتي تعرف على أنها أنماط رئيسية منتشرة تتضمن الانفعالات، الإدراكات و الأحاسيس الجسدية، و تربط الشخص نفسه و بعلاقاته مع الآخرين من حوله و تتطور من خلال فترة الطفولة إلى المراهقة إلى سن الرشد ؛ كما أنها تظهر بشكل أكثر وضوحا خلال فترة حياة الفرد أنها مختلة وظيفيا و بدرجة ملحوظة. ( كامل مليكة، 1990، ص119)

فالمخططات غير التكيفية هي أنماط معرفية و انفعالية هدامة للذات تبدأ مبكرا خلال تطور الفرد و نموه و تتكرر خلال حياته اللاحقة و استنادا لهذا التعريف فإن سلوكيات الفرد هي ليست جزء من المخطط بحد ذاته، وإنما هي عبارة عن استجابة للمخطط و هي مشتقة منه و لكن في ذات الوقت ليست جزء منه. (ظافر معين، 2015، ص33)

المراهقة هي الأخرى مرحلة حساسة من مراحل النمو فهي تفصل بين مرحلة الطفولة و الرشد و تعتبر مرحلة البحث عن الذات و تأكيدها و تتميز هذه المرحلة بأنها تعثرها الكثير من مظاهر النمو المختلفة الجسمية و النفسية و العقلية. لذا يعرفها هول على أنها البحث عن الاستقلالية الاقتصادية والاندماج في

المجتمع الذي لا تتوسطه العائلة، و بهذا تظهر المراهقة كمرحلة انتقالية حاسمة تسعى إلى تحقيق الاستقلالية الاقتصادية و النفسية و التحرر من التبعية الطفلية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تغيرات على المستوى الشخصي لاسيما في علاقاته الجدلية بين الأنا و المجتمع ( le Hall,1985,p16 )

تقول دولتو Dolto أن المراهقة هي مرحلة تحول تجعل الفرد ضعيفا كضعف الرضيع فهو حساس مرهف لما يسمعه من كلمات، فهذه المرحلة تعبر عن ضعف أو عجز و أي صدمة أو حدث قاسي يترك أثره (Dolto,1988,p100)

فحسب تعريف دولتو للمراهقة هي مرحلة حساسة في حياة الفرد و أي إحباطات تؤدي إلى اختلال التوازن و خاصة إذا ما تعرض الفرد فيها صراعات و أزمات.

لقد بينت الدراسات التي قام بها العلماء و المنظرين حساسية هذه المرحلة فهي مرحلة حرجة يمر فيها الفرد أثناء نموه بتغيرات عديدة و على مختلف الأصعدة النفسية، الجسمية، العقلية، الانفعالية، الاجتماعية و حتى الثقافية منها بحيث تصبح فيها انفعالاته غير مستقرة و تكون متراوحة بين الهدوء تارة و العصبية و الغضب تارة أخرى. أما التغيرات الجسمية التي تحدث تكون موجودة عند مختلف الأفراد غالبا، و في جميع الأمكنة و الأزمنة لكن الاختلاف الجوهري الذي يكمن هنا هو في التغيرات النفسية التي يمكن إرجاعها إلى طبيعة الأفراد و الظروف الثقافية و الاجتماعية التي يعيش داخلها الفرد و على هذا الأساس يمكن أن تحدد بعض الخصائص المميزة لشخصية المراهق التي يتبناها و التي يمكن تلخيصها كما يلي:

1- أن فترة المراهقة هي فترة تغيير جذرية على نسق و من جميع النواحي العقلية و النفسية و الجسدية.

2- أن فترة المراهقة تعتبر فترة انتقالية من الطفولة إلى الرشد

3- أن هذه الفترة تعتمد على المجتمع الذي يعيش فيه الفرد قد تطول أو تقصر و ذلك حسب ثقافة المحيط و حسب طبيعة الأدوار الملقاة على عاتق المراهق وليد بيئته.

4- النمو الجنسي عند المراهق لا يؤدي بالضرورة إلى الأزمات و حتى و إن كان هناك بعض هذه الأزمات فهي طبيعة لكن لا يجب أن تستمر و إلا ستؤدي إلى اضطرابات و هنا فقط تصبح مرضية.

5- في هذه الفترة يمكن التكفل بالأزمات و علاجها إن وجدت و يمكن رؤيتها من منظور إيجابي لأنها تدفع بالمراهق إلى التطور و النضج و تكوين علاقات اجتماعية جديدة و تحمل المسؤولية، و اكتساب

المعايير السلوكية و الاجتماعية و تحمل المسؤولية و توجيه الذات من خلال التعرف على قدراته و إمكانياته و بالتالي قدرته على التفكير بمستقبله و ما سيكون. (أبو بكر مرسى، 2002، ص92)

يعتبر الاكتئاب من أبرز الاضطرابات الشائعة و الأكثر انتشارا في الوقت الراهن، و هناك من يطلق عليه بمرض العصر و يتسم هذا الاضطراب الوجداني بالحزن الشديد و اليأس؛ إضافة إلى مظاهر فيزيولوجية و ملامح قد تظهر على الفرد المكتئب نتيجة عوامل متعددة و مختلفة نفسية و فيزيولوجية.

كما يعد الاكتئاب أحد صور هذه التقلبات الانفعالية خلال فترة المراهقة، و الذي يمكن إرجاعه إلى ما يتعرض له مفهوم الفرد عن ذاته في هذه المرحلة العمرية الحساسة من تغيير و إعادة تنظيم و بناء، فكل من العالم ألبيرت ايليس و ديفن و بناء على نظرية بيك Beck 1976 المعرفية في تفسير الاكتئاب عند المراهقين يقول: " إن الكآبة التي يختبرها المراهقين ربما لا تكون مجرد رد فعل للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث خلال هذه المرحلة و لكنها قد تكون رد فعل للتغيرات و لإعادة تكوين مفهوم الذات Self في سنوات مرحلة المراهقة ". (David,Beck,2010,p84)

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية عامة صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى ففي سنة 1897 قام الفيلسوف دور كايم بتأليف أحد أهم الكتب المنشورة حول هذا الموضوع و قد قام بالإشارة فيه إلى وجود ثلاث أنواع رئيسة للانتحار و كل نوع مرتبط بطبيعة المحيط الذي يعيش فيه المنتح (Nils Retterstol 1993.p29)

تعرفه رغبة شريم على أنه فعل واعي و محرر لقتل النفس و يصدر من نفس الشخص و يكون إرادي لتحرير نفسه من الضغوطات التي يواجهها، فجد بعض حالات الانتحار تحدث من اعتبارات دينية و أخلاقية و ذلك للهروب من العار و لكي لا يكون عبأ على الآخرين. أما من جهة ثانية فيمكننا القول أن الشخص المنتح تسيطر عليه صراعات لم يتمكن من التحكم فيها، فتجده غير قادر على الانسجام مع حياته و إيجاد المعنى لها (رغبة شريم، 2007، ص95)

أجمع علماء علم النفس و المختصين في هذا المجال أن التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار هو أكبر دليل على الهشاشة النفسية للفرد و عدم تمكنه من استعمال الميكانيزمات الدفاعية بطريقة صحيحة لمواجهة الأزمات الحياتية المختلفة، ف2007، دفع بنا إلى التساؤل حول وجود مشاعر أو اكتئاب حقيقي لدى المراهق الذي قام بمحاولة الانتحار (Alain Braconnier,1998.p54)

و هذا ما سنحاول تناوله بالتفصيل في دراستنا هذه و البحث في حيثياته.

فبعد الذي تم الإشارة إليه سابقا يمكننا طرح التساؤل التالي:

ما مدى فعالية العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ في التخفيف من المشاعر الاكتئابية لدى المراهق المقدم على الانتحار؟

### الفرضية:

يساعد العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ في التخفيف من المشاعر الاكتئابية لدى المراهق المقدم على الانتحار.

### أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا هذه إلى:

1- فهم ماهية العلاج بالمخططات المعرفية بشكل معمق و دقيق و ذلك من خلال دراسة مختلف النظريات و الأدبيات المفسرة له.

2- التأكد من صحة ما إذا كانت المخططات المعرفية لجيفري يونغ فعلا تخفف من المشاعر الاكتئابية لدى المراهق المقدم على الانتحار.

3- يمكن القول أن هذه الدراسة تهدف إلى مساعدة الأخصائيين النفسيين و الطلبة و ذلك بتوفير مادة علمية كافية و مفسرة و تكون منطق علاجي و كما تمكنهم من تكوين قاعدة نظرية ملمة يمكن استعمالها في بحوث و دراسات مستقبلية.

4- تزويد الإطار النظري و الأخصائيين النفسيين بمختلف المعلومات حول هذا النوع من العلاجات و أحدث العمليات العلاجية المستخدمة حسب المقاربة المعرفية السلوكية بشكل أساسي و إختيار مقاربة جيفري يونغ كموضوع أساسي محط الدراسة.

## دوافع القيام بالدراسة:

لم يكن اختيارنا لموضوع الدراسة هذا محض الصدفة، بل هو وليد المتعة العلمية و فضول الغوص و التعمق و القراءة حول هذا النوع من العلاجات الحديثة في علم النفس هذا من جهة من جهة أخرى الميل لهذا الموضوع هو بسبب:

- 1- الزيادة الملحوظة في نسبة انتشار كل من (الانتحار/ الاكتئاب) في وسط المجتمع الجزائري.
- 2- نقص مصادر المعلومات باللغة العربية لهذا النوع من العلاج و كذا نقص كفاءات التكفل بالحالات (عدم التمكن من العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ) و و نقص الوعي بطرق و أساليب الوقاية.
- 3- الاستهتار بخطورة المشاعر الاكتئابية (اضطراب الاكتئاب) و دورها في الإقدام على الانتحار و طرق الكشف المبكر عنه قبل فوات الأوان و ظهور الاضطراب كإكتئاب صريح، و عدم اخذ السلوكيات الانتحارية او محاولات الانتحار بجدية في غالبية الاحيان.

## مفاهيم الدراسة:

**1- المخططات المعرفية:** المخططات المعرفية لجيفري يونغ jeffrey young's cognitive schemas يشكل جزءا أساسيا حديثا من العلاج المعرفي السلوكي cognitive behavioral therapy CBT و الذي يكون موجه للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية بشكل عام و أبرزها الأمراض النفسية و الاضطرابات المزاجية كالاكتئاب.

فوفقا لمؤسس هذا النوع من العلاج بالمخططات المعرفية جيفري يونغ يعتقد أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب غالبا ما يكون لديهم مخططات سلبية نحو الذات و العالم الخارجي. و هذه المخططات السلبية ماهي إلا نماذج ذهنية تطورت في مرحلة الطفولة أو في تجارب سابقة من الحياة، و يكون لها دور أساسي و محوري في الطريقة التي يرون بها أنفسهم و العالم و الآخرين. هذه المخططات تؤثر بشكل كبير في كيفية تفاعل الشخص مع المواقف و المشاعر التي يمر بها.

**2- المراهقة:** هي مرحلة انتقالية بين الطفولة و الرشد و التي تشمل الفترة الزمنية ما بين الثانية عشر و العشرين من العمر كما أنها تعتبر الفترة التي تبدأ بالبلوغ في الجانب الجسدي نتيجة التغيرات الهرمونية

و التي تتبعها تغيرات سريعة في الاعضاء الجسدية لكل من الذكور و الاناث مما يحدث ارباكا للمراهق في كيفية التكيف مع الاجزاء البارزة في جسده.

**3- الاكتئاب:** يعرف ستور Storr الاكتئاب على أنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن و تاخر الاستجابات و الميول الى التشاؤمية، و احيانا تصل درجة الاكتئاب في الحالات المعقدة الى الميول الانتحارية كما ترتفع فيها درجة الشعور بالذنب و فيها لا يدرك الفرد اخطاءه و ذنوبه و قد تصل الى درجة البكاء الشديد و محاولات انتحار فعلية.

**4- الانتحار:** عرفته منظمة الصحة العالمية SOS: "عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 2011 الانتحار على أنه فعل يبحث من خلاله الفرد عن تدمير نفسه جسديا مع وجود نية قصد حقيقي للتخلص من الحياة ". أما في تقرير لها تم نشره سنة 2014 فقد اعطت تعريف أكثر اختصارا للانتحار حيث يشير الى فعل قتل الذات عمدا.

### الدراسات السابقة:

في دراسة علمية أجرتها الباحثتين Virginia V McIntoshJanet D Carter , سنة 2013 في الولايات المتحدة الامريكية بعنوان "العلاج النفسي للاكتئاب: تجربة سريرية عشوائية تقارن العلاج المخططي والعلاج السلوكي المعرفي" Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy في هذه التجربة السريرية، تم فحص الفعالية المقارنة للعلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالمخططات في علاج الاكتئاب حيث تلقى 100 مفحوص يعانون من اكتئاب حاد جلسات علاجية أسبوعية من العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج بالمخططات لمدة 6 أشهر، تليها جلسات علاج شهرية لمدة 6 أشهر ثانية. كانت النتائج الرئيسية عبارة عن مقارنات بين الجلسات العلاجية الأسبوعية والشهرية، بالإضافة إلى معدلات التحسن والتعافي. فحصت تحليلات إضافية نتائج أولئك الذين يعانون من الاكتئاب المزمن واضطرابات الشخصية المصاحبة، وأسفرت النتائج عن ان العلاج بالمخططات أفضل بشكل ملحوظ من العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب. وكانت العلاجات مختلفة في الفعالية في جميع النتائج الرئيسية؛ كما كانت هناك آثار علاجية فعالية لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب المزمن أو اضطرابات الشخصية

المصاحبة. (مأخوذة من مقالة the National Library of Medicine (NLM) free, searchable bibliographic database supporting scientific and medical research.

دراسة أخرى نشرتها مجلة APA American Psychological Association 2018 بعنوان: تأثير العلاج بالمخططات JYST على شدة الاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى المرضى الاكتئاب The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression أجريت هذه الدراسة التجريبية باستخدام اختبارين قبلي وبعدي مع مجموعة ضابطة مع جميع مرضى الاكتئاب تم اختيار 30 مريض وفق لمعايير التضمين والاستبعاد وطريقة أخذ العينات حسب التوافر، ثم وزعوا بطريقة عشوائية على مجموعتين متساويتين تجريبية (15 شخص) وضابطة (15 شخص). خضعت المجموعة التجريبية للعلاج بالمخططات لمدة 12 أسبوع، بينما تمت متابعة المجموعة الضابطة فقط. واستخدم فيها مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ومقياس بيك للتفكير في الانتحار (BSSI) في الاختبارين قبلي وبعدي و في النهاية حلت البيانات باستخدام برنامج مانكوفاس SPSS ؛ حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة انخفاض ملحوظ في متوسط درجات الاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة (قيمة الاحتمالية  $0.0001 >$ ) أي أن جلسات العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ خفضت من شدة الاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى مرضى الاكتئاب الذين عانو من افكار انتحارية. (مأخوذة من مجلة (APA

دراسة علمية نشرتها مجلة British journal of psychology قامت بدراسة: فعالية العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ على الأعراض النفسية والأفكار الانتحارية لدى المرضى الذين يرتادون مراكز الإرشاد النفسي. Effectiveness of Schema Therapy of Jeffrey young on Psychological Symptoms and Suicidal Thoughts in Individuals Attending Counseling Centers هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد فعالية العلاج بالمخططات على الأعراض النفسية والأفكار الانتحارية لدى الأفراد الذين يرتادون مراكز الإرشاد النفسي في ساسيكس ببريطانيا. كان المنهج المستخدم شبه تجريبي كما استخدموا فيها إطار مجموعة ضابطة قبل الاختبار وبعده؛ شمل المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة الأفراد الذين زاروا مراكز الإرشاد في ساسيكس 2023. باستخدام أخذ العينات الملائمة تم اختيار 28 فرد وتوزيعهم على مجموعتين تجريبية وضابطة (14 مشارك في كل

مجموعة). خضعت المجموعة التجريبية لثماني جلسات مدة كل منها 90 دقيقة من تدخلات العلاج بالمخططات، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل. تم جمع البيانات باستخدام استبيانات حول الأعراض النفسية والأفكار الانتحارية لبيك، وتم اختبار الفرضيات باستخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA). أشارت النتائج إلى وجود فرق كبير في متوسط درجات الأعراض النفسية والأفكار الانتحارية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الاختبار مقارنة بالنتائج قبل الاختبار. لذلك فإن العلاج بالمخططات المعرفية ليونغ له تأثير كبير على الأعراض النفسية والأفكار الانتحارية لدى الأفراد الذين يرتادون مراكز الإرشاد بساسيكس بريطانيا و هذا ما بينته نتائج هذه الدراسة. (مأخوذة من مجلة ( British journal of psychology

دراسة طويلة المدى نشرتها مجلة Journal of clinical medicine سنة 2023 بعنوان: الانتحار في ضوء مفاهيم العلاج المخططي المخطط غير التكيفي المبكر وأنماط المخطط لجيفري يونغ (دراسة طولية). Suicidality in the Light of Schema Therapy Constructs Early Maladaptive Schema and Schema Modes for Jeffrey Young: A Longitudinal Study قارنت هذه الدراسة شدة المخططات غير التكيفية المبكرة وأنماط المخطط في مجموعة سريرية معرضة لخطر الانتحار ومجموعة سريرية غير انتحارية ومجموعة ضابطة، كما أجريت مقارنات داخل المجموعة بين أوقات الأزمة والاستقرار النفسي، و تم دعم التقييم من خلال التحكم في الأعراض النفسية المرضية المقدمة باتباع مفهوم الأبعاد (أبعاد بنود مخطط جيفري يونغ) النتائج أثبتت الأهمية التي لا شك فيها لمجال الانفصال / الرفض في مساهمة الانتحار. وتم تأكيد أهمية المخططات غير التكيفية المبكرة ليونغ في علاج الانتحار، وخاصة أثناء الأزمات النفسية ومن بين أنماط المخطط لجيفري يونغ ثبت أن نمط الطفل ونمط الوالد العقابي هما الأكثر أهمية في العلاج. كما قدمت النتائج مؤشر للممارسين و الأخصائيين حول أساليب EMS وأنماط المخططات الأكثر ارتباطا بخطر الانتحار. (مأخوذة من مجلة في مجلة Journal of clinical medicine )

مقالة علمية أخرى قامت بها Pamela Pilkington و Rita Younan و Amy Bishop سنة 2021 درست: المخططات التكيفية المبكرة، والأفكار الانتحارية، وإبذاء النفس: مراجعة تحليلية Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review أجرت مراجعة تحليلية شاملة لـ 17 دراسة 200 ارتباط بين المخططات غير المتكيفة المبكرة والتفكير

الانتحاري وإيذاء النفس، كما أظهرت النتائج ارتباط كبير بين التفكير الانتحاري ومخططات مثل العيب/العار ( $r = 0.50$ ) والعزلة الاجتماعية ( $r = 0.43$ ) والفتل ( $r = 0.35$ ). كما خرجت باستنتاج يضم ما يلي:

- ترتبط الأفكار الانتحارية وإيذاء النفس إرتباطا كبيرا سواء كان التفكير انتحاري أم لا بالشعور بالعزلة، وتوقع عدم تلبية رغبة الشخص في الدعم العاطفي وكبت مشاعره.
- ترتبط الأفكار الانتحارية كذلك بإدراك الشخص لنفسه على أنه غير محبوب، ومعيب في جوهره، وغير قادر على النجاح أو إدارة المسؤوليات اليومية (بنود المخططات المعرفية لجيفري يونغ)
- تتوافق النتائج مع عوامل الخطر التي حددتها النظرية المفسرة للانتحار: الشعور بالإحباط والشعور بالعبء. ( مأخوذة من مجلة Journal of Affective disorder reports )

دراسة علمية قامت بها كل من سنة 2012 Todd M. MooreAmanda Seavey العلاج المركز على المخطط لاضطراب الاكتئاب الشديد واضطراب الشخصية: دراسة حالة Schema-Focused Therapy for Major Depressive Disorder and Personality Disorder: A Case Study دراسة حالة كانت فردية لطالب جامعي يعاني من اضطراب اكتئابي رئيسي واضطراب في الشخصية غير محدد (NOS). أبدى المريض مشاعر الحزن وانعدام القيمة وعدم الانتباه والعزلة والأفكار الانتحارية بالإضافة إلى ذلك، أبدى المريض أنماط سلوكية جامدة ومنتشرة مثل جنون العظمة والعزلة والنجسية. يتكون العلاج من العلاج بالمخططات، مع التركيز على العلاقة العلاجية (إعادة التربية المحدودة) طبق على المريض استبيان مخطط يونغ (YSQ) قبل بدء العلاج ومرة أخرى بعد العلاج، و أظهرت النتائج ان المخططات التي تم إقرارها بمستويات متوسطة إلى عالية هي: الفشل والتورط والتخلي والحرمان العاطفي والعقاب والسلبية التشاؤم والعزلة الاجتماعية. لكن بعد 68 أسبوعا من العلاج بالمخططات، ابدت نتائج المريض أن جميع المخططات الثمانية عشر كانت بمستوى "منخفض" أي تحسن حالة المريض بعد العلاج (مأخوذة من مجلة sage journals )

دراسة علمية اخرى نشرت European journal of psychiatry سنة 2017 من طرف N.flink , بعنوان S.M.Lihto: المخططات غير التكيفية المبكرة والأفكار الانتحارية لدى مرضى الاكتئاب Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients أن الأفكار الانتحارية تعد عامل خطر رئيسي للسلوك الانتحاري لدى الأفراد المصابين ب الاكتئاب،

ولاستكشاف الأنماط المعرفية الكامنة المرتبطة بالأفكار الانتحارية قارنت هذه الدراسة المخططات النفسية غير التكيفية المبكرة لدى مرضى العيادات الخارجية النفسية الذين يتلقون علاج لاضطراب الاكتئاب الشديد؛ سواء كانوا يعانون من أفكار انتحارية حالية أم لا. تكونت العينة من 79 مريض مصاب ب الاكتئاب قاموا بالإجابة عن استبيان Background وأكملوا استبيان Jeffrey young questionnaire المختصر المكون من 21 بند ومقياس بيك للاكتئاب. كان المرضى الذين لديهم أفكار انتحارية أكثر صعوبة في التكيف مع غالبية خدمات الطوارئ الطبية مقارنة بمن لا يعانون منها. بعد ضبط شدة أعراض الاكتئاب المتزامنة واليأس (التعرض للأذى أو المرض)، ظل خدمات الطوارئ الطبية، التي تتعلق بالمعتقدات الكارثية، مؤشر على الأفكار الانتحارية، إذ كشفت الدراسة أنه قد تساهم خدمات الطوارئ الطبية في التفكير بالانتحار لدى المصابين ب الاكتئاب بغض النظر عن حالتهم المزاجية وتوجهاتهم المستقبلية. (مأخوذة من مجلة European journal of psychiatry )

في دراسة أجريت سنة 2024 نشرت بمجلة Adolescent and youth psychological studies بعنوان: فعالية العلاج بالمخططات في الاكتئاب وتقدير الذات وتحمل الضيق لدى المراهقين المكتئبين الذين فقدوا آباءهم - The Effectiveness of Schema Therapy on Depression, Self-Esteem, and Distress Tolerance in Fatherless Depressed Adolescents هذه الدراسة التطبيقية على تصميم شبه تجريبي، يتضمن اختبار قبلي واختبار بعدي ومجموعة ضابطة، باستخدام العينة العشوائية العنقودية تم اختيار 30 مراهق (19 اناث و 11 ذكور) ممن فقدوا آباءهم خلال العام أو العامين الماضيين؛ وحصلوا على درجات عالية في مقياس بيك للاكتئاب 2 و تم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين تجريبية وضابطة، وكاختبار قبلي أكمل المشاركون اختبار كويرسميث لتقدير الذات Cooper'smith Self-Esteem Inventory 1967 ومقياس سيمونز وغاير لتحمل الضيق 2005 Simons and Gaher Distress Tolerance Scale تلقت المجموعة التجريبية 10 جلسات أسبوعية (90 دقيقة لكل جلسة) من علاج المخطط لجيفري يونغ بالتفصيل.

النتائج المحصل عليها من الدراسة: وفقا للنتائج، أثر العلاج بالمخططات بشكل ملحوظ على الاكتئاب ( $F = 17.25$ )، وتقدير الذات ( $F = 36.34$ )، وتحمل الضيق ( $F = 17.74$ ) لدى المراهقين. تشير هذه النتائج إلى أن العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ هو من العلاجات الفعالة الي بشأنها أن

تقلل من الآثار السلبية المرتبطة بتجربة فقدان الأب و الأعراض السلبية للإكتئاب و الحد من السلوكيات الانتحارية لدى المراهقين. (مأخوذة من مجلة Adolescent and youth psychological studies)

نشرت مجلة Comprehensive chiatry journal دراسة سنة 2017 بعنوان ترتبط المخططات التكيفية المبكرة للحرمان العاطفي والعزلة الاجتماعية والعار والتخلي بتاريخ من محاولات الانتحار بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية كبرى Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders شارك في الدراسة تسعون 90 مشارك من بينهم 30 مريض يعانون من اضطراب الاكتئاب المزمن ممن حاولوا الانتحار مؤخرًا؛ و30 مريض آخرون يعانون من اضطراب الاكتئاب المزمن دون أي محاولات انتحار، و30 من ضوابط صحية مطابقة لجنسهم وعمرهم. أكمل المشاركون استبيانات تغطي الخصائص الاجتماعية والديموغرافية واستبيان مخطط يونغ (YSQ-RE2R) لتقييم المخططات غير التكيفية المبكرة. قيم المختصون اضطراب الاكتئاب المزمن لدى المرضى باستخدام مقياس مونتغمري-أسبيرج لتصنيف الاكتئاب. لم يختلف المختصين في تقييم المرضى في أعراض الاكتئاب مقارنة بالضوابط الصحية، سجل مرضى الاكتئاب المزمن درجات أعلى في المخططات غير التكيفية مثل البحث عن التقدير، والسلبية/التشاؤم، وضعف ضبط النفس مقارنة بالمرضى الذين لم يحاولوا الانتحار؛ وأفراد الضوابط الصحية أما الذين حاولوا الانتحار فسجلوا درجات أعلى في أبعاد مثل الفشل، وعدم الثقة، والتثبيط العاطفي، والعزلة الاجتماعية، والهجر/عدم الاستقرار. كان لدى مرضى الاكتئاب المزمن مخططات غير تكيفية أكثر وضوح، ولكن هذا كان أكثر وضوح لدى المرضى الذين لديهم تاريخ من محاولات الانتحار تشير النتائج إلى وجود علاقة بين محاولات الانتحار وضعف الأداء النفسي و محاولات الانتحار. مأخوذة من (volume 77) Comprehensive chiatry journals

دراسة أخرى نشرتها مجلة BMC Psychiatry سنة 2023 بعنوان: ارتباط المخططات اللاتكيفية المبكرة بأفكار سلوكيات إيذاء الذات لدى المراهقين Early maladaptive schemas are associated with self-injury thoughts and behavior in adolescents دراسة ارتباط المخططات التكيفية المبكرة بأفكار وسلوكيات إيذاء النفس، وكذلك وظائف إيذاء النفس لدى المراهقين المتلقين للرعاية الصحية المتخصصة.

تم اختيار عينة من مرضى مراهقين تتراوح أعمارهم بين 12 و 22 عاما في أول زيارة لهم والذين يدخلون رعاية الصحة النفسية المتخصصة أو دور رعاية الأطفال. بالنسبة لـ 118 مشارك طبق عليهم استبيان مخطط يونغ القصير النموذج 75 الموسع (YSQ) عند دخول العيادات النفسية ومقياس وظائف مخزون أوتاو لإيذاء النفس (OSI-F) بعد عام واحد من العلاج تم استخدام YSQ لقياس EMSS للمشاركين و OSI-F لأفكارهم وسلوكهم في إيذاء النفس. تم التأكد من وجود ارتباطات بين EMSS وإيذاء النفس في ثلاث مجموعات: عدم إيذاء النفس، وأفكار إيذاء النفس فقط، وكلا أفكار وسلوك إيذاء النفس. بعدها تم تقييم ارتباطات EMSS بوظائف سلوك إيذاء النفس في أربع فئات: التنظيم العاطفي الداخلي، والتنظيم العاطفي الخارجي، والتأثير الاجتماعي، والبحث عن الإحساس؛ بالإضافة إلى ذلك تم تقييم ارتباطات EMSS بالسماوات الإدمانية لسلوك إيذاء النفس؛ تم تقييم مقادير أحجام تأثير الاختلافات بين مجموعات إيذاء النفس باستخدام معادلة كليف دلتا. وتم تحليل ارتباطات خدمات الطوارئ الطبية بوظائف إيذاء النفس باستخدام النمذجة الخطية العامة، ومع سمات إدمان إيذاء النفس باستخدام الانحدار اللوجستي. كانت الاختلافات بين مجموعات إيذاء النفس ملحوظة في غالبية نماذج إيذاء النفس. كلما كانت نماذج modes إيذاء النفس أقوى زادت شدة أعراض إيذاء النفس. تراوحت أحجام التأثيرات بين الصغيرة والكبيرة تبعا لنموذج إيذاء النفس، بالنظر إلى وظائف إيذاء النفس ارتبط التنظيم العاطفي الداخلي بنماذج إيذاء النفس القائمة على التضحية بالنفس (قيمة الاحتمال = 0.021) وارتبط التنظيم العاطفي الخارجي بكل من الهجر (قيمة الاحتمال = 0.040) والمعايير الصارمة (قيمة الاحتمال = 0.012). ارتبط الإدمان على إيذاء النفس بالهجر (قيمة الاحتمال = 0.043) والاعتماد (قيمة الاحتمال = 0.025). (ماخوذة من مجلة BMC Psychiatry)

دراسة دولية نشرت عام 2023 في مجلة "PubMed" تناولت العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والأنماط المرتبطة بالانتحار عند المراهق. أظهرت النتائج أن أنماط مثل "الطفل الضعيف" و"الوالد العقابي" ترتبط بشكل كبير بالسلوك الانتحاري، بينما تلعب أنماط مثل "البالغ السليم" و"الطفل السعيد" دور وقائي في تخفيف أعراض الاكتئاب و تجنب الأفكار الانتحارية.

**التعقيب على الدراسات السابقة:**

في ضوء الدراسات السابقة التي تناولت فعالية المخططات المعرفية في علاج الاكتئاب والانتحار لدى المراهقين، يمكن ملاحظة إجماع علمي متزايد على أهمية هذا التوجه العلاجي، لاسيما في قدرته على إعادة بناء أنماط التفكير السلبي والمعتقدات الجوهرية المشوهة التي تشكل جوهر المعاناة النفسية لدى هذه الفئة العمرية. فقد أظهرت البحوث السابقة الذكر أن المراهق المكتئب المقبل على الانتحار يكون ضحية لمخططات معرفية عميقة الجذور، تتسم بالتشاؤم، وانخفاض تقدير الذات، ومشاعر العجز واليأس. وقد بينت دراسات مثل دراسة N.flink , S.M.Lihto أن التدخل المعرفي يمكن أن يقلل بشكل ملموس من شدة الأفكار الانتحارية، من خلال تفكيك التحيزات المعرفية وتعزيز مهارات المواجهة الفعالة. كما كشفت الدراسات الاخرى أن إعادة هيكلة المخططات الذهنية السلبية لدى المراهقين، باستخدام تقنيات العلاج المعرفي-السلوكي و العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري بيونغ من شأنه، خفض معدلات التفكير الانتحاري وتحسين الأداء النفسي والاجتماعي. إلا أنه، وبرغم النتائج الإيجابية، فقد لوحظ تفاوت في فاعلية هذه الأساليب على حسب المتغيرات الفردية مثل شدة الاكتئاب، والدعم الأسري، ومدى رسوخ المخطط المعرفي السلبي (قدمه) و درجة الاعتقاد به. وهو ما يشير إلى ضرورة تبني نماذج علاجية مرنة تراعي خصوصية كل حالة وبناء على ذلك تؤكد هذه الدراسات على أهمية اعتماد برامج تدخل معرفي تستهدف جوهر البناء العقلي للمراهق المكتئب، مع تعزيز المهارات الذاتية والاجتماعية بشكل متكامل، بما يسهم في الحد من مخاطر الانتحار بشكل فعال ومستدام.

اوجدت دراسة Pamela, Rita, Amy أن تعديل المخططات الأساسية مثل "الحرمان العاطفي"، و"الخلل في ضبط الذات"، و"الاعتمادية و عدم الكفاية" يؤدي إلى تحسين ملحوظ في التنظيم الانفعالي وقدرة المراهق على بناء هوية أكثر توازن، مما يقلل من ميول الانتحار. وقد استخدمت في هذه الدراسات تقنيات محددة مثل لعب الأدوار Imagery Rescripting وحوار الكرسيين Chair Work والتي ساعدت في إعادة بناء التجارب السلبية القديمة ومعالجة الألم العاطفي غير المعبر عنه. من جهة أخرى، تظهر نتائج التحليلات، مثل تلك المنشورة في Journal of Adolescence أن العلاج بالمخططات المعرفية أثبت فعالية طويلة المدى مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي التقليدي، خاصة مع الحالات المعقدة أو المزمنة من الاكتئاب والانتحار لدى المراهقين.

ومع ذلك، فإن بعض الدراسات مثل دراسة BMC Psychiatry تشير إلى أن فعالية هذا العلاج تظل مشروطة بقدرة المعالج على تكيف المفاهيم العلاجية مع المستوى النمائي للمراهق، بما يضمن إدماج

الجانب العاطفي والوجداني ضمن العملية العلاجية بطريقة داعمة وغير تهديدية. وعليه، يعد نموذج يونغ من أكثر النماذج العلاجية الفاعلة في الوقاية من الانتحار لدى المراهقين، لكونه يستهدف الجذور العميقة للألم النفسي وليس مجرد الأعراض الظاهرة.

# الفصل الأول

## المخططات المعرفية

## تمهيد:

إن بنية الفرد البشري مكونة من توليفة متكاملة و متجانسة من المكونات البيولوجية و الإجتماعية و الثقافية و النفسية. حيث تعد هذه المكونات نتيجة نهائية في إمتزاجها محدد لطبيعة الشخصية و الطبع لدى الفرد، فنتحكم في نوع و مسار تفاعلها مع العالم الخارجي ليتم تحقيق مستوى ملائم من التكيف و الصحة النفسية بحيث يكون هناك توافق للمعتقدات و أفكار الفرد مع واقعه المعاش، وكذلك يجب أن تكون الأفكار منطقية و عقلانية و واقعية و غير مشوهة؛ أما إذا كانت مشوهة و غير عقلانية فهاته الأفكار تعتبر من بين المشوهات الدالة على أن الشخص له شخصية غير تكيفية.

يعد العلاج بالمخططات المعرفية Schema Therapy هو أحد طرق العلاج النفسي الحديث الذي طوره جيفري يونغ وآخرون، وهو يعتبر علاج نفسي تكاملي يجمع بين أفضل جوانب أساليب العلاج السلوكي المعرفي ونظرية العلاقة بالآخر والتحليل النفسي ونظرية التعلق والعلاج الجشطالتي. ويعد العلاج بالمخططات أول مدرسة علاجية تعمل على علاج المرضى ومساعدتهم في حل مشكلاتهم الشخصية وليس خفض الاعراض المرضية فقط حيث انها تساعد الافراد على تغيير النمط السلبي من مشاعر وأفكار وسلوك والذي عاشوا به لمدة طويلة ؛ يوفر العلاج بالمخطط نظام جديد للعلاج النفسي المناسب بشكل خاص للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مزمنة راسخة كاضطرابات الشخصية و الاكتئاب المزمن، والعلاج الزواجي، والاضطرابات المزمنة الموجودة في المحور الأول من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وعند حدوث فشل في تجاوب المرضى مع أساليب علاج أخرى مثل أسلوب العلاج السلوكي المعرفي التقليدي.

وتعتمد هذه التقنية على مجموعة من المفاهيم الرئيسية وهي المخططات غير التوافقية ومفهوم الانماط الداخلية على مستوى انماط الطفل الداخلي وانماط السلطة بالإضافة الى مفهوم الانماط التكيفية، و مفهوم الاحتياجات النفسية غير مشبعة و في هذا الفصل سوف نقوم بدراسة كل ما يتعلق بهذه التقنية العلاجية و التفصيل فيها من مفاهيم و أساليب و أنماط و غيرها.

## 1- مفهوم المخططات المعرفية:

تعرف المدرسة التحليلية المخططات المعرفية في قدرة الاوعي على التأثير على الأفكار و الانفعالات و السلوك و ذلك من خلال معالجة المعلومات بطريقة لاواعية بدلا من معالجتها بطريقة واعية على ساحة الشعور.

قام العالم بياجي بربط مفهوم المخططات المعرفية بمجال التعلم و النمو المعرفي بحيث أنه يعود له الفضل في كونه أول من قام بصياغة و فحص مفهوم المخططات المعرفية و تحديد المفاهيم الأساسية لها التي تستخدم في علم النفس اليوم مثل الموائمة Accommodation و تعني تعديل المخططات الحالية عند مواجهة منبهات بيئية لا تتناسب مع المخططات التي كانت موجودة مسبقا أما التمثل Assimilation و هو قيام المخططات بالمساعدة في إدماج معلومة جديدة من البيئة التي يتواجد بها الفرد او التي يعيش فيها.

عرف العالم آرون بيك المخططات المعرفية على أنها قواعد خاصة تتحكم في معالجة المعلومات و هذا الأخير يتحكم في السلوك و لقد ركز بيك في دراسته على الدور المركزي و الهام الذي تلعبه هذه المخططات في تشكيل السلوك المرضي و بالتالي إستمرار معاناة الفرد من الاضطرابات النفسية.

يعرف معجم Larousse المخطط المعرفي هو عبارة عم مجموعة من البنيات المعرفية المجردة التي تمثل ميدانا خاص بالاشياء و الاحداث مع مميزاتها الخاصة او المواصفات و العلاقة بينهما فالمخطط يمكن اعتباره مجموعة من المعلومات المخزنة في الذاكرة كما انه ايضا بنية وظيفية، اذ يحمل مخططات لمعالجة المعلومات المتعلقة بالميادين التي يتدخل فيها.

اعطى جي تبرغين تعريفا للمخطط و هو الآخر ربطه مع المخططات بقوله: هو تمثلات عقلية تسمح لنا بحل المشكلات و توجيه الافعال دون الاهتمام بالاحداث الدقيقة. (محمد عطوف ياسين، 1986، ص401)

## 2- نبذة عن جيفري يونغ:

جيفري يونغ Jeffrey Young من مواليد 9 مارس 1950 هو عالم نفس أمريكي Psychologist اشتهر بتطوير العلاج بالمخططات المعرفية سنة 1986، ذلك يعتبر هو المؤسس الأول لمعهد العلاج

بالمخططات المعرفية Shemas therapy institution. بعد حصوله على درجة البكالوريوس من جامعة ييل Yale university بالولايات المتحدة الأمريكية، حصل على درجة التعليم العالي من جامعة بلسيفينيا Penn university حيث تابع ما بعد الدكتوراه مع مع العالم آرون بيك Aron Beck. قام بكتابة العديد من الكتب عن العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy و كتاب العلاج بالمخططات المعرفية لأصحاب الإختصاص و كتاب " إعادة إختراع حياتك " Reinventing your life.. (Goldney, R. D. 2013.P17)

### 3- مفهوم المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة لجيفري يونغ Jeffrey's Young :Early Maladaptive Cognitive Schemas

يعرف يونغ المخططات المعرفية على أنها نمط أو مفهوم ينطوي على مجموعة من الذكريات و الانفعالات و المعارف و الأحاسيس فحسب جيفري يونغ فإن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة هي عبارة عن نماذج و انفعالات هامة تكون بالنسبة للفرد مجتاحة مكونة من ذكريات و انفعالات و أحاسيس جسدية تخص الفرد مع الآخرين و يفترض على انها مرتبطة بحاجات الفرد الاساسية الكامنة غير المشبعة. (Young, and others,2003, p20)

عرف هاوسو Hawsseaut 2003 المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة بأنها شعور مؤلم يتكرر في الوقت الحاضر نتيجة خبرات سيئة معاشة ترسخت مبكرا في الطفولة نتيجة لحرمان عاطفي و نقص تربوي فتصبح طريقة سلبية للتفكير والإدراك راسخ حول الذات و حول العالم الخارجي.

أما يونغ و آخرون Young 2003 فعرفوا المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة بأنها " أنماط تفكيرية واسعة الانتشار مستحوذة على الفرد تتضمن الذكريات و الانفعالات و المعارف و الأحاسيس التي تتعلق بالفرد في حد ذاته و في علاقاته التي تجمعها بالآخرين، تتكون أثناء الطفولة و تتطور خلال مرحلة المراهقة و الرشد و تكون مختلة وظيفيا بشكل كبير ". كما اشار يونغ أن هذه الأنماط المعرفية تكون محبطة للذات أما السلوكات غير التكيفية فهي ليست جزء من المخططات المعرفية، ولكنها تنتج كرد فعل أو كاستجابة للمخططات المعرفية غير التكيفية. (Young, and others,2003, p21)

### التعريف الإجرائي للمخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة:

تعرف المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة بأنها أفكار رئيسية مهيمنة تتشكل من الذكريات و الانفعالات و المشاعر و التي تتكون خلال الطفولة و المراهقة و تؤثر سلبا على مسار حياة الفرد.

#### 4- لمحة عامة عن المخططات المعرفية:

استعملت كلمة مخطط من طرف العلماء و المفكرين الاغريق و لكن لم تظهر بشكل اصطلاحي حتى بداية القرن التاسع عشر حين وضع المفكر الفيلسوف ايمانويل كانت (Emmanuel Kant) في كتابه الشهير نقد المنطق اول مفهوم اصطلاح للأشياء في ذاتها و ظاهرها، فكل فرد يضع ثلاث توقعات حول الاشياء في العالم الخارجي: الوقت، المكان، السببية. بحيث يستطيع الفرد تصنيف هذه المواضيع في محيطه لكن لا يستطيع معرفة ما يقع داخل هذه التصنيفات لذا يعتبر "كانت" اول من وضع مفهوم معالجة المعلومات في علم النفس. كما وضع هايد 1918 Head مصطلح مخطط الجسد الذي أرجع هذه العملية الى الفص الجداري و الذي يؤمن استقرار صورة الجسد و تمثل الذات في موقع الحدث. بعد ذلك تراجع العالم أدلر Adler عن موقفه مع فرويد و الذي يعتبر اول معالج نفسي اشار الى المخططات المعرفية كما تكلم عن مخططات الادراك و ذلك لتوضيح وجهة نظر كل فرد الى عالمه و الى ذاته و ذلك تحت عنوان " علم الحياة" عام 1929 كما استعمل أدلر مصطلح المخططات المعرفية العصابية فلهذا المرجع اثر كبير على العلاج المعرفي في مقتنا المعاصر.

ثم في أوائل القرن العشرين أشار علماء مثل فريتز هايدر وكورت كوفكا إلى أن العقل البشري يسعى إلى تنظيم المعلومات في أنماط كلية ذات معنى. غير أن الاستخدام الأكثر لمصطلح "المخطط المعرفي" ظهر مع عالم النفس البريطاني فريدريك بارليت في ثلاثينيات القرن الماضي، حيث استخدمه لوصف الهياكل العقلية التي يستخدمها الأفراد لتنظيم وتفسير الخبرات، مشيراً إلى أن الذاكرة ليست مجرد عملية تخزين سلبي، بل تعاد صياغتها نظراً لمخططات معرفية سابقة. وقد تعزز هذا المفهوم بظهور المدرسة المعرفية في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، وخصوصاً مع أعمال جان بياجيه، الذي ربط بين المخططات والتطور المعرفي عند الأطفال، موضحاً كيف تنمو هذه المخططات من خلال عمليات المواءمة (تكيف المخطط حسب العالم الخارجي) والتمثل (الذي يجعل العلم شبيه للمواضيع و المخططات السابقة). كما ساهمت نظريات العلاج المعرفي، مثل تلك التي طورها آرون بيك، في توسيع مفهوم

المخططات ليشمل أنماط التفكير السلبية المستقرة التي تميز الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق. ثم بعد ذلك أصبحت المخططات المعرفية إطار تفسيري مهم لفهم السلوك الإنساني حيث ينظر إليها على أنها أنساق داخلية تؤثر في استقبال المعلومات، وتوجيه الانتباه، وتفسير الأحداث، واتخاذ القرار، مما يجعلها محور هام في العديد من التطبيقات النفسية والتربوية الحديثة. (ميخائيل إبراهيم، 2017، ص100)

### 5- العلاج بالمخططات المعرفية:

طور جيفري يونغ نظريته في العلاج بناء على العلاج المعرفي و الذي يؤكد أهمية أن تعديل بعض المشكلات العصابية مثل القلق و الاكتئاب و اضطرابات الشخصية يمكن ان يكون ناجح فقط إذا استطعنا أن نحدد خبرات الطفولة المبكرة المعاشة، حيث يقوم المعالج النفسي هنا على تعديل المخططات غير التكيفية المبكرة Early Maladaptive Schemas و التي تشكل المشاعر و الذكريات و المدركات و الأحاسيس المادية و التي تكون متعلقة بالفرد نفسه و علاقاته مع الآخرين. و كذلك علاقة تلك الذكريات مع المخططات التكيفية المبكرة و هي جوهر نظرية جيفري يونغ.

عمل جيفري يونغ منذ سنة 1990 على توسيع نطاق علاجه Shemas Therapy لمساعدة المرضى الذين لم يحقق معهم العلاج المعرفي السلوكي التقليدي أي تحسن، و لم يساعدهم على التخفيف من معاناتهم؛ و إعتبر جيفري يونغ أن الاضطرابات التي تصيب الفرد ما هي إلا إستجابة للمخططات غير المكيفة المبكرة EMS لدى الفرد و بالتالي فان العلاج يركز على تغيير المخططات بغية احداث التحسن في حالة الفرد. ففي البداية وضع جيفري يونغ علاجه ST لعلاج الاكتئاب المزمن و المشاكل الصعبة للأفراد و الأزواج و لعلاج اضطرابات الشخصية الحدية Borderline Personality Disorders BPD و يدمج هذا العلاج عناصر مختلفة من العلاج السلوكي و العلاج المعرفي و علاج الجشطلتي و علاقات بنية الشخصية، في منهج واحد منتظم لتلقي العلاج و ذلك من خلال استخدام مجموعة متنوعة من التقنيات التي تسمح بالتعرف على ذكريات التجارب المبكرة التي لها صلة قوية بتشكيل المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة و معالجتها مرة ثانية من خلال غعادة بعض المواقف الوالدية الحاصلة في الماضي، بحيث هنا يقوم المعالج بتزويد الفرد بتجربة انفعالية مصححة تسمح له بالتعبير عن مشاعره و إشباع حاجياته المهملة في السابق. (Young, and others, 2003, p55)

## 6- أهداف العلاج بالمخططات المعرفية :Goals of Shemas Therapy

حدد جيفري يونغ أهداف العلاج بالمخططات المعرفية على النحو التالي:

- إستعادة الوعي النفسي و مساعدة المريض على ادراك و فهم ما لديه من مخططات معرفية غير متكيفة و ذلك بهدف اعادة تنظيم تلك البنى المعرفية الاتكيفية الداخلية و التحكم في زيادة شدة المخططات عن طريق الوعي، و اضعاف الانفعالات و الذكريات و الاحاسيس الجسدية و المعارف المرتبطة بالمخططات؛ حيث قدم جيفري يونغ ثمانية عشر مخطط من المخططات التفكير الاتكيفية و التي تم تجميعها في خمسة مجالات واسعة و تسمى بمجالات المخططات المعرفية Shemas Domains
- مساعدة المريض على تلبية احتياجاته العاطفية الأساسية التي لم يتم تلبيتها في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال إعادة المواقف الوالدية و قد حدد يونغ خمس حاجات عاطفية رئيسة يؤدي احباطها على تشكيل المخططات المعرفية الاتكيفية المبكرة لدى المرضى و هي: التعلق الآمن بالآخرين Secure Attachment to others، الحاجة على الاستقلال و الكفاءة و الشعور بالهوية Autonomy Competence and sence of identity و حرية التعبير عن المشاعر و الاحتياجات المشروعة Freedom to express valid needs and realistic limits and self emotions، العفوية و اللعب و الواقعية و التحكم في الذات control
- مساعدة المريض على التوقف عن استخدام اساليب المواجهة الاتكيفية و التي تعلم بها الكفل كيف يتكيف مع الخبرات السلبية التي مر بها و نتائجها من طرق تفكير لاتكيفية
- الحد من الأوضاع الغير وظيفية او المخططات المختلة للمريض EMS و تعليم المريض كيف يستجيب بشكل اكبر لوضع الراشد الصحي Healthy Adult Mode بحيث يستطيع ان يستجيب بطرق تكيفية عندما يتم تفعيل المخططات EMS في الحياة اليومية.. (Young, and others, 2003, p60)

## 7- تقنيات عمل المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية early maladaptive cognitive schema making techniques:

توجد عمليتان أساسيتان في المخططات و هما الحفظ و الشفاء Preservation and healing فحسب يونغ اذا ارتبطت الفكرة و الانفعال و السلوك و كل حادثة من الاحداث الحياتية بمخطط ما يمكنها عندئذ ان تشارك اما في حفظه و ذلك بانجازه و تدعيمه او بشفائه و ذلك من خلال اضعافه. ( و هذا ما قمنا بتطبيقه في الجانب التطبيقي مع الحالات )

### 7-1- حفظ المخططات Preservation shemas:

يتعلق حفظ المخططات الـ EMS بكل ما يساهم في تفعيلها و تنشيطها و هذا على المستوى الداخلي للفرد او في سلوكه الخارجي بحيث يتضمن سياق الحفظ كل الافكار و الانفعالات و السلوكيات التي تدعم المخطط، و تتم تقنية الحفظ بواسطة ثلاث ميكانيزمات اساسية هي التشوهات المعرفية cognitive distortions، سيناريوهات محطة للذات self-degrading scenarios، واساليب المواجهة الاتكيفية الغير وظيفية maladaptive, dysfunctional coping styles. بحيث تضخم التحريفات المعرفية المعلومات التي تؤكد المخطط و تحفظه و تنكر كل ما يتناقض معه و هي المسؤولة بالدرجة الاولى عن الادراك السيئ لمواقف الحياة بطريقة تدعم المخطط. و يمثل المخطط شبكة منظمة من تتكون من المعرفة المتراكمة و يمكن للمعلومات الجديدة ان تناسب هذا المخطط فاذا لم يحدث ذلك يقوم الفرد بتاويل المعلومات، بطريقة تجعلها تناسب المخطط فعلى سبيل المثال اذا كان الفرد لديه مخطط التعرض و الاستهداف من الاخطار فهو يركز على الاشياء التي تمثل خطرا في البيئة بل و يميل غلى تفسير كل جميع الاشياء الغامضة في بيئته على انها اشياء خطيرة.

و تعد المخططات مسؤولة تلقائيا و لا شعوريا عن الحكم الانفعالي و السريع و الغير المنطقي المبني على اخطاء التحريفات و التي تؤدي الى تفسيرات غير متكيفة للمحيط و للذات و الاخرين و تكون خاصة بالفرد و هي مسؤولة عن الطبع غير العقلاني للافكار التلقائية حيث تمنع المواجهة المعقولة للافكار بالواقع مما يؤدي الى حفظ المخططات المختلة وظيفيا. اما من الناحية السلوكية فيبادر الفرد في سيناريوهات الحياة التي تحط من الذات فيقوم بالاختيار الاشعوري للعلاقات و المواقف التي تنشط و تحفظ المخططات الاتكيفية، و في المقابل يتم تجنب العلاقات التي تتناقض مع المخطط و يتصرف الفرد

في علاقاته مع الآخرين بطريقة تجعلهم يتجاوزون معه سلبيات و هذا ما يؤدي الى حفظ المخطط فمثلا الشخص الذي يمتلك مخطط عدم الثقة / الاساءة يختار في علاقاته الشركاء الذين يتسمون بالبذاءة و الاساءة و التعدي على الغير، بل و يسمح لهم بالاساءة معه و يجيز لهم تصرفاتهم المهينة له.  
(Young, and others, 2003, p80)

## 7-2- شفاء المخططات :Healing shemas

يتمثل الهدف النهائي للعلاج Shemas therapy في شفاء المخطط و هو مجموعة ذكريات و انفعالات و احساسات جسدية و معارف و بالتالي فان شفاؤه يستدعي الاضعاف من حدة كل هذه العوامل، و ادخال تغيير على السلوك فتستبدل اساليب الموجهة التكيفية بنماذج تكيفية اذ يمارس اثناء العلاج معالجات معرفية و انفعالية و سلوكية فيصبح المخطط خلال عملية الشفاء صعب التنشيط و اذا نشط يكون الانفعال اقل ازعاجا.

و يتطلب شفاء المخططات ارادة لمواجهة و المقاومة ضده كما يتطلب تنظيم و تدريبا متكرر حيث يجب ان يلاحظ المريض المخطط بشكل منتظم و العمل كل يوم من اجل تغييره حتى يصحح بالكامل و قد يلاحظ مقاومة من قبل المخطط للحفاظ على نفسه و يتطلب العلاج جهدا نفسيا لمحاربة المخطط من قبل المعالج و المفحوص بهدف التغلب عليه و لكن الشفاء التام هو غالبا غير ممكن لان الذكريات المرتبطة بالمخطط ليست قابلة للمحو التام من الذاكرة ؛ فالعلاج يسمح له بان يكون اقل نشاطا و العاطفة المرتبطة به تكون اقل حدة و اقل مدة و بالتالي يستجيب المفحوصين لمخططاتهم بشكل سليم و يختارون اصدقاء و شركاء يعطونهم مزيد من العاطفة و يرون ذواتهم بشكل ايجابي.

يقوم المعالج و المفحوص خلال عملية الشفاء على تحديد المخططات التكيفية التي يمكن للمريض من خلالها ان يصف علاقاته من خلال تجاربه المبكرة و يبني لدى المريض تصور عن طبيعة العلاقات الصحية و الهدف م هذا هو زيادة استخدام التصورات الصحية بدلا من السلوكيات التلقائية التي تعكس صورا للعلاقات المزعجة و هذا بهدف اضعاف الشحنات الانفعالية السلبية في علاقات الفرد بمن حوله و من ثم اضعاف المخطط او شفاؤه.

## 8- تقنيات العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ Jeffrey Young's Cognitive

### :Schema Therapy Techniques

يعتمد العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ على آليات التغيير و الشفاء يشكل اساسي Mechanisms of healing and change و يشمل العلاج كذلك مجموعة التقنيات الاتية:

#### 8-1- تقنية الآليات الخبراتية ( الانفعالية ) Experiential techniques Imagenery and dialogue work

**dialogue work**: تتضمن التقنيات الانفعالية مواجهة العملاء للمخططات على المستوى الانفعالي حيث يسمح للمفحوصين التعبير عن غضبهم و حزنهم حيال ما حدث لهم عندما كانوا اطفالا و يقفون في وجه آباءهم و شخصيات اخرى قريبة منهم و مؤثرين في حياتهم و يتم من خلال هذه التقنية تحديد الحاجات التي لم يتم اشباعها من قبل آبائهم و يربطون الصور الطفولية بصور المواقف المثيرة المقلقة في حياتهم الحالية، ومن خلال هذا يتمكنون من مواجهة الرسائل الواردة من المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية EMS و يخاطون عن التصور و لعب دور الشخصيات المهمة في حياتهم الحالية و هذا من اجل تحطيم سياق حفظ المخططات على المستوى الانفعالي و التقنيات الخبراتية الانفعالية تركز على استخدام فنيات البسيكودراما النفسية و علاج الجشطات و التخيل و العمل الحوارى و كتابة الرسائل.

#### 8-2- تقنية إستدعاء مواقف والدية محددة و مبكرة اثناء عملية التربية - Limited Re-parenting

تعد هذه التقنية بمثابة القلب النابض لعلاج جيفري يونغ و يظهر الاحتياج المباشر الى هذه التقنية من خلال الافتراض الاساسي لنظرية جيفري يونغ، و الذي افترض ان المخططات الاتكيفية المبكرة EMS و انماط المخططات الغير وظيفية Shemas Mode تنشأ في وقت مبكر عندما لا يتم اشباع الاحتياجات العاطفية الاساسية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة لذا فالهدف من هذه التقنية هو مساعدة المفحوص في العثور على الاحتياجات التي لم تشبع في مرحلة الطفولة المبكرة و التي تكون بمثابة الترياق الذي يواجهه الخبرات المدمرة التي عاشها الطفل و التي كانت سبب في تكوين المخططات EMS. ومن خلال اعادة المواقف الوالدية المحددة يتم اشراك المريض في علاقة تعلق آمن توازي العلاقة الصحية مع الوالدين و التي افتقدها المريض في مراحلها المبكرة.

اشار جيفري يون غ الى ان هناك مد واسع من الاحتياجات العاطفية التي تدخل في نطاق آلية استدعاء المواقف الوالدية و التي لم يتم تلبيتها من خلال تربية الطفل في مراحلها المبكرة منها التواصل Communication و المرح Joy و اظهار حدود الاشباع الصحية للطفل و الضبط الذاتي و الاستقلالية

كما تتضمن هذه الآلية المهمات التربوية الخاصة بالوالدين و التي يتم تجاهلها في الماضي من قبل الوالدين او القائمين على تربية الطفل ذكر يونغ منها: الحنية الحزم مشاعر الدفاء و التعبير عن الذات و المواجهة، و الحق في اللعب، و على المعالج ان يسجل و ينظم ردود افعال المفحوص على تلك المواقف.

### 8-3- تقنية التخيل Imagery technique:

تعد عملية التخيل تقنية خبرانية انفعالية و تستخدم عادة في وقت مبكر من العلاج من اجل فهم اكثر عمقا و وضوحا للمخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة EMS و انماط المخططات الغير وظيفية Shemas Modes، و يتم ذلك من خلال انتزاع ذكريات الطفولة المزعجة في شكل صور ذهنية للخبرات التي مر بها المريض مع والديه او اشخاص مهمين بالنسبة اليه؛ و يطلب من المريض ان يتم في الحوار مع هولاء الاشخاص و يحدد من خلاله الاحتياجات العاطفية التي كان يتمنى اشباعها من خلال علاقته بهم طول فترة حياته، و على المعالج هنا ان يتفهم هذه الاحتياجات و يفسرها على حسب علاقاتها باي من المخططات غير التكيفية المقترنة بها و يطلب من المريض ان يحدد اي من المواقف الحالية في حياته الراهنة يحمل نفس المشاعر كما تصورها في طفولته المبكرة، و بالتالي يستطيع ان يستوضح الروابط بين الذكريات المبكرة و المحاور التي تدور حولها المخططات غير التكيفية و الانماط الغير وظيفية.

و يعد التخيل في الغالب من اهم العناصر في مرحلة التغيير، فهو يتضمن آلية تسمى اعادة برمجة الصور الذهنية Reprogramming mental images و التي يتم من خلالها مراجعة الذكريات و الحاجات و في الحالات التي يلجا فيها الوالدان او المقربون المهمون بالنسبة للفرد و الذين لايزالون لا يلبون احتياجات المريض العاطفية منهم، هنا يتدخل المعالج في الصورة من خلال التخيل و يعيد المواقف بكونه مصورا لنمط الوالد الصحي، و هذا يقود الى تطوير التعلق الآمن بين المعالج و المريض و هو شكل من التعلق الذي يشجع الى النمو و التكامل ؛ كما يتضمن التخيل اثناء مرحلة التغيير ايضا تشجيع المريض على التعبير عن مشاعره و يتم هذا عبر طرق الصور الذهنية و لعب الادوار داخل الجلسات العلاجية و ليس شرط مع الافراد المهمين انفسهم. و تساعد عملية التخيل المريض في تلبية ما افتقده من مشاعر في حياتهم و التغلب على ما عانوه من صدمات نفسية، و في حالة الصدمات و ما يتبعها

من شعور بالكرب فان اعادة برمجة الصور الذهنية ينطوي على اعادة صياغة الذكريات في اتجاه اشباع الاحتياجات بطريقة آمنة.

#### 8-4- تقنية الكرسي الخالي Empty Chair technique:

تشمل هذه التقنية ان ينتقل المريض بين كرسيين، و كأنه يقيم حوار بين جانبيين من جوانب النفس مثلا كرسي يمثل جانب المخطط الاتكيفي و الكرسي الآخر يمثل الجانب الصحي و كذلك يمكن ان يكون الحوار بين المريض و واحد من المهمين بالنسبة له يقوم بحواره معه من اجل الوصول الى نتائج نهائية للمشكلة التي بينه و بين المفحوص يسمح له بأن يقول ما لم يستطع قوله في الماضي و يتم تشجيع المريض على التعبير بحرية عن مشاعره، كالغضب، الحزن، أو الخوف يمكن أن يبدل المريض إلى الكرسي الآخر ويتحدث من منظور "الشخص المؤذي"، مما يساعده على إعادة تفسير التجربة و تسمى هذه الآلية التصحيح وإعادة المعنى Reparenting / Limited Reparenting المعالج أحيانا يتدخل لتمثيل "الوالد البديل الداعم" الذي يوفر الاحتياجات العاطفية التي لم تلب في سابق.

الهدف النهائي من هذه التقنية هو دمج هذه التجارب وتصحيح الاعتقادات الخاطئة الناتجة عن المخططات المبكرة غير التكيفية، وتقوية الراشد الصحي Healthy Adult Mode داخل المريض. فكل من تقنية التخيل و الكرسي الفارغ عادة ما يتم استخدامهم كتقنية مشتركة combined techniques في علاج جيفري يونغ.

#### 8-5- تقنية الآليات المعرفية Cognitive technique:

ركز جيفري يونغ على التقنيات المعرفية في علاجه ST Shemas Therapy و اشار غلى ان هذه التقنية تهدف الى هدفان و هما: التعلم learning و اعادة الهيكلة reframing و فيها يتعلق الهدف الاول للتعلم بتركيز المعالج على تعليم المريض و توعيته باحتياجاته و مشاعره السوية، وتتضمن الاحتياجات السوية شعوره بالامان و الاستقرار و الشعور بانة يحصل على الحب و انه مقبول و مؤكد لذاته و انه يحصل على المساندة و التوجيه فالجانب التعليمي يتيح للمريض الوعي باحتياجاته و الحق في الحصول عليها و اشباعها في العلاقات الشخصية بدءا بالعلاقة العلاجية و طلب العلاج.

اشار جيفري يونغ ان بعض المرضى قد يميلون الى لوم النفس و تحميلها مسؤولية ما مر به من خبرات مؤلمة عندما كانوا اطفالا في الطفولة المبكرة اعطى مثال على ذلك: if i was a good kid my

parents could've loved me لو كنت طفل جيد لكان والداي يحباني و في هذه الحالة تبرز اهمية الهدف الثاني لهذه التقنية و هي اعادة الهيكلة المعرفية cognitive reframing فهنا يتم التركيز على ان الابوين كان لديهم من المشكلات و الصعوبات ما سبب عدم سير الامور بطريقة افضل، بالاضافة الى ذلك التركيز على السمات الجيدة للمريض بهدف مواجهة الرسائل السامة التي وصلت للمريض و لا زالت تراود مسامعه و تفكيره من الوالدين ذوي الازواج الاتكيفية ( الوالد العقابي و الوالد اللوح) تتوسع تلك التقنيات في استخدام فنيات العلاج المعرفي و السلوكي المعرفي مثل الاستماع و ادراج الايجابيات و دحض السلبيات الخاصة بالمخطط و مناقشة مدى صحة الافكار الخاصة بالمخطط من جانب و الجانب الصحي و المقارنة بينهما. لذلك من الاهمية ان يساعد المعالج المريض على القيام بعدة عمليات معرفية بحيث يتعلم كيف ينفذ المخطط على المستوى العقلي و يضع لائحة list للحجج و الاستدلالات التي تبطل المخطط مدى حياته و من التقنيات المستخدمة في التقنيات المعرفية تقنية بطاقات الفلاش Flash Cards و يوميات المخطط Shema diary.

**8-5-1- تقنية بطاقات الفلاش Flash Cards:** من الآليات التي استخدمها يونغ مع مرضاه بشكل كبير وهي بطاقات مكتوبة يتم اعدادها من طرف المعالج و المريض، تستخدم لمساعدته على إعادة برمجة تفكيره ومشاعره وسلوكياته، عبر تعزيز "نمط البالغ الصحي" ومواجهة أنماط الطفولة السلبية أو أنماط التكيف غير الصحية. تتضمن البطاقة رسالة موجّهة من البالغ الصحي إلى الطفل المتألم داخل الشخص، وتحتوي على عبارات داعمة ومطمئنة تحديات للمعتقدات السلبية الجذرية (مثل أنا غير محبوب أو أنا فاشل) يبحث يطلب من المريض قراءة البطاقة يوميا او في لحظات الازمات العاطفية ؛ أشار يون غالى انها تقوي الاتصال بالذات الداخلية الصحية كما انها تقلل من المخططات السلبية و تعيد تعديل اللغة الداخلية لتكون اكثر تعاطفا و اقل قسوة على الذات.

**8-5-2- تقنية يوميات المخطط Shema diary:** هي تقنية علاجية مركزية في العلاج بالمخططات لجيفري يونغ تستخدم لمساعدة المريض على التعرف على أنماط التفكير والسلوك المرتبطة بالمخططات غير المتكيفة المبكرة. تهدف هذه التقنية إلى زيادة الوعي بالعلاقة بين الأحداث اليومية وتفعيل المخططات غير التكيفية حيث تستعمل لتسجيل وتفكيك التفاعلات الانفعالية والسلوكية في المواقف الحياتية، من خلال نموذج مكون من خطوات محددة كما ذكرها

يونغ: الحدث أو الموقف، المشاعر والأفكار المصاحبة، المخطط أو نمط التكيف المحتمل، نمط الطفل أو نمط التكيف المفضل، الرد البديل من "البالغ الصحي" Healthy Adult؛ فمن خلال هذا التسجيل المنتظم يتمكن المريض من تمييز التكرارات المعرفية والسلوكية السلبية وتطوير استجابات جديدة أكثر تكيف. تستخدم يوميات المخطط كجزء من العمل بين الجلسات وتناقش مع المعالج لتحفيز التغيير المعرفي والعاطفي والسلوكي التدريجي.

#### 8-6- تقنية كسر الانماط السلوكية Behavioral pattern breaking:

و تعتبر التقنية الاطول و الاصعب في العملية العلاجية، فبعد مرحلة تغيير النمط الداخلي من خلال استخدام التقنيات الانفعالية و المعرفية يوجه المفحوص الى تعميم الخبرات التي تم تعلمها في الجلسات العلاجية على علاقاته الشخصية، و لتحقيق هذا الامر يتطلب العمل غالبا دمج كل استراتيجيات العلاج السابقة الذكر كما يستخدم المعالج كذلك آليات العلاج السلوكي التقليدي كاسترخاء و التدريب التوكيدي و ادارة الغضب و تعزيز مهارات الضبط الذاتي. و اشار يونغ ان في هذه المرحلة يجب ان يتحد كل من المعالج و المريض لتوضيح اي من السلوكيات ذات اثر سلبي على حياة المريض و الآخرين من حوله و اي السلوكيات التي يجب اختيارها كهدف لعملية العلاج و التغيير.

و تمثل معظم السلوكيات المختلة وظيفيا استجابات تكيفية للمخططات EMS فهي تشكل عقبات رئيسية للشفاء و يجب ان يقبل المريض بالتخلي طوعا عن اساليبه التكيفية المختلة وظيفيا حتى ينجح التغيير؛ وهذا ما يساعد المريض على بناء سلوكيات صحية لتعويض الاستجابات المختلة بانماط سلوكية صحية اكثر تكيفا فيتهيء بذلك المفحوص الى الافتتاح الكامل بان اختبار بعض الرفقاء مثلا او بعض القرارات في الحياة تساهم في حفظ المخططات غير المتكيفة و هنا يبدأ في وضع اختيارات سوية تلغي سيناريوهات الحياة القديمة التي تهزم الذات.

#### 8-7- بناء العلاقة العلاجية Building therapy relationship:

أكد جيفري يونغ على اهمية بناء و تطوير العلاقة و الالفة بين المريض و المعالج بحيث يكون المعالج بمثابة الملاذ الآمن الذي يستطيع فيه المفحوص ان يشبع احتياجاته و يعبر عن مشاعره و رغباته بقدر من الحرية. لان المعالج هنا يلعب دور الراشد الصحي Healthy Adult و الذي يحارب المخططات

غير التكييفية مع المريض فتلعب هذه العلاقة دور الواقي الجزئي ضد المخططات، فيستدخل المفحوص المعالج كراشد سليم يقاوم ضد مخططاته بحثا عن حياة انفعالية مرضية و مشبعة.

و يؤكد جيفري يونغ على جانبين من جوانب العلاقة العلاجية:

الجانب الاول: هو التعاطف الكامل من المعالج مع واقع المريض و مواجهة المخططات و هذه الطريقة يجب ان تستخدم في مرحلة التغيير و تنطوي على تكوين روابط حقيقية و التي يهتم فيها المعالج بشكل كبير و اخلاقي للمفحوص؛ كما انه يبدي تعاطف كامل و يشجعه على التعبير عن وجهة نظره و مشاعره و يقدم المعالج للمفحوص تفسيرات بديلة للمريض للمواقف المؤلمة بالنسبة له و المشاعر المرتبطة بها، ففوة العلاقة و الرابطة ليست جزءا من عملية التغيير، بل هي شرط مسبق لها.

الجانب الثاني: هو اعادة المواقف الوالدية limited reparenting و هذا يتضمن انشاء علاقة تعلق آمنة و التشجيع على التغيير الحقيقي و الأمن عند الاحتياجات و المشاعر و الشجيع على حفظ حدود واقعية و من خلال كل هذا يصل المريض الى ما كان فقده او استعصى الوصول اليه في مرحلة الطفولة.(Young, and others, 2003, p102-108)

## 9- مراحل العلاج بالمخططات حسب جيفري يونغ Stages of treatment by

jeffrey young: و تشمل هذه المراحل ما يلي

### 9-1- مرحلة التقييم و التشخيص the assessment phase:

وضح يونغ كيفية تقييم المفحوصين لتحديد المخططات لديهم و تحويل المعلومات الى تصور عام للحالة و يبدأ هذا بتحديد و عرض مشكلة المريض و التعرف على اساليب الحياة الغير وظيفية لدى المريض و ذلك من خلال الحوار و تطبيق الاستبيانات يتم تحديد المخططات المعرفية الاتكيفية و قائمة انماط المخططات. و هنا يرتفع الوعي لدى المرضى و يتعرفون على انماطهم الاساسية و يساعدهم المعالج على ملاحظة كيفية الانتقال من نمط الى اخر و تحديد الاحداث و المثيرات التي تؤدي الى تنشيطها ثم ياتي الكشف عن اصول تلك المخططات المتجذرة في مرحلة الطفولة المبكرة او المراهقة و بعد ذلك يتم وصف اساليب المواجهة الاتكيفية لدى المريض و ادراكه طريقة تدخل تلك الاساليب لحفظ المخططات و

في النهاية يصل المعالج الى وضع تصور كامل للحالة و الذي يصب فيه كل المفاهيم و المعلومات السابقة بحيث يعمل منها نسيج مترابط لوصف حالة المريض. و يرى يونغ ان استعمال عدة طرق للتشخيص يزيد من دقة التعرف بالمخططات حيث يظهر بعض المفحوصين مخطط في مقياس المواقف الوالدية مثلا و لكنه لا يظهر في استبيان يونغ YSQ فاستدعاء مواقف و سلوكيات آبائهم هو اسهل عندهم من البلوغ الى انفعالاتهم؛ كما انه احيانا يقدم المفحوصين معلومات متناقضة او غير متناسبة في الاستبيانات بسبب استخدام آليات المواجهة التكيفية مثل التجنب أو التعويض. و يستعمل المعالج خلال مرحلة التشخيص و التقييم اساليب معرفية و سلوكية و انفعالية و المدة الضرورية لمرحلة التقييم و التشخيص متغيرة و قد تكفي خمس جلسات للتشخيص في الحالات البسيطة اما عند المفحوصين المعوزين بشدة او المتجنبيين بشدة فتحتاج الى وقت اطول.

## 9-2- مرحلة تغيير انماط المخططات Shemas mode change:

يستعمل فيها المعالج خلال فترة التغيير التقنيات المعرفية و السلوكية و الانفعالية و العلاقات البيئشخصية بصفة مرنة حسب احتياجات المفحوص في كل جلسة علاجية و لا يلتزم المعالج ببروتوكول صلب، و يقترح يونغ لعب للأدوار يركز على اعادة عيش المواقف الطفولية المؤلمة التي ساهمت في ان تكون نقطة بداية لهذه الانماط و يلعب المريض دورا يمثل نمطه ثم دور يمثل نمط الوالدين اللاتكيفي، ثم دور الوالدين السوي الصحي و تنطوي طريقة العمل على تنظيم الوضع الداخلي للمريض، يسعى المعالج دوما لحصار تلك المخططات و التأكيد عليها كجزء اساسي من شخصية المريض و يجب ان يركز المعالج على ارسال رسائل ايجابية للعميل و تلك الرسائل تكون على نقيض من الرسائل السلبية التي نشأ عليها المريض خلال تربيته. و في غالب الامر يقاوم المفحوص تلك الرسائل محاولا رفضها او انكارها كمحاولة لمعاقبة الذات.

قسم جيفري يونغ مرحلة التغيير الى جزئين:

الجزء الاول منه مرحلة التغيير تنطوي على تطوير الاستراتيجيات المعرفية التي تسمح للمفحوص بخطوة خارج المخطط و يحاول ان يرى واقع هذا المخطط بانه غير دقيق او مبالغ فيه لدرجة كبيرة وواحدة من فنيات هذه المرحلة هي خلق صوت صحي من خلاله يستطيع المفحوص ان يحول المخطط بطريقة عقلانية و منطقية و هذا الصوت يدعم و يعزز وضع الراشد الصحي، و تقدم ست استراتيجيات معرفية

على التوالي و هي: اختبار صلاحية المخطط، بلورة الاحداث التي تدعم المخطط، تقييم مزايا و عيوب اساليب المواجهة التي يستخدمها المفحوص، اجراء الحوار بين جانب المخطط و الجانب الصحي و بناء بطاقات الفلاش، و ملئ نموذج يوميات المخطط.

الجزء الثاني: فتمثل مرحلة التغيير الانفعالية او الخبراتية و يوجد فيه شقان الشق الاول هو تحديد و استهداف المشاعر المرتبطة بالمخطط و الشق الثاني هو اعادة مواقف التربية لعلاج تلك المشاعر و تلبية احتياجات الطفولة غير المشبعة، فالعمل على المستوى العاطفي الانفعالي يساعد المفحوص على ان يشعر نفس المشاعر التي ادت الى تكوين تلك المخططات و بالتالي اضعافها.

### 9-3- مرحلة تطوير الضبط الذاتي :Development of autonomy stage

و ينتقل فيها العلاج حسب جيفري يونغ من اعادة المواقف الوالدية خلال العلاقة العلاجية الي تطوير و تنمية الاستقلالية خارج نطاق الجلسات العلاجية، و المجالين المهمين و الاساسين اللذان يتم التركيز عليهما هما العلاقات البيئشخصية و تنمية المزيد من الشعور بالهوية و التقرد و يتم اكتشاف العلاقات الشخصية و بصفة خاصة العلاقات العاطفية القوية لفهم كيفية التفاعل بين الانماط المختلفة مرة اخرى يكون هناك الامل في ان يكون المفحوص قادرا على تطوير العلاقات المشبعة و التي لا يشعر خلالها بالظلم او الحرمان من جهة او الغضب و التدبير من جهة اخرى ؛ ومن الناحية المثالية يكون المفحوص قادرا على التعبير عن احتياجاته و مشاعره بشكل مناسب و القدرة على الانخراط في العلاقات سوية تتميز بالاخذ و العطاء و في حالة الشكل الجماعي للعلاج يتم تعزيز وضع العائلة الصحي و ليس فقط الوضع الصحي للمفحوص. (Young, and others, 2003, p108-111)

### 10- مجالات المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لجيفري يونغ Jeffrey

#### :Young's Early Maladaptive Cognitive Schema Domains

أشار يونغ الى ان المخططات التي تنشأ نتيجة لعدم تلبية الاحتياجات العطفية الاساسية للطفل و قد حدد يونغ ثمانية عشر محط من المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية و التي تعد لب النظرية تم تجميع هذه المخططات الثمانية عشر في خمس مجالات واسعة يعبر كل مجال عن حاجة من الاحتياجات العاطفية الاساسية غير المشبعة هي:

### 10-1-1- Disconnection and rejection : الانفصال و الرفض

المرضى في هذا المجال غير قادرين على تكوين صداقات و علاقات آمنة مستقرة مع الآخرين، فهم يعتقدون ان احتياجاتهم للاستقرار و الامن و الحب و التعاطف و الاهتمام و الانتماء و تقاسم المشاعر و القبول و الاحترام لن تشبع بشكل كاف و مرض بالنسبة لهم و يشمل هذا المجال المخططات التالية:

### 10-1-1- Abandonment /Instability (ab) : مخطط الهجر / عدم الاستقرار

الشخص الذي لديه هذا المخطط لديه الشعور و الاعتقاد بان الآخرين المهمين بالنسبة له لن يستمرو في تقديم الدعم العاطفي له و التواصل معه لأنهم غير مستقرين و لا يمكن التنبؤ بهم عاطفياً، و انهم سوف يتخلون عنه اما بالموت او لأنهم وجدوا أشخاص آخرين أفضل منه. و تنتهي العلاقة الحميمة و سوف يصبح بمفرده في اي لحظة، لذلك نجده في حالة قلق و حزن مستمر من التخلي عنه و قد يصل الى الاكتئاب إذا فقد شخص عزيز.

### 10-1-2- Mistrust /Abuse (ma) : مخطط عدم الثقة /الإساءة

الشخص الذي لديه هذا المخطط يعتقد بان الآخرين كاذبون مخادعون سوف يستغلونه و يسيئون اليه و يعاملونه باحتقار، يفرحون بمعاناته و انهم يقصدون الاضرار به عن عمد لذلك لا يتحدث عن نفسه كثيرا امام الافراد لاعتقاده انهم سوف يستعملون هذه المعلومات ضده، يتجنب العلاقات الشخصية و الحميمة لأنه حذر و كذلك الاعتقاد بان علاقة الآخرين به ما هي الا مجرد مصلحة مؤقتة. ينشأ هذا المخطط نتيجة لتعرض الطفل لإساءة المعاملة من قبل الاسرة او قيام احد افراد الاسرة بالاعتداء عليه لفظيا او جنسيا.

### 10-1-3- Emotional Deprivation (ed) : مخطط الحرمان العاطفي

في هذا المخطط يتوقع الفرد ان ما يحتاجه من دعم عاطفي و تقبل و اهتمام و تفهم لن يحصل عليه بشكل كاف و يرى جيفري يونغ ان للحرمان العاطفي ثلاثة اشكال:

- الحرمان من الحنان: غياب الاهتمام و الحنان و المودة و الدفء.
- الحرمان من التعاطف: غياب الفهم أو الاستماع او الافصاح عن الذات او المشاركة المتبادلة في مشاعر الآخرين

- الحرمان من الحماية: غياب الموجه او المرشد الاعلى او الناصح

و يشير يونغ ان الاشخاص الذين لديهم هذا المخطط نجدهم يختارون على مستوى العلاقات اشخاص باردين لا يستطيعون تقديم الدعم العاطفي لهم مما يؤدي الى زيادة الاحباط العاطفي لديهم، و الاسرة التي تدعم هذا المخطط هي اسرة لا تفهم احتياجات الطفل و لا تظهر له التعاطف و لا تقدم له الدعم او التوجيه.

#### 10-1-4- مخطط العيب / العار (ds) Defectiveness/Shame:

الشخص في هذا المخطط لديه شعور سيئ متدني غير مرغوب فيه و انه اقل شانا من الآخرين، يعتقد بان لديه الكثير من النقائص و العيوب التي تجعله مرفوضا من الآخرين لذلك يتجنب العلاقات مع الآخرين خوفا من ان يكتشفوا عيوبه، يكون حساس للنقد او الرفض يشعر بالخجل من عيوبه المتصورة (الانانية، الرغبات الجنسية غير المقبولة، المظهر الجسدي غير المرغوب فيه) يقارن نفسه باستمرار بالآخرين و لا يشعر بالأمان خاصة مع الاشخاص الذين يعتقد بمفهومه انهم خالون من النقائص. ينشأ هذا المخطط نتيجة افراط الاسرة في استخدام الانتقاد للطفل و مقارنته بالآخرين أو الاعتداء عليه جنسيا او لفظيا او عاطفيا.

#### 10-1-5- مخطط العزلة الاجتماعية (si) Social Isolation/Alienation:

الشخص في هذا المخطط لديه اعتقاد بانه مختلف عن البقية ن معزول عن العالم الاجتماعي الاكبر خارج اسرته، و انه ليس جزءا و لا ينتمي لاي جزء من اي مجموعة في المجتمع. يفضل الوحدة و ممارسة الانشطة الفردية، و ينشأ هذا المخطط نتيجة احساس الشخص بان عائلته تختلف عن باقي العائلات حوله او نتيجة تعرضه للإهانة و الرفض من قبل الاطفال الآخرين او احساسه بالدونية مقارنة بالأطفال الآخرين.

#### 10-2- Impaired Autonomy and اعاقا الاستقلال و الاداء

:performance

المرضى الذين لديهم مخططات هذا المجال لديهم توقعات عن أنفسهم و عن العالم لا تتناسب مع قدراتهم على تحقيق النجاح بشكل مستقل و كاف و يشمل هذا المجال المخططات التالية:

### 10-2-1-1 مخطط الاعتمادية / العجز (di) Dependance/Incompetence:

في هذا المخطط يعتقد الفرد بأنه غير قادر على تحمل مسؤولياته اليومية دون مساعدة كبيرة من الآخرين مثل أنه عاجز على الاعتناء بنفسه، حل المشكلات اليومية، التعامل مع المهام الجديدة، اتخاذ القرارات. ينقصه الثقة بالنفس و دائما يطلب مساعدة الآخرين له و يصيبه الاحباط بسرعة، مقاوم جدا للتغيير بسبب احساسه العميق بالاعتمادية و العجز. و ينشأ هذا المخطط نتيجة عدم تشجيع الاسرة للطفل للاعتماد على النفس و التشكيك دائما في قدرته على الاعتناء بنفسه.

### 10-2-2-2 مخطط التعرض للخطر او المرض (vu) Vulnerability to harm or illness:

الشخص في هذا المخطط لديه خوف مبالغ فيه من ان كارثة ما على وشك ان تقع في اي لحظة و لن يتمكن من منعها و تأخذ المخاوف اشكال عدة:

- الكوارث الطبية: مثل نوبة قلبية، الايدز
- الكوارث الانفعالية: مثل الجنون
- الكوارث الطبيعية: مثل الزلازل، انهيار المصاعد، الايذاء من قبل المجرمين

وعادة ما ينشأ هذا المخطط نتيجة خوف الاسرة الزائد عن حده و التاكيد للطفل على ان العالم مكان ملئ بالخطر.

### 10-2-3-2 مخطط الاغراق / نقص النمو (eu) Enmeshment /undeveloped self:

الشخص في هذا المخطط يرتبط عاطفيا بشكل مبالغ فيه مع الآخرين خاصة الوالدين مما يفقده هويته و يشعره بالفراغ و السطحية فهو لا يستطيع البقاء او السعادة بمفرده. و ينشأ هذا المخطط نتيجة التحكم الزائد من الاسرة في الطفل مما يجعله ينمو دون ان يشعر بأنه فرد مستقل.

### 10-2-4-2 مخطط الفشل في الوصول الى الهدف (fa) Failure to achieve:

في هذا المخطط يعتقد الفرد بأنه فاشل و انه غير قادر على النجاح مثل اقرانه في مجالات الانجاز (المدرسة، الوظيفة، الرياضة....) و ينتابه دائما بأنه غبي و تافه و غير كفاء و انه مهما حاول سيفشل في النهاية. لذا يكون الفرد دائما منغلق على نفسه و يببالغ في الشعور بالفشل و يلغي فكرة النجاح. ينشأ

هذا المخطط حسب يونغ نتيجة سخرية الاسرة من الطفل و نقده و التقليل من شأنه و مقارنته بزملائه ووضعه في المكانة الادنى دائما.

### 10-3-3- Other – Directedness المجال الثالث التوجه من خلال الآخر

المرضى في مخططات Subjugation هذا المجال يببالغون بشكل مفرط في تلبية احتياجات الآخرين على حساب احتياجاتهم و رغباتهم الخاصة، الاسرة التي تدعم مخططات هذا المجال هي الاسرة ذات الحب و القبول المشروط.

### 10-3-1- مخطط الخضوع و الانقياد (sb) Subjugation

في هذا المخطط نجد ان الشخص يستسلم تماما لسيطرة الآخرين عليه و رغباتهم على حساب رغباته و ارادته لكي يتجنب الغضب او التخلي او الهجر لذلك لا يوجد لديه خيار آخر غير الخضوع، فهو مفرط الحساسية و يعتقد انه المسؤول دائما على راحة الآخرين كما انه يدرك ان رغباته و آراءه و مشاعره غير مهمة بالنسبة للآخرين. ينشأ هذا المخطط نتيجة وجود اسرة شديدة التحكم و السيطرة و التهديد للطفل و عدم احترام رغباته او اتاحة الفرصة له لاتخاذ قراراته و تحمل مسؤولياته.

### 10-3-2- مخطط التضحية بالذات (ss) Self – Sacrifice

الشخص في هذا المخطط يتفانى في التودد للآخرين و تلبية احتياجاتهم على حساب احتياجاته الخاصة و تقديم المساعدة لهم بشكل ارادي عكس مخطط الخضوع، فهو لا يتحدث عن نفسه، بل يستمع كثيرا للآخرين و يقلق عليهم متعاطف جدا و حساس لمعاناة الآخرين. و يفعل كل هذا لتجنب الاحساس بالذنب او الانانية و نتيجة لذلك يتولد لديه الشعور بان احتياجاته لن تلبى بشكل كاف مما يؤدي الى استيائه من اولئك الذين اعتنى بهم و غالبا ما يصاب بأعراض نفسية جسدية كالصداع و آلام في المعدة و الآلام المزمنة كوسيلة لجذب اهتمام الآخرين اليه من دون ان يطلب منهم ذلك. ينشأ هذا النوع من المخطط غالبا عندما يكون الشخص مسؤولا منذ الطفولة على الاعتناء بنفسه او بوالديه.

### 10-3-3- مخطط البحث عن الموافقة / التقدير – Approval – seeking / recognition

(as) seeking

في هذا المخطط يسعى الفرد دائما للحصول على تقدير و حب و اهتمام الآخرين على حساب تنمية شعور آمن بالذات حساس جدا للنقد و يفتقد الشعور بالهوية المستقلة، يشعر بتقديره لذاته من خلال ردود افعال الآخرين له لذلك يسعى لجذب انتباه الآخرين و يفعل دائما الأشياء التي تجعله مقبولا منهم و يركز بشكل مفرط على المظهر و القبول الاجتماعي و المال و الانجاز و النجاح و الشهرة كوسيلة للحصول على الموافقة او جذب الانتباه او الاعجاب. و ينشأ هذا المخطط نتيجة ان الاسرة تشعر الطفل بالحب و القبول و لكن بشروط معينة.

#### 10-4-4- المجال الرابع عدم الالتزام بالحدود **Impaired limits**:

المرضى في مخططات هذا المجال ليس لديهم القدرة على تحمل المسؤولية و احترام حقوق الآخرين و التعاون معهم ن غالبا ما يظهرون كأنانيين، او مدللين او غير مسئولين او نرجسيين يفتقرون الى القدرة على كبح جماح رغباتهم و تأجيلها من اجل تحقيق اهداف بعيدة المدى؛ الاسرة التي تدعم مخططات هذا المجال هي الاسرة كثيرة التسامح متساهلة لا تستطيع وضع قيود للأطفال لتأجيل اشباع الرغبات و احترام حقوق الآخرين و يشمل هذا المجال المخططين التاليين:

#### 10-4-1- مخطط الإستحقاق / الأنانية **Entitlement / Gandiosity (et)**:

الفرد في هذا المخطط لديه اعتقاد بانه متفوق على الآخرين و ان له من الحقوق و الامتيازات الخاصة ما ليست لغيره و انه غير ملزم بالقواعد و القوانين الاجتماعية و انه يجب ان يقوم او يحصل على ما يريد بغض النظر عن كونه واقعا او ما يعتبره الآخرون معقولا. التركيز المبالغ فيه على تأكيد التفوق على سبيل المثال (ان يكون اكثر شهرة، اكثر نجاحا، اكثر ثراء) و ذلك بهدف تأكيد السلطة و السيطرة، يسعى دائما الى فرض وجهة نظره و التحكم في سلوك الآخرين بما يتماشى مع رغباته الخاصة و يفتقر التعاطف او الاهتمام باحتياجات الآخرين او مشاعرهم. ينشأ هذا المخطط نتيجة افراط الاسرة في تلبية احتياجات الطفل دون ضوابط او قد يكون هذا المخطط لتعويض الشعور بالحرمان العاطفي.

#### 10-4-2- مخطط عدم كفاية الضبط الذاتي / تهذيب الذات **Insufficient Self control / self discipline**:

الفرد في هذا المخطط ليس لديه قدر كاف من ضبط النفس و غير قادر على تأجيل رغباته و لا يستطيع تحمل حرمانه منها، لا يستطيع تحمل الاحباط لذلك يتجنب كل شي يؤدي الى الألم او الصراع او

المواجهة او الالتزام بقيود و عهود شخصية مع الآخرين غير منظم disorganisation اندفاعي impulsiveness يعبر عن انفعالاته بطريقة هستيرية بهدف اشباع رغبات وقتية على حساب اهداف بعيدة المدى. يصطدم دائما بالواقع نتيجة سعيه المستمر لإشباع رغباته دون اعتبار لأية معوقات مما يجعله يشعر دائما بالإحباط و هو بداية الطريق للشعور بالكرب و الحزن و معاناة الالم النفسي. الاسرة التي تدعم هذا المخطط هي الاسرة التي لا توجه الطفل و تهذب سلوكه.

#### 10-5-5- المجال الخامس الحذر المفرط و الكبح over vigilance and inhibition:

المرضى في مخططات هذا المجال مفرطون جدا في قمع رغباتهم و التعبير عن احتياجاتهم، هم دائما ملزمون بقواعد صارمة لتجنب الوقوع في الخطأ و المبالغة في مراقبة ردود افعالهم و ذلك على حساب سعادتهم و التعبير عن ذواتهم و الاسترخاء و العلاقة الوثيقة و الصحة. مما يجعلهم متشائمون قلقون من ان تسوء الامور في اي لحظة إذا ما توخوا الحذر، الاسرة التي تدعم مخططات هذا المجال هي الاسرة الصارمة في تطبيق القواعد و اداء الواجب و اخفاء العواطف و تجنب الوقوع في الاخطاء و عدم تشجيع الطفل من استخدامهم للمتعة و اللعب و الفرح و الاسترخاء و غالبا ما تكون هذه الاسرة متشائمة في النظرة المستقبلية و يشمل هذا المجال المخططات الآتية:

#### 10-5-1- مخطط السلبية / التشاؤم Negativity/Pessimism (np):

في هذا المخطط الذات يركز الفرد على الجوانب السلبية للحياة (الالم و الموت و الخسارة و الصراعات و الشعور بتأنيب الضمير و الاخطاء المحتملة و الاشياء التي يمكن ان تسير على نحو خاطئ، مع اهمال كلي للجوانب الايجابية فهو قلق سلبي متشائم دائما يفترض ان الامور لن تسير بشكل جيد و حتى اذا حدث شيء جيد فانه يتوقع دائما ان يتبعه شيء سيئ. يخشى دائما ان يخسر ماديا او صحيا او على مستوى العلاقات.

#### 10-5-2- مخطط كبح المشاعر Emotional Inhibition (ei):

في هذا المخطط يقوم الفرد بكبت مشاعره و التحفظ بشكل مبالغ فيه في انفعالاته خوفا منه في الوقوع في الخطأ او لتجنب رفض الآخرين له او فقدان السيطرة على نفسه على الغضب لا يفضل العلاقات الحميمة و لا العلاقات الجنسية، يتسم بالبرود الانفعالي و الصرامة و الانضباط الزائد عن اللزوم.

10-5-3 - مخطط الالتزام بالمثالية / الحساسية المفرطة للنقد / Unrelenting standards / hypercriticalness (us)

في هذا المخطط يسعى الفرد بشكل مبالغ للوصول الى الكمال و المثالية في اي سلوك او عمل يقوم به حتى يتجنب النقد من الآخرين، دائما يسعى لكي يكون الافضل في كل شيء يقوم به، يحرص دائما على ان يكون كل شيء في موضعه الاصلي بشكل مفرط، غالبا ما يضحى بسعادته و متعته الشخصية حتى يصل الى ما يريد و بالتالي يعيش تحت ضغط مستمر و نقد للآخرين و للذات (جلد الذات) ينتج عن كل هذا انه يفقد الراحة و الشعور بالمتعة و الانجاز و تقدير الذات و الخلل الدائم في العلاقات البيئشخصية. يهتم بشكل مفرط في القوانين الصارمة و التقليل من شأن مدى كفاءة أداء الفرد قياسا بهذه القواعد و القوانين اي المثالية في كل شيء و السعي الى تحقيق المزيد الغالب ينشأ هذا المخطط حسب جيفري يونغ اذا لم تعطي الأسرة الطفل الاهتمام و الحب إلا بشرط التحصيل و الأداء الجيد.

10-5-4 - مخطط القسوة (الصرامة) Punitiveness

في هذا المخطط يوجد لدى الفرد اعتقاد بانه يجب ان يعاقب الناس بشدة دون تهاون في حال ارتكابهم الاخطاء و كأنه هو المسؤول عن ذلك، مع عدم التسامح في العقوبات و عدم الصبر عليهم (بما فيهم الفرد نفسه فيكون قاسي جدا على نفسه) لا يتغاضى عن ابسط الاخطاء التي تصدر عنه او عن الآخرين و لا يقبل الظروف المخففة او النقص البشري. و ينشأ هذا المخطط عندما تفرط الاسرة في استخدام اسلوب العقاب لاي سلوك يصدر عن الطفل. (Young, and others, 2003, p120-135)

و قد قام يونغ بتخليص مجالات المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة في الجدول الآتي:

المجالات	المخططات غير المتكيفة المبكرة	الوصف
Disconnection/Rejection الانفصال/الرفض	Abandonment/instability التخلي/عدم الاستقرار	المعتقدات حول عدم الاستقرار وعدم موثوقية العلاقات المتاحة
	Mistrust/abuse عدم الثقة/الإساءة	التوقع بأن الآخرين سوف يؤذون أو يسيئون أو يهينون أو يغشون أو يكذبون أو يتلاعبون أو يحصلون على

		ميزات عمدا
	Emotional deprivation الحرمان العاطفي	الاعتقاد بأن الرغبة في الحصول على مستوى عادي من الدعم العاطفي من الآخرين لن تتحقق بشكل كاف
	Defectiveness/shame عيب/عار	الشعور بعدم الاكتمال، أو عدم الكفاءة، أو عدم الرغبة أو الدونية مما يجعل من المستحيل أن يكون الشخص محبوب ومقبول
	Social isolation/alienation العزلة الاجتماعية/الاغتراب	شعور بأن الشخص منفصل عن العالم ومختلف عن الآخرين وأنه ليس جزء من المجتمع
Impaired autonomy/performance ضعف الاستقلالية/الأداء	Dependence/incompetence الاعتماد/عدم الكفاءة	تصور عام بعدم القدرة على التعامل مع الواجبات اليومية دون الحصول على مساعدة كبيرة من الآخرين
	Vulnerability to harm and illness التعرض للأذى والمرض	الشعور بخوف مفرط من احتمالية وقوع كارثة (صحية، عاطفية، خارجية) لا يمكن تجنبها
	Enmeshment/undeveloped self التشابك/الذات غير المتطورة	الإفراط في الانخراط العاطفي والقرب من شخص واحد على الأقل مما يؤدي إلى ضعف الفردية الكاملة أو التطور الاجتماعي الطبيعي

	Failure ال فشل	اعتقاد الفرد بأنه فشل فشلا ذريع و أنه غير كفاء مقارنة بالآخرين في مجالات الإنجاز
Impaired limits الحدود ضعيفة	Entitlement/grandiosity الاستحقاق/العظمة	قناعة الفرد بأنه متفوق على الآخرين ويحق له الحصول على حقوق وفوائد خاصة
	Insufficient self-control/self-discipline عدم كفاية ضبط النفس/الانضباط الذاتي	الصعوبات في تطوير ضبط النفس الكافي والتسامح مع الإحباط
Other directedness توجيه آخر	Subjugation الخضوع	إدراك الحاجة إلى التنازل عن السيطرة على احتياجات الآخرين وعواطفهم لتجنب مشاعر الغضب أو الانتقام أو الهجر
	Self-sacrifice التضحية بالذات	التركيز على تلبية احتياجات الآخرين طواعية بدلا من احتياجات الفرد الذاتية
	Approval seeking/recognition seeking طلب الموافقة/الاعتراف	إنها رغبة مفرطة في الحصول على التقدير أو الاحترام أو الاهتمام من الآخرين أو التوافق معهم على حساب تطوير الذات القوية والأصيلة
Hyper vigilance/inhibition فرط اليقظة/التثبيط	Negativity/pessimism السلبية/التشاؤم	التركيز المستمر على الجوانب السلبية للحياة (مثل الألم والموت والخسارة

		والصراع والأخطاء المحتملة) مصحوب بتجاهل الجوانب الإيجابية أو التقليل من شأنها
	Emotional inhibition التثبيط العاطفي	الكبح المفرط للسلوك العفوي والمشاعر والتواصل مع الآخرين لتجنب الاستتكار أو الشعور بالحرج أو فقدان السيطرة
	Unrelenting standards/hypercriticalness معايير صارمة/نقد مفرط	الشعور بالحاجة إلى تلبية معايير سلوكية وأدائية داخلية عالية لتجنب النقد
	Punitiveness العقابية	الاعتقاد بأن الناس يجب أن يعاقبوا بشدة على أخطائهم

الجدول رقم (01) يمثل مجالات المخططات المعرفية لجيفري يونغ (Young, and others, 2003, p90)

### 11- قائمة أنماط المخططات المعرفية (SMI) Shema Mode Inventory:

تتكون القائمة من 124 عبارة في صورة تقرير ذاتي و تتضمن عشرة أنماط للمخططات، و هي أنماط  
الطفل اللاتكيفية و تشمل تحتها أربعة أنماط (الطفل الحساس، الطفل الغاضب، الطفل المنذفع (الهمجي)،  
الطفل السعيد ) و أساليب المواجهة اللاتكيفية و تشمل ثلاثة أنماط الخضوع و الاستسلام، التجنب،  
التعويض الزائد) و أنماط الوالدين اللاتكيفية و تشمل نمطين (الوالد المعاقب، الوالد اللحوح و الناقد)، و  
في النهاية نمط الراشد الصحي، و تتم الاستجابة على المفردات القائمة، حيث يضع المفحوص الدرجة  
التي تنطبق عليه امام كل مفردة، و تتراوح الدرجات من 1-2 و تعني الدرجة ( أن العبارة لا تنطبق على  
المفحوص مطلقا و الدرجة 2 تعني ان العبارة تصفه بدقة، و يتم حساب الدرجة لكل نمط من الانماط  
الفرعية على حدة و يعتبر النمط مميزا للمفحوص اذا اعطى المفحوص الدرجة 5 او 6 لثلاث مفردات  
فاكثر في النمط الواحد. (Beck. A.2013 p45)

## 12- أساليب المواجهة غير التكيفية **Maladaptive coping styles**:

يطور المرضى أساليب مواجهة و استجابات اللاتكيفية من اجل التكيف مع مخططاتهم، بحيث لا يضطرون الى تجربة المشاعر المتوترة و المركبة التي تولدها المخططات عادة، و على الرغم من ان اساليب المواجهة تساعد المريض احيانا على تجنب المخطط غلا انها لا تشفيه، وبالتالي فان جميع اساليب المواجهة اللاتكيفية تعمل على الحفاظ على ديمومة المخطط و هو ما افترضه يونج ان هذه الاساليب تكيفية في مرحلة الطفولة يمكن اعتبارها آليات بقاء صحية، لكنها تصبح اللاتكيفية مع تقدم الطفل في السن لأنها تعمل على ادامة المخطط مما يجعل المرضى مسجونين في مخططاتهم و قد حدد يونج ثلاث اساليب لا تكيفية للتعامل مع المخططات تتمثل في:

### 12-1- الخضوع (الاستسلام) **Surrender**:

يخضع المرضى لمخططاتهم و لا يحاولون تجنبها او محاربتها و يقبلون يان المخطط صحيح، مع انهم يشعرون بالألم العاطفي و يتصرفون بطرق تؤكد المخطط، يعملون على اعادة انتاج و تكرار تجارب الطفولة التي نشأ فيها المخطط و على مستوى العلاقات يختارون شركاء يعاملونهم في الغالب كما فعل الوالدين في الطفولة، و يتواصلون مع هؤلاء الشركاء بطريقة غير متوافقة تؤدي الى استمرار المخطط، و في العلاقة العلاجية يلعب هؤلاء المرضى ايضا مخطط مع أنفسهم في دور الطفل و المعالج في دور الوالد المعاقب.

### 12-2- التجنب **Avoidance**:

يحاول المرضى في هذا الاسلوب ترتيب حياتهم بحيث لا يتم تنشيط المخطط، يحاولون العيش بدون وعي، كما لو ان المخطط غير موجود و عندما يتفاعلون مع الآخرين و قد يبدون طبيعيين تماما فهم يتجنبون التفكير في المخطط و عندما تظهر المشاعر فإنها تدفعهم على تشتيت انتباههم و يتجنبون الشعور بالمخطط و عندما تظهر المشاعر فإنها تدفعهم الى ان يشربوا بكثرة ا وان يتعاطوا المخدرات وان يمارسوا الجنس المختلط او يفرطوا في تناول الطعام ا وان يصبحوا مدمني عمل **workholics** و يتجنبون المواقف التي من المحتمل ان تثير المخطط مثل العلاقات الحميمة و تحديات العمل و هم كذلك غالبا ما يتجنبون العلاج او الامتناع عن التعبير عن المشاعر.

12-3- التعويض الزائد over compensation:

يقوم المرضى في هذا الأسلوب بعمل عكس ما تدفعهم إليه مخططاتهم و يرى جيفري يونغ ان اسلوب التعويض الزائد يتم من خلال عدد من الاستراتيجيات هي:

- العدوانية - العدائية Aggression – Hostility: انتقاد الآخرين و الاساءة اليهم.
  - الهيمنة-التأكيد المفرط للذات Dominance – Excessive self – assertion: فرض السيطرة على الآخرين لتحقيق أهدافه.
  - البحث عن التقدير و المكانة العالية Recognition seeking– Status seeking
  - التلاعب و الاستغلال Manipulation – exploitation: خداع الآخرين و التلاعب بهم لتلبية احتياجاته الخاصة.
  - العدوانية السلبية – التمرد Passive aggressivness – Rebellion: يكون لنا عند معاقبة الآخرين او التمرد سرا من خلال المماثلة و التسويف و الطعن في الظهر.
  - المحافظة المفرطة على النظام و الترتيب – الوسواس Excessive orderliness
  - obsessionnality: يحافظ على النظام الصارم و ضبط النفس و الالتزام المبالغ فيه بالروتين و الطقوس و يقضي وقتا طويلا في ايجاد أفضل طريقة لإنجاز المهام و تجنب النتائج السلبية.
- (Beck. A.2013 p60)

13- أبعاد مقياس المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة لجيفري يونغ:

المخطط	البنود	المخطط	البنود
الحرمان العاطفي	5-1	العلاقة الإدماجية	45-41
عدم الاستقرار/التخلي	10-6	الخضوع الإجباري	50-46
التعدي/الحذر	15-11	التضحية المفرطة	55-51
العزلة الاجتماعية	20-16	التحكم المفرط في الانفعالات	60-56
عدم الكمال و الشعور بالنقص	25-21	المتطلبات العالية	65-61
الفشل	30-26	السيطرة	70-66

75-71	نقص التحكم في الذات	35-31	عدم الكفاءة/التبعية
75-1	المخططات المبكرة غير متكيفة	40-36	الجروحية

جدول رقم (02): يمثل أبعاد مقياس المخططات المعرفية غير مكيفة المبكرة و البنود الخاصة بها

و تتم الإجابة عنها ضمن ست اختيارات و التي تكون على الشكل التالي: الدرجة (01) لا تنطبق تماما، الدرجة (02) لا تنطبق بدرجة كبيرة، الدرجة (03) تكون لا تنطبق، الإجابة تنطبق بدرجة متوسطة تكون (04)، و الإجابة تنطبق بدرجة كبيرة الدرجة (05)، الدرجة (06) تنطبق تماما.

أما مستويات تأثير المخططات المعرفية على الشخص فهي حسب المعايير التالية:

الدرجات	مستوى تأثير المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة ككل و بشكل عام	الدرجات	مستوى تأثير المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة على الفرد الواحد
149-75	المخططات لا تؤثر على الفرد	9-5	المخطط لا يؤثر على الفرد
224-150	المخططات تؤثر في بعض الظروف	14-10	المخطط يؤثر في بعض الظروف فقط
299-225	المخططات تمثل مشكل بالنسبة للفرد	19-15	المخططات تمثل مشكلة للفرد
374-300	المخططات تلعب دور هام في حياة الفرد	24-20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد
450-375	المخططات أساسية في تنظيم شخصية الفرد	30-25	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد

الجدول (03) يمثل مستوى التأثير للمخططات المعرفية

#### 14- فعالية العلاج بالمخططات في الوقاية من الانتحار:

يساهم العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ في الوقاية من الاكتئاب والسلوك الانتحاري من خلال ثلاثة محاور رئيسية:

- الوعي بالمخططات وتفعيلها: حيث يساعد المعالج الفرد على التعرف على أنماطه المعرفية غير الواعية التي تؤدي إلى استجابات نفسية مؤذية.

- إعادة الهيكلة المعرفية والانفعالية: من خلال تقنيات معرفية وتجريبية (ك لعب الأدوار، وكرسيين الحوار) تتيح هذه التقنية للفرد اختبار فعالية هذه المخططات وتحديها عاطفيا وواقعيا.

- بناء نمط الراشد الصحي الداخلي (Healthy Adult Mode): و الذي يمكنه الاستجابة لحاجات الطفولة غير مشبعة بطرق ناضجة وآمنة، مما يعزز المرونة النفسية، ويعيد بناء الإحساس بالمعنى والانتماء والأمل، وهي مكونات مركزية في منع السلوك الانتحاري.

تدعم الأبحاث التجريبية فعالية هذا النموذج، إذ أظهرت دراسات متعددة انخفاضا معنويا في درجات الاكتئاب والأفكار الانتحارية بعد تطبيق تدخلات قائمة على العلاج بالمخططات، خصوصا لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات شخصية أو تاريخ من صدمات الطفولة. فإلتالي يمكن اعتبار العلاج بالمخططات مقارنة علاجية وقائية طويلة المدى لا تكتفي بإزالة الأعراض، بل تعيد هيكلة البنية النفسية العميقة المسؤولة عن توليد المعاناة النفسية المزمنة. (Joiner, T. E. 2005 p86)

## خلاصة:

يتضح من خلال هذا الفصل أن العلاج بالمخططات المعرفية كما وضع أسسه جيفري يونغ، يمثل مقارنة علاجية عميقة تعنى بالبنية النفسية الجذرية التي تسهم في تشكل الأعراض الاكتئابية والسلوكيات الانتحارية لدى المراهقين. فالمرهق المكتئب لا يعاني فقط من اضطراب في المزاج بل يكون أسير لمخططات معرفية غير متكيفة مبكرة ناتجة عن تجارب الطفولة السلبية مثل الإهمال العاطفي، الرفض، أو الفقد، هذه المخططات تشكل إطار إدراكي مشوه يغذي مشاعر العجز واليأس وانعدام القيمة الذاتية وهي جميعها عناصر مركزية في الميول الانتحارية.

وقد أبرزت النظريات التي سبق و ذكرناها في هذا الفصل أن العمل العلاجي الذي يهدف إلى تعديل هذه المخططات من خلال تقنيات معرفية وتجريبية متكاملة، يسهم في إحداث تغيير جوهري في إدراك الذات والعلاقات، ويعيد تنظيم التوازن الانفعالي الداخلي لدى المرهق، كما يساعد تفعيل نمط "الراشد الصحي" في تعزيز آليات التكيف الإيجابية وتلبية الحاجات النفسية غير المشبعة بطرق صحية مما يقلل من شدة الأعراض الاكتئابية، ويضعف جاذبية الانتحار كخيار للتخلص من المعاناة. لذا فإن العلاج بالمخططات لا يقتصر على تخفيف الأعراض الظاهرة فحسب، بل يتجاوزها نحو إعادة بناء الأساس المعرفي والعاطفي الذي تقوم عليه الذات مما يجعله نموذج فعال في التدخل العلاجي والوقائي مع فئة المراهقين المكتئبين المعرضين لخطر السلوك الانتحاري و سوف نقوم بالتفصيل فيه أكثر في الجانب التطبيقي مع الحالات.

# الفصل الثاني

## الاكتئاب

### تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض الشائعة في العالم حيث يصاب به العديد من الأفراد و خصوصا فئة المراهقين و ذلك نسبة للتغيرات الفيزيولوجية و النفسية و الهرمونية و حتى العلاقية مع المجتمع الذي يعيشون فيه، و قد بينت الدراسات أن هناك انواع من الاكتئاب منه الاكتئاب العادي الذي يتعرض له الفرد بشكل يومي و الذي يكون عبارة عن حالة طبيعة مثلا عندما يستيقظ الشخص بشعور من القلق و الحزن و ضيق في الصدر و فقدان للأمل و إنكار للذات، و الخمول الجسدي ؛ فهذه الحالة النفسية عابرة قد تستغرق ساعات او دقائق او حتى يوم واحد و سرعان ما تتلاشى و يرجع الانسان الى مزاجه الطبيعي.

و يوجد هناك نوع ثاني من الاكتئاب ذو منشأ عضوي كخلل هرموني (خلل في إفراز السيروتونين) أو نتيجة الإصابة بمرض أو حتى وجود إعاقة جسمية ظاهرة تجعله بعدم الارتياح لمظهره الخارجي و هذا النوع من الاكتئاب يجعل الفرد غير مرتاح مع نفسه و مع مجتمعه و بالتالي تتعدم لديه الصحة النفسية و هذا الأمر قد يدفع بصاحبه إلى الانتحار.

و هذا ما سوف نتناوله في هذا الفصل من مفهوم الاكتئاب الى تصنيفاته و انواعه و خطره على المراهقين بشكل عام و علاقته المباشرة مع محاولات الانتحار بين المراهقين بشكل خاص.

## مفهوم الاكتئاب : Definition of depression

يعرف الاكتئاب بشكل عام على أنه اضطراب في المشاعر و العواطف و الأحاسيس حيث يختلف التعبير عنه وفق خصوصية كل مرحلة و تختلف درجته من فرد إلى آخر، فيصاب الفرد بحزن شديد غير معتاد و فقدان الامل و الخمول في الطاقة يصاحبه إحساس بالعجز و إحباط شديد.

يعرف الاكتئاب حسب جيفري يونغ Jeffrey Young بأنه اضطراب المزاج فهو حالة حزن و استياء و إحباط يدوم أكثر من أسبوعين بحيث يؤثر على الأداء المهني، الدراسي و العلائقي، و جميع ميادين حياة الفرد و تظهر أعراضه بشكل أساسي و واضح في التباطؤ النفسي، الأفكار المشوهة، الإحساس بفقدان الأمل و الضياع، سرعة الهياج و التأثر. (young,klosko ;2003, p12)

عرفه عكاشة اضطراب الاكتئاب على أنه حالة من الأفكار السوداوية التردد الشديد، و فقدان الشهية للطعام أو زيادة في الأكل (الأكل العاطفي) و نوبة من الألم النفسي و التقليل من صورة الذات و عدم القدرة على اتخاذ القرارات و اضطراب في النوم (الإفراط في النوم أو الأرق)، و الشعور بالأوهام المرضية لبيكوندريا و الأفكار و الميولات الانتحارية، و هبوط في المزاج عدم القدرة على الاستمتاع و الاهتمام بالأشياء. (عكاشة،2003، ص480)

حسب معجم علم النفس و التحليل النفسي الفرويدي Freud يعرفه بأنه حالة من الاضطراب النفسي تكون واضحة في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يميزه ملامح حزن شديد اليأس من الحياة و الشعور بالذنب على أخطاء ارتكبها في الماضي و أخطاء ليست حقيقية من الاجترار الفكري، و كثيرا ما يصاحب الاكتئاب هذات و هلاوس و لكن دون إصابة الوظائف الذهنية؛ إلا أنه في الحالات الشديدة تتولد أفكار انتحارية لدى الفرد في قتل نفسه.

في حين يرى عالم النفس الأمريكي Aaron Beck أن الاكتئاب هو اضطراب انفعالي مزاجي يؤدي شرود التفكير و حالة من الضباب العقلي foggy brain و فقدان واضح للطاقة و الشهية، يتميز مرضى الاكتئاب حسبه بالتركيز على الفقد و السلبية فيقوى هذا الإحساس في كل مرة حتى يبلغ ذروته و يكون السبيل الوحيد للتخلص من هذا الإحساس هو محاولة إنهاء حياته و الانتحار Suicide. (Beck,2009,p46)

**التعريف الإجرائي:** يمكن تعريف الاكتئاب على أنه حالة مرضية تتجلى في التباطؤ النفسي الحركي مع فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة و طغيان المزاج المتسم باليأس و الحزن و النظرة التشاؤمية للحياة، لفترة تدوم أكثر من 3 أشهر مع إدراكات و تصورات سلبية نحو الذات و العالم الخارجي تنتهي في غالبية الأحيان و خصوصا لدى المراهقين بميولات و أفكار انتحارية أو انتحار فعلي.

### نظرة تاريخية عن اضطراب الاكتئاب: History of depression

لقد قدم هيبوقراط Hppocrates 400 سنة قبل الميلاد مقالة حول الملائخوليا Meloncholie حيث وصف الاكتئاب النفسي وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي له، مؤكدا على العلاقة المتبادلة بين الجسم و العقل؛ إذ رأى ان المرض العقلي ينجم عن أسباب طبيعية و ليس عن اسباب فوق طبيعة كما و توصل أن المخ هو مركز الإحساس و ليس القلب لذلك أوصى أبقراط لتخطي الاكتئاب بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء و استراتيجيات العيش الصحي Healthy life style.

و في نفس السياق قدم 1851 Frit الاكتئاب على انه نوع من الجنون الدوري Flolie Circulaire و صنفه بلاجر على أنه جنون ذو وجهين Flolie double forme و ذلك على أساس أن الهوس و الاكتئاب يتناوبان كمظهر لمرض واحد.

و إعتقد كرابلين Kreeplin 1900 أن كل حالات الاكتئاب و الهيجان هي مظاهر لعملية مرضية واحدة ذات قطبين هما: الهوس في مقابل الاكتئاب. (الشرييني، 2001، ص24)

### نسبة انتشار الاكتئاب:

#### في الولايات المتحدة الأمريكية:

أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organisation سنة 2001، اضطراب الاكتئاب يحتل المرتبة الثالثة عالميا في نسبة انتشاره بين الاضطرابات النفسية و العقلية، و أن نسبة انتشاره سريعة حيث تقدر ب 8 % اي ما يقارب 21 مليون من البالغين الأمريكيين سنويا، أما بالنسبة لفئة المراهقين فتقدر ب 13 مليون الذين تتراوح أعمارهم بين 17 إلى 19 عام مصابون بالاكتئاب الشديد و هو رقم مخيف يستدعي التدخل الجاد. psychology today.com

## في الجزائر:

أما نسبة انتشاره في الجزائر فيقدر ب 35 % من الجزائريين يعانون من الاكتئاب الرئيسي أما نسبة الانتحار فقد قدرت ب 10000 شخص سنويا. cerist. dz.com

### أسباب الاكتئاب: Causes of depression

هناك أسباب عديدة للاكتئاب تؤثر بشكل او بآخر في شخصية الفرد، و هذا يتوقف على مدى قوة الشخصية و قدرته على التعامل مع ضغوطات الحياة و الأزمات النفسية و الجلادة النفسية او القوة النفسية التي تختلف من شخص إلى آخر.

#### الأسباب النفسية: **psychological reasons** و التي تكون غالبا بسبب:

- الصدمات النفسية Psychological traumas: و منها التوتر الانفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة و الكوارث المناخية و حتى الحروب.
- الحرمان و فقدان الحب و السعادة العاطفية أو فقد الحبيب أو فرقه و فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية.
- التربية الصارمة أو المهملة: أساليب التربية التي تفتقر للحب أو الأمان العاطفي قد تترك آثارا لاحقة و تزيد القابلية للاكتئاب.
- طبيعة الشخصية Personality traits: حيث لوحظ عن مرضى الاكتئاب عند التقصي عن حالتهم قبل المرض أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الاجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح إلى التفاؤل و النشاط و حب الحياة بشكل مفاجئ إلى المزاج العكسي الكسل و التشاؤم و الحزن، كما ينظر الفرد إلى نفسه نظرة دونية low self esteem و لا يتوقع خيرا بل ينتظر الهزيمة و الخذلان دائما.
- الخبرات الأليمة harsh experiences: و التي تحدث في فترة الطفولة المبكرة حيث تولد قدرا من الحساسية النفسية و تمهد لظهور الاضطراب فيما بعد في فترة المراهقة و الرشد ؛ حيث أن الحرمان و المعاملة الوالدية لها دور كبير في ظهور الاكتئاب بالإضافة إلى الظروف التي يصادفها الفرد في حياته.

الأسباب العضوية: **Physical reasons** و التي نذكر منها:

- الشوارد: من المعروف أن كمون العمل و الراحة للخلايا العصبية و العضلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم و البوتاسيوم و غيرها من الشوارد، و لهذا الأمر يمكن القول أن للشوارد دور في استقلاب مواد النقل العصبية و قد أثبت كل من كوين QUEEN و زملائه وجود اضطراب في الصوديوم و البوتاسيوم في حالة الاكتئاب و خلل كذلك في التيروتونين في المخ.
- تزداد الأعراض الاكتئابية أثناء فترة الطمث **During period** و أثناء فترة ما قبل الطمث و هذه الفترة يصاحبها تغيرات في الهرمونات الجنسية، كذلك تبدأ الأعراض الاكتئابية و تشتد في مرحلة اليأس أو ما يسمى بفترة ال **Menopause** بسبب توقف نشاط الغدد الجنسية خاصة من حيث إفراز هرمون فوليتروبين **Follitropin**؛ و هرمون الاستراديول **Estradiol** الذي يعد أحد أهم أنواع هرمون الاستروجين ويتم إنتاجه بشكل رئيسي في المبايض لدى النساء، ويلعب دور حيوي في تنظيم الدورة الشهرية والتطور الجنسي. أما على الصعيد النفسي و البيولوجي فتشير العديد من الدراسات إلى أن للاستراديول تأثيرا مباشرا على المزاج والحالة العاطفية حيث يسهم في تعديل مستويات النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين في الدماغ وهما مرتبطان بتنظيم المشاعر والشعور بالاسترخاء لذلك فإن الانخفاض الحاد في مستويات الاستراديول، كما يحدث في فترات ما بعد الولادة أو انقطاع الطمث ينتج عنه زيادة معدلات الاكتئاب عند النساء و هذا ما يفسر شيوع نسبة انتشار الاكتئاب عند النساء أكثر منه عند الرجال.
- زيادة إفراز هرمون الكورتيزول **cortisol hormone** و الكورتيزون **cortisone hormone** و اللذان يلعبان الدور الهام في عمليتي البناء و الهدم و زيادة نسبة السكر في الدم و ارتفاع ضغط الدم فتضعف مناعة الفرد.
- يمكن لأمراض الغدة الدرقية **thyroid gland** و الاضطرابات التي تصيب الغدد الأخرى المسؤولة عن إفراز الهرمونات التي تسبب الاكتئاب أظهرت الدراسات أيضا أن نقص كل من الفيتامين **D3** و **B12** التسبب في ظهور الاكتئاب للفرد
- بإمكان الأدوية المختلفة كموانع الحمل **contraceptives** أن تساهم في رفع الإصابة بالاكتئاب

الأسباب الوراثية: **Genetic causes** بينت الدراسات أن الاكتئاب ينتقل عبر الأجيال عن طريق الجينات بحيث تزداد نسبة الإصابة بالمرض بين الأقارب و في بعض العائلات إذ نجد أن هناك بعض

من العائلات لديهم استعداد للإصابة بالاكتئاب و يميل تكوينهم النفسي إلى الحزن و العزلة و الكآبة حتى قبل أن تظهر أعراض الاكتئاب لديهم. فبعد إجراء الدراسات على التوائم من أجل التعرف على الأسباب الوراثية الحقيقية وجد أن هناك نسبة تتراوح من 10 - 25 % من الأقارب يعانون من الاكتئاب الثنائي أما دراسة التوائم فلعينات كشفت عن وجود 80% من حالات الاكتئاب الثنائي (Gotlib, 2008,p25).  
Hammen.

### تصنيف الاكتئاب:

يصنف الدليل التشخيصي و الإحصائي DSM5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ضمن اضطرابات المزاج Mood Disorders و يشمل أربعة أنواع و هي نوبات المزاج و الاضطرابات الاكتئابية، و الاضطرابات ثنائية القطب و اضطرابات مزاجية أخرى و كل نوع منها يشتمل بدوره على أنواع من الاضطرابات الاكتئابية.

أما في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية و السلوكية CIM10 الصادر عن المنظمة العالمية للصحة فإن الاكتئاب يشتمل على الأعراض المتعلقة بشدة نوبة الاكتئاب الأساسية و تكرارها و اضطرابات عسر المزاج و اضطرابات اكتئابية أخرى غير محددة، في حين يتميز الاكتئاب ثنائي القطب بنوبة هوسية و نوبة اكتئابيه للتبادل.

و بالتالي نلاحظ أن كلا من تصنيفا CIM10 و DSM5 للاكتئاب يمكننا من كشف و تشخيص النوبة الاكتئابية لكن باستخدام مصطلحات مختلفة إلا أن تصنيف الجمعية الأمريكية الأخير يكاد يعم استخدامه في العيادات النفسية.

### تصنيف الاكتئاب حسب النوع:

يمكن تصنيف الاكتئاب بشكل عام حسب ما ورد عن الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس DSM5 الإصدار الخامس كما يلي:

- **الاضطراب الاكتئابي الجسيم (الرئيسي) / MDD Major Depressive Disorder:** و يظهر في وجود مزاج اكتئابي أو فقدان للمتعة معظم الوقت يوميا و لمدة 3 أسابيع على الأقل مع ظهور 5 أعراض أو أكثر من الأعراض الآتية:

- تغيرات في الشهية أو الوزن
- الأرق أو فرط في النوم
- التعب و الخمول الجسدي و النفسي
- انعدام القيمة للذات و الشعور بالذنب
- ضعف التركيز
- أفكار انتحارية أو محاولات فعلية.

– **Persistent Depressive Disorder (عسر المزاج) المستمر مع**

**PDD (Dysthymia):** و يتميز بمزاج مكتئب غالبية الوقت لمدة سنتين من الزمن على الأقل لفئة البالغين و سنة واحدة بالنسبة للمراهقين الأعراض في هذا الصنف من الاكتئاب تستمر لمدة أكثر من شهرين بشكل متواصل كما تتسم أعراض هذا النوع من الاكتئاب بكونها أقل حدة من أعراض الاكتئاب الجسيم السابق ذكره و لكنها تكون أكثر استمرارا و أطول في المدة الزمنية.

– **Depressive Disorder due to (سبب حالة طبية**

**another medical condition:** و يكون هذا النوع من الاكتئاب ناتج عن مرض جسدي كأمراض الغدة الدرقية Thyriod diseases، إصابات دماغية Brain injuries، أمراض عصبية Neurological diseases.

– **Substance / Medication –Induced (أدوية**

**Depressive Disorder:** يظهر هذا النوع من الاكتئاب عند تعاطي الفرد مواد مثل الكحول أو المخدرات أو بعض الأدوية الثقيلة، فسبب الاكتئاب في هذه الحالة يكون مشكل مباشر بسبب الدواء أو المادة المستهلكة.

– **Other Specified or Unspecified (غير المحدد خلافا لذلك**

**Depressive Disorder:** حالة هذا النوع من الاكتئاب لا تستوفي المعايير و الأعراض السابق ذكرها في كل من الأنواع الأخرى، و لكنها ما تزال تسبب خلاا وظيفيا واضحا. كما يذكر هذا النوع عادة عندما لا يمكن تحديد النوع الاكتئابي بشكل محدد. نظرا لعدم وضوح الاعراض أو بسبب ظهورها و اختفاؤها بسرعة.

– **الاكتئاب السابق للحيض Premenstrual Dysphoric Disorder PMDD:** هذا

الاكتئاب يكون مرتبط بالدورة الشهرية Menstrual cycle لدى النساء و يتضمن مجموعة من

الأعراض الاكتئابية كالتوتر Stress التقلبات المزاجية المفاجأة sudden mood swings البكاء الغير مبرر الاكل الكثير و خاصة السكريات و التي تظهر قبل الحيض، و هو حالة نفسية معترف بها تتسم بحدة الأعراض العاطفية و المزاجية قبل بداية الطمث و تختفي بعده مباشرة.

- **الاكتئاب الموقفي أو التفاعلي Situational or reactive depression**: و يكون مرتبط ب حدث سلبي حياتي مثل خسارة أو فقدان الأب أو أي حدث سلبي يعيشه الفرد عادة ما يكون مؤقت و يعتبر تحصيل حاصل و لكنه قد يتحول إلى اكتئاب رئيسي، حسب قوة الفرد النفسية و الظروف المحيطة به في تلك الفترة.

- **اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression**: هذا النوع من الاكتئاب يصيب بعض النساء بعد الولادة بسبب التغيرات الهرمونية و قد يشمل مشاعر حزن شديد بعد الولادة مباشرة الشعور بعدم الكفاءة كأم، ضعف الدعم الاجتماعي و الأسري (التركيز على الجنين و إهمال الأم التي وضعت جنينها خصوصا في الساعات و الأيام الأولى بعد الولادة) يعتبر خطيرا لأنه يمكن أن يؤدي إلى أفكار مؤذية نحو الذات (أفكار انتحارية) و أفكار كذلك لإيذاء أو قتل الجنين.

- **الاضطراب الاكتئابي الموسمي Seasonal Affective Disorder SAD**: يظهر هذا النوع غالبا في الشتاء بسبب نقص ضوء الشمس، و يتحسن مزاج الفرد تلقائيا في الربيع أو الصيف كما يعاني غالبية الأشخاص الذين يعانون منه نقص في فيتامين D3 مما يزيد الأمر سوء خلال موسم البرد.

- **الاكتئاب المرافق لاضطراب ثنائي القطب Dpression associated with bipolar disorder**: يظهر هذا النوع من الاكتئاب ضمن نوبات اضطراب ثنائي القطب Bipolar و يتناوب مع نوبات النشاط العالي و الهوس و بعد إنتهاء النوبة يسود على المريض حالة من الخمول الجسدي و النفسي و اكتئاب.(DSM5,2013, p337-338)

### تصنيف الاكتئاب حسب الشدة:

تم تصنيف اضطراب الاكتئاب Depression حسب الشدة Depending on the severity:

psychological / الخصائص النفسية / characteristics	Severity / الشدة
---	------------------

الأعراض الاكتئابية موجودة و لكنها لا تؤثر على الوظائف اليومية للفرد	light خفيف
الأعراض تؤثر بوضوح على الأداء الاجتماعي أو الدراسي	medium متوسط
الأعراض الاكتئابية تكون شديدة، غالبا ما تكون مصحوبة بأفكار انتحارية أو محاولات انتحار، و تؤثر بشكل على كل جوانب الحياة للمفحوص	intense شديد

جدول (04) يوضح تصنيف الاكتئاب حسب الشدة في الDSM5

### النظريات المفسرة للاكتئاب: Theories Explaining Depression

#### النظرية المعرفية Cognitive theory:

تعد النظرية المعرفية للاكتئاب من أهم النظريات النفسية التي ساهمت في فهم الاكتئاب و علاجه خصوصا من خلال عالم النفس الأمريكي آرون بيك Aaron Beck الذي يعتبر من أبرز رواد هذا الاتجاه و موجهه، تقوم هذه النظرية على الأفكار و المعتقدات السلبية أو ما يعرف بالمشوهات المعرفية و التي تلعب دورا محوريا في نشأة و استمرار الاكتئاب حيث أكد آرون بيك 1976 على وجود أربع مكونات أساسية للاكتئاب حسب النظرية المعرفية و هي:

- **المكونات المعرفية Cognitive components:** و التي تتضمن الشعور بالعجز و اليأس و الميل إلى تضخيم المشكلات و تدني تقدير الذات.
- **المكونات الدافعية Motivational components:** و تتمثل في فقدان الدافعية و الاعتماد على الشعور بالسرور و الهروب و الرغبة في الموت و قلة الإرادة و كذا الأخطاء المعرفية Cognitive distortions.
- **المكونات الإنفعالية Emotional components:** و تظهر في عدم القدرة على الشعور بالسرور و البهجة و تشمل الافتراضات السلبية اللاواعية Dysfunctional Attitudes و هي المعتقدات العميقة التي غالبا تكون غير واعية كفكرة " إذا لم يحبني الجميع فأنا بدون قيمة " فهذه المعتقدات تجعل الإنسان حساسا جدا لأي فشل أو انتقاد.

• **المكونات الجسدية Physical components** : تبرز في أعراض الأرق و فقدان الرغبة الجنسية و سرعة الإجهاد و الخمول و التعب حتى بدون بذل مجهود جسدي. كما يلاحظ ارتخاء العضلات تظهر حتى في ملامح الوجه العبوسة، هذا وتشير النظريات المعرفية إلى أن الفشل المعرفي لدى المكتئبين يدل على سيادة المشوهات المعرفية Negative shemas على تفكير الفرد، بحيث تنخفض القدرة على نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية و الشعور بعدم السرور و اللذة و يكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالسعادة و المتعة.

كما أكد علماء المؤيدين لهذه النظرية على طغيان الثالوث المعرفي السلبي Cognitive triad و الذي يتميز بثلاثة أنماط سلبية للتفكير و التي تتمثل في النظرة السلبية نحو الذات النظرة السلبية إلى العالم النظرة السلبية نحو المستقبل.

### النظرية الاجتماعية Social theory:

من أهم رواد النظرية الاجتماعية المفسرة للاكتئاب العالم الفرنسي إميل دوركايم Émile Durkheim و David الذي يعتبر من الأوائل من ربطوا الاضطرابات النفسية بالظروف الاجتماعية، في كتابه الشهير "الانتحار" Le Suicide عام 1897 و أوضح فيه أن العزلة الاجتماعية وضعف الروابط العائلية و الاجتماعية يزيدان من معدلات الاكتئاب والانتحار؛ و اعتبر أن المجتمعات التي تفتقر إلى التضامن الاجتماعي و تنتج أفراداً أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

ترى النظرية الاجتماعية أن الاكتئاب لا ينشأ فقط من عوامل بيولوجية أو نفسية داخلية، بل هو إلى حد كبير نتيجة للظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة بالفرد فحسب هذا التفسير يؤدي التعرض لضغوط اجتماعية مثل الفقر و البطالة، فقدان العلاقات المهمة مع الأهل و الأصدقاء العزلة الاجتماعية أو غياب الدعم الأسري إلى زيادة احتمالية ظهور الأعراض الاكتئابية؛ فالإنسان بطبيعته كائن اجتماعي يعتمد على التفاعل والدعم من محيطه. وعندما تتفكك هذه الروابط أو تضعف يشعر الفرد بالوحدة وفقدان القيمة الذاتية مما يجعله عرضة للحزن المستمر واليأس وتؤكد النظرية أن نقص الدعم الاجتماعي أو التعرض المستمر للرفض والإقصاء المجتمعي و العائلي يساهمان بشكل كبير في تدهور الصحة النفسية ويزيدان

من احتمالية تطور الاكتئاب. بهذا الشكل تضع النظرية الاجتماعية بيئة الفرد سبب أول من أسباب الاكتئاب وتبرز أهمية بناء شبكات دعم قوية وتعزيز الروابط الاجتماعية كوسيلة للوقاية والعلاج.

أشارت عدة دراسات عربية إلى أهمية العوامل الاجتماعية في تفسير ظهور الاكتئاب، مما يدعم صحة النظرية الاجتماعية لهذا الاضطراب، فقد أظهرت دراسة الطرابلسي (2017) في الجامعة اللبنانية أن الضغوط الاقتصادية والاجتماعية، كالبطالة وضعف العلاقات الاجتماعية ترفع من معدلات الاكتئاب بين الشباب و خاصة المراهقين. كما بينت دراسة شعلان (2019) بجامعة القاهرة وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى طلاب الجامعات حيث تبين أن غياب شبكة الدعم الأسري والأقران يزيد من الشعور بالعزلة وبالتالي الإصابة بالاكتئاب. وفي السياق نفسه توصلت دراسة الحربي (2020) من جامعة الملك سعود إلى أن الضغوط الاجتماعية المرتبطة بفقدان الزوج والمسؤوليات الاقتصادية كانت سببا رئيسيا في ارتفاع معدلات الاكتئاب بين النساء الأامل، مما أبرز دور الدعم الاجتماعي في التخفيف من شدة الاضطرابات النفسية. كما دعمت دراسة قنبيبي (2018) من جامعة اليرموك أن الفروق بين الجنسين في نسب الاكتئاب ترجع جزئيا إلى الضغوط الاجتماعية المختلفة التي يتعرض لها كل جنس. وبذلك تؤكد هذه الدراسات أن العوامل الاجتماعية كالفقر، العزلة، فقدان الدعم، والصدمات الاجتماعية تشكل أساسا حاسما في تفسير نشوء الاكتئاب وانتشاره، مما يعزز الطرح الذي تقدمه النظرية الاجتماعية في هذا المجال.

### النظرية الوراثية Genetic theory:

تقوم النظرية الوراثية في تفسير الاكتئاب على فرضية أن الاستعداد للإصابة بالاكتئاب ينتقل عبر الجينات الوراثية من جيل إلى آخر وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين كان لديهم تاريخ عائلي من الاكتئاب خاصة لدى الأقارب من الدرجة الأولى مثل الوالدين أو الأشقاء، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب مقارنة بمن ليس لديهم مثل هذا التاريخ المرضي العائلي، وقد أظهرت دراسات التوائم كذلك أن التوائم المتطابقة (التي تحمل نفس المادة الوراثية) لديها نسب توافق أعلى للإصابة بالاكتئاب % 100 مقارنة بالتوائم غير المتطابقة % 30 ؛ كما توضح النظرية أن الوراثة لا تنقل المرض بشكل مباشر بل تنقل الاستعداد البيولوجي للإصابة، حيث تتفاعل العوامل الجينية مع العوامل البيئية والاجتماعية المحيطة و النفسية. أما من الناحية البيولوجية ترتبط بعض الجينات باضطراب عمل الناقلات العصبية

المهمة مثل خلل السيروتونين والنورأدرينالين مما يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية عند التعرض للضغط أو الأزمات.

و توضح كذلك النظرية الوراثية أن الوراثة لا تعني حتمية الإصابة، بل تعني وجود قابلية بيولوجية قد تتفاعل مع العوامل البيئية (كالضغط النفسية والاجتماعية) فتؤدي إلى ظهور الاكتئاب.

### النظرية البيولوجية Biological theory:

النظرية البيولوجية تفسر الاكتئاب بأنه اضطراب ناتج عن خلل في التوازن الكيميائي داخل الدماغ، خاصة في مستويات الناقلات العصبية كالسيروتونين، والنورإبينفرين، والدوبامين، والتي تلعب دورا رئيسيا في تنظيم المزاج والانفعالات، و هذا ما أكده البيولوجي Joseph Schildkraut إضافة إلى ذلك تشير الأبحاث إلى أن التغيرات الهرمونية، مثل ارتفاع مستويات الكورتيزول الناتج عن الضغط النفسي المستمر، قد تسهم في تفاقم أعراض الاكتئاب. كما أظهرت دراسات التي قام بها Arthur Brody حيث أثبت بعد تصوير إشعاعي وجود تغيرات تشريحية لدى المصابين بالاكتئاب مثل صغر حجم منطقة الحصين Hippocampus المسؤولة عن تنظيم المشاعر والذاكرة. و ترى هذه النظرية أيضا أن الاستعداد الوراثي له دور مهم حيث تزيد احتمالية الإصابة لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي بالمرض. فبناء على ذلك يعد الاكتئاب وفق المنظر البيولوجي اضطرابا عضويا يحتاج إلى تدخلات طبية مثل الأدوية التي تعيد التوازن الكيميائي في الدماغ.

### النظرية السلوكية Behavioral theory:

هذه النظرية قامت بتفسير الاكتئاب من منظور قابل للملاحظة و التجريب و تركز بشكل أساسي على السلوك الظاهري و العوامل البيئية التي تسهم في ظهوره و استمراره، دون الغوص كثيرا في العمليات المعرفية الاواعية، يعتبر كل من سكينر Skinner & watson و واتسون أهم رواد هذه النظرية و لكنها تطورت بعد مرور الزمن عندما جاء العالم باندورا بنظريات التعلم الاجتماعي social learning theory.

تفسر النظرية السلوكية الاكتئاب على أنه نتيجة مباشرة لحدوث نقص في التعزيز الإيجابي positive reinforcement في حياة الفرد، أي أن الفرد لا يتلقى مكافآت مادية أو معنوية مقابل سلوكه مما يؤدي

تدرجيا إلى فقدان الحافز و الدافعية لذلك و بالتالي تراجع النشاط و من بعدها الدخول في حالة من العزلة الاجتماعية و قلة التفاعل مع الآخرين ؛ كذلك المراهق في فترة المراهقة يريد الانتباه و جلب الأنظار له و الاهتمام الذي يتحصل عليه من طرف العائلة و الأقران فإذا قام بفعل عمل ما إيجابي كالتفوق المدرسي على سبيل المثال ردت الفعل reactions الإيجابية على هذا الامر يؤدي إلى تشجيعه على القيام بمثل هذه الامور اكثر و تعزيز الفعل لديه، أما تجاهل إنجازاته فيؤدي بمرور الوقت إلى ظهور أعراض الاكتئاب و ذلك نتيجة الاحباط الذي شعر به.

بالإضافة إلى هذا الأمر ترى النظرية السلوكية أن الاكتئاب قد يكون ناتجا عن تعلم استجابات سلبية learn negative reactions من خلال التكرار repetition أو النمذجة Modeling اي إذا نشأ الفرد في بيئة أسرية يغلب عليها طابع الحزن و العجز و الاكتئاب فيشكل غير واعي سوف يتعلم الفرد الحزن و الاكتئاب فيستدخل أن هذه هي الفكرة الطبيعية للتفاعل مع الموقف. من التفسيرات التي تقدمها هذه النظرية كذلك مفهوم سليغمان selegman الذي جاء به و هو العجز المتعلم Learned helpnessness و يشير هذا المصطلح أن الشخص يكتسب شعورا بالعجز بعد المرور بتجارب متكررة فيصبح يستسلم بسرعة من أول محاولة.

إنطلاقا من هذا الفهم يركز العلاج السلوكي للاكتئاب على إعادة تفعيل السلوك الإيجابي Reactivate positive behavior كتقنية علاجية ناجحة، من خلال تقنية التنشيط السلوكي Behavioral Activation و التي تهدف إلى تشجيع الفرد على الانخراط في الأنشطة، حتى لو لم يشعر بالدافعية في البداية، فمع مرور الزمن يساعد هذا التغيير في السلوك على استعادة الشعور بالإنجاز و التحفيز و بالتالي يؤدي هذا الأمر إلى تحسن الحالة المزاجية. (وهي إحدى التقنيات المستعملة على الحالات التي قمنا بدراستها في الجانب التطبيقي في دراستنا هذه و سنفصل فيها لاحقا)

نستنتج أن النظرية السلوكية ترى أن الاكتئاب ليس نتيجة عطب داخلي أو خلل في التفكير بقدر ما هو نتيجة نقص التعزيز الإيجابي و تعلم استجابات سلبية خاطئة و يمكن معالجته بإعادة تشكيل السلوك بطرق صحيحة (مخططات تفكير سليمة) و تعلم التفاعل مع المحيط الخارجي.

### النظرية التحليلية Analytical theory:

تعد النظرية التحليلية و التي ينسب تأسيسها إلى فرويد Freud و هي تعتبر من أقدم التوجهات النفسية التي حاولت تفسير الاكتئاب من خلال التركيز على الصراعات اللاواعية Unconscious conflicts، و وفقا لهذا الاتجاه لا ينظر للاكتئاب كمجرد اضطراب في المزاج بل يفهم على أنه تعبير نفسي عميق عن الصراعات الداخلية غير المحلولة و المكبوتة سابقا و التي تعود جذورها إلى مراحل النمو النفسي في مرحلة الطفولة.

فإن واحدة من أهم الفرضيات التي تقدمها النظرية التحليلية في تفسير الاكتئاب هي العلاقة بين فقدان و العدوانية المكبوتة حيث يرى فرويد أن الاكتئاب غالبا ما ينشأ بعد فقد أشياء ذو قيمة، لكن هذا الحزن لا يتحول بالضرورة إلى اكتئاب عند جميع الأفراد حيث يكمن الفرق بحسب التحليل النفسي في كيفية تعامل الفرد مع مشاعر العدوان و الغضب و توجيهه نحو ذاته، و يعرف هذا الأمر ب توجيه العدوان إلى الداخل directing aggression inward مما يؤدي إلى جلد الذات، تحقير النفس، نقص تقدير الذات، الشعور بالذنب و تأنيب الضمير، وهي كلها أبرز سمات الاكتئاب.

كما يرى التحليل النفسي إلى أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب دائما ما يتميزون ب الأنا الضعيفة Weak ego و هي الأنا التي تكون غير قادرة على التوازن بين مطالب الهو ID (الرغبات الغريزية اللاعقلانية) و قوانين الأنا الأعلى Super-ego الصارمة فيعيش الفرد حالة من التوتر النفسي المزمن خصوصا إذا كان لديه مثالية مفرطة أو توقعات صارمة من نفسه. و عندما يعجز عن تحقيق هذه التوقعات العالية تنهار صورة الذات و يشعر الفرد بعدم القيمة و الذنب، مما يمهد لظهور الاكتئاب.

تشير النظرية التحليلية لسيفغوموند فرويد كذلك إلى أن بعض أنماط الاكتئاب تعود إلى تثبيت في المرحلة الفمية oral phase من النمو النفسوجنسي، حيث يكون الاعتماد على الآخرين كبيرا في هذه المرحلة و أي تهديد لهذا الاعتماد يشعر الفرد بالخسارة و الانهيار و من هنا فإن بعض المكتئبين يتصرفون بطريقة طفولية في مطالبهم العاطفية و يشعرون بالخيبة و بالإحباط عندما لا تلبى.

و بالتالي يمكننا القول إن النظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه صراع داخلي ينطوي على الفقد و غضب و قلق مكبوت، و شعور داخلي بالذنب و عدم الاستحقاق، و كلها عوامل تتبع من تجارب الطفولة و العلاقات المبكرة و عليه فإن العلاج التحليلي يهدف إلى كشف هذه الصراعات اللاواعية ؛ و

تحليل الجذور النفسية العميقة للاكتئاب حتى يتمكن الفرد في الأخير من فهم ألمه العاطفي و قبوله و تحرير نفسه من التأثيرات اللاواعية التي تمنع سلامه الداخلي. (Paykel,2006, p91-92)

### أعراض الاكتئاب: Symptoms of depression

تفسر أعراض الاكتئاب كما جاء في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) إلى مجموعة من التغيرات النفسية و الجسدية، و عليه فإن الاضطراب الاكتئابي Major depression Disorder يتم تشخيصه عندما تظهر لدى الشخص خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة أسبوعين أو ثلاث أسابيع و يجب توفر أحد الأعراض الأساسية و هي:

- مزاج مكتئب Depressed mood كل يوم
- فقدان واضح في الاهتمامات أو المتعة losing fun and excitement in activities في جميع أو أغلب الأنشطة طيلة اليوم كل يوم

إلى جانب العرضين السابقين يمكن أن تظهر بعض الأعراض التالية:

- تغيير كبير في الوزن (نقصان أو زيادة) أو تغيير في الشهية
- أرق أو فرط في النوم تقريبا كل يوم
- تباطؤ في الحركة أو الزيادة في النشاط الحركي (يكون واضحا و ملاحظا من طرف الآخرين
- تعب أو فقدان واضح في الطاقة دون سبب واضح
- مشاعر انعدام القيمة و نقص تقدير الذات مع الشعور بالذنب
- صعوبة في التركيز و التفكير و اتخاذ القرارات
- أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار أو محاولات الانتحار

و لكي يتم تشخيص حالة الاكتئاب الرئيسي، يجب أن تسبب الأعراض ضيقا أو خلا كبيرا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى مهمة من الحياة (الجانب العلائقي و الأسري). كما يجب ألا تكون ناتجة إثر تأثيرات مواد أو أسباب طبية أو اضطرابات ذهانية. (DSM5,2013,p300)

### تشخيص الاكتئاب: Diagnosis of depression

يتم تشخيص الاكتئاب من خلال تقييم سريري شامل يجريه الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي أو أخصائي في الصحة النفسية، حيث يعتمد هذا التقييم على المعايير الواردة في الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM-5 يبدأ التشخيص عادة بمقابلة سريرية يتم فيها طرح أسئلة مفصلة حول المزاج، النوم، التركيز و مستوى الاهتمام بالأشياء اليومية، السلوك؛ بالإضافة إلى التاريخ الطبي و النفسي للفرد.

يجب أن يستبعد خلال التشخيص أن تكون الأعراض ناجمة عن حالة طبية جسدية أو استخدام أدوية أو تناول مواد، كما قد يطلب في بعض الحالات إجراء فحوصات طبية مثل (تحليل الدم أو فحص الغدة الدرقية) للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية.

من بين المقاييس النفسية المقننة التي يستعملها المختصين لتشخيص الاكتئاب و تحديد درجته و شدته و هي أدوات تكملية تستخدم بجانب المقابلة و الملاحظة و من أبرزها:

### 1- مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory –BDI):

و الذي يستخدم على نطاق واسع من قبل الأخصائيين، يتكون من 21 بندا يقيس الأعراض النفسية و المعرفية و السلوكية للاكتئاب، كما أنه يفيد في تقييم شدة الاكتئاب و متابعة التغيرات أثناء العلاج. (وهو ما تم استخدامه في هذه الدراسة على الحالات)

### 2- مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS):

يتكون من 17 بندا و يعتبر من أدق المقاييس السريرية لتحديد شدة الاكتئاب خاصة في المستشفيات.

### 3- استبيان الصحة النفسية PHQ9 (Patient Health Questionnaire –9):

يحتوي على 9 أسئلة تغطي معايير ال dsm5 لتشخيص الاكتئاب، يعتبر سهل و سريع كما يستخدم لتحديد وجود الاكتئاب و شدته. (Thase,2004,p38)

### طرق قياس الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا على جودة حياة الأفراد ويستلزم التعامل معه أدوات دقيقة تساعد في رصده وتشخيصه بشكل علمي. ولتحقيق ذلك الأمر تم تطوير مجموعة من الطرق

والمقاييس العلمية التي تهدف إلى تقييم شدة الاكتئاب وتحديد أعراضه وفق معايير معتمدة عالمياً مثل DSM5 و ICD11. تعتمد هذه الطرق على استبيانات مقننة، ومقابلات سريرية ممنهجة، وأحياناً على مؤشرات بيولوجية في الأبحاث التي تتطلب هذا الأمر، مما يتيح تقييماً موضوعياً يساعد الأخصائيين في اختيار العلاج المناسب ومتابعة فعاليته بدقة. و من بين أهم الطرق العلمية لقياس الاكتئاب:

### 1- المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة Clinical Interview:

- تعد من أكثر الطرق دقة وتجرى بواسطة طبيب نفسي أو أخصائي نفسي
- تستخدم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5) أو التصنيف الدولي للأمراض (ICD11)
- تشمل أسئلة تفصيلية حول المزاج، النوم، الشهية، التركيز، والأفكار السلبية أو الانتحارية Suicidal thoughts و هذا ما تم سؤاله للحالات و هي أحد الأدوات المستعملة في الجانب التطبيقي.

### 2 - المقاييس والاستبيانات النفسية Psychological scales and questionnaires :

تستخدم فيها أدوات معيارية تم اختبارها علمياً و كماً وتتمتع بموثوقية ومصداقية علمية مؤكدة منها:

#### - مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory - BDI

يعتبر مقياس Beck Aaron للاكتئاب (Beck Depression Inventory - BDI) من أشهر وأدق الأدوات النفسية المستخدمة في قياس شدة الاكتئاب. طوره عالم النفس الأمريكي "أرون بيك" في ستينيات القرن الماضي، ويستند في نظريته المعرفية أن الاكتئاب ناتج عن أفكار سلبية تلقائية تجاه الذات والعالم والمستقبل. يتكون المقياس من 21 بنداً وكل بند يعكس أحد أعراض الاكتئاب الحزن، فقدان المتعة، الشعور بالذنب، أو اضطرابات النوم. يجيب المفحوص على كل بند باختيار درجة تعكس مدى شدة العرض لديه، مما يوفر أداة كمية تساعد الأطباء والمعالجين في تشخيص الاكتئاب وتحديد درجته (خفيف، متوسط، شديد). يتمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات ويستخدم على نطاق واسع في العيادات النفسية والبحوث السريرية حول العالم.

#### - مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي DASS-21 :

يعتبر مقياس Depression Anxiety Stress Scale أداة نفسية قصيرة ومقننة صممت لقياس ثلاث اضطرابات انفعالية شائعة: الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي. يتكون المقياس من 21 بنداً و يقسم 7 بنود لكل حالة، وفيها يطلب المختص من المفحوص أن يقيم مدى انطباق كل عبارة عليه خلال الأسبوع الماضي باستخدام مقياس من أربع درجات. يتميز هذا المقياس DASS-21 بسهولة التطبيق وسرعة التقييم، كما أنه يستخدم على نطاق واسع في المجالات العلاجية والبحثية لرصد الحالة النفسية العامة للمفحوص وتحديد الحاجة إلى تدخل علاجي إن وجدت. وقد أثبت المقياس كفاءته من حيث معايير الصدق والثبات كما يعد خياراً فعالاً للتقييم الذاتي في الجانب السريري.

### مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب HDRS – Hamilton Depression Rating Scale :

مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب Hamilton Depression Rating Scale HDRS من أقدم وأشهر أدوات التقييم النفسي المستخدمة لقياس شدة أعراض الاكتئاب، خاصة في المجال العيادي. طوره الطبيب النفسي البريطاني ماكس هاملتون Max Hamilton عام 1960 ويطبق هذا المقياس عادة من قبل مختصين نفسيين من خلال مقابلة عيادية منظمة. يتكون في نسخته الأصلية من 17 بنداً تعطي مؤشر عن شدة الأعراض للاضطرابات كالمزاج المكتئب، مشكلات النوم، القلق، فقدان الوزن، وصعوبات التركيز. يستخدم هذا المقياس بشكل واسع لمتابعة استجابة المرضى للعلاج ويعد أداة دقيقة لتقدير شدة الاكتئاب من خفيف إلى شديد جداً مما يساعد المختصين في اتخاذ قرارات علاجية فعالة حسب حالة المفحوص.

### مقياس PHQ-9 Patient Health Questionnaire :

مقياس PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9 هو من أبرز الأدوات النفسية المستخدمة لتقييم أعراض الاكتئاب بطريقة سريعة ودقيقة، طور هذا المقياس كجزء من استبيان صحي شامل ويعتمد على معايير تشخيص الاكتئاب الواردة في الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM5. يتكون من 9 بنود تغطي الأعراض الأساسية للاكتئاب مثل انخفاض المزاج، فقدان الاهتمام، اضطرابات النوم، والتفكير في الموت، ويقوم الفرد بتقييم تكرار هذه الأعراض خلال الأسبوعين الماضيين كشرط رئيسي. يتميز مقياس PHQ-9 بسهولة استخدامه وفعاليته في الكشف المبكر عن الاكتئاب وتحديد شدته

(من خفيف إلى شديد) ويستخدم على نطاق واسع في الرعاية الصحية الأولية والعيادات النفسية خصوصا في الولايات المتحدة الأمريكية.

### 3- المراقبة البيولوجية والفيسيولوجية **Biological and physiological monitoring** :

يمكن القول أن المراقبة الفيزيولوجية والبيولوجية هي من الأساليب الحديثة والمعقدة في دراسة الاكتئاب، وتستخدم غالبا في البحوث العلمية كأداة تكميلية وليس كأداة تشخيص و ذلك لأنها تهدف إلى فهم التغيرات التي تطرأ على الجسم والدماغ نتيجة للاكتئاب وتوفر مؤشرات موضوعية قد تساهم في تحسين دقة التقييم والتشخيص في العمل العيادي للمختصين و تأثيرها يكمن في:

#### 1- التصوير العصبي التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي **FMR** و التصوير المقطعي بالإصدار

#### البوزيتروني **PET** :

يعتبر من أبرز الأدوات العلمية المتقدمة لفهم الدماغ البشري وقد ساهم بشكل كبير في توسيع المعرفة حول الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى و فهم الجذور البيولوجية و الأسباب، و الغرض منه أنه يتيح تتبع نشاط الدماغ عند المصابين بالاكتئاب بحيث أظهرت الدراسات انخفاضا في نشاط بعض المناطق مثل القشرة الجبهية الأمامية وزيادة في نشاط اللوزة الدماغية (Amygdala) المسؤولة عن الانفعالات عند مرضى الاكتئاب. كما تساعد كل من **FMR** و **PET** الفحوص و البحوث العلمية في فهم كيفية تغير أنماط التفكير والمشاعر في دماغ المكتئب و رصد الاختلالات الكيميائية حيث تمكننا من الكشف عن نقص في مستقبلات السيروتونين أو تغيرات في نشاط الدوبامين وهما مرتبطان بشدة الاكتئاب.

و حتى بعد العلاج على المفحوصين تمكننا من ملاحظة تغيرات في النشاط الدماغى بعد العلاج النفسى أو الدوائى.

### 2- العلامات الحيوية **Biomarkers** :

هي مؤشرات بيولوجية قابلة للقياس تستخدم لفهم التغيرات الجسدية أو الكيميائية المرتبطة بالاكتئاب يمكن أن تشمل هذه المؤشرات مواد في الدم، أو نشاطاً في الجهاز العصبي، أو تغيرات هرمونية، وتعد أدوات جيدة في تشخيص الاكتئاب وتحديد شدته والتنبؤ بالاستجابة للعلاج. حيث أنها تشمل فحص مستويات

الكورتيزول **Cortisol** (هرمون التوتر)، والسيروتونين و الدوبامين (الناقلات العصبية التي تؤثر على المزاج). فبعض الأشخاص المكتئبين مثلا يظهرون مستويات مرتفعة من الكورتيزول خاصة في الفترة الصباحية وهو الامر الذي يعود إلى ظهور خلل في نظام الاستجابة للضغط (HPA axis) Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة هرمون الكورتيزول في الدم و عدم القدرة على مواجهة الضغوط الحياتية.

أما الناقلات العصبية (Neurotransmitters) كلسيروتونين Serotonin و الدوبامين Dopamine و النورإبينفرين Norepinephrine فيؤدي نقصها و انخفاضها إلى ظهور أعراض الاكتئاب.

### 3- تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) :

تخطيط كهرباء الدماغ Electroencephalography هو أداة غير جراحية تستخدم لتسجيل النشاط الكهربائي في الدماغ بين الفصين من خلال أقطاب توضع على فروة الرأس. و تعد هذه التقنية من الطرق القديمة لكنها فعالة نسبيا في دراسة وظائف الدماغ، وقد بدأت الأبحاث الحديثة في إظهار فائدته في الكشف عن مؤشرات عصبية مرتبطة بالاكتئاب كما أنه يعزز الفهم البيولوجي للاكتئاب ويدعم نظرية أن الاكتئاب ليس مجرد اضطراب نفسي، بل له جذور جسدية ودماعية. بحيث أظهر أنه لدى بعض المصابين بالاكتئاب هيمنة النشاط الكهربائي في الفص الأيمن الأمامي على حساب الفص الأيسر و أن الفص الأيسر يرتبط عادة بالمشاعر الإيجابية والفص الأيمن بالمشاعر السلبية، ولهذا السبب يفسر هذا النمط بالميل للاكتئاب.

كما يظهر التخطيط الكهربائي للدماغ أن المصابون بالاكتئاب عادة ما يظهرون ببطء في موجات الدماغ Alpha waves و هذا ما ينتج عنه حالة من الخمول العصبي أو إغلاق في مراكز التفكير الإيجابي و هذا ما يفسر السوداوية. (Chris freeman,2001, p113)

### علاجات الاكتئاب : Depression treatments

يعتمد علاج الاكتئاب في علم النفس على الدمج بين العلاج النفسي و العلاج الدوائي، حيث يعد هذا الدمج من أكثر الأساليب فعالية في التخفيف من الأعراض و تحسين جودة الحياة لدى المصابين

بالاكتئاب. فمن الناحية النفسية يستخدم العلاج المعرفي السلوكي بشكل واسع و هو يهدف بالدرجة الأولى على تعديل أنماط و المخططات التفكير السلبية المرتبطة بالاكتئاب.

### العلاج الدوائي Pharmacological Treatment :

يعتمد على تعديل كيمياء الدماغ خاصة تركيز الناقلات العصبية Neurotransmitters كالسيروتونين، النورإبينفرين، والدوبامين، والتي تلعب دورا هاما في تنظيم المزاج والعاطفة.

مثبطات السيروتونين الانتقائية (SSRI's) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: و هي الأكثر استخداما لفعاليتها و قلة آثارها الجانبية نسبيا هي فئة من الأدوية المضادة للاكتئاب تعمل عن طريق زيادة مستوى السيروتونين في الدماغ، بحيث يقوم السيروتونين بدور رئيسي و محوري في تنظيم المزاج، النوم، والشهية، وغالبا ما يكون مستواه منخفضا لدى مرضى الاكتئاب.

تعمل SSRIs على منع الخلايا العصبية من إعادة امتصاص السيروتونين بسرعة بعد إفرازه، مما يؤدي إلى زيادة مستواه في الفجوة بين الخلايا العصبية (المشبك العصبي) وبالتالي تحسين الاتصال العصبي والمزاج العام للمريض. و من أبرز أنواعها:

فلوكستين Fluoxetine، سيرترالين Sertraline، سيتالوبرام Citalopram، إيسيتالوبرام Escitalopram، باروكسيتين Paroxetine.

مثبطات استرداد السيروتونين و النورإبينفرين (SNRI's): مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين (SNRIs) هي فئة من مضادات الاكتئاب Antidepressions تعمل على زيادة مستوى اثنين من الناقلات العصبية المهمة في الدماغ السيروتونين و النورإبينفرين وذلك عن طريق منع استردادها في الخلايا العصبية بعد إفرازهما في المرة الاولى مما يؤدي إلى تعزيز نشاطهما في المشابك العصبية.

يرتبط السيروتونين بتحسين المزاج والشعور بالراحة و الاسترخاء بينما يساهم النورإبينفرين في تنظيم الانتباه والطاقة والاستجابة للتوتر و الضغوط النفسية لذلك تعمل هذه الأدوية على معالجة أعراض الاكتئاب من خلال تحسين المزاج وزيادة النشاط والطاقة.

تستخدم مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين في علاج الاكتئاب الشديد اضطرابات القلق الشديدة. و تكون فعالة في الحالات التي لا يستجيب ل (SSRI's) و منها: فينلافاكسين Venlafaxine، دولوكستين Duloxetine ، ديسفينلافاكسين Desvenlafaxine.

**مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA's):** مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCAs هي من أقدم أنواع مضادات الاكتئاب التي تم تطويرها وسميت "ثلاثية الحلقات" بسبب تركيبها الكيميائية التي تتكون من ثلاث حلقات جزيئية مرتبطة. تعمل هذه الأدوية بشكل رئيسي على منع إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين في الدماغ، مما يؤدي إلى زيادة تركيزهما في المشابك العصبية ورفع المزاج. ومع ذلك، فإن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لا تستهدف هذه الناقلات العصبية بشكل انتقائي فقط بل تؤثر أيضا على أنظمة كيميائية أخرى مما قد يسبب آثارًا جانبية متعددة و لهذا الأمر أصبحت ورغم فعاليتها العالية استخدامات مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أصبح أقل شيوعا اليوم بسبب الأعراض الجانبية التي تخلفها خاصة عند بعض المرضى عن غيرهم مثل خطر التسمم في حالات الجرعة الزائدة، زيادة الوزن، جفاف الفم، انخفاض ضغط الدم، اضطراب معدل ضربات القلب و غيرها من الاعراض.

من أشهر أنواعها الفعالة في علاج الاكتئاب نذكر :أميتريبتيلين Amitriptyline، إيميبرامين Imipramine، كلوميبرامين clomipramine.

### العلاج السلوكي المعرفي: Cognitive Behavioral Therapy

يستهدف العلاج السلوكي المعرفي CBT للاكتئاب تصحيح المشوهات المعرفية cognitive distortions التي تساهم في الشعور بالحزن واليأس هذه التشوهات تشمل الأفكار التلقائية السلبية negative automatic thoughts مثل "أنا فاشل" "لا أحد يحبني" "الحياة لن تتحسن أبداً". فعندما يحاصر المريض بهذه الأنماط من التفكير فإنها تؤدي إلى مشاعر سلبية مثل الشعور بالذنب، الحزن، واليأس، وفقدان الأمل وهو ما يعزز الشعور بالاكتئاب و يقوي أعراضه. من خلال علاج CBT يتعلم المرضى كيفية التعرف على هذه الأفكار السلبية و المخططات المعرفية غير المكيفة تحليل مدى منطقيتها ومن ثم استبدالها بأفكار أكثر توازنا وواقعية صحيحة.

يشتمل العلاج على عدة تقنيات رئيسية كتقنية إعادة هيكلة التفكير Restructuring of thinking التي تهدف إلى تعديل الأفكار السلبية Modify negative thoughts و تقنية تنشيط السلوك Behavior

activation والذي يشجع المرضى على العودة إلى الأنشطة اليومية التي كانت تمنحهم السعادة والراحة و حتى الانخراط في أنشطة جديدة ممتعة مما يساهم في كسر دائرة الانطواء و العزلة مع الذات. كما يتضمن العلاج التدريب على تقنية حل المشكلات Training solving problems لمساعدة المرضى على التعامل مع التحديات اليومية بطرق أكثر إيجابية وفعالية.

تشير الدراسات و البحوث العلمية الحديثة على أن العلاج السلوكي المعرفي يعد من العلاجات الأكثر فاعلية في علاج الاكتئاب خاصة في الحالات المتوسطة والشديدة. كما أظهرت الدراسات أن CBT يمكن أن يساهم في تقليل خطر الانتكاس، حيث يزود المرضى بالأدوات المعرفية والمهارات السلوكية التي تساعدهم في مواجهة الضغوط والمشاعر السلبية في المستقبل.

و سوف نفضل أكثر في كل تقنية علاجية في الجانب التطبيقي عند استعمالها مع الحالات قيد الدراسة.

### العلاج السلوكي الجدلي: Dialectical Behavior Therapy

العلاج الجدلي من العلاجات الفعالة بشكل خاص للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب المقاوم للعلاج، التي تم تطويره بواسطة الاخصائية "مارشا لاينهان" في أوائل التسعينات من القرن الماضي تم تصميمه لعلاج الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية Borderline personality ثم خصص للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد major depression و التقلبات العاطفية الشديدة أو السلوكيات الانتحارية Suicidal thoughts. إلا أن تقنياته يمكن أن تكون مفيدة أيضا للأفراد الذين يعانون من صعوبة في إدارة المشاعر أو الانخراط في سلوكيات مدمرة و كذا Stress & PTSD Post traumatic stress disorder.

يستند العلاج السلوكي الجدلي إلى مزيج من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي وتقنيات معينة، من القبول والوعي الذاتي التي تهدف إلى مساعدة المرضى على التكيف مع مواقفهم العاطفية المعقدة. يركز العلاج على تعليم المرضى كيفية التفاعل مع المشاعر والأفكار السلبية بطريقة أكثر مرونة وتوازنا بدلا من الوقوع في دوامة من الانفعالات المتطرفة التي تؤدي إلى تفاقم الاكتئاب.

و يعتمد العلاج السلوكي الجدلي على أربع تقنيات رئيسية:

- **القبول والمرونة Acceptance and flexibility** : يعمل العلاج الجدلي على مساعدة المرضى المصابين بالاكتئاب على قبول مشاعرهم السلبية بدلا من مكافحتها أو محاولة نقادتها. هذا القبول لا يعني الاستسلام أو الاستمرار في التفكير السلبي، بل يعني تقبل الواقع كما هو مع التأكيد على القدرة على التغيير والتحكم في ردود الفعل تجاه تلك المشاعر.

- **الوعي الذاتي والتأمل Mindfulness** : يشجع العلاج الأفراد على تحسين الوعي اللحظي والتفاعل مع مشاعرهم وأفكارهم بشكل واع. من خلال تقنيات التأمل والتركيز الذهني يتعلم الأفراد كيف يبقون في اللحظة الحالية دون الانغماس في الأفكار السلبية المستمرة.

- **التنظيم العاطفي Emotional regulation** : يهدف إلى مساعدة المرضى على تعلم كيفية تنظيم مشاعرهم بشكل أفضل. يعلم المرضى كيفية تحديد مشاعرهم وفهم تأثيراتها على السلوك وبالتالي تغيير ردود فعلهم العاطفية تجاه الأحداث الضاغطة.

- **تحسين العلاقات الشخصية Improving personal relationships** : يتم التركيز على تحسين مهارات التواصل والعلاقات مع الآخرين. في حالات الاكتئاب يمكن أن تؤدي العلاقات السامة أو الانعزال الاجتماعي إلى تفاقم الحالة. يركز العلاج على التفاعل بشكل صحي مع الآخرين ما يساعد على تقليل الشعور بالوحدة والعزلة.

في الاكتئاب يعاني المرضى في الغالب من مشاعر العجز واليأس التي قد تدفعهم إلى العزلة والانسحاب من الحياة اليومية. العلاج الجدلي يساعد في كسر هذه الروتين المرضي من خلال تعزيز مهارات القبول والوعي الذاتي، والتي تمنح الأفراد القدرة على التفاعل بشكل أكثر مرونة مع أفكارهم السلبية. كما أن تعلم تنظيم العواطف يساعد المرضى على تقليل الأثر السلبي للمشاعر مثل الحزن العميق والقلق، مما يساهم في تقليل الأعراض الاكتئابية.

إحدى الفوائد الرئيسية لعلاج DBT هي الحد من الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وهي مشكلة شائعة لدى المصابين الذين يعانون من الاكتئاب الشديد. من خلال تقنيات إدارة الأزمات Crisis management يشجع المرضى على اتخاذ قرارات بديلة Alternative decisions خلال الأوقات العصيبة كالتفكير في بدائل أكثر أمانا وصحة للتعامل مع مشاعرهم. (و جميعها تقنيات قمتنا باستعمالها في الجزء التطبيقي مع الحالات). (Ellis.A,2007,p58-59-60)

### خلاصة:

نستنتج في الأخير أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي شائع جدا في وقتنا الحالي يؤثر على المشاعر، التفكير و السلوك يتمثل في شعور دائم بالحزن و فقدان الاهتمام في الأنشطة و الأشياء التي كان يحبها الفرد من قبل الإصابة بالاكتئاب. و قد يؤثر على أداء الشخص في العمل أو الدراسة و حتى في العلاقات الاجتماعية. له أسبابه و أعراضه الخاصة كما سبق أن أشرنا في هذا الفصل و لكن أهم شي أن له علاجاته الدوائية و النفسية. CBT كما أنه يؤثر على المراهقين بالدرجة الأولى لأنهم في مرحلة حساسة في حياتهم حيث تتسم فترة المراهقة بمختلف التغيرات البيولوجية و الاجتماعية و النفسية، و تعد الضغوط الدراسية و التحولات الهرمونية و الرغبة في الاستقلالية و الشهرة؛ إضافة إلى المشكلات العائلية من أبرز العوامل التي تساهم في ظهور الاكتئاب عند المراهقين. و يظهر الاكتئاب عندهم في شكل تقلبات مزاجية حادة عزلة تغيرات في النوم و في الحالات الشديدة اللجوء إلى الانتحار أو محاولات الانتحار و هذا ما سوف نتناوله في الفصل التالي للمراهقة.

# الفصل الثالث

## المراجعة

### تمهيد:

تعد المراهقة من أهم المراحل الانتقالية في حياة الإنسان، إذ تشكل الجسر الواصل بين الطفولة والرشد ففي هذه الفترة يمر الفرد بتغيرات جسدية، نفسية، وعاطفية كبيرة، تؤثر في طريقة تفكيره وسلوكه وتفاعله مع من حوله. وتعتبر هذه المرحلة مليئة بالتحديات والفرص على حد سواء حيث يبدأ المراهق في البحث عن هويته الشخصية واستقلاليته، ومعنى وجوده في هذا العالم. ومن هنا تبرز أهمية فهم هذه الفترة فهم عميق سواء من قبل المراهق نفسه أو من قبل الأسرة والمجتمع المحيط به، من أجل توفير الدعم والتوجيه المناسب الذي يساعده على تخطي صعوباتها وبناء مستقبل متوازن.

كما يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في فترة المراهقة، وله تأثير بالغ في مختلف جوانب حياته ففي هذه المرحلة الحساسة من النمو، يمكن للاكتئاب أن ينعكس سلبا على الأداء الدراسي والعلاقات الاجتماعية والصحة الجسدية والعاطفية للمراهق. وقد يعاني المراهق المكتئب من مشاعر الحزن المستمر، وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي كان يستمتع بها، بالإضافة إلى انخفاض الثقة بالنفس والشعور بالذنب أو انعدام القيمة. كما قد تظهر عليه أعراض جسدية مثل اضطرابات النوم أو الشهية والتعب المزمن. وفي بعض الحالات قد يتطور الاكتئاب إلى التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار، مما يجعل التدخل المبكر والدعم النفسي أمر بالغ الأهمية. و لذلك فإن فهم تأثير الاكتئاب على المراهق لا يساهم فقط في تقديم المساعدة المناسبة، بل يساهم أيضا في الوقاية من مضاعفاته وبناء بيئة داعمة تعزز من صحته النفسية ونموه السليم. و هذا ما سوف نبينه من خلال هذا الفصل حيث سندرس المراهقة من مختلف الجوانب وأهم النظريات النفسية المفسرة لها وسوف نركز على العلاقة الجوهرية بين الاكتئاب و المراهقة و كيفية التكفل بها.

## 1- تعريف المراهقة:

تعتبر المراهقة مرحلة انتقالية في عمر الإنسان تبدأ من البلوغ الذي يعتبر طريقا بين الطفولة المتأخرة و المراهقة، حيث تحدث فيها تغيرات في شخصية المراهق من الناحية النفسية و العقلية و الجسمية و الانفعالية؛ فهو ينتقل من التفكير القائم على إدراك الملموس إلى التفكير الأعمق في الأمور المعنوية و الفكرية و تزداد قدرته على النقد و التحليل و فهم الأمور من منظور مختلف و ينتقل من مرحلة الاعتماد على غيره إلى الاعتماد على النفس و الاكتفاء الذاتي، و يتسع نطاق علاقاته التفاعلية الاجتماعية مع محيطه. و يمكن تعريفها بما يلي:

**1-1- لغة:** المراهقة في اللغة مأخوذة من الفعل "راهق"، ويقال: *راهق الغلام* أي قارب البلوغ أو دخل في سن البلوغ.

فهي من *الرهوق* أي الاقتراب ومنه يقال: *راهق الحلم* أي قارب أن يحتلم. و تعني بالغة اللاتينية (Adolecere) و تعني الزيادة و النمو.

**1-2-إصطلاحا:** حددها سيلامي Silamy بأنها مرحلة من مراحل الحياة تتحدد من فترة الطفولة و تستمر حتى سن الرشد (24سنة).

حيث يرى أن المراهقة تعمل على اكتشاف كل الإمكانيات و الطاقات الموجودة عند كل شخص ما يسمح للأفراد باختيار طريق محدد ونمط حياتي معين لعالم الرشد، كما تعمل على اكتشاف الأشخاص بشكل عميق و معرفة الذات و الآخرين و تكوين علاقات اجتماعية مع المحيط و تتميز كذلك بضعف العلاقة أو انعدامها مع الأبوين و الصلة الوطيدة مع مجموعة من الأقران (Special group) (شخص معين حميمي، صديق /ة) و هنا يكون المراهق وحدة اجتماعية خاصة.

**تعريفات بعض العلماء للمراهقة:**

يعرفها ستانلي هول 1956 بأنها فترة توتر و شدة تسودها الأزمات النفسية و المعاناة و التوتر و الصراع و القلق و المشكلات و صعوبات التوافق.

أما أو سبل 1955 Ossampal فقد عرف المراهقة على أنها الفترة التي تحدث فيها تحول في الوضع البيولوجي للفرد مثل ما صاغه English في قاموس المصطلحات النفسية حيث يعتبر المراهقة مرحلة تبدأ من البلوغ الجنسي حتى سن النضج.

يعرف فرويد Freud المراهقة على أنها فترة إكمال التغيرات حيث يرى أنها مرحلة تزداد فيها الشحنات النفسية الليبيدية بشدة تنتظم هذه الطاقة الليبيدية في صورة أعمال تمهيدية أو مساعدة تنشأ عن نشوة تسبق حالة الكبت و يستخدمها الأنا على نحو ما و تنشأ عن ذلك سمات الفرد الخلقية إما بأن يعمل الفرد على إظهارها للعلن أو إخفائها أو تبديل الأهداف Young, Klosko, 2003, p99

و يعرفها جون بياجي Piaget بأنها: "مرحلة نشوء كفاءات و ملكات عقلية لم تعرفها الطفولة "

أما روسو فيعرفها بأنها: "ولادة ثانية متطورة إلى التحولات التي تحدثها"

## 2- النظرة التاريخية للمراهقة:

لقد مرت النظرة إلى مرحلة المراهقة بتحويلات جذرية على مر العصور، بحيث لم تعتبر دائما مرحلة نمائية متميزة كما هي في عصرنا اليوم. ففي المجتمعات التقليدية والبدائية، لم يكن هناك مفهوم واضح للمراهقة إذ كان الطفل ينتقل به مباشرة إلى أدوار الراشدين بمجرد بلوغه علامات النضج الجنسي مثل القدرة على العمل أو الزواج، دون اعتبار للتغيرات النفسية والانفعالية التي تصاحب تلك المرحلة. وفي العصور الوسطى في أوروبا، كانت المراهقة تنظر إليها من خلال عدسة دينية وأخلاقية تركز على الانضباط والسلوك، لا على النمو والتطور الداخلي للفرد، حيث كان يتوقع من المراهقين التقيد بالقيم الدينية وتحمل مسؤوليات الكبار في سن مبكرة.

أما التحول الحقيقي في النظرة إلى المراهقة فقد بدأ في أواخر القرن التاسع عشر 19 وبداية القرن العشرين 20، مع بروز علم النفس كحقل مستقل و كان للعالم الأمريكي ستانلي هول G. Stanley Hall دور محوري في تعريف المراهقة كمرحلة نمائية قائمة بذاتها؛ ففي عام 1904 نشر كتابه الشهير "المراهقة " و الذي اعتبر فيه هذه المرحلة بمثابة "مرحلة العاصفة والتوتر" Storm & Stress نظرا لما يصاحبها من صراعات داخلية وتقلبات مزاجية وتغيرات حادة في السلوك. وقد مثل هذا الطرح نقلة نوعية

في فهم المراهقة من منظور علمي ونفسي، إذ تم التركيز لأول مرة على العوامل البيولوجية والهرمونية المرتبطة بها وتأثيرها في النمو العقلي والانفعالي.

ومع التقدم العلمي خلال القرن العشرين توسعت الأبحاث حول المراهقة لتشمل الجوانب الاجتماعية والثقافية والتربوية و أظهرت الدراسات أن البيئة المحيطة بما في ذلك الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام تلعب دور مهم في تشكيل سلوك المراهقين وتطورهم؛ كما ساهم علماء مثل إريك إريكسون في تأطير المراهقة كمرحلة بحث عن الهوية، ومرحلة حرجة في بناء الذات. واليوم ينظر إلى المراهقة في الأوساط العلمية على أنها فترة انتقالية معقدة تتطلب فهما شاملا ومتكاملا يأخذ في الاعتبار التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يمر بها الفرد، مما يجعلها محط اهتمام واسع في ميادين الطب النفسي وعلم الاجتماع والتربية والسياسات الموجهة إلى فئة الشباب 2008p28. Gotlib, Hammen

### 3- النظريات المفسرة للمراهقة:

#### 3-1- تفسير النظرية المعرفية لجان بياجيه Cognitive theory for Jean Piaget:

تعد النظرية المعرفية لجان بياجيه Jean Piaget من أبرز النظريات التي تناولت مراحل النمو العقلي لدى الإنسان، وقد ركزت بشكل خاص على تطور التفكير لدى الأطفال والمراهقين. وبالنسبة لمرحلة المراهقة فقد حدد بياجيه هذه المرحلة بما يعرف بمرحلة العمليات الصورية أو المجردة Formal Operational Stage والتي تبدأ من سن 11 سنة فما فوق و قد قام بتفسير مرحلة المراهقة في نظريته المعرفية كما يلي:

يرى بياجيه أن المراهقين في هذه المرحلة يكتسبون قدرة نوعية جديدة في التفكير، تتمثل في القدرة على استخدام العمليات العقلية المجردة abstract mental processes أي أنهم يصبحون قادرين على التفكير في الأفكار والنظريات وليس فقط في الأشياء الملموسة كما في الطفولة.

ومن أبرز مميزات التفكير التي سطرها بياجيه في هذه المرحلة نذكر منها:

#### 3-1-1- التفكير المجرد abstract thinking: حيث يستطيع المراهق التفكير في مفاهيم مثل

العدالة، الحرية، الأخلاق، والحب من منظور فلسفي أو نظري.

**3-1-2- الاستدلال الافتراضي-الاستنباطي Hypothetical deductive reasoning:** يمكنه استخدام الفرضيات واختبارها عقليا مثل العالم الذي يختبر فكرة معينة في المختبر و هذا ما يظهر براعة بعض فئة المراهقين الأذكياء في التخيل و الاختراعات و العلوم المجردة.

**3-1-3- التفكير المنطقي الرياضي logical mathematical thinking:** يتطور التفكير الرياضي والمنطقي ويصبح المراهق قادر على حل المسائل المعقدة التي تتطلب خطوات متسلسلة. و يظهر في التفوق في كل من الرياضيات و الفيزياء و الكيمياء.

**3-1-4- الوعي بالذات والتفكير في التفكير (ما وراء المعرفة) meta knowledge:** يبدأ المراهق في تحليل طريقة تفكيره و يناقش أفكاره الداخلية و يطرح أسئلة عن هويته و مكانته في العالم.

**3-1-5- الخيال المستقبلي Future imagination:** يصبح لديه القدرة على التخطيط للمستقبل و وضع تصورات و بدائل متعددة و ما سوف يختص به في الجامعة و تصور وظيفة أحلامه و غيرها من الخطط المستقبلية.

يباحيه يرى أن هذه المرحلة مرحلة مهمة في النمو لأنها تمثل قمة التطور المعرفي حيث يصل فيها الفرد إلى أقصى درجات التفكير المنطقي والنظري وهو ما يؤهله للتفكير النقدي واتخاذ قرارات معقدة ومع ذلك أشار أيضا إلى أن ليس جميع الأفراد يصلون إلى هذا المستوى في نفس السن أو بدرجة الإتقان نفسها حيث يمكن أن تتأثر هذه القدرة بالعوامل البيئية والتعليمية والثقافية و الفروقات الفردية بين الاشخاص. (Nolen, Hoeksema 2013, p31)

**3-2- تفسير النظرية النفسية الاجتماعية لإيريكسون Psychosocial theory for Erik Erikson:**

تعتبر النظرية النفسية الاجتماعية لإريك إيريكسون Erik Erikson من النظريات الرائدة في تفسير تطور الشخصية عبر مراحل الحياة وقد خصص إيريكسون المرحلة الخامسة من نظريته لمرحلة المراهقة والتي تمتد من سن 12 إلى 18 سنة، وأطلق عليها اسم: "الصراع بين الهوية مقابل تشتت الهوية" Identity vs. Role Confusion. يرى إيريكسون أن المهمة الأساسية في هذه المرحلة هي بناء الهوية الشخصية فالمرهق يبدأ في طرح أسئلة وجودية مثل: من أنا؟ Who am i؟ ماذا أريد أن أكون؟ What do i want

What's my value ? وما هي قيمتي؟ ويبدأ في استكشاف الأدوار الاجتماعية والمعتقدات والقيم محاولاً تشكيل صورة واضحة ومتسقة عن ذاته السمات الأساسية لهذه المرحلة:

(1) **تكوين الهوية Identity construction**: يسعى المراهق إلى دمج تجاربه السابقة مع توقعاته

المستقبلية ليبنى هوية متماسكة تشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية.

(2) **استكشاف الأدوار Exploring roles**: قد يجرب المراهق أنماط متعددة من السلوك

والاهتمامات والمعتقدات كجزء من بحثه عن ذاته و تحديد هويته النهائية.

(3) **الخطر المحتمل potential danger**: تنشئت الهوية إذا لم ينجح المراهق في تشكيل هوية

واضحة، فقد يشعر بالارتباك حول دوره في الحياة ويعاني من ضياع الهوية مما قد يؤدي إلى اضطرابات في التكيف النفسي والاجتماعي.

(4) **أهمية الدعم الاجتماعي social encouragement**: يلعب دعم الأسرة و الأصدقاء

والمعلمين دور مهما في تمكين المراهق من تجاوز هذه المرحلة بنجاح و بدون اضطرابات نفسية

كما يرى إريكسون أن النجاح في تجاوز هذا الصراع يؤدي إلى تطور صفة الإخلاص Fidelity وهي القدرة على الالتزام بهوية واضحة ومجموعة من القيم بينما يؤدي الفشل إلى الشعور بالانشقاق والاعتزاز، وتعد هذه المرحلة حجر الأساس لبناء علاقات مستقرة وتحمل المسؤولية في المراحل التالية من الحياة (مرحلة الرشد). (Kendler, & Parnas2020,211)

**3-3- تفسير النظرية المعرفية السلوكية للمراهقة Cognitive Behavioral theory for Beck**

**:&Ellis**

النظرية السلوكية المعرفية كما طورها كل من آرون بيك Aaron Beck وألبرت إيليس Albert Ellis تمثل إطار نفسي علاجي سلوكي، يدمج بين العمليات المعرفية (كالأفكار والمعتقدات) والسلوكية (كالفعل و رد الفعل) في تفسيرها للمراهقة تقدم هذه النظرية فهم دقيق لكيفية تطور السلوكيات والانفعالات لدى المراهقين نتيجة لطريقة تفكيرهم وتفسيراتهم للمواقف و تنقسم إلى:

**3-3-1- النموذج المعرفي لأرون بيك وتطبيقه على المراهقين:**

### 1) الأفكار التلقائية (Automatic Thoughts):

يشير بيك أن المراهقين يمرون بأفكار تلقائية سلبية تؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم، مثل إذا فشل المراهق في اختبار مدرسي فقد يفكر بشكل تلقائي "أنا غبي" مما يؤدي إلى شعوره بالإحباط وربما تجنب الدراسة لاحقا.

### 2) المعتقدات الأساسية (Core Beliefs):

هذه المعتقدات تكونت في الطفولة وتترسخ في فترة المراهقة كاعتقاد "يجب أن أكون محبوب من الجميع لأكون ذو قيمة" هذه المعتقدات قد تجعل المراهق حساس جدا للرفض أو الانتقادات من الآخرين و هما جزء من الحياة للتعلم و التطور.

### 3) التشوهات المعرفية (Cognitive Distortions):

حدد Beck أنماط من التفكير الخاطئ شائعة بين المراهقين مثل:

- التعميم المفرط: "رسبت مرة إذن أنا دائما سوف أفشل"

- التفكير الكارثي: "لو لم أنجح في الامتحان حياتي كلها ستنتهي"

### 3-3-2- العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس وتطبيقه على المراهقين:

#### 1- نموذج ABC ل Albert Ellis: و نعني به

A-Activating Event: الحدث المحفز كالرفض من الأقران

B-Beliefs: المعتقدات الراسخة حول الحدث مثل "يجب أن يحبني الجميع"

C- Consequences: النتيجة الانفعالية والسلوكية القلق و العزلة

#### 2- المعتقدات غير العقلانية في المراهقة: حيث يرى Ellis أن ليس الحدث نفسه هو ما يسبب

الانفعال، بل المعتقدات الفكرية غير المنطقية المرتبطة به و تشمل توقعات غير واقعية مثل:

- "يجب أن أكون مثالي"

- "كارثة إذا لم أحصل على إعجاب الآخرين كلهم"

### 3-3-3- أهمية النظرية السلوكية المعرفية في تفسير سلوك المراهقين:

- 1- فهم الأزمات النفسية الشائعة في المراهقة: كالقلق الاجتماعي، الاكتئاب، ضعف تقدير الذات
- 2- تفسير التأثير المتبادل بين التفكير والسلوك: المراهق الذي يفكر بأنه عديم القيمة قد ينعزل ويزيد من شعوره بالاكتئاب
- 3- إمكانية العلاج وإعادة البناء المعرفي: من خلال تعديل التفكير و التخلص من الأفكار اللاعقلانية و بالتالي يمكن تحسين السلوك والانفعالات.

نستنتج أن النظرية السلوكية المعرفية تفسر المراهقة كمرحلة حاسمة تتفاعل فيها الأفكار والمعتقدات مع السلوكيات لتشكل استجابات انفعالية معقدة، و من خلال فحص هذه التفاعلات يمكن مساعدة المراهق على تعديل أنماط تفكيره وتطوير استراتيجيات صحية للتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجهه. (Coralyn.D,Koops2008p210)

### 3-4- تفسير النظرية الاجتماعية المعرفية للمراهقة Social cognitive of Albert Bandura theory

نظرية Albert Bandura تعرف باسم النظرية الاجتماعية المعرفية Social Cognitive Theory وهي تطور للنظرية السلوكية التقليدية و تدمج بين الجوانب المعرفية الداخلية والاجتماعية البيئية لفهم كيفية تطور سلوك الفرد، خصوصا خلال مرحلة المراهقة. تؤكد على أن السلوك البشري ليس نتاج للمثيرات البيئية فقط، بل نتيجة لتفاعل ثلاثي مستمر يسمى هذا النموذج بـ التحديد الذاتي المتبادل Reciprocal Determinism و يتكون من ثلاث عناصر:

- العوامل الشخصية المعرفية والوجدانية للفرد Individual cognitive and affective personal factors
- السلوك نفسه Behavior it self
- البيئة الاجتماعية social environment

المراهقة في إطار باندورا:

1- التعلم بالملاحظة Observational Learning: تنص نظريته على أن الأفراد يمكنهم تعلم سلوكيات جديدة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، دون الحاجة إلى التعلم المباشر من خلال التجربة الشخصية هذا التعلم يكون من طرف الأسرة و الأصدقاء والوسط المدرسي (الثانوية) Highschool الشخصيات الإعلامية و المشاهير الذين يتأثر بهم المراهق.

فمثلا إذا لاحظ المراهق أن أصدقاءه ينالون الإعجاب بسبب سلوك معين (ارتداء ملابس معينة أو استخدام لغة معينة) فقد يقلدهم للحصول على نفس التقدير و الإعجاب.

طفل يرى شخص بالغ يتحدث بطريقة معينة أو يقوم بتصرف محدد، إذا كان هذا السلوك يكافأ عليه أو يشعر الطفل بالإعجاب قد يتعلم الطفل أن يقلده معتقدا أنه سيحصل على مكافأة مماثلة أو سيحظى باهتمام إيجابي.

تجربة الدمى بوبي Bobo Doll: في هذه التجربة أظهر باندورا أن الأطفال الذين شاهدوا بالغين يتصرفون بعنف مع دمى بوبي (دمى كبيرة) كانوا أكثر احتمالا لتكرار نفس السلوك العنيف عند اللعب مع الدمى.

توضح هذه التجربة كيف يمكن أن يتعلم الأفراد السلوكيات السلبية أو الإيجابية فقط من خلال ملاحظة تصرفات الآخرين، حتى بدون تجارب شخصية. (Dryd Ellis.A,2007p52-53)

## 2- الكفاءة الذاتية Self-Efficacy

يشير هذا المفهوم إلى إيمان الفرد بقدرته على إنجاز المهام أو تحقيق الأهداف، ففي المراهقة يلعب الإحساس بالكفاءة الذاتية دور كبير في الأداء الدراسي التفاعل الاجتماعي و مقاومة الضغوط السلبية كالمراهق الذي يشعر بفعاليته الذاتية في الرياضيات سيكون أكثر ميلا لخوض تحديات جديدة في هذا المجال.

## 3- التفاعل مع البيئة Environment Interaction:

بيئة المراهق (المدرسة، الأسرة، الأصدقاء) تؤثر على تطوره لكن المراهق أيضا يؤثر في بيئته من خلال سلوكياته واختياراته. فمراهق ذو شخصية قيادية قد يشكل مجموعة أقران تشجع على النشاطات الإيجابية أو التطوعية.

4- التنظيم الذاتي Self-Regulation: و هو قدرة الفرد على مراقبة سلوكه وتحديد الأهداف واختيار الاستراتيجيات المناسبة لتحقيقها وتقييم النتائج دون الحاجة إلى تحفيز خارجي مباشر.

باندورا شدد على أن الفرد قادر على ضبط سلوكه من خلال:

وضع الأهداف Setting goals التقييم الذاتي Self-assessment التعزيز الذاتي Self-reinforcement وهذا مهم في المراهقة حيث يبدأ الأفراد بوضع خططهم الخاصة واتخاذ قرارات مستقلة.

الأركان الرئيسية لنظرية باندورا (نظرية التعلم الاجتماعي) في تفسير المراهقة

- النمذجة Modeling: هي وسيلة مركزية يتعلم بها المراهق السلوكيات الاجتماعية دون الحاجة إلى تجربة مباشرة.
- القدرة على التعلم الاجتماعي Social Learning: التعلم يحدث في بيئات اجتماعية ويعتمد بشكل كبير على التفاعل بين الأفراد والانخراط في المجتمع.
- التعزيز والمكافأة Reinforcement and reward: التفاعل مع السلوك المكتسب (من خلال المكافآت أو العقوبات) يساعد على تعزيز السلوكيات المرغوبة أو تقليل السلوكيات غير المرغوبة.

أهمية النظرية لفهم سلوك المراهقين: النظرية المعرفية الاجتماعية ساهمت في فهم سلوكيات المراهقين بشكل كبير لعدة أسباب منها:

- أنها تسلط الضوء على دور القدوة الاجتماعية في تكوين الهوية والسلوك.
- توضح تأثير الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي كمصدر للنمذجة.
- تركز على قدرة المراهق على التغيير الذاتي وتنمية الثقة بالنفس.
- تدمج بين التأثيرات البيئية والذاتية بشكل واقعي

فالنظرية الاجتماعية المعرفية لباندورا تفسر المراهقة على أنها مرحلة ديناميكية يتفاعل فيها المراهق مع بيئته من خلال الملاحظة، التنظيم الذاتي، وتكوين شعور بالكفاءة الذاتية وتبرز أهمية المحيط الاجتماعي في تشكيل السلوك دون أن تنكر دور المراهق في قيادة تطوره الذاتي Alain, Daniel 1998. p139.

Marcell1998i

### 3-5- تفسير المدرسة التحليلية للمراهقة The psychoanalytic theory:

يرى سيغموند فرويد Sigmund Freud، مؤسس التحليل النفسي أن " مرحلة المراهقة " تمثل امتداد وتطور للصراعات النفسية التي تبدأ في مراحل الطفولة المبكرة وخصوصا تلك المتعلقة بالغريزة الجنسية حيث أن فرويد لم يعرف المراهقة كمرحلة مستقلة بشكل دقيق مثل بعض العلماء الذين جاؤوا من بعده لكنه تناولها ضمن " نظريته في النمو النفسي الجنسي " حيث اعتبر أن المراهقة تقع ضمن المرحلة التناسلية (Genital Stage) وهي المرحلة الأخيرة من النمو النفسوجنسي وتبدأ تقريبا من سن البلوغ فصاعدا.

في هذه المرحلة تبدأ الغرائز الجنسية التي كانت كامنة في مرحلة الكمون في الظهور من جديد، ولكن بشكل أكثر نضج وتوجه نحو الجنس الآخر، ويرى فرويد أن المراهق يعيد التفاعل مع صراعات الطفولة خصوصا صراع عقدة أوديب؛ ويحاول حلها بطرق جديدة تناسب تطوره الجسدي والنفسي. ويؤكد على أن نجاح الفرد في تجاوز هذه المرحلة يمكنه من بناء علاقات ناضجة ومستقرة في المستقبل، بينما الفشل قد يؤدي إلى اضطرابات في الهوية أو في العلاقات العاطفية. بالتالي يمكن القول إن فرويد رأى المراهقة كمرحلة " إعادة تفعيل للصراعات اللاواعية " التي مر بها الطفل لكنها الآن تظهر في سياق نضوج جسدي واهتمام بالجنس الآخر، وتكون مفتاح لفهم شخصية الفرد الراشد.

كما قدمت آنا فرويد Anna Freud ابنة سيغموند فرويد وأحد أعلام التحليل النفسي إسهامات مميزة في فهم مرحلة المراهقة، خاصة من منظور " الصراعات النفسية وميكانيزمات الدفاعية اللاواعية ". ورغم أنها لم تضع تعريف رسمي واحد للمراهقة، إلا أنها فسرت مرحلة المراهقة من منظور يدمج بين المفاهيم الفرويدية الكلاسيكية وتركيز خاص على العمليات الدفاعية والتغيرات النفسية والسلوكية التي تميز هذه المرحلة ويمكن تلخيص رؤيتها وتعريفاتها للمراهقة كما يلي:

### 3-5-1- المراهقة كمرحلة صراع داخلي:

اعتبرت آنا فرويد المراهقة مرحلة "صراع عنيف بين الدوافع الغريزية وقيود الواقع" حيث يواجه المراهق انفجار في الدوافع البيولوجية (خصوصا الجنسية والعدوانية) مقابل مطالب و توقعات المجتمع والأسرة والمدرسة مما يولد توتر داخلي دائم.

### 3-5-2- المراهقة واستخدام آليات الدفاع:

رأت أن المراهق يستخدم آليات دفاع نفسية لحماية ذاته من القلق الناتج عن التغيرات السريعة التي يمر بها و هي ثلاث آليات اساسية:

- الإنكار: رفض قبول الواقع الجديد (كالبلوغ أو المسؤولية)

- الإسقاط: نسبة المشاعر السلبية إلى الآخرين و ليس من شخصه

- التكوين العكسي: التعبير عن عكس المشاعر الحقيقية (إظهار الكراهية لمن يكن له حبا هذه الدفاعات تحمي النفس لكنها قد تؤدي إلى سلوكيات متناقضة أو مبالغ فيها)

فكل من هذه الآليات تظهر أن المراهق يعيش حالة تذبذب بين الطفولة والرشد المراهقة كتجربة مؤقتة، ولكن ضرورية فأنا فرويد وصفت المراهقة بأنها فترة مؤقتة من الفوضى النفسية لكنها ضرورية للنمو السليم حيث من الطبيعي أن يمر بها المراهق ويواجه صراعات داخلية قبل أن يصل إلى التوازن والاستقرار النفسي النهائي في مرحلة الرشد. (Chris, Gillian 2001, p11)

#### 4- تعريفات المدرسة السلوكية المعرفية للمراهقة:

رغم أن ألبيرت إليس لم يضع تعريف نمطي مباشرا للمراهقة من حيث النمو البيولوجي أو الاجتماعي، إلا أن جل أعماله تشير بوضوح إلى أن المراهقة هي المرحلة التي تبدأ فيها الأفكار اللاعقلانية بالتكون؛ وتؤثر على الانفعال والسلوك بشكل واضح.

ويمكن تلخيص منظوره لمرحلة المراهقة من خلال ثلاث محاور:

4-1- **المراهقة كمرحلة نمو معرفي وانفعالي:** حيث يرى إليس أن المراهقة تمثل بداية القدرة على التفكير المجرد والتأمل الذاتي لكنها تتزامن مع:

- ظهور أفكار غير عقلانية (مثل التفكير المطلق، التهويل، التعميم)

- صراعات داخلية حادة ناتجة عن تلك الأفكار (مثل الشعور الزائد بالذنب، أو الخوف من الرفض الاجتماعي)

4-2- **المراهقة وتكوّن المعتقدات اللاعقلانية:** اعتبر إيليس أن المراهق يبدأ في تطوير نظام معتقدات Mode of thinking خاص به و في الغالب ما يكون هذا النظام:

- متطرف Extreme "يجب أن أكون محبوب من الجميع دائما"
  - مشروط Conditional "إذا لم أنجح في الدراسة فأنا فاشل تمام"
  - عاطفي Emotional أكثر من كونه منطقي بحيث يقوم المراهق بتفسير الظواهر الاحداث حوله بشكل عاطفي اكثر من كونه منطقي.
- وهذه المعتقدات تؤدي حاسبه إلى حالات مثل: القلق الاجتماعي Social Anxiety، الاكتئاب Depression، السلوك العدواني Aggressive Behaviour.

#### 4-3- المراهقة كفرصة لتعديل الفكر والانفعال :

يرى إليس أن المراهقة تمثل فرصة ثمينة لتعليم الفرد كيف يميز بين التفكير العقلاني وغير العقلاني يضبط انفعالاته وردود أفعاله و يبني مرونة نفسية مبكرة تقيه من الاضطرابات النفسية لاحقا

بمعنى آخر أن المراهقة في نظر ألبيرت إليس هي مرحلة يتكون فيها الفكر اللاعقلاني وتعد بداية التفاعل المعقد بين الفكر والانفعال والسلوك كما تعتبر فترة مناسبة جدا لتعلم مهارات التفكير العقلاني مما يجعلها محورية في الوقاية من المشكلات النفسية المستقبلية.. (debess, 1994, p200)

#### 5- مراحل المراهقة:

تمر المراهقة بعدة مراحل متتالية ويجمع علماء النفس على تقسيمها إلى ثلاث مراحل رئيسية لكل منها خصائصها النفسية والجسدية والاجتماعية تعد هذه المراحل متداخلة إلى حد ما مع بعضها البعض ويختلف تأثيرها من مراهق لآخر حسب البيئة والتربية والدعم النفسي والأسري والاجتماعي الذي يتلقاه المراهق خلال هذه الفترة الحساسة من حياته و التي تكون على الشكل التالي:

5-1- مرحلة المراهقة المبكرة (من 11 إلى 14 سنة): وهي المرحلة التي تبدأ فيها التغيرات البيولوجية بشكل واضح مثل البلوغ والنمو السريع للجسم، و تغير في نبرة الصوت للجنسين، وتكون هذه المرحلة مصحوبة في الغالب بتقلبات مزاجية Mood swings وسلوكيات متقلبة نتيجة عدم فهم المراهق لما يطرأ عليه من تغيرات، كما يبدأ في البحث عن هويته الشخصية وقد يظهر نوع من التمرد أو العزلة، إلى جانب الحاجة إلى إثبات ذاته أمام الآخرين.

5-2- مرحلة المراهقة المتوسطة (من 15 إلى 17 سنة): و هي من أكثر المراحل حساسية حيث يبدأ فيها النضج العقلي بالتطور بشكل تدريجي، ويزداد إدراك المراهق للعالم من حوله في هذه المرحلة، يسعى المراهق إلى مزيد من الاستقلالية عن الأسرة و يبدأ في تكوين علاقات اجتماعية أوسع خارج نطاق الأسرة مثل الأصدقاء وزملاء الدراسة و حتى العلاقات العاطفية و تجربة التفاعل مع الجنس الآخر. كما يتأثر كثيرا بنماذج القدوة Ideal version ويحاول تقليدهم سواء في اللباس أو التصرفات أو الآراء و لهذا تعتبر هذه المرحلة فترة حساسة من مراحل المراهقة.

5-3- مرحلة المراهقة المتأخرة (من 18 إلى 21 سنة أو أكثر 25 سنة): وهي المرحلة التي تسبق النضج الكامل وتتميز بالاستقرار النسبي في الانفعالات والسلوكيات تارة و الهياج و الغضب تارة أخرى كما يصبح المراهق أكثر وعي بمسؤولياته و يبدأ في وضع أهداف مستقبلية واضحة سواء في الدراسة أو العمل أو العلاقات العاطفية، كما تتطور قدراته على اتخاذ القرار Making decisions وتحمل العواقب و يصبح أكثر تفاعلا مع القيم والمبادئ التي ستشكل شخصيته الناضجة النهائية.

تعد هذه المراحل متداخلة إلى حد ما، و يختلف تأثيرها من مراهق لآخر حسب البيئة والتربية والدعم النفسي والأسري والاجتماعي الذي يتلقاه المراهق خلال هذه الفترة الحساسة من حياته. (debess, 1988, p17)

### 6- خصائص المراهقة:

إن فترة المراهقة تتميز بمجموعة من الخصائص وهي خصائص تشكل شخصية المراهق وتحدد سلوكه وتفاعله مع محيطه و أسرته بالدرجة الأولى، كل هذه الخصائص تجعل من مرحلة المراهقة فترة لكنها معقدة، وتتطلب تفهم وصبر من الأهل والمربين لمساعدة المراهق على تجاوزها بنجاح و تقادي دخول المراهق في اضطرابات نفسية و نذكر منها:

### 6-1- التغيرات الجسدية:

يحدث نمو سريع في الطول والوزن وتظهر علامات البلوغ كتغير الصوت عند الذكور، ونمو الشعر في مناطق جديدة من الجسم وتغيرات في شكل الجسم من الطول و الوزن. و بروز المناطق الأنثوية عند

الإناث و رقة الصوت و حدوث الدورة الشهرية؛ هذه التحولات قد تسبب شعور بالقلق أو الخجل لدى بعض المراهقين خصوصا الاناث.

### 6-2- النمو العقلي والمعرفي:

ينمو التفكير التجريدي والمنطقي، ويبدأ المراهق في طرح الأسئلة الفلسفية والبحث عن المعنى والهوية عن نفسه و فضول لما يحيط به من الأشياء و الكون و التكوينات الجسدية. كما تتطور القدرة على التخطيط واتخاذ القرارات، رغم أن التسرع قد يطغى في بغض أحيان على الحكم الصائب عند المراهقين

### 6-3- التغيرات النفسية والانفعالية:

تزداد حدة المشاعر ويواجه المراهق تقلبات مزاجية واضحة ما بين الفرح والحزن أو الغضب والعزلة، كما يسعى المراهق لاكتشاف ذاته وإثبات هويته الخاصة، و رسم معالم شخصيته مما قد يولد صراع داخلي وتوتر اجتماعي مع محيطه.

### 6-4- التغيرات الاجتماعية:

يميل المراهق إلى الانفصال التدريجي عن الأسرة والتقرب من الأصدقاء، ويصبح تأثير الجماعة كبير على سلوكه وقيمه، كما يبدأ في بناء علاقات جديدة مع الإناث و اكتشاف العلاقات العاطفية وتشمل الانجذاب العاطفي أو الحب بتكوين علاقات حميمة.

### 6-5- الرغبة في الاستقلال:

يبحث المراهق عن الاستقلالية في الرأي والاختيار، وقد يظهر نوع من العناد أو رفض التوجيهات الأبوية كطريقة لإثبات الذات و التعصب للرأي، حتى لو كان على خطأ واضح؛ محاولا خلق عالم خاص به لبرز نفسه و الأشياء التي تخصه.

### 6-6- الحساسية الزائدة للنقد:

يظهر المراهق حساسية مفرطة تجاه الانتقادات، ويفسر التوجيه أو النصح على أنه هجوم أو تقليل من شأنه، و يبدي سلوكيات دفاعية تكون بالصراخ و المناوشات مع الأسرة و حتى مع المدرسين و تكون

سلوكات عنيفة لأنه يعتبر النقد تعدي لمناطق خصوصيته و تعبير غير مباشر عن عدم كفاءيته كفرد ناضج. ( Pierre coslin,1996,p158 )

### 7- أهم العلماء الذين درسوا مرحلة المراهقة:

ساهم العديد من علماء النفس في دراسة مرحلة المراهقة وتحليل خصائصها وتطوراتها وقد توصل كل منهم إلى نتائج ساعدت في فهم هذه المرحلة المعقدة و من أبرزهم:

#### 7-1- ستانلي هول Stanley Hall :

هو أول من تناول المراهقة بشكل علمي في أوائل القرن العشرين، ووصفها بأنها "مرحلة العاصفة والتوتر" Storm and Stress حيث رأى أنها فترة مضطربة بطبيعتها تتسم بالصراعات الداخلية والانفعالات الحادة واعتبرها فترة انتقال صعب من الطفولة إلى الرشد.

#### 7-2- إريك إريكسون Erik Erikson :

وضع نظرية "المراحل النفسية الاجتماعية" واعتبر أن المراهقة تمثل مرحلة البحث عن الهوية مقابل ضياع الهوية، توصل إلى أن المراهق يحتاج إلى تجربة أدوار متعددة حتى يتمكن من تحديد هويته الشخصية والاجتماعية مشيراً إلى أن الفشل في هذه المرحلة يؤدي إلى أزمة هوية واضطرابات في المستقبل.

#### 7-3- جان بياجيه Jean Piaget :

ركز على النمو المعرفي وبين أن المراهق يدخل في "مرحلة العمليات الشكلية" وهي مرحلة يصبح فيها قادر على التفكير المجرد، وحل المشكلات بطرق منطقية وافتراضية وقد ساعدت نظريته في تطوير المناهج الدراسية لتناسب قدرات المراهقين العقلية.

#### 7-4- لورانس كولبرغ Lawrence Kohlberg :

اهتم بالتطور الأخلاقي وخلص إلى أن المراهقين ينتقلون من التفكير الأخلاقي المبني على الخوف من العقاب إلى التفكير الأخلاقي القائم على المبادئ الشخصية والقيم، وأكد أن تطور الأخلاق يرتبط بنمو التفكير المنطقي والاجتماعي.

7-5- أنا فرويد Anna Freud:

درست الصراعات النفسية الداخلية عند المراهقين، ولاحظت أن هذه المرحلة تتميز باستخدام آليات دفاع كالإنكار والإسقاط والتبرير، رأت أنا فرويد أن التغيرات العاطفية الحادة جزء طبيعي من محاولات المراهق للتكيف مع التحولات النفسية والجسدية و يجب تفهمه و مساعدته لمرور هذه المرحلة بطريقة آمنة.

7-6- جيمس مارشيا James Marcia:

طور مفهوم الهوية لدى إريكسون وقسم المراهقين إلى أربع حالات نفسية بحسب تعاملهم مع أزمة الهوية:

- تحقق الهوية Identity Achievement: بعد البحث الطويل و الصراعات يصل المراهق إلى هوية واضحة أخيرة يعتمدها خلال الفترات القادمة من حياته.
- احتكار الهوية Foreclosure: تبني هوية دون بحث كاف بتأثير من الأسرة و تلبية رغباتهم دون رغبة من المراهق نفسه تقمص شخصياتهم و رغباتهم.
- تشتت الهوية Identity Diffusion: غياب أي اهتمام أو سعي لتكوين هوية و عادة تكون في المرحلة الأولى من المراهقة.
- تأجيل الهوية Moratorium: حالة من البحث والتجريب دون الوصول لقرار و التي تكون في المرحلة الثانية من مراحل المراهقة حسب مارشيا. (أبو بكر مرسي، 2002، ص30)

8- أشكال المراهقة:

تأخذ المراهقة عدة أشكال حسب كل فرد و خصوصية بيئته و قدراته الشخصية، فالمراهقة ليست تجربة واحدة موحدة، بل هي مرآة للظروف النفسية والاجتماعية التي يعيشها المراهق؛ وفهم هذه الأشكال يساعد الوالدين و المجتمع على التعامل مع المراهقين بطريقة تتناسب مع احتياجاتهم وتجنب تطور السلوكيات السلبية و نتطرف فيما يلي إلى أهمها:

8-1- المراهقة السوية (الطبيعية): Normal Adolescence

وهي الحالة التي يمر فيها المراهق بمرحلة المراهقة "بشكل متوازن ومنضبط"، في هذا النوع يتقبل المراهق التغيرات الجسدية والنفسية ويتفاعل مع محيطه بشكل إيجابي ويظهر تطور طبيعي في التفكير والانفعالات والسلوك. هذا الشكل عادة ما يكون نتيجة لتربية أسرية متوازنة ودعم نفسي جيد، ويكون فيه

المراهق قادر على التعبير عن نفسه دون تمرد أو عدوان؛ و كذا تتسم في هذا النوع مرحلة الطفولة بالعادية و الهادئة و هذا ما ينتج عنه مراهق سوي.

### 8-2- المراهقة العدوانية: Aggressive Adolescence

يظهر هذا الشكل عندما يتجه المراهق إلى "العنف اللفظي أو الجسدي" ويبدأ في التمرد على السلطة سواء كانت في البيت أو المدرسة، يعاني هذا النمط من ضعف في القدرة على ضبط الانفعالات و التحكم في الغضب وقد يلجأ إلى سلوكيات مرفوضة مثل الصراخ، المشاجرة، أو حتى إيذاء الآخرين (التعنيف) يكون السبب في ذلك تراكم ضغوط نفسية أو نقص في الدعم الأسري أو الإحساس بالرفض و التهميش خصوصا من المقربين.

### 8-3- المراهقة المنطوية: Introverted Adolescence :

في هذا الشكل يظهر المراهق "ميلا للعزلة والانطواء" وبيتعد عن التفاعل الاجتماعي ويفضل البقاء وحده معظم الوقت قد يعاني من القلق، أو الاكتئاب، أو ضعف الثقة بالنفس هذا النمط ينشأ في بيئة قمعية أو غير داعمة، ويحتاج المراهق فيها إلى عناية خاصة وفهم لطبيعته الحساسة و تشجيعه على الاختلاط مع أقرانه و محاولة الاندماج أكثر مع مجتمعه و التخلص من خجله و ذلك بتعزيز المحاولات التي يقوم بها و دعمه لفعل المزيد منها.

### 8-4- المراهقة المتمردة: Rebellious Adolescence

يتسم هذا الشكل برغبة شديدة في "رفض القواعد والتقاليد" ومحاولة كسر السلطة خاصة سلطة الوالدين أو المعلمين في المدارس و يظهر التمرد في شكل احتجاج دائم أو سلوك استفزازي أو ارتداء ملابس خارجة عن المألوف أو حتى اتخاذ قرارات متطرفة لإثبات الاستقلالية و التميز. هذا النوع من المراهقين يسعى إلى لفت الانتباه أو إثبات الذات في بيئة يشعر فيها بالنقييد و أنه مسير و ليس مخير.

### 8-5- المراهقة المتقلبة (غير المستقرة): Unstable Adolescence

يتصف هذا الشكل بعدم الثبات في السلوك والانفعالات حيث ينتقل المراهق من الفرح إلى الحزن ومن الحماس إلى اللامبالاة في وقت قصير و بدون سابق تنبيه لذلك، هذه التقلبات ترجع إلى التغيرات الهرمونية الحادة التي يمر بها الجسم في هذه الفترة الحساسة من العمر وقد تشير إلى حالة نفسية غير

مستقرة تحتاج إلى متابعة وتوجيه و المراهقين في هذا الصنف عادة ما يعانون من اضطرابات مزاجية كالاكتئاب الرئيسي و الاكتئاب ثنائي القطب، محاولات الانتحار و ذلك نظرا للطفولة القاسية؛ و الصدمات التي تعرضوا لها خلال فترة الطفولة و التي ساهمت و بكل مباشر في ظهور المراهقة الغير سوية.

### 8-6- المراهقة الناضجة مبكرا: Early Maturing Adolescence

هذا الشكل يتمثل في المراهق الذي " يظهر نضج فكري أو اجتماعي يفوق عمره الزمني" يتسم بحكمة في الحديث وتحمل للمسؤولية وقدرة على اتخاذ قرارات عقلانية، يكون هذا نتيجة لتجارب حياتية مبكرة أو تربية محفزة للنمو الذاتي و أبوين داعمين و بيئة صحية سليمة تشجع على التعبير و تحتضن المخاوف و أخطاء المراهق مهما كانت دون أحكام سابقة. رغم ايجابياته إلا أن هذا النمط قد يواجه ضغط كبير لكونه لا يعامل كطفل ولا يمنح راحة المراهقة فدائما يكلف أعمال و مهمات فوق طاقته لأنه ينتظر منه الكثير و هذا ما قد يسبب من جهة أخرى اضطرابات نفسية على المدى الطويل. ( Richard Cloutier,1996,p135)

### 9- الحاجات النفسية و الاجتماعية للمراهق:

يمر المراهق خلال هذه المرحلة الحساسة من النمو الجسدي والعقلي والاجتماعي بمجموعة من التحولات التي تجعله في أمس الحاجة إلى إشباع حاجات نفسية وتربوية واجتماعية متعددة تساعده على التكيف السليم مع بيئته وبناء شخصية متوازنة، حيث أن إشباع هذه الحاجات في مرحلة المراهقة يعد شرط أساسي لتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي وبناء شخصية مستقلة مسؤولة وواثقة من ذاتها وإغفال هذه الحاجات قد يؤدي إلى اضطرابات سلوكية أو نفسية تلازم الفرد في المراحل التالية من حياته.

وتتمثل أبرز هذه الحاجات فيما يلي:

### 9-1- الحاجة إلى تكوين الهوية الذاتية:

يسعى المراهق لفهم ذاته والإجابة عن سؤال من أنا و الأسئلة الوجودية و يبدأ في استكشاف ميوله و قيمه وأهدافه في الحياة، لكن عدم إشباع هذه الحاجة قد يؤدي إلى اضطراب في الهوية أو تقليد أعمى للآخرين دون تفكير و الوقوع في مشاكل أخرى.

### 9-2- الحاجة إلى الاستقلالية وإثبات الذات:

يرغب المراهق في التحرر من السيطرة الأسرية و المدرسية و يسعى لاتخاذ قراراته بنفسه وتجريب اختياراته و استكشاف اشياء جديدة و على الراشدين دعمه دون قمع وتشجيعه على تحمل المسؤولية على مراحل و بشكل تدريجي لتفادي الوقوع في صراعات معه و تلقي ردود افعال سلبية.

### 9-3- الحاجة إلى القبول والحب غير المشروط :

يحتاج المراهق أن يحب و يقبل كما هو رغم تقلباته وتغيراته المزاجية بحيث ان الشعور بالرفض أو النقد المستمر يضعف ثقته بنفسه ويدفعه للعزلة أو العدوانية.

### 9-4- الحاجة إلى التقدير وبناء الثقة بالنفس :

يبدأ المراهق هنا في مقارنة نفسه بالآخرين مما يجعله في حاجة إلى تعزيز إيجابي مدح إنجازاته الصغيرة يعزز إحساسه بالقيمة الذاتية و يشجعه على الاجتهاد أكثر التوبيخ المستمر يخلق مشاعر بالفشل أو الدونية و نقص تقدير الذات.

### 9-5- الحاجة إلى الأمان والاستقرار:

رغم مطالبته بالحرية إلا أن المراهق يحتاج إلى إطار ثابت يحميه من القلق والضياع و التشتت فكل من الأسرة والمدرسة مطالبتان بتوفير بيئة آمنة تشجعه على التعبير دون خوف من الأحكام و دون زعزعة ثقته بنفسه و التعدي على منطقتة الخاصة و سلبه حريته.

### 9-6- الحاجة إلى التوجيه والفهم:

يحتاج المراهق إلى أشخاص يفهمونه ويصغون إليه دون أحكام مسبقة لا يريد فقط التعليم، بل من يشاركه مشاعره ويساعده على تفسيرها و يكون سندا له التوجيه الإيجابي يساعده في اتخاذ قرارات مسؤولة.

### 9-7- الحاجة إلى التواصل والانتماء الاجتماعي:

يسعى المراهق لبناء صداقات والانخراط في الجماعات (نادي، فريق، نشاط) الانتماء لمجموعة تشعره بالأهمية والدعم النفسي و تقيه من خطر العزلة التي قد تؤدي إلى اضطرابات في الشخصية أو اكتئاب او حتى سلوكيات انتحارية. ( رعدة شريم، 2007، ص89)

### 10- مشكلات التي تواجه المراهق:

تعد مرحلة المراهقة من أكثر مراحل النمو حساسية وتعقيد إذ يواجه المراهق خلالها العديد من المشكلات التي تؤثر على توازنه النفسي والاجتماعي. ومن بين هذه المشكلات:

**10-1- التحولات الجسدية physical transformations:** ترافق التغيرات البيولوجية السريعة شعورا بالقلق حيال المظهر الخارجي وتقدير الذات في المراهقة كزيادة الوزن بسرعة ظهور المعالم الأنثوية و السمات الرجولية عند الذكور و جميع هذه الأمور تجعل المراهق يحس أنه داخل جسد جديد غير معتاد عليه.

**10-2- الضغوط الاجتماعية social pressures:** يتعرض المراهق لضغوط قوية من الأقران والمجتمع مما قد يدفعه إلى تبني سلوكيات خاطئة كآلية لإثبات الذات أو الهروب من الواقع كالتدخين و تجربة المخدرات و حتى اعتماد ستايلات غريبة (تسريحات شعر غريبة بالنسبة للإناث و صبغه بألوان غير مألوفة و قصات غريبة للذكور) لبس ألبسة ممزقة و سماع موسيقى صاخبة، التكلم بلغة غير مفهومة و غيرها من التصرفات التي يعتمدها المراهقين للفت الانتباه و التعبير عن ذاتهم الجديدة.

**10-3- الصراع النفسي psychological conflict:** يعاني المراهق من صراع داخلي بين حاجته للاستقلالية و فرض شخصيته من جهة و رغبته في الحصول على الدعم الأسري و المعنوي من محيطه مما يؤدي إلى تقلبات مزاجية حادة و الشعور بالإحباط و الوحدة.

**10-4- المشكلات الدراسية Academic problems:** يواجه كثير من المراهقين صعوبات أكاديمية نتيجة لزيادة التوقعات العالية من الأهل والمدرسة في حين نجد أن بعض المراهقين يتسربون من المدرسة أو يتغيبون عن الحصص بدون تبرير واضح و هو ما يعكس المستوى السيئ لعلاماتهم بسبب هذه التصرفات العشوائية.

**10-5- الإدمان الرقمي digital addiction & social media addiction:** إذ أصبحت التكنولوجيا مصدر إدمان لدى عدد كبير من المراهقين مما يؤثر سلبا على مهاراتهم الاجتماعية وقدرتهم على التفاعل الواقعي وتكوين علاقات حقيقية فمعظمهم يتصفحون مواقع التواصل الاجتماعي بصمت و يتأثرون بها، أما البعض الآخر منهم فيعتبرها منصة للتعبير بحرية زائدة عن اللزوم فنجدهم يطلقون عبارات استهجان و تتمر رقمي على الفئة الضعيفة. و نجد أن بعض المراهقين يصبحون مدمنين على ألعاب الفيديو و يقضون ساعات طويلة أمام الشاشات كوسيلة للهروب من الواقع المفروض و هذا ما يؤدي إلى ضعف الرصيد اللغوي و العلائقي و العزلة الاجتماعية مما ينتج عنه دخولهم في دوامة الاكتئاب و الأفكار الانتحارية لإيذاء الذات.

### 11- الفرق بين البلوغ و المراهقة:

يخلط الكثيرون بين مفهومي البلوغ Puberty والمراهقة Adolescence رغم أن كل منهما يشير إلى جانب مختلف من النمو، فالبلوغ هو مصطلح بيولوجي Biological يشير إلى المرحلة التي تحدث فيها تغيرات جسمية وهرمونية تؤهل الفرد للقدرة على الإنجاب مثل نمو الأعضاء الجنسية وظهور الصفات الجنسية الثانوية (كنمو الشعر وتغير الصوت) يحدث البلوغ في سن مبكرة (بين 10 و 14 سنة عند الإناث، و 11 إلى 15 سنة عند الذكور).

أما المراهقة فهي مفهوم نفسي واجتماعي Psychosocial أشمل يشير إلى مرحلة تمتد من بداية البلوغ حتى اكتمال النضج العقلي والعاطفي والاجتماعي وقد تستمر حتى نهاية سن العشرين وتشمل المراهقة تغيرات معرفية، انفعالية، اجتماعية، وسلوكية نذكر منها السعي نحو الاستقلال بناء الهوية وتكوين العلاقات.

و بالتالي فإن البلوغ هو نقطة البداية البيولوجية للمراهقة لكن المراهقة هي مرحلة أطول وأعمق تشمل نمو الفرد في جميع أبعاده النفسية والإنسانية. (مبخائيل إبراهيم، 2017، ص71)

### 12- دور الأسرة في تنشئة المراهق و تفادي الإصابة بالإكتئاب و الوقوع في الإنتحار:

تلعب الأسرة دور محوري في تنشئة المراهق وتشكيل صحته النفسية إذ تمثل أول نواة اجتماعية تؤثر في بناء شخصيته وتوازنه الانفعالي، وتشير الدراسات النفسية إلى أن العلاقة الأسرية الداعمة تعتبر من أقوى

العوامل الوقائية ضد الاكتئاب ومحاولات الانتحار لدى فئة المراهقين فحين يشعر المراهق بالأمان العاطفي داخل أسرته وبأنه مقبول ومفهوم دون وسمة بصفات قاسية أو تنمر، تتعزز ثقته بنفسه ويكتسب مهارات التكيف مع الضغوط.

في حين أن غياب التواصل والتعرض المستمر للنقد أو الإهمال أو العنف الأسري قد يزيد من خطر الإصابة باضطرابات المزاج ويجعل المراهق أكثر عرضة للعزلة الحزن المزمن أو التفكير في إنهاء حياته، في المقابل تلعب الأسرة الواعية دور وقائي هام من خلال تعزيز لغة الحوار و الإصغاء الفعال و تشجيع المراهق على التعبير عن المشاعر، وتقديم الدعم النفسي عند الحاجة. كما تساهم في ملاحظة العلامات المبكرة للاكتئاب كالانسحاب الاجتماعي أو فقدان الاهتمام، مما يمكنها من التدخل السريع أو الاستعانة بالمختصين النفسيين لطلب المساعدة السريعة.

وتشير البحوث إلى أن الأسر التي تنمي مناخ من الاحترام والتفهم والثقة نقل فيها نسب السلوكيات الخطرة كالإدمان أو إيذاء النفس ويزيد فيها الإحساس بالانتماء والحب وهما عاملان أساسيان في حماية المراهق من الأفكار الانتحارية. ( ميخائيل إبراهيم، 2017، ص72)

### خلاصة:

تبرز دراسة مرحلة المراهقة أهميتها الكبرى باعتبارها فترة حاسمة في التطور النفسي والاجتماعي للمراهق، حيث تتسم هذه المرحلة بجملة من التحولات البيولوجية والانفعالية والمعرفية التي ترسم معالم الشخصية المستقبلية له، ولقد بينا في هذا الفصل كيف أن المراهقة تشكل فترة انتقالية معقدة تتفاعل فيها التغيرات الداخلية مع الضغوط الاجتماعية والثقافية مما يجعل المراهقين خلالها عرضة لمجموعة من الأزمات النفسية والسلوكية؛ و قد أوضحنا كذلك أن المراهق لا يواجه فقط تحديات مرتبطة بنموه الجسمي والمعرفي بل يمر كذلك بصراعات البحث عن الهوية وسعي مستمر نحو الاستقلال والانتماء وهي صراعات قد تتفاقم بفعل عوامل أسرية أو اجتماعية غير داعمة مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية متنوعة أبرزها الاكتئاب الذي قد يتطور في بعض الحالات إلى سلوكيات انتحارية.

كما تم التركيز في هذا الفصل على خصائص النمو في هذه المرحلة وعلى الحاجات النفسية والاجتماعية الأساسية للمراهق مع إبراز الدور الحيوي الذي تلعبه كل من الأسرة و المدرسة وجماعات الأقران في دعم التوازن النفسي للمراهق أو الإخلال به و تعد هذه المعطيات أساسية لفهم الخلفية النفسية والاجتماعية للسلوك الانتحاري لدى المراهقين الذي سيتم التطرق إلى تفاصيله في الفصل التالي من هذه الدراسة.

# الفصل الرابع

## الانتحار

### تمهيد:

ظاهرة الانتحار بين فئة المراهقين هي واحدة من أخطر القضايا التي تستدعي اهتمام الباحثين في العلوم الاجتماعية والنفسية، و ذلك لما تحمله من دلالات عميقة على مستوى التفاعل بين المراهق ومحيطه الاجتماعي والثقافي حيث يكتسب هذا الموضوع حساسية خاصة حين يرتبط بحالات الاكتئاب، الذي يمثل أحد أهم العوامل الممهدة للسلوك الانتحاري في هذه المرحلة العمرية الحساسة.

فالانتحار باعتباره فعل إرادي بحت ينهي من خلاله الفرد حياته عن وعي وقصد و نية واضحة، لا يمكن فهمه إلا من خلال إحاطته بالظروف النفسية والاجتماعية المحيطة به، وتعتبر مرحلة المراهقة بطبيعتها مرحلة انتقالية حساسة من الطفولة إلى الرشد يتعرض خلالها المراهقين لتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية بوتيرة متسارعة مما يجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية وعلى رأسها الاكتئاب الذي قد يتطور في بعض الحالات إلى أفكار أو محاولات انتحارية.

فلقد تطورت دراسة الانتحار من النظرة الأخلاقية والدينية التقليدية إلى مقاربة علمية شاملة، كان لإميل دوركايم فيها دور كبير بتقديم تفسير سوسيولوجي يربط الظاهرة بدرجات الاندماج الاجتماعي، عقبه تطور في الطروحات الطبية و النفسية في علم النفس التي أولت اهتمام خاص بالعوامل الفردية، مثل الاضطرابات النفسية والمزاجية.و من خلال هذا الفصل سنفصل أكثر في تحليل المفهوم العلمي للانتحار خاصة ضمن الفئة العمرية للمراهقين و مناقشة الخلفية التاريخية والاجتماعية لتطور هذه الظاهرة وكذلك تصنيف أنواع الانتحار ذات الصلة بالمراهقين المكتتبين، دراسة العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى السلوك الانتحاري و غيرها.

## 1- مفهوم الانتحار:

إميل دوركايم عالم الاجتماع الفرنسي:

"عرف الانتحار بأنه: "فعل يقوم به الفرد بنفسه عن وعي وقصد بهدف إنهاء حياته."

تعرفه منظمة الصحة العالمية WHO :World Health Organisation

"الانتحار عمل يقوم به الشخص بنفسه لإنهاء حياته وهو نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية وبيولوجية

متشابهة. World health organisation.com

يعرف بيك الانتحار بأنه:

" سلوك متعمد يصدر عن فرد يشعر بأن الحياة لم تعد تحتل الألم أو الفشل أو الإحباط فيسعى لوضع

نهاية لمعاناته عبر الموت." (Matsumoto)

تعريف إجرائي:

الانتحار هو عملية ذاتية مقصودة لإنهاء الحياة نتيجة اضطرابات نفسية أو ضغوط اجتماعية أو

اختلالات إدراكية تقود الشخص إلى اعتبار الموت الحل الوحيد لمعاناته.

## 2- تطور النظرة التاريخية للانتحار:

### 2-1- في المجتمعات القديمة:

ارتبطت بعض أشكال الانتحار بطقوس دينية واجتماعية في الحضارة الهندية القديمة، ومن أبرزها طقس

الساتي Sati الذي كانت تقدم فيه الأرملة على إحراق نفسها حية على محرقة جثمان زوجها المتوفى.

ورغم أن هذه الممارسة لم تكن شائعة في جميع أنحاء الهند، إلا أنها ظهرت في بعض الطبقات

الاجتماعية، خصوصا بين الطبقة المحاربة الراجبوتية وكانت ينظر إليها بوصفها ذروة الإخلاص والوفاء

الزوجي؛ أما من المنظور الديني فقد ربطت "الساتي" بمعتقدات تتعلق بتطهير الروح وتكفير الذنوب كما

روج لها كوسيلة لضمان الخلاص الأبدي للمرأة وزوجها. مع ذلك فإن طقس الساتي لم يكن جزء من

التعاليم الهندوسية الأصلية، بل تم توظيفه ثقافيا واجتماعيا في خدمة السياقات السلطوية الذكورية ما جعله

عرضة للانتقاد لاحقا من قبل حركات الإصلاح الاجتماعي في القرن التاسع عشر 19s وعلى رأسها راما موهان روي، إلى أن تم حظره بشكل رسمي و نهائي من قبل الاستعمار البريطاني عام 1829. وتعد هذه الممارسة شكل من أشكال الانتحار القسري حيث لم يكن للمرأة حرية الاختيار آنا ذاك مما يعكس طبيعة العلاقات القهرية التي حكمت وضعها الاجتماعي في تلك الفترة. (Rajiv & Chittaranjan, 2012, p10)

أما في حضارة الصين القديمة لم يكن الانتحار ممنوعا لا دينيا و لا اجتماعيا بشكل صارم، بل كانت النظرة إليه مرتبطة بالسياق الأخلاقي والواجبات الكونفوشيوسية لا سيما مفهومي " الولاء والشرف" فبالنسبة للفكر الكونفوشيوسي كانت قيمة الوفاء للأب أو الحاكم أعلى من قيمة الحفاظ على الحياة نفسها. وهو ما جعل بعض حالات الانتحار تعتبر فعل نبيل في الأدب والتاريخ الصيني. و لهذا السبب كانت بعض النساء يقدمن على الانتحار للحفاظ على العفة بعد فقدان أزواجهن، في حين كان بعض المسؤولين أو الجنرالات ينهون حياتهم بعد الخسارة في أداء واجباتهم تجاه الإمبراطور، فيعبرون عن ولاءهم بالانتحار وللتكفير عن التقصير وقد انعكس هذا التصور في القصص التاريخية والأدبية كقصة "Qu Yuan" الشاعر والسياسي في عهد مملكة تشو Choo الذي انتحر بإلقاء نفسه في النهر و ذلك بغية الاحتجاج على الفساد ونفيه من بلاط الحكم حيث أصبح موته رمز للولاء والاستقامة ويخلد تمثاله حتى اليوم في مهرجان قوارب التنين، كما شهدت الصين في عصور مختلفة حالات من الانتحار الجماعي بدوافع دينية أو عقائدية، خاصة في الطوائف التي رأت في الموت وسيلة للتحرر الروحي.

وعلى الرغم من هذا التقدير الرمزي لبعض أشكال الانتحار، فإن الفكر الطاوي الذي كان يؤثر في الثقافة الصينية كذلك شجع على احترام الحياة والانسجام مع الطبيعة، مما أوجد حالة توازن بين قبول الانتحار في ظروف شرفية ورفضه في حالات اليأس أو الضعف. (Braun, 2008, p22)

### 2-3- في الفلسفة:

في الحضارة الإغريقية القديمة Greek حظي الانتحار بمكانة متناقضة تعكس التداخل بين الدين و الفلسفة والواجبات الاجتماعية، بحيث لم يكن الانتحار مرفوض بشكل مطلق، بل كانت النظرة إليه تعتمد على دوافعه. ففي الفكر الفلسفي تباينت الآراء بين القبول والرفض إذ رأى بعض الفلاسفة مثل الرواقيين (الستويين) أن الانتحار يمكن أن يكون خيار عقلاني وشرعي في حال تعذر العيش وفق مبادئ الفضيلة

والعقل؛ أو في مواجهة العار أو الألم الذي يهدد كرامة الإنسان. و الفيلسوف سقراط كان أفضل مثال حي على ذلك فقد مثل الانتحار الطوعي للدفاع عن المبادئ و الأخلاق الفاضلة في ذات الوقت، حيث وافق على حكم الإعدام بشرب السم بدلا من الهروب معبرا عن التزامه بالقانون والمدينة.

في المقابل كان أفلاطون يتحفظ على الانتحار معتبر إياه انتهاك للإرادة الإلهية، ولا يبرره إلا في حالات استثنائية مثل الهروب من العار أو الاضطهاد الشديد (حالات زنى المحارم، السلطة المضدّة). بينما عبر أرسطو عن موقفه أن الانتحار قد يلحق الضرر بالمجتمع والأسرة، وبالتالي لا يعد فعل أخلاقي و لا ديني و لا يمكن قبوله، إذ لم يكن للديانة الإغريقية القديمة موقف موحد من الانتحار إلا أن بعض الأساطير؛ مثل قصة البطل "أياكس" الذي انتحر بعد أن خسر المعركة في الحرب توحى بأن الشرف الفردي يمكن أن يبرر إنهاء الحياة في سياقات معينة. (Braun, 2008, p24)

## 2-4- من ناحية الفكر الديني:

تتفق معظم الأديان السماوية على رفض الانتحار باعتباره تعدي لحرمة الحياة التي تعتبر نعمة إلهية وملك للخالق وحده لا للإنسان، ففي الدين الإسلامي يعد الانتحار محرما شرعا وقد وردت عدة آيات في القرآن الكريم تحرم ذلك منها: "ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيمًا" (النساء: 29)، " و لا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة " (البقرة 195) و قوله كذلك " و لا تقتلوا النفس التي حرم الله الا بالحق " (الإسراء 33) كما جاء تحريم الانتحار في عدة أحاديث نبوية شريفة فيها توعد النبي محمد "صلى الله عليه و سلم" المنتحر بعقوبة شديدة في الآخرة مؤكداً على أن الحياة ابتلاء، والصبر عليها من أعظم العبادات عند الله تعالى و يؤجر عليها العبد أجر عظيم في الدنيا و الآخرة. نذكر منها قوله عليه أفضل الصلاة و السلام: " من قتل نفسه بشيء في الدنيا عذب به يوم القيامة " رواه البخاري و مسلم. و قول الرسول صلى الله عليه و سلم كذلك: "كان برجل جراح فجزع، فأخذ سكيناً فذبح بها يده فما رقا الدم حتى مات"، فقال الله: "عبدني بادرني بنفسه حرمت عليه الجنة" رواه البخاري و مسلم. وهذا يدل على أن الانتحار في الفكر الإسلامي ليس فقط فعل محرّم، بل هو من الكبائر التي تعد تعدياً على حق الله في الحياة والموت واستهانةً بقُدسية النفس التي كرمها الله تعالى. وتؤكد هذه الآيات و الأحاديث النبوية أن الانتحار ليس حل للمعاناة إنما هو بداية لمعاناة أكبر في الآخرة مما يعزز دعوة الإسلام للصبر واللجوء إلى الله في أوقات الشدة لا سيما أن البلاء جزء من الابتلاء الإلهي المقدر لعباده.

أما في المسيحية في تعاليم الكنيسة الكاثوليكية، فإن الانتحار يعتبر خطيئة كبرى لأنه يناقض الوصية الإلهية "لا تقتل" وينظر إليه كتعد على سلطة الله في منح الحياة وسلبها. و لكن و مع تطور الفهم النفسي تبنت الكنيسة في العصر الحديث موقف أكثر رحمة وإنسانية معتبرة أن المنتحر قد يكون تحت تأثير اضطراب عقلي أو ألم نفسي شديد يقلل من مسؤوليته الأخلاقية و تفكيره الصحيح. حيث أكد مجمع الفاتيكان الثاني والتعليم المسيحي للكنيسة الكاثوليكية أن الله وحده يعلم أعماق القلوب، وأنه لا يجوز الحكم القاطع على مصير المنتحر مع إمكانية الصلاة لأجلهم والتضرع لرحمة الله.

في الديانة اليهودية يعتبر الانتحار فعل شنيع ومخالف للعقيدة اليهودية التي تعتبر الحياة هبة إلهية مقدسة لا يملك الإنسان الحق في إنهاؤها باختياره، حيث يستند هذا الرفض إلى مبدأ أساسي في التوراة، وهو: "فقط دم الإنسان يطلب من الإنسان" وهو ما فسره الحاخامات بأنه يشمل قتل النفس أيضا. ولذلك، يعتبر المنتحر في اليهودية منتهك لإرادة الله ومقصر لأحد أهم الواجبات الدينية وهي حفظ الحياة التي تعد من أسمى القيم في الشريعة اليهودية. وقد كانت هناك في العصور السابقة أحكام صارمة تمنع المنتحر من الدفن في المقابر اليهودية التقليدية أو من إقامة طقوس الحداد الكاملة عليه كنوع من الإدانة الرمزية لفعلة.

مع ذلك، أظهرت المصادر التلمودية والحاخامية قدر من المرونة والتميز السياقي فميزت بين الانتحار المتعمد لأسباب دنيوية، والانتحار الناتج عن اضطراب نفسي أو ضغوط قهرية أو ظروف استشهادية ففي حالة الطائفة اليهودية في قلعة مسادا Masada (73م)؛ حيث فضل المحاصرون الموت على الاستعباد الروماني. و برر الفقهاء فعلهم بوصفه تضحية بطولية لا فعل انتحاري ؛ أما في وقتنا الحالي فقد تبنت الكثير من المرجعيات الدينية اليهودية موقف أكثر سهولة وتفهم للأبعاد النفسية للانتحار مما سمح بإقامة الجنازات الكاملة للمنتحرين واعتبارهم في رحمة الله مع الدعاء لهم بالغفران.

## 5- الفرق بين الانتحار الفعلي ومحاولة الانتحار والتفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري

### غير المميت:

يجب فهم الفروق الدقيقة بين المفاهيم المرتبطة بالانتحار فهذا الامر هو أمر أساسي في الدراسات النفسية والاجتماعية التي تتناول الظاهرة إذ أن لكل مفهوم منها دلالات سريرية واجتماعية مختلفة تتطلب مقاربات تشخيصية وعلاجية متباينة حسب النوع و الشدة:

### 5-1- الانتحار الفعلي Completed Suicide:

يشير مصطلح "الانتحار الفعلي" إلى الفعل الذي يؤدي إلى وفاة الفرد نتيجة قيامه بسلوك متعمد يهدف إلى إنهاء حياته. ويعتبر هذا النوع من الانتحار النتيجة النهائية والأكثر خطورة في السلوكيات الانتحارية إذ يميز هذا المصطلح الحالات التي تحقق فيها الفعل غايته المتمثلة في الموت مقارنة بمحاولات الانتحار أو الأفكار الانتحارية التي قد لا تصل إلى هذه النتيجة.

يحدث الانتحار الفعلي عادة نتيجة تفاعل معقد بين عدة عوامل، مثل الاضطرابات النفسية (وخاصة الاكتئاب Depression واضطراب ثنائي القطب Bipolar واضطرابات الإدمان (Addiction) والأوضاع الاجتماعية الصعبة (مثل العزلة الاجتماعية، البطالة، أو فقدان العلاقات الدائمة كالصدقات)، والعوامل البيولوجية والوراثية التي تزيد من القابلية للانتحار. وقد يتم الإقدام على الانتحار بطريقة مخططة ومدروسة أو بشكل اندفاعي في لحظة أزمة شديدة أو نوية من الحزن (Shneidman, 1996, p48)

من الناحية السريرية يشكل الانتحار الفعلي موضوع محوري في البحوث النفسية والاجتماعية، حيث يتم تحليل الحالات لفهم العوامل المسببة ووضع استراتيجيات للوقاية من هذه الظاهرة الخطيرة. وتعد دراسة الانتحار الفعلي ذات أهمية قصوى لتطوير برامج توعوية / علاجية استعمالها مبكرا، خاصة مع الفئات المعرضة للخطر كالمراهقين، المرضى النفسيين، وضحايا الصدمات النفسية. كما يعتبر الانتحار الفعلي النتيجة القصوى للسلوك الانتحاري، وغالبًا ما يُدرس بأثر رجعي لفهم العوامل المؤدية إليه.

### 5-2- محاولة الانتحار Suicide Attempt:

تشير محاولة الانتحار إلى قيام الفرد بسلوك مقصود يهدف إلى إنهاء حياته، لكنه لا يؤدي إلى الوفاة سواء بسبب فشل الوسيلة المستخدمة أو لتدخل خارجي حال دون تحقيق النتيجة النهائية. وتعد محاولة الانتحار سلوك معبر عن معاناة نفسية شديدة وهي من أهم المؤشرات السريرية التي تنذر بوجود خطر حقيقي للانتحار الفعلي في المستقبل؛ تتفاوت محاولات الانتحار في خطورتها وجديتها إذ قد تنسم بعض المحاولات بدرجة عالية من التخطيط والتصميم والتنظيم، بينما تكون أخرى اندفاعية أو تعبيرية بالأساس الهدف منها خلق انتباه من الآخرين. كما تختلف دوافع هذه المحاولات بين رغبة حقيقية في الموت أو تعبير عن الألم النفسي العميق أو وسيلة لطلب النجدة والتواصل مع الآخرين.

من الناحية الإكلينيكية تحظى محاولات الانتحار بأهمية قصوى حيث تعتبر من أقوى عوامل الخطورة التي تستوجب التدخل العلاجي العاجل، سواء على مستوى التشخيص الدقيق للأسباب النفسية والاجتماعية الكامنة، أو وضع برامج وقائية مناسبة لمنع تكرارها أو تحويلها إلى انتحار فعلي حقيقي.

### 5-3- التفكير الانتحاري Suicidal Ideation:

يشير التفكير الانتحاري إلى وجود أفكار أو إichاءات متكررة لدى الفرد تتعلق بإنهاء حياته دون أن يكون قد أقدم بالضرورة على تنفيذ أي سلوك حقيقي لقتل نفسه. يتراوح التفكير الانتحاري بين أفكار عابرة غير خطيرة حول الموت أو الرغبة في الموت، وصولاً إلى تخيلات مفصلة وخطط دقيقة تتعلق بكيفية تنفيذ الانتحار. ويعد التفكير الانتحاري مؤشر محوري على المعاناة النفسية العميقة ويشكل مرحلة مبكرة وخطيرة ضمن طيف السلوكيات الانتحارية التي يجب أخذها على محمل جدي.

يمكن أن يكون التفكير الانتحاري نتيجة مباشرة لاضطرابات نفسية مثل الاكتئاب الشديد Severe depression اضطرابات القلق Stress disorders اضطرابات ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorder أو الاضطرابات الذهانية psychotic disorders . كما قد يظهر كرد فعل على أزمات حياتية حادة و صعبة كالفقد Losing someone close الفشل الأكاديمي Failing أو التعرض للإساءة النفسية أو الجسدية psychological/ Physical abuse . أما من الناحية العيادية يمثل التفكير الانتحاري مؤشر خطر يستدعي تقييم دقيق إذ قد يتحول إلى نوايا وخطط عملية حقيقية وبالتالي إلى محاولة انتحار فعلية إذا لم يتم التدخل العلاجي المناسب العاجل.

ينقسم التفكير الانتحاري إلى نوعين:

- التفكير الانتحاري السلبي **negative suicidal ideation** : يتجسد في الرغبة في الموت أو في اختفاء الألم دون نية محددة للقيام بفعل مميت و دون التخطيط الفعلي لإيذاء النفس.
- التفكير الانتحاري الإيجابي أو النشط **Active or positive suicidal ideation**: و يتضمن تخيلات أو خطط ملموسة للانتحار، ويكون أكثر تشابهاً من السلوك الانتحاري الفعلي كتحضير معدات معينة (كحبل يستعمله للانتحار او مادة يشربها، أو مكان مرتفع يرمي نفسه منه)

يعتبر الكشف المبكر عن التفكير الانتحاري وتقييم شدته ودوافعه من أهم عناصر الوقاية من الانتحار و الحد من خطورة هذه الظاهرة خاصة عند الفئات الهشة مثل المراهقين، المرضى النفسيين، والأفراد المعرضين لصدمات اجتماعية متكررة الذين يملكون جروحية vulnerable أعلى من الأشخاص العاديين.

#### 4-5- السلوك الانتحاري غير المميت (NSSI) Non Suicidal Self Injury :

يشير مصطلح السلوك الانتحاري غير المميت إلى الأفعال المتعمدة التي يقوم بها الفرد لإحداث أذى جسدي على نفسه دون وجود نية مسبقة أو حالة للموت أو لإنهاء حياته. ويمكن إعتبار هذا النوع من السلوك تعبير عن معاناة نفسية داخلية شديدة إذ يسعى الأفراد من خلاله إلى تنظيم مشاعرهم السلبية أو التعبير عن الألم العاطفي الذي يصعب عليهم التعامل معه بطريقة أخرى.

تشمل مظاهر السلوك الانتحاري غير المميت مجموعة متنوعة من الأشكال مثل جرح الجلد بأداة حادة، الحرق، الضرب المتكرر للنفس، أو نثق الشعر. وعلى الرغم من الطابع المؤذي لهذه الأفعال فإنها عادة ما تهدف إلى التخفيف من التوتر النفسي أو إلى استعادة الإحساس بالتحكم الذاتي وليس إلى إنهاء الحياة.

في الجانب العيادي يميز NSSI عن محاولات الانتحار من خلال غياب القصد الواضح للموت No actual purpose رغم التشابه الذي بينهما في الأدوات المستعملة أو طرق الإيذاء. إذ تشير الدراسات إلى أن الأفراد الذين يمارسون السلوك الانتحاري غير المميت معرضون في وقت لاحق لزيادة خطر التفكير الانتحاري ومحاولات الانتحار الفعلية مما يجعل التدخل العلاجي النفسي المبكر أمر بالغ الأهمية و لابد منه. (Joiner,2005,p185-186-187)

تم إدراج الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5) السلوك الانتحاري غير المميت تحت توصيف اضطرابات السلوك الخاصة Specific behavioral disorders موصي بإعطائه اهتماما سريريا مستقلا Conditions for Further Study، لما له من تبعات نفسية وجسدية خطيرة على المدى البعيد. و هو يوجد تحت تصنيف: Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention (إضطرابات هامة مقترحة للدراسات المستقبلية) (DSM5,P801-803)

تتعدد الأسباب النفسية الكامنة وراء NSSI وتشمل:

- صعوبة تنظيم الانفعالات السلبية. Difficulty regulating negative emotions.
- الإحساس بالخدر العاطفي emotional numb أو فقدان الإحساس بالحياة Losing the sense of life.
- الرغبة في معاقبة الذات self punishment نتيجة مشاعر الذنب guilt أو كراهية الذات self loathing.
- طلب المساعدة Asking for help أو محاولة التواصل مع الآخرين بطريقة غير لفظية non verbal communication.

	محاولات الانتحار Suicide Attempts	السلوك الانتحاري غير المميت NSSI
النية	وجود نية واضحة لقتل الذات	لا توجد نية لقتل النفس
الدافع الرئيسي للفعل	الهروب من الألم النفسي عبر إنهاء الحياة	تخفيف الألم النفسي، محاولة تنظيم المشاعر و فهمها
النتيجة المرجوة من الفعل	الموت	الشعور بالراحة
الطرق المستخدمة	الشنق، تناول مواد خطيرة	كدمات خفيفة، حروق طفيفة
درجة الخطورة	خطر مباشر لإنهاء الحياة	لا تهدد الحياة عادة
التكرار	قد يكون أقل تكرار و أشد خطورة	متكررة بشكل كبير
النتيجة النهائية	المرور إلى الفعل بانتحار فعلي	يزيد من خطر التفكير في الانتحار إذا لم يتم التدخل

الجدول رقم (05): يمثل الفرق محاولات الانتحار و السلوك الانتحاري غير المميت كما جاء به شندمان - (Shneidman,1996,66-69)

## 6- العوامل المؤدية للانتحار:

### 6-1- العوامل النفسية والعاطفية Psychological and emotional factors:

6-1-1- الاكتئاب واضطرابات المزاج: و هي من أكثر أسباب الانتحار شيوعا خصوصا لدى فئة المراهقين ويصعب ملاحظة أعراضها على الآباء لأنها تكون عبارة عن أعراض سلوكية متقلبة و غير مفهومة معظم الوقت تظهر على شكل عزلة و أحيانا حماس شديد غير مفسر نوبات غضب مفاجئة،

تراجع في الأداء المدرسي، فرح مخلوط بحزن، فرط النوم أو أرق، فقدان الشهية أو زيادة الشهية كل هذه الأعراض يساء فهمها مما يعيق التدخل المبكر و يزيد من خطر تطورها إلى ميول انتحارية و سلوكيات مؤذية للنفس.

**6-1-2- الاندفاعية:** وتعتبر من السمات النفسية الشائعة في مرحلة المراهقة وترتبط بشكل وثيق بزيادة خطر السلوك الانتحاري و تعني الاندفاعية التصرف دون تفكير كاف في العواقب والاستجابة السريعة للمثيرات الانفعالية، ما قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات خطيرة في لحظات انفعالية شديدة وتعزى هذه السمة إلى عدم اكتمال نمو الفص الجبهي في الدماغ وهو الجزء المسؤول عن التنظيم الذاتي واتخاذ القرارات. في ظل التغيرات الهرمونية والتقلبات العاطفية التي تميز فترة المراهقة يمكن أن تؤدي الاندفاعية إلى محاولات انتحارية مفاجئة وغير مخططة و خاصة عندما يواجه المراهق صدمات نفسية أو يشعر بالرفض أو يتعرض لتتمر أو فقدان شخص عزيز. ويزداد الخطر في وجود اضطرابات نفسية أخرى كاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD حيث تكون الاندفاعية أحد الأعراض الثانوية للاضطراب الاساسي فمن الضروري تعزيز مهارات التنظيم الانفعالي وتوفير بيئة داعمة والتدخل العلاجي المبكر للحد من السلوك الانتحاري.

**6-1-3- الشعور بانعدام القيمة أو اليأس:** يعرف اليأس بأنه الإحساس العميق بأن المستقبل مظلم ولا أمل في التغيير، بينما يشير انعدام القيمة إلى شعور الفرد بأنه غير مهم أو غير محبوب أو عديم الفائدة، تتشأ

هذه المشاعر نتيجة لتراكم الإخفاقات أو التعرض المستمر للرفض أو غياب التقدير والدعم من الأسرة والمجتمع. كما تلعب وسائل التواصل الاجتماعي دور كبير في تضخيم هذه المشاعر حيث يقارن المراهقون أنفسهم بغيرهم بطريقة سلبية؛ أما من الناحية النفسية يرتبط الشعور باليأس بتراجع القدرة على حل المشكلات وانخفاض المرونة النفسية مما يجعل الانتحار يبدو كخيار للهروب من الألم العاطفي. وقد أظهرت الدراسات أن اليأس، أكثر من الاكتئاب نفسه، فهو العامل الأقوى في التنبؤ بمحاولات الانتحار. ولهذا فإن التعرف المبكر على هذه المشاعر وتقديم الدعم النفسي الملائم يعد أمر حاسم في الوقاية من السلوك الانتحاري لدى المراهقين.

**6-1-4- العوامل الأسرية Family factors:** و نذكر منها الخلافات الأسرية الدائمة أو الانفصال الأبوين، الشعور بالإهمال العاطفي و غياب التفاهم الأسري ت و كثرة المشاحنات و الشجارات بين كل أفراد العائلة، تمييز بعض الآباء للأبناء عن أبنائهم الآخرين و كذلك التعرض للعنف أو الإساءة داخل المنزل جسدية أو نفسية أو جنسية كلها تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب و تطورها إلى سلوكيات إيذاء الذات و منها الانتحار أو محاولات الانتحار.

### **6-2- العوامل الاجتماعية والمدرسية Social and academic factors:**

**6-2-1- التنمر Bullying:** سواء في المدرسة أو عبر الإنترنت Cyberbullying وهو أحد أخطر المحفزات النفسية للانتحار لأنه يولد الشعور بالنقص و أن الفرد بشع أو غير محبوب و كلها تظهر أعراض غريبة منها: التحدث عن الموت أو الرغبة في الاختفاء، الانسحاب من الأصدقاء والنشاطات و العزلة الاجتماعية و صعوبة في تكوين الصداقات، تغيرات في النوم أو الشهية، التخلي عن أشياء يحبها أو كتابة وصية، نوبات بكاء متكررة أو غضب غير مبرر.

**6-2-2- الضغط الأكاديمي:** التوقعات العالية من الأهل أو المدرسة يمكن أن تولد شعور بالفشل كالضغط على الابن / الابنة ان تدخل تخصص معين فقط لان الاهل يريدون ذلك بدون وضع اعتبارات لراي المراهق نفسه و قدراته يولد مع الوقت شعور بالدونية و نقص الكفاءة و قلة الثقة بالنفس.

### **6-3- وسائل التواصل الاجتماعي Social media:**

**6-3-1- المقارنة المفرطة مع الآخرين:** والتي تؤدي إلى تدني احترام الذات و فقدان الثقة بالنفس حيث تقوم فئة من الحسابات الوهمية بنشر صور مثالية ومنقحة ممل يدفع فئة من المراهقين ببذاء مقارنات على الشكل و الجسم و هي في الغالب كلها صور معدلة و غير حقيقية.

**6-3-2- الثقافة الرقمية القائمة على "النجاح السريع":** منشورات عن السفر والوظائف المرموقة أو الثروة تخلق توقعات غير واقعية و غير واقعية.

**6-3-4- المحتوى المحفز على السلوك الانتحاري:** بعض الحسابات أو المجموعات على الإنترنت تروج للسلبية أو السلوكيات المؤذية للنفس كلعبة الحوت الأزرق أو ألعاب التحديات الخطيرة.

### **6-4- عوامل بيولوجية أو وراثية Biological or genetic factor:**

6-4-1- تاريخ عائلي من الانتحار و الأمراض النفسية: ففي بعض الحالات يكون التاريخ العائلي هو العرض الممرض كوجود حالات اكتئابيه في الأجيال السابقة أو محاولات انتحار أحد أفراد العائلة من قبل كلها تزيد من فرص ظهور و الاستعداد الوراثي للقيام بالسلوك الانتحاري.

6-4-2- اضطرابات في كيمياء الدماغ: أثبتت الدراسات أن النقص في السيروتونين و الدوبامين تؤثر على قدرة المراهق في التعامل مع الضغوط و تزيد فرص الاصابة بالاكتئاب و ظهور السلوك الانتحاري. (Lester,2014, p16)

### 7- التصنيفات العلمية القديمة للانتحار:

#### 7-1- تصنيف إميل دور كايم:

شكّلت محاولة إميل دوركايم لتصنيف ظاهرة الانتحار إحدى أهم الإسهامات المؤسسة للسوسيولوجيا العلمية فهو اول من وضع الأساسات الأولى للانتحار بطريقة علمية. فبدلاً من التعامل مع الانتحار كحادثة فردية معزولة سعى دوركايم إلى فهمه من منظور اجتماعي شامل رابطاً بين أنماط الانتحار وبين مستويات الاندماج والتنظيم داخل المجتمع. و قد قسم الانتحار إلى أربع تصنيفات و هي:

#### 7-1-1- الانتحار الأناني Egoistic Suicide:

و هو أحد أنواع الانتحار التي صنّفها إميل دوركايم في دراسته الكلاسيكية "الانتحار"، ويحدث هذا النوع من الانتحار عندما تكون درجة اندماج الفرد بمجتمعه ضعيفاً أو معدومة. بمعنى آخر عندما يشعر الشخص أنه معزول عن الآخرين Isolated ولا تربطه بجماعته روابط اجتماعية قوية فإنه يصبح أكثر عرضة للانتحار في مثل هذه الحالات يفقد الفرد الإحساس بالانتماء و الإخلاص والمسؤولية تجاه الآخرين، و يصب تركيزه و تفكيره على ذاته ومشكلاته الخاصة من دون دعم اجتماعي أو عاطفي يساعده على تجاوز أزماته و مشكلاته.

يرى دوركايم أن الروابط الاجتماعية (مثل العائلة، الأقران، المؤسسات التربوية، المؤسسات الدينية المساجد و الكنائس) تلعب دوراً أساسياً في حماية الأفراد من التفكير بالانتحار، لأنها تعطي لحياتهم معنى Meaning وقيمة ضمن شبكة جماعية موحدة. وعندما تضعف هذه الروابط مع الوقت سواء بسبب

العزلة، أو فقدان الدعم الاجتماعي، أو ضعف الوازع الديني تتراجع قوانين الضبط الاجتماعي ويشعر الشخص بأن حياته بلا هدف ومعنى وهذا ما قد يدفعه إلى التفكير في إنهاؤها.

أورد دوركايم أمثلة عن الانتحار الأثاني في كتابه و قد انتهى إلى أن: ارتفاع معدلات الانتحار بين العزاب أكثر من المتزوجين، وبين الأشخاص الذين يعيشون في مجتمعات فردية أكثر من أولئك الذين يعيشون في مجتمعات جماعية. كما لاحظ أن الانتحار أكثر شيوعا بين الأشخاص ذوي الانتماء الديني الضعيف مقارنة بالملتزمين دينيا، لأن الدين، بحسب تحليله، يوفر شبكة دعم اجتماعي قوية تحمي الإنسان من الشعور بالاغتراب والوحدة.

بالتالي، يظهر الانتحار الأثاني كنتيجة مباشرة لضعف الروابط الاجتماعية وعدم كفاية التكامل بين الفرد والمجتمع، وهو يختلف تماما عن أنواع أخرى من الانتحار مثل الإيثاري أو اللامعاري، التي تكون أسبابها مرتبطة بقوى اجتماعية مختلفة.

دراسة سابقة في نفس السياق أجريت بكندا نشرت عام 2018 في مجلة *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* بعنوان " العزلة الاجتماعية والانتحار بين كبار السن: دراسة ميدانية في مدينة تورونتو، كندا". الهدف كان من هذه الدراسة هو اختبار العلاقة بين ضعف الروابط الاجتماعية وزيادة معدلات الانتحار لدى الأفراد كبار السن بما يتماشى مع مفهوم الانتحار الأثاني الذي جاء به عند دوركايم. بحيث استخدم الباحثون المنهج الكمي والمسحي، و وزعوا استبيانات على 400 شخص من كبار السن فوق 65 عاما كما أجروا مقابلات معمقة مع مجموعة مختارة منهم 50 شخصا توصلوا إلى النتائج التالية:

- وجدوا أن كبار السن الذين يعيشون بمفردهم بدون أطفال أو الذين فقدوا أزواجهم وأصدقاءهم لديهم معدلات أعلى بكثير من التفكير في الانتحار مقارنة بأقرانهم الذين يعيشون ضمن عائلات أو جماعات اجتماعية نشطة ولديهم أصدقاء
  - أكثر من 60% من الذين أبدوا رغبة في إنهاء حياتهم كانوا يصفون أنفسهم بأنهم "معزولون" أو "غير مهمين" للمجتمع
  - وجود انخراطات في أنشطة اجتماعية أو تطوعية خفض نسبة التفكير بالانتحار بشكل ملحوظ
- فسر الباحثون هذه النتائج و ذلك بإسقاطها على نظرية دوركايم وأكدوا أن ضعف الاندماج

الاجتماعي وفقدان الروابط العاطفية و الاسرية يؤدي إلى الإحساس بالوحدة والفراغ و العزلة، مما يجعل الشخص أكثر عرضة للانتحار الأناي؛ واعتبروا أن دعم الشبكات الاجتماعية والرعاية المجتمعية من الوسائل الأساسية للوقاية.

### 7-1-2- الانتحار الامعياري Anomic Suicide

هو النوع الثاني من أنواع الانتحار التي وصفها إميل دوركايم، ويحدث عندما يمر المجتمع بحالة من الاضطراب أو التفكك في القواعد والمعايير الاجتماعية فجأة مما يجعل الأفراد يشعرون بفقدان التوجيه وانعدام الاستقرار و ضياع القوانين التي تنظم حياة الأفراد.

أي عندما تتغير القواعد التي تحكم الحياة فجأة كالأزمات الاقتصادية الكبرى (الفقر و المجاعة) أو التحولات الاجتماعية السريعة (الحروب) أو حتى الكوارث البيئية (الفيضانات و الزلازل) وفيها يفقد الناس الإحساس بالثبات والوضوح الذين كانوا يعيشون وفقه فيعجزون عن التكيف مع الوضع الجديد وقد يقعون في حالة من الحيرة والضياع تدفع بعضهم إلى الانتحار.

لاحظ دوركايم أن معدلات الانتحار ترتفع في الفترات التي تشهد تغيرات اقتصادية حادة، سواء كانت أزمات فقر مفاجئة sudden poverty crises أو حتى فترات غنى وازدهار سريع rapid wealth and prosperity. ففي كلتا الحالتين تنهار التوقعات القديمة ولا تعود القواعد السابقة كافية لتنظيم سلوك الأفراد فيفقدون السيطرة و يصبحون عرضة للإحساس بالفراغ والمعاناة من فرط الحرية وعدم الضبط فيلجؤون إلى إنهاء حياتهم.

### 7-1-3- الانتحار القديري Fatalistic Suicide

و هو الصنف الثالث من أنواع الانتحار الأربعة التي صنفها إميل دوركايم، ويحدث عندما تكون حياة الفرد خاضعة تماما لضغوط اجتماعية قاسية جدا rough social pressures أو قيود صارمة بزيادة عن اللزوم بحيث يفقد الفرد الأمل في تحسين وضعه أو تغييره للأحسن. ويشعر أن مستقبله مغلق بالكامل أمامه و لا يوجد طريق للخروج من الدوامة التي يعيش داخلها، فتحت وطأة هذا الإحساس بالاختناق واليأس قد يلجأ الشخص إلى الانتحار باعتباره الوسيلة الوحيدة للهروب من معاناته و إنهاء هذه الحرب النفسية مع واقعه.

و من الأمثلة التي ذكرها دوركايم:

- انتحار العبيد في المجتمعات القديمة الذين كانوا يعيشون في ظل أنظمة قمعية شديدة، حيث كانت حياتهم مقيدة تماما بلا أمل في التغيير و تحت وطأت التجويع و المذلة اللانهائية.
- انتحار الأشخاص الذين يعانون من أنظمة أسرية أو مهنية صارمة جداً، تمنعهم من تحقيق ذواتهم أو تحسين أوضاعهم.

فالانتحار القديري يحدث عندما تكون القواعد الاجتماعية صارمة إلى حد أن الفرد يشعر أنه "مخنوق" ولا يستطيع أن يغير شيئاً في مصيره مهما حاول ذلك، مما يدفعه إلى تفضيل الموت على العيش تحت هذا القهر المستمر إلا أنه يجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من الانتحار هو الأقل انتشاراً في مجتمعاتنا الحديثة إلا في حالات خاصة جداً و قليلة.

دراسة ميدانية سابقة أجريت في سجن الولايات المتحدة الأمريكية سنة 2015 بمدينة Michigan داخل سجن Parnall و تم نشرها من قبل مجلة *Journal of Criminology* تحت عنوان "الضغوط القمعية والانتحار بين السجناء وهي دراسة تحليلية في بيئة السجون المحكمة، الدراسة توضح العلاقة بين شدة القيود المفروضة على السجناء ومعدلات محاولات الانتحار و التفكير في الانتحار والانتحار الفعلي داخل السجن ذات النظام المغلق الصارم. واعتمدت الدراسة على تحليل بيانات أكثر من 1,200 حالة انتحار حدثت في سجون شديدة الحراسة في الولايات المتحدة خلال عشر سنوات و استخدمت فيها مقابلات محروسة مع سجناء سابقين وتحليل مذكرات وتقارير الطب الشرعي.

و تم تقييم عوامل مثل شدة القمع، العزل الانفرادي، طول مدة السجن، وقسوة المعاملة، و القوانين الصارمة داخل السجن مع السجناء و توصل الباحثون أن معدلات التفكير في الانتحار والانتحار الفعلي ترتفع بشكل ملحوظ بين السجناء الذين يعيشون في ظروف عزل طويلة الأمد أو ضمن أنظمة سجن صارمة بشكل مفرط و دون تراث انقطاع كما أظهرت النتائج أن الشعور بانعدام الأمل وعدم القدرة على توقع مستقبل مختلف هو العامل المشترك الأكبر بين الحالات المنتحرة. و أن السجناء الذين تعرضوا لإجراءات تأديبية قمعية (كالحرمان من الزيارات و الفسحات، السجن الانفرادي، الإلزام بالكثير من الأنشطة العقابية و الحرمان من الأكل ) كانوا أكثر عرضة للانتحار.

#### 7-1-14- الانتحار الإيثاري Altruistic Suicide:

و هو النوع الرابع من أنواع الانتحار التي طرحها إميل دوركايم في كتابه "الانتحار" عام 1897 حيث يحدث هذا النوع، عندما يكون اندماج الفرد بالمجتمع قويا جدا ومفرطا إلى درجة أن يفقد الشخص إحساسه بذاته ككيان مستقل ويصبح على استعداد تام للتضحية بنفسه من أجل الجماعة أو من أجل القيم العليا التي يؤمن بها إيمانا أعمى دون تفكير و تمحيص.

ففي هذه الحالة لا ينتحر الفرد بسبب اليأس أو الضيق الشخصي أو الشعور بالعزلة، بل بدافع الشعور بالواجب أو الإخلاص الشديد للمجموعة التي ينتمي إليها سواء كانت عائلته، شخص ما معظم، قائد أعلى.

فمن الأمثلة التقليدية التي طرحها دوركايم لوصف هذا النوع من الانتحار:

- النساء في بعض المجتمعات التقليدية اللواتي كن ينتحرن بعد وفاة أزواجهن (كما في عادة "الساتي" Sati في الهند القديمة حيث كانت الأرملة تحرق نفسها مع جثة زوجها).
- التضحية بالنفس خلال الحروب بدافع الولاء للوطن أو الجماعة.
- محاربو بعض القبائل القديمة الذين كانوا يقدمون على الانتحار بعد وفاة زعمائهم.

الانتحار الإيثاري هو انتحار من أجل الآخرين، حيث يضحي الشخص بحياته طوعا و بكامل إرادته لأنه يشعر أن بقاءه لا يخدم مصلحة الجماعة أو لأنه يتوقع منه أن يقدم هذه التضحية كنوع من الواجب المقدس و الإيثاري

ففي مجتمعاتنا الحديثة يعد هذا النوع أقل شيوعا من بين أنواع الانتحار، لكنه قد يظهر في حالات مثل العمليات الاستشهادية أو التفجيرية أو حالات الانتحار من أجل قضية دينية أو وطنية أو حتى من أجل وفاة شخصية أيقونية. ( Van Heeringen,2018,p13-20 )

## 8- النظريات المفسرة للانتحار:

### 8-1- النظريات النفسية

#### 8-1-1- نظرية إيدوين شنيديمان Edwin Shneidman:

إدوين شنيديمان Edwin Shneidman هو أحد الرواد في مجال علم النفس الانتحاري ومؤسس علم النفس الانتحاري Suicidology. ولد في الولايات المتحدة عام 1918 وتوفي عام 2009، وقد أسهم بشكل كبير في تطوير فهم علمي إنساني لأسباب الانتحار ودوافعه النفسية. عمل في مراكز أبحاث الطب النفسي في جامعة هارفارد، وأسس عام 1958 مع زميله نورمان فاريرو Norman Fererro مؤسسة "مركز الوقاية من الانتحار" في لوس أنجلوس Suicide Prevention in Los Angeles California Center وهو أول مركز من نوعه في العالم للمنتحرين و الوقاية من الانتحار للناجين منه.

تعد نظريته من أبرز الإسهامات النفسية في تفسير ظاهرة الانتحار، حيث أسس مفهوم محوري أطلق عليه اسم "النفسي ألم" Psychache وهو شعور داخلي بالضيق النفسي الحاد الذي لا يستطيع الفرد تحمله أو تصور مخرج له سوى بالموت. فحسب شنيديمان لا يقدم الفرد على الانتحار لرغبته في الموت كهدف، بل لهروب من ألم نفسي لا يطاق Desire to end unbearable psychological pain . يرى أنه لا ينتهي إلا بزوال الذات؛ هذا الألم غالبا ما ينجم عن مشاعر الفشل، العزلة، الرفض، فقدان المعنى، أو الخسارة. ويفسر شنيديمان الانتحار بوصفه "حل خاطئ لمشكلة إدراكية" Incorrect solution to a cognitive problem أي أن المنتحر يواجه مشكلة نفسية حقيقية لكنه يرى الانتحار كحل وحيد بسبب ضيق الإدراك أو التشوه المعرفي.

فحسب Shneidman يحدث الانتحار عندما يتزامن مع ثلاثة عناصر أساسية:

- وجود ألم نفسي عميق Psychache
- غياب القدرة على تحمل هذا الألم أو معالجته Inability to tolerate or treat this pain
- الإدراك بأن الموت هو السبيل الوحيد للخلاص Realizing that death is the only way to survive

كما طرح شنيديمان إلى مفهوم "العقلية الانتحارية" The suicidal mindset والتي تتصف بثلاثة عناصر: الضيق (perturbation)، الانغلاق المعرفي (constriction)، والانفصال الاجتماعي (isolation). ويقترح أن الوقاية تتطلب معالجة هذا الألم النفسي عبر التعبير عن المشاعر Expressing Feelings، تقديم الدعم الاجتماعي Social support ، وتوسيع خيارات الفرد

إدراكياً *Expanding one's options cognitively*. وقد أثرت نظريته في تطوير كثير من برامج الوقاية من الانتحار والعلاج النفسي للأفراد ذوي النزعة الانتحارية. و تتكون من:

• الضيق النفسي *Perturbation*:

هو حالة من الانفعال العاطفي المرتفع الناتج عن مشاعر مؤلمة مثل الخزي، الذنب، الحزن، أو فقدان القيمة الذاتية. هذا الضيق ليس مؤقت، بل هو ممتد وعميق ويشكل الدافع الأساسي وراء التفكير الانتحاري.

• الانغلاق المعرفي *Cognitive Constriction*:

ويشير إلى ضيق الإدراك وفقدان القدرة على رؤية البدائل أو الحلول الأخرى. في هذه الحالة يرى الفرد أن الانتحار هو الخيار الوحيد للخلاص ويغيب عنه التفكير العقلاني أو الاستبصار بالمستقبل.

• الانعزال الاجتماعي *Perceived Isolation*: يشعر الفرد بأنه منفصل عن الآخرين وأن لا أحد يفهمه أو يستطيع مساعدته، حتى لو كان محاط بأشخاص مقربين. هذا الإحساس بالوحدة الوجودية يعزز دافع الانتحار.

Shneidman يرى أن هذه العقلية لا تتشكل فجأة بل هي نتيجة تراكم صدمات و ضغوط حياتية وتجارب شعورية مؤلمة تكون دفيئة في اللاوعي و غير معالجة. وتكمن أهمية فهم هذه العقلية في أنها تساعد المعالجين النفسيين على رصد العلامات المبكرة للتفكير الانتحاري *Monitoring early signs of suicidal thinking* مما يسهم في الوقاية والتدخل العلاجي المبكر. -Shneidman,1996,101 (103)

**8-1-2- نظرية سيغموند فرويد Sigmund Freud:**

تتناول المدرسة التحليلية الانتحار بوصفه فعل ناتج عن صراعات نفسية لاواعية ترتبط في الغالب بالغريزة العدوانية والآليات الدفاعية والتكوينات النفسية المبكرة. فالانتحار حسب فرويد هو توجيهه للعدوان المكبوت نحو الذات أي أن الفرد الذي يفشل في تفرغ عدوانه على العالم الخارجي أو الذي يشعر بالذنب والخذلان يقوم بتوجيه عدوانه نحو نفسه عبر الفعل الانتحاري. ويظهر هذا في نظريته عن غريزتي الحياة والموت حيث تهيمن غريزة الموت *Thanatos* على غريزة الحياة *Eros* في حالات الانتحار.

و لقد طور رواد محللون من نفس المدرسة أمثال أبراهام و ميلاني كلاين هذا الفهم من خلال التركيز على العلاقة بالأم أو بالموضوع الأولي، واعتبروا أن الانتحار قد ينشأ نتيجة مشاعر حزن مفرط لفقدان رمزي أو كنوع من العقاب الذاتي الناجم عن علاقة مرضية بالانا الأعلى Super Ego التي تتحول إلى مصدر قاس من النقد واللوم. ويرى رواد التحليل النفسي أن المنتحر لا يسعى بالضرورة إلى إنهاء حياته، بل إلى إيقاف معاناة داخلية منشأها علاقات غير متوازنة منذ الطفولة وأزمات هوية وشعور بالذنب لم يحل بعد.

لذلك تؤكد المدرسة التحليلية على أهمية التحليل العلاجي طويل الأمد الذي يكشف البنية التحتية اللاواعية الكامنة خلف القرار الانتحاري، ويعيد بناء العلاقة مع الذات عبر كشف التكوينات الدفاعية المرضية مما يفتح المجال أمام الفرد لإعادة فهم معاناته و بشكل أكثر تكيف.

### 8-1-3- نظرية جونر توماس Thomas Joiner:

توماس جونر Thomas Joiner أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة فلوريدا Florida State University ويعد من أبرز الباحثين المعاصرين في مجال علم نفس الانتحار ولد في الولايات المتحدة وكرس حياته الأكاديمية لدراسة دوافع الانتحار وآليات الوقاية منه بعد انتحار والده. أوجد نظرية الانتحار التفاعلي بين الشخصي والانفعالي " Psychological Theory of Suicide IPTS-Interpersonal والتي أحدثت نقلة نوعية في مجال البحث العلمي والتدخل السريري للتكفل بالمنتحرين الناجين.

ركز جونر في أعماله على البعد التفاعلي للانتحار، حيث يرى أن الرغبة في الموت لا تنشأ فقط من عوامل نفسية فردية مثل الاكتئاب، بل من مشاعر العزلة وانعدام القيمة الذاتية والإحساس بأن المرء عبء على من حوله إلى جانب تطوير القدرة المكتسبة على الانتحار *acquired ability to commit suicide* التي تسمح للفرد بتجاوز الخوف الطبيعي من الموت.

تفترض نظريته أن الانتحار لا يحدث ببساطة نتيجة للاكتئاب أو أي اضطراب نفسي، بل نتيجة تفاعل ثلاث مكونات رئيسية:

- الشعور بكون الفرد عبئاً على الآخرين *Perceived Burdensomeness*:
- وهو اعتقاد الشخص بأن وجوده يتقل كاهل أحبائه أو مجتمعه، ويشعر بأنه لا جدوى من حياته.
- الانعزال الاجتماعي أو غياب الانتماء *Thwarted Belongingness*:

ويشير إلى الإحساس بالوحدة والتهميش وغياب روابط اجتماعية دافئة، مما يزيد الشعور بالاعتراة والعزلة.

• القدرة المكتسبة على الانتحار **Acquired Capability for Suicide**:

وهي القدرة النفسية والجسدية على تجاوز الخوف الطبيعي من الموت، تكتسب عبر التعرض المستمر للألم أو تجارب الصدمة، مثل الإيذاء الذاتي و تتكون من:

الاعتيااء على الألم والخوف: من خلال التعرض المتكرر لتجارب مؤلمة أو مرعبة (مثل إيذاء النفس، العنف، الحوااء، أو حتى العمل في مهن مثل الجيش أو الطب).

انخفاض الخوف من الموت: مع الوقت، يبدأ الشخص في فقدان الرهبة الطبيعية المرتبطة بفكرة الموت.

زيادة التحمل للألم: بعض الأفراد يطورون قدرة جسدية ونفسية لتحمل مستويات عالية من الألم، مما يسهل عليهم تنفيذ أفعال انتحارية.

سطر في نظريته شرط أساسي أنه لا يحدث السلوك الانتحاري إلا عندما تجتمع هذه العوامل الثلاثة: رغبة في الموت (نتيجة الشعور بالعبء والاعترااب) و غياب الدعم العائلي والقدرة على التنفيذ (نتيجة التعود على الألم والخطر). وتبرز هذه النظرية أهمية العوامل الاجتماعية والمعرفية والسلوكية في تشكيل دوافع الانتحار، مما يجعلها ذات قيمة كبيرة في برامج الوقاية من خلال تعزيز الروابط الاجتماعية وتعديل الأفكار المشوهة وتقليل التعرض للعوامل المؤلمة. (Wasserman,2018, p98-100)

## 8-2- النظريات الإاجتماعية:

### 8-2-1- نظرية إيميل دور كايم **Emile Durkheim**:

النظرية الاجتماعية من أبرز الأطر التفسيرية لفهم السلوك الانتحاري، وقد قدم عالم الاجتماع إميل دوركايم Durkheim أول تناول منهجي لهذا الموضوع في 1897 حيث، برهن في نظريته أن الانتحار لا يعتبر ظاهرة فردية بحتة، بل تتأثر بعوامل اجتماعية وهيكلية. افترض دوركايم أن تماسك المجتمع ودعمه ومستوى اندماج الفرد داخله يؤثران بشكل مباشر على احتمالية الوقوع في الانتحار؛ وقسم الانتحار إلى أربعة أصناف رئيسية منها: الانتحار الأناني الناتج عن ضعف الروابط الاجتماعية، والانتحار الإيثاري الناتج عن اندماج مفرط في الجماعة، والانتحار الفوضوي المرتبط بانعدام التنظيم الاجتماعي أو ما

يعرف بـ"الأنومي". تعكس هذه النظرية الفرضية الأساسية بأن العوامل الاجتماعية كالتفكك الأسري، والاعترا ب، والضغوط الاقتصادية، تسهم بشكل كبير في تشكيل الدوافع الانتحارية لدى الفرد، مما يستدعي مقارنة شمولية تكاملية تربط بين الفرد وبيئته الاجتماعية لفهم هذه الظاهرة الاجتماعية النفسية المعقدة.

### 8-2-2- نظرية روبرت ميرتون Robert Merton:

أحد أبرز العلماء الذين طوروا نظرية الأنومي هو عالم الاجتماع Robert Merton مستندا في ذلك إلى أعمال إميل دوركايم، حيث قام بتقديم تفسير بنيوي لانحرافات السلوك ومنها الانتحار. يرى ميرتون أن المجتمعات الحديثة تضع أهداف ثقافية موحدة لجميع الأفراد كالنجاح المكانة الاجتماعية و الثراء، لكنها لا توفر فرص متكافئة لجميع أفراد المجتمع الواحد من أجل تحقيق تلك الأهداف من ناحية الوسائل المادية و التعليمية. هذا التفاوت بين الأهداف المفروضة اجتماعيا والوسائل المتاحة قانونيا و ماديا يؤدي إلى حالة من التوتر أو التفكك الاجتماعي و الذي أطلق عليه اسم الأنومي. فمن هذا المنطلق يفسر ميرتون الانتحار كسلوك انحرافي ناتج عن فشل الفرد في التكيف مع الضغوط الاجتماعية، خصوصا عندما يشعر الفرد بالعجز عن تحقيق الأهداف الثقافية بطرق مشروعة. فالانتحار في هذه الحالة، لا يكون فقط تعبير عن أزمة نفسية داخلية، بل هو أيضا نتاج لاضطراب اجتماعي أوسع، يعكس إحباط هيكلية وشعوري بالاجدوى في ظل غياب العدالة الاجتماعية.

وعليه فإن الأفراد الأكثر عرضة للانتحار في هذا النموذج هم أولئك الذين يعيشون في بيئات تروج للنجاح المادي دون أن تتيح الوسائل الفعلية لتحقيقه، ما يؤدي بهم إلى فقدان الإحساس بالانتماء الاجتماعي والعجز عن التكيف معه. ومن ثم الميل إلى الانسحاب من النظام الاجتماعي بشكل كلي وهو ما قد يتمثل في الفعل الانتحاري كفعل تمردى عن المجتمع الظالم أو كطريقة للتعبير عن الاستسلام.

### 8-2-3- نظرية جاك دوغلاس Jack Douglas:

جاك دوغلاس Jack D. Douglas من أبرز ممثلي الاتجاه التفاعلي الرمزي في علم الاجتماع، قام بتقديم تفسير مغاير ومكمل للانتحار في كتابه The Social Meanings of Suicide 1967 ركز فيه على المعاني الاجتماعية والفردية التي ينسبها الأفراد إلى فعل الانتحار. و قام بانتقاد التوجه الوضعي

الكلاسيكي لدوركايم معتبرا أن الانتحار لا يمكن فهمه كمجرد نتيجة لعوامل اجتماعية بحتة بل يجب دراسته كظاهرة معقدة شاملة تتشكل من خلال السياق الثقافي والتجارب الذاتية للفرد.

يرى دوغلاس أن الانتحار لا يحمل معنى ثابت، بل تنتج مخرجاته من خلال التفاعل بين الفرد والمجتمع، وبين الفرد ونظرته لنفسه، وبينه وبين من يفسر فعله (المجتمع، المختصين و الميديا). فالانتحار حسب منظوره هو تعبير رمزي عن الألم symbolic expression of pain و الاحتجاج فقدان المعنى Lossing meaning أو الرغبة في إيصال رسالة ما The desire to deliver a message . ولهذا يؤكد دوغلاس على أهمية تحليل السير الذاتية Psychological autobiographies والرسائل الانتحارية Suicide letters والشهادات المحيطة بالفعل The surrounding testimonies من أجل فهم الدوافع والمعاني الحقيقية وراء هذا الفعل الانتحاري.

كما يسهم منظور دوغلاس في توسيع الفهم الاجتماعي للانتحار، من خلال التركيز على البناء الثقافي والتفاعلي للمعنى من الحياة مما يعزز من فهم السياقات الدقيقة التي تنتج السلوك الانتحاري.

### 8-3- النظريات البيولوجية:

#### 8-3-1- نظرية جون مان John. J.Mann:

قام الطبيب والباحث جون مان John Mann أحد أبرز رواد النظرية البيولوجية بتقديم نماذج بيولوجية مفسرة للانتحار، حيث ركز في أعماله على التغيرات العصبية والكيميائية في دماغ الأفراد المعرضين لخطر الانتحار. و ذلك استنادا إلى دراسات تشريحية anatomical studies وتشريحية كيميائية Chemical anatomy على أدمغة المنتحرين، حيث توصل على وجود انخفاض ملحوظ في نشاط النظام السيروتونيني؛ وخاصة في مناطق الدماغ المرتبطة بضبط الانفعالات واتخاذ القرار القشرة الجبهية الأمامية Prefrontal Cortex.

فلقد برهن أن وجود اضطراب وظيفة السيروتونين HT5 (وهو ناقل عصبي أساسي في تنظيم المزاج والسلوك الاندفاعي) يلعب دور هام في تطور النزعة الانتحارية لدى الفرد لا سيما لدى الأفراد المصابين باضطرابات مزاجية مثل الاكتئاب. وتشير النتائج التي توصل إليها إلى أن هذا الانخفاض في

السيروتونين ليس مجرد أثر جانبي للاكتئاب، إنما هو حالة بيولوجية مستقلة تميز الأفراد المعرضين لخطر الانتحار حتى ضمن نفس التشخيص النفسي.

كما ركز جون مان في نظريته على دور الاندفاعية والعدوان الموجه للذات كوسيطين بيولوجيين يتأثران بخلل في التوازن العصبي. و اقترح نموذج مكون من ثلاثة أبعاد لتفسير السلوك الانتحاري، يشمل:

- قابلية بيولوجية موروثية أو مكتسبة كإخفاض السيروتونين
- اضطرابات نفسية كالاكتئاب أو اضطراب الشخصية الحدية
- عوامل ضاغطة حادة أو مزمنة

إن هذا النموذج يسهم في دمج العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ضمن إطار علمي متكامل لتفسير الانتحار، ويفتح سبل عيادية جديدة للمختصين للتشخيص البيولوجي والعلاج الدوائي الوقائي و النفسي.

في دراسة سابقة شهيرة أجراها Michael Meaney و John Mann أظهرت أن المنتحرين الذين عانوا من إساءة في الطفولة لديهم معدلات مرتفعة من جينات خاصة تسمى NR3C1 و الموجودة على مستوى الحصين hippocampus، مقارنة بالأشخاص الذين انتحروا دون تاريخ صدمات نفسية سابقة ما يشير إلى أن الصدمة تترك أثر بيولوجي طويل المدى و الذي يزيد من هشاشة الفرد نفسيا.

### 8-3-2- نظرية ايريك كانديل Eric Kandel:

رغم أن إريك كانديل Eric Kandel لم يقدم نظرية متخصصة واضحة في تفسير الانتحار بشكل مباشر، إلا أن أعماله الرائدة في علم الأعصاب الجزيئي Molecular Neuroscience و علم النفس البيولوجي biological psychology وضعت الأساس لفهم كيف تؤثر التغيرات البيولوجية على السلوك البشري بما في ذلك السلوك الانتحاري. كانديل الحاصل على جائزة نوبل NOBEL PRIZE في الطب عام 2000، قام بتقديم نموذج تفسيري لكيفية تشكل الخبرات النفسية والتجارب الحياتية في الدماغ من خلال تعديلات على مستوى المشابك العصبية (Synaptic Plasticity).

فوفقا لنظريته تخزن الذكريات والمشاعر في الدماغ من خلال عملية تعزيز أو تثبيط الاتصالات بين الخلايا العصبية، وهذا يحدث عبر تعديل جيني خاص داخل الخلايا العصبية نفسها. و اعتبر هذا النموذج بالغ الأهمية في تفسير الانتحار، إذ أن التجارب النفسية السلبية المزمنة كالشعور بالاهمال و الصدمات

النفسية القاسية أو فقدان الدعم الاجتماعي قد تؤدي إلى تعديلات بيولوجية دائمة lead to permanent biological modifications في الدماغ حسبها و هذا الامر يؤثر على المزاج و الإدراك والقدرة على التكيف مع المجتمع و مع الظروف الحياتية.

وفي سياق السلوك الانتحاري، نفى كانديل أن العوامل البيئية لا تعمل بمعزل عن البيولوجيا بل أثبت في دراساته أنها تمارس تأثيرها من خلال التفاعل مع الجينات والدوائر العصبية، وهو ما يعرف Epigenetics (علم قراءة الجينات و هو العلم الذي يفسر كيف يمكن للبيئة والتجارب الحياتية أن تعدل نشاط الجينات للابد ) ف احتمالية التعرض طويل الأمد للضغط النفسي أو الصدمات في الطفولة يغير النشاط و التسلسل الجيني المرتبط بتنظيم هرمونات التوتر مثل الكورتيزول؛ مما يضعف قدرة الدماغ على التكيف مع الضغوط لاحقا ويزيد من احتمالية السلوك الانتحاري. أي أن كانديل يرى فهم الانتحار يتطلب دمج بين العلوم العصبية الجزيئية وعلم النفس التجريبي، مع التركيز على كيفية تفاعل التجربة الذاتية مع البنية العصبية في الدماغ. وتفتح هذه النظرة التكاملية آفاق واسعة لتطوير تدخلات علاجية تستهدف ليس فقط الأعراض النفسية، بل كذلك التغيرات العصبية الكامنة خلفها. Maris,2000, (p171-178)

## 9- أدوات قياس الانتحار:

### 9-1- مقياس بيك للتفكير الانتحاري Beck Scale for Suicide Ideation BSI:

يعتبر مقياس بيك للتفكير الانتحاري من أبرز الأدوات المستخدمة عالميا لقياس شدة الأفكار الانتحارية. طوره عالم النفس الأمريكي "آرون بيك" وزملاؤه عام 1979، ويهدف إلى تقييم نوايا الفرد وخطته ودوافعه المتعلقة بالانتحار.

يتكون المقياس من 21 بندا يتم الإجابة عنها وفق مقياس تقديري محدد يعكس شدة الرغبة في الموت لدى المفحوص و وجود خطط محددة ومستوى الضيق العاطفي المرتبط بالأفكار الانتحارية. يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة من حيث الصدق والثبات، ( مكيف للبيئة الجزائرية) ويستخدم على نطاق واسع في الممارسات الإكلينيكية والبحثية للكشف عن مستويات الخطورة الانتحارية للمفحوصين.

## 9-2- مقياس كولومبيا لتقييم خطورة السلوك الانتحاري **Columbia-Suicide Severity** :Rating Scale C-SSRS

طور هذا المقياس بدعم من المعهد الوطني للصحة العقلية NIMH و هو أداة تقييم نفسي طورت لتحديد مدى وجود الأفكار والسلوكيات الانتحارية لدى الأفراد، يتميز هذا المقياس بقدرته العالية على التنبؤ بمخاطر الانتحار؛ ويستخدم على نطاق واسع في المجالات الإكلينيكية والبحثية. يتضمن المقياس مجموعة من الأسئلة التي تقيم وجود أفكار انتحارية، شدتها، وتكرارها، بالإضافة إلى السلوكيات المرتبطة بها كمحاولات الانتحار السابقة أو التخطيط الفعلي المستقبلي لتنفيذ الانتحار. يمكن استخدامه مع مختلف الفئات العمرية (مراهقين و بالغين) ويعد من الأدوات المعتمدة دولياً لفعاليتها وسهولة تطبيقه، يعزز استخدام مقياس C-SSRS القدرة على التدخل المبكر والوقاية من الانتحار عبر رصد الحالات المعرضة للخطر بشكل منهجي ودقيق.

## 9-3- مؤشر ليتين للانتحار **Lethality of Suicide Attempt Rating Scale LSARS**

يركز هذا المقياس على تقييم خطورة محاولات الانتحار من حيث مدى فتك الوسيلة المستخدمة للانتحار ومدى احتمالية أن تؤدي المحاولة إلى الوفاة. يستخدم مع الأفراد الذين قاموا بمحاولات سابقة، لمساعدة الأطباء والمعالجين على تقدير خطورة الحالة ووضع خطط تدخل ملائمة حسب كل حالة؛ مؤشر ليتين يركز على العواقب الطبية للمحاولة ويصنفها على مقياس يتراوح من محاولات منخفضة الخطورة إلى محاولات شديدة الفتك قد تؤدي إلى الوفاة دون تدخل طبي عاجل. يعتبر LSARS أداة مهمة في التقدير الموضوعي لمخاطر المحاولات الانتحارية، مما يساعد الأطباء والمختصين في الصحة النفسية على وضع خطط علاجية أكثر دقة، وتقدير الحاجة إلى الرعاية الفورية أو الإحالة إلى خدمات الطب النفسي الطارئة. يستعمل كذلك في الأبحاث الإكلينيكية والدراسات الوبائية خاصة لفهم أنماط السلوك الانتحاري وتحديد العوامل المرتبطة بمحاولات الانتحار عالية الخطورة.

يتكون المقياس من مجموعة من البنود التي تقيس طبيعة الوسيلة المستخدمة، ودرجة الضرر الجسدي الناتج وظروف المحاولة (كوجود تدخلات خارجية أنقذت الفرد من الموت).

## 9-4- مقياس هوبكنز للأفكار الانتحارية **Hopkins Suicide Ideation Scale**

مقياس هوبكنز للأفكار الانتحارية HSIS هو أداة نفسية مختصرة لتقييم شدة الأفكار الانتحارية لدى الأفراد، و هو جزء من منظومة أدوات تقييم أوسع طورت في مركز هوبكنز. يركز المقياس على قياس تكرار الأفكار الانتحارية و مدى سيطرتها على الفرد والرغبة في تنفيذها خلال فترة زمنية محددة (الأسبوع الماضي). يتميز HSIS بسهولة التطبيق وسرعة التقييم، مما يجعله مناسب للبيئات السريرية في أقسام الطوارئ والعيادات النفسية. يساعد هذا المقياس في تحديد الحالات التي تستدعي تدخل فوري، ويساهم في وضع خطط علاجية تستند إلى مستوى خطورة الحالة النفسية. وبالرغم من بساطته إلا أن HSIS أثبت فعاليته كأداة مكملة في تقييم المخاطر الانتحارية إلى جانب أدوات أكثر شمولاً. (نفس المرجع السابق)

### 10- الآثار المترتبة عن الانتحار :Consequences of suicide

الانتحار من الظواهر النفسية الاجتماعية المعقدة ذات الأبعاد المتداخلة والتي لا تقتصر آثارها على الفرد المنتحر فحسب، بل تمتد لتشمل المحيطين به والمجتمع بأسره. فمن الناحية النفسية يخلف الانتحار أثر بالغ في نفوس الأهل والأصدقاء إذ يعاني كثير منهم من اضطرابات نفسية مثل الصدمة، الاكتئاب، القلق، والشعور بالذنب، خاصة في حال غياب مؤشرات مسبقة على نية الانتحار. كما قد تظهر لدى البعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD نتيجة لاكتشافهم الحادث أو تعاملهم المباشر معه. أما من الجانب الاجتماعي، فالانتحار قد يؤدي إلى تفكك العلاقات الاجتماعية والأسرية، ويقاوم من الشعور بالعزلة داخل العائلة. كما أن الوصمة الاجتماعية Social Stigma المرتبطة بالانتحار تضعف فرص الحصول على الدعم النفسي وتعيق عمليات التكيف السوي، لا سيما في المجتمعات التي تعتبر الانتحار أمر مخجل أو مرفوض دينياً وثقافياً (المجتمعات العربية).

من الناحية الاقتصادية تسجل خسائر كبيرة سواء على مستوى الأسر أو المجتمعات، إذ يفقد الاقتصاد طاقات بشرية في عمر الإنتاج، كما تتحمل العائلات تكاليف إضافية تتعلق بإجراءات الطوارئ، الجنازات، أو حتى العلاج النفسي طويل الأمد المكلف. وقد تتفاقم هذه الأعباء إذا كان المنتحر هو المعيل الأساسي للأسرة أو الأسر الفقيرة و ذوي الدخل المحدود.

فيما يتعلق بالأثر الأسري يخلف الانتحار حالة من الاضطراب العاطفي داخل الأسرة، وقد يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية لدى الإخوة أو الزوج/الزوجة، كما قد تطرأ تغييرات على ديناميات الأسرة كزيادة التوتر، الصراعات، أو الانغلاق العاطفي.

بالإضافة إلى ذلك فإن الناجين من محاولة الانتحار أنفسهم يواجهون تحديات نفسية حادة بعد نجاتهم من الموت منها: الشعور بالعار أو الندم أو الخوف من الوصم ما قد يؤدي إلى العزلة أو تكرار المحاولة ما لم يتم توفير الدعم النفسي المناسب. كما يحتاج المحيطون بهؤلاء الناجين إلى تدخل نفسي منظم، إذ إنهم معرضون هم كذلك لتأثيرات سلبية تتعلق بالخوف والقلق المستمر من تكرار الموقف (Thase,2004,p68)

### خلاصة:

في الأخير يمكن القول أن الانتحار من القضايا الشائكة والمعقدة التي تتداخل فيها العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وهو لا يمثل مجرد حدث فردي، بل ظاهرة اجتماعية نفسية ذات أبعاد متشابكة تؤثر على الفرد والمجتمع على حد سواء. وقد كشف هذا الفصل عن أن الانتحار غالباً ما يكون نتيجة تفاعل بين ضغوط نفسية مزمنة كالاكتئاب و القلق و اضطرابات الهوية، وبين ظروف اجتماعية واقتصادية كالعزلة، البطالة، الفقر، والتفكك الأسري، وتبين من خلال تناول التصنيفات والدراسات السابقة أن الآثار المترتبة على الانتحار لا تتوقف عند فقدان الحياة، بل تمتد لتشمل دائرة واسعة من الأثر تشمل أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين الذين قد يعانون من صدمة نفسية شديدة، وشعور بالذنب، واضطرابات سلوكية، وعاطفية. كما تظهر انعكاسات سلبية على المستوى الاجتماعي، كزيادة الشعور بعدم الأمان وتآكل الروابط الاجتماعية، فضلاً عن الأعباء الاقتصادية الناتجة عن فقدان أفراد في سن العمل، وتكاليف الرعاية النفسية اللاحقة، أما الناجون من محاولات الانتحار، فيواجهون تحديات مضاعفة تتمثل في وصمة مجتمعية شديدة، واضطرابات نفسية متقدمة، تستوجب تدخل علاجي سريع. كما يشير الباحثون إلى ضرورة التعامل مع الانتحار كقضية وقائية في المقام الأول تتطلب سياسات عامة متكاملة فيها خدمات الصحة النفسية مع الجهود التربوية والإعلامية والتشريعية.

وفي ضوء ما سبق تبرز الحاجة إلى مقارنة علمية شاملة لفهم الانتحار، تأخذ بعين الاعتبار السياقات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتستند إلى البحوث الميدانية، وتوظف في صياغة استراتيجيات فعالة للوقاية والتدخل سواء على مستوى الأفراد أو المجتمعات.

# الفصل الخامس

## الجانب الميداني

## مقدمة:

يعد الجانب التطبيقي من أهم مكونات الدراسات العلمية، لما له من دور محوري في تجسيد المفاهيم النظرية وتحويلها إلى ممارسات واقعية قابلة للفحص والتحليل. وفي هذا الإطار فإن توظيف العلاج بالمخططات كما طوره جيفري يونغ يمثل نموذج فعال لتقريب النظرية من التطبيق، لاسيما في مجال الصحة النفسية للمراهقين ويكتسب هذا الجانب أهمية خاصة في موضوع الدراسة الحالي، نظرا لطبيعته الإكلينيكية الدقيقة؛ حيث أنه يسهم التطبيق العملي في تقديم فهم عميق لديناميات الاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى المراهقين. كما يتيح اختبار مدى نجاعة النموذج العلاجي لجيفري يونغ في البيئة الجزائرية ومن ثم فإن هذا الجزء من الدراسة لا يهدف فقط إلى التحقق من الفرضيات، بل يتعدى ذلك إلى تقديم نتائج قابلة للتوظيف في الميدان العلاجي بما يسهم في تطوير الممارسة النفسية المبنية على الأدلة وتقديم مقترحات و توصيات فعالة لمشكلات قائمة في المجتمع.

### 1- التذكير بأهداف الدراسة:

- التعرف على مدى فعالية العلاج بالمخططات المعرفية كما طوره جيفري يونغ في التخفيف من حدة المشاعر الاكتئابية لدى المراهق المقدم على الانتحار.
- تشخيص طبيعة وأنواع المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لدى المراهق المكتئب ذي النزعة الانتحارية.
- تحليل العلاقة بين المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة وشدة المشاعر الاكتئابية والسلوك الانتحاري لدى المراهق.
- تطبيق نموذج العلاج بالمخططات على الحالات المدروسة وفق مراحل منهجية تشمل بناء التحالف العلاجي، التقييم و التشخيص، التوعية، وإعادة الهيكلة المعرفية والانفعالية
- قياس مدى التغيير في الأعراض الاكتئابية بعد خضوع المراهق للعلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ.
- اقتراح توصيات علاجية مبنية على نتائج الحالات و التي يمكن الاستفادة منها في علاج فئة المراهقين الذين يعانون من اكتئاب مصحوب بسلوك انتحاري.

### 3- المنهج المستخدم في الدراسة:

تم اعتماد المنهج العيادي الإكلينيكي باستخدام دراسة الحالة كإطار منهجي رئيسي في هذه الدراسة، وذلك نظرا لملاءمته لطبيعة الموضوع الذي يتناول أبعاد نفسية عميقة ومعقدة، (الاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى المراهقين). يسمح هذا المنهج بفهم شامل ومتعمق للحالة من خلال تحليل السياق النفسي والاجتماعي والبيئي المحيط بها إضافة إلى تتبع تطور الحالة عبر مراحل التدخل العلاجي.

وقد تم التركيز على حالتين عيادية لمراهقين يعانون من اكتئاب شديد مصحوب بأفكار انتحارية (مع محاولات انتحارية سابقة)، وذلك بهدف تطبيق نموذج العلاج بالمخططات كما طوره جيفري يونغ، ورصد مدى فعاليته في التخفيف من الأعراض المرضية وتحسين الأداء الانفعالي والمعرفي لدى الحالات قبل و بعد العلاج.

### المنهج الإكلينيكي Clinical approach :

يعرفه Mucchielli على أنه طريقة تنظر نظرة خاصة و بشكل مباشر إلى السلوك، فهو يحاول بكل موضوعية علمية الكشف عن كينونة الفرد، سلوكاته و المعنى الخفي وراءها، الطريقة التي يشعر بها ؛ و كذا أسباب الصراعات النفسية و سيرورتها و ما يرد به الفرد على هذه الصراعات للتخلص منها (Mucchielli,1969,P.87)

و يتضح من خلال هذا التعريف أن المنهج الإكلينيكي يتيح البحث في الظواهر بكيفية معمقة و مقصودة لكشف جل تفاصيلها، كما يشكل هذا العامل الأساسي الذي دعنا إلى اختيار هذا المنهج معتمدين على دراسة الحالة.

### 4- أدوات الدراسة:

في هذه الدراسة الإكلينيكية تم اعتماد مجموعة من الأدوات النفسية الكمية والكيفية لتقييم الحالة النفسية للمراهقين قيد الدراسة و تحديد المخططات غير التكيفية و قياس شدة الاكتئاب والأفكار الانتحارية و كذلك ورصد تطور الحالة خلال الجلسات العلاجية و انقسمت هذه الأدوات الى :

### 4-1- المقابلة العيادية النصف موجهة :

تعد المقابلة النصف موجهة Semi-Structured Interview أداة نوعية أساسية في البحث الإكلينيكي، حيث تجمع بين مرونة الحوار المفتوح وبنية موجهة مسبقا، و تتميز هذه المقابلة بوجود دليل أسئلة معد لأهداف معينة من طرف المعالج النفسي يضمن تغطية الجوانب النفسية والاجتماعية الأساسية مع إتاحة المجال للمفحوص للتعبير بحرية عن خبراته ومشاعره واستطراداته الشخصية.

و تعتمد المقابلة النصف موجهة على علاقة تفاعلية دينامية بين المعالج والمفحوص، ما يسمح بالغوص في عمق التجربة الذاتية، وفهم السياقات المعرفية والانفعالية التي لا يمكن الوصول إليها عبر أدوات القياس الكمية وحدها. هذا النوع من المقابلة مناسب بشكل خاص عند دراسة الاضطرابات النفسية المعقدة كالإكتئاب والانتحار، إذ تستخدم لاستكشاف أنماط التفكير ومصادر الألم النفسي والتاريخ الشخصي والعائلي بطريقة حساسة وسريية. (محمد عطوف ياسين، 2017، ص.401)

وفي السياق الحالي استخدمنا المقابلة النصف موجهة لتحديد المخططات غير التكيفية المبكرة، وتفسيرها في ضوء نموذج العلاج بالمخططات لجيفري يونغ، وذلك من خلال التحري عن التجارب الطفولية القاسية والخبرات المؤلمة وأساليب التفاعل الأسري وأنماط العلاقات المتكررة في حياة الحالتين قيد الدراسة.

#### 4-2- دراسة الحالة : Case study

هي منهج نوعي واستقصائي معمق يستخدم في البحوث العلمية النفسية بهدف فهم الظواهر النفسية المعقدة ضمن سياقها الطبيعي والفردى، وهي تركز على تحليل وحدة واحدة بشكل شامل، بهدف الكشف عن الديناميات النفسية والأنماط السلوكية والمعرفية والانفعالية وعلاقتها بسياقات النشأة والتفاعل الاجتماعي والتاريخ الشخصي. وتتميز دراسة الحالة بقدرتها على التعمق في التفاصيل الدقيقة لتجربة الفرد بما يتيح للمعالج الكشف عن التغيرات النفسية عبر الزمن وتفسيرها ضمن إطار نظري معين.

وفي السياق العيادي تستخدم دراسة الحالة لتتبع مسار التقييم النفسي ووضع التشخيص واختيار التدخل العلاجي المناسب كل حالة و تقييم فعاليته من خلال توثيق التغيرات في الأعراض والمخططات والوظائف النفسية.

#### 4-3- سلم بيك الثاني للاكتئاب Beck Depression Inventory-2

يعد مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-2 Beck Depression Inventory – Second Edition: من أكثر الأدوات النفسية استخداما في التقييم الإكلينيكي والبحثي لاضطراب الاكتئاب، قام بتطويره آرون بيك عام 1996 كإصدار محدث للنسخة الأولى 1961 بهدف موازنة بنوده مع المعايير التشخيصية المعتمدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة DSM4 يتكون هذا المقياس من 21 بند يغطي كل منها أحد الأعراض المحورية للاكتئاب كما هو معرف سريريا، بما في ذلك الحزن، فقدان المتعة، الشعور بالذنب، تدني تقدير الذات، فقدان الطاقة، تغيرات النوم والشهية، والأفكار الانتحارية.

يطلب من المفحوص أن يقيم كل عرض وفق لما شعر به خلال الأسابيع الاثنتين السابقين من خلال اختيار واحد من أربعة بدائل مصنفة تصاعديا من حيث الشدة (0 إلى 3)، وتجمع الدرجات للحصول على درجة كلية تستخدم كمؤشر على شدة الاكتئاب، وقد اقترح بيك وزملاؤه تصنيفات معيارية لتفسير الدرجة الكلية (مذكورة في الجدول). يمتاز المقياس بخصائص سيكومترية قوية حيث أظهرت الدراسات على النسخة الثانية منه ثبات مرتفع (تراوح معامل كرونباخ ألفا بين 0.89 و 0.92)، وصدق بنائي مؤكد من خلال تحليل العوامل، فضلا عن قدرته التمييزية العالية في التفريق بين الأشخاص المكتئبين وغير المكتئبين. وتؤكد أبحاث التكيف الثقافي أن النسخ المترجمة من المقياس ومنها النسخة العربية، تظهر مستوى جيد من الثبات والصدق عند استخدامها في البيئات العربية و الجزائرية بشرط مراعاة الفروق اللغوية والثقافية.

في هذه الدراسة تم اعتماد مقياس بيك 2 كأداة معيارية لتقييم الحالة المزاجية للمراهقين قيد الدراسة إذ استخدم في مرحلة ما قبل العلاج لقياس الخط الأساسي لشدة الاكتئاب ثم أعيد تطبيقه بصفة دورية كل خمس جلسات، وفي نهاية البرنامج العلاجي، لقياس مدى فعالية العلاج بالمخططات المعرفية في التخفيف من الأعراض الاكتئابية. ساهم هذا المقياس إلى جانب أدوات أخرى في بناء صورة كمية دقيقة لتطور الحالتين السريريتين وتقييم التغيرات النفسية الناتجة عن التدخل العلاجي و سوف نقوم بعرض النتائج في ما يلي للحالتين.

**معايير تقدير الاكتئاب:** أما معايير تقدير القائمة فقد وضعها كل من "بيك" Beck و "ستير" Steer 1998 و قد حدد علامة 9 كحد أدنى للدلالة على وجود حالة اكتئابيه و الجدول التالي يوضح ذلك: مستويات الاكتئاب باستخدام مقياس بيك: (بوسنة زهير عبد الوافي، 2018، ص198-199)

مدى درجة الاكتئاب	مدلول الدرجات
10-1	تقلبات صعود و نزول في المزاج و تعتبر طبيعية
16-11	اضطراب مزاجي خفيف
20-17	اكتئاب حدي
30-21	اكتئاب متوسط
40-31	اكتئاب شديد
أكثر من 40	اكتئاب شديد جدا يتطلب تدخل نفسي و طبي

جدول رقم (06) يوضح مستويات الاكتئاب

#### 4-4- استبيان المخططات غير التكيفية المبكرة YSQ – Young Schema Questionnaire - Jeffrey :

استبيان المخططات غير التكيفية المبكرة YSQ لجيفري يونغ هو أداة تقييم نفسية تم تطويرها ضمن إطار العلاج بالمخططات Schema Therapy ويستخدم لتحديد وتقييم المخططات غير التكيفية المبكرة Early Maladaptive Schemas لدى الأفراد، المخططات هي أنماط معرفية وعاطفية عميقة ومستمرة تتشكل في الطفولة المبكرة نتيجة التجارب المؤلمة أو الإشباع غير الكافي للاحتياجات النفسية الأساسية وتؤثر في كيفية تفسير الفرد لذاته والعالم والآخرين.

#### وصف المقياس :

يتكون هذا الاستبيان من مجموعة من البنود قد تختلف حسب النسخة المختارة:

-النسخة الاصلية تحتوي على 18 مخطط و 232 بند

-النسخة الثانية تحتوي على 205 بند تم جمعها في 16 مخطط

-النسخة المختصرة و هي المستخدمة في هذه الدراسة تحتوي على 75 بند اي 15 مخطط كل مخطط يحتوي على 5 بنود الاكثر تمثيلا للمخطط و هي النسخة الاكثر استعمالا نظرا لسهولة تطبيقها.

كل عبارة من عبارات المقياس تحتوي على ستة اختيارات متدرجة ( من لا تنطبق تماما الى تنطبق تماما) اعطيت هذه الاجابات الدرجات (1,2,3,4,5,6) تأخذ الاجابة لا تنطبق الدرجة (1) و الإجابة لا تنطبق غالبا (2)، و الإجابة لا تنطبق تقريبا الدرجة (3) و الإجابة معتدل الدرجة (4) و الإجابة تنطبق غالبا الدرجة (5) و الإجابة تنطبق تماما الدرجة (6).

يطلب من المفحوص تقييم مدى انطباق كل عبارة على نفسه، يتميز YSQ بدقته العالية وموثوقيته في التشخيص السريري، ويستخدم على نطاق واسع في الممارسة العلاجية والبحث العلمي للكشف عن الأنماط الذهنية السلبية العميقة التي قد تسهم في اضطرابات المعقدة كالاكتئاب و اضطرابات الشخصية الفلق والمشكلات العلائقية و توجيه العمل العلاجي حسب المخططات السائدة، كما يعد الاستبيان أداة أساسية في صياغة الحالة ضمن العلاج بالمخططات حيث يساعد المعالج والمريض معا في فهم الجذور النفسية العميقة للمشكلات السلوكية والانفعالية الحالية.

#### 4-5- مقياس بيك للأفكار الانتحارية BSSI Suicidal Ideation Scale:

مقياس بيك Beck للأفكار الانتحارية من الأدوات الإكلينيكية المقننة ذات الأساس السيكومتري الدقيق بهدف التقييم الكمي لشدة الأفكار الانتحارية لدى الأفراد، يتكون المقياس من 19 بندا مصممة لقياس مدى تكرار الأفكار الانتحارية، وتحديد خصائصها النوعية كالرغبة في الموت، فقدان الأمل، النية الانتحارية، إعداد خطة وتصورات الفرد حول العوائق التي تحول دون تنفيذ الفعل الانتحاري. تقدر الاستجابات على مقياس ترتيبي من ثلاث درجات (0-2) بحيث تعكس الدرجة الكلية ارتفاع في مستوى الخطورة الانتحارية.

يمتاز المقياس بخصائص سيكومترية قوية بحيث أظهرت الدراسات معاملات ثبات وصدق مرتفعة، مما يجعله أداة موثوقة لتقييم التفكير الانتحاري في السياقات السريرية والبحثية على حد سواء، لاسيما لدى الفئات المصابة باضطرابات اكتئابية شديدة. كما يعتبر المقياس حساسا للتغيرات العلاجية مما يسمح باستخدامه كأداة لتقييم فعالية التدخلات النفسية الموجهة نحو تقليل النزعة الانتحارية لدى المنتحرين ويستخدم على نطاق واسع في البحوث النفسية لرصد العلاقة بين المتغيرات المعرفية والانفعالية ومستوى التفكير الانتحاري ضمن أطر نظرية وتطبيقية متنوعة.

#### 4-6- الملاحظة العيادية (كأداة ضمنية)

الملاحظة العيادية المنتظمة Clinical Systematic Observation تعتبر من الأدوات الأساسية في التقييم النفسي الإكلينيكي حيث تعتمد على مراقبة السلوك الظاهر للفرد ضمن بيئة علاجية مضبوطة، بشكل هادف ومنظم باستخدام معايير محددة تتوافق مع أهداف الدراسة أو الجلسة العلاجية؛ وهي مختلفة عن الملاحظة العفوية أو غير الموجهة في كونها تتم ضمن إطار منهجي يراعي الخصائص النفسية والسلوكية والوجدانية للمفحوص ويتم توثيقها بدقة وتحليلها في ضوء النموذج النظري المعتمد.

تسمح الملاحظة العيادية المنتظمة بالكشف عن مؤشرات غير لفظية قد لا تظهر من خلال أدوات القياس التقليدية مثل تعابير الوجه، نبرة الصوت، الحركات الجسدية، نمط التفاعل مع المعالج، مظاهر الانسحاب أو المقاومة، وتغيرات المزاج والسلوك عبر الجلسات، كما تساعد على تتبع تطور الحالة وفهم ديناميات الدفاعات النفسية واستجابات الحالة للتدخل العلاجي.

### 5- تقديم الحالة الأولى و ملخص المقابلات :

مكان و مدة المقابلات :

تراوحت مدة كل مقابلة بالنسبة للحالة بين 30-45 دقيقة.

كان مكان إجراء المقابلات هو العيادة الخاصة للدكتورة جامع في ولاية سطيف.

المجال الزمني:

أنجزت الدراسة الميدانية ابتداء من 2024/03/01 إلى غاية 2024/11/03.

تقديم الحالة " ز " :

- الاسم: ز.
- السن: 19 سنة.
- الجنس: أنثى.
- المستوى الدراسي: اولى جامعي.
- عدد الإخوة: 05.
- الترتيب بين الإخوة: الخامسة من بين أربعة أخوات.
- المستوى الاقتصادي للعائلة: جيد.

- المستوى العلمي الثقافي: جيد.
- الأم طبيبة و الأب اشغال حرة و الحالة طالبة سنة أولى في تخصص هندسة معمارية بجامعة فرحات عباس الباز 1.

- السوابق العائلية:** يوجد افراد في عائلة الحالة يملك أو سبق له أصيب بأي نوع من اضطرابات المزاجية الاكتئاب (الام و الخالة) و لكن لا يوجد افراد حاولوا الانتحار من قبل.
- **السوابق الشخصية:** عانت الحالة مسبقا من الشره العصبي ابتداء من سن ال 17 سنة
- **السوابق الصحية:** لا تعاني الحالة من أية أمراض مزمنة.

### الملاحظة الإكلينيكية للحالة أثناء المقابلات:

أظهرت الحالة تجاوب كبير خلال المقابلات احيانا و احيانا اخرى لوحظ عليها شرود غير مفسر إجابات صريحة و لكن مع تقطع كلامي و فقدان حبل الافكار على بعض الأسئلة التي طرحت عليها، كلامها مشوش و غير منظم أحيانا الإجابات كانت تحمل شحنات عاطفية كبيرة مصاحبة مع بكاء أو فترات من الصمت و انقطاعات في الكلام؛ ما يدل على أن اعترافاتها تحمل معاش نفسي مؤلم كبير لدى المريضة مع فقدان لسلسة الأفكار عندها في فترة من الفترات أثناء المقابلات.

### 6- ملخص المقابلات للحالة 1 :

الولادة كانت قيسرية لأنه و حسب أقوال الحالة بسبب وزنها 4.3 كلغ، فطمت عن الرضاعة في سن جد مبكر 4 أشهر إثر التداعيات الصحية التي مرّت بها والدتها و الآلام التي عانت منها الأم، ما جعل عملية الرضاعة عملية شاقة و مؤلمة و غير مرغوب فيها بالنسبة للأم.

بسبب الظرف المهني للأم و جدول أعمالها المزدهم ترعرعت الحالة عند الجدة فكانت تحت مراقبتها طوال النهار و أخواتها ال 4 بعد المدرسة وحتى أحيانا في الليل عندما تملك أمها مناوبات ليلية حسب أقوال الحالة إنها و الجدة تملكان علاقة قوية جدا. أما الأم فبعد العودة إلى المنزل حوالي الساعة الخامسة مساء، كانت تطعمها بالقوة و دون رغبة من الحالة في غالبية الأحيان؛ دام هذا الأمر سنوات و حتى بعد التحاقها بمقاعد الدراسة (الروضة) و السنة الأولى ابتدائي، تقول الحالة رغم غياب الأم معظم الوقت إلا أنني كنت أحبها أيام طفولتي لأنها كانت تدلّني لأنني الأصغر من بين أخواتي 4 و لأنها

كانت تعوضني لغيابها بتلبية جميع ما أطلبه من ألعاب و أكل و حلويات. ...إلخ. هذا في الصغر لكن بعد هذه الفترة أُمي صارت امرأة أخرى أنا لا أعرفها و لا أطيقها.

الأب حسب الحالة حنون و عطوف عليها و على أخواتها 4 و لكنه يتصف بالصمت و الخضوع و السلبية خاصة للأم، مشغول كل الوقت فهو غائب عن البيت معظم الوقت كما هو الحال عند الأم ؛ لكنها تحبه وعلاقتها قوية معه (الأب) و لكن العلاقة بينه و بين أم الحالة متذبذبة تتميز بالصراعات و الشجارات دائمة خاصة في السنوات الأخيرة، مما أدى إلى طلاق والديها عندما بلغت 17 سنة ؛ تقول الحالة أنها لا تلوم أباهما على قرار الطلاق ( بالرغم من أنها تشتاق إليه كثيرا و تزوره في نهاية كل أسبوع تضيف الحالة أنها تشعر بالوحدة الشديدة من دونه ) فقرار زواج أبيها للمرة الثانية صدمها " أصبحت وحيدة جدا الآن بعد زواج أبي. و لكنها من جهة أخرى تتفهمه لأن أمها امرأة متسلطة تحب التحكم و السيطرة في الأمور و تدبير كل كبيرة و صغيرة حسب رأيها و رغبتها و عدم الاكتراث بما يظنه الآخرون خاصة لرأيها "أمي تكرهني" و "بسببها حاولت الانتحار".

لا أحب فترة الليل لأنني أستيقظ خلاله كثيرا من 4-5 مرات لا أستطيع النوم أكون جائعة جدا أكل بشراهة و في غضون نصف ساعة أكل ما تشتهي عيني في الثلجة شوكولاتة، مثلجات، جبن، زبدة... عند طلاق والدي انتقلت إلى المونة الأسبوعية أتناول تقريبا كل ما يقع عليه نظري خبز حلوى، بسكويت، بطاطا شيبس، قهوة، مكسرات، باستا جافة، زيت، طماطم معلبة يستمر هذا الوضع إلى أن أنتهي من كل شيء قابل للأكل و أشعر بعدها بتوعك و آلام على مستوى معدتي ثم أجبر نفسي على التقيؤ كل ما أكلته يكون الأمر مؤلما للغاية ؛ و لكنني ينبغي علي فعل ذلك لأنني أشعر بعدم الراحة و تأنيب الضمير لتناولي كل ذلك الطعام ؛ أنا أكره ذلك الشعور و اكره نفسي و اكره شكلي اريد الموت و لا اريد ان ارى نفسي بدينة حاولت انقاص وزني مرات عديدة و لكنني لم استطع. يا ليتني مت في تلك المرة انا لست نادمة ابدا على قرار الانتحار و اريد ان انتحر و سوف افعلها مرات عديدة لأنني فاقدة للسيطرة على نفسي، أشعر أنني بدينة و أن الطعام هو كل ما أستطيع التفكير به، الاكتئاب يسيطر على حياتي و لا أستطيع الخروج منه.

تقول الحالة انه في بعض الاحيان تستيقظ أُمي من النوم لتشرب الماء و عندما تراني بتلك الطريقة، توبخني و تتشاجر معي حتى أنها ضربتني في مرات عديدة، تقول لي كلاما قاسي جدا يشعرني بشعور أسوء مما أكون قد شعرت به في إحدى المرات قالت لي امي: انها تشعر بالعار لأنني ابنتها، أنني

أخرجها أمام صديقاتها والجيران ليس فقط بسبب وزني و لكنها تشعر بالحرج بسبب محاولاتي السابقة للانتحار اشعر انني خدشت صورتها الاجتماعية المثالية التي بنتها جاهدة و عملت عليها ماما تتمنى لو لم تتجبنني يوما كان هذا صادم بالنسبة إلي تقول أنني مختلفة عن بقية أخواتي و أنهم أنحف مني و أجمل مني و أنجح مني و اعقل مني هن ينفذن اوامرهما ؛ هذا الأمر أشبه ب تقليد عائلي لوالدتي لا يجب الخروج عنه (لقد كسرت تقليد العائلة) انا لا اطيق العيش بهذا الجسم الثقيل كرهت سماع التعليقات السلبية و لهذا حاولت انهاء حياتي لمساعدة نفسي و مساعدتهم على العيش من دوني فلا احد يحبني اصلا، تقول الحالة ان امها حاوت غلق المطبخ و خزانات الأكل لكي لا أستطيع أكل شيء، و لكنها لا تعلم أنني أخبئ الأكل في خزانتي و حتى في محفظتي كما انها لا تسمح لي بالبقاء وحيدة في غرفتي و لا حتى بإغلاق باب غرفتي ربما هي تخاف ان اقتل نفسي ( ضحك استهزائي)و لكن ليس لأنها تحبني بل لكي لا اسبب لها احراج امام الجيران تراقبني كثيرا و هذا الامر يزعجني للغاية لا توجد خصوصية لي ابدأ فانا تحت الانظار 24/ 24 ساعة.

سألتها ما تحب أن تفعله في حياتها قالت إنها لديها شغف للهندسة المعمارية و هي متفوقة في دراستها و حلمها أن تكون ناجحة في هذا المجال التي لم و لن تأخذ مباركة أمها عليها هذا ما يزيد إحباطها عندما سألتها عن صورة جسمها قالت أنها لا تحب النظر في المرآة و لكنها بالرغم من ذلك فهي تراقب شكلها باستمرار و لا تستطيع الأكل أمام الناس هذا ما أفقدها أصدقاءها و أصبحت وحيدة اكثر و اكثر، انتقادات أمها و مقارنتها لها بأخواتها " المثاليات " نعت الناس لها بالسمنة يشعرها بالحزن الشديد و يدخلها في حلقات شره كبيرة و بعدها افكار و سلوكيات انتحارية لقتل نفسها. حسب الحالة كانت تحب ممارسة الرياضة لكن التعليقات السلبية و سؤالها لماذا مازلت سمنة رغم أنها تمارس الرياضة كثيرا أنا أكره هذا السؤال حقا. ... في نفس الوقت لا يمكنني الإجابة عليه.

لهذا بحثت الحالة عن أساليب أخرى لإنقاص وزنها عن طريق حمية الماء و تناول حبوب لإنقاص الوزن عبر الإنترنت، تقول أنها في البداية الحبوب كانت جد فعالة و خسرت الكثير من الوزن مع استحداث الإقياء المتعمد في كل مرة لكن و مع مرور الوقت بدأت الأعراض السلبية للأدوية سقوط الشعر توقف الطمث، حرقة شديدة في المعدة ،جفاف في الجلد....الخ (هذا ما جعلني أبدو بشعة حقا) و لهذا اردت انهاء حياتي طلبت من امها اجراء عملية قص المعدة في تركيا و لكنها لم تصغي لطلبها " انها تحتقرني" تقول الحالة امي تكرهني و تريدني ان ابقى بهذا الوزن.

حتى أنها حاولت أن تأخذ إير مونجارو لإنقاص الوزن بسرعة و لكن عائلتها منعتها من ذلك نظرا للآثار الجانبية التي تترتب عنها.

### 7- تحليل المقابلات:

بعد تطبيق سلم بيك 2 لقياس الاكتئاب على الحالة اسفرت النتائج على :

رقم العبارة	الدرجة المحصلة	رقم العبارة	الدرجة المحصلة
1	02	12	03
2	03	13	03
3	02	14	03
4	02	15	03
5	03	16	03
6	02	17	01
7	03	18	03
8	03	19	03
9	02	20	03
10	03	21	02
11	02	/	/

جدول رقم (07) يوضح نتائج سلم بيك الثاني

### 8- التعليق على الجدول:

تظهر نتائج تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب على الحالة المدروسة حصولها على درجة 54 تشير إلى اكتئاب شديد وفق لتصنيف الدرجات المعتمد في المقياس، والذي يقسم شدة الاكتئاب إلى أربع مستويات: خفيف، متوسط، شديد، وشديد جدا.

تشير الدرجة المرتفعة التي حصلت عليها الحالة إلى معاناة واضحة من أعراض اكتئابية حادة كمشاعر الحزن العميق واليأس و انخفاض كبير في تقدير الذات، اضطرابات في النوم والشهية تراجع الدافعية والاهتمام بالأنشطة اليومية، أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار.

فكل هذه النتائج تتماشى مع ما تم رصده خلال المقابلات الإكلينيكية والملاحظة المباشرة حيث بدت الأعراض جلية في سلوك الحالة وكلامها ومزاجها العام، كما تعكس هذه الدرجة مستوى المعاناة النفسية الذي تعيشه الحالة مما يبهر حاجتها الملحة إلى تدخل علاجي نفسي متخصص.

### 9- التعليق على نتائج سلم بيك للتفكير الانتحاري :

اما بعد تطبيق سلم التفكير الانتحاري لبيك على الحالة :

أظهرت نتائج تطبيق مقياس بيك للتفكير الانتحاري BSS على الحالة مستوى مرتفع من الأفكار الانتحارية (انظر قائمة الملاحق) وهو ما يتوافق مع تاريخ الحالة التي سبق وأن قامت بمحاولات انتحارية سابقة، إلى جانب معاناتها من اكتئاب شديد جدا وفق نتائج مقياس BD2

عدد بنود المقياس الفعالة: 19 بند (من أصل 21، حيث يتم تفعيل البنود التالية فقط إذا أجاب الشخص بنعم على البندين الأول والثاني حسب جيفري يونغ). حصلت الحالة على درجة 27 من 38 وهي درجة مرتفعة جدا وتشير إلى وجود أفكار انتحارية نشطة وخطرة حيث أن الحالة لا تعاني فقط من أفكار انتحارية عابرة بل على نية صريحة، تخطيط، وانعدام الحواجز النفسية والاجتماعية التي قد تمنع التنفيذ. وبالنظر إلى تاريخ الحالة (محاولات سابقة، واكتئاب شديد جدا) فهناك خطر انتحاري مرتفع يتطلب تدخل عاجل.

التعليق على بعض البنود المهمة كما أجابت الحالة:

- البند 1 (الرغبة في الموت): "أتمنى الموت كثيرا"
- البند 3 (الرغبة في الانتحار): "أرغب في قتل نفسي وأخطط لذلك"
- البند 5 (طريقة الانتحار): "لدي خطة محددة لطريقة الانتحار"
- البند 11 (توقع الموت): "أتوقع أن أموت قريبا منتحرا"
- البند 14 (التحدث عن الانتحار): "لا أشارك أحدا بما أفكر فيه"

- البند 19 (الدافع الأساسي): "لإنهاء الألم الداخلي"

تطبيق استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لجيفري يونغ على الحالة:

أفادت الحالة بتعرضها خلال الطفولة إلى إهمال عاطفي شديد من الوالدين وانفصال عائلي طلاق في سن حساسة 17 سنة إضافة إلى تتمر متكرر داخل الأسرة و خارجها، تقتصر الحالة إلى الدعم الاجتماعي وتعاني من تدني احترام الذات والشعور بعدم الأمان والرفض ذكرت أنها حاولت الانتحار مرتين خلال العام الماضي.

تم تطبيق النسخة المختصرة من YSQ-S3 وتتكون من 75 بندا تقيس 18 مخطط معرفي عبر خمسة مجالات (انظر النتائج في الملاحق) على الحالة (قبل الشروع في العلاج بالمخططات)

المخططات الأعلى تسجيلا لدى الحالة كانت:

المجال	اسم المخطط	الدرجة	التفسير
الانفصال و الرفض	الحرمان العاطفي	28	تشعر الحالة بان حاجتها العاطفية العميقة غير ملباة فتشعر بفراغ عاطفي مستمر
الانفصال و الرفض	النبد الاجتماعي / الانعزال	26	تشعر بانها مختلفة عن الآخرين و لا تنتمي الى محيطها و اسرتها خاصة (تشعر بانها منبوذة)
ضعف الاستقلالية	العجز / الاعتمادية	24	تشعر بانها غير قادة على السيطرة على

نفسها و تحمل مسؤوليتها بنفسها			
صعوبة في السيطرة على الانفعالات اندفاعية	21	الذات غير المنضبطة	ضعف الحدود
تميل الى ارضاء الآخرين على حساب حاجتها الخاصة	20	الخضوع	التوجه نحو الاخر

جدول رقم (08) يمثل المخططات الأعلى تسجيلاً لدى الحالة 1

يظهر أن الحالة تبنت تصورات راسخة بأنها غير محبوبة و مرفوضة و غير قادرة على التحكم في حياتها و في جسمها يظهر هذا الامر في نوع المخططات السائدة و التي تعمل كفلتر معرفي سلبي يعزز من أعراض الاكتئاب يسهم في بناء أفكار العجز واليأس و يدخل الافكار الانتحارية للتخلص من الالم النفسي الذي تعيشه.

يعد مخطط **الحرمان العاطفي** مؤشر على شعور مزمن لدى الحالة بأن حاجاتها الأساسية من الحنان، التفاهم، والدعم العاطفي لم تلب في طفولتها، ما ينتج إحساس داخلي بالفراغ واليأس، وهو أحد المحركات الرئيسية للأفكار الانتحارية و هذا ما يفسر طلب الحالة المستمر لعطف والديتها و اشتياقها لابيها دائما بسبب عدم اشباع هذا الحرمان منذ الطفولة

أما مخطط **النبد الاجتماعي** فيعكس اعتقاد راسخ بعدم الانتماء أو الاختلاف السلبي عن الآخرين ما يخلق عزلة نفسية تعمق من الأعراض الاكتئابية وتقلل من فرص طلب المساعدة فهي دائما تحس انها مكروهة من قبل والدتها و مهملة من طرف والدها خصوصا بعد زواجه الثاني و كذا كون الحالة لا تملك اصدقاء و لا نشاطات اجتماعية تمكنها من تكوين صداقات و علاقات عامة.

يشير مخطط **العجز/الاعتمادية** إلى افتقار الحالة للثقة بقدراتها على مواجهة التحديات مما يعزز مشاعر الضعف وانعدام الحيلة ويزيد من احتمالية الانهيار في المواقف الضاغطة فهي جلما تشعر بانها غير

قادرة على السيطرة على حياتها ووزنها مما يدخلها في حلقة اكتئاب مفرغة و يزيد من ظهور الافكار الانتحارية.

**مخطط الخضوع** فيرتبط بتكرار تهميش الذات وتقديم رغبات الآخرين على حساب الحاجات الشخصية ما يولد حالة من القهر الداخلي والغضب المكبوت وهي عوامل تزيد من حدة الاكتئاب فالحلة هنا تريد خفض الوزن بطرق غير صحية ليس من اجل الحصول على لياقة أفضل بل الى الوصول الى ارضاء المحيطين من الاسرة و الاقارب و خاصة الأم بشكل غير واعى. إن تضافر هذه المخططات يسهم في تكوين بنية معرفية سلبية متكرسة تدعم مشاعر انعدام القيمة واليأس وتعد أرضية معرفية خصبة لتكرار الأفكار أو السلوكيات الانتحارية مما يستدعي تدخل علاجي متخصص يركز على تعديل هذه المخططات من الجذور و العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ هو أفضل أداة علاجية لذلك.

#### 10- أنماط المخططات لدى الحالة:

##### -الطفل الحساس **vulnerable child**:

و هو الطفل سريع التأثر بالنقد قابل للجرح يشعر بالوحدة و العزلة و الحزن يفتقد الشعور بتفهم الآخرين له، و يشعر انه لا يحصل على الدعم و المساندة و لديه العور بالنقص و عدم الكفاءة لا يثق بنفسه و يشعر دائما بالاحتياج و يشعر بانه الضحية، مرهق، ومهمل.

##### -الطفل الغاضب **Angry child** :

و هو طفل غاضب و حاد، ساخط و متحدي، قليل الاحتمال و الصبر و ذلك لعدم اشباع حاجاته العاطفية و البدنية.

##### -الطفل المندفع/الهمجي **impulsi /undisciplined child**:

يتحرك او يفعل دون هدف او رغبة محددة و بطريقة انانية فهو محب لشهواته و دون اي ضوابط او تحكم في نفسه من اجل الوصل الى رغباته ( عدم قدرتها على السيطرة عن رغبتها في الاكل )

##### -الخضوع او الاستسلام **Surrender**:

و يعني بان يغلق الفرد على نفسه داخل مخططاته و يظل في استعادتها بطريقة تكرارية، و بالتالي يدور في حلقة مع تلك الافكار و لا يستطيع التخلص منها و النمط الاساسي لهذا الاسلوب في المواجهة هو الاستسلام للآخر و البحث و التبعية و الانقياد و الطاعة و تجنب الصراعات و البحث المفرط عن رضا الآخرين و هذا ما نجده عند الحالة هو محاولة ارضاء المحيطين من حولها بانها جميلة و تستحق التقدير.

#### -التجنب Avoidance:

و يعنى بها ان الفرد يجد لنفسه طريقا للهروب من مخططاته او الاغلاق عليها و الهروب من مشاعر الالم التي تسببها له تلك الافكار التي تنطوي عليها EMS

#### -التعويض الزائد over compensation:

و يعني بها لجوء الفرد الى ما هو معاكس تماما الى ما تدفعه مخططاته للتفكير به.

#### -الوالد المعاقب (التاديبى) Punitive parent:

هذا النمط من الآباء يحاولون دائما اشعار ابنائهم انهم يستحقون العقاب و اللوم و يركزون دائما على تأكيد هذه المشاعر من خلال التوبيخ الدائم و العقاب الذي يأخذ طابع الايذاء البدني في كثير من الاحيان و التعسف في اعطاء الاوامر و هذا النمط يشير الى اسلوب فرض القوة و الرغبة في ابداء الطاعة التامة من الابناء دون تردد في تطبيق اي التزامات. و هذا ما نلاحظه في النمط المعيشي للحالة فأمرها متسلطة انتقادية و احيانا تضربها عند عدم اطاعة الأوامر.

#### -الوالد اللحوح او الناقد demending or critical parent:

هذا النمط يحاول التأكيد على ان الصواب فقط هو الوصول الى اعلى درجات النجاح و الدقة و ليس مجرد النجاح و انه يريد نجاح ابنه لنفسه اولا و تعزيزا لذاته هو لا لابنه. فهو يرى انه ناضل و جاهد و على الابن بكل تأكيد ان يواصل مسيرة حياة والده و في نفس اتجاهه دون اختيار، يحاول هذا الوالد ان يكون كل شي دائما في قبضته و تحت سيطرته، و يجبر ابنائه ان يضعوا احتياجاته فوق احتياجاتهم و لو كان ذلك على سبيل سعادتهم. فنجد مثلا ان ام الحالة تنتقد التخصص الذي اختارته الحالة لتكمل دراستها في الجامعة رغم انه تخصص مرموق و (صعب الهندسة المعمارية) تقول الحالة ان الام لطالما

أرادتها ان تكون طبيعية و تدخل تخصص الطب رغم عدم وجود ميولات له من طرف الحالة فهي لا تهتم لما تحب و تكره، بل دائما تحاول فرض سيطرتها و افكارها على ابنائها دون التفكير في عواقب ذلك على ثقتهم بأنفسهم و مستقبلهم فمن غير المعقول ان تدخل تخصص جامعي ليس لها اي رغبة فيه فقط لإرضاء غرور الام و تلميع الصورة الاجتماعية لها و المحافظة على ارث العائلة.

#### نمط الراشدين الاصحاء **healthy adult mode** :

اثناء عملية التنشئة و تربية الابناء فان ابعاد الطفل عن مشاعر الاحباط و الفشل في اشباع حاجاته العاطفية الاساسية و اعطائه الاحقية في تأكيد ذاته و اشعاره بالحب و التقبل و الاهتمام و لكن ليس التذليل و التفريط عن طريق وضع الحدود الصحية للإشباع و معايير السلوك، فيبتعد الطفل عن نمط الطفل الغاضب المتحدي المندفع، و بذلك نسير نحو النمو الصحي للبناء النفسي للأطفال فيصبح هذا الفرد ناجحا في نهاية المطاف في مقاومة استراتيجيات المواجهة اللاتكيفية بل يستطيع استبدالها بأخرى تكيفية و يصبح اكثر صمودا امام الاساليب الوالدية اللاتكيفية و يواجهها بأساليب تكيفية.

#### بعد تطبيق سلم قلق المظهر **Appearance Anxiety Scale – AAS** :

تحصلنا على النتائج التالية :

بما ان الحالة تعاني من اضطراب الشره العصبي فكان لا بد تطبيق سلم قلق المظهر عليها و ذلك لمعرفة تأثير قلق المظهر بظهور الاعراض الاكتئابية لديها و دفعها الى السلوكيات الانتحارية.

الدرجة الكلية المتحصلة عليها الحالة هي: 62 / 70 تشير إلى قلق مفرط جدا تجاه المظهر الخارجي يمثل عامل خطر رئيسي في تطور السلوكيات الانتحارية واضطراب الأكل والاكتئاب. (انظر قائمة الملاحق)

تظهر هذه النتائج أن الحالة تنظر إلى ذاتها نظرة دونية قاسية و تبني صورتها الذاتية على مفهوم مثالي للجسد وقبول الآخرين خاصة مما ينتج شعور دائم بالرفض والعار و الاحباط، تتكرر أفكار مثل: "أنا بشعة"، "لن يحبني أحد"، "أنا عديمة القيمة" وهي أفكار تلعب دور في تطور كل من الاكتئاب والشره العصبي.

بعد نوبات الأكل القهري تعاني الحالة من انفجار في التقييم السلبي لذاتها مما يضاعف مشاعر العار والذنب، وقد يقود مباشرة إلى سلوكيات إيذاء الذات أو محاولات انتحارية، كما تعتقد أن الآخرين يراقبون مظهرها ويصدرون أحكام قاسية عنها مما يجعلها تتجنب المواقف الاجتماعية وتغرق في العزلة والانطواء و هذا ما يعزز بقاءها داخل دوامة الاكتئاب و يزيد من الافكار الانتحارية.

**تقييم الحالة الجسمية للحالة:** لتقييم الحالة الجسمية للحالة يجب علينا حساب مؤشر كتلة الجسم

قلق الجسم Body Image Anxiety يعتبر أحد العوامل النفسية الجوهرية التي تساهم في نشوء اضطرابات المزاج والسلوك عند المراهقين، وخاصة الفتيات. ويقصد به الانشغال المفرط بالمظهر الخارجي والخوف من تقييم الآخرين للجسد بصورة سلبية، هذا القلق لا يقتصر على جوانب شكلية، بل يرتبط ارتباطا مباشرا بتقدير الذات، والشعور بالكفاءة، والانتماء الاجتماعي.

تشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين قلق الجسم والاكتئاب إذ يميل المراهقون الذين يعانون من قلق مفرط بشأن مظهرهم إلى تبني نظرة سلبية قاسية تجاه الذات وتقييم ذاتي مشروط بالمظهر، ما يهيئ الأرضية المعرفية لـ المثلث المعرفي السلبي لبيك (الذات، العالم، المستقبل).

علاوة على ذلك فإن استمرار قلق الجسم يؤدي إلى شعور مزمن بالعار والنقص مما يعزز مشاعر الانعزال والرفض الاجتماعي وهي عوامل تزيد من احتمالية ظهور التفكير الانتحاري بل وقد تؤدي إلى سلوكيات انتحارية فعلية خاصة عندما يكون هذا القلق مرتبطا بسلوكيات تعويضية قهرية مثل التقبؤ، التجويع، أو إيذاء الجسد.

يحدد الوزن المثالي طبييا عبر ما يسمى بـ "مؤشر كتلة الجسم" Body Mass Index ويعرف اختصارا BMI هذا المؤشر هو عبارة عن رقم ينتج من عملية حسابية هي حاصل قسمة الوزن بالكيلوغرامات على مربع الطول بالمتر.

و يتراوح المؤشر المثالي لكتلة الجسم ما بين 18.5 و 29.9 أي أنه إذا المؤشر أقل من الطبيعي أما إذا كان المؤشر أقل من 18.5 فإن المصابة هنا تعاني من وزن أقل من الطبيعي؛ أما إذا كان مؤشر كتلة الجسم أكبر من 29.9 فهذا يعني أن المصابة تعاني من وزن زائد Overweight. و في حال

وصل المؤشر إلى 30 فما فوق فهذا يدل على أن الشخص قد دخل في منطقة البدانة. Obesity Area. (Helena Wilkinson,2001, p.21)

و يقسم العلماء البدانة إلى:

- 1- بدانة معتادة (عادية) يكون المؤشر ما بين 30 و 35.
- 2-بدانة شديدة يكون المؤشر ما بين 35 و 40.
- 3-بدانة مرضية يكون المؤشر ما بين 40 و 50.
- 4-بدانة فائقة يكون المؤشر أكثر من 50.

مثال: مؤشر كتلة الجسم لشخص طوله 1.80 ووزنه 74.5 كلغ هو تقريبا 23 أي يمكن تصنيفه ضمن حدود الوزن المثالي. ويحسب كما يلي:

$$\text{مؤشر كتلة الجسم (BMI)} = 74.5 \div (1.80)^2$$

$$23 = 3.24 \div 74.5 =$$

الوزن بالنسبة إلى شخص طوله 180 سم Weight	مؤشر كتلة الجسم (BMI)	الفئة Category
أقل من 53 كلغ	أقل من 16.5	انخفاض شديد في الوزن
53-60 كلغ	16.5 - 18.5	انخفاض في الوزن
60-80 كلغ	18.5-24.9	وزن طبيعي
80-97 كلغ	25-29.9	وزن زائد
97-113 كلغ	30-34.9	بدانة 1
113-130 كلغ	35-39.9	بدانة 2
أكثر من 130 كلغ	أكثر من 40	بدانة 3

جدول (09): مؤشر كتلة الجسم لشخص يبلغ 1.8 م

فبعد حساب مؤشر كتلة الجسم للحالة تبين انها تعاني من بدانة من نوع 1 و يتطلب هذا الامر علاج سلوكي معرفي لضبط السلوكيات الغذائية و تنظيم الانفعالات التي تفجر حلقات الاكل المفرطة و التي

بدورها تسبب مشاعر الذنب و القلق للحالة و مع تراكم هذه المشاعر السلبية تدخل الحالة مباشرة في افكار و سلوكيات انتحارية لإيذاء الذات.

### 11- خطة العلاج:

تم تقسيم خطة العلاج الكلية للحالة باستخدام علاج مخططات التفكير ST لجيفري يونغ في اربع مراحل كل مرحلة تحتوي على مجموعة من الجلسات و الخطوات التي يتم السير بها في خطة العلاجية الحالية حيث تم فيها اتباع الخطوات و المراحل العلاجية كما حددها جيفري يونغ في نظريته بالضبط و فيما يلي ملخص لمرحل الخطة العلاجية و جلساتها :

#### المرحلة الاولى: (مرحلة التشخيص و الايضاح: الجلسات من 1-5)

تشكيل ارتباط عاطفي آمن هذا الارتباط هو السند الاساسي للعلاج و بناء الثقة و تشجيع الحالة للإفصاح عن الذات. و قد تم في هذه المرحلة اعادة صياغة مشكلات الحالة في اطار عملية العلاج ST و ذلك من خلال :

- مساعدة المعالج للحالة على تحديد طفولتها، والديها و علاقتها بهم، مرحلة مراهقتها و كيف تمر بها، و تحديد استراتيجيتها و طرقها في مواجهة الضغوط اليومية التي تتعرض لها
- مناقشة ما تعنيه المخططات اللاتكيفية المبكرة و ما تتضمنه من افكار و معتقدات راسخة لدى الحالة و كيف اثرت في وقتنا الحالي.
- مناقشة المعالج مع الحالة الانماط الرئيسة الاربعة في نظرية يونغ shemas modes و يحدد المعالج للحالة من خلال نتائج التطبيق اي الانماط التي تنتمي اليها الحالة و تحديد coping mode , maladaptive parent mode , healthy adult mode و تم شرح الشخصية الخاصة بكل نمط لدى الحالة و يطلب منها التعليق عليه و نقده بشكل موضوعي.
- تشجيع الحالة على شرح اسلوبها في التفكير في السلوك و الدوافع في كل نمط من الانماط الاربعة التي تم تحديدها كما هو موضح في الفقرة السابقة و هذا بهدف توعية الحالة و زيادة ادراكها و استبصارها بطريقة تفكيرها و مشاعرها و لماذا هي هكذا و ما الذي يدفعها لذلك.
- تم في هذه المرحلة تفعيل فنيات العلاج الجشطالتي مثل الآن و كيف و المشاركة في الاحاسيس الداخلية و تحمل المسؤولية و هذا بهدف الحصول على الوعي المباشر الحالي لخبرة الحالة

الذاتية و التركيز على ما يجري فعلا بهدف الوصول الى قناعة الحالة بأهمية التغيير و مسؤوليتها المباشرة عن الاخذ بوسائل هذا التغيير و الوصول له.

#### الجلسة السادسة:

طلبنا من الحالة ان تستحضر بعد دخولها في حالة هدوء و استرخاء ذكريات و احداث الطفولة التي لازالت اعتبرها مصدرا للألم و المعاناة النفسية و ان تصف تلك الاحداث بتفاصيلها و بكل دقة من كان في هذا الموقف؟ كيف واجهت ما حدث؟ و يجب الاشارة ان الحالة يجب ان تتذكر جميع التفاصيل بمثيراتها من اصوات و روائح و ادواق و احساس جسدية. ...

#### الجلسة السابعة:

- نقوم فيها بربط الحدث المؤلم الذي تحدثت عنه الحالة في الجلسة السابقة بالأنماط الاربعة التي تم تحديدها في المرحلة الاولى من الخطة العلاجية.
- يطلب من المفحوصة ان تقيم حورا بين الانماط الاربعة باستخدام فنية الكرسي الخالي (السابق شرحه في الفصل الاول) فعندما تضع الحالة نفسها في كل منط تدرك هنا كيف تفكر و كيف تتصرف و بماذا تشعر و هنا يتم ادخال نمط الراشد الصحي الى مخيلته المفحوصة.
- تشجيع الحالة على تخيل نفسها في الوضع الصحي و اعادة الحدث المؤلم لها في هذا الوضع و كيف تستطيع ان تهزم الازواج اللاتكيفية الاخرى للطفل و الوالدين و كيف ستكون النتائج لو استخدمت اساليب تكيفية لهذا الحدث بدلا من الهروب منه.

#### الجلسة الثامنة:

- في هذه الجلسة تم تطبيق تكنيك التخيل مرة اخرى لتذكر احداث و مواقف جديدة تتخيلها و تستحضرها الحالة و نعيد الكرة مرة اخرى
- ثم تم تطوير و كتابة بطاقات الفلاش و تحتوي هذه البطاقات عبارات مماثلة للعبارات التي كانت توجه للمفحوصة من قبل الوالدين اثناء مرحلة الطفولة و التي مازالت تمثل بالنسبة لها خبرة تستشعرها و يطلب من الحالة ان تقرأ تلك البطاقات في الفترات الفاصلة بين الجلسات و هذا بهدف المواجهة و التطبيع التدريجي للحالة و ذلك من اجل تطوير وضع الراشد الصحي

الجلسات التاسعة العاشرة و الحادية عشر:

- في هذه الجلسات تم التركيز على الفهم الجيد و التحليل المنطقي لكل ما تعاني منه الحالة من مشكلات حالية و علاقة بالمخططات اللامتكيفة و انماطها لدى الحالة اي يتم هنا التركيز على شرح ما جاء في فرضيات العمل من صياغة الحالة و مناقشة الحالة و هنا تصبح المفحوصة اكثر ادراكا ووعيا بذكريات طفولتها و عواطفها و احساسها الجسدية و احلامها المزعجة و ربط كل هذا بأسلوب الحالة في مواجهة تلك الاحداث و كيف تبقى تلك الأساليب اللاتكيفية للمواجهة على مخططات الحالة.
- عندما تصل الحالة الى فهم و إدراك جيد لمشكلاتها و اسبابها و دوافعها ننقل الى تشجيعها على التفاعل الايجابي مع ذاتها و نحو العلاج.

الجلسة الثانية عشر و الثالثة عشر:

- في هذه الجلستين تم التركيز على نمط الوالدين غير الصحي
- ثم تم مواجهة نمط الوالدين اللاتكيفي من خلال الحوار و مساعدة الحالة على غرس مشاعر أكثر امانا و انها يمكن ان تحصل على مشاعر الحماية و التعاطف و الاهتمام من خلال التركيز معها على الصور الايجابية في علاقتها مع الآخرين بما فيهم العلاقة العلاجية لمساعدتها على الخروج من مشاعر الاهمال و التجاهل الى مشاعر الدفء و التعاطف.
- تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي منها التدريب على السلوك التوكيدي لتصبح الحالة أكثر جراءة و قوة في مواجهة المواقف و أكثر تأكيدا لذاتها و التدريب على حل المشكلات و اتخاذ القرارات بهدف مساعدة المفحوصة على مواجهة مواقفها السابقة و الحالية و معايشة وضع الراشد الصحي و اضعاف الانماط اللاتكيفية لديها.
- تم كتابة ما يعرف بيوميات المخططات Shemas dairy و هي قائمة ملاحظة تستخدمها الحالة بين الجلسات لملاحظة سلوكياتها و انفعالاتها و طرق تفكيرها و الحياة اليومية و تحاول ان تطبق تدريبات لتوكيد الذات و حل المشكلات و اتخاذ القرارات و تسجل كل هذا في يوميات المخطط بهدف اضعاف المخططات اللاتكيفية و تعويضها بأخرى تكيفية، و يستمر استخدام البطاقات للملاحظة الى نهاية العلاج.

الجلسة الرابعة عشرة:

تم البدا في هذه الجلسة اتخاذ المزيد من الصور الذهنية من خلال تكنيك التخيل , و تقنية الكرسي الفارغ بهدف اضعاف دفاعات الحالة و دفعها نحو التصدي و الكفاح ضد المخططات اللاتكيفية و يتم ذلك بتدعيم وضع الراشد الصحي و تدعيم شعور المفحوصة بانها اقوى الان و اكثر شجاعة فهي لم تعد الطفل الضعيف المضطهد كما في السابق و نشجعها على ان تعكس كل ما تعلمته خارج اطار الجلسات و تمارس وضعها الجديد في علاقاتها بالأخرين و ان تسجل هذا كله في قائمة الملاحظة الخاصة بالمخطط.

الجلسة الخامسة عشرة و السادسة عشرة:

- تم تعزيز ممارسات الحالة خارج إطار الجلسات العلاجية من خلال تدعيم المعالج لها و متابعتها اليومية و مناقشة مشاعرها الحالية وما تشعر به من تغير و تفسير التغيير الذي تستشعره في محاولة لإعادة البناء الادراكي لديها، و تعزيز ثقتها في نفسها من خلال قدرتها الفعلية على التغيير و تخلصها من الكثير مما كانت تعاني منه من مشكلات الاكل و الاكتئاب و الافكار الانتحارية.

الجلسة السابعة عشر و الثامنة عشرة و التاسعة عشرة:

- في هذه الجلسات عادت الحالة شعرت الحالة بانتكاسه خفيفة حيث عادة الانماط الى الهجوم بهدف الحفاظ على نفسها فتشاجرت الحالة مع امها مرة اخرى و دخلت في نوبة شره بعدها حسرت بمشاعر الذنب لأنها كانت تتبع نظام غذائي صارم و كانت تمارس على الرياضة و فكرت بإيذاء نفسها، فشعرت انها مازلت ضعيفة و غير قادرة على الصمود.

- هنا حولنا تدارك الوضع و استخدام تقنية التخيل و الكرسي الفارغ و تدعيم شعورها بالأمن و شرح لها كيف ان هذا الوضع طبيعي بحيث تحاول المخططات اعاققتها بشكل لاشعوري حتى تشعر الحالة بأنها أكثر امانا وثقة و كان هذا التمرين على مدار الجلسات الثلاثة لمنع الانتكاسة مرة اخرى.

المرحلة الثالثة (مرحلة تطوير الضبط الذاتي و الاستقلالية - الجلسات من 20 الى 22)

- تم في هذه المرحلة تطوير نمط الراشد الصحي أكثر وأكثر و تعزيزه لدى الحالة من خلال اعادة المواقف الوالدية limited reparenting و يتم هذا من خلال استخدام فنية لعب الادوار و التمثيل في عملية التخيل، حيث يطلب من الحالة ان تتقمص الانماط الاربعة و تتخيل نفسها في كل نمط.
- طلبنا من الحالة ان تضع نمط الراشد الصحي محل التنفيذ في مواقف حياتها اليومية.
- تشجيع الحالة على تكوين علاقات أكثر صحية مع الوالدين و الاخوة و الاقارب فالترديد تبدأ الحالة الخروج من عزلتها و تتجه نحو التفاعل مع اسرتها و الخروج معهم في زيارات عائلية.
- مساعدتها على كسر الانماط السلوكية اللاتكيفية و زيادة تحكمها و ضبط لذاتها و كسر مشاعر انهزام الذات لديها.
- مساعدة الحالة على تنظيم انفعالاتها و و مشاعرها و حالتها المزاجية بشكل مستمر من خلال المتابعة و مناقشة كل التفاصيل.

#### المرحلة الرابعة و الاخيرة في علاج يونغ (مرحلة انهاء الخطة العلاجية - الجلسات 27-28):

تعد المرحلة النهائية في الخطة العلاجية، و انهاء عملية الشفاء و اخذ تقرير من الحالة انها فعلا تشعر بالتغيير و ان الانماط و الافكار اللاتكيفية قد انتهت من حياتها نهائيا او انها اصبحت ضعيفة جدا و لا تؤثر في حياتها و فيها يتم:

- تطبيق ادوات الدراسة مرة اخرى للوقوف على تقديرات نتائج مقننة بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي
- الاتفاق مع الحالة على المتابعة من خلال المكالمات الهاتفية حتى يظل الارتباط الانساني بالحالة و الحفاظ على التغييرات و تعميقها و عدم مفاجئتها بانتهاء العلاج و كذا العلاقة العلاجية و الاتفاق على اعادة تطبيق ادوات الدراسة بعد انتهاء مدة التتبع التي تم تحديدها ب ستة أشهر.
- أظهرت نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب للمرة الثانية انخفاض ملحوظ في درجة المشاعر الاكتئابية بعد خضوع المراهق لجلسات العلاج بالمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة Schema Therapy هذا الانخفاض يعزى إلى التغييرات العميقة التي أحدثها العلاج في البنية المعرفية والانفعالية للحالة. ففي بداية التدخل كشفت المقاييس عن وجود مخططات سلبية بارزة كالحرمان

العاطفي، العيب/العار، الفشل، التعلق غير الآمن، والاعتمادية المفرطة وهي مخططات تشكل جوهر التصورات الذاتية السلبية التي تغذي الحلقة الاكتئابية والميول الانتحارية.

من خلال العمل على هذه المخططات في سياق علاجي آمن وداعم تمكنت الحالة من:

- الوعي بجذور مشاعرها الاكتئابية المرتبطة بالتجارب المبكرة (مثل الإهمال أو الرفض)
- فهم العلاقة بين هذه المخططات وسلوكياتها الانسحابية والانتحارية
- إعادة بناء التصورات الذاتية عبر تقنيات إعادة البناء المعرفي والتجارب التخيلية الموجهة.
- اكتساب استراتيجيات تنظيم انفعالي بديلة مما خفف من الشعور بالعجز واليأس الذي كان يقودها إلى التفكير في الانتحار.

أظهرت نتائج تطبيق مقياس بيك للتفكير الانتحاري BSSI انخفاض ملموس في حدة وتكرار الأفكار الانتحارية بعد تدخل علاجي قائم على العلاج بالمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وهو ما يعكس فعالية هذا النموذج العلاجي في تفكيك البنى المعرفية والانفعالية العميقة التي تدعم الميل إلى الانتحار، حيث انه في بداية العلاج كشفت التقييمات النفسية أن الحالة تعاني من مخططات معرفية مبكرة لاتكيفية نشطة نذكر منها :

- الحرمان العاطفي (الشعور بعدم استحقاق الحب والدعم)
- العيب/العار (الاعتقاد بكونه معيبا أو غير جدير بالحياة)
- النبذ الاجتماعي (الشعور بالرفض والانفصال عن الآخرين)
- الفشل (الشعور بالعجز وانعدام القيمة)

هذه المخططات شكلت البنية التحتية للتفكير الانتحاري حيث كان المفحوصة ترى في الانتحار خلاص من الألم النفسي من كونها منبوذة في عائلتها والعار الذاتي من صورة الجسم وكرد فعل على إدراك ذاتي مشوه وعلاقات غير آمنة.

## 12- الحالة الثانية:

- رمز الحالة: (ر.م)

- العمر: 18 سنة

- الجنس: أنثى

- المرحلة الدراسية: السنة الثالثة ثانوي (شهادة بكالوريا)

- الوضع العائلي: تعيش مع والديها وأختها الصغرى (14 سنة)

- السكن: حي شعبي

- الوضع الاقتصادي: متوسط

التاريخ الأسري والنفسي للحالة :

ولدت (ر.م) في أسرة محافظة والدها موظف ووالدتها معلمة في المدرسة الابتدائية في ظاهر الأمر يبدو ان الحالة تعيش في بيئة مستقرة لكن المقابلات الإكلينيكية التي قمنا بها معها كشفت عن نمط تربية قائم على الصرامة والانضباط الشديد مع غياب الدعم العاطفي والتعاطف، منذ الطفولة وصفت المفحوصة والدها بأنه صارم لا يتقبل الخطأ ولا يظهر المودة او عطف او حنان ابدا بينما كانت العلاقة مع الأم سطحية ومشحونة بمقارنات مستمرة بينها وبين أختها و بنات خالاتها.

لم تشخص الحالة في السابق بأي اضطراب لكنها منذ عام تقريبا بدأت تشكو من:

- مشاعر متكررة بالحزن واللامعنى

- تراجع الأداء الدراسي رغم كونها تلميذة متفوقة سابقا

- اضطرابات في النوم والشهية

- نوبات بكاء بدون سبب واضح

- عزلة اجتماعية وانسحاب من النشاطات

- نوبات من إيذاء النفس (خدوش على الذراعين)

- أفادت أنها بدأت تفكر بالموت بشكل متكرر قبل ستة أشهر من أول محاولة انتحار، حيث شعرت

بأنها عبء على عائلتها وأن لا أحد يلاحظ غيابها و لا أحد يحبها في العائلة في الشهر

الخامس أقدمت على محاولة قطع شرايينها في غرفتها تم إنقاذها من قبل شقيقتها الصغرى قبل

أن تفقد الوعي و تدخل في نوبة انهيار نفسي شديدة.

### 13- وصف المقابلات النفسية مع الحالة :

خلال المقابلات الإكلينيكية بدت الفتاة خافتة الصوت محدودة التواصل البصري، تفتقر للمبادرة في الحديث وتستعمل لغة تحمل طابع سلبي ومشحون بالعار و الخجل؛ تحدثت عن شعور دائم بالخذلان من الجميع بدون استثناء والخوف من الفشل كما عبرت عن ألم داخلي لا يمكن تفسيره سوى بـ "أنها مشوهة من الداخل". أشارت إلى أنها لا تتعرض لأي عنف جسدي أو جنسي لكنها تخضع لضغط عال للنجاح والتميز وأنها تتلقى انتقادات دائمة عند أقل خطأ خصوصا من طرف والدها القاسي كما وصفته الحالة كما عبرت عن شعورها بأن والديها يحبان أختها أكثر وأن وجودها في البيت "لا يحدث فرق" وجودي و غيابه كعدمه لا أحد يهتم لأمرها في البيت.

### 14- نتائج التقييم النفسي باستعمال المقاييس ادوات الدراسة :

نتائج التقييم النفسي باستعمال المقاييس ادوات الدراسة :

مقياس بيك للاكتئاب: بعد ما تم تطبيق سلم بيك للانتحار على الحالة لوحظ ان الدرجة المتحصل عليها كانت جدا مرتفعة و التي تقدر بـ درجة الاكتئاب: 63/42.

رقم العبارة	الدرجة المحصلة	رقم العبارة	الدرجة المحصلة
1	02	12	03
2	03	13	03
3	02	14	03
4	03	15	03
5	03	16	03
6	02	17	01
7	03	18	03
8	03	19	03
9	02	20	03
10	03	21	02
11	03	/	/

الجدول رقم (10) يمثل درجات الاكتئاب عند الحالة 2

نستنتج ان الحالة تعاني من: اكتئاب شديد جدا خاصة في بنود فقدان الأمل، الرغبة في الموت، والنقد الذاتي. (أنظر قائمة الملاحق)

**14-1- مقياس بيك للتفكير الانتحاري (BSSI):**

بعد تطبيق مقياس بيك للتفكير الانتحاري تحصلت الحالة على النتائج التالية BSSI الدرجة: 38/30 و هي مؤشرات واضحة على التفكير الانتحاري المتكرر مع نوايا جدية وخطط محددة.

تدعم نتيجة مقياس بيك تشخيص الاكتئاب الجسيم للحالة (ر.م) وتشير إلى ضرورة إدراجها في تدخل علاجي مكثف يدمج بين العلاج المعرفي السلوكي المركز على المخططات **Schema Therapy** والدعم الأسري والاجتماعين كما تعد هذه الدرجة مؤشر مرجعي يمكن إعادة القياس عليه بعد انتهاء التدخل لمقارنة مدى التحسن.

**14-2- مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية المبكرة:**

تم تطبيق مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة النسخة المختصرة 75 بند و توصلت النتائج ان أبرز المخططات النشطة بالنسبة للحالة هي:

- العيب/العار: شعور داخلي بأنها غير كافية تعتقد أنها غير محبوبة، معيبة في جوهرها، ولا تستحق القبول من الآخرين يظهر هذا في حديثها عن شعورها بأنها "مشوهة من الداخل" و"عبء على عائلتها".

- المعايير العليا/النقد المفرط:

شعور دائم بأنها يجب أن تكون مثالية لتتال القبول خاصة من عند والدها كما انها تتبنى معايير مثالية يصعب تحقيقها وتخشى الفشل بشكل مفرط ما أدى لتدهور ثقافتها بنفسها حين لم تستطع مواصلة التفوق الدراسي.

- الحرمان العاطفي: شعور داخلي بعدم حصولها على الحنان أو التفهّم أو الدعم، ويعكس تجربتها مع والدين منضبطين عاطفياً ومقيدين في التعبير.

- الاعتمادية: شعور بعدم القدرة على اتخاذ قرارات مصيرية بمفردها شعور بعدم القدرة على اتخاذ قرارات مصيرية بمفردها اعتقاد بأنها غير قادرة على اتخاذ مسؤوليتها بنفسها، وأنها بحاجة دائما لمن يوجهها، خاصة في المواضيع العاطفية والمستقبلية.

- الخضوع: ميل لتقديم رضا الآخرين على حساب حاجاتها العاطفية

يشير الملف المعرفي للحالة إلى وجود **مخططات من المجال الأول** الانفصال والرفض و**الثالث** الحدود المختلة وهي الأكثر ارتباطا بالاكنتاب والميل الانتحاري، المخطط المسيطر **العيب/العار** يتداخل مع أعراض الاكنتاب (النقد الذاتي، الشعور بالذنب، تدني تقدير الذات) ويعد عامل خطر في بروز الأفكار الانتحارية، وجود **مخطط المعايير العليا** يزيد الضغط الداخلي، ويغذي الصراع بين ما هي عليه وما يجب أن تكون عليه، **مخطط الحرمان العاطفي** يدعم تفسير الإحساس المستمر بالوحدة العاطفية رغم وجود العائلة، ما يفسر الانسحاب والانهيار العاطفي.

تم اعتماد نفس الخطوات العلاجية التي اعتمدت مع الحالة الاولى ثم تم تطبيق سلم بيك للاكنتاب للمرة الثانية على الحالة و مقياس التفكير الانتحاري كذلك على الحالة و قد توصلت النتائج انه و بعد تطبيق العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ ساهم في تخفيف الاعراض الاكنتابية و التفكير الانتحاري بشكل ملحوظ و هذا ما يؤكد فعالية العلاج بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ في التخفيف من الاعراض الاكنتابية لدى المراهق المقدم على الانتحار و بالتالي تحقيق الفرضية دراستنا.

#### 15- تحليل نتائج الحالات على ضوء فرضية الدراسة و الاطار النظري :

تشير نتائج التحليل المقارن للحالتين إلى أن التدخل العلاجي المستند إلى نظرية المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لجيفري يونغ ساهم بشكل فعال في خفض شدة الأعراض الاكنتابية والأفكار الانتحارية، وقد تم التحقق من ذلك من خلال التغيرات الملحوظة في نتائج كل من مقياس بيك للاكنتاب ومقياس بيك للتفكير الانتحاري بالإضافة إلى التحول في درجات المخططات المعرفية البارزة وفق استبيان جيفري يونغ.

في الحالة الأولى كانت المخططات المسيطرة هي العيب/العار، الحرمان العاطفي، الخضوع، والمعايير العليا، والتي انعكست في تصورات سلبية حول الذات ومشاعر انعدام القيمة ونزعة للامتثال والانكفاء على الذات مما أسهم في تغذية البنية الاكنتابية وتكريس الأفكار الانتحارية. لكن بعد تطبيق العلاج

بالمخططات أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاض ملحوظ في شدة هذه المخططات خاصة "العيب/العار" مقرون بانخفاض كبير في الدرجة الكلية على مقياس بيك للاكتئاب من (63/42) إلى (63/21)، وهو ما يصنف انتقال من الاكتئاب الشديد جدا إلى الاكتئاب المتوسط.

أما في الحالة الثانية فقد سادت مخططات الاعتمادية/العجز، الهجر/الرفض، والميل للاندماج المفرط بالآخرين، وهي مخططات ترتبط غالبا بتعلق غير آمن وتجارب شعورية غير مستقرة في العلاقات، مما أدى إلى اضطرابات عاطفية حادة وميل متكرر للتفكير في الانتحار عند الشعور بالرفض أو الوحدة فبعد سلسلة من الجلسات التي استهدفت تقوية "الراشد الصحي" لدى الحالة، ظهر تحسن ملموس في قدرتها على التقييم الواقعي للذات والعلاقات وانخفضت شدة المخططات سافة الذكر خاصة "الاعتمادية" منها ترافق ذلك مع انخفاض في درجة مقياس التفكير الانتحاري من (38/22) إلى (38/9)، ما يدل على تراجع واضح في الأفكار الانتحارية.

من منظور علم النفس المعرفي الإكلينيكي، تعزز هذه النتائج صلاحية فرضية يونغ القائلة بأن الخلل في البنى المعرفية العميقة (المخططات) هو أساس الاضطرابات النفسية وأن إعادة تنظيم هذه المخططات من خلال تدخل علاجي موجه يساهم في استعادة التوازن الانفعالي وتخفيف الأعراض. يتجلى ذلك في الحالتين من خلال التغيير المتزامن بين انخفاض درجات المخططات وانخفاض المؤشرات السريرية للاكتئاب والانتحار. علاوة على ذلك، فإن ما يدعم الفرضية بشكل أقوى هو أن التحسن لم يقتصر على الأعراض الظاهرة (مثل الحزن أو الانسحاب)، بل شمل كذلك إعادة تشكيل النظرة الذاتية الأساسية والقدرة على الإحساس بالقيمة الذاتية وبناء علاقات أكثر توازن واستقلالية وهي مؤشرات نوعية تدل على تحول أعمق وأطول أمد في البنية النفسية للمراهق في هذه المرحلة العمرية.

### خاتمة:

في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج، تؤكد النتائج التي توصلنا إليها أن العلاج بالمخططات المعرفية كما وضعه جيفري يونغ يعد مدخل إكلينيكي فعال في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين المقدمين على الانتحار، وذلك من خلال استهداف المخططات غير التكيفية المبكرة بوصفها البنى المعرفية والانفعالية العميقة التي تشكل جوهر المعاناة النفسية؛ وقد بينت دراستنا كذلك من خلال تحليل الحالتين باستخدام أدوات تشخيص ومتابعة مقننة أن العمل العلاجي ضمن هذا النموذج أدى إلى تحسن ملحوظ في مزاج الحالتين وتراجع في حدة التفكير السلبي والانتحاري، بالتوازي مع تطور الوعي الذاتي بالمخططات اللاتكيفية المبكرة التي تحكم التفسير والانفعال والسلوك. ويكمن جوهر فعالية هذا العلاج في قدرته على دمج الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية في خطة علاجية تراعي السياق النمائي للمراهق، وتعتمد على بناء علاقة علاجية آمنة تعيد إشباع الاحتياجات النفسية غير الملباة في الطفولة. كما أظهرت دراستنا كذلك أهمية العمل على المخططات السائدة مثل العزلة الاجتماعية، التعلق المضطرب و الفشل والتعرض للضرر بوصفها مداخل أساسية لفهم ديناميات الاكتئاب والانتحار في هذه المرحلة العمرية الحساسة في حياة الفرد وعليه تبرز الحاجة الملحة إلى توسيع اعتماد هذا النموذج العلاجي في المؤسسات النفسية وتكيفه بما يتلاءم مع الخصوصيات الثقافية والاجتماعية للمراهق الجزائري إلى جانب تطوير برامج تدريب وتأهيل متخصصة للمعالجين النفسيين في هذا المجال في الاخير نامل ان تكون دراستنا هذه اعطت إسهام علمي ثري في ربط النظرية بالتطبيق العملي وفتح آفاق جديدة للتدخل العميق والمبكر الذي يذهب إلى جذور المعاناة بدلا من الاكتفاء بمعالجة أعراضها السطحية.

### المقترحات و التوصيات:

- اعتماد العلاج بالمخططات Schema Therapy ضمن البروتوكولات العلاجية المعتمدة في المراكز النفسية المختصة بعلاج الاضطرابات الاكتئابية والانتحارية لدى المراهقين لما أظهره في دراستنا من فعالية في تعديل أنماط التفكير العميقة المرتبطة بالمخططات غير التكيفية المبكرة.
- توسيع نطاق الدراسة من خلال تصميم دراسات كمية تجريبية اخرى بالاستناد على نتائج دراستنا الحالية يعتمد فيها على منهج المجموعات الضابطة بهدف قياس فعالية العلاج بالمخططات على متغيرات اخرى كشدة الاكتئاب و التفكير الانتحاري و تقدير الذات و جودة الحياة النفسية.
- ضرورة توفير برامج تدريب متخصصة للأخصائيين والمعالجين النفسيين الجزائريين في العيادات النفسية حول نظرية المخططات وآليات تطبيقها العملي مع الفئات العمرية المختلفة وخاصة المراهقين لما تتطلبه من مهارات علاجية متقدمة.
- تطوير تطبيقات رقمية أو منصات تفاعلية تمكن المراهقين من مراقبة مخططاتهم والتفاعل مع محتوى علاجي قائم على نموذج جيفري يونغ نظرا لفاعليته و بما يتماشى مع نمط استخدامهم للتكنولوجيا بكثرة.
- توجيه الدراسات المستقبلية نحو فئات أخرى تعاني من اضطرابات نفسية مزمنة (مثل اضطراب الشخصية الحدية أو القلق الاجتماعي) لدراسة مدى فاعلية العلاج بالمخططات في تعديل أنماطهم المعرفية والعاطفية.
- إشراك الأسرة خاصة في حالات المراهقين في العملية العلاجية بشكل مدروس، مع تقديم التوجيه والدعم النفسي للوالدين حول كيفية التعامل مع النمط العاطفي والمعرفي للمراهق بطريقة صحية.
- استكشاف العلاقة بين المخططات غير التكيفية المبكرة وأنماط التعلق الاسرية Attachment Styles لدى المراهقين لتطوير نماذج تفسيرية أعمق لفهم جذور الاكتئاب والانتحار في هذه المرحلة العمرية.

- تطوير برامج تدخل مبكر في المدارس تركز على مبادئ العلاج بالمخططات بهدف تعزيز الوعي بالمخططات السلبية والتعامل معها بطرق صحية قبل تطورها إلى أنماط مرضية.

- وضع نظام متابعة دوري بعد انتهاء من البرنامج العلاجي بالمخططات لمراقبة استمرار التغيرات العلاجية وتفادي الانتكاسات خاصة فيما يتعلق بالأفكار الانتحارية أو أعراض الاكتئاب للمراهق.

تشكل كل هذه التوصيات والمقترحات امتداد عملي لما توصلت إليه دراستنا وتفتح آفاق علمية جديدة لتطوير تدخلات نفسية أكثر فاعلية واستدامة في الوقاية والعلاج لدى فئة المراهقين المعرضين لمخاطر اكتئابية وانتحارية.

# قائمة المصادر

## والمراجع

- 1– Alain Braconnier, Daniel Marcelli. (1998). " L'adolescence aux milles visages ", Paris, Puf : Odil Jacob .
- 2– Chris freeman. Gillian Downey. (2001). " Manual for depression nervosa ": cullen center.
- 3– Classification CIM–10 des troubles mentaux et des troubles du comportement . (2008).
- 4– Debess .M. (1994). " l'adolescence " .Paris, France : press universitaire de Edition Delta .
- 5– Dolto, F. (1988). " La cause des adolescents ". Paris, France: Robert Laffont.
- 6– David Matsumoto . (2009) "the cambridge dictionary of psychology" New york press .
- 7– Dilpin. V. Jeste , David Fassler, Roger Peele. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM5 , Fifth Edition, Manufactured in United States of America free paper .
- 8– Debra. L. Safer, Christy. F. Telch , Eunice. Y. Chen . (2009). " Dialectical Behavior therapy for beinge eating and bulimia ". New York City : the guilford press .
- 9– Debra. Katzman & Leora Pinhas. (2005). "Help for eating disorders ", Wolters press .

- 10- Daniel, James lock. (2011). "Eating disorders in children and adolescents". New York prinstin univercity .
- 11- David.A.Clark, Aron Beck. (2010)" Cognitive therapy of anxiety disorders"US .
- 12- Gary. R.Vandenbos. (2015). American Psychological Association (APA) dictionary of psychology ,Second Edition, Washington DC.
- 13- Grainne Smith .(2004)." Anorexia and bulimia in the family " first edition prinston university .
- 14- Helena Wilkinson, Horsham Roper Penberthy. (2001). " Beyond exotic Eating " edition New york city .
- 15- Hector Rodrigez tomé ,(2017)," le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescent ",Paris,puf .
- 16- Kathrleen M.Berg Dermot j. Hurley James A .McSherry, Nancy E.Strange .(2005). " les troubles du comportement alimentaire".Paris,France :press édition de Boeck université.
- 17- Kaplan & Sadock's.(1996) ."comprehensive textbook of psychiatry " .New york : Wolters Kluwer press .

18- Le Hall .H. (1985). " psychologie d'adolescents ".Paris, France : press universitaire de (PUF) .

19- Myra cooper , Gillian todd and Adrian Wells.(2009). "Treating bulimia nervosa and binge eating and integrated metacognitive and cognitive therapy manual ".First published. press new york city .

20- Michael .J.Gibney, Susan.A.Lanhan ,Adian Cassidy and ,Hester.H.Vorter(2009) "Human nutrition" : wily Blackwell ,United Kingom .

21- Maryon Ambrose , Veronica Deiler.(2015)." Eating disorders examining Anorexia, Bulimia and Binge Eating ".by Enshon.

22- Moustakas, C.(2000)." Loneliness ." New York : rentice hall press.

23- Mucchielli,R.(1979)."L'analyse de contenu, des documents et des communications". Paris, France : Masson.

24- Pierre coslin .(1996). "Les Adolescents devant les déviences ".Paris,puf .

25- Pamela.I.swan.(2006)."Anorexia nervosa and bulimia nervosa "Nova Science.publishers New York City .

26- Pomeroy Claire, Mitchell.E.James, (2001)" Medical complications of Anorexia nervosa and bulimia" 2<sup>nd</sup> second edition , new york , the guilford press .

- 27- Phillips.K, (1996) "The broken mirror–understanding and treating body dysmorphic disorder ". New York : Oxford univesity press .
- 28- Rene.D.Zweing , Robert. L.Leahy.(2012). "Treatment Plans and Interventions for bulimia and binge eating disorder".New York press :the guilford .
- 30- Russell G.F.M.(1997)."The history of bulimia " handbook of treatment edition United Kingdom .
- 31- Russell G.F.M.(1988)." The diagnostic formulation in bulimia Nervosa " edition United Kingdom .
- 32- Richard.M.Leaner , Laurence Steinberg, John Wiley , Sonsinc. (2004). "Adolescent psychology " Second edition, new york.
- 33- Richard Cloutier, (1996) , "psychology de l'adolescence " ,Montréal Gaetan Morin .
- 34- Rachel Brayant Waungh. (2001). "Advaces in eating disorders" US Boston university press.
- 35- Riccardo Dalle Grave.(2017). "Cognitive behavior therapy for Adolecents with eating disorders" .
- 36- Sillamy,N.(1999)."dictionnaire de la psychologie". Paris, France: Larousse.

- 37- Simona.Giordano.(2005)." Understanding eating disorders "  
London :Oxford press .
- 38- Slade ,Rusell.(1973)." Awareness of body dimensions in anorexia nevosa  
and bulimia nervosa " new york : guilford press.
- 39- Sillamy, N. (1996)." dictionnaire de la psychologie ". Paris, France :  
larousse .
- 40- Tomy Jaffa , Brett Mc Dermott.(2007). " eating disorders in children &  
adolescents ". : cambridge university .
- 41- W.Stewart, Agras Robin.F.Apple .(2008)." overcoming eating disorder a  
cognitive behavioral therapy approach for bulimia nevosa and binge eating  
disorder " : oxford university press .
- 42- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. yale University Press.
- 43- Goldney, R. D. (2013). *Suicide prevention*. Oxford University Press.
- 44- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003) .*Schema therapy:  
A practitioner's guide*. Guilford Press.
- 45- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University  
Press.
- 46- Lester, D. (2014). *Suicide: A guide to risk factors, assessment, and  
treatment*. Routledge
- 47- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment  
(2nd ed.)*. University of Pennsylvania

- 48- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Eds.). (2008). *Handbook of depression* (2nd ed.). Guilford Press
- 49- Nolen-Hoeksema, S. (2013). *Abnormal psychology (6th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- 50- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed).
- 51- Van Heeringen, K. (Ed.). (2018). *The international handbook of suicide prevention* (2nd ed.). Wiley- Blackwell
- 52- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press
- 53- Wasserman, D. (Ed.). (2016). *Suicide: An unnecessary death* (2nd ed.). Oxford University Press
- 54- Kendler, K. S., & Parnas, J. (Eds.). (2020). *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*. Oxford University Press
- 55- Thase, M. E., & Lang, C. (2004). *Beating the blues: New approaches to overcoming dysthymia and chronic mild depression*. Oxford University Press
- 56- Paykel, E. S. (Ed.). (2006). *Handbook of affective disorders* (2nd ed.). Taylor & Francis
- 57- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- 58- Akin, A. (2010). self compation and interpersonal cognitive distortions. university journal. p 40

- 59- Beck .A.(2013).cognitive therapy:Basic and beyond.newYork.guidford press.
- 60- Coralyn.n,Brugman.D,Koops.W(2008) Measuring self serving cognitive distortions American journals of psychological assessment.p24-27
- 61- Ellis.A et Dryden.(2007).the practice of retional emotive behavior therapy .3<sup>rd</sup>edition.chicagoillionois.springerpublishing company
- 62- Leahy.R.(1996). cognitive therapiy basic principle and application.1<sup>st</sup>edition.newYork.usa.guidford press

المراجع باللغة العربية :

- 1- أبو بكر مرسي محمد مرسي " (2002). أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي " ، ط1، القاهرة، مصر، ظافر للطباعة.
- 2- بوسنة عبد الوافي زهير.(2018)" تقنيات الفحص الإكلينيكي " قسنطينة،الجزائر : دار الطباعة للنشر.
- 3- د.عطوف محمود ياسين.(1988). " الأمراض السيكوسوماتية ( الأمراض النفسجسمية )، الطبعة الأولى بيروت لبنان :منشورات بحسون الثقافية.
- 4- رغدة شريم .(2007). " سيكولوجية المراهق " ، ط1 ، عمان،الأردن:دار الميسر.
- 5- الشرييني لطفى.(2001).الإكتئاب مرض للعلاج،ط(01)،منشأ المعارف ، الإسكندرية ،مصر.
- 6- الأزهري.(2000).العلاج المعرفي و الإضطرابات الإنفعالية.الطبعة الأولى.دار النهضة العربية.
- 7- ميخائيل إبراهيم أسعد.(2017)."مشكلات الطفولة" المراهقة " و ، ط 2 ،بيروت، لبنان :دار الجيل.

- 8- مريم سليم.(2001). "علم النفس النمو"، ط1، بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.
- 9- موسى رشاد (1994). علم النفس المرضي. القاهرة: دار المعرفة.
- 10- لايا سليم ، معريس.(2010).الإكتئاب لدى الشباب.لبنان:دار النهضة العربية .
- 11-أحمد هارون.(2013).مقياس التشوهات المعرفية.الأردن.دار النشمي للكتاب
- 12-آرون بيك .(2000).العلاج المعرفي السلوكي و الإضطرابات الإنفعالية.ط1.القاهرة .دار الآفاق العربية
- 13-باترسون س. (1999). نظريات الإرشاد و العلاج النفسي. الكويت. دار القلم
- 14-بوسنة زهير عبد الوافي. (2018). تقنيات الفحص الإكلينيكي. الجزائر. دارالهدى للنشر و التوزيع .
- 15-تيموثي جون. (2002). علم النفس الإكلينيكي. عمان. دار الشروق.
- 16-الحويلة أسعد. (2010). القلق و الإسترخاء العضلي. ط1. القاهرة. دار إتراك.
- 17-الشناوي محمود و حنفي عبد الرحمان. (2000). العلاج السلوكي الحديث.ط1. القاهرة.
- 18-طاهر ح.(2006).إكتئاب المراهقة. ط1.الأردن. دار الملومات العربية التربوية
- 19-علي فايد حسن. (2004). علم النفس المرضي. ط1. القاهرة. مؤسسة طبية.
- 20-العويضة ساهر . (2007). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية و مستويات الصحة النفسية. ط1. عمان. دار السلام للكتاب
- 21-لويس مارتين. (2001). العلاج السلوكي و تعديل السلوك. ط1. القاهرة.دار الأتراك
- 22-هشام عمار. (2009) العلاج العقلاني السلوكي. ط1. الجزائر.دار الكتاب الحديث
- 23-يحي الجابر. (2003) الأفكار السلبية. ط2. الأردن.دار العلوم للنشر و التوزيع.

# الملاحق

## Beck's Suicide Intent Scale

Patient's full name: \_\_\_\_\_ Date assessed: \_\_\_\_\_

### Scale

	Statements	Rating
<b>Isolation</b>	0. Somebody present	<input type="checkbox"/> 0
	1. Somebody nearby, or in visual or vocal contact	<input type="checkbox"/> 1
	2. No one nearby or in visual or vocal contact	<input type="checkbox"/> 2
<b>Timing</b>	0. Intervention is probable	<input type="checkbox"/> 0
	1. Intervention is not likely	<input type="checkbox"/> 1
	2. Intervention is highly unlikely	<input type="checkbox"/> 2
<b>Precautions against discovery/intervention</b>	0. No precautions	<input type="checkbox"/> 0
	1. Passive precautions (avoiding others but doing nothing to prevent intervention; alone in room with unlocked door)	<input type="checkbox"/> 1
	2. Active precautions (locked door)	<input type="checkbox"/> 2
<b>Acting to Get Help During/After Attempt</b>	0. Notified potential helper regarding attempt	<input type="checkbox"/> 0
	1. Contacted but did not specifically notify potential helper regarding attempt	<input type="checkbox"/> 1
	2. Did not contact or notify potential helper	<input type="checkbox"/> 2

<b>Final Acts in Anticipation of Death (e.g., will, gifts, insurance)</b>	<p>0. None</p> <p>1. Thought about or made some arrangements</p> <p>2. Made definite plans or completed arrangements</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Active Preparation for Attempt</b>	<p>0. None</p> <p>1. Minimal to moderate</p> <p>2. Extensive</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Suicide Note</b>	<p>0. Absence of note</p> <p>1. Note written, but torn up; note thought about</p> <p>2. Presence of note</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Overt Communication of Intent Before the Attempt</b>	<p>0. None</p> <p>1. Equivocal communication</p> <p>2. Unequivocal communication</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Alleged Purpose of Attempt</b>	<p>0. To manipulate environment, get attention, revenge</p> <p>1. Components of "0" and "2"</p> <p>2. To escape, surcease, solve problems</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Expectations of Fatality</b>	<p>0. Thought that death was unlikely</p> <p>1. Thought that death was possible but not probable</p> <p>2. Thought that death was probable or certain</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<b>Conception of Method's Lethality</b>	<p>0. Did less to self than he thought would be lethal</p> <p>1. Wasn't sure if what he did would be lethal</p> <p>2. Equaled or exceeded what he thought would be lethal</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>

<b>Seriousness of Attempt</b>	<p>0. Did not seriously attempt to end life</p> <p>1. Uncertain about seriousness to end life</p> <p>2. Seriously attempted to end life</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Attitude Toward Living/Dying</b>	<p>0. Did not want to die</p> <p>1. Components of "0" and "2"</p> <p>2. Wanted to die</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Conception of Medical Rescuability</b>	<p>0. Thought that death would be unlikely if he received medical attention</p> <p>1. Was uncertain whether death could be averted by medical attention</p> <p>2. Was certain of death even if he received medical attention</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Degree of Premeditation</b>	<p>0. None; impulsive</p> <p>1. Suicide contemplated for three hours or less prior to attempt</p> <p>2. Suicide contemplated for more than three hours prior to attempt</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Reaction to Attempt</b>	<p>0. Sorry about attempt; feels foolish, ashamed (circle which one)</p> <p>1. Accepts both attempt and its failure</p> <p>2. Regrets failure of attempt</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Visualization of Death</b>	<p>0. Life-after-death, reunion with decedents</p> <p>1. Never-ending sleep, darkness, end-of-things</p> <p>2. No conceptions of, or thoughts about death</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Number of Previous Attempts</b>	<p>0. None</p> <p>1. One or two</p> <p>2. Three or more</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

<p><b>Relationship between Alcohol Intake and Attempt</b></p>	<p>0. Some alcohol intake prior to but not related to attempt, reportedly not enough to impair judgment, reality testing</p> <p>1. Enough alcohol intake to impair judgment, reality testing and diminish responsibility/impulse control</p> <p>2. Intentional intake of alcohol in order to facilitate implementation of suicide attempt</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Relationship between Drug Intake and Attempt (narcotics, hallucinogens, etc. drug is not the method used to suicide)</b></p>	<p>0. Some drug intake prior to but not related to attempt, reportedly not enough to impair judgment, reality testing</p> <p>1. Enough drug intake to impair judgment, reality testing and diminish responsibility/impulse control</p> <p>2. Intentional drug intake in order to facilitate implementation of suicide attempt</p>	<p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>

### Scoring and Recommendations

#### 0 to 10 = Low Risk

- Recommended action: send home with advice to see Community Mental Health Team or GP.

#### 11 to 19 = Medium Risk

- Recommended action: having them undergo an assessment by Community Mental Health Team or Psychiatrist is advisable.
- If they refuse treatment, a follow-up with a Community Mental Health Team should be arranged.
- Admission is an option if the patient lives alone, has attempted suicide before, and/or is depressed.

#### 20 to 30 = High Risk

- Recommended action: Immediate assessment by Psychiatrist or Community Mental Health Team.
- Psychiatric admission is also recommended.
- Involuntary admissions might be required, depending on how serious their intent is.)

**Additional Comments**

**Clinician's full name:**

**Signature:**

**Date signed:**

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
  - 0 I do not feel sad.
  - 1 I feel sad
  - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
  - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
  - 0 I am not particularly discouraged about the future.
  - 1 I feel discouraged about the future.
  - 2 I feel I have nothing to look forward to.
  - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
  - 0 I do not feel like a failure.
  - 1 I feel I have failed more than the average person.
  - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
  - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
  - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
  - 1 I don't enjoy things the way I used to.
  - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
  - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
  - 0 I don't feel particularly guilty
  - 1 I feel guilty a good part of the time.
  - 2 I feel quite guilty most of the time.
  - 3 I feel guilty all of the time.
6.
  - 0 I don't feel I am being punished.
  - 1 I feel I may be punished.
  - 2 I expect to be punished.
  - 3 I feel I am being punished.
7.
  - 0 I don't feel disappointed in myself.
  - 1 I am disappointed in myself.
  - 2 I am disgusted with myself.
  - 3 I hate myself.
8.
  - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
  - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
  - 2 I blame myself all the time for my faults.
  - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
  - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
  - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
  - 2 I would like to kill myself.
  - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
  - 0 I don't cry any more than usual.
  - 1 I cry more now than I used to.
  - 2 I cry all the time now.
  - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.  
0 I am no more irritated by things than I ever was.  
1 I am slightly more irritated now than usual.  
2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.  
3 I feel irritated all the time.
12.  
0 I have not lost interest in other people.  
1 I am less interested in other people than I used to be.  
2 I have lost most of my interest in other people.  
3 I have lost all of my interest in other people.
13.  
0 I make decisions about as well as I ever could.  
1 I put off making decisions more than I used to.  
2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.  
3 I can't make decisions at all anymore.
14.  
0 I don't feel that I look any worse than I used to.  
1 I am worried that I am looking old or unattractive.  
2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive  
3 I believe that I look ugly.
15.  
0 I can work about as well as before.  
1 It takes an extra effort to get started at doing something.  
2 I have to push myself very hard to do anything.  
3 I can't do any work at all.
16.  
0 I can sleep as well as usual.  
1 I don't sleep as well as I used to.  
2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.  
3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17.  
0 I don't get more tired than usual.  
1 I get tired more easily than I used to.  
2 I get tired from doing almost anything.  
3 I am too tired to do anything.
18.  
0 My appetite is no worse than usual.  
1 My appetite is not as good as it used to be.  
2 My appetite is much worse now.  
3 I have no appetite at all anymore.
19.  
0 I haven't lost much weight, if any, lately.  
1 I have lost more than five pounds.  
2 I have lost more than ten pounds.  
3 I have lost more than fifteen pounds.

## الملاحق

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
  - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
  - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
  - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
  - 1 I am less interested in sex than I used to be.
  - 2 I have almost no interest in sex.
  - 3 I have lost interest in sex completely.

### INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score \_\_\_\_\_ Levels of Depression

1-10 _____	These ups and downs are considered normal
11-16 _____	Mild mood disturbance
17-20 _____	Borderline clinical depression
21-30 _____	Moderate depression
31-40 _____	Severe depression
over 40 _____	Extreme depression

## سلم بيك للاكتئاب المطبق على الحالة 1

<p>1- الحزن</p> <p>0: لا أشعر بالحزن 1: أشعر غالبا بالحزن 2: أنا دائما حزين 3: أنا حزين أو تعيس إلى درجة غير محتملة</p>	
<p>2- التشاؤم</p> <p>0: لست متشائم على مستقبلي 1: أشعر أنني أكثر تشاؤما على مستقبلي 2: لا أنتظر أن تتحسن الأمور في صالحني 3: أشعر أن مستقبلي دون أمل و سوف يتأزم</p>	
<p>3- الإخفاقات الماضية</p> <p>0: ليس لدي الإحساس بالفشل في حياتي أو أن أكون فاشلا 1: كنت أفضل غالبا 2: عندما أفكر في الماضي أجد عدد كبير من الإخفاقات 3: لدي إحساس أنني فشلت كليا في حياتي</p>	
<p>4- فقدان اللذة</p> <p>0: أشعر بلذة أكبر من السابق بخصوص الأشياء 1: لا أشعر بلذة اتجاه الأشياء كما كنت من قبل 2: أشعر بلذة قليلة اتجاه الأشياء التي عادة ما كنت أشتهيها 3: لا أشعر بأي لذة اتجاه الأشياء التي عادة ما كنت أتلذذ بها</p>	
<p>5- الإحساس بالذنب</p> <p>0: لا أحس نفسي مذنبا 1: أحس بالذنب لأشياء فعلتها أو كنت سأفعلها 2: أحس بالذنب في غالب الأحيان 3: أحس بالذنب دائما</p>	
<p>6- توقع العقاب :</p> <p>0: ليس لدي إحساس بالعقاب 1: أشعر أنه يمكن أن أعاقب 2: إنني أنتظر العقاب 3: لدى إحساس بالعقاب</p>	

## الملاحق

<p>0: أحاسيسي اتجاه ذاتي لم تتغير 1: فقدت الثقة بنفسي 2: إنني مستاء من نفسي 3: لا أحب نفسي إطلاقا</p>	<p>7- الشعور السلبي</p>
<p>0: لا أوبخ نفسي و لا أنتقدها كما كنت أفعل 1: أصبحت أنتقد نفسي أكثر 2: أنا السبب في كل ما يحدث لي من تعاسة</p>	<p>8- موقف نقد اتجاه الذات</p>
<p>0: لا أفكر في الانتحار على الإطلاق 1: أفكر أحيانا في أن أنتحر و لكن لا أفعل 2: أحب أن أنتحر 3: سوف أنتحر إذا أتاحت لي الفرصة</p>	<p>9- أفكار أو رغبة في الانتحار</p>
<p>0: لا أبكي كما كنت أفعل من قبل 1: أصبحت أكثر من الماضي 2: إنني أبكي لأبسط شي 3: أريد أن أبكي و لكن لا أستطيع</p>	<p>10- البكاء</p>
<p>0: لست تائرا كما كنت من قبل 1: أحس نفسي تائرا خلافا للعادة 2: إنني تائر لدرجة انني لا أستطيع أن أهدأ 3: إنني تائر إلى درجة أنه لا بد أن أتحرك أو أفعل أية شي</p>	<p>11- الاستتارة</p>
<p>0: لم أفقد الاهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات 1: لا أهتم بالأشخاص أو النشاطات إلا قليلا 2: لا أهتم بالأشخاص و لا النشاطات على الإطلاق 3: أجد صعوبة في الاهتمام بأي شيء</p>	<p>12- فقدان الاهتمام</p>
<p>0: أتخذ القرارات كما كنت من قبل 1: أصبح من الصعب على اتخاذ القرارات 2: أجد صعوبات أكثر مما سبق في اتخاذ القرارات 3: أجد صعوبات في اتخاذ اي قرار</p>	<p>13- صعوبة اتخاذ القرار</p>

<p>0: أشعر أنني شخص ذو قيمة 1: لا أظن أنه ليس لدي قيمة او أهمية كما كنت من قبل 2: أشعر أنني أقل قيمة من الآخرين 3: أشعر أنه ليس لدي قيمة</p>	<p>14- انحطاط في قيمة الذات</p>
<p>0: لدي دوما طاقة كبيرة كما كنت من قبل 1: لدي طاقة قليلة مقارنة بالسابق 2: ليست لدي طاقة كافية لعمل شيء كبير 3: لدي طاقة قليلة لعمل أي شيء</p>	<p>15- فقدان الطاقة</p>
<p>0: عاداتي في النوم لم تتغير 1أ: أنام أكثر من العادة 1ب: أنام أقل من العادة 2أ: أنام أكثر بكثير من العادة 2ب: أنام أقل بكثير من العادة 3أ: أنام طوال اليوم تقريبا 3ب: أستيقظ ساعة أو ساعتين مبكرا و لا أستطيع النوم ثانية</p>	<p>16- تغيرات في عادات النوم</p>
<p>0: لست سريع الانفعال كالعادة 1: إنني سريع الانفعال كالعادة 2: إنني كثير الانفعال كالعادة 3: أنني منفعل دوما</p>	<p>17- سرعة الانفعال و الإثارة</p>
<p>0: شهيتي لم تتغير 1أ: شهيتي أقل من العادة 1ب: شهيتي أكثر من العادة 2أ: شهيتي أقل بكثير من العادة 2ب: شهيتي أكثر بكثير من العادة 3أ: ليست لدي شهية إطلاقا 3ب: لدي رغبة في الأكل دائما</p>	<p>18- تغيرات في الشهية</p>
<p>0: أصل إلى الانتباه و التركيز دائما 1: لا أصل إلى التركيز كما كنت في العادة</p>	<p>19- صعوبات في التركيز و الانتباه</p>

<p>2: أجد صعوبات في التركيز طويلا لعمل أي شيء</p> <p>3: أجد نفسي لا أستطيع التركيز على أي شيء</p>	
<p>0: لست متعبا أكثر من العادة</p> <p>1: أتعب بسهولة خلافا للعادة</p> <p>2: أنني في غاية التعب لأجل فعل عدد كبير من الأشياء كنت أفعلها سابقا</p> <p>3: إنني في غاية التعب لأجل فعل أغلبية الأشياء التي كنت أفعلها سابقا</p>	<p>20- التعب</p>
<p>0: لم أسجل تغييرا جديدا يخص اهتمامي بالجنس</p> <p>1: يهمني الجنس أقل مما سبق</p> <p>2: يهمني الجنس أقل بكثير مما سبق</p> <p>3: فقدت كل الأهمية للجنس</p>	<p>21- فقدان الاهتمام الجنسي</p>

<p>0. لا أشعر بالحزن</p> <p>1. أشعر غالبا بالحزن</p> <p>2. أنا دائما حزين</p> <p>3. أنا حزين أو تعيس إلى درجة غير محتملة</p>	<p>1- الحزن</p>
<p>0. لست متشائم على مستقبلي</p> <p>1. أشعر أنني أكثر تشاؤما على مستقبلي</p> <p>2. لا أنتظر أن تتحسن الأمور في صالحي</p> <p>3. أشعر أن مستقبلي دون امل وسوف يتأزم</p>	<p>2- التشاؤم</p>
<p>0. ليس لدي الإحساس بالفشل في حياتي، أو أن أكون فاشلا</p> <p>1. كنت أفضل غالبا</p> <p>2. عندما أفكر في الماضي أجد عدد كبير من الإخفاقات</p> <p>3. لدي إحساس أنني فشلت كليا في حياتي</p>	<p>3- الإخفاقات الماضية</p>
<p>0. أشعر بلذة أكبر من السابق بخصوص الأشياء</p> <p>1. لا أشعر بلذة اتجاه الأشياء كما كنت من قبل</p> <p>2. أشعر بلذة قليلة إتجاه الأشياء التي عادة ما كنت أستهيها</p> <p>3. لا أشعر بأي لذة إتجاه الأشياء التي عادة ما ك</p> <p>لاتلذذ إليها</p>	<p>4- فقدان اللذة</p>
<p>0. لا أحس نفسي مذنبا</p> <p>1. أحس بالذنب لأشياء فعلتها او كنت سأفعلها</p> <p>2. أحس بالذنب في غالب الأحيان</p>	<p>5- الإحساس بالذنب</p>

<p>3. أحس بالذنب دائماً</p>	
<p>0. ليس لدي إحساس بالعقاب 1. أشعر أنه يمكن أن أعاقب 2. إنني أنتظر العقاب 3. لدي إحساس بالعقاب</p>	<p>6- توقع العقاب</p>
<p>0. أحاسيسي اتجاه ذاتي لم تتغير 1. فقدت الثقة بنفسي 2. إنني مستاء من نفسي 3. لا أحب نفسي إطلاقاً</p>	<p>7- الشعور السلبي اتجاه الذات</p>
<p>0. لا أوبخ نفسي و لا أنتقدها كما كنت أفعل 1. أصبحت أنتقد نفسي أكثر 2. أنا السبب في كل سلبياتي 3. أنا السبب في كل ما يحدث لي من تعاسة</p>	<p>8- موقف نقد اتجاه الذات</p>
<p>0. لا أفكر في الانتحار على الإطلاق 1. أفكر أحيانا في أن أنتحر و لكن لا أفعل 2. احب انا نتحر 3. سوف أنتحر إذا أتاحت لي الفرصة</p>	<p>9- أفكار أو رغبة في الانتحار</p>
<p>0. لا أبكي كما كنت أفعل من قبل 1. أصبحت أكثر من الماضي 2. إنني أبكي لأبسط شيء 3. أريد أن أبكي لكن لا أستطيع</p>	<p>10- البكاء</p>

<p>0.لست نائرا كما كنت من قبل 1.أحس نفسي نائرا خلافا للعادة 2.إنني نائر لدرجة أنني لا أستطيع أن أهدأ 3.إنني نائر إلى درجة أنه لا بد علي أن أتحرك أو أفعل أية شي</p>	<p>11-الإستشارة</p>
<p>0.لم أفقد الاهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات 1.لا أهتم بالأشخاص أو النشاطات إلا قليلا 2.لا أهتم بالأشخاص و لا النشاطات على الإطلاق 3.أجد صعوبة في الإهتمام بأية شيء</p>	<p>12-فقدان الاهتمام</p>
<p>0.اتخذ القرارات كما كنت من قبل 1.أصبح من الصعب علي اتخاذ القرارات 2.أجد صعوبات أكثر مما سبق في اتخاذ القرارات 3.أجد صعوبات في إتخاذ أي قرار</p>	<p>13- صعوبة اتخاذ القرار</p>
<p>0.أشعر أنني شخص ذو قيمة 1.لا أظن أنه لدي قيمة أو أهمية كما كنت من قبل 2.أشعر انني أقل قيمة من الآخرين 3.أشعر أنه ليست لي قيمة</p>	<p>14-إنحطاط في قيمة الذات</p>
<p>0.لدي دوما طاقة كبيرة كما كنت من قبل 1.لدي طاقة قليلة مقارنة بالسابق 2.ليست لدي طاقة كافية لعمل شيء كبير 3.لدي طاقة قليلة لعمل اي شيء</p>	<p>15-فقدان الطاقة</p>
<p>0.عاداتي في النوم لم تتغير</p>	<p>16-تغيرات في عادات</p>

<p>1أ. أنام أكثر بقليل من العادة 1ب. أنام أقل بقليل من العادة 2أ. أنام أكر بقليل من العادة 2ب. أنام أقل بكثير من العادة 3أ. أنام طوال اليوم تقريبا 3ب. أستيقظ ساعة أو ساعتين مبكرا و لا أستطيع النوم</p> <p>ثانية</p>	<p>النوم</p>
<p>0. لست سريع الانفعال كالعادة 1. إنني سريع الانفعال كالعادة 2. إنني كثير الانفعال على العادة 3. إنني منفعل دوما</p>	<p>17-سرعة الانفعال و الإثارة</p>
<p>0. شهيتي لم تتغير 1أ. شهيتي أقل من العادة 1ب. شهيتي أكثر من العادة 2أ. شهيتي أقل بكثير من العادة 2ب. شهيتي أكثر بكثير من العادة 3أ. ليست لدي شهية إطلاقا 3ب. لدي الرغبة في الأكل دائما</p>	<p>18-تغيرات الشهية</p>
<p>0. أصل إلى الانتباه و التركيز دائما 1. لا أصل إلى التركيز كما كنت كالعادة 2. أجد صعوبات في التركيز طويلا لعمل أي شيء 3. أجد نفسي لا أستطيع التركيز على أي شيء</p>	<p>19-صعوبات في التركيز و الانتباه</p>

<p>0. لست متعبا أكثر من العادة</p> <p>1. أتعب بسهولة خلافا للعادة</p> <p>2. إنني في غاية التعب لأجل فعل عدد كبير من الأشياء كنت أفعالها سابقا</p> <p>3. إنني في غاية التعب لأجل فعل أغلبية الأشياء التي كنت أفعالها سابقا</p>	<p>20-التعب</p>
<p>0. لم أسجل تغيرا جديدا يخص اهتمامي بالجنس</p> <p>1. يهمني الجنس أقل مما سبق</p> <p>2. يهمني الجنس أقل بكثير مما سبق</p> <p>3. فقدت كل الأهمية للجنس</p>	<p>21-فقدان الاهتمام الجنسي</p>

اختبار جيفري يونغ للمخططات المعرفية المبكرة الغير مكيفية

العبارات	لا ينطبق علي تماما	غالبا ما لا ينطبق علي	ينطبق بدرجة ضعيفة	ينطبق بدرجة متوسطة	غالبا ما ينطبق علي تماما
1- لم يكن لدي شخص يرعاني ، أو يتشارك معي أو يهتم بشدة كل ما يحدث لي					+
2- أجد نفسي متعلقا بالأشخاص المقربين مني لأنني أخشى فراقهم .	+	•			
3- أشعر أنني معرض للاستغلال من قبل الآخرين					•
4- لا امتلك القدرة على التكيف					• +
5- لا يمكن لشخص أرغب به أن يحبني عندما يرى نقائضي و عيوبي					• +
6- تقريبا لا أقوم بشيء في العمل أو المدرسة بجودة ما يقوم به الآخرون				+	•
7- لا أشعر بالقدرة على تدبر شؤوني بمفرد في حياتي اليومية					+
8- لا يبدو أنني قادر على تجنب الشعور بان شيء ما سيء على وشك الحدوث					+
9- لم أكن قادرا على الاستقلال بنفسني عن والدي كما فعل أقراني					• +

•	+					10- أعتقد أنني اذا فعلت ما اريد ، فإنني سأجلب لنفسي المشاكل .
	•	+				11- في النهاية أنا الشخص الذي يهتم بالأشخاص المقربين مني .
+	•					12- أشعر بحرج شديد من اظهار مشاعري الايجابية للآخرين ( كالعاطفة و الاهتمام ).
•	+					13- يجب أن اكون الأفضل في أغلب ما أقوم به ، لا استطيع قبول المرتبة الثانية .
+	•					14- أجد صعوبة كبيرة في تقبل رفض الآخرين لطلب تقدمت به اليهم .
	•				+	15- لا أستطيع التدريب على اكمال المهمات الروتينية أو المملة .
+	•					16- يشعرنى امتلاك المال و معرفة أشخاص مهمين بالقيمة .
	+				•	17- حتى عندما تسير الأمور على ما يرام اشعر بان هذا مؤقت
+	•					18- اذا ارتكبت خطأ ما، فأنا أستحق العقاب .
•	+					19- لا يوجد أشخاص يقدمون لي الدفاء و الدعم و العاطفة .
	•	+				20- احتاج الآخرين بشكل كبير لدرجة أنني أخشى فقدانهم

						21- أشعر بضرورة توخي الحذر بوجود الآخرين ، و الا قد اتعرض للأذى المتعمد من قبلهم	
+	•					22- أنا أختلف بشكل كلي عن الآخرين .	
+	•					23- لا أحد من الأشخاص الذين أرغب بهم سيبقى فرييا مني اذا علم حقيقتي .	
•	+					24- لا أملك الكفاءة عندما يتعلق الامر بالإنجاز .	
					+ •	25- أعتز نفسي شخصا اتكاليا عندما يتعلق الأمر بأداء المهام اليومية .	
•	+					26- أشعر بأن كارثة (طبيعية، جنائية، مالية، طبية) يمكن أن تحدث في أي لحظة .	
						27- نميل أنا و والدي الى الانخراط الزائد في حياة و مشكلات بعضنا البعض	
•	+					28- أشعر بأنه لا خيار أمامي سوى الاستسلام لرغبات الآخرين و الا فانهم سيغضبون مني، أو يندبوني بطريقة ما .	
					•	+	29- أنا شخص جيد لأنني أفكر بالآخرين أكثر ما أفكر بنفسي .
•	+					30- أجد حرجا في التعبير عن مشاعري للآخرين .	

				+	•	31- أحاول ان أقوم بالأفضل ، لا ارضى بعمل جيد و حسن .	
					+	32- أنا مميز و لا أقبل بالكثير من القيود أو الحدود الموضوعه للأشخاص الآخرين .	
•	+					33- حينما لا أستطيع الوصول الى هدف ما فمن السهل أن أصاب بالإحباط و أستسلم	
•					+	34- الانجازات قيمة جدا بالنسبة لي شريطة أن يلاحظها الآخرون	
	+	•				35- إذا حدث شيء جيد فأنا أشعر بالقلق من احتمال أن يعقبه شيء سيء	
	+	•				36- إذا لم أبذل قصارى، يجب أن أتوقع الفشل	
+	•					37- لا أشعر أنني مميز بالنسبة لأحدهم .	
					+	•	38- أشعر بالقلق من أن يتركني أو يتخلى على الأشخاص الذين أشعر أنني قريب منهم
					+	•	39- إنها مسألة وقت قبل أن يخذلني أحدهم أو يتخلى عني
+	•						40- أنا غير منتمي

	•		+			41- أنا غير جدير بمحبة الآخرين و اهتمامهم و احترامهم.
	•				+	42- معظم الأشخاص الآخرين أكثر كفاءة مني في مجالات العمل و الإنجاز.
•				+		43- أفقر إلى التفكير المنطقي.
		•	+			44- أقلق بشأن التعرض لاعتداء جسدي من قبل الآخرين.
				•	+	45- من الصعب جدا لي و لوالدي أن نخفي تفاصيل حياتنا الخاصة عن بعضنا البعض بدون الشعور بالخيانة أو الذنب.
•	+					46- في علاقاتي مع الآخرين، عادة ما أترك السيطرة للشخص الأخر.
				•	+	47- أنشغل جدا بالقيام بعمل أشياء للأشخاص الذين أهتم بهم لدرجة أنني لا أجد وقتا لنفسي
+	•					48- أجد صعوبة في أن أكون مستقلا و عفويا بحضور الآخرين.
					• +	49- ينبغي أن أتحمل كافة مسؤولياتي
					• +	50- أكره أن أكون مقيدا أو ممنوعا عن القيام بما أريده

						51- أقضي وقتا صعبا و أنا أضحى بالإشباع أو المتعة الحالية لتحقيق هدف معين بعيد المدى.
•	+					
						52- ما لم أحصل على الاهتمام كبير من الآخرين، أشعر بأنني أقل أهمية.
	•	+				
						53- لا أستطيع أن أبالغ في حذري، فلا بد من أن يحدث خطأ ما.
				•	+	
						54- إذا لم أكمل عملي بشكل صحيح، فعلي أن أتحمّل العواقب.
	+	•				
						55- لم أجد شخصا يستمع حقاً لي، أو يفهمني، أو يدرك احتياجاتي و مشاعري الحقيقية.
+	•					
						56- أشعر باليأس عندما أو يبتعد على شخص أهتم لأمره
	+	•				
						57- أشك إلى حد بعيد بدوافع الآخرين.
	+	•				
						58- أشعر أنني لا منتمي أو منعزل عن بقية الناس.
	+	•				
						59- أشعر أنني غير جدير بالحب.
		+		•		
						60- أنا لست موهوبا كغالبية الناس في العمل
	•		+			
						61- لا يمكن التعويل على قراراتي في مواقف الحياة اليومية
	•	+				

•	+					62- أقلق بشأن خسارة كل أموالي و أن أصبح معزولاً.
•	+					63- غالباً ما أشعر كما لو أن والدي يعيشان من خلالي أي لا امتلك حياة خاصة.
+ •						64- دائماً ما أترك الآخرين يختارون لي، لذلك لا أعرف حقاً ما أريده نفسي.
	•				+	65- لطالما كنت الشخص الذي يستمع لمشاكل الآخرين.
+	•					66- أضبط نفسي بشدة لدرجة أن الكثير من الناس يعتقدون أنني غير عاطفي أو بدون مشاعر.
•	+					67- أشعر بضغط دائم لإنجاز الأشياء و إكمالها.
	+ •					68- أشعر أنه لا ينبغي على القواعد و العادات السائدة كما يفعل الآخرون.
	•				+	69- لا أستطيع أن أجبر نفسي على القيام بأشياء لا أستمع بها حتى عندما أعرف ذلك في مصلحتي
				•	+	70- إذا أبديت تعليقات في اجتماع ما، أو تم تقديمي في موقف اجتماعي ما، فمن المهم كي أن أحظى بالتقدير و الإعجاب.

## الملاحق

				•	+	71- مهما بذلت جهدا في العمل، أشعر بقلق من الافلاس و خسارة كل شيء تقريبا.
				•	+	72- بغض النظر عن سبب قيامي بخطأ ما، فعندما أقوم بعمل خاطئ على أن أتحمل العواقب.
				•	+	73- لا يوجد شخص قوي أو حكيم لإعطائي نصائح أو توجيهات سلمية عندما أكون متأكدا مما ينبغي علي أن أفعله.
				•	+	74- أحيانا لشدة قلقي من تخلي الآخرين علي أدفعهم لذلك.
				•	+	75- عادة ما أراقب الدوافع الخفية للآخرين

مقياس بيك للتفكير الانتحاري للحالة 1

Beck's suicide intent scale

العزلة	0. مع وجود احد 1. وجود شخص قريب، أو على اتصال بصري أو صوتي 2. عدم وجود أحد قريب أو على اتصال بصري أو صوتي	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
التوقيت	0. التدخل محتمل 1. التدخل غير محتمل 2. التدخل غير محتمل إلى حد كبير	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
احتياطات ضد الاكتشاف/التدخل	0. لا احتياطات 1. احتياطات سلبية (تجنب الآخرين دون فعل أي شيء لمنع التدخل؛ البقاء بمفردك في غرفة بباب مفتوح) 2. احتياطات إيجابية (باب مغلق)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
التصرف للحصول على المساعدة أثناء/بعد المحاولة	0. إبلاغ المساعد المحتمل بشأن المحاولة 1. اتصل بالمساعد المحتمل ولكنه لم يبلغه تحديدا بشأن المحاولة 2. لم يتصل بالمساعد المحتمل أو يبلغه	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الأعمال الختامية تحسبا للوفاة (مثل: الوصية، والهدايا، والتأمين)	0. لا شيء 1. التفكير في ترتيبات الوفاة أو اتخاذها	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

	2. وضع خطط محددة أو إتمام ترتيبات	
التحضير النشط للمحاولة	0. لا شيء 1. من الحد الأدنى إلى المتوسط 2. الشامل	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
رسالة انتحار	0. غياب رسالة 1. رسالة مكتوبة، لكنها ممزقة؛ رسالة فكر فيها 2. وجود رسالة	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
إبلاغ صريح بالنية قبل محاولة الانتحار	0. لا شيء 1. إبلاغ غامض 2. إبلاغ واضح	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الغرض المزعوم من المحاولة	0. التلاعب بالبيئة، جذب الانتباه، الانتقام 1. مكونات "0" و"2" 2. لهروب، التوقف، حل المشكلات	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
توقع الوفاة	0. اعتقدت أن الموت غير محتمل 1. اعتقدت أن الموت ممكن ولكنه غير محتمل 2. اعتقدت أن الموت محتمل أو مؤكد	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
مفهوم فتك الطريقة مدى خطورة الاداة المستعملة	0. ألحق بنفسه ضرراً أقل مما كان يعتقد أنه مميت. 1. لم يكن متأكدًا مما إذا كان ما فعله مميتاً 2. مساوٍ أو يتجاوز ما كان يعتقد أنه مميت.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

جدية المحاولة	0. لم يُحاول إنهاء حياته بجدية 1. غير متأكد من جدية إنهاء حياته 2. حاول إنهاء حياته بجدية	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الموقف تجاه الحياة/الموت	0. لم يُرد الموت 1. مكونات "0" و "2" 2. أراد الموت	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
مفهوم الإنقاذ الطبي	0. اعتقد أن الوفاة مستبعدة إذا تلقى رعاية طبية 1. لم يكن متأكدًا من إمكانية تجنب الوفاة بالرعاية الطبية 2. كان متأكدًا من الوفاة حتى لو تلقى رعاية طبية	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
درجة سبق الإصرار	0. لا يوجد؛ متهور 1. فكر في الانتحار لمدة ثلاث ساعات أو أقل قبل محاولته 2. فكر في الانتحار لأكثر من ثلاث ساعات قبل محاولته	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
رد الفعل على المحاولة	0. أعتذر عن المحاولة؛ أشعر بالغباء والخجل (ضع دائرة حول أيهما) 1. أقبل المحاولة وفسلها 2. أندم على فشل المحاولة	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
تصوّر الموت	0. الحياة بعد الموت، لمَ الشمل مع الموتى 1. نوم لا ينتهي، ظلام، نهاية الأشياء 2. لا توجد مفاهيم أو أفكار عن الموت	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

عدد المحاولات السابقة	<p>0. لا شيء</p> <p>1. محاولة أو اثنتان</p> <p>2. ثلاث محاولات أو أكثر</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>
العلاقة بين تناول الكحول ومحاولة الانتحار	<p>0. تناول بعض الكحول قبل محاولة الانتحار، ولكن ليس مرتبطاً بها، ويقال إنه ليس كافياً لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع.</p> <p>1. تناول كمية كافية من الكحول لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع، وتقليل المسؤولية/السيطرة على الانفعالات.</p> <p>2. تناول الكحول عمداً لتسهيل تنفيذ محاولة الانتحار.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>
العلاقة بين تناول المخدرات ومحاولة الانتحار (المخدرات، المهلوسات، إلخ. المخدرات ليست الطريقة المستخدمة للانتحار)	<p>0. تناول بعض المخدرات قبل محاولة الانتحار، ولكن ليس مرتبطاً بها، ويُقال إنه غير كافٍ لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع.</p> <p>1. تناول كمية كافية من المخدرات لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الهوية، وتقليل المسؤولية/السيطرة على الانفعالات.</p> <p>2. تناول المخدرات عمداً لتسهيل تنفيذ محاولة الانتحار</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>

مقياس بيك للتفكير الانتحاري للحالة 2

Beck's suicide intent scale

العزلة	0. مع وجود احد 1. وجود شخص قريب، أو على اتصال بصري أو صوتي 2. عدم وجود أحد قريب أو على اتصال بصري أو صوتي	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
التوقيت	0. التدخل محتمل 1. التدخل غير محتمل 2. التدخل غير محتمل إلى حد كبير	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
احتياطات ضد الاكتشاف/التدخل	0. لا احتياطات 1. احتياطات سلبية (تجنب الآخرين دون فعل أي شيء لمنع التدخل؛ البقاء بمفردك في غرفة بباب مفتوح) 2. احتياطات إيجابية (باب مغلق)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
التصرف للحصول على المساعدة أثناء/بعد المحاولة	0. إبلاغ المساعد المحتمل بشأن المحاولة 1. اتصل بالمساعد المحتمل ولكنه لم يبلغه تحديدا بشأن المحاولة 2. لم يتصل بالمساعد المحتمل أو يبلغه	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الأعمال الختامية تحسبا للوفاة (مثل: الوصية، والهدايا،	0. لا شيء 1. التفكير في ترتيبات الوفاة أو	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

والتأمين)	اتخاذها 2. وضع خطط محددة أو إتمام ترتيبات	2 <input type="checkbox"/>
التحضير النشط للمحاولة	0. لا شيء 1. من الحد الأدنى إلى المتوسط 2. الشامل	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
رسالة انتحار	0. غياب رسالة 1. رسالة مكتوبة، لكنها ممزقة؛ رسالة فكر فيها 2. وجود رسالة	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
إبلاغ صريح بالنية قبل محاولة الانتحار	0. لا شيء 1. إبلاغ غامض 2. إبلاغ واضح	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الغرض المزعوم من المحاولة	0. التلاعب بالبيئة، جذب الانتباه، الانتقام 1. مكونات "0" و"2" 2. لهروب، التوقف، حل المشكلات	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
توقع الوفاة	0. اعتقدتُ أن الموت غير محتمل 1. اعتقدتُ أن الموت ممكن ولكنه غير محتمل 2. اعتقدت أن الموت محتمل أو مؤكد	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
مفهوم فتك الطريقة مدى خطورة الاداة المستعملة	0. ألحق بنفسه ضرراً أقل مما كان يعتقد أنه مميت. 1. لم يكن متأكدًا مما إذا كان ما فعله مميتاً 2. مساوٍ أو يتجاوز ما كان	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

	يعتقد أنه مميت.	
جدية المحاولة	0. لم يُحاول إنهاء حياته بجدية 1. غير متأكد من جدية إنهاء حياته 2. حاول إنهاء حياته بجدية	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
الموقف تجاه الحياة/الموت	0. لم يُرد الموت 1. مكونات "0" و"2" 2. أراد الموت	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
مفهوم الإنقاذ الطبي	0. اعتقد أن الوفاة مستبعدة إذا تلقى رعاية طبية 1. لم يكن متأكدًا من إمكانية تجنب الوفاة بالرعاية الطبية 2. كان متأكدًا من الوفاة حتى لو تلقى رعاية طبية	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
درجة سبق الإصرار	0. لا يوجد؛ متهور 1. فكر في الانتحار لمدة ثلاث ساعات أو أقل قبل محاولته 2. فكر في الانتحار لأكثر من ثلاث ساعات قبل محاولته	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
رد الفعل على المحاولة	0. أعتذر عن المحاولة؛ أشعر بالغباء والخجل (ضع دائرة حول أيهما) 1. أقبل المحاولة وفسلها 2. أندم على فشل المحاولة	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
تصوّر الموت	0. الحياة بعد الموت، لمّ الشمل مع الموتى 1. نوم لا ينتهي، ظلام، نهاية الأشياء 2. لا توجد مفاهيم أو أفكار عن	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## الملاحق

	الموت	
عدد المحاولات السابقة	0. لا شيء 1. محاولة أو اثنتان 2. ثلاث محاولات أو أكثر	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
العلاقة بين تناول الكحول ومحاولة الانتحار	0. تناول بعض الكحول قبل محاولة الانتحار، ولكن ليس مرتبطاً بها، ويقال إنه ليس كافياً لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع. 1. تناول كمية كافية من الكحول لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع، وتقليل المسؤولية/السيطرة على الانفعالات. 2. تناول الكحول عمداً لتسهيل تنفيذ محاولة الانتحار.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
العلاقة بين تناول المخدرات ومحاولة الانتحار (المخدرات، المهلوسات، إلخ. المخدرات ليست الطريقة المستخدمة للانتحار)	0. تناول بعض المخدرات قبل محاولة الانتحار، ولكن ليس مرتبطاً بها، ويقال إنه غير كافٍ لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الواقع. 1. تناول كمية كافية من المخدرات لإضعاف القدرة على الحكم، واختبار الهوية، وتقليل المسؤولية/السيطرة على الانفعالات. 2. تناول المخدرات عمداً لتسهيل تنفيذ محاولة الانتحار	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقصي فعالية العلاج بالمخططات المعرفية التي طورها عالم النفس الأمريكي جيفري يونغ في معالجة الاكتئاب المصحوب بالتفكير الانتحاري عند فئة المراهقين، وتكمن أهمية هذه الدراسة في زيادة نقشي مظاهر الضيق النفسي والانفعالي لدى المراهقين في ظل التحولات الاجتماعية والضغوط النفسية المتزايدة في المجتمع الجزائري؛ مما يجعل من فئة المراهقين إحدى الفئات الهشة والأكثر عرضة لتطوير اضطرابات اكتئابية حادة قد تصل إلى حدود التفكير في الانتحار، بل وأحيانا إلى محاولات انتحار فعلية. و قد تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالات العيادية المعمقة نظرا لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، والذي يتيح الفهم الشامل للتركيبية النفسية للمراهق المكتئب والمقبل على الانتحار، من خلال الجمع بين أدوات وصفية وتفسيرية متكاملة مع بعضها البعض وقد تم اختيار ثلاث حالات عيادية لمراهقين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 سنة، يعانون من درجات متفاوتة من الاكتئاب الحاد المصحوب بأفكار انتحارية و محاولات انتحارية فاشلة مسبقا؛ وذلك اعتمادا على مؤشرات، و أدوات تشخيصية موضوعية من خلال تطبيق استبيان بيك للاكتئاب ومقياس بيك للتفكير الانتحاري إلى جانب الملاحظة العيادية المنظمة أثناء المقابلات . و قد تم تصميم برنامج علاجي قائم على المبادئ العلاجية بالمخططات المعرفية لجيفري يونغ و الذي هدف إلى تحديد وتفكيك المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للمراهقين قيد الدراسة. كما تم استخدام المقاربتين النظريتين المعرفية و السلوكية في تحليل و تفسير النتائج التي تم التوصل إليها.

**الكلمات المفتاحية:** المخططات المعرفية لجيفري يونغ - الاكتئاب - المراهق - الانتحار.

## Abstract:

This study investigates the effectiveness of Schema Therapy, developed by American psychologist Jeffrey Young, in treating depression accompanied by suicidal ideation among adolescents. The relevance of this research stems from the increasing prevalence of psychological and emotional distress in adolescents particularly in the context of ongoing social changes and rising

psychological pressures within Algerian society. Adolescents are considered a particularly vulnerable population with a high risk of developing severe depressive disorders that may escalate to suicidal thoughts or even actual suicide attempts.

The study employed a clinical methodology based on case studies, which is well suited to the complex psychological dynamics involved. A total of three adolescent clinical cases were selected, involving teenagers aged from 15 to 19 years, all diagnosed with varying degrees of severe depression accompanied by suicidal ideation and previous failed suicide attempts. Diagnostic procedures included the administration of the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS), alongside structured clinical observations conducted during sessions.

A therapeutic intervention program was designed based on the principles of Jeffrey Young's Schema Therapy, aiming to identify and dismantle early maladaptive cognitive schemas. The cognitive and behavioral theoretical frameworks were applied to analyze and interpret the results obtained throughout the intervention process.

**Key words:** Jeffrey's young Schema therapy – Depression – Adolescents – Suicide