Université Sétif2

الجمهوريـة الجزائريـة الديمقراطيـــة الشعبيـة

جـامـعــة سطيـــــــــف – 2ـ

أطروحة

مقدمة بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

لنيل شهـــــــــــــــادة

دكتوراه العلـــــــوم

تخصص: علم النفس العيادي

من طرف

الطالبة : واكلي بديعـــة

الموضوع

استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين

بتاريخ ..... 06 جوان 2013 ..... أمام اللجنة المتكونة من:

لوكيا الهاشمي	أستاذ التعليم العالي بجامعة قسنطينة	رئيسا
محمد الصغير شرفي	أستاذ التعليم العالي بجامعة سطيف 2	مشرفا
بوشلوخ محفوظ	أستاذ محاضر بجامعة قسنطينة	مناقشا
بوعلي نور الدين	أستاذ محاضر بجامعة سطيف 2	مناقشا
تيغليت صلاح الدين	أستاذ محاضر بجامعة سطيف 2	مناقشا
عمارجية نصر الدين	أستاذ محاضر بجامعة سطيف 2	مناقشا

السنــة الجـامعيــة 2013/2012

إهـداء

إهدائي الأول:

إلى من علماني العزم والإصرار على الشموخ.....

وحرصا دوما على أن أنال النجاح و السعادة.....

و أعطياني الحب و الأمل و علماني الصبر.....

والدايا الغاليان.

إهدائي الثاني:

إلى العاطفة الصادقة التي أنارت طريق حياتي.....

و الأمل المتجدد، وحب الحياة زوجي الغالي.....

وزهرات عمري, ليليا وسامي و أمين.....

بديعة

كلمة شكر و تقدير

أن الحمد لله نحمده حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه كما ينبغي بجلاله و وجهه وعظيم سلطانه, و نستعينه ونستغفره و نستهديه, وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له و أن محمدا عبده و رسوله صلى الله عليه وسلم. وأتقدم بعد شكر الله تعالى ببالغ شكري و عظيم أمنياتي إلى أستاذي الفاضل شرفي محند الصغير على ما قدمه من توجيهات سديدة طوال مدة إعداد هذه الرسالة, وأشكره شكرا خاصا على تشجيعه و مساندته لي, فله مني باقة ورود بيضاء أعبر بها عن شكري وتقديري، كما أسأ ل الله عز وجل أن يجزيه عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى العاملين بمستشفى الأمراض العقلية بعين عباسة و أخص بالشكر أطباء العقل و الأخصائيين في علم النفس العيادي العاملين بهذا المستشفى, لما قدموه لي من دعم لإكمال هذا البحث وأنوه بالدور الفعال والجهد المشكور الذي قام به الأستاذ: بلقيدوم بلقاسم الذي أجرى المعالجات الإحصائية الخاصة بهذا البحث. وأتقدم كذلك بجزيل الشكر لزينب الزوجة الفاضلة لبلقيدوم و لصونية إشعلالن و حكيمة واكلي وذلك لما بذلتاه من جهود طيبة ومساندة صادقة لي من خدمات، واسأل الله عز وجل أن يجزيهما عني خير الجزاء, فلهما مني باقة ورد حمراء ... تعبيراً عن مدى حبي وأمتناني... كما أقدم عظيم شكري وامتناني إلى والدتي الكريمة التي غمرتني بالكثير من عطائها وما تزال تقدمه لي نصح وإرشاد وتوجيه، لإكمال دراستي والتقدم نحو الأمام متجاوزة مصاعب الحياة بالأمل الجديد, فأسأل الله عز وجل أن يعطيها العمر المديد وأن يرزقها سعادة الدارين، إنه تعالى سميع مجيب.

وأخيرً إلى كل من ساندني وحثني على تجاوز مصاعب الحياة, وإلى كل من تسعده إنجازاتي من الأقارب والأصدقاء أقدم لهم طوقًا من الياسمين تعبيراً عن شكري وامتناني....

وفي الختام اسأل الله عز وجل أن يجعل هذه الرسالة وجميع أعمالنا خالصة لوجهه الكريم، وإن أصبت فمن الله وبفضله، وإن أخطأت فمن نفسي ومن الشيطان وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحثة: بديعة واكلي

المحتويات	الصفحة
الإهداء	
كلمة شكر و تقدير	
مقدمة	01
الجانب النظري **الفصل الأول: الإطار العام للبحث**	
إشكالية الدراسة	06
فرضيات البحث	12
أهداف البحث	14
أهمية البحث	15
تحديد مفاهيم البحث	16
الدراسات السابقة	18
الفصل الثاني: الاكتئاب	
تمهيد	31
تعاريف الاكتئاب	32
أ- تعريف الاكتئاب من خلال القواميس و المعاجم اللغوية	32
ب- تعريف الاكتئاب من خلال المعاجم و الموسوعات السيكولوجية	32
ج- تعريف الاكتئاب من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الاكتئاب	36
2- مدى انتشار الاكتئاب (Epidémiologie)	39
2-1 الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية للمكتئبين	39
2-1-1 الجنس	39
2-1-2 السن	40
2-1-2-1 الراشدون	40
2-1-2-2 الأطفال	40
2-1-2-3 المراهقون	41
2-2 المستوى الاقتصادي و الاجتماعي	42
2-3 العوامل الثقافية	42
3- النسبة المرضية (Morbidité)	43
4- نسبة الوفيات Mortalité	44
5- خطر المرضية: Risque Morbide	45
6 – الشخصية الاكتئابية	45
7- تصنيف و تشخيص الاكتئاب	46
أولا- التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases : ICD)	50
ثانيا- الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية (Diagnostical Statistical Manual of mental Disorder : DSM)	55
التصنيف التشخيصي للاضطرابات المزاجية كما وردت في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV	56

8- أسباب الاكتئاب	71
9- النظريات المفسرة للاكتئاب	73
9-1 النظريات البيولوجية	74
9-1-1 النظرية الوراثية الجينية	75
9-1-2 التفسير الكيميائي الحيوي (النظرية البيوكيميائية)	76
9-2 النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب	79
9-2-1 الاتجاه (السيكودينيامي (التحليل النفسي)	79
9-2-1-1 فرويد Freud(1917) : الفقدان و فشل الحداد	80
9-2-1-2 أبراهام (1911) Abraham : التثبيت الليبيدي الفمي	81
9-2-1-3 ميلاني كلاين و الوضع الاكتئابي (1932) Mélani Klein	82
9-2-1-4 سبيتز Spitz (1946) و الاكتئاب الاعتمادي	83
9-2-1-5 بيبرنج Bibring (1953) و عجز الذات	83
9-2-1-6 بولبي Bowlby(1973) و قلق الانفصال	84
9-2-2 الاتجاه السلوكي	85
9-2-2-1 واطسون، إيزنك وولبه و الإشراط الكلاسيكي	85
9-2-2-2 سكينر و الإشراط الإجرائي (1953) Skinner	86
9-2-2-3 باندورا و الفعالية الذاتية(1977) Bandura	87
9-2-2-4 روتر و مركز التحكم (1966) Rutter	88
9-2-2-5 ليفينسون و تناقص التدعيم (1974) Lewinsohn	89
9-2-3 الاتجاه المعرفي	91
9-2-3-1 نظرية بيك Beck (1961) و الثلاثية المعرفية	92
9-2-3-2 سليجمان Seligman و العجز المكتسب (1975)	95
9-2-3-3 ريهم و نموذج التحكم الذاتي: (1977) Rehm	96
9-2-3-4 أبرامسون و زملاؤه (Abramson et al) (1989) و نظرية اليأس	97
9-2-3-5 ألبرت إليس (Ellis)	99
9-2-4 الاتجاه البينشخصي (Approche Interpersonnelle)	104
9-2-4-1 ويسمان و كلارمان Weismann et Klerman (1970) و اضطراب الأدوار الاجتماعية.	105
9-2-4-2 كوين و داوني Coyne et Downey(1991) و الفشل في مواجهة الضغوط	105
تعليق على نظريات الاكتئاب	106
ملخص الفصل	108
الفصل الثالث: الضغط النفسي	
تمهيد	109
1- مفهوم الضغط النفسي	110
2- أنواع و مصادر الضغوط	112
3- تعاريف الضغط	117
3-1 تعريف الضغوط من خلال القواميس و المعاجم اللغوية	117

2-3 تعريف الضغوط من خلال المعاجم و الموسوعات السيكولوجية	117
3-3 تعريف ضغوط الحياة من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط	121
4- أشكال الضغط النفسي	128
5- مظاهر الضغط النفسي	130
6- علاقة الضغط النفسي بالمرض	136
7- جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي	137
8- الأمراض (النفس-جسدية) الناتجة عن الضغط النفسي	141
9- مواجهة الضغوط	145
10- النظريات المفسرة للضغوط	149
1-10 المنظور البيولوجي و الفسيولوجي	149
1-1-10 نظرية سيلي في الضغوط Selye	149
2-1-10 نظرية ولتر كانون Walter Cannon	153
2-10 المنظور المعرفي	153
ملخص الفصل	155
الفصل الرابع: استراتيجيات المواجهة	
تمهيد	157
1-مفهوم استراتيجيات التعامل مع الضغوط	158
2- تصنيف استراتيجيات المواجهة	160
3 – وظائف استراتيجيات المواجهة	168
4- مميزات استراتيجيات المواجهة	169
5-أساليب المواجهة و آليات الدفاع Defense Mechanism, Coping styles	171
6- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة	173
7- فعالية استراتيجيات المواجهة	174
8-النظريات المفسرة لمفهوم التعامل مع الضغوط (المواجهة: Coping)	176
8-1- نظرية " فرويد" في الشخصية	177
8-2- النظرية المعرفية – الظواهرية	181
8-2-1- نظرية لازاروس	182
8-2-1-1 مصادر الضغط حسب لازاروس	182
8-2-1-2- عملية التقييم	183
أ- عملية التقييم الأولي (المبدئي)	184
ب- عملية التقييم الثانوي	186
ج- ما العلاقة بين عملية التقييم الأولي و عملية التقييم الثانوي؟	186
8-3 نظرية السمات الشخصية	188
تعقيب على النظريات	188
ملخص الفصل	192
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: منهج البحث و إجراءاته	

تمهيد	193
1- منهج البحث و تصميمه	194
2- الإشكالية الخاصة للبحث	195
2-1 أسئلة و فرضيات البحث	195
3- الدراسة الاستطلاعية	198
4- متغيرات البحث	198
5- عينة البحث	199
6- أدوات البحث و خصائصها السيكومترية	206
7- طريقة اجراء البحث	216
8- التحليلات الإحصائية	217
الفصل السادس: عرض النتائج	
عرض النتائج	219
الفصل السابع: مناقشة النتائج	
مناقشة النتائج	238
الاستنتاج العام	279
خاتمة	281
المراجع باللغة العربية	285
المراجع باللغة الأجنبية	295
الملاحق	

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوانه	الصفحة
01	أعراض الاكتئاب حسب المراحل العمرية (الطفولة و المراهقة)	41
02	التصنيفات التشخيصية للاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب وفقا للدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV	59
03	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	202
04	توزيع أفراد العينة حسب السن	203
05	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	204
06	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	205
07	العبارات المعدلة في استبيان استراتيجيات المواجهة	212
08	درجات مؤشر صدق المحتوى الاستبانة قياس استراتيجيات المواجهة	213
09	قيم معامل ألفا كرومباخ لاستبانة استراتيجيات المواجهة	214
10	نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة الفعالة.	220
11	نتائج الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة وفقا لمتغير الجنس.	222
12	نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ومتغير السن.	224
13	نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ومتغير السن.	224
14	نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ومتغير السن.	225
15	نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب ومتغير السن.	226
16	نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال ومتغير السن.	227
17	نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة والمستوى التعليمي	228
18	نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل والمستوى التعليمي	229
19	نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والمستوى التعليمي.	230
20	نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب والمستوى التعليمي.	231
21	نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال والمستوى التعليمي	232
22	نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ودرجة الاكتئاب.	233
23	نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل ودرجة الاكتئاب	233
24	نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عم السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب.	234
25	نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب ودرجة الاكتئاب.	235
26	نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب	235
27	نتائج استعمال المكتئبين لاستراتيجيات المواجهة المحددة في الدراسة الحالية.	236

مقدمة البحث

مقدمة:

تؤكد الدراسات الحديثة أن العصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب إذ توجد في حياتنا اليومية العديد من الانفعالات التي تمثل في مجملها أشكالا للحزن. و تندرج الانفعالات العامة التي نمر بها كالحب و الفخر و الازدراء و الحزن و الفزع و غيرها تحت خمسة أنواع من المشاعر هي الحب و السعادة و الغضب و الحزن و الخوف.

و سمي القرن العشرين بعصر الاكتئاب, نظرا للآثار السلبية الناتجة عن الضغوط النفسية و أشكال الإحباط التي أفرزها السباق المحموم بين البشر نحو السيطرة و اكتساب الماديات, و انتشار النزاعات المحلية و الإقليمية بين شعوب العالم, و الصراعات السياسية و المشكلات الاقتصادية و الاجتماعية, و عدم الاكتراث بالجوانب الوجدانية و العلاقات الإنسانية, و الإسراف في الفردية و تدهور القيم الروحية و الأخلاقية.

و يعتبر الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا و انتشارا في الدول المتقدمة, ويمثل أحد اضطرابات الوجدان. (عادل محمد عبد الله, 2000, ص 157)

و قد عرف الإنسان الاكتئاب منذ أقدم العصور, وربما يكون أقدم اضطراب نفسي و عقلي تم تسجيله في التراث الطبي الإنساني. حيث كانت السوداوية أو الكآبة أحد الأشكال الأربعة التي حددها الطبيب اليوناني هيبوقراط في القرن الرابع ق.م في الورق التي قدمها عن الملنخوليا (و هو الاسم القديم للاكتئاب).

و الاكتئاب خبرة إنسانية شائعة, فكل فرد من بني البشر تقريبا يمر في مرحلة ما من حياته بخبرة الاكتئاب. و تختلف هذه الخبرة في شدتها من فرد إلى آخر, حيث يتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبيا و الكآبة, إلى مشاعر القنوط و الجزع و اليأس.

و لقد قرر سارتوريوس مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في عام 1986, أن هناك أكثر من 200 مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية تدخل في المعدل الإكلينيكي. و يعتقد أن هذه النسبة في تزايد لأسباب عديدة منها تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي, و تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب.

و كذا سرعة التغير الاجتماعي الذي يعمل على زيادة الضغوط النفسية التي تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية و تساعد على استمرارها.

هذا بالإضافة إلى التفاوت في المستوى الاقتصادي, حيث وجد وولد (1986) Wold أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض و شيوع الأعراض الاكتئابية و الاضطرابات

الوجدانية. كما دلت الدراسات عبر الثقافية إلى أن الاكتئاب يعتبر من الاضطرابات الأكثر انتشارا في الدول النامية منه في الدول المتقدمة.

و يعتبر الاكتئاب المشاعر الكئيبة و الحزن و السأم و العزلة و عدم السعادة و اضطراب العلاقة بالأنا و بالآخر و قلة الحيلة, العجز و انخفاض الهمة و الحماس.

و قد يكون الاكتئاب عصابيا طفيفا و قد يكون ذهانيا ينتهي إلى تدمير الشخص.

و هذا يعني أن الاكتئاب درجات, و إذا تضافرت أسباب و عوامل عديدة, فقد تصل حدة الاكتئاب إلى مستوى خطير. و تبدو خطورة المستوى المرتفع للاكتئاب في انعكاس ذلك على تدهور قوى الشخص و همته و دافعيته, مما ينعكس في النهاية على إنتاجيته و إنجازه. (غريب عبد الفتاح غريب, 1993, ص 33)

ظهر الاكتئاب في معظم االتصنيفات و المعالجات الخاصة بالأمراض النفسية و العقلية في التراث السيكولوجي و السيكاتري بعد ذلك. و قد أوضحت الزيادة الكبيرة في الأبحاث حول الاكتئاب خلال السنوات الماضية, أن هناك اهتماما عالميا كبيرا بكل من أسبابه و انتشاره, حيث يبدو أنه قد وصل إلى مرحلة الوباء. (أحمد عبد الخالق, 1991 , ص 5)

و تشير تقارير البحوث إلى أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا. فقد وجد زيقلر و فليبس (1967) Zigler et Philips , أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية ظهورا في 793 مريضا تم دخولهم المستشفى. فقد وجد الباحثان أن الاكتئاب شكل 38 % من مجموع الحالات. (غريب عبد الفتاح غريب, 1993, ص 32)

و في نشرة إحصائية صادرة عن المعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية عام (1981), تبين منها أن الاكتئاب بأنواعه يعتبر في مقدمة كافة الاضطرابات النفسية من حيث الانتشار. (نفس المرجع السابق, ص 33).

و من ناحية أخرى يورد بويد- وايزمان (1986) أن انتشار الأعراض الاكتئابية يقع بين 13 % إلى 20 % من مجموع السكان. و يبلغ انتشار الاكتئاب الأحادي في المجتمعات الصناعية 3 % عند الرجال و 5 % عند النساء. (أحمد عبد الخالق,1991ص 8).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية خطورة, و ذلك لزيادة عدد الوفيات من المصابين به, و التي عادة ما ترجع إلى الانتحار, لأنه يرتبط ارتباطا وثيقا بالانتحار. فقد أوضحت الدراسات أن حوالي 15 % من المصابين بنوع واحد من الاكتئاب, و الذي يعرف بالاكتئاب الأحادي , يموتون بالانتحار. كما وجد أن 400 ألف شخص يقدمون على الانتحار كل عام. (عبد الله عسكر, 1988, ص 437)

و يذهب وانج (1974) Wang إلى أن نسبة الانتحار لدى الأفراد ذوي التاريخ الاكتئابي تعتبر أعلى من نسبته لدى الجمهور العام. (غريب عبد الفتاح غريب, 1993, ص 34).

إن الاكتئاب من الاضطرابات المعيقة عن العمل, سواء في العمل الدراسي أو الانتاج المهني, مما يجعله يتسبب في ضياع أموال كثيرة سواء في الإنفاق على علاج المصابين به أو في المردود الاقتصادي.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية أين تتوافر الرعاية الصحية المنظمة و تنتشر, بحيث تكون في متناول الجميع, تذكر أحد التقارير الإحصائية (1993), أن الاكتئاب يعد مشكلة طبية خطيرة, تصيب حوالي 12 مليون فرد بالغ سنويا, و تكلف الاقتصاد 27 مليار دولار سنويا بسبب الغياب عن العمل, و فقدان الطاقة الإنتاجية و الرعاية الصحية. و نتيجة لهذه الخطورة, قام المركز القومي للصحة النفسية و منظمات أخرى, بحملة تخللتها برامج تربوية و نفسية في محاولة لكشف الستار عن الاكتئاب و مدى خطورته و إمكانات علاجه. (غريب عبد الفتاح غريب, 1993, ص 6)

و قد يكون ظهور الاكتئاب على نحو واضح, مرتبطا ببعض الأحداث المأساوية ككوارث موت الأعزاء, أو الانفصال, أو الكوارث المادية, (عبد الستار إبراهيم, 1998, ص 18).

حيث كشفت نتائج دراسات هولاهان وموس (1990) Holahan & Moos التي بحثت الآثارالنفسية للضغوط المثيرة للمشقة عن وجود علاقة ارتباطية بين أحداث الحياة الضاغطة و المظاهر الاكتئابية. و أكد هذه النتائج آفيسون و ترنر (1988) Avison & Turner في دراسة للكشف عن العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة و الإصابة بالاكتئاب, فأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين المواقف الضاغطة و الأعراض الاكتئابية. (في يوسف جمعة سيد, 2001, ص 154)

و لا شك أن الإنسان لا يقف مكتوف اليدين إزاء أي ضغط يوتره أو يهدد حياته, فالحفاظ على النفس البشرية و توازنها غريزة فطرية يتمتع بها الإنسان.

وعليه فالفرد يواجه هذه الضغوط محاولا التعامل و التكيف معها و تخفيف آثارها وحلها. و يستخدم في ذلك استراتيجيات أو أساليب معرفية و انفعالية و سلوكية تدعى باستراتيجيات المواجهة, و التي عرفها لازاروس و لونيي (1978) على أنها مجموعة السياقات التي يضعها الفرد بينه و بين الحدث المدرك على أنه مهدد, من أجل ضبط, تحمل أو تخفيض أثر هذا الأخير على الصحة الجسمية و النفسية.

(Paulhan et al, 1994, p 70)

من هنا تتضح لنا أهمية دراسة هذا الاضطراب, و ذلك بالبحث عن أكثر استراتيجيات المواجهة استعمالا عند فئة المكتئبين, و دراسة الفروق بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة, و كذا الكشف عن العلاقة بين هذه الاستراتيجيات و تفاعلاتها بمتغيرات الجنس, السن, المستوى التعليمي و درجة الاكتئاب.

و للإلمام بهذا الموضوع قسمنا بحثنا إلى سبعة فصول و هي:

أولا: تناولنا في هذا الفصل إشكالية الدراسة و فرضياتها, كما عرضنا أهداف الدراسة و أهميتها, و حددنا مفاهيم البحث. كما عرضنا الدراسات السابقة التي بحثت في متغيرات هذه الدراسة, و قسمناها إلى قسمين , خصصنا الأول للدراسات السابقة التي تناولت موضوع الاكتئاب و علاقته بالضغط النفسي, و الثاني للدراسات التي اهتمت باستراتيجيات المواجهة و علاقتها بالمرض.

ثانيا: خصصنا هذا الفصل للاكتئاب فعرضنا مفهومه و مختلف تعريفاته و مدى انتشاره, ثم ذكرنا أعراضه و تصنيفاته. كما تطرقنا لتشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الرابع, و أسبابه و أنهينا هذا الفصل بالنظريات المفسرة للاكتئاب.

ثالثا: عرضنا في هذا الفصل الضغط النفسي مع تحديد مفهومه و تعريفاته المتنوعة, ثم ذكرنا أنواع و مصادر الضغوط و أشكاله ثم مظاهره. و بعدها تطرقنا للأمراض الناجمة عن الضغط النفسي, ثم مواجهة الضغوط و أخيرا النظريات المفسرة للضغط.

رابعا: أما في هذا الفصل فإن الحديث كان عن استراتيجيات المواجهة, فتطرقنا فيه إلى تعريف استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل و المتمركزة على الانفعال مع عرض أهم وظائف المواجهة و مميزاتها , كما تطرقنا إلى مختلف العوامل المؤثرة في استجابات المواجهة من قابلية ضبط الحدث و علاقة استراتيجيات المواجهة بكل من الصحة النفسية و اضطراباتها و تطرقنا كذلك للأساليب المواجهة و الآليات الدفاعية كما تناولنا بالدراسة النظريات المعرفية للضغط و المواجهة .

خامسا: خصصنا هذا الفصل لمنهج البحث و إجراءاته, أين تطرقنا إلى الخطوات المتبعة لإنجاز هذا البحث, حجم العينة المدروسة, خصائصها, و تصميم البحث. كما عرضنا أدوات القياس و خصائصها السيكومترية, و طريقة إجراء البحث, إضافة إلى أهم التحليلات الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة.

سادسا: قمنا في هذا الفصل بعرض نتائج الدراسة, حيث قدمنا نتائج كل فرضية من فرضيات الدراسة على حدا.

سابعا: أما هذا الفصل فخصصناه لمناقشة نتائج الدراسة بالتفصيل, كما عرضنا الاستنتاج العام أين لخصنا النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث.

و في الأخير أنهينا هذا البحث بخاتمة تحتوي على ملخص الدراسة و نتائجها, مع تقديم بعض الاقتراحات و التوصيات.

الفصـل الأول:

الإطـار العـام للبحـث

1-إشكالية الدراسة

2- فرضيات البحث

3- أهداف البحث

4- أهمية البحث

5- تحديد مفاهيم البحث

6- الدراسات السابقة

الإشكاليـة

تعد اضطرابات الوجدان (المزاجية) من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا , و هي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية .و يكفي القول أن 50% - 70% من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الاكتئاب . و يتوقع الأخصائيون و العياديون تزايد عدد المصابين بهذا المرض في المستقبل , فحسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) يوجد مائة مليون مكتئب في العالم , على امتداد سنة واحدة .كما أن مآل هذا الاضطراب يتميز بالارتداد حيث نسبة 50% من الحالات تعرف انتكاسا في العام الموالي للظهور الأول . (Blackburn et cottraux , 2001, p 10)

و يمكن فهم مدى شيوع هذا الاضطراب و كيفية انتشاره من خلال العوامل المختلفة التي تتسبب في ظهوره , إذ اتفقت غالبية الدراسات على إيجابية العلاقة بين ضغوط الحياة و الاكتئاب أمثال دراسة شارما Sharma (2003) التي توصلت إلى أن الضغوط الدائمة و المستمرة بشكل تطوري يمكنها أن تحدث الإصابة بالاكتئاب.

و بينت الكثير من الدراسات أمثال دراسة جانيت و موريس Morris&Janet (1984) أن هناك علاقة إيجابية دالة بين أحداث الحياة السلبية و الاكتئاب.

كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة تفاعل بين أحداث الحياة السلبية و الاكتئاب Janet (& Morris , 1984) , و توصلت ليندا و جانيت Linda & Janet (1985) في دراستهما إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين أحداث الحياة الضاغطة غير المسيطر عليها و الاكتئاب . بينما ارتبطت أحداث الحياة الايجابية سلبيا بالاكتئاب (Linda & Janet ,1985) و بين كذلك شعبان جاب الله رضوان (1996) في دراسته **أن** الدرجة الكلية لتكرار الأحداث تسهم بنسبة ذات دلالة جوهرية في تباين مظاهر الاكتئاب كسمة لدى عينتي الطلاب و الموظفين .

و توصل جون و ديكسون Dixon & Jon (2000) إلى أن هناك علاقة موجبة بين أحداث الحياة السالبة و الأعراض الاكتئابية.

كما توصلت الدراسة إلى تأثير جوهري لأحداث الحياة السالبة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية و خاصة أحداث الحياة السالبة التي ارتبطت ارتباط دال و جوهري بزيادة الأعراض الاكتئابية.(Dixon & Jon , 2000)

أما سيجارد Sigurd (1981) فتوصل في دراسته إلى وجود ارتباطا دالا حصائيا و موجبا بين أحداث الحياة الضاغطة و المتعددة و الاكتئاب العصابي.

(Sigurd ,1981, p 99)

يتضح مما سبق أن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في أوقات و مواقف مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة توافق مع البيئة , و يظهر أنها مسئولة عن نشوء مجموعة من الاضطرابات منها النفسية و العقلية , لكن يمكن للفرد أن يسأل لماذا بعض الأشخاص دون الآخرون , و تحت ظل نفس الضغوط يحتفظون بصحتهم الجسدية و النفسية و يحققون ذواتهم ولا يمرضون؟

مثل هذا التساؤل يفتح المجال لوجود فروق فردية و متغيرات نفسية اجتماعية تدعم قدرة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط و الاستمرار في الحياة بسلامة و أمان.

و في هذا السياق أشار هينكل Hinkel (1974) إلى أنه رغم أن بعض الأشخاص يتعرضون لأحداث حياتية ضاغطة مثل الظروف المعيشية أو العلاقات الأسرية أو التغير في المراكز الاجتماعية و مع ذلك يحتفظون بصحتهم الجسدية و النفسية و لا يمرضون.

و يرى موس Moos (1976) بأنه يجب أن تركز الدراسات على تنمية المتغيرات الإيجابية كالصلابة النفسية و الفاعلية و ليس فقط خفض التوتر.(نقلا عن مخيمر, 1997 , ص 104) و يضيف كل من دلنجيس Delongis و آخرون(1988) و روديـن و سلوفي Salovey & Rodin (1989) نقلا عن وستن Westen(2000) بأن بقاء الفرد الذي يختبر ضغطا في صحة جيدة أو إصابته بالمرض, أمر يرتبط بتنظيم الشخصية و استعداداتها. و يمكن للشخصية أن تؤثر على الضغط و الصحة بواسطة دوافع نفسه و طريقته المعتادة للاستجابة لمختلف المواقف أو طريقته المميزة لمواجهة الضغط.

و يؤكد كين و سميث Cain & Smith (1994) بأن الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالاضطرابات التي سيعاني منها الأفراد, ذلك لأن الاستجابة الوجدانية لضغط نفسي لا ترتبط بحدث معين و إنما ترتبط بفرد ما.

لذلك فهناك أشخاص يستجيبون للضغط بالشعور بإحساسات مزعجة أو الإصابة بالمرض, في حين هناك الكثير منهم يجتازون أزمات في حياتهم و ضغوط و يتمتعون بصحة جيدة .

و في هذا الصدد, أشارت كوبازا Kobasa (1979) نقلا عن يوسف (2000) إلى أن بعض الأفراد الذين تعرضوا لقدر أكبر من أحداث الحياة دون أن يصابوا بمترتباتها الضارة (الرض على سبيل المثال), يمكن تمييزهم عن الآخرين من خلال مجموعة من السمات, و الاتجاهات و أساليب المواجهة تجعل منهم نمطا مقاوما للضغوط. كما يؤكد جيردانو Girdano (1997) نقلا عن عسكر (2000) أن شخصية الفرد و خصائصها تعتبر عاملا وسيطا تخفف أو تزيد من وطأة الموقف الضاغط على الفرد.

و في ضوء اختلاف شخصيات الأفراد فإنهم يختلفون في ردود فعلهم للمواقف الضاغطة, فشخصية الفرد لها دور في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط, فالفروق الفردية وثيقة الصلة باستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور التغيير أو تعديل الطرق التي يواجه بها الأفراد الحاجات البيئية, و تظهر استجابات المواجهة من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف و بين المزاج الشخصي.(عسكر, 2000, ص 35)

فهناك ارتباط بين أساليب مواجهة الضغوط و التوافق و الصحة النفسية و الجسدية, لذلك يظهر من المهم لفهم أثر الضغوط النفسية على الصحة, الاهتمام بالعوامل الوسيطة التي تمثل حسب العديد من الباحثين سيرورات للتوافق لأنها تعمل على التخفيف من وطأة الموقف الضاغط على الفرد أو تزيد من شدته و تفاقمه.

فالأفراد ليسوا دائما ضحايا مستسلمين و سلبيين للمواقف الضاغطة التي يواجهونها فهم عادة يحاولون تقليل أو تخفيف الضغوط بواسطة التفكير و الشعور أو السلوك بطرق محددة و بمعنى آخر مواجهتها.

ر و ما يجعل موضوع طرق مواجهة الضغط موضوعا هاما لعلماء النفس هو أن الأفراد يواجهون الضغوط بطرق متنوعة, بعضها فعالا ناجحا و البعض الآخر غير ذلك, و عندما يخفقون في استعادة حالة التوازن يبقون تحت رحمة الضغط و التوتر فتظهر عندهم اضطرابات و تناذرات مرضية متنوعة (عبد الله محمد قاسم,2001).

و يرى عبد الخالق (1998) بأن ضغوط الحياة قد تقوم بدور هام في أحداث المرض و لكن ليس في كل الحالات, ذلك لأن مواجهة الفرد الناجحة للضغوط و إدراكه لها إدراكا واقعيا توافقيا يقلل من فرص إصابته بالمرض.

و هذا ما يراه لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman, فإذا كان الضغط النفسي مظهرا محتوما في أوضاع الفرد و من المعتذر عليه اجتنابه, فإن أسلوب المواجهة هو الذي يضع فرقا في محصلة التكيف, و يضيف فريدنبرج Frydenberg (1999) بأن الصحة و الحالة الجيدة رهن الطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط النفسي (نقلا عن شريف ,2002). إذن لا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها, لأن فهم طبيعة و آثار الضغوط ترتبط دوما بأساليب التغلب عليها.

كما أشار Koutsoimou و زملاؤه (1996) نقلا عن يوسف (2000) أن خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالمرض , و إنما الأهم كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. و يضيف كل من لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman (1988) بأن الطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية و الجسدية و ليس الضغط بحد ذاته .

تعتبر استراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط و النتيجة التكيفية للفرد و بالتالي صحته النفسية و الجسدية, و تشير لتلك الطريقة لمواجهة وضعية ضاغطة و التحكم فيها, و تضم المعارف و السلوكات التي يستعملها الفرد لتقييم وتقليص الضغط و تعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه.(Solomon et al , 1988).

فالمواجهة عامل استقرار تساعد الأفراد على الحفاظ على توافقهم النفسي الاجتماعي خلال فترات الضغط (Valentiner et al, 1994). لذلك أصبح هناك اعتراف بأن العوامل التفاعلية قد تؤثر في كل جانب من جوانب الضغوط مشتملة على تقدير الأحداث الضاغطة , و اختيار و كفاءة استراتيجيات المواجهة , ووقع ذلك كله على الصحة النفسية (يوسف جمعة سيد, 2000).

فالكيفية التي يتوافق بها الفرد مع ضغوط الحياة و مشكلاتها و كيف يواجهها و يتعامل معها تعكس إلى حد ما تأثره بالضغوط و انعكاس ذمك على حالته الصحية , فهناك أساليب مواجهة إيجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل الموقف الضاغط (إسماعيل بشرى 2004)

كما يرى كل من Costa & Mc Care (1986) نقلا عن يوسف (2000) أن المتوافقين يستخدمون أساليب معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة و رضا عن حياتهم

بينما يستخدم سيئ التوافق أساليب مختلفة للمواجهة و يشعرون بعدم السعادة . و في نفس السياق , استنتج لازاروس Lazarus بأن الغضب, القلق و الاكتئاب هي نتيجة لفشل أساليب المواجهة ضد الضغوط , ففشل الأساليب الفردية لمواجهة المواقف الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية و النفسية, كما أشار كيمبل Kimble (1990) إلى أن الفرد يظهر عرض أو أكثر من أعراض الضغوط إذا فشلت جهود المواجهة (نقلا عن اسماعيل بشرى, 2004).

كما تبين من دراسة بمبرديي Bambardier و آخرون (1990) وكتسوامو Koutsoimou وآخرون (1996) أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط بالاضطرابات النفسية و التوافق السيئ مع المشكلات و منها, و أسفرت دراسة كل من موس و هولاهان Moos et Holahan إلى وجود ارتباط سلبي بين مواجهة التجنب و التوافق النفسي, و يضيف أتكنسن Atkinson و آخرون (1990) بأن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة و كذلك الحال بالنسبة لسوء التوافق بين الفرد و بيئته و خاصة البيئة الاجتماعية (نقلا عن يوسف, 2000).

و على حسب تصريح لازاروس Lazarus (1993) فإن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط و نمط الشخصية المعرضة للضغط .

مما سبق ذكره يمكن اعتبار مواجهة الضغط النفسي طريقة أو محاولة من الفرد للتوافق مع الموقف الضاغط , هذه المحاولة إما تكون فاعلة و بالتالي تخفف من آثار الضغط النفسي , و إما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي مما يؤثر سلبا على صحة الفرد .

كما تشير النتائج التي انتهت إليها الدراسات السابقة إلى أهمية استراتيجيات المواجهة في عمليات التوافق مع ضغوط الحياة , بالإضافة إلى دورها في الحفاظ على الصحة أو الإصابة بالمرض.

و من هنا جاء البحث الحالي لدراسة دور استراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة النفسية و الجسدية , من خلال إجراء مقارنة بين مجموعة عادية (سوية, غير مكتئبة) و مجموعة مكتئبة, و بالتالي الكشف عن استراتيجيات المواجهة المستعملة بين المجموعتين في إدارة الضغوط .

في ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1- هل يختلف الأسوياء عن المكتئبين فيما يخص استراتيجيات مواجهة الضغوط؟

2- ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون؟

3-ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأسوياء؟

4-هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون (الذكور) و المكتئبات (الإناث)؟

5-هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الذكور العاديون والإناث العاديات؟

6- هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون و العاديون؟

7- هل هناك ارتباط دال بين استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين و متغير السن؟

8- هل هناك ارتباط دال بين شدة الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة عند المكتئبين؟

9- هل هناك ارتباط دال بين استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين والمستوى التعليمي؟

فرضيات البحث:

*** الفرضية العامة الأولى:**

1- يوجد اختلاف بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة .

*** الفرضيات الفرعية الأولى:**

1-1 يستعمل الأسوياء استراتيجية المواجهة الفعالة أكثر من المكتئبين .

1-2 يستعمل الأسوياء استراتيجية "حل المشكل" أكثر من المكتئبين .

1-3 يستعمل المكتئبون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بنسبة أقل من الأسوياء.

1-4 يستعمل المكتئبون استراتيجية التجنب أكثر من الأسوياء .

1-5 يستعمل المكتئبون استراتيجية الانفعال أكثر من الأسوياء .

*** الفرضية العامة الثانية:**

2- يوجد فرق بين الذكور و الإناث فيما يخص استراتيجيات المواجهة.

*** الفرضيات الفرعية الثانية:**

2-1 تستعمل المكتئبات استراتيجية المواجهة الفعالة بنسبة أقل من المكتئبين .

2-2 تستعمل المكتئبات استراتيجية حل المشكل بنسبة أقل من المكتئبين .

2-3 تستعمل المكتئبات استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي أكثر من المكتئبين.

2-4 تستعمل المكتئبات استراتيجية التجنب أكثر من المكتئبين .

2-5 تستعمل المكتئبات استراتيجية الانفعال أكثر من المكتئبين .

*** الفرضية العامة الثالثة:**

3- توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و متغير السن .

*** الفرضيات الفرعية الثالثة:**

3-1 هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و السن .

3-2 هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية حل المشكل و السن .

3-3 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن .

3-4 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية التجنب و السن .

3-5 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية الانفعال و السن .

*** الفرضية العامة الرابعة:**

4- تختلف استراتيجيات المواجهة حسب المستوى التعليمي للفرد.

*** الفرضيات الفرعية الرابعة:**

4-1 توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي.

4-2 توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية حل المشكل و المستوى التعليمي.

4-3 توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي.

4-4 توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية التجنب و المستوى التعليمي.

4-5 توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي.

*** الفرضية العامة الخامسة:**

5- هناك علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات المواجهة و شدة الاكتئاب .

*** الفرضيات الفرعية الخامسة:**

5-1 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب .

5-2 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب.

5-3 هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب .

5-4 هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب .

5-5 هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب .

6- الفرضية العامة السادسة:

6- يكثر المكتئبون في استعمال بعض استراتيجيات المواجهة .

*** الفرضيات الفرعية السادسة:**

6-1 يستعمل المكتئبون استراتيجية المواجهة الفعالة بنسبة ضئيلة .

6-2 يستعمل المكتئبون استراتيجية حل المشكل بنسبة ضئيلة .

6-3 يستعمل المكتئبون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بنسبة ضئيلة .

6-4 يستعمل المكتئبون استراتيجية التجنب بكثرة .

6-5 يستعمل المكتئبون استراتيجية الانفعال بكثرة .

أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن النقاط البحثية الآتية:

1- الكشف عن الفروق بين المكتئبين و العاديين في استراتيجيات المواجهة و من خلالها يمكن معرفة دور هذه الاستراتيجيات التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية و النفسية رغم تعرضهم للضغوط.

2- فحص دور استراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة , و مخفف لوقع الأحداث الضاغطة على صحة الفرد, و بالتالي الكشف عن الاختلافات في أساليب المواجهة التي يوظفها المرضى(المكتئبون) و العاديون لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة.

3- الكشف عن العلاقة بين درجة الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المكتئبين.

4- الكشف عن العلاقة بين متغير السن و استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المكتئبين.

5- الكشف عن الفروق الموجودة بين الذكور و الإناث في استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين.

6- الكشف عن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا لدى المكتئبين.

أهمية البحث

تبرز أهمية الدراسة الحالية فيما يلي :

1- تفسير التأثير المتبادل بين الضغوط النفسية و استراتيجيات المواجهة, و انعكاس ذلك على الصحة و المرض (الاكتئاب).

2- الكشف عن استراتيجيات المواجهة التي تلعب دور الوسيط بين الضغط و انعكاساته الصحية و المرضية , و عليه فإن التحكم في هذه الإستراتيجيات يسمح بالحفاظ على الصحة النفسية و العقلية للفرد, و الوقاية من الاضطراب و المرض النفسي و العقلي.

و يتحقق ذلك من خلال اقتراح بعض الإجراءات الوقائية المرتبطة بالتوظيف الفعال لبعض استراتيجيات المواجهة, للحفاظ على الصحة, و بعض التدخلات العلاجية و التكفل النفسي بالمكتئبين و ذلك بتعليمهم و تدريبهم على استعمال استراتيجيات مواجهة فعالة بدلا من تلك التي اعتادوا استعمالها, و بالتالي مساعدة الفرد على تحقيق التوافق خلال تعرضه للضغط في أفضل صورة, و ذلك بغرض تحديد أفضل.

3- الإستراتيجيات و أكثرها فعالية أمام المواقف الضاغطة المختلفة التي تواجه الفرد في حياته اليومية.

تحديد مفاهيم البحث:

1- مفهوم الضغط النفسي:

إنه مجموع المصادر الداخلية و الخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفر د في حياته و ينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف , فهو يعتبر نتيجة لتفاعل الفرد بالبيئة حيث ينشأ عندما يقدر الفرد الوضعية بأنها مهددة و تتجاوز موارده الشخصية و إمكانياته , و أنه لا يملك استجابة مواجهة ملائمة و فاعلة مباشرة عندها يختبر تغيرات فيزيولوجية و انفعالات و تغيرات في الأنماط السلوكية التي تهدد صحته.

2- مفهوم الاكتئاب:

يعرفه **بيك Beck 1987** بأنه " أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد , و فقدان الحب و كراهية الذات , و الشعور بالتعاسة, و فقدان الأمل, و عدم القيمة, و نقص النشاط, و الاضطراب المعرفي متمثلا في النظرة السلبية للذات, و انخفاض تقديرها و تشويه المدركات و تحريف الذاكرة و توقع الفشل في كل محاولة, و نقص الفعالية العقلية " (Beck , A. & Burns, D. 1987: 120)

و يمثل الاكتئاب إجرائيا الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في المقياس المستعمل في البحث .

مفهوم استراتيجيات المواجهة:

هي مجموعة من المجهودات المعرفية و السلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل و إدارة الطلب الناتج من التفاعل فرد – بيئة , و ذلك من خلال تقليص ,و ضبط , و تحمل , و خفض , و إنقاص من الضيق النفسي و الموقف الذي يقدره الفرد بأنه ضاغط و مهدد و يتجاوز إمكانياته و قدراته الفردية . فالمواجهة هي استجابة للضغوط الخارجية و الداخلية بهدف تقليص أثارها على صحة الفرد النفسية و الجسدية .

و تعرف إجرائيا بأنها مجموعة من درجات يحصل عليها الفرد على استبيان استراتيجيات المواجهة المستعمل في هذا البحث .

الدراسـات السابقـة

تعتبر الدراسات السابقة أساسا مهما من الأسس التي يبني عليها الباحث عمله العلمي إذ أن العمل العلمي لا يبدأ من فراغ و لكنه عملا تراكمي يبنى على ما سبقه من جهود لباحثين آخرين تساعد تلك الجهود الباحث على تحديد موقعه من تلك الدراسات و ما الذي ينبغي عليه أن يقدمه و لابد للباحث من أن يجد له أساسا تصنيفيا للدراسات السابقة يصنف على أساسه تلك الدراسات و ينظمها بما يمكن من الاستفادة بها.

و يرى الباحث أن الدراسات السابقة عليه تدور حول موضوعين أساسيين هما الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة. و سوف يقوم الباحث باستعراض الدراسات السابقة حول هذا الموضوع .

1- الدراسات الخاصة بالاكتئاب و علاقته بالضغط النفسي :

* اهتمت دراسات بتناول علاقة الاكتئاب بأحداث الحياة الضاغطة , و الحل غير الفعال للمشكلات , و مشاعر العجز و اليأس و العزلة الاجتماعية .

فقد أجرى آفسون و ترنر Avison et Turner (1988) دراسة بهدف استكشاف العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة و الأعراض الاكتئابية , لدى عينة من المرضى بأمراض عضوية و مجموعة ضابطة (من الذكور و الإناث) .

و أسفرت النتائج إلى أن فئات أحداث الحياة كانت ذات إسهام جوهري في تباين الأعراض الاكتئابية , و أن الأحداث المزمنة كانت ذات إسهام أكبر في هذا التباين و يصدق ذلك على الذكور و الإناث (في يوسف جمعة سيد,2001, ص 154)

كما أجرى هولاهان و موس Holahan et Moos (1990) دراسة على مجموعة كبيرة من المفحوصين , و تبين أن هناك علاقة بين أحداث الحياة السلبية و مظاهر الاكتئاب , و قد تكررت هذه النتائج تقريبا في دراسات سوتويك و زملائه Southwick et al (1991), و ريتش و زملائه Rich et al (1991) كما أوضحت دراسة سويندل و زملائه Swindle et al (1989) أن ضغوط الحياة, و المصادر الاجتماعية و المواجهة عوامل هامة في التنبؤ بالنتائج طويلة المدى للاكتئاب.

توصلت مقارنة بين 96 مريضا بالاكتئاب الشديد و مجموعة ضابطة من غير المصابين بالاكتئاب , إلى أن الخبرة بواحد أو أكثر من الأحداث المصيرية الشديدة كانت تزيد مرتين و نصف مرة لدى المكتئبين عن غير المكتئبين (في : يوسف جمعة سيد , 2001 , ص 155) .

و قد أثبتت دراسات عديدة وجود علاقة ارتباطيه بين الحل غير الفعال للمشكلات و الإصابة بالأعراض الاكتئابية , منها دراسة ماركس وآخرون Marx et al (1992) أجروها على ثلاث عينات : عينة من ذوي الاضطراب الاكتئابي الأساسي, و مجموعة ضابطة من مرضى القلق, و مجموعة غير إكلينيكية ضابطة , توصلوا إلى اتسام أفراد عينة المكتئبين بعدم الفعالية في حل المشكلات بمقارنتها بعينة مرضى القلق و العينة غير الإكلينيكية الضابطة (Marx et al,1992,pp78-86).

وإذا كان الحل غير الفعال قد أدى إلى الاكتئاب , فإنه من الطبيعي أن يرتبط هذا الاضطراب بمشاعر العجز و الفشل , و كذلك اليأس في حالته الحادة, طالما أن المكتئب قد توصل إلى قناعة بأنه غير قادر على تجاوز المشكلات و التحكم و السيطرة في أحداث الحياة الضاغطة و حتى المواقف الحياتية العادية الراهنة و المستقبلية , إذ بينت دراسة لايند ستيفنسون Lynd Stevenson (1997) أن اليأس يتوسط العلاقة بين العوامل المهيأة و أحداث الحياة الضاغطة , و أسلوب الإسناد و العزو في الإصابة بالاكتئاب (في : يوسف جمعة سيد,2001, ص 168).

و توصلت دراسة جونغ قاي و هامين Gong Guy et Hammen (1980) التي تناولت العلاقة بين الاكتئاب و أحداث الحياة الضاغطة و الإسناد السببي لدى عينة متكونة من المرضى الخارجيين من المكتئبين و غير المكتئبين ,إلى أن المكتئبين يميلون إلى إسناد الفشل في المهام و الإخفاق و الاستياء بصفة عامة إلى عوامل داخلية بينما يميل غير المكتئبين إلى إسناد مواقفهم الضاغطة إلى أسباب و عوامل خارجية بصفة عامة(أبو زيد مدحت عبد الحميد,2001, ص 109).

2- دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة و الاكتئاب

لقد هدفت دراسة سيجارد Sigurd (1981) إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة و الإصابة بالاكتئاب و ذلك من خلال عينة مقسمة إلى مجموعتين, تمثل الأولى الاكتئاب العصابي و الأخرى الاكتئاب غير العصابي, و قد بلغ متوسط سن العينة 51.1 عاما, وحدد سيجارد أحداث الحياة الضاغطة خلال ستة شهور قبل بداية المرض, و كان من أهم نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الاكتئاب العصابي و غير العصابي في حالة المرور بحدث واحد ضاغط , أي في حالة عدم المرور بأحداث حياة ضاغطة متعددة, و في المقابل كان هناك ارتباطا دالا إحصائيا و موجبا بين أحداث الحياة الضاغطة المتعددة و الاكتئاب العصابي Sigurd , 1981).

و قد هدفت دراسة كانتون Canton (1982) إلى التعرف على العلاقة بين نوعية أحداث الحياة الضاغطة و بعض الأعراض العصابية لدى عينة من المرضى النفسيين من نزلاء بعض العيادات النفسية , و بلغ عدد أفراد العينة 66 مريض بمتوسط عمري قدره 33.7 عاما و ذلك بمقارنتهم بمجموعة من نزلاء مستشفى غير نفسي و كان متوسط أعمارهم 35.4 عاما, و أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن عينة المرضى النفسيين أظهرت عددا أكبر من أحداث الحياة الضاغطة خاصة في الشهرين أو الثلاثة السابقين على دخول المستشفى كما أن هذه العينة أظهرت أنها أكثر عصابية و قلقا و اكتئابا من المجموعة الضابطة, كما أشارت هذه الدراسة إلى أن الضغوط تكون عاملا أساسيا لدخول مستشفى الأمراض النفسية. (Canton et al , 1988).

كما هدفت دراسة جانيت و موريس Morris et Janet (1984) إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة السلبية و المساندة الاجتماعية و الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة و ذلك على عينة قدرها 322 طالبة , و أسفرت نتائج الدراسة عن أن هناك علاقة إيجابية و دالة بين أحداث الحياة السلبية و الاكتئاب.

و أن هناك علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب , كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة تفاعل بين أحداث الحياة السلبية و المساندة الاجتماعية من ناحية و الاكتئاب من ناحية أخرى (Morris et Janet , 1984).

و لقد تناولت دراسة ليندا و جانيت Linda & Janet (1985) أحداث الحياة الضاغطة و أساليب تعزيزها كمنبئات بالاكتئاب و قد طبقت الدراسة على 97 امرأة مسنة, واستخدم الباحث مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزانج كذلك مقياس أحداث الحياة الحديثة للمسنين و أسفرت نتائج هذه الدراسة عن ارتباط إيجابي دال بين أحداث الحياة الضاغطة غير المسيطر عليها و الاكتئاب , بينما ارتبطت أحداث الحياة الايجابية سلبيا بالاكتئاب , كذلك كان هناك ارتباط إيجابي بين عدم القدرة على الضبط الذاتي و الاكتئاب . و تقترح الدراسة أن أسباب مرض الاكتئاب لدى المسنين قد يكون مختلفا عن أسباب المرض لدى الشباب.(Linda & Janet , 1985)

لقد هدفت دراسة حسين فايد (1998) إلى معرفة الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة و الأعراض الاكتئابية, و قد طبق كل من استبيان أحداث الحياة الضاغطة و قائمة بيك للاكتئاب, و استبيان المساندة الاجتماعية على عينة قوامها 324 ذكر من خريجي الجامعة و قد تراوحت أعمارهم بيك 24- 35 عاما و كان

من أهم نتائج الدراسة أنها وجدت فروق جوهرية بين منخفضي و مرتفعي الضغوط في الأعراض الاكتئابية, في جانب مرتفعي الضغوط و كذلك هناك فروق جوهرية بين مرتفعي و منخفضي الضغوط في المساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الضغوط و أن هناك فروق جوهرية بين منخفضي

و مرتفعي المساندة الاجتماعية في الأعراض الاكتئابية في جانب منخفضي المساندة الاجتماعية , كذلك توجد فروق جوهرية بين منخفضي و مرتفعي الأعراض الاكتئابية من ذوي الضغوط المرتفعة في المساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الأعراض الاكتئابية من ذوي الضغوط المرتفعة. (حسين فايد, 1998)

لقد هدفت دراسة ديكسون و جون Dixon & Jon (2000) التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة السالبة و الأعراض الاكتئابية و كذلك فحص دور أحداث الحياة الموجبة كوسيط في العلاقة بين أحداث الحياة السالبة و الأعراض الاكتئابية و ذلك على عينة قدرها 145 طالب, و تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب و مسخ خبرات الحياة على العينة و كان من أهم نتائج الدراسة أن هناك علاقة موجبة بين أحداث الحياة السالبة و الأعراض الاكتئابية كما توصلت الدراسة من خلال نتائج الانحدار المتعدد إلى تأثير جوهري لأحداث الحياة السالبة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية و خاصة أحداث الحياة السالبة التي ارتبطت ارتباطا دالا و جوهريا بزيادة الأعراض الاكتئابية , كما أبرزت النتائج أن هناك تفاعلا جوهريا أيضا بين أحداث الحياة الموجبة و السالبة بحيث أن الآثار الاكتئابية للمستويات الأعلى لأحداث الحياة السالبة تقل لدى العينة التي مرت بخبرة مستويات أعلى من أحداث الحياة الموجبة

.(Dixon & Jon , 2000)

كما قدم سامي عبد القوي (2002) دراسة عن أساليب التعامل مع الضغوط

و مظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة و طالبات من جامعة الإمارات , و هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين من طلاب جامعة الإمارات في كل من أساليب التعامل مع الضغوط و المظاهر الاكتئابية و الكشف أيضا عن الفروق بين مرتفعي و منخفضي الدرجة على الاكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط بالإضافة إلى الكشف عن إمكانية التنبؤ بالمظاهر الاكتئابية عن طريق هذه الأساليب, و شملت عينة الدراسة 234 طالب و طالبة بمتوسط عمر 21.15 سنة, و قد طبق عليهم مقياس عمليات تحمل الضغوط, و اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات و أسفرت نتائج الدراسة عن كون

الإناث أكثر اكتئابا من الذكور و أنهن يستخدمن الأساليب الموجهة انفعاليا عند تعاملهن مع الضغوط.

ولقد هدفت دراسة باتون و آخرين Patton et al (2003) إلى علاقة أحداث الحياة بالاكتئاب و هل هي سبب أم نتيجة.

و تمت الدراسة على 1947 مراهقا و قد بينت النتائج أن الأعراض الاكتئابية, و أعراض القلق الموجودة من قبل قد تنبأت بالأحداث اللاحقة حيث تزايدت مخاطر الأحداث السالبة إلى ثلاثة أضعاف لدى الإناث و إلى سبعة أضعاف لدى الذكور , كذلك تنبأ أحداث الحياة الضاغطة ببدء الإصابة بالاكتئاب . و كما أوضحت النتائج أنت أحداث الحياة الضاغطة الفردية ارتفع مخاطرها بمقدار خمسة أضعاف أما الأحداث المتعددة قد وصلت مخاطرها إلى ثمانية أضعاف, كما ارتبط الفقدان و التهديد الشخصي بالاضطراب لدى الإناث و ليس لدى الذكور.

(Patton et al, 2003)

التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة و الاكتئاب

و تلاحظ الباحثة من خلال الدراسات السابقة ما يلي :

1- تدور أهداف الدراسات بشكل عام حول التعرف على طبيعة العلاقة بين ضغوط الحياة و الاكتئاب , غير أن بعض الدراسات احتوت بعض الأهداف الفرعية الأخرى

2- كانت أغلب العينات في هذه الدراسات عينات غير إكلينيكية مثل دراسة جانيت و موريس (1984) , ليندا و جانيت (1985) , حسين فايد (1998) سامي عبد القوي (2002) , في حين أخذت بعض الدراسات عينات إكلينيكية من المرضى مثل سيجارد (1981) , كانتون (1982) .

3- اشتملت أغلب الدراسات على عينات من الجنسين (الذكور , الإناث) مثل سامي عبد القوي (2002), باتون و آخرين (2003), في حين اقتصرت دراسات أخرى على الذكور مثل دراسة حسين فايد (1989) و دراسات أخرى اقتصرت في عيناتها على الإناث مثل دراسة جانيت و موريس (1984) ليندا و جانيت (1985).

و بعضها على عينات من الموظفين مثل دراسة موريس (1996) و ديكسون و آخرون (2000) و بعضها على عينات من طلاب الجامعة مثل دراسة جانيت و موريس (1984) , سامي عبد القوي(2002).

4- و من ناحية المرحلة العمرية اقتصرت عينات بعض الدراسات على المراهقين مثل دراسة جانيت و موريس (1984), باتون و آخرون (2003) في حين اقتصرت دراسات أخرى على عينة الشباب و الراشدين مثل دراسة كانتون و آخرين(1982), حسين فايد (1998), و دراسات أخرى اقتصرت على عينة من كبار السن مثل دراسة سيجارد (1981), ليندا و جانيت (1985).

5- أما حجم العينة فقد كانت أغلب العينات في الدراسات السابقة كبيرة مثل دراسة جانيت و موريس (1984), حسين فايد (1998), باتون و آخرون (2003) و أخرى كانت عيناتها صغيرة مثل دراسة كانتون و آخرون (1982).

6- أما بالنسبة للأدوات المستخدمة في هذه الدراسات فقد تنوعت حيث تم استخدام مجموعة من المقاييس لقياس الضغوط و مصادرها و أساليب مواجهتها و كذلك الاكتئاب.

كانت غالبية مقاييس الضغوط من إعداد الباحثين القائمين بهذه الدراسات مثل استبيان أحداث الحياة الضاغطة إعداد حسين فايد (1998).

كما يلاحظ أن أكثر المقاييس استخداما لقياس الاكتئاب كان مقياس بيك للاكتئاب مثل حسين فايد (1998), و ديكسون و آخرون (2000). كما استخدم مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزانج في دراسة ليندا و جانيت (1985) كما استخدم سامي عبد القوي (2002) اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات من إعداده.

7- أما من حيث نتائج الدراسات الخاصة بالعلاقة بين ضغوط الحياة و الاكتئاب فقد اتفقت غالبيتها على ايجابية العلاقة مثل دراسة سيجارد (1981), و كانتون و آخرون (1982), و جانيت و موريس (1984), و ليندا و جانيت (1985), حسين فايد (1998).

و من نتائج دراسات المجموعة السابقة تبين أن الإناث أكثر اكتئابا من الذكور و أنهن يستخدمن الأساليب الموجهة انفعاليا عند تعاملهم مع الضغوط (سامي عبد القوي, 2002).

2- الدراسات السابقة الخاصة باستراتيجيات المواجهة و علاقتها بالمرض

هدفت دراسة مايسة شكري (1999) عن التفاؤل و التشاؤم و علاقتهما بأساليب مواجهة الضغوط إلى إعداد مقياس لتقدير الأساليب العامة لمواجهة المشقة له من الخصائص السيكومترية ما يجعله أداة سيكولوجية ملائمة للاستخدام في هذا المجال. هذا من جانب, و من الجانب الآخر هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في متغيري التفاؤل و التشاؤم فضلا عن الفروق بينها في استخدام أساليب المشقة, مع تبين طبيعة علاقات الارتباط بين كل من التفاؤل و التشاؤم و أساليب مواجهة

المشقة. و قد اشتملت عينة الدراسة 210 من طلاب الجامعة (85 طالبا و125 طالبة) و تم تطبيق مقياس أساليب مواجهة المشقة (من إعداد الباحثة)

و مقياس القائمة العربية للتفاؤل و التشاؤم من إعداد أحمد عبد الخالق (1996), و قد أشارت نتائج التحليل العاملي إلى أن مقياس الأساليب العامة لمواجهة المشقة يتضمن ثلاثة عوامل (مكونات) هي: عامل التجنب (الإنكار, عدم الانشغال السلوكي, عدم الانشغال الذهني, كبح المواجهة), و عامل التركيز على المشكلة (التخطيط, المواجهة الفعالة, قمع الأنشطة المتعارضة, إعادة التفسير الإيجابي, البحث عن الدعم الو سيلي , التقبل) و عامل التركيز على الانفعال (اللجوء إلى الدين , التركيز على الانفعال و تصريفهم البحث عن الدعم الانفعالي). كما بين اختبارات وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث في التفاؤل و التشاؤم و عدد من الأساليب العامة لمواجهة المشقة, أيضا أوضحت نتائج معاملات الارتباط الخطي أن هناك علاقة ارتباط ايجابي موجب بين التفاؤل و بين أساليب المواجهة التي تركز عللى المشكلة, و بين التشاؤم و بين أساليب التجنب و بعض أساليب التركيز على الانفعال (مايسة شكري 1999, 287).

و من الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين أساليب التعامل مع الضغوط و مظاهر الاكتئاب لدى عينة من الطلبة و طالبات جامعة الإمارات دراسة سامي عبد القوي (2002) .

و قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين من طلاب جامعة الإمارات في كل من أساليب التعامل مع الضغوط و المظاهر الاكتئابية, و الكشف أيضا عن الفروق بين مرتفعي و منخفضي الدرجة على الاكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط, بالإضافة إلى الكشف عن إمكانية التنبؤ بالمظاهر الاكتئابية عن طريق هذه الأساليب و شملت عينة الدراسة 234 طالبا و طالبة بمتوسط عمر 21.15 سنة, و قد طبق عليهم مقياس عمليات تحمل الضغوط, و اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات,

و لقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود اختلاف لدى طلبة و طالبات الجامعة في أساليب التعامل مع الضغوط التي يواجهونها و أيضا في طبيعة المظاهر الاكتئابية التي يعانون منها. كما أوضحت الدراسة أن هناك فروقا دالة بين من يعانون من الاكتئاب و من لا يعانون منه في أساليب التعامل مع الضغوط, حيث كشفت النتائج تميز منخفضي الدرجة على الاكتئاب بأساليب أكثر فعالية من مرتفعي الدرجة. كما أسفرت النتائج عن وجود ارتباطات موجبة و دالة بين الأساليب غير الفعالة و المظاهر الاكتئابية, و أخيرا أوضح

تحليل التباين عن إمكانية التباين عن إمكانية التنبؤ ببعض مظاهر الاكتئاب من خلال الأساليب غير الفعالة التي يستخدمها الفرد في تعامله مع الضغوط. (سامي عبد القوي, 2002, ص210).

أما دراسة نجية اسحاق 2001 عن أساليب مواجهة الضغوط و بعض متغيرات الشخصية لدى الجنسين فهدفت إلى معرفة أساليب مواجهة الضغوط الشائعة لدى الشباب الجامعي من الجنسين, و معرفة هل هناك فروق بين الجنسين في أساليب مواجهة الضغوط؟ و هل هناك فروق بين الجنسين في متغيرات الشخصية التي تقاس باختبار اليد الإسقاطي؟ و قد كانت عينة الدراسة مكونة من 100 من طلاب جامعة عين شمس (مصر) مقسمين بالتساوي ذكور و إناث. و قد استخدمت في هذه الدراسة مقياس أساليب مواجهة الضغوط من إعداد موس 1988 , و اختبار اليد الإسقاطي من إعداد بركلين و بيوترسكس و واجنر (1962).

و قد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث على بعض متغيرات الشخصية. (نجية اسحق, 2001, ص 225).

و لقد اختلفت نتائج الدراسات الخاصة بالفروق بين الجنسين في أساليب مواجهة الضغوط , حيث أظهر البعض منها أن الإناث أكثر اعتمادية على الأساليب الإحجامية مثل: Christine Stephens et al , 2001, و البعض الآخر وصل إلى عدم وجود فروق بين الجنسين مثل : (رجب شعبان1995 , إلهام عبد الرحمن خليل و أمنية إبراهيم الشناوي 2005), و البعض وصل إلى وجود فروق بين الجنسين
(منى محمود, 2002) و هذا الاختلاف قد يرجع إلى التنشئة الاجتماعية و الثقافية
(حسن عبد المعطى 1994 , نجية اسحاق 2001 , Daryl B.Oconnor et al 2002
) أو إلى المراحل العمرية المختلفة (سامي عبد القوي 2002).

أما دراسة كوبازا Kobasa (1979) فهدفت إلى معرفة بعض المتغيرات النفسية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بالصحة الجسمية و النفسية رغم تعرضه للضغوط و ذلك على عينة مكونة من 76 فردا تتراوح أعمارهم بين 40 – 49 عاما .

فأوضحت أن الأشخاص الأكثر صلابة أقل تعرضا للضغوط و أنهم أكثر صمودا و إنجازا و سيطرة و قيادة و ضبطا داخليا, كما أنهم أكثر مرونة و كفاية و اقتدار و اقتحاما و واقعية.

و دراسة هولاهان و موس Holahan et Moos (1985) حاولت التعرف على المتغيرات النفسية و الاجتماعية التي تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية و النفسية رغم تعرضه للضغوط. و طبقت على 267 فردا متوسط أعمارهم 44 سنة للرجال و 42 سنة للإناث , فأشارت إلى أن البيئة الأسرية التي تتسم بالدفء و الحب تجعل الفرد أكثر صلابة و فاعلية و قدرة على المواجهة و أقل اكتئابا , كما أن هناك فروق بين الجنسين فالذكور أكثر ثقة بالنفس و أكثر صلابة من الإناث , بينما الإناث أكثر سعيا للمساندة الاجتماعية في مواجهة الضغوط.

بينما دراسة فرايد نبرج , و رامون Fryden berg et Ramon (1997) عن مواجهة مصادر الضغوط في مرحلة المراهقة , و أجريت على عينة قدرها 198 طالبا , فأظهرت النتائج أن المراهقين و المراهقات يفتقرون للقدرة على مواجهة الضغوط في الفترة العمرية من 12 _ 14 عاما , و أنهم يستخدمون عادة استراتيجيات التعامل و أهمها الوصول لحل حاسم للمشكلة , لوم الذات و العزلة .و أنه توجد فروق بين الذكور و الإناث في أساليب التعامل مع الضغوط و أن هذه الفروق تزداد مع التقدم في العمر الزمني .

أما دراسة روبلي ستيوارد و آخرون Steward – Roblie et al (1998) عن العلاقة بين التوافق النفسي و أساليب التعامل مع الضغوط , و قد تكونت العينة من 208 من الطلاب الأمريكيين الأفارقة , فأكدت النتائج ارتباط التوافق النفسي بارتفاع مستوى التحصيل , و باستخدام استراتيجيات التماس الدعم الاجتماعي العملي من جانب أفراد الأسرة في مواجهة المشكلات الضاغطة , بالإضافة إلى عدم فاعلية استخدام الدعاية و الأنشطة الاسترخائية كوسيلة للتقليل من حجم المشكلات الضاغطة

سعت دراسة شابمان و مليس Champiman et Mulls (1999) للكشف عن الاستراتيجيات التي يستخدمها المراهقون في التعامل مع الضغوط, و العلاقة بين هذه الاستراتيجيات و تقدير الذات , و قد أجريت على عينة من طلاب المرحلة الإعدادية و الثانوية , و توصلت إلى عدة نتائج أهمها هو استخدام المراهقون الذكور ذوي المستوى المنخفض في تقدير الذات للاستراتيجيات التي تعمد على الإحجام أو السلبية بينما تميل الإناث ذوات المستوى المنخفض في تقدير الذات لالتماس المساندة الاجتماعية و الدينية , بالإضافة إلى عدم وجود فروق بين المجموعات العمرية

(الصغار و الكبار من المراهقين) في الاستراتيجيات المستخدمة في التعامل مع الضغوط . و كان من ضمن أهداف دراسة مايسة شكري 1999 إعداد مقياس لتقدير

الأساليب العامة لمواجهة الضغوط , إلى جانب دراسة الفروق بين الجنسين في استخدام تلك الأساليب.

و تكونت العينة من 210 طالبا جامعيا (85 من الذكور – 125 من الإناث) , فكان من بين نتائجها وجود فروق بين الجنسين في أساليب قمع الأنشطة المتعارضة , كبح المواجهة , البحث عن الدعم الوسيلي , و إعادة التفسير الإيجابي و ذلك في اتجاه الذكور . كما توجد فروق أيضا في أساليب البحث عن الدعم الانفعالي, التركيز على الانفعال و تصديقه, و اللجوء إلى الدين في اتجاه الإناث.

التعليق على الدراسات السابقة:

تؤكد النظرة الفاحصة للدراسات السابقة على ما يلي :

- عدم وجود دراسات سابقة تناولت العلاقة بين متغيري الدراسة الحالية على المستويين العربي و الأجنبي الأمر الذي يؤكد أهمية الدراسة الحالية و الحاجة للقيام بها.
- رغم تعدد الدراسات التي تناولت أساليب التعامل مع الضغوط إلا أنها لم تتناول العلاقة بين هذا المتغير و كثير من المتغيرات التي حاولت الدراسة الحالية تناولها كالسن و شدة الاكتئاب و المستوى الثقافي(العلمي).
- وجدت فولكمان و زميلاتها أن الراشدين الأكبر سنا أكثر احتمالا للاعتماد على التكيف الإقدامي المعرفي , خاصة إعادة التقييم الإيجابي , و كذلك أكثر احتمالا للتكيف التجنبي , مثل الابتعاد و تجنب الأزمة . كما كانوا أقل احتمالا لاستخدام عمليات التكيف الإقدامي السلوكي مثل البحث عن المساعدة الاجتماعية و المعلومات عن الأزمة , و أسلوب حل المشكلة و على عينات مماثلة لعينات فولكمان و زميلاتها وجد باحثون آخرون :

(Costa , Zonderman , Mc Crae , 1991 , Felton & Revenson , 1987 , Mc Crae 1989)

أن الراشدين الأكبر سنا كانوا أقل احتمالا للاعتماد على رد الفعل العدائي و التعبير الانفعالي , كما كانوا أقل احتمالا للتنفيس الانفعالي عن إحباطاتهم.

كما تشير بعض النتائج الفرعية لدراستين لبيلنجز و موس Billings et Moos إلى أن الرجال الأكبر سنا و الرجال المتزوجين و كذلك النساء, قد قرروا اعتمادا أقل – إلى حد ما – على الأساليب التكيفية الإحجامية , كما وجد أيزوهاني Isohanni أن الأفراد ذوي الأساليب التكيفية الفعالة يتميزون بتكيف فعال كلما تقدم بهم العمر بالمقارنة مع أقرانهم ذوي الأساليب غير الفعالة .

و أظهرت نتائج فورنهام Furnham أن العمر عامل هام في تبني الأساليب التكيفية الفعالة , حيث يساعد الأفراد على تكوين إدراكات مناسبة للأحداث و المواقف الضاغطة , و كذلك للتفسيرات التي يضعونها لها و ردود أفعالهم تجاهها .

و من ناحية الدراسات الطولية التي حاولت قياس مدى قياس الأساليب التكيفية مع الأزمات عبر الزمن وجد موس أن الأساليب التكيفية مع الأزمات ثابتة على نحو متوسط عبر الزمن بين الرجال و النساء خلال ثلاث سنوات , فقد أظهر الرجال ثبات أعلى – إلى حد ما – من النساء , و قد كانت متوسطات معاملات الارتباط بعد ثلاث سنوات للرجال و النساء على الترتيب 0.44 – 0.36 و يعني هذا أنه يوجد بعض الاتساق عبر الزمن في استخدامهم للأساليب التكيفية على الرغم من تنوع الظروف الضاغطة التي تواجههم .

توصل كاتون Katon (1990) إلى أن إستراتيجية حل المشكلة تعد منبئا بانخفاض الاكتئاب, خاصة عندما يدرك الضغط كحدث يمكن التحكم فيه. (Valentiner, D.P; Holahan, C.J & Moos, R.H; 1994)

الفصل الثانــي

الاكتئـاب

- تمهيد

1- تعاريف الاكتئاب

2- مدى انتشار الاكتئاب (Epidémiologie)

3-النسبة المرضية (Morbidité)

4- نسبة الوفيات Mortalité

5- خطر المرضية: Risque Morbide

6- الشخصية الاكتئابية

7- تصنيف و تشخيص الاكتئاب

8- أسباب الاكتئاب

9- النظريات المفسرة للاكتئاب

10- تعليق على نظريات الاكتئاب

11- ملخص الفصل.

تمهيد:

الاكتئاب مرض يصعب تعريفه, ذلك أن العديد من المختصين السيكولوجيين و الأطباء النفسانيين و المنظرين قد تضاربت آراؤهم و نتائج أبحاثهم و خبراتهم الإكلينيكية في تحديد هذا الاضطراب تعريفا و تشخيصا و أسبابا و أنواعا. و لعل ما يطرأ على المحكات التشخيصية للاكتئاب من تغييرات و تعديلات مستمرة في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM أو التصنيف العالمي للأمراض العقلية ICD أو التصانيف الأخرى, يشير بوضوح إلى هذه الصعوبة. فيقول أدولف ماير Mayer: "لا نعرف كيف نعرف الاكتئاب" و هذا القول يعكس صعوبة تعريف الاكتئاب بفعل تعقد أسبابه و أعراضه و كثرة تصنيفاته, مما يجعل إيجاد تعريف مقبول من المختصين مسألة صعبة حتى الآن.(الحجار محمد, 1989, ص84).

1- **تعاريف الاكتئاب:** سنحاول استعراض بعض التعاريف قبل أن ننتهي إلى تعريف دقيق نتبناه في دراستنا الحالية, و ذلك من خلال:

أ- تعريف الاكتئاب من خلال القواميس و المعاجم اللغوية.

ب- تعريف الاكتئاب من خلال المعاجم و الموسوعات السيكولوجية.

3- تعريف الاكتئاب من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الاكتئاب.

أ- تعريف الاكتئاب من خلال القواميس و المعاجم اللغوية:

تعرف دائرة معارف القرن العشرين الاكتئاب ب " كئب " الرجل يكأب كأبا و كآبة حزن فهو كئيب. (محمد فريد وجدي, 1971, ص03).

و يعرف قاموس مختار الصحاح للاكتئاب من باب كآبة بالمد سوء الحال و الانكسار من الحزن و الكآبة أيضا بوزن رهبة فهو كئيب و امرأة كئيبة و كأباء بالمد و (اكتأب) مثله (مختار الصحاح, 1995, ص 234).

كما يعرف المصباح المنير في باب كئيب من يكأب من باب تعب كآبة بمد الهمزة و كأبا و كآبة مثل كئب سبب و تمرة حزن أشد الحزن فهو كئب و كئيب.

(المصباح المنير, 2001, ص 208).

ب- تعريف الاكتئاب من خلال المعاجم و الموسوعات السيكولوجية

يعرف معجم علم النفس (1971) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية النفسية الجسدية منخفضة و غير سارة, و قد تكون سوية أو مرضية,

و تشير المرضية منها إلى اليأس و الشعور الساحق بالعجز و التفاهة. (فاخر عاقل, 1971, ص 33).

و يترجم منير و هبة الخازن في معجم مصطلحات علم النفس (ب.ت) كلمة Mélancholio بأنها المرض السوداوي أو الميلانخوليا أو الاكتئاب و هو ذهان من أهم أعراضه الاكتئاب و هبوط النشاط الحركي, و انعدام الاهتمام بالعالم الخارجي و الأرق, و يكون المريض حزينا و مهموما, و لا يقبل على حديث أو عمل و لا يرد على سؤال.(منير و هبة الخازن, ب.ت, ص 83)

و تعرف الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي (1976) الاكتئاب بأنه لدى الشخص العادي غالبا الإحساس بالحزن و سوء المزاج, و لكن حالات الاكتئاب في الطب العقلي قد تتضمن نواحي متعددة. وجدانية و ذهنية و سلوكية و جسمية, بالإضافة إلى الإحساس بالحزن و الأسى, مثل التوتر و القلق و توقع حدوث الكوارث و الشعور بالندم و الإحساس بالذنب و الأرق وفقدان الشهية و اضطراب الجهاز العصبي المستقل, و اختلال الهضم و العجز الجنسي و الإحساس بالتعب بالإضافة إلى بعض الأعراض الذهانية الأخرى كالخيالات و الهذاءات و توهم المرض و الميل إلى الانتحار. و قد تمر بالشخص السوي في حياته اليومية ظروف تؤدي إلى خبرات اكتئابية فيوصف المرء بأنه منقبض أو مغموم أو حزين أو نحو ذلك من الصفات,

و لكن يحتفظ بكلمة الاكتئاب للحالات المرضية التي قد تتعدى الحزن و تتضمن نواحي ذهانية. (وليم الخولي , 1976 , ص 136-137)

و تعرف موسوعة علم النفس (1977) الاكتئاب بأنه موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي, يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضحا, و ينطوي على شعور بعدم الكفاية و اليأس بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا و يصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي و العضوي. (أسعد رزوق, 1977, ص 45)

و يعرف دليل تشخيص الأمراض النفسية الصادر عن الجمعية المصرية للطب النفسي(1979) العصاب الاكتئابي بسيطرة مزاج من التعاسة و الأفكار غير السارة, بالإضافة إلى العجز عن مجاراة شؤون الحياة اليومية, وضعف الطاقة و صعوبة التركيز, و سرعة الإنهاك و تبكيره و اضطراب النوم عادة و يغلب الأرق في أول الليل. (دليل تشخيص الأمراض النفسية, 1979 , ص 50)

و يعرف معجم علم النفس و التحليل النفسي (1987) الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد و اليأس من الحياة و وخز الضمير و تأنيبه القاسي على شرور لم ترتكبها الشخصية. (فرج عبد القادر طه و آخرون, 1987, ص 220).

و يعرف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع IV DSM الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (1994) نوبة الاكتئاب الأساسي بالآتي :

(أ) وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية وتكون موجودة خلال أسبوعين و تمثل تغيرا في الوظائف عما سبق – على الأقل وجود واحد من هذه الأعراض وهما إما مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو الاستمتاع –

ملحوظة : لا تتضمن الأعراض التي تتجه بشكل واضح إلى حالة طبية عامة أو هذاءات أو هلاوس.

– مزاج مكتئب طوال اليوم و تقريبا كل يوم و يشار إليه إما بالتقرير الموضوعي (مثال: مشاعر الحزن أو الفراغ) أو من خلال ملاحظات يقوم بها آخرون على سبيل المثال (يبدو على الشخص أنه حزين).

– اهتمام و استمتاع متقلص بشكل ملحوظ في جميع أو أغلب الأنشطة في غالبية اليوم وتقريبا كل يوم(كما يشير إليه إما بالتفسير الموضوعي أو ملاحظات الآخرين)

– فقدان كبير في الوزن بدون اتباع حمية سواءا لفقدان الوزن أو زيدة في الوزن(على سبيل المثال تغير لأكثر من 5٪ من وزن الجسم في الشهر) انخفاض أو زيادة في الشهية للطعام تقريبا كل يوم.

– وجود أرق أو أرق شديد لك يوم تقريبا.

– هناك تقريبا كل يوم هياج أو تأخر نفس حركي (ملحوظ من طرف الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية).

– هناك إرهاق أو فقدان للطاقة يوميا تقريبا.

– الشعور بعدم القيمة و كذلك قدر زائد أو غير ملائم من الشعور بالذنب.

انخفاض القدرة على التركيز أو التفكير أو التردد يوميا تقريبا.

– أفكار متكررة عن الموت أفكار انتحارية متكررة بدون خطة معينة أو وجود محاولة انتحارية أو خطة معينة للانتحار

(ب) الأعراض لا تعتبر معيار للنوبة المختلطة.

(ج) أن الأعراض تسبب ألم نفسي كبير على المستوى الإكلينيكي أو عجز في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو الوظيفية الهامة الأخرى.

(د) أن الأعراض ليست لآثار فسيولوجية مباشرة لعقاقير (على سبيل المثال تعاطي المخدرات أو التداوي بالعقاقير أو وجود حالة طبية عامة).

(هـ) أن الأعراض لا تفسر بشكل أفضل لأولئك الذين أفقدهم الموت عزيز لديهم حيث أن بعد فقدان شخص عزيز فإن الأعراض تدوم لأكثر من شهرين, أو توصف بوجود عجز وظيفي ملحوظ أو الاهتمام المرضي المسبق بفقدان القيمة أو الأفكار الانتحارية أو الأعراض الذهانية أو التأخر النفس حركي.

(DSM-IV R 1994, pp 161 – 163)

و يعرف معجم علم النفس و الطب النفسي (1995) الاكتئاب الاستجابي (Dépression réactionnelle) بأنه اكتئاب عارض و غير متكرر بشكل دوري و أن العامل المرسب فيه تعرض المريض لحادث مكرر بشدة مثل فقدان شخص محبوب أو فقدان العمل أو نكسة سالبة.

و يسمى هذا الاكتئاب أيضا الاكتئاب خارجي المنشأ و الاستجابة الاكتئابية (جابر عبد الحميد , علاء الدين كفافي, 1995, ص 3178)

كما يعرف القاموس الدولي لعلم النفس (1996) الاكتئاب بأنه حالة من الوهن الشديد تكون أعراضه عادة فقدان القدرة على النوم, عدم القدرة على التركيز, نقص الاهتمام بالعالم, مشاعر من العجز و الذنب , فقدان الأمل, الإعتقاد بأنه لا يمكن فعل شيء لتحسين الحالة, و أن هذه الحالة سوف تدوم للأبد و هي أحيانا مصحوبة بإعياء و بطء الحركة. (The international dictionary of psychology, 1996, p89)

يعرف معجم علم النفس المعاصر (1999) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية تتسم بالاعتمادية و تتميز بمواقف انفعالية سلبية و تغير في مجال الدوافع و الانطباعات المعرفية و بالسلوك السلبي عموما, و يمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة و حزن عميق (السوداوية) و قلق و يأس و تقل الحوافز و الدوافع و النشاط الإرادي إلى حد كبير و تتميز حالة الاكتئاب بلوم النفس على حدوث حوادث متعددة في حياة الشخص ذاته أو لأقربائه و يصاحب شعور المرء بالذنب بالنسبة للأحداث السابقة و إدراكه لعجزه عن التعامل مع الواقع, فقد الثقة في المستقبل.

و في الاكتئاب يهبط تقييم الفرد لنفسه إلى درجة شديدة و يصبح إحساسه بالزمن غير واقعي إذ يمر الوقت بالنسبة له في أقصى درجة من البطء, و يتسم السلوك في حالة الاكتئاب

بالبطء الشامل و الافتقار إلى المبادرة و بالإحساس بالتعب مما يؤدي إلى هبوط حاد في عملية الإنتاج, و يمكن حدوث الانتحار في حالات الاكتئاب العنيفة, و هناك حالات اكتئاب وظيفية تحدث لدى الأصحاء داخل حدود الأداء العقلي المعتاد, و حالات اكتئاب مرضي و هي تعد إحدى الظواهر الأساسية للطب النفسي (أ.ف بتروفسكي, م.ج باروشفسكي, ترجمة حمدي عبد الجواد و عبد السلام رضوان, 1999, ص72).

و تعرف الموسوعة العربية الميسرة (2001) الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي يمكن أن يتسم باضطراب في النوم أو الأكل, و ضعف القدرة على التركيز, و المشاكل في العمل و شعور شديد بالفراغ و الذنب و انعدام القيمة مع وجود أفكار انتحارية. و يمكن تمييز المرض الاكتئابي عن الحزن بعد خيبة أمل أو فقد شيء.

و قد يكون له مكونات سيكولوجية أو بيوكيميائية و قد يكون للمرض طور هوسي (هوس – اكتئاب) و كثير من المرضى تتحسن حالاتهم بشكل ملحوظ بالعلاج النفسي و الأدوية المضادة للاكتئاب (كمال دسوقي, في محمود محفوظ و آخرون, 2001, ص 275).

ج- تعريف الاكتئاب من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الاكتئاب:

يعرف مصطفى زيور (ب.ت) الاكتئاب بأنه حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب شعوريا, و انخفاض في تقدير النفس لذاتها, و نقصان في النشاط العقلي و الحركي و الحشوي
(مصطفى زيور , ب.ت, ص 12-15).

كما يعرف حامد زهران (1978) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة و تعبر عن شيء مفقود, و إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذاته. (حامد زهران, 1978, ص 429).

كذلك كولز Cales (1982) يعرف الاكتئاب بأنه خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن و التشاؤم و فقدان الاهتمام و اللامبالاة و الشعور بالفشل و عدم الرضا, و الرغبة في إيذاء الذات و التردد و عدم البث في الأمور, و الإرهاق و فقدان الشهية و مشاعر الذنب و احتقار الذات و بطء الاستجابة, و عدم القدرة على بذل جهد.(في: راوية محمود دسوقي, 1995 , ص22).

و يعرف عبد الله عسكر (1988) الاكتئاب على أنه " يعد مشكلة من المشكلات التي تعوق الفرد في توافقه و تطوره حتى إذا وصل إلى درجة شديدة كان التعطل أو التأخر في توافقه بصفة عامة فيكون الاضطراب الانفعالي متمثلا في عدم القدرة على الحب و كراهية

الذات تلك التي تصل إلى التفكير في الموت و الانتحار حيث يسيطر التناقض الوجداني (صراع الحب و الكراهية) على المسرح و كذلك الاضطراب المعرفي متمثلا في انخفاض تقدير الذات و تشويه المدركات و اضطراب الذاكرة و توقع الفشل في كل محاولة للنجاح و استشعار خيبة الأمل في الحياة , و عدم القدرة على التركيز الذهني في قضية بعينها .

هذا بالإضافة الاضطراب البدني متمثلا في اضطراب الشهية للطعام, و اضطراب النوم و كثرة البكاء و تناقص الطاقة الذي يستتبعه حالة التأخر النفسي و البدني ". (عبد الله عسكر , 1988, ص 11)

و يرى ماير Myer (1989) أن هناك صعوبة في الفصل بين الأعراض الاكتئابية و الاكتئاب الجوهري إلا أنها على متصل واحد و لكن عندما تستمر الأعراض الاكتئابية لمدة أسبوعين أو أكثر مثل (الحزن و الأرق و اللامبالاة و مشاعر فقدان القيمة و فقدان الاهتمام بالأسرة و الأصدقاء و الأعمال و ضعف الشهية) بدون وجود أي سبب واضح فإنه من المحتمل أن يتم تشخيصه على أنه اكتئاب إكلينيكي أو جوهري (Myer, 1989,) . p45

و يعرف بول روبينز Robbins (1993) الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني يتسم بفقدان القدرة على التقييم و ضعف الهمة و الشعور بالاستياء و نقص تقدير الذات و الشعور بالذنب كما يتسم بالتشاؤم و الحط من قدر الذات. (Robbins 1993: p97).

و يلاحظ من خلال التعريفات السابقة للاكتئاب ما يلي :

1- أن نقاط الاتفاق بشكل عام بين العلماء حول تعريف الاكتئاب أكثر من نقاط الاختلاف.

2 - أن من أكثر نقاط الاتفاق بين العلماء في تعريفهم للاكتئاب أنه يصيب الجوانب الأساسية في الإنسان و هي الجانب الوجداني و الجانب المعرفي و الجانب الجسمي و الجانب السلوكي , و اتضح ذلك من خلال التركيز على الأعراض الوجدانية و المعرفية و السلوكية و الجسمية مثل تعريف (سامي عبد القوي , 2002).

فيمكن القول أن الاكتئاب هو اضطراب انفعالي عاطفي، يتميز بالحزن الشديد المستمر و الألم النفسي الحاد و لوم الذات و فقدان اعتبار الذات،الشعور بالعجز و الفشل و التفاهة و اليأس، يؤثر على النشاط العام من إثباط معرفي سيكوحركي و إعاشي واضطراب واضح في الوظائف الغريزية كالنوم و التغذية و الجنسية , و تكون أسبابه داخلية المنشأ أو خارجية المنشأ أو كلاهما على حد سواء.

هذا و يكاد يكون ما أورده بلاكبورن و كوترو (2001) من تحديد دقيق لأعراض هذا الاضطراب و هو التعريف الجامع له، و الذي يتمثل فيما يلي:

الاكتئاب هو تناذر يطغى عليه المزاج السوداوي الذي يتجسد في التعبير اللفظي و غير اللفظي للانفعالات الحزينة و/ أو الحصرية. كما تحتوي على العديد من الاضطرابات التي تؤثر على الكثير من الوظائف:

* اضطرابات الوظائف الإعاشية : الأرق زيادة أو انخفاض , التغذية زيادة أو انخفاض ، فقدان اللبيدو ، انخفاض الطاقة.

* اضطرابات الوظائف المعرفية: فقدان تقدير الذات ،التردد ،التشاؤم ،اليأس غير الواقعي،و ظهور الأحلام المزعجة , مواقف سيكولوجية سلبية في العموم.

* اضطرابات الوظائف الإرادية(الحافزية) : عجز في النشاط ,الاهتمام و الاستمتاع, و الرغبة في الهروب بواسطة الانتحار.

* اضطرابات سلوكية : إثباط نفسي حركي أو تهيجه ,انخفاض السلوكيات النشطة المنتجة ،وازدياد السلوكيات السلبية و غير المنتجة.

بالإضافة إلى درجة معينة من التحطم النفسي أو البدني الذي لا يظهر في المقام الأول (Blackburn et Cottraux , 2001,p 2)

2- مدى انتشار الاكتئاب(Epidémiologie):

تعد اضطرابات الوجدان (المزاجية أو الانفعالية) من أكثر الاضطرابات شيوعا و هي مسئولة عن كثير من المعانات و الآلام النفسية .

ويكفي القول أن 50% - 70 % من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الاكتئاب. و من العسير تحديد نسبة انتشار هذا المرض نظرا لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائيا و لا تتردد على الأطباء.(Sartorius , 1993 , pp 47 – 155)

و يتوقع الأخصائيون و العياديون تزايد عدد المصابين بهذا المرض في المستقبل بإطراد، فحسب المنظمة العالمية للصحة OMS يوجد 100 مليون مكتئب في العالم على امتداد سنة واحدة. كما أن مآل هذا الاضطراب يتميز بالارتداد حيث 50% من الحالات تعرف انتكاسا في العام الموالي للظهور, ولهذا يحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة بين أسباب الإعاقة و الموت المبكر.(Blackburn et Cottraux , 2001,p 10)

و حسب ما جاء في دراسة للأمراض أجرتها كلية هارفارد للصحة و منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي, فإنه في العام 2020 يمكن أن يصبح الاكتئاب ثاني خطر صحي

في العالم بعد مرض القلب (Krimlinger, 2002, p 19) و يمكن فهم مدى شيوع هذا الاضطراب و كيفية انتشاره من خلال العناصر و العوامل التالية:

2-1- الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية للمكتئبين .

إن دراسة الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية للمكتئبين تسمح لنا بتحديد العوامل المساهمة للإصابة أو ما يسمى بعوامل الخطر:

2-1-1 الجنس:

دلت دراسات حول تواتر الحالات الاكتئابية لدى السكان ، وجود فروق واضحة في توزيعها بين الرجال و النساء، إذ يسجل المؤشر نسبة 1% للرجال بينما يقارب 3% لدى النساء.

أما نسبة الظهور لدى الرجال فتقدر 2 % الى 3% في حين تسجل نسبة الظهور لدى النساء ما بين 5% إلى 10% , بينما احتمالية الاصابة بالاكتئاب خلال الحياة, فنجد نسبة 10% لدى الرجال مقابل 20% إلى 25 % لدى النساء

(Kacha, 1996, p 60), أما فيما يتعلق بالانتكاسة فتسجل 21.8 % لدى النساء المكتئبات مقابل 12.9% لدى الرجال. (Lou et Lou, 2001, p 75)

حسب ويسمان و مايرس(1978) (Weissman et Mayers) فان فترة الذروة le pic ( ) لدى النساء تقع قبل 35 عاما ، أما عند الرجال فتمتد بين 55 الى 70 عاما (Rouillon,1983,p 384).

2-1-2 السن:

2-1-2-1-الراشدون:

توجد فترتين حساستين في ظهور الاكتئاب , الأولى تمتد من سن 20 عاما إلى 30 عاما، و الثانية تقع في حدود 50 سنة إلى 60 سنة.

ويسجل تزايد في تواتر الاكتئاب (La prévalence) لدى الرجال ابتداء من 50 سنة, أما لدى النساء فيبلغ ذروته نحو سن 35 عاما خاصة بالنسبة للنساء المتزوجات.

(Lou et Lou , 2001 , p 75).

و يزداد تواتر الاكتئاب لدى المسنين في حدود 70 أو 80 عاما.

(Lou et Lou , 2001 , p 49)

2-1-2-2 الأطفال:

على الرغم من انتشار هذا الاضطراب لدى الراشدين بصفة خاصة، فانه قد أخذ يوسع قاعدته الزمنية إذ بدأ ينتشر حاليا في الأعمار الصغرى بما يعرف باكتئاب الطفولة أو الأطفال رغم أن الاعتراف بوجود الاكتئاب عند الأطفال لم يتبلور إلا في العشرين سنة الأخيرة. و يبدو أن انتشار الاكتئاب بين مجتمع الأطفال يتراوح بين 2 % و 5 % في الولايات المتحدة(إيمان و آخرون، 1998، ص 258).

و قد بينت أول دراسة وبائية حول الأطفال، قام بها روتر Rutter (1970) بجزيرة وايت، نسبة ضئيلة من حالات الاكتئاب لدى الأطفال تتراوح أعمارهم بين 10 و 11 عاما، 3 حالات من ضمن 2193 , أي نسبة 1.4 % .

كما دلت دراسة كشاني و آخرين Kashani et al التي أجريت على 109 طفلا أعمارهم من 3 إلى 6 سنوات ظهور الاضطرابات الاكتئابية بنسبة 1%. Vantalon et al , 1999, (p 43)

كما أظهرت دراسات أخرى وجود اختلافات في الأعراض الاكتئابية بين الطفل و المراهق و الراشد مثلما يوضحه الجدول رقم (01).
(Vantalon et al , 1999 , p 174)

الجدول رقم (01): أعراض الاكتئاب حسب المراحل العمرية (الطفولة و المراهقة).

أعراض دون علاقة بالسن	أعراض خاصة بالطفل	أعراض خاصة بالمراهق
– المزاج الاكتئابي – الابطاء السيكوحركي – ضعف التركيز – الأرق – التغيرات الجسدية – أفكار الانتحار – محاولات الانتحار.	– مظهر اكتئابي – تهيج سيكوحركي متداول مع الاثباط – شكاوي جسدية – هلاوس سمعية	– فقدان مشاعر الحب – الشعور بالعجز و فقدان الأمل – تقدير سلبي للذات – نوم شديد – تنوعات – أفكار هذيانية محددة – شدة الأعراض مع الصباح الباكر

2-1-2-3- المراهقون:

تتمحور نسبة تواتر الاكتئاب لدى المراهقين في حدود 8 % مع طغيانها لدى الإناث مقارنة للذكور (Lou et Lou ,2001, p 47)

و حسب دراسة ريان و معاونيه Ryan et coll فان نسبة 34 % من المراهقين الذين أصيبوا بالاكتئاب الأساسي أقدموا على محاولة أو عدة محاولات للانتحار (Lou et 48 Lou ,2001, p). هذا و تدل الأبحاث الوبائية الحديثة أن المراهقين هي الفئة الأكثر انتحارا بسبب الاكتئاب.

فمن بين الذين يقدمون على محاولة انتحار، يموت حوالي 2 الى 3 % بالانتحار "الناجح" في العام الموالي. يموت حوالي 800 مراهق بفرنسا بسبب الانتحار, و يعد هذا الأخير السبب الثاني للوفاة في مرحلة المراهقة بعد حوادث المرور , Arnoux , 1999) p 19).

2-2- المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

لا توجد ارتباطات محددة بين الاضطرابات الاكتئابية و الطبقة الاجتماعية غير أن الطبقة الغنية و الطبقة المتوسطة أكثر تمثيلا في المعاينات الطبية النفسية بسبب سهولة التماس الرعاية الصحية. (Kacha , 1996 , p 60)

2-3- العوامل الثقافية:

تبين الدراسات المسحية أن الاكتئاب اضطراب شائع في جميع المجتمعات، فهناك في الولايات المتحدة وحدها أكثر من 20 مليون من الناس يعانون من هذا الاضطراب وأن القليل منهم يتلقى علاجا مناسبا. و في دراسة مسحية وقائية على 39 ألف شخص موزعين على تسعة مجتمعات من الولايات المتحدة، غرب أوربا و الشرق الأوسط و آسيا و أستراليا تبين أن الاكتئاب ينتشر فيها بنسب متفاوتة و أنه يتزايد في داخل تلك المجتمعات من جيل إلى جيل.

هذا و قد أظهرت , من جهة أخرى , دراسة الثقافات المختلفة , أن بعض الأعراض الاكتئابية ترتبط بشكل وثيق بالوسط الثقافي , في حين أن البعض الآخر يبدو عاما و ليست له علاقة بالثقافة. أما الأعراض المرتبطة بالثقافة فأهمها:

- الأفكار الانتحارية: كيفية تطبيقها عمليا، و أشكال السلوك الانتحاري.
- المواضيع الهذائية، و من بين هذيان الوهم الجسدي، و الأفكار الهذائية التي تدور حول البؤس و الخراب و الشعور بالذنب، كلها تبدو على علاقة واضحة بالعوامل الثقافية، أما مواضيع الشعور بالذنب الشائعة في الحضارة المسيحية و اليابانية فإنها تكون غير موجودة في الأماكن الأخرى.

* **بينما للأعراض الاكتئابية التي لا ترتبط بالثقافة** : فتدل على حالة اكتئابية مهما كانت الثقافة المعتبرة و أهمها:

-الاضطراب الشديد في المزاج: حزن مرضي، تشاؤم عام و أسف على الماضي و ازدراء الحاضر و المستقبل.

-نقص أو فقدان المبادرة.

-الأعراض الجسدية التي تتمثل في اضطراب النوم و الشهية للطعام، أو الظواهر الألمية المختلفة.

هذا و إن التغيرات الليلية النهارية مع الهيمنة الصباحية للأعراض تعتبر ميزات اكتئابية شائعة على نطاق واسع (سليمان مطيع رئيف، 2001 , ص 100).

3- النسبة المرضية (Morbidité)

يمكن قياس النسبة المرضية التي تعني مجموع المعطيات التي تدل على تواتر المرض في السكان بناءا على مؤشرين هامين:

أ- نسبة التواتر أو الظهور La prévalence

ب- درجة التأثير Incidence

دلت دراسات ويسمان Weissman et Mayers و مايرس و روبينس Robins على أهمية و مدى انتشار المرض الاكتئابي حيث أفضت هذه الدراسات إلى المعطيات التالية:

3-1 نسبة التواتر المنتظم (La prévalence ponctuelle):

تقدر نسبة 6.8 % من مجموع السكان و تتوزع على النحو التالي:

- 4.3% اكتئاب أساسي
- 2.5 % اكتئاب ثانوي.

نسبة التواتر المنتظم للاكتئاب الأساسي جد هامة لدى المرأة 5.2% إلى 6.9 % مقارنة بالرجل 2.6 %إلى 3.6 %.

3-2 نسبة التواتر على مدى الحياة:

تقدر نسبة 26.7% حسب دراسات ويسمان و مايرس، منها 20 % من الاكتئاب الأساسي.

كما دلت أعمال ربينس أن نسبة تواتر الاضطرابات الاكتئابية على مدى الحياة، مقارنة بالاضطرابات السيكاترية الأخرى يأتي في المرتبة الثالثة بعد الإدمان الكحولي و المخدرات 15 إلى 18 %، و الاضطرابات العصابية

و الحصر 11 %.

و أظهرت الدراسة الحديثة التي أجراها National Comorbidity Survey على مجموع سكان الولايات المتحدة النتائج التالية :

* **حالة الاكتئاب الأساسي** : نسبة تواتر لمدى الحياة يقدر بـ 17.1 % . الرجل : 12.7 و المرأة : 21.3 .

* **الاغتمام : 6.4** % لمدى الحياة و 2.5 % لمدة 12 شهرا. (Lou et Lou , 2001 , pp 71 –72)

4- نسبة الوفيات Mortalité:

تدل أعمال برتشي و معاونيه على نسبة 3 إلى 5 % من الأفراد المصابين بالاضطرابات الوجدانية ينتحرون كل عام .

كما أشارت أرقام أخرى إلى أن 10 إلى 20 % من مجموع المكتئبين يموتون انتحارا و 10 % من الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحارية يموتون بالانتحار في العشر سنوات الموالية . (Lou et Lou , 2001 , p72)

و حسب معطيات الوكالة لتطوير التقييم الطبي الفرنسية ANDEM فقد قدر عدد المنتحرين بفرنسا سنة 1996 بـ 11300 فردا.

بينما يتضاعف عدد المحولات أكثر من 10 مرات، يشخصون منهم من 30 إلى 50 % كأفراد مصابين بالاكتئاب (Matillon , 2001, p 24)

كما أشارت إحصائيات أخرى أن الاكتئاب يشكل نسبة 30 إلى 35 % من أسباب الموت بالانتحار مقابل 30 إلى 40 % من الاضطرابات الخطيرة للشخصية : السيكوباتية و الحالات البينية و 5 إلى 10 % للفصاميين.
(Levy Soussan, 2002, p 95)

5- خطر المرضية: Risque Morbide

دلت دراسة برتشي و معاونيه أن خطر المرضية على مدى الحياة للاضطراب الوجداني الأساسي يقدر حاليا من 6 إلى 10% لدى الرجل و من 12 إلى 20 % لدى المرأة . Lou et Lou , 2001 , pp 73)

6 – الشخصية الاكتئابية:

تتسم الشخصية الاكتئابية أو شبه اكتئابية , قبل أن تتحلل إلى مرض الاكتئاب بالصفات التالية:

1- تقلب العاطفة: حيث تنتقل الشخصية من انفعال إلى آخر دون مقدمات, فمن الفرح إلى الحزن، ومن التوتر الشديد إلى الهدوء النسبي.

2- الكآبة: تقيم الكآبة في نفس المكتئب و هي تدل باستمرار على وجود الحزن لديه و كثيرا ما قد تشكل الكآبة أحد دوافع الشخص المكتئب إلى الانتحار.

3- الغيرة: إن صفة الغيرة البارزة و النابعة من الداخل لدى الشخصية تشير بشكل أو بآخر على استعداد قوي لديها لتكوين شخصية اكتئابية.

4- الضجر و السأم: إن شعور الفرد بالضجر و عدم رغبته في العمل ستؤدي به إلى الشعور باليأس و عدم القدرة على تحقيق رغباته ، فيكون الفراغ هو المسيطر خلال حياته اليومية. (عبد اللطيف عباس أذار ، 2002,ص ص 25-26).

و يرى أكيسكال (1983) Akiskalأنه وفقا للتصنيف الذي قدمه شنايدر Schneider للشخصية الاكتئابية ,هناك سبع مجموعات من السمات تميز تلك الشخصية، وهي :

1 – الهدوء، و الانطواء، السلبية، و التردد و عدم الحسم.

2 – الحزن،و التشاؤم، و عدم القدرة على التمتع و الامتاع.

3- نقد الذات، لوم الذات، و توبيخها وازدراء الذات و الحط من قدرها.

4- الشك, النقد الزائد، و صعوبة إرضائها لشخصه.

5- الضمير الحي، المسؤولية، و التنظيم الذاتي.

6- النزعة، أو الميل للقلق.

7- الانشغال بالأحداث السلبية، و عدم الكفاءة و النقائص الشخصية (في: عادل محمد عبد الله، 2000, ص 161).

ويذهب كل من تريبولي و براداس (2000) Tribolet et Paradas إلى أن العديد من الشخصيات المريضة منها الشخصيات البيئية ,الشخصية الهستيرية ، الشخصية الهذائية، الشخصية السيكوستينية قد تطور الاكتئاب في حالة تحللها.

و على العموم فان العديد من العصابات تؤول إلى الاكتئاب إذا لم تلق أصحابها العلاج المناسب ، مثلما تتحلل الكثير من الشخصيات المريضة لتطور اكتئابا. و يستخلص من ذلك أن الاكتئاب قد أصبح يمثل المآل النهائي لمعظم الاضطرابات العصابية و الشخصيات المريضة.

7- تصنيف و تشخيص الاكتئاب:

إن حالة الاكتئاب هي زملة أعراض إكلينيكية تتضمن مكونات وجدانية و معرفية و سلوكية و حيوية، و يصنف هذا الاضطراب على أنه اضطراب في المزاج بسبب بروز الحزن و الوجدان الاكتئابي.

و من الوجهة التاريخية يمكن للفرد أن يجد في النصوص السيكاترية و النفسية الإكلينيكية العديد من تصنيفات الاكتئاب تتضمن الاكتئاب الداخلي المنشأ (Endogene)في مقابل الاكتئاب الخارجي المنشأ (exogene). و الاكتئاب العصابي (Nevrotique), في مقابل الذهاني (Psychotique) و الاكتئاب النشط (Agitée) التهيجي. في مقابل الاكتئاب الكامن Retarded .

و الاكتئاب الذاتي (Autonome) في مقابل الاكتئاب التفاعلي الإستجابي(Réactif) و لكن الباحثين تخلو عنه معظم تلك الفئات و التصنيفات بسبب صعوبة القيام بعمل تشخيصات ثابتة و يعتمد عليها من تلك التسميات , و يعتبر الدليل التشخيصي و الإحصائي DSM من أكثر الأنظمة التشخيصية تأثيرا و هو يميز بين اضطراب المزاج أحادي القطب Unipolaire و بين اضطراب المزاج ثنائي القطب (Bipolaire). و في الاكتئاب أحادي القطب تكون زملة الأعراض الاكتئابية هي زملة الأعراض الوحيدة الموجودة لدى المريض.

في حين يتميز الاكتئاب ثنائي القطب (وهو ما كان يطلق عليه سابقا ذهان الهوس و الاكتئاب)بواحدة أو أكثر من النوبات الهوسية بالإضافة إلى زملة الأعراض الاكتئابية.

و تعرف زملة الأعراض الاكتئابية بأنها مزاج اكتئابي أو فقدان الاهتمام لمدة أسبوعين على الأقل يصاحبها عديد من الأعراض المرتبطة بها.

مثل فقدان الوزن و صعوبة التركيز و اضطراب النوم(صعوبة الدخول في النوم و/ أو العودة إليه) و الشعور بانعدام القيمة و اليأس، و الذنب و التردد, و الأفكار الانتحارية و إعاقة النشاطات الاجتماعية و المهنية.

و يعتبر الاكتئاب أحادي القطب اضطرابا واسع الانتشار و متكررا و هذا ما يفسر ما يصل إلى 75 % من حالات الإقامة بالمستشفى, يبدو أن النساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال . و تقدر نسبة الإصابة به في مجتمع الراشدين لدى النساء من

(4.5% –9.3%) و لدى الرجال من (2.3 إلى 3.2 %) بالإضافة إلى ذلك يعد الاكتئاب من أكثر العوامل المرسبة و المسببة للانتحار. Mansted , A.S.R , Hewstone , (1995, p 178)

هناك العديد من المحاولات لتصنيف الاكتئاب، و قد تنوعت تصنيفاته، و هذا التنوع أدى إلى خلط بعض أنواع الاكتئاب و تداخل بعض المفاهيم معا, لذلك سوف تستعرض الباحثة أهم هذه التصنيفات.

أقدم تصنيف الاكتئاب هو التصنيف الذي يصنف الاكتئاب على أنه نوعين : اكتئاب عصابي ،و اكتئاب ذهاني, و هو التصنيف الشائع الذي انتشر بين الباحثين. فقد اهتم الباحثون و علماء النفس بالتفرقة بين هذين النوعين: الاكتئاب العصابي الذي يرجع لأسباب نفسية, و الاكتئاب الذهاني و هو الذي يتمثل في الجوانب العقلية و الهلاوس.

ولقد انقسم علماء الطب النفسي في تفسيرهم للاكتئاب إلى فريقين:

الفريق الأول: يعتقد أن استجابة الاكتئاب ،أ و الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى أحيانا بالاكتئاب النفسي و هو نفس المرض المعروف بالاكتئاب الذهاني أو العقلي و لكن تختلف شدته و أنه تغير كمي و ليس كيفي .

والفريق الثاني: يؤمن بأن استجابة الاكتئاب مختلف في أسبابها و أعراضها و علاجها و مصيرها عن الاكتئاب الذهاني (أحمد عكاشة 1998, ص 132).

و هذا التصنيف كان من أكثر التصنيفات استخداما و كان التمييز بين الاضطرابات الاكتئابية الذهانية و العصابية يتضح في أن الاكتئاب الذهاني يشير إلى اضطراب يصاحبه هلاوس و أوهام إلا أن فصل هذين الاضطرابين عن بعضهما أمر صعب حيث أن هناك سمات متداخلة بينهما.

فالاكتئاب الذهاني هو نفسه اكتئاب أحادي أو اكتئاب ذاتي النشأة أما الاكتئاب العصابي فهو يندرج عن الاكتئاب التفاعلي إلى الاكتئاب غير الحاد إلى الاكتئاب المزمن إلى الاكتئاب الثانوي الذي يؤدي اضطراب الشخصية .

كما أن هناك تصنيف آخر يعتمد على التمييز بين المكونات البيولوجية و السيكولوجية و هذا التصنيف مبني على الأسباب الرئيسية في حدوث الاكتئاب

و يفترض هذا التصنيف أن هناك اكتئابا ذاتي النشأة (بيولوجي) ناتجا عن عوامل فيزيولوجية داخلية أو تغيرات كيميائية و هذا يدعم التفسيرات الجينية و البيولوجية لنظريات الاكتئاب و

اكتئاب تفاعلي سيكولوجي خارجي المنشأ ناتج عن التغيرات البيئية، ويعتمد على وجود أحداث سلبية في حياة الإنسان.

و أيضا من التصنيفات الشائعة للاكتئاب هو تقسيم الاكتئاب إلى اضطراب اكتئابي أحادي القطب و هو يشير إلى حدوث الاكتئاب فقط، واضطراب اكتئابي ثنائي القطب و يشار إليه أحيانا باسم الاكتئاب الهوسي و يفترض فيه أنه اضطراب دوري له أطوار هوسية و اكتئابية (Ingram , E.Rick , 1994, pp 114-116)

أي أن التصنيفات القديمة للاكتئاب اتخذت ثلاثة محاور:

1- تصنيف الاكتئاب العصابي، و الاكتئاب الذهاني

2 – تصنيف الاكتئاب ذاتي المنشأ الذي يرجع لأسباب بيولوجية و الاكتئاب التفاعلي السيكولوجي الذي يرجع لأسباب نفسية .

3- تصنيف الاكتئاب إلى اضطرابات اكتئابية أحادية القطب واضطرابات اكتئابية ثنائية القطب.

و هذه التصنيفات انتشرت بين الباحثين حتى وقت قريب حيث مازالوا يحاولون البحث عن أهم الفروق بين هذه الأنواع من الاكتئاب.

فقد أوضح عبد الله عسكر (1988) أن " أهم ما يميز الاكتئاب الذهاني عن الاكتئاب العصابي، تلك الإختلالات الإدراكية التي تتمثل في الهلاوس و الهذاءات و الاضطرابات العضوية من فقدان الشهية للطعام و اضطراب النوم، و التأخر النفسي- الحركي الشديد و الذي يصل إلى حالة الثبات و الذهول، و الذي يميز ما هو ذهاني عما هو عصابي في الوقت نفسه نجد أن هذه الفروق مجرد فروق كمية في الدرجة و ليست فروق نوعية. فقد يكون اكتئاب ذهاني من النوع الحاد و يكون اكتئاب عصابي من النوع الخفيف و لكن المادة واحدة و الاستعداد واحد و إن اختلفت الأسباب المعجلة لحدوث الاكتئاب" (عبد الله عسكر 1988 ص 172).

و هناك تصنيف آخر مختلف و هو تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث (DSM III) (Diagnostic – Statistical – Manual) و الذي أعدته رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية و هذا الدليل يستند إليه معظم الأطباء النفسيين في التشخيص و يصنف الاكتئاب إلى:

1- الاكتئاب السوداوي Dépression Mélancolique

2- الهوس الاكتئابي Dépression Maniaque

3- الاكتئاب الذهاني Dépression Psychotique

4- الكتئاب الفصامي Dépression schizoide

5- الاكتئاب العصابي Dépression Névrotique

6- اكتئاب غير قياسي (شاذ) Dépression Atypique

(APA , 1982 pp 97 -105)

و هناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية و التشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

- التصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD)
- الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية (DSM)

فيما يلي توضيحا لتصنيف الاضطرابات الانفعالية و الاكتئاب في كل منهما.

أولا- التصنيف الدولي للأمراض: (International Classification of Diseases ICD)

و هو يصدر عن منظمة الصحة العالمية (OMS) و كانت الطبعة السادسة ICD – 6 التي نشرت عام 1952 أول طبعة منه تتضمن تصنيف للأمراض العقلية، و كان التصنيف متأثرا بشدة بنتائج الدراسات الإحصائية التي أجريت على المشتركين في الحرب (DSM IV , 1994 , P 17) و توالت الطبعات و نشرت الطبعة الثامنة ICD – 8 في فترة الستينات.

و تعتبر تلك الفترة مرحلة نشاط كبير للعمل على تحسين الطرق التصنيفية و التشخيصية للأمراض النفسية. ثم تلاها في السبعينات الطبعة التاسعة ICD-9 ثم العاشرة ICD-10الصادرة عام 1993 , و التي يجري العمل وفقا لها في تصنيف و تشخيص الأمراض النفسية في معظم دول العالم الآن.

و تصنف وفقا لها الاضطرابات الاكتئابية تحت تصنيف الاضطرابات المزاجية والوجدانية.

و ستعرض التصنيفات التشخيصية للاضطرابات المزاجية و الوجدانية كما وردت في التصنيف الدولي العاشر للأمراضICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (OMS).

*** – التصنيف العالمي العاشر للأمراض (1992) I.C.D – 10 :**

و سوف تستعرض الباحثة جزئية الاضطراب الوجداني مركزا على نوبة الاكتئاب و ما يصاحبها من تفصيلات فرعية , علما أن هذا التصنيف هو المعمول به رسميا لتشخيص الاضطرابات النفسية بمستشفيات الصحة النفسية (فهد عبد الله الربيعة, 1996, ص 387)

الصورة الإكلينيكية العامة:

أ – أعراض اكتئابية :

الأعراض شديدة أول النهار و تقل شدتها باتجاه الليل تبدأ الأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إن لم تعالج في بدء الأمر, حيث يشكو المريض من فقدان القدرة على التمتع بمباهج الحياة السابقة مع انكسار النفس و هبوط الروح المعنوية.

يعيش الفرد سحابة من اليأس و الجزع, هنا تبدأ نوبات من البكاء الهادئ, ثم تزيد وطأة الاكتئاب و يشعر المريض بفقدان الأمل حيث يصيبه الارتباك الشديد و يشعر المعالج بآلام المريض و يجد نفسه مندفعا لمساعدته عكس ما يحصل مع المريض الفصامي. عادة ما يصاحبه أعراض عضوية مختلفة أثناء الصباح مثل الصداع و القيء و الدوخة و آلام جسمية مختلفة.

ب – أعراض سيكولوجية:

يظهر على المريض البطء و قلة الانتباه و الشرود و عدم القدرة على التركيز, اختفاء سرعة البديهية و الاستجابة الانفعالية, تتأثر الذاكرة نظرا لصعوبة التركيز و استدعاء المواد الماضية مع تردد في اتخاذ القرارات و ارتباك في السلوك.

الإحساس بالذنب و تأنيب الضمير و اتهام النفس بالخطيئة و الدونية و التلوث الخلقي.

توهم العلل البدنية : صداع دائم أعلى الرأس – دوار– طنين الأذن – ضيق التنفس – صعوبة الهضم – انتفاخ البطن – آلام الذراعين و الساقين و الكتفين– حرقان الجلد. الشعور بعدم الأهمية و التقليل و الحط من قيمة الذات و الإحساس بالدونية . ظهور بعض الضلالات و تتمثل في العدمية –الفقر–الإفلاس–الاضطهاد–هلاوس سمعية و بصرية و عادة يتوافق محتواها مع باقي محتوى التفكير –أعراض عصابية هستيرية أو قهرية.

جـ– أعراض فسيولوجية :

اضطراب النوم –أرق شديد–صعوبة في الدخول في النوم–الاستيقاظ المبكر فقدان الشهية للطعام–إمساك مزمن– ضعف جنسي و اضطراب الطمث لدى النساء.

د– أعراض سلوكية:

يبدو على المريض الحزن و الكآبة, تقل القدرة على العمل و يرفض الذهاب إليه , إهمال النظافة الذاتية – سبات أو تهيج في النشاط و الحركة. الانتحار حيث أن نسبة 50 إلى 70% من محاولات الانتحار الناجحة سببه الاكتئاب.

نوبة اكتئاب: و يتفرع منها :

أ- نوبة اكتئاب خفيفة الشدة مع أو بدون أعراض جسمية .

ب- نوبة اكتئاب متوسطة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية .

ج- نوبة اكتئاب شديدة بدون أعراض ذهانية .

نوبة اكتئاب شديدة مع أعراض ذهانية .

د- اضطراب اكتئابي متكرر (خفيف-متوسط-شديد)

هـ - اضطراب وجداني مستمر :

المزاج النوابي .

عسر المزاج .

و- اضطراب وجداني غير محدد.

و فيما يلي ستتعرض الباحثة لكل جزئية بشيء من التفصيل:

نوبة اكتئابية Episode Dépressif:

و يميزها بعض أو ما يلي من الأعراض:

-انخفاض في المزاج, و انخفاض في الطاقة و قلة النشاط.

-اضطراب القدرة على الاستمتاع و الاهتمام بالأشياء.

-يشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد بذل مجهود بسيط.

-انخفاض في تقدير الذات و الثقة بالنفس.

-اضطراب النوم و الشهية.

-يصبح المستقبل مظلما.

-تشيع الأفكار و الأفعال الانتحارية.

-يتبدل المزاج المنخفض قليلا من يوم لآخر و لا يستجيب للظروف المحيطة و قد يصاحبه بعض الأعراض الجسدية مثل: فقدان الاهتمام, أو فقدان الاستمتاع بالنشاطات المعتادة.

-انعدام الاستجابة للأحداث المحيطة .

-الاستيقاظ صباحا قبل الموعد المعتاد بساعتين أو أكثر .

-يكون الاكتئاب أسوء صباحا .

-بطء أو توتر نفسي-حركي.

-فقدان الشهية بصورة بالغة .

-فقدان الوزن: 5 % من وزن الشهر السابق.

-فقدان بالغ للرغبة الجنسية.

و لا تعتبر هذه الأعراض أو الظاهرة الجسدية موجودة إلا إذا توفرت أربع منها بشكل أكيد و قاطع في نفس الوقت.

النوبة الاكتئابية الأولى تصنف بحسب درجتها(خفيفة–متوسطة الشدة–شديدة) أما النوبات الاكتئابية التالية فتصنف تحت واحدة من تقسيمات الاضطراب الاكتئابي المتكرر.

يستند التميز بين الدرجات الخفيفة و المتوسطة و الشديدة إلى حكم سريري معقد يتضمن عدد و نوع و شدة الأعراض الموجودة و عادة ما تكون درجة النشاط الاجتماعي و العملي دليلا عاما مفيدا لتحديد درجة الشدة المحتملة للنوبة و يتضح أن التأثيرات الفردية و الاجتماعية و الثقافية التي تعترض العلاقة بين شدة الأعراض و الأداء الاجتماعي شائعة و قوية بالدرجة الكافية التي تجعل من غير الحكمة إدراج الأداء الاجتماعي ضمن المعايير الأساسية للشدة .

أ– نوبة اكتئابية خفيفة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية:

هنا يظهر المزاج المكتئب ,فقدان الاهتمام و الاستمتاع بالحياة , الإحساس بالتعب مع وجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض المذكورة سابقا , يمكن للمريض أن يستمر في القيام بأغلب نشاطاته.

ب–نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية:

يجب توفر أربعة أو أكثر من الأعراض السابق ذكرها.

يجب أن تستمر النوبة الاكتئابية لفترة أسبوعين على الأقل .

يجد المريض صعوبة بالغة في الاستمرار بالقيام بنشاطه الاجتماعي أو المهني أو المنزلي المعتاد.

ج– نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية:

ضيق و توتر بالغ إلا إذا كان البطء سمة بارزة , مع فقدان تقدير الذات , و عادة ما تكون أحاسيس عدم الفائدة أو الذنب بارزة , و يمثل الانتحار خطرا متجددا.

المفترض هنا أن الزملة الجسدية سوف تصاحب نوبة الاكتئاب الشديد يجب توفر الأعراض النمطية الثلاث لنوبة الاكتئاب , و من غير المحتمل أن يواصل المريض نشاطه الاجتماعي و المهني.

د– نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية:

تتوفر فيها المعايير المذكورة سابقا, ضلالات و هلاوس أو سبات اكتئابي,

و تتضمن الضلالات أفكار عن الخطيئة أو الفقر أو كوارث متوقعة يحمل المريض نفسه مسئوليتها.

أما الهلاوس فتتمثل في هلاوس سمعية أو شمية, و غالبا أصوات مشوهة للسمعة أو اتهامية , أو في روائح قذرة أو لحم متعفن, و قد يتطور البطء الحركي إلى ثبات اكتئابي.

هـ- اضطراب اكتئابي متكرر (خفيف – متوسط – شديد)

نوبات متكررة من الاكتئاب دون تاريخ سابق لنوبات هوس , لكن لا يستبعد حدوث نوبات قصيرة من الهوس الخفيف و قد يصعب على الآخرين ملاحظتها أحيانا . قد تكون البداية حادة أو تدريجية كما تتراوح المدة بين بضعة أسابيع و شهور كثيرة و لكنها تتكرر بمعدل أقل.

و قد تأتي النوبات الفردية بغض النظر عن شدتها في كثير من الأحوال نتيجة لأحداث حياتية مليئة بالإجهاد.

و- اضطراب وجداني (مزاجي) مستمر:

هنا يظهر الاضطراب في المزاج و نادرا ما تكون من الوضوح و الشدة بحيث يمكن تصنيفها على أنها نوبة اكتئاب أو نوبة هوس , و بالإضافة إلى أنها ضئيلة الدرجة فإنها تستمر لسنوات طويلة بدون تغير بحيث يصل طول النوبة إلى جزء كبير من عمر المصاب بها, و تتسبب في عرقلة حياة الشخص الانفعالية و العملية و يشمل هذا :

- المزاج النواب L'humeur Cyclothymique:

و فيه يتكرر لدى المضطرب بالتناوب حالات اكتئاب طفيف ثم نشوة غير ملحوظة و لأن هذه النوبات يصعب ملاحظتها فإن الوصول إلى تشخيصها يتطلب زمن طويل من الملاحظة.

- عسر المزاج L'humeur dysthymique:

و فيه يعني المصاب من اكتئاب طفيف مزمن لا يكون من الشدة أو الاستمرارية بحيث يوضع تحت تصنيف نوبة الاكتئاب المتكررة , و يصاب الشخص بهذا النوع من الاكتئاب في مقتبل العمر و تصبح أعراض هذا الاضطراب من خصائص شخصية المصاب به و يشبه إلى حد بعيد صفات الاكتئاب العصابي.

و- اضطراب مزاجي (وجداني) غير محدد:

يلحق تحت هذا التصنيف ما يشير صراحة إلى اضطراب وجداني إلا أنه يصعب وضعه في أي من التقسيمات التي سبق وصفها. (I.C.D.10 , PP 114-131)

ثانيا – الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية (Diagnostical Statistical Manual of mental Disorder : DSM)

يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي, نشرت أول طبعة منه عام 1952 و توالت الطبعات فنشرت الطبعة الثانية (DSM II) و الثالثة (DSM III).

و قد بدأ العمل فيها عام 1973 و نشرت عام 1980, و تضمنت هذه الطبعة توضيحا للمحكات التشخيصية للنظام متعدد المحاور بالإضافة إلى تبنيها للمنحى الوصفي الذي حاول أن يكون حياديا حيال النظريات المختلفة لأسباب الأمراض.

و يتضمن DSM III مزيدا من التحديد و التفاصيل في وصف محكات التشخيص و هذه خاصة يتميز بها عن ICD-9, و برزت هذه الخاصية أكثر في الدليل التشخيصي للأمراض العقلية الطبعة الثالثة المراجعة DSM III - R التي نشرت عام 1987.

و قد تضمنت مزيدا من التحديد و الوضوح للمحكات التشخيصية للاضطرابات,

و نشرت الطبعة الرابعة DSM- IV عام 1994 و يجرى العمل بها حاليا كنظام للتصنيف و التشخيص بشكل رسمي في الولايات المتحدة الأمريكية.

كما أن العديد من الباحثين في جميع أنحاء العالم يعتمدون عليها كنظام تصنيفي للاضطرابات النفسية جنبا إلى جنب مع التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD - 10.

ويعرض جدول (02) تصنيف الاضطرابات المزاجية في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية.

و في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV تم تقسيم قطاع الاضطرابات المزاجية إلى ثلاثة أجزاء.

الجزء الأول، يصف النوبات المزاجية و هي تتضمن نوبات الاكتئاب الأساسية، نوبات الهوس والنوبات المختلطة، و نوبات الهوس الخفيف.

أما الجزء الثاني, فقد وضعت محكات لتشخيص الاضطرابات المزاجية التي تتضمن الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطب، و الاضطرابات المزاجية التي ترجع إلى حالات طبية عامة و الحالات الناتجة عن تعاطي للمواد، و يتضمن الجزء الثالث المحددات التي تصف إما النوبة المزاجية أو الطبيعة المرضية للنوبات المتكررة. (Nathan et al , 1995 , p 440)

التصنيف التشخيصي للاضطرابات المزاجية كما وردت في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV

الاضطرابات المزاجية

Les troubles de l'humeur

Troubles dépressifs	– اضطرابات اكتئابية
Trouble dépressif majeur	– اضطراب اكتئابي أساسي
Episode isolé	. نوبة واحدة
Trouble dysthymique	– الاكتئاب المزمن (دستيميا)
Trouble dépressif non spécifié	– اضطراب اكتئابي غير محدد
Trouble bipolaire I	**– اضطراب ثنائي القطب I**
Episode maniaque isolé	. نوبة هوس وحيدة
Episode le plus récent hypomaniaque	. النوبة الأكثر حداثة هوس خفيف
Episode le plus récent maniaque	. النوبة الأكثر حداثة هوس
Episode le plus récent mixte	. النوبة الأكثر حداثة مختلطة
Episode le plus récent dépressif	. النوبة الأكثر حداثة اكتئاب
Episode le plus récent non spécifié	. النوبة الأكثر حداثة غير محددة
Trouble bipolaire II	**– اضطراب ثنائي القطب II**
Trouble cyclothymique	. الاضطراب الدوري
Trouble bipolaire non spécifié	. اضطراب ثنائي القطب غير محدد
Trouble de l'humeur du à une affection médicale générale	.اضطراب مزاجي يرجع إلى حالة طبية عامة
Trouble de l'humeur induit par une substance	اضطراب مزاجي ناتج عن تعاطي المواد

اضطراب مزاجي غير محدد	Trouble de l'humeur non spécifié

و في كل اضطراب سيتم تحديد :

أ – الشدة : و هو وجود أو عدم وجود أعراض ذهانية و درجة التحسن

ب – الإزمان

ج – وجود أعراض كتاتونية

د – وجود أعراض ملنخوليا

هـ – وجود أعراض نمطية

و – الظهور بعد الولادة

ي – مع أو بدون شفاء كامل ما بين النوبات

ل – النمط الموسمي

ن – دورات سريعة

كل حسب نوع الاضطرابات و ظروف تشخيصية .

تهتم الدراسة الحالية بالاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب – يوضح الشكل (1-1) الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب وفقا لتصنيف DSM IV و الذي تم الاعتماد عليه في التشخيص للحالات المتضمنة في عينة هذا البحث. كما يتضح من الشكل يتكون الاكتئاب أحادي القطب من نوعين أساسيين يختلفان في درجة الشدة و الإزمان هما اضطراب اكتئابي أساسي و اضطراب الاكتئاب المزمن(Dysthimique Trouble) بالإضافة إلى الاضطرابات الاكتئابية غيرالمحددة. يوضح الشكل خصائص النوبة الاكتئابية الأساسية التي تؤخذ في الاعتبار عند التشخيص هي الشدة، ووجود أو عدم وجود أعراض ذهانية، محددات الشفاء، ووجود أو عدم وجود أعراض كتاتونية(Catatonique)، و ملامح الملنخوليا و ملامح نمطية، أو الحدوث بعد الولادة بالنسبة للنوبات المتكررة يتم تحديد درجة الشفاء ما بين النوبات، أو إذا كانت تحدث في نمط موسمي أو بدورات سريعة.

و من الجدير بالذكر وفقا لتحليل "راش"(Rush , 1992) إنه ليس هناك اختلاف ما بين الطبعة الثالثة المراجعة DSM III - R و الرابعة DSM- IV في المحكات التي يتم بناء عليها تشخيص الاضطرابات الاكتئابية الأساسية سواء في جانب المدة أو الأعراض، حيث استمر تصنيفها كنوبة واحدة أو متكرر (يعاود).

أما بالنسبة للتشخيص الفارق النوبة الاكتئابية الأساسية و الاكتئاب المزمن بأن شدة الأعراض من ناحية ووجود أعراض معرفية أكثر في النوبة الاكتئابية الأساسية.

و ليست ردود فعل جسدية كما في حالات الاكتئاب المزمن (الدستيميا), و أخذ هذا في الاعتبار يساعد في دقة التشخيص. (Rush , 1992 , p 195)

جدول (02): يوضح التصنيف التشخيصي للاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب وفقا للدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV

الاكتئاب أحادي القطب

اضطرابات اكتئابية أساسية		اضطرابات الاكتئاب المزمن	اضطرابات اكتئابية غير محددة
الشدة	مع أو بدون أعراض ذهانية		– اضطراب عسر المزاج فيما قبل الدورة الشهرية Trouble dysphorique Prémenstruel
درجة التحسن	متكررة أو أحادية النوبة		
أعراض كاتاتونية	مع أو بدون أعراض ملنخوليا		– اضطراب اكتئابي خفيف Trouble dépressif Mineur
أعراض نمطية	وجود أو عدم وجود النمط الموسمي		– اكتئاب قصير متكرر Trouble dépressif bref récurrent
الظهور بعد الولادة	دورات سريعة		

أولا – اضطراب الاكتئاب الأساسي (Trouble dépressif majeur)

تشير إلى فترة محددة من الوقت يعاني فيها الفرد من أعراض اكتئابية تتراوح في الشدة بين متوسطة إلى شديدة و تسمى نوبة اكتئابية أساسية , و هو اضطراب أحادي القطب أي

أنه لكي يوضع تشخيص نوبة اكتئابية أساسية فذلك يعني أن الفرد لم يمر في حياته بوقت كان فيه في حالة هوس أو هوس خفيف و لذلك يجب فحص هذا العامل في تاريخ حياة الفرد عند التشخيص .

و لتشخيص النوبة الاكتئابية الأساسية يجب أن يكون الاضطراب مستمر لمدة أسبوعين على الأقل يعاني فيها الفرد من خمسة أعراض أو أكثر و أن تكون هذه الأعراض تحدث كل يوم بشكل مستمر لمعظم فترات اليوم.

و لكي يشخص الاضطراب الاكتئابي الأساسي يجب أن يمر الفرد بنوبة اكتئابية أساسية واحدة على الأقل و فيما يلي عرض للمحكات التشخيصية للنوبة الاكتئابية الأساسية :

المحكات التشخيصية للنوبة الاكتئابية الأساسية :

أ – خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية تكون متواجدة معا لفترة أسبوعين على الأقل مع وجود تغير في التوظيف السابق, أحدا الأعراض يجب أن تكون إما

1- مزاج مكتئب أو 2- فقدان الاهتمام أو السعادة.

ملاحظة : لا يتضمن هنا الأعراض التي من الواضح أنها ترجع إلى حالات طبية عامة أو ضلالات , أو هلاوس غير متسقة مع المزاج .

1-مزاج مكتئب معظم أوقات اليوم, كل يوم تقريبا, كما يذكر المريض (أي يقرر أنه يشعر بالحزن) أو ملاحظة الآخرين له (مثل أن يوصف بأنه سريع البكاء)

ملاحظة: في حالة الأطفال و المراهقين قد يكون في شدة القابلية للاستثارة (irritabilité) المزاج أكثر من كونه حزن.

2-اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة و في معظم أوقات اليوم, أو كل يوم تقريبا (كما يقرره المريض عن ذاته أو ملاحظات الآخرين).

3-نقص كبير في الوزن بدون اتباع نظام غذائي لهذا الغرض أو زيادة في الوزن (مثل تغير في نسبة تزيد عن 5 % من وزن الجسم في مدة شهر) , أو نقص في الشهية للطعام كل يوم تقريبا.

ملحوظة: في الأطفال يكون في صورة الفشل للوصول بالوزن للمعدل الطبيعي.

4-أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريبا .

5-هياج أو تأخر نفسحركي كل يوم تقريبا (يجب أن يكون ذلك ملحوظ من طرف الآخرين ليس فقط ملاحظة الفرد لذاته و مشاعره بالملل أو البطء الحركي)

6-تعب و فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .

7-مشاعر عدم القيمة أو شعور متزايد غير متناسب بالذنب (قد يصل إلى حد الضلالات) كل يوم تقريبا (و ليس مجرد توبيخ للذات أو شعور بالذنب بسبب المرض).

8-اختفاء القدرة على التفكير أو التركيز , عدم القدرة على اتخاذ قرار , كل يوم تقريبا (إما تقرير الفر د عن ذاته أو ملاحظة الآخرين له).

9-أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت), أفكار انتحارية متكررة بدون خطط محددة, أو محاولات انتحارية أو خطط محددة لتنفيذ الانتحار.

ب – أن لا تكون المحكات كافية لتشخيص نوبة مختلطة.

ج – أن تسبب الأعراض ضيقا ذا دلالة اكلينيكية أو خلل في المجالات الاجتماعية و المهنية أو المجالات المهمة الأخرى من التوظيف د – ألا تكون الأعراض ترجع بشكل مباشر للآثار الفسيولوجية للمواد (مثل تعاطي العقاقير أو الأدوية) أو ترجع إلى حالة طبية عامة (مثل نقص هرمون الغدة الدرقية).

هـ – ألا يكون من الأفضل تفسير الأعراض على أنها حالة من الحداد على موت عزيز , أي بعد فقدان شخص عزيز أي إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد عن شهرين أو أن تتسم بخلل وظيفي ملحوظ , مع انشغال المرضى بأفكار عدم القيمة أو الأفكار الانتحارية أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسحركي.

ثانيا – الاضطراب الاكتئابي المزمن ((Le trouble dysthymique) :

و هو اضطراب الوجدان المزمن و يتطلب هذا الاضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم و على مدى معظم الأيام و ذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين.أما بالنسبة للأطفال و المراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الانفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل. و إلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية:

1- ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الأكل.

2- الأرق أو الإفراط في النوم.

3- انخفاض مستوى الطاقة و الحيوية مع سرعة الشعور بالتعب .

4- انخفاض تقدير الذات.

5- ضعف القدرة على التركيز و وجود صعوبة في اتخاذ القرارات.

6- الشعور باليأس.

و إلى جانب ذلك يلاحظ أنه خلال فترة الاضطراب و التي تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال و المراهقين أنه يجب ألا تختفي تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين.

و ألا تحدث نوبة اكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد تلك على ألا ترجع تلك الأعراض إلى اضطراب اكتئابي شديد أو أي نوبة هوسية، أو اضطراب ذهاني، أو إلى أثار فسيولوجية مباشرة لمدة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة.

كذلك فان هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق النفسي، و إلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعيا أو مهنيا أو في أي مجال هام أخر و يعرف هذا الاضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادي و العشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بداية متأخرة. (عادل عبد الله محمد ,2000, ص 164-165)

وغالبا ما يطرأ على المصابين بهذا الاضطراب نوبات الاكتئاب الجسم و يطلق عليه الاكتئاب المتضاعف و هذا ما يجعلهم يبحثون عن العلاج و في هذه الحالة يوضع التشخيصان لأن الاكتئاب الجسيم و الإعاقة التي يسببها هذا الاضطراب طفيفة لأنه مزمن و نادر ما يحتاج المريض لدخول مستشفى و نظرا لأن هذا الاضطراب مزمن فان أخطر مضاعفاته هو الإدمان كمحاولة من المريض لعلاج نفسه بتعاطي المنشطات.

و في حالة الأطفال و المراهقين يتأثر التفاعل الاجتماعي و يصبحون أكثر خجلا و سلبية أو عنادا و غضبا و قد يتأثر انجازهم الدراسي.

و تتميز الدستيميا بالسمات التشخيصية الآتية :

أ- اكتئاب لأغلب فترات اليوم أغلب الأيام كما يقرر من الشخص نفسه أو من الملاحظين لمدة لا تقل عن سنتين (في الأطفال و المراهقين الوجدان يمكن أن يكون مستثارا و المدة على الأقل سنة).

ب- خلال فترة الاكتئاب اثنتان أو أكثر مما يلي :

1- فقدان الشهية أو زيادتها.

2- أرق أو زيادة النوم.

3- نقص الطاقة أو الإجهاد.

4- نقص اعتبار الذات.

5- نقص التركيز أو صعوبة صنع القرار.

6- الشعور بالعجز.

جـ – خلال فترة السنتين (سنة الأطفال و المراهقين) من الاضطراب لم يكن الشخص بدون الأعراض السابقة لمدة أكثر من شهرين.

د– لا توجد نوبات اكتئاب خلال عامين من الاضطراب (سنة بالنسبة للأطفال أو المراهقين) لم يكن الاضطراب جزءا لاضطراب الاكتئاب الجسيم أو الذي في هدأة.

هـ – عدم وجود نوبات هوس أو مختلطة أو هوس خفيف و لا يتفق مع مواصفات الاضطراب الدوري الو جدائي.

و – الاضطراب لا يحدث خلال مسار اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالي.

ع – الأعراض لا ترجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (إسراف مادة أو عقار طبي) أو حالة مرضية جسمانية (مثل نقص نشاط الدرقية).

ل– الأعراض تسبب إزعاجا إكلينيكيا أو إعاقة اجتماعية أو وظيفية .

يحدد: – ذو بداية مبكرة قبل سن 21 سنة

– ذو بداية متأخرة بعد سن 21 سنة

يحدد(للحالات الحديثة): – مصاحب بأعراض غير نمطية

التشخيص الفارقي للاكتئاب المزمن (الدستيميا):

1– يصعب تمييزه بصفة خاصة من نوبات الاكتئاب الجسيم لأن أعراضهما واحدة، فنوبة الاكتئاب الجسيم يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة، بينما الاكتئاب المزمن خفيف الشدة و قد لا يؤثر على أداء الشخص، و يظل لعدة سنوات.. وعندما تطرأ نوبة اكتئاب جسيم (أو ما يسمى بالاكتئاب المتضاعف) يوضع التشخيصان معا.

2– تغيرات الوجدان الطبيعية و هي لا تؤثر بأي درجة على أداء الشخص و ليست شديدة أو متكررة (يوجين ليفيت، برنارد لوبين، 1985 ، ص 320 ، 321)

استعراضا فيما سبق بعض الجوانب المختلفة للاكتئاب، وذلك من خلال عرض التعريفات و الأعراض و التصنيف، و المحكات التشخيصية، و التشخيصات الفارقة للمرض، و ذلك بهدف تحديد مجال اهتمامات و استبعاد ما لا يشمله إطار اهتمامنا الراهن.

لكننا لم نتعرض لمسببات، و تفسيرات منشأ المرض، و أعراضه المتعددة، على اختلافها و تداخلها و انضباطها أيضا، الأمر الذي يملي علينا أهمية عرض النماذج و الأطر النظرية المفسرة لنشأة و تطور، و استمرار الاكتئاب. و ذلك على مدى الجزء المتبقي من هذا الفصل.

ثالثا –الاضطراب الاكتئابي غير محدد (Trouble dépressif non spécifié):

إن أي شخص يقرر ذاتيا عن وجود مشاعر اكتئابية و عن دفعات انتحارية يفتقد في الغالب للاستمتاع بالحياة و النوم العميق و يصبح مكتئبا بشكل خطير و لكن لأنه لم تتوافر لديه الأربعة معايير الثانوية لا يمكن تشخيصه على أنه مصاب بالاكتئاب الجوهري , و بالمثل فالشخص الذي يعاني من جميع أعراض الخلل العقلي و لكن لفترة لا تدوم لمدة عامين لا يمكن تصنيفه على أنه مصاب بالاضطراب الاكتئابي غير المحدد , وهذا التصنيف يستخدم لكل المرضى الذين يظهرون بعض أعراض الاكتئاب و لكنهم لم يحققوا معايير التشخيصات المعروفة , أن أعراضهم قد تكون أقل شدة أو تأخذ مدة زمنية أقل , و تتضمن هذه الفئة أيضا السيدات الاتي يعانين من الاكتئاب المصاحب للدورة الشهرية , و كذلك الأشخاص المصابون بالفصام المصحوب باكتئاب و أيضا تتضمن هذه الفئة من يعانون من الاكتئاب بدون سبب ظاهري واضح و لكنه جد خطير إلى الدرجة التي يجعله يتداخل مع قدرتهم على القيام بوظائفهم.(Richard , 1997 , pp 41-42)

يتضمن الاكتئاب غير المحدد كل الاضطرابات الاكتئابية التي لا تتوفر فيها معايير الاضطراب الاكتئابي الجسيم , أو اضطراب الاكتئاب المزمن (الدستيميا), أو اضطراب التكيف مع مزاج اكتئابي.

يشمل الاضطراب الاكتئابي غير المحدد على ما يلي :

1–اضطراب عسر المزاج فيما قبل الدورة الشهرية (Trouble dysphorique prémenstruel):

تظهر مجموعة من الأعراض مثل المزاج الاكتئابي الظاهر , حساسية انفعالية شديدة , قلق واضح , فقد الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة تقريبا , فيما قبل أغلب الدورات الشهرية (دورات الحيض) للسنة الفارطة , و تنقص هذه الأعراض بعد أيام قليلة من بداية الدورة الشهرية .

هذه الأعراض يجب أن تكون شديدة و تسبب اضطراب العمل ,أو التمدرس , أو النشاطات اليومية, و تختفي هذه الأعراض تماما لمدة لا تقل عن أسبوع بعد انتهاء الدورة الشهرية.

و يتميز اضطراب عسر المزاج فيما قبل الدورة الشهرية بالسمات التشخيصية التالية:

– خلال أغلب الدورات الشهرية (دورات الحيض) للسنة الفارطة, يجب أن تتوفر خمسة أعراض أو أكثر في أغلب الأحيان أثناء الأسبوع الذي يسبق مباشرة الدورة الشهرية. و

تختفي هذه الأعراض كليا لمدة أسبوع على الأقل بعد انتهاء هذه الدورة وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي :

1- مزاج اكتئابي واضح , الشعور باليأس ,أو احتقار الذات أو القلق و التوتر الشديدين أو حساسية مفرطة و الرغبة في البكاء .

2- فقد الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة اليومية تقريبا(العمل , الأصدقاء, المدرسة)

3- صعوبات في التركيز

4- التبلد الحركي و العياء الشديد

5- زيادة الوزن (زيادة واضحة في الشهية)

6- الأرق أو النوم المفرط

7- أعراض جسدية أخرى كانتفاخ الثديين , صداع , آلام في المفاصل .

2- اضطراب اكتئابي خفيف (Trouble dépressif mineur) :

أعراض هذا الاضطراب مماثلة لأعراض النوبة الاكتئابية الأساسية , و تدوم نفس المدة الزمنية(تستمر الأعراض لمدة أسبوعين متتاليين), إلا أن تشخيص هذا الاضطراب يتطلب وجود عرضين على الأقل, والمهم أن يكون عدد الأعراض أقل من خمسة, كما يتسبب في خلل و اضطراب أقل مقارنة بالاضطراب الذي تسببه النوبة الاكتئابية الأساسية.

السمات التشخيصية لهذا الاضطراب هي نفس سمات النوبة الاكتئابية الأساسية.

و هي كالآتي :

المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الخفيف

أ – عرضين على الأقل (و أقل من خمسة أعراض) من الأعراض التالية تكون متواجدة معا لفترة أسبوعين على الأقل مع وجود تغير في التوظيف السابق, أحدا الأعراض يجب أن تكون إما:

1- مزاج مكتئب أو 2- فقدان الاهتمام أو السعادة .

ملاحظة : لا يتضمن هنا الأعراض التي من الواضح أنها ترجع إلى حالات طبية عامة, أو ضلالات, أو هلاوس غير متسقة مع المزاج.

10-مزاج مكتئب معظم أوقات اليوم, كل يوم تقريبا, كما يذكر المريض (أي يقرر أنه يشعر بالحزن) أو ملاحظة الآخرين له (مثل أن يوصف بأنه سريع البكاء).

ملاحظة: في حالة الأطفال و المراهقين قد يكون في شدة القابلية للاستثارة

(irritabilité) المزاج أكثر من كونه حزن.

11–اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة و في معظم أوقات اليوم, أو كل يوم تقريبا (كما يقرره المريض عن ذاته أو ملاحظات الآخرين).

12–نقص كبير في الوزن بدون اتباع نظام غذائي لهذا الغرض أو زيادة في الوزن (مثل تغير في نسبة تزيد عن 5 % من وزن الجسم في مدة شهر) , أو نقص في الشهية للطعام كل يوم تقريبا .

ملحوظة: في الأطفال يكون في صورة الفشل للوصول بالوزن للمعدل الطبيعي.

13–أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريبا.

14–هياج أو تأخر نفسحركي كل يوم تقريبا (يجب أن يكون ذلك ملحوظ **من** طرف الآخرين ليس فقط ملاحظة الفرد لذاته و مشاعره بالملل أو البطء الحركي)

15–تعب و فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .

16–مشاعر عدم القيمة أو شعور متزايد غير متناسب بالذنب (قد يصل إلى حد الضلالات) كل يوم تقريبا(و ليس مجرد توبيخ للذات أو شعور بالذنب بسبب المرض).

17–اختفاء القدرة على التفكير أو التركيز , عدم القدرة على اتخاذ قرار , كل يوم تقريبا (إما تقرير الفر د عن ذاته أو ملاحظة الآخرين له) .

18–أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت), أفكار انتحارية متكررة بدون خطط محددة, أو محاولات انتحارية أو خطط محددة لتنفيذ الانتحار.

ب – أن لا تكون المحكات كافية لتشخيص نوبة مختلطة.

ج – أن تسبب الأعراض ضيقا ذا دلالة اكلينيكية أو خلل في المجالات الاجتماعية و المهنية أو المجالات المهمة الأخرى من التوظيف

د – ألا تكون الأعراض ترجع بشكل مباشر للآثار الفسيولوجية للمواد (مثل تعاطي العقاقير أو الأدوية) أو ترجع إلى حالة طبية عامة (مثل نقص هرمون الغدة الدرقية)

هـ – ألا يكون من الأفضل تفسير الأعراض على أنها حالة من الحداد على موت عزيز , أي بعد فقدان شخص عزيز أي إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد عن شهرين أو أن تتسم بخلل وظيفي ملحوظ , مع انشغال المرضى بأفكار عدم القيمة أو الأفكار الانتحارية أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسحركي.

3 – اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر(Trouble dépressif bref réccurent)

يتميز هذا الاضطراب أساسا بظهور نوبات اكتئابية قصيرة و متكررة , و أعراضها مماثلة لأعراض النوبة الاكتئابية الأساسية في الشدة , و لكنها لا تدوم لمدة أسبوعين متتاليين , بل تستمر لمدة يومين إلى أربعة أيام على الأكثر . و لوضع تشخيص الاكتئاب القصير المتكرر يجب أن تسبب هذه الأعراض ضيقا ذا دلالة إكلينيكية أو خلل في المجالات الاجتماعية و المهنية أو المجالات المهمة الأخرى كما يجب أن تظهر هذه الأعراض على الأقل مرة في الشهر خلال إثنى عشر شهرا متتاليا. لا يجب أن يصاحب ظهورها الدورة الشهرية.

و السمات التشخيصية لهذا الاضطراب هي كالتالي: DSM – IV – TR , 2003, pp 889-893)

المحكات التشخيصية للاكتئاب القصير المتكرر

أ – خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية تكون متواجدة معا لمدة يومين على الأقل إلى أربعة أيام على الأكثر, مع وجود تغير في التوظيف السابق, أحدا الأعراض يجب أن تكون إما:

1– مزاج مكتئب أو 2– فقدان الاهتمام أو السعادة .

ملاحظة : لا يتضمن هنا الأعراض التي من الواضح أنها ترجع إلى حالات طبية عامة أو ضلالات , أو هلاوس غير متسقة مع المزاج.

19–مزاج مكتئب معظم أوقات اليوم, كل يوم تقريبا, كما يذكر المريض (أي يقرر أنه يشعر بالحزن) أو ملاحظة الآخرين له (مثل أن يوصف بأنه سريع البكاء) .

ملاحظة: في حالة الأطفال و المراهقين قد يكون في شدة القابلية للاستثارة (irritabilité)المزاج أكثر من كونه حزن.

20–اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة و في معظم أوقات اليوم, أو كل يوم تقريبا (كما يقرره المريض عن ذاته أو ملاحظات الآخرين).

21–نقص كبير في الوزن بدون اتباع نظام غذائي لهذا الغرض أو زيادة في الوزن (مثل تغير في نسبة تزيد عن 5 % من وزن الجسم في مدة شهر) , أو نقص في الشهية للطعام كل يوم تقريبا .

ملاحظة: في الأطفال يكون في صورة الفشل للوصول بالوزن للمعدل الطبيعي.

22–أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريبا .

23–هياج أو تأخر نفسحركي كل يوم تقريبا (يجب أن يكون ذلك ملحوظ من طرف

الآخرين ليس فقط ملاحظة الفرد لذاته و مشاعره بالملل أو البطء الحركي)

24-تعب و فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.

25-مشاعر عدم القيمة أو شعور متزايد غير متناسب بالذنب (قد يصل إلى حد الضلالات) كل يوم تقريبا(و ليس مجرد توبيخ للذات أو شعور بالذنب بسبب المرض).

26-اختفاء القدرة على التفكير أو التركيز , عدم القدرة على اتخاذ قرار , كل يوم تقريبا (إما تقرير الفر د عن ذاته أو ملاحظة الآخرين له) .

27-أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت) , أفكار انتحارية متكررة بدون خطط محددة , أو محاولات انتحارية أو خطط محددة لتنفيذ الانتحار

ب – أن لا تكون المحكات كافية لتشخيص نوبة مختلطة .

ج – أن تسبب الأعراض ضيقا ذا دلالة اكلينيكية أو خلل في المجالات الاجتماعية و المهنية أو المجالات المهمة الأخرى من التوظيف

د – ألا تكون الأعراض ترجع بشكل مباشر للآثار الفسيولوجية للمواد (مثل تعاطي العقاقير أو الأدوية) أو ترجع إلى حالة طبية عامة (مثل نقص هرمون الغدة الدرقية)

هـ – ألا يكون من الأفضل تفسير الأعراض على أنها حالة من الحداد على موت عزيز, أي بعد فقدان شخص عزيز أي إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد عن شهرين أو أن تتسم بخلل وظيفي ملحوظ , مع انشغال المرضى بأفكار عدم القيمة أو الأفكار الانتحارية أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسحركي.

8- أسباب الاكتئاب:

تعددت أسباب الاكتئاب و أختلف الباحثون وعلماء النفس في تحديد أسباب مباشرة للاكتئاب, فكل منهم حدد الأسباب التي تتناسب مع آرائه و منطلقاته النظرية. و الأكثر من ذلك أن نظريات الشخصية اختلفت في تحديد أسباب الاكتئاب, فكل نظرية فسرت الاكتئاب و حددت أسباب نشأته بشكل مختلف عن النظريات الأخرى.

و تبدو أسباب الاكتئاب متداخلة و متفاعلة مع بعضها، و لكن المشكلة التي واجهت الباحثين في هذا النطاق هي أن هذه الأسباب هي التي أدت إلى حدوث الاكتئاب بصورة مباشرة معنى أنها حدثت قبل ظهور المرض فكانت سببا في ظهوره أم أن هذه الأسباب ظهرت أثناء ظهور المرض فكانت عوامل مهيأة لظهوره و استمراريته، أم أن هذه الأسباب كانت نتيجة لظهور الاكتئاب أيهما يؤدي لحدوث الآخر.

و لذلك تتمثل الصعوبة الرئيسية في بحث أسباب الاكتئاب في تعقد هذا الموضوع، فعلى الرغم من أن الدراسات قد أوضحت أن هناك متغيرات محددة ترتبط بالاكتئاب إلا أن ذلك لا يؤيد أن هذه المتغيرات تتسبب في حدوث الاكتئاب، فقد تكون هذه المتغيرات ظهرت بعد الإصابة بالاكتئاب، و بذلك فهي تصبح نتيجة ممكنة للاكتئاب بدلا من أن تكون سببا فيه.(Ingram , Rick , 1994 , p 121).

لذلك فيمكن أن نعتبر آراء الباحثين و النماذج النظرية المتنوعة, التي تفسر الاكتئاب كلها إسهامات في تفسير بعض المؤثرات و الجوانب المختلفة من الاكتئاب, حتى تظهر الدراسات و البحوث التي تستطيع قياس المتغيرات و الأسباب الرئيسية بفعالية, قبل إصابة الشخص بالاكتئاب و تؤكد أن هذه المتغيرات سبب في حدوث الاكتئاب.

و يشير عبد الستار إبراهيم (1998) إلى أن "الاكتئاب يحدث عادة بسبب التقاء مجموعة من العناصر يمكننا القول بأن العوامل البيوكيميائية و الوراثية هي المسئولة عن الاكتئاب دون غيرها أو أن العامل الشخصي والأزمات هي المسئولة.

فالحديث جدلا أشبه بالحديث عن أيهما مسئول عن وجود الآخر أهي البيضة أم الدجاجة" (عبد الستار إبراهيم، 1998 ص 90).

و في ما يلي تعرض الباحثة آراء بعض الباحثين في تحديدهم لأسباب الاكتئاب قبل عرض النظريات المفسرة للاكتئاب.

يرجع البعض الاكتئاب إلى عدة عوامل وراثية مهيأة لحدوثه و إن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا و يرجع البعض الآخر الاكتئاب إلى عوامل نفسية منها على سبيل المثال:

- التوتر الانفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة و الكوارث القاسية.
- الحرمان و فقد الحب و المساندة العاطفية أو فقد المكانة الاجتماعية.
- الإحباط و الفشل و خيبة الأمل و الكبت و القلق.
- الخبرات الصادمة و التفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- التربية الخاطئة (التسلط و الإهمال ...إلخ).

و هناك باحثون يقسمون أسباب الاكتئاب إلى :

1- **عوامل وراثية** : حيث تشير بعض الدراسات إلى شيوع الاكتئاب بين التوائم المتشابهة و الأقارب.

2- **عوامل بيوكيميائية** : نتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو اضطرابات في الجهاز العصبي.

3- عوامل شخصية و نفسية : كخصائص للشخصية الأكثر استهدافا للاضطراب و منها سمات الشخصية المنطوية كالخجل و الإنسحابية و الشعور بالنقص و تدني مفهوم الذات و الإحباطات الشديدة ...إلخ.

4- عوامل بيئية اجتماعية : و من بينها الأساليب الوالدية اللآسوية في التنشئة "كإهمال الأبناء و نبذهم و القسوة الشديدة عليهم، و الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو إحداهما و التفكك الأسري، و الانفصال المبكر للوالدين أو عنهما، و الخلافات الوالدية الشديدة و اضطراب المناخ الأسري. (عبد المطلب القريطي، 1998 ص 393).

و مهما تعددت الأسباب فإن الاكتئاب النفسي هو في النهاية نتيجة لفقدان الإنسان لقدرته على التوافق داخليا مع الحياة من حوله بما فيها مؤثرات و أحداث بعضها يجلب السرور، و البعض الآخر يدعو إلى الحزن و الكآبة مثل الخسارة، و الفراق و الإحباط و متطلبات الحياة المتلاحقة، و بدلا من التفاعل مع هذه الأمور بصفة مؤقتة و الانصراف إلى الحياة، يستمر فرط تأثير الإنسان و اهتمامه، و يتغير مزاجه و يعيش حالة الاكتئاب (لطفي الشربيني، ب.ت: ص 22)

و أيا كانت الأسباب فهي تختلف من حالة لأخرى حيث يتوقف هذا على استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب، و العوامل المهيأة التي تساعد على ظهور المرض لديه، و تاريخ الحالة، و الظروف التي يمر بها الفرد لذلك فإن الفحص الإكلينيكي يساعدنا في التعرف على أسباب الاكتئاب لكل حالة على حدة حيث أن هناك أشخاص يمكن أن يكونوا أقل عرضة من غيرهم للإصابة بالاكتئاب. (Ingram,Rich,E,1994 :P118)

و للتعرف على أسباب الاكتئاب بصورة أكثر تحديدا تستعرض الباحثة النظريات المفسرة للاكتئاب .

9- النظريات المفسرة للاكتئاب :

الاكتئاب مثله مثل بقية الاضطرابات النفسية الأخرى، يصعب إيجاد تفسير أو مسبب دقيق له، و كل ما هو متوافر عبارة عن نظريات تختلف فيما بينها في تفسير الاكتئاب، و تتناقض في إيجاد سبب معين متفق عليه.(صمويل تامر بشرى، 2007، ص 24)

تعددت النماذج النظرية المفسرة للاكتئاب، و كل نظرية منها حددت أسباب نشأة الاكتئاب و فسرت كيفية حدوثه بصورة مختلفة عن النظريات الأخرى.

فكل نظرية فسرت الاكتئاب وفقا لما تتبناه من مذاهب فلسفية و منطلقات نظرية,

و على الرغم من احتواء هذه النماذج على نسب كبيرة من التداخل و التشابك، إلا أنها تبدو متصارعة و متناقضة على أكثر من صعيد، و لعل ذلك يرجع إلى تركيز كل اتجاه على جانب واحد من هذا الاضطراب و إهمال الجوانب الأخرى. (Ferreri,1987, P1)

و مع ذلك فإن بعض الاتجاهات الحديثة حاولت أن تكون أكثر شمولية في طرحها و مبادئها و علاجها.

و لذلك تقسم الباحثة هذه النظريات أو النماذج النظرية إلى قسمين أساسيين هما:

(أ)- النظريات البيولوجية.

(ب)- النظريات النفسية.

9-1 – النظريات البيولوجية

إن الاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب لأمر ليس بالجديد، فقد تحدث عنه أبو الطب أبو قراط، و افترض أطباء القرن الثاني أن ازدياد المادة السوداوية تسبب الملانخوليا. و قد تأخر التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب بسبب نقص المعرفة بفسيولوجية المخ عند الأسوياء، و بسبب عدم القدرة على دراسة العمليات الجزئية الدقيقة للمخ. (صمويل تامر بشرى، 2007، ص 27 – 28)

و يرى أصحاب النظرية البيولوجية أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لاضطرابات في التنظيم الهرموني و الكيميائي و الفسيولوجية. و يعتبر العديد من الأطباء أن سبب الاضطرابات الوجدانية في المقام الأول يرجع إلى ظاهرة بيولوجية أو فسيولوجية أو وراثية (جينية) و أحيانا تعتبر هذه العوامل الثلاثة متفاعلة معا.

فقد تقترح التفسيرات الوراثية أن أفراد محددين يرثون استعدادا مسبقا للعمليات الفسيولوجية المضطربة.

و قد تركز المداخل البيولوجية على إرجاع الاضطرابات الوجدانية إلى الناقلات العصبية حيث يكون هناك اضطراب في توازن العناصر الأمينية أو اضطراب في نسبة المعادن أو اضطراب هرموني في إفرازات بعض الغدد الصماء و بذلك فإن المدخل البيولوجي في تفسير الاكتئاب يرجع أسباب الاكتئاب إما إلى أسباب وراثية أو أسباب عضوية.

9-1-1 النظرية الوراثية أو الجينية :

يشير المدخل الوراثي إلى أهمية العامل الوراثي في نشأة الاضطرابات الوجدانية حيث أن هناك أشخاص محددين يرثون سرعة التأثر بالاضطرابات الانفعالية، و قد دعمت نتائج

بعض الدراسات تأثير المكونات الوراثية في الاضطرابات الوجدانية في ما يتعلق بالاضطرابات ثنائية القطب.(Ingram,Rich.E,1994 :P120)

تم دراسة العوامل الوراثية من خلال عدد من الدراسات في اتجاهات مختلفة، منها: الدراسات الأسرية، و دراسة التوائم (المتطابقة و غير المتطابقة)،و دراسات التبني.

و يستند هذا المنحى إلى ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى، و قد أثبتت الدراسات الأسرية أنه حين يكون أحد الوالدين مصابا باضطرابات المزاج، فإن نسبة 30٪ من الأطفال يكونوا معرضين لخطر الإصابة به مستقبلا، و لو كان كلا الأبوين مصابا فإن النسبة تتراوح بين50%–70 ٪،و قد وجدت الدراسات المتعددة على الأقارب أن من لهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من اضطراب المزاج الاكتئابي الأحادي، يكون احتمال إصابتهم بنسبة تتراوح بين 8–18 مرة أعلى من الأقارب من الدرجة الأولى في المجموعة الضابطة (الأسوياء)، و أيضا نسبة تتراوح بين 2–10 مرات أعلى بالنسبة لاحتمال الإصابة بالاكتئاب.

أما بالنسبة لدراسات التوائم، فقد تبين أنه بين التوائم المتطابقة لو أن أحدها أصيب بالاكتئاب فإن احتمال إصابة الأخر يتراوح بين 15 ٪ و 20 ٪ أما بين التوائم غير المتطابقة فإن النسبة تتراوح بين 15 ٪ و25 ٪.

أما بالنسبة لدراسات التبني، فقد كشفت هذه الدراسات عن أن الأطفال لأبوين مصابين، لا يزالون معرضين لخطر الإصابة بشكل متزايد حتى لو كان تبنيهم داخل أسر سوية و لا يوجد بها إصابة بالمرض.

(Halgin And Whilbourn, 1993, PP 196 – 198)

و نلاحظ أن هذا الخط من الدراسات قدم دليل على صحة هذا التفسير حيث وجد أن الوراثة تمارس دورا هاما في الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية و لكن ليس دورا كبير للغاية بل أن العوامل البيئية تعد عوامل هامة جدا في الإصابة باضطرابات الاكتئاب أيضا. (Kendall, et al, 1995, p.233).

قدمت دراسات العائلات دعما جزئيا لدور الوراثة في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية, كما قدمت أيضا الدراسة الطولية التي كفلتها الهيئة القومية للصحة النفسية عام 1987 و التي قام بها "رايس" Rice و آخرون, دعما لدور العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب.

في هذه الدراسة تم فحص التاريخ الأسري لعدد 612 من مرض الاضطرابات المزاجية عن طريق مقابلة أفراد ينتمون إلى نفس الأسرة التي ينتمي إليها المريض.

و كانت العينة الكلية للدراسة هي 2225 شخص, منهم أباء و أبناء و إخوة و أزواج أو زوجات، انتهت هذه الدراسة إلى نتيجة هي أن 1 ٪ من أقارب المرض المصابين باضطرابات اكتئابية أساسية لديهم أعراض مشابهة لهذا الاضطراب بينما كانت نسبة الحدوث في حالة الاضطراب ثنائي القطب هي 5 ٪

(Halgin et Whilbourn, 1993,p.252)

9-1-2 التفسير الكيميائي الحيوي (النظرية البيوكيميائية):

تفترض النظرية البيوكيميائية أن الاكتئاب نتيجة لاختلال العناصر الكيميائية في الجسم و يحدث ذلك لسبب من الأسباب الآتية :

أ – إما يحدث نتيجة قصور في بعض أنواع من الأمينيات الأحادية و التي تشمل الكاتيكول أمين (Indoleamine) و الأندول أمين.

ب– أو يحدث نتيجة اضطراب نسبة المعادن (الصوديوم و البوتاسيوم).

ج– أو يحدث نتيجة اضطراب هرموني في الجسم و هذا يظهر عن طريق إسهام بعض الغدد الصماء (النخامية و الكظرية) في نشأة و استمرار الاكتئاب.

و تحاول الباحثة توضيح هذه الفروض بصورة موجزة.

التفسير الأول: هو التفسير الأميني للاكتئاب حيث يفترض هذا التفسير أنه لا بد أن يكون هناك توازن في العناصر الأمينية حتى يكون الفرد مستقرا و متوازنا انفعاليا أما إذا زادت أو نقصت هذه الأحماض (الكاتيكول أمين و الأندول أمين) فتسبب حدوث اضطرابات انفعالية حيث أن نقصها يعمل على وجود الاكتئاب أما زيادتها فتؤدي إلى الهوس.

و هذه الأمينيات هي موصلات عصبية و تشمل أنواع معينة فالأحماض الأمينية الكاتيكول أمين تشمل (النور إبنفرين N E، إبنفرين) و الأندول أمين يشمل (السيروتونين و هيستامين)

و هي مركبات كيميائية، ووظيفتها الأساسية نقل التنبية العصبي من خلية إلى أخرى.

و يوضح إنجرام (1999) "أن النورابنفرين N E هو المسئول عن إفراز الأدرينالين، و قد توصل الباحثون إلى أن النورابنفرين يستنزف في حالة الاكتئاب في حين يفترض أن زيادة النورابنفرين هي المسئولة عن النوبات الهوسية. كما أتضح أن الموصلات العصبية الأندولامين و السيروتونين (5 H T) تلعب دورا في الاكتئاب.

و من الصعب جدا قياس مستويات النورابنفرين في المخ مباشرة و لكن يمكن قياس مستوى تركيزه في الدم و لبول، و لذا يتم تقديم دليل غير مباشر عن أداء هذه الناقلات العصبية, من خلال فحص آثار الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب.

و قد أشارت الدراسات التي أجريت على الحيوانات أن العقاقير المضادة للاكتئاب لها تأثير في زيادة كل من النورابنفرين و السروتونين، و أن هذه الأدوية فعالة بشكل عام في علاج الاكتئاب .

وقد أعتبر الباحثون أن فاعلية هذه العقاقير في خفض أو استنزاف الموصلات العصبية، و من ثم في علاج الاكتئاب , دليلا يدعم النظريات البيوكيميائية في فرضية أن النورابنفرين و السيروتونين هما السبب في الاضطرابات الانفعالية و لكن هناك حقيقة أن الأسبرين يسكن الصداع و لكن الصداع لا ينتج عن استنزاف الأسبرين في المخ، و حيث أن الفاعلية الكيميائية الحيوية لأحد العقاقير لا تعكس بالضرورة القصور العضوي، و لذلك فصعوبة قياس هذه الكيماويات مباشرة جعل من الصعب تماما تأكيد دورها بشكل مستقل في الاضطرابات الانفعالية . و قد أقر الباحثون مؤخرا أن هذه العقاقير قد تكون فعالة في تخفيض الاكتئاب و لكن استنزاف النورابنفرين قد يكون هو السبب في الاكتئاب, أو قد يكون نتيجة لخلل أو اضطراب في وظائف الجهاز العصبي. (Ingram, Rick, E, 1994, p 121)

و لكن ظهرت بحوث و دراسات لتؤيد هذه النظرية و لتثبت أن استنزاف هذه المواصلات هي السبب في الاكتئاب, فقد ظهر ما يؤيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الهوسي. و هو و جود هذه المواد بنسبة أعلى من أي جزء آخر في المخ في المناطق الخاصة بالانفعال، و كذلك وجد أن نسبة هذه الموصلات في المرضى المنتحرين من مرض الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح,

و ذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم و كذلك بالتشريح و الدراسة الكيميائية لمخ بعض مرضى الاكتئاب الذين لا قوا حذفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بعقاقير مضادة للاكتئاب. وجد أن نسبة هذه الموصلات العصبية تزيد تدريجيا خلال العلاج

و تصل إلى أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع مما يؤدي إلى العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب و نسب هذه الموصلات العصبية في المخ (أحمد عكاشة، 1998 ، ص 362).

التفسير الثاني: و الذي يرجع سبب الاكتئاب لإضطراب في نسبة المعادن فيشير إلى أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة لخلل في توازن البوتاسيوم و الصوديوم عند المكتئبين. وقد أجري حديثا الكثير من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الهوسي بنسبة المعادن في الجسم و عمليات التمثيل الغذائي المختلفة , فقد وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن 50 ٪ عن طبيعته أما الشخص المصاب بنوبة الهوس فتزيد هذه النسبة إلى 200 ٪ و بشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها (أحمد عكاشة، 1998 ، ص 361).

أما التفسير الثالث: المتعلق باضطراب الهرمونات في الجسم فقد وجدت أدلة عديدة تؤكد أن الاكتئاب يرتبط بالتذبذب في هرمونات الجنس خاصة لدى النساء. فلقد وجد "إبراموبتز" و آخرون (1982)، أن 41 ٪ من النساء اللاتي دخلن مستشفى الأمراض النفسية حدث لهم ذلك قبل موعد الطمث بيوم. و إن كان هذا لا يعني أن الطمث سبب الاكتئاب بل إنه يعتبر مثيرا لاضطراب موجود بحيث جعله بالشدة الكافية لطلب العلاج. (Kalat, 1992, p 85)

و لقد أفرد الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV) تشخيصا سمي بعسر المزاج قبل الطمث في فئة الاضطرابات الاكتئابية غير المحددة.

(Kendal & Hammen , 1995 , p 237)

كما وجد أن هرمون الغدة الدرقية يلعب دورا في الإصابة بالاكتئاب, هناك دليل قديم في التراث على انخفاض مستوى هرمون الغدة الدرقية عن المستوى الطبيعي يرتبط بحدوث اضطراب انفعالي (نفس المرجع السابق, ص 558)

9-2 النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب

9-2-1- الاتجاه(السيكودينيامي (التحليل النفسي):

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الاكتئاب و البحث عن أسبابه ، و تقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية، التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، مثل: الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب ، و من ثم ، إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار و تظهر عليه أعراض الاكتئاب. فالنظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو رمزي، و ينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات و يهددها و يشكل هذا التهديد خبرة

حزينة اكتئابية، و يتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصحوبا بخبرة اكتئابية تكون غالبا لا شعورية , و سببها الرغبة في استعادة الحب و التأييد و الدعم الأبوي المفقود، أما الأصول الأولى لهذه المشكلة فترجع جذورها إلى المراحل المبكرة من النمو ، و بالتحديد ترجع إلى المرحلة الفمية حيث تم استدخال صورة العالم من خلال التذوق الفمي أو الإشباع الفمي.

و تكون الأم هي المحور الأساسي الذي يتمركز عليه إشباعات الطفل، و يحدث أن تقدم الأم إشباعات ناقصة، أو تتوقف، أو لا تقدم أي إشباعات فيشعر الطفل بالحرمان

و الفقد, و تكون مشكلته أنه فقد الإشباع البيولوجي و النفسي فيشعر بالغضب، و يوجه هذا الغضب للذات فتروى بذلك أول نبتة من نبتات الاكتئاب.

و يواصل الطفل مسيرة نموه حاملا بين خيباته هذه النبتة الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو/و ينكص الفرد إلى المرحلة الفمية لما تحتويه من مشاعر الفقد (صمويل تامربشرى , 2007, ص 28-29)

النظرة السيكودينامية (التحليل النفسي) ترتكز على العلاقة بموضوعات حب الفرد في العموم، و يتمحور مفهوم الاكتئاب حول إشكالية الفقدان، غير أن هناك بعض الاختلافات بين منظري هذا الاتجاه.

9-2-1-1- فرويد Freud(1917) : الفقدان و فشل الحداد.

لقد فسر رائد الاتجاه السيكودينامي (التحليلي) حدوث الاكتئاب العصابي في بحثه "الحداد و الملانخوليا" حيث بين الآلية النفسية اللاشعورية لهذا الاضطراب، فعندما يفقد الفرد شيئا عزيزا أو حبيبا إليه يحزن عليه و يغضب منه لتركه إياه وحيدا أو أعزلا. فكأن الفرد يلوم فقيده و يكرهه لما فعله به، و لكنه لا يستطيع التصريح بهذا الكره و العداء لحبيبه، فينتج عن ذلك لوم و توبيخ للذات التي تمادت في كره الفقيد (في: الدماغ فخري، 1973 ، ص 107) و هذا هو الاكتئاب، فمن وجهة نظر فرويد فإن هذا الاضطراب يحدث عادة و تشتد حدته عند وفاة موضوعات حبنا أو عند فقدانها بالهجرة أو الحسرة و ذلك نتيجة الشعور بالإثم و الذنب و كأن العدوانية اللاشعورية هي التي تسببت في هذه الوفاة أو الفقدان مما يزيد ويقوي من مشاعر الاكتئاب و الذنب و الغضب الموجه نحو الذات و يشير فرويد أن الاكتئاب يظهر إثر فقدان الحب و عدم التوصل إلى إقامة الحداد، فالمكتئب لم يتوصل إلى إقامة حداد على موضوع حبه و يعيش هذا الفقدان على شكل انكسار وهو الذي يكمن وراء التصرفات العدوانية.

ففي الاكتئاب أو الملانخوليا نجد مفهومين يميزا هذا الاضطراب إذ أن الموضوع المفقود لم يتم التعرف عليه شعوريا من قبل الفرد، و هذا الأخير يظهر أنه غير قادر على تقبل هذا الفقدان الرمزي للموضوع، فالفرد يحمل مشاعر عدوانية للموضوع المفقود لأنه قد تخلى عنه بشكل من الأشكال.

لكن في ذات الوقت لكي يتجنب هذا الفقدان الذي يستحيل تقبله يقوم الفرد بالتماهي بالموضوع بشكل نرجسي.

و هكذا يكمن فهم الميول العدوانية الذاتية في الملانخوليا التي هي في الواقع موجهة لا شعوريا للموضوع المفقود.(Lou et Lou 1991 , p 96)

هذا و قد سعى فرويد إلى المقارنة بين صورتين من الإكتئاب أو الحزن الذي يعجل فقدان الموضوع بحدوثه، ففي حالات الحداد يوجد فقدان حقيقي، مع انفصال واقعي عن الموضوع، و يظهر عمل الحداد كنتيجة للفقدان و ينخفض اعتبار الذات، أما في السوداوية فيكون الفقدان مختلفا، حيث يأخذ شكلا انسحابيا أكثر للروابط الليبيدية بالموضوع و يأتي الفقدان على أنه فقدان في أنا المريض، و لهذا فقد حدد ثلاثة عوامل أساسية للسوداوية ,هي فقدان الموضوع، التناقص الوجداني، و ارتداد الليبدو إلى الأنا (فرويد، 1917 ، ص 78).

و لقد قارن فرويد بوضوح بين حالة الحداد السوي و حالة الملانخوليا المرضية، فعلى الرغم من كونهما شطرين لصورة الاكتئاب، إلا أن الاكتئاب يتساوى مع حالة الحزن أو الاغتمام، و لا يتساوى مع عرض اتهام الذات في الملانخوليا.

(Gold berg , 1972 , p 127)

2-1-2-9 أبراهام Abraham (1911) : التثبيت الليبيدي الفمي

افترض أبراهام أن مرضى الاكتئاب مثبتون على المستوى الفمي و يتطلبون إشباعات فمية غير عادية، و يبدو في الأكل و الحديث و الامتصاص...إلخ. و مثل هؤلاء يكونون على مستوى عال من الحساسية للإحباطات الفمية (في : عسكر، 2001، ص 65). و افترض أن مشاعر العدوان و الكراهية المدمرتين للقوة العاطفية تنجمان عن رغبات جنسية مكبوتة غير مشبعة و هذه تسبب الاكتئاب (في: الحجار، 1989 ، ص 86).

و قد حدد أبراهام بأكثر دقة خمسة عوامل أساسية لإحداث الاكتئاب و هي :

1- تأكيد الاستعداد الجبلي الواضح للشبقية الفمية.

2- تثبيت ليبيدي خاص على المستوى الفمي (و يعد هذا العامل استعداد قبليا لتطور المرض)

3- إنجراح شديد للنرجسية الطفلية.

4- حدوث الإنجراح قبل الرغبات الأوديبية.

5- تكرار خيبات الأمل الأولى في مراحل الحياة (عسكر، 2001، ص 66).

هذا و يرى أبراهام أن الاكتئاب يحدث بسبب وقوع قطيعة في التوازن بين النشاطات الليبيدية و النشاطات العدوانية، و يفرق بين الحصر الكلاسيكي و الاكتئاب باعتبارهما إجابتين أساسيتين للأنا ,متناقضتين في الميكانزمات المستعملة ,فالحصر هو استجابة لخطر نزوي، و يعتبر نداء للأنا نحو حلول الحفاظ على الحياة لكن الإكتئاب يجد أنا مشلول غير قادر بمفرده لإيجاد حلول الحفاظ على الحياة.

(Bergeret, 1984, p 141)

9-2-1-3 ميلاني كلاين و الوضع الاكتئابي (1932) Mélani Klein :

ترى كلاين بأن المكتئب يعيش بفكرة فقدان الموضوع المحبوب، إذ أن الطفل الذي لن يستطيع أن يكون موضوع الحب الأول للأم حين اجتيازه الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن، فإن كل الخبرات الاكتئابية و الانفصالية في الحياة تشكل تبعا للمرحلة الاكتئابية للشهر الثامن. فإذا لم يتوصل الطفل إلى إعادة استثمار علاقته بأمه بطريقة مقبولة في المرحلة الثانية ستتكون لديه بنية اكتئابية مما يجعله يعتمد أساسا على محيطه.

أما في مواجهة الصعوبات و الإحباط في المراحل العمرية الأخرى يعمل الفرد كما تذهب إلى ذلك كلاين، إلى استدعاء خبرة الشعور بالألم في الوضع الاكتئابي و هذا ما يحدث الإكتئاب. فهذا الاضطراب هو معايشة متجددة خلال بعض الأحداث للمشكلات العاطفية المعاشة إبان فترة الوضع الاكتئابي.(Loo et Loo, 1991, pp 97-98)

و يتشكل الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن في كون الطفل لا يتعرف على الأشخاص و الأشياء في كليتها، وهكذا فإن الثدي الذي يغذيه واليد التي تحمله إلى مهده لا تدمج كعناصر لوحدة واحدة و هي الأم، لهذا تسمى هذه المرحلة بالموضوع الجزئي، بعد ذلك يستطيع الطفل التعرف على الموضوعات الخارجية في وحدتها، و بالتالي يدرك أن الثدي واليد تنتميان لشخص واحد، و من هنا يكتئب الطفل لأنه يعي التنافر الوجداني لمشاعره "فهو يحب الثدي الذي يغذيه ويكره اليد التي تبعده عنه".

فخلال هذه المرحلة يخشى الطفل من أن مشاعر الكراهية لديه نحو الشخص المحبوب أن تحطم هذا الأخير، و هو ما يحدث في الإكتئاب حيث يعايش الفرد مثل هذه المشاعر إذ تمتزج العدوانية بالحب اتجاه العالم الخارجي و الذات.

(Loo et Loo , 1991, 97)

9-2-1-4- سبيتز Spitz (1946) و الإكتئاب الإعتمادي:

يرى سبيتز أن الحرمان العاطفي للطفل في الأشهر الأولى منذ حياته يسبب ما أسماه بالاكتئاب الاعتمادي, و الذي يصف اضطرابات الطفل لحرمانه من موضوعه (أمه) بعد أن كانت علاقته السابقة سوية معها خلال الستة شهور الأولى من حياته، حيث إنه في البداية، يصبح الطفل أكثر ميل للبكاء و شديد التعلق بالملاحظ الذي يتعامل معه، و في الشهر الثاني، يرفض الاتصال بالآخرين، مع استمرار تناقص الوزن، و الميل للإصابة بأمراض دورية مع التأخر الحركي وجمود التعبير الوجهي، أما بعد الشهر الثالث، فيبدو تصلب الوجه واضحا، و يتوقف البكاء و يزداد التأخر و يتحول إلى تبلد (في عسكر ,2001، ص 88).

9-2-1-5- بيبرنج Bibring (1953) و عجز الذات :

لقد أفترض بيبرنج صيغة للاكتئاب تعتمد على الصراع المتضمن لاعتبارات عاطفية لحالات عجز و وهن الأنا، فلقد شعر بأن التوتر بين الطموح النرجسي لدى الفرد ووعي الأنا بعجزها يؤدي إلى الإكتئاب.

أعتقد بيبرنج أن هذا الاضطراب يحدث عندما يفشل الفرد في تحقيق الحاجات الثلاث الرئيسية و هي الحاجة إلى الحب و التقدير، الحاجة للقوة و الأمان و الحاجة لمنح الحب، لذلك يصاب الشخص بالاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة و الصراع يحدث في الذات و مرتبط بفشل إشباع أي منها (في : عبد الستار إبراهيم، 1998 ، ص 98).

في الإكتئاب يتم انخفاض أو انهيار تقدير الذات. كما أوضح بأن وعي الأنا بعجزها هو جوهر الإكتئاب و تعد العدوانية و الفمية عوامل معقدة للمرض، كما تعد كراهية الذات عملية ثانوية بالنسبة لانهيار تقدير الذات.

و عموما فإن بيبرنج يرجع الإكتئاب إلى خبرة العجز في الطفولة المبكرة التي ترجع بدورها إلى فشل في إشباع الحاجات الحيوية، و أنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية المهمة للطفل و الراشد فإن هذا مدعاة لنشأة حالة الإكتئاب، كذلك الحال بالنسبة لخبرات العجز خلال مرحلة الطفولة المبكرة التي من شأنها أيضا أن تخلق حالة اكتئاب. خاصة إذا حدثت بعض الأحداث المؤلمة (الصدمية) مثل فقدان الأم

(في : أبوزيد مدحت عبد الحميد، 2001، ص 67).

9-2-1-6- بولبي Bowlby(1973) و قلق الانفصال:

أرجع بولبي اكتئاب الأطفال إلى اضطراب العلاقة الباكرة بين الطفل و أمه، و مدى إدراك الطفل لهذه العلاقة و بخاصة إذا كانت صورة الأم غير مشبعة، و حدث قلق الانفصال، و بداية مظهر السلوك الاحتجاجي.

فإذا استمرت صورة الأم غير مشبعة، فإن سلسلة من الأحداث يمكن أن تنشأ. و يقول بولبي في هذا الشأن : "يكون الانفصال عن موضوع الارتباط مصحوبا بالكدر و اليأس" (بولبي، 1991، ص 11)

و لقد أقر على أنه من الرغم من الاعتقاد العام بعدم حدوث الحداد عند الأطفال في المراحل المبكرة، فإن هناك حالة من الأسى و الحداد في هذه المرحلة حيث أن فقدان الأم في الأعوام الأولى من عمر الطفل يعد ظرفا مرضيا وثيق الصلة بتطور الشخصية، إذ يأخذ هذا التطور شكلا ينتمي إلى أشكال المرض النفسي. فالذين تظهر لديهم الأعراض الاكتئابية، إنما نتيجة مرضية بسبب الحداد.

و قد ركز "بولبي" أيضا على أن الفقدان الذي يحدث في مراحل الحياة المختلفة و الذي قد ينتج عن خبرات الانفصال، و الفقدان. أشار إلى أن الأفراد قد يصبحون مكتئبين إذا ما تم تنشئتهم بواسطة آباء فشلوا في إمدادهم بعلاقة ثابتة و آمنة أو كانوا يكررون على مسامعهم دائما كيف أنهم غير أكفاء و غير ناجحين مقارنة بأقرانهم و أنهم غير محبوبين ممن حولهم.(Gotlib, IH & Hammen, C.L (1992),p 262)

و يؤكد بولبي علاقة قلق الانفصال و الفقدان بالاكتئاب و الاضطرابات النفسية.

و عموما فإن التناولات التحليلية التفسيرية للاكتئاب تتحدث عن فقدان الموضوع (أوهوامات الفقدان)، أو حاجات التبعية غير المشبعة أو كف للعدوانية.

(Bruchon-Schweitzer, 2002, p 191)

9-3- الإتجاه السلوكي:

على الرغم من أن اهتمام السلوكيين بنشأة الإكتئاب و تطوره بدأ متأخرا مقارنة بالاتجاه العضوي أو التحليلي النفسي، إلا أن الوقت الحاضر يشهد إسهاما كبيرا للسلوكيين في هذا المجال، و ظهرت اتجاهات سلوكية عديدة تفسير الإكتئاب، كما ظهر ما يربو على خمسين أسلوبا سلوكيا لعلاج الإكتئاب و لذلك يصعب الحديث عن نظرية سلوكية واحدة لتفسير الإكتئاب (صمويل تامر بشرى، 2007، ص 26).

فتوجد داخل النظرية السلوكية عدة نماذج لعل أبرزها ما يلي:

9-3-1- واطسون، إيزنك وولبه و الإشراط الكلاسيكي:

يذهب كل من واطسون (1925) إيزنك (1960) وولبه (1958) إلى أن كثير من اضطراباتنا و سماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها من خلال عملية التشريط الكلاسيكية، ثم تحولت إلى عادات فرضية و هي ليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية. فالقلق و الخوف و التفاؤل و التشاؤم – و الإكتئاب كذلك– جميعها يمكن تفسيرها، بالاعتماد على التشريط الكلاسيكي، على أنها استجابات تشريطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة "(في: عبد الستارو آخرون، 1993، ص 52).

و الإشراط الكلاسيكي أو التعلم الشرطي لكي يحدث لابد أن يقع اقتران بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلا) و المنبه الأصلي (الطعام) مسبوقا بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتقات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبهين

(عبد الستار و آخرون، 1993، ص 52). و عندما تتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم على كل المنبهات المماثلة له، فالطفل الذي تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر سيستجيب لكل الفئران المماثلة و ربما لكل حيوان ذي فراء.

(عبد الستار و آخرون، 1993، ص 52)

9-3-2- سكينر و الإشراط الإجرائي (1953) Skinner :

إن كانت نظرية بافلوف في الارتباط الشرطي الكلاسيكي تقوم أساسا في عملية التعلم على الربط بين المنبه الشرطي و الاستجابة الشرطية، و للمنبهات أهمية كبيرة في استثارة الاستجابات.

و بالتالي فإن التعلم يتم على نحو إلى نتيجة للرابطة المتكونة بين المنبه الأصلي و المنبه الشرطي، فإن الإشراط الإجرائي (1953) يقوم في مجمله على قاعدة مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج و آثار,

و من هنا يسمى سكنير نظرية باسم التشريط الفعال الإجرائي (في : عبد الستار و آخرون، 1993، ص 53) لذلك يرى سكنير أن معظم مشكلات السلوك إنما هي نتيجة للمدعمات المرتبة ترتيبا غير دقيق، و على سبيل المثال، فإنه في بعض الحالات لا تكون المعززات ظاهرة أو بارزة بشكل كاف و ينقص السلوك الإجرائي للفرد للدرجة التي لا يقوم فيها بأداء جيد (كأن يكون مكتئبا) أو أن البيئة قد تكون منظمة بحيث تعزز سلوكا تكون نهايته تدمير الذات "(في : الشناوي و عبد الرحمان، 1998، ص 131)

و من ثم فإن سكنير يفسر سلوك العصابي أو الشخص المكتئب بناء على مبادئ التعلم التي يحافظ عليها هذا المكتئب. إذ تم تطويعه بواسطة بيئته ليتصرف بطرق غير متوافقة. فالاكتئاب من منظور سكينر ما هو إلا عملية تشريط إجرائي و السلوك الاكتئابي يتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة)
و يرسخ أكثر بفعل التعزيز الإيجابي.

و قد حاول منظور المنحى السلوكي تفسير الإكتئاب و الانتحار في ضوء فرض الانطفاء حيث ينتج الإكتئاب من فقدان التدعيم الذي يتفاقم من جراء نقص المهارات الخاص بالبحث عن المكافأة الشخصية .و عندما تم حجز مجموعة من المراهقين بعد محاولة الانتحار، و مقارنتهم بمجموعة من المكتئبين الذين لم يحاولوا الانتحار كانت المجموعة الأولى أكثر استخداما للعزلة الاجتماعية كطريقة للتوافق و مواجهة المشكلات. (يوسف جمعة سيد، 2001، ص 95).

و قد وجد هولي Holly و تيسدال Teasdale أن مرضى الإكتئاب الذين كانوا محل انتقاد من رفاقهم كانوا أكثر معاناة من الانتكاس في الشهور السابقة على الانتقاد , مقارنة بالذين لم يكونوا محل انتقاد. (Alloy et al, 1996, p 24)

و من جانب آخر يبدو أن المكتئبين يختارون الاستجابات السلبية بطلب المزيد من التدعيم بطرق غير مناسبة، و قد تبين من بعض الدراسات أن استجابات الرفض من الأصدقاء و الأسرة تعمل على استمرار و تفاقم الإكتئاب (يوسف جمعة سيد،2001، ص 95).

9-3-3- باندورا و الفعالية الذاتية(1977) Bandura :

نشأت نظرية باندورا داخل الإطار السلوكي المعرفي و هي تعكس تركيزا على التأمل الخارجي. و كان باندورا يرى أنه من الضروري إعادة تقديم المتغيرات الداخلية قبل الفاعلية الذاتية (إدراك الفرد لفاعليته وقوة تأثيره الشخصي) ,و يرى باندورا أن عملية التعلم أو الاكتساب تتم من خلال الملاحظة أو الاقتداء.

لهذا يرى باندورا أن خبرات التعلم الاجتماعي تلعب دورا فعالا في نمو سلوك الفرد و تعديله (في: جابر عبد الحميد جابر، 1990، ص 445), سواء كان هذا السلوك سويا أو شاذا مضطربا.

و من هذا المنطلق فإن السلوك الشاذ (أو المرضى) طبقا لباندورا هو تعلم استجابات غير توافقية من خلال الملاحظة، أي أن المنظور الاجتماعي في التعلم يلاحظ – عند التعامل

مع الأمراض النفسية – التفاعل بين الخصائص السلوكية و أحداث المثير، و هو ما يساعد في تفسير و اكتساب و استمرار الاستجابات اللاسوية و يساعد في علاجها أيضا. و قد طرح باندورا مفهوما جديدا و هو الفعالية الذاتية Self efficacy و جعله أساسيا في نظريته .

و يقصد به مدى توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين. و يعرفه باندورا بأنه "اعتقاد المرء بأنه يستطيع أن يصدر بنجاح السلوك المطلوب، لتحقيق النجاح "(في: جابر عبد الحميد جابر، 1990، ص 442).

فالفعالية الذاتية هي تكوين نظري وضعه باندورا كميكانزم معرفي يسهم في تغيير السلوك، بما فيها السلوك المضطرب. و قد أشار باندورا إلى أن الناس الذين يتصرفون بطرق شاذة هم في الغالب الذين يملكون حسا ضعيفا من الفاعلية الذاتية. و قد دلت دراسة باندورا و آخرين (1999) وجود علاقة بين الفعالية الذاتية و الاكتئاب عند الأطفال , فالفعالية الذاتية المنخفضة تؤدي إلى نشوء الاكتئاب.

و يربط باندورا بين الاكتئاب و التفاعل مع البيئة بالفعالية الذاتية باعتبار هذا المكون المعرفي الأخير يعد كمنبئ للسلوك المستقبلي حيث يقول "يؤدي هذا الارتباط إلى الحالات الأربعة التي يمكن التنبؤ بها و هي :

1- حين تكون الفعالية عالية و البيئة متجاوبة فإننا نتنبأ بالنجاح.

2- و في حالة ما إذا كانت الفعالية منخفضة و البيئة متجاوبة، فيمكن أن يكون الشخص مكتئبا.

3- و إذا كانت الفعالية عالية و البيئة غير متجاوبة، ففي هذه الحالة فإن ذلك الفرد يحاول أن يغير بيئته.

4- حين تكون فعالية الذات منخفضة مع البيئة غير متجاوبة، ففي هذه الحالة قد يصبح الشخص غير مكترث و مستسلم و يائس (في: جابر عبد الحميد جابر، 1990، ص446).

و يظهر من تحليل باندورا أن الفعالية الذاتية المنخفضة تؤدي إلى اكتئاب و أعراضه كاللامبالاة و الاستسلام و اليأس سواء في ظل بيئة متجاوبة أو غير متجاوبة.

9-3-4-روتر و مركز التحكم (1966) Rutter:

حاول روتر الربط بين اتجاهين رئيسيين : هما النظرية المعرفية و نظريات التعلم في عدة جوانب، فهو يعتمد على قانون الآثر في التعلم لثورنديك الذي يشير إلى أن السلوكيات التي يليها تدعيم تميل إلى التكرار، بينما تلك التي يعقبها الفشل أو الإحباط تميل إلى الانطفاء.

و من ناحية أخرى فإن التعلم و التدعيم يرتبطان كذلك بعوامل معرفية داخلية، و منها المكون المعرفي : مركز التحكم في التدعيم الذي يدل على اعتقاد معمم في أن الحوادث الماضية هي ناتجة إما عن عوامل داخلية (نشاط، الجهد، القدرات الشخصية) و إما عن عوامل خارجية (القدر، الحظ، الصدفة، و شخصيات قوية)
(Bruchon-Schweitzer, 2002, P 230)

فالأشخاص الذين يعتقدون أن حياتهم و سلوكياتهم و الحوادث التي تقع لهم هي نتيجة عوامل و أسباب داخلية يتوفرون على مركز تحكم داخلي أو داخليين و العكس فالذين يرون أن الأحداث هي نتيجة عوامل خارجية كالحظ و الصدمة و غيرها فيتوفرون على مركز تحكم خارجي أو خارجيين.

لهذا يرى روتر أن هؤلاء الخارجيين أكثر عرضة لسوء التوافق و الشعور بالإحباط. و قد تتفاقم حالاتهم بحيث يصابون بالأمراض النفسية (يوسف جمعة يوسف، 2001، ص 94) و على وجه الخصوص التعرض إلى الإصابة بالاكتئاب.

9-3-5- ليفينسون و تناقص التدعيم Lewinsohn(1974) :

تبنى ليفينسون مفهوم تناقص التدعيم لتفسير الاكتئاب و شرحه، إذ أن الشخص حين يتوقف عن ممارسة نشاطاته المعتادة التي كانت تلقى التدعيم من قبل (بسبب فقدان موضوع الحب أو فقدان أي مجال من مجالات النشاط الاجتماعي أو المهني) بما في ذلك مثلا: الموت أو الطلاق أو فقدان العمل، تصبح أنماط السلوك الجديدة هي المصدر الرئيسي للتدعيم، بعبارة أخرى فإن أنماط الرثاء الخارجي و العطف التي يلقاها المكتئب، يتحول إلى مصدر رئيسي من مصادر تطور الاكتئاب و تدعيمه أكثر فأكثر.

و من هذا المنظور يرى عبد الستار إبراهيم (1998) أن المساهمات الرئيسة و المبادئ التي يعتمدها هذا النموذج يمكن صياغتها في العناصر التالية:

1- يؤدي الشعور بالاكتئاب، و ما يصاحبه من الأعراض السريرية كالتعب إلى خفض مستوى الطاقة و النشاط و بذلك تقل مصادر التدعيم.

2- يؤدي انخفاض مستوى التدعيم بدوره إلى خفض النشاط أكثر فأكثر، و بالتالي تنخفض فرص التدعيم أكثر فأكثر.

3- و تتوقف كمية التدعيم الإيجابي التي يلقاها الفرد على ثلاثة مصادر هي:

* التدعيمات الممكنة نتيجة لخصائص و مميزات شخصية أو جسمية في الفرد، مثل عمره، ومستوى جاذبيته للآخرين و انتقاءاته القومية أو الجنسية.

* التدعيمات التي يمكن أن تتاح له نتيجة للوضع البيئي له، كان ينشأ في أسره متيسرة، بدلا من أن ينشأ في بيئة فقيرة، أو أن ينشأ في بيئة أسرية آمنة، بدلا من أن ينشأ في بيئة مهددة للأمن و الحرية كمؤسسة أو سجن أو معتقل.

* التدعيمات الممكنة نتيجة لرصيده السلوكي بما في ذلك مهاراته الاجتماعية، و مهنته.

فالشخص الذي يتقن مهارات متنوعة في التفاعل الايجابي مع الآخرين و يحتل في نفس الوقت وضعا مهنيا أو عملا يحقق رضاه، يكون أقل عرضة للاضطراب النفسي و الاكتئاب من الشخص المتصلب و العاجز عن تكوين مجال مهني يحقق رضاه.

(عبد الستار إبراهيم ، 1998 ، ص 144).

و قد بينت العديد من الدراسات التي أجراها ليفينسون و زملاؤه بصدقية هذه النظرية، فقد بينت مثلا أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم، و أن هناك علاقة مطردة بين زيادة الاكتئاب و التباعد الاجتماعي، و خفض مستوى الفعل و الحركة، و كذلك تبين أن المكتئبين يتفاعلون بأعداد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين .

و هكذا فان الاكتئاب ينشأ و يتزايد في المواقف و التغيرات و الوضعيات التي ينتج عنها فقدان أحد أو مجموعة من مصادر التدعيم الرئيسية . كما ينشأ من ضعف المهارات الاجتماعية للفرد. و هو ما يشير إليه ليفينسون حيث يعبر أن ضعف المهارات الاجتماعية من السوابق المباشرة لخبرة و تجربة الاكتئاب ، إذ أن الشخص الذي يتسم بضعف هذه المهارات سيصبح غير قادرا على الحصول على التدعيمات الإيجابية من محيطه الاجتماعي، و عموما فإن ليفينسون يفترض نشوء الاكتئاب، إما لنقص في التدعيم الإيجابي، أو زيادة في العقاب، و يمكن حدوث انخفاض في معدل استجابة إيجابية في ثلاث حالات:

1- ربما تكون الأحداث الشارطة للسلوك غير مدعمة و قد تكون بسبب انخفاض فعالية التدعيم .

2- ربما تكون الأحداث التي تدعم السلوك غير متاحة.

3- ربما تتاح المدعمات، و لكن الفرد يفتقر إلى المهارات اللازمة (المهارات الاجتماعية) فإنه لا يكون قادرا على إحداث تدعيم لهذه المبادرات، و بالعكس فإن الأحداث المكروهة أو العقوبة، تلعب دورا في الاكتئاب، عندما تحدث هذه الأحداث بمعدل مرتفع، أو عندما تتضاعف حساسية الفرد لهذه الأحداث المكروهة. و أخيرا إذ كان الفرد يفتقر إلى المهارات

الضرورية التي يستطيع بها إنهاء أو إبطال الأحداث المكروهة (في: عسكر عبد الله، 2001، ص 42).

9-4- الاتجاه المعرفي:

الصياغات المعرفية للاكتئاب تختلف عن النظريات السلوكية في جانبيين مهمين. الأول : أنه في حين تركز النماذج السلوكية لتفسير الاكتئاب على السلوكيات الظاهرة، تؤكد الصياغات المعرفية على أهمية السلوك الضمني، مثال ذلك : الاتجاهات و العبارات الذاتية و الصور و الذكريات و المعتقدات. الجانب الثاني: هو أن المناحي المعرفية لتفسير الاكتئاب تعتبر المعارف اللاتكيفية و اللاعقلانية ,و التشويهات المعرفية على أنها هي السبب في الاضطراب. أي أن المشاعر السلبية، و نقص الدافعية و الأعراض البدنية و السلوكية الاكتئابية الأخرى ينظر لها على أنها مظاهر ثانوية تنتج عن المعارف اللآتكيفية. (Gotlib & Hummun,1992, P 74)

ترى الصياغة المبدئية لهذا المنحى أن الكثير من الاضطرابات النفسية هي ناتجة عن الأخطاء أو التشوهات في التفكير (يوسف جمعة سيد، 2001، ص 99) بمعنى آخر أن الأفكار التي تقود إلى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك و نخزن و نسترجع بها المعلومات (Holmes, 1994 ,p 272)

هذا و تختلف وجهات النظر بين منظري هذا المنحى في تفسير محدد لأسباب حدوث الاكتئاب.

أو بشكل أدق تحديد أي الأنماط المعرفية للتفكير له الدور الحاسم و الأساسي في حدوثه، و لكنها جميعا تركز على العمليات الأساسية للتفكير و دورها في نشوء الاكتئاب و حدوثه و أعراضه، و كذلك عوامل الثقة بالنفس أو مفهوم الذات.

9-4-1- نظرية بيك Beck (1961) و الثلاثية المعرفية:

صاغ بيك نظرية متكاملة فسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة و الاكتئاب بوجه خاص في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه و عن العالم و المستقبل. و يرى بيك أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب, فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي, ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة التي نسميها الاكتئاب .(عبد الستار و آخرون, 1993,ص 121) .

إن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة و لا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، و إنما يجري تحليل المثيرات و تفسيرها من خلال النظام المعرفي الداخلي و قد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي و المثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية (فايز محمد على الحاج، 1987، ص 101).

فالاستجابة الاكتئابية ترتبط بتشوهات على مستوى الأفكار، أو المحتوى الفكري,

و في هذا الشأن يقول بيك : "يرتكز المحتوى الفكري لمرض الاكتئاب على فكرة الفقد، على وقوع فقدان كبير، فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئا يراه ضروريا لسعادته أو طمأنينته، و يتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، و يرى نفسه مفتقدا للصفات اللآزمة لتحقيق أهداف ذات شأن، و بإمكاننا أن نصوغ هذه الفكرة فيما يسمى "الثلاثي المعرفي" فلقد أعتمد بيك في تفسيره للاكتئاب على هذه –الثلاثية المعرفية السلبية– أي أن المريض يفسر الحاضر ، الماضي و المستقبل بطريقة سلبية انهزامية.

و يترك الأحداث كلها ثابتة مليئة بالحرمان و المصاعب و الفشل و الدونية، و أنه عديم القيمة و النفع و غير محبوب أو مرغوب فيه، و في النظرية المعرفية يعتبر التفكير المرضي هو الأساس، أما الجزء الوجداني و الدوافع فهي ثانوية للتفسير السلبي للأحداث (عكاشة، 1998، ص 225).

و تترجم هذه الثلاثية المعرفية السلبية في خطاب العميل أو في الأفكار الأوتوماتيكية. و هكذا يؤدي الإحساس بالفقدان و التوقعات السلبية إلى الانفعالات مميزة للاكتئاب كالحزن و الإحباط و التبلد. هذا و لا يصاب الشخص فجأة بالاكتئاب، و إنما هناك مسار معين في حياته يجعله أكثر استعداد و تهيؤه للميل لهذا الاضطراب.

يقول بيك "قد يتعرض الشخص المستهدف للاكتئاب في مسار نشأته لألوان معينة من الظروف الحياتية المعاكسة التي تجعله حساسا بدرجة زائدة (كفقد أحد الوالدين).

و من شأن الخبرات الصادمة المبكرة أن تؤهل الشخص للاستجابة المفرطة. فكلما صادف ظروفا شبيهة في حياته اللاحقة تجعله أميل إلى الأحكام المطلقة المتطرفة في مثل هذه الظروف (بيك، 2001، ص 212–222).

إن فكرة الفقدان هي المحتوى المعرفي للاكتئاب و منها تنتج مختلف الأعراض الانفعالية و السلوكية و الدافعية و النهائية من هذه التقييمات السلبية للذات.

إذ يرى بيك أن حزن المريض هو نتيجة محكومة لإحساسه الحرمان و لتشاؤمه و انتقاده لذاته، أما التبلد فينتج عن انسحابه الكامل و تخيله و ركونه، كذلك ينجم فقد التلقائية و تنجم

الرغبات الهروبية و التجنبية من طريقته في تقييم حياته و يؤدي به اليأس إلى فقد الدافعية (بيك ، 2000، ص 142).

و يقدم المعرفيون على رأسهم بيك عددا من المبادئ المعرفية التي تفسر الاضطراب النفسي و خاصة الاكتئاب. فصنف بيك التشويهات أو التحريفات المعرفية في المجموعات التالية:

- التعميم المفرط، La Surgénéralisation
- الشخصنة أو التمثيل الشخصي La Personnalisation
- التجريد الانتقائي L'abstraction sélective
- المبالغة و التهويل La Maximalisation
- التهوين و التصغير La minimisation
- الإستنتاج الإعتباطي L'inférence arbitraire

الأخطاء المنطقية كالأسلوب الثنائي القطب أو بما يعرف بالتفكير المستقطب.
(Samuel- Lajeunesse et Coll, 1998, p 164)

و يمكن تعريف هذه التحريفات المعرفية أو أخطاء التفكير كما يلي:

1- التعميم المفرط La Surgénéralisation

هو أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية خاصة الاكتئاب فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا، فتوجيه نقد غير مقصود له، يعني عنده "أنا إنسان فاشل لا يحسن التفكير" (عبد الستار إبراهيم، 1991، ص 309).

2- التمثيل الشخصي Personnalisation

يفسر المريض كل الأحداث على أنها تنطبق عليهم، و مثل هذه الأفكار التي تتمركز حول الذات تحل محل الأحكام الموضوعية (مفتاح محمد عبد العزيز، 2001، ص 71).

3- التجريد الانتقائي Abstraction- Sélective :

و يعني إسقاط كل المميزات و التركيز على عيب واحد أو نقص واحد فقط، بمعنى أن الفرد ينتزع إحدى التفصيلات من سياقها فتفوته بذلك حالات الموقف الكلي (فايز محمد على الحاج، 1987، ص 104).

4- المبالغة و التهويل La Maximalisation :

يميل الشخص إلى تأمل أسوأ النتائج المحتملة في كل الوضعيات التي يمكن أن تؤدي إلى عواقب غير سارة.(Beck et al,1985, p 33), أو ما يسمى بالتطرف الفكري أحادي القطب (Pensé – Unipolaire) , فيري الشخص الوقائع في غاية من السوء هو تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية تفسيرا سلبيا.

5- التهوين Minimisation :

هو تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية تفسيرا سلبيا (مثل حب الناس لي و تقديرهم شفقة على حالي و ليس لأشياء إيجابية لدي) (عبد الستار إبراهيم، 1998، ص 93).

6- الاستدلال الاعتباطي L'inférence arbitraire :

و هو أن يقفز الشخص إلى نتيجة معنية رغم نقص الأدلة أو في وجود أدلة مناقضة لها في واقع الأمر (بيك، 2000، ص 108).

7- التفكير المستقطب La Polarisation :

ينزع العصابي إلى التطرف و التشطط في التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب الحساسة من نفسه، مثل تقديره لذاته في حالة الاكتئاب.

و يعني التشطط (التطرف الفكري) أن نسم الأحداث و الوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فظيعة، و قد أطلق على هذه الخاصة اسم التفكير المنقسم أو التفكير ثنائي القطبية، شأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تصاغ في حدود مطلقة مثل "دائما" أو "مطلقا" (بيك، 2000، ص 106)

و خلاصة القول فإن بيك يفسر الاكتئاب على أساس أخطاء في التفكير تحمل محتوى معرفي يدور حول الفقدان.

9-4-2- سليجمان Séligman و العجز المكتسب (1975)

يرى سليجمان أن الإكتئاب لدى الإنسان مشابه للسلوك السلبي الذي تظهره حيوانات التجارب، حيث بينت هذه التجارب أن الإكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الآلام أو ضبطه مما أدى عجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن توفرت له الفرصة لتحقيق ذلك (يوسف جمعة سيد، 2001، ص 106).

و يرى سليجمان أن المكتئبين يشعرون بالعجز و عدم القدرة على فعل شيء لأنهم لا يستطيعون السيطرة على الأحداث في حياتهم كما يعتقدون، بمعنى آخر أن توقع الفرد بأن

الأحداث أو المواقف تقع بشروط غير قابلة للضبط أو التحكم بها، تخلق حالة من العجز أو الإكتئاب (في : عطية عز الدين جميل، 1999، ص 130).

هذا و يعرف سليجمان العجز المكتسب على أنه سلوك مكتسب (Seligman 1975) نتيجة خبرات الفشل المتكررة، و يتجسد هذا السلوك في تخلي صاحبه على بذل أي جهد لتغيير الوضعية، و من هنا فهو يرى أن العجز المكتسب هو أحد مسببات الاكتئاب.

من جهة أخرى فقد أظهرت دراسات بتنقال و آخرين Pettingale et al (1985) التي أجريت على 75 امرأة مصابة بسرطان الثدي أن العجز المكتسب يعد عامل مجازفة و تنبؤ للعديد من الاضطرابات العضوية و النفسي.

(Bruchon-schwetzer, 2002, pp 246-247)

و عموما فقدتم وصف نمطين من العجز المكتسب و هما: العجز المكتسب الشخصي حيث يوبخ الفرد نفسه لعدم كفاءته أمام الأحداث السلبية (إسناد سببي خارجي) بالإضافة إلى إعتقادهم أنه لا أحد يمكن أن يساعدهم، لذلك فقد تبين أن الأفراد الذين يعانون من آلام عضوية مزمنة مصحوبة بالإكتئاب يتصفون بالعجز المكتسب لكن يعبرون عن مجموعة من الإسنادات تتعلق بالعجز المكتسب الشامل، و هو ما يجعلهم يعتقدون أن المعالجين عاجزون على تعديل أحاسيسهم المؤلمة.

(Blackburn et Cottraux , 2001, p 33)

9-4-3- ريهم و نموذج التحكم الذاتي: Rehm (1977)

يفترض ريهم (1977) أن الإكتئاب يحدث نتيجة خلل في واحد أو أكثر من المجالات التالية: ملاحظة الذات، تقييم الذات و تعزيز الذات (في : عبد الله محمد قاسم، 1995، ص 129).

و إذا حللنا هذه المجالات الثلاث لدى المكتئب نلاحظ الظواهر التالية:

1- ملاحظة الذات (L'auto observation) :

يميل المكتئبون إلى الملاحظة بطريقة انتقائية، النتائج الآنية لسلوكياتهم بدلا من النتائج على المدى البعيد.

2- تقييم الذات (Auto évaluation) :

لا يقوم المكتئبون بإسنادات سببية داخلية، مثلما يضعون معايير جد صعبة لذواتهم حتى يقيمونها تقييما إيجابيا، و يميلون كذلك إلى تصور ذواتهم على أنها غير قادرة على الحصول على نتائج إيجابية من مجهوداتهم.

3- تعزيزات الذات (Auto renforcement) :

يميل المكتئبون إلى العقاب الذاتي أكثر من التعزيز و الإثابة الذاتية.
(Black burn et Cottraux, 1997, p 36)

و يقترح ريهم و هارا (1980) إفتراضا بأن التوقعات السلبية أكثر من مجرد أنماط إسناد (وصفية) مسئولة عن تطور الإكتئاب، و هكذا فإن المكتئب يعزو و ينسب للأحداث المقبلة إتجاهات و توقعات سلبية. و هذا يقود إلى تقييم ذاتي غير مرغوب (عبد الله محمد قاسم، 1995، ص 129).

كل هذه العوامل مجتمعة، تمثل نموذجا لصفات ضبط الذات عند المكتئبين و هي ما تظهر في حالة التشائم و صورة الذات السلبية و الحزن، و يمكن القول بأن هذا النموذج يتشابه إلى حد بعيد مع نموذج بيك، فالعجز في مجال ملاحظة الذات يمكن ربطها بالأخطاء المنتظمة في معالجة الإنباءات كالتجريد الانتقائي، و العجز في مجال تقييم الذات يمكن إرجاعها إلى الاستدلال الاعتباطي المجرد، و العجز في مجال تعزيز الذات قد ينشأ من التقديرات الواطئة المنتظمة للإنجازات الحقيقية و الإسنادات الخارجية المحصنة لخبرات النجاح. (Blackburn et Cottraux, 1997, p 37)

9-4-5- أبرامسون و زملاؤه (Abramson et al) (1989) و نظرية اليأس:

قام أبرامسون و زملاؤه (1989) بإدخال تعديلات على نظرية سلجمان, أطلق عليها اسم نظرية اليأس Hopelessness. و طبقا لهذه النظرية فإن الاكتئاب لا يعتمد على الاعتقاد بأن هناك نقصا في السيطرة على الأحداث فحسب، و إنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تستمر أو تعود مرة أخرى. و عندما يتمسك الفرد بهذين النوعين من التوقعات أو الاعتقادات يشعر باليأس و يصبح بالتالي هو السبب المباشر للاكتئاب (يوسف جمعة سيد، 2001، ص 107).

و يرى هؤلاء المنظرون أن هذه التوقعات السلبية تنبثق من أنساق العزو Attribution و الاستنتاجات Inférences عندما يتعامل الناس مع أحداث الحياة الضاغطة (Alloy et al, 1996,p 51).

و يرى ألوي و كلمنتس Alloy et Clements (1992) أن أسلوب العزو يمكن أن يساهم في التعرف على من كان يعاني من الإكتئاب في الماضي كما يساعد في التنبؤ بمن سيتحسن إذاتعرض لأحداث إيجابية.
(Alloy et Clements, 1992, pp 234-245)

و من جهة أخرى فإن ما توصل إليه أبرامسون و زملاؤه من نتائج فيما يتعلق بنظرية اليأس قد تم تطويرها و برز بشكل جلي منحى التفسير السببي في هذه النظرية.

و قد أظهرت العديد من البحوث أهمية للتفسيرات السببية في تكوين الإكتئاب و مشاعر العجز و اليأس منها دراسات طولية "لكولين و سويني و شافر" Colin, Sweeney & Shaffer (1981) و " فرث و بروين " Frith & Brewin (1982) .

و كذا الدراسات المعملية على الإنسان كدراسة ألوي و زملاؤه Alloy et al (1984) و دراسة الحالات كدراسة بيترسون و زملاؤه Peterson et al (1983), حيث دعمت هذه الدراسات ما ذهب إليه أبرامسون و قد أعاد هؤلاء الباحثون صياغة فكرة هذا النموذج بإعطاء أهمية قصوى للعزو السببي إلى درجة أن البعض يسميها بنظرية العزو (LA théorie d'attribution) و بناء على هذا المنظور الجديد فإن الأشخاص يعللون النتائج السارة للمواقف التي يواجهونها من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية:

1- الداخلية Internality:

و يقصد به الأسباب الداخلية للحدث في رأي الشخص في مقابل الأسباب الخارجية . و يبدو هذا البعد عندما يرى الشخص أن السبب في الحدث أو النتيجة غير السارة للموقف الذي واجهه هو شيء ما يتعلق به وهو تفسير داخلي.

2- الثبات Stability :

و يقصد به الأسباب التي يراها الشخص ثابتة في مقابل العوامل التي يعتقد أنها غير ثابتة كمسببات للحدث

3- العمومية Globality:

و يبدو عندما يرى الشخص أن السبب في وجود الحدث ذو آثار أخرى عامة, يمكن أن تؤثر على جوانب أخرى في حياته في مقابل اعتقاده بأن السبب يقتصر على الحدث و خاصة به فقط (عطية عز الدين ,1999,ص ص 185-186), هكذا و قد أضاف وينر Weiner (1985-1991) بعدا رابعا.

4-التحكم Controlability :

و يقصد به أن الحوادث يمكن أن تعزى إلى أسباب خارجية أو داخلية , لكن قد تدرك بأنها متحكم فيها أو غير متحكم فيها (Bruchon-Schweitzer, 2002,p 248).

و يميل الأشخاص الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية في رأي هؤلاء الباحثين إلى إرجاع أسباب الأحداث غير السارة كالفشل في أية صورة من صوره إلى عوامل داخلية فيهم

أو ذاتية و ثابتة لديهم و عامة , بينما يرجعون الأحداث السارة كالنجاح مثلا إلى عوامل خارجية و غير ثابتة فيهم و خاصة (عطية عز الدين جميل ,1999,ص 187)

و قد أجرى بيلو و زملاؤه Pillow et al (1991)دراسة حول العلاقة بين أسلوب التحليل أو العزو و الاكتئاب ,و ذلك على عينة من الطلاب ,و تشير نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الاكتئاب و الأبعاد الثلاثة لأسلوب العزو (التعليل) و هي التعليل الداخلي ,و الثابت,و العام,كما كانت هناك علاقة سلبية بين الاكتئاب و تقدير الذات (في:يوسف جمعة سيد ,2001,ص 108) .

9-4-6- ألبرت إليس (Ellis) :

يعتبر إليس رائد العلاج العقلاني و الإنفعالي (Rational emotive therapy RET) , و هو ينتمي في إطاره العام إلى المنحى المعرفي، و تعرف نظريته في تفسير الأمراض النفسية باسم ABC. وجوهرها أن الناس يعيشون بقدر كبير من الإضطرابات التي تحدث لهم بناء على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات، و غير المنطقي، و خاصة بتبنيهم للتفضيلات و الرغبات و جعلها فروضا مطلقة و تعسفية على أنفسهم و على الآخرين، و ترى النظرية أن كل البشر يفكرون بطريقة إفتراضية إستدلالية لذلك يصابون بالإضطراب الإنفعالي، و يحدث ذلك إما بسبب الإفتراضات الخاطئة غير المنطقية التي يتبنونها حول أنفسهم و حول الآخرين، أو بالإختبار غير الواقعي لهذه الافتراضات. (Ellis, 1987, p 365 ; Ellis, 1985,p 135)

و قد قدم أليس عددا من الأفكار أو المعتقدات اللآمنطقية Irrational اعتبرها هي المسئولة عن الاضطرابات النفسية للبشر و هي :

1- "أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة أنه من الضروري أن يكون الإنسان محبوبا من الجميع و مؤيدا من الجميع فيما يقول و ما يفعل" ، بدلا من التأكيد على إحترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة (كالترقية في العمل مثلا) أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب.

2- "بعض الناس يتصفون بالشر و الوضاعة و الجبن و لذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم و العقاب" و يرى أليس أن هذه الفكرة غير منطقية لأنه لا يوجد معيار مطلق للصواب و الخطأ . إن التصرفات الخاطئة أوغير الأخلاقية هي نتيجة للغباء و الجهل أو الاضطراب النفسي ,و كل الناس معرضون لارتكاب الأخطاء .

3- "لا بد أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة و المنافسة و الإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصا ذا أهمية". و هذه الفكرة من المستحيل تحقيقها تماما. و إذا أصر الفرد على تحقيقها، فإن ذلك ينتج عنه اضطرابات نفسية، و شعور بالنقص و عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة الشخصية، كما يتولد لديه شعور دائم بالخوف من الفشل.

أما الشخص الذي يفكر بشكل منطقي فإنه يفعل ذلك انطلاقا من مصلحته و ليس من منطلق أن يصبح أفضل من الآخرين.

4- "إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما نشتهي لها أن تكون أو عندما لا تصبح الأشياء كما نتوقع لها". مما لا شك فيه أن كل إنسان يريد أن يرى أمنياته تتحقق و أن تسير الأمور كما يريد هو، لكن أليس يرى أن ذلك غير منطقي. فمن ذا الذي يضمن ذلك، أو من ذا الذي يستطيع ذلك.

إن حدوث بعض الأشياء عكس ما توقعنا ليس بمأساة و لا كارثة، و إنه أمر طبيعي لأن للكون سننا و للحياة نواميس و أقدار لا مفر منها. و بالتالي لا مفر من الشعور بالضيق أو بعض الإحباط، و لكن من غير المنطقي الإستسلام لهذا الضيق و لهذا الإحباط و الشعور بالحزن الشديد و الإكتئاب المنهك.

إن الإنسان العاقل المنطقي في تفكيره لا يبالغ في النظر إلى الأمور، و يتعامل مع الأشياء بواقعية أكبر، و يجتهد في تغيير الأمور، فإن لم يستطيع فعليه أن يقبل ذلك و يتعايش معه بأقل قدر من الخسائر.

5-" إن الشقاء و التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.". إذا قبلنا التفكير بهذه الطريقة فكأنما أصبنا بالعجز المتعلم – كما يرى سليجمان- لأننا نعتقد أننا فقدنا السيطرة على الأحداث التي حولنا بالكامل و ما علينا إلا الاستسلام.

من هنا يرى أليس أن ذلك غير منطقي، فالإنسان يملك الكثير من مصيره و هو قادر على اتخاذ قراراته في كثير من شئون حياته، و لتفكير بهذه الطريقة يدعو إلى التواكل و السلبية و قد يؤدي إلى الاضطراب و عدم تحمل المسؤولية. و يكون الاضطراب في هذه الحالة نتيجة للإدراك غير الواقعية المشوهة، فنحن نستطيع أن تحقق السعادة لأنفسنا و لمن حولنا، و حتى في الحالات المفروضة علينا و التي لا نملك ردها أو تغييرها، نستطيع أن نخفف من آثارها و إدراكنا لها، و أن نبحث في أنفسنا عن مصادر بديلة للسعادة.

6-" إنه شيء طبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق و التوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة ". قد تبدو هذه الفكرة منطقية لأول وهلة، باعتبار أن ذلك هو ما يحدث بالفعل لدى غالبية

الناس، غير أننا لو أمعنا النظر في الفكرة وجدنا أنها تبدو غير منطقية على الأقل بالنسبة للمترتبات التي تترتب عليها هذه الفكرة تحول بيننا و بين التقويم الموضوعي للخطر المحتمل، و تؤثر على تعاملنا الفعال مع الخطر حال وقوعه، بل ربما أدت إلى تفاقم هذا الخطر و تعاظم آثاره، كما أنه لا يمنع وقوع الأحداث القدرية الحتمية (كالوفاة مثلا)، بل إنه يجعل كثيرا من الأحداث المخفية تبدو أكثر مما هي عليه.

إن الشخص المتعقل يدرك أن الأخطار المحتمل حدوثها ليست دائما بهذه الصورة المفجعة، و أن القلق ليس هو الحل الصحيح. و إذا حاول الفرد خفض قلقه إزاء هذه الحوادث لتبين له أنها ليست بالبشاعة التي كان يعتقدها.

7- "من الأسهل أن تفادي بعض الصعوبات و المسؤوليات الشخصية من أن نواجهها" إن هذه تبدو أقرب إلى الحيل الدفاعية – بلغة فرويد- و هذا لا يحل المشكلات .

إن موجهة المشكلات منذ البداية هي الأسلوب السليم في التعامل معها، و مما لاشك فيه أن البحث عن حلول للمشاكل و تحمل المسؤولية و النجاح في حل هذه المشكلات يولد شعورا بالثقة و السعادة و المتعة.

8- ينبغي على الفرد أن يكون مستندا على آخرين، و أن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه، قد يكون ذلك منطقيا تماما بالنسبة لطفل صغير و منطقي إلى حد ما بالنسبة لمراهق، و لكنه ليس بمنطقي لراشد عاقل. فنحن ننشئ أولادنا على الاستقلال و الاعتماد على النفس.

لكن هذا لا يعني أن نسرف في الاعتماد على الآخرين، خاصة من نعتقد أنهم أقوياء، لأن ذلك يقلل فرص التعلم و الخبرة، و يجعلنا دائما تحت رحمة هؤلاء المساندين، و قد يحدث الاضطراب عندما يتخلى عنا هؤلاء الأقوياء أو عندما يختفون لسبب أو لآخر.

9- " إن الخبرات و الأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، و أن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده". و لكن من غير المنطقي أن نعيش أسرى ذلك الماضي، و أن نجعل من الماضي شماعة نعلق عليها كسلنا و خمولنا و عدم رغبتنا في تطوير أنفسنا و تغيير سلوكنا. إن الشخص المرن هو الذي لا ينكر الماضي، و لكن لا يرى في الماضي قيدا له أو حاكما لسلوكه في الوقت الحاضر، و إلا لما استطاع أن يجلب لنفسه نفعا أو يدرأ عن نفسه خطرا و ضررا.

10- " من الواجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة و الحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تلحق بهم كارثة" و رغم أن جانبا من هذه الفكرة يبدو منطقيا على خلفية التعاطف

الإنساني و المشاعر الإنسانية و المشاركة الوجدانية، فان أليس يراها غير منطقية، لأن ذلك يؤثر على إدراكه للموقف و على تقديره لمعاناة الآخرين و ألمهم.

إن التعاطف مع الآخرين شيء مطلوب، لكن جعل مسافة معينة في مشاعر الحزن نحوهم أفيد لهم لأنه يمكننا من حسن التصرف.

11- " هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، و يجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة". ان وجود مثل هذا الحل الكامل أمر غير منطقي، و الإصرار على الوصول إليه أمر غير منطقي أيضا، لأن عدم الوصول اليه معناه الإحساس بالفشل و الإحباط و الحزن و الاكتئاب .إن المنطقي هو التصور بأن هناك عدة حلول لكل مشكلة، لكن لكل حل مميزاته و عيوبه، و علينا أن نختار أفضل هذه الحلول أو أقلها عيوبا، و ذلك عملا بالمثل الشائع" مالا يدرك كله لا يترك جله".

12- " إن السعادة البشرية و النجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد".

إن عدم منطقية الفكرة السابقة لا تحتاج لعناء لإثباتها، ففاتورة السعادة و النجاح لا بد أن تدفع عملا وجدا و عرقا و إخلاصا، حتى تكون هذه السعادة حقيقية و يكون النجاح ممتعا، و النجاح و السعادة اللذان يأتيان بسهولة لا طعم لهما و زوالهما أمر وارد، و من ثم قد يكون البديل هو الشعور بالتعاسة و الحزن.

13- "إن هناك مصدرا واحدا لسعادة و إنها لكارثة لو أغلق هذا المصدر" و نحن نعتقد أن مصادر السعادة عديدة في حياة كل فرد". إنها تتميز بالمرونة بحيث تتغير من آن لآخر، بحيث يظل منبع السعادة مستمرا متدفقا. فقد يجد الطالب أن السعادة في مذاكرة دروسه و إجتيار الإختبار بتفوق . و يجد العالم سعادته في إكتشاف يصل إليه أو بحث ينشره، و مع ذلك ففي حياة كل واحد من هؤلاء مصادرا أخرى للسعادة. فالعالم-مثلا- لا تتوقف سعادته عند البحث الذي نشره، و إنما يسعد بنجاح أبنائه، و برضا زوجته عن حياتها، و إحترام زملائه. و بالخدمات التي يقدمها لمجتمعه أفرادا و جماعات، و بتلاميذه الذين يتعلمون على يديه و يراهم و هم يكبرون و ينجحون و ينشرون العلم الذي علمه لهم. (جمعة سيد يوسف، 2001، ص 116).

أليس يرى أن هذه الأفكار اللامنطقية هي المسؤولة عن كثير من الإضطرابات التي يصاب بها البشر، و أن علاجهم يجب أن يبدأ من تغيير هذه الأفكار و تعديلها.

و في محاولة لاختبار افتراضات أليس أجرى الريحاني و زملاؤه دراسة عن الأفكار اللآمنطقية و الإكتئاب لدى طلاب الجامعة الأردنية و تبين وجود عامل للأفكار اللآمنطقية يفسر الفروق بين المكتئبين و غير المكتئبين (الريحاني و آخرون، 1989).

و أجرت منيرة الشمسان دراسة للتعرف على أنماط التفكير اللآمنطقي الشائع لدى الطالبات الجامعيات السعوديات و علاقتها بالأعراض المرضية. و تبين وجود علاقة إرتباطية دالة بين التفكير اللآمنطقي و الأعراض المرضية لدى الطالبات الجامعيات (منيرة الشمسان، 1996).

كما أجرى دريين و آخرون (1989) دراسة حول المعتقدات اللآعقلانية و العقلانية و علاقتها بالإنفعالات السلبية. و إتضح أن التمسك بالتفكير اللآمنطقي يقود إلى كثير من الإستنتاجات الخاطئة (في: منيرة الشمسان، 1996، ص 109).

و قام أليس 1990 بدراسة تبحث في ماهية الإضطرابات النفسية لدى الأفراد الذين يفكرون بشكل لا منطقي، و تبين أن المرضى الذين فحصهم أليس (100 رجل و إمرأة) يتبنون 373 معتقدا لا منطقيا، و إرتبطت هذه المعتقدات بمشاعر الإحباط الذاتي و الشعور بالنقص، و عدم الراحة و الدونية، و تحقير الذات، و العدوانية و حب الإنتقام Ellis, (1990)

_تقويم المنحى المعرفي:

يلقى المنحى المعرفي دعما قويا في الوقت الحاضر من علم النفس المعرفي، و خاصة في تفسير الإكتئاب. و قد حظى بإهتمام واضح و إختبار مكثف في السنوات الخمس و العشرون الماضية.

و يمكن أن نسجل بعض الملاحضات على المنحى المعرفي كما يلي:

1- إن النماذج المعرفية المطروحة لا تنطبق على بعض الاضطرابات العقلية الخطيرة، و بخاصة الفصام.

2- إن المنحى المعرفي لا يقدم لنا إجابات كافية حول " لماذا و كيف تحدث أخطاء التفكير التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي".

3- إذا كان الاضطراب النفسي يرجع إلى مشكلات في التفكير، فكيف نفسر الاضطرابات التي تلحق بالتفكير كنتيجة للإصابة بالمرض كما هو الحال في الفصام و الاكتئاب.

4- إن المنحى المعرفي يترك إشكالية السبب و النتيجة دون حل واضح و مرض.

5- و أخيرا فإن هذا المنحى قد أغفل إلى حد ما دور المحددات الأخرى. كالعوامل الفسيولوجية و البيئية في تفسير الأمراض النفسية.

9-5- الاتجاه البينشخصي (Approche Interpersonnelle) :

تكونت ابتداء من السبعينات بعض النظريات ذات التوجه التفاعلي بين الجوانب النفسية و الاجتماعية، و هذا من مختلف الاتجاهات التحليلية منها و المعرفية و لعل من أهم هذه النظريات:

9-5-1-ويسمان و كلارمان Weissman et Klerman(1970) و اضطراب الأدوار الاجتماعية .

تعود الجذور النظرية لهذا التناول إلى التيار الأمريكي للسيكاترية الاجتماعية، و ترتبط كذلك بالتوجه الثقافي للتحليلية الأمريكية، تفترض هذه النظرية البينشخصية أن الاضطرابات النفسية تعود إلى التفاعلات الاجتماعية كعوامل مسببة لها.

تفسر هذه النظرية السببية المرضية على أساس الصعوبات البينشخصية كعوامل لنشوء الاكتئاب لدى الراشد : كالضغط الاجتماعي، أحداث الحياة، فقدان المساندة الاجتماعية، فقدان الحميمية، النزعات الزوجية وغيرها.(Cottraux, 2004,p 233)

من جهة أخرى يؤكد ويسمان و كلارمان على أهمية الأدوار الاجتماعية حيث تشير نظريتهما إلى أن اضطرابات الأدوار الاجتماعية تشكل سوابق للاضطرابات النفسية، فغياب التقدير الذاتي و ما ينتج عنه من اكتئاب قد يفضي إلى عجز على مستوى القدرات الشخصية في تحمل مسؤولية دور اجتماعي، ساعتها يدخل الشخص في الاتجاه اللولبي النازل للاكتئاب.(Cottraux, 2004,p 164)

هذا و قد يقترب منظور هذه النظرية مع الدراسات الوبائية الكلاسيكية، التي بينت العلاقة بين الاكتئاب، فقدان المساندة الاجتماعية و الصعوبات في الدور الاجتماعي. إذ أشارت هذه الدراسات إلى دور أحداث الحياة السلبية لدى الأشخاص الذين كان لديهم معاش شخصي متدهور.(Cottraux , 2004 p 28)

9-5-2- كوين و داوني Coyne et downey(1991) و الفشل في مواجهة الضغوط:

يمكن إدراج منظور كوين و دوني ضمن الإتجاه البينشخصي, و يركز هذا المنظور في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة و أساليب المواجهة, كما يهتم أيضا بالتفاعلات بين

الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم، و كيف أن هذه التفاعلات تعمل على إبقاء و استمرار الإضطراب الاكتئابي (فايد حسين، 2004، ص 154).

ويقترح كوين و دوني أن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة، و قد افترضنا أن المواجهة الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات و تساعد على منعها من أن تصبح مزمنة.

فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة. و تعتبر استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الانفعال (مثل : التفكير الخطأ الذي يرغب فيه الشخص نفسه، لوم الذات، الوحدة النفسية) من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث أنها أساليب مواجهة غير جيدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب. (فايد حسين، 2004، ص 54)

و هذا ما أشار إليه هيجنز و أندلر Higgins et Endler(1995) من وجود ثلاث أساليب أو عمليات التعامل مع الضغوط هي :

أ- **أسلوب التوجه الانفعالي:** و يقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد و تنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة و تتضمن مشاعر الضيق و التوتر و الانزعاج و الغضب و الأسى و اليأس.

ب- **أسلوب التوجه نحو التجنب:** و يقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة و أن يكتفي بالانسحاب من الموقف.

ج – **أسلوب التوجه نحو الأداء:** و هو المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة و بصورة واقعية و عقلانية. و قد أشارت الدراسات الامبريقية إلى أن الأفراد مرتفعي الاضطرابات الانفعالية، و منها الاكتئاب، كانوا أكثر ميلا للإعتماد على أسلوب التوجه الانفعالي كأحد الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة (فايد حسين، 2000 ، ص 155).

وفضلا عن ذلك تعتبر المساندة الاجتماعية أحد العوامل البينشخصية الهامة في تفسير الاكتئاب، إذ يشير التراث النفسي إلى أن إنخفاض المساندة الاجتماعية أو المساندة الاجتماعية غيرالجيدة يؤدي إلى بقاء الأعراض الاكتئابية.

تعليق على نظريات الاكتئاب :

من العرض السابق للنظريات التي فسرت أسباب نشأة الاكتئاب يتضح أن كل مدخل نظري له اتجاهاته النظرية المستقلة و كل نظرية فسرت أسباب الاكتئاب بصورة مختلفة عن

النظريات الأخرى فنجد أن المداخل البيولوجية ركزت في تفسيرها للاكتئاب على العامل الجيني أو الوراثي, و العامل الفسيولوجي, و العامل البيوكيميائي.

فقد أوضح العامل الكيميائي أن الاكتئاب يحدث نتيجة لاضطراب في التنظيم الهرموني أو في التنظيم الكيميائي (الخاص بتوازن الأحماض الأمينية) لدى الفرد.

أما العامل الوراثي فقد أرجع سبب الاكتئاب إلى العوامل الوراثية حيث تبين أن هناك أفراد لديهم استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب و هم الأفراد الذين لهم تاريخ أسري سابق مع الاكتئاب (إصابة الوالدين – أو أحدهما بالاكتئاب) , و أن البيئة تساعد على ظهور الاكتئاب و لكن في الأساس الوراثة و الجينات هي التي تلعب الدور الأكبر في الإصابة بالمرض .

أما المداخل النفسية فقد ركزت على الجوانب النفسية و الاجتماعية في تفسيرها للاكتئاب إلا أن كل نظرية تناولت جانب من هذه الجوانب إما معرفي أو نفسي تحليلي أو اجتماعي و في ضوء هذا الجانب فسرت أسباب نشأة الاكتئاب .

أما أنصار النظريات المعرفية السلوكية فقد وجدوا أن الاكتئاب يحدث نتيجة تناقص التدعيم الإيجابي , وتزايد التدعيم للمواقف السلبية الخاطئة مما يؤدي إلى اضطراب معرفي يظهر في تشويه و تحريف الأفكار و المعتقدات و إلى أنماط من التفكير ذات خلل وظيفي مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات و الشعور بالاكتئاب .

كما أوضحت نظرية العجز المتعلم أن السبب الكافي لأحداث الاكتئاب هو توقع الفرد عدم قدرته على التحكم في نتائج استجاباته و بالتالي يتعلم الفرد قلة الحيلة و العجز حتى يصاب بالاكتئاب .

أما عن المداخل البينشخصية فقد أوضحت أن التفاعلات بين الأشخاص و افتقاد المهارات الاجتماعية و افتقاد الدعم و التعاطف تسهم في حدوث الاكتئاب , و أن المكتئب دائما يسعى من أجل الحصول على الدعم من الآخرين .

و بعد استعراض النظريات التي فسرت أسباب الاكتئاب يتضح أن أسباب الاكتئاب كثيرة و متعددة و إذا أردنا أن نحدد أسباب معينة للاكتئاب فهذا يتوقف إما على النظرية التي نتبناها لأنه لا توجد نظرية واحدة تجمع الأسباب و الجوانب الهامة التي يمكن في ضوئها تفسير الاكتئاب أو يتوقف على تحديد أسباب الاكتئاب في ضوء ما يمكن أن تستخلصه من جميع النظريات التي فسرت الاكتئاب بحيث يمكن رؤية ظاهرة الاكتئاب من جميع الجوانب.

ملخص الفصل:

نخلص من العرض السابق إلى عدد من النقاط يمكن إيجازها في ما يلي:

1- توجد صعوبة فيما يتعلق بتعريف الاكتئاب, و ذلك لتعدد جوانبه و أعراضه و أنواعه , و قد حاولنا في هذا السياق وضع تعريف شامل لعدد من الجوانب الإجرائية و الخاصة بالأعراض و التشخيص و السمات الأساسية للمرض.

2- يعد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسي و العقلية هو المرجع الأساسي الذي اعتمدنا عليه عند التصدي لتشخيص الأمراض النفسية بما فيها الاكتئاب.

3- الاكتئاب الأساسي هو أحد اضطرابات المزاج أحادية القطب, و يعتمد تشخيص الأمراض المزاجية في الأساس على النوبات التي تمثل جوهر تشخيص هذه الاضطرابات.

4- هناك عدد من االنماذج و الأطر النظرية المفسرة للاكتئاب, و هي النظرية الحيوية , والنظريات النفسية, و الاجتماعية و النفسية الاجتماعية.

5- النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تعد من أحدث النظريات التي تمت صياغتها في الآونة الأخيرة, و هي تعد نموذجا شاملا و قابلا للتطوير و الاتساع.

الفصل الثالث:

الضغط النفسي

- تمهيد
1- مفهوم الضغط النفسي
2- أنواع و مصادر الضغوط
3- تعاريف الضغط
4- أشكال الضغط النفسي
5- مظاهر الضغط النفسي
6- علاقة الضغط النفسي بالمرض
7- جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي
8- الأمراض (النفس–جسدية) الناتجة عن الضغط النفسي
9- مواجهة الضغوط
10- النظريات المفسرة للضغوط
- ملخص الفصل

تمهيد:

يعيش الإنسان حاليا في عصر ينفرد بأوضاع و أحداث متميزة ،فعلى الرغم مما ينطوي عليه هذا العصر من مكاسب و اختراعات ،إلا أنه يوج بالأحداث المثيرة للقلق، و الاضطراب النفسي، مما يشعر الفرد بتهديد أمنه النفسي و الجسمي و المادي و الاجتماعي.(غالي محمد، 1973, ص 23).

و من الثابت أن ضغوط الحياة و الانفعالات قد أصبحت من أخطر الظواهر التي تهدد حياة الإنسان المعاصر و ما تخلفه من جروح نفسية، فكلما زادت الحياة تعقيدا كلما كثر تعرض الإنسان، لما يعرف حديثا بالجروح النفسية.

كذلك فإن الحياة العصرية تتميز بتعرض الإنسان لكثير من مواقف الفشل,و الإحباط في تحقيق رغباته, و إشباع حاجاته, و نتيجة لذلك ينفعل و يتألم.

أضف إلى ذلك ما في المدينة و التحضر من التزامات, و كد, و نصب, و تحايل, أمراض, مع صعوبات في الحصول على الضروريات و الكماليات التي أصبحت شيئا فشيئا من الضروريات. و ما يتطلبه ذلك من عناء و اجتهاد عقلي و نفسي و جسمي, مما أدى إلى وقوع الإنسان تحت وطأة و سيطرة الانفعالات على كل نشاط. و هذا ما دفع بعض العلماء إلى النفس أن يطلقوا على هذا العصر عصر الانفعالات.

فلقد أدت الحضارة الحديثة إلى زعزعة أركان الأسرة و حطمت أواصر العلاقات، فالجميع اليوم يعيش في جو مضطرب يغلب فيه الخوف و الانزعاج, و يسوده القلق و الاضطراب و يقل فيه الأمن و الاطمئنان، فيختل تبعا لذلك و تشكل هذه الأحوال في الإنسان نوعا الاتزان في وظائف الجسم و أعضائه, و غدده و أعصابه و نفسه و عقله و تفكيره, فتكثر الأمراض النفسية و العصبية و تشكل هذه الأحوال في الإنسان نوعا من الأعباء أو الضغوط النفسية, حيث تحوله إلى شخص آخر ذا حيرة و تخوف و أوهام و فقدان إرادة. (أمال عبد الرحمان، 1995، ص ص 226-228).

و يواجه كل فرد منا في حياته اليومية, العديد من المواقف الضاغطة سواء في محيط الأسرة أو عندما نذهب إلى العمل، و تعتبر هذه المواقف عامة و شائعة في حياتنا اليومية, و تسبب لنا الضيق و التوتر و لكنها سرعان ما تنسى و يتكيف معها الفرد, و لكن هناك مواقف أخرى أشد حدة، كأن يتعرض أحد أفراد الأسرة لمرض شديد، أو لعملية جراحية خطيرة ...إلخ.

و هي مواقف لا يستطيع الفرد تجاهلها أو التكيف معها بسهولة، و بالتالي فهي مواقف ضاغطة قادرة على تفجير اضطراب سلوكي, قد يكون حاد أو التكيف معها بسهولة ، و بالتالي فهي مواقف ضاغطة قادرة على تفجير اضطراب سلوكي قد يكون حاد أو يدوم لفترة طويلة و تختلف هذه المواقف الضاغطة باختلاف التركيب النفسي للفرد. فبعض الأفراد لديهم القدرة على مواجهة أعنف المواقف بالتعامل معها بكفاءة, و معالجة الأمور بقدر كبير من الاتزان النفسي، في حين نجد أفرادا آخرين سرعان ما يصابون بالانهيار التام أمام مواقف هينة و بسيطة و يتعرضون للإصابة ببعض الأمراض الجسمية و الاضطرابات الانفعالية.(إبراهيم علي إبراهيم ،1992, ص 187)

1- مفهوم الضغط النفسي:

أورد عبد الخالق تعريفا شمل أكثر جوانب الضغط النفسي:

الضغط النفسي هو العملية التي تفرض فيها ا لأحداث البيئية أو الضغوط عبئا ثقيلا على الإنسان في مواجهتها، أو تمثل تهديدا له، و يتعين عليه في أثناء ذلك أن يجد طرائق التعامل مع مطالب البيئة. كما أن الفرد يستجيب في أثناء الموقف الضاغط بواسطة استجابة معينة معدة للتخلص منه أو من آثاره، كما تستمر في هذه الاستجابة حتى نهاية الموقف، و في أثناء ذلك تحدث تغيرات نفسية فيزيولوجية، كما تتابع تغيرات لاحقة أو إضافية مع الافراد حتى بعد انتهاء الموقف الضاغط.

يضيف عبد الخالق: إن محاولات التحكم في المطالب البيئية و التكيف معها ليست ناجحة دائما، و هذا ما يعرض الفرد إلى عواقب مجموعات متكاملة في التغيرات البيولوجية و النفسية ،التي قد تكون معتدلة أو شديدة (عبد الخالق،1998،ص 32).

و يمكن النظر إلى الضغط النفسي بوصفه حالة من الاثارة الذهنية و الجسدية تنتج عن إدراك الفرد لمثيرات بيئية ،سواء أكانت حقيقية أو متخيلة ،داخلية المنشأ أو خارجية ،و يستجيب لها الفرد سلوكيا،و جسديا،و نفسيا، و معرفيا، كما تتدخل الفروق الفردية في الاستجابة للضغط النفسي بوصفه نمطا من أنماط التفكير المعرفي ،و خصائص الشخصية، و أساليب المواجهة (تيغزي، 1993) .

و ظهرت بعض الاتجاهات لتحديد مفهوم الضغط النفسي منها :

- الضغط النفسي بوصفه استجابة داخلية .

ظهرت بعض وجهات النظر في تفسير الضغط النفسي من الناحية الفيزيولوجية و منها:

وولتر كانون walter cannon

قدم كانون عام 1929 – 1943 إسهاما مهما في الحديث عن الضغط النفسي، فهو يعد من الذين مهدوا الطريق لثنائية (العقل – الجسم) في علاقتهما التفاعلية (sturt ،2001). فقد قدم كانون أول تطبيق لمفهوم الضغط النفسي في تجربة الإنسان، إذا اعتبر أن الضغط النفسي هو مصدر اضطراب للاتزان الحيوي تحت ظروف نقص الأوكسجين، البرد، الحرارة و انخفاض السكر في الدم (Schafer,1992,p 44).

كما أكد دور النظام العصبي السمباتي خلال الفترات الاضطرابية، و تحدث مفصلا عن كيفية استجابة الجسم للإزعاجات أو التهديدات الخارجية و يعد أول من أدخل مصطلح المواجهة أو الهرب (Fight and Fight) في الاستجابة للضغط النفسي، فقد لاحظ كانون تغيرات فيزيولوجية تحصل في الجسم. فتحضر الفرد أن يقف و يواجه الحدث أو الموقف الضاغط، و إما أن يهرب من الموقف (Wood &Wood,2001)

فسر كانون ذلك بأن الاستجابة الفورية التي تظهر تلقائيا كردة فعل لإدراك الخطر تدفع إلى تسارع النبض، و زيادة التنفس ،و تشنج العضلات، و ارتفاع ضغط الدم، و توسع في بؤبؤ العين و غيره.

كل ذلك يحدث نتيجة إطلاق الغدة النخامية لهرمون Adrenocorticotropic و الذي يستثير بدوره غدة الأدرينالين لتفرز هرمونات Corticostteroid و Epinephrine (Frank,2001). فالضغط النفسي عند كانون كان فيزيولوجيا بيولوجيا و بالتالي جاء تعريفه للضغط النفسي أنه استجابة فيزيولوجية للجسد تجاه الأخطار أو التهديدات الخارجية و ما يرافق هذه الاستجابة الفيزيولوجية من مظاهر سريرية (2001 ,Frank).

هانز سيلي Hans Sely :

كان للطبيب سيلي إسهام هام في تفسير الضغط النفسي و دراسته من سنة 1945 فقد تابع عمل كانون في إدخال الضغط النفسي إلى المختبر و إجراء التجارب فيه على الفئران. بدأت ملاحظات سيلي حول الضغط النفسي عندما قابل مرضى يعانون –إضافة إلى مرضهم العضوي –من أعراض أخرى مثل : نقص الوزن، و فقدان الشهية للطعام ،و نقص القوة العضلية و غياب الطموح ...و غير ذلك، من هنا بدأ فضوله لمعرفة سبب هذه الأعراض التي ترافق هذه الأمراض (Schafer ,1992,p 45).

و قد تابع أبحاثه في المختبر و اكتشف وجود عوامل مؤذية داخل الأجسام أطلق عليها عوامل الضغط النفسي ،و بعد ملاحظاته و تجاربه المخبرية توصل سيلي إلى صياغة ما

أسماه تناذر التكيف العام ،و قد تضمنت هذه الأعراض ثلاثة مراحل لعملية الإستجابة للضغط النفسي و هي :

- مرحلة الإنذار
- مرحلة المقاومة
- مرحلة الإعياء (الإنهاك)

2- أنواع و مصادر الضغوط :

لا يمكن حصر أنواع و مصادر الضغوط في مصدر واحد حيث أن مصادر الضغوط متعددة بتعدد الأسباب المؤدية للضغوط، فمن الأسباب ما هو داخلي و منها ما هو خارجي.

ومنها ماهو إيجابي و منها ماهو سلبي، و منها ما هو مرتبط بالبيئة الخارجية سواء بيئة أسرية أو اجتماعية أو فيزيقية، و منها ما هو مرتبط بكيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة و كذلك أساليب التفكير المختلفة.

و في هذا الإطار ميز ألي (Alley 1980) بين ثلاثة مفاهيم تتعلق بالضغوط النفسية و هي:

أ- الضغوط النفسية السيئة أو السلبية

ب- الضغوط النفسية الحميدة أو الإيجابية

ج- مسببات الضغوط النفسية

أما الضغوط النفسية السيئة (السلبية) فيمكن ملاحظة انعكاساتها في النزاعات، أما الضغوط النفسية المحمودة فهي ضغوط إيجابية مطلوبة بل و مرغوبة, و هي تحدث كرد فعل للمواقف السارة, و كنتيجة للشعور بالبهجة و السرور.

أما مصادر الضغوط النفسية فهي الأحداث المسببة لها سواء كانت سلبية أو إيجابية و قد بين جودل و براون Goodell & Brawn أن مصادر الضغوط تنقسم إلى مصادر شخصية ،و مصادر بيئية و المصادر الشخصية هي التي ترتبط بالقيم و المواقف و القناعات التي يحملها الفرد تجاه نفسه و غيره ،بينما تتصل المصادر البيئية بظروف الحياة و العمل و أوضاعه (زيد بن محمد البتال، 2001، ص 17).

و يشير شاكر قنديل (1993) إلى أن مصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة فقد ترجع إلى متغيرات بيئية كما قد يكون مصدرها الفرد نفسه أو طريقة إدراكه للظروف من حوله و إذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى حقيقي للفرد فإن الفرد يصبح محبطا ،و حتى

إن لم يحدث ضرر حقيقي و مباشر على الفرد فهو يعيش حالة من الشعور بالتهديد (فرج طه و آخرون،1993،ص445).

و من مصادر الضغوط أيضا ضغوط العمل حيث يرى روبنز Robbins (1993) أنه بالرغم من أن العمل جزء مهم و أساسي في حياة الإنسان حيث يعد حاجة سيكولوجية بقدر ما هو حاجة اقتصادية و يحقق للإنسان الكثير مما له معنى و يشبع مطالب الحياة في كل أنشطتها و العلاقات الإنسانية التي تسودها.

و بالرغم من هذه المنافع فإن وظيفة الإنسان و عمله يمكن أن تكون مصدرا للضغوط, و من الوظائف ما هو ضاغط بطبيعته و يسبب المشاكل و الأخطار البدنية كعمل رجال الشرطة, و قد تنشأ ضغوط العمل من تحمل مسؤولية الآخرين مثل الجراح. و قد تأتي ضغوط العمل من الرؤساء و الزملاء في العمل، كما يضيف بول روبنز أن المعاناة من ضغوط العمل لا تؤثر على العامل فقط و لكن يمتد تأثيرها السلبي إلى الأسرة, من خلال فتور العلاقة بين الأبناء و الآباء ممن يعانون من ضغوط العمل، بل يمتد تأثير ضغوط العمل إلى الاقتصاد القومي.

فيذكر بول روبنز في هذا الصدد أن أمريكا تنفق بلايين الدولارات سنويا على فواتير الر عاية الصحية للعاملين بالأعمال المرتبطة بالضغوط (Robbins, 1993, pp 94-96). كما يشير بول روبنز إلى مصدر آخر من مصادر الضغوط ألا و هو اضطراب العلاقات الزوجية حيث أن العلاقات الزوجية تعد أساس الاستقرار ،ومن المحتمل أن المتزوجين يكونون أسعد أحوالا و أطول أعمارا، و لكن هناك بعض العلاقات الزوجية تكون مصدرا من مصادر الضغوط و بسبب ما يعتريها من سوء و اضطراب العلاقات العاطفية و كذلك الخلافات بين أعضاء الأسرة الواحدة و ذلك مما يجعل الفرد أكثر عرضة للاكتئاب (Robbins, 1993, p 94-96) .

و من مصادر الضغوط يركز ديسبوس Despues (1999) على عرقلة الهدف المهم ،حيث أن الشعور الشخصي بالضغوط يزداد عندما تعرقل عوامل الضغوط تحقيق هدف مهم للشخص ،فكلما ازدادت أهمية الهدف ازداد شعور الشخص بالضغوط فلو أن لدى الشخص موعدا (الهدف) داخل ازدحام مروري (عامل الضغط) فإنه سيشعر بالضغوط و يزداد إحساسه بالضغوط لو أن هذا الموعد موعد امتحان مثلا

.(Despues , 1999)

و يؤكد على ما سبق أحمد عبد الخالق بقوله أنه كلما كان المطلب له مغزى أكبر تزايد عمق الاستجابة للضغوط (أحمد عبد الخالق، 1998 ، ص 31) .

و يشير غريب عبد الفتاح (1999) إلى مواقف الصراع كمصادر للضغوط النفسية على الفرد، فالصراع هو الحالة التي يجد الفرد نفسه عاجزا عن تحقيق دافعين معا حيث لا يمكن تلبيتهما في وقت واحد.

ومن أنواع الصراع:

أ- صراع الإقدام – الإقدام:

و يحدث هذا النوع عندما يستثار أو يدفع الكائن الحي نحو هدفين مرغوبين و لكنهما متنافسان ، حيث يوجد دافعان إيجابيان و لكن لا يمكن الجمع بينهما ، إن تحقيق أحد الدافعين يحبط و يعيق تحقيق الدافع الآخر .

ب - صراع الإحجام – الإحجام :

و يحدث هذا النوع من الصراع عندما يجد الكائن الحي نفسه في موقف عليه أن يختار بين هدفين أو سلوكين, كليهما غير مرغوب فيه, و يتضمنا أمرين غير مستحبين. كمن جانب الفرد بدرجة متكافئة و تكون رغبة الكائن الحي الحقيقية هي الهروب من كلا الأمرين أو الموقفين إلا أنه على الرغم من ذلك عليه أن يختار أحدهما، أنه و على الرغم من أن كلا الأمرين مرفوض من جانب الفرد إلا أن الفرد العادي في الموقف الصراعي هذا يجد نفسه مرغما على أن يختار أيهما

و الذي قد يكون أخف الضررين.

جـ - صراع الإقدام– الإحجام:

يحدث هذا النوع من الصراع عندما يرغب الكائن الحي في أن يقترب وأن يحجم في نفس الوقت عن هدف ما ، فإن الهدف في هذا النوع من الصراع له خصائص جيدة تجعله جذابا من جانب الفرد و لكنه في نفس الوقت له خصائص سيئة لا يرغب فيها الفرد و يخشى منها و يؤدي هذا الصراع إلى مستوى عال من القلق و التوتر و الغضب ,

د- صراع الإقدام– الإحجام المزدوج:

يحدث هذا النوع من الصراع, في حالة وجود هدفين متعارضين و لكل منهما مظاهر مرغوبة و أخرى غير مرغوبة من الكائن الحي، و يعتبر نوع صراع الإقدام – الإحجام المزدوج أكثر أنواع الصراع حدوثا بين الكائنات الإنسانية.

إذ توجد في مثل هذا الموقف عوامل عدة, تؤثر في الرغبة في الإقدام و عوامل عديدة أخرى تؤثر في الرغبة في الإحجام.

و ينتج عن ذلك الصراع مشاعر ثنائية أي توجد مشاعر متناقضة مثل الحب و الكراهية تجاه الشخص أو الموقف أو الشيء. (غريب عبد الفتاح، 1999، ص 287-290)

و من مصادر الضغوط كما تذكر منى محمود محمد عبد الله (2002) ضغط التكيف، الإحباط، زيادة العبء، الحرمان، إدراك الذات، سمات شخصية الفرد، القلق، الضغوط التكنولوجية, الاصابة بالمرض، انخفاض الدخل، البيئة الأسرية، غموض الأهداف،انخفاض مستوى الطموح ، ضعف الدعم الاجتماعي من الزملاء أو الاخوة،نوعية الحياة،الصدمات و الكوارث و الحروب، التدخين، النظام الغذائي غير المناسب. (منى محمود محمد عبد الله، 2002، ص 14- 80)

و تقسم أميرة الديب (2003) مصادر الضغوط إلى:

أ- الضغوط الناتجة عن عوامل طبيعية عامة كالزلازل و المتغيرات الحضارية السريعة و الحروب و الكوارث .

ب- الضغوط الناتجة عن عوامل اجتماعية و شخصية و منها: المدنية و الحضارة و التي تستلزم قدرة عقلية و نفسية خاصة حتى يتمكن الإنسان من التكيف معها،

و هذه القدرة لا تتوفر لعدد كبير من الناس مما يجعلهم عاجزين عن التكيف و من ثم حدوث الاضطرابات النفسية ، فقدان مورد الرزق و المتاعب المالية و تراكم الديون و البطالة ، و الفشل العاطفي ، المهنة أو العمل ،الازدحام و سوء المسكن ، عدم القدرة على الزواج ، الإحالة إلى التقاعد.

ج- الضغوط الناتجة عن العوامل الفسيولوجية العضوية مثل الإصابات و الأمراض و السموم و اضطراب الغدد الصماء و التعرض لدرجات الحرارة العالية و سوء التغذية و العمليات الجراحية. (أميرة عبد العزيز الديب، 2003، ص 39- 40)

ضغوط الحياة ..أصل المصطلح

يرى ديفيد فونتانا (1989) أن أصل مصطلح الضغوط يشير إلى معنى الإختناق و الشعور بالضغط أو الظلم و تعرف في اللغة الإنجليزية بـ stress و التي تشير إلى معنى التناقض ، كما تم استخدام Déstresse و هي للإشارة إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب.

فالمصطلح استعمل في الأصل للتعبير عن معاناة و ضيق أو اضطهاد. أما في الإنجليزية الحديثة, فإن الحاجة قد ظهرت لوجود مصطلح يعطي معنى الضغط و التوكيد, و ذلك لوصف الألم الكامن و المتضمن في الكلمة الأولى في آن واحد. وعبر الوقت استخدم مصطلح stress ليعطي هذا المعنى (حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، 1994،ص 12-13)

3- تعاريف الضغط:

و لتعريف مصطلح الضغوط و الوقوف على أصل المصطلح رجع الباحث إلى بعض المعاجم و الموسوعات و القواميس اللغوية و السيكولوجية و كذلك تعريفات علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط.

3-1 تعريف الضغوط من خلال القواميس و المعاجم اللغوية .

تعرف دائرة معارف القرن العشرين الضغوط بـ " ضغطه " يضغطه ضغطا عصره، و "الضغط "القهر (محمد فريد وجدي، 1971: 652)

و يعرف قاموس مختار الصحاح الضغوط ضغطة، زحمه إلى حائط و نحوه و بابه قطع و منه ضغطة القبر بالفتح و أما الضغطة بالضم فهي الشدة و المشقة و يقال : اللهم ارفع عنا هذه الضغطة ، و الضاغط كالرقيب و الأمين يقال أرسله ضاغطا على فلان سمى بذلك لتضييقه على العامل و منه حديث معاذ كان على " ضاغط " (محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي ،1995،ص 160)

و يعرف قاموس المصباح المنير الضغوط في باب ضغط فضغطه ضغطا من باب نفع زحمه حائط و عصره ، ضغط و منه ضغطه القبر لأنه يضيق على الميت و الضغطة بالضم الشدة . (أحمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ، 2001، ص 137)

3-2 تعريف الضغوط من خلال المعاجم و الموسوعات السيكولوجية .

يعرف معجم علم النفس (1971) كلمة ضغط بأنها توتر أو صراع ، حالة من التوتر النفسي الشديد (فاخر عاقل، 1971 ، ص 110)

و تعرف الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي (1976), كلمة الضغوط بأنها شدة أو عب ء أو محنة.

و هي تفيد في الفيزياء و الكيمياء كل ما يسبب إجهادا لغيره, مثل القوة التي تضغط شيئا أو تجذبه و قد تغير حجمه أو شكله بإنقاصه أو مطه مثلا.

و في علم الوظائف تفيد الكلمة إحداث توتر بعضله لدرجة الإجهاد أو الإحساس بهذا التوتر، و في الناحية المرضية قد تستخدم الكلمة لكل ما يسبب إ جهادا أو توترا نفسيا شديدا، كذلك يستخدم لفظ Stress لتشديد النطق بمقطع في كلمة، فالفرق بين Stress، Strain أن Stress تشير إلى الفاعلية، و strain إلى الانفعال، أي أن الجهد Stress يؤدى إلى الإجهاد strain. فإذا قام بناء على أعمدة كان البناء عبئا stress و إن لم تحتمل البناء ناءت به و مالت، و لذلك يمكن ترجمة Strain and Stress إلى جهد و إجهاد أو إلى عبء (وليم الخولي، 1976، ص 426)

و يعرف كمال دسوقي في ذخيرة مصطلحات أعلام علم النفس الضغوط بأنها:

(أ) كاسم: ضائقة، كرب،شدة (ب) حال: شد أو جهد جسميا كان أو نفسيا (ج) كفعل: التشديد في القول أو الكتابة، و شد (قوة شد أو مقاومة) تجرى على نسق أو جهاز فتحدث جهدا أو تحريفا بالجهاز، و قد يقتصر الاصطلاح على الشدة المادية أو الأجهزة الجسمية, و قد يتوسع به إلى الشدائد و الأجهزة النفسية، كما يقصد به التوكيد أو التشديد على مقاطع بعينها في لغة الكلام. (كمال دسوقي ، 1990، ص 1427)

و يعرف شاكر قنديل في موسوعة علم النفس و التحليل النفسي (1993) الضغوط بأنها تشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء لكليته أو على جزء منه و بدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر ،أو تشويها في تكامل شخصيته و حينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك و حينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن، و يغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد، و للضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني و النفسي للفرد, و الضغط النفسي حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد،
أو خطر شديد. (فرج طه و آخرين، 1993, ص445)

و يعرف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM - IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (1994) اضطراب الضغوط الحاد بالاتي :

أ – إذا تعرض الشخص لأحداث صدمية حيث تضمنت ما يلي :

1– مرور الشخص بتجربة أو شاهد أو واجه حد ث أو أحداث تضمنت وفاة فعلية أو تهديد بالوفاة أو إصابة خطيرة أو تهديد بالعجز البدني أو تهديد للذات أو الآخرين .

2– أن تتضمن استجابة الشخص الخوف الشديد أو الشعور بقلة الحيلة أو الهلع.

ب- أن يشعر الفرد بثلاثة أعراض أو أكثر أثناء أو بعد المرور بالحدث الضاغط و هذه الأعراض هي:

1- إحساس ذاتي بالخدر (فقدان الإحساس) أو الانفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية.

2- انخفاض في الوعي بالبيئة المحيطة (كما لو كان الشخص مصابا بالدوخة أو الدوار).

3- انخفاض الإحساس بالعالم الخارجي أو تغيير جذري في إدراكه حيث يصبح فارغا من كل معنى.

4- اختلال الآنية (أو اضطراب الشعور بالآنية).

5- فقدان الذاكرة الهستيري الانشقاقي (على سبيل المثال عدم القدرة على استدعاء جانب مهم للصدمة).

ج- أن الحدث الصدمي سيعاد معايشته بشكل دائم بأسلوب واحد على الأقل من الأساليب الآتية:

تصورات متواترة أو دورية ،أفكار، أحلام، هذاءات، نوبة عودة الأحداث، أو الإحساس بإعادة معايشة الخبرة الصدمية، أو الشعور بالضغط النفسي عند التعرض لأشخاص أو أشياء تذكر بالحدث الصدمي.

د- تجنب ملحوظ للمثيرات التي تستثير استدعاءات الصدمة (على سبيل المثال الأفكا، المشاعر، المحادثات، الأنشطة، الأماكن، الأشخاص).

هـ- أعراض ملحوظة من القلق أو الإثارة المتزايدة (على سبيل المثال صعوبة النوم، عدم الاستقرار النفسي، ضعف التركيز، الحذر الشديد، المبالغة في الاستجابة الترويعية، عدم الارتياح الحركي).

و- الاضطراب بسبب ضغوط إكلينيكية، أو عجز في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو الوظيفية المهمة الأخرى، إعاقة قدرة الفرد على مواصلة بعض المهام الضرورية أو نقل الموارد الشخصية عن طريق إخبار أعضاء الأسرة بالخبرة الصدمية.

ي – الاضطراب لفترة لا تقل عن يومين و لا تزيد عن أربعة أسابيع و تحدث خلال أربعة أسابيع من الحدث الصدمي. (DSM-IV , 1994 , 211, 212).

و يعرف معجم علم النفس و الطب النفسي (1995) الضغوط بأنها حال من الإجهاد الجسمي و النفسي، و المشقة التي تلقى على الفرد بمطالب و أعباء عليه أن يتوافق معها، و قد يكون الضغط أو الانعصاب داخليا أو بيئيا. و قد يكون قصيرا أو طويلا، و إذا طال هذا الضغط و أفرط فقد يستهلك موارد الفرد و يتعداها و يؤدي إلى انهيار أداء الوظائف

المنظمة، و من أنواع المواقف التي تنتج هذا الضغط الإحباطات و الحرمان و الصراعات و الضغوط و كلها قد تكون داخلية المصدر أو خارجية، و يستخدم اللفظ ليعني التأكيد على كلمة أو فكرة أثناء الكلام أو في الكتابة و قد قدم هذا اللفظ و استخدمه هانز سيلي أول مرة حوالي 1940.

(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، 1997 ص 749).

و يعرف معجم علم النفس المعاصر (1999) الضغوط بأنها مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة (عوامل الإجهاد) ثم استخدم مفهوم الضغوط لوصف حالات فردية في ظروف صعبة على المستويات الوظيفية العضوية و النفسية و السلوكية و يمكن أن يكون للإجهاد تأثيرات إيجابية و سلبية على السواء، فقد تصال بالإنسان إلى أفضل مستوى من النشاط و قد تصل به الاختلال الكامل لنظامه (بتروفسكي، ياروشفسكي، ترجمة حمدي عبد الجواد، عبد السلام رضوان، 1999، ص 303) .

و يلاحظ من خلال تعريفات الضغوط عبر المعاجم و الموسوعات السيكولوجية الآتي:

1- قدمت بعض المعاجم و الموسوعات السيكولوجية تعريفا للضغوط يعتبر أقرب لمعنى الكلمة من الناحية اللغوية مثل تعريف (فاخر عاقل، 1971، وليم الخولي، 1976، كمال دسوقي، 1990) و إن كان تعريف كمال دسوقي أقربهم إلى الناحية اللغوية من السيكولوجية.

2- تباينت تعريفات الضغوط بين المعاجم و الموسوعات السيكولوجية فمنها ما اقتصر على الوصف البسيط بدون أي اتجاه للتعريف مثل تعريف (دسوقي،1971) و الذي أعطى كذلك معان مستقلة قريبة من الضغوط مثل التوتر و الصراع بل ربما كان تعريفه أقرب للقلق من الضغوط غير أن تعريفه لم يتعد سوى الضغوط النفسية و ربما آثار الضغوط و ليس الضغوط.

3- و عرفت بعض المعاجم و الموسوعات الضغوط كمتغير مستقل أو مثير كتعريف (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، 1995) كما عرف بتروفسكي، ياروشفسكي الضغوط كمتغير تابع أو استجابة.

4- في حين جمع تعريف شاكر قنديل 1993 بين الاتجاهين المتغير المستقل أو المثير و المتغير التابع أو الاستجابة و هو تعريف تكاملي حيث أبرز كذلك دور التفاعل بين المثير و الاستجابة و الآثار الناتجة عن الضغوط و كان أقرب إلى ذلك تعريف الدليل

التشخيصي و الإحصائي الرابع (DSM- IV) حيث عرف الضغوط باعتبارها اضطرابا يبدأ (بالمثير) تعرض الشخص لحادث صدمي كالتهديد بالموت أو الأذى ثم الاستجابة مثل الخوف الشديد و الاحساس بالضعف و العجز ثم ينتهي بأعراض للضغوط تصل به إلى درجة الاضطراب مثل نقصان الوعي بالبيئة و اختلال الآنية و لذلك أطلق عليه اضطراب الضغوط الحاد.

3-3 تعريف ضغوط الحياة من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط

من خلال الإطلاع على تعريفات الضغوط عبر التراث النفسي لدى علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط يتضح بادئ ذي بدء أن هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية في تعريف ضغوط الحياة فأولها يركز على تعريف الضغوط كمثير و ثانيها يركز في تعريفه للضغوط على الاستجابة الصادرة إزاء المثير وفريق ثالث يجمع في تعريفه للضغوط بين المثير و الاستجابة بالإضافة إلى متغيرات وسيطة قد لا تكون واضحة.

و يعرض الباحث لبعض التعريفات التي ينطلق أصحابها من وجهات نظر مختلفة.

3-3-1- تعريف ضغوط الحياة كمتغير مستقل (كمثير).

تعرف ريس Ress (1976) الضغوط النفسية بأنها مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية, بهذه الدرجة من الشدة و الدوام.

بما يثقل القدرة التكيفية للكائن إلى حده الأقصى، و التي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض و بقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية و نفسية غير صحيحة. (نوال عبد اللطيف يس، 2001، ص 14.)

و يعرف ديفيد فونتانا (1989) الضغط بأنه عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل و الجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات و الاستمتاع بالإستثارة المتضمنة فيها فإن الضغط يكون مقبولا و مفيدا، أما إذا كانت لا تستطيع ،و وجود الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولا و غير مفيد بل و ضار (حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، 1994: ص 13-14.).

و يفرق شعبان جاب الله (1992) بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة و المشقة فيعرف الأولى بأنها تلك الأحداث و المواقف السلبية و المنفرة (أو غير المرغوبة) التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، أو المقربون منهم و تثير لديهم درجات متباينة من مظاهر سوء

التوافق في حين يرى أن مفهوم المشقة يشير إلى حالة نفسية ذات علامات و أعراض تتباين في شدتها بتباين قوة المثيرات الخارجية و
الداخلية، و عندما تزداد شدة هذه الحالة اضطرابا فإنها تعوق توافق الشخص مع البيئة (شعبان جاب الله، 1992: ص 36-37).

و يعرف ناصر المحارب (1993) الضغوط بأنها عوامل يتعرض لها الإنسان و ليست استجابته لما يتعرض له (ناصر المحارب، 1993، ص 338).

و يعرف حسن غانم (1996) الضغوط بأنها تلك المعوقات التي تعترض الفرد و تولد لديه القلق و التوتر، و يختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات كما يختلفون أيضا في طرق مواجهتها و قليل من الضغوط مفيد و منشط، أما الكثير منها و المستمر قد يعجل بانهيار الفرد (محمد حسن غانم: 1996، 42).

و تعرف فيولا موريس يوسف (1996) أحداث الحياة بأنها أحداث مادية مستقلة, ليس لها أي مغزى في حد ذاتها إلا إذا اقتحمت المجال النفسي للفرد و ذلك بصفتها أحداثا ضاغطة غير مألوفة.

فتؤدي إلى خلق حالة من الضغوط النفسية يصاحبها نوع من عدم التوازن و هي نسبية الأثر لاختلاف مغزاها عند الفرد. (فيولا موريس يوسف ، 1996،ص 92.)

و يعرف محمود شوقي (1997) مصادر الضغوط في الريف بأنها هي تلك المواقف السلبية و الإيجابية التي يصادفها أهل الريف أثناء تفاعلهم اليومي مع البيئة الريفية و هي ضغوط العمل و الضغوط المادية و الأسرية و الصحية و الشخصية و العامة (محمود شوقي حسين، 1997، ص 65.).

و يرى حسين فايد (1998) أن ضغوط الحياة تعني أحداث الحياة المثيرة للضغط التي تتعلق بالمجال الاقتصادي المهني و العاطفي و الزواجي و الأسري و الصحي و الانفعالي و الشخصي. (حسين علي فايد، 1998، ص 168)

أما عبد الستار إبراهيم (1998) فيرى أن مفهوم الضغط في أبسط معانيه يشير إلى أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة افعالية حادة و مستمرة، بعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر و الصراعات الأسرية ضغوطا مثلها في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات
العضوية كالإصابة بمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية الدورية (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص 118،119).

و ترى نعمة عبد الكريم (1999) أن الضغوط مجموعة من التغيرات الداخلية و الخارجية المنشأ التي تمثل ضيقا أو حرجا أو تهديدا للشخص مما يؤدي إلى اضطراب حالته النفسية و الجسمية (نعمة عبد الكريم :1999، ص 588).

3-3-2 تعريف ضغوط الحياة كمتغير تابع (كاستجابة)

لقد كان هانز سيلي Hans Selye (1976) أول من عرف الضغوط وفقا لهذا الاتجاه فقد عرفها بأنها تلك الاستجابة الجسدية غير محدودة لأي مطلب كان سلبيا أم إيجابيا. (1 Selye , 1976:).

و يعرف ميكانيك Mechanic (1978) الضغوط بأنها مجموعة الاستجابات التي تعبر عن حالة الضغط لدى الفرد في موقف معين. (رشا راغب إبراهيم، 1998،13).

و يعرف ميلز Mills (1982) الضغوط بأنها رد الفعل الداخلي للموقف التي تحدث لنا و المطالب التي نواجهها و تسبب لنا حالة من القلق و التوتر و الغضب.

و يتفق هارون الرشيدي مع هانز سيلي في تعريفه للضغوط بأنها حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساسا للتفاعلات التي يبدي فيها تكيفا أو التي يبدي فيها سوء تكيف (هارون توفيق الرشيدي ، 1999، 52).

و يعرف صابر السيد محمد (2001) الضغوط النفسية بأنها ذلك الإحساس الناتج عن إدراك الفرد للصعوبات التي يواجهها و ما ينجم عنها من تهديدات و الذي يستدل عليه من سلوك الفرد عند تفاعله مع هذه الصعوبات.

(صابر السيد محمد، 2001، 19).

3-3-3 تعريف ضغوط الحياة باعتبارها تفاعلا بين المتغير المستقل (كمثير) و المتغير التابع (كاستجابة) في ضوء متغيرات وسيطة

و يمثل هذا الاتجاه كليفورد و آخرون Clifford , et al (1986) حيث يعرفون الضغوط بأنها حالة داخلية تنتج عن مطالب جسدية تضغط على الجسد مثل حالات المرض، التمرين، الارتفاع الزائد في درجة الحرارة، أو من خلال المواقف البيئية و الاجتماعية و التي يتم تقديرها على أنها ضارة إلى حد كبير أو غير قابلة للتحكم فيها أو تزيد عن موارد المواجهة لدينا، و هي تتسبب في عدد من الاستجابات البدنية بالإضافة إلى عدد من الاستجابات النفسية كالقلق و فقدان الأمل و الاكتئاب و التهيج و شعور عام بعدم القدرة على مواجهة العالم.

و كذلك يرى غريب عبد الفتاح (1999) أن مفهوم الضغط يشير إلى عملية نفسية بيولوجية معقدة تتكون من العناصر التالية:

1- إن هذه العملية تبدأ بموقف أو مثير ضار أو خطر بطبيعته و يسمى بالموقف الضاغط Stressor

2- إذا تم تفسير الموقف الضاغط من جانب الفرد كخطر أو تهديد ،فإن قلقا استجابيا سوف يستثا، و يشير لفظ ضاغط إلى المواقف و المثيرات التي توصف بطريقة موضوعية بدرجة من الخطر الفسيولوجي أو النفسي.

(غريب عبد الفتاح، 1999 ، 353- 354).

و تعرف زينب شقير (2002) الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المصادر الخارجية و الداخلية الضاغطة و التي يتعرض لها الفرد في حياته و ينتج عنها ضعف قدرته على أحداث الاستجابة المناسبة للموقف، و ما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية و فسيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى.

(زينب محمود شقير ،2002، 4).

و تعرف أميرة الديب (2003) الضغط النفسي بأنه علاقة معينة بين الشخص و البيئة يجري تقييم الشخص لها على أنها مجهدة أو فوق احتماله أو تعرض حياته للخطر (أميرة عبد العزيز الديب، 2003، 8).

و يلاحظ من خلال تعريفات الضغوط لدى علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط مايلي:

1- لقد تعددت و تباينت تعريفات الضغوط بتعدد و تباين الأطر النظرية و الرؤى التفسيرية التي ينطلق منها صاحب التعريف ففي حين ركزت بعض التعريفات على المنحى الفسيولوجي مثل تعريف سيلي (1976) و يقترب منه تعريف هارون الرشيدي نجد تعريف فيولا موريس (1996) أقرب إلى المنحى المعرفي حيث أن أحداث الحياة مادية مستقلة أي ليس لها معنى إلا إذا أدركت بوصفها كذلك أي ضاغطة.

2- بالرغم من أن أغلب التعريفات ركزت على أحداث الحياة الضاغطة السلبية إلا أن بعض التعريفات أوردت أحداث الحياة الايجابية ضمن تعريفها مثل تعريف محمود شوقي (1997).

3- ركزت أغلب التعريفات على أن الضغوط ضارة و سيئة إلا أن البعض رأى أن الضغوط تكون نافعة و جيدة عند مستوى معين و منها و منها تعريف ديفيد فونتانا (1989)، محمد حسن غانم (1996).

4 – ركزت تعريفات الضغوط عبر الاتجاه الأول و هو الضغوط باعتبارها مثير على الضغوط الخارجية, مثل الضغوط الاقتصادية والاجتماعية و المهنية و البيئية,

و كذلك الضغوط الداخلية مثل الضغوط العاطفية و النفسية و الجسمية و الفسيولوجية.

بالإضافة إلى أن أغلب التعريفات في هذا الاتجاه أغفلت دور الفرد و كذلك الإدراك و العوامل الوسيطة الأخرى في التفاعل مع الأحداث الضاغطة و بهذا يكون للفرد دور سلبي.

5 – و قد عرفت الضغوط باعتبارها استجابة و هو الاتجاه الثاني في التعريفات السابقة و تنوعت تعريفات الضغوط كاستجابة بين الاستجابة الفسيولوجية مثل تعريف سيلي و الاستجابة النفسية مثل تعريف ميكانيك و ميلز غير أن هذا الاتجاه ركز على الضغوط باعتبارها متغير تابع.

6 – و يأتي الاتجاه الثلث ليعرف الضغوط باعتبارها تفاعلا بين المثير و الاستجابة و يتخللها متغيرات وسيطة، و هو اتجاه مركب في تعريف الضغوط يجمع بين الاتجاه الأول و الثاني كما يجعل للفرد دورا إيجابيا في طريقة إدراكه للضغوط و تفسيره لها باعتبارها ضاغطة أم لا. كما يركز هذا الاتجاه على المنحى التفاعلي الذي يعرف الضغوط من خلال العلاقة بين الشخص و البيئة و أن أساس هذا التفاعل هو تقييم الشخص للموقف.

7 – غالبا ما تعرف الضغوط مشتملة على كل أبعادها الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية و البيئية و المهنية أو كل ما من شأنه أن يؤثر على الشخص من الخارج أو من الداخل و أحيانا نرى البعض يقصر مصطلح الضغوط على الضغوط النفسية مثل ريس، صابر السيد محمد، زينب شقير. و ذلك مما يحدث خلطا في تحديد مصطلح الضغوط، فهل يقصدون بالضغوط النفسية **كل** الضغوط أو بعضها و إلا فأين الضواغط أو المواقف الضاغطة الخارجية و أرى أن مصطلح الضغوط النفسية هو أقرب إلى ما يمكن أن تحدثه ضغوط الحياة أي آثار الضغوط أو على الأقل تعتبر بعضا من الضغوط و تعبر عن الضغوط الداخلية.

و بناء على ما سبق تحاول الباحثة أن تقدم تعريفا للضغوط و مفاده أن ضغوط الحياة " هي مجموعة من أحداث الحياة الخارجية التي تتعلق بالمجال (الاجتماعي و الاقتصادي

و المهني و البيئي) و الداخلية (النفسي و الجسمي) و التي تتسم بطابع المحايدة حيث يتوقف مدى تأثيرها على الفرد و تأثر الفرد بها على طريقة إدراكه و تقييمه لهذه الأحداث".

و يوضح الباحث خصائص هذا التعريف كالآتي :

1- أن هذا التعريف ينتمي إلى الاتجاه الثالث في تعريفات الضغوط و الذي يركز على الطبيعة التفاعلية بين المثير (الضواغط) و الاستجابة (الانضغاط) مع وجود دور إيجابي للفرد في طريقة إدراكه و تفسيره لأحداث الحياة.

2- يعتبر هذا التعريف أن الضغوط مفهوم مركب فهو ليس عاملا مستقلا أو مثيرا فقط و ليس عاملا تابعا أو استجابة فقط و لكنه مفهوم مركب من الأول و الثاني في إطار علاقة تفاعلية يتوسطها عوامل وسيطة قد لا تكون ظاهرة أهمها إدراك الفرد.

3 – طالما أن الإنسان يعيش في وسط مجتمع فحتما سيتعرض لتأثير العوامل الخارجية المحيطة به كالنواحي الاجتماعية و الاقتصادية و المهنية و البيئية و كذلك العوامل الداخلية كالنواحي النفسية الجسمية.

4 – يعطي هذا التعريف للإنسان حقه كإنسان، و الذي ميزه الله على سائر المخلوقات بالعقل الذي يدرك الأحداث فيؤثر فيها بقدر ما يتأثر بها بخلاف الحيوان الذي يستجيب للضغوط بدون إرادة فاعلة.

5 – و من خصائص هذا التعريف أنه جعل أحداث الحياة محايدة فالحدث الضاغط لا يكون ضاغطا في حد ذاته إلا إذا أدركه الفرد بوصفه ضاغطا، و بمعنى آخر أن هذه الأحداث الخارجية ترتبط بالوسط المادي الفيزيقي للفرد و لا ترتبط بالوسط السيكولوجي له إلا إذا تأثر بها، و ذلك يتضح من خلال اختلاف استجابة الأفراد لنفس الحدث الواحد.

6 – يركز التعريف على الإدراك الشخصي للأحداث و ذلك يختلف تماما عن الإدراك الاجتماعي لنفس الأحداث، و لنأخذ مثالا بالطلاق: فالمجتمع يدركه حدثا مؤلما، لكن ربما تختلف الاستجابة بين ثلاث نساء لنفس الحدث (الطلاق) تبعا لطريقة إدراكهن له فمثلا الأولى تدركه على أنه حدث مؤلم جدا إذا كان زوجها عطوفا و طيبا معها و تدركه الثانية بأنه متوسط الألم، إذا كان زوجها يهجرها كثيرا فتعودت على العيش بدونه، و تدركه الثالثة على أنه حدث سار إذا كان زوجها عدوانيا معها بغيضا فالطلاق بالنسبة لها بمثابة منفذ للنجاة من الألم و العذاب.

و تحدد الباحثة التعريف الإجرائي لضغوط الحياة كالآتي:

إن ضغوط الحياة هي مجموعة من أحداث الحياة الخارجية (الاجتماعية و الاقتصادية و المهنية و البيئية) و الداخلية (النفسية و الجسمية) التي يتعرض الأفراد و يقدرون مدى تأثرهم بها تبعا لإدراكهم الشخصي لها.

4- أشكال الضغط النفسي

يظهر الضغط النفسي بأشكال متعددة تختلف تبعا لاختلاف المواقف الضاغطة، كما تختلف الاستجابة تبعا للموقف الضاغط، أو تبعا لشدة هذا الضغط النفسي.

(, A D 1997) the different kinds of stress (Miller & Smith , 1997)

Miller ,L & Smith و تبعا للفروق الفردية في الاستجابة للضغط النفسي, و من هذه الأشكال:

4-1 الضغط النفسي المتوقع

هو استجابة الفرد لضغط نفسي متوقع، فيحضر الذهن و الجسم مسبقا للتغيير، أو لتغيير مفاجئ نحو الأفضل أو ربما نحو الأسوأ، مثل ذلك التوتر قبل الدخول إلى الامتحان، و الخوف من إعصار على وشك الحدوث، و الخوف من عقاب الأهل عند خرق قوانين معينة.

كما عد الضغط النفسي المتوقع مفيدا لتعديل درجة الضغط النفسي، و ذلك أنه يحضر الذهن و الجسم سلفا لأحداث على وشك الحدوث، لكنه قد يكون ضارا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية و تعطى أهمية أكثر مما تستحق.

(Schafer , 1992 , p 10)

4-2 الضغط النفسي الجاري (الحالي)

ينشأ و يتراكم هذا الضغط النفسي خلال تجربة الضغط النفسي، إذ يستثار الجسد إثارة شديدة كاليقظة الشديدة في أثناء مناقشة أو مناظرة، أو كتدفق طاقة المتسابق في مئة متر الأخيرة من سباق الجري ، فإذا تم ضبط الضغط النفسي، يصبح حيويا و فعالا لإنجاز العمل إنجازا متفائلا. (Schafer , 1992 , p 10)

4-3 الضغط النفسي المتبقي:

هو الضغط النفسي الذي يتراكم أو يبقى بعد انتهاء تجربة الضغط النفسي أو الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة من اليقظة لبعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط، أي فرط الإثارة سواء أكانت سارة أو غير سارة، لها النتائج نفسها في الفرد.

4-4 الضغط النفسي الحاد:

هو الاستجابة الفورية لحادث يهدد الفرد أو موقف ضاغط سريع الحدوث، و ربما سريع الانتهاء، مثل حادث سيارة، أو تسريح أو طرد من العمل، أو فقدان شخص عزيز و ما شابه، هذا الدور قصير عادة. و بذلك لا يكون تأثيره كبيرا في المستوى الجسدي، أو يمكن أن يكون سريع الانتهاء.

أما في حالة تكرار المواقف الحادة للضغط النفسي، فإن تأثيراته السلبية تظهر لتأخذ دورا مهما من خلال الأعراض العاطفية و الجسدية و السلوكية (Miller & Smith , 1997)، أي أن الضغط النفسي الحاد هو ما ينتج عن تهديد فوري و مباشر لحياة الفرد، و هذا ما يمكن أن يطلق عليه بالصدمة، كالسائق الذي يجد نفسه فجأة سيتورط في حادث سير و لا يمكنه فعل شيء لمنع هذا الحادث، هنا و للحظات يدخل في مرحلة من الضغط النفسي الحاد.

و تأخذ استجابة الجسد للضغط النفسي الحاد الآلية التالية (Greengan , 1999):

- يطلق هرمون الأدرينالين (هرمون الضغط النفسي)
- تزداد دقات القلب و تتسرع
- يتسرع التنفس
- يرتفع ضغط الدم
- يزيد الكبد في إفراز سكر الدم
- يحول تدفق الدم إلى الدماغ و العضلات
- حموضة في المعدة.

أما الاستجابة للضغط النفسي الحاد فتتجلى بما يلي: (Schafer , 1992 , p 14)

- ارتجاف اليدين
- ضعف التركيز
- تشوش التفكير
- تسارع في الحديث
- حدة الطبع

5-4 الضغط النفسي المزمن

هو دور طويل في الإنهاك تتلاحق فيه أحداث صغيرة أحيانا ، لكنها تتراكم مع الزمن لتشكل سلسلة من الضغوط المتواصلة ، و التي تجعل الجسم مستنزفا و غير قادر على

الاستمرار في المقاومة، بل و تضعف مقاومته (Greengan , 1999)، و هذا ما يحدث في بيئة العمل ، أو استمرار الزواج الفاشل ، أو المشاحنات الزوجية (Leatz 1993 , p 30 ,).

استجابة الفرد للضغط النفسي المزمن تكون على شكل أمراض جسدية كثيرة ، تتسلل تدريجيا و تزداد لتؤدي إلى هلاك مبكر(Leatz,1993, p30)، أي أنها عملية تراكم للضغط النفسي عبر الزمن، و تحضر الجسد ليكون حساسا و بالتالي مهيئا للإصابة بالأمراض الجسدية أو النفسية.

5- مظاهر الضغط النفسي

يتجلى الضغط النفسي بمظاهر عديدة ، قد تكون فيزيولوجية ، أو انفعالية ، أو سلوكية ، أو مظاهر معرفية (Miller & Smith , 1997) (Spurlock , 2002) و يمكن تفصيلها كما يلي :

5-1 المظاهر الفيزيولوجية الجسدية

يضعف الضغط النفسي مناعة الجسم تجاه مقاومة الأمراض المختلفة، و يستجيب الفرد للمرض تبعا للمناطق الأكثر استعدادا للإصابة بالمرض، و بشكل مختلف من فرد لآخر(Epstein, 2002) و تتجلى الآثار الجسدية في المظاهر التالية:

- جفاف الفم و البلعوم
- التعب و الانحطاط العام
- ارتعاش عصبي
- سرعة خفقان القلب
- إسهال / إمساك
- تردد الحاجة للبول
- ألم الرقبة
- ألم أسفل الظهر
- ألم أعلى الظهر
- نوبات دوار
- اضطراب المعدة و الجهاز الهضمي
- فقدان الشهية للطعام / أو زيادة الشهية
- ألم في الصدر

- تشنج عضلات الجسم

و مظاهر أخرى كالسكري، و الربو، و النوبات المتكررة للالتهابات التناسلية (Frank , 2002)، كل هذه المظاهر تحصل نتيجة ضعف جهاز مناعة الجسم بسبب لبضغط النفسي، و بالتالي سهولة مهاجمة الأمراض الجسدية.

(Schafer , 1992 , p 112)

2-5 المظاهر النفسية الانفعالية

قام العلماء (المحارب، 1993), (Lazarus , 1993), (Ehiert , 1998), (Zorrilla , 1996), (Jones , 1996), (Schigemi , 1997) بدراسات عديدة لتحديد العلاقة بين الضغط النفسي و أعراضه العاطفية كالقلق و الاكتئاب، و الأعراض النفسية و الذهنية، و قد أظهرت نتائج تلك الدراسات وجود علاقة ارتباط إيجابي بينهم، و بينت أن الضغط النفسي قد يسهم أيضا في تفاقم الاضطرابات النفسية الشخصية (تيغزي، 1993, ص 137)

تتداخل مظاهر الضغط النفسية ببعض أعراض الاضطرابات الأخرى، إذ تتفاعل بعض العوامل المتشابهة المكونة للضغط النفسي مع عوامل الاضطرابات الأخرى،

و تتجلى بعض هذه المظاهر فيما يلي: (Epstein , 2001) (Spurlock, 2002)

- القلق في بعض أعراضه المشابهة لأعراض الضغط النفسي .
- الاكتئاب الذي قد يكون نتيجة ضغط نفسي مزمن غير معالج، و يشبه بعض أعراض الضغط النفسي كالتغيير في قابلية الطعام، و اضطرابات النوم، و نقص الاستمتاع بالحياة (Web MD health , 1998) إضافة إلى انخفاض مستوى الطاقة، و الانسحاب، و عواطف ضبابية غير واضحة، و شعور بالعجز.
- الغضب هو أيضا من النتائج الانفعالية للضغط النفسي إذ تؤدي الحاجات غير المحققة أو غير القابلة للضبط إلى الغضب و حدة الطبع (Gregan , 1999)، و عادة ما يواجه الشخص الآخرين بهذا السلوك عندما يكون مضغوطا نفسيا، و لاسيما حين يكون فرد ما هو سبب الضغط النفسي.

و بشكل مجمل يمكن ذكر بعض الأعراض الانفعالية للضغط النفسي

(Web MD health , 1998) (Spurlock , 2002) (Epstein 2001)

كما يلي:

- تناوب في المزاج و الانفعال

- دافع قوي للبكاء
- دافع قوي لإيذاء الآخرين
- شعور بعدم الاستقرار العاطفي
- فقدان الشعور بالمتعة
- شعور بالقلق و الحزن
- خوف من المستقبل و توقع حوادث وشيكة الحصول
- خوف من عدم استحسان الآخرين
- خوف من الفشل
- صعوبة الاستغراق بالنوم
- ضعف الاستمتاع بالجنس
- قلة الصبر على غير العادة
- شعور بأن الأمور خارجة عن السيطرة
- شعور بفقدان الأمل أو خيبته

و ربما لايتصاحب الضغط النفسي مع كل هذه الأعراض، إنما يكون الأمر تبعا للموقف الضاغط من ناحية ، و تبعا للفروق الفردية في استجابة الفرد للموقف الضاغط من ناحية أخرى ، كما أنها قد تكون مؤقتة تنتهي مع انتهاء الموقف الضاغط (Short , 1999).

3-5 المظاهر المعرفية للضغط النفسي:

الظروف المليئة بالضغط النفسي تنتج أحيانا أعراضا تؤثرفي الذهن و التفكير (Schafer , 1992 , p 110)، فالتفكير المزعج يندمج مع الانفعالات، خاصة مع انفعال الخوف أو القلق أو الغضب، و قد يكون أيضا مرتبطا بالجسم المتعرض للضغط النفسي (Short , 1999) .

و من هذه الأعراض : (Schafer , 1992 , p 110) (Spurlock , 2002)

- **ضعف في التركيز:** إذ ينشغل الفرد المضغوط بموضوع ضغط نفسي، و هذا ما يجعل قدرته على التركيز في العمل أو في قضايا أخرى أضعف، مما قد يضر بعمله
- **ضعف في الذاكرة:** يتسبب انشغال الفرد الذي يعاني من الضغط النفسي في تأثير سلبي في ذاكرته، فتضعف مهارة الذاكرة في أمور الحياة الأخرى، و ينسى ما عليه فعله، كما ينسى أين وضع حاجياته، و يبحث عنها رغم عدم مرور وقت طويل على استخدامها.
- **تفكير غير منطقي:** يتغير نمط تفكير الفرد و طريقته بالقضايا الحياتية، و ينشغل

بتفكير لا عقلاني ربما يؤدي به إلى تصرف غير عقلاني أيضا، أي يحصل لديه تغير معرفي مؤقت في أثناء المشكلة الضاغطة. (Short , 1999)

- **اضطراب في التفكير**: يتأثر الفرد الذي يعاني من الضغط النفسي بمشكلته، و يصبح غير قادر على معرفة ماذا يريد أن يفعل ن و كيف يمكن فعل ما يجب فعله، و يشعر أنه مشوش التفكير.
- **انشغال داخلي**: يمنع من الاستماع أو الإنصات : لا يعود بإمكان الفرد أن يستمع إلى الآخرين بسبب انشغاله الداخلي بقضية ضغطه النفسي.
- **كوابيس**: ترافق الفرد المعرض للضغط النفسي كوابيس ليلية تخص موضوع ضغطه النفسي و لكن بشكل مشوه ، لأن الحلم يكون الطريقة التي يستطيع أن يفعل فيها لاشعوريا ما لم يستطعه في الواقع (Spurlock , 2002)

5-4 المظاهر السلوكية للضغط النفسي

يرى شيفر أن كثيرا من الناس تظهر لديهم علامات الضغط النفسي بشكلها السلوكي أكثر من أشكالها الانفعالية أو المعرفية (Schafer , 1992 , p 110)

و يرى شيفر و شورت Short (Schafer , 1992 , p 110) (Short, 1999) إلى أن الاستجابات السلوكية للضغط النفسي تتقسم إلى قسمين :

5-4-1 مظاهر مباشرة

هي انعكاسات فورية للتوتر الداخلي من الفرد المضغوط مثل:

- **حدة الطبع** : لا يستطيع الفرد المعرض للضغط النفسي تحمل أي موضوع ، و يكون التعامل معه صعبا ، بسبب عدم موافقته على أي أمر ، كما يكون صعب المزاج و سريع الغضب . (Spurlock , 2002)
- **ارتجالية التصرف**: أي أن انفاعله بالموضوع يسبق تفكيره ، و هذا ما يجعله سريع التصرف، مما قد يعود عليه بردة فعل سلبية من الآخرين.
- **الحديث أكثر من العادة**: ربما يلجأ الفرد المضغوط إلى الحديث بالموضوع نفسه أو بموضوعات متعددة، بشكل يجعل الآخرين يملون سماعه أو مرافقته.
- **الجفل و الخوف السريع**: يكون من السهل إخافته ، حتى أنه يجفل لسماع أي صوت مرتفع أو غريب.
- **التمتمة و التلعثم بالحديث**: نتيجة التوتر، أو ربما الخوف الذي يعاني منه الفرد

المضغوط فهو يحدث نفسه بصوت غير مفهوم، أو أنه يرتبك في أثناء الحديث مع الآخرين فيتلعثم. (Short , 1999)

- **شحذ الأسنان:** أو يمكن القول إنه يشد فكيه بطريقة تجعل أسنانه تصطك بقوة، نتيجة التوتر الشديد الذي يعاني منه.
- **صعوبة الجلوس لفترة من الزمن:** فهو سريع الانتقال من مكان إلى آخر ، بسبب الملل الذي يصيبه من المكان نفسه ، و نتيجة عدم تركيزه على موضوع الجلسة .
- **التهجم اللفظي على أحد ما:** من السهل مليه مواجهة الآخرين بالشتائم، أو المواجهة الكلامية غير اللائقة، حتى عندما يكون الموضوع لا يستدعي ذلك.
- **صعوبة بقائه بالحيوية نفسها طويلا :** فيتبدل نشاطه تبدلا دائما من الحيوية و النشاط و الحماس أحيانا ، إلى الكسل و التعب و بشكل أسرع من المعتاد .
- **حدة في الطبع :** سريع الغضب و الاستثارة ، و إن كانت الأسباب لاتستدعي ذلك (Short , 1999)
- **الانسحابية :** يتجنب الفرد المضغوط أحيانا أن يواجه أحدا أو أن يتدخل لحل مشكلته ، بل يحاول تجنب كل ما يخص موضوع مشكلته .
- **الدخول في نوبات بكاء :** ربما يؤدي شدة الانفعال لدى الفرد المضغوط نفسيا أحيانا إلى نوبات من البكاء ، لا يستطيع معها السيطرة على نفسه .(Spurlock , 2002)

2-4-5 مظاهر غير مباشرة:

إنها المظاهر التي تعكس زيادة سلوكيات معينة كطريقة يستعملها الفرد للتحرر من الألم الذهني و الجسدي للضغط النفسي (Schafer, 1992, p 111), إذ يلجأ الفرد المضغوط إلى طرائق غير مباشرة للتخفيف من الألم, كما أن زيادة تكرار هذه السلوكيات قد تكون مؤشرا على زيادة في مستوى الضغط النفسي, مثل:

- **زيادة في التدخين:** يدخن تدخينا شرها و أكثر مما كان يفعل سابقا, أو ربما أنه يبدأ التدخين نتيجة للمشكلة الضاغطة التي تواجهه.
- **زيادة استهلاك الكحول:** يتغير معدل استهلاكه المعتاد إلى درجة السكر و الإدمان, أو أنه يبدأ تناول الكحول أيضا على إثر الموقف الضاغط.
- **زيادة استخدام الأدوية الطبية لتخفيف التوتر:** فمع ازدياد الشعور بالضغط النفسي يختلط ذلك مع الإحساس بالألم, و هذا ما يدفع الفرد لاستخدام الأدوية المسكنة أو المنبهة معتقدا أنها تخفف آلامه, التي لا يستطيع تحديد مصدرها.

- **اللجوء للنوم كوسيلة للهروب:** إذ يحقق النوم للفرد المضغوط هربا من التفكير بالمشكلة, و أيضا يصارع الوقت الذي يرغب بانقضائه بسرعة.
- **مشاهدة التلفاز أيضا للهروب:** رغم أن مشاهدة التلفاز لا تمنعه من التفكير بالمشكلة, إلا أنه يحاول التهرب بقضاء وقت طويل أمام التلفاز.
- **زيادة استخدام العقاقير المنومة:** لأن المشكلة قد تسبب له أرقا يجعله يلجأ إلى العقاقير ليحقق النوم الذي يريد, و هذا يحمل مخاطر إدمان على العقاقير المنومة و عواقبها السلبية.
- **استعمال عقاقير ممنوعة:** ربما يلجأ في بعض الحالات إلى استخدام المخدرات أو المنبهات التي تسبب إدمانا (Superlock, 2002)
- **تكرار زيارة الطبيب لشكاوي صحية :** إذ يشعر الفرد أنه لا يستطيع تحديد الألم , بل يشعر بآلام مختلفة كل مرة, و هذا ما يجعله يبحث عن المعالجة الطبية , كي يضيع قضيته الأساسية, و لكنه لا يشعر بتحسن أبدا
- (Superlock , 2002)

6- علاقة الضغط النفسي بالمرض

إذا استمر الضغط النفسي بعد بدء ردة فعل المواجهة أو الهرب تدخل استجابة الجسم في المرحلة الثانية – التي تحدث عنها سيلي – و خلال هذه المرحلة ينخفض النشاط العصبي السمباتي كما يقل أيضا إفراز الإيبنفرين Epinephrine و Nor epinephrine في الدماغ ، و الحالة هنا تشبه ما يحصل في أثناء الاكتئاب (Cohen , 1998).

كما أن نقص السكر و الجهد العضلي الشديد ، و الأنماط المختلفة للضغط النفسي الذهني يمكن أن تسبب ارتفاعا كبيرا في المستويات المصلية للإيبنفرين (Harrison's, p 15 ,2001). فقد أظهرت البحوث أن أجسادنا تطلق الكيميئيات التي تزيد في الألم و الالتهاب في عدة اضطرابات جسدية و ذلك عندما يشعر الفرد أنه مضغوط نفسيا (Woods , 1999) ، و أحداث الحياة شديدة الضغط النفسي ترتبط بخطر إصابة الأفراد بالمرض و تطوره (Cohen , 1998).

كما أن الضغط النفسي الذهني يمكن أن يزيد خطورة الموت حتى ثلاث مرات عند الأفراد الذين لديهم دورة شريان تاجي ضعيفة (Cohen , 1998)، فالمرضى ربما لا

يموتون فجأة ، بينما هم تحت ضغط نفسي كهذا ، لكنهم من المحتمل أن يستسلموا إلى مرضهم القلبي أكثر فيما بعد.

فقد تعلم الأطباء في السنوات العشر الماضية أن الجهد الذهني يمكن أن يجعل القلب يعمل فوق طاقته بلا ألم. (Sheps , 1999)

7- جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي

يتألف جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي من قسمين (قلي، 2000) :

أ - جهاز مركزي لتلقي المعلومات من المناطق العليا للجهاز العصبي المركزي و من أعضاء الجسم المحيطية و من المحيط الخارجي ، يتكون من :

الوطاء حيث يضم عصبونات مفرزة للهرمون المحرر للحاثة القشري CRH ، البصلة و العصبونات المفرزة للنور أدرينالين NE ، و الموزعة في الجذع المخي ، خاصة في الموضع الأزرق (Locus ceruleus) و يطلق عليها اسم الجهاز الودي NE/LC

ب - جهاز محيطي ينقل الأوامر الناجمة عن استثارة الضغط النفسي للقسم المركزي من جهاز الضغط النفسي ، لتتوزع في مختلف أعضاء الجسم المركزية (في الجهاز العصبي) و المحيطية.

يتشكل القسم المحيطي لجهاز الضغط النفسي من المحاور التالية :

- محور الوطاء - النخامي - الكظر HPA
- الجهاز العصبي الودي و لب الكظر.
- مكونات من الجهاز اللاودي.

و يحتوي جهاز الضغط النفسي على عنصرين متوازنين متداخلين، و هما:

1 - الجهاز المحرر للسيتروئيدات القشرية CRH

و يتألف من العصبونات المفرزة للهرمون المحرر للسيتروئيدات القشرية و المتوضعة في نويات الوطاء و نويات البصلة في الجذع المخي ، مع استطالاتها التي تفرز السيتروئيدات القشرية (الكورتيزول) عن طريق محور الوطاء - النخامي - الكظر HPA.

2 - الجهاز المحرر للكاتيكول أمينات :

يتألف من العصبونات المفرزة للنو أدرينالين الموزعة في نويات الجذع المخي ، مع استطالاتها المتعلقة بالجهاز العصبي المستقل المحيطي .

و إن أي اضطراب في علاقة هذين العنصرين ينجم عنه أمراض معينة سواء وراثية كمرض السمنة ، أو مكتسبة كما في سوء التغذية الشديد ، أو مختلطة (وراثية و مكتسبة) كداء القهم العصابي .

جهاز الضغط النفسي المركزي يقع في موقع محوري في منتصف قاعدة الدماغ، وهو:

أ – يأخذ معلوماته من المحيط و من الجسم :

* من خلال مختلف أجهزة الحواس عبر الدم (طرق هرمونية ، خلوية ، وسائط أخرى)

* و من الدماغ المفكر من خلال اللوزة و التلفيف الحصيني.

ب – و يعطي أوامره عبر الاستطالات العصبية إلى محور الوطاء النخامي الكظر HPA ،و الجهاز العصبي المستقل و أعضاء أخرى حسية في الدماغ و النخاع الشوكي، و يعتمد تأثير هذه الأوامر سلبا أو إيجابا على شدة و محتوى و استمرارية العامل المحرض للضغط النفسي, و يزداد إفراز الهرمون المحرر للحاثة القشرية خلال الضغط النفسي CRH من الوطاء، الذي يؤدي بدوره إلى زيادة إفراز الحاثة القشرية ACTH من النخامي و من ثم الكوتيزول من قشر الكظر، و تعتبر هذه الستيروئيدات القشرية السكرية (الكورتيزول) النتيجة النهائية لنشاط محور الوطاء و النخامي ، و الكظر HPA .

و يعتبر الكورتيزول منظما لاستجابة العضوية للضغوط النفسية المختلفة ، كما أن له تأثيرا ضابطا للنشاط الأساسي للمحور المذكور HPA و بالتالي إحباط الاستجابة لأي ضغط نفسي من خلال آلية التلقيم الراجع السلبي على المكونات المركزية العصبية لجهاز الضغط النفسي.

كما يقوم الجهاز الودي العصبي باستجابة سريعة عند تعرض العضوية للضغط النفسي و من المعلوم أن هذا الجهاز يعصب العضلات الملساء في الأحشاء و يعصب لب الكظر مما يؤدي إلى إفراز العديد من الببتيدات العصبية .

و تتأثر العصبونات في الجهاز العصبي الودي المفرزة للببتيدات العصبية أثناء الضغط النفسي بالجهاز العصبي المركزي و محور الوطاء ، و النخامي، و الكظر HPA . و يتفاعل جهاز الضغط النفسي مع العديد من عناصر الجهاز العصبي المركزي، حيث يكون لها تأثير متبادل بينها و بين جهاز الضغط النفسي بآلية التلقيم الراجع مثل :

الجهاز الحوفي و خاصة القشري الإنسي المولد للدوبامين : و الذي يلعب دورا هاما في الإدراك، و الانفعالات النفسية، كالقلق، و الإحباط أو النشوة ... الخ.

اللوزة و التلفيف الحصيني: يقوم باسترجاع و تحليل العواطف لأي معلومة ناجمة عن عامل ضغط نفسي معين، فينجم عن ذلك قلق أو خوف.

النواة المقوسة في الوطاء : هي التي تقوم بإفراز الأفيون الطبيعي في الجسم مولدة تسطينا للألم، و نشوة، و ثقة بالنفس .

و يختلف الأفراد في معدل استجابة التكيف تجاه أنواع الضغط النفسي المختلفة ، حسب نشاط جهاز الضغط النفسي لديهم ، و بالتالي تختلف أمزجة الأفراد ، و تعتمد هذه الاستجابة على مايلي:

* شبكة الموروثات التابعة لمختلف أجهزة الضغط النفسي.

* التأثيرات الخارجية التي تعمل في جهاز الضغط النفسي، و قابلية هذا الجهاز للتبدل تبعا لتلك المؤثرات الخارجية، و هذا ما أثبت علميا في الأجنة التي يتعرض الحوامل فيها إلى ضغط نفسي أو ضغط نفسي فيزيولوجي، أو خلال تعرض الأطفال إلى مثل هذه الضغوط في مراحل نموهم المبكرة.

و بالتالي يمكن رسم منحنى بياني يجمع الأفراد بشكل الجرس المقلوب ، بحيث يقع معظم أفراده حسب نشاط جهاز الضغط النفسي في استجابته لعوامل الضغط النفسي المختلفة لديهم في منتصف المنحنى ، بينما يتوضع في طرفي المنحنى أولئك الذين يبدون نشاطا مفرطا في تظاهرات عدم تكيف صارخة تتجلى في العديد من اضطرابات النفسية كالكآبة، و القلق، و الإدمان، و اضطراب الشخصية و السلوك، و القهم العصابي، أو البدانة المفرطة ... و كذلك أمراضا نفسية بدنية كآلام أسفل الظهر، و الأرق.

و قد يصاب جهاز الضغط النفسي بسوء التكيف عندما يتعرض لعوامل ضغط نفسي بشكل متواتر ، مما يفسر العديد من التبدلات عند المسنين مثل:

* زيادة العصبونات المفرزة للهرمون المحرر للستيروئيدات القشرية CRH

و بالتالي زيادة تركيز هذا الهرمون في السائل الدماغي الشوكي مع تقدم العمر،

و كذلك زيادته عند المصابين بالاكتئاب .

* زيادة الكورتيزول الحر في البول عند المسنين و عند المصابين بالاكتئاب .

* تدهور الاكتئاب مع تقدم العمر

كما يتأثر نشاط جهاز الضغط النفسي بعدة عوامل منها:

- جنس الفرد
- مراحل الحياة المختلفة كالبلوغ و الحمل و الدورة الطمثية.

- كما أن الاستثارة المتكررة لجهاز الضغط النفسي ذات تأثير ضار على العضوية بسبب تعرضها لتأثير مستمر للهرمونات السيتروئيدية القشرية السكرية أو الكاتيكولامينات المحرضة بدورها لإفراز العامل ILO انترلوكين .
- التعرض المديد للسيتروئيدات و الأنتركولين ILO يؤدي إلى نقص في المناعة و ترقق العظام .هذه التبدلات تفسر قصر العمر عند المكتئبين، بسبب زيادة قابلية تعرضهم لأمراض قلبية وعائية أو سرطانية.
- و بالمقابل فإن ضعف استجابة جهاز الضغط النفسي ذو تأثير ضار على العضوية، إذ يسبب أعراضا كالوهن، و قلة النشاط، و سرعة الإثارة كالتي تشاهد في الاكتئاب اللانموذجي أو الفصلي و متلازمة التعب المزمن أو الآلام العضلية الليفية، و أمراض المناعة الذاتية، كذلك اكتئاب ما بعد الوضع، و متلازمة الامتناع الكحولي و السيتروئيدي.

و يمكن القول أن جهاز الضغط النفسي عند الفرد يعتمد على:

– مورثات جهاز الضغط النفسي.

– ذاكرة جهاز الضغط النفسي.

أي عوامل مكتسبة و خلقية، تحدد حساسية أعضاء الجسم المختلفة، و تقوم بتعديل استجابة جهاز الضغط النفسي.

و من هنا تنشأ قابلية عدم التكيف في الاستجابة للضغط النفسي، و التي تؤدي بدورها إلى تحول في شخصية الفرد و تبدل في وظائفه الفيزيولوجية، مؤدية بذلك إلى ظهور أمراض سوء التكيف، كاضطرابات النمو و الاستقلاب و الأمراض النفسية، و المناعة الذاتية، و غيرها ... (قولي، 2000) .

إن الأحداث الصدمية الشديدة الضغط النفسي أيضا قد تكون المفجر لعمليات سلوكية أو بيولوجية مسئولة عن بداية المرض، فالضغط النفسي المزمن يترافق مع الشكوى المتكررة من المريض، و ذلك باعتبار أن التعرض الطويل لضغط نفسي مزمن يسهل تطور المرض. (Cohen , 1998)

زيادة الشكاوي الجسدية اليومية أيضا أصبحت شائعة لدى الإنسان، فالإنسان المضغوط نفسيا معرض أكثر من غيره للإصابة بالعدوى أو يكون سريع التأثر بالأمراض (إبراهيم ،1998، ص 122)

أما الأمراض ذات المنشأ النفسي فهي في ازدياد و ذلك لترجمة آثار الضغط النفسي بشكله الجسدي، فقد ارتبط الضغط النفسي بزيادة شدة بعض الأمراض: كآلام الرأس، و آلام الظهر، الرقبة، السكري، و ارتفاع ضغط الدم، و المشكلات الهضمية.

8- الأمراض (النفس – جسدية) الناتجة عن الضغط النفسي

ربما تتولد بعض الأمراض النفس – جسدية من الضغط النفسي أو تتفاقم بسبب الضغط النفسي، و هذا ما تناولته أكثر البحوث التي حاولت دراسة علاقة الأمراض بالضغط النفسي، و قد اتخذت هذه البحوث اتجاهين: أحدهما درس العلاقة بين تشكل المرض و الضغط النفسي، و ثانيهما درس العلاقة بين الضغط النفسي و إسهامه في تفاقم المرض الموجود أصلا (إبراهيم، 1998),(العتيبي، 1997),(Debera,1995)

(Preville , 1995) (Cacioppo , 1994) (Rogler , 1994)

(Luca 1995) (Vassent , 1994) (Oi , 997) (Gulbrandsen , 1998)

(Selic ,1995) (Roggat 1997)

و كشفت بعض الدراسات النقاب عن بعض الأمراض التي يصاب بها الناس نتيجة الضغوط النفسية، و من ذلك مثلا:

*** القرحات**

بينت بعض الدراسات أن للضغط النفسي دورا كبيرا في الاضطرابات الهضمية و تشنجات القولون العضبية و التقرحات المعدية و الإثنى عشر، و قد جرى أكثر هذه الدراسات على مرضى بهذه الاضطرابات.(Levenstei, 1996)

(Jonsson, 1995) (Nelson , 2000) (Havg , 1994) (Hergchbach , 1999)

(Sheps , 2002)

و ذلك من خلال دراسة أوضاع الضغط النفسي التي يعاني منها المريض، و تبين فعلا أن مرضى الاضطرابات الهضمية يعانون من ضغوط نفسية، أو سبق لهم أن تعرضوا لذلك في مرحلة من مراحل حياتهم السابقة.

*** ارتفاع ضغط الدم و الكولسترول**

أشارت بعض الدراسات (Pickering , 1997) (Schmidt , 2000)

(Sheps , 2002) (Lindquist , 1997)، أن ضغط نفسي العمل مثلا يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم ، الذي يزيد بدوره الكولسترول ، فقد قام بعض الباحثين بقياس ضغط الدم لعدد من العاملين ذكورا و إناثا في أثناء العمل و بعده فأظهرت النتائج زيادة كبيرة في ضغط الدم

عند الرجال أثناء العمل ، بينما كانت أقل عند النساء، و هذا يعني أن الرجال يعانون من الضغط النفسي و تأثيراته أكثر من النساء .

*** أمراض القلب**

اهتمت بعض الدراسات (Sheps ,1999) (Kristenson ,1996)
(Schmidt ,2000) (Bjorntop , 1999) (Kristensen ,1996)
(Frank , 2001), ببيان مدى تأثير الضغط النفسي المزمن في القلب، انطلاقا مندور الضغط النفسي في التأثير في القلب أيضا ، على اعتبار أن الضغط النفسي المزمن يؤدي إلى تصلب الشرايين مع الوقت ، كما أن الضغط النفسي الحاد قد يؤدي إلى أزمة قلبية مفاجئة.

*** فرط التوتر :**

دعمت بعض البحوث فكرة أن فرط التوتر الإنساني يرتبط ارتباطا مباشرا بالضغط النفسي المزمن, كما يرتبط بعوامل اجتماعية, إضافة إلى عوامل شخصية تتعلق بإدراك الفرد للضغط النفسي (Schwartz , 1996) (Pickering ,1997)
(Pickering, 1996)

- **الحمل و الإجهاض**

بينت نتائج بعض الدراسات أن هناك علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعرض للضغط النفسي و الإصابة بالإجهاض, بمعنى أن اللواتي يعانين من ضغوط نفسية هن أكثر تعرضا للإصابة بالإجهاض من سواهن (Rowland, 1998)
(Félicia, 1998) (Hillary, 1998) (Neugebauer ,1996)
(Kelly, 1995) (Fenster , 1995)

- **السرطان**

بينت بعض الدراسات (Felicia , 1998) (Baum ,1999)
(Dreher, 1992 & Temoshok) عدم ارتباط السرطان بالضغط النفسي ،في حين بين بعضها ارتباطا إيجابيا كما أن بعض الدراسات أكدت أن الضغط النفسي يفاقم السرطان فقط و لا يسببه ،و يبدو أن الدراسات الطبية و العلمية لم تتأكد حتى الآن من وجود علاقة بين الضغط النفسي و الإصابة بالسرطان (Wang , 2002)

- **الربو**

بينت نتائج بعض الدراسات أن للضغط النفسي دورا كبيرا في تفاقم مرض الربو, و أن الضغط النفسي ربما يكون سببا مباشرا للإصابة بالربو (Wright, 1998),
(Moyer , 2000).

***ألم أسفل و أعلى الظهر**

أشارت بعض البحوث أن الضغط النفسي سبب مباشر لألم الظهر و ألم الرقبة و الأكتاف أيضا (Vasseljen , 1995) (Strong , 1995)

و أعراض الضغط النفسي المذكورة سابقا, تظهر في جزء منها عند الأفراد المعرضين للضغط النفسي كل على حسب استعداده للمرض و حساسيته تجاهه.
(Epstein , 2001)

كما اهتمت بحوث أخرى بدراسة آثار الضغط النفسي على السلوك و العادات التي تفاقم الأمراض و تؤثر في الصحة , كالتدخين , و شرب الكحول, و المخدرات, و زيادة الشهية للطعام, أو فقدان الشهية العصبي (Jones ,1996)
(Lindquist , 1997), و اهتمت أيضا بدراسة الفروق بين الذكور و الإناث في شدة الضغط النفسي, و قد أظهرت بعض هذه البحوث أن الرجل أكثر تعرضا للضغط النفسي من المرأة (Norwood & co , 1997) (Schmidt , 2000)
(Pickering , 1997)

و مما سبق يمكن القول: إن ضغوط الحياة قد تقوم بدور هام في إحداث المرض و لكن ليس في كل الحالات, ذلك لأن مواجهة الفرد الناجحة للضغوط و إدراكه لها إدراكا واقعيا توافقيا يقلل من فرص إصابته بالمرض (عبد الخالق, 1992,
ص 40).

إلا أن الفرد يتعرض للضغط النفسي في جميع مجالات حياته , الأسرية, ومكان عمله الذي يقضي فيه معظم ساعات اليوم, و هذا ما يجعل للعمل أهمية في حياة الفرد سواء أكان ذلك على صعيد نوع العمل أم الاختصاص, أم على صعيد المديرين في العمل, أم على صعيد هيكلة العمل أم تنظيمه الإداري, حتى على صعيد شبكة العلاقات بين زملاء العمل كل هذه العوامل تسهم في تفاقم الضغط النفسي , أو التخفيف منه تبعا لسلبيتها أو إيجابياتها تجاه الفرد و المؤسسة.

و من العرض السابق لآثار الضغوط, نجد أنها تحدث تأثيرا قويا على الشخصية سواء على الجوانب الجسمية, أو النفسية. و لكن هذا لا ينفي أنه ليس كل أنواع الضغوط ضارة

للشخص, أو تترك به آثارا سلبية دائما و لكن هناك ضغوطا مفيدة فإن الضغط يمثل تحدي للشخص, و كل ما يبذله من مجهود للانتصار على هذا التحدي يحدث داخله متعة, و إحساسا بالقيمة في الحياة و الخروج من تحدي لتحدي أكبر لتكرار هذه المتعة.

و لكن لو تعدى هذا التحدي حدود هذا الشخص و إمكانياته فهنا تكمن الخطورة في أن تترك هذه الضغوط آثار سلبية على الشخص و تظهر هذه الآثار في الاستجابات الجسمية و النفسية سابقة الذكر.

9- مواجهة الضغوط:

نحن لسنا في حاجة إلى كثير من الاستنتاج و الاستنباط, عندما نقول إن توازن و توافق الفرد مع بيئته إنما يعتمد على مدى قدرته في فهم طبيعة الضغوط و المثيرات الاجتماعية التي تكون نسيجها الأساسي.

و بالتالي فإن تعامل الفرد مع عناصر و مقومات هذه البيئة أصبح لا يهدف فقط إلى إشباع الحاجة و المطلب و لا إلى إحداث التوافق و التوازن بين ذاته و بين ضغوط و مثيرات هذه البيئة بل تعدى هذا المستوى و ذلك إلى مستوى ثالث هو مستوى القدرة على التحكم في هذه العناصر و تلك المقومات حيث أصبح للفرد قدر من البصيرة يسمح له بجانب هذه القدرة على التحكم بأن يتنبأ في كثير من الأحيان بما يمكن أن يحدث لهذه العناصر و المقومات. (سعد عبد الرحمان، 1983, ص 102)

و يعرف لازاروس و فولكمان (1989) المواجهة بأنها عملية تنظيم للمطالب الداخلية و الخارجية و الذي يخمن على أساس الزيادة أو الانخفاض لمصادر الشخص. و في وجهة نظرهما أن المواجهة لا تشمل فقط على اتجاه السلوك التجنبي أو عمليات مواجهة للتغلب على مطالب الضغوط و لكن مدى واسع لخطة معرفية و سلوكية تحتوي على حل المشكلات و التنظيم المعرفي .(Richard et Nancy , 1997, pp 1107 - 1117).

و يشير كرستين (1992) Christine إلى عنصر هام من عناصر التوافق مع الضغوط و هو الحصول على تغذية صحية تعتبر فكرة جيدة لمنع المشاكل الصحية و تعتبر الحل الأساسي للتكيف مع الضغط. إلا أننا غالبا ما نتجاهل هذا العنصر أثناء تعاملنا مع وسائل التكيف مع الضغط.(Christine A Leatz , et al , 1992)

و يرى عبد الرحمان الطريري (1994) أن العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة من الممكن أن تأخذ صورتين:

الصورة الأولى : هي عملية التكيف مع الوضع الضاغط و هي عبارة عن عمليات و إجراءات روتينية يعمد الفرد إلى مزاولتها و عادة ما تكون هذه العمليات أوتوماتيكية و متكررة و أسلوبا ثابتا يزاوله الفرد في مثل هذه المواقف .

الصورة الثانية : فهي عملية المواجهة Coping و هي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه و من ثمة العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي و عادة ما تكون هذه الإجراءات نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الذي يمر به أكثر من كونها صفة ثابتة أو إجراءات روتينية . إذا يمكن القول إن عملية مواجهة المشكلة و البحث عن حل لها ستكون أجدى من عملية التكيف مع المشكلة أو إصلاح الوضع و التي قد تؤدي إلى استمرار المشكلة على ما هي عليه دون إيجاد حل لها . و لو قرر الفرد مواجهة الضغط منم خلال إستراتيجية التقليل من إدراكه لعوامل الضغط و الحد من رد فعله نحو هذه العوامل الضاغطة فإنه يعمد إلى مجموعة من الإجراءات ذات العلاقة و هي :

1- زيادة مهارات الفرد العملية.
2- زيادة مهارات التفاعل الوجداني.
3- زيادة الدعم الاجتماعي.
4- تعديل السلوك. (منى محمود عبد الله ، 2002 ، ص 36 – 37)

و تعرض أيضا دراسة " Coletti, Daniel " دور تقييم الفرد للموقف في مواجهة الضغط, إذ تهدف الدراسة إلى تقديم نموذج إجرائي للتكيف و التأقلم مع الضغط. و قد أجريت الدراسة على (مرض السرطان لدى الأطفال و الآباء) و قد أظهرت النتائج أن الآباء يرون الأحداث مرتبطة مع ضعف التأقلم, و تقترح الدراسة مدى فاعلية الحوار الداخلي الإيجابي (مثل تشجيع الندوات بشكل مستمر) و ذلك للتغلب على الضغط المتعلق بمرضى السرطان (Coletti Daniel,1997)

و يرى " David Myers , 1996 " أن الفرد يقيم مصدر الضغوط على أنه يمثل تهديدا له و بالتالي يستخدم أساليب غير فعالة و غير تكيفية في التعامل مع مصدر الضغط و يفتقر للمساندة و يتصف بالتشاؤم أو نمط الشخصية (A) و يدرك أنه لا يستطيع التحكم في مصدر الضغط فإنه يتعرض للإصابة بالأمراض النفسية الجسمية .

أما الشخص الذي يدرك مصدر الضغط على أنه يمثل نوعا من التحدي له و يستخدم أساليب فعالة و إيجابية و تكيفية في التعامل مع الضغط . و يدرك أن لديه قدرة كبيرة على التحكم و السيطرة في هذه المواقف الضاغطة ، و يتوافر له قدر كبير من المساندة المستمرة

و يتصف بالتفاؤل و نمط الشخصية (B) فإن الضغط لا يؤثر على الصحة الجسمية و النفسية له .

من المتغيرات النفسية و الاجتماعية التي يمكن أن تخفف أو تقي من آثار الأحداث الحياتية الضاغطة ، كما تعرض لها كوبازا و آخرين (Kobasa et al, 1992) قد تتعلق بعدة عوامل هي:

1- عوامل وراثية مثل: (عدم الإصابة بالاضطراب النفسي في التاريخ الأسري للفرد)

2- عوامل بيئية اجتماعية: يقصد بها (ما يتاح للفرد من مساندة اجتماعية كالتفاعل الاجتماعي و الصلات الاجتماعية و العلاقات المتبادلة بينه و بين البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها و ما تقدمه له من مساندة أثناء تعرضه لأحداث حياتية ضاغطة).

3- عوامل تتعلق بالخصائص الشخصية للفرد: مثل (تقديرات الذات، الكفاية الشخصية ، الصلابة النفسية، مركز الضبط، الاستقلالية، التفاؤل ...).

و في ذلك الصدد يشير" روتر Rutter " إلى أنه رغم تعرض الأفراد للضغوط و الظروف الحياتية السيئة إلا أن هناك أشخاصا يخرجون من كل ذلك دون أن يصيبهم الأذى, كما يبدو نمو شخصياتهم مستقر بل و سليما.

و يقدم روتر مجموعة من العوامل الواقية في مواجهة الشدائد و الأحداث الضاغطة و هي:

1- تعدد الشدائد و الأحداث الضاغطة.

2- تغير الظروف المحيطة إلى الأفضل.

3- عوامل تتعلق بالفرد نفسه (خلفية وراثية، جنسية، خصائص مزاجية)

4- عوامل من داخل الأسرة (كالعلاقة الطيبة بالوالدين أو أحدهما)

5- مهارات المواجهة الفعالة و التغلب على المشكلات.

(مايكل أرجايل ترجمة: فيصل عبد القادر، 1993)

و عن دور العوامل البيئية و الاجتماعية في مواجهة الضغوط هناك العديد من الدراسات التي تعرف أهميتهم في التخفيف من الضغوط. و هذه بعض الإرشادات التي قد تساعد الفرد في مواجهة الضغوط:

1- استكشاف الواقع و البحث عن المعلومات الكافية عن المشكلة.

2- تجزئة المشكلات إلى وحدات يمكن معها تناولها و معالجتها في وقت معين.

3- التعبير في حرية عن كل من المشاعر الموجبة و السالبة مع تحمل الإحباط.

4- طلب العون من الآخرين عند الحاجة .

5- التحكم في المشاعر قدر الإمكان (تقبلها عند الفرد) مع إبداء المرونة و الرغبة في التغيير.

6- الثقة في النفس و الآخرين مع التفاؤل في نتائج ما يبذل من جهود لمواجهة الأزمة.(ممدوحة سلامة، 1996, ص ص341 – 342)

إن هدف إدارة الضغوط النفسية و التعامل معها لا يمكن أن يكون القضاء عليها نهائيا فالحياة تصبح بلا معنى بدون ضغوط إيجابية تتشكل معها، أو ضغوط سلبية نستجيب لها و نحاول التغلب عليها أو التعايش معها. و بالتالي فإن الإحساس بالضغوط إحساس جوهره نسبي و لا نستطيع ملاحظة هذا الإحساس إلا إذا واجه الفرد موقفا يشعر في ثناياه بضغوط معينة و بالتالي يستجيب نحوها. فيه يمكن أن ندرك إن كان هذا الإنسان يشعر بضغوط أم لا.

أي أن تقدير الفرد لما يمر به من مواقف بالإضافة إلى مفهومه عن ذاته يشكلان العاملين الأساسين في الإحساس بالضغوط النفسية و على ذلك فإن الهدف الذي يكمن وراءه إدارة الضغوط هو محاولة تقليل التأثيرات السلبية لتلك الضغوط على الإنسان بقدر الإمكان أو إمكان أن يتعامل معها الفرد بصورة إيجابية.

(عادل عز الدين الأشول، 1993)

10- النظريات المفسرة للضغوط

إن الظاهرة الإنسانية لا يكفي لتفسيرها نظرية بمفردها، أو نموذج تفسيري واحد و ذلك لتعقدها و غموضها، لا سيما قضية الضغوط و التي تعد أحد أهم الظواهر الإنسانية، لذا تعددت النظريات و النماذج التفسيرية التي اهتمت بدراسة الضغوط و تباينت تبعا لتعدد الأطر النظرية و المرجعية التي ينطلق منها صاحب النظرية أو النموذج التفسيري، و لقد تم تفسير الضغوط على أسس بيولوجية فسيولوجية و عقلية و معرفية و تحليلية و سلوكية و بيئية .

10-1 المنظور البيولوجي و الفسيولوجي

و من أهم النظريات في هذا الإطار نظرية **سيلي** Selye (1976) و **كانون Canon**.

10-1-1 نظرية سيلي في الضغوط Selye

يعتبر هانز سيلي من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط و تأثير الضغوط على الإنسان خلال بحوثه على الهرمونات الجنسية في العشرينات، فقد لاحظ بعد

حقن فئران تجاربه بأنسجة غددية غير معقمة حدوث أعراض غير واضحة أطلق عليها زملة الأعراض التكيفية (علي عسكر ، 2000، ص 35) .

كما يرى هنز سيلي أن الضغوط هي الاستجابة الجسدية غير المحددة لأي مطلب سواء كان إيجابيا أو سلبيا ، و تتسبب هذه الضغوط في حدوث تغيرات معينة في بنية الجسم و تركيبه الكيميائي و التي يمكن قياسها و تقديرها تقديرا صحيحا.

و بعض تلك التغيرات ما هي إلا علامات على التلف و بعضها الآخر يحدث ردود الأفعال التكيفية للجسد. مجمل تلك التغيرات هي التي أطلق عليها زملة الأعراض التكيفية " G A S " (General Adaptative Syndrome)

و هي تمر بثلاث مراحل متتالية :

1- مرحلة الإنذار

2- مرحلة المقاومة

3- مرحلة الإرهاق أو الإنهيار.(Selye , 1976 , p 1)

1-مرحلة الإنذار أو رد الفعل الإ نذاري

و هذا النوع من رد الفعل يعد في الأساس الاستجابة الطارئة للجسد من خلال الاستثارات ، و كثيرا منها يتوسطها الجهاز العصبي السمباتي و هي تهيؤنا و تعدنا لمواجهة عوامل الضغوط في التو و اللحظة .

2-مرحلة المقاومة

إنه في حالة استمرار وجود عوامل الضغط تبدأ مرحلة المقاومة و التي يقاوم فيها الجسد آثار استمرار عوامل الضغوط, ففي أثناء هذه المرحلة تحدث استجابات هرمونية معينة في الجسد تعد خطا دفاعيا مهما في مقاومة آثار عوامل الضغوط.

من بين هذه الاستجابات الهرمونية توجد استجابة لها أهمية خاصة أثناء النشاط الزائد تعرف بالمحور الأدرينوكورتيكوتروبيك Adrenocorticotropic (ACTH)، و يتم إفراز هرمون (ACTH) في مجرى الدم من خلال خلايا معينة في الغدة النخامية، و يتم التحكم في معدل إفراز هرمون (ACTH) جزئيا عن طريق مادة كيميائية أخرى شبه هرمونية ، تسمى بعامل إفراز الكورتيكوروبن (CRF) و التي يتم تصنيعها عن طريق خلايا معينة في البنية المخية تعرف بالهيبوتلاموس، و يتدفق العامل (CRF) من الهيبوتلاموس إلى الغدة النخامية عبر جهاز متخصص من الأوعية الدموية.

إن عوامل الضغوط قادرة على تحفيز الخلايا العصبية بالهيبوتلاموس بحيث يرسل كثير من (CRF) إلى الغدة النخامية.

و هذا يزيد من إفراز الـ(ACTH) في الدم و بهذه الطريقة فإن النشاط المخي الذي يتم حثه عن طريق عوامل الضغوط يؤثر على إفراز الهرمون و يعد ذلك رابطة أساسية بين الأحداث البيئية و هي مصادر الضغوط و بين الحالة الجسدية أثناء الضغوط .

إن هرمون (ACTH) يستحث الخلايا الموجودة في الطبقات الخارجية أو القشرة المخية للغدد الأدرينالية على إفراز هرمونات كورتيكويدية مثل (الكورتيزول) في مجرى الدم, حيث يسمح الكورتيزول و الهرمونات المشابهة الأخرى للجسد بالتعامل بشكل تكيفي مع الضغوط لفترات طويلة من الزمن أثناء مرحلة المقاومة.

لأن الكورتيزول يستحث تكوين الجلوكوز (سكر الدم), و هو وقود مطلوب للنشاط العصبي و العضلي. و يتم الحصول عليه عن طريق تكثير الدهون و البروتينات التي تعمل على تصنيع الوقود ، و لكن بقاء إفراز هذه الهرمونات بمستويات مرتفعة قد يكون ضارا. و تعد البروتينات مطلوبة لتصنيع خلايا جديدة مثل كرات الدم البيضاء والتي لها دور حاسم في محاربة و مقاومة العدوى، و لو أن البروتينات المطلوبة لعمل كرات دم بيضاء جديدة غير متوفرة بالقدر الكافي, بسبب استهلاكها في تصنيع الوقود.

فإنه سيتم إنتاج قدر أقل من كرات الدم البيضاء، ومن ثم سيكون الجسد أقل قدرة على محاربة و مقاومة العدوى، أضف إلى ذلك فعل الكف للكورتيزول على تكوين بروتينات لمقاومة العدوى, والتي تسمى بالأجسام المضادة و يتضح من ذلك أن المستويات المرتفعة من الكورتيزول يمكنها على المدى الطويل, أن تعمل على عجز مقاومة الجسد للعدوى بشكل خطير. كما قد يكون لها آثار ضارة أخرى مثل ارتفاع ضغط الدم ، بالإضافة إلى الكوتيزول فإن الزيادة في إفراز الهرمونات الأخرى قد يكون لها آثارها الضارة المتضمنة في استجابة الجسد لعوامل الضغوط أثناء مرحلة المقاومة ، و ما قيل عن الكورتيزول يعطينا فكرة عن الدور الذي تلعبه الهرمونات في الضغوط. (Cliford et al , 1986 , p 325)

3- مرحلة الإجهاد أو الانهيار

و هي المرحلة الأخيرة من زملة الأعراض التكيفية ، و في هذه المرحلة فإن القدرة الجسدية على الاستجابة لكل من عوامل الضغوط المستمرة و الجديدة يتم تسويتها بشكل كبير. فعلى سبيل المثال, أنه أثناء الأعمال التي يقوم بها الكورتيزول فإن الشخص قد يصبح غير قادر مرة أخرى على محاربة العدوى, و يصبح عرضة للمرض و ربما الموت, أو لأن

الآثار الهرمونية الأخرى التي تحفز إفرازها عوامل الضغوط تؤدي إلى قرحة المعدة, و مرض السكر, و الاضطرابات الجلدية, و الأزمات الصدرية, و ارتفاع ضغط الدم, و زيادة القابلية للتعرض للسرطان أو إصابة الجسد بأمراض أخرى, قد تحدث في هذه المرحلة أو في آخر مرحلة المقاومة و أغلب الاضطرابات السابقة. تعد اضطرابات سيكوسوماتية يكون أحد أسبابها زيادة ضغوط الحياة المدركة, أي أن الأحداث الضاغطة تزيد من تعرض الجسد للأمراض.

و لذلك يتضمن الآن علاج الاضطرابات السيكوسوماتية العلاج الطبي للمشكلات الجسمية و في نفس الوقت الاهتمام بالعوامل النفسية الناتجة عن الضغوط (Clifford , et al . 1986 : p 326).

و يلاحظ من خلال نظرية هانز سيلي في الضغوط أنه قد تأثر في صياغة نظريته عن الضغط بتخصصه الأولي في دراسة الفسيولوجيا و الأعصاب و ظهر ذلك جليا من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغط Stressor كما أنه استخدم السم و الصدمات الكهربائية على الحيوانات كضواغط ، كما تلح مصطلحات الفسيولوجية في صياغته لمسلمات النظرية التي تقدم بها .

كما يرى هانز سيلي أن الضغط متغير غير مستقل ، و هو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص و يصفه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة ، و تعتبر الاستجابة للموقف الضاغط ضغطا فعلا ، كما يعتبر حدوثها مصحوبا بأعراض تمثل بالفعل حدوث ضغط ، و يعتبر سيلي أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط هدفها هو المحافظة على الكيان و الحياة. (الرشيدي، 1999، ص ص 50 – 51)

كذلك تتفق الباحثة مع عبد الستار ابراهيم (1998) على أنه بالرغم من أهمية دراسات هانز سيلي إلا أنه لم يبد اهتماما لجانب آخر مهم من الجوانب المثيرة للضغوط ، ألا و هو أحداث الحياة و الضغوط التي نتعرض لها يوميا في حياتنا (عبد الستار ابراهيم ، 1998 ، ص 122)

كما يؤخذ على نظرية هانز سيلي الآتي :

1- إذا تعددت الأحداث الضاغطة لدى الفرد فإلى أي منها تعود الآثار البيوكيميائية للضغط ؟

2- أن الأحداث السلبية و الأحداث الإيجابية على حد سواء ينتج عنهما هذه الآثار البيوكيميائية .

3- يغفل هذا المنظور دور الإدراك و العوامل المعرفية و سمات الشخصية في إحداث الضغط.

4- يقتصر دور الفرد على التلقي السلبي للمثيرات.

10-1-2 نظرية ولتر كانون Walter Cannon

و هي نظرية زملة أعراض المواجهة و الهرب. و يعتبر العالم الفسيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة (الضغط) و عرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال المواجهة أو الهروب و قد بينت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالية كالألم و الخوف و الغضب تسبب تغيرات في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة كما أن هناك ميكانيزم أو آلية الاتزان الحيوي لمواجهة التغيرات التي تواجهه (علي عسكر ، 2000 ، ص 33-34).

و من الملاحظ أن والتر كانون تأثر بتخصصه في الفسيولوجيا عند معالجته لظاهرة الضغط حيث يرى أن الضغوط متغير تابع ، فهي استجابة و رد فعل، و هو يقترب شيئا ما من هانز سيلي في تفسيره للضغوط و ربما لأنهما يشتركان في نفس التخصص

و ربما لأن الحقبة الزمنية التي جمعتهما كان يغلب عليها طابع التفسير البيولوجي و الفسيولوجي للظاهرات النفسية و ذلك قبل ظهور النظريات السلوكية و التحليلية و المعرفية، و تتميز نظرية كانون بإبراز أهمية الضغوط الانفعالية كمصادر للضغوط، كما لم يقتصر دور الفرد على التلقي السلبي للمثيرات حيث يبرز كانون دور المواجهة للضغوط و لكن نظريته أغفلت دور سمات الشخصية و الإدراك في الاستجابة للضغوط.

10-2 المنظور المعرفي

يركز هذا النموذج على العمليات العقلية المصاحبة للضغط النفسي و ذلك بهدف الوقوف على كيفية عمل العقل عند تعرض الفرد للضغط و تحديد مستوى فهمه للمعلومات المعروضة عليه أو التي يجب عليه التعامل معها في هذا الظرف.

إن الكيفية التي يتعامل بها العقل مع المعلومات تشكل إحدى الركائز التي يقوم عليها هذا المنظور. إن التفسير المعطى للضغط النفسي من قبل هذا النموذج هو أنه نتيجة عدم قدرة

الفرد على الاندماج و التفاعل بشكل جيد و ناجح مع الموقف أو الظرف الذي يمر به.(عبد الرحمان الطريري ، 1994 ، ص 73)

و تفترض النظرية المعرفية أن هناك عمليتين وسيطتين بين الضغط و النتائج التكيفية المتصلة به و هما التقدير المعرفي و التعامل.

(Susane Folkman , 1984, p 840)

و يمثل هذا الاتجاه : ريتشارد لازاروس Richard Lazarus

اهتم ريتشارد لازاروس بالتقييم الذهني و رد الفعل من جانب المواقف الضاغطة و بين أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد و البيئة المحيطة , كما أكد على الحكم على الموقف المواجه , فالموقف الذي يكون مصدر إزعاج لشخص ربما لا يكون كذلك لشخص آخر حيث يرتبط ذلك بشخصية الفرد في نوعية رد الفعل للمواقف الحياتية (علي عسكر , 2000, ص 37) .

و عن التقدير أو التقييم المعرفي يشير ريتشارد لازاروس و زملاؤه (1984) إليه باعتباره المنحى المعرفي في المواجهة و هو العملية العقلية التي يتم من خلالها كيفية تقدير الفرد للموقف.

حيث يحدد مستوى التقدير مستوى الضغوط و استراتيجيات المواجهة الفردية أو التي تميز الفرد أو سمات شخصيته , و هناك نوع من التقديرات الأولية و الثانوية .

أما التقدير الأولي يتم عندما يقوم الفرد بتقييم شعوري للموقف, هل يسبب أذى؟ أو أنه فقدان؟ أم أنه تهديد؟ أم تحدي؟

يبدأ التحول بصورة غير عادلة و لكنه يبدأ ايجابيا و تشير الضغوط إلى مثل هذا التقييم المبدئي . إن مصادر الشخص أو علاقاته تصبح ايجابية مع تقييم الضغوط.

و يعود التعامل مع التقييم المبدئي الأذى/ الفقدان, التهديد / التحدي إلى الفرد و عوامل الموقف و يوضح ذلك الأهمية البالغة للعوامل الشخصية و التي تشمل المعتقدات و التعاملات و أن المعتقدات قد تقدم للشخص أشياء غير واقعية. كما أن التقييم المبدئي ليس بالضرورة تنفيذيا فعلى سبيل المثال الطموح الوظيفي لا ينفذ بالضرورة. Susane Folkman 1984, 840- 841) .

ثم بعد ذلك يأتي التقييم الثانوي:

يعني التقييم الثانوي تقييم مصادر المواجهة و الضبط, ولعل ملخص هذا التقييم السؤال الذي قد يسأله الفرد لنفسه " ماذا أستطيع أن أفعل؟ "

في التقييم المبدئي يصبح الفرد ناقدا, أما في التقييم الثانوي و الذي يشمل مصادر المواجهة و تشمل : التقييم البدني, و الاجتماعي, و الزواجي, والنفسي, فإنه يقيم بناءا على متطلبات الموقف على سبيل المثال, المصادر البدنية لدى الفرد (الصحة والطاقة), و المصادر الاجتماعية التي يقدمها الأفراد داخل شبكة العلاقات الاجتماعية و نظم المساندة, و هذا ما يؤدي إلى رسم معلومات التقييم الخاص بالمساعدة و التدعيم الانفعالي. و المصادر النفسية التي تعطي للفرد رسما للآمال و المهارات اللازمة لحل المشكلات و احترام الذات و رفع الروح المعنوية, أما المصادر الزواجية فتشير إلى الزوجة و كذلك إلى المال و الأدوات . إن تقييم الموقف للتحكم جزء من التقييم الثانوي مثل الملاحظة المبكرة, و يشير إلى أن معتقدات الفرد و قيمه لها إمكانية التحكم و تقييم مطالب الموقف.(Folkman , 1984 , p 842)

لقد قدم لازاروس بوضوح ثلاثة ميكانزمات لنموذج تحويل الضغوط و هذا النموذج قد يصلح كنموذج تحويلي لضغوط العمل و التوافق من خلال إدراك كيف يقوم الفرد بتقييم الموقف و الضواغط و كيف يعمل خيارات المواجهة, و طبقا لنموذج لازاروس لتقييم المواقف الضاغطة فإن هناك تقييم من الفرد و تهديد الذات و هذا التقييم المبدئي, ثم قدرات المواجهة مع / أو تغيير في عادات الضغط و هذا هو التقييم الثانوي, ومن ثم محاولة المواجهة و رد الفعل.

ملخص الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل لمفهوم الضغط النفسي, و أنواعه و مصادره, كما قدمنا عرضا مفصلا لتعاريف الضغط, حسب القواميس و المعاجم اللغوية, و الموسوعات السيكولوجية, و حسب علماء النفس و الباحثين.

كما تطرقنا لأشكال الضغط النفسي, و مظاهره, و علاقته بالمرض, و قدما كذلك مكونات جهاز الضغط النفسي الفسيولوجي, كما تحدثنا عن الأمراض (النفس–جسدية) الناتجة عن الضغط النفسي. ثم تحدثنا عن مواجهة الضغوط, و أنهينا الفصل بعرض النظريات المفسرة للضغوط.

مما لا شك فيه, أن الفرد عند مواجهته للضغوط لا يبقى ساكنا, بل يحاول مواجهتها و التعامل معها و ذلك باستعمال ما يسمى باستراتيجيات المواجهة , و التي سنتناولها بالتفصيل في الفصل الموالي.

الفصل الرابـع:
استراتيجيات المواجهة

- تمهيد
1- مفهوم استراتيجيات التعامل مع الضغوط
2- تصنيف استراتيجيات المواجهة
3 – وظائف استراتيجيات المواجهة
4- مميزات استراتيجيات المواجهة
5- أساليب المواجهة و آليات الدفاع Defense Mechanism, Coping styles
6- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة
7- فعالية استراتيجيات المواجهة
8- النظريات المفسرة لمفهوم التعامل مع الضغوط (المواجهة: Coping)
9- تعقيب على النظريات
- ملخص الفصل

تمهيد:

أصبح مفهوم المواجهة (Coping) ذا استعمال متزايد في مجال علم النفس و الطب العقلي و بالأخص في الدراسات حول الضغط , و لا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها , لأن فهم طبيعة و آثار الضغوط ترتبط دوما بفهم أساليب التغلب عليها , و لأن توفر و استخدام آليات معينة للمواجهة تؤثر بشدة على استجابتنا النفسية و الفسيولوجية للضغوط , فأساليب المواجهة يمكن أن تعبر عن الكيفية التي تفكر بها في الأحداث و الطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر و كل من الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية للمواجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر . في هذا السياق, يرى Koutsoimou و زملاؤه (1996) أن خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالحوادث و إنما الأهم هو كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف Atkinson و زملاؤه (1990) أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة المواجهة غير الناجحة.

إذ تعتبر استراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط و النتيجة التكيفية للفرد , و بالتالي صحته النفسية و الجسدية . و في هذا الصدد يصرح كل من Lazarus و Folkman (1988) أن الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية و الجسدية, و ليس الضغط بحد ذاته. (Folkman & Lazarus, 1988, p 5)

و على هذا الأساس تم الاهتمام بهذا المتغير في هذا البحث لكونه عامل وسيط بين الضغوط و المرض و فعال لفهم هذه العلاقة , ولذلك خصصنا له مبحثا تطرقنا فيه إلى تعريف استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل و المتمركزة على الانفعال مع عرض أهم وظائف المواجهة و مميزاتها , كما تطرقنا إلى مختلف العوامل المؤثرة في استجابات المواجهة من قابلية ضبط الحدث و علاقة استراتيجيات المواجهة بكل من الصحة النفسية و اضطراباتها و تطرقنا كذلك للأساليب المواجهة و الآليات الدفاعية كما تناولنا بالدراسة النظريات المعرفية للضغط و المواجهة .

1- مفهوم استراتيجيات التعامل مع الضغوط :

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية منذ الستينات , و تعد دراسة مورفي Murphy 1962 كما ورد في لازاروس من أوائل الدراسات التي

استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط , و ذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها.(Lazarus , 1984 , p 141)

و من ثم اجتهد العديد من الباحثين في التعرف إلى استراتيجيات التعامل و تحديد مفهومها فقد عرف فلشمان Fleshman استراتيجيات التعامل بأنها :

" السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة ".(في الشايب, 1994, ص 27)

كما أشار روتر Ruter إلى وجود ثلاثة متغيرات واقية من الأثر النفسي الذي تحدثه الضغوط لدى الأفراد و هي : خصائص الشخصية , و الاستعدادات الجسمية, و استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.(Ruter,1990, p181)

كما تعرف استراتيجيات التعامل في معجم "علم النفس الكبير" بأنها عملية نشطة يقيم الفرد من خلالها قدراته و إمكانياته على مجابهة الحياة , و بالخصوص مواجهة المواقف الضاغطة و النجاح في التعامل معها و ضبطها

.(Bloch et al , 1997 , p 176)

و يشير لفظ التعامل في "المعجم الأساسي لعلم النفس" لتلك الطريقة للتعامل مع وضعية ضاغطة و التحكم فيها و ضبطها , و قد تكون عبارة عن استجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد و الخطر , وقد تكون استجابة مخففة كتقليص الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية و اللجوء إلى الأدوية , فالمواجهة قبل كل شيء , هي ميكانيزم من أصل نفسي يؤثر على استجابات الجهاز العصبي و الغددي (Bloch et al , 1993, p 757) .

لقد شاع في التراث السيكولوجي عدة تعاريف للمواجهة.

فيعرفها كل من لازاروس و لونيي (1978) نقلا عن(Coussongelie et al , 1998 , p 89), بأنها مجموع المجهودات المعرفية و السلوكية الموجهة نحو إدارة و تسيير المتطلبات الخارجية و/أو الداخلية الخاصة, و التي يدركها الفرد

بأنها مهددة و تتجاوز موارده الشخصية. كما يعرفها Pearlin و Schooler (1978) بأنها تلك الأشياء التي يقوم بها الفرد لتجنب الشعور بالضيق و الأذى تجاه ضغوط الحياة , و يوجزها لازاروس و كوهن (1979) بأنها تلك الجهود الموجهة لإدارة الضغط.

و من الباحثين الذين اهتموا بدراسة استراتيجيات التعامل مع الضغوط فريدنبرج (1999) Fredenberg الذي أوضح أن الصحة و الحالة الجيدة تعتبران رهن الطريقة التي نتعامل بها أو نواجه بها الضغط النفسي.

(في الشريف, 2003, ص 65) .

و قد أشار كوك و آخرون Cooke & al إلى وجود بعض الاستراتيجيات التي تساعد على منع أحداث الحياة الضاغطة أو تخفيفها , و أهمها فهم طبيعة هذه الضغوط , و تنمية المهارة و الخبرة لدى الفرد لمحاولة التوافق معها , دون ترك آثار سلبية جانبية نفسية, أو اجتماعية.(Cooke & al 1995 , p 114)

أما ليو و شيانج Luo & Shing 1996 فقد أشارا إلى استراتيجيات التعامل بوصفها : " جزءا مهما من عملية التوتر و الضغط , و ينظر إليها بوصفها مجموعة معقدة من العمليات التي تخفف أو تقلل من تأثيرات الحياة الضاغطة في صحة الفرد البدنية و النفسية (Luo & Shing, 1996, p 298)."

ويشير جود (Judge ,1992) إلى أن المواجهة "عملية موجهة, و جهود واعية تهدف إلى حدوث استجابات صحية تكيفية للفرد ", و يرى ويبر Weber أنها " آليات سلوكية و معرفية تتخذ لتخفف,أو تبدل, أو تخضع خبرة الضغط النفسي لسيطرة الفرد ".

مما سبق ذكره يمكن القول إن عملية مواجهة الضغط النفسي هي قضية ذاتية, و تجربة شخصية, و قرار شخصي, كما أن المواجهة تتأثر بشدة بالقواعد الاجتماعية التي تفسر كيف تتم مواجهة أحداث معينة), حيث يشير ويبر (Weber, 1995) هنا إلى تأثر أساليب مواجهة الفرد بالعوامل الاجتماعية التي توجه بشكل أو بآخر طريقة هذه المواجهة.

2- تصنيف استراتيجيات المواجهة

اهتمت عدة دراسات باستراتيجيات المواجهة وتمثلت منهجيتها بتطبيق مقابلات و استبيانات بهدف حصر مختلف الطرق التي من خلالها يستجيب الأفراد لمختلف المواقف الحياتية بما فيها العائلية و الاجتماعية و المهنية ...الخ , و لقد تم التحقق من وجود تنوع كبير لاستراتيجيات المواجهة منها فردية و أخرى بينفردية أي مرتبطة بالعلاقة بين الأفراد (Inter et Intra – Individuelle) و باستعمال التحليل العاملي لنتائج الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة تم اقتراح عدة تصنيفات للمواجهة (Pulhan et al , 1994 , p 293).

و سنعرض لاحقا أهم هذه التصنيفات:

2-1 تصنيف بيلنجس و موس " Moos et Billings " (1981)

لقد حدد كل من " Billings " و"Moos" نقلا عن (Holahan & Moos,1987, p 946) ثلاثة أنواع لاستراتيجيات المواجهة

و هي:

- **الاستراتيجيات السلوكية الفعالة (Active Behavioral strategies):**

و تشمل مختلف المحاولات و المجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مع المشكل

- **الاستراتيجيات المعرفية الفعالة (Active cognitive strategies):**

و تتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه ضاغط .

- **الاستراتيجيات التجنبية (Avoidance strategies):**

و تضم المجهودات و المحاولات لتجنب و تفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة و تقليص التوتر من خلال سلوكات مثل الأكل و التدخين بإفراط.

2-2 تصنيف سولس و فليتشر "Suls " et "Fletcher" (1985)

توصلت أعمال كل من " Suls " و"Fletcher" نقلا عن (Pulhan et al, 1994, p 294) إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة وهما:

- **مواجهة تجنبية (Le Coping évitant):** و هي استراتيجيات سلبية و استسلامية مثل التجنب, التهرب, و النفي و التقبل الطوعي.

- **المواجهة اليقظة (Le Coping vigilant):** و هي استراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات , و مخططات حل المشكل و الدعم الاجتماعي.

3-2 تصنيف لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman (1984)

حدد كل من " Folkman " و "Lazarus" (1984) نقلا عن (Seiffge-Krenk, 1994, p 316) تصنيفين عريضين لمواجهة الضغط النفسي هما, المواجهة التي تركز على المشكل و المواجهة التي تركز على الانفعال, و هذا بالاستناد إلى وظيفتين رئيسيتين لإستراتيجيات الاستجابة للضغط, و هي ضبط التوتر و الضيق الانفعالي أو تغيير المشكل الذي يسبب الانزعاج

و الضيق و يتضمن هذين الخيارين أغلب أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه للموقف الضاغط, و سنعرضهما فيما يلي بمزيد من التفصيل لأنها تخدم البحث الحالي.

1-3-2 المواجهة التي تركز على المشكل:

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل فرد-بيئة يعني التركيز على المشكل , و حسب " Shafer " (1992) نقلا عن

(Graziani et al, 1998, p101) فهي تشير لتلك الجهود التي يبذلها الفرد و هو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي, أو مع الموقف الضاغط مباشرة. و يضيف كل من كوبر " Cooper " و باين "Payne " نقلا عن

(شريف, 2002, ص 72) بأن المواجهة المركزة على المشكل هي استجابة سلوكية و معرفية لمواجهة الضغط النفسي عن طريق التعامل مع الوضع, إنها سلوكيات متخذة لتغيير الوضع.

و هي حسب لازاروس " Lazarus " (1993) محاولة أيضا للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة و مواجهتها مباشرة , و اتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة , و تتضمن تحليل المشكلة.

و وضع خطط أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية, أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.

والسلوكية, أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.

تسعى المواجهة التي تركز على المشكل إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط, و كذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة نقلا عن (عبد الرحمان, 2000, ص 314) لذلك, فهي مجهودات تهدف لإزالة الحدث المهدد أو تقليص تأثيراته (Carver et al , 1994 , p 184).

كما أن هذا النوع من الإستراتيجية موجه نحو تحديد المشكل و إيجاد حلول بديلة و دراسة فعالية و عواقب هذه الحلول الجديدة, ثم اختيار واحدة منها و تطبيقها, لذلك فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة.

(Lazarus et Folkman, 1984 , p152), كما تؤدي مثل هذه الاستراتيجيات إلى تغيير الحالة الانفعالية بصفة غير مباشرة.(Dantchev , 1989 , p 25)

2-3-2 المواجهة التي تركز على الانفعال:

تشير هذه المواجهة إلى الأفكار و الأفعال التي تهدف إلى تقليص الأثر الانفعالي للضغط (Graziani et al, 1998, p101).

فهي بذلك تشير إلى المجهودات لتقليص الانفعالات السلبية التي تنشأ كاستجابة للتهديد(Carver et al , 1994 , p 184). و تعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث

الضاغطة, أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف, و الغضب أو الشعور بالذنب و تتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية و انفعالية , و مواجهة معرفية انفعالية (الشريف, 2003, ص 68)

يمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة عدة أشكال , إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الانفعال بطرق مختلفة , فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الانتباه , التجنب أو التهرب , أو تمني زوال مصدر الضيق و الانزعاج , فهي تعمل على تغيير اتجاه الانتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة , و يظهر أن لهذه الميكانزمات التوافقية أثر مؤقت و أقل فعالية , أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الانفعالية هو توظيف نشاط معرفي يغير و يبدل المعنى الذاتي للتجربة , مثل إعادة تقييم الوضعية , و تضخيم الجوانب الإيجابية للحدث, أو إعادة التقييم الايجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي.

و يظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف و تقليص المستوى الانفعالي شرط أن لا يتعدى الضغط عتبة معينة (Dantchev, 1989, p 25)

إذ تهدف هذه المواجهة إلى ضبط المشاعر و الانفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني (الرشيدي و آخرون, 2001, ص 147) أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط و تقبل الفرد لمشاعره و عادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها و التحكم فيها, و من ثمة لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة. (عبد الرحمان , 2000 , ص 316)

2-3-3- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل و التي تركز على الانفعال

إن المواجهة ليست مجرد استجابة بسيطة للضغط , فهي تعتبر كإستراتيجية تهدف إلى تغيير سواء الوضعية المهددة الحقيقية أو التقدير الذاتي الذي يضعه الفرد , أو أخيرا تغيير الانفعال و الوجدان المصاحب لهذه الوضعية , و إن فعالية مثل هذه الإستراتيجية ترتبط في آن واحد بنوع الأسلوب المستعمل و بتنوع ذخيرة مواجهة الفرد (Dantchev , 1989 , p 25). سيتم لاحقا عرض أنواع استراتيجيات المواجهة سواء المركزة على المشكل أو على الانفعال .

2-3-3-1 استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل

تشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكل مجموعة من الأساليب منها البحث عن المعلومات, و مخططات حل المشكل و التصدي, و سنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل.

*** إستراتيجية البحث عن المعلومات:**

يتوجه هذا الأسلوب من استجابات المواجهة إلى السعي للحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط و عواقبه, و إلى البحث عن أساليب بديلة للعمل و استبصار نتائجها المحتملة, و قد يبحث الفرد عن القواعد و الإجراءات التي ينبغي اتخاذها و العمل بها, و قد يعمد البعض الآخر إلى أسلوب عقلي يتمثل في التحليل المنطقي لمجريات الأحداث كي يستعيدوا إحساسهم بالضبط عن طريق تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها.(الرشيدي و آخرون, 2001, ص 145).

*** إستراتيجية التصدي:**

تشير إلى المجهودات العدوانية لتغيير الوضعية , لذلك فهي تتضمن العدوانية المجازفة (Folkman & Lazarus, 1988, p 11).

كما تتضمن استراتيجيات عدوانية تجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل (Graziani et al , 1998,p106).

*** إستراتيجية مخططات حل المشكل :**

تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية و يصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل (Folkman & Lazarus , 1988 , p11)

و تتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول, فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل و تصرف لإيجاد الحلول, و يتقبل الحل الأفضل وفقا لما يريده مع مواجهة أكبر و اكتشاف ما هو مهم في الحياة(Graziani et al , 1998,p105).

و يمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط, و هو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة (الشناوي و عبد الرحمان,1998,ص229).

و يضيف كل من "Woodside" و "Mcclam" نقلا عن (الزيات, 2001, ص182) بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة و مركبة تتم على مراحل و تتضمن فهم المشكلة, و وضع الخطة, و تنفيذها, ثم فحص و تقويم الحلول,

و تؤثر الخبرات الماضية في الحلول التالية للمشكلات.

أما "Nezu" (1987) نقلا عن (فايد, 2000, ص272) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات بأنه العملية المعرفية السلوكية التي يحدد الفرد بواسطتها إستراتجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة .

2-3-3-2 إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال

إن جهود المواجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة قد تأخذ عدة أشكال, "Lazarus" و "Folkman" نقلا عن (Stanton et al, 1994, p 350) و منها:

مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الانفعالي منها التجنب – التهرب, و اتخاذ مسافة, و تغيير المعنى المعرفي للحدث, و تحمل المسؤولية, و ضبط الذات و الدعم الاجتماعي. و سنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل .

*** إستراتيجية التهرب – التجنب:**

تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي و المجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه (Folkman et Lazarus , 1988, p 11) . و تتضمن هذه الأساليب إستراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة , فالفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر , و يتمنى إمكانية تغيير ما يحدث , و يرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعا.

كما تتضمن إستراتيجيات التهرب من خلال النوم, و الأكل, و تناول الكحول, و الأدوية و المخدرات, فالتهرب و التجنب تسمح للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره (Graziani et al, 1998, p105,106).

***إستراتيجية اتخاذ مسافة:**

تشير للمجهودات المعرفية لتحرير الذات, و ذلك من خلال تصغير و تقليل معنى الوضعية الضاغطة و أهميتها (Folkman & Lazarus, 1988, p11).

***إستراتيجية ضبط الذات:**

تشير لمجهودات الضبط الذاتي للانفعالات و التصرفات فهي ترتكز على التنظيم الوجداني, و الجهود التي يبذلها الفرد لضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة, و ذلك من خلال تحمل الغموض و التناقض, و تحكم الفرد في مشاعره. (الرشيدي و آخرون, 2001, ص147).

***إستراتيجية تحمل المسؤولية:**

تتضمن إستراتيجيات الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل , و محاولات للاستدراك (Graziani et al, 1998,p106). أي اعتراف الفرد بدوره في المشكلة و ما يصاحب ذلك من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (Folkman & Lazarus, 1988, p11).

***إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي:**

تشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية و الاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث و وضع معنى إيجابي (Dantchev, 1989, p106).

***إستراتيجية الدعم و المساندة الاجتماعية:**

يعرف "Sarason" و آخرون نقلا عن (فايد , 2000, ص 238) المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم و يعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به و يحبوه و يقفوا بجانبه عند الحاجة.

و يشير "Lepore (1994) نقلا عن (فايد, 2000, ص 238) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. و يتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص اللذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد, و تضم في الغالب الأسرة, و الأصدقاء و زملاء العمل.

في هذا السياق, يرى بعض الباحثين "Haley" (1996) نقلا عن (شريف, 2002, ص 70) أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة, تلك المواجهة الهادفة إلى تنظيم الاستجابات العاطفية, بل هو الجهد الذي يقوم به

الناس للحصول على المساندة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط و من آثاره , فالبحث عن دعم اجتماعي يلعب دوره في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد و العلاقات الاجتماعية المرنة و الحميمية. و يضيف كوهن " Cohen " (1997) نقلا عن (شريف, 2002 ص 71)

أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاغطا إذا اعتقد أن شبكته الاجتماعية سوف تساعده لمواجهة هذا الحدث , و يتم الدعم و المساندة الاجتماعية عموما بثلاث طرق دعم اجتماعي مادي , و يتمثل في المساعدات المادية و القروض , و ذلك عندما تكون المشكلة الضاغطة تتعلق بالمال أو السكن كالتسريح المفاجئ من العمل , و دعم معلوماتي , و يتضمن إعطاء النصائح و الآراء حول كيفية مواجهة الحدث ,و يتم أحيانا عن طريق إعطاء الآخرين نتائج

خبراتهم في المواقف المتشابهة لموقف الفرد , أو تزويد الفرد بالمعلومات الهامة التي يتوقع أن تساعده على التعامل مع المشكلة , و دعم عاطفي , و يقصد به التعاطف الذي يحصل عليه الفرد تجاه مشكلته من أفراد أسرته أو أصدقائه أو زملاء العمل . حيث يسهم هذا التعاطف و مشاركة الألم في التخفيف من الإحساس بالقلق أو الحزن.

و قد كشفت الدراسات أن الدعم الوجداني أو التعاطف من الآخرين يلطف بشكل هام درجة رد فعل الفرد تجاه الضغط النفسي.

يتضح مما تقدم أن لمختلف استراتيجيات المواجهة دور هام عند تعرض الفرد للمواقف و الوضعيات الضاغطة , فهي قد تتعامل مع المشكل بحد ذاته أو تتخذ أساليب أخرى تتعامل فيها مع الضيق الانفعالي الناتج عن هذه المواقف, كما أنها قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية , أو معرفية , أو انفعالية.

3– وظائف استراتيجيات المواجهة:

اهتم عدد من الباحثين بإبراز وظائف استراتيجيات المواجهة كل حسب انتمائه النظري و تصوره لمفهوم استراتيجيات المواجهة, و فيما يلي سيتم عرض بعض هذه الوظائف حسب عدد من الباحثين:

3–1 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب ميكانيك Mechanic:

يشير " Mechanic " (1974) الذي يتبنى النظرية الاجتماعية النفسية نقلا عن , (Lazarus et Folkman 1984, p 149) بأن لاستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف و هي :

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية و البيئية .
- خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات .
- الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود و المهارات نحو المتطلبات الخارجية.

3–2 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب برلين و سكولر Pearlin Et Schooler

بينما يرى كل من " Pearlin " و " Schooler " (1978) نقلا عن (Lazarus et Folkman , 1984, p 151) بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في المظاهر التالية: – تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.

– ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.

– ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه.

3-3 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman :

كما تمثل المواجهة حسب "Lazarus" و "Folkman" (1984) سلوك موجه لتحقيق وظيفتين رئيسيتين هما:

– الوظيفة الأولى: تعمل على معالجة المشكل, فيتم توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.

– الوظيفة الثانية: تعمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة, فيكون تقليص التوتر الناتج عن التهديد و خفض الضيق الانفعالي.

وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي و الاجتماعي خلال فترات الضغط. (Valentiner et al,1994, p 194)

4-3 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب سولس و فلتشر(1985)Suls et Fletcher:

و يضيف سولس و فلتشر "Suls" و "Fletcher" (1985) نقلا عن (Legeron & Andre, 1993, p80) بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفزيولوجية و الانفعالية (الاسترخاء)

و على الاستجابات المعرفية (التفكير في شيء آخر), و إلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحث عن المعلومات. على العموم, يتفق أغلب الباحثين أن لاستراتيجيات المواجهة دور تكيفي و وقائي, فهي تعمل على تقليص آثار الضغوط على الفرد بهدف التوافق مع الوضعية المهددة أو تغييرها.

4-مميزات استراتيجيات المواجهة

للمواجهة عدة مميزات و سيتم عرضها في النقاط الأساسية التالية: Lazarus, 1993 , p 09) :

– المواجهة عملية معقدة , و يستعمل الأفراد أغلب استراتيجيات المواجهة الأساسية تجاه الوضعيات الضاغطة .

– ترتبط المواجهة بتقدير و تقييم (Appraisal) كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف.

فإذا بين التقييم بأن هناك شيء يمكن القيام به وهنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل. أما إذا أسفر التقييم بأن ليس هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على الانفعال.

– عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعمل, و الصحة أو العائلة يظهر أن للرجال و النساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.

–هناك مجموعة من استراتيجيات المواجهة تبدو أكثر ثباتا و استقرارا من الاستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة , بينما ترتبط الاستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة مثلا فالتفكير الإيجابي تجاه الموقف هي ثابتة نسبيا و ترتبط كثيرا بالشخصية , في حين أن إستراتيجية البحث عن دعم اجتماعي فهي غير ثابتة و ترتبط كثيرا بالسياق الاجتماعي. (آيت حمودة حكيمة, 2006, ص 185)

– إن استراتيجيات المواجهة تتغير منذ المرحلة الأولى من الموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة .

– تعتبرسلوكات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الانفعالية , حيث ترتبط بعض استراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية , في حين ترتبط استراتيجيات أخرى بنتائج سلبية .

– إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط و نمط الشخصية المعرضة للضغط (الصحة الجسدية, الوظيفة الاجتماعية و الوجود الذاتي).

– تعتبر المواجهة مجموعة من المجهودات المعرفية و السلوكية الموجهة للتحكم و تقليص أو تحمل الضغوطات الخارجية التي تهدد الفرد و تفوق موارده الشخصية , و تضم مجموعة غير متجانسة من المعارف و المواقف السلوكية,

و تصنف إلى نوعين, مواجهة تركز على الانفعال مثل التجنب– التهرب.

و اتخاذ مسافة, و أخرى تركز على المشكل مثل التصدي و مخططات حل المشكل.

حيث يهدف النوع الأول إلى تقليص حالة التوتر و الضيق الانفعالي المصاحب للضغط , بينما النوع الثاني يضم طرق تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها , مما يؤدي إلى تغيير الحالة الانفعالية و هذه هي أهم وظائف المواجهة.

– إن المواجهة تتحدد من خلال نتائجها و ليس من خلال الافتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية و غير توافقية, و هذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.

– إن هناك اختلاف بين المواجهة و السلوك التوافقي التلقائي, فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة, فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفا لديه فإن استجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه, و لكن إذا كان الموقف جديدا فإن استجابات الفرد لا تكون تلقائية.

و في ضوء ما تقدم تعد المواجهة بمثابة المظلة لعدد كبير من الاستراتيجيات و السلوكيات التي يحاول من خلالها الفرد التعامل مع المواقف الضاغطة و الانفعالات الناتجة عنها, و مهارات المواجهة تقوم بدور هام في تحديد الطريقة التي يتكيف بها الفرد مع المواقف و الأحداث الضاغطة. (طه عبد العظيم حسين, 2006, ص 84)

5-أساليب المواجهة و آليات الدفاع Defense Mechanism , Coping styles

تم الحديث عن أسليب المواجهة باعتبارها في بعض الأحيان آليات دفاع defense mechanism , إذ يستطيع الفرد الاستجابة لعامل الضغط النفسي بطرق متنوعة كثيرة, كالمقارنة الاجتماعية, و الإبداع في حل المشكلة, و الإنكار العاطفي, و الاعتقاد الديني, " كل ذلك يستعمل لضبط الضغط النفسي, و لذلك تعتبر هذه الأساليب آليات مواجهة" (Costa & Somerfield, 2001) وهذا ما ورد في النسخة الرابعة من(DSM- I V) .

حيث قدمت قائمة من الطرق الشائعة التي يستخدمها الفرد للتعامل مع عوامل الضغط النفسي الداخلية و الخارجية, كما تتضمن هذه القائمة الطرق الأفضل و الأسوأ في توظيف المواجهة.

إلا أن آليات الدفاع لا واعية, و الهدف منها تخفيض القلق الذي يعاني منه الفرد في محاولاته لحل الصراعات الداخلية, بينما المواجهة تتطلب أساليب واعية في جزء منها, خاصة فيما يتعلق بأسلوب حل المشكلة بشكله المعرفي و السلوكي.

" إن الدفاع و ما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات أن تتكون من مطالب و طموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي, أو من تهديدات المحيط. و يفترض هنا أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات" (رضوان, 2002, ص 253)

و ترى أنا فرويد Anna Freud أن جميع عمليات الدفاع تتميز بسمتين مشتركتين (Freud, A; 1946):

1- أنها تنكر و تزور و تحرف الواقع.

2- أنها تعمل لا شعوريا بحيث لا يفطن الشخص إلى ما يحدث.

أما هان (Haan, 1977) فترى أن الدفاع و المواجهة عبارة عن بنائين مختلفين وظيفيا, و يتحقق ذلك من خلال ثلاثة أساليب تلخص وظائف الأنا :

الأول: هو أسلوب المواجهة, و الذي يقوم على الواقع و يتناسب معه و يكون مرنا و يتم وفقا للمنطق.

الثاني: هو أسلوب دفاع مشوه للواقع, و جامد.

الثالث: هو أسلوب التشتيت أو التفتيت Fragmentation و هو أسلوب مرضي.

و تحتل المواجهة بالنسبة لهان قمة الهرم, حيث ترى أن الشخص يواجه إذا استطاع ذلك, و يدافع إذا كان مضطرا, و يمرض أو يتشتت إذا كان مجبرا على المرض.

من هنا يمكن القول أن استخدام المواجهة في أساليبها الواعية يسمح بتميزها كأساليب مواجهة, أما عند استخدام أساليبها غير الواعية فإنها تتطابق مع آليات الدفاع و يمكن تسميتها بآليات المواجهة.

كما أن أساليب المواجهة استخدمت على الغالب في أثناء الحديث عن الضغط النفسي, أما آليات الدفاع فقد استخدمت في كل المواقف التي يواجهها الفرد,

و كجزء هام من بنيته النفسية و نمط شخصيته.

6- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة

يرى كل من "Lazarus" و "Folkman" (1985) نقلا عن (Solomon et al, 1988, p279) بأن الفرد يميل إلى استعمال مختلف أساليب المواجهة وفقا لسياق المشكل الذي يواجهه و خصائصه, و وفقا أيضا لشخصيته.

و يفترض "Cooper" نقلا عن (شريف, 2003, ص 81) أن هناك ارتباط بين استجابات الضغط النفسي و العوامل النفسية مثل استراتيجيات المواجهة والشخصية, و ذلك لأن الفروق الفردية وثيقة الصلة باستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور تغيير أو تعديل الطريقة التي يواجه بها الفرد الحاجات البيئية,

و تظهر استجابات المواجهة من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف و الموقف, و بين المزاج الشخصي. و في هذا السياق يؤكد "Freidman " (1990) نقلا عن (شريف, ص81) أنه لا يمكن للفرد أن يواجه بشكل منفصل عن سمات شخصيته.

و يتجلى مما سبق ذكره أن الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة تتأثر بمتغيرات وسيطة مختلفة, و لكي نفهم العملية التي من خلاله يقوم الأفراد بمحاولات لمواجهة الأحداث و الضواغط في بيئتهم فمن الهام أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الأفراد. ففي العقود الماضية تعددت وجهات نظر العلماء حول استراتيجيات المواجهة للضغوط, فالبعض يرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لاستراتيجيات المواجهة, في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور

حاسم في التنبؤ باستخدام استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة. (عبد العظيم حسين, , 2006, ص 71)

و يشير ويثنجتون و كسلر (1991) Wethington, Kessler إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة و أن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار استراتيجيات المواجهة, و هي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية و مركز الضبط

و فعالية الذات و الصلابة النفسية, و هناك عوامل أخرى موقفية و نوعية تتعلق بالموقف و تسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة.

و تتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط و نوعه من حيث هو مزمن أو حاد و جديد, أو أن الفرد قد واجه هذا النوع من الضواغط في الماضي, و كذلك قدرة و قابلية الفرد على التنبؤ بحدوث الموقف الضاغط, فضلا عن المدة التي يستغرقها الحدث الضاغط و درجة التهديد و الضرر و التحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط, و عدم التأكد المعلوماتي المحيط بالموقف, الذي يشير إلى احتمالات نقص المعلومات أو عدم الوضوح و القدرة على تفسير ما يحدث, و كذلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين.

فكل ذلك يؤثر في تحديد نوع استجابة المواجهة للموقف الضاغط, و إضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديمغرافية مثل النوع و العمر الزمني و المستوى الاقتصادي و الاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع استراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغط.

و يعني هذا أن أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة, تختلف بين الأفراد و هذا باختلاف خصائص و طبيعة الموقف الضاغط و اختلاف المتغيرات الديمغرافية و متغيرات الشخصية لديهم. (عبد العظيم حسين, 2006, ص 201)

7-فعالية استراتيجيات المواجهة :

لقد توصلت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة دالة بين الضغط و المرض , Cohen (Lazarus, 1979, Sarason , 1978) و دور استراتيجيات التعامل مع الضغط كعامل وسيط بينهما.

لذلك سعى الكثير من المهتمين في ميدان الصحة إلى تحديد أهم استراتيجيات التعامل مع الضغط " الفعالة" و التي ترتبط بالصحة.

حسب Laborit (1979) تكون إستراتيجية فعالة عندما تسمح هذه الأخيرة في التحكم أو التخفيض من أثر العدوانية على الصحة الجسمية و النفسية للشخص.

(Lazarus et Folkman , 1984, Folkman et al , 1986, Rivoler, 1989 , Dimatheo 1999)

ففي دراسة قام بها Schmitt (1988) على مجموعة من المرضى في حالة استشفاء للقيام بعملية جراحية بينت أن المرضى الذين يستعملون استراتيجيات نشيطة (البحث عن معلومات حول سير العملية , آثارها , المشاركة في العلاج, و تعقيدات ما بعد العملية) أظهروا قلقا أقل من المرضى الذين يستعملون استراتيجيات سلبية (الكف, الاستسلام) .

و قد توصل لازاروس و فولكمان (1984) إلى أن إستراتيجية التعامل مع الضغط يمكن أن تؤثر على الصحة الجسمية بطرق ثلاث مختلفة :

أ- يمكن أن تؤثر على تواتر و شدة و مدة الاستجابات الفيزيولوجية ,
و الأعراض العصبية الكيميائية.

ب- يمكن أن تؤثر مباشرة و سلبيا على الصحة (ارتفاع خطر الموت).

ج- إن استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال يمكن أن تؤثر على الصحة لأنها تعيق التعامل بفعالية مع الوضعيات الضاغطة.

و لكن عندما نتكلم عن فعالية استراتيجيات " التعامل مع الضغط" Coping هناك أساس نرتكز عليه و المتمثل في أنه لا يوجد إستراتيجية فعالة أو لا فعالة , فالفعالية ترتبط بالكثير من المتغيرات من أهمها خصائص الوضعية الضاغطة مثل الشدة , مراقبة الحدث الضاغط, مدة الحدث الضاغط, لذلك فالتجنب يمكن أن يكون فعالا في مرحلة قصيرة المدى من 0 إلى 03 أيام بعد الحدث الضاغط, هذه المرحلة اللازمة لبعض الأشخاص لاستيعاب تدريجي للموقف و الواقع

.(Suls et Fletcher , 1985)

و الاستراتيجيات النشطة تكون فعالة في مرحلة طويلة المدى انطلاقا من أسبوعين بعد الحدث, بالنسبة لـ Lazarus Folkman (1984) فإن الاستراتيجيات النشيطة لا يمكن أن تكون فعالة إلا إذا أدرك الشخص أنه يتحكم في الوضعية ففي الوضعيات غير المراقبة (غير قابلة للضبط) تصبح الاستراتيجيات السلبية أكثر فعالية.

خلاصة القول فيما يتعلق بفعالية استراتيجيات المواجهة, هو ما يؤكده فولكمان و لازاروس Folkman et Lazarus (1984) بأن الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل

لا تظهر فعالة إلا إذا كان الحدث تحت تحكم الفرد, و في حالة حدث غير مرتقب و غير متحكم فيه, فإن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال تكون أكثر تكيفا مثل ما هو الحال في حالة مرض خبيث.

و لعل ما يمكن أن يعبر عن الآراء المختلفة لوجهات نظر العلماء حول فعالية استراتيجيات المواجهة, ما انتهى إليه ياجير (1989) Yager الذي يؤكد أنه كلما كان رصيد سلوكات استراتيجيات المواجهة أكثر تفتحا و مرونة, كلما وجد الفرد نجاحا أكبر على التكيف و أقل عرضة للاضطرابات العقلية.

(Chabrol, Callahan, 2004, p 97))

8- النظريات المفسرة لمفهوم التعامل مع الضغوط (المواجهة: Coping)

هناك عديد من النظريات التي تعني بمفهوم المواجهة, من حيث الدور الذي يسهم به كسلوك في التخفيف أو التقليل من التوتر و القلق الناتج عن مصادر الضغط التي نواجهها في حياتنا.و لكل إطار أو نظرية رؤية لهذا المفهوم قد تختلف في نواحي, و قد تتشابه في نواحي أخرى مع غيرها من النظريات, و من أهم النظريات الأكثر شيوعا في تناول مفهوم المواجهة الآتي:

1- نظرية " فرويد" في الشخصية
2- النظرية المعرفية – الظواهرية
3- نظرية السمات الشخصية

8-1 نظرية " فرويد" في الشخصية : ترجع الأصول النظرية لمفهوم المواجهة في علم النفس إلى أفكار"فرويد" حول الشخصية الانسانية و الآليات الدفاعية , و التي قدمها فرويد (1920- 1936) و تلاميذه . و لكن قبل عرض هذه الآليات الدفاعية و إبراز معالمها و دورها المشابه لمفهوم المواجهة في معالجة الصراعات و الضغوط , نجد أنه من الضروري تقديم عرض موجز لنظرية "فرويد" في الشخصية لفهم مصدر الصراعات

و الضغوط التي يواجهها الفرد و كيفية معالجته لها . قسم "فرويد" (1933) الشخصية الانسانية إلى ثلاثة بنيات و هي :

البنية الأولى : الهو

تختص بنية الهو بكل ما هو موروث و غريزي , و يعد الهو أساس الشخصية و مصدر طاقة هذا النظام , حيث تسعى هذه الغرائز الناتجة عن مصادر حيوية و جسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي , و ذلك لتقليل التوتر الناتج عنها. و ينتج التوتر و عدم الراحة

مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي , و التي لا يستطيع الهو تحمله ,و بالتالي لا يستطيع الهو تحمله , و بالتالي يبحث الهو عن الخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع و معاييره, و يسمى هذا الميل نحو الإشباع الفوري بمبدأ اللذة, و يقسم فرويد هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية و غريزة الموت و غريزة العدوان , و مع محاولات الهو للإشباع الفوري للهو يتطور و ينشأ الأنا.

البنية الثانية : الأنا

يعتبر الأنا الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي , و يسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعاييره و ضوابطه و بين عالم الهو الغريزي برغباته و اندفاعاته . و هذه المهمة من وجهة نظر فرويد من أصعب المهام , و يتحكم في وظائف الأنا مبدأ الواقعية و الذي يعمل على إشباع و تفريغ التوتر الناشئ عن الغرائز في ضوء ظروف بيئية و اجتماعية و أخلاقية مناسبة.

البنية الثالثة : الأنا الأعلى

يعد الأنا الأعلى بمثابة القاضي و الحاكم على صحة الأشياء من خطئها , فهو يسعى إلى المثالية و المعايير و الأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءا من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصية. (Freud .S, 1947 , pp 19-44)

فبينما يطلب الهو المتعة الفورية , و يختبر الأنا الواقع , و يطلب الأنا الأعلى الكمال , من هنا ينشأ الصراع الناتج عن التفاعل المستمر و الصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة, و تسمى هذه التفاعلات بمصطلح الديناميات.

من خلال سعي الهو إلى الإشباع الفوري لرغباته العاكسة لطبيعة الإنسان, تؤدي هذه الرغبات الموروثة إلى تصادم بين الفرد و البيئة حيث لا تسمح البيئة بمعاييرها و أخلاقها بهذا الإشباع, و بالتالي لا يرضى الأنا و كذلك الأنا الأعلى, و ينتج عن هذا الصراع القلق.

و لأن القلق يسبب الألم, فإن الفرد يسعى إلى تقليل هذا الألم بأسرع ما يمكن, لذا يلجأ لاستخدام ما يسمى بالآليات الدفاعية التي تعمل كوسيلة لإخفاء هذه الصراعات المؤلمة.

و قد حدد فرويد استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة و معالجة مصادر الضغوط الداخلية , و هي الصراعات الجنسية و العدائية, بينما اتجه نظر أدلر (1930) ليقتصر استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة مصادر الضغوط الخارجية و التهديدات البيئية , ثم قدمت أنا فرويد Anna Freud (1936) رؤية تجمع بين التوجهين معا, حيث أشارت

إلـى أن الآليـات الدفاعيـة تسـتخدم فـي مواجهـة كـل مـن المهـددات الداخليـة و المهـددات الخارجية (Synder,C.R & Dinoff ,B.l , 1999,p 7)

هذا عن القلق الناجم عن الصراعات المثيرة للضغط النفسي من منظور نظرية فرويد في الشخصية. أما عن الآليات الدفاعية التي يقدمها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو و الأنا الأعلى , فهي تتمثل فيما يلي:

1- الكبت:

و يقصد بالكبت في نظرية فرويد في الشخصية بأنه "نمط خاص من الإنكار" (Freud . A, 1942 , p 45).

و يعرفه "وايت" White (1964) بأنه " نسيان أو طرح الذكريات المؤلمة أو المهددة من الشعور , و يحدث الطرح في مواجهة الدوافع الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية و أخلاقية , فيسعى الكبت إلى كف الدوافع المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور (Mischel . W, 1999, p 45).

2- الإنكار:

استخدم "فرويد" الإنكار ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع (Fine. R, 1990, p 300), بالإضافة إلى أن هذه الآلية تحدث عندما لا يستطيع الفرد الهروب أو مواجهة مصدر التهديد.

خاصة عندما يكون مصدر الألم مؤلما بدرجة كبيرة, فأفضل خيار له هو إنكار هذا الألم (Cloninger.S.C, 1996, p 209)

3- الإسقاط:

و من خلال آلية الإسقاط , يحاول الفرد الذي تسيطر عليه مشاعر القلق غير محتملة إلى كبت أو كف هذا القلق من خلال عزوه إلى فرد آخر – فعلى سبيل المثال- يحول الفرد مشاعر الغضب إلى فرد آخر , مما يؤدي إلى تقليل التوتر لديه. (Sappenfield. B.R, 1956, pp 327-328)

4-التثبيت:

من خلال آلية التثبيت يثبت الفرد على مرحلة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية محملة بالتوتر و القلق, و يحدث التثبيت لدى الطفل لكي يحمي نفسه من القلق بسبب تعلمه الاستقلال و الاعتماد على نفسه في المرحلة القادمة.

2-التسامي:

يعد الحل الطبيعي للصراعات الناتجة عن غرائز الهو و يقصد بالتسامي تحويل أو إبدال الطاقة من موضوعها, و الذي يكون غالبا جنسي إلى موضع آخر يكون مقبولا اجتماعيا. فالطفل المهدد بالاستمناء, ربما يحول هذه الطاقة الجنسية إلى شكل اجتماعي مقبول كالسباحة أو ركوب الخيل.

(Fine,1990, p 134)

4- التبرير:

و يعد التبرير شكلا آخر من أشكال الآليات الدفاعية, و هو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات و أعذار, فالشخص الذي لا يطيق تصرفات زوجته, قد يرجع هذا الضيق إلى ضغط العمل و ليس بسبب تصرفات زوجته. (Mischel . W, 1999, p 46)

و بالإضافة إلى هذه الآليات الدفاعية, هناك آليات أخرى متعددة, مثل آلية العزل و هي الفصل و التخلي عن الموقف , و آلية التكوين العكسي و هي إبدال القلق الناتج عن دوافع الهو بشيء مضاد لهذا القلق , و يكون مقبولا اجتماعيا , و غيرهم من الآليات الدفاعي (Viney & King , 1993 , p 379).

و لكن بعد عرض هذه الآليات الدفاعية, و توضيح دورها في تقليل التوتر الناشئ عن مصادر الضغط, يثار تساؤل مهم و هو إلى أي مدى تعد هذه الآليات الدفاعية ممثلة لمفهوم المواجهة؟

لعله يتضح من خلال العرض السابق نوع من الاتساق بين هذه الآليات الدفاعية –كما قدمها "فرويد" و تلاميذه– و مفهوم المواجهة, حيث يستخدم كلاهما لمواجهة و معالجة الظروف و المهددات سواء الداخلية أو الخارجية بهدف تخفيف أو تقليل أو إخفاء التوتر و القلق الناتج عن هذه الضغوط و المهددات.

و على الرغم من هذا الاتساق فهناك بعض الخصائص التي تميز بين المفهومين. فاستراتيجيات المواجهة تتميز بالمرونة , و الواقعية, و المنطقية, و السماح بالتعبير عنه, و الاختيار, و الاتجاه نحو المستقبل, و الوعي به.

أما الآليات الدفاعية فهي على العكس من ذلك , تتسم بالتصلب , و تشويه الواقع و المنطق , كما تتسم بالجبرية , و الاتجاه نحو الماضي, و اللاوعي بها – أي أن الفرد لا يكون مدركا و واعيا بها عند حدوثها.(Haan. N, 1977, p 34)

من هنا يتضح أنه على الرغم من أن تلك الآليات الدفاعية تستخدم لتقليل التوتر و القلق , فهي ليست مكافئة تماما لمفهوم المواجهة .

2-8 النظرية المعرفية – الظواهرية:

تعتبر النظرية المعرفية " التعامل مع الضغط " كوسيط بين المحيط (الحدث) الضاغط و الاضطراب الانفعالي و كما هو الشأن بالنسبة للتناول المعرفي على العموم, فإن الضغط لا يرتبط بالمحيط و لا بالشخص و إنما نتيجة تفاعل بينهما, حيث تلعب فيها العمليات المعرفية دورا مهما في حدوث الاستجابة. إن العلاقة بين الموقف الضاغط لا يحدد درجة و طبيعة الاستجابة, إن العلاقة بين الموقف الضاغط و الاستجابة ليس بعلاقة خطية بل هناك عوامل وسيطية معدلة ترتكز أساسا على تقييمات الشخصية (الأولية و الثانوية).

فالضغط يحدث عندما يقيم الشخص الوضعية على أنها ضاغطة و أنها تتجاوز موارده و يمكن أن تضعه في وضعية خطر.(Folkman et al 1986, ;Lazarus et Folkman ,1984; Matheny,Pugh,1986) إلى جانب التقييم المعرفي للموقف (Folkman et Lazarus,1984)

هناك عامل معرفي آخر و المتمثل في إدراك الشخص لقدرته على مراقبة الموقف الضاغط حيث يعتبر هذا العامل كمعدل ذات دلالة للعلاقة بين الضغط و الاستجابة (Cohen et al ,1989) و هذا ما أكدته الكثير من الدراسات حيث توصل جونسن و صراصن (Johnson et Sarason) (1978) إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة بين القلق و الاكتئاب و مركز التحكم .

و أكد هذه النتيجة كل من (Sandler ,1982;Turner ,1983; Parkes,1984) كلهم يؤكدون على الدور الوقائي لمركز التحكم و خاصة الداخلي.

و هناك عامل معرفي لا يقل أهمية على العوامل الأخرى و الذي يرتبط بمركز التحكم , و له نفس التأثير و يصنفه المعرفيون من العمليات المعرفية القصيرة المدى ألا و هو الإسناد السببي " " Attribution causale"

و أكد هذه النتيجة كل من (Sandler ,1982;Turner ,1983; Parkes,1984) كلهم يؤكدون على الدور الوقائي لمركز التحكم و خاصة الداخلي. و هناك عامل معرفي لا يقل أهمية على العوامل الأخرى و الذي يرتبط بمركز التحكم , و له نفس التأثير و يصنفه المعرفيون من العمليات المعرفية القصيرة المدى ألا و هو الإسناد السببي "Attribution causale ""

8-2-1 نظرية لازاروس:

يعرف لازاروس التعامل مع الضغط بأنه محاولات معرفية و سلوكية لتسيير متطلبات داخلية أو خارجية خاصة (و الصراع بينهما) و التي تقيم على أنها مرهقة للموارد (المصادر) الشخصية (Lazarus , 1991) .

بدأت النظرية من خلال التسليم بتنوع استجابات الأفراد للضغط , فعند تعرض الأفراد لأحداث تتعارض مع مستقبلهم , نجد بعضهم يقف كالعاجز ,بينما يجمع بعضهم الآخر إمكاناته الاجتماعية و الشخصية لمواجهة الحدث.

حاول لازاروس وضع نظرية توضح العلاقة الدينامية بين الفرد و البيئة, و لتفسر التنوع و الاختلاف الظاهر بين الأفراد في استجابتهم لمصادر الضغط.

حيث تبدأ مكونات النظرية من حدث المثير للمشقة , مرورا بعمليات الإدراك و التقييم , و منتهيا باستراتيجيات المواجهة و نواتجها. و فيما يلي عرض لهذه المكونات كل منها على حدا.

8-2-1-1 مصادر الضغط حسب لازاروس:

وصف "لازاروس " و "فولكمان" (1984) الضغط " بأنها العملية التي تحتوي على مطالب البيئة من ناحية , و العلاقة بين البيئة و الفرد من ناحية أخرى" .

و أطلق على هذه العملية التي توضح التفاعلات المستمرة بين الفرد و البيئة بالتعاملات, و هي عملية تعكس مدى التأثر و التأثير المتبادل بين الفرد و البيئة, و بالتالي تفسر لنا اختلاف الأفراد في مستوى درجة خبرتهم بمصدر الضغط. Folkman, Lazarus, (1984, p 125)

كما تعكس هذه العملية أيضا مدى ارتباط مفهوم الضغط مع مطالب البيئة, التي تدرك كضريبة تفوق قدرة الفرد على مواجهة هذه المطالب
(Palmier & Dryden, 1996, p 116)

و أشار "لازاروس" أن مصدر الضغط لكي يكون ذات تأثير قوي, فلابد أن يحمل في طياته مفهوم التهديد, و قد وضع شرطين أساسيين كمحك لتوفر خاصية التهديد في الحدث, و هما:

1- التوقع و التوجه للمستقبل

2- مساهمة العمليات المعرفية كالإدراك و التعلم و الذاكرة و الحكم و التقدير.

فعندما نشعر أن الموقف مهدد لنا , يعني ذلك أنه يحمل في طياته توقع الضرر و الأذى , بالإضافة إلى أن العمليات المعرفية تسهم بشكل كبير في إدراك الموقف كمصدر للتهديد و الضرر , و يتم تقدير توقع الضرر على أساس مقدار التصدي للمنبه , فكلما كان الجهد المبذول للتصدي للمنبه مرتفعا , زاد التوقع بالضرر. (Lazarus , 1966, p 31)

و تتنوع الأحداث المهددة من حيث النوع (المهددات الجسمية ,الألم أو الخسارة الاجتماعية , أو فقدان محبوب) و الدرجة (أحداث شديدة التهديد و أخرى ضعيفة التهديد) و تتحدد درجة التهديد طبقا للضرر المتوقع , فكلما كان توقع الضرر مرتفعا, فإن التصدي له يكون مرتفعا , و بالتالي درجة التهديد تكون مرتفعة, و من هنا يمكن وصف الأحداث حسب درجة الضرر المتوقعة.

(نفس المرجع السابق , ص 43) .

8-2-1-2- عملية التقييم:

و تسمى العملية المعرفية التي تسهم في معالجة الأحداث و إدراكها من حيث كونها مهددة أم لا بعملية التقييم.

و قد عرفها "جرينكر" Grinker و سبيجيل Spiegel (1945) بأنها " نشاط عقلي يشمل الحكم, والتمييز, و الاختيار, و تعتمد هذه العملية بشكل كبير على الخبرة الماضية للفرد ".

و يعرفه "لازاروس" و "فولكمان " (1966) بأنه " الآليات التي يستخدمها الفرد لإعطاء معنى لمواقف الضغط "(Lazarus,R.S & Folkman , S, 1988 , p 466). و يحدث الشعور بالتهديد من خلال إدراك الموقف , و إدراك التأثير الضار له , و يتأثر هذا الإدراك بالمعرفة السابقة للأفراد , و بالمعتقدات و القيم , فإدراك التهديد ليس بالإدراك البسيط لعناصر الموقف , و لكنه حكم و استدلال من الخبرات و التوقعات السابقة.

و إذا ما تغيرت الخلفية المعرفية للفرد , سيدرك الفرد الموقف بشكل مختلف, و ربما لا يصبح الحدث ضارا أو مهددا له.

فعملية التقييم المعرفي هي عملية عقلية, تسعى لتحقيق هدفين, هما:

- إدراك ما إذا كان الموقف مهددا أم لا, و تسمى هذه العملية بالتقييم الأولي
- حصر المصادر المتوفرة عند الفرد لمواجهة التهديد المدرك و التصدي له و تسمى هذه العملية بالتقييم الثانوي. (Taylor, S.E,1995, p 71)

أ- عملية التقييم الأولى (المبدئي):

تهدف هذه المرحلة الى تقديم معنى للموقف أو للحدث الذي يتعرض له الفرد, و يساعد على تقديم هذا المعنى خبرة و معرفة الفرد السابقة. و عرف "فولكمان" (1982) التقييم الأولي بأنه " العملية التي تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أو الحدث", كما أوضح "كوكس" cox (1987) أن هذه العملية تسعى للإجابة عن التساؤلين التاليين:

- ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟
- و هل سيصبح هذا الموقف مثير للمشقة أم لا؟ (Cox, 1995, p25)

و قد قدم" لازاروس" و" سبايسمان" Speisman (1964) تجربة كلاسيكية, لتوضح مدى تنوع و اختلاف الأفراد في الاستجابة لموقف ما.

و التي تعتمد على عملية التقييم الأولي, و التي تسهم في تشكيلها خبرة الفرد و معارفه و دافعيته و تقييمه لذاته, و تدور التجربة حول مشاهدة فيلم لعملية جراحية لذكر بعنوان " تحت الجرح", و تم تقسيم الأفراد إلى أربعة مجموعات.

حيث ترى المجموعة الأولى الفيلم بدون استخدام مؤثرات صوتية, أما المجموعة الثانية فتشاهد الفيلم مع مؤثرات صوتية تبرز الألم و الخطر أثناء إجراء العملية الجراحية, أما المجموعة الثالثة فتسمع المرضى و هم ينكرون ألمهم, و يصنفونه في صور و تعبيرات مضحكة, أما المجموعة الرابعة تسمع و تشاهد الفيلم في صورة أقرب ما تكون لمحاضرة عملية عن الجراحة.

و بعد مشاهدة الفيلم بهذه الطرق الأربعة, تم تسجيل و تقييم درجة المشقة لكل مجموعة من خلال استخدام التقارير الذاتية و المقاييس الجسمية مثل ضربات القلب و ضغط الدم أثناء و بعد مشاهدة الفيلم. و جاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التي رأت الفيلم بدون المؤثرات الصوتية, و المجموعة التي سمعت تعبيرات إنكار المرضى لألمهم, و المجموعة التي شاهدت المحاضرة العلمية, كانوا أقل مشقة سواء أكانت ذاتية أم جسمية من المجموعة التي شاهدت الفيلم باستخدام المؤثرات الصوتية.

(Taylor, 1993, p72 & Lazarus, 1996, p46)

و من هنا يتضح مدى تنوع و اختلاف الأفراد في استجابتهم لرؤية الفيلم,

و يرجع هذا التنوع إلى اختلاف عملية التقييم الأولي عند الأفراد, و التي تعتمد بشكل أساسي على خبرة الأفراد السابقة.

و يتضح كذلك دور عملية التقييم هذه في تقليل أو زيادة الشعور بالضغط أو التهديد, فنجد أن الموقف الواحد – رؤية الفيلم– يؤدي إلى استجابات متعددة, فبعضنا يدركه على أنه موقف طبيعي, و من هنا لا يحدث الشعور بالتهديد,

و بعضنا الأخر يدركه كموقف شاق. و من ثم يحدث الشعور بالتهديد, و بالتالي تكون عملية الإدراك الأولى قد أجابت على السؤال الخاص بها.

و هو تحديد ما إذا كان الموقف شاقا أم لا؟ و عند الإجابة بأن الموقف شاق و مهدد, تبدأ المرحلة الثانية في الاستعداد للتصدي لهذا التهديد.

ب– عملية التقييم الثانوي:

تسعى هذه المرحلة إلى " قياس المصادر المتاحة أو المتوفرة لدى الفرد للتعايش مع التهديد المدرك", و تسعى هذه المرحلة للإجابة عن السؤال التالي, و هو ما يمكن عمله لمواجهة هذا التهديد (Taylor, 1993, p71).

فبينما تركز العملية الإدراكية الأولية على مصدر التهديد, تركز العملية الإدراكية الثانوية على جمع المصادر المتاحة للفرد للتعايش و للتصدي لهذا التهديد. (Lazarus, 1966, p208)

و عندما يدرك الفرد الحدث بأنه مهدد و مشق, يدخل مباشرة في مرحلة الإدراك الثانوي, و ذلك لجمع المصادر المتاحة للتعايش مع هذا الحدث الشاق, و اعتمادا على تقييم الفرد الذي يتم بواسطة هاتين العمليتين المعرفتين (الأولى و الثانوية) يقرر الفرد أي من استراتيجيات التعايش سيستخدمها في مواجهة التهديد. (Snyder & Dinoff, 1999, p9)

ج– ما العلاقة بين عملية التقييم الأولي و عملية التقييم الثانوي؟

يعتقد من العرض السابق أن كلا من عملية التقييم الأولي و عملية التقييم الثانوي تسيران بشكل متتالي, بحيث تسلم عملية التقييم الأولي إلى عملية التقييم الثانوي بشكل آلي, غير أن الأبحاث أوضحت أن المسار لا يسير بشكل متتالي, ففي بعض الأحيان تبدأ عملية التقييم الثانوي قبل عملية التقييم الأولي, على أن ما يحدد أيهما كبداية هو المنبه مصدر التهديد.

قد تبدأ عملية التقييم الثانوي قبل إدراك التهديد, و يحدث ذلك مع تكرار المنبه الذي يحتوي على معلومات مرتبطة بالتهديد و التعايش, و من ثم لا يحتاج هذا المنبه إلى عملية التقييم الأولي, فمجرد ظهور هذا المنبه, تبدأ عملية التقييم الثانوي في جمع مصادرها لمواجهة هذا المنبه, الذي سبق إدراكه على أنه مصدر للتهديد. (Lazarus, 1966, p60)

إذن العلاقة بين العمليتين ليست مرتبة ترتيبا زمنيا, بل هي تبدو علاقة تبادلية, و الذي يحدد أيهما تبدأ هو الموقف أو الظرف مصدر التهديد.

و لمزيد من التوضيح, لابد من تحديد العوامل التي تسهم في تكوين و نشأة كل من عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي, بعض هذه العوامل تبدو مرتبطة بالموقف أو الحدث الشاق, و بعضهما الآخر يبدو مرتبطا بالبناء النفسي للفرد.

فمن العوامل التي تعتمد عليها عملية التقييم الأولي – و التي ترجع إلى مصدر المشقة– التوازن بين الضرر المتوقع و المصادر المضادة له, و التصدي المتوقع, و هاديات المنبه الشاق, أما العوامل التي ترجع إلى البناء النفسي للفرد, فمنها الدافعية, و المعتقدات المكونة عن بيئة الفرد, و إضافة إلى المصادر العقلية و التعليم و التفكير.

أما عن العوامل التي تسهم في تكوين و نشأة عملية التقييم الثانوي, و التي ترجع إلى مصدر المشقة, فهي موقع الضرر, و الظروف الموقفية, و أحداث التعايش, أما العوامل التي ترجع إلى البناء النفسي للفرد, فهي قوة الدافع, و مصادر الأنا, و الاستعداد للتعايش. (Ibid,p60)

و هكذا يتضح مدى اختلاف المكونات و مصادر المعلومات التي تسهم في تشكيل و بناء كل من عملية التقييم الأولي و عملية التقييم الثانوي ,و برغم هذا الاختلاف , نجد أن العمليتين في تفاعل مستمر ,و في بعض الأحيان , تعتمد إحداهما على الأخرى.

إذن باختصار , تتركز عملية التقييم الأولي على كمية الخطر التي يتعرض لها الفرد في الموقف , بينما تتركز عملية التقييم الثانوي على دور استراتيجيات التعايش للتصدي لهذا الخطر المتوقع, و بالتالي تعتمد عملية التقييم الثانوي على عملية التقييم الأولي بشكل جوهري .

و هكذا نخلص إلى أن نموذج لازاروس يؤكد على أهمية التقييم المعرفي حيث يعتبره أساسيا في تصوره النظري كعنصر داخلي في سيرورة التعامل مع الضغط. (Lazarus & Launier , 1987; Folkman & Lazarus,1986)

3-8 نظرية السمات الشخصية:

تنطلق هذه النظريات من فكرة لافروق الفردية, و من ثم فمفهوم التعايش بالنسبة لهذه النظريات ,ما هو إلا عدد من الأبعاد التي تشبه السمات المكونة للشخصية الإنسانية.((Watson, D;David, J.P & Suls, J; 1999, p 119

و إذا كانت السمة تشير إلى" استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة و مميزة للفر د عبر المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته ", فإن التعايش يشير –من هذا المنظور– "إلى استعداد , أو ميل عام , أو أسلوب للحياة "

(Sleptoe, A; Wardle,J;1994, p 338)

و يعرف أسلوب التعايش بأنه " استعداد عام أو وميل عام للتعامل أو لمعالجة الأحداث المثيرة للمشقة بطريقة مميزة للفرد عن غيره من الأفراد " , و يتضح من التعريف السابق مدى الاتساق بين مفهوم السمات الشخصية و مفهوم أسلوب التعايش, من حيث كونهما يمثلان طرازا و أسلوبا خاصا يميز الفرد أثناء التعامل مع ظروف الحياة , غير أن أسلوب التعايش يبدو أكثر خصوصية في التعامل مع المواقف الحياتية من السمات الشخصية و ذلك لأنه يختص بالمواقف و الظروف المثيرة للضغط في الحياة (Taylor , 1995; p 266).

و يعد التعايش – وفقا لهذا المنظور – عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في نواتج المشقة, مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة , لهذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للضغط , في حين يصبح بعضهم الآخر مواجها للضغط. (Bolger, N; 1990 ,p 540)

تعقيب على النظريات:

لنظرية فرويد في الشخصية,فعلى الرغم من الملامح التي تبدو مشتركة بين مفهوم الآليات الدفاعية و مفهوم المواجهة , فإن هناك ملامح أخرى فارقة تحثنا على استبعاد الاستناد إلى هذه النظرية في تناول مفهوم االمواجهة .

فالآليات الدفاعية – كما أشارت " هان " – تتسم بالسلبية و التصلب, واللاوعي, و تشويه الواقع, في حين أن استراتيجيات المواجهة يتسم بالمرونة, و الوعي , و الارتباط بالواقع. (Snyder& Dinoff, 1999; p 8).

كذلك يعد مفهوم الآليات الدفاعية أقرب إلى العمليات الداخلية النفسية, التي تستخدم في تفسير المواقف الشخصية و الاجتماعية أكثر من مواجهتها, بينما مفهوم المواجهة يعمل على التصدي لمواقف الضغط , سواء بشكل مباشر – من خلال بذل جهد لتغيير الموقف– أم بشكل غير مباشر – من خلال التحكم في الانفعالات المتولدة عن الموقف .(Dantzer , 1993; p 69)

و إلى جانب ما سبق توجد مشكلة أخرى تدعم استبعاد مفهوم الآليات الدفاعية , و هي تتمثل في أن هذه الأخيرة تتم بشكل لاشعوري , بمعنى أن الفرد لا يكون مدركا لحدوثها كرد فعل للمنبه المهدد, و هو الأمر الذي أوضحه جولدن Goldin (1964) فذهب إلى أن مفهوم التعايش يختلف عن الآلية الدفاعية , من حيث غياب الوعي في الآليات الدفاعية , و تجسده بشدة في حالة استخدام استراتيجيات المواجهة للمواقف المثيرة للضغط النفسي.(Lazarus, 1966,p 79)

من ناحية أخرى حدد الباحثون خمسة مستويات للوعي, تفسر لنا تنوع الاستجابات السلوكية و الجسدية.

1- مستوى الوعي المرتكز على ملامح المنبه المهدد, و تعتبر درجة الوعي هي المحدد الرئيسي لإدراك المنبه, فقد يدرك المنبه على أنه مهدد أو غير مهدد, اعتمادا على مدى وعي الفرد بملامح معينة للمنبه.

2- مستوى الوعي المرتكز على خصائص البناء النفسي للفرد, فالمنبه الذي يتعارض مع بناء معتقدات الفرد أو مع أهدافه, يدرك على أنه مهدد, حتى و لو كان بالنسبة للآخرين غير مهدد.

3- مستوى الوعي في علاقته بكل من مثير الضغط و البناء النفسي, فقد يعي الفرد كلا من مثير الضغط, و البناء النفسي, و لكنه لا يعي العلاقة بينهما, مما يجعله يتعامل معهما بشكل منفصل.

4- مستوى الوعي بالطرق المتاحة لمواجهة التهديد , فوعي الفرد بالطرق التعايشية لديه(بأساليب المواجهة), يعد مهما في مرحلة الإدراك الثانوي للتهديد بهدف تحديد و انتقاء المناسب منها لتحقيق التعايش المرجوة.

5- مستوى الوعي بالاستجابة الانفعالية ذاتها, يخطئ الفرد في تفسير الحالة الجسمية أو المزاجية المصاب بها, فعلى سبيل المثال قد يشعر الفرد بضربات القلب, و لكنه لا يدرك أن هذه الاستجابة الجسمية ناتجة عن الحالة الانفعالية. (Ibid , pp 78-80)

إذن تتضح أهمية الوعي في إدراك التهديد , و إدراك الإمكانات المتوفرة لدى الفرد للتعايش مع الحدث , و أيضا إدراك نواتج هذه الطرق التي يستخدمها الفرد , و من خلال هذه المستويات الخمسة للوعي , تتنوع استجابات الفرد حسب درجة الوعي عنده. لذا فالوعي ضروري عند تحقيق الفرد لدرجة التعايش المطلوبة.

أما النظرية المعرفية, فهي أقرب النظريات اتساقا مع مفهوم المواجهة – الذي تم تناوله في الدراسة الراهنة– و هي تتسم بالتنوع كما و كيفا.

فمن حيث الكم اختلف الباحثون في تحديد هذه الاستراتيجيات , فحددها "لازاروس" بإحدى عشر إستراتيجية , بينما وضع "موس" خمس استراتيجيات, كذلك نجد" فولكمان" يحدد بثمان استراتيجيات . و مع اختلاف عدد هذه الاستراتيجيات المتوقعة من باحث لآخر, نجد اختلاف مضمونها.

والأكثر من ذلك هو اختلاف التأثير المتوقع منها , فنجد بعض الاستراتيجيات تحقق درجة من التوافق في موقف ما و لكنها تختلف من موقف لآخر.

كما أوضح "لانون" (1990) أن استراتيجية المواجهة تمثل سلسلة دينامية بين الفرد و البيئة, و التي من خلالها يحاول الفرد تنظيم حالته الداخلية و تعديل العلاقة بينه و بين البيئة. (Lennon, 1990)

إذن يتضح مدى تنوع استراتيجيات المواجهة من دراسة لأخرى , و من باحث لآخر و من عينة لأخرى , لذا لابد من تحديد خصائص العينة بشكل دقيق , و أخذ نتائج الدراسات السابقة بشكل دقيق , و مراعاة الاختلافات بين الدراسات في عدد الاستراتيجيات و نتائجها.

أما نظريات السمات الشخصية:

فقد أشار "لازاروس"و "كوهن" (1979) إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين قياس استراتيجيات المواجهة كاستعداد , كذلك أشارا إلى أن استراتيجيات المواجهة كاستعداد لا يبدو كمنبئ لكيفية مواجهة الأفراد لمواقف الضغط.

(Cohen, 1987, p 286)

و قام "لازاروس" و "كوهن" بدراسة العلاقة بين المواجهة و الشفاء من المرض, و ذلك باستخدام كل من مفهوم المواجهة كسمة أو استعداد, و مفهوم المواجهة كنشاط يقوم به الفرد في مواقف خاصة, و تبين من النتائج أن التجنب كنشاط أو سلوك خاص كان أفضل للتنبؤ بالنواتج من التجنب كسمة أو استعداد, و أضاف الباحثون أن المواجهة كسمة يعد أفضل منبئ بالنواتج في ظل الظروف المتماثلة التي يتعرض لها الفرد. (Sleptoe et al.1994, p 340)

أوضحت بعض الدراسات أن من الخطأ افتراض أن جميع الأفراد يستخدمون استراتيجيات المواجهة نفسها في معالجة المواقف الخاصة , كذلك وجدت الأبحاث دليلا على اختلاف

استراتيجيات المواجهة المستخدمة في معالجة مواقف الضغط, بل و تختلف مع تعدد مراحل الضغط , لذا كيف يمكن النظر إلى مفهوم المواجهة كسمة أو كاستعداد عام يستخدمه الفرد في معالجة جميع المواقف و الظروف المثيرة للضغط.

و على سبيل المثال أكد " ماجس" Mages و" مندلسون" Mendelson (1979) اختلاف استراتيجيات المواجهة المستخدمة في المر احل المختلفة لورم السرطان, و أشار إلى أنه لا بد من النظر إلى مفهوم المواجهة كعملية تطورية, تختلف من مرحلة إلى أخرى . (Cohen, 1987, p 286)

إذن يتضح أن قياس مفهوم المواجهة كسمة أو استعداد عام لا يسمح بإبراز تنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة في التعامل مع أحداث الضغط.

و من ثم يتضح أن مفهوم المواجهة ليس بالآلية الدفاعية, التي يستخدمها الفرد بشكل لاشعوري مع مواقف الضغط.

و هو ليس بالسمة أو بالاستعداد العام الذي يستخدمه الفرد في جميع المواقف بغض النظر عن كونها مصدرا للضغط أم لا, بل هو استجابة يستخدمها الفرد في موقف الضغط, و قد يغيرها حسب هذا المصدر و نواتجه.

ملخص الفصل:

قدمنا في هذا الفصل عرضا مفصلا لمفهوم استراتيجيات التعامل مع الضغوط تصنيف هذه الاستراتيجيات و وظائفها ,كما تناولنا مميزات استراتيجيات المواجهة و قارنا بين هذه الاستراتيجيات و الآليات الدفاعية .

أشرنا بعد ذلك للعوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة و فعالية هذه الاستراتيجيات , و أخيرا تطرقنا للنظريات المفسرة للضغط كالنظرية المعرفية للضغط و المواجهة.

الجانب الميداني

الفصل الخامس:

منهج البحث و إجراءاته

تمهيد

1- منهج البحث و تصميمه

2- الإشكالية الخاصة للبحث

2-1 أسئلة و فرضيات البحث

3- الدراسة الاستطلاعية

4- متغيرات البحث

5- عينة البحث

6- أدوات البحث و خصائصها السيكومترية

7- طريقة اجراء البحث

8- المعالجات الاحصائية

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على أكثر استراتيجيات المواجهة استعمالا لدى المكتئبين , و علاقة هذه الأساليب بمتغيرات الجنس و السن و متغير المستوى التعليمي و كذا درجة الاكتئاب . كما درسنا الفروق بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استعمالهم لاستراتيجيات المواجهة .

وللتمكن من كشف هذه العلاقات قمنا بجملة من الخطوات شكلت الجزء الخاص بالفصل المنهجي الذي احتوى على منهج البحث و تصميمه , بدءا بالإشكالية الخاصة للبحث ثم الدراسة الاستطلاعية التي كانت تهدف إلى تحديد ميدان الدراسة و عينة البحث ,دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات البحث ,كما سنتطرق إلى متغيرات و فرضيات البحث و طريقة معالجة النتائج المحصل عليها معالجة علمية دقيقة و منظمة

1- منهج البحث و تصميمه :

يهتم البحث الحالي بمحاولة الكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبين و دراسة الفروق بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة كما يهتم بدراسة علاقة هذه الأساليب بمتغيرات الجنس و السن و المستوى الثقافي و شدة الاكتئاب , و بالتالي فقد لجأنا إلى المقارنة و بحث العلاقات, و بذلك استعملنا المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع, و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا, فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها, أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى .

و الأسلوب الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الانسانية, و مازال هذا الأسلوب الأكثر استخداما في الدراسات الانسانية حتى الآن و ذلك نتيجة لصعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الانسانية.(محمد زيدان,1990 , ص 120)

و تتبع هذه الدراسة خطوات المنهج الوصفي في البحث, و الذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة و دراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة, و يسير هذا المنهج وفق خطوات علمية محددة تبدأ بتحديد المشكلة المراد بحثها, وتنتهي بالوصول إلى النتائج و تفسيرها و معرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات. (فخرية الجارودي,2001 , ص95)

و لأن إشكالية بحثنا تدور حول طبيعة العلاقة بين اضطراب الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة ,و العلاقة بين هذه الاستراتيجيات و متغيرات أخرى كالسن و المستوى

الثقافي(التعليمي) و الجنس, فإننا لجأنا لتساؤلات تبحث في مدى وجود ارتباطات بين هذه المتغيرات , و بذلك ارتأينا استخدام المنهج الارتباطي باعتباره أحسن منهج يبحث في الارتباط بين متغيرين أو أكثر.و تعرف الدراسات الارتباطية بأنها كل دراسة يفحص فيها الباحث العلاقة بين متغيرين أو أكثر, و ما يميز هذه المتغيرات هي أنها قابلة للقياس و لكنها غير قابلة للتحكم.و بالتالي فهنا إذن تدرس متغيرات لا يمكن معالجتها, فتلاحظ و تقاس دون أن تعالج تجريبيا بحضور متغير آخر(متغير مستقل) و الذي من شأنه أن يؤثر في المتغير المدروس.

يعتبر المنهج الارتباطي أحد المناهج الوصفية التي تعمل على تحليل العلاقة بين متغيرات مكونة للظاهرة.و يعتمد في سبيل تحديد طبيعة الارتباط على التحليلات الإحصائية كمعاملات الارتباط و التحليلات العاملية .و هو بذلك لا يكتفي بالكشف عن اتجاه الارتباط ,بل إنه يحدد الدلالة الإحصائية له.

كما يعمل المنهج الارتباطي على تحديد إمكانية وجود ارتباط بين حدثين ,و يحدد درجة هذه العلاقة بطريقة كمية من خلال تحليلات إحصائية متعلقة بالارتباط...في هذا النوع من الدراسات ,يكتفي الباحث بتناول جانبين محددين من الظاهرة المدروسة, و يتساءل متى يترافق ظهور أحدهما بظهور الآخر (فريدة طايبي, 2000 , ص 186).

كما يرى ملحم سامي(2000) أن المنهج الارتباطي هو الذي يعمل على جمع البيانات من عدد من المتغيرات و تحديد ما إذا كانت هناك علاقة بينهما, و إيجاد قيمة تلك العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يسمى بمعاملات الارتباط.

2- الإشكالية الخاصة للبحث:

نسعى من خلال هذا البحث إلى دراسة استراتجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون عند مواجهتهم مواقف ضاغطة و هذا مقارنة بالأسوياء (غير مكتئبين) كما بحثنا عن دور استراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة النفسية و الجسدية , من خلال إجراء مقارنة بين مجموعة عادية(سوية, غير مكتئبة) و مجموعة مكتئبة , و بالتالي الكشف عن استراتيجيات المواجهة المستعملة بين المجموعتين في إدارة الضغوط .

2-1 أسئلة البحث:

انطلقنا في هذه الدراسة من التساؤلات التالية:

1-هل يختلف الأسوياء عن المكتئبين فيما يخص استراتيجيات مواجهة الضغوط؟

5- ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون؟

6-ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأسوياء؟

7-هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون (الذكور) و المكتئبات (الإناث)؟

5-هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الذكور العاديون والإناث العاديات ؟

6- هل هناك فروق دالة بين استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون و العاديون؟

7- هل هناك ارتباط دال بين استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين و متغير السن؟

8- هل هناك ارتباط دال بين شدة الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة عند المكتئبين؟

9- هل هناك ارتباط دال بين استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين والمستوى التعليمي؟

2-2 فرضيات البحث:

1-يوجد اختلاف بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة .

1-1 يستعمل الأسوياء استراتيجية المواجهة الفعالة أكثر من المكتئبين .

1-2 يستعمل الأسوياء استراتيجية حل المشكل أكثر من المكتئبين.

1-3 يستعمل المكتئبون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بنسبة أقل من الأسوياء.

1-4 يستعمل المكتئبون استراتيجية التجنب أكثر من الأسوياء.

1-5 يستعمل المكتئبون استراتيجية المواجهة الانفعالية أكثر من الأسوياء.

2-يوجد فرق بين الذكور و الإناث في استراتيجيات المواجهة .

2-1 تستعمل المكتئبات استراتيجية مواجهة فعالة أقل من المكتئبين.

2-2 يستعمل المكتئبون استراتيجية مواجهة حل المشكل أكثر من المكتئبات.

2-3 تستعمل المكتئبات استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي أكثر من المكتئبين.

2-4 تستعمل المكتئبات استراتيجية التجنب أكثر من المكتئبين.

2-5 تستعمل المكتئبات استراتيجية الانفعال أكثر من المكتئبين.

3-هناك علاقة ارتباطية بين السن و استراتيجيات المواجهة.

3-1 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية المواجهة الفعالة .

3-2 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية حل المشكل.

3-3 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين السن و استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

3-4 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين السن و استراتيجية التجنب .

3-5 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين السن و استراتيجية الانفعال.

4- توجد فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى إلى المستوى اتعليمي للفرد.

4-1 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجيات المواجهة الفعالة والمستوى التعليمي للفرد.

4-2 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية حل المشكل والمستوى التعليمي للفرد.

4-3 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي للفرد .

4-4 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية التجنب والمستوى التعليمي للفرد.

4-5 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي للفرد.

5- هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب.

5-1 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب.

5-2 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب.

5-3 هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب.

5-4 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب.

5-5 هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب.

6- يكثر المكتئبون في استعمال بعض استراتيجيات المواجهة.

6-1 يستعمل المكتئبون استراتيجية المواجهة الفعالة بنسبة ضئيلة .

6-2 يستعمل المكتئبون استراتيجية حل المشكل بنسبة ضئيلة .

6-3 يستعمل المكتئبون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بنسبة ضئيلة .

6-4 يستعمل المكتئبون استراتيجية التجنب بكثرة .

6-5 يستعمل المكتئبون استراتيجية الانفعال بكثرة .

3- الدراسة الاستطلاعية:

لقد دامت الدراسة الاستطلاعية حوالي 10 أشهر و ذلك من أكتوبر 2011 إلى غاية شهر جويلية 2011 .

عملنا في الدراسة الاستطلاعية على تحقيق الأهداف التالية :

أ- التعرف على ميدان البحث و مجتمع الدراسة و ذلك بالتنقل لمختلف المراكز الصحية المتوفرة على أخصائيين في الطب العقلي بمدينة سطيف و قررت إجراء هذه الدراسة في

مستشفى الأمراض العقلية و العصبية بعين عباسة – سطيف– و مركز " استعجالات الطب العقلي " ببومرشي –سطيف– و هذا لاحتوائهما على أخصائيين في الطب العقلي و كذا عينة الدراسة (المكتئبين) .

ب– استخراج الخصائص السيكومترية لأدوات البحث (الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة) و ذلك بدراسة صدقها و ثباتها في البيئة الجزائرية .و سنتطرق لهذا الموضوع بالتفصيل لاحقا .

4–متغيرات البحث: تشتمل هذه الدراسة على متغيرين هما:

4–1 المتغيرات المستقلة:

و هي المتغيرات التي قد تترك أثرا على المتغير التابع , و نسعى لبيان مدى اختلاف استراتيجيات المواجهة باختلافها , و هي:

4–1–1 الجنس: و يمثل المكتئبون و المكتئبات.

4–1–2 السن: يمثل سن المكتئبين و المكتئبات و الذي حددناه في هذه الدراسة من 21 سنة إلى 60 سنة.

4–1–3 المستوى التعليمي: و يمثل فئة الأميين و المستوى الابتدائي و المستوى المتوسط و الثانوي و الجامعي.

4–1–4 درجة الاكتئاب : و تمثل الدرجة التي يتحصل عليها فرد من أفراد العينة الأولى (المكتئبين) في استبانة الاكتئاب –التي صممتها الباحثة–

4–2 المتغير التابع:

تعتبر استراتيجيات المواجهة المتغير التابع لهذه الدراسة و التي تم تحديدها في خمس استراتيجيات (استراتيجية المواجهة الفعالة, استراتيجية حل المشكل, استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي,استراتيجية التجنب,استراتيجية الانفعال) وقد استعنا في قياسها بمقياس استراتيجيات المواجهة الذي صممته الباحثة .

8–عينة البحث:

بما أننا نسعى إلى دراسة استراتيجيات المواجهة المستعملة عند المكتئبين و غير المكتئبين (الأسوياء) فإننا اعتمدنا على التصميم الجماعي . لذلك طبقنا مقياس الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة اللذان صممتهما الباحثة ,على عينة قوامها 168 فرد (84 فرد مكتئب و 84 فرد سوي).

5–1 حجم العينة :

تتكون عينة بحثنا من 168 فرد مقسمين إلى مجموعتين:

5-1-1 المجموعة الأولى:

و تشمل 84 شخص مكتئب (44 ذكر و 40 أنثى) , متوسط أعمارهم 41.44 سنة.

5-1-2 المجموعة الثانية :

و تشمل 84 شخص سوي (42 ذكر و 42 أنثى) متوسط أعمارهم 34.40 سنة.

5-2 طريقة اختيار العينة:

اعتمدنا في بحثنا هذا لاختيار العينة على الطريقة القصدية في اختيار العينة الأولى أما لاختيار العينة الثانية فاعتمدنا على الطريقة العشوائية .

فأما الطريقة القصدية فنقصد بها الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم.

و لكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة, كما يتم اللجوء إلى هذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي,و هي عينة ملائمة لأنه يعطي لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث, حيث يتم الاختيار بناءا على أول مجموعة يقابلها الباحث و توافق على المشاركة في الدراسة و يختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة, و لكن بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث, و يتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة و انخفاض التكلفة و الوقت و الجهد المبذول من الباحث, كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة و الحصول على النتائج (عبيدات و آخرون ,1999, ص 202).

وقد أكد العديد من الباحثين أمثال قوتيي وآخرون(1984) Gauthier et al شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجالات علم النفس, خاصة المجالات التي تكون فيها التجربة صعبة.

بينما اختيارنا للعينة الثانية فكان بالطريقة العشوائية, في هذه الطريقة يكون لكل عنصر من عناصر المجتمع نفس فرصة الاختيار ويمكن أن تعرف بأنها الطريقة لاختيار مفردات أو عناصر من المجتمع الاحصائي على فرض أن لكل مفردة أو عنصر من المفردات أو عناصر المجتمع له فرصة متساوية لأن يمثل ضمن عينة البحث. و يمكن أن يتم اختيار العينة العشوائية البسيطة من المجتمعات المحدودة و المجتمع المحدود يعني بأن الباحث يمكن أن يصل إلى حصر جميع مفرداته و تناولها

بالدراسة بشكل مضبوط.(عدنان حسين الجادري, يعقوب عبد الله أبو حلو 2009, ص 95)

5-2-1 شروط اختيار العينة الأولى (عينة المكتئبين):

إن الأفراد الذين تطوعوا للإجابة على المقاييس المستعملة في هذه الدراسة, اعتبروا أفرادا لعينة البحث الحالي, و هذا بعد استيفاءهم للشروط التالية:

1- أن يكونوا مصابين باكتئاب مهما كان نوعه.

2- أن لا يكون المكتئب في دورة هوس (إذا ما كان مصابا بذهان الهوس و الاكتئاب)

3- أن يشخص هذا الاكتئاب طبيب مختص في الأمراض العقلية والعصبية.

4- أن يتابع العلاج عند أخصائي في الطب العقلي أو النفسي في مستشفى الأمراض العقلية و العصبية –عين عباسة- أو يتابع العلاج في مصلحة استعجالات الطب العقلي و العصبي ببومرشي – سطيف-

5- أن تتراوح أعمارهم بين 21 و 60 سنة.

6 – أن يكونوا من الجنسين.

5-2-2 شروط اختيار العينة الثانية (عينة الأسوياء):

أما الأفراد الذين تطوعوا للإجابة على المقاييس المستعملة في الدراسة الحالية بالنسبة لعينة الأسوياء, فاعتبارهم أفرادا لعينة الدراسة كان بعد استيفاءهم للشروط التالية:

1- أن لا يكونوا مصابين بأي مرض نفسي أو عقلي (أسوياء).

2- أن لا يتعاطوا أي مسكنات أو مضادات الاكتئاب.

3- أن تتراوح أعمارهم ما بين 21 و 60 سنة.

3- أن تكون درجاتهم في استبيان الاكتئاب منخفضة بمعنى أقل من قيمة المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة المكتئبة و التي تقدر بـ 40 درجة, مع العلم أن متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية قدر بـ 22.23 على استبيان الاكتئاب. فالفرق بين المتوسطين واضح, و دال إحصائيا باستعمال تقنية مان ويتني, حيث قدرت قيمة "ي" بـ 88.5 و هي دالة عند مستوى 0.01 (أنظر الملحق رقم 17).

و هذا ما يؤكد أن أفراد المجموعة الثانية أسوياء (غير مكتئبين), كما نشير إلى أن كل درجات أفراد المجموعة الثانية كانت أقل من متوسط درجات المجموعة المكتئبة.

4- أن يكونوا من الجنسين (ذكور و إناث)

5-3 مكان اختيار العينة:

إن اختيار أفراد العينة الأولى كان في مستشفى الأمراض العقلية و العصبية بعين عباسة – سطيف – و مصلحة استعجالات الطب العقلي ببومرشي –سطيف–و بالنسبة للعينة الثانية فكان اختيارها في المجتمع العام بولاية سطيف.

5-4 حجمها:

لنتمكن من التحقق من فرضياتنا قمنا بمحاولة الحصول على أكبر عدد ممكن من المكتئبين, و هذا بمختلف المصالح الطبية العقلية و النفسية أين يتردد هؤلاء المرضى بهدف المتابعة و التكفل. و قمنا بتطبيق استبيان الاكتئاب و آخر لاستراتيجيات المواجهة على عينة قوامها تعدادا 84 فردا موزعين حسب الجنس 44 ذكور و 40 إناث كلهم مصابين باضطراب الاكتئاب .

كما عملنا على الحصول على عينة من الأسوياء(غير مصابين بالاكتئاب) قوامها 84 فردا من الجنسين (ذكور و إناث).

5-5 خصائص العينة:

ميزت عينة بحثنا مجموعة من الخصائص و هي على النحو التالي:

5-5-1من حيث الجنس:

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العينة الأولى (المكتئبين)		العينة الثانية (الأسوياء)	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
ذكور	44	52.38	42	50
إناث	40	47.61	42	50
المجموع	84	100	84	100

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد و نسبة الذكور في العينة الأولى أعلى نسبيا من الإناث, حيث بلغت نسبة الذكور 52.38 % مقابل 47.61 % من الإناث , أما بالنسبة للعينة الثانية فعدد و نسبة الذكور مساوية لعدد و نسبة الإناث و التي تقدر بـ 50 % .

5-5-2 من حيث السن:

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	العينة الأولى (المكتئبين)		العينة الثانية (الأسوياء)	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية

30–21	14	16.66	35	41.66
40–31	22	26.19	22	26.19
50–41	23	27.38	19	22.61
60–51	25	29.76	08	09.52
المجموع	84	100	84	100

يبدو من الجدول أعلاه بالنسبة للعينة الأولى أن الفئة العمرية التي تعاني من الاكتئاب أكثر هي الفئة العمرية الممتدة ما بين 50–60 سنة بواقع 25 مكتئب و بنسبة مئوية تقدر بـ 29.76 % , تليها الفئة الثانية التي تتراوح أعمار أفرادها ما بين 40–49 بواقع 23 مكتئب و بنسبة مئوية تصل 27.38 % ثم تليها مباشرة فئة 30–39 عاما بواقع 22 مكتئب و بنسبة 26.19 % ثم ينخفض العدد إلى 14 مكتئب في الفئة العمرية 20–29 سنة بنسبة 16.66 % .

أما بالنسبة للعينة الثانية فأعلى نسبة تمثلها الفئة العمرية الممتدة ما بين 21–30 سنة بواقع 35 فرد و بنسبة مئوية تصل 41.66 % تليها الفئة الثانية التي تتراوح أعمار أفرادها ما بين31–40 سنة بواقع 22 فرد و بنسبة مئوية قدرت ب6.19 % ثم تليها الفئة العمرية الممتدة ما بين41–50 سنة بواقع 19 فردا بنسبة22.61 % ثم ينخفض العدد إلى08 حالات في الفئة العمرية 51–60 سنة بنسبة 09.52 % .

2-5-5 من حيث المستوى التعليمي:

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العينة الثانية (المكتئبين)		العينة الثانية(الأسوياء)	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
بدون مستوى(أمي)	20	23.80	01	01.19
ابتدائي	22	26.19	01	01.19
متوسط	19	22.61	14	16.66
ثانوي	14	16.66	35	41.66
جامعي	09	10.71	33	39.28
المجموع	84	100	84	100

يُظهر الجدول أن معظم أفراد العينة الأولى (المكتئبين) من مستوى تعليمي ابتدائي و هذا ما يمثل 22 فردا نسبتهم المئوية وصلت 29.19 % , و تليها مباشرة فئة الأميين بواقع 20 حالة و بنسبة 23.80 % , ثم تبدأ الأعداد و النسب في الانخفاض تدريجيا فيأتي المستوى المتوسط بواقع 19 حالة وبنسبة 22.61 % , و تأتي بعدها فئة المستوى الثانوي بـ 14 حالة بنسبة 16.66 % , بينما مثلت الفئة التي تندرج ضمن المستوى الجامعي المرتبة الأخيرة بعدد بلغ 09 حالات , وصلت نسبتها إلى 10.71 % .

أما بالنسبة للعينة الثانية(الأسوياء) فمعظم أفرادها من المستوى الثانوي و هذا ما يمثل 35 فردا نسبتهم المئوية وصلت 41.66 % و تليها مباشرة فئة الجامعيين بواقع 33 حالة و بنسبة 39.28 %, ثم تليها فئة المستوى المتوسط بواقع 14 حالة و بنسبة 16.66 % , و تأتي فئة المستوى الابتدائي و فئة الأميين في الأخير بواقع حالة واحدة و بنسبة 01.19 % لكل مستوى.

5-5-3من حيث الحالة المدنية:

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	العينة الأولى (المكتئبين)		العينة الثانية (الأسوياء)	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
أعزب/عزباء	27	32.14	44	52.38
متزوج (ة)	47	55.95	38	45.23
مطلق(ة)	08	09.52	01	01.19
أرمل (ة)	02	02.38	01	01.19
المجموع	84	100	84	100

يبدو أن أكبر عدد من أفراد العينة الأولى (المكتئبين) ينتمون إلى فئة المتزوجين بتمثيلهم لعدد وصل 47 حالة تمثل نسبة 55.95 %, تليها نسبة العزاب بواقع 27 حالة و بنسبة 32.14 % , أما نسبة المطلقات فتمثلت في 8 حالات و بنسبة 09.52 %, أما نسبة الأرامل فلم تمثل سوى عدد ضئيل بلغ حالتين و بنسبة 02.38 %.

أما بالنسبة للعينة الثانية(الأسوياء) فمعظم أفرادها من االعزاب فتمثل عددهم في 44 حالة بنسبة 52.38 % , و تليها فئة المتزوجين بواقع 38 حالة و بنسبة 45.23 % بينما نسبة المطلقين و الأرامل فتمثلت في حالة واحدة فقط و بنسبة 01.19 %

6-أدوات البحث و خصائصها السيكومترية:

حتى نتحقق من الفروض التي وضعناها اخترنا وسائل القياس التالية: استبانة لقياس الاكتئاب و أخرى لقياس استراتيجيات المواجهة, التي سنتناولها بالتفصيل.

6-1 استبانة الاكتئاب:

و لقد صممته الباحثة بإتباع المراحل التالية:

أ- مرحلة الإطلاع و اختيار بنود الاستبانة:

اطلعت الباحثة على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المراجع(DSM-IVR) و بالضبط على الفصل الخاص باضطرابات المزاج(Les troubles de l'humeur) ثم قامت بترجمة الأعراض التي حددها هذا الدليل لتشخيص الاكتئاب.

و بعد الإطلاع على بعض المقاييس المتوفرة في التراث النظري و الخاصة بقياس و تشخيص الاكتئاب كمقياس بيك, قامت الباحثة بصياغة عبارات هذا الاستبيان.

و قد حرصت الباحثة أثناء إعدادها للمقياس على مراعاة ما يلي:

- الدقة في صياغة العبارات, و وضوحها.
- تجنب ازدواجية المعنى للعبارة.

و من ثم تم إعداد الاستبانة في صورتها الأولية.

ب- صدق الاستبانة:

للتأكد أن الاستبيان يقيس ما وضع لقياسه فعلا, استعملت الباحثة طريقة صدق المحك و الذي يعبر عن مدى فعالية المقياس في التنبؤ بسلوك الفرد في مواقف معينة بالاعتماد على محك خارجي (اختبار آخر صمم لقياس نفس السلوك).

و هو ما يسمى بالصدق التلازمي, الذي يتضمن دراسة العلاقة بين درجات الاختبار و درجات الاختبار المحك الذي يطبق مع الاختبار الأول, من خلال حساب معامل الارتباط.

و استعملت الباحثة مقياس بيك للاكتئاب (BDI) كاختبار محك,

و هذا لكون مقياس بيك من أوسع الأدوات انتشارا, ليس لقياس شدة الاكتئاب لدى المرضى فحسب, بل أيضا للكشف عن الاكتئاب و بيان معدلات انتشاره لدى الجمهور العام.

و تميز مقياس بيك للاكتئاب باتساق داخلي مرتفع, يتراوح بين 0.73 إلى 0.95 و يتراوح ثبات الاستقرار بين 0.45 إلى 0.83 لدى عينات سيكاترية و غير سيكاترية. (أحمد محمد عبد الخالق, 1991, ص 83): لهذه الأسباب تم اختيار مقياس بيك للاكتئاب دون غيره.

و توصلت الباحثة باستعمال طريقة صدق المحك, و ذلك بحساب معامل ارتباط سبيرمن (Spearman) إلى معامل ارتباط قدر بـ 0.68 و الذي يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين درجات الاستبيان الحالي و درجات مقياس بيك للاكتئاب (BDI).

و عليه نقول أن معامل صدق استبيان الاكتئاب هو 0.68 , و هذا ما يدل على أنه مقياس صادق.

و للتأكد من صدق هذا الاستبيان استعملت الباحثة طريقة الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات الذي قدر بحساب معامل ألفا كرومباخ بـ 0.877,

و وجدنا بذلك معامل الصدق الذاتي يساوي 0.936, و هذا ما يؤكد صدق استبيان الاكتئاب.

ج- ثبات الاستبانة:

يقصد بثبات الاختبار إعطاء نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على نفس الأفراد في نفس الظروف.

و للتأكد من ثبات الاستبانة قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستعمال طريقة التجزئة النصفية و بالضبط طريقة جوتمان العامة للتجزئة النصفية, التي تصلح لحساب الثبات عندما لا تتساوى الانحرافات المعيارية لجزئي الاختبار كما تصلح لحساب هذا المعامل عندما تتساوى هذه الانحرافات المعيارية. (فؤاد البهي السيد, 1988, ص 387)

و بعد تطبيق طريقة جوتمان العامة للتجزئة النصفية, وجدنا معامل ثبات مرتفع قدر بـ 0.866 و هذا ما يدل أن استبيان قياس الاكتئاب ثابت.

كما استعملت الباحثة معادلة ألفا كرومباخ لحساب معامل الثبات, فوجدنا معامل الثبات بهذه الطريقة يساوي 0.877, و هذا ما يؤكد أن هذا الاستبيان ثابت.

د- وصف استبانة الاكتئاب:

يحتوي هذا المقياس على ثلاثة محاور و هي الشكاوي الجسدية ,و الوجدانية, و الأدائية, و هذه العوامل ترتبط ارتباطا وثيقا بالاكتئاب.

تتكون الاستبانة من 14 عبارة, توزعت حسب أعراض الاكتئاب المتوفرة في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المراجع (DSM-IV-R) , و تم إعطاء أربع إجابات أمام كل عبارة و هي:

- نادرا أو أبدا: و تقدر بـ درجة واحدة

- تنطبق أحيانا: و تقدر بـ درجتان
- تنطبق غالبا: و تقدر بـ ثلاث درجات
- تنطبق دائما: و تقدر بـ أربع درجات

و تحسب درجة كل عبارة على حدا, ثم نقوم بجمعها لنحصل على الدرجة الكلية للمقياس. و بذلك تكون أعلى درجة في الاستبيان هي 47 إذا أجاب المفحوص بعبارة "تنطبق دائما" على العبارات (01, 02, 03, 05, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14) و "نادرا أو أبدا" على العبارات (04, 06, 08).

و أدنى درجة في المقياس هي 14, إذا أجاب المفحوص بعبارة "نادرا أو أبدا" على كل عبارات الاستبيان.

و يعتبر الفرد بذلك مكتئبا إذا كانت درجتة الكلية في استبيان الاكتئاب أكثر من 31 درجة, حيث تمثل القيمة 31 المتوسط الحسابي لدرجات هذا الاستبيان و التي تم حسابها بجمع كل الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة في استبيان الاكتئاب مقسمة على عدد أفراد العينة الذي يقدر بـ 168 فردا.

يستغرق تطبيق استبيان الاكتئاب – الذي صممته الباحثة– ما بين 05 و 10 دقائق و يمكن تطبيقه فرديا و/أو جماعيا, إلا أن الباحثة طبقته فرديا في هذه الدراسة, نظرا لخصائص أفراد عينة الدراسة.

2-6 استبانة استراتيجيات المواجهة :

و الذي صممته الباحثة بإتباع الخطوات التالية :

أ- مرحلة الإطلاع و اختيار بنود الاستبانة :

اطلعت الباحثة على التراث النظري الذي توفر لها و المتعلق بأساليب المواجهة ,و على المقاييس و الاستبانات التي أعدت لدراستها و التي بلغ عددها 15 استبانة, و قامت الباحثة بإجراء مسح كامل لأساليب المواجهة المتضمنة في الاستبانات المذكورة و من ثم تم حساب تكرارها ,و اختيار الأساليب التي حصلت على نسبة 50% فما فوق من مجموع الاستبانات أو المقاييس و القوائم تبعا لتسمياتها المختلفة لدى الباحثين و هي:

1- قائمة المواجهة الفعالة The proactive coping inventory (PCI) (Schwarzer , 1999)

2- قائمة مهارات المواجهة Coping skills inventory (SCI)

(Jerabek , 1999)

3- مقياس المواجهة The cop scale

(John , 1998)

4- اختبار المواجهة The Minz coping inventory. (Krohne ,1993)

5- استمارة طرق المواجهة (WOC) **Ways of coping questionnaire**

(kausar & Powel , 1998)

6- المواجهة بالتعبيرالانفعال(EEC) Emotionaly Expressive Coping

(Twillman , 2000)

7- قائمة الضغط النفسي و المواجهة (SCI) Stress and Coping Inventory (

Rahe , 2000)

8- مقياس المواجهة The Cope Scale

(Schwarzer , 2000) هو اختبار معدل عن Lazarus & Folkman

9-قائمة سلوك المواجهة Coping Behaviors Checklist (Leatz,1993)

10- قياس أسلوب المواجهة Measures of Coping Style (Nowack,1989)

11- استمارة طرائق المواجهة The ways of coping Questionnaire

(Parker & Endler, 1992) (WCQ)

12- مقياس المواجهة Coping scale (Buettner, 1995)

13- طرائق استجابات المواجهة نموذج الراشدين

from (CRI adult) Coping Responses Inventory Adult

(Radolf & Moos , 1998)

14- مؤشر استراتيجية المواجهة The Coping Strategy Indicator

(Amirkhan , 1990) (CSI)

15- اختبار مواجهة المواقف الضاغطة (CISS) Coping Inventory for stressful

situations (Endler & Parker, 1999)

حصلت الباحثة على خمسة أساليب مواجهة من مجموع الأساليب التي جاء تكرارها فوق 50% و كانت تبعا لترتيب تكرارها:

a. أسلوب حل المشكلات problem solving

b. أسلوب المواجهة الفعالة proactive coping strategy

c. أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي Seeking social support

d. أسلوب تجنب المواجهة Avoidance coping

e. أسلوب المواجهة الانفعالية Fmotional coping

و صيغت العبارات التي تعبر عن كل أسلوب على حدا من خلال العودة إلى الإطار المفاهيمي لكل أسلوب, إضافة إلى الاستفادة من عبارات الاختبارات المتوفرة و صياغتها .

و قد حرصت الباحثة في أثناء إعدادها للمقياس على مراعاة مايلي:

- الدقة في صياغة العبارات
- وضوح العبارات و سهولتها
- صلة العبارات صلة وثيقة بالموضوع المدروس
- تجنب ازدواجية المعنى للعبارة. و من ثم تم إعداد الإستبانة في صياغتها الأولية.

ب- صدق الاستبانة :

يعرف الصدق بأنه مدى ملاءمة, و معنى, و فائدة الاستدلالات والاستنتاجات التي يصل إليها الباحثون من البيانات التي جمعت. فالاختبار الصادق هو الاختبار الذي يقيس فعلا ما صمم لقياسه, أي يقيس الوظيفة التي أعد لقياسها ولا يقيس وظيفة أخرى. (صلاح مراد و فوزية هادي, 2002, ص 180)

لدراسة صدق هذه الاستبانة, اعتمدت الباحثة على طريقة صدق المحتوى أو صدق المضمون, الذي يعبر عن مدى تمثيل مفردات الاختبار لمجال السلوك المراد قياسه.

و يقاس بإجراء تحليل منطقي لمحتويات الاختبار أو لمحتوى أداة القياس, و مدى مطابقتها لمحتويات المجال موضوع القياس اعتمادا على رأي المحكمين من أصحاب الخبرة و الاختصاص, للحكم على مدى تمثيل وحدات المقياس لمجالات الموضوع المراد قياسه, سواء كان ذلك على مستوى الشكل أو المضمون. (صلاح مراد و فوزية هادي, 2002, ص 182)

و عليه قامت الباحثة بعرض هذا الاستبيان على عدد من المحكمين بلغ عددهم ثمانية محكمين مختصين في مجال علم النفس, في كل من جامعة الجزائر و سطيف و باتنة.

(أنظر الملحق رقم 06), و بلغت نسبة اتفاقهم على أن هذا الاستبيان يقيس ما وضع لقياسه 87.5 %, و تم حذف بعض العبارات و تعديل بعضها الآخر.

و العبارات المحذوفة هي:

- أسعى إلى الكمال و التفوق على الجميع.
- أفضل العزلة على الاختلاط , لأن أضرار هذا الأخير كثيرة.

أما العبارات المعدلة فهي:

جدول رقم (07): العبارات المعدلة في استبيان استراتيجيات المواجهة.

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
– أحب أن أحتفظ بعلاقات دافئة مع الآخرين.	– أبحث عن علاقات دافئة مع الآخرين.
– ألوم نفسي لعدم معرفتي ما سأفعله تجاه المشكلة.	– ألوم نفسي عندما أعجز عن إيجاد حل لمشكلتي.
– أواجه انتقادات زملائي بمناقشتها معهم.	– أتقبل انتقادات زملائي, و أناقشها معهم.
– تثبط همتي بسهولة.	– أستسلم بسهولة.
– أتجنب الاختلاط بالآخرين أثناء المشكلة	– أتجنب الاختلاط بالآخرين عندما تكون لدي مشكلة.

كما قامت الباحثة بحساب مؤشر صدق المحتوى (IVC) باستعمال المعادلة الخاصة لذلك (معادلة لوشي), لكل عبارة من العبارات التي تحتويها الاستبانة.

و فيما يلي جدول يوضح درجة مؤشر صدق المحتوى (IVC) لكل فقرات الاستبانة:

جدول رقم(08):درجات مؤشر صدق المحتوى الاستبانة قياس استراتيجيات المواجهة

رقم العبارة	قيمة مؤشر الصدق	قرار الباحثة	رقم العبارة	قيمة مؤشر الصدق	قرار الباحثة
01	01	قبول العبارة	22	0.25	إلغاء العبارة
02	0.75	//	23	01	قبول العبارة
03	01	//	24	01	//
04	0.5	تعديل العبارة	25	01	//
05	0.75	قبول العبارة	26	0.75	//
06	0.75	//	27	0.5	تعديل العبارة
07	01	//	28	0.75	قبول العبارة
08	01	//	29	0.75	//
09	0.5	تعديل العبارة	30	0.5	تعديل العبارة
10	0.75	قبول العبارة	31	01	قبول العبارة
11	01	//	32	0.75	//

12	01	//	33	0.75	//
13	0.75	//	34	0.75	//
14	0.25	إلغاء العبارة	35	01	//
15	0.75	قبول العبارة	36	01	//
16	01	//	37	01	//
17	01	//	38	01	//
18	01	//	39	0.5	تعديل العبارة
19	01	//	40	0.75	قبول العبارة
20	0.75	//	41	075	//
21	0.75	//	42	0.75	//

من خلال الجدول أعلاه, يتضح لنا إلغاء عبارتين و تعديل خمس عبارات أخرى,

و عليه يتكون الاستبيان في صورته النهائية من أربعون عبارة.

و لم تكتف الباحثة باستعمال صدق المحتوى, بل لجأت كذلك لطريقة الصدق الذاتي و ذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاستبانة (معامل الثبات يساوي 0.795), فوجدت الباحثة معامل الصدق الذاتي لهذا الاستبيان يساوي 0.891 و هذا يدل على معامل صدق مرتفع و بالتالي نقول أن هذا الاستبيان صادق.

ج- ثبات الاستبانة :

يشير مصطلح الثبات إلى اتساق الدرجات التي تم الحصول عليها من جراء تطبيق أداة ما, أي مدى اتساق درجات المقياس إذا ما أعيد تطبيقه على نفس الأفراد. (صلاح مراد و فوزية هادي, 2002, ص 191)

و للتأكد من ثبات الاستبانة قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستعمال طريقة ألفا كرومباخ التي تعكس تقديرات الاتساق الداخلي للاختبار, و معاملات تجانس فقرات الاختبار, أو مدى ترابط الاستجابات على الفقرة الواحدة مع درجة الاختبار الكلية.

فقامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرومباخ لكل استراتيجية من استراتيجيات المواجهة المدروسة في هذا البحث, ثم حساب هذا المعامل بالنسبة لكل الاستبيان.

فكانت قيم معامل ألفا كرومباخ لاستبيان استراتيجيات المواجهة كما يلي:

جدول رقم (09): قيم معامل ألفا كرومباخ لاستبانة استراتيجيات المواجهة

استراتيجيات المواجهة	معامل ألفا كرومباخ
استراتيجية المواجهة الفعالة	0.778
استراتيجية حل المشكل	0.825
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	0.791
استراتيجية التجنب	0.437
استراتيجية الانفعال	0.716
استبيان قياس استراتيجيات المواجهة	0.795

قراءة الجدول تمكننا من قول أن فقرات هذا الاستبيان متجانسة و بالتالي نستنتج أن هذا الاستبيان ثابت, حيث كانت قيمة معامل ألفا كرومباخ للاستبيان ككل تساوي 0.795 و هذا ما يدل على أن الاستبيان ثابت.

د- وصف الاستبانة:

يتكون الاختبار من 40 عبارة توزعت حسب كل أسلوب :

- أسلوب حل المشكل تمثل في العبارات(1, 6 , 11, 16, 21 , 26 , 31, 36)
- أسلوب المواجهة الفعالة تمثل في العبارات(2 ,7 ,12 ,17 ,22 , 27 , 32 , 37)
- أسلوب البحث عن السند الاجتماعي و تمثل في العبارات (3 ,8 ,13 ,18 ,23, 28 ,33 ,38)
- أسلوب تجنب المواجهة و يتمثل في العبارات (4 ,9 ,14 ,19 ,24 ,29 , 34 , 39)
- أسلوب المواجهة الانفعالية و تمثل في العبارات (5 ,10 ,15 ,20 ,25 ,30 , 35 , 40)

كما تم إعطاء ثلاثة إجابات أمام كل عبارة و هي:

تنطبق تماما: 3 درجات

تنطبق أحيانا: 2 (درجتان)

لا تنطبق: 1 (درجة واحدة)

و تحسب درجات كل أسلوب مواجهة بشكل منفصل, و ليس للاستبانة عامة و بذلك تكون أعلى درجة لكل أسلوب هي 24 درجة إذا أجاب المفحوص بعبارة (تنطبق تماما) على كل العبارات, و أدنى درجة لكل سمة هي 8 درجات إذا أجاب المفحوص (لا تنطبق) على كل العبارات, بينما اعتبر الفرد يستخدم أسلوبا معينا إذا حصل على درجة تفوق 16 في

المقياس, و التي حددناها بضرب الدرجة المحايدة (02) في عدد عبارات الاستراتيجية الواحدة و المتمثلة في ثمان عبارات.

و بعد إعداد الاستبانة في صيغتها النهائية تم التقديم لها بشرح بسيط ,من خلال تعليمات المقياس كما هو موضح في الملحق رقم (03)

7- طريقة إجراء البحث:

لإجراء هذا البحث اتصلت الباحثة بمديرية الصحة و السكان بمدينة سطيف, لطلب رخصة رسمية تسمح لها بالدخول إلى المراكز الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي. و بعد حصولها على هذه الرخصة (أنظر الملحق رقم 07), اتصلت بإدارة مستشفى الأمراض العقلية بعين عباسة. و داومت بها لمدة ثلاثة أيام في الأسبوع, طيلة عشرة أشهر.

قامت الباحثة خلال هذه الفترة, بتطبيق مقاييس الدراسة على الحالات الاكتئابية التي تقيم بالمستشفى, و التي تتقدم للفحص الخارجي بنفس المستشفى. و هذا بعد أن يشخص الأخصائي في الأمراض العقلية حالة اكتئابية, عندها تطبق الباحثة الاستبيانين على الحالات في إطار مقابلة فردية.

و لجمع أكبر عدد ممكن من الحالات الاكتئابية, اتجهت الباحثة إلى قسم استعجالات الطب العقلي التابع لمستشفى سعادنة عبد النور بسطيف, أين تمكنت الباحثة من الحصول على حالات اكتئابية عديدة, طبقت عليها مقاييس الدراسة بطريقة مباشرة في إطار مقابلة فردية مع الحالات بعد تشخيص الطبيب المختص في الأمراض العقلية لحالة الاكتئاب.

هذا بالنسبة لفئة المكتئبين, أما بالنسبة لفئة الأسوياء فقامت الباحثة بتطبيق الاستبيانين بطريقة مباشرة و فردية مع الحالات التي كان مستواها التعليمي محدود (ابتدائي أو مستوى متوسط) أو منعدم (أميين). أما البقية فوزعت عليهم المقاييس و قمنا باسترجاعها لاحقا.

8-المعالجات الإحصائية:

لإنجاز هذا البحث, استعملت الباحثة مجموعة من التحليلات الإحصائية و استعملت كذلك (SPSS) لمعالجة فرضيات الدراسة. و التحليلات الإحصائية المستعملة هي كالآتي:

- التكرارات و النسب المئوية, لبيان توزيع أفراد العينة و خصائصها, وفق متغيرات الدراسة (الجنس, السن, المستوى التعليمي, الحالة المدنية)

– طريقة صدق المحك لدراسة صدق استبيان قياس الاكتئاب. و يعبر صدق المحك عن مدى فعالية المقياس في التنبؤ بسلوك الفرد في مواقف معينة بالاعتماد على محك خارجي (اختبار آخر صمم لقياس نفس السلوك).

و هو ما يسمى بالصدق التلازمي, الذي يتضمن دراسة العلاقة بين درجات الاختبار و درجات الاختبار المحك الذي يطبق مع الاختبار الأول, من خلال حساب معامل الارتباط.

– طريقة التجزئة النصفية, و بالضبط طريقة جوتمان العامة للتجزئة النصفية,

و هذا لدراسة ثبات استبيان قياس الاكتئاب. فقد توصل جوتمان إلى معادلة عامة للتجزئة النصفية تصلح لحساب الثبات عندما لا تتساوى الانحرافات المعيارية لجزئي الاختبار كما تصلح لحساب هذا المعامل عندما تتساوى هذه الانحرافات المعيارية أيضا. (فؤاد البهي السيد, 1988, ص 387)

– طريقة صدق المحتوى (صدق المحكمين), لدراسة صدق استبيان قياس استراتيجيات المواجهة. تعبر هذه الطريقة (صدق المضمون) عن مدى تمثيل مفردات الاختبار لمجال السلوك المراد قياسه.

و يقاس بإجراء تحليل منطقي لمحتويات الاختبار أو لمحتوى أداة القياس, اعتمادا على رأي المحكمين من أصحاب الخبرة و الاختصاص, للحكم على مدى تمثيل وحدات المقياس لمجالات الموضوع المراد قياسه, سواء كان ذلك على مستوى الشكل أو المضمون. (صلاح مراد و فوزية هادي, 2002, ص 182)

– معامل ألفا كرومباخ, لدراسة ثبات استبيان استراتيجيات المواجهة. و تعكس

طريقة ألفا كرومباخ تقديرات الاتساق الداخلي للاختبار, و معاملات تجانس فقرات الاختبار, أو مدى ترابط الاستجابات على الفقرة الواحدة مع درجة الاختبار الكلية. و هذا المعامل (ألفا كرومباخ) هو صيغة عامة لمعادلة 20 KR (طريقة كودر ريتشادسون). (صلاح مراد و فوزية هادي, 2002, ص 196)

– اختبار مان ويتني (Mann-Withney) لدراسة الفروق بين فئة المكتئبين

و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة, و كذى الفروق في استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين حسب متغير الجنس و السن.

و هذا الاختبار لابارامتري و هو بديل لاختبار "ت" و يستخدم لمقارنة البيانات الترتيبية أو النسبية, حيث يضع الباحث درجات المجموعتين معا(إذا كانت بيانات نسبية), و يرتبهم كأنهم مجموعة واحدة, ثم يحسب قيمة إحصائية نرمز لها بالرمز "ي".

و المنطق في هذا الاختبار هو إذا كانت المجموعتان متشابهتان فإن مجموع رتب كل منها يتساوى, أما إذا اختلف مجموع الرتب اختلافا ملحوظا فإن الفرق يكون دالا. (المرجع السابق, ص ص 244-245)

- معامل ارتباط سبيرمان لدراسة العلاقات بين متغيرات الدراسة. و استعمل هذا المعامل دون غيره, لأنه يقيس الارتباط بين متغيرين كيفيين في مستوى الرتب فهو إذن الأنسب لدراسة الارتباط بين متغيرات البحث الحالي.

- تقنية نسب القطع (Points de césures), و التي تمكننا من معرفة النسب المئوية للمتغيرات المستعملة بكثرة عند أفراد العينة, و هذا للكشف عن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا لدى فئة المكتئبين.

الفصل السادس:

عرض النتائج

تمهيد:

بعدما قامت الباحثة بتحليل بيانات بحثها بالاعتماد على المعالجات الإحصائية المناسبة و هذا بهدف اختبار فرضياته, توصلت إلى النتائج التي سيتم عرضها في هذا الفصل ثم مناقشتها في الفصل الذي يليه. و قد اعتمدت الباحثة في عرض النتائج على طريقة مبسطة يتم من خلالها إظهار نتائج المعالجة الإحصائية لكل فرضية على حدا, و هذا على النحو التالي:

1- نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة:

ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات المواجهة بين فئة المكتئبين و الأسوياء.

و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام تقنية مان ويتني Mann-Withney توصلنا إلى ما يلي :

جدول رقم (10) : نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة الفعالة.

استراتيجيات المواجهة	الفئات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "ي"	الدلالة
استراتيجية المواجهة الفعالة	المكتئبون	84	62.74	5270.50	0.00	دال عند مستوى 0.01
	الأسوياء	84	106.26	8925.50		
استراتيجية حل المشكل	المكتئبون	84	58.18	4887.50	0.00	دال عند مستوى 0.01
	الأسوياء	84	110.82	9308.50		
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	المكتئبون	84	59.94	5035.00	0.00	دال عند مستوى 0.01
	الأسوياء	84	109.06	9161.00		
استراتيجية التجنب	المكتئبون	84	92.92	7805.50	0.024	دال عند مستوى 0.05
	الأسوياء	84	76.08	6390.50		

استراتيجية الانفعال	المكتئبون	84	106.58	8952.50	0.00	دال عند مستوى 0.01
	الأسوياء	84	62.42	5243.50		

تظهر المعالجة الإحصائية من خلال الجدول المذكور أعلاه, أنه توجد فروق دالة إحصائيا في استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة بين المكتئبون والأسوياء لصالح الأسوياء, حيث قدرت قيمة"ي" بـ 0.00 و هي دالة عند مستوى 0.01 , و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى.

كما يتضح وجود فرق دال إحصائيا في استعمال استراتيجية حل المشكل بين فئتي المكتئبين و الأسوياء لصالح الأسوياء. حيث قدرت قيمة "ي" بـ 0.00 و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 , و بالتالي نقول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

أما فيما يخص استعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي, فيظهر من خلال الجدول أن الفرق دال إحصائيا بين الفئتين لصالح الأسوياء, إذ كانت قيمة "ي" تساوي 0.00 و هي دالة عند مستوى 0.01 , و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة.

بينما استعمال استراتيجية التجنب فكان الفرق كذلك دالا إحصائيا بين فئة المكتئبين و الأسوياء لصالح المكتئبين, حيث كانت قيمة "ي" 0.024 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05 , وعليه نقول أن الفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت.

كما تظهر المعالجة الإحصائية من خلال الجدول المذكور أعلاه, وجود فرق دال إحصائيا بين المكتئبين و الأسوياء في استعمالهم لاستراتيجية الانفعال و هذا لصالح المكتئبين, حيث قدرت قيمة "ي" بـ 0.00 و هي دالة عند مستوى 0.01 , و عليه تكون الفرضية الجزئية الخامسة قد تحققت.

2- نتائج الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة وفقا لمتغير الجنس:

ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات المواجهة لدى فئة المكتئبين.وفقا لمتغير الجنس.

و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام تقنية مان ويتني Mann-Withney وجدنا ما يلي :

جدول رقم (11) : نتائج الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة وفقا لمتغير الجنس.

الاستراتيجيات	الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "ي"	الدلالة
استراتيجية المواجهة الفعالة	ذكور	44	42.94	1889.50	0.861	غير دالة
	إناث	40	42.01	1680.50		
استراتيجية حل المشكل	ذكور	44	43.02	1893.00	0.836	غير دالة
	إناث	40	41.93	1677.00		
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	ذكور	44	40.70	1791.00	0.478	غير دالة
	إناث	40	44.48	1779.00		
استراتيجية التجنب	ذكور	44	41.03	1805.50	0.561	غير دالة
	إناث	40	44.11	1764.50		
استراتيجية الانفعال	ذكور	44	38.18	1680.00	0.084	غير دالة
	إناث	40	47.25	1890.00		

يظهر من خلال نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات الذكور و الإناث في استراتيجية المواجهة الفعالة.

حيث كانت قيمة "ي" 0.861 و هي قيمة غير دالة إحصائيا. و بالتالي فلا توجد فروق دالة بين الذكور و الإناث في استعمالهم لاستراتيجية المواجهة الفعالة, و منه فلم يتحقق الفرض الجزئي الأول.

كما يتضح لنا كذلك من خلال نتائج الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات الذكور و الإناث في استراتيجية حل المشكل. حيث بلغت قيمة "ي" 0.836 و هي غير دالة إحصائيا. و عليه نقول أنه لا توجد فروق بين المكتئبين و المكتئبات فيما يخص استراتيجية حل المشكل, إذن لم يتحقق الفرض الجزئي الثاني لدراستنا الحالة.

كما تبين لنا من خلال نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق بين المكتئبين و المكتئبات فيما يخص استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. فكانت قيمة "ي" تساوي 0.478 و هي غير دالة إحصائية, و عليه نقول أن الفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق.

أما بخصوص الفرضية الجزئية الرابعة المتمثلة في "وجود فروق في استعمال استراتيجية التجنب حسب متغير الجنس لدى فئة المكتئبين", فيتضح لنا من خلال نتائج المعالجة الإحصائية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات الذكور و الإناث في استراتيجية التجنب, حيث بلغت قيمة "ي" 0.561 و هي غير دالة و عليه نقول أن هذه الفرضية الجزئية لم تتحقق.

و تبين لنا من خلال نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المكتئبين و المكتئبات في استراتيجية الانفعال. حيث كانت قيمة "ي" 0.084 و هي غير دالة إحصائيا, و بالتالي فالفرضية الجزئية الخامسة لم تتحقق.

2- **نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و متغير السن:**

3- يبحث الفرض الثالث عن وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة و متغير السن.

4- ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الثالث على أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية المواجهة الفعالة.

5- و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن وجدنا ما يلي:

جدول رقم (12) : نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ومتغير السن.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية المواجهة الفعالة/ السن	– 0.015	غير دال

يظهر من خلال المعالجة الإحصائية عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين استراتيجية المواجهة الفعالة و متغير السن, فكانت قيمة معامل الارتباط (0.015–) وهو غير دال إحصائيا, بالتالي لم يتحقق الفرض الجزئي الأول.

* ينص الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الرئيسي الثالث على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية حل المشكل.

و بعد المعالجة الإحصائية باستخدام معامل الارتباط لسبيرمن توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (13) : نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ومتغير السن.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية حل المشكل/ السن	0.116	غير دال

قراءة الجدول تمكننا من ملاحظة عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين استراتيجية حل المشكل و متغير السن, حيث قدر معامل الارتباط بـ 0.016 و هو غير دال إحصائيا, و منه فلم يتحقق الفرض الجزئي الثاني للدراسة الحالية.

* يبحث الفرض الجزئي الثالث المنبثق من الفرض الرئيسي الثالث عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن.

و بعد المعالجة الإحصائية باستخدام معامل الارتباط لسبيرمن توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (14) : نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ومتغير السن.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي/ السن	0.016	غير دال

نلاحظ من خلال نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود ارتباط دال بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن, إذ كان معامل الارتباط يساوي 0.016 و هو غير دال إحصائيا, و عليه ففرضية بحثنا هذه لم تتحقق.

* ينص هذا الفرض الجزئي الرابع على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية التجنب و متغير السن.و بعد المعالجة الإحصائية باستخدام معامل الارتباط لسبيرمن توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (15) : نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب ومتغير السن:

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية التجنب/ السن	- 0.088	غير دال

قراءة الجدول تمكننا من ملاحظة عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين استراتيجية التجنب و متغير السن, حيث قدر معامل الارتباط بـ 0.088 - و هو غير دال إحصائيا, و منه فلم يتحقق الفرض الجزئي الرابع للدراسة الحالية.

* يبحث هذا الفرض في وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية الانفعال و متغير السن. و بعد حسابنا لمعامل الارتباط وجدنا ما يلي:

جدول رقم (16) : نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال ومتغير السن.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية الانفعال/ السن	0.298	دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا, عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية الانفعال و متغير السن.

و تؤكد هذه النتيجة عدم تحقق الفرضية الجزئية الخامسة للدراسة الحالية.

4- نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و المستوى التعليمي للفرد:

يبحث الفرض الرابع عن وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة و متغير المستوى التعليمي.

ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الرابع على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي للفرد.

و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن وجدنا ما يلي:

جدول رقم(17): نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة والمستوى التعليمي.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية المواجهة الفعالة/	0.305	دال عند مستوى 0.01

المستوى التعليمي		

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي للفرد.

و تؤكد هذه النتيجة صحة الفرضية الجزئية الأولى.

* يبحث الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الرئيسي الرابع عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية حل المشكل و المستوى التعليمي للفرد.

و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن وجدنا ما يلي:

جدول رقم(18): نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل والمستوى التعليمي.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية حل المشكل/ المستوى التعليمي	0.220	دال عند مستوى 0.05

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 بين استراتيجية المشكل و المستوى التعليمي للفرد.

و عليه نقول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

* يبحث الفرض الجزئي الثالث المنبثق من الفرض الرئيسي الرابع على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي.

و بعد القيام بالمعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم(19): نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والمستوى التعليمي.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي / المستوى التعليمي	0.479	دال عند مستوى 0.01

يظهر من خلال الجدول أعلاه وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي للفرد.

و بالتالي تكون الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.

* يبحث هذا الفرض في وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية التجنب و متغير المستوى التعليمي. و بعد حسابنا لمعامل الارتباط وجدنا ما يلي:

جدول رقم (20): نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب والمستوى التعليمي.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية التجنب/ المستوى التعليمي	– 0.324	دال عند مستوى الدلالة 0.01

قراءة الجدول تمكننا من ملاحظة وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية التجنب و المستوى التعليمي, و منه نقول أن الفرض الجزئي الرابع للدراسة الحالية قد تحقق.

* يبحث هذا الفرض في وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية الانفعال و متغير المستوى التعليمي. و بعد حسابنا لمعامل الارتباط توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (21): نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال والمستوى التعليمي.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية الانفعال/ المستوى التعليمي	– 0.294	دال عند مستوى الدلالة 0.01

قراءة الجدول تمكننا من ملاحظة وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي, و منه نقول أن الفرض الجزئي الخامس للدراسة الحالية قد تحقق.

5- نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب:

يهدف الفرض الخامس إلى البحث عن وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب.

* ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الخامس على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجيات المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب.

و بعد المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط وجدنا ما يلي:

جدول رقم (22): نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ودرجة الاكتئاب.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية المواجهة الفعالة/ درجة الاكتئاب	– 0.584	دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول أعلاه وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية المواجهة الفعالة ودرجة الاكتئاب, و منه نقول أن الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الخامس للدراسة الحالية قد تحقق.

* ينص الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الخامس على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب.

و بعد المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (23): نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل ودرجة الاكتئاب.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية حل المشكل/ درجة الاكتئاب	- 0.515	دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال نتائج المعالجة الإحصائية وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية حل المشكل ودرجة الاكتئاب, و منه نقول أن الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الرئيسي الخامس للدراسة الحالية قد تحقق.

* ينص الفرض الجزئي الثالث المنبثق من الفرض الرئيسي الخامس على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب.

و بعد المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (24): نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عم السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي/ درجة الاكتئاب	- 0.468	دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ودرجة الاكتئاب, و منه نقول أن الفرض الجزئي الثالث المنبثق من الفرض الرئيسي الخامس قد تحقق.

* يبحث هذا الفرض في وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب. و بعد حسابنا لمعامل الارتباط توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (25): نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب ودرجة الاكتئاب.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية التجنب/ درجة الاكتئاب	0.587	دال عند مستوى الدلالة 0.01

قراءة الجدول تمكننا من ملاحظة وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب, و منه نقول أن الفرض الجزئي الرابع المنبثق من الفرض الرئيسي الخامس قد تحقق.

* ينص الفرض الجزئي الخامس على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب.

و بعد المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط توصلنا إلى ما يلي:

جدول رقم (26): نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجية الانفعال/ درجة الاكتئاب	0.673	دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب, و منه نقول أن هذا الفرض الجزئي قد تحقق.

6- نتائج استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا لدى المكتئبين:

يبحث هذا الفرض عن استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبين, و الكشف عن الاستراتيجيات الأكثر استعمالا.

بعد القيام بالمعالجة الإحصائية المناسبة باستعمال تقنية نسب القطع (Cut-Percent) وجدنا ما يلي:

جدول رقم (27): نتائج استعمال المكتئبين لاستراتيجيات المواجهة المحددة في الدراسة الحالية.

استراتيجيات المواجهة	تكرار البديل الثالث (ينطبق تماما)	المجموع الكلي للتكرارات	نسب القطع
استراتيجية المواجهة الفعالة	163	672	24.3

استراتيجية حل المشكل	134	672	19.9
استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	112	672	16.7
استراتيجية التجنب	267	672	39.7
استراتيجية الانفعال	494	672	73.5

يبدو من خلال الجدول أعلاه أن نسبة المكتئبين الذين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة بكثرة (تنطبق تماما على أساليب تعاملهم مع الضغوط) هي 33.63 %

و هي نسبة ضئيلة و عليه تكون فرضية بحثنا قد تحققت . و أما نسبة المكتئبين الذين يستعملون استراتيجية حل المشكل بكثرة فتمثل 32.88 % و هي ضئيلة كذلك و بالتالي نقول أن فرضيتنا قد تحققت. بينما استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي, فتقدر نسبة المكتئبين الذين يستعملونها بكثرة بـ 34.67 % وهي نسبة ضئيلة وهذا يؤكد صحة فرضيتنا, ثم تليها استراتيجية التجنب التي يستعملونها بنسبة أكبر مقارنة بالاستراتيجيات الثلاث السابقة وتقدر بـ 39.73 % , و تأتي الاستراتيجية التي يفرط المكتئبون في استعمالها و هي استراتيجية الانفعال و هذا بنسبة 73.66 % و هذا ما يؤكد صحة فرضيتنا كذلك.

و عليه تكون كل الفرضيات الجزئية المنبثقة من الفرض الرئيسي السادس قد تحققت.

الفصـل السابـع:

منـاقشة النتـائـج

تمهيد :

بعد قيامنا بمختلف المعالجات الإحصائية بداية من حساب معاملات الارتباط و الفروق و نسب القطع, سنحاول في هذا الفصل أن نناقش ما توصلت إليه نتيجة بحثنا الحالي على ضوء ما ورد في الإطار النظري و وفق ما انتهت إليه الدراسات في مجال علم النفس المرضي و الصحة النفسية .

و سنلقي الضوء على كل فرضية على حدا و هذا على النحو التالي:

1- نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة:

1-1 نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجية المواجهة الفعالة :

ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن فئة المكتئبين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة أقل من فئة الأسوياء .

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه يوجد اختلاف دال إحصائيا بين فئة المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجية المواجهة الفعالة لصالح الأسوياء .

و يؤكد هذه النتيجة كل من بيلنكس و موس (1984) Billings et Moos في دراسة لهما , إذ توصلا إلى أن الأفراد الذين يستعملون استراتيجيات التعامل الفعالة يظهرون اكتئابا قليلا, و على العكس يستعمل المكتئبون بشكل أقل استراتيجية حل المشكل, في حين يلجأون أكثر إلى التفريغ الانفعالي و التجنب و البحث عن السند الاجتماعي .

كما أثبتت دراسات عديدة وجود علاقة ارتباطيه بين الحل غير الفعال للمشكلات و الإصابة بالأعراض الاكتئابية, منها دراسة ماركس و آخرون (1992) Marx et al, التي أجروها على ثلاث عينات : عينة من ذوي اضطراب الاكتئاب الأساسي, و مجموعة مصابة بمرض القلق, و أخرى عينة ضابطة (غير إكلينيكية), توصلوا إلى اتسام أفراد عينة الاكتئاب بعدم الفعالية في حل المشكلات بمقارنتها بعينة مرضى القلق, و العينة غير الإكلينيكية (الضابطة) (Marx et al , 1992, pp 78-86)

و في دراسة سامي عبد القوي (2002) عن أساليب التعامل مع الضغوط و مظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة و طالبات جامعة الإمارات, أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائيا بين المكتئبين و غير المكتئبين في استراتيجيات التعامل التي يستعملها الشباب . فكشفت النتائج أن منخفضي الاكتئاب يستعملون استراتيجيات تعامل فعالة أكثر من مرتفعي

الاكتئاب . كما أسفرت النتائج عن وجود ارتباطات موجبة و دالة بين الأساليب غير الفعالة و المظاهر الاكتئابية .

و أوضح تحليل التباين عن إمكانية التنبؤ ببعض المظاهر الاكتئابية من خلال الأساليب غير فعالة التي يستعملها الفرد في تعامله مع الضغوط (سامي عبد القوي,2002 , ص 210).

من خلال كل ما سبق نخلص إلى أن فرضية بحثنا قد تحققت, و أن الأشخاص الأسوياء يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة عكس الأشخاص المكتئبين . و تندرج تحت استراتيجيات المواجهة الفعالة الأساليب التالية : حب التحدي, المبادرة لحل المشاكل المسببة للضغط, المثابرة للحصول على ما تريد, مضاعفة الجهد المبذول لتحقيق الأهداف الصعبة, العمل على حل المشكل و بطريقة قطعية, مواجهة الناس المتسببين بالمشكلة, تجاوز كل العقبات لتحقيق ما نريد, مواجهة الانتقادات بالمناقشة البناءة .

2-1 نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجية حل المشكل :

ينص الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن فئة المكتئبين يستعملون استراتيجية حل المشكل أقل من فئة الأسوياء.

و اتضح لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه يوجد اختلاف دال إحصائيا بين فئة الأسوياء و المكتئبين فيما يخص استراتيجية حل المشكل لصالح الأسوياء .

و هذا ما أثبته العديد من الدراسات, أمثال موس و بلينكس (1982) Moos et Billings (نقلا عن حسن عبد المعطي, 2006) التي أشارت إلى أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل هي أساليب تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة و المحاولات المعرفية لتدبر الفرد للمشكلة و تقييمه للتهديد و البحث عن المعلومات وسلوك حل المشكل, و قد وجدا أن هذه الأساليب ترتبط ارتباطا إيجابيا بالتكيف.

و هذا يعني أن الأفراد المزودين باستراتيجيات من النوع المركز على المشكل يمكنهم عند مواجهة مصادر الضغط المختلفة أن يستجيبوا بشكل أكثر تكيفا مقارنة بأولئك الذين يفتقدون لها, حيث أن الحالات الاكتئابية تظهر فقرا في هذا النوع من الاستراتيجيات .

كما تؤكد دراسات عدة على دور استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل في تسوية الضغوط . و في هذا الصدد وضح فيتاليانو و روسو و آخرون (1990) Vitaliano Russo et al, بأن استراتيجيات التعامل التي تتمحور حول المشكل تنبأ باكتئاب شديد و

ذلك في حالة تقييم الفرد للأحداث الضاغطة على أنها مولدة للضغط Valentier et al, (1994).

كما توصلت بعض الدراسات التي اهتمت بتحديد نوعية استراتيجيات التعامل سواء تلك المركزة على الانفعال أو تلك المركزة على المشكل في علاقتها مع الاكتئاب . و منها دراسة فيتاليانو و آخرون Vitaliano et al (1985) التي أظهرت أن هناك ارتباط سلبي بين الاكتئاب و الاستراتيجيات المركزة على المشكل .

و من الدراسات التي تبين دور استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل في التخفيف من الاضطرابات النفسية و خاصة الاكتئاب, دراسة كاتون Katon (1990) التي توصلت إلى أن استعمال استراتيجية التخطيط لحل المشكل تعد منبئا بانخفاض الاكتئاب خاصة عندما يدرك الضغط كحدث يمكن التحكم فيه .
(Valentier, Hiolahan & Moos , 1994)

كما يرى فيتاليانو و آخرون Vitaliano et al (1985) بأن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين شدة الاكتئاب و استراتيجية حل المشكل (Lazarus et Folkman, 1984)

في حين وضح فيتاليانو , كاتون , مايرو و روسو Vitaliano, Katon, Mairo et Russo (1990) بأن استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل تنبئ باكتئاب ضعيف, بينما الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال تنبئ باكتئاب شديد و ذلك في حالة تقييم الفرد للأحداث الضاغطة على أنها مولدة للضغط .
(Valentier et al, 1994).

و بينت دراسة زايدنر (1994) و سلكفسكي Zeidner et Saklofske (1993) التي أجريت على عينة من الطلبة, الذين أجابوا على مقياس بيك للاكتئاب BDI ومقياس استراتيجيات المواجهة, أن الطلبة الذين تحصلوا على درجات عالية في مقياس بيك, يفضلون استعمال استراتيجية متمركزة على الانفعال عكس الطلبة الذين كانت درجاتهم في مقياس بيك للاكتئاب منخفضة.(Zeidner et al,1996, p 487)

من هنا يتضح أن استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل و الموجهة لتغيير الموقف الضاغط مجدية أكثر في التخفيف من الاضطرابات النفسية من استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. (Legeron, Andre , 1993)

في حين أوضحت العديد من الدراسات كأعمال ديلانجيس جروان و فولكمان و لازاروس Delongis, Gruen, Lazarus et Folkman (1986) بأن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل على ارتباط إيجابي مع قياسات الصحة النفسية .

العديد من الباحثين يتفقون بأنه غالبا ما تكون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أكثر توافقا من استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال , و يضيف البعض الآخر أمثال كومباس و فورسيت (1987) Compas et Forsyth و فيتاليانو و آخرون (1990) Vitaliano et al بأن المواجهة التي تركز على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للضبط , في حين تكون الاستجابات التي تركز على الانفعال أكثر توافقية في الأحداث ذات قابلية ضعيفة للضبط .(Terry , 1994) .

كما توصل بيلنكس و موس (1984) Billings et Moos إلى أن المكتئبين يستعملون بشكل أقل استراتيجية حل المشكل(Rohde et al , 1990 , p 240)

و يرى بلينكس و آخرون (1983) Billings et al أن الأفراد المكتئبون أقل استعمالا للاستراتيجيات المركزة على المشكل و أكثر استعمالا للاستراتيجيات المركزة على الانفعال .

من خلال ما سبق يظهر أن نتائج الدراسات انتهت إلى وجود اختلاف بين المكتئبين و الأسوياء في استعمالهم لاستراتيجية حل المشكل و أن فئة المكتئبين يتميزون بقلة استعمالهم لاستراتيجية حل المشكل . و اتفقت معظم الدراسات على وجود علاقة بين استراتيجية حل المشكل و الصحة النفسية خاصة عندما تكون مصادر الضغط قابلة للضبط و التحكم .

3-1 نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي :

ينص الفرض الجزئي الثالث المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن فئة المكتئبين يستعملون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي أقل من فئة الأسوياء .

و اتضح لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه يوجد اختلاف دال إحصائيا بين فئة الأسوياء و فئة المكتئبين فيما يخص استعمالهم لاستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي

و هذا لصالح الأسوياء, أي أن الأسوياء أكثر استعمالا استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي مقارنة بالمكتئبين .

و هذا ما توصل إليه الباحث حسين علي محمد فايد (1998) في دراسة له, أين طبق استبيان لأحداث الحياة و قائمة بيك للاكتئاب على عينة من 324 طالب . و قد أسفرت

النتائج عن وجود فروق جوهرية بين منخفضي و مرتفعي الضغوط في الأعراض الاكتئابية في جانب مرتفعي الضغوط, و أن منخفضي الضغوط أعلى من حيث المساندة الاجتماعية, و أن منخفضي المساندة الاجتماعية أعلى في الأعراض

الاكتئابية و أن منخفضي الأعراض الاكتئابية أعلى مساندة اجتماعيا .(حسين علي محمد فايد, 1998, ص 387)

كما توصلت جانيت و موريس (1984) Janet et Morris في دراسة لهما على عينة من الطلاب تتكون من 322 طالبا, أسفرت النتائج أن هناك علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب .

بين موس و زملائه أن فقر السند الاجتماعي بمعنى عدم استعمال الفرد لاستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي هي عامل منبئ بالاكتئاب.

(Holahan et Moos, 1987)

من خلال ما سبق يتضح أن السند الاجتماعي يجعل الفرد أكثر صلابة و فاعلية و قدرة على المواجهة و أقل اكتئابا, و هذا ما توصلت إليه دراسة موس و هولاهان (1983), إذ بينت أن البنية الأسرية التي تتسم بالدفء و الحب تجعل الفرد أكثر صلابة و قدرة على مواجهة الضغوطات و أقل اكتئابا .

4-1 نتائج الاختلاف بين فئة الأسوياء و فئة المكتئبين فيما يخص استعمال استراتيجية التجنب :

ينص الفرض الجزئي الرابع المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن فئة المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب أكثر من فئة الأسوياء .

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه يوجد اختلاف دال إحصائيا بين فئة المكتئبين و الأسوياء لصالح المكتئبين.

و هذا ما توصلت إليه الدراسة التي قام بها فيتاليانو و آخرون (1985) Vitaliano et al إلى أن هناك علاقة إيجابية بين استراتيجية التجنب و شدة الاكتئاب, في نفس الصدد توصل كل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman (1986) إلى أن الأفراد ذوي أعراض اكتئابية شديدة كثيرا ما يستعملون استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال و خاصة استراتيجية التجنب .

و توصل ألدوين و ريفنسون (1987) Revenson et Aldwin و تيري Terry (1991) إلى أن هناك ارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و الصحة النفسية السيئة .

فتوصلت أغلب الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين استعمال استراتيجية التجنب و الأعراض الاكتئابية . و هذا بدون أن يبينوا إن كانت استراتيجيات المواجهة التجنبية عرضا أو سببا للاكتئاب .(Andre mariage et Fabienne schmitt, 2006. p10)

كما بينت مايسة شكري في دراسة لها وجود علاقة إيجابية بين التفاؤل و أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة, و بين التشاؤم و أساليب التجنب و بعض أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال (مايسة شكري, 1999, ص 287) .

و من هنا يمكن القول أن المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب بكثرة مقارنة بالأسوياء و منه تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

5-1 نتائج الاختلاف بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استعمال استراتيجية الانفعال :

ينص الفرض الجزئي الخامس المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن فئة المكتئبين يستعملون استراتيجية الانفعال أكثر من فئة الأسوياء.

و اتضح لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه يوجد اختلاف دال إحصائيا بين فئة المكتئبين و فئة الأسوياء فيما يخص استراتيجية الانفعال لصالح المكتئبين.

و هذا ما أكده جمعة يوسف (2000) إذ بين أن هناك علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال و الاضطراب النفسي, و تبين أن مثل هذه المواجهة ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات, كما ترتبط بالضغوط النفسية و الاضطراب النفسي. و من جهته يؤكد أندلر و باركر (1989) Endler, Parker أن هناك ارتباط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال و الأعراض السيكاترية, فالأشخاص المضطربين نفسيا يفضلون استعمال هذا النوع من المواجهة أكثر من الأسوياء.

كما توصلت دراسة سامي عبد القوي (2002) الى أن منخفضي الاكتئاب يستخدمون أساليب موجهة نحو المشكلة, على عكس مرتفعي الاكتئاب فهم يستخدمون أساليب مواجهة متمركزة على الانفعال, يمكنها أن تنبئنا بالعديد من المظاهر الاكتئابية (سامي عبد القوي, 2002).

كما توصل كل من كومباس و مالكارن و فندكارو (1988) Compas, Malcarne et Fondacaro على أنه توجد علاقة ايجابية بين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و الاكتئاب, كما توصلوا الى وجود علاقة سلبية بين الاستراتيجيات المركزة على المشكل و الاكتئاب. (Valentier, Holahan et Moos, 1994).

كما وضح فيتاليانو, كاتون , مايرو و روسو (1990) Vitaliano, katon, mairo et russo أن استراتيجيات المواجهة المتركزة على الانفعال تنبأ باكتئاب شديد.

كما بينت دراسات أخرى وجود علاقة بين اللجوء الى الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و شدة الاكتئاب.

و من بين هذه الدراسات نجد دراسة فيتاليانو و آخرون (1992) Vitaliano et al التي توصلت الى أن هناك ارتباط ايجابي بين استعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال و الاكتئاب. (Terry et al, 1994)

و يرى بلينكس و أخرون (1983) Belings et al أن الافراد المكتئبون أكثر استعمالا للاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال. (Marx, Williams, Claridj, .(1994)

من خلال ما سبق, يتضح لنا أن معظم الدراسات تتفق على أن المكتئبين يلجئون إلى استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة على الانفعال بكثرة بالمقارنة مع فئة الأسوياء.

2- نتائج الاختلاف بين الذكور و الإناث فيما يخص استراتيجيات المواجهة: ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات المواجهة لدى فئة المكتئبين وفقا لمتغير الجنس. و قد قمنا بالمعالجة الإحصائية التي تسمح لنا بهذا, و ذلك بتطبيق اختبار لابرامتري لـ مان ويتني Mann-withny و هذا لدراسة الفروق.

2-1 نتائج الفروق بين الجنسين فيما يخص استراتيجية المواجهة الفعالة :

في هذه الفرضية حاولنا التعرف على الفروق الموجودة في استراتيجيات المواجهة و بالأخص استراتيجية المواجهة الفعالة بين فئتي المكتئبين و المكتئبات (بين الجنسين).

و انطلقنا من فكرة أن المكتئبات يستعملن استراتيجية مواجهة فعالة أقل من المكتئبين.

بعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية المناسبة, توصلنا إلى أنه لا يوجد فروق بين الذكور و الإناث فيما يخص هذه الاستراتيجية, فلم يكن الفرق دالا إحصائيا.

و من حيث الدراسات فإنها تشير إلى أن الضغوط النفسية تمثل موضوعا رئيسيا في البحوث النفسية منذ أعمال هانس سيلي Hans Seley و منذ ذلك الحين صار الباحثون

أكثر اهتماما بكيفية تعامل الناس مع الضغوط, و كان الاهتمام الفعلي بدراسة المواجهة بدأ منذ 1984 بعد أن قام لازاروس و فولكمان ببحوث مستفيضة عن المواجهة.
(طه عبد العظيم حسين, سلامة عبد العظيم حسين, 2006).

يرى فولكمان و لازاروس (نقلا عن : جمعة يوسف , 2000) أن التوافق و التقدير يتأثران بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكولوجية و المصادر الشخصية و الإلتزامات و القيم, أي أن خصائص الفرد و قدراته و امتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة.

و على الرغم من تأكيدات الدراسات على الأثر الواضح لضغوط أحداث الحياة على الصحة الجسمية و النفسية و وجود كثير من الأفراد يظهرون علامات الانهيار نتيجة تعرضهم لضغوط طفيفة, فإن الملاحظات تشير إلى أن كثيرا من الأفراد أيضا لا يصبحون مرضى و لا يمرون بأزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث الحياة الضاغطة. و من هنا عمدت البحوث إلى تشخيص المصادر التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة, و انتهت هذه البحوث إلى عدة متغيرات تبين أنها تقلل و تخفف من آثار الضغوط لدى الأفراد و تمثلت في خصائص الشخصية, و المساندة الاجتماعية و وسائل المواجهة. (حسن عبد المعطي, 1992)

و انتهت دراسة كوباسا (1982) Kobassa حول استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المحامين على اعتبار أنهم يتعرضون لكثير من ضغوط الحياة, و توصلت من خلالها إلى أن المحامين الذين لجئوا إلى استعمال استراتيجية التجنب و محاولة التقليل من شأن أحداث الحياة الضاغطة, تبين أن لهم مجموعة من الأمراض التي تشير إلى معاناة نفسية و جسمية بشكل كبير و واضح مقارنة بالمحامين الذين ركزوا على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة باستراتيجية مواجهة فعالة. و في دراسة قام بها
بتساك و آخرون (1992) Patcek et al لتحليل أساليب مواجهة الضغوط و الفروق بين الجنسين و ذلك على عينة قوامها 186 طالبا و طالبة جامعية, طلب منهم كتابة تقارير يومية عن أكثر الأحداث الضاغطة اليومية و المثيرة للمشقة النفسية, و لقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الفروق الجنسية تتوافق مع التنبؤ بأن الذكور يواجهون
الضغوط بطرق أكثر تركيزا على المشكلة بينما الإناث يواجهن الضغوط بطرق ذات تمركز انفعالي و بالإضافة إلى ذلك فقد أشار كل من الذكور و الإناث أن المواجهة التي تركز

على المشكل تعتبر أكثر فعالية من البحث عن المساندة الاجتماعية (حسب عبد المعطي, هشام عبد الله, 2002) .

كما جاءت نتائج دراسة لمركز ساسكاتون الصحي لتبين فروقا لصالح الذكور في استخدام الأساليب الأكثر فعالية مع الضغط النفسي (Saskatoon 1998) .

و أشار كذلك بريس Preece إلى أن الرجال يستخدمون أسلوب المواجهة المركزة على المشكل أكثر من النساء, إلا أن نتائج دراستنا نحن لم تظهر وجود اختلاف بين استراتيجية المواجهة الفعالة بين الذكور و الإناث (المكتئبين و المكتئبات).

و هذا ما توصلت إليه الباحثة ليلى شريف (2002) على عينة من أطباء الجراحة بدمشق, لدراسة أساليب مواجهة الضغط النفسي و علاقتها بنمطي الشخصية (أ–ب), فتوصلت دراستها الى أنه لا يوجد فرق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس فيما يخص استراتيجية المواجهة الفعالة و حل المشكل و كذا البحث عن السند الاجتماعي. بينما تستخدم النساء أكثر المواجهة المركزة على الانفعال, و من ضمنها البحث عن الدعم الاجتماعي (Preece, 2001), بينما لم تظهر فروق دالة احصائيا بين الجنسين في أسلوب حل المشكلة و المواجهة الفعالة في هذه الدراسة.

و هذا ما يتفق مع نتائج دراستنا نحن, اذ لم تظهر فروق بين الجنسين في استراتيجية المواجهة الفعالة.

و في دراسة أخرى أجريت على عينة إكلينيكية باستعمال مقياس COSTS, من طرف الباحثان بارون و لبراك(1988) Baron et Labrecque قاموا بقياس العلاقات بين الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة عند المراهقين, و شملت هذه الدراسة 11 حالة مراهق مكتئب و لم تصل هذه الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في استعمالهم لاستراتيجيات المواجهة.

كما بينت دراسة كاتو و شابرول (2005) Catteau et Chabrol على عينة من المراهقين تتكون من 382 مراهق متمدرس (187 مراهق و 195 مراهقة) متوسط أعمارهم 17.1 , أنه لا يوجد فرق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة.
(Catteau et Chabrol, 2005, pp 451-476)

اختلفت الدراسات الخاصة بالفروق بين الجنسين في أساليب المواجهة, حيث أظهر البعض منها مثل دراسة منى محمود (2002) و دراسة سامي عبد القوي (2002), أن الإناث أكثر استعمالا لأسلوب المواجهة المرتكزة على الانفعال و الذكور أكثر استعمالا

لاستراتيجية حل المشكل و التجنب , و البعض الآخر توصل إلى عدم وجود فروق بين الجنسين مثل رجب عطية (1995). و ما يجدر الاشارة إليه, أن الاختلاف في استراتيجيات المواجهة يظهر في الدراسات التي تقيم النساء فيها المواقف على أنها أكثر ضغطا من الرجال. و ماعدا ذلك, فلا يكون اختلاف في استراتيجيات المواجهة حسب الجنس(Folkman, S ; 2006, p 73)

و نحن كذلك لم نتوصل إلى وجود فروق بين الجنسين في استراتيجية المواجهة الفعالة بين فئة المكتئبين و المكتئبات, فكون كلا الجنسين يعاني من الاكتئاب, و المتفق عليه – و حسب ما تم مناقشته في الفرضية الأولى من الدراسة– أن المكتئبين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة أقل من الأسوياء. و منه فلم يظهر لنا فرق بين الجنسين فيما يخص هذه الاستراتيجية كونهم مكتئبين و يشتركون في ميزة " الاكتئاب".

2-2 نتائج الفروق في استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى المكتئبين وفقا لمتغير الجنس:

ينص الفرض الجزئي الثاني المنبثق من الفرض الرئيسي الثاني على أن المكتئبات يستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر من المكتئبين.

بعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية المناسبة, توصلنا إلى أنه لا يوجد فروق بين الذكور و الإناث فيما يخص هذه الاستراتيجية, فلم يكن الفرق دالا إحصائيا.

و تشير الدراسات السابقة إلى ميل الإناث لاستعمال مثل هذه الاستراتيجية أكثر من الذكور, حيث تؤكد كل من بوتيري و فيتال Bouteyre et Vitale (2006) في دراستهما حول استراتيجيات التعامل مع الألم لـ 134 حالة من الذين تعرضوا لتحرشات خلال العمل و التي تمت من خلال مقابلات على النت (الشبكة العنكبوتية)

من خلال المنتديات على أن الدراسات تبين أن النساء أكثر استعمالا لاستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال مقارنة بالرجال.

كما خلصت دراسات قرازياني و سواندسن Graziani et Swendensen (2004) إلى أن الإناث يوصفن بأنهن يستعملن أكثر الاستراتيجيات المركزة على الانفعال في مواجهة الضغوط كما يتميزن بقلة استعمالهم للاستراتيجيات المركزة على المشكل.

كما خلصت دراسة رجاء مريم (2007) إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات الذكور و متوسط درجات الإناث في استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي, و هذا بميل الإناث إلى الاستراتيجيات المركزة على الانفعال, و قد فسرت هذه النتيجة

في ضوء القيم السائدة في المجتمع و التي تميل إلى تشجيع الذكور لاستبدال الخسائر المتضمنة في تحولات الحياة و أزماتها, و ذلك من خلال تغيير الأنشطة و تأمين مصادر جديدة للإشباع, فالذكور يمارسون النشاطات أكثر من الإناث و ذلك لأنهم أقل قيدا منهن.

كما تؤكد أيضا رجاء مريم (2007) أن الفروق التي خلصت إليها دراستها و التي كانت لصالح الإناث في استعمالهن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال, تتماشى مع دراسة دجرو و نور كروس (1990) و أوتتر(1994) اللتين أوضحتا أن الإناث يملن إلى استخدام استراتيجية التنفيس الانفعالي و الاستراتيجيات الانفعالية أكثر من الذكور.

و رغم كل ما سبق ذكره من الأبحاث و آراء الباحثين الذين أجمعوا على أن الإناث يستعملن أكثر هذه الاستراتيجية مقارنة بالذكور, إلا أننا لم نتوصل إلى نفس النتيجة و تفسيرنا الوحيد هو أن أفراد عينتنا مكتئبين, و بالتالي فالمكتئبون – كما سبق ذكره– يتميزون باستعمالهم المكثف لاستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال.

2-3 نتائج الفروق في استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى المكتئبين وفقا لمتغير الجنس:

يبدو أن الفروق بين الذكور و الإناث في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمثلة في البحث عن السند الاجتماعي لم تكن دالة إحصائيا, رغم أن الأبحاث تكاد تجمع على أن الإناث يلجأن إلى استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات أكثر من الذكور.

حيث يتحدث الكثير من الباحثين عن مفهوم السند الاجتماعي باعتباره مفهوما يحتاج للكثير من التحليل. و قد أشار كومان و آخرون (1990) Koomen et al إلى ضرورة التمييز بين السند الاجتماعي المرتبط بالاحتياج النسبي للأفراد.

و استنتجوا أن السند الاجتماعي يعتبر فعالا عند الأفراد الذين يستشعرون أدنى درجة من السند الاجتماعي, بينما يبقى هذا السند الاجتماعي متوفرا بكثرة طلب السند الاجتماعي و يدركون أنه غير كاف, و يعود هذا إلى الخصائص الشخصية للأفراد, و بالتالي يمكن القول أن الجهود المبذولة في تقديم السند الاجتماعي لا تؤدي دوما إلى النتائج المنتظرة أو المتوقعة. (Valentier et al, 1994) .

كما يؤكد جريجوري و بروغوس (1989) Gregory et Burroughs بأن المساندة الاجتماعية تمد الفرد بشعور مرتفع بالتحكم و الضبط الذي يشير إلى الدرجة التي يستطيع بها الفرد التنبؤ و كيفية مواجهتها و بالتالي تقلل من الضرر المحتمل للضغوط (بشرى اسماعيل, 2004). .

من حيث ميل الإناث لاستعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي تؤكد نتائج الدراسات التي قامت بها هناء شويخ (2007) أن الإناث أكثر ميلا لاستخدام المواجهة المركزة على الانفعال مقارنة بالذكور. و يؤكد قرين قلاس و استبرغ و آخرون Eastburg et Greenglass (1994) (نقلا عن حسن عبد المعطي, 2006) من خلال دراستهما أن النساء بوجه عام أكثر قدرة على الاستفادة من المساندة الاجتماعية مقارنة بالرجال, فالنساء يستخدمن المساندة

الاجتماعية لوضع حل لمشاكل الضغوط خاصة في مجال العمل. و إن كان الرجال و النساء على حد سواء يستفيدون من المساندة المقدمة من أعضاء الأسرة و الأصدقاء.

من خلال كل هذه الأبحاث نخلص إلى أن كل الآراء السابقة تجمع على أن الإناث يستعملن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي أكثر من الذكور, و هذا ما لم يتأكد في دراستنا هذه. و رغم هذا وجدت دراسات تؤكد نتيجة بحثنا, إذ لم تتوصل إلى وجود فروق بين الجنسين فيما يخص استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

كدراسة النيال و عبد الله (1997) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين بعض أساليب مواجهة الضغوط و بعض الاضطرابات النفسية. كما هدفت إلى معرفة مدى تأثر أساليب المواجهة بمتغيرات الجنس و العمر و التخصص, و قد تكونت العينة من 244 طالب جامعي , منهم 195 أنثى و 49 ذكرا, و طبق عليهم مقياس استراتيجيات المواجهة و مقياس الاضطرابات الانفعالية.

أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

* وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض الأساليب كالأسلوب الانفعالي و التجنب و الاكتئاب.

* لا يوجد أثر لمتغيرات الجنس و السن على أغلب هذه الاستراتيجيات. كما أجرى العارضة دراسة (1998) هدفت إلى التعرف على استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس و الثانويات و أثر الجنس و المؤهل العلمي على هذه الاستراتيجيات. و قد أجريت الدراسة على عينة قوامها 241 معلما و معلمة, و أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير الجنس.

كما توصل العويضة (2003) في دراسة له على مصادر الضغوط و أساليب المواجهة لدى طلبة الجامعات و علاقتها بمتغيرات الجنس و المستوى الدراسي على عينة بلغت 184 طالبا و طالبة, و طبقت عليهم مقياس استراتيجيات المواجهة و مقياس الضغوط. و قد

خلصت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب التعامل مع الضغوط تعزى إلى متغير الجنس. وردت في نفس الصدد دراسة لرجب شعبان (1995) هدفت للكشف عن الفروق الجنسية و العمرية في التعامل و التوافق و التصدي للأزمات. تكونت العينة من 694 فردا, منهم 384 ذكرا و 310 أنثى, تراوحت أعمارهم بين 14 و 38 عاما, من

مستويات تعليمية مختلفة. و قد أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في أساليب المواجهة الإقدامية و الإحجامية.

و ربما غياب الفروق بين الجنسين يعود إلى تأثير المحيط, كما أن سيطرة فكرة الندية و التكافؤ بين الجنسين قد تقلل من الفروق بينهم, فالظروف وضعت النساء في مواقف تنافسية تستثير دافعيتهن في كل مجالات الحياة عامة. فخروج المرأة للعمل منح لها استقلالية مادية و أكسبها حضور اجتماعي و قلل من تكوينها النفسي و طبيعتها البيولوجية كأنثى في مجتمع ذكوري. كل هذه الأمور ساهمت في خلق مستوى مقارب

من الاهتمامات و الاتجاهات عن طريق التأثير و التأثر المتبادل بينهم. و عليه نقول أن استراتيجيات المواجهة لا تتأثر بعامل الجنس بقدر ما تتأثر بعوامل أخرى.

فيرى طامرس و آخرون Tamres et al (2002) أن غياب الفرق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة , يعود للمرونة التي تتميز بها النساء في تعاملهن مع الضغوط

إذ يستعملن مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات (الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و على المشكل). (Folkman, 2006,p 202)

و أشارت نتائج الدراسة التي قام بها هيردي عادل (1996) لمعرفة الفروق بين الجنسين في استراتيجيات التعامل مع المشكلات, على عينة مكونة من 235 طالبا و

طالبة في المرحلة الجامعية, إلى أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور و الإناث في أساليب مواجهة الضغوط – مع العلم أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي تندرج ضمن الاستراتيجيات التي تناولها بالدراسة –

كما أشار إلى أن الفروق تعود إلى القدرات الشخصية و المميزات المعرفية للفرد أكثر من اعتبار نوع الفرد مؤشرا لكيفية استخدامه لاستراتيجيات المواجهة. فالمرض

لا يفرق بين ذكر و أنثى, خاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط أو الظروف الضاغطة و نظرا لتشابه الموقف الذي هم بصدد مواجهته. و عليه يمكننا أن نرجع غياب الفروق بين الجنسين فيما يخص استراتيجيات المواجهة, لكون أفراد عينتنا مكتئبين(ذكورا و إناثا), فكونهم

يعانون من هذا الاضطراب فهم يتميزون بالاستعمال المكثف لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال, و بقلة استعمالهم لاستراتيجية حل المشكل و كذا استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي, على حد سواء.

3- نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و متغير السن لدى فئة المكتئبين:

ينص هذا الفرض على أن هناك علاقة ارتباطية بين متغير السن و استراتيجيات المواجهة.

3-1 نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة ومتغير السن لدى فئة المكتئبين:

ينص هذا الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الثالث على أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية المواجهة الفعالة.

حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين متغير السن و استراتيجية المواجهة الفعالة. و انطلقنا من فكرة أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السن و استراتيجية المواجهة الفعالة.

و بعد معالجتنا الإحصائية باستعمال معامل الارتباط لسبرمن, توصلنا إلى أن فرضية بحثنا لم تتحقق, و لم تكن لمعامل الارتباط أي دلالة إحصائية($R = - 0.131$)

إن متغير السن يؤثر على تقييم الضغط و بالتالي فهو يؤثر على اختيار استراتيجيات المواجهة, و لكن التقدم في السن لا يجعل بالضرورة استراتيجيات المواجهة المستعملة فعالة. يستعمل الفرد خلال حياته مجموعة متنوعة من استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل و على الانفعال و هذا للتكيف و التعامل مع عوامل الضغط المختلفة.

و أوضحت الأعمال الإمبريقية أن استراتيجيات المواجهة تتغير قليلا فقط في سن الرشد, فالأشخاص المتكيفين و الذين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة للتعامل مع ضغوط الحياة اليومية في سن الثلاثين من الأرجح أن يبقوا كذلك في سن لاحقة حتى
في سن الشيخوخة, أما الأشخاص الذين يستعملون استراتيجيات مواجهة غير فعالة في سن الثلاثين من المحتمل جدا أن يبقوا كذلك في سن لاحقة و في سن الشيخوخة كذلك, و يحدث تغير في نوعية استراتيجيات المواجهة في حالة واحدة و هي إن وردت تدخلات جديدة تسببت في تغيير هذه الاستراتيجيات.

(Zeidner et al, 1996, pp 493- 494)

كما وجدت دراسة إزوهامي Isohami (1996) أن الأفراد ذوي الأساليب التكيفية و الفعالة يتميزون باستعمال استراتيجيات مواجهة فعالة كلما تقدم بهم السن بالمقارنة مع أقرانهم

ذوي الأساليب غير الفعالة. وقام ملندر و باسكمان (1991, 1986) Molander et Baskman بسلسلة من الدراسات التجريبية التي ركزت على الفروق في استراتيجيات المواجهة حسب السن, فوجدا أن الأفراد الأصغر سنا في العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة أكثر من متوسطي العمر و متقدمي العمر من أفراد العينة.

و توصل بيرلن و سكولر (1978) Pearlin & Schooler في دراستهما على عينة غير إكلينيكية تكونت من 3200 فرد من الجنسين تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 65 سنة إلى أن استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة ظهر عند أغلبية أفراد العينة فلم يكن للسن تأثيرا على استعمال هذه الاستراتيجية, فلم يكن الأكبر أو الأصغر أحسن من الآخر. (Billings & Moos, 1981)

و من ناحية الدراسات الطولية وجد موس Moos أن الأساليب التكيفية مع الأزمات ثابتة على نسبيا عبر الزمن بين الرجال و النساء, خلال ثلاث سنوات. بمعنى أنه يوجد بعض الثبات و الاستقرار في استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة الفعالة عبر الزمن, على الرغم من تنوع الظروف الضاغطة التي يواجهونها.

و يؤكد فايو (1986) Vaillant فكرة موس, إذ يرى أن استراتيجيات المواجهة تبقى ثابتة في سن الرشد, فالتغير في استراتيجيات المواجهة من المراهقة إلى سن الرشد واضح و لكن في المراحل العمرية الموالية فالتغيير يكون طفيف جدا.
(Zeidner et al, 1996, p 493)

من خلال ما سبق نستنتج أن استراتيجيات المواجهة ثابتة عبر الزمن فلا تتغير مع التقدم في العمر, و هذا ما ينطبق مع ما توصلنا إليه في دراستنا الحالية إذ لم يظهر ارتباط إيجابي بين استراتيجية المواجهة الفعالة و متغير السن

3-2 نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل و متغير السن لدى فئة المكتئبين:

ينص هذا الفرض المنبثق من الفرض الرئيسي الثالث على أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية حل المشكل و السن. حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين متغيري السن و استراتيجية حل المشكل. و انطلقنا من فكرة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية حل المشكل و السن.

و بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل ارتباط سبيرمن , توصلنا إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين, حيث كان معامل الارتباط يساوي 0.056

و هو غير دال إحصائيا. و هذه النتيجة تتفق مع بعض الدراسات التي بحثت في علاقة استراتيجيات المواجهة بالسن. ففي دراسة إمبريقية تمت على عينة من الشباب و المراهقين

و المسنين, تبين أن الشباب لا يستعمل استراتيجية حل المشكل بينما الراشدين (الأكبر سنا) يستعملون استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل أكثر , و أما المسنين فيستخدمون استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل و كذا استراتيجية مواجهة مركزة على الانفعال. (Jean François, Verlhiac, 2005, p 51), و هذا يعني أن استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ترتبط إيجابيا مع السن و لكن هذا الارتباط ليس قويا, فلا يتغير استعمال الفرد لاستراتيجية حل المشكل تدريجيا مع التقدم في السن, بل يبقى ثابتا بين فترة متوسط العمر و سن الشيخوخة.

و أثبتت دراسة موس و بيلنجس (1981) Moos et Billings أنه لا يوجد اختلاف ذات دلالة في استراتيجيات المواجهة المستعملة في مراحل عمرية مختلفة, فكل مرحلة عمرية تتميز باستعمال استراتيجيات مختلفة غير متناسقة.

بينما توصلت دراسة إيرون و بلونشو- فيلدو (1987) Iron et Blanchond- Fieldo إلى أن الشباب (Les Jeunes adultes) يستعملون أكثر استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و مع التقدم في السن يلجئون إلى استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أكثر. و توصلت دراسة أخرى قام بها كورنليوس و كاسبي (1987) Corneluis et Caspi على عينة من الأسوياء تتكون من 126 رجل و امرأة, تتراوح أعمارهم بين 20 و 78 سنة, إلى أن استعمال استراتيجية حل المشكل تزداد بانتظام مع التقدم في السن (بطريقة طردية) فلأفراد الأصغر سنا كانوا أقل استعمالا لهذه الاستراتيجية.

كما بينت دراسة سكولر و بيرلن (1978) Schooler et Pearlin على عينة من 3200 شخص (عينة غير إكلينيكية) , تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 65 سنة, للكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأفراد أمام موقف الضغط المعاشة, أن المتقدمين في السن يستعملون أكثر استراتيجية حل المشكل مقارنة بالأصغر سنا (Billings et Moos, 1981, p 135).

و بين كل من كويهاجن و كويهاجن (1982) Quayhagen & Quayhagen أن استراتيجية حل المشكل هي الاستراتيجية الأكثر استعمالا للتعامل مع الضغوطات في كل الفئات العمرية. هذه النتيجة توصلا إليها في دراستهما على عينة غير إكلينيكية تكومت من 77 رجل و 141 امرأة, تراوحت أعمارهم ما بين 40 و 70 سنة.

أما فولكمان و لازاروس و بيملي و نوفاسيك (1987) Folkman , Lazarus, Pimley et Novacek , فقارنوا بين الاستراتيجيات التي يستعملها أفراد عينة تتكون

من 75 زوج تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 44 سنة, بمجموعة أخرى تتكون من 141 فرد تتراوح أعمارهم ما بين 66 و 74 سنة, بتطبيق استبيان لقياس استراتيجيات المواجهة (WCQ) فتوصلوا إلى أن الأفراد الأصغر سنا في العينة يستعملون استراتيجيات حل المشكل أكثر من المتقدمين في السن.
(Zeidner et al,1996,p 495)

من خلال ما سبق نلاحظ أن الباحثين لا يتفقون تماما على تأثير عامل السن على استراتيجيات المواجهة.

فبعض الدراسات تشير إلى أن الشباب يلجأ إلى استعمال استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال, و البعض الآخر يرى بأنهم يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل. فمثلا استعمال استراتيجية حل المشكل أحيانا ترتبط ارتباطا إيجابيا بالسن.
(Corneluis & Caspi, 1987; Irion & Blanchard-Fields, 1987)

وفي حالات أخرى لا توجدعلاقة ارتباطية بين هذين العاملين (السن و استراتيجيات المواجهة). (Feifel & Strasck ,,1989; Folkman et al, 1987). و من هنا نقول أن فرضية بحثنا هذه لم تتحقق, رغم وجود دراسات تؤيد فكرة ارتباط استراتيجية حل المشكل بمتغير السن ارتباطا إيجابيا. و يمكننا تفسير هذه النتيجة بكون عينة بحثنا إكلينيكية (أفرد العينة مكتئبين) و أن كل الدراسات السابقة المذكورة أجريت على عينات غير إكلينيكية (أسوياء).

3- 3 نتائج العلاقة الارتباطية بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن:

ينص هذا الفرض الجزئي أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن.

حاولنا في هذه الفرضية معرفة إذا كانت هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن.

و انطلقنا من فكرة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين متغيري استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن.

و بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل ارتباط سبيرمن, توصلنا إلى أنه لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين هذين المتغيرين, حيث كان معامل الارتباط يساوي 0.183 فهو معامل ضعيف و غير دال, و بالتالي لم تتحقق فرضية بحثنا.

و رغم ذلك فمن الدراسات ما يؤكد نتيجتنا هذه, كدراسة فولكمان و آخرون (1987) Folkman et al الذين وجدوا أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي يستعملها أكثر الشباب مقارنة بالأشخاص الأكبر سنا, الذين يفضلون تحمل المسؤولية و دراسة المشكل بمنطقية أكثر و تقبل المواقف.

كما بينت كذلك دراسة إمبريقية بحثت في علاقة السن باستراتيجيات المواجهة عند فئة الشباب و الراشدين و المسنين.

فتوصلت الدراسة إلى أن الشباب (الأصغر سنا) يستعملون أكثر استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي, و لا يستعمل أستراتيجية حل المشكل.

(Jean François, Verliac, 2005 p 55)

كما توصلت دراسة عرضية حديثة قام بها بيرلن و سكولر (1978) Pearlin et Schooler على عينة غير إكلينيكية تكونت من 3200 رجل و امرأة, تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 65 سنة, طلب منهم تحديد الاستراتيجيات التي يستعملونها ضمن 17 استراتيجية مقترحة مع ذكر مواقف الضغط المعاشة. فلاحظوا أن الأشخاص الأكبر سنا كانوا أقل عرضة لطلب السند الاجتماعي و النصيحة, مقارنة بالأفراد الأقل سنا. (Billings et Moos, 1981,p 135)

و هذه الدراسة تؤكد بدورها فرضية بحثنا, فالسن يرتبط سلبيا باستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

من خلال ما سبق نلاحظ أن الدراسات المذكورة تؤكد فرضيتنا رغم عدم تحققها في بحثنا الحالية. و نفسر هذه النتيجة بكون كل أفراد العينة مكتئبين, و ما يميز هؤلاء هو افتقارهم للسند الاجتماعي, و بالتالي يشتركون كلهم في هذه الخاصية, لهذا لم تظهر علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و السن.

3-4 نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب و متغير السن لدى فئة المكتئبين:

مفاد هذه الفرضية أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية التجنب و السن.

و كنا نبحث في وجود علاقة بين هذين المتغيرين و نوع هذه العلاقة.

فانطلقنا من فكرة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية التجنب ومتغير السن.

و بعد المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن, توصلنا إلى أنه لا توجود علاقة ارتباطية دالة بين هذين المتغيرين, حيث كان معامل الارتباط يساوي 0.105 , و عليه نقول أن فرضية بحثنا هذا لم تتحقق.

هذا رغم وجود دراسات بينت علاقة بين متغير السن و استراتيجية التجنب, مثل دراسة ستراك و فيفل (1989) Strack et Feifel التي أجريت على عينة من الأسوياء تكونت من 76 رجل تراوحت أعمارهم ما بين 40 و 64 سنة و مجموعة أخرى من رجال مسنين بلغ عددهم 106 , و تراوحت أعمارهم ما بين 65 و 92 سنة. وهدفت الدراسة لفحص استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها في التعامل مع المواقف الضاغطة اليومية. فتوصلوا إلى وجود تفاعلات بين متغيري السن و استراتيجية المواجهة, فكان المسنون يستعملون استراتيجيات التجنب بنسبة أقل مقارنة بمتوسطي العمر في تعاملهم مع المواقف الضاغطة. و قام كذلك ألدوين (1991) Aldwin بتطبيق استبيان على 228 رجل و امرأة تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 78 سنة, لدراسة استراتيجيات المواجهة التي يستعملونها, فتوصل إلى أن الأشخاص المتقدمين في السن يستعملون استراتيجيات التجنب و الانسحاب بنسبة قليلة مقارنة بالأفراد الأصغر سنا.

نتائج هذه الدراسات العرضية توضح في الغالب وجود اختلاف في استراتجيات التجنب تعزى لمتغير السن, فتوصل أغلبها إلى وجود فروق بين الشباب و متوسطي العمر و المسنين في الاستراتيجيات التي يستعملونها لمواجهة ضغوط الحياة اليومية.

إلا أن قوة و اتجاه هذه العلاقة الارتباطية بين السن و استراتيجيات المواجهة ليست واضحة تماما, و هذا بسبب الاختلاف في العينات و وسائل القياس المستعملة لقياس استراتيجيات المواجهة و كذا وضعيات الضغط المدروسة.

و وردت دراسات أخرى لم تتوصل إلى وجود علاقة بين عامل السن و استراتيجيات المواجهة, كدراسة ماك كرا (1989) Mc Crae , الذي أجرى دراسة طولية دامت سبع سنوات. طبق في هذه الدراسة استبيان تكون من 118 بندا على عينة من الرجال و النساء كانوا في حالة صحية جيدة, و تكونت العينة من 398 فرد تراوحت أعمارهم ما بين 20 و 93 سنة, و تقريبا نصف أفراد العينة أجابوا على هذا الاستبيان قبل سبع سنوات. فبينت النتائج فروق طفيفة بين استراتيجيات المواجهة في الفئات العمرية المختلفة, فتوصل ماك كرا Mc Crae في الأخير إلى أن عامل السن لديه تأثير بسيط على استراتيجيات المواجهة.(Zeidner et al, 1996, p 495)

من خلال ما سبق نستنتج أن بعض الدراسات وجدت فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السن و البعض الآخر لم يجد فروقا في هذه الاستراتيجيات.

و نحن بدورنا في الدراسة الحالية لم نجد فروقا في استراتيجية التجنب تعزى لعامل السن لدى فئة المكتئبين, فلم تظهر علاقة بين استراتيجية التجنب و السن. و قد يعود ذلك –كما ذكرنا سابقا– إلى عينة الدراسة و خصائصها أو إلى اختلاف الوضعيات الضاغطة التي تعرض لها أفراد عينتنا أو حتى إلى الأداة المستعملة لقياس هذه الاستراتيجيات.

3–5 نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال و متغير السن لدى فئة المكتئبين:

مفاد هذه الفرضية أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية الانفعال و السن.حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين عاملي السن و استراتيجية الانفعال و كذا اتجاه هذه العلاقة. و انطلقنا من فكرة أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين السن و استراتيجية الانفعال. و بعد معالجتنا الإحصائية باستعمال معامل الارتباط لسبيرمن توصلنا إلى نتيجة تدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01, حيث كان معامل الارتباط يساوي 0.292

و هذا ما يؤكده إريك Eric الذي يرى أنه عندما يتقدم الفرد في السن يزداد استعماله لاستراتيجيات المواجهة السلبية كاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال, فوجد في دراسة له أن الأصغر سنا يستعملون مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التكيفية و الناضجة كما يتمتعون بقدرات جسدية و نفسية عالية لمواجهة ضغوطات الحياة وعند
تقدمهم في السن ينقص استعمالهم لهذه الاستراتيجيات إلى أن يصلوا إلى الشيخوخة , أين يستعملون استراتيجيات ذاتية وسلبية كالانسحاب و استراتيجيات الانفعال.
(Zeidner et al , 1996, p 486)

و رغم عدم تحقق فرضية بحثنا, حيث وجدنا علاقة ارتباطية موجبة بين عاملي السن و استراتيجية الانفعال, إلا أنه توجد دراسات تؤكد فرضيتنا حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين هذين المتغيرين.

كالدراسة التي قام بها كويهاجن و كويهاجن (1982) Quayhagen et Quayhagen لقياس استراتيجيات المواجهة في عينة من الأسوياء تكونت من 77 رجل و 141 امرأة تراوحت أعمارهم ما بين 40 و 70 سنة, فوجدا أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و 70 سنة يستعملون استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال (استراتيجية الانفعال) أكثر من استعمالهم لاستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل, و هذا بالمقارنة مع الأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين 40 و 60 سنة و من 50 إلى 60 سنة.

كما توصل ألدوين (1991) Aldwin في دراسته على عينة تكونت من 228 رجل و امرأة تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 78 سنة, إلى أن الأشخاص الأكبر سنا في العينة يلجئون إلى استعمال استراتيجيات مواجهة انهزامية و انسحابية و استراتيجيات مركزة على الانفعال أقل من الأصغر سنا في العينة. و انتهت دراسة كل من إيرن و بلونشار فيلد (1987) Iron et Blanchard – Fields على عينة غير إكلينيكية تتكون من 60 شخصا (ذكور و إناث) تتراوح أعمارهم ما بين 14 و 46 سنة, إلى أن الأفراد الأصغر سنا يستعملون أكثر استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال مقارنة بالأكبر سنا. فالأكبر سنا كانوا يستعملون استراتيجية حل المشكل عند مواجهتهم لمواقف ضاغطة قابلة للضبط والتحكم, و استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال عند مواجهتهم لمواقف ضغط غير قابلة للضبط و التحكم.

و بعد هذا العرض نلاحظ أن الباحثين لا يتفقون تماما على تأثير السن على استراتيجيات المواجهة. فبعض الدراسات تشير إلى أن الشباب (الأصغر سنا) يلجئون
إلى استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال , و البعض الآخر بين أن الشباب يستعملون استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل و نفس الفكرة تنطبق على
الأكبر سنا. فهذا الغموض قد يرجع إلى الوسائل (الأساليب) المستعملة لقياس استراتيجيات المواجهة, و من الصعب معرفة ما إذا كانت هذه النتائج ثابتة أم لا.
و ربما يرجع هذا الاختلاف إلى نقص التفسير الذي يقدمه الفرد لوضعية الضغط المعاشة, لأن استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تتوقف على تقييم الفرد لوضعية الضغط. و قد يعود هذا الاختلاف إلى خصائص وضعيات الضغط من حيث قابليتها للضبط أو عدمها.

و كما يرى ستاتون (2000) Staton أن الأشخاص المتقدمين في السن يظهرون ميلا لاستعمال استراتيجية الانفعال, فهذا ما يكشف عن نضجهم الذي سمح لهم بالتعبير بكل صراحة عن مشاعرهم وانفعالاتهم. (Zeidner et al, 1996, p 495)
و ما يمكننا قوله أن استراتيجية المواجهة لا تتأثر بالضرورة بعامل السن, و من الصعب معرفة تأثير متغير السن على استراتيجيات المواجهة حسب الفئات العمرية.
(Henri Chabrol ET Stacey Callahan, 2004, p 122)

4- نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و المستوى التعليمي:

ينص هذا الفرض على أن هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و المستوى التعليمي للفرد.

4-1 نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي للفرد:

في هذه الفرضية الجزئية حاولنا الكشف عن العلاقة الموجودة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي للفرد.و انطلقنا من فكرة أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و المستوى التعليمي.

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية بحساب معامل الارتباط لسبيرمن أنه يوجد ارتباط موجب و دال إحصائيا بين هذين المتغيرين, فبلغ معامل الارتباط 0.305 و هو دال عند مستوى 0.01 , و بالتالي تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

و هذا يتماشى مع الدراسة التي قام بها أكير (2000) Acker و التي تؤكد أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين المؤهل العلمي و استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة.

تشير الدراسة التي قام بها أكير (2000) Acker على عينة من الممرضات و الممرضين, على أن الممرضات المتخصصات اللواتي تحصلن على شهادات عليا يستعملن استراتيجية مواجهة مركزة على المشكل أكثر من استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال.

و نفسر هذه النتيجة بمستواهن العلمي و تكوينهن العالي, هذا ما يفسر الارتباط الموجب بين المستوى التعليمي و استراتيجية المواجهة الفعالة. و بما أن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل – و التي تشمل استراتيجية المواجهة الفعالة– تتطلب تحليل الأحداث و المواقف الضاغطة و تقييمها من حيث إمكانية ضبطها من عدمها, فالمستوى التعليمي للفرد مهم و له دور كبير في اختيار استراتيجيات المواجهة المناسبة للتعامل مع الضغوطات.

4-2 نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل و المستوى التعليمي للفرد:

حاولنا في هذه الفرضية دراسة العلاقة الرابطة بين استراتيجية حل المشكل و المستوى التعليمي. و انطلقنا من فكرة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين هذين المتغيرين.

و اتضح لنا من خلال المعالجة الإحصائية باستعمال معامل الارتباط أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا بين هذين المتغيرين, حيث بلغ معامل الارتباط 0.220 و هو دال عند مستوى 0.05

و هذه النتيجة تبين أن طريقة تعامل الفرد مع المواقف الضاغطة تتأثر بمستواه التعليمي, فكلما كان مستواه التعليمي عالي كلما كانت استراتيجيات تعامله مع الضغوط

فعالة و مناسبة و العكس صحيح, و هذا ما أشارت إليه الدراسة التي قام بها أكير (2000) Acker على عينة من الممرضات و الممرضين, على أن الممرضات المتخصصات اللواتي تحصلن على شهادات عليا يستعملن استراتيجية حل المشكل أكثر من استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال. و هذا نتيجة لمستواهن العلمي و تكوينهن العالي.

4-3 نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي للفرد:

في هذه الفرضية حاولنا الكشف عن العلاقة الرابطة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و المستوى التعليمي, و انطلقنا من فكرة وجود ارتباط موجب بين هذين المتغيرين.

و تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا, إذ بلغ معامل الارتباط 0.479 و هو دال عند مستوى 0.01

و هذا يعني أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد زاد بحثه عن السند الاجتماعي, كالنصيحة و المساعدة المادية أو النفسية للتعامل مع مواقف الضغط المختلفة.

4-4 نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب و المستوى التعليمي للفرد:

حاولنا في هذا الفرض دراسة العلاقة الرابطة بين استراتيجية التجنب و المستوى التعليمي, فانطلقنا من فكرة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين هذين المتغيرين.

و اتضح لنا بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل الارتباط, وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا, حيث بلغ معامل الارتباط(0.324 -)و هو دال عند مستوى 0.01

و هذا يعني أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد قل استعماله لاستراتيجية التجنب و العكس صحيح. فالفرد الذي يكون مستواه التعليمي عالي لا يتجنب مصادر الضغط, بل يحاول مواجهتها و تجاوزها بسلام - و هذا رغم غياب أي دراسة في حدود اطلاعنا-

4-5 نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي للفرد:

بحثنا في هذه الفرضية عن العلاقة التي تربط بين استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي, و انطلقنا من فكرة وجود ارتباط سالب بين متغيري استراتيجية الانفعال و المستوى التعليمي.

تبين لنا بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل الارتباط, وجود علاقة ارتباطية سالبة و دالة إحصائيا, حيث بلغ معامل الارتباط (0.294 -) و هو دال عند مستوى 0.01

نلاحظ من خلال ما سبق أن الفرضيات الجزئية الثلاثة قد تحققت, رغم أن أغلب الدراسات التي تم الإطلاع عليها من طرف الباحثة تؤكد عدم وجود فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

من بين هذه الدراسات تلك التي قام بها العارضة (1998) و التي هدفت إلى التعرف على استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المعلمون لتعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس و الثانويات, و أثر المؤهل العلمي على هذه الاستراتيجيات. و قد أجريت الدراسة على عينة قوامها 241 معلما و معلمة,

و أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

و كذا الدراسة التي قام بها العويضة (2003) عن مصادر الضغوط و أساليب التعامل لدى طلبة الجامعات و علاقتها بمتغير المستوى الدراسي, على عينة بلغت 184 طالبا وطالبة. و خلصت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب التعامل مع الضغوط تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

و ما نلاحظه في هذه الدراسات أن العينات تكونت من أفراد ذات مستوى تعليمي واحد, ففي الدراسة الأولى شملت العينة معلمين و معلمات, أما في الدراسة الثانية فتكونت العينة من طلبة الجامعات. فهذا ما يفسر غياب الفروق في استراتيجيات المواجهة تعزى إلى المستوى التعليمي في الدراستين السابقتين.

رغم قلة الدراسات – حسب اطلاع الباحثة– التي تؤكد فرضيات بحثنا الحالي إلا أنه توجد دراسة حنون (2001) حول استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية لدى أمهات الشهداء والسجناء الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية, على 151 أما حيث تم تطبيق استبانة استراتيجيات المواجهة تحتوي على تسع استراتيجيات من بينها استراتيجية حل المشكل و استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. و قد خلصت الباحثة (حنون) إلى وجود فروق جوهرية في استخدام استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المستوى التعليمي و ذلك لصالح المؤهل العلمي. و هذا ما يؤكد فرضيات بحثنا الحالي.

و من خلال ما سبق عرضه, نخلص إلى أن المستوى التعليمي يؤثر على استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الفرد, فتوجد علاقة ارتباطية موجبة بين المستوى التعليمي و استراتيجية المواجهة الفعالة, و كذا استراتيجية حل المشكل و البحث عن السند الاجتماعي.

كما توصلنا إلى وجود ارتباط سالب بين المستوى التعليمي و استراتيجيتي التجنب و الانفعال.

و يجدر الإشارة إلى أن الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين استراتيجيات المواجهة و المستوى التعليمي قليلة, خاصة تلك التي أجريت على عينات شملت مستويات تعليمية مختلفة و هذا حسب اطلاع الباحثة.

5- نتائج العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب:

ينص هذا الفرض على وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب.

5-1 نتائج العلاقة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب:

مفاد هذه الفرضية الجزئية أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب, فحاولنا الكشف عن العلاقة الرابطة بين هذين المتغيرين.

بعد قيامنا بالمعالجة الإحصائية المناسبة, توصلنا إلى أنه يوجد ارتباط سالب و دال بين استراتيجية المواجهة الفعالة و درجة الاكتئاب, حيث بلغ معامل الارتباط (0.584 -) و هو دال عند مستوى 0.01

وهذا ما توصلت إليه دراسة سامي عبد القوي (2002) التي بحثت في أساليب التعامل مع الضغوط و مظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة و طالبات جامعة الإمارات, و هدفت هذه الدراسة للكشف عن الفروق بين الجنسين, و الكشف أيضا عن الفروق بين مرتفعي و منخفضي الدرجة على الاكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط, إضافة إلى إمكانية التنبؤ بالمظاهر الاكتئابية عن طريق هذه الأساليب.

شملت عينة الدراسة 234 طالبا و طالبة, بمتوسط عمر 21.15 سنة, و أسفرت النتائج عن وجود ارتباطات موجبة و دالة بين الأساليب غير الفعالة و المظاهر الاكتئابية.

و أن منخفضي الاكتئاب يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة أكثر من مرتفعي الاكتئاب. كما أوضح تحليل التباين إمكانية التنبؤ ببعض المظاهر الاكتئابية من خلال الأساليب غير الفعالة التي يستعملها الفرد مع الضغوط. (سامي عبد القوي, 2002, ص 210).

و لقد أثبتت دراسات عديدة وجود علاقة ارتباطية بين الحل غير الفعال للمشكلات و الإصابة بالأعراض الاكتئابية. منها دراسة ماركس و آخرون Marx et al (1992) أجريت على ثلاث عينات, عينة من المصابين باضطراب الاكتئاب الأساسي, و عينة من مرضى القلق, و عينة ضابطة (غير إكلينيكية). بينت نتائج الدراسة أن المصابين باضطراب

الاكتئاب الأساسي يتميزون باستعمالهم لاستراتيجية المواجهة غير الفعالة في حل المشكلات مقارنة بعينة مرضى القلق و العينة الضابطة.

هذا يعني أن المكتئبين يتصفون بقلة استعمالهم لاستراتيجية المواجهة الفعالة.

(Marx et al, 1992, pp 78-86)

إن الحل غير الفعال للمشكلات قد يؤدي إلى الاكتئاب, و المكتئب قد يتوصل إلى قناعة بأنه غير قادر على تجاوز المشكلات و التحكم في أحداث الحياة الضاغطة,

و حتى المواقف الحياتية العادية الراهنة و المستقبلية. (في: يوسف جمعة سيد, 2001, ص 168).

من خلال ما سبق يتضح لنا أن استراتيجيات المواجهة الفعالة ترتبط سلبا بدرجة الاكتئاب, و يمكننا التنبؤ ببعض مظاهر الاكتئاب بالاعتماد على هذه الاستراتيجية.

5-2 نتائج العلاقة بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب:

ينص هذا الفرض على أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب, فحاولنا التعرف على العلاقة التي تربط بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب.

بعد إجرائنا للمعالجة الإحصائية , توصلنا إلى أنه يوجد ارتباط سالب و دال بين متغيري استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب. فبلغ معامل الارتباط (0.515 -)

و هو دال عند مستوى 0.01

أكد العديد من الدراسات وجود ارتباط سالب بين استراتيجية حل المشكل و درجة الاكتئاب, كدراسة مايسة شكري (1999) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التفاؤل و أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة. (مايسة شكري, 1999, ص 287)

كما بينت دراسة سامي عبد القوي (2002) وجود ارتباطات سالبة و دالة بين أساليب المواجهة المركزة على المشكل و المظاهر الاكتئابية. فتبين من خلال دراسته أن منخفضي الدرجة في الاكتئاب, يستخدمون أساليب مواجهة مركزة على المشكل على عكس مرتفعي الدرجة في الاكتئاب.

كما توصلت دراسة أخرى أجريت للبحث في العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و المشاعر الاكتئابية و الأفكار الانتحارية عند المراهقين, إلى أن قلة استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل هي عامل منبئ بشدة الأعراض الاكتئابية.

(Chabrol et Catteau, 2005, p 461)

و توصل كومباس و آخرون (1993) في دراستهم إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل و درجة الاكتئاب, و أن المواجهة المركزة على المشكل عامل منبئ بالاكتئاب, و هذا ما يطابق ما توصل إليه ميريس و آخرون (2001) Muris et al.

و بينت دراسة قام بها أوندري و سميت (2006) André et schmitt على عينة من الممرضات, وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل و شدة الاكتئاب.

و وضح في هذا الصدد فيتاليانو و روسو وآخرون(1990) Vitaliano, Russo et al بأن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل تنبئ باكتئاب شديد و ذلك عندما يدرك الضغط كحدث يمكن التحكم فيه و ضبطه. (Vitaliano et al, 1994, p 243)

و منه نستخلص أن استراتيجية حل المشكل لها ارتباط إيجابي بالصحة النفسية, و هذا ما أوضحه العديد من الدراسات, كأعمال ديلانجيس, جروان, فولكمان و لازاروس (1986) Delongis, Gruen, Folkman et Lazarus

من خلال ما سبق يظهر أن نتائج الدراسات انتهت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين حل المشكل و درجة الاكتئاب.

3-5 نتائج العلاقة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب:

مفاد هذه الفرضية أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب.

حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة تربط بين هذين المتغيرين (استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و درجة الاكتئاب), و ما اتجاه هذه العلاقة.

انطلقنا من فكرة أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ترتبط سلبيا بشدة الاكتئاب.

بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل ارتباط سبيرمن, توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة و دالة إحصائيا, حيث بلغ معامل الارتباط (0.486 –) و كان دال عند مستوى 0.01 , و بالتالي تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه حسين فايد (1998) في دراسته للدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة و أعراض الاكتئاب.

و هذا لفحص التأثير السلبي للضغوط على الصحة النفسية, و معرفة التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية في خفض الأعراض الاكتئابية, في عينة تتكون من 324 طالبا و

أسفرت النتائج أن منخفضي الضغوط أعلى من حيث المساندة الاجتماعية, و أن منخفضي المساندة الاجتماعية أعلى في الأعراض الاكتئابية, بينما منخفضي الأعراض الاكتئابية أعلى من حيث المساندة الاجتماعية. (حسين فايد, 1998, ص 387).

كما توصل باترن و ورنج (2002) Pattern et Wang في دراستهما على الراشدين, إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و شدة الاكتئاب. بمعنى أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي عامل واقي من الاكتئاب. (Catteau et Chabrol, 2005, p 468)

أما دراسة موس و هولاهان (1983) Moos et Holahan, فبينت أن البنية الأسرية التي تتسم بالدفء و الحب تجعل الفرد أكثر قدرة على مواجهة الضغوطات و أقل اكتئابا. بتعبير آخر فالأسرة التي توفر السند الاجتماعي, يكون أفرادها أقل عرضة للاكتئاب.

من خلال ما تم عرضه من الدراسات, نلاحظ أنها تجمع على أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ترتبط ارتباطا سالبا بشدة الاكتئاب, و أنه عامل واقي من الاكتئاب.

5-4 نتائج العلاقة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب:

حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب. و انطلقنا من فكرة أن استراتيجية التجنب ترتبط إيجابا بدرجة الاكتئاب. و بعد المعالجة الإحصائية باستعمال معامل الارتباط, توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا, حيث بلغ معامل الارتباط 0.587 و هو دال عند مستوى 0.01 , و علية تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

هناك العديد من الأبحاث التي تؤكد على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية التجنب و درجة الاكتئاب, من بينها الدراسة الطولية التي قام بها سيف-كرانك و كليسنجر (2000) Seiffe-Krenke et Klessinger , حيث قاموا بمتابعة مجموعة من المراهقين أسوياء لمدة أربع سنوات, لدراسة تأثير استراتيجيات المواجهة على تطور حالات الاكتئاب. فتوصلوا إلى وجود علاقة موجبة بين استعمال استراتيجية التجنب و الأعراضية الاكتئابية.

توصل كذلك الباحث كومباس و آخرون (1993) Compas et al إلى وجود علاقة موجبة بين استراتيجية التجنب و شدة الاكتئاب.

و ذكر الكثير من الباحثين أمثال بريشون-شويتزر (1996) Bruchon-Schweitzer أن استراتيجية التجنب لها علاقة موجبة مع المشاكل النفسية عامة و الاكتئاب خاصة.

و بينت كذلك دراسة مايسة شكري, وجود علاقة موجبة بين الاكتئاب و استراتيجية التجنب. (مايسة شكري, 1999, ص 287)

كما أشار فيتاليانو (1985) Vitaliano إلى وجود علاقة إيجابية بين استراتيجية التجنب و شدة الاكتئاب. مثلما توصل لازاروس و فولكمان (1986) Lazarus et Folkman إلى أن الأشخاص ذوي الأعراض الاكتئابية الشديدة كثيرا ما يستعملون استراتيجية التجنب (Lazarus et Folkman, 1986, p 215)

ما نستنتجه من خلال ما سبق , أن الدراسات اتفقت كلها على أن استراتيجية التجنب ترتبط إيجابيا بشدة الاكتئاب.

5-5 نتائج العلاقة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب:

ينص هذا الفرض على أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب. حاولنا في هذه الفرضية معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب.

بعد المعالجة الإحصائية, باستخدام معامل الارتباط, توصلنا إلى وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا بين متغير استراتيجية الانفعال و درجة الاكتئاب, فبلغ معامل الارتباط 0.673 و هو دال عند مستوى 0.01 , و عليه نقول أن فرضية بحثنا الحالي قد تحققت.

و تتفق نتيجتنا هذه مع الكثير من الدراسات, أمثال دراسة سامي عبد القوي (2002), الذي توصل إلى أن مرتفعي الاكتئاب يستعملون بكثرة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال, و أن استعمال العديد من أساليب المواجهة المركزة على الانفعال يمكن أن تنبئنا بالعديد من أشكال الاكتئاب. (سامي عبد القوي, 2002, ص 212).

كما توصل كل من كومباس و مالكارن و فندكارو (1988) Compas, Malcarne et Fondacaro , على أنه توجد علاقة إيجابية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الاكتئاب.(طايبي, 2000).

كما بينت دراسات أخرى وجود علاقة بين اللجوء إلى الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و شدة الاكتئاب, و هذا ما يتوافق مع النتائج التي توصلنا إليها.

من بين هذه الدراسات, تلك التي قام بها فيتاليانو وآخرون (1992)

al Vitaliano et و التي توصلت إلى أن هناك ارتباط إيجابي بين استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الاكتئاب. (Terry et al, 1994)

كما توصل كل من لازاروس و فولكمان (1986) إلى أن الأفراد ذوي الأعراض الاكتئابية الشديدة كثيرا ما يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال.

و انتهت دراسة ألدوين و ريفنسون (1987) و تيري (1994) Aldwin et Revenson (1987) et Terry (1994) إلى وجود ارتباط بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الصحة النفسية السيئة.(Terry, 1994, p 215)

كما يرى بلينكس و آخرون (1983) Billings et al , أن الأفراد المكتئبين يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال بكثرة. (Marx, Williams, Claridj, 1994, p 246)

يؤكد جمعة يوسف (2000) أنه توجد علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال و الاضطراب النفسي, و بين أن مثل هذه المواجهة ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات, كما ترتبط بالضغوط النفسية و الاضطراب النفسي, و من جهته يؤكد أندلر و باركر (1989) Endler et Parker أنه يوجد ارتباط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال و الأعراض السيكاترية. فالأشخاص المضطربين نفسيا, يفضلون استعمال هذا النوع من المواجهة أكثر من الأسوياء.

و ذكر لازاروس و فولكمان (1986) Lazarus et Folkman أن المرضى المعالجين من الاكتئاب, يظهرون انخفاض في استعمالهم لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال.

كما أكد فيتاليانو و آخرون (1992) Vitaliano et al, أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط بنسبة عالية بالاكتئاب عندما يكون الحدث الضاغط قابل للضبط و التحكم.(Zeidner et al, 1996, p 488)

و أشار كل من فولكمان و آخرون (1986) و تيري (1995) Folkman et al; Terry إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لديها علاقة ارتباطية موجبة بالاضطرابات النفسية و الاكتئاب.

بعد هذا العرض, نقول أن الدراسات قد أجمعت على أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط إيجابا بشدة الاكتئاب, و يمكن أن نقول أن هذا العامل منبئ بالاكتئاب.

6- نتائج استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا لدى المكتئبين:

تبحث هذه الفرضية عن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف المكتئبين

6-1 استعمال المكتئبون لاستراتيجية المواجهة الفعالة:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أن المكتئبين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة بنسبة ضئيلة, و هذا ما اتضح لنا من خلال المعالجة الإحصائية باستعمال تقنية نسب القطع. حيث قدرت نسبة استعمال المكتئبين لاستراتيجية المواجهة الفعالة بـ 24.3% , و عليه نقول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

و هذا ما توصل له كل من بلينكس و موس Billings et Moos (1984), في دراسة لهما أين وجدا أن الأفراد المكتئبين يستعملون استراتيجية المواجهة الفعالة بنسبة قليلة. (Rohde et al, 1990, pp 78-86)

كما توصل ماركس و آخرون (1992) عند دراستهم لثلاث عينات: عينة من المكتئبين, و أخرى من المصابين بالقلق, و عينة ضابطة, إلى أن الأفراد المكتئبون عند مواجهتهم للمشاكل و الضغوطات لا يفلحون في مواجهتها و حلها, بل يستعملون استراتيجيات غير فعالة. (Marx et al, 1992, pp 78-86)

كما بينت دراسة سامي عبد القوي (2002), أن المكتئبين لا يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة بنسبة كافية لمواجهة الضغوط.

فبينت هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب و استعمال استراتيجيات المواجهة الفعالة. (سامي عبد القوي, 2002, ص 210)

من خلال ما سبق نخلص إلى أن المكتئبين لا يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة بنسبة كافية, بل يلجئون إليها أحيانا و بنسبة قليلة, و عليه تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

6-2 نتائج استعمال استراتيجية حل المشكل من طرف المكتئبين:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أن المكتئبين يستعملون استراتيجية حل المشكل بنسبة ضئيلة. و بعد معالجتنا الإحصائية باستعمال تقنية نسب القطع, قدرت نسبة المكتئبين الذين يستعملون استراتيجية حل المشكل بكثرة (غالبا) بـ 19.9% , و عليه نقول أن المكتئبين فعلا يستعملون استراتيجية حل المشكل بنسبة قليلة. و هذا ما أكده الكثير من الباحثين أمثال بلينكس و موس Billings et Moos (1982) (نقلا عن حسن عبد معطي, 2006), اللذان توصلا في دراستهما إلى أن المكتئبين يفتقرون لاستراتيجية حل المشكل, ولا يستعملونها بكثرة.(Marx, Williams, Claridj, 1994, p 63)

و أكد فيتاليانو و آخرون(1985) Vitaliano et al في دراسة لهم, أن استعمال استراتيجية حل المشكل يرتبط سلبا بالاكتئاب, و هذا ما يدل على أن المكتئبين لا يستعملون هذه الاستراتيجية بكثرة.

كما أكدت دراسة كاتون (1990) Katon أن المكتئبين لا يكثرون في استعمال استراتيجية حل المشكل عند مواجهتهم للضغوط. (Valentier et al,1994,p 210)

و بينت دراسة زايدنر(1994) Zeidner و سلكوفسكي (1993) Salkofske على فئة من المكتئبين و غير المكتئبين, أن المكتئبين يرفضون استعمال استراتيجية حل المشكل مقارنة بالعينة االثانية (غير المكتئبين).(Zeidner et al, 1996 , p 487)

كما بينت كذلك الباحثة ألدوين Aldwin, أن الاستراتيجيات النشيطة بما فيها استراتيجية حل المشكل ذات علاقة عكسية مع الأعراض الاكتئابية, و هذا يعني أن المكتئبين يستعملون استراتيجية حل المشكل بنسبة قليلة.

و هناك الكثير من الباحثين الذين أكدوا على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل والاكتئاب, من بينهم بلجير (1990) Bolger و ألدوين Aldwin و رفنسون (1987) Revenson .

و وردت دراسة قامت بها الباحثة بيجتبيي (1999) Bijttebier على عينة من المرضى العقليين تكونت من 137 مريضا عقليا, و هذا للبحث عن استراتيجيات المواجهة التي تستعملها هذه الفئة من المرضى. فتبين أن المصابين بالاكتئاب يستعملون استراتيجية حل المشكل بنسبة ضئيلة.(Vertommen et Bittebier, 1999)

و من هنا نخلص إلى أن أغلب الدراسات, تؤكد على أن المكتئبين لا يستعملون استراتيجية حل المشكل بنسبة كافية, بل يستعملونها بنسبة قليلة فقط, و هذا ما يؤكد تحقق فرضية بحثنا.

3-6 نتائج استعمال المكتئبين لاستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي:

مفاد الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة من الفرض الرئيسي السادس أن المكتئبين يستعملون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بنسبة قليلة. و بعد معالجتنا الإحصائية باستعمال تقنية نسب القطع, توصلنا إلى أن المكتئبين لا يلجئون إلى استعمال هذه الاستراتيجية بكثرة. حيث قدرت نسبة استعمال المكتئبين لاستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بـ 16.7% , و عليه نقول أن هذه الفرضية الجزئية تحققت.

و أكد هذه النتيجة الكثير من الدراسات, أمثال دراسة بيجتبيي (1999)Bijttebier

على عينة متكونة من 137 مريض عقلي, حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ترتبط سلبا بالاكتئاب, أي أن المكتئبين يستعملون هذه الاستراتيجية بنسبة قليلة.(Vertommen et Bittebier, 1999)

و أسفرت نتائج دراسة حسين علي محمد فايد (1998) على عينة قوامها 324 طالب, عن افتقار المكتئبين لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي, إذ لم يظهر استعمال هذه الإستراتجية بكثرة عند فئة المكتئبين.(فايد حسين, 1998, ص 231).

كما أكدت دراسة جانيت Janet و موريس Morris (1984) على عينة من الطلاب قوامها 322 طالب, وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب و استعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. (Janet et Morris, 1984)

و تصل موس Moos و زملائه إلى نفس النتيجة, أي أن المكتئبين لا يستعملون استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بكثرة, و اعتبر فقر استراتيجية البحث السند الاجتماعي كعامل منبئ بالاكتئاب.(Holahan et Moos, 1987)

من خلال ما سبق تظهر أهمية السند الاجتماعي, إذ أن الفقر في هذا الجانب يجعل الفرد عرضة للإصابة بالاكتئاب. و هذا ما وضحته بعض الدراسات المذكورة آنفا, كدراسة مس و زملائه (1987).

6-4 نتائج استعمال المكتئبين لاستراتيجية التجنب:

ينص هذا الفرض على أن المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب بكثرة, و أكدت المعالجة الإحصائية المستعملة صحة هذا الفرض. حيث قدرت نسبة المكتئبين الذين يلجئون إلى استعمال هذه الاستراتيجية بكثرة (غالبا) بـ 39.7%

فهناك دراسات تؤكد بأن المكتئبين يكثرون من استعمال استراتيجية التجنب, منها دراسة فيتاليانو و أخرون Vitaliano et al(1985), التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب و استراتيجية التجنب, و هذا ما يؤكد أن المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب بكثرة.

في نفس الصدد توصل كل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman (1986), إلى أن الأفراد ذووا الأعراض الاكتئابية العالية كثيرا ما يستعملون استراتيجية التجنب. (Lazarus et Folkman, 1986, p 215)

كما بينت دراسة مايسة شكري (1999) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب و استعمال استراتيجية التجنب. (مايسة شكري, 1999, ص 287)

و في نفس الصدد توصل الباحث سيفج Seifge في تحقيق أجراه على عينة قوامها 1028 مراهق, إلى أن ثلث الاستراتيجيات التي يستعملونها لمواجهة الضغوط تحتوي على التجنب, و توصل كذلك إلى أن المكتئبين يلجئون بكثرة إلى استعمال استراتيجية التجنب. (Seifge, 1994, p 102).

و هذا ما تراه كذلك الباحثة ألدوين Aldwin (1991), التي تقول بأن التجنب هو استراتيجية ذات علاقة موجبة بالأعراض الاكتئابية. (Aldwin,1991, p 201)

هذا و قد أكد كذلك كل من موس Moos و بلينكس Billings (1984) أن المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب بكثرة. (Moos et Billings, 1984, p 184)

وردت دراسة أخرى في نفس الإطار, قامت بها ألدوين Aldwin للبحث عن العلاقة الموجودة بين الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة على عينة قوامها 742 فرد, بمتوسط عمر 50 سنة. توصلت خلالها إلى أن الأفراد الذين يستعملون بكثرة استراتيجية التجنب, يظهرون قابلية كبيرة للتأثر السلبي بالضغط و الوقوع في الاكتئاب (Lewinson et al, 1990), و هذا ما يدل على وجود علاقة قوية بين استراتيجية التجنب و الوقوع في الاكتئاب لاحقا.

و هذا ما أكده كل من كوين Coyne و آخرون (1981), إذ بينوا أن المكتئبين يستعملون استراتيجية التجنب بكثرة.

و قام لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman (1986) بمقارنة عينة من المكتئبين بأخرى ضابطة, فوجدا لدى المكتئبين ميل كبير لاستعمال استراتيجية التجنب.

يتضح من خلال ما سبق, أن الأفراد الذين يكثرون من استعمال هذه الإستراتيجية أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب لاحقا. فاستعمال هذه الإستراتيجية يزيد من درجة التأثر بالضغط, هذا ما يفسر نتائج الدراسات السابقة التي اتفقت على كثرة استعمال المكتئبين لإستراتيجية التجنب.

6-5 نتائج استعمال المكتئبين لاستراتيجية الانفعال:

ينص هذا الفرض على أن المكتئبين يستعملون استراتيجية الانفعال بكثرة, و بعد معالجتنا الإحصائية للفرضية باستعمال تقنية نسب القطع , توصلنا إلى أن المكتئبين يفرطون في استعمالهم لإستراتيجية الانفعال. فقدرت نسبة المكتئبين الذين يلجئون إلى استعمال هذه الاستراتيجية بكثرة (غالبا) بـ 73.5% و عليه تكون فرضية بحثنا قد تحققت.

و يؤكد هذه النتيجة الكثير من الباحثين, إذ يرى بلينكس Billings و موس Moos (1984) أن المكتئبين يستعملون استراتيجية الانفعال بكثرة.

و هذا ما أكده جمعة يوسف (2000), حيث بيّن وجود علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال و الاكتئاب.

و من جهته يؤكد أندلر Endler و باركر Parker (1989) على وجود ارتباط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال و الأعراض السيكاترية و خاصة الاكتئاب, حيث يميل المكتئبون إلى الاستعمال المفرط لاستراتيجية الانفعال عند مواجهة الضغط.

كما توصلت دراسة سامي عبد القوي (2002), إلى أن المكتئبين يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال, و هذا ما جعله يؤكد أن استعمال هذه الاستراتيجيات ينبئنا بالعديد من المظاهر الاكتئابية (سامي عبد القوي, 2002). و يؤكد هذه النتيجة كل من كومباس Compas و مالكارن Malcaro و فندكارو Fondacaro (1988), إذ يرون أنه توجد علاقة قوية و إيجابية بين استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الاكتئاب, فالمكتئبون يفرطون في استعمال هذه الاستراتيجيات. (Valentier, et al, 1994)

كما وضح فيتاليانو Vitalianoو كاتون Katon و مايرو Mayro و روسو Russo (1990), أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تنبئ باكتئاب شديد.

و بينت دراسات أخرى وجود علاقة موجبة بين الاكتئاب و استعمال استراتيجيات الانفعال, من بينها دراسة فيتاليانو Vitaliano و آخرون (1992) التي توصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الاكتئاب و استعمال استراتيجية الانفعال. (Terry et al, 1994p 208)

كما يرى بلينكس Billings و آخرون (1983), أن الأفراد المكتئبين يفرطون في استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. (Marx, Williams, Claridj, 1994, p120)

من خلال ما سبق ذكره, تتأكد العلاقة الموجبة بين الإفراط في استعمال استراتيجيات الانفعال و الاكتئاب. حيث اتفقت كل الدراسات السابقة على أن المكتئبين يكثرون في استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. من هنا نقول أن المكتئبين يفرطون في استعمال استراتيجية الانفعال, كما يلجئون إلى استعمال استراتيجية التجنب بكثرة, في حين يفتقرون لاستراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي و كذا استراتيجية المواجهة الفعالة و خاصة استراتيجية حل المشكل. و عليه نقول أن استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون بكثرة عند مواجهتهم للضغوط, هي استراتيجية الانفعال و التجنب.

الاستنتاج العام:

من خلال الدراسة التي قمنا بها و التي تهدف لمحاولة التعرف على أكثر استراتيجيات مواجهة الضغوط استخداما لدى المكتئبين , مع محاولة التعرف على علاقة استراتيجيات المواجهة بمتغيرات الجنس و السن و المستوى التعليمي و كذا درجة الاكتئاب .

تبين من خلال المعالجة الإحصائية الازمة ما يلي:

1- لم يتم تسجيل فروق في استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين تعزى إلى متغير الجنس .

2- عدم وجود ارتباط بين السن و استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة عند فئة المكتئبين.

3- عدم وجود ارتباط بين متغير السن واستعمال استراتيجية حل المشكل لدى المكتئبين .

4- لم يظهر ارتباط بين متغير السن و استعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي و كذا استراتيجية التجنب.

5- وجود ارتباط موجب و دال إحصائيا بين متغير السن و استراتيجية الانفعال لدى فئة المكتئبين , بمعنى كلما زاد السن كان استعمال المكتئبين لاستراتيجية الانفعال أكثر.

6- ظهر ارتباط موجب و دال إحصائيا بين المستوى التعليمي للمكتئب و استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة و استراتيجية حل المشكل و كذا استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي , بينما ظهرت علاقة ارتباطيه سالبة بين متغير المستوى التعليمي و استعمال استراتيجية التجنب و استراتيجية الانفعال . بمعنى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي قل استعمال استراتيجية التجنب و كذا استراتيجية الانفعال.

7- هناك علاقة ارتباطيه سالبة و دالة إحصائيا بين درجة الاكتئاب و استعمال استراتيجية المواجهة الفعالة.

8- وجود ارتباط سالب و دال إحصائيا بين درجة الاكتئاب و استعمال استراتيجية حل المشكل.

9- ظهر ارتباط سالب و دال إحصائيا بين درجة الاكتئاب و استعمال استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

10- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين درجة الاكتئاب و استعمال استراتيجية التجنب .

11- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين درجة الاكتئاب و استراتيجية الانفعال.

12- استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون بكثرة هي استراتيجيات الانفعال و التجنب, في حين لا يلجأ إلى استخدام استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي, و استراتيجيات المواجهة الفعالة, و استراتيجيات حل المشكل بكثرة.

خاتمة البحث

خاتمة:

هدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على أكثر استراتيجيات المواجهة استعمالا لدى المكتئبين, و علاقة هذه الأساليب بمتغيرات الجنس و السن و المستوى التعليمي بالإضافة إلى درجة الاكتئاب. كما درسنا الفروق بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استعمالهم لاستراتيجيات المواجهة .

بالإضافة إلى الكشف عن إمكانية التنبؤ بالمظاهر الاكتئابية عن طريق هذه الاستراتيجيات . و وفق هذا التصور حاولت الباحثة أن تفسر علاقة استراتيجيات المواجهة بالإصابة بمرض الاكتئاب, حيث يمكننا استغلال نتائج الدراسة الحالية في مجال الرعاية النفسية و تقديم أسلوب تعامل فعال مع شريحة المكتئبين , وهذا بغية تخفيف المشاعر السلبية , التي إذا ما ترافقت مع خصائص معرفية و انفعالية معينة أدت إلى نتائج وخيمة كالانتحار.فهذا ما يساعد على التكفل الفعال بفئة المكتئبين.

و حتى يعد هذا البحث قامت الباحثة بتقديم تصور عن الاكتئاب في العالم ثم في الواقع العربي و الجزائري على وجه التحديد.و أشارت إلى مدى شيوع هذا الاضطراب و انتشاره في الآونة الأخيرة في الأوساط السيكاترية, حيث مس مختلف الشرائح العمرية و الطبقات و المستويات التعليمية ,...الخ. ثم حاولت الباحثة أن تبرز العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و الاكتئاب و دور هذه الاستراتيجيات في الإصابة بهذا الاضطراب, مستغلة جملة ما ورد في التراث السيكولوجي و الطبي, و هذا حتى تبرز أهمية استراتيجيات المواجهة في الحفاظ على سلامة و صحة الفرد النفسية و العقلية و وقايته من الاكتئاب.

و بعد ذلك قامت الباحثة بعرض تساؤلات البحث مردفا إياها بفرضيات مؤسسة على معاملات الارتباط و دراسة الفروق, مستعملا في ذلك مقاييس اشتملت على استبانة لتشخيص الاكتئاب و أخرى لقياس استراتيجيات المواجهة و تم تطبيقها على عينة قوامها 168 فرد مقسمين إلى مجموعتين,المجموعة الأولى و تشمل 84 شخص مكتئب (44 ذكر و 40 أنثى), أما المجموعة الثانية فتشمل 84 شخص سوي (42 ذكر و 42 أنثى).

و بعد قيام الباحثة بالمعالجات الإحصائية التي ارتكزت على معامل الارتباط الذي يهدف إلى قياس قوة الارتباط الخطي المفترض بين متغيرين , حيث تم في هذه الدراسة استخدام معامل الارتباط لسبيرمان تحديدا للتعرف على العلاقة القائمة بين متغيرات البحث ,و قد عمدنا إلى هذا النوع من معاملات الارتباط نظرا لأنه يقيس الارتباط بين متغيرين كيفيين في مستوى الرتب, كما اعتمدت المعالجة الإحصائية على دراسة الفروق الموجودة بين الجنسين

في متغيرات البحث و كذا الفروق القائمة بين المستويات التعليمية لعينة البحث .و قد استعملنا في الدراسة الحالية تقنية مان ويتني لدراسة الفروق بين متغيرات الدراسة, و هذا لأنه اختبار لقياس الفروق بين مجموعتين مستقلتين و البيانات كيفية في مستوى الرتب و هو اختبار بديل لاختبار ت (T- test)

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة الحالية تبين لنا أن البعض من فرضيات البحث قد تحقق بينما البعض منها لم يتحقق, حيث ظهر واضحا أن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف المكتئبين هو استراتيجيات الانفعال و التجنب, بينما الأقل استعمالا هي استراتيجيات المواجهة الفعالة و استراتيجية حل المشكل و كذا استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي,وهذا حسبما أشارت إليه الدراسات و أكدته نتائج البحث الحالي.

أما فيما يتعلق باختلاف استراتيجيات المواجهة حسب متغير الجنس, عند دراسة الفروق فكانت غير دالة.إذ لم نسجل أي فرق دال بين الجنسين في أي استراتيجية من الاستراتيجيات المدروسة في البحث الحالي. و هذا رغم وجود دراسات كثيرة بينت وجود فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى إلى متغير الجنس كدراسة سامي عبد القوي (2002) و دراسة مايسة شكري (1999), وكذا دراسة بوتيري و فيتال (2006) . و رغم وجود هذه الدراسات التي بينت وجود اختلاف بين الجنسين فيما يخص استراتيجيات المواجهة , إلا أنه توجد دراسات أخرى تثبت نتائج بحثنا الحالي , و التي لم تتوصل إلى إيجاد اختلاف في استراتيجيات المواجهة بين الجنسين كدراسة هيردي عادل (1996) و دراسة رجب شعبان (1995), و دراسة العويضة (2003) و العارضة (1998).

و بالتالي يمكن القول أن استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين تتأثر بمتغيرات أخرى أكثر من تأثرها بعامل الجنس.

كما اتضح لنا كذلك في هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطيه بين المستوى التعليمي و استراتيجيات المواجهة المستعملة رغم ندرة الدراسات التي تؤكد هذه النتيجة – حسب اطلاع الباحثة –

و ظهرت علاقات ارتباطيه كذلك بين استراتيجيات المواجهة و درجة الاكتئاب (شدة الاكتئاب) , و هذا حسبما ذكرت الدراسات و أكدته نتائج دراستنا الحالية.

و من جهة أخرى , لم تسجل هذه الدراسة فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السن إلا في استراتيجية الانفعال التي ارتبطت ايجابا بعامل السن.

و هنا قيل و كتب الكثير عن علاقة السن باستراتيجيات المواجهة, فهذه العلاقة معقدة و جدلية.

و نخلص إلى أن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و الاكتئاب ليست بسيطة و لا بالضرورة مباشرة, فالحوادث السلبية و متطلبات الحياة يمكن أن تؤثر على اختيار استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين و غير المكتئبين .

(Findacaro & Moos, 1989)

و عليه يمكن أن نشير إلى أن نتائج الدراسة الحالية يمكن أن تساهم و لو بشكل يسير في التعرف والتنبؤ بالاكتئاب قبل وقوع الفرد فيه, كما يمكن استغلال نتائجها فيما يلي:

1- تفعيل الدراسات الوقائية للحد من الإصابة بالاكتئاب.

2- تدريب فئة المكتئبين على مواجهة المشكلات و الضغوط بتطوير نماذج تعتمد أساسا على استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل (استراتيجيات المواجهة الفعالة و استراتيجية حل المشكل و استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي), و التقليل من اللجوء إلى استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال(استراتيجية التجنب و استراتيجية الانفعال), أمام المواقف التي يمكن ضبطها .

3- إجراء بحوث تهتم بمصادر الضغوط المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب.

4- مساعدة الأخصائيين في وضع برامج إرشادية للتكفل الأحسن بهذه الفئة (المكتئبين).

5- ستفتح المجال لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تغطي أبعاد هذه المشكلة (الاكتئاب) مما يسهل وضع خريطة سليمة لأساليب التعامل مع الضغوط .

من خلال ما توصلنا له في هذه الدراسة من نتائج و تفاديا للنقائص التي يعاني منها هذا العمل, و لمعرفة أدق لاستراتيجيات المواجهة للمكتئبين, نقترح ما يلي :

1- القيام بدراسة مقارنة بين المكتئبين و الأسوياء فيما يخص استراتيجيات المواجهة .

2- القيام بدراسة تبحث عن استرلتيجيات المواجهة التي يستعملها المكتئبون في وضعيات ضغط محددة .

3- إجراء دراسة على المتغيرات (كالسن و المستوى التعليمي)التي تؤثر على اختيار استراتيجيات المواجهة عند المكتئبين و الأسوياء.(**فخرية الجارودي,2001 , ص95)**

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- إبراهيم علي إبراهيم **(1992)**: الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية لدى عينة من مرضى مستشفى حمد العام بدولة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية، مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، السنة الأولى، العدد الأول, ص 187).

2- أبو بكر مرسي محمد مرسي **(1997)**: أزمة الهوية و الاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي, مجلة دراسات نفسية, المجلد 7, العدد 3, ص ص 323-352

3- أبو زيد مدحت عبد الحميد **(2001)**: الاكتئاب, دراسة في السيكوباتومتري دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية.

4- أرجايل مايكل ترجمة, فيصل عبد القادر يونس **(1993)**: سيكولوجية السعادة- الكويت- عالم المعرفة .

5- الأشول عادل أحمد عز الدين **(1993)**: موسوعة التربية الخاصة (إنجليزي – عربي) مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.

6- البتال زيد بن محمد **(2001)**: الاحتراق النفسي (ضغوط العمل النفسية) لدى معلمي و معلمات التربية الخاصة , ماهيته,أسبابه, علاجه, سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة , الرياض , السعودية.

7- البهي فؤاد السيد **(1988)**: علم النفس الإحصائي و قياس العقل البشري, دار الفكر العربي, القاهرة.

8- الجادري عدنان حسين,يعقوب عبد الله أبوحلو **(2009)**: الأسس المنهجية و الاستخدامات الاحصائية في بحوث العلوم التربوية و الانسانية. مكتبة الجامعة الشارقة, ط1 الأردن, عمان.

9- الجارودي فخرية **(2001)**:سلوك الشخصية من نمط "أ" و علاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة و طالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة , رسالة ماجستير غير منشورة في الإرشاد النفسي.معهد الدراسات و البحوث التربوية , جامعة القاهرة.

10- الحجار محمد (**1989**): الطب السلوكي المعاصر . ط 1 , بيروت , لبنان

11- الخازن منير وهيبة **(ب.ت)**: معجم مصطلحات علم النفس. دار النشر للجامعيين.

12- الخولي وليم **(1976)**: الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي. دار المعارف بمصر, الطبعة الأولى.

13- الدسوقي راوية محمود (1995): تقدير الذات و علاقته بكل من القلق و الاكتئاب لدى متعاطي الحشيش, مجلة علم النفس, العدد الخامس و الثلاثون, السنة التاسعة, الهيئة المصرية العامة للكتاب.

14- الدسوقي كمال (1988) : ذخيرة علوم النفس ،المجلد الثاني.

15- الدسوقي كمال (في محمود محفوظ و آخرون) (2001): الموسوعة العربية الميسرة, المجلد الأول, دار الجيل, القاهرة.

16- الرشيدي بشير و آخرون (2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية الطبعة الأولى, الديوان الأميري, مكتبة الإنماء الاجتماعي, الكويت.

17- الرشيدي هارون توفيق (1999): الضغوط النفسية طبيعتها،نظرياتها ،برنامج للمساعدة الذاتية علاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

18- الزيات فتحي مصطفى (2001) : علم النفس المعرفي. الطبعة الأولى , الجزء الثاني ,دار النشر للجامعات, مصر.

19- السيد محمد خيري (1999) : الإحصاء في البحوث النفسية. الطبعة الأولى, دار الفكر العربي , القاهرة .

20- الشايب معروف (1994) : الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الدراسات العليا , الجامعة الأردنية , عمان .

21- الشربيني، لطفي (ب.ت): الاكتئاب النفسي مرض العصر, المركز العربي للنشر و التوزيع .

22- الشناوي محمد محروس و عبد الرحمان محمد السيد (1998) : العلاج السلوكي الحديث , أسسه و تطبيقاته, دار قباء للنشر و التوزيع, القاهرة.

23- العتيبي آدم (1997) : علاقة ضغوط العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية و الغياب الوظيفي في الكويت, مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 25 العدد 2, ص ص 177-207

24- العارضة, معاذ (1998): " استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس, رسالة ماجستير غير منشورة, كلية الدراسات العليا, جامعة النجاح الوطنية, فلسطين.

25- العويضة سلطان (2003): العلاقة بين مصادر الضغوط و أساليب التدبر لدى عينة من الطلبة المغتربين و الطلاب غير المغتربين, دراسة غير منشورة.

26- الفرماوي حمدي ، رضا أبو سريع (1994): الضغوط النفسية تغلب عليها و ابدأ الحياة، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

27- الفيومي أحمد بن محمد بن علي المقرئ (2001): المصباح المنير، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان.

28- المحارب ناصر إبراهيم (1993): الضغوط النفس اجتماعية و الاكتئاب و بعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان, تحليل جمعي للدراسات المنشودة ما بين 1981 – 1991, مجلة دراسات نفسية ،يوليو المجلد 3 العدد 3 .

29- النيال مايسة و هشام عبد الله (1997): أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة و علاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب جامعة قطر, المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي, جامعة عين شمس, القاهرة.

30- آيت حمودة حكيمة (2006): دور سمات الشخصية و استراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة الجسدية و النفسية- دراسة ميدانية بمدينة عنابة- رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي, جامعة الجزائر.

31- بتروفسكي أ.ف ،ياروشفسكي م.ج ،ترجمة حمدي عبد الجواد ،عبد السلام رضوان (1999), محرر الطبعة سعد الفيشاوي (1999): معجم علم النفس المعاصر،دار العالم الجديد ،القاهرة.

32- بن أبي بكر محمد بن عبد القادر الرازي (1995): مختار الصحاح ،مكتبة لبنان ،بيروت، لبنان.

33- تيغزي محمد (1993): الضغط النفسي المهني ، أبعاده و علاقته بمستوى القلق و الاكتئاب و انخفاض الرضا المهني, منشورات كلية الآداب و العلوم الإنسانية بالرباط، مجلة علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر.

34-جاب الله شعبان(1992) : العلاقة بين أحداث الحياة و مظاهر الاكتئاب ،رسالة دكتوراه ،جامعة القاهرة

35- جابر عبد الحميد , علاء الدين كفافي (1995): معجم علم النفس و الطب النفسي , الجزء الثالث , دار النهضة العربية , القاهرة

36- جابر عبد الحميد،علاء الدين كفافي (1997): الصحة النفسية، دار الفكر العربي ،القاهرة

37- حنون رسمية (2001): استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية لدى أمهات الشهداء و السجناء الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية, دراسة غير منشورة, جامعة النجاح , نابلس, فلسطين.

38 - دليل تشخيص الأمراض النفسية، الجمعية المصرية للطب النفسي (1979) المكتب العلمي بالقاهرة .

39- راغب إبراهيم رشا (1998): الضغوط النفسية و علاقتها بمستوى الطموح لدى طلبة و طالبات المرحلة الثانوية ، ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين الشمس .

40- رجاء مريم (2007): الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية. دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية بجامعة دمشق, مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس, كلية التربية, جامعة دمشق, المجلد الخامس, العدد الأول, ص ص 145-172

41- رجب شعبان (1995): الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة, مجلة علم النفس, الهيئة المصرية العامة للكتاب, العدد 34, القاهرة.

42- رجب علي شعبان (1995) : العلاقة بين أساليب التعامل الاقدامية والاحجامية مع الأزمات و التوافق النفسي و بعض سمات الشخصية, مجلة علم النفس, العدد 24, ديسمبر 1995 الهيئة المصرية العامة للكتاب .

43- رزوق أسعد (1977): موسوعة علي النفس، المؤسسة العربية الدراسات و النشر – بيروت –

44- زهران حامد (1978): الصحة النفسية و العلاج النفسي, عالم الكتب . القاهرة.

45- زي محمد (1993): الضغط النفسي المهني، أبعاده و علاقته بمستوى القلق و الاكتئاب و انخفاض الرضا المهني, منشورات كلية الآداب و العلوم الإنسانية بالرباط، مجلة علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر, ص ص 137 – 157.

46- زيدان مصطفى محمد(1990) : دليل مناهج البحث التربوي و الاختبارات النفسية, الطبعة الأولى,عالم المعرفة للنشر و التوزيع, جدة , المملكة العربية السعودية.

47- زيور مصطفى (ب.ت): محاضرة في الاكتئاب النفسي, مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.

48- شريف ليلى (2003): أساليب مواجهة الضغط النفسي و علاقتها بنمطي الشخصية (أ – ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية و العصبية و العامة) , رسالة دكتوراه غير منشورة , كلية التربية , جامعة دمشق .

49- شقير زينب محمود (2002): مقياس مواقف الحياة الضاغطة، مكتبة النهضة العربية، الطبعة الثانية، القاهرة

50- شكري مايسة (1999): أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة المشقة, دراسات نفسية, العدد(4) مجلد(9) , أكتوبر.

51- شوقي محمود حسين(1997): ضغوط الحياة و علاقتها بوجهة الضبط في المجتمع الريفي، دكتوراه، آداب عين الشمس.

52- صابر السيد محمد (2001) : دراسة لبعض الضغوط النفسية في ضوء الاتجاه الديني و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين الشمس.

53- صلاح مراد و فوزية هادي (2002): طرائق البحث العلمي, تصميماتها و إجراءاتها. دار الكتاب الحديث.

54- صمويل تامر بشرى (2007): الاكتئاب و العلاج بالواقع . مكتبة الأنجلو المصرية – ط 1- القاهرة

55- طايبي فريدة (2000): المهارات الإجتماعية و علاقتها بالتوظيف النفس- اجتماعي للفرد. رسالة غير منشورة, مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.

56- عبد الحكيم إيمان أحمد زايد (1998): قلق الموت و اكتئاب الموت لدى بعض فئات مرضية, رسالة دكتوراه غير منشورة, مكتبة كلية الآداب, جامعة عين شمس.

57- عبد الخالق أحمد (1991): بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية, دراسات نفسية , العدد 1, الجزء 2.

58- عبد الخالق أحمد محمد (1991): قياس الاكتئاب, مقارنة بين أربعة مقاييس. دراسات نفسية, العدد 01 , الجزء 01, ص ص 79-96

- عبد الخالق أحمد و آخرون (1992): سلوك نمط الشخصية A وعلاقته بأبعاد الشخصية, مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد العشرون، العدد الثالث/الرابع.

59- عبد الرحمان إلهام خليل و أمنية إبراهيم الشناوي **(2005)**: الإسهام النسبي لمكونات قائمة بار- أون لنسبة الذكاء الوجداني في التنبؤ بأساليب المواجهة .
مجلة دراسات نفسية, المجلد الخامس عشر, العدد الأول, رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

60- عبد الرحمان أمال **(1995)**: ضغوط الحياة العصرية و الجروح النفسية، مجلة التربية، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة و العلوم، قطر.
ص ص 226-228

61- عبد الرحمان بن سليمان الطريري **(1994)**: الضغط النفسي مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه و مقاومته، الطبعة الأولى، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة السعودية.

62- عبد الرحمان سعد **(1983)**: السلوك الإنساني (تحليل و قياس المتغيرات) مكتبة الفلاح, الكويت, الطبعة الثالثة.

63- عبد الرحمان محمد السيد **(2000)**:علم الأمراض النفسية و العقلية, الجزء الأول, دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع, القاهرة.

64- عبد الستار إبراهيم **(1998)**: الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، عدد 239 .

65- عبد العزيز الديب أميرة **(2003)**: مبادئ العلاج النفسي، جامعة الأزهر دور النشر .

66- عبد العظيم طه حسن **(2006)**: استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية, دار الفكر العربي, الأردن.

67- عبد القادر الرازي **(1995)**: مختار الصحاح, مكتبة لبنان, بيروت, لبنان.

68- عبد القادر طه فرج و آخرون **(1987)**: معجم علم النفس و التحليل النفسي, دار النهضة, بيروت, لبنان.

69- عبد القادر طه فرج, شاكر قنديل, *حسين عبد القادر* **(1993)** : موسوعة علم النفس و التحليل النفسي, ط 1 , دار سعاد الصباح , الكويت.

70- عبد القوي سامي **(2002)** : أساليب التعامل مع الضغوط و المظاهر الاكتئابية لدى عينة من طلبة و طالبات جامعة الإمارات, حوليات كلية الآداب, جامعة عين شمس, المجلد 30, أبريل يونيو.

71- عبد الكريم نعمة **(1999)**: الاستراتيجية الدينية و أحداث الحياة الضاغطة, مجلة دراسات نفسية, المجلد 9, العدد 4 .

72- عبد اللطيف يس نوال **(2001)**: الضغوط النفسية و علاقتها بالتحصيل الدراسي، ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس .

73- عبد الله عادل محمد **(2000)**: العلاج المعرفي و السلوكي و تطبيقاته. دار النشر, مصر.

74- عبد الله فرج **(1987)**: معجم على النفس و التحليل النفسي , دار النهضة, بيروت, لبنان.

75- عبد الله فهد الربيعة **(1996)**: آراء الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية في عملية التشخيص النفسي, دراسة استطلاعية, مجلة دراسات نفسية, مجلد 6, العدد 3.

76- عبد الله منى محمود محمد **(2002)**: أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب المرحلتين الإعدادية و الثانوية (دراسة مقارنة بين الريف و الحضر), رسالة ماجستير, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين الشمس .

77- عبد الله نجية اسحاق **(2001)**: علم النفس المعاصر, مجلة علم النفس و العلوم الإنسانية, المجلد الثاني عشر, العدد الأول, جامعة المنيا, ص ص 225-245.

78- عبد المطلب أمين القريطي **(1998)**: في الصحة النفسية, دار الفكر العربي, القاهرة.

79- عبد المعطي حسن مصطفى **(1992)**: ضغوط أحداث الحياة و علاقتها بالصحة النفسية و بعض متغيرات الشخصية, مجلة كلية التربية, جامعة الزقازيق' العدد 19, ص ص 261-324.

80- عبد المعطي حسن مصطفى و هشام ابراهيم عبد الله **(2002)**: مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة و أساليب مواجهتها. في عبد المعطي حسن مصطفى(2006) " ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها ", الطبعة الأولى, مكتبة زهراء الشرق, القاهرة.

81- عبيدات, محمد, أبو الناصر, محمد و مبيضين عقيلة **(1999)**: منهجية البحث العلمي, القواعد, و المراحل و التطبيقات , الطبعة الثانية, دار وائل للطباعة و النشر.

82- عسكر عبد الله **(1988)**: الاكتئاب النفسي بين النظرية و التطبيق. مكتبة الأنجلو المصرية.

83- عطية عز الدين جميل **(1999)** : الإعزاءات السببية و الاكتئاب. مجلة التربية بالأزهر, العدد التاسع و العشرون, المجلد 28.

84- عكاشة أحمد **(1998)** : الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو- المصرية القاهرة.

85- غالي محمد ، رجاء أبو علام **(1973)** : القلق و أمراض الجسم، الطبعة الأولى, مطبعة الحلبوني، دمشق.

86- غانم محمد حسن **(1996)**: الديناميات النفسية للاحتياجات / الضغوط و مركز التحكم لدى مدمني المخدرات، دراسة حضارية مقارنة، دكتوراه آداب, عين الشمس .

87- غريب عبد الفتاح غريب **(1993)**: الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية: الجنس و السن و مستوى التعليم و الحالة الزوجية. مجلة الصحة النفسية, مجلد 34 .

88- غريب عبد الفتاح (**1999**): علم الصحة النفسية ،الطبعة الأولى, مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.

89- فاخر عاقل **(1971)**: معجم علم النفس، الطبعة الأولى, دار العلم للملايين، بيروت, لبنان.

90- فايد حسين(1998) : الفروق في الاكتئاب و اليأس و تصور الانتحار بين طلبة الجامعة و طالباتها . مجلة دراسات نفسية, المجلد 8, العدد 1, ص 41-78.

91- فايد حسين علي (1998): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة و الأعراض الاكتئابية، مجلة دراسات نفسية،المجلد الثامن العدد الثاني ،عدد أبريل.

92- فايد حسين علي (2000) : دراسات في الصحة النفسية. الطبعة الأولى , المكتب الجامعي الحديث , الإسكندرية.

93- فونتانا ديفيد, ترجمة حمدي علي الفرماوي، رضا أبو سريع **(1994)**: الضغوط النفسية تغلب عليها و ابدأ الحياة، مكتبة الأنجلو- المصرية ،القاهرة.

94- فيولا موريس يوسف **(1996)**: دراسة في سيكولوجية العلاقة بين التوافق العام و أحداث الحياة و بين الرضا المهني لدى مأموري الضرائب، كلية الآداب, عين الشمس.

95- كامل مصطفى **(1993)**: موسوعة علم النفس و التحليل النفسي, الطبعة الأولى, دار سعاد الصباح, الكويت.

96- ممدوحة سلامة **(1996)**: مقدمة في علم النفس, مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.

97- هول كالفين، ليندزي, ترجمة فرج أحمد فرج, قدري حنفي لطفي فطيم **(1978)**: نظريات الشخصية, الطبعة الثانية, دار الشايع للنشر , القاهرة.

98- هيردي عادل **(1996)**: علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات, دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين, مجلة البحوث الإكلينيكية, جامعة المنوفية, العدد 26.

99- وجدي محمد فريد **(1971)**: دائرة المعارف القرن العشرين, المجلد الخامس دار المعرفة، بيروت، لبنان.

100- يوجين ليفيت، برنارد لوبين تعريب و نقد عزت عبد العظيم الطويل **(1985)**: سيكولوجية الاكتئاب, دار المريخ للنشر .

101- يوسف جمعة سيد **(2001)**: النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية دار غريب للطباعة و النشر , القاهرة.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

102- Aldwin Caroline (1991): Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. Journal of personality and social psychology, Vol 53, nº2, pp 201-216
103- Alloy, L.B et Clements (1992): Cognitive vulnerability to emotional disorders. Edited by: Lauren, B; Alloy. John,H; Riskind library of congress cataloging-in- publication Data.
104- Alloy, L.B, Abramson, L.Y, Clements (1996): Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: sadder but wiser? Journal of experimental psychology: General 108: 441-485
105- American psychiatric association (2003) : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . 4 éme édition – Texte révisé – Washington DC, traduction Française par Guelfi et al; éd: masson-paris- 1120 pages
106- Arnoux, D (1999): la dépression à l'adolescence. Press édition, Paris.
107- Baum A, & posluszny DM (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Annual Review of psychology. 50: 137 – 65
108- Beck, J.S, (2001): Why distinguish between cognitive therapy and cognitive behavior therapy, cognitive therapy today on line Journal.@www.Beckinstitute.org,Vol 6 (1).
109- Bergeret, J (1984): La dépression et les états limites. Ed Payot, Paris.
110- Billings, Moos, R (1984): Psychological theory and research on depression. Clinical psychological review, nº2
1- Bjorntop P, Holm G, Rosmond (1999): Neuroendocrine disorders cause. Stress related disease. Civilization syndrome is a growing health problem. Lakartidningen Feb; 96 (8): 893 – 896.
112- Blackburn & Cottraux (2004): Thérapie cognitive de la dépression, collection médecine et psychothérapie, 3éme édition, Paris.
113- Bruchon Schweitzer (1996): Introduction à la psychologie de la santé. Ed Puf, Paris
114- Bruchon Schweitzer, M & Quintar B. (2002): personnalité et maladies, stress, coping et ajustement, ed: Dunod, Paris.
115- Cacioppo JT. (1994): Social neuroscience: autonomic, neuroendocrine, and immune responses to stress. Psychophisiology. 31 (2): 113- 28, Mar.

116- Catteau.V, Chabrol. H (2005): Etude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez les adolescents. L'année psycholgique, Vol 105, nº 105-3, pp 451-476.
117- Chabrol. H (2001): La depression de l'adolescent. 3 éme ed Puf , paris.
118- Chabrol. H, Callahan.S (2004): Mécanismes de défenses et coping. Dunod, Pris.
119- Christine A, Leatz, et al, 1992: Career success personal stress (how to stay healthy in a high – stress Environment) library of congress cataloging – in publication data.
120- Clifford, T; Richard, A;King, J; Weisz, J (1986): Introduction to psychology . Seventh edition, Mc Graw-Willbook Company New York.

121- Cohen et al (1998): Type of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. Health psychology, 17(3): 214-233.
122- Debera MS . Kleinknecht RA(1995): Loneliness, duration of Loneliness, and reported stress symptomatology. psychological reports. 76 (3)/ 1363–9 Jun
123- Despues, D (1999): Stress and illness. Dissertation Abstracts international: Retrieved April, 22, 2004. From the World Wide Web: http://www.csun.edu
124- Ellis, A & Dryden .W (1987): Emotive therapy. New York springer: the practice of rational .
125- Ellis, (1990): A rational emotive behavior therapist perspective on Ruth. In Corey. G. (eds). Case approach to counseling and psychotherapy. New York: Brooks/cook publishing company (4th ed).
126- Endler. N S, Summerfield. L J, Parker. J D (1989): Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. Psychology assessment, 10(3), pp 195-205.
127- Epstein, AM(2001): Six factors that influence your level of happiness.http://www.hapiness101.net/six factors.htm.
128- Felicia D, Robert et al (1998). Self–reported stress and risk of breast cancer.
www.mediconsult. Com /stress/journal/automation /960102011002. htm.
129- Fenster , L. Shaefer C. Mathur. A. Hiatt RA. Piper C.Hubbar AE. Von Behren J. Swan SH (1995): Psychological stress in workplace and abortion.

130- Ferreri; M. Vacher.J; Albey J.M. (1993): événement de vie et dépression. In encycl-Medi-chir. 37879 A¹º p10. Paris-psychiatrie.

131- Folkman, S (1984): Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis, journal of personality and social psychology , V46 , N4 ,PP 839-852.
132- Folkman, S (2011): The oxford handbook of stress health and coping. Oxford university press, New york.
133- Goldberg, L; Breznitzs (1993): Handbook of stress, 2eme edition, New York, free press.
134- Gotlib, IH & Hammen, C.L (1992), p 262): Psychological Aspects Of Depression: Toward a Cognitive Interpersonnal Integration, New York: John Wiley & sons.
135- Granger. B, Debray. Q, Azais. F (1999): psychologie de l'adulte. Ed : masson, Paris.
136- Graziani.P, Swendsen. J (2004): Le stress, émotions et stratégies d'adaptation. Nathan, Paris.
137- Halgin And Whilbourn, 1993, PP 196 – 198)- Halgin.R.p, Whilbourn, H.K. (1994): Abnormal psycholgy The Human Experience of psychiatric Disorders. London, New York. Harcourt brace College publishers).
138- Harrison's (2001): Physiology and pharmacology of the autonomic nervous system. Central Regulation of sympathoadrinal outflow.
139- Havg TT. Svebak S. Wilhelmsen I. Berstad A. Ursin H (1994): psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. Comparison with duodenal ulcer and healthy controls. Journal of Psychosomatic Research. 38
(4): 281 -91 Mar.

140- Hergchbach P, Henrich G, Von–Rad M (1999): psychological factors in functional gastrointestinal disorders : characteristics of the disorder or of the illness behavior ? Psychosomatic Med. Mar–Apr; 61(2): 148 -53.
141- Hillary S. Klonoff–coheen et al (1998): Job stress . www.Mediconsult.com/stress/journal/automation/960102011004.htm
142- Holmes, D.S (1994): Abnormal psychology. 2 nd edition, Harper Collins, New york.
143- Ingram, R (1994): Depression. In Ramachndram (Ed). Encyclopedia of human behavior. Vol 2, p 113, New York. Academic press.

144- Janet.A, Morris. A (1984): depression symptoms among women reentering college: the role of negative life and family social support. Journal college student personal, Vol 25, nº 3, pp 251-545.
145- Jonsson BH. Theorell T. Gotthard R (1995): Symptoms and personality in patients with chronic functional dyspepsia. Journal of psychosomatic Research. 39(1): 93 -102
146- Joseph Daniel, Colette (1997): Stressful medical procedures. In the contexte of cancer patterns of parent and child coping strategies and psychological adaptation. Dissertation abstracts international: section B: the sciences & Engineering. Vol 58 (3 B). sep 1997. 1523. Univ Microfilms international.
147- Kacha, F (2002): psychiatrie et psychologie médicale. SNAG, Alger.
148- Kalat, J.W, (1992): Biological psychology. Belmoul. Wadsworth publisher company.
149- Kendall, p. H. C & Hammen, C. (1995): Abnormal psychology. New Jersey: Houghton Mifflin Company.
150- Kenneth. Frank, A (2001): Stress and health. http://cpmcnet. columbia.edu/texts/ guide/hmg40-0008.html.
151- Kobasa. S C, Maddi. S R, Kahns (1982): Hardiness and health: the prospective study. Journal of personality and social psychology, 42, 168-177.
152- Lazarus, RS (1986): Psychological stress and the coping process. Mc Graw- Hill, New york.
153- Lazarus. RS, Folkman. S (1986): Appraisal coping, health status and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology, 3-571-579.
154- Lazarus, RS (1993): Coping theory and Research: past, present, futur. Psychosomatic Medecine, 55, 234-247.
155- Leatz et al (1993): Career success personal stress (how to stay healthy in a high stress environment). Library of congress cataloging; in publication data.
156- Levenstei S, prantera C, Scribano M, Varvo V, Betto E et al (1996): Stress can keep ulcers from healing . Journal of Clin Gastroenterol; 22(2): 84-9.
157 Levy, Sussan, P (2002): Psychiatrie. Med line, Paris.
158- Lindquist TL. Beilin L J. Knuiman MW (1997): Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. Journal of Hypertension, 29 (1pt1): 1-7
160- Lou. P. & Lou. H. (1991): le stress permanent. 34 vol, Masson, Paris.

161- Lou. P. & Lou. H. (1991): la dépression. Ed: Puf, Paris.
162- Matillon. Y (2001): Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte ambulatoire. EDK, Paris.

163- Marx. E, Williams. J, Claridge. G (1992): Depression and social problem-solving. Journal of abnormal psychology. Vol 101- n° 1, 78-86.
164- Mechanic, D (1978): Students under stress: A study in the social psychology adaptation. University of Wisconsin press.
165- Miller, L & Smith, A D, (1997): The different kinds of stress. http://the.helping.
166- Moyer (2000): Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry,Cambridge university press, Amazon,France.
167- Myer, M (1989): psychology. Second edition worth publishers, INC.
168- Nathan,K.I,Musslman,M.L,Schatzberg,A.F,Nemeroff,C.B. (1995): Biology of mood disorders. In: schatzberg & C.B.Nemeroff (Eds), The American psychiatric press, texbook of psychopharmacology. (p.p 439-477). Washington D.C: American psychiatric press.
169- Neugebauer R, Kline J, Stein Z, Shrout P, Warburton D (1996): Stress and miscarriage. American Journal of Epidemiol; 143 (6): 588 -96
170- Norwood AE. Ursano RJ. Gabbay FH (1997): Health effects of the stressors of extreme environment on military women. Journal of military medicine. 162 (10): 643 – 8
171 Paulhan. I, Bourgeois. M (1998): stress et coping: les strategies d'ajustement à l'adversité. 2 éme edition, Nodule, Puf, Paris.
172- Pickering , T.G . Devereux, R.B. James. G.D Gerin, W.Landsbergis,P.schanall.P.L schwartz, J.E. (1996): Environmental influences on blood pressure and the role of job strain. Journal of Hypertension – supplement. 14 (5). 179-85. Dec.

173- Preece, M (2001): Personality and coping.
http:// cr 360266 a. nv erl. Bc. Wave. Home. Com/ melady/ 2001/ 314/ WK 49/ tsldolo. Html
174- Preville M. Potvinl L. Boyer R (1995): The structure of psychological distress. Psychological Reports. 77 (1): 275-93, Aug.
175- Richard A. Fabes and Nancy Ercenbery (1991): Regulatory control and adults stress-related Responses to daily life events. Journal of personality and social psychology, vol 13, N° 5, 1107-1117

176- Richard, C; (1997): Undoing Depression . Little, brown and company. Boston New York Toronto London.
177- Robbins, P; (1993): understanding depression. Mc Farland & company Inc; publishers, Jefferson, North caroling and London.
178- Roggatt PT, Morrissey SA (1997): A field study of stress and fatigue in long – distance bus drivers Journal of Behavioral Medecine. 23 (3): 122-9
179- Rogler LH. Cortes DE. Malgady RG (1994): The mental health relevance of idioms of distress anger and perception of injustice among New York puerto Ricans. Journal of nervous & Mental Disease. 182(6): 327 -30 Jun.
180- Rohde.P (1990): Dimentionality of coping and its relation to depression. Journal of personality and social psychology. Vol 16, nº 1.
181- Rouillon, F (1983): les troubles dépressifs, pathologie science. John libbey & company – Ltd. London
189- Rowland, R (1998): Stress reliefs may be key to conceiving. Cnn.com/health /9810/10/Stress . fertility/index.html
190- Rush, A. J. (1992): Mood disorders in DSM-IV in: D.L. Dunner (Eds). Current Psychiatric Therapy (pp189-193) Philadelphia: W.B. Saunders Company.
191- Sartorius .n (1993): Who's work on the Epidemiology of mental disorders . Social psychiatry and psychiatric Epidemiology, 28, pp. 147-155
192- Saskatoon (1998): District health, personal and social. http:// www.sdh.Sk.ca/ ships/ Adultreport/ health 20% Determinants/ personal 20% & sc 20%
193- Schafer, Walt (1992): Stress management for wellness. Harcourt Brace Jovanovich college publisher.
194- Schmitt. F, Mariage.A (2006): Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping: étude auprès de personnels soignants. Le travail humain, V 69, nº 1, pp 1-24. Paris.
195- Seiffge, Krenke. I, Traduction Bariaud. F (1994): Les modes d'ajustements aux situations stressantes du développement: Comparaison d'adolescents normaux et d'adolescents perturbés. L'orientation scolaire et professionnelle. Vol 23, nº 3, pp 313-327.
196- Seley, H (1976): the stress of life. Mc craw, Hill Book Company, Revised edition, New York.
197- Sheps, D (1999): Research links mental stress, more deaths from heart disease. Cnn.com/HEALTH/9903/09/heart.stress/
198- Short, Gola. J (1999): Resources for coping with stress. http://www.onsyd.com/**stress**

199- Sigurd (1981): stressful life events preceding the onset of neurotic depression. Psychological- Medicine, May; vol 11(2): 369-378.
200- Spurlock, J (2002): How stress affects the body http://www.amwa-doc.org/publication.
WC Healthbook/stressamw-ch09.html.
201- Sturt (2001): Theories of stress.
Canberra Gay University, http://www.garysturt.free online. co.uk/theostre.htm.
202- Terry. D J (1994): determinants of coping: the role stable and situational factors. Journal of personality and social psychology, Vol 66, nº 5.
203- The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology. Basil, Blackwell Ltd, 1995, pp 175 – 180.
204- Themoshok , Lydia & Dreher , Henry (1992): The type C connection: The behavioral links to cancer and your health . New york, Random House.
205- Vantalon, V; Gourion, D, Mouren S, Marie, C (1999): Les troubles depressifs chez l'enfant: Etat des connaissances cliniques, epidémiologiques et thérapeutiques. Doin: initiatives santé, France.
206- Valentier. DP, Holahan. C J, Moos. R H (1994): Social support appraisals of events controllability and coping. An integrative model. Journal of personality and social psychology. Vol 66, nº6.
207- Verlhiac, Jf (2004): Le coping: Introduction à la psychologie de la santé. IPSA
208- Legeron. P, André. Ch (1993): Modalité d'adaptation au stress et programmes de gestion de stress. Ed screening.
209- Vassent O. Wathen R. Myhrer T. Syvertsen JL (1994): Negative affectivity and intellectual ability: a study of their ratation to self – reported physical symptoms, perceived daily stress and mood, and disciplinary problems in military recruits. Social science & Medecine. 39 (3): 583 – 90, Aug

210-Vasseljen O, Westward R (1995): Can stress – related shoulder and pain develop independently of muscle activity? Journal of pain; 64: 221 -30

211- Wang, Suzann (2002). How dos a type c personality influence the risk of cancer?
http:// www.cancerassistonline.com/Subscrip/Articlefolder/type c.htm.

212- Web MD, health(1998): stress, what is stress?
http://my.webmd.com/content/dmk/dmk-article-40082

213- WHO I.C.D.10 (1992): Classification of mental and Behavioral disorders. WHO Geneva.

214- Wood, R.H. (1999): Introducing the treatments offered at Standford's complementary medecine clinic.
http://www.med.standford.
edu/center/communications/publications/stanmed/previous .

215- Wood, G &Wood, D (2001): Health and stress
http://Wizard.uce.edu/Kmcneill/ psy 201/woodch14.htm.

216- Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S (1998): Reviews of psychological stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. In Thorax. 53 (12): 1066 -74

217- Zeidner- Moshe, Norman. S, Endler (1996): Handbook of coping: Theory, Research, Applications. New york.

الملاحــق:

ملحق رقم (01): استبيان الاكتئاب
ملحق رقم (02): معايير تشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV
ملحق رقم (03): استبيان استراتيجيات المواجهة
ملحق رقم (04): قائمة لاختبارات استراتيجية المواجهة الأجنبية التي تم الرجوع إليها
ملحق رقم (05): مقياس بيك للاكتئاب
ملحق رقم (06): قائمة أسماء الأساتذة المحكمين
ملحق رقم (07): رخصة التربص الميداني
ملحق رقم (08): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة صدق استبيان الاكتئاب
ملحق رقم (09): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة ثبات استبيان الاكتئاب
ملحق رقم (10): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة ثبات استبيان استراتيجيات المواجهة
ملحق رقم (11): التحليلات الإحصائية الخاصة بالفرضية الأولى
ملحق رقم (12): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية الثانية
ملحق رقم (13): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية الثالثة
ملحق رقم (14): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية الرابعة
ملحق رقم (15): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية الخامسة
ملحق رقم (16): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية السادسة
ملحق رقم (17): نتائج تقنية مان ويتني لدراسة الفروق بين الأسوياء والمكتئبين بخصوص درجات الاكتئاب

ملحق رقم (01): شبـكة تشخيـص الاكتئاب

الاسم:..... السن: ..... بداية المرض:.....التشخيص:.....

المستوى الدراسي:..... المهنة:.....الحالة المدنية :.....

عدد الاطفال:.....

العامل المفجر للمرض:.....

إليك مجموعة من العبارات تصف حالتك النفسية. اقرأ كل عبارة و اختر الإجابة التي تناسبك أكثر، بوضع علامة (×) في الخانة المناسبة.

لا تختار أكثر من إجابة واحدة، لكل عبارة.

رقم	العبـــارات	أبدا، نادرا جدا	أحيانا	غالبا	دائما
01	أنا حزين في معظم الوقت				
02	لا أهتم و لا أستمتع بأي شيء، في معظم الوقت				
03	نقصت شهيتي للأكل، مما أدى إلى انخفاض وزني				
04	ازدادت شهيتي للأكل، مما أدى إلى ارتفاع وزني				
05	أصبح نومي مضطربا، و صارت ساعات نومي قليلة				
06	صرت أنام كثيرا، في معظم الوقت				
07	نقصت حيويتي و نشاطي، فصرت خاملا				
08	ازدادت حيويتي و نشاطي، فأصبحت أكثر انفعالا و توترا، في معظم الوقت				
09	أشعر بالتعب الشديد عندما أقوم بأي عمل، في معظم الوقت				
10	أحتقر نفسي و أكرهها، في معظم الوقت				
11	أشعر بالذنب كثيرا، في معظم الوقت				
12	أجد صعوبة كبيرة في التفكير و التركيز فيما أقوم به، في معظم الوقت				
13	لدي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات، في معظم الوقت				
14	تراودني أفكار الموت و الانتحار، ولكن لا أخطط لذلك				

ملحق رقم (02): المعايير التشخيصية للاكتئاب حسب DSM-IV

Episode dépressif majeur

A. au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex.se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p.ex. pleure).

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5/) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours. (Constatée par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalé par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une substance ou d'une affectation médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ملحق رقم (03): استبيان استراتيجيات المواجهة.

أمامك مجموعة من الأساليب التي تستخدم عادة لمواجهة المواقف الضاغطة في حياة الناس اليومية (العامة, الشخصية, المهنية).

المرجو منك 1- قراءة هذه الأساليب بدقة

2- التفكير بمدى تطابقها مع أساليبك الشخصية

3- ضع علامة أمام كل عبارة لبيان مدى تطابقها عليك, وفق درجات المقياس

الرقم	العبـــارات	تنطبق تماما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق
01	أضع خطة لحل المشكلة و أنفذها			
02	أحب التحدي لتحقيق أهدافي			
03	أطلب مشاركة أحد الزملاء لإيجاد مخرج من الموقف الضاغط			
04	ألجأ للنوم عندما تختلط الأمور علي			
05	أستسلم بسهولة عند مواجهة الموقف الضاغط			
06	أستفيد من خبراتي السابقة لحل المشكل الحالي			
07	أبادر فورا بحل المشكلة المسببة للضغط النفسي			
08	أتحدث عن مشكلتي لشخص أ ثق بنصائحه و طريقة تفكيره			
09	أجد متعة كبيرة في تناول الطعام مع وجود مشكلة			
10	تشعرني المواقف الضاغطة بقدر كبير من المعاناة			
11	أضع بدائل مختلفة لحل المشكل			
12	أثابر من أجل الحصول على ما أريد			
13	أسأل الآخرين عما يفعلونه في الأوضاع المشابهة			
14	أترك المشكلة حتى يسمح لي الوقت بحلها			
15	أصبح شديد التوتر عند مواجهتي مشكلة ما			
16	أتنبأ بالنتائج المحتملة للمشكلة			
17	أبذل جهدا مضاعفا كي أحقق الأهداف الصعبة			
18	تفيدني مناقشة الآخرين في إدراك أوسع للمشكلة			
19	ألوم نفسي عندما أعجز عن إيجاد حل لمشكلتي			

20	ألجأ للرياضة (المشي مثلا) كي أخفف من الوضع الضاغط			
21	أستعرض خطوات الحل قبل البدء بتنفيذه			
22	أتقبل انتقادات زملائي و أناقشها معهم			
23	لدي أصدقاء مخلصون أستطيع الاعتماد عليهم عندما أحتاجهم			
24	أشغل نفسي بمشاهدة التلفاز كي أنسى المشكلة			
25	أصبح شديد الغضب عندما أكون في مأزق			
26	أدرس عواقب و نتائج الحل الذي سأنفذه			
27	أتجنب الحلول الوسطى			
28	أبحث عن علاقات دافئة مع الآخرين			
29	أتجنب الاختلاط بالآخرين عندما تكون لدي مشكلة			
30	أصبح حزينا جدا عندما أكون في موقف ضاغط			
31	أحدد المشكلة الأهم و أبدأ بحلها			
32	أواجه الشخص الذي سبب لي المشكلة			
33	أرتاح بقضاء وقت مع أصدقائي عندما أواجه مشكلة ما			
34	أتجنب التفكير بالمشكلة			
35	ألوم نفسي على المشكل الذي حصل لي			
36	أغير خططي لتتوافق مع المشكلات الجديدة			
37	لا أترك شيئا يقف في طريقي لتحقيق ما أريد			
38	أحتاج أن أبوح بخوفي و قلقي لشخص مقرب لي أثناء المشكلة			
39	أتجنب مواجهة المتسببين في المشكلة			
40	ألوم نفسي لأنني أتعامل بانفعال مع المشكلة			

ملحق رقم (04): قائمة اختبارات استراتيجيات المواجهة الأجنبية التي تم الرجوع إليها.

4-1 قائمة مهارات المواجهة.

(Jerabek, I, 1999) (SCI) Coping skills inventory

عوامل الاختبار:

- الارتكاس أو رد الفعل تجاه الضغط النفسي Reactivity to stress
- المقدرة على تقييم الوضع Ability to assess situation
- الاعتماد على النفس Self- reliance
- الموارد Resourcefulness
- القدرة على التكيف و المرونة Adaptability and flexibility
- الموقف الفعال النشط Proactive attitude
- القدرة على الاسترخاء Ability to relax

4-2 قائمة المواجهة الفعالة.

(Schwarzer, 1999) The proactive coping inventory

عوامل المقياس هي:

- مقياس المواجهة الفعالة Proactive coping
- استراتيجية التخطيط الاستراتيجي Strategy planing coping
- استراتيجية المواجهة المرتدة Reflecting coping
- استراتيجية المواجهة الوقائية Preventive coping
- مقياس البحث عن الدعم و المساعدة الاجتماعية Instrumental support
- تجنب المواجهة Avoidance coping
- مقياس البحث عن الدعم العاطفي Seeking for emotional support

4-3 مقياس المواجهة The cope scale (John, 1998)

يتألف من 15 محور :

- المواجهة الفعالة Proactive coping
- التخطيط Planning
- البحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلي
- البحث عن الدعم الاجتماعي العاطفي

- اللجوء إلى الدين
- تقييد المواجهة
- الإنكار
- عدم انشغال سلوكي
- نشاطات قمع المنافسة
- إعادة تفسير أو تأويل إيجابي
- القبول / الانسحاب و الاستسلام
- التركيز على التنفيس العاطفي
- عدم اندماج ذهني
- عدم انشغال سلوكي
- تعاطي الكحول و المخدرات
- الدعابة

4-4 قائمة المواجهة Coping inventory (Krohne, 1993)

تسع استجابات أفعال للمواجهة اليقظة:

- إعادة استرجاع الأحداث السلبية
- الشفقة أو الرحمة الذاتية
- البحث عن المعلومات
- المقارنة الاجتماعية
- التخطيط
- اتجاهات الهرب
- الضبط المعلوماتي
- توقع الأحداث السلبية
- ضبط الوضع

تسعة أفعال تجنب المواجهة:

- التعزيز الذاتي
- التسخيف
- التقليل من أهمية الأمر بإعادة تأويله
- الإلهاء أو إبعاد الانتباه

- العمل بواسطة ردات الفعل التنافرة
- الانكار
- التركيز على المقدرة الذاتية
- التركيز على المظاهر الإيجابية
- الثقة

و لهذا المقياس بعض المقاييس الفرعية المنفصلة تبعا لنمط المواجهة:

أ- اليقظة في أوضاع التهديد الجسدية

ب- التجنب المعرفي في تهديد الأنا

ج- التجنب المعرفي في أوضاع التهديد الجسدي

5-4 استمارة طرق المواجهة Ways of coping questionnaire (WCQ) (Kausar & Powel, 1998)

تتكون من 8 استراتيجيات و هي:

- المواجهة بالتحدي
- خطط لحل المشكلة
- النفور أو التباعد أو محاولة عدم الغرق في المشكلة
- البحث عن الدعم الاجتماعي
- الضبط الذاتي
- التجنب
- إعادة التقييم الإيجابي

6-4 المواجهة بالتعبير الانفعالي Emotinally Expressive Coping (EEC) (Twillman, 2000)

و يحتوي على ست (06) استراتيجيات و هي:

- التقبل
- المواجهة الروحية و الدينية
- التركيز على المشكلة (التخطيط)
- البحث عن الدعم الاجتماعي
- إعادة التقييم الايجابي
- التجنب

4-7 قائمة الضغط النفسي و المواجهة The stress and Coping Inventory (SCI) (Rahe, 2000)

و الهدف من هذه القائمة قياس مواجهة مواقف الضغط النفسي الصحية

4-8 مقياس المواجهة The cope scale (Schwatzer, 2000)

هو الاختبار المعدل عن لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman

و يحتوي على 13 عامل تحوي نفس عوامل اختبار جون (John, 1998) فيما عدا العامل 14 (تعاطي الكحول و المخدرات) و العامل 15 (الدعابة).

4-9 قائمة سلوك المواجهة Coping Behavior checklist (Leatz, 1993)

تحتوي عل 50 استراتيجية مواجهة تقيس مدى استخدام الأفراد لتلك الاستراتيجيات.

4-10 قياس أسلوب المواجهة Measures of coping style (Nowack, 1989)

يتكون من العوامل التالية:

- التفكير المتطفل الإيجابي
- التفكير المتطفل السلبي
- التجنب التركيز على المشكلة

4-11 استمارة طرق المواجهة

The ways of coping questionnaire (WCQ) (Parker & Endler, 1992)

يتضمن ثمانية عوامل و هي:

- المواجهة بالتحدي
- النفور أو التباعد
- الضبط الذاتي
- البحث عن السند الاجتماعي
- تقبل المسؤولية
- التجنب
- التخطيط لحل المشكل
- إعادة تقييم إيجابي

4-12 مقياس المواجهة Coping Scale (Wettner, 1995)

تحتوي على نفس عوامل المقياس السابق أي لاستمارة طرق المواجهة

4-13 طرق استجابات المواجهة نموذج الراشدين Coping responses inventory adult form (CRI adult) (Radolf & Moos, 1998)

تتكون من العوامل التالية:

- التحليل المنطقي
- حل المشكل
- البحث عن الدعم
- إعادة تقييم إيجابي

و تشمل استجابات تجنب المواجهة و تتمثل عواملها في:

- التجنب المعرفي
- التقبل أو الانسحاب
- التفريغ العاطفي
- البحث عن مكافآت بديلة

4-14 مؤشر استراتيجية المواجهة **The coping strategy indicator (CSI) (Amirkhan, 1990)**

يتكون من الأساليب التالية:

- أسلوب حل المشكل
- أسلوب البحث عن الدعم
- أسلوب التجنب

4-15 اختبار مواجهة المواقف الضاغطة Coping Inventory for Stressful Situations CISS (Endler & Parker, 1999)

استراتيجيات الاختبار هي:

- المواجهة المباشرة
- المواجهة الانفعالية
- تجنب المواجهة
- المواجهة بالالهاء / الترفيه
- المواجهة باللجوء إلى الدعم الاجتماعي

ملحق رقم (05): مـقيـاس بـيـك للاكتئاب (BDI)

ضع علامة (x) أمام الاجابة لتي تناسبك أكثر, و تصف حالتك خلال الأسبوعين الماضيين بما فيهم اليوم .

1-

0- لا أشعر بالحزن 1- أشعر بالحزن أحيانا

2- أشعر بالحزن غالبا 3- انا دائما حزين

2-

0- إني لست محبط تجاه المستقبل 1- أشعر بأنني أكثر إحباط من ذي قبل تجاه المستقبل

2- لا أنتظر أن تتحسن ظروفي 3- أشعر بأن مستقبلي بدون أمل و أن الأشياء ستسوء أكثر

3-

0- ليس لدي الاحساس بأني فشلت و لست إنسان فاشل 1- لقد فشلت أكثر مما يجب علي

2- ألاحظ فشلا كثيرا, عندما أفكر في الماضي 3- لدي شعور بأنني فشلت تماما في حياتي

4-

0- أشعر دائما بنفس اللذة في الآشياء التي تعجبني , مثل السابق

1- أشعرأحيانا بنفس اللذة اتجاه الآشياء , مثل السابق 2- أشعر بلذة قليلة اتجاه الآشياء التي كانت تعجبني غالبا 3- لا أشعر بأية لذة اتجاه الآشياء التي كانت تعجبني غالبا

5-

0- لا أشعر بأنني مذنب 1- أشعر بالذنب تجاه الأشياء التي قمت بها و التي يسمكن أن أقوم بها

2- أشعر بالذنب في أغلب الأحيان 3- أشعر بالذنب دائما

6-

0- لا أشعر بأنني معاقب 1- أشعر بأنه من الممكن أن أعاقب

2- أتوقع أن أعاقب 3- لدي الشعور بأنني معاقب

-7

0- لم تتغير مشاعري تجاه نفسي ألوم
1- فقدت الثقة في نفسي
2- خاب ظني في نفسي
3- أكره نفسي تماما

-8

0- لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد
1- إني أكثر انتقادا لذاتي مما كنت عليه سابقا
2- ألوم نفسي على كل سلبياتي
3- ألوم نفسي على جميع المصائب التي تحدث

-9

0- لا أفكر أبدا في الانتحار
1- حدث و أن فكرت في الانتحار, و لكن لم أفعله
2- أريد أن أنتحر
3- سأنتحر إذا توفرت الفرصة

-10

0- لا أبكي أكثر من قبل
1- أبكي أكثر من قبل
2- أبكي لآبسط الأشياء
3- أريد البكاء , و لكن لست قادرا على ذلك

-11

0- لست أكثر توترا و هياجا من العادة
1- أشعر أنني أكثرهياجا و توترا من العادة
2- إنني متهيج و متوتر إلى درجة أنني أجد صعوبة في البقاء هادئا
3- إني متوتر إلى درجة أنني أتحرك باستمرار أو أقوم بأي شيئ

12

0- أستطيع أن أتخذ القرارات دائما مثل السابق
1-أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي مقارنة بالسابق
2-أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات مقارنة بالسابق
3أجد صعوبة في اتخاذ أي قرار

-13

0- أعتقد أنني شخص ذو قيمة
1- لا أعتقد أنني أملك نفس القيمة و الفائدة التي ملكتها من قبل
2- إنني أقل قيمة من الآخرين
3- أشعر أنني لا أساوي شيء

-14

0- أملك دائما نفس الطاقة كما في السابق
1-أملك طاقة أقل من السابق
2- لا أملك الطاقة الكافية للقيام بأشياء كثيرة
3- أملك طاقة قليلة للقيام بأي شيء

-15

0- لم تتغير عاداتي في النوم

1- أ – أنام أكثر بقليل من المعتاد

1 – ب – أنام أقل بقليل من المعتاد

2- أ – أنام أكثر بكثير من المعتاد

2- ب – أنام أكثر بقليل من المعتاد

3- أ – أنام تقريبا كل يوم

3- ب – أستيقظ ساعة أو ساعتين قبل الوقت و لا أنام ثانية

-16

0- لست أكثر حساسية من المعتاد

1- إنني أكثر حساسية من المعتاد أحيانا

2- إنني غالبا أكثر حساسية من المعتاد

3- إنني حساس دائما

-17

0- لم تتغير شهيتي

1- أ – شهيتي أقل بقليل من المعتاد

1- ب – شهيتي أكثر بقليل من المعتاد

2- أ – شهيتي قليلة بكثير من المعتاد

2- ب- شهيتي كثيرة بكثير من المعتاد

3- أ – ليست لي شهية بتاتا

3- ب – لدي رغبة دائمة في الأكل

-18

0- أستطيع أن أركز كالسابق

1- لا أستطيع أن أركز دائما كما في السابق

2- أجد صعوبة في التركيز طويلا على شيء ما

3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء كان

-19

0- لست تعب أكثر من المعتاد

1- أتعب بسهولة أكثر من المعتاد

2- إني جد تعب , للقيام بأشياء كثيرة كنت أقوم بها سابقا

3- إني في منتهى التعب, لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأشياء كالسابق

-20

0- لم تتغير رغبتي الجنسية , عن ذي قبل

1- نقصت رغبتي الجنسية, قليلا عن ذي قبل

2- نقصت رغبتي الجنسية, كثيرا عن ذي قبل

3- نقصت رغبتي الجنسية تماما

ملحق رقم (6): قائمة أسماء السادة أعضاء لجنة تحكيم مقاييس الدراسة.

1- أستاذ التعليم العالي: شرفي محند الصغير	جامعة سطيف
2- أ.د : تيغليت صلاح الدين	جامعة سطيف
3- أ.د : أجراد محمد	جامعة الجزائر
4- أ.د : آيت حمودة حكيمة	جامعة الجزائر
5- أ.د : مزياني فتيحة	جامعة الجزائر
6- أ.د : بوعلي نور الدين	جامعة سطيف
7- أ.د : جبالي نور الدين	جامعة باتنة
8- أ.د :عدوان يوسف	جامعة باتنة

ملحق رقم (08): قياس صدق استبيان الاكتئاب

Corrélations non paramétriques

Corrélations

			total	total2
Rho de Spearman	total	Coefficient de corrélation	1.000	.680**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	39	39
	total2	Coefficient de corrélation	.680**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	39	39

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

معامل الصدق الذاتي =√ معامل الثبات = 0.877 = 0.93 و بالتالي فاستبيان الاكتئاب صادق.

ملاحظة: معامل ثبات الاستبيان باستعمال معادلة ألفا كرومباخ هو 0.877

ملحق رقم (09): نتائج قياس ثبات استبيان الاكتئاب

Alpha globale de l'echelle de depression

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	67.2
	Exclus[a]	82	32.8
	Total	250	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.877	14

Fiabilité split-half

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	67.2
	Exclus[a]	82	32.8
	Total	250	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.785
		Nombre d'éléments	7[a]

Coefficient de Spearman-Brown	Partie 2	Valeur	.782
		Nombre d'éléments	7[b]
		Nombre total d'éléments	14
		Corrélation entre les sous-échelles	.765
		Longueur égale	.867
		Longueur inégale	.867
		Coefficient de Guttman split-half	.866

a. Les éléments sont : score item1, score item2, score item3, score item4, score item5, score item6, score item7.

b. Les éléments sont : score item8, score item9, score item10, score item11, score item12, score item13, score item14.

ملحق رقم (10): نتائج قياس ثبات استبيان استراتيجيات المواجهة.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	100.0
	Exclus[a]	0	.0
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.778	8

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
score item1	14.71	14.529	.607	.733
score item2	14.54	15.424	.487	.754
score item3	14.58	13.861	.683	.718
score item4	14.66	14.046	.657	.723
score item5	14.82	16.127	.343	.777
score item6	14.61	18.048	.088	.812
score item7	14.75	15.841	.392	.769
score item8	14.62	14.451	.618	.731

Fiabilité strat resolution de problème

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	167	99.4
	Exclus[a]	1	.6
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.825	8

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
score item1	14.86	17.389	.589	.799
score item2	14.50	17.878	.524	.808
score item3	14.75	17.102	.601	.797
score item4	14.65	18.059	.489	.813
score item5	14.72	17.131	.638	.793
score item6	14.90	17.461	.557	.803
score item7	14.58	17.751	.499	.812
score item8	14.78	18.017	.481	.814

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart-type	Nombre d'éléments
16.82	22.425	4.736	8

Fiabilité soutien social

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	100.0
	Exclus[a]	0	.0
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.791	8

Statistiques de total des elements

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
score item1	14.96	14.172	.583	.754
score item2	14.55	14.033	.581	.754
score item3	14.95	14.087	.563	.757
score item4	14.67	14.078	.601	.751
score item5	14.92	14.328	.514	.765
score item6	14.09	16.345	.324	.791
score item7	14.73	14.712	.464	.773
score item8	14.42	15.527	.344	.792

Fiabilité strat emotion

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	100.0
	Exclus[a]	0	.0
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.716	8

Statistiques de total des elements

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
scre item1	17.01	9.216	.448	.679
score item2	16.64	9.394	.542	.662
score item3	16.64	9.155	.607	.649
score item4	17.20	11.464	-.034-	.794
score item5	16.64	9.406	.570	.659
score item6	16.64	9.237	.573	.655
score item7	16.93	9.678	.408	.688
score item8	16.81	9.628	.378	.695

Fiabilité strat evitement

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	100.0
	Exclus[a]	0	.0
	Total	168	100.0

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	168	100.0
	Exclus[a]	0	.0
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.437	8

Statistiques de total des elements

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
score item1	13.47	7.137	.168	.414
score item2	13.88	8.345	-.027-	.475
score item3	13.31	6.886	.248	.378
score item4	12.89	7.485	.088	.450
score item5	13.27	6.473	.334	.335
score item6	12.76	6.916	.234	.384
score item7	13.39	7.125	.200	.400
score item8	12.95	6.740	.250	.375

Fiabilité Alpha global

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	167	99.4
	Exclus[a]	1	.6
	Total	168	100.0

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	167	99.4
	Exclus[a]	1	.6
	Total	168	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.795	40

معامل الصدق الذاتي = √معامل الثبات = 0.795 = 0.891 ومنه نستنتج أن استبيان استراتيجيات المواجهة صادق.

Statistiques de total des elements

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
score item1	83.00	123.157	.021	.799
score item2	83.41	123.148	.055	.796
score item3	82.84	125.413	-.098-	.803
score item4	82.43	121.391	.114	.796
score item5	82.80	116.922	.363	.787
score item6	82.28	125.083	-.080-	.802
score item7	82.92	123.680	-.002-	.799
score item8	82.49	123.757	-.012-	.800
score item1	82.63	115.367	.432	.784
score item2	82.45	118.622	.269	.790
score item3	82.50	114.697	.446	.783
score item4	82.57	113.282	.525	.780
score item5	82.73	116.090	.388	.786
score item6	82.52	122.540	.057	.798
score item7	82.65	119.023	.234	.792
score item8	82.54	116.491	.370	.787
score item1	82.70	116.199	.390	.786
score item2	82.34	114.479	.493	.782
score item3	82.60	114.314	.472	.782
score item4	82.50	113.902	.519	.781
score item5	82.56	114.139	.511	.781

score item6	82.75	114.647	.461	.783
score item7	82.43	114.306	.468	.782
score item8	82.62	115.357	.427	.784
score item1	82.86	115.710	.433	.784
score item2	82.47	114.262	.496	.782
score item3	82.85	116.056	.392	.786
score item4	82.57	114.162	.523	.781
score item5	82.82	115.715	.405	.785
score item6	82.00	118.277	.374	.787
score item7	82.63	116.318	.382	.786
score item8	82.34	117.586	.319	.788
scre item1	82.46	127.840	-.228-	.807
score item2	82.09	123.649	.011	.798
score item3	82.09	121.685	.142	.794
score item4	82.64	118.954	.222	.792
score item5	82.09	123.130	.050	.797
score item6	82.10	124.437	-.041-	.799
score item7	82.39	124.480	-.045-	.800
score item8	82.26	122.533	.064	.797

ملحق رقم (11): نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفرضية الأولى

Tests non paramétriques hyp 1-1

Test de Mann-Whitney

Rangs

	État	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	Patho	84	62.74	5270.50
	Normal	84	106.26	8925.50
	Total	168		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	1700.500
W de Wilcoxon	5270.500
Z	-5.816-
Signification asymptotique (bilatérale)	.000

a. Critère de regroupement : état

hypothese 1-2 (repr)

Test de Mann-Whitney

Rangs

	État	N	Rang moyen	Somme des rangs
scoreresol	Patho	84	58.18	4887.50
	Normal	84	110.82	9308.50
	Total	168		

Test[a]

	Scoreresol
U de Mann-Whitney	1317.500
W de Wilcoxon	4887.500
Z	-7.032-
Signification asymptotique (bilatérale)	.000

a. Critère de regroupement : état

Tests non paramétriques hyp 1-3

Test de Mann-Whitney

Rangs

	État	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	Patho	84	59.94	5035.00
	Normal	84	109.06	9161.00
	Total	168		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	1465.000
W de Wilcoxon	5035.000
Z	-6.564-
Signification asymptotique (bilatérale)	.000

a. Critère de regroupement : état

Tests non paramétriques hyp1-4

Test de Mann-Whitney

Rangs

	État	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	Patho	84	92.92	7805.50
	Normal	84	76.08	6390.50
	Total	168		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	2820.500
W de Wilcoxon	6390.500
Z	-2.256-
Signification asymptotique (bilatérale)	.024

a. Critère de regroupement : état

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney hyp1-5

Rangs

	État	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	Patho	84	106.58	8952.50
	Normal	84	62.42	5243.50
	Total	168		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	1673.500
W de Wilcoxon	5243.500
Z	-5.916-
Signification asymptotique (bilatérale)	.000

a. Critère de regroupement : état

ملحق رقم (13): نتائج التحليلات الإحصائية للفرضية الثالثة

Corrélations hyp 3-1

Corrélations

		agenormaux	totceffnor
agenormaux	Corrélation de Pearson	1	-.131-
	Sig. (bilatérale)		.234
	N	84	84
totceffnor	Corrélation de Pearson	-.131-	1
	Sig. (bilatérale)	.234	
	N	84	84

Corrélations hyp 3-2

Corrélations

		agenormaux	totresonor
agenormaux	Corrélation de Pearson	1	.056
	Sig. (bilatérale)		.614
	N	84	84
totresonor	Corrélation de Pearson	.056	1
	Sig. (bilatérale)	.614	
	N	84	84

Corrélations hyp 3-3

Corrélations

		agenormaux	totscnor
agenormaux	Corrélation de Pearson	1	-.183-
	Sig. (bilatérale)		.095
	N	84	84
totscnor	Corrélation de Pearson	-.183-	1
	Sig. (bilatérale)	.095	
	N	84	84

Corrélations hyp 3-4

Corrélations

		agenormaux	totevnor
agenormaux	Corrélation de Pearson	1	.105
	Sig. (bilatérale)		.340
	N	84	84
totevnor	Corrélation de Pearson	.105	1
	Sig. (bilatérale)	.340	
	N	84	84

Corrélations hyp 3-5

Corrélations

		agenormaux	totemnor
agenormaux	Corrélation de Pearson	1	.302**
	Sig. (bilatérale)		.005
	N	84	84
totemnor	Corrélation de Pearson	.302**	1
	Sig. (bilatérale)	.005	
	N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم (15): نتائج التحليلات الإحصائية للفرضية الخامسة

hypothese 5-1

Corrélations

			scordeppat	copeffmal
Rho de Spearman	scordeppat	Coefficient de corrélation	1.000	-.584-**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	84	84
	copeffmal	Coefficient de corrélation	-.584-**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

hypothese 5-2

Corrélations

			coprepmal	scordeppat
Rho de Spearman	coprepmal	Coefficient de corrélation	1.000	-.515-**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	84	84
	scordeppat	Coefficient de corrélation	-.515-**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

```
SAVE OUTFILE='D:\récap-generale.sav la derniere.sav'
/COMPRESSED.
```

hypothese 5-3

Corrélations

			scordeppat	scorscmal
Rho de Spearman	scordeppat	Coefficient de corrélation	1.000	-.468-**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	84	84
	scorscmal	Coefficient de corrélation	-.468-**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

hypothese 5-4

Corrélations

			scordeppat	scorevmal
Rho de Spearman	scordeppat	Coefficient de corrélation	1.000	.587**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	84	84
	scorevmal	Coefficient de corrélation	.587**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

hypothese 5-5

Corrélations

			scordeppat	scoemotmal
Rho de Spearman	scordeppat	Coefficient de corrélation	1.000	.673**
		Sig. (bilatérale)	.	.000
		N	84	84
	scoemotmal	Coefficient de corrélation	.673**	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.
		N	84	84

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ملحق رقم (16): التحليلات الإحصائية الخاصة بدراسة بالفرضية السادسة

Résultat cut percent : la stratégie de coping efficace

Item de 1 à 8

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	rarement	361	51.8	53.7	53.7
	parfois	148	21.2	22.0	75.7
	souvent	**163**	23.4	**24.3**	100.0
	Total	672	96.4	100.0	
Manquante	Système manquant	25	3.6		
Total		697	100.0		

Résultat de cut percent: stratégie de resolution de probléme

score item 9 à 16

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	jamais	369	47.4	54.9	54.9
	aplique parfois	169	21.7	25.1	80.1
	aplique toujours	**134**	17.2	**19.9**	100.0
	Total	672	86.4	100.0	
Manquante	Système manquant	106	13.6		
Total		778	100.0		

Résultat de cut percent: la stratégie de l'émotion

score item 25 à 32

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	jamais	94	12.1	14.0	14.0
	aplique parfois	84	10.8	12.5	26.5
	aplique toujours	**494**	63.5	**73.5**	100.0
	Total	672	86.4	100.0	
Manquante	Système manquant	106	13.6		
Total		778	100.0		

Résultat de cut percent: stratégie de soutien social

score item17 à 24

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	jamais	389	50.0	57.9	57.9
	aplique parfois	171	22.0	25.4	83.3
	aplique toujours	**112**	14.4	**16.7**	100.0
	Total	672	86.4	100.0	
Manquante	Système manquant	106	13.6		
Total		778	100.0		

Résultat de cut percent : stratégie de l'évitement

score item 33 à 40

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	jamais	298	38.3	44.3	44.3
	aplique parfois	107	13.8	15.9	60.3
	aplique toujours	**267**	34.3	**39.7**	100.0
	Total	672	86.4	100.0	
Manquante	Système manquant	106	13.6		
Total		778	100.0		

ملحق رقم (17): نتائج تقنية مان ويتني لدراسة الفروق بين الأسوياء والمكتئبين بخصوص درجات الاكتئاب

Test de Mann-Whitney

Rangs

	état	N	Rang moyen	Somme des rangs
score depression	patho	84	125.45	10537.50
	normal	84	43.55	3658.50
	Total	168		

Test[a]

	score depression
U de Mann-Whitney	88.500
W de Wilcoxon	3658.500
Z	-10.919-
Signification asymptotique (bilatérale)	.000

a. Critère de regroupement : état

ملحق رقم (12): نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفرضية الثانية

Tests non paramétriques hyp2-1

Test de Mann-Whitney

Rangs

	Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	H-D	44	42.94	1889.50
	F-D	40	42.01	1680.50
	Total	84		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	860.500
W de Wilcoxon	1680.500
Z	-.175-
Signification asymptotique (bilatérale)	.861

a. Critère de regroupement : genre

Tests non paramétriques hyp2-2

Test de Mann-Whitney

Rangs

	Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	H-D	44	43.02	1893.00
	F-D	40	41.93	1677.00
	Total	84		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	857.000
W de Wilcoxon	1677.000
Z	-.207-
Signification asymptotique (bilatérale)	.836

a. Critère de regroupement : genre

Tests non paramétriques hyp2-3

Test de Mann-Whitney

Rangs

	Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	H-D	44	40.70	1791.00
	F-D	40	44.48	1779.00
	Total	84		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	801.000
W de Wilcoxon	1791.000
Z	-.710-
Signification asymptotique (bilatérale)	.478

a. Critère de regroupement : genre

Tests non paramétriques hyp2-4

Test de Mann-Whitney

Rangs

	Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	H-D	44	41.03	1805.50
	F-D	40	44.11	1764.50
	Total	84		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	815.500
W de Wilcoxon	1805.500
Z	-.581-
Signification asymptotique (bilatérale)	.561

a. Critère de regroupement : genre 02

Tests non paramétriques hyp2-5

Test de Mann-Whitney

Rangs

	Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
score total	H-D	44	38.18	1680.00
	F-D	40	47.25	1890.00
	Total	84		

Test[a]

	score total
U de Mann-Whitney	690.000
W de Wilcoxon	1680.000
Z	-1.728-
Signification asymptotique (bilatérale)	.084

a. Critère de regroupement : genre

Corrélations non paramétriques hyp3-1

Corrélations

			age	score total
Tau-B de Kendall	age	Coefficient de corrélation	1.000	-.135-**
		Sig. (unilatérale)	.	.007

		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.135-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.007	.
		N	168	168
Rho de Spearman	age	Coefficient de corrélation	1.000	-.195-**
		Sig. (unilatérale)	.	.006
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.195-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.006	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques 3-2

Corrélations

			age	score total
Tau-B de Kendall	age	Coefficient de corrélation	1.000	-.075-
		Sig. (unilatérale)	.	.084
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.075-	1.000
		Sig. (unilatérale)	.084	.
		N	168	168
Rho de Spearman	age	Coefficient de corrélation	1.000	-.111-
		Sig. (unilatérale)	.	.077
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.111-	1.000
		Sig. (unilatérale)	.077	.
		N	168	168

Corrélations non paramétriques hyp3-3

Corrélations

			age	score total
Tau-B de Kendall	age	Coefficient de corrélation	1.000	.042
		Sig. (unilatérale)	.	.224
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.042	1.000
		Sig. (unilatérale)	.224	.

		N	168	168
Rho de Spearman	age	Coefficient de corrélation	1.000	.053
		Sig. (unilatérale)	.	.247
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.053	1.000
		Sig. (unilatérale)	.247	.
		N	168	168

Corrélations non paramétriques hyp3-4

Corrélations

			age	score total
Tau-B de Kendall	age	Coefficient de corrélation	1.000	.292**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.292**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	age	Coefficient de corrélation	1.000	.407**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.407**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp4-1

Corrélations

			niveau d'instruction	score total
Tau-B de Kendall	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	.388**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.388**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.

		N	168	168
Rho de Spearman	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	.501**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.501**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp4-2

Corrélations

			niveau d'instruction	score total
Tau-B de Kendall	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	.335**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.335**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	.422**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	.422**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp4-3

Corrélations

			niveau d'instruction	score total
Tau-B de Kendall	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	-.234-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.234-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	-.300-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.300-**	1.000

	Sig. (unilatérale)	.000	.
	N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp4-4

Corrélations

			niveau d'instruction	score total
Tau-B de Kendall	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	-.386-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.386-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	niveau d'instruction	Coefficient de corrélation	1.000	-.493-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	score total	Coefficient de corrélation	-.493-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp5-1

Corrélations

			score depression	scorecopeff
Tau-B de Kendall	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.296-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scorecopeff	Coefficient de corrélation	-.296-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.407-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scorecopeff	Coefficient de corrélation	-.407-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.

		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp5-2

Corrélations

			score depression	scoreresol
Tau-B de Kendall	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.364-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scoreresol	Coefficient de corrélation	-.364-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.505-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scoreresol	Coefficient de corrélation	-.505-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp5-3

Corrélations

			score depression	scorescoci
Tau-B de Kendall	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.330-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scorescoci	Coefficient de corrélation	-.330-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	-.477-**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scorescoci	Coefficient de corrélation	-.477-**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp5-4

Corrélations

			score depression	scoreevitement
Tau-B de Kendall	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	.144**
		Sig. (unilatérale)	.	.004
		N	168	168
	scoreevitement	Coefficient de corrélation	.144**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.004	.
		N	168	168
Rho de Spearman	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	.198**
		Sig. (unilatérale)	.	.005
		N	168	168
	scoreevitement	Coefficient de corrélation	.198**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.005	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

Corrélations non paramétriques hyp5-5

Corrélations

			score depression	scoreemotion
Tau-B de Kendall	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	.359**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scoreemotion	Coefficient de corrélation	.359**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168
Rho de Spearman	score depression	Coefficient de corrélation	1.000	.488**
		Sig. (unilatérale)	.	.000
		N	168	168
	scoreemotion	Coefficient de corrélation	.488**	1.000
		Sig. (unilatérale)	.000	.
		N	168	168

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).