

جامعة زيان عاشور بالجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس والفلسفة

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

الاكتئاب النفسي (01)

سلسلة محاضرات في الأمراض النفسية
موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

الدكتور: زعتر نورالدين

2019

الفهرس

- مقدمة 03
- تعريف الاكئاب 03
- أسباب الاكئاب 05
- مدى انتشار الاكئاب ونسبة حدوثه 11
- أعراض الاكئاب 14
- تشخيص الاكئاب 19
- تصنيف الاكئاب 22
- الآثار السلبية للاكئاب 27
- الخصائص النفسية للمراهقين المكتئبين 31
- الاكئاب من منظور ثقافي - اجتماعي 40

مقدمة:

(يُعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر احصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 07% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% من خلال أعوام قليلة، وتشير احصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة، 7.7% كحالات اكتئاب متوسطة، 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة.) (الشربيني، 2012 ص 19).

من خلال الإحصائيات السابقة ندرك أهمية البحث في موضوع الاكتئاب الذي يُعد مطلباً علمياً، وطبيبياً، ونفسياً، واجتماعياً، بل مطلباً انسانياً فوق كل اعتبار، لأنه يهدد صحة الإنسان ومجتمعه حاضره ومستقبله وخاصة عندما تكون عينة البحث من فئة المراهقين.

الصحة النفسية:

إن للصحة النفسية مفاهيم ومعان كثيرة، متجاوزة في ذلك المفهوم الكلاسيكي الذي كان يرى في الصحة مجرد خلو الإنسان من الأمراض، بل تعداه إلى الحالة التي يكون فيها قادراً على الأداء بكفاءة وفعالية وإيجابية واكتفاء، وكذا الإحساس بالسعادة.

يعرف عبد السلام زهران 2005 الصحة النفسية بانها حالة دائمة نسبية، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعاليا واجتماعيا اي مع نفسه ومع بيئته)، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته إلى اقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون

شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام(ص09).

الصحة النفسية تجعل الفرد قادراً على معاملة الناس معاملة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه عنهم كما يحدث عند المريض النفسي، حيث تلعب الصحة دوراً هاماً في كل مجال من مجالات المجتمع مثل التعلم والصحة والاقتصاد والسياسة.. الصحة النفسية هي نوع من التوافق الكلي والتعامل بين الوظائف النفسية المختلفة، يكون الشخص لديه القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط والإحباطات النفسية الطبيعية التي تواجهه مع إحساسه وشعوره الإيجابي بالسعادة والكفاية(القوصي 1980ص03).

صفات لبشخص المتمتع بالصحة النفسية

يقول عبد الستار ابراهيم (2003) انه ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين و المعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية أو السلوك السليم ، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية و النضوج :

- الوعي بالذات ، وتقبل النفس مع وجود إحساس متميز بالهوية و الذاتية .
- القدرة على النمو و التطور بالشخصية ، و القدرة على تعديل الأخطاء و جوانب القصور النفسي و العقلي و الاجتماعي .
- قدرة عالية للتصرف بإتساق في مختلف المواقف دون تصلب .
- القدرة على التصرف بصورة مستقلة ، وإتخاذ القرارات الشخصية الهامة بقدر ملائم من الاستقلال و الإكتفاء الذاتي .
- الإدراك الجيد غير المشوه للواقع ، بما في ذلك الوعي الواقعي بالإمكانيات الشخصية و القدرات الذاتية ، والإحساس بمشاعر الآخرين و دوافعهم ، وحاجاتهم .

- قدرة عالية على ضبط البيئة الخاصة بالفرد ، والسيطرة عليها بشكل يسمح له
و يمكنه من حل المشكلات التي يواجهها .
 - أداء أعماله وواجباته بشكل ملائم .
 - المقدرة على التوافق للعمل و المهنة ، أو بتعبير آخر يتصف بالفاعلية في أداء
الدور ، أو الأدوار الاجتماعية التي يواجهها .
 - أداء أعماله وواجباته بشكل ملائم .
 - المقدرة على التوافق للعمل و المهنة ، أو بتعبير آخر يتصف بالفاعلية في أداء
الدور أو الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه .
 - القدرة على التعبير عن المشاعر .
 - القدرة على الدخول في علاقات اجتماعية دافئة و إيجابية تكون مقبولة من
الشخص نفسه و غير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين .
 - الاستبصار بالذات أو بمشكلات الشخصية بما فيها من نقاط ضعف أو قوة .
 - قدرة على توظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق النفس و الأهداف .
 - ضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق ، و العدوان و الاكتئاب و المخاوف
التي لا معنى لها .
 - وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح
له بأن يتصرف بكفاءة و نجاح يتناسبان مع إمكانياته ، وأن يوظف تفكيره
لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة الاجتماعية و السلوكية و النفسية .
- ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا
ناضجا أو سليما .
- ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما ، وإنما ركزنا على
أهمها ، وعلى العناصر البارزة في السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون
النفسيون بمدارسهم المختلفة ، ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما
اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها في
مريضه ، ويعتبرها مقياسا في علاج مرضاه ، ومقياسا لتحقيق الصحة النفسية .

المرض النفسي: Mental Illness

هنالك عدة تعاريف للمرض النفسي وذلك راجع لاختلاف المنطلقات الفكرية والمدارس النفسية التي يتبعها الباحثون. ويمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية و جسدية مختلفة و يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي و يعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

و المرض النفسي أنواع و درجات ، فقد يكون خفيفا يضىف بعض الغرابة على شخصية المريض و سلوكه ، وقد يكون شديدا حتى قد يدفع المريض إلى القتل أو الانتحار ، و تتباين أعراض المرض النفسي تباينا كبيرا من المبالغة في الأناقة إلى الانفصال عن الواقع و العيش في عالم الخيال .

ويتوقف علاج المرض النفسي على نوعه و مداه و حدته ، وتعالج بعض الحالات بزيارات منظمة لأحد المعالجين النفسيين بينما تحتاج بعض الحالات إلى العلاج في المستشفى ، و الأمراض النفسية كثيرة و منتشرة و يزيد عددها عن حالات شلل الأطفال و مرض القلب و السرطان مجتمعة ، ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقا بعد أن أخذ كل مرض طريقه نحو العلاج و الشفاء .

و هناك فرق بين المرض النفسي و السلوك المرضي ، فالسلوك المرضي سلوك عابر يلونه الاضطراب الذي يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي ، فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوي ، وقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي ، و هذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس .(زهران 2005 ص10)

يشير عبد الستار 2003 إلى ان هناك ثلاث خصائص تصف السلوك المرضي و الاضطراب النفسي : وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ و المضطرب ، بعبارة أخرى ، ماهي هذه الأنواع من السلوك التي قد نطلق عليها بلا تردد صفة المرض النفسي ؟ توجد ثلاثة خصائص يتشابه فيها المرضى النفسيون قد توجد جميعها في بعض حالات المرض العقلي أو بعضها ، وهي:

1- سلوك بعض المرضى النفسيين يوصف من وجهة نظر المحيطين بهم بالخروج عن المألوف من التصرفات الشائعة البشر ، ولهذا يوصف السلوك المرضي بالشذوذ ، أي عدم الشيوخ بالمعنى الإحصائي بعبارة أخرى فتصرفاتهم لا تكون مفهومة فهما جيدا من قبل المحيطين بهم ، كما أن استجاباتهم للآخرين و للمواقف الاجتماعية التي يمرون بها تختلف ولا تكون ملائمة أو مقبولة من وجهة النظر الخارجية و تدخل بعض الأعراض التي تصف بعض المرضى العقليين بشكل خاص كالهلاوس الإدراكية (مثلا سماع أصوات لا يسمعها الآخرون أو مشاهدة كائنات او بشر لا يراهم الآخرون) ضمن هذا العنصر من عناصر وصف السلوك المرضي ، لكن هذا المحك في وصف السلوك المرضي يجب تناوله بحذر ، لأن كثيرا من تصرفات بعض المبدعين و العباقرة تتسم أيضا بأنها غير مألوفة و غير عادية ، دون أن توصف بالمرض العقلي أو الجنون ، لهذا لا بد من إضافة محكات أخرى لوصف السلوك المرضي و لتمييزه عن سلوك المبدعين أو العباقرة

2- يتصف المرض النفسي و العقلي بعدم التوافق أي أن سلوك المريض النفسي و طرق تفكيره و استجابته للأمور لا تتفق و قوانين التوافق .
فأنماط التفكير و أساليب التفاعل مع الآخرين و أنواع السلوك التي تشيع بينهم و التي لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة و الرضا ، تعتبر أكثر بكثير مما هي عليه بين من نطلق عليهم أصحاء .

3- المريض النفسي ألو العقلي عادة ما يجد صعوبة في أداء الأدوار الهامة في حياته كعامل أو موظف أو طالب أي أنه يتصف بعدم الكفاءة .

4- فنحن مثلا نتوقع من الطالب العادي أنه يستطيع التركيز ، وقادر على تذكر المعلومات التي يحصلها من دراسته ، ويفكر أو يتحدث بطريقة متماسكة ، ويستطيع أن يتحكم في مشاعره و أنواع السلوك الضارة بأدائه في النشاطات المدرسية أو الامتحانات و غيرها من أنواع النشاط المطلوبة منه لرعاية نفسه

صحيا و نفسيا ، أما المريض النفسي فيعاني من صعوبات في بعض هذه النشاطات أو كلها .

- تصنيف السلوك اللاسوي :

يشر السيكولوجيون و المختصون في هذا المجال حسب (عشوي 2016) إلى وجود عدة تصنيفات للسلوك المرضي ، من أشهر هذه التصنيفات تصنيف المنظمة العالمية للصحة عام 1966 ، وتصنيف الجمعية الطبية النفسانية الأمريكية عام 1968 و كذلك تصنيف نفس الجمعية سنة 1994 ، و يعرف تصنيف هذه الجمعية المعتمد عليه كثيرا في التشخيص و العلاج ب

DSM-iv(The Diagnostic and statistical of Mental Disorders (DSM))

و هو التصنيف المعتمد في الولايات المتحدة في تشخيص الاضطرابات العقلية وعلاجها و الحصول على التأمين بناءا على استعماله من طرف المختصين اما الدباغ (1983) فقد أورد تصنيفا يجمع بين الصنفين المذكورين . وينبغي أن نشير قبل إيراد تصنيف الدباغ أن المنظمة العالمية للصحة قد أصدرت سنة 1991 التصنيف العاشر للأمراض النفسية و العافية تحت عنوان ((التصنيف العالمي العاشر للإضطرابات العقلية و السلوكية)) و قد أورده الدكتور أحمد عكاشة في مصنفه الهام ((الطب النفسي المعاصر)) سنة 1992 .

وكذلك يوجد تصنيف (كربلين 1913 Kraepelin) والذي تبنت خطوخه العريضة جمعية علم النفس الأمريكية، ويمكن بمقتضاه تحديد خمسة انواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية:

1- الأعصاب(العصابات)، 2- الذهان العضوي ، 3- الذهان الوظيفي، 4-

اضطرابات الشخصية، 5- التخلف العقلي.

1-العصاب :

العصاب مصطلح أو مفهوم يطلق على فئة من الأشخاص الذين نسميهم عصابيين، وهم يتميزون بأن اضطراباتهم ذات علاقة رئيسية بوجود اضطراب في الوظائف

الانفعالية. بعبارة أخرى، العصائيون أشخاص يتسمون بسهولة الانفعال، وتساء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات الاجتماعية أو الخارجية التي لا تمثل في الظروف العادية ضرراً شديداً له، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصبغ حياتهم دائماً بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكن العصائيين في العادة يستطيعون مواصلة نشاطاتهم العادية في كل مجالات العمل أو الأسرة بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم. والعصائيون يختلفون عن يطلق عليهم مرضى الأعصاب. فمن مرضى الأعصاب تعود شكاوهم النفسية ومعاناتهم إلى إصابات عضوية في الجهاز العصبي بما فيها المخ والأعصاب، أما في حالات العصاب فتكون الشكاوى النفسية من مصادر غير محددة عضوياً أي أنها ليست نتيجة لأسباب عضوية مباشرة معروفة.

حسب عبد السلام زهران (2005) فإن العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصي بين العادي و بين الذهان و هو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة ، واعتبر البعض صورة مخففة من الذهان .

و أعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلاً بأسلوب آخر ، أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع و التوتر النفسي و الخلل الجزئي في الشخصية .

و العصاب ليس له علاقة بالأعصاب ، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيسيولوجي في الجهاز العصبي ، وكل ما في الأمر اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية ، وهناك فرق بين العصاب neurosis و المرض العصبي nervousdisases حيث المرض العصبي اضطراب جسمي ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي و الصرع ، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسي . Psychoneurosis

1-تعريف الاكئاب :

لا يمكن الشروع في دراسة أي موضوع دون تحديد واضح ودقيق لمفاهيمه لذا لا بد من بسط التعاريف المختلفة باعتبار أن المعنى الاصطلاحي للكلمة لا ينفصل تماما عن المعنى اللغوي الذي هو مصدر اشتقاق لفظه ومن كنهه سيمتد معناه.

أ-التعريف اللغوي: ورد مصطلح الاكتئاب عند الإغريق كاضطراب في المزاج وكلمة "mélancolie" مشتقة من الكلمة الإغريقية "melan" (أسود)، "cholia" (صفراء) وكذلك في النصوص الإنجليزية القديمة حيث كانت تسيرو كلمة "melancholia" وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطراب المزاج .

في اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح "dépression" وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (de - pressh - un) أما الفعل يكتئب (de press) فقد اشتق من "depressus" الذي اشتق من "depress" كما يستخدم بمعنى الانقباض.

اسم الاكتئاب في اللغة العربية هو مشتق من الفعل الثلاثي "كأب" حيث ورد في كتاب "لسان العرب" لابن منظور الإفريقي أن (الكآبة : سوء الحال ، والانكسار من الحزن، واكتئاب اكتئابا : حزن واغتم وانكسر ، فهو كئيب والكآبة أيضا تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن فهو كئيب).

ب-التعريف الاصطلاحي: عرف علماء النفس الاكتئاب بتعريفات متعددة وفيما يلي استعراض لبعض تلك التعريفات :

يعرفه ليتشربيرج licherberg بأنه : "مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علة شخصية ، وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوما كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في ملته بتحقيق الهدف" (عسكر 1911 : 60).

يعرفه زهران بأنه (حالة من الحزن الشديد المستمر ، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود ، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه) (1997 ، ص 514).

يعرفه بيك (Beke) بأنه : (حالة انفعالية تتضمن تغيرًا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة ، ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط). (صالح، 1989، ص 108).

عرفته منظمة الصحة العالمية W H O في تصنيفها الدولي العاشر ICD – 10 بأنه : "انحطاط في المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يُبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط، المتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته وبفسه معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع ثم لانعدام الشهية .

عرفته جمعية الطب النفسي الأمريكي في تصنيفها الرابع DSMIV بأنه: "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين ، النقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء ، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل، رجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت، أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو

محاولة انتحار حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين منهجيا يتميز بسرعة الغضب وتسبب هذه الأعراض اضطرابا واضحا في المجالات الاجتماعية والمهنية وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعدي إلى فقدان أو موت شخص عزيز.

عرفه أمرى EMERY بأنه: "مجموعة أعراض ثابتة قد تستمر ما بين عدة سنوات ، وهذه الأعراض يمكن تحديدها وفقاً لأربع زمالات هامة هي: كيف تسلك أو تتصرف؟ (التبلى وبطء الحركة) وكيف تشعر؟ (حزين، مذنب، قلق) وكيف تفكر؟ (نظرة سلبية للذات وللعالَم وللمستقبل) ، ثم كيف يتفاعل بذلك؟ (مشكلات النوم ومشكلات الشهية) . (موسى 1988، ص 112).

عرفته آسيا بركات بأنه : "اضطراب نفسي وأعراض مميزة تعبر في مجملها عن العجز الإنساني الذي قد يصل في شدته حد الذهان، وهو نتيجة للخبرات المؤلمة في حياة الإنسان، وقد يدفع المصاب به إلى إيذاء ذاته والآخرين للخلاص من الحياة وعذابها" (2000 ص 42).

2- أسباب الاكتئاب:

لا يحدث الاكتئاب فجأة وإنما هو في الأساس نتيجة لتراكم سلسلة من العمليات تبدأ من الطفولة لتستمر مع النمو فتتبلور مع مراحل العمر. وفي وجود جو ملائم تظهر في صورة اضطراب نفسي، وبالتالي فإن الأسباب المؤدية إليه متعددة ومتنوعة، وإنه قد تتوافر لبعض الأفراد بعض الأسباب أو معظمها ، ولكن لا يحدث الاكتئاب ، وذلك تبعا لعوامل أخرى ذاتية وشخصية لكل فرد ، وأخرى بيئية ، لذلك يصاب بعض الأشخاص دون غيرهم بالرغم من التعرض لنفس الظروف والعوامل ، وفيما يلي يورد الباحث عددا من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب ويمكن تقسيمها حسب نوعها إلى ما يلي:

أ) - عوامل نفسية وشخصية :

أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية: أن هناك أحداثا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطرابات الوجدان أكثر من نوبات التالية وربما كان الاحتمال في كون الضغوط التي تصاحب النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب (عكاشة ، 2008 ، ص413).

التوتر الانفعالي ، الخبرات المؤلمة والكوارث والشدائد التي يهزم الفرد أمامها ولا يستطيع تحملها ويعجز عن تقبلها مثل:

- * موت عزيز، أو طلاق غير متوقع أو على غير رغبة، أو خسارة فادحة .
- * الحرمان الشديد من الحب والمساندة والاهتمام.
- * الصراعات اللاشعورية ، وهي كل ما تعرض له الفرد في حياته من مشكلات واحباطات ولم يتم حلها على مستوى الوعي والإدراك.
- * تكرار مواقف الإحباط وتراكم الفشل وخيبة الأمل.
- * ضعف الأنا الأعلى، واتهام الذات والشعور بالذنب .
- * الخبرات القاسية (الصادمة) والتفسير الخاطئ لها ، مثل: الاغتصاب والاعتداء.
- * الوحدة مع العنوسة أو سن القعود مع تدهور اللياقة والكفاءة البدنية والشخصية ، وعدم شغل وقت الفراغ.
- * المغالاة في الطموح والأمنيات بما لا يتناسب مع الواقع والإمكانات المتاحة وقدرات الفرد فتكرر خبرات العجز والفشل.
- * سوء التوافق مع أقرب الناس، ووجود كره أو عدوان مكبوت لا يسمح له الأنا الأعلى بتوجهه للخارج، فيتجه نحو الذات، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب..
- * فقد الأحبة بالموت أو المرض.

- * الإغراق في المادية وإشباع المتطلبات الجسدية فقط وإهمال مطالب الروح .
- * قد يتعلم الأطفال من الوالدين أو أحدهما بعض الأنماط الفكرية السلبية مثل: التشاؤم وإساءة الظن والحساسية المفرطة، وبعض السلوكيات غير السوية مثل: الانطواء والعزلة والعصبية، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم.
- * التقاعد من العمل وعدم التخطيط للحياة والانشغال بالتفكير السلبي، وسيطرة الأفكار السوداوية وفراغ حياة الإنسان من أي أعمال إيجابية، والإحساس بالعجز والكسل وعدم الإنجاز وعدم الفعالية .
- * تعرض الفرد في طفولته للترهيب دون الترغيب، وللاضطهاد والعدوان.
- * ضعف الإيمان بالقدر، وعدم الرضا، والسخط والتذمر ، والخوف من المستقبل.
- * الاهتمام المفرط بملاحظة الناس وتتبعهم، والتطلع إلى ما عند الآخرين.
- * اضطراب الشخصية مثل: عدم توازن الانفعالات، تضخم الأمور، وتقلبات المزاج والوجدان، والوساوس، كل هذه السمات تجعل الفرد أكثر عرضا للإصابة بالاكتئاب من غيره من الشخصيات السوية (عُلا ، 2009، ص 81).

كخصائص الشخصية الأكثر استهدافا للاضطراب، منها : سمات الشخصية المنطوية بالخجل و الانسحابية، والتي لديها عدد محدود من الأصدقاء والاهتمامات، الحساسية السلبية والاعتمادية والتي تنسم بالتردد والحذر والمحافظة، الشعور بالنقص ونقص الكفاية ، الكرب النفسي المستمر سواء الاجتماعي أو العائلي، أو النفسي الجسمي، أو المهني والشعور بالوحدة والفراغ ، وبعدم الأهلية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر، التوتر الانفعالي المستمر، الاحباطات الشديدة والصدمات وغيرها مما يؤدي إلى الإحساس بالضياع واليأس (ريم ،2010، ص30).

أشارت النتائج إلى أن هناك صفات مشتركة بين العصابين (أكثرهم مصابون بالاكتئاب العصابي) وهي:

- قلة احترامهم للذات .
- أنهم يميلون نحو الحد الأدنى عند تقريرهم لذواتهم.
- أنهم يشعرون بقلة الكفاءة أو عدمها.
- أنهم غير راضين عن أنفسهم ولا عن إنجازاتهم -وقد ينكرونها-.

ب)-عوامل معرفية فكرية:

هناك عوامل أخرى تزيد من أعراض الاكتئاب وتطيل من أمد المعاناة منه، وهي عمليات التفكير المشوهة والسلبية لدى المريض، أو الاعتقادات والاتجاهات الفكرية اللاتكيفية mal adaptive assumption.

إن التشويه المعرفي لتفكير المريض يجعله يفشل في فهم وإدراك أن الاستجابة العقلانية أو أي بديل علاجي آخر سينتهي بأسه، ويقضي على أي أمل لإنقاذه لذاته ، ويوفر له فرصا مناسبة لإنصاف نفسه واحترام ذاته والتخلص من الاكتئاب.

من أسباب الاكتئاب، وجود مخطط معرفي سلبي لدى بعض الأشخاص الذين يعتقدون أنهم أقل الناس من حيث امتلاك مصادر النجاح فيتبنون إستراتيجية الفشل والتشاؤم لتقلل فرص الخسارة أو الحد من زيادتها وهم مستاءون دائما ولا يتوقعون أي نجاح، ولذلك ينسحب المكتئبون من أي نشاط، وينعزلون ويتوقفون عن ممارسة أعمالهم وحياتهم العادية عندما يتخيلون أنهم سيتعرضون لمزيد من الخسائر والفقد، ويأسون من التصدي لاحباطات الفشل، تجنباً لمزيد من الفشل أو خسارة، لانه يعتقد أنه لن يستطيع إيقاف ذلك، وستتسارع سلسلة الخسائر والفشل فيتوقف عن أي نشاط، ويقع في دائرة من التفكير السلبي توقعه في هوة الفشل والخواء والهلاك والتدمير لذاته.. وتزداد أعراض الاكتئاب حدة عند هؤلاء الأشخاص وتطول مدة علاجهم ويزداد أمد معاناتهم.

في ظل تلك المعتقدات الفكرية السلبية، تصبح إستراتيجية المكتئبين ضد الحياة وضد أنفسهم ، فمن حيث يريدون ألا يخسروا شيئاً .. يخسرون كل شيء ويفقدون كل شيء وهم يحاولون وقف المزيد من الفقد والخسارة.(علا،2009ص81)

ت)-العوامل الاجتماعية:

نجد من بينها الأساليب الوالدين اللاسوية في التنشئة ، كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم، الخصائص المزاجية الاكثنايية للوالدين أو أحدهما، التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما، الخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري المشكلات الحادة في العمل، الهجرة أو السفر الطويل والابتعاد التام عن الأهل والأقارب والأصدقاء، الاعتماد على الآخرين في تلبية متطلباتهم الحياة الأساسية، النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات وتكرار التعرض لخبرات منفردة، فقد المكانة أو الكرامة أو الشرف وفقد الوظيفة.

ث)-العوامل الجسمية: (البيوكيميائية والوراثية):

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الإصابة بالحميات والتسمم، أو ارتجاج المخ أو في حالات العادية مثل الإصابة بالحميات والتسمم، أو ارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة وفي حالة الأنفلونزا الشديدة (عكاشة 1998، ص36). أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب أو السرطان أو التدرن الرئوي وغيرها (ياسين 1988، ص243).

1- الأسباب البيوكيميائية: أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين) هذا الخلل هو المسئول عن الإصابة

بالاكتئاب النفسي وكذلك لقد لوحظ ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلا أثناء فترة الطمث، وأثناء ما يطلق عليه "سن اليأس" أي بعد توقف إفرازات الهرمونات الجنسية، كما يبدو المزاج المتقلب مسيطرا أثناء فترة ما بعد الولادة ، ومع تناول بعض الأدوية كأعراض جانبية. (ريم، 2010، ص 30).

(إن الوظائف العقلية مثل التفكير والمشاعر والحالة المزاجية لها علاقة مباشرة بمستوى مواد كيميائية معينة داخل المخ، يطلق عليها "الموصلات العصبية NERO TRANS MITTERS" وهي مواد توجد في الجهاز العصبي للإنسان وللمخلوقات الأخرى أيضا، وتؤدي وظيفة الاتصال بين الخلايا العصبية، وقد كشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين بعض هذه المواد مثل "نورابنفرين" "NEUREPINEPRIN" ، ومادة "السيروتونين SEROTONIN" ومواد أخرى وبين الحالة المزاجية، حيث تبين أن بعض هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالات الاكتئاب النفسي، كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية واختفاء أعراض الاكتئاب)(الشريبي ، 2012 ، ص 28).

2-الوراثة:

(يحاول كل من يتعرض لحالة الاكتئاب النفسي أن يجد سببا واضحا للحالة بشكل مباشر، فإذا فرضنا أن أعراض الاكتئاب بدأت بعد حدوث واقعة معينة مثل وفاة أحد الأصدقاء أو مشكلة عاطفية أو خسارة مالية، فإننا في هذه الحالة نقول أن هذا الحدث هو السبب المباشر في حدوث الاكتئاب، لكن هناك الكثير من الناس يتعرضون لنفس المواقف ولا يصابون بالاكتئاب، وعلى ذلك فإننا يجب أن نحاول في كل حالة من حالات الاكتئاب تحديد السبب الحقيقي لحدوث هذه الحالة، قد ثبت من خلال الدراسات النفسية أن هناك عامل وراثي قوي وارد وراء الإصابة بحالات الاكتئاب)(نفس المؤلف ، 2012 ، ص 24).

أكدت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤكداً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب حيث (وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، فإذا كان الأب والأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة 25-30 % أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلى 60%) (ريم ، 2010، ص28).

3- مدى انتشار الاكتئاب

يأتي الاكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عُصابي وأكثر الاضطرابات انتشاراً في العالم، حيث ينتشر بمعدلات عالية نسبياً، وفي حالة ازدياد مُتسارعة كما دلت على ذلك الإحصائيات خاصة في مراجعة الطب النفسي وتقارير منظمة الصحة العالمية وبالرغم من ذلك فإن الغالبية العظمى من مرض الاكتئاب لا يعرف أحدٌ عنهم شيئاً، لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا تبدو عليهم بصورة واضحة مظاهر الاكتئاب النفسي بالرغم من ذلك فقد أحصي حوالي 500 مليون مكتئب تدوم لديهم الحالة الاكتئابية سنة كاملة. كما وجد انه جد منتشر عند النساء لذا تمثل نسبة ترده لديهن ضعفاً عند الرجال.

تشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال الأعوام القليلة، وتشير إحصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي تشملها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتئاب شديدة، 7.7% كحالات اكتئاب متوسطة 5.7% كحالات اكتئاب بسيطة. (الشربيني 2012، ص 16).

كما أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20% من المرضى الذين يراجعون الأطباء من أعراض مرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض الاكتئاب أو أنها مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة به، وأن نصف هؤلاء المرضى تقريبا أي 10% تكون الأعراض الاكتئابية لديهم شديدة .

خلافًا للكتب السيكياترية الغربية، التي كانت تعتبر مرض الاكتئاب مرض العالم الغربي، فإن اضطرابات الاكتئاب تُشاهد في جميع المجتمعات بدون تمييز ولا تشخيص ومثالنا على ذلك الهند، حيث يُشخص مرض الاكتئاب المنشأ في العامة بنسبة 20% إلى 30% من المرضى المُصابين باضطرابات سيكياترية مختلفة (العسيوي، 1990، ص 68).

يفسر الاكتئاب جزئيا بأنه عداء ضد النفس، أقصى درجات هذا العداء هو الانتحار، وقد ثبت أن 70% من الذين لجؤ إلى الانتحار على المستوى العالمي يُعانون من الاكتئاب وهناك 20% من مرض الاكتئاب يحاولون الانتحار.

تشير دراسات الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمع الإنساني، أن المرأة تعاني أكثر من الرجال في الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب حيث تذكر كلبرسون CULBERSON (1997) في تقريرها، أن النساء تفوقن عن الرجال خلال الثلاثين سنة الأخيرة، من حيث نسبة الإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف وهذه النتيجة تنطبق على المستوى العالمي (عبد الستار، 1998، ص 37).

في دراسات أخرى، بينت نتائجها أن هذا الفرق يمكن أن يصل إلى الثلث، إن احتمال الإصابة بالاكتئاب خلال الحياة تتراوح ما بين 10% بالنسبة للرجال و 20% بالنسبة للنساء، هذا بالنسبة للمجتمع العام. (kacha . 1996 . p 60).

بينت دراسة روتر RUTTER (1985): أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى مرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الإناث بعد سن المراهقة .

أثبتت بعض الدراسات لروفاك 1984 ROVAK و ويسمان WISMAN (1987): أن نسبة الاكتئاب هي نفسها عند الجنسين بين مرحلة ما قبل الرشد.

كما أثبتت الدراسات التي أقامها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية أن الاكتئاب ينتشر بنسبة أكبر أثناء المراهقة عند الإناث، وهذا راجع إلى ميكانيزمات بيولوجية نفسية واجتماعية ويربط كل من غراهام وروتر GRAHAM ET RUTTER (1985) وريان RAYEN (1986)، بين الاكتئاب وبين هذه التغيرات، فإذا كان منشط الأنوثة مسؤولاً عن الاكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكور عند الفتى يحميه من الاكتئاب، أو يسهل السلوك الذي يخفيه (شاريول، 1998، ص18).

كذلك ترجع إلى أسباب نفسية واجتماعية تخص المرأة، فحياة المرأة أكثر صعوبة من حياة الرجل، وأن المرأة في الأغلب أكثر تعباً وإرهاقاً من الرجل فهي تواجه خبرات حياتية يومية صعبة ومؤلمة أكثر مما يواجهها الرجل، وحتى إذا تساوى الاثنان (الرجل والمرأة) في مواجهة المواقف الصعبة، فإن المرأة ليست لها نفس مهارات التكيف والمواجهة التي يمتلكها الرجل عموماً.

بعض النساء يُصبن ما بين 10 – 15 % من النساء بعد الولادة، وقد تكون النسبة الحقيقية أكبر من ذلك، لأن العديد من النساء لا يطلبن المساعدة، ولا يتحدثن عن معاناتهن (غُلا ، 2009، ص 20).

أطلق الشربيني 2012 وصف "ظاهرة الجبل الجليدي" الذي يتم التعبير به عن الظواهر التي يختفي الجزء الأكبر منها بينما يبدو على السطح الجزء الأقل وهو ما ينطبق على الاكتئاب حيث أنه بحجمها الهائل لا يمكن الإحاطة بها عن طريق الأرقام والإحصائيات، وكل ما نراه من حالات الاكتئاب النفسي هو مجرد الحالات الحادة والواضحة، بينما يوجد أضعاف هذه الحالات من المرضى الذين يعانون في صمت، ولا يكتشف أحد حالتهم لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا يطلبون العلاج ، والدليل على ذلك الدراسة الميدانية الموسعة التي أجريت في خريف عام 1974

واشترك فيها حوالي 15 ألف طبيب ينتمون إلى عدة بلدان منها ألمانيا، فرنسا، أستراليا وسويسرا وغيرها، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقارب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشافهم، أما البقية من حالات الاكتئاب فإن ما يقارب من 13 - 15% منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين الذين يعملون في التخصصات المختلفة غير الطب النفسي، ولا يذهب إلى الأطباء النفسيين سوى 2% فقط من مرضى الاكتئاب، هناك نسبة من المرضى يُقدمون مباشرة على الانتحار دون أن يتم تشخيص حالتهم (الشريبي، 2012، ص17).

من خلال ما سبق وخاصة لمعرفة مدى انتشار واتساع مشكلة الاكتئاب يوماً بعد يوم يجعل من الضروري علينا فهم هذا المرض على حقيقته، منعا للالتباس بينه وبين أمراض عضوية يشترك معها في الأعراض الجسمية وقد تنبأ بعض العلماء قبل عقدين ماضيين بازدياد عدد المصابين بالاكتئاب خلال العقود القادمة وذلك لعدة أسباب يعتقد أنها تؤدي إلى زيادة انتشار الإصابة به منها:

- ارتفاع معدل الأعمار (سبب التقدم الطبي الهائل).
- التغيرات النفسية والاجتماعية السريعة جداً لدرجة أنها تسبب الإرهاق النفسي والعصبي، وتستنفذ الطاقة الحيوية للإنسان .
- استهلاك العقاقير الطبية بكثرة والتي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب كأحد تأثيرات الجانبية السلبية.
- ازدياد الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقها الاكتئاب كعرض مرضي من أعراضها. (عُلا 2009 ص 20).

ضف إلى ذلك تعقد الحياة ونمط المعيشة والظروف الاقتصادية التي تعصف بالدول الصناعية فضلا عن غيرها والبطالة، وطغيان المادية في التعاملات والبعد عن الدين أو الإلحاد.

4- أعراض الاكتئاب:

تعتبر حالة الحزن والأسى والمشاعر الوجدانية البغيضة ، من أهم مظاهر وعلامات الاكتئاب النفسي التي تسيطر على الإنسان عند إصابته بالاكتئاب وتحت وطأة هذه الحالة يعاني الشخص من شعور قوي بالانحطاط النفسي والبدني وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة وتكون القاعدة العامة في هذه الحالة كما يذكر علماء النفس هي فرط الهبوط في الهمة والتباطؤ في كل شيء every thing is lon and slow، وهذه القاعدة تنطبق تقريبا على كل مرضى الاكتئاب .

(الاكتئاب شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتراملة بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي(ذهني ومزاجي) وبعضها اجتماعي، هذه الأعراض هي التي نسميها الزملة الاكتئابية، وهي تشمل ببساطة على الجوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها – تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه)(عبد الستار ، 1998، ص20).

ويمكن تقسيم أعراض الاكتئاب الإكلينيكية إلى فئات أو محاور أساسية هي:

أ/- الأعراض الجسمية:

كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق فقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك، والصراع والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية، تأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة واضطراب النوم والدورة الشهرية وتجلى الكآبة على المظهر الخارجي، (ويعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعا وأكثرها خداعا، فعادة ما يصبح الاكتئاب مستترا في تشكل الشكاوى الدالة على

سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك)(نفس المؤلف، 1998، ص 22).

ب/- الأعراض النفسية:

أكثر هذه المظاهر يدور حول المزاج المُعتم، وقد يتم وصفه من جانب بعض المرضى مع مصطلحات جسدية مثل ورم في الحنجرة ، شعور بالجوع أو ضيق في الصدر ، ومرضى آخرون يستخدمون صفات وجدانية تقليدية ومألوفة مثل آخرين غير سعيد، خجول، مهموم، الشعور بالذنب، الوحدة، اليأس، الشعور بالتعاسة، كئيب، الذل والخزي، وهناك نمط ثاني من المظاهر الانفعالية يتكون من مشاعر سالبة نحو الذات ، تلك المشاعر تكون موجهة داخليا، وهناك الانخفاض في الرضا أو فقدان الرضا، وفقدان الاهتمام بالآخرين والاستمتاع بالمواقف الطريفة.

ت/- الأعراض المعرفية:

تشير إلى مدى قدرة الأفراد على التركيز واتخاذ القرار، وكيفية تقييمهم لأنفسهم الذي يغلب عليه التقييم الذاتي المنخفض، نزعة الشخص أن يرى نفسه على أنه ضعيف عاجز عن تحليل ما يحدث له وعاجز عن التأويل، فيميل المريض إلى وصف نفسه بأنه وضعيع أو غير ملائم، وتبرز الأحكام السلبية التلقائية تجاه الذات والآخر، وأفكار انتحارية وسوداوية تشاؤمية.

ث/- الأعراض السلوكية:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالبا ما يكون مؤشرا على وجود الاكتئاب من عدمه، من مثل عدم الاهتمام بالملبس نظافته وترتيبها وحتى النظافة الشخصية تعتبر مؤشرا على ذلك

كذلك الكسل والفتور الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة العادية والسارة المبهجة منها حيث تنسم حياته بالرتابة والممل، وكذلك قلة الكلام وبطنه، واستجابة الفرد بجمل بسيطة أي الاستجابات التي تسمى بالتأخر النفسي- الحركي ، وكذلك نقص إنتاجية الفرد وانخفاض مستوى طاقته

ج/- توتر العلاقات الاجتماعية :

يعتبر الانطواء والانسحاب الاجتماعي المُشكل الاجتماعي الأكثر بروزا لدى المكتئبين وإن نسبة كبيرة منهم يُعبرون عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ الصعوبة لديهم في مظاهر متنوعة منها: عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية والزهد فيها، إحساس البعض بالتكدر والقلق والمرافق الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية يشعر البعض منهم بأنه وحيد، وينتقد حب الآخرين ودعمهم، مع ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة (عنو ، 2005،ص129).

لخص بيك BECK (1997 ص 40)الأعراض الاكتئابية في 21 عرض هي:

- الحزن sadness.
- التشاؤم pessimism
- الشعور بالفشل feeling of failure
- نقص الرضا lock of satisfaction
- الذنب guilt
- كره الذات self didlike
- رغبات انتحارية suicidaluvshes
- التهيج ivvitalvlity
- التردد indecisiveness
- صعوبة العمل work inlribition

- الإحساس بالعقاب sense of punishment
- اتهام الذات selfaccusation
- نوبات بكاء crying spells
- الانسحاب الاجتماعي social withdrawal
- تغيير صورة الجسم body distortion
- الأرق insomnia
- سرعة التعب fatigability
- فقد الوزن loss of weight
- فقد الليبدو loss of libido
- فقد الشهية loss of appetite
- الانشغال الجسدي somatic - n

تستعرض رابطة الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي (DSM IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي: ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن، الأرق insomnia أو النوم المفرط hyper somnia ، التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتأمل restlessbess أو التبدل)، فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة ، تناقص الطاقة مع الشعور بالاجتهاد fatigue الإحساس بانعدام القيمة worthlessness ولوم الذات والإحساس بالذنب. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز مثل التبدل الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتا مع محاولات الانتحار(عسكر، 1988، ص33).

أما منظمة الصحة العالمية WHO 1983 فقد أجرت دراسة عن الاضطرابات الاكتئابية في الثقافات المختلفة شملت عينة قوامها 573 فرد (58.9 % إناث، 41.1

% ذكور) من المصابين باكتئاب لا يعزى لعيوب جسمية أو لشيخوخة أو تسمم أو تلف بالمخ أو تراوحت الأعمار الزمنية 8 أفراد العينة بين 10 و 70 سنة، وقد تم إختيار العينة من خمس مناطق ريفية وحضرية من بعض البلدان النامية والمتقدمة وهي إيران (طهران، ن = 107) وكندا (مونتريال، ن = 108) سويسرا (بازل، ن = 136) اليابان (نجازاكي، ن = 108، كوكيو، ن = 114) تبين منها:

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 76 % و 100 % من أفراد العينة هو الحزن، انعدام الابتهاج، القلق، التوتر، عدم النشاط، فقدان الاهتمام، فقدان المقدرة على التركيز، الأفكار الموجبة بالشعور بالقصور وعدم الكفاءة وإنعدام القيمة .

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 51 % و 75 % من أفراد العينة هي اليأس، العدوان ، التهيج ، اضطراب الأداء الاجتماعي ، بطء التفكير ، نقص القدرة على اتخاذ القرار ، صعوبة في إدراك الوقت ، الأفكار الإنتحارية، التأخر النفسي الحركي، فقد الرغبة في الاتصال بالآخرين، نقص في الشهوة الجنسية، الإستقاظ المبكر ، عدم القدرة على النوم، النوم المتقطع والمضطرب ، فقدان الشهية، تغير وزن الجسم، مشاعر الضغط والألم.

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 26 % و 50 % من أفراد العينة هي: الأحاسيس الموحية بالشعور بالذنب ولوم الذنب، وساوس، الهياج النفسي الحركي ، مزاج أكثر سواء في الصباح، الإمساك ، أعراض بدنية أخرى.

أكثر الأعراض شيوعا فيما بين 01 % و 25 % من أفراد العينة هي: الأفكار الموحية بالفقر، الشعور بالاضطهاد والاستهداف والأوهام الموحية بالشعور بالذنب ، وهام وساوس، مزاج أكثر سواء في المساء أو هام أخرى .

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويجئ عند البعض الآخر مختلطا مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف

الحدود بينها ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، التشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس ... وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية جسمية أخرى (عبد الستار، 1998، ص16).

5-تشخيص الإكتئاب:

عملية تشخيص الأمراض النفسية من الخطوات الهامة في عملية العلاج النفسي حيث من خلالها يتحدد مسار وخطوات العملية العلاجية وكذا شفاء وتحسن الأعراض النفسية، فالتشخيص نصف العلاج.

التشخيص جمعٌ للمعلومات الخاصة حول المفحوص ثم تُحلل وتنظم بغرض ضمها ووضع خطة علاجية لها تلاءم وتناسب خصوصية الاضطراب والمفحوص. وتشخيص الاكتئاب عملية صعبة ومعقدة في الحقيقة وذلك لتعدد أنواعه ودرجاته، وأن لكل منها أسلوبه في التشافي.

(للتشخيص السليم يجب ظهور زملة من الأعراض اتفق عليها معظم المتخصصين في العلاج النفسي، وأن تستمر لفترة ليست قصيرة، ثم بعد ذلك تلاحظ ملاحظات كل حالة والظروف الخاصة بها، ومن هذه الأعراض:

-الحزن والشعور بالعجز والشفاء

-القنوط واليأس

-فقد الثقة بالنفس وعدم القيام بالواجبات الحياتية اليومية

-الخوف من المستقبل والشعور بأن الدنيا معادية لا ترحم

-الشعور بالضيق وعدم التحمل لأي مشاكل أو مسؤوليات

-اضطراب النوم، أو صعوبة الدخول فيه، وخلل النوم وأحلام مزعجة

-صداع يشمل عامة الرأس

-صعوبة في التركيز

-الابتعاد عن مباحج الحياة، والتصريح بتفاهتها.

وتشترك جميع أنواع الاكتئاب في الأعراض المذكورة وعند التفرقة بين نوع وآخر من أنواع الاكتئاب يجب ملاحظة بقية الأعراض الخاصة بكل نوع، والظروف المحيطة بكل حالة على حده)(علا، 2009 ص104)

فيما يخص التشخيص للأمراض النفسية هناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية والتشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

-التصنيف الدولي للأمراض النفسية

-الدليل التشخيص والإحصائي للأمراض النفسية. فيما يلي تفصيل مُسير لكل منها فيما يخص الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب:

-التصنيف الدولي للأمراض النفسية: إن هذه التصنيف (icd) international classification of diseases يصدر عن المنظمة الصحة العالمية وفيه عدة طبعات حيث وصل إلى الطبعة العاشرة في عام 1993، وتصنف وفقا لها الاضطرابات الاكتئابية تحت تصنيف الاضطرابات المزاجية والوجدانية

- الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية:

هذا الدليل (DSM) Diagnostic and statical Mantal Disorders تصدره الجمعية الأمريكية للطلب النفسي، نشرت أول طبعة منه عام 1952، وتوالت الطبعات إلى أن وصلت إلى الطبعة الرابعة، فالخامسة التجريبية وهو تصنيف يجرى العمل به بشكل واسع وتُصنف الاضطرابات المزاجية في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية

كما قلنا سابقا فإن عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة ، تحتاج إلى الدقة والتنظيم والنظرة الشاملة، فيجب عند تشخيص الاكتئاب مراعاة التفريق بين الاكتئاب وبين بعض الاضطرابات الأخرى المشابهة وهذه العملية تسمى بالتشخيص الفارقي.

من أمثلة الاضطرابات المشابهة ما يلي:

-ذهان الشيخوخة

-عودة نوبات إكتئاب عند أم أصيبت به قبل الولادة

-الاضطرابات الانفعالية المبكرة للفصام

-الهوس الاكتئابي

-أعراض بعض الأمراض العقلية

-التهاب الدماغ

-تصلب الشرايين الدماغية

-حالة الغم الشديد التي تظهر عادة بفقد عزيز

-اضطرابات الحيض عند المرأة

-فقد الشهية تماما ونقص الوزن بدرجة ملحوظة

- محكات التشخيص:

يقول علا إبراهيم (2009 ص108) أنه اتفق معظم المعالجين النفسيين على ضرورة ظهور خمسة أعراض على الأقل من الأعراض العامة للاكتئاب قبل الحكم على شخص ما بأنه مريض بالاكتئاب، وأن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل والأعراض لمدة تزيد على الشهرين، وأن تؤثر الأعراض على أمرين هامين في الحياة الإنسان وهي:

-العمل أو الدراسة

-الحياة الاجتماعية والعلاقات الأسرية

أما الأعراض التي أتفق عليها فهي:

1. المزاج الكئيب، والحزن أغلب الوقت
2. فقد الاهتمام بالأمر المفرحة، وعدم الرغبة في الهوايات، والأنشطة التي من طبيعتها أن تدخل السرور والبهجة إلى النفس.
3. اضطراب ملحوظ في الشهية
4. اضطراب النوم
5. التدهور النفسي الحركي
6. الشعور بالذنب وتأنيب الضمير
7. ضعف التركيز وتشتت الانتباه وكثرة النسيان
8. عدم الثقة بالنفس
9. كثرة التفكير بالموت بطريقة سلبية بحيث يقعه عن العمل الإيجابي، وأنه لا فائدة من أي عمل ولا قيمة له.

6- تصنيف الاكتئاب:

عند التطرف إلى تصنيف الاكتئاب لا بد من الإشارة إلى تعدد تصنيفاته تبعاً لمنشئه وأسباب حدوثه، ودرجاته وتبعاً لأعراضه ومدى حدة هذه الأعراض، فمن حيث الأسباب هناك نوعين رئيسيين للاكتئاب هما: 1- الاكتئاب الأولي: وهو الذي له أسباب محدودة، ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف واضحة.

2- الاكتئاب الثانوي: يحدد نتيجة لأسباب محددة وعوامل وظروف واضحة ومعروفة، وهذا النوع قد ينتج عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة، مثل: أمراض القلب والسكر، والسكر والسرطان والكبد والتهاب المفاصل وأمراض نقص المناعة وبعض أمراض الدم ومن حيث المنشأ، يوجد نوعي أساسيين أيضاً كما يلي:

1- الاكتئاب الذهاني أو (العقلي):

وهو داخلي المنشأ، وراثي الجذور وله أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها الجمود الانفعالي، والبطء الحركي والكآبة الدائمة

2- الاكتئاب العصابي أو (النفسي):

ويطلق عليه أيضا الاكتئاب الانفعالي وهو واسع الانتشار ويرجع إلى عوامل خارجية مثل: ظروف البيئة المحيطة بالفرد وإلى عوامل نفسية وانفعالية خاصة بالفرد ذاته.

وفيما يلي مقارنة بين أعراض كل هاذين النوعين من الاكتئاب من حيث المنشأ:

جدول رقم(01) يوضح المقارنة بين الاكتئاب النفسي والاكتئاب الذهاني:

الاكتئاب العصابي (النفسي)	الاكتئاب الذهاني (العقلي)
1-خارجي المنشأ لا يتسبب من الوراثة، وأسبابه من البيئة أو ذاتية نفسية وانفعالية واضحة معروفة.	1 داخل المنشأ. والوراثة لها دور قوى في حدوث، وأسبابه غالبا ما تكون داخلية غير واضح، أو ذاتية غير معلومة أو مفقودة.
2-أكثر انتشارا وشيوعا. ويحدث في أي مرحلة عمرية.	2 أقل شيوعا وانتشاراً. ويحدث بعد سن الثلاثين.
3-التاريخ المرض للعائلة ليس له تأثير واضح في حدوثه، ونادرا ما يحدث لأكثر من شخص في العائلة الواحدة	3 التاريخ المرض للعائلة له تأثير قوى في الحدوث في أغلب الحالات. وينتشر في معظم أفراد العائلة
4-جذور المرض غير عميقة، ولا يشترط أن يكون الفرد قد أصيب به في فترات سابقة لأن نوباته لا تتكرر إلا نادرا.	4 جذوره عميقة وحدوث نوبات سابقة تكون أكثر احتمالا لأنها متكررة .

5-تظل علاقة المريض بالواقع منطقية ومفهومة، ولا تنقطع. واتصاله بمن حوله موجود، ولا يبتعد كثيرا عن واقع الحياة ويظل موصولا بالحقيقة.

6-قد تفتقر انفعالاته وبيئته عن مثيرات الفرح والسرور، ولكنه لا يصل إلى درجة الجمود الانفعالي.

7- تكثر نوباته في المساء

8- توجد أوهام أو هلوسات ولا أفكار اضطهادية ولا انعدامية.

9-تتحسن حالة المريض عندما يوجد بين جماعة من الناس.

10-فكرة الانتحار قد ترواد بعض المرضى في الحالات الشديدة، ولكنها قليلة، ولا تحدث عن نية أكيدة، ويشوبها التردد والتهديد بها للآخرين، وخوف من الإقدام.

11-التقييم الذاتي سلبى فقط.

12-سلوكيات المريض سلبية فقط.

5 علاقة المريض بالواقع بعيدة عن المنطق، واتصاله بمن حوله آلى مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة، ومع شدة الحالة ينقطع الاتصال بالواقع والحقيقة ويصبح معدوما.

6 لا يتجاوب مع مثيرات الفرح والسرور ولا يتعاطف مع الآخرين ويصاب بالجمود الانفعالي.

7 تكثر نوباته في الصباح

8 توجد فيه أوهام اكتئابية، وهلوسات اضطهادية وأفكار انعدامية وهذيانات والشعور بالذنب والخطيئة.

9 قد تزداد الحالة سوءا بصحبة الآخرين، وينفر منهم ويفضل العزلة.

10 فكرة الانتحار ترواد المريض بقوة وبدون سابق تفكير، ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ولا يتردد، ويقدم عليه في جمود شعورى، والدافع هنا هو إهلاك الذات.

11 التقييم الذاتي يصل إلى تحقير الذات وإدانتها على أمور وضيعة لم تصدر من الشخص في الواقع، ويعتقد أنه غير مستحق للحياة، وبدعم نفعه وصلاحيته

<p>فيها.</p> <p>12 سلوكيات المريض تصل إلى النكوص الشديد والخطير.</p> <p>13 هبوط شديد في الوظائف العقلية والنشاط الحركي والنفسي.</p> <p>14 الاستبصار ضعيف ومضطرب، وغالبا ما يكون المريض غير مدرك لحالته ولا واع بها.</p> <p>15 التغيرات البدنية كثيرة وتزداد سوءاً يوماً بعد يوم، ومن أهمها: الصداع والإمساك وسقوط الشعر وتوقف الحيض والعنة.</p> <p>16 يحتاج للعلاج بالعقاقير الطبية إلى جانب العلاج النفسي، كما يحتاج للعلاج بالصدمة الكهربائية في الحالات الشديدة.</p> <p>17 المريض لا يدرك مرضه ولا يسعى للعلاج، وعلاجه يجب أن يكون داخل المستشفيات النفسية</p>	<p>13-النشاط العقلي بطيء نسبياً.</p> <p>14- الاستبصار موجود وجيد، حيث نجد المريض واعياً بحالته مستبصراً بها.</p> <p>15- التغيرات البدنية العضوية قليلة، ويمكن السيطرة عليها، وتستجيب للعلاج النفسي.</p> <p>16- ويتحسن بالعلاج النفسي بأنواعه وخاصة العلاج النفسي المعرفي. وقد يحتاج للأدوية الطبية بجرعات خفيفة. ويفيد العلاج الإجتماعية والبيئي.</p> <p>17- المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج. وعلاجه بالعيادات النفسية.</p>
---	---

(علا، 2009، ص26)

يضيف القريبي (1998 ص393) التصنيف التالي، وذلك حسب الشدة :

*-نوبة اكتئابية طفيفة أو خفيفة الشدة:

وهي أقرب إلى عسر المزاج ويكون المزاج الاكتئابي أو متلازمة الاكتئاب فيها أمرا مؤكدا، حيث يشعر المرء بالهم وفقدان الاهتمام كما ينتابه الإحساس بالتعب وغالبا ما يكون المريض قادرا على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن وبصعوبة، ويلاحظ في هذه النوبة غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، كما يلاحظ أنها ربما قد تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالبا ما تزول آثارها دون خدمة طبية نفسية متخصصة .

*-نوبة اكتئابية متوسطة الشدة:

تؤدي إلى اضطراب الروتين اليومي للمريض وصعوبة قيامه بالأداء الاجتماعي والمهني لكنها لا تعجزه تماما، ويلاحظ في هذه النوبة وجود تعطل وأفكار خاصة بعدم الكفاءة والفاعلية وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي وبعض الهياج مع عدم وجود أوهام ومن الضروري لتشخيصها إضافة مع ما سبق، استمرارها لمدة أسبوعين على الأقل.

*- نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية:

تكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية أو أفكار أو خطط أو محاولات انتحارية وكذلك باضطراب الأداء الاجتماعي أو تعطله تماما ويستخدم في تشخيصها أيضا ضرورة استمرارها لدى المرء لمدة أسبوعين على الأقل.

*-نوبة اكتئاب حاد مع أعراض ذهانية:

ويطلق عليها أيضا اكتئاب ذهاني واكتئاب ذهاني تفاعلي، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطوارا حادة و ذهانية وضلالات وهلاوس وبطء نفسحركي، وقد يتطور إلى حالة من السبات وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض من بينها الإضراب عن الطعام وهياج يصعب السيطرة عليه، أو أعمال اندفاعية انتحارية وهو ما يطلق عليه بالسوداوية الفجائية.

-الاكتئاب ثنائي القطبية:

هو اكتئاب يجمع بني أعراض الاكتئاب وأعرض الهوس لهذا سمي بالثنائي القطبية (عكس الاكتئاب فقط أحادي القطبية)، وهو يحدث بطريقة دورية، ويكون التغير من خلال التقلب الحاد في الانفعالات والوجدان وقد يحدث التقلب سريعا وقد يكون متدرجا في بعض الحالات، وأحيانا تكون الأعراض واضحة وفي طور آخر تكون غير واضحة حيث تتأرجح الحالة بين الهوس والاكتئاب (علا، 2009 ص30).

أما أهم أعراض نوبة الهوس فتتلخص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات، عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار المتطايرة الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، زيادة النشاط الهادف اجتماعيا أو عمليا أو أحيانا باستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلا وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الاجتماعية (النجمة، 2008، ص19)

هناك تصنيفات أخرى للاكتئاب نوجزها فيما يلي:

-الاكتئاب الناشئ عن علة جسمية: تمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي ونوبات هوس كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة من مثل مرض أو إصابة بالمخ مثل باركنسون، أو نتيجة إصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين (ب) .

-إضطرابات المزاج الاكتئابية المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية: تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع(الانسحاب).

-اضطرابات خاصة بالمرأة: من مثل اكتئاب ما قبل الدورة ويصيب حوالي 30% من النساء.

-اكتئاب أثناء الحمل وهو يصيب 10% من النساء .

-اكتئاب بعد الولادة والذي يصيب من 10-20% من النساء بدرجات مختلفة

-اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية والذي يصيب 10-15% من النساء في هذه المرحلة من العمران (زهران، 1997 ص516).

*الاكتئاب الموسمي:

(يرتبط حدوثه في بعض فصول السنة دون غيرها، تتكرر نوباته بصورة دورية في النفس الوقت الذي حدث فيه، ويأتي بكثرة في فصل الشتاء وقد يحدث للبعض في فصل الصيف، وهو اضطراب من النوع الوجداني يكون مصحوبا بأعراض تميزه عن غيره من أنواع الاكتئاب الأخرى، مثل: وجود نقص في الحيوية وزيادة شديدة في النوم ونهم شديد للمواد النشوية وتحسن معظم الحالات بالتعرض المنتظم للضوء الساطع في فترات الصباح الباكر بالإضافة إلى تناول بعض مضادات الاكتئاب البسيطة حسب ما يقرره الطبيب)(علا، 2009 ص32).

7- الآثار السلبية للاكتئاب:

إن الاكتئاب خطرٌ متربص بالإنسانية فقد يصل في بعض الحالات الشديدة والحادة إلى توقف حياة الفرد تماما إما جمودًا للأنشطة الحياتية اليومية أو بالتصفية الجسدية والانتحار، من خلال شكاوي المصابين بالاكتئاب وذويهم أمكن حصر عدد كبير من التأثيرات السلبية للاكتئاب، مع ملاحظة الاختلاف في شدتها من حالة لأخرى حسب درجة الاكتئاب ونوعه، فهناك آثار سلبية وأعراض على الصعيد الجسدي والحركي وهي متعددة وأخرى على النواحي العقلية وأخرى على الحياة الاجتماعية والعملية والشخصية والانفعالية.

يكون أثر الاكتئاب على المصاب في جميع جوانب حياته ويتأذى الآخرون من أجله، وخاصة أسرته وأقاربه وأصدقائه لكن يظل إيذائه لنفسه أكبر من أي تصور، فقد يصل إيذاء المكتئب لنفسه إلى حد التفكير في التخلص من الحياة، ولهذا يؤكد معظم الأطباء والمعالجين النفسيين أن الاكتئاب من أخطر الاضطرابات النفسية على الإطلاق، وفي هذا السياق يقول أحد المعالجين: (إن كان الشيب زحف إلى رأسي، فإن معظم هذه الشعيرات البيضاء ترجع إلى هول ما سمعت من مرض الاكتئاب)، ويقول أيضا : " لو كان الاكتئاب رجلاً لقتلته"، ثم يقول: (إنني أكره الاكتئاب بنفس القدر الذي أحب به مريض الاكتئاب ... فهو أرق الناس وأصفاهم)(عُلا، بتصرف، 2009، ص 61).

إن كان لكل شيء نقيضه، فإن الاكتئاب نقيض الحياة حيث يجعلها مستحيلة في نظر المريض به وغير محتملة، وقد أصبح في نظر نفسه عديم القيمة وأن حياته عديمة الجدوى، والآلام تهاجمه، ولا يجد أي حل للخلاص منها حتى لا يرى إلا الموت هو طريق الخلاص الوحيد، فمثلاً أقدمت أم على قتل وليدها الرضيع وهي في حالة اكتئاب شديد لكي تحميه من عذاب الاكتئاب الذي تعاني منه

يقول بعض مرضى الاكتئاب: "أشعر وكأن النار تشتعل في صدري ... لم أعد احتمل هذا الألم"، ويقول آخر: "إن أي ألم محتمل إلا هذا الألم الذي أشعر به" وهو الألم النفسي".

يتمنى مريض الاكتئاب آخر أن يفقد أي عضو من أعضائه، ويشفى من آلام الاكتئاب النفسية، ففي بعض الحالات الشديدة، يشعر أنه يستحق هذا العذاب، إنه الإحساس بالذنب من دون أي ذنب اقترفه بل يزيد من تحقير ذاته، والتقليل من شأنها وقيمتها ويشعر أنه عالية على الآخرين وهو السبب في معاناتهم، فيضعف تركيزه، ويتضاءل نشاطه وتقل حركته ... ويبتعد عن الحياة العملية والاجتماعية، ويبدأ في الاعتزال التدريجي عن الحياة، ويصل البعض إلى المرحلة حين يقول: "أن الحياة لا تستحق أن نحياها" وتنعدم لديه الرغبة في الحياة، وتراوده فكرة الخلاص ويدبر لها

بإحكام ولا يخبر أحداً حتى ينفذ دون توقع من أقرب الناس إليه وأحياناً وللأسف قد يخبر بعض المقربين له، لكنهم لا يصدقون ولا يأخذون كلامه مأخذ الجد ثم يفاجئون يوماً بأنه قد نفذ الفكرة فأصبحت واقعاً وأصبح هو عدماً.(نفس المؤلف بتصرف،2009،ص 23).

لذا فالإصابة بالاكْتئاب خسائر لا تقل عن تلك الناتجة عن الإصابة بأمراض بدنية خطيرة كأمراض القلب والأوعية الدموية، حتى في المستوى المتوسط من الاكْتئاب فإن أعراضاً مثل فقدان الطاقة والتعب السريع وعدم القدرة على التركيز مع ضعف الذاكرة وانخفاض مستوى التوظيف النفسي والاجتماعي تكون شائعة، ويدرك المتخصصون تواجب أن تستمر تلك الأعراض لدى المريض لفترة تمتد إلى شهر أو أكثر وما يترتب عليها من إهمال وأخطاء في العمل والتغيب وكذلك الأمر بالنسبة لأم في بيتها والطالب في دراسته، (زيزي، 2005، ص08)..

لقد وجدت دراسة "داوني" و"كوين" douney et coyne (1990) أن الأبناء لوالدين سبق لهم أن أصيبوا بالاكْتئاب تزداد لديهم نسب الحدوث ويؤثر ذلك في خصالهم الشخصية فيما بعد (clark . et all . 2001).

تبين أيضاً أن فرص الشفاء من المرض الجسدي واضطراب الوظائف العضوية تزداد إذا كان المريض من النوع المتفائل المبتهج (إبراهيم ، 1998 ، ص 34).

وجدت بعض الدراسات أن ثلث مرضى الاضطرابات المزاجية يتحولون إلى حالات اعتماد أو إدمان للمواد النفسية أو كليهما. لذا فإصابة بالاكْتئاب تمنها باهض، فحري بنا زيادة فهم وبحث أكثر للوقاية منها وعلاجها بعد الإصابة بها.

8-الخصائص النفسية للمراهقين المكتئبين:

المراهقة لفظ وصفي يُطلق عادةً على المرحلة التي تحدد بين سن 10 إلى 18 سنة مع الاختلاف بين الجنسين "ذكر" و"أنثى" ،فهي المرحلة بين الطفولة وسن الرشد. وهي فترة نمو جسدي ،وظاهرة اجتماعية ومرحلة زمنية كما أنها مرحلة تحولات

نفسية عميقة. حسب الموسوعة النفسية: المراهقة هي مرحلة إعادة بناء عاطفي وفكري للشخصية وهضم للتحويلات الفيزيولوجية المرتبطة بتكامل الجسد جنسياً. (رولان، وفرانسوا، 1997).

المراهقة مرحلة من بين مراحل نمو الإنسان تبدأ بالبلوغ الجنسي، تمثل مرحلة انتقائية من الطفولة إلى الرشد، كما أنها تتميز بأنها مرحلة من المراحل الأساسية للنضج من الناحية الجسمية والجنسية والعقلية والعاطفية والاجتماعية يتطلع فيها المراهق إلى أخذ مكانته داخل المجتمع.

المراهقة في علم النفس تعني: "الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي"، ولكنه ليس النضج نفسه؛ لأن الفرد في هذه المرحلة يبدأ بالنضج العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة قد تصل إلى 10 سنوات. للمراهقة نموها المتفجر في عقل المراهق وفكره وجسمه وإدراكه وانفعالاته، مما يمكن أن نلخصه بأنه نوع من النمو البركاني، حيث ينمو الجسم من الداخل فسيولوجياً وهرمونياً وكيميائياً وذهنياً وانفعالياً، ومن الخارج والداخل معاً عضوياً.

تتميز الانفعالات في هذه المرحلة بالعنف والتهور وعدم قدرة المراهق التحكم بها إجمالاً، ونلاحظ عدم الثبات الانفعالي كتقلب المزاج بدون سبب، أو التذبذب بين الحب والكره، والشجاعة والجبن بين الانشراح والاكنتاب يتأرجح بين التفاؤل المفرط والسوداوية نتيجة الحساسية الزائدة لانتقاد الكبار له فيرد بالثورة والغضب. إن انفعال المراهق يظهر عموماً عندما تتعرض رغباته للقمع أو العرقلة أو عندما يُجرح في نرجسته، وقد يكتفم انفعالاته الحقيقية فتظهر انفعالات أخرى، فيضحك بدل من أن يغضب عند مس كرامته متعوداً بذلك على إخفاء مشاعره وأحياناً هو لا يعرف حقيقة مشاعره فهو يكره أن يسخر أحد منه أو يراقب هفواته أو يقيد حركاته وتصرفاته. يسأم المراهق لا سيما في البيئات الضحلة التي لا تقدم له ما يثير ويلهي أو تقيد حريته، فيفتعل الأسباب ويخلق المشاكل لدفع السأم، قد تكون هذه المشاكل

متنفسا لعدوانية مكبوتة فيسقط عدوانيته على الآخرين ليصبح هو الضحية وهم الظالمون، فيشعر بالإجحاف ويلوم الآخرين بدل إن يلوم ذاته.

خلال هذه الفترة، المراهق معرض كثيرا للدخول إلى قصص الحب وهي حسب البعض أول نتاج النضج العاطفي و الانفصال العاطفي عن الأهل. ومعه ينشأ الميل إلى إسقاط كل ما هو جميل ورائع على الشريك، فإنه مصبوغ بالمثالية و النرجسية . للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين أعراض شائعة تتمثل في مشكلات بدنية خاصة بصورة محددة بوزن الجسم وصورة الجسد Body Image ويوجد عرضين إضافيين يميزان وجود الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين هما: التوتر الحركي العام وعدم الارتياح، والشكاوى البدنية مثل آلام المعدة والصداع، وليس من الضروري أن يعاني الطفل أو المراهق أو الراشد من كل الأعراض السابقة ليسقط عليه وصف المكتئب، إذ المحك العام لتشخيص الاكتئاب يفيد بضرورة وجود خمسة أعراض من الأعراض السابقة معظم الوقت لمدة أسبوعين متتاليين أو أكثر على أن يكون من بين هذه الأعراض الخمسة الحزن الشديد أو فقدان الاهتمام. لذا فإن معدل شيوع الاكتئاب المرضي يتراوح بين 03 إلى 06% من إجمالي الأطفال والمراهقين في المجتمع.(أبو حلاوة 2009 ص03)

إن مرحلة المراهقة بخصوصياتها بيئة خصبة لظهور الاكتئاب مما يؤثر سلباً على علاقاته الأسرية وتحصيله الدراسي فضلاً على أنهم مرشحون بشكل كبير لتعاطي المخدرات والكحول.

يرتبط الاكتئاب في سن المراهقة بزيادة خطر محاولات الانتحار، فضلاً عن تكرار فترات اكتئاب قصيرة وهو ما يؤثر سلباً على المراهق بصرف النظر عن الجنس أو الخلفية الاجتماعية أو مستوى الدخل أو العرق، أو المدرسة أو غيرها .

إن من أسباب خصوصية حالته التغيرات الهرمونية والضغط الاجتماعي والعوامل النفسية التي هي عند المراهق صراع من أجل الاستقلال الذاتي وتصور وبناء معالم مستقبله الغامض، وعلى الرغم من كون التقلبات المزاجية الدورية أمراً طبيعياً في

فترة المراهقة، ولكن هناك أعراضاً مزاجية قد تظهر في تلك الفترة من الواجب أن نتدخل فيها حينما نستشعر أي مرور للمراهق بحالة الاكتئاب تستمر لفترة تزيد عن الأسبوعين. حيث تتمثل أعراض الاكتئاب عند المراهقين في التهيج والغضب واليأس والحزن الشديد والانطواء الطويل.

إن لإصابة المراهق بالاكتئاب خصوصية أخرى تتمثل في تبعات سلوكيات سلبية مدمرة ومتنوعة هي في جوهرها هروب من حسرات الواقع الذي يعيش فيه من مثل التسرب المدرسي، الفرار من المنزل، اللجوء إلى الإنترنت الواقع الافتراضي والانطواء عليه، القيادة المتهورة للسيارات وحتى مغامرات جنسية... كل هذه السلوكيات السلبية قد ينتهجها سواء مع الآخرين أو مع الأشياء فضلاً مع ذاته، في بعض الأحيان قد تتطور الحالة عند المراهق للتفكير في الانتحار، لذا إذا بدأ المراهق في التحدث عن الموت أو الانتحار، أو تستحوذ عليه فكرة مثل هذه، ويبدأ المراهق في التخلي عن ممتلكاته الشخصية أو يترك نشاطات ما كان يستمتع بها، هنا يجب اللجوء السريع للاستشارة النفسية، بل وجد في الدول الغربية والتي يكون التدين فيها أمراً ثانوياً أن المراهقين هم النسبة الأكبر من المنتحرين، وهنا يكون التدخل المبكر هو المفتاح لعلاج فعال.

9- الاكتئاب من منظور ثقافي- اجتماعي:

إن من بين أهداف السيكوباتولوجيا الوصول إلى فهم صحيح للمرض النفسي ومدلولاته، وهذا لا يتأتى من نظرة متجزئة أو زاوية منغلقة تنتكر فيها لأبعاد أساسية هي في علاقة، وثيقة بالشخصية الإنسانية ألا وهي الأبعاد الثقافية والاجتماعية التي هي مرجعية أساسية يجب ألا يغفل عنها عند تناول المظاهر الإكلينيكية.

إن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تساعد الباحث في فهم المرض النفسي والتمظهرات الخاصة. فسلوك الإنسان وشخصيته يتحدد من خلال

مجموعتين من العوامل، فالمجموعة الأولى وهي المجموعة البيولوجية وهي التي ترتبط بجسم الإنسان من وراثته، أعصاب وغدد وغيرها. ومجموعة ثانية التي هي المجموعة الثقافية الاجتماعية والتي تتضمن التنشئة الاجتماعية، علاقة الفرد بالمحيط الثقافي والاجتماعية ومؤسساتهما وغير ذلك.

(إن العلاقة بين اختلال العوامل البيولوجية واختلال السلوك ثابتة ومستقرة إلى حد كبير بصرف النظر عن المكان والزمان فإن العلاقة بين العوامل الثقافية وما يمكن أن يترتب عليها من اضطراب للسلوك والشخصية ليست كذلك، حيث تختلف هذه العوامل من مجتمع لآخر، ويكون للمتغير الواحد معنى ودلالة في ثقافة تختلف عما له في ثقافة أخرى)(كفاي 1996، ص130).

أن الانتماء لثقافة ومجتمع معين يعني الالتزام بأسلوب خاص في التنشئة الذي بدوره يشكل فسيقساء الشخصية ويصقل السلوك بنمط معين.

إذا كانت الشخصية هي التنظيم الذي يضم صفات الفرد، العقلية والانفعالية والخبرات الأخرى التي اكتسبها خلال تنشئة الاجتماعية فإن الصلة بين الشخصية والثقافية تكون صلة وثيقة جدا ، لأن الفرد يولد في المجتمع ، والمجتمع له ثقافة حددت سلفا قبل ميلاده .وعلى الفرد لكي يتمتع بعضوية في ذلك المجتمع ويحظى بحمايته من خلال انتمائه له أن يستدخل معايير الثقافة وأن تصبح جزءا من تكوينه ومن شخصيته .

فالعلاقة وثيقة جدا بين مثلث المجتمع، الثقافة و الشخصية، باعتبار أن المجتمع هو الجماعة المنظمة من الأفراد بينما الثقافة هي مجموعة من الاستجابات المكتسبة التي تميز بها أفراد هذا المجتمع أما الشخصية فهي التنظيم السيكولوجي للفرد عضو المجتمع لذا فإن من المتوقع أن تكون العلاقة بين الشخصية باعتبارها التنظيم السيكولوجي للفرد عضو المجتمع والثقافة باعتبارها أسلوب للحياة في المجتمع أن تكون العلاقة وثيقة جدا لأن الثقافة والشخصية بمعنى من المعاني وجهان لعملة

واحدة وإن المجتمعات حسنة التعامل تُعبر الشخصية عن ثقافة المجتمع، بينما تكون الثقافة تجميع لسمات الشخصية (نفس المؤلف 1996، ص 134).

من خلال تناول ملاحظتنا الإكلينيكية والتراث السيكولوجي نستطيع أن نحدد أشكال تأثير الثقافة في اضطراب السلوك في الأوجه التالية (سببته المرض، تشكل مظهرات المرض، العلاج). فالخلفية الثقافية والاجتماعية تضع بين يدي أفرادها تصورات اجتماعية جاهزة حول أسباب العلل وكيفية التعامل معها بل و التداوي منها. والتي قد تكون هي في حد ذاتها عامل مولد للاضطراب النفسي من خلال بعض العادات والتقاليد التي تشكل ضغطا على الفرد وتحمله أدوارا ومسؤوليات شاقة، أو تُوجد صراعات فكرية أو طبقية بين أبناءها، أو توجده في ظروف قاسية يكافح فيها لكسب قوت يومه أو أن يحضا برضا الجماعة ويفلت من سخطها.

من وجه آخر تكون الثقافة عامل مشكل للسلوك، من خلال ما تتيحه لهم من أساليب تعبيرية ومناسبات اجتماعية تصقل لهم فيها تصورات اجتماعية ليتشكل لهم فيها قالب سلوكي، ومن ذلك مراسيم أو إجراءات الحداد والمواساة أو العزاء للتعبير عن الألم لفقدان أو وفاة قريب وتقبل الأوضاع الجديدة، وكذا مناسبات أفراح وطقوس معينة، والثقافة كذلك تعزز وتدعم أنواع من السلوكيات وتقمع أخرى.

ومن وجه آخر لما كانت الخلفية الثقافية والاجتماعية ترتبط بمفهوم عام للأمراض النفسية من حيث تفسير أساليب من العلاج تتفق مع ما لديهم من مفاهيم ومعتقدات عن المرض النفسي من اللجوء إلى المعالجين الشعبيين وخلطات الأعشاب وطرق بدائية للعلاج والقيام بـ "الزار" .

فيما يخص الاكتئاب الذي هو من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وتتراوح أعراضه في شدتها بين الحزن والضيق والغم إلى الشعور وباليأس التام من الحياة ومحاولة الانتحار. فهناك دراسات عبر ثقافية تشير إلى انخفاض حالات الاكتئاب في الثقافات غير الغربية وانخفاض الشعور بالذنب في حالات الاكتئاب في بعض الثقافات الشرقية، وتتميز في بعض الثقافات الإفريقية (بسمة الاضطهاد والشكاوي

الجسمية وغياب اللوم الذاتي وانعدام الشعور بالذنب والميول الانتحارية وترتبط بعوامل خارجية تجعل الفرد يحس بأنه مهددًا من الخارج وليس من الداخل)(sowi-1977.p38).

في هذا المجال لاحظ الطبيب النفسي الألماني خلال سفره إلى جزيرة جاوا Jawa سنة 1904 (وبفضل حسه الإكلينيكي ندرة بل انعدام الحالات الاكتئابية في هذه البقعة من الأرض وتحدث عن غياب أفكار الشعور بالذنب والميول الانتحارية المميزة لهذه الحالة المرضية وهو بذلك يعد من الاختصاصيين الذين كان لهم فضل سبق في إبراز خصوصية السيميولوجية (علم الأعراض) الإكلينيكية، وفي لفت الأنظار إلى قيمة المرجعية الثقافية في نشأة الأمراض العقلية) (بن عبد الله، 2010، ص154).

هناك ثقافات لا يوجد في لغتها ما يشير إلى معنى الاكتئاب ومفهومه مثل ثقافة بورنيو وماليزيا والعديد من الثقافات الإفريقية والهنود الأمريكية وقد يتم التعبير عن الاكتئاب بأعراض جسمية بينما يكون التعبير عنها معرفيا عند حده الأدنى، أو يكاد معدوماً، ويشير انجلمان (Engelmann 1982) أن السود في الولايات المتحدة الأمريكية يحصلون على درجات أعلى في مقاييس الاكتئاب من البيض ولا يعود هذا الفرق إلى أسباب بيولوجية بل إلى عوامل ثقافية، كما أظهر النيجريون أيضاً عند المقارنة بالإنجليز مزاجاً مكتئباً وأعراضاً جسمية وتأخرًا حركياً ولم يظهر عليهم أحاسيس الذنب أو الأفكار الانتحارية كما عانى المرض اليابانيون من اكتئاب والقلق والشكاوى الجسمية والإسقاط الباراني والتأخر الحركي أكثر من نظرائهم الأوروبيين (كفافي 1996 ص 152).

إن التعبير عن الحالات الاكتئابية عن طريق الشكاوى الجسمية معروف في علم النفس بـ "الاكتئاب المقنع masked depression"، أي ظاهرة التجسيم أو "الجسدنة somatisation"، أي استخدام الجسم كوسيلة للتعبير عن المعاناة النفسية، لأن الظواهر الجسمية هنا عوض أن تكون ممنوعة فهي تتمتع بكثير من الاهتمام والتقدير.

يقول بيوزنر peuzner: أنه تمكن في تايلاندا من ملاحظة أن مفهوم الشعور بالذنب لم يكن يعني شيئاً بالنسبة للإكلينيكين (المحليين) الذين التقيناهم ، فهنا المكتئب لا يحس إلا بمشاعر الحياء والتشاؤم ، أما فكرة الشعور بالذنب الذاتي فإنها غائبة تماماً بل أنها مرفوضة في هذا الوسط الثقافي (pewzner , 1996 , p164).

أما إذا تناولنا المريض بالاكتئاب النفسي في الثقافة العربية فإننا نلاحظ ومن خلال دراسات متعددة نقص مشاعر الذنب ولوم النفس في المرضى العرب، كما أن الأعراض البدنية تزيد كثيراً وهي الأكثر وضوحاً بالمقارنة مع المظاهر النفسية، وبالنسبة للانتحار وارتكاب أفعال إيذاء النفس التي تشيع في مرض الاكتئاب في الغرب فإنها توجد بصورة تقل كثيراً في البيئة العربية، ويرجع ذلك إلى تأثير الخلفية الدينية وموقعها من مسألة الانتحار وقتل النفس مما يحول دون الإقدام على ذلك حتى في حالات الاكتئاب الشديد.

لقد ظهرت محاولات ترمي إلى تحديد ملامح الشخصية المغاربية بصفة موضوعية لكن هذه المحاولات لم تكن دائماً متناغمة، لأنها تخضع في الغالب لأساليب منهجية متباينة، أول هذه الملامح نجدها تركز على نموذج ثابت وغير ديناميكي يتجاهل ثراء وتنوع المجتمع المغربي ويغفل عملية التغيير المستمر التي يعرفها هذا المجتمع، ومن ثم فإنه يلتقي في كثير من الجوانب مع الطروحات السابقة، إذ يعتمد على أهم السمات المنسوبة قديماً إلى الشخصية المغاربية لتصنيفها ضمن الشخصيات ذات النزعة الهستيرية (berthelien 1969 .p 188).

تقول (كشروود 2007) أن من بين الأعمال الأولى التي عالجت تطور الموضوع في بلاد المغرب العربي مجموعة من الأبحاث يمكن سردها كما يلي:

دراسة لعمار 1972 بتونس وجد أن الحالات الاكتئابية تمثل 20% من المرضى الذين كانوا يدخلون إلى مصلحته وقد صنف النصف من هذه الحالات ضمن الاكتئاب العصابي الارتكاسي ، كما أشار الباحث إلى وجود إرتفاع معتبر لمحاولات الانتحار والانتحار الفعلي كما بينت الدراسة على مستوى دلالة الأعراض *séméiologie*

تواتر الشكاوى الجسدية والمواضيع الاضطهادية persécution في حين كانت الأفكار التأنيبية ومشاعر الإهانة قليلة، وقد قام هذا العمل على أساس دراسة ملفات مرضى في سنوات مختلفة وأكدت دراسة أخرى لعمار وآخرون 1978 بتونس والتي عالجت 639 ملف لمرضى دخلوا المستشفى بين 1969 - 1978 على ترجيح التعبير الجسدي في كل حالات الاكتئاب وكذا تردد السلوكيات الانتحارية عند النساء والفتيات، ويشير عمار 1979 بالإضافة إلى ذلك إلى قلة حالات التأنيب المعبرة عنها لدى الجنسين (كشروود 2007، ص 58).

تؤكد دراسة بوشامي وبوعقوب (1981) على سمات مميزة لحالة الاكتئاب عند المغاربي منها عرض التجسيم الذي يهيمن على هذه الحالة ويكون مصحوبا في الغالب بالأرق وبالقمه inappétence المفضي إلى إحساس بضعف شديد كما تؤكد الدراسة على ندرة فكرة الشعور بالذنب وهيمنة فكرة الشعور بالحياء والإهانة التي تجعل الفرد المكتئب يحس بأنه كائن ناقص بالمقارنة مع الآخرين كما تتميز حالة الاكتئاب هذه في نظر الباحثين بسمة التوهم المرضى hypochondrie التي تعكس الشعور بفقد الكمال الجسدي والهوية الجماعية للشخص إلى جانب التعابير الهذيانية المزيفة التي تشهد على الصراع الذي يعيشه الفرد بسبب إحساسه بعدم الانتماء للجماعة وفقد تضامنها. (bouchami et bouya coub 1981 . p 1205).

اهتم برتولي 1969 بمثل هذه الحالات في إطار تكلفه بالمرضى المغاربة المهاجرين في فرنسا ولاحظ أنواعا أخرى من السمات تتمثل على الخصوص في فقدان الإرادة وفي اللامبالاة وفي فقر إيماءات الوجه وبطء ورتابة الكلام وإحساس بقلق شديد وبما أن المريض هنا كذلك يشكو من آلام جسدية مفرطة فإنه يحذر من الخلط بينهما وبين الهستيريا التحويلية التي كانت تعتبرها مدرسة أ. بورو a. porot. اضطرابا شائعا في الواقع الجزائري.

إن التجسيم الذي صبغ اللوائح السيكوباتولوجية دفع ببعض الباحثين من أمثال الطبيب النفسي فرانتز فانون f. fanon إلى الحديث عن "زملة شمال إفريقيا" le

le syndrome méditerranéen. بسبب الوجود المكثف للعنصر الجسمي، لذا حذر بيليبي (y. pelicier) من الخلط بين المسرحية والتعبير الجسمي المفرط وبين الهستيريا ، كما حذر من الخلط بين حالة الاكتئاب في شكلها الاضطهادي وحالة البرانويا الحادة أو المبتدئة (بن عبد الله، 2010، ص162).

السؤال المطروح هو لماذا يتسم المغاربي بخاصة التجسيم أو جلب الانتباه باللعب بجسمه واستخدامه كوسيلة للتحاور والتواصل؟

الملاحظ على نمط هذه الشخصيات هو (القصور الواضح في وصف المشاعر والأحاسيس وما يعتري هذه النواحي النفسية من تغيير، وقد يرجع ذلك إلى اعتقاد الكثيرين بأن الأطباء يعالجون شكاوى بدنية نتيجة لخلل في وظائف الجسد ولا يتوقعون أن يستمعون إلى أي أعراض تخص المشاعر المعنوية والأمور النفسية ولذلك فإنهم يستبدلون الشكاوي النفسية بأخرى بدنية موضوعية وقد يعود ذلك إلى إنكار المريض بصورة لا شعورية لأعراض الاضطرابات النفسية ورفضه لها)(الشربيني، 1995، ص 75). كذلك تعود إلى نقص ما يسمى بـ "الثقافة النفسية" وإلى نمط التربية التقليدية والضغوط الاجتماعية التي لا تعطي أهمية وقيمة لاستجلاء المشاعر والأحاسيس والمعاناة النفسية، للأفراد وتعيب عليهم الإفصاح عن المعاناة النفسية، وتعتبر ذلك نوعاً من الضعف .

أما أهم الأعراض الجسدية الملاحظ تواترها إكلينيكيًا في الحالات الاكتئابية هي الاضطرابات الهضمية والمعوية كاضطرابات الأكل وكالإمساك والقي والغثيان وألام المعدة والمغص وبعض الأحاسيس المزعجة والمبهمة أو التي يصعب تحديد مكانها كالإحساس بالآلام في كل الجسم أو الإحساس بالحرارة أو البرودة المفاجئة وهي أعراض يتم الإفصاح عنها بسهولة أثناء المقابلات العيادية في حين أن الأعراض التناسلية كالضغط الجنسي واضطرابات العلاقات الجنسية لا يفصح عنها بسهولة في بداية ومن خلال المقابلات السريعة أما عن حالات الصداع التي كان

معظمها نساء كن يشتكين من آلام شديد سواء في مقدمة الرأس أو في مؤخرته وأحيانا في أحد نصفيه أو الشعور بفراغ بداخله، وقد أفصحت النساء اللاتي تابعن علاج نفسي لمدة معينة عن مشاكل في العلاقات الزوجية وهو أمر لا يفصح عنه سهولة في مجتمعاتنا العربية إذ تلجأ النساء إلى التعبير عن هذا الألم النفسي عن طريق تحويله اللاوعي إلى ألم جسدي وفي معظم الحالات في هذه العينة إلى آلام إلى الرأس (كشروود 2007، ص19).

أما فيما يخص الشخصية الجزائرية بسماتها الأساسية والثابتة لا يمكن أن تتجلى بصدق ووضوح للباحث ولا يمكن أن يفهمها بعمق إلا إذا أنطلق من الثقافة أي من خلال رؤية تكاملية تأخذ بعين الاعتبار كلا من علم النفس وعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا ، يذكر حمد بن نعمان (1988) سمات للشخصية الجزائرية تنطبق في نظره على أكبر نسبة من أفراد المجتمع الجزائري في تلك الفترة التي أجري فيها البحث وهي حسبه عشر سمات: الصراحة، الانطواء على الذات، العمل في صمت الاندفاع ، النرفزة، الانفعال، الحساسية، وعدم تقبل النقد ، التعصب والتشبث بالرأي والمبدأ، الاتعاض من دروس الماضي، الاعتماد على النفس، نشد الكمال والحلول الجزرية، الشيء الآخر الذي تكشف عنه هذه الدراسة هو التأكد على بعض السمات التي تبرز العلاقة الوطيدة التي تجمع الفرد المغربي والجزائري بمرجعية الثقافية وتمسكه بأصول الجماعة وأعرافها، ومن هذه السمات التي تظهر في هذه الدراسة وتدل على هذا المعنى نجد التعاون عزة النفس والأنفة والتدين، المحافظة على السمعة والاستماتة في الدفاع عن الشرف والتمسك بالأصول، إن ما يميز السمات السابقة أنها تلتقي في بعضها مع سمات الشخصية "القومية" مما يؤكد وحدة المنبع الثقافي والحضاري ولكنها تختلف معها في أخرى بحكم عوامل هي خاصة بالمجتمع الجزائري (بن عبد الله ، 2010 ، ص 33).

جذبت الأبحاث والدراسات في الجزائر منذ 1969 الاهتمام حول التواترات الجديدة للاكتئاب الارتكاسي والتعبيرات الجسدية نتيجة التغيرات الاجتماعية وتغير نمط

المعيشية فقد أظهرت دراسة لـ "كاشا" 1979 حول 100 حالة اكتئاب كانت تعالج بمركز إعادة التأهيل النفسي والاجتماعية بالجزائر مستعملا في ذلك مقياس هاملتون Hamilton لقياس الاكتئاب ، أهمية أعراض وسواس المرض والاضطرابات الجنسية واضطرابات النوم وبدرجة أقل مشاعر العجز والكف الحركي كما لاحظ كاشا أن مرضاه كانوا أكثر عدوانية وأقل إحساسا بالذنب لكن لديهم مشاعر اضطهادية وإحساس بالإحباط أو نقص ولم توجد حالات الاكتئاب الارتكاسي إلا في 10 % من الحالات وقد يعود ذلك إلى قلة تردد هذه الحالات على المستشفيات إذ غالبا ما كانوا يلجأون إلي المعالجين التقليديين .

توصل فريق بحث تابع لوزارة الصحة في محاولة لرصد بعض الحالات المترددة على عيادات بالجزائر العاصمة (1990-1994) إلى بعض الملاحظات حول الأعراض الاكتئابية الأكثر ترددا لدى العينة التي كانت تأتي إلى الفحص السيكولوجي وهي وفقا لدرجة توترها كما يلي:

- 1- / القلق ، 2- / اضطرابات النوم(الأرق)، 3- / الوهن والتعب . 4- / الانقطاع عن العمل أو عن الدراسة، 5- / اضطرابات الأكل ونقص الشهية، 6- / الصداع، 7- / اضطرابات الجهاز الهضمي، 8- / اضطرابات في التنفس كالشعور بالاختناق ووجود كرة بالبلعوم أو شعور بوجود غبار في الحلق، 9- / اضطرابات خاصة بالقلب، 10- / الشعور بالدوران ، 11 / الشعور بالإهانة والاضطهاد . 12- / الخوف من الموت ومن عذاب الآخرة. 13- / الرغبة في الموت وكره الحياة . 14- / أعراض وسواسية . 15- / محاولات انتحارية، 16- / أعراض اضطراب الجهاز التناسلي والبولي. 17- / نتف الشعر الرأس أو تساقطه عند الفتيات الصغيرات والمراهقات . 18- / إزالة الذاتية (dépersonnalisation) (كشود، 2007، ص 59).

من خلال هذه الدراسة فإننا بينا أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في دراسة المرض النفسي وبخاصة مرض الاكتئاب، ونعتقد أننا بهذا الطرح نكون قد خطونا

نحو ممارسة نفسية صحيحة لا تكون مجرد تقليد للنموذج الغربي، ووضعنا لبنة في عملية بناء علم نفس وطب نفس عربي.

العلاج النفسي :

كلمة "علاج نفسي" في اللغة الإنجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين psycho- therapy يعني الأول المقابل للكلمة therapy علاج, وأما psycho فهي مستمد من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات، أي أن "العلاج النفسي" في أصله اللغوي اللاتيني يشير إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر في مجال العمليات العقلية وفي هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التي تؤثر في السلوك الإنساني بما في ذلك الجراحات الطبية واستخدام العقاقير .

ولذا لقد تعددت التعريفات التي قدمت لمفهوم "العلاج النفسي" ف"انطوان ستوارمنه" (1991) يعرفه بأنه "فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية" (نقلا عن محمد غانم حسن 2005, ص 127).

ويعرف ولبرج Welberge (1967) العلاج النفسي بأنه: (شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الطبيعة الانفعالية يحاول خلالها الشخص المدرب أن يقيم عامدا علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد أو تعديل أو تأجيل ظهور أعراض موجودة أو أنماط شاذة من السلوك ومن ثم التوصل إلى نمو إيجابي في الشخصية وفي تطورها (أما روترد Roterd (1971) فإنه ينص على أن (العلاج النفسي هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر بناءة أو كليهما) (عبد الستار,عسكر، 2005, ص 211)، وقاموس لاروس علم النفس يعرفه بأنه: (تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن العاطفي) (Sillamy,Norbert,2000,P214).

معلوم أنه لا يوجد علاج نفسي واحد بل هناك وجهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها ومحاكاتها في تقدير النجاح والفعالية، ومن تلك المناهج في العلاج

: التحليل النفسي الفرويدي التحليل النفسي ليونغ , التحليل النفسي اللكاني والعلاج النفسي العقلاني ,العلاج الجشثاتي ,العلاج الوجودي , العلاج المتمركز حول العميل ,العلاج بالاسترخاء , والعلاج باللعب والسيكودراما ، لكن رغم تعدد مدارس علم النفس وعيادات العلاج في أنحاء المعمورة فإن نسبة تقدم الشفاء في الأمراض النفسية المختلفة تبقى جد متواضعة وكثيراً من الحالات تأزمت وتطورت نحو الأسوأ ، ووصل الأمر بكثير من المعالجين إلى أن يطرحوا تساؤل نظري عميق هو : (هل ما نقوم به كمعالجة نفسية هي فعلاً معالجة نفسية ؟) ، حيث أن معدل شفاء العصائيين ثابت فعلياً سواءً عولجوا بأساليب العلاج النفسي المعروفة أو تُركوا دون علاج ، لذا فإنه علينا أن نسعى جاهدين للبحث عن فهم رشيد للشخصية الإنسانية.

1-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي أسلوب من أساليب العلاج التي تهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى، وهي تستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج، وهو محاولة علاج كل المشكلات السلوكية بضبطها وتعديلها.

ظهر هذا النوع من العلاج في مطلع القرن العشرين كرد فعل للانتقادات الشديدة التي وجهت للاتجاهات النفسية القائمة على التحليل النفسي ويقوم هذا الاتجاه على مبدأ دراسة السلوك الخارجي للإنسان نظراً لقابلية هذا السلوك للملاحظة والقياس، وكانت أهم البدايات الأولى والإرهاصات العلمية هو آراء كل من جون واطسن و 1958 jhain watson وفرانكس franks وكان ذلك في شكل مجموعة من التطبيقات المبكرة التي تضمنت استخدام الاشرط المنفر في علاج الإدمان وذلك عام 1969 وكانت مبنية على إسهامات وكتابات بافلوف pavlov ومؤلفات ثورندايك Thorndike عن التعليم بالإنابة. كان ذلك عام 1913 وفي نهاية الخمسينات من القرن الماضي ظهر كتابين كان لهما الفضل في وضع أسس علمية فنية للعلاج السلوكي هما:(العلم والسلوك البشري) لـ سكينز Skener، (العلاج النفسي بالكف التبادلي) لـ ولبى welpy (رشوان، 2010، ص 02).

إن المدرسة السلوكية ترى أن علم النفس هو علم السلوك، ذلك أن شعور التجربة فردية لا يدركها إلا الفرد نفسه، أما السلوك فإن ملاحظتها ودراستها أمر يمكن إدراكه بواسطة صاحبه وغيره ، وكذلك فإن السلوك يمكن إدراكه في ضوء مثير وإستجابة. (عويظة، 1996، ص 33).

نظر السلوكيون الأوائل إلى الإنسان كأنه "صندوق أسود" black Box يمكن فهمه ببساطة عن طريق قياس المنبهات الداخلة فيه، والاستجابات الخارجة عنه، أما ما يجري داخل هذا الصندوق الأسود المغلق من العمليات وتفاعلات فهو أمر لا يهمننا معرفته، ولقد لقي هذا التصور نقداً شديداً من كثير من علماء النفس، كما عابوا عليهم إغفال قطاع عريض من السلوك غير الملاحظ ، وتجاهل الوظائف النفسية والشخصية وهي جوانب كامنة غير قابلة للملاحظة بشكل مباشر ولكنها مع ذلك هي في غاية الأهمية.(عبد الخالق،2000،ص69).

تبعاً للانتقادات الموجهة لها والدراسات الحديثة لبعض علماء السلوك فقد حدث تطور لهذه المدرسة، وأصبحت تنحو لدراسة جوانب أخرى من سلوك الانسان.

2-العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

السلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة ، وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها، وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي بدءاً "بافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي...إن السلوكية بهذا الشكل المبكر قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه، مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة إلى الاضطرابات المتعلقة بالخوف المرضية والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في العلاج لحالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول

الانتحاري والاغتراب، وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي. (عبد الستار، 2011، ص62).

(إن الإنسان وحدة كلية متكاملة فحين يشعر الفرد بالخوف أو القلق مثلاً فإن هذه الانفعالات تصاحبها تغيرات في تفكير الفرد وأنماط سلوكه، فليس هناك نشاط جسمي أو عقلي أو انفعالي خالص وقائم بمفرده وبمعزل عن بقية مكونات الشخصية... أي أن السلوك نشاط كلي، وعلى هذا يكون من الخطر الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو إنفعالي، فالإنسان وحدة كلية متكاملة، أي لا يمكن فهم السلوك سويًا كان أو شاذًا إلا بفهم الشخصية ككل) (طه، 2008، ص38).

إن الإنسان عندما يضطرب نفسياً فاضطرابه نتاج لعناصر متعددة خارجية في البيئة وداخلية في عالم القيم والتفكير والوجدان، لذا يجب ألا يقتصر فهم وتفسير المرض ووضع الخطط العلاجية على جانب واحد من السلوك الإنساني بحيث يجردها من طبيعتها المعقدة والمركبة، لذا ظهر تيار السلوكية الحديثة الذي هو بمثابة ثورة علاجية معاصرة في علم النفس نحت فيه نحو العلاج المتعدد للمرض النفسي.

العلاج السلوكي المتعدد المحاور يتجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات ومداخل متعددة لتغيير السلوك..، ولب هذا التصور أن الاضطراب عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يشمل جوانب متعددة (عبد الستار، 2013، ص03)، إن الاضطراب النفسي عندما يحدث فإنه يؤثر في مختلف جوانب الشخصية، فالتفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بان تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين: (... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل إنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً (Michelle J.N.2006)

ينبغي في العلاج النفسي عدم الاكتفاء بعلاج واستهداف جانب واحد من السلوك فقط وإغفال باقي الجوانب، لأنه قد يكون الضعف والعجز في جانب من السلوكيات الأخرى وهو ما قد يزعزع باقي الجوانب ويجعلها غير ثابتة بل ومعيقة لغيرها، فجوانب السلوك كلها بمثابة ركائز للصحة النفسية إذا أختل واحدٌ منها تداعى له باقي الجوانب واضطربت الصحة. وإن مراعاة هذا الطرح تجعل منه علاجاً جذرياً يُنبأ بشفاء ثابت طويل الأمد، بل ويجعله أكثر تحصيناً ضد الوقوع في أزماتٍ نفسية مستقبلاً.

إن العلاج القاصر على جانب واحد من السلوك الإنساني هو علاج جزئي غير تام لا يُتوقع استمراره ولا يكون علاجاً كاملاً بمعنى ما نطلق عليه علاجاً.

الممارسة العلاجية الحديثة تتطلب إذن من المعالج النفسي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك والانفعال وطرق التفكير على السواء. فالممارس السلوكي المعاصر يجب ألا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة إلى إحداث التغيير في الشخصية بأي طريقة ملائمة وبأي مدخل مناسب، وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته، لذا يرى إبراهيم عبد الستار 2011 أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً ويكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ويمكن بسط محاور السلوك الإنساني وبعض الأساليب الأساسية التي يعول عليها في كل محور كالتالي:

1- المحور الانفعالي: في الاضطراب النفسي يتأثر الوجدان بحيث يصبح الفرد عُرضةً لانفعالات سلبية متعددة كالخوف والقلق والاكتئاب، وفي نفس الوقت أسيراً يبرز تحت أثارها الفسيولوجية السلبية التي تصاحبها من مثل: تسارع دقات القلب، الغثيان، انقباض المعدة، صعوبات في التنفس توتر العضلات، اللزيمات

الحركية... وغيرها. وبالتالي تكون تقنيات الاسترخاء العلاجية بأنواعها التصاعديّة والتخليّة أسلوب علاجي أساسي في هذا المحور.

2- المحور المعرفي: حيث نجد في الاضطراب النفسي ترسخاً لأساليب التفكير غير العقلانية وتسلا للأفكار السلبية الخاطئة سواء حول نفسه أو عن المجتمع أو عن المستقبل، وما تنطوي عليه تلك الأفكار من سلبيات ومبالغات وحتى تطرف. عندها يكون أسلوب العلاج المعرفي وتصحيح المعتقدات وتحويل الأفكار السلبية إلى الايجابية هي مدار الرحي في علاج هذا المحور.

3- المحور الاجتماعي: حيث الخجل والانطواء وعدم التفاعل الاجتماعي وضعف التواصل البصري وفق المهارات الاجتماعية كلها وغيرها هي أشكال من اضطراب السلوك الاجتماعي تتفاعل مع الاضطراب النفسي في شكل سببٍ أو نتيجة أو كعامل مساعد لظهوره. عندها تكون تقنيات تنمية المهارات الاجتماعية و التوكيدية سبيل علاجي منطقي في هذا المحور.

4- محور السلوك الظاهر: حيث يكتسب الفرد عادات سلوكية سلبية في التعامل مع المواقف ومجابتها، أو فقدان مهارات سلوكية تكيفية إيجابية لمواجهة الضغوط اليومية المختلفة. وحيث إن سلوك المكتئب يتسم بالرتابة والملل وفقدان سلوكيات المرح والدعابة وبالتالي تكون خطة إدخال أنشطة سارة ومبهجة هي الخطة العلاجية الناجحة مع هذا المحور .

5- المحور الجسماني: إن الجسم والنفس وجهان لحياة الإنسان وسلوكه وهما في تفاعل وتبادل تأثير، حيث انه إذا اختل احدهما ظهر التحول والتداعي في الآخر. لذا من اجل صحة نفسية إيجابية ومستقرة يجب الاهتمام بالجانب الجسمي العضوي ووقايته من أي اعتلالات وتدعيم السلوك الصحي، وبالتالي تكون أساليب "تعزيز سلوكيات الصحة الجسمية" خطة علاجية معتمدة في هذا المحور.

6- المحور الروحي: إن فطرة الإنسان هي تعلقه بالله المعبود، وهو في حاجة إليه أبدية في دينه ودنياه لا يستغني عنه، مجبولٌ على عبادته والتطلع إليه، وأي اختلال في هذه العلاقة يؤثر سلباً في حياته الروحية والسلوكية المختلفة، لذا فإن الاهتمام بالجانب الروحي في الإنسان يجب أن يأخذ نصيبه من الخطط العلاجية، ليكون بذلك تعزيز ممارسة الشعائر الدينية ومعتقداتها محتويات ضمن الخطط العلاجية لمحاو السلوك الإنساني السابقة، وذلك تبعاً لشكل كل شعيرة وتصنيفها في كل محور، حيث أن تعاليم الدين الإسلامي شاملة لكل جوانب السلوك الإنساني.

إذن فأساس العلاج السلوكي المتعدد المحاور هو استهداف كل جوانب السلوك الإنساني بما يتلاءم معها ومع المفحوص من تقنيات وأساليب علاجية. فالمعالج السلوكي المعاصر لا ينظر فيما يخص التقنيات والأساليب العلاجية إلى أي نظرية تنتمي بل هو ينظر إلى (تصنيف الأساليب العلاجية حسب فعاليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة، ولما كنا نعتقد بان الاضطراب النفسي عندما يثور يكن متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية والسلوكية الظاهرة، و أساليب التفكير، وأساليب التفاعل الاجتماعي..، لذا فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب لتعديل التفاعل الاجتماعي..)(عبد الستار، 2011ص53).

يحرص المعالج على تضمين كل جوانب السلوك في الخطة العلاجية بمرونة تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية وتقل جانب معين من الاضطراب كما هو في الواقع، ولا يكون البدء بكل المحاور جملةً واحدة، بل يأخذ ويبدأ المعالج بأكثرها تدهوراً ووجوداً أو قوةً لدى العينة من مثل أن يجد في محور الاضطرابات الوجدانية أن لدى العينة الشعور بالذنب قوي وبالتالي يعمل عليه، ويعتبر التخفيض في درجته

مؤشر على التقدم في المحور الوجداني، ويرى الباحث أنه يُمكن الابتداء بمحور أو اثنين وفق المعايير التالية:

- ملامح الشخصية الناتجة عن سبر الفاحص لشخصية المفحوص من خلال الاختبارات النفسية العامة والجزئية والمقابلة العيادية و مخرجات دراسة الحالة.
- المحور الأكثر إشكالاً وتعقيداً وتأثيراً في حياة المفحوص وفي توليد الاضطراب، بحيث أن القضاء عليه أو التخفيف منه يُخفف تلقائياً من ثقل المحاور الأخرى، وبالتالي يحفز المفحوص للتقدم أكثر في باقي مراحل العلاج.
- الحاجة العلاجية المستعجلة التي يراها المعالج، من مثل حاجة المفحوص إلى حصص استرخاء، بعض ملاحظة التغيرات الفسيولوجية السلبية القوية التي يبرز تحتها المفحوص وتُعوق بشدة حياته اليومية بمختلف أشكالها.
- اختيار المفحوص للبدء ببعض التقنيات العلاجية وفق عقد علاجي سلوكي، الأمر الذي يفتح الباب لتجاوبٍ وتقدم سريع نحو تطبيق الخطط العلاجية.

في حالة عدم فرض أي معيار من المعايير السابقة نفسها في البدء بمحور علاجي معين فإننا ننصح المعالج بان يركز ويهتم بـ(المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو مخاوف أو اكتئاب حتى وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي، فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقِيمُ المريضُ مُعالجه النفسي بمقدار ما يشعر به من تغيير في حالاته الانفعالية، بما في ذلك انتقاله من حالات القلق إلى الاسترخاء، ومن الاكتئاب إلى التخفيف منه والشعور بالطمأنينة والانتقال من المشاعر السلبية من غضب أو حزن إلى تنمية مشاعر وأحاسيس إيجابية من الطمأنينة والاسترخاء، بعبارة أخرى لا يأتي الناس لطلب العلاج

لأنهم لا يفكرون منطقياً أو لأنهم يعانون أخطاء في التفكير، بل يأتون في الأساس طلباً للتخلص من آلام المرض النفسي) (عبد الستار 2011 ص 117)

3- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

زاد الانتباه مؤخراً بين جموع المعالجين السلوكيين إلى كلية السلوك الإنساني، وبدأت زاوية النظر تتسع في التعامل مع مشكلات الصحة النفسية، حيث أن الإنسان له جوانب سلوك مختلفة تتفاعل فيما بينها تأثراً وتأثيراً، لذا كان الطرح العلاجي الذي ينادي بالجمع بين الطرق العلاجية المختلفة حسب نوع المشكلات وطبيعتها يلقى قبولاً ومتابعة، حيث ظهرت (الطرق التوفيقية (التخييرية أو الانتقائية ECLITIC APPROACH) والتي تقوم على أساس التمييز والانتقاء، والتوفيق بين نظريات وطرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسي المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة، ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالت التي بلورها "فيتيز بريليز" أما الطرق التركيبية والتي يركب فيها المعالج طريقة مبتكرة مستخدماً ما تيسر من تراث وحكمة الماضي وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسي بتحقيق الذات التي ركبها وابتكرها "إيفريت شوستروم" وآخرون، والتركيبية تستفيد من الجهود العملية المتراكمة (شادلي، 2011 ص 60)

في عام 1960 وجد كللي kelly استجابة لمسح قام به بين أعضاء قسم علم النفس الإكلينيكي بالجمعية النفسية الأمريكية أن حوالي 40 % من 1024 معالجا نفسيا استجابوا لاستبيان المسح، قرروا أنهم يعتبرون أنفسهم من أنصار المذهب التوفيقى وبعد سنة 1986 تراوحت النسبة بين 29% إلى 68% في مسوح مختلفة، كما ظهرت حركة إلى محاولة التكامل بين مدرستين أو أكثر من مدارس العلاج النفسي من ناحية أخرى ويعني تقرير المعالج أنه "توفيقى" أنه لا يتقيد بمدرسة علاجية بذاتها، ولكنه ينتقي من المدارس المختلفة الأساليب التي يراها أكثر ملائمة مع العميل دون الحاجة إلى التفكير في ضرورة توفر أساس نظري أو فهم أو اهتمام بسبب استخدام الأسلوب المعنى أكثر من كفاءته (مليكة، 2010 ص 133).

ظهرت الكثير من الكتابات العلمية في المجالات النفسية بمقالات معنونة "المنهج التوفيفي في العلاج النفسي" وكتب بعنوان "المنهج التكاملي في العلاج النفسي" وفي عام 1987 ظهرت "الأكاديمية الدولية لعلاج النفسي التوفيفي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي التوفيفي" اسم مجلتها إلى "مجلة العلاج النفسي التكاملي والتوفيفي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي" society for exploration of psyceitohérapie intégration عام 1985. ومع الوقت أصبح هناك تزايد في استخدام مصطلح "التكامل" بوصفه أفضل من "التوفيفي"، ويظهر ذلك جلياً في بزوغ مجلة "تكامل العلاج النفسي" عام 1991، وحسب (لويس مليكة 2010) فإن الجاذبية المتزايدة للتكامل في العلاج النفسي قد تراجع إلى عدم الرضا عن المناهج المعاصرة، والتي رغم أن فعاليتها قد تثبت، إلا أن هذه الفعالية لا يبدو أنها خارقيه من منهج آخر، فضلاً عن شعبية المنهج التوفيفي اللانظري.

يعد العلاج التكاملي أو الانتقائي نوعاً من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كل جسمه وعقله وانفعالاته، وقد بدء هذا الاتجاه في عام 1950 على يد فريديك ثورن ثم محاولات دولارد وميلر dollerd et miller ، وفي عام 1965 قدم لازاروس Lazarous محاولة انتقائية لعلاج الإدمان، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة وعلى مرونة العلاج النفسي ومرونة المعالج الفعال، والعلاج النفسي التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر محني علاجي لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات النظرية العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي، شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق، وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (أيمن، 2009 ص 02).

وإهتم كثير من العلماء والباحثين بهذا النموذج العلاجي منهم بيير 1966 beier ،
ماركس وجيلدر 1966 markes et gelder ، واتزمان 1967 weitzman ،
مارمور 1971 marmor ، فيروز وروادس 1972 featherz et rhoader ، بيرك
وبيرنكلي بيرك 1974 birk et birnkley brik ، وجولد فريد وديفسون gold
1976 .fried et darvson (2 : 1996 stricker et gold).

يلخص عقل (2000 ص 143) المبادئ الرئيسية التي تنطق منها الانتقائية متعددة
الوسائل فيما يلي:

- 1- أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وجينية تتمثل في
العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي ظروف البيئية والاجتماعية المحيطة
به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.
- 2- أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب
وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو
خطأ فيها، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق
التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة ويظهر الاضطراب في استجابات
انهزامية غير توافقية.
- 3- يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسياً يعانون من مشكلات
متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب
علاجية تثبت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات
المختلفة .
- 4- كل مريض هو فريد من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما ولا
تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة ، وذلك لتفرده وتميزه في
خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند
التشخيص والعلاج أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس
الأخرى تبعاً لجوانب السلوك .

إن المدرسة الانتقائية في العلاج تفرعت عنها عدة أساليب علاجية محددة تنادي على المستوى التطبيقي إلى ضرورة انتقاء التقنيات العلاجية من مختلف هذه المدارس من أجل تقديم علاجات شاملة للمرض وبالتالي علاج جميع أبعاد شخصية المريض (نفسية، اجتماعية، بيولوجية... الخ) ، ولهذا سميت بالأساليب الإنتقالية متعددة الأبعاد في العلاج النفسي، من مثل الأسلوب الذي أسسه "أرنولد لازاروس " المعروف بـ "BASIC – ID"، حيث أنه في عام 1997 نشر لازاروس كتاباً عن علاج النفسي المتعددة الأساليب بعنوان "العلاج النفسي الشامل لتحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر " والعنوان الأصلي : The practice of multimodal therapy

في أواخر الخمسينيات اشتهر لازاروس بنشأة العلاج السلوكي في مدرسة "ولي" بجنوب إفريقيا، وقد رأى أن هذه المقاربة لا تركز إلا على السلوك الأحادي الأنموذج من دون النظر إلى الجوانب الإنسان الأخرى، وخلال الستينيات حاول التوسيع في هذا النوع من العلاج والدمج في تطبيقاته العيادية بعلاج مدمن على الكحول من منظور سماه "متعدد الأبعاد 1965 ومع مصاب برهان الساح بالعلاج "السلوكي وما بعده" والتي تتجاوز الإطار الكلاسيكي للعلاج السلوكي ، وبعد خمس سنوات طور علاجه ودونه بالمشاركة مع متعاونين في كتاب معنون بـ "العلاج السلوكي متعدد الوسائط " وهذه الوسائل أو الأبعاد تتخلص في الصيغة BASIC – ID والتي تعني (B): السلوك /Behavior :A :العاطفة /Affect :S :الإحساس /sensation :I :الصور والتخيلات /Image /البنية المعرفية /cognition :I :العلاقات البنيشخصية :D /Interpersonnel :الأدوية والجانب البيولوجي (Drugs). (شادلي، 2011 ص 65 بتصرف).

طور عبد الستار إبراهيم 2008 استشاري الصحة النفسية والأستاذ بالجامعة الأمريكية وعضو جمعية علم النفس الأمريكية هذا الأنموذج الحديث من العلاج السلوكي وبرز ذلك جليا من خلال ممارساته وكتبه خاصة كتاب "الاكتئاب" وكتاب

"العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث" ودعا في ضوء العلاج السلوكي المتعدد المحاور إلى مزيد من الاحترافية والفعالية لهذا العلاج على أن يتولاه فريق من المعالجين حيث يقول: (ولما كان من الصعب أن يتقن المعالج مهارات تعديل السلوك البشري في جوانبه فقد تنبأنا سنة 1980 بأن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين السلوكيين، فنجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريق آخر لتعديل التفكير وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية، وقد حدث هذا التطور بالفعل في الولايات المتحدة خاصة وبريطانيا، فتجد تحت عباءة العلاج السلوكي تخصصات في مختلف هذه المحاور). (عبد الستار ، 2008 ص181).

كذلك أولى الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والخصوصيات الثقافية وواكب به حركية علم النفس الإيجابي، وهو ما بدا جلياً في كتابيه "إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيد ومهارات الحياة الاجتماعية" (2011). وما وقف عليه الباحث من خلال دورة تدريبية خاصة به في مارس 2013 من تنظيم مركز إيجاب الدولية للاستشارات النفسية ونقابة المهن النفسية التخصصية بمصر تحت إشراف عبد الستار إبراهيم بعنوان: (العلاج السلوكي المعرفي منظور إيجابي متعدد المحاور في إطار عربي).

لقد دعم الباحث أنموذج عبد الستار إبراهيم العلاجي مع الاهتمام بالجانب الذي كان غائب في الخطط العلاجية السابقة ، ولم يأخذ حقه من العناية وهو الجانب الروحي.

4- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

إن أسلوب العلاج السلوكي المتعدد أثبت فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية حيث أن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينغستون ونيوجرسي حيث أن المدربون المقعدرون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من 700 حالة خلال خمس سنوات، اتضح من هذه

الإحصائيات أن نسبة النجاح بحدود 70- 80 % للحالات التي لم تنفع فيها المعالجات النفسية الكلاسيكية السابقة، إن هذه الإحصائيات هي التي تبرز نجاعة هذا النوع من العلاج وتفوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى (لازاروس، 2002، ص44).

كذلك (مراعاته لخصائص الإطار الاجتماعي – النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي و يتدعم، بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر، إن الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المتعدد المحاور يؤدي إلى فوائد متعددة في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك تحديد المشكلة المحورية موضوع العلاج واختيار الفنيات العلاجية الملائمة وأهداف العلاج ومساره)(عبد الستار، 2011، ص151).

يتميز العلاج المتعدد المحاور في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات هي:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج

- استخدام اساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب

- التحالف بين العقلانية والايجابية في التوجهات العلاجية

- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج

5-الايجابية والعلاج السلوكي المتعدد المحاور:

لقد ساير وضمن الباحث برنامجه للعلاج السلوكي المتعدد المحاور لفلسفة حديثة في علم النفس وهي فلسفة علم النفس الايجابي التي كانت بدايتها على يد مارتن سيلجمان M.Selgman عام 1998 التي ترى (أن علم النفس ليس علماً لدراسة المرض

والاستسلام والانهيار والانهازم النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمها، وأنه طريق ينبغي ألا ينحصر في إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل يجب أن يسبق الإصلاح والعلاج النفسي، الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبيّاً ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، لكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قوى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفأً في معظم سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف)(الصبوة، 2008ص 19).

إن الاهتمام والبحث في مفاهيم علم النفس الايجابي بات مطلباً إنسانياً ملحاً ، بحيثُ يبحث بين جنبات النفس وخبايها عن تلك الصفات الفاعلة والإيجابية التي تعضد من قيمة الإنسان، وتؤكد على إنسانيته وتضفي عليها عمق التسامي والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف .إنها تلك الخصائص الإيجابية التي تنفرد بها الشخصية الإنسانية التي بدأت تشخصها عيون هؤلاء العلماء الذين تخصصوا في مجال علم النفس الإيجابي، ذلك العلم الذي راح يفتش في الإنسان عن أجمل ما فيه وأنبل ما فيه من مشاعر وأحاسيس.

(يرى علماء النفس اليوم، أن الوقت قد حان لعلم يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما أسماه أرسطو"الحياة الطيبة Good life" فقررروا أن يولوا اهتمامهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والتوكيدية والمهارات الاجتماعية، والصلابة والشجاعة والتوافق والتسامح والحلول التفاوضية للصراعات، والمساندة الاجتماعية، وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي)(معمرية 2011ص 04).

إن البرنامج العلاجي المتعدد المحاور المقترح في هذه الدراسة سعى لاستغلال بعض مبادئ ومواضيع هذا العلم الحديث، ضيف إلى ذلك احتوائه لمصدر الإيجابية

الشاملة ألا وهو المحتوى الديني ليدعم ويعضد تبني واستغلال هذا التيار العلاجي الحديث .

6- أهداف العلاج السلوكي المعدد المحاور:

(إن هدف العلاج المتعدد الأوجه هو إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة عن طريق التعددية العلاجية)(لازاروس ، 2002، ص19 بتصرف).

يحدد الشناوي (1994) الأهداف فيما يلي:

- 1- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فعال.
- 2- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
- 3- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.
- 4- تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
- 5- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية .
- 6- تصحيح الأفكار الخاطئة .
- 7- إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .
- 8- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية.

يورد العزة عبد الهادي 1999 الأهداف: في البحث عن النمو ،كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الايجابية في الشخصية وأن نكافح من أجل تفوقها على السلبية في الإرشاد والعلاج والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص .

إن هذه التنمية تركز على خمس فرضيات هي:

- 1- إن تدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية.
- 2- يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد.

- 3- إن تغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها.
- 4- إن اللياقة النفسية تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية .
- 5- إن الفترات التدريبية النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص.

7- التشخيص العلاجي:

يعتقد عبد الستار إبراهيم 2011 أنه عندما يتقدم أي شخص لطلب العلاج النفسي عادة ما يأتي بعدد من الشكاوى تتضمن:

- 1- إما مشكلات انفعالية أو وجدانية كأن يَقدِّم شاكياً من القلق أو الاكتئاب، أو الاندفاع، أو أي مخاوف أخرى، أو ربما وساوس، وتأنيب نفس..
- 2- وقد يأتي أو تأتي شاكية من صعوبة الفكك من بعض مشكلات السلوك الاجتماعي أو الشخصي، مثل زيادة الوزن، الإفراط في التدخين، الكسل، صعوبة تنظيم الوقت، الميل للتسوية وتأجيل البت في الأمور المهمة من الحياة، أو فقدان الطاقة على العمل والتفاعل بالعالم الاجتماعي والأصدقاء.

كلا النوعين من الشكاوى له ما يبرره، ويحتاج بالفعل لخبير أو معالج نفسي من أجل إعانة الفرد على تحقيق الصحة النفسية. على أننا ننصح بان يُركز المُعالج دائماً على المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو اكتئاب حي وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي.

فالمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقيَّم المريض مُعالجته النفسي بمقدار ما يشعر به من تغير في حالته الانفعالية، ومن هنا تتحدد مهارة المعالج أن يصوغ مشاعر المريض وشكاواه معرفياً. ومن المهم أن نعرف طبيعة المعاناة الشخصية والاضطراب، هل هو قلق؟ أم إحساس بالاكتئاب؟ أم

انه شعور بالغیظ والغضب؟ أم حزن ورتاء ذاتي؟. إذا تعذر عليك أن تحدد هذا الشعور بالضبط أو صعب عليك أن تضعه في خانة تشخيصية اكتف بتحديد الأعراض المرتبطة بالشكوى، مثلاً صعوبة في النوم، ملل شديد، آلام عضوية، شعور بالذنب، انفجارات انفعالية لا تستطيع التحكم فيها، خمول شديد، شعور بالاكتئاب والتقليل من قيمة الذات والفشل، الغضب الشديد..

نحدد كذلك جوانب السلوك والنشاط (أو عدم النشاط) التي تملك المفحوص، هل يُعاني مثلاً مشكلات النوم، أو زادت أحلامه المزعجة، هل يجد نفسه عاجزاً عن التركيز... باختصار تحري بدقة كل الشكاوى بما فيها:

- المشاعر التي تسيطر عليه، والحالة المزاجية (اكتئاب، ملل، تقلب انفعالي..)
- أنواع التدهور في العلاقات الاجتماعية (صراعات، مجادلات، شكاوى..)
- والنواحي السلوكية غير المرغوب فيها التي تسيطر عليه (العدوان أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد وتفكير في الاستقالة، أو التوقف عن إكمال العمل الإبداعي الذي بدأته..)(2011 ص 89)

قائمة المراجع:

- 1- الشربيني، لطفي عبد العزيز (2012): الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية، عدد 23
- 2- الشربيني، زكريا وآخرون (2002): السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي وأسس علم النفس المعاصر، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة
- 3- عسكر، عبد الله (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، المطبعة الأنجلومصرية
- 4- عبد الستار، إبراهيم وعسكر، عبد الله، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط3، 2005
- 5- الصنيع، صالح إبراهيم (2000): التدين والصحة النفسية، الإدارة العامة للثقافة والنشر، الرياض
- 6- رشاد علي عبد العزيز موسى (1998): دراسات في علم النفس المرضي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط02
- 7- آسيا، علي بركات (2000): العلاقة بين معاملة الوالدين والاكتئاب لدى بعض المراهقين الراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، جامعة أم القرى، مذكرة غير منشورة
- 8- عكاشة، أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط3
- 9- ياسين، عطوف محمود (1988): أسس الطب النفسي الحديث، بيروت، منشورات ميسون الثقافية، ط1
- 10- العيسوي، عبد الرحمان (1990): الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت.
- 11- عبد الستار، إبراهيم (1998): الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، مطابع الرسالة، الكويت، ط3

- 12- عبد الستار، إبراهيم، و رضوى إبراهيم(2003): علم النفس أسسه ومعالجه، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط1
- 13- عبد الستار، إبراهيم (2008): إنه من حقه يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية، دار الكاتب، مصر
- 14- عبد الستار، إبراهيم (2008ب): الاكتئاب والكر، فهمه وأساليب علاجه، دار الكاتب، مصر، ط02
- 15- عبد الستار، إبراهيم (2009): السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحياة، دار العلوم للنشر، القاهرة، ط02
- 16- عبد الستار، إبراهيم، وآخرون (2009ب): العلاج السلوكي للطفل والمراهق، الهيئة المصرية العامة للكاتب، مصر، ط02
- 17- عبد الستار، إبراهيم (2011): عين العقل: دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الايجابي، المكتبة الأنجلومصرية، مصر، ط01
- 18- عزيزة، عنو(2006): مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم و الأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
- 19- زهران، حامد عبد السلام(1977): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، القاهرة، ط2
- 20- رولان دورون، فرانسوا زبارو، ترجمة فؤاد شاهينز، موسوعة علم النفس، ج1، منشورات عويدات، ط1، 1997
- 21- خاطر، عبد الله (1992): الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة، المنتدى الإسلامي، الرياض
- 22- زعطوط، رمضان(2003): الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين، مذكرة غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر.

23-Beck, A.T. (1967). **Depression, Clinical, Experimental, and theoretical aspects**, New York: Harper Collins.

24-Beck, A.T. (1976) **Cognitive therapy and emotional disorders**. New York: International universities press .

25-Beck, A. (1997): **Cognitive therapies Essential papers psychoanalysis**, New York: U.S.A university press

26-Ellis, A. (1998) The Albert Ellis reader; **A guide to well-being using rational emotive behavior therapy**. edited by Albert Ellis and Shawn Blau . Syracuse, N.J ; Carol Publishing Group.

27-Kach, Farid (1996); **Psychiatrie et psychologie medical enterprise national du liver**, Alger

28-Beck, A. (1967) **The Diagnosis and Management of Depression**. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.