

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

الرقم التسلسلي:

التظاهرات الاكتئابية للمراهقات المتعرضات

للتحرش الجنسي

(حالتان مدينة تبسة وباتنة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الدكتور :

- عبد الحفيظ جدو

إعداد الطلبة :

- آية عواوي

- صباح عراد

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة
معوشة عبد الحفيظ.	استاذ	رئيسا
جدو عبد الحفيظ	استاذ محاضر -أ-	مشرفا ومقررا
بوزغاية نهاد	استاذ محاضر -ب-	مناقشا



شكر وتقدير

الحمد والشكر لله الحي القيوم أولا وأخيرا وامثالاً لقوله

صلى الله عليه وسلم:

" من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

نتوجه بجزيل الشكر وجميل العرفان للأستاذ " جدو عبد

الحفيظ " الذي تكرم بقبول الإشراف على هذه

المذكرة وعلى جميع التوجيهات والملاحظات والنصائح.

كما لا يفوتنا ان نتقدم بوافر التقدير والشكر لكل

أساتذة كلية علوم اجتماعية خصوصا قسم علم النفس

وفي الأخير نشكر كل من قدم لنا يد العون

والمساعدة من قريب أو من بعيد ونسأل الله عز وجل

أن يجعل ذلك في ميزان حسناته





اهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات ,الذي وفقني وامنانني في مشواري العلمي والعملية فلولاه لما وصلت الى هذه اللحظة. اساله سبحانه ان يجعل هذا النجاح بداية خير لمستقبل مليء بالعطاء.

الى من غرست في بذور الطموح وسقني بحبها و دعواتها, الى من كانت دعواتها سر نجاحي,امي الحبيبة, تاج راسي و نور حياتي,حفظك الله و اطال عمرك.

الى من علمني معنى القوة والصبر,الى سدي في هذه الحياة ,ابي العزيز,شكرا لك على كل شيء,فبدون دعمك وتشجيعك لما وصلت الى هذا اليوم.

الى زودي الغالي, رفيق دربي وشريك احلامي,شكرا لوجودك بجانبني, لدعمك الذي لم ينقطع ,ولايمانك بقدراتي حتى في لحظات شدي.

الى نجمتي المضيئة, ابنتي الحبيبة تالين ميلينا,وجودك اضفى على حياتي معنى جديدا,وكل نجاح احققه هو لك ومن اجلك. لتكوني فخورة بي.

الى اعز الناس على قلبي,اخواتي الحبيبات مروي,سجدة,روية, واخي الوحيد محمد جود,كنتم دائما العائلة التي اجد فيها الحب و القوة فشكرا لكم جميعا.

الى شريكتي في هذه الرحلة الالحادية,صديقتي صباح,لقد كنا معا في كل التحديات,ها نحن اليوم نقطع ثمرة اجتهادنا,فهنينا لنا هذا النجاح.

الى روح عمتي الغالية سامية, رحمك الله واسكنك فسيح جناته,كنت دائما مصدر حب و دعم و ذكراك ستظل حية في قلبي. هذا النجاح اهديه لك.

الى جدي و جدتي,رمز الحكمة و الطيبة,شكرا لكما على كل القيم و المبادئ التي غرستماها في,والدعوات الصادقة التي ترافقتي دائما.

الى ام وابي زوجي,شكرا لكم على دعمكم و محبتكم التي كانت لي سندا في مشواري ,حفظكم الله و رباكم.

اية





إهداء

إلى من كان سندي في رحلة هذا المشوار،
إلى شريك دربي، الداعم الأول، الزوج مراد لغرور، شكراً لك من القلب على ما قدمته لي من دعم
وتفهم وتحفيز.

إلى نور عيني، حائلتي الصغيرة: أبنائي الأحباء عبد الرؤوف، أسامة، وساجد، وأنت يا زهرة البيت
نورسين، أدامكم الله لي زينة وفرحاً في حياتي.
ولا أنسى الجدة، بركة البيت، التي أضاءت حياتنا بدعواتها، كما أوجه التحية والمحبّة إلى أبنائها وبناتها.

إلى من حرصا فينا القيم، وسهرا على تربيتنا وتعليمنا،
أهدي هذا العمل إلى والديّ أبي وأمي، أطال الله في عمريهما، وإلى إخوتي الأحبّة عبد الحليم، عبد
الحفيظ، عبد الباسط، محمد الشريف،
وإلى أختاي سميحة ودليلة، أنتم جميعاً مصدر فخر واعتزاز.

وإلى الكتاكيت الصغار ياسمين، جمانة، وينيس، دمتن وروداً تنثر الفرحة في قلوبنا.
وإلى عائلة أولادي، عائلة لغرور الكريمة، أفتخر بانتماء أبنائي إلى عائلة الشهداء، وعلى رأسهم الشهيد
لغرور عباس، رحمهم الله وجعل مثوانهم الجنة.

كما لا أنسى كل من كان له يد في دعمي خلال هذه الرحلة،
وإلى زميلتي آية، شكراً لك على المشاركة الفعالة والمرافقة الطيبة التي جعلت هذا العمل يرى النور.

أهدي هذا العمل أيضاً إلى زملائي وزميلاتي في دفعة ماستر علم النفس العيادي، متمنيةً لكم النجاح
والتوفيق في مسيرتكم المهنية والعلمية.

وفي الختام، أخصّ بالإهداء أستاذي الفاضل الأستاذ جدو، مشرفه هذا العمل، جزيل الشكر والتقدير له
على دعمه، وتوجيهاته الثمينة، ومجهوداته الكبيرة التي كان لها الأثر البالغ في إخراج هذا العمل إلى
أرض الواقع.



مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية التظاهرات الاكتئابية لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي الى التعرف على أعراض الاكتئاب لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي ، طرحت الباحثتان السؤال التالي: هل تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية؟

و للإجابة عن هذا السؤال اقترحت الباحثتان الفرضيتين التاليتين:

1. تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من مراودة أفكار انتحارية.

2. تعاني الفتاة المتعرضة من الانسحاب الاجتماعي.

ومن أجل التحقق من صحة الفرضيات ، استخدمت الباحثتان منهج دراسة الحالة على حالتين الاولى في ولاية تبسة و الحالة الثانية في ولاية باتنة بالاستعانة بادوات منهج دراسة الحالة ،الملاحظة العلمية والمقابلة نصف الموجهة، وتحليل المحتوى بالإضافة إلى مقياس بيك للاكتئاب 1961. وفي الأخير توصلت الباحثتان إلى النتائج التالية و التي تحقق الفرضيات:

1. تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية.

2. تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من مراودة أفكار انتحارية.

3. تعاني الفتاة المتعرضة من الانسحاب الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: المراهقة، التحرش الجنسي، الاكتئاب.

Study Summary

The aim of the current study is to identify the depressive manifestations in adolescent girls who have been exposed to sexual harassment. The researcher posed the following main question: Do adolescent girls who have been exposed to sexual harassment show depressive manifestations?

To answer this question, the researcher proposed the following two hypotheses:

1. Adolescent girls exposed to sexual harassment experience recurring suicidal thoughts.
2. Adolescent girls exposed to sexual harassment suffer from social withdrawal.

To test these hypotheses, the researchers used a case study approach on two cases in the provinces of Tébessa and El Tarf in the state of Annaba. The method combined tools from the clinical case study, scientific observation, semi-directed interviews, content analysis, and the Beck Depression Inventory (1961). The results confirmed the hypotheses proposed by the researchers, which are:

1. Adolescent girls exposed to sexual harassment show suicidal thoughts.
2. Adolescent girls exposed to sexual harassment suffer from depressive symptoms.
3. Adolescent girls exposed to sexual harassment show social withdrawal.

Keywords : adolescence, sexual, harassment, depression

فهرس المحتويات

أ..... شكر وتقدير

ب..... اهداء

ج..... اهداء

د..... فهرس العناوين

ه..... فهرس الجداول

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- مقدمة إشكالية 01

2- دوافع اختيار الموضوع..... 03

3- اهمية الدراسة..... 03

4-اهداف الدراسة..... 03

5- التعريف الاجرائي..... 03

6-الدراسات السابقة والتعقيب عليها..... 04

7-فرضيات الدراسة..... 06

الإطار النظري

الفصل الثاني: الاكتئاب

9..... تمهيد

1_تعريف الاكتئاب..... 10

2_اعراض الاكتئاب..... 11

3_انواع الاكتئاب..... 12

4_تشخيص الاكتئاب..... 13

5_أسباب الاكتئاب.....15

6_ النظريات المفسرة الاكتئاب.....18

7_علاج الاكتئاب.....22

8_مقاييس الاكتئاب.....26

.....خلاصة27

الفصل الثالث: التحرش الجنسي

.....تمهيد29

.....أولاً: التحرش الجنسي30

1_ مفهوم التحرش الجنسي.....30

2_أشكال التحرش الجنسي.....31

3_أسباب التحرش الجنسي.....32

4_ نظريات التحرش الجنسي.....34

5_ بروفيل ضحية التحرش الجنسي 36

..... خلاصة38

الإطار الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

.....تمهيد41

.....منهج الدراسة42

1_الدراسة الاستطلاعية.....42

2-الدراسة الأساسية.....44

2_1_ المنهج المتبع في الدراسة.....44

2-2-الإطار المكاني والزمني.....45

2-3- حالات الدراسة.....45

2-4- أدوات الدراسة.....45

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتحليل النتائج

1- عرض المقابلة مع الحالة 1.....50

2- عرض المقابلة مع الحالة 2 62

3- تحليل النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات.....76

3-1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العامة.....76

4- الاستنتاج العام.....80

5- خاتمة 81

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	مخنوان الجدول	الصفحة
01	تكرارات ونسب الفئات الرئيسية لمقابلة الحالة	57
02	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" للحالة	57
03	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الأعراض الاكتئابية" للحالة	58
04	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الانسحاب الاجتماعي" للحالة	59
05	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" للحالة	60
06	تكرارات ونسب الفئات الرئيسية لمقابلة الحالة	70
07	تكرار نسب الفئات الفرعية لفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" للحالة	71
08	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الأعراض الاكتئابية" للحالة	72
09	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة السوء" للحالة	73
10	تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" للحالة	74

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1-مقدمة اشكالية

2-دوافع اختيار الموضوع

3-اهمية الدراسة

4-اهداف الدراسة

5-التعريف الاجرائي

6-الدراسات السابقة والتعقيب عليها

7-فرضيات الدراسة

1-مقدمة اشكالية:

تشكل فترة المراهقة منعطف جوهريا في مسيرة حياة الإنسان بل رآها البعض مرحلة محورية ويعزى هذا التصور الذي يميز هذه المرحلة والذي يفتح أفقا واسعة للتعبير عن الذات من خلال الكتابات و الآراء المتنوعة ولعل السبب الرئيسي وراء هذا التنوع يكمن في التحولات المتلاحقة التي تطرأ على مسار نمو المراهق وما يصاحبها من تغيرات متعددة الجوانب تفرض عليه تحديات جمة .بدءا من المتطلبات الإنمائية المصاحبة للبلوغ وصولا إلى التحديات النفسية والاجتماعية التي تتطلب منه التكيف وبناء علاقات جديدة واستكشاف دوره في المجتمع هذه التغيرات تجعل المراهقة فترة حاسمة في تشكيل مستقبل الفرد.

ويعرفها الدكتور عبد الرحمن العيسوي في كتابه علم نفس النمو والمراهقة 1978 بأنها مرحلة النمو التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي باكتمال النضج الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي .وتتميز بتغيرات سريعة وشاملة في مختلف جوانب الشخصية .وفي سياق مماثل تعرف المراهقة بأنها الفترة التي تلي مرحلة الطفولة وتمتد بين البلوغ الجنسي وسن الرشد حيث يجتاز الفرد فتي وفئة خلالها تغيرات أساسية واضطرابات شديدة في جميع جوانب نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي (محمود،1981،ص.15).

وفي خضم هذه التغيرات تبرز المميزات النوعية لدى الجنسين فالأنثى تبدأ ملامح أنوثتها في الظهور أكثر وضوحا بالمقارنة مع المراحل السابقة وكذا الامر بالنسبة للذكر كما يبدأ الميل الجنسي في التحدد خلال المرحلة وأمام غياب الرقابة وضعف الضوابط قد تكون الأنثى ضحية منتهكة من طرف الجنس الآخر وقد تتعرض للتحرش (ظاهر،2020،ص.5).

هذه الظاهرة التي تعد من بين المشكلات السلوكية الخطيرة والمسكوت عنها داخل المجتمع والتي بدأت تتزايد في السنوات الاخيرة فالتحرش يمكن ان يحدث في كل الأماكن كالمدارس وأماكن العمل والأسواق والشوارع ووسائل النقل وحتى خلف جدران بيت المتحرش بها . وقد عرفته فاطمة خفاجي بأنه سلوك غير مرغوب فيه يتم دون موافقة الضحية ويشمل اللمس أو الاتصال الجسدي أو طلب خدمة جنسية أو تعليقاً شفهيا جنسيا أو عرض صور جنسية أو أي تصرف آخر شفهي أو غر شفهي غير مرغوب فيه ويحمل طبيعة جنسية(الشبل،2021،ص.118) .

ولقد أولت الدراسات الحديثة اهتماما خاصا بقضية التحرش الجنسي منها الدراسة التي قامت بها رحمة الشبل 2021 حول أسباب التحرش الجنسي وما يخلفه من انعكاسات سلبية على الضحية من خلال الاعتماد على استبيان الكتروني وقد شملت 120 رجلا وامرأة أعمارهم من 17 إلى 60 سنة أثبتت نسب الإجابات في الجداول الآثار الخطيرة على نفسية المرأة التي يسببها التحرش الجنسي كالبُرد الجنسي والعزوف عن الزواج والنفور لتجاوز هذه الآثار لتمس أسرتها وهو ما يخلف اما تباعد بين افراد الاسرة وينعكس سلبا على الضحية احيانا يؤدي إلى بروز مشاكل كالإكتئاب و الانتحار (الشبل).

وفي سياق ذي صلة هدفت دراسة لهبة عبد العزيز 2008 إلى استقصاء مشكلة التحرش الجنسي لدى المرأة وتحديد إشكالاتها وأسبابها والآثار المترتبة عليها وقد شملت عينة الدراسة 62 امرأة وفئة من مختلف الفئات العمرية والاجتماعية والثقافية وتوصلت الدراسة إلى ان 72% من العينة تعرضن للتحرش الجنسي سواءا كان تحرش لفظي أو باللمس أو عن طريق النظرات ومن أسبابه مظهر الفتاة الملفت للأنظار أو الاختلاط الزائد كما توصلت الدراسات إلى ان هناك اضطرابات تعاني منها الطالبات المتحرش بهن منها انخفاض المستوى الأداء وقلة الثقة في النفس وغير ذلك.

كما اثبتت دراسة محمود الديب 2003 العنف ضد المرأة وهدفت إلى التعرف على أشكال العنف ضد المرأة واستقصاء مدى انتشاره وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الفتيات والنساء المتزوجات بمحافظة سوهاج وأسيوط وتراوح أعمارهن ما بين (15 إلى 60 سنة)وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ان المضايقات التي تحدث في الشارع تأخذ صورة لفظية وأكثر فئة تعرضت لهذه المضايقات والمعاكسات الفتيات في المرحلة العمرية من (15الى 19 سنة) .

وفي خضم هذه التجارب المؤلمة تعاني الضحايا من اضطرابات نفسية وعاطفية متعددة فقد أشارت الجمعية العامة الأمريكية للأطباء النفسيين (2013) الدليل الاحصائية (American Psychiatrique Association, 2013) الأمريكية للأطباء النفسيين والدليل الاحصائي dsm5 للاضطرابات النفسية ان التعرض لأي اعتداء جنسي أو تحرش يمكن ان يؤدي إلى مجموعة واسعة من اضطرابات بما في ذلك في اضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات القلق واضطرابات المزاج وتتسم هذه الاضطرابات بأعراض مثل الأفكار الصادمة حول الحادثة وتغيرات سلبية في المزاج والإدراك وزيادة الاستثارة .

اذ يعد الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا كنتيجة للتحرش الجنسي ويوضح الدليل dsm5 ان الاكتئاب يتميز بمجموعة من الأعراض المستمرة.

على الأقل تشمل فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة وتقلبات المزاج الحزينة وتغيرات في الأكل وفقدان للشهية والشعور بالذنب وعدم القيمة وصعوبة التركيز واتخاذ القرارات والتفكير في الموت أو الانتحار وغالبا ما يتفاقم الامر عند ضحايا التحرش بسبب الشعور بالعار والعزلة ونقص الدعم الاجتماعي.

هذا ما أكدته الدراسة الميدانية الهامة للباحث جدو2014 واسبق ذكره حول التأثير النفسي العميق للتحرش الجنسي على المراهقات حيث أظهرت نتائج الدراسة ان30.7% من العينة المدروسة تعاني من مستويات عالية من الاكتئاب كما وجدت الدراسة أن 19.4 بالمائة من المراهقات تعرضن لصدمة شديدة نتيجة التحرش وهذا ما يؤكد ان هذه التجربة تترك نفسية مستدامة تؤثر على الصحة العقلية والعاطفية للفتيات كما اوضحت ان 12 بالمائة من الفتيات يعانين من عدم القدرة على التكيف العاطفي وهو ما يتجلى في الصعوبات التي يواجهها في التعامل مع مشاعرهن واستعادة توازنهن النفسي وهذا يدعم فكرة ان التحرش الجنسي خلال فترة المراهقة يشكل عامل خطر رئيسي في نشوء اضطرابات الاكتئاب .

ومن هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية بهدف التعرف على ظاهرة الاكتئاب لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي باعتبارها أحد اهم مشاكل العصر لهذا طرحت الباحثتان السؤال التالي هل تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئاب؟

2-دوافع اختيار الموضوع:

أ- الذاتية:

- ❖ وجود حالة قريبة مشابهة تعرضت للتحرش الجنسي.
- ❖ الرغبة الشخصية في دراسة موضوع اكتئاب المراهقات المتعرضات للتحرش.

ب- موضوعية:

- ❖ ندرة الدراسات المتخصصة في العلاقة بين التحرش الجنسي و الاكتئاب لدى المراهقات .
- ❖ أهمية الموضوع في السياق المجتمعي والنفسي نظرا لتزايد حالات التحرش الجنسي خصوصا في مرحلة المراهقة.

3-أهمية الدراسة:

أ-نظريا:

- ❖ محاولة اعطاء برنامج نفسي ارشادي نظري موجه للفتيات المتعرضة للتحرش الجنسي.
- ❖ محاولة تقديم معلومات نفسية الى الفتيات التي يعانين من التحرش الجنسي، لتقليل والتخفيف من حالة الاكتئاب.

ب-تطبيقيا:

- ❖ تساعد نتائج الدراسة في كشف الاعراض لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي مما يساهم في تقديم الدعم النفسي و العلاج المناسب.
- ❖ نشر التوعية حول اثار التحرش الجنسي ،يقلل من الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالصحة النفسية .

4-اهداف الدراسة:

- ❖ التعرف على التظاهرات الإكتئابية لدى المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي.
- ❖ التعرف على الافكار الانتحارية لدى المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي.
- ❖ التعرف على الانسحاب الاجتماعي لدى المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي.

5- التعريف الاجرائي:

التظاهرات الاكتئابية: هي الدرجة التي تحصلت عليها المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من خلال مقياس بيك للاكتئاب 1961.

الفتاة المراهقة المتعرضة لتحرش الجنسي: هو تعرض الفتاة المراهقة لمضايقات جسدية او لفظية من قبل شخص راشد تتراوح هذه المضايقات بين تحسس جسدي بسيط واستخدام الفاظ فاحشة أو التعرض للتحرش في المواقع الاباحية وقد تصل الى الاعتداء الجنسي الكامل.

6-الدراسات السابقة:

1. دراسة مروى عبد اللطيف (2023):

الهدف: التحقق من فاعلية برنامج البودكاست للتوعية بمخاطر التحرش الجنسي وتزويد الفتيات بالمهارات النفسية والاجتماعية لمواجهة.

المنهج: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، حيث طُبّق البرنامج على عينة مكونة من 25 مراهقة.

النتائج: أظهرت النتائج فاعلية البرنامج في تحسين الوعي والمعالجة النفسية للتحرش الجنسي (سلوكياً وانفعالياً)، ووجود فروق دالة لصالح التطبيق الكلي للبرنامج.

2. دراسة رحمة الشبل (2021):

الهدف: تسليط الضوء على مشكلة التحرش الجنسي وآثاره النفسية والاجتماعية على الضحايا.

المنهج: منهج وصفي تحليلي اعتماداً على تحليل الواقع والدراسات السابقة.

النتائج: التحرش يسبب آثاراً نفسية عميقة مثل الاكتئاب، القلق، الشعور بالذنب، والعزلة، مع دعوة لتكثيف التوعية بحقوق الإنسان.

3. دراسة الكشف عن تقدير الذات (2020):

الهدف: دراسة العلاقة بين التحرش الجنسي وتقدير الذات عند الفتيات.

المنهج: استخدمت استبيانات مطبقة على عينة من 300 طالبة تتراوح أعمارهن بين 18 و 20 سنة.

النتائج: وُجدت علاقة دالة إحصائياً بين التحرش وتدني تقدير الذات بجوانبه (النفسي، الجسدي، الأكاديمي، والاجتماعي)، عند مستوى 0.01.

4. دراسة مؤسسة "تشايلد" الخيرية (2017):

الهدف: رصد مدى انتشار التحرش الجنسي بين الفتيات المراهقات.

المنهج: دراسة ميدانية شملت 1559 فتاة تتراوح أعمارهن بين 13 و 17 سنة.

النتائج: حوالي 31% من الفتيات تعرضن لتحرش جنسي، 11% داخل المدرسة، و 10% أبلغن عن الاعتداء.

5. دراسة الدكتور جدو عبد الحفيظ (2014):

الهدف: دراسة العلاقة بين التحرش الجنسي والتظاهرات الاكتئابية عند المراهقات.

المنهج: استخدم الباحث المنهج الإحصائي من خلال استبيانات مطبقة على فتيات مراهقات من 14 إلى 20 سنة.

النتائج: أظهرت الدراسة أن 30.7% من الفتيات اللواتي تعرضن للتحرش الجنسي يعانين من أعراض اكتئابية، وأكدت على ضرورة تقديم دعم نفسي واجتماعي للمصابات.

6-دراسة هبة عبد العزيز (2008):

الهدف: تحليل أشكال وأسباب وآثار التحرش الجنسي على النساء.

المنهج: 100 امرأة (فئات عمرية واجتماعية متنوعة) عبر استبيانات ومقابلات.

النتائج: 50% تعرّضن للتحرش (لفظي/لمسي/نظرات)، مع آثار مثل انخفاض الثقة والأداء.

7-دراسة جي (2002):

الهدف: تقييم فعالية العلاج النفسي (تحليلي/سلوكي) لضحايا الإساءة الجنسية.

المنهج: 71 طفلاً/مراهقاً (6-14 سنة) باستخدام منهج عيادي.

النتائج: تحسّن في القلق والتفاعل الاجتماعي بعد العلاج.

8-دراسة نشأ نتائج (1995):

الهدف: دراسة الآثار النفسية والاجتماعية للتحرش الجنسي.

المنهج: 50 حالة عبر استبيانات ومقابلات.

النتائج: اكتئاب، عزلة، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية.

-التعقيب على الدراسات السابقة:

تقدم الدراسات المذكورة تحليلاتٍ متباينةً لظاهرة التحرش الجنسي، حيث تُبرز **دراسة مروى عبد اللطيف (2023)** أهمية الأدوات الرقمية (كالبيوكداس) في تصميم برامج تدخليّة، رغم محدودية تعميم نتائجها بسبب صغر حجم العينة (25 مراهقة). أما **دراسة رحمة الشبل (2021)**، فتعتمد على منهج وصفي تحليلي يُسهم في رصد الواقع الاجتماعي للظاهرة، لكنها تقتصر على الجانب النظري دون اقتراح آليات تطبيقية. من ناحية أخرى، تُظهر **دراسة تقدير الذات (2020)** قوةً إحصائيةً لارتباط التحرش بتدني تقدير الذات عبر عينة كبيرة (300 طالبة)، إلا أن غياب التحليل النوعي للسياقات النفسية يترك مجالاً لاستكشاف أعمق. وفي إطار جمع البيانات الميدانية، تُقدّم **دراسة مؤسسة تشيدلنت الخيرية (2017)** أرقاماً ذات قيمة انتشارية، بينما تتناول **دراسة جدو عبد الحفيظ (2014)** العلاقة بين التحرش والتعبيرات الاكتئابية في الكتابات، دون توسيع نطاق البحث ليشمل أبعاداً وقائية.

يُظهر هذا التنوع المنهجي ثراءً في مقارنة الظاهرة من زوايا متعددة، لكنه يفتح الباب أمام بحوث مستقبلية لتعزيز التكامل بين المنهجيات الكمية والنوعية، وتوسيع نطاق العينات لضمان تمثيل أوسع للفئات العمرية والثقافية، وربط النتائج ببرامج تدخلية تجمع بين التوعية الرقمية والدعم النفسي. كما يُوصى بدراسة تأثير العوامل المؤسسية (كالسياسات التشريعية) في تشكيل استجابات المجتمع، مع تعميق التحليل النوعي لفهم الآليات الخفية التي تربط بين التجربة الفردية والتداعيات الاجتماعية.

7-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية.

الفرضيات الفرعية:

- تعاني الفتاة المراهقة من مراودة افكار انتحارية.
- تعاني الفتاة المراهقة من الانسحاب الاجتماعي.

الإطار النظري

الفصل الثاني

الاكتئاب

تمهيد

1_تعريف الاكتئاب

2_اعراض الاكتئاب

3_انواع الاكتئاب

4_تشخيص الاكتئاب

5_اسباب الاكتئاب

6_النظريات المفسرة للاكتئاب

7_علاج الاكتئاب

8_مقاييس الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وفي أخف حالاته فإن الاكتئاب يتسبب في تعكر المزاج وهبوط المعنويات مما يصعب من القيام بأمور الحياة الطبيعية أما في أشد حالاته فإن الضرر النفسي للاكتئاب يؤثر على الوظائف الحيوية وقد يهدد الحياة ويتسبب ذلك في قدر كبير من المعاناة ونظراً لأهمية هذا الفصل خصصنا له فصل تناولنا فيه:

تعريف الاكتئاب واعراضه بالإضافة الى انواعه كما تطرقنا الى التشخيص وماهي أسباب هذا الاضطراب بالإضافة الى النظريات التي فسرت هذا الاضطراب لنتتهي بالعلاج .

1_تعريف الاكتئاب:

تعريف الطب السايكيتري :

عرف الاكتئاب في الطب العقلي على بأنه حالات مرضية ترتكز أساساً على نوعين من الافتراض من جهة حدوث تغيير في المزاج المتمثل في التشاؤم، الشعور بعدم القدرة ، الاحتقار وتأنيب الذات ومن جهة أخرى نجد تباطؤ في النشاط العام في السلوكات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية. (بطرس حافظ، 2008، ص.309)

يستخدم مصطلح الاكتئاب للحديث عن الشعور باليأس واليأس وللإشارة إلى اضطراب عقلي. يمكن لأي شخص أن يشعر بالكآبة أو الإحباط أو الحزن. يحدث هذا غالباً بعد خيبة الأمل، أو فقدان أحد أفراد أسرته، أو حدث صادم آخر. وهذا رد فعل طبيعي وهذا الشعور يختفي بشكل عام بسرعة إلى حد ما. (Bartha, 2014, p8)

ويعرف غريب عبد الفتاح الاكتئاب على أنه " خبرة وجدانية ذاتية تبدي في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل والرغبة في نداء الذات والترد

والإرهاق وفقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي ومشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم القدرة على بذل أي جهد (حنور، 2019، ص.8).

ويعرف الاكتئاب في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض النفسية التابع للجمعية (DSM-5) American (APA)، بأنه "مزاج، Psychiatrique Association, 2013 الأمريكية للطب النفسي مكتتب بشكل مزمن ومستمر خلال دورة الحياة اليومية، ويستمر لمدة عامين على الأقل، كما يشترط وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال فترات المزاج المكتتب، وهي فقدان أو زيادة الشهية، وأرق أو زيادة في النوم، وهبوط في الطاقة، وانخفاض تقدير الذات، وضعف التركيز، وصعوبة في اتخاذ القرارات والشعور باليأس أو فقدان الأمل، وعدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي والرغبة المتكررة في التخلص من الحياة

ويرى Beck1991 أن الاكتئاب عبارة عن " اضطراب في المزاج أكثر من أي شيء آخر ينتج عن أنماط تفكير خاطئ، ويرى أنه ناتج عن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للأحداث، واعتقاداته، ورؤيته السلبية للذات والعالم وللمستقبل " أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستشارة الاكتئاب وهي:

◆ المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.

◆ المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروفًا ومواقف لا قدرة للفرد على حلها.

◆ المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني والمرض (الغفيلي، 2022، ص.457)

ويعرف بيك الاكتئاب على أنه " نتاج استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط، مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم، وعن المستقبل والتركيز الإنتباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير أما المعهد الأمريكي للصحة العقلية فيعرف الاكتئاب بأنه عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص، وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي (بلحسني، 2019، ص.149)

هو نشاط عقلي يميز الأفراد ذو التنظيمية السيكوسوماتية، يظهر من خلال غياب الأعراض الايجابية للاكتئاب الكلاسيكي، يتميز بظهور القلق العائم المنتشر، والتفكير العملي، مع غياب أو محدودة للهوام، مضافا إليه حياة حلمية فقيرة أو خاصة. (فاسي، 2011، ص. 69)

2_ أعراض الاكتئاب:

تعتبر الأعراض في الاكتئاب النفسي والعصبي والذهاني واحدة يمكن تصنيفها إلى :

2_1_ الأعراض النفسية :

وتعني بها الوظائف العقلية التي تتصف هيئها بالبطء وقلة الانتباه والسرхан وعدم القدرة على التركيز، وقد تتأثر الذاكرة ويتخلل لهذه الأعراض تردد واضح في اتخاذ القرار وارتباك في السلوك وذكر عبد الباقي (2002) ان الأعراض النفسية لمريض الاكتئاب فهي اليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقلبه مع عدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والانطواء والانسحاب والنظرة السوداء والاعتقاد ان لا امل في الشفاء، والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها اللامبالاة، والنقص في الميول والاهتمامات والدافعية بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز. (البوني، 2022، ص. 6)

كالأسى واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه وانحراف المزاج وتقلبه وعدم القدرة على ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة ، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال ، والأفكار السودانية ، وبطء وقلة الكلام ، وانخفاض الصوت والشعور بالذنب ، واتهام الذات والهلوس والضلالات وصعوبة التركيز والتردد .

2_2_ الأعراض العامة :

ومن أهمها نقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسوء التوافق الاجتماعي ، وعلى الرغم من اختلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الاكتئاب إلا أنها تتفق إن هناك علامات وأعراض شائعة للاكتئاب ، ويتم التشخيص الإكلينيكي وفقا لوجود بعضها بصفة خاصة حالة الحزن العميق والتعاسة البادية التي لا تتفق مع ظروف حياة المريض .

2_3_ الأعراض الجسمية :

كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق ، فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له او لرغبته في الموت ، نقصان الوزن والإمساك ، الصداع والتعب لأقل مجهود. الأم في الجسم خاصة في الظهر ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء، وتأخر زمن الرجوع ، توهم المرض والانشغال عن الصحة واضطراب النوم ، واضطراب الدورة الشهرية (بركات، 2000، ص. 32)

-الاضطرابات الهضمية: مثل نقص الشهية والغثيان والإمساك أو على العكس الإسهال مع فقدان الوزن. اضطراب وظيفة الكبد.

-اضطرابات الضغط و ضربات القلب بالزيادة أو النقصان: حسب حالة المكتئب إذا كانت هائجة أو ذاهلة مع آلام في الرأس.

-اضطرابات عصبية : إذ يظهر نقص في المنعكسات و المقوية العضلية أو نقص الإحساس.

-اضطرابات نفسية: مثل الإحساس بالضييق.

-اضطرابات النوم : على شكل أرق في الغالب يكون في نهاية الليل أي الاستيقاظ المبكر، مع عدم تناسق بين مراحل -النوم عند الملائغولي: بينما يكون على شكل زيادة أو نقص في النوم ، أو نوم متقطع غير مريح تتخلله أحلام مزعجة عند العصبي ترمين.

-اضطرابات النشاط الجنسي مع فقدان الرغبة مثل البرود أو العجز و قد يظهر اختفاء الطمث عند المرأة (تواقي،2012،ص.88).

3_أنواع الاكتئاب:

3_1_الاكتئاب الخفيف:

وهو أخف صور الاكتئاب ويبدو في شكل شعور بالإجهاد، وتبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة.

3_2_الاكتئاب البسيط:

وهو أبسط صور الاكتئاب الذي مازال فيه المعنيون يقومون إلى حد ما بواجباتهم اليومية، كالتدبير المنزلي والمهنة باذلين بذلك جهدا. ويكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد اختلال في الوظائف العقلية.

3_3_الاكتئاب الحاد السواد :

وهو أشد صور الاكتئاب كلمة السواد تطلق على الاكتئاب الكبير، الذي يسبب فقدان الشهية وكذلك الشعور بالذنب بدون مبرر وعدم القدرة على الاستمتاع بالنشاطات اليومية، والاستيقاظ المبكر وبطء الحركة ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعتبره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية، ويشكو المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

3_4_الاكتئاب المزمن :

وهو دائم وليس في مناسبة فقط فإذا استمر لأكثر من (6) شهور أطلق عليه اكتئاب مزمن.

3_5_الاكتئاب التفاعلي أو الموقف:

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب، أو خسارة، أو فقد عزيز، وهو قصير المدى.

3_6_الاكتئاب الشرطي:

وهو اكتئاب مصدره الأصلي يعود إلى خبرة جارحة تعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.

3_7_ اكتئاب سن القعود:

ويحدث عند النساء في الأربعينيات وعند الرجال في الخمسينيات، أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهلم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة، وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحياناً سوداء من القعود.

3_8_ الاكتئاب العصبي:

يسمى الاكتئاب العصبي اكتئاباً استجابياً، لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقْدان قريب أو صديق أو نتيجة في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة يكون مصحوباً بالاضطرابات العقلية الأكثر شدة مثل الهلاوس والهواجس، وتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية، والفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، ففي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي، وتصاحبه أوهام وهذات الخطيئة.

3_9_ اكتئاب ما بعد الولادة:

بعد الولادة تشعر المرأة بحزن مبكر مع العلم أنها لا تحتاج لأي علاج، لكن بعض النساء يشعرون باكتئاب كبير بعد الإنجاب، وعوارضه تكون دائمة ووخيمة.

3_10_ الاكتئاب التهيجي:

حيث يظهر المريض مع الاكتئاب بعض الأعراض الحركية النفسية، أو التهيج وكثرة الحركة والاستثارة، وعدم الشعور بالراحة أو الاستقرار العيسوي. (الهور، 2016، ص.34-36)

4_ تشخيص الاكتئاب:

-نوع الاكتئاب ومحكاته التشخيصية وفقاً لـDsm5 :

يصنف هذا النوع من الاكتئاب وفقاً لخصائص العينة محل الدراسة بأنه اضطراب اكتئابي ناتج عن حالة طبية " وينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي والتي تسبب إحباطاً سريراً أو ضعفاً في الأداء والمجالات الاجتماعية والمهنية .

المحكات التشخيصية :

اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الإهتمام والمتعة في كل الأنشطة تقريباً. هناك أدلة من التاريخ أو الفحص الجسدي أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فسيولوجية مرضيه مباشرة لحالة طبية أخرى. لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير حالة هذيان. يسبب الاضطراب تدنياً ملحوظ في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات هامة أخرى من الأداء.

لا يفسر الاضطراب بشكل افضل مع اضطراب عقلي آخر اضطراب التأقلم مع اعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة. (عزب، 2017، ص.335)

4_1_ معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس (2013):

_اضطراب الاكتئاب الجسيم:

الدليل الأمريكي الخامس سماها بالاضطراب بدل النوبة، وكان من المفروض أن ترمز ولكنه لم يرمزها. وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق على الأقل واحد من الأعراض إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض الناجمة بصورة جلية عن حالة طبية عامة. لم يذكر الدليل الأمريكي الخامس هذه الأشياء كما في الدليل الرابع (الأوهام غير المنسجمة مع المزاج أو الأهلاسات)

1. مزاج مكتئب معظم اليوم كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس أو يلاحظ من قبل الآخرين مثل أن يظهر باكياً).

ملاحظة في الأطفال والمراهقين، يمكن أن يكون مزاجاً مستثراً.

2. انخفاض بشكل واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في معظم الأنشطة، أو كلها تقريباً،

معظم اليوم، كل يوم تقريباً ويستدل على ذلك ذاتياً أو ملاحظ من قبل الآخرين.

3. فقدان في الوزن بارز عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة في الوزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر أو نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.

4. ملاحظة في الأطفال، عدم كسب زيادة في الوزن مرة أخرى.

أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو تعويق كل يوم تقريباً أو ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو التباطؤ.

6. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب والذي قد تكون وهماً كل يوم تقريباً وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضاً

8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد كل يوم تقريباً إما معبر عنه ذاتياً أو ملاحظ من قبل الآخرين.

9. أفكار متكررة عن الموت وليس فقط الخوف من الموت، أو تفكير في الانتحار متكرر بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

b_ هذا البند غير موجود في الخامس وهي لا تحقق أعراض معايير النوبة المختلطة.

b_ تسبب الأعراض ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو في مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي هذا البند يمثل البند

C_ في الدليل الأمريكي الرابع، لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو عن حالة طبية عامة. هذا البند يمثل البند

D_ في الدليل الأمريكي الرابع ولا يوجد في الدليل الأمريكي الخامس مثل سوء استخدام عقار أو تناول دواء وغير موجود أيضاً مثل قصور الدرق.

كما هو موجود في الدليل الأمريكي الرابع. ملاحظة معايير A و C تمثل اضطراب الاكتئاب الجسم، هذه الملاحظة لا توجد في الدليل الأمريكي الرابع.

ملاحظة: يستجيب لفقدان محدد على سبيل المثال، الفجعية لفقدان عزيز، ضائقة مالية، والخسائر من الكوارث الطبيعية مرض طبي خطير أو إعاقة ويمكن أن تشمل مشاعر الحزن الشديد، وأفكار عن الخسارة، والأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن في المحك، والتي قد تشبه نوبة الاكتئاب على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد لا تكون مفهومة أو قد تتناسب مع الفقدان، وجود نوبة اكتئاب جسيمة بالإضافة إلى استجابة طبيعية الخسارة كبيرة تصاحبها ولكن يحذر هذا القرار يتطلب حتما ممارسة العلاج السريري المبني على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب الناتج عن الخسارة...

هذه الملاحظة لم تذكر في الدليل الأمريكي الرابع وهي مفصلة تفصيلاً دقيقاً في الخامس. ولا يوجد في الرابع في البند

E_ إلا فقدان عزيز مع ذكر المدة الزمنية وهي أكثر من شهرين. لم تذكر باقي الأمور في الدليل الرابع. وقوع نوبة اكتئاب جسيمة لا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب القصام الوجداني، والفصام، والاضطراب فصامي الشكل، واضطراب الضلالات، أو الفصام الوهمي المحدد أو غير المحدد، والاضطرابات الذهانية الأخرى هذا البند غير موجود في الدليل الأمريكي الرابع

D_ لا يوجد نوبة جنون أو هوس خفيف هذا البند غير موجود في الدليل الأمريكي الرابع. (الهور، 2016، ص. 46-47)

4_2_ معايير التشخيص حسب منظمة الصحة العالمية ICD 10 :

__ المزاج

__ فقدان الاهتمام أو المتعة، بما في ذلك الأنشطة

__ فقدان الحافز، ونقص الطاقة، وزيادة التعب

__ الإرهاق (الاحتراق)

__ القلق، والاضطراب الداخلي

__ انخفاض التركيز والانتباه

__ قلة الثقة بالنفس واحترام الذات، وتقليل قيمة الذات

__ صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات. أفكار وسواسية، والميل إلى اجترار الأفكار النظرة القائمة، واليأس، والتشاؤم مشاعر قوية جداً بالذنب والنقد الذاتي

__ مشاكل النوم المستمرة

__ فقدان الشهية، وفقدان الوزن

__ فقدان الرغبة الجنسية، أي قلة الاهتمام بالحياة الجنسية. ضيق عميق، أفكار مرضية، أفكار انتحارية، محاولات من الانتحار (E. Keck, 2017, p.16)

5-أسباب الاكتئاب:

5_1_أسباب بيولوجية:

قد تنتج أعراض الاكتئاب عن انخفاض مستويات بعض المواد الكيميائية في الدماغ. ولنتمكن من فهم أسباب هذه الظاهرة، لا بد من إلقاء نظرة عن قرب إلى الدماغ وطريقة عمله. فالدماغ يتألف من مليارات الخلايا العصبية. يستعمل الجسم مئات منها لنقل أصغر الحركات أو حتى للتفكير للقيام بأمر معين ولتتمكن الخلايا العصبية من التعاون يتعين عليها أن تتواصل الواحدة مع الأخرى، وهذا ما تقوم بواسطة مواد كيميائية تعرف باسم الناقلات العصبية. تفصل منطقة صغيرة تعرف بالتشابك العصبي بين نهاية الخلية العصبية وبداية الخلية الأخرى وتفرز الخلية العصبية الأولى الناقلات العصبية في منطقة التشابك العصبي لتتواصل مع الخلية العصبية التالية. ويلتصق الناقل العصبي بالخلية العصبية التالية وهكذا دواليك موصلاً بالتالي الرسالة عبر الدماغ. أظهرت الدراسات أن الاكتئاب يؤدي إلى انخفاض مستوى ثلاث ناقلات عصبية مهمة في منطقة التشابك، وهي الدوبامين وسيروتونين ونور ادرينالين، ما يؤدي إلى ضعف التواصل بين مناطق الدماغ المختلفة ونقل الرسائل، فيشعر المرء بأعراض الاكتئاب.

لم يكتشف العلماء حتى اليوم سبب انخفاض مستويات المواد الكيميائية حتى أنهم لا يزالون يجهلون ما إذا كانت سبباً للاكتئاب أو نتيجة له. قد تكون مستويات الناقلات العصبية ناتجة عن الضغط، ما يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب. ويعتقد معظم الأطباء أن الأدوية المضادة للاكتئاب ترفع مستويات الناقلات العصبية.

5_1_1_دور الهرمونات:

تساهم الهرمونات مساهمة كبيرة في الاكتئاب مثال ذلك هرمونات الضغط النفسي عندما تشعر بالضغط النفسي، يفرز الجسم مجموعة من الهرمونات، فالدماغ يفرز أولاً عامل إفراز الكورتيكوتروفين الذي يحث على إفراز هرمون دماغي آخر هو الهرمون الموجه لقشرة الكظر الذي ينتقل عبر مجرى الدم إلى البطن ليحث الغدة الصغيرة في أعلى الكلية (الغدة الكظرية) على إفراز الكورتيزول. يعمل الكورتيزول والهرمون الموجه لقشرة الكظر مع الأدرينالين (أبينيفرين)، فتشعر بالخوف والقلق ويصبح جسمك مستعداً لمواجهة مصدر الضغط النفسي. ما أن تختفي الظروف المسببة للضغط النفسي، حتى تعود مستويات هذه الهرمونات لدى معظم الناس إلى طبيعتها، ولكن في حالة الاكتئاب يكون النظام ناشطاً بشدة، ولا تتبع مستويات

الكورتيزول النمط الاعتيادي عادة ما تفرز أجسام الأشخاص العاديين كميات كبيرة من الكورتيزول في الصباح، في حين تنخفض هذه الكميات في خلال النهار، إلا أنها تبقى على حالها لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب طوال فترات اليوم. ولا يزال العلماء يجهلون ما إذا كانت هذه الظاهرة تؤدي إلى الاكتئاب وتنتج عنه، ولكنهم يعلمون تماماً أن مستوى الكورتيزول

يؤثر في مستويات الناقلات العصبية في الدماغ. ساهم قياس مستويات الكورتيزول المتغيرة في الجسم إلى وضع اختبار للاكتئاب، إلا أنه ليس حساساً كفاية، ولا يعمل بفعالية إلا على ثلاثة أشخاص من أصل عشرة أشخاص، كما تظهر نتائجه جلية لدى الأشخاص المصابين بحالات اكتئاب خطيرة مرفقة بأعراض جسدية (مكزي، 2013، ص. 17-18)

5_2_ أسباب عائلية :

5_2_1_ العلاقات العائلية:

أظهرت الأبحاث أن اضطراب العلاقات الزوجية هي المشكلة الأكثر شيوعا المترافقة مع الاكتئاب عند الرجال. حيث لا يستطيع الرجال التغلب على تعارض الآراء كما تفعل المرأة. فالتشاجر يجعل الرجال يشعرون بعدم الارتياح الجسدي لذلك فهم يحاولون تجنب الشجار أو النقاشات الصعبة. وتحاول الزوجة التكلم عن المشكلة في الوقت الذي يحاول فيه الرجل تجنب ذلك، فتشعر الزوجة عندها أنه يتجاهلها لذلك تحاول التحدث أكثر في الشيء الذي يجعل الرجل منزعجاً، لذلك فهو ينسحب أكثر وهذا يجعل الزوجة تشعر أنه يتجاهلها أكثر - هذه الحلقة المفرغة قد تدمر الحياة الزوجية.

5_2_2_ الانفصال والطلاق:

يرى الرجال أنفسهم بشكل تقليدي، أنهم المتحكمين بحياة العائلة، لكن إجراءات الانفصال والطلاق غالبا ما تبدأها المرأة. فالمطلقون من الرجال هم الأكثر احتمالا لأن ينتحروا ربما لأن الاكتئاب أكثر شيوعا وحدة في هذه المجموعة . هذا بالإضافة إلى خسارة العلاقة الاجتماعية والأهم من ذلك أنه:

○ غالبا يفقدون الاتصال مع أطفالهم.

○ يتوجب عليهم أن ينتقلوا للعيش في مكان مختلف.

○ غالبا ما يجدون أنفسهم مفلسين.

هذه بحد ذاتها أحداث تسبب الشدة النفسية، بعيدا عن الشدة التي يسببها الانفصال، وربما تؤدي للاكتئاب.

5_2_3_ الجنس:

عندما يكتب الرجال فإنهم يشعرون بفقد الرغبة بالجنس تماما. وهنالك مشكلة و هي أنه بعض مضادات الاكتئاب قد تؤدي لنقص الرغبة الجنسية عند عدد قليل من الرجال. ومما يستحق التذكير به أن الأمر قد يحدث بشكل معاكس فalcجز الجنسي يمكن أن يؤدي للاكتئاب.

5_2_4_ الحمل والولادة:

نعلم ومنذ سنين عديدة أن بعض الأمهات قد تشعر باكتئاب شديد خلال فترة ما بعد . لكننا ومنذ فترة قريبة أدركنا أن أكثر من واحد من كل عشرة رجال يعانون أيضا من الولادة مشاكل نفسية خلال هذه الفترة. هذا يجب ألا يثير الدهشة لأننا على علم أن الأحداث الرئيسية في حياة الناس حتى الجيدة منها كالانتقال لبيت آخر مثلا تجعلك تشعر بالاكتئاب.

5_3_ أسباب اجتماعية :

5_3_1_ البطالة والتقاعد:

ترك العمل ولأي سبب يمكن أن يؤدي للشدة النفسية فقد بينت الأبحاث الحديثة أن واحدا من كل سبعة رجال عاطلين عن العمل سيتطور لديهم اكتئاب في الستة شهور التالية. وتشكل البطالة الشيء الأكثر احتمالا لدفع الرجل لحالة اكتئاب شديد بعد الصعوبات في العلاقة الزوجية والعمل هو غالبا المصدر الرئيسي لإحساس الرجل بالقيمة والتقدير الذاتي. حتى التقاعد عن

العمل في الوقت المتوقع يمكن أن يكون صعباً بالنسبة لبعض الرجال خاصة إذا استمرت الزوجة في العمل، وقد تواجه صعوبة في التأقلم مع فقدان الروتين اليومي وفقدان الاتصال مع الزملاء. (الكتاني، 2019، ص. 12)

6_ النظريات المفسرة للاكتئاب :

يرى هولون Holon و Beck 1979 أنه يمكن فهم الاكتئاب في ضوء أربعة نظريات هي :

النظرية البيولوجية ، النظرية التحليلية، النظرية السلوكية ، النظرية المعرفية .

6_1_ النظرية البيولوجية :

إن الاهتمام بمعرفة العوامل البيولوجية للاكتئاب قديم فقد تحدث الطبيب اليوناني هيبوقراط (Hippocrate) على أن الزيادة في المدى السوداوية تسبب الميلانخوليا، ولكن التفسير البيولوجي للاكتئاب تأخر بسبب نقص معرفة فيزيولوجية المخ عند الأسوياء و لم يعد الأمر ممكن إلا في بداية الخمسينات إلى الثمانينات بحيث تم تفسير العوامل البيولوجية من حيث :

6_1_1_ الوراثة:

هناك ملاحظة تتعلق بالاكتئاب ترجع إلى إمكانية وجود تفسير عضوي تستند على ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوخ هذا الاضطراب في أسرى دون أخرى . و شيوخه بين التوائم حتى لو نشؤوا في ظروف اجتماعية مختلفة مما يرجع إلى تفسير وراثي مثلاً الدراسات التي تشير في مجملها إلى أن نسبة التشابه في الإصابة في ذهان الهوس و الاكتئاب بين التوائم المتطابقين الذين تربوا منفصلين بالتبني و وصلت إلى 67% و بلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشؤوا معاً نسبة 68 % ، أما التوائم الآخرين غير المتطابقين فقد وصلت إلى 23 % و هذه النسبة تتماثل مع دراسات أخرى أجريت في بريطانيا و أمريكا و غيرها، هذا بالنسبة إلى اضطراب الهوس و الاكتئاب أو ما يسمى بالاضطراب الدوري، أما فيما يتعلق بالاكتئاب العصبي و الاستجابي بما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب .

6_2_ النظريات التحليلية :

وقد تناول المحللون النفسانيون عدة نظريات حول أسباب الإصابة بالاكتئاب و اتفق معظمهم على انه حالة مرضية تعبر عن حالة نفسية يعيشها المكتئب و تؤثر في نمط حياته .

أشار كارل أبرهام (Karl-Abraham) عن البغض و الضغينة هي من أهم المشاعر السائدة عند الفرد المكتئب ، و نظراً لأن مشاعر البغض و الحقد و الكراهية غير مقبولة عند الفرد لذا يحاول أن يكبت مثل هذه المشاعر ثم يسقطها ، و يشعر الفرد بالبغض و الكراهية من قبل الآخرين ثم يأتي بعد ذلك الاعتقاد بأنه منبوذ بسبب نقائصه و عيوبه الفطرية و من ثم يصبح مكتئباً . وقد ارجع فرويد Freud الذي يعتبر بالمؤسس الفعلي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي Psychoanalysis حالة السودانية إلى النكوص للمرحلة الفموية ، إلا أنه مهتدياً بمساهمة كارل أبرهام تأكيده على الدور الذي تلعبه المرحلة الفموية من الاكتئاب .

فلقد شعر أبرهام بأن مرضى الاكتئاب، مثبتون على المستوى الفني و يتطلبون اشباعاً فمياً غير عادية ، و تبدوا في الأكل و الحديث و الامتناس و مثل هؤلاء يكونون على مستوى عال من الحساسية للإحباطات الفموية .

و جذور مشكلة الإصابة بالإكتئاب تقع في الحالة المبكرة من النمو ، و التي ترتبط بالعلاقات المتبادلة بين الطفل و أمه فيما يرتبط بمواقف التغذية و الرعاية أو بمعنى شامل (العمليات الفموية) حيث ينبغي استدخال ما هو لذيد ، استبعاد ما هو مؤلم وهكذا تنعكس معظم الأنشطة على وجدان طفل بين السرور و الحزن او اللذة و الألم.

و تذهب النظرية الفرويدية أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص بما فيها الإكتئاب هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة. و تنظر إليه بصفته نتاجاً للتفاعل أو التصارع بين دوافع الرغبات و الجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب و الخسارة في العام الأول من العمر فعندما لا يجد الشخص تلبية رغباته الجنسية و إشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب و الكراهية و العداء نحو موضوع الحب ، و هذا هو الإكتئاب بصفته خنقاً و غضباً موجهاً للذات كما هو إلا صرخة للبحث عن الحب . لكن بيبرينج (Bibrin) أحد أعضاء المدرسة الفرويدية المحدثه ، ينظر إلى الموضوع بصفة أشمل و أكثر عصريه فيرى أن الخاصية الأساسية التي تمثل الإكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ، و يضيف إلى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية هي : الحاجة إلى القوة و الأمن للحاجة لمنع الحب، و يحدث الإكتئاب نتيجة الإحباط أو الفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاثة (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) و الصراع الذي يحدث في الذات مرتبط بفشل إشباع أي منهما .

6_3_ النظرية السلوكية :

لم تدخل ظاهرة الإكتئاب ميدان علم النفس التجريبي إلا حديثاً، مع بداية العد الماضي من القرن الحالي و يعد كل من لوينسون Lowinsohn و شو SHOW علماء نظرية السلوك او التعلم الاجتماعي أول من وضعوا أسس تجريبية لظاهرة الإكتئاب .

وتعتمد المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم الذي قدمه لوينسون حيث أن المبدأ الأساسي لهذا النموذج هو انخفاض معدل التدعيم الذي يتلقاه الفرد السابق على الاستجابة ، و لعل ذلك يكون نتاج من نقص كفاءة التفاعلات الواجب قيام الشخص بها في البيئة التي يعيش فيها كما أن العديد من السمات التي تميز الشخص المكتئب مثل : عدم الاحتفاظ بالعلاقات الوثيقة مع الآخرين ، و الشعور باليأس و عدم الارتياح، و الشعور بالذنب و الإحساس الفعلي بالإرهاق انخفاض معدل السلوك، كل ذلك إنما يساهم في خفض معدل الدعم الإيجابي مما يقود في نهاية الأمر إلى زيادة المشاعر الإكتئابية .

و على الرغم من كون نظريات التدعيم هي النموذج الأساسي الذي يرتبط بظهور الإكتئاب كاستجابة لمثير مكروه أو نقص التدعيم الإيجابي، إلا أنها تعد القاعدة الأساسية لنظريات التعلم الاجتماعي بحيث ترى انه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة و المستمرة للعوامل الشخصية مثل العمليات المعرفية و التوقعات و العوامل السلوكية و العوامل البيئية التي تعمل بشكل مستقيم و تدعم كل منها الأخرى و ان الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم من خلال التفاعل المستمر بين الأفراد و بيئتهم و قدرتهم على تطوير و تعديل أنماط سلوكهم و قد شرح لينسون طرق التفاعل و التعلم الاجتماعي بين الفرد و بيئته ، و كيف أن هناك أنماطاً من التفاعل تقود إلى مشاعر إيجابية و أنماط تقود إلى مشاعر اكتئابية . يرى أنصار نظريات التعلم المتنوعة أن الإكتئاب يعتبر حالة تتميز أساساً بانخفاض في النشاط الذي يلي سحب أو فقد مدعم كبير و معتاد و بمجرد ما يوجد السلوك الإكتابي فيتم تدعيمه بالانتباه و التعاطف .

حيث يرى أن الاكتئاب هو انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح. وينتج عن انخفاض معدل التدعيم الإيجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغضة. وهذا يعني أن حاله الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب

المرغوب فيه أو زيادة الأحداث غير السارة ، وكلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب ، وبالتالي فهو يحدث نتيجة لتشكيله من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له أو زيادة معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقابا له. وبالتالي فهو يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد. كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه وإذا لم يشعر الفرد تعزيزا أو تدعيما وتعاطفا ومسانده من قبل الآخرين لاستعادة المعدل المعتاد من النشاط فانه يأخذ في المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تماماً ويكتئب. (نصر، 2013، ص. 1789)

6_4_ النظرية المعرفية :

يرى أنصار النظريات المعرفية أن المعرفة Cognition تلعب دورا أساسيا في حدوث واستمرار الاكتئاب الإكلينيكي، ويعتبر نموذج بيك (1967) Beek أكثر النماذج المعرفية أصلة وتأثيرا حيث تمثل الصيغة المعرفية Cognitive Schmecta حجر الزاوية في نظرية بيك، فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعد في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم و الاحتفاظ بمعلومات هامة ، أما الأفراد المكتئبون يمتلكون كذلك صيغا ذاتية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات و تبقى على المعلومات السلبية ويقترح بيك أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة و ذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، حينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية .

ويؤكد إليس (Ellis) في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي على أن الاضطرابات النفسية تولدها أفكار الفرد ، و أنها لا تنشأ عن الخبرات و الحوادث التي يمر بها الأفراد، إنما بسبب الاعتقادات التي يحملونها بسبب هذه الحوادث، قد تكون هذه الاعتقادات لاعقلانية وبالتالي تدفع من يؤمنون بها إلى أن يصبحوا مضطربين ومكتئبين وغير فعالين وغير سعداء، وبالمقابل فإنهم إذا حرروا أنفسهم من تلك المعتقدات اللاعقلانية، فإنه من الصعب عليهم الوقوع فريسة للاضطرابات العاطفية أو على الأقل فإن اضطراباتهم العاطفية لا تدوم. (عباسة، 2018، ص. 17)

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإكتئاب ينتج بشكل رئيسي و أساسي من خلال نظرة الفرد إلى نفسه ثم إلى العالم و المستقبل نظرة تشاؤمية و أن هذه النظرة المشوهة تعرف باسم الثلاث السلبي (الذات و العالم و المستقبل) و أن هذه النظرة التشاؤمية تتم من خلال تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تشاؤمه السلبي بل و تأكيده من خلال انتقاء الشخص المكتئب للأحداث التي تؤكد هذه النظرة .

لقد تحدى بيك Beck وجهة النظر العامة التي وصفت الإكتئاب بأنه اضطراب عاطفي و لم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواجبة للإكتئاب مثل تقدير الذات المنخفض ، الشعور باليأس و الشعور بالعجز وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة و الانفعال عند الأفراد العاديين و الإكتآبي أيضاً و نجد أيضاً أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية و المحتوى و هذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الإكتآب .

و من خلال التداعيات الحرة للمرضى الإكتآبيين مجموعة من الخصائص الإدراكية السالبة مثل احترام الذات المنخفض و الحرمان و فقدان الذات و لوم الذات و الهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال و الميل و الرغبات الانتحارية و تكون كل هذه الإدراكات مشوهة و غير حقيقية لأن المرضى بالإكتآب يميلون إلى البالغة في تضخيم أخطائهم و العوائق التي تعترض مسارهم. (لياس، 2006، ص. 196_203)

أرون بيك:

تعتبر المدرسة المعرفية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال الإرشاد والعلاج النفسي بصفة خاصة. ولا يمكن القول بأن العمليات العقلية كانت بعيدة عن الباحثين في مجال علم النفس إلى درجة إهمالها في المدارس السابقة مثل التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية، وإنما لم يكن هناك اهتمام كاف بها سواء في تفسير السلوك السوي أو المرضي أو في علاج الاضطرابات النفسية ويقوم التوجه المعرفي في علم النفس على أساس أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة (التفكير) والانفعال والسلوك، فعندما يفكر الفرد فإنه ينفعل ويسلك، وعندما ينفعل يفكر حيث يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك. حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره، والمعنى الذي يعطيه لحدث ما وبذلك فالاضطراب الانفعالي لدى الفرد يكون نتيجة لطريقة تفكيره و إدراكاته و تفسيراته الخاطئة للأحداث والمواقف التي يتعرض لها في حياته لذا استخدم مصطلح العلاج المعرفي "بسبب ما وجد من أن الاضطرابات السيكلوجية تنبع غالبا من أخطاء معينة في عادات التفكير (المعرفة) حيث يرى بيك" واضع النظرية المعرفية أن المعرفة تلعب دورا أساسيا في حدوث واستمرار وعلاج الاضطراب السيكلوجي، ويعتبر نموذج "بيك" (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرا حيث تفسر النظرية المعرفية لدى بيك سلوك الشخص في ضوء الطريقة التي يفكر بها في نفسه وفي العالم المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية.

هناك العديد من المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية لأرون بيك" والتي تعتبر المكون الأساسي لهذه النظرية، ومن أبرز هذه المفاهيم :

❖ الأفكار الآلية (الأوتوماتيكية – التلقائية):

هي مصطلح أطلقه بيك" على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي يبرني و آخرون 2008 وتعتبر من أهم المتغيرات المعرفية المستهدفة في العلاج المعرفي وتعرف الأفكار الأوتوماتيكية أو الآلية بأنها تيار من الأفكار والمعتقدات التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة نتيجة للتفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد والأبنية المعرفية بمعنى الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية واستجابة الفرد الانفعالية، وهي جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد والذي يحدث سريعا وبشكل دائم ويتحكم في نمط انفعالاته ومشاعره حيث تتميز هذه الأفكار عن المجرى العادي للأفكار ببعض الخصائص ويغلب أن تكون هذه الأفكار سريعة وعند حافة الوعي وتسبق غالبا بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق، ويتسق مفهومها مع هذا الوجدان وعادة ما تعكس هذه الأفكار عدم القدرة على التوافق والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل للفرد.

❖ المخططات المعرفية الأبنية المعرفية:

تعرف المخططات في العلاج المعرفي بأنها الجزء الأعمق من المتغيرات المعرفية، إنما تمثل مجموع المعتقدات و الإدراكات والأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه والعالم من حوله وحول مستقبله والخطاطة حسب بيك" هي جهازا لتحليل المثيرات وتفسيرها، تتميز بكونها بنيات مجردة ومستقرة نسبيا ، تقوم على تصفية وغرلة وتشفير وتقييم المثيرات التي تؤثر على الفرد، وهي تنمو في مراحل مبكرة من حياته. ومنه فإن نشاط الخطاطة يكمن أولا في تصفية المعلومات الجديدة وانتقائها، وثانيا في تنظيم المعلومات الموجودة في الذاكرة البعيدة المدى، وثالثا في استرجاع المعلومات من الذاكرة البعيدة المدى، ورابعا في تدبير الفعل، وتتمظهر الخطاطة أثناء تفاعل الفرد مع المحيط فقد تكون كامنة خلال المراحل غير الضاغطة من حياة الفرد، وتصبح نشطة عندما تتداخل مع مثيرات أو ضغوط أو ظروف معينة، وقد تكون توافقية وغير توافقية، وتمثل المخططات غير التوافقية

نماذج أولية مرضية لتفاعل الفرد مع الأفراد الآخرين، وبالتالي فهي تجعل الفرد عرضة للاضطرابات أي هي التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية للفرد ، حيث يرى "بيك" أن الاضطراب ينتج عن وجود مخططات معرفية مختلفة وظيفيا وهذه بدورها تؤدي إلى سلسلة من الأفكار التلقائية السلبية والتي تشمل على مجموعة من الأخطاء المعرفية، فمثلا الشخص المضطرب نتيجة المخططات المعرفية غير التوافقية لديه نجده ينظر إلى نفسه وعالمه ومستقبله بطريقة سلبية والنتيجة تكون تشكيل اعتقادات وافتراسات غير واقعية عن ذاته وعن الآخرين وعن مستقبله وهناك عدد من المميزات التي تتميز بها المخططات أو الأبنية المعرفية نذكر منها:

- أنها مكون معرفي ثابت ومستقر ويصعب تغييره.
- أنها مكون معرفي مكتسب من خلال الخبرات الحياتية وأنماط التربية.
- تضع الأبنية المعرفية جميع العمليات المعرفية الأخرى مثل: الأفكار الآلية والتخيلات وعمليات الإدراك.
- تحتوي الأبنية المعرفية على مكون سلوكي من خلال تحديد طرق التصرف في المواقف المختلفة بما يتناسب مع نظام المعتقدات

❖ التحريفات المعرفية (التشوهات):

إن الإنسان يحلل باستمرار المعلومات الواردة إليه من الداخل أو من الخارج وتمثل المعرفيات نتيجة معالجة المعلومات هذه. ولكي يتم ذلك، يجب توفر ميكانيزمات تسمح للفرد بانتقاء وتقييم وتنظيم العناصر الدالة والمهمة في المحيط: إنها السيورورات المعرفية، وتمثل سيورورات فك رموز الواقع الخارجي مثيرات خارجية، ولكن أيضا فك الرموز الحميمة للفرد، أي انفعالاته، وإحساساته الفيزيولوجية المثيرات الداخلية. فحسب بيك " تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية لدى المريض، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر، فالفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع. وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد. ويقصد بالتحريفات المعرفية أن المعتقدات التي يتبناها الأفراد قد تكون مواضيع للتشويهات المعرفية وتشير التشوهات المعرفية إلى تلك الأخطاء في التفكير والإدراك للمواقف مما يدفع الفرد للتصرف والانفعال بشكل سلبى . (ميسة، 2017، ص.39-43)

7_ علاج الاكتئاب:

7_1_ العلاج الطبي:

7_1_1_ الأدوية المضادة للاكتئاب:

و تسمى بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ، لأن تركيبها الكيميائي يحتوي على ثلاث حلقات، وهناك كذلك أنواع حديثة منها من يحتوي على أربع حلقات و لذلك تسمى بمضادات الاكتئاب الرباعية الحلقة ، تستخدم هذه الأدوية في علاج حالات الاكتئاب الشديدة و خاصة المصحوبة بأعراض أو متاعب جسمانية واضحة ، حيث تزيد فرصة نجاح هذه الأدوية في العلاج بزيادة الأعراض الجسمانية ، و يجب استمرار العلاج بها لفترة لا تقل عن عشرة أيام إلى أسبوعين للحصول على تأثير مضاد للاكتئاب. ومن أمثلة مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة هذه الأنواع بأسمائها التجارية : تريبتيزول - أنافرانيل - توفرانيل - ساروتين - موتيفال و لقد تعددت اليوم الأدوية المضادة للإكتئاب و تنحدر من نوعين : النوع الأول ممثل : بميدرازين المثبطة لمونامين أكسيداز و تعتمد على وقف نشاط الإنزيم الذي يقوم بتحطيم المونوامينز و هكذا ترتفع فعالية الموصلات العصبية من نوع مونوامينز ، إذ أن هذه الأدوية قلما تستعمل لقلة وضعف مفعولها.

المهدئات (البنزوديازيبين): و يطلق عليها كذلك مضادات القلق أو المهدئات الصغيرة وتعرف بأسماء تجارية مختلفة مثل : فالينيل - فريزيوم - ترانكسين - أنيفان - ليكسوتانيل. يمكن وصف المهدئات مع الأدوية المضادة للاكتئاب من طرف الطبيب النفسي في حالة سيطرة القلق ، و التي تساعد على الالتزام مجددا بالنشاطات المهدئة للمكتئب أو النشاطات الاجتماعية ومواجهة مشاكله النفسية خلال عملية العلاج النفسي. لكن من سلبية المهدئات أنها تقلل من قوة الدافعية للعمل العلاجي النفسي ، لذلك فإن وصف هذه الأدوية يجب أن يكون لفترة قصيرة، لأنها تبطل العمل المعرفي و تسهل الشروع في العمل العدواني أو الانتحاري، إذا وصف لمدة طويلة مما يزيد من مخاطر التبعية و الإدمان.

7_1_2_ مهدئات الأعصاب:

عادة ما توصف هذه الأدوية في حالة الاكتئاب الذهاني ، المقاوم للأدوية المضادة للاكتئاب إذا ما استخدمت لوحدها ، و يمكن أن توصف بشكل مؤقت في حالات الاكتئاب الأساسي ، حيث يخشى أن تسهل الأدوية المضادة للاكتئاب الشروع في السلوك الانتحاري.

الليثيوم: الذي يستخدم للوقاية من نوبات الهوس أو الاكتئاب المصحوب بالهوس و لديه أسماء تجارية مختلفة مثل : ليتاركس - برياديل - ليسكونيم

7_1_3_ الصدمات الكهربائية:

و يسمى هذا النوع من العلاج برجفات الكهرباء العلاجية ، و الذي يركز على إحداث صدمة بإمرار تيار كهربائي داخل المخ قوته 100 فولت ، حيث تحدث هذه الصدمة حالة مشابهة النوبة الصرع ، حيث تتشنج العضلات ، و يغيب المريض عن الوعي لدقائق و يوصف هذا العلاج بمعدل حوالي 5 إلى 6 جلسات خلال أسبوعين إلى ثلاث أسابيع . في حالة فشل العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب ، العصبية والمهدئات و الليثيوم يلجأ المعالج إلى استعمال الصدمات الكهربائية في حالة الاكتئاب الذهاني ، إذا ما وصفت الصدمات الكهربائية كعلاج الاكتئاب ، فيتوجب على الطبيب النفسي أن يشرح للأهل والمعنيين بالأمر الأسباب التي دفعته إلى ذلك و المخاطر التي يترتب عنه ، كما يتعين على الطبيب أن يشرح للمكتئب الآثار الجانبية لهذا العلاج (التخدر - تشوش ظرفي)، ويجب على الطبيب أن يتناقش مع زميل آخر لأن استعمال هذا العلاج هو قليل إذ ناذرا ما يوجد طبيب لديه التجربة الكافية في هذا الميدان.

العلاج بالجراحة: في حالة فشل كل العلاجات السابقة واستمرار الاكتئاب الشديد لمدة طويلة ، تصل إلى عشر سنوات على الأقل ، يمكن اللجوء إلى الجراحة الخاصة بالمخ لعلاج حالات الاكتئاب الشديد ، هذه العملية الجراحية تتمثل في قطع بعض الممرات العصبية في المخ المتعلقة بالشعور (مریم، 2011، ص. 128-130)

7_2_ العلاج النفسي:

هناك وسائل عدة لعلاج الاكتئاب، ويمكن استعمال أكثر من واحدة معا أو اختيار ما هو مناسب لكل حالة من الحالات، وهذه الوسائل هي:

7_2_1_ العلاج العقلاني السلوكي:

ويستند على مساعدة المريض في ادراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى افكار أو قناعات ايجابية واقعية بدرجة كبيرة، وسيعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المخصصة للعلاج. ويتم تغيير التفكير السلبي بصورة تدريجية على هيئة جلسات تكون فردية أحيانا وجماعية في أحيان أخرى وذلك من خلال اقناع المريض ان ما يشعر به من احباط

وسوداوية ما هو إلى بسبب الضغوط والمواقف العصبية التي يمر بها تبدأ بعد ذلك عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بأفكار ايجابية وواقعية فعلى سبيل المثال استبدال فكرة أنا لا اصلح لأي شيء بفكرة أنا احس باني لا أصلح لشيء لكوني مريضاً، ويستعمل أيضاً طريقة سؤال الشخص بأن يذكر مجموعة من النقاط الإيجابية عن نفسه وفي معظم الحالات لا يتمكن الشخص المصاب بالاكتئاب من ذكر اية نقطة ايجابية نظراً للطبيعة التشاؤمية للمرض، فيقوم المحلل النفسي بمساعدة المريض بتكوين قائمة من النقاط الإيجابية الحقيقية الموجودة في الشخص مبتدأ بأشياء بسيطة مثل أنا احب اطفالي. وتدرجياً يتم تشخيص الأفكار السلبية واحدة بعد الأخرى ويتم باستبدالها بأفكار واقعية وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تأثيرها على العديد من العوامل بدءاً من المريض إلى الظروف الاجتماعية المحيطة به إلى تناوله للأدوية بصورة منتظمة (صالح، 2014، ص. 252)

7_2_2_ العلاج المعرفي السلوكي:

في عام 1970 أصدر بيك كتاباً بعنوان العلاج المعرفي : طبيعته وعلاقته بالعلاج

Cognitive behavioral therapy :Nature and relation to behavior أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطية كما أوضح أيضاً الدور الوسيطى médiation للمعارف في الخبرات الإنسانية وقد طور آرون بيك (Beck 1976) نموذج العلاجى مبدئياً لعلاج الاكتئاب ومن ثم قام بوضع تطبيقات له على مجموعة كبيرة من المشكلات مثل اضطرابات القلق ويقوم هذا النموذج العلاجى على فكرة مفادها أن ما يفكر فيه الفرد ويقول حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآراءه ومثله تعد جميعاً ذات علاقة قوية وثيقة بسلوكه سواء كان عادياً أو مريضاً ، وتعتبر التجارب والخبرات السابقة التي تم ترميزها وتفسيرها معرفياً في الذهن على شكل أفكار قبل شعورية عاملاً مهماً في تكوين أي من الانفعالات المرضية أو العادية وترتبط هذه الانفعالات باستجابات سلوكية تختلف باختلاف الموقف والفكرة المسبقة في الذهن و الاضطرابات الانفعالية الحادة أو العصائية (رد فعل الخنثى) يكون فيها الفرد مثقلاً بالقلق أو الحزن أو الهياج ويكون عليه أن يناضل للمحافظة على ضبط التركيز والانتباه ومن الناحية المعرفية فان استجابة العصاب تتصف بالوعي المكثف بالذات والتفسير الخاطئ للمثيرات غير الضارة على أنها تمثل خطراً كبيراً وكذلك للأفكار والمشاعر غير المناسبة .

ويعتبر بيك أن النقطة الأولى في إجراءاته هي أن يتعرف العميل على الخلل في التفكير لديه والافتراضات التي تسبب عدم التوافق والتي بدورها تسبب الانفعالات غير السارة. ويتم تشجيع العميل على سبيل المثال لتخيل أو إعادة استدعاء حالات تنتج تلك الانفعالات والتركيز على الأفكار التي مر بها العميل أثناء تلك الحالات. ومن ثم وبعد معرفة الأسس الوهمية للأفكار والافتراضات المختلفة هناك العديد من الطرق التي استخدمها بيك للتقليل أو السيطرة على هذا الخلل اختبار الواقع أو اختبار وبعد أن يتعرف العميل على المعتقدات أو الأفكار الضعيفة أو الواهنة وتعليمه على أن يفرق بين الافتراضات والحقيقة وبعدها يصبح الفرد في اتجاه اختبار مصداقيتها، وكمثال على ذلك إذا كان العميل يعتقد أن أي شخص يلتقي به يبتعد عنه وهو نوع من قلة القيمة أو الدونية ربما يقوم المعالج بمساعدته على استنباط نظام للحكم على تجاربه مع الآخرين وفهم لغة الجسد ومن ثم يستطيع العميل التحديد بشكل موضوعي إذا كانت الأفكار المصاحبة لمشكلته هي بالفعل حقيقة واقعة كما يستخدم بيك الواجبات المنزلية

ويري بيك أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد والمثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد ، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه قد فقد شيئاً ما له قيمة ومغزى بالنسبة له فانه عادة

ما يشعر بالحزن وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة أم حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق.

وينتج التشويش للواقع من جانب الفرد حال حدوث الاضطراب في التفكير الذي بدوره يؤدي إلى بروز أفكار اتوتوماتيكية (Automatic thoughts) تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له كما انه يفسر كل الأحداث على أنها تنطبق عليه ومن ثم تتمركز الأفكار حول الذات وهو ما يعرف بالتمثل الشخصي (Personalization)

ويتسم التفكير بالتطرف ومن ثم يتسق مع احد طرفين لا وسط بينهما فيكون أما أبيض أو اسود وهو ما يعرف بالتفكير المستقطب (Polarized) ويضع قواعد معينة ذاتية لكل موقف ويحكم عليها من خلاله .

الاضطرابات الانفعالية من وجهة نظر نظرية بيك المعرفية:

هناك ثلاثة خصائص أساسية للتفكير تشيع في كل الاضطرابات الانفعالية:

❖ Personalization: التمثيل الشخصي

حيث يفسر المرضي كل الأحداث على أنها تنطبق عليهم حيث الأفكار المتمركزة حول الذات تحل محل الأفكار الموضوعية.

❖ Polarization: التفكير المستقطب:

حيث يفكر المرضي في صورة متطرفة ومطلقة ويرتبط ذلك النوع من التفكير بالتجديد الانتقائي والاستنتاج الاختياري والتعميم الزائد

❖ قانون القواعد:

يستجيب المريض باتساق للمواقف ولكن انتظام الاستجابة (ردود الفعل) تمتد إلى أكثر من ذلك الذي يبدوا من الأشخاص العاديين ويصبح غير مشروط ، وكذلك يصبح مطلقا ولكل نوع من الاضطرابات النفسية مجموعة خاصة من القواعد واستنادا إلى بيك (1976) الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية لديهم اختلال في وظيفة التفكير حيث ينشغلون بشكل مفرط بمجموعة أفكار منحرفة وهمية والذي بدوره يكون سبباً رئيسياً في مشكلاتهم .

(فضل، 2008، ص 93-95)

أهداف العلاج (المعرفي - السلوكي) يلخص كل من "Beck" (1977), "Meichenbaum" :

النقاط التالية:

- ❖ تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه
- ❖ مساعدة المتعالج على أن يكون واعيا لما يفكر فيه.
- ❖ مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- ❖ تعديل الأفكار التلقائية والمخططات او المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب والتي تحدث التغيير المعرفي
- ❖ تعليم المتعالجين تقييم أفكارهم وتخيلاتهم التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة والمؤلة
- ❖ تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية غير صحيحة
- ❖ تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات المختلفة والمتنوعة

❖ تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات وتعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي (العبد، 2022، ص. 247)

8_مقاييس الاكتئاب:

مع خروج علم النفس تدريجياً من تحت عباءة الفلسفة ، وإنتقاله من التأمل إلى البحث العلمي، كان لا بد لهذا العلم من أدوات خاصة للتقصي والبحث والقياس، ومع دخول المدرسة السلوكية مجال علم النفس بقوة أصبحت المختبرات جزءاً لا يتجزأ من هذا العلم ، والذي كلما ازدادت مصداقيته ازداد الضغط والطلب عليه من مختلف مجالات الحياة العامة . فأصبحت الشركات التي ترغب في توظيف الأكفأ والأذكي تلجأ إلى علم النفس . للمفاضلة بين مختلف المرشحين، بل إن الأمر تعدى مجرد مقارنات الذكاء والقدرات إلى وضع مقاييس تناسب كل مهنة أو مهمة لاختيار أنسب من يتصدى لها ، فأصبح هناك مقاييس الاختيار مندوبي المبيعات وموظفي العلاقات العامة وكذلك الجنود والجواسيس ورجال المهمات الخاصة.

وبالتوازي كانت مقاييس الأمراض والاضطرابات النفسية تشهد تطوراً مماثلاً ، وقد تزايدت أهمية هذه المقاييس بعد أن أصبحت الأمراض النفسية تشخص من خلال معايير متكاملة Criteria مما هيا المجال لتضييق الفجوة بين الرؤى الثقافية والمعرفية للمرض النفسي. سواء لجهة التشخيص Diagnosis أو المآل Prognosis وهو ما جعل إمكانية القياس أكثر واقعية ومصدقية. إلا أن الأمر الذي ينبغي الإشارة إليه وتوكيده دوماً ، أن أيّاً من المقاييس لا يغني عن المهارة السريرية للطبيب في أي مستوى من مستويات التدخل العلاجي بل هو مساعد للمهارة السريرية وأدائه في البحث العلمي . إحصائياً ولكي يكتسب أي مقياس مصداقيته ينبغي أن يتوافر فيه عنصران رئيسان:

Validity أو المصدقية (الصدق) وهي أن يكون المقياس قادراً على قياس ما هو مخصص له مثل الذكاء والشخصية والكتابة إلخ . وذلك من خلال احتوائه مفردات ومواصفات وعناصر الموضوع قيد الدرس.

Reliability اعتماد (الثبات): ويقصد بها ثبات الفحص وقدرته على إعطاء النتيجة الصحيحة بشكل ثابت و متواتر ولعل القيمة الأهم المقاييس الأمراض المختلفة تكمن في فائدتها المتابعة تطور الحالة المرضية ، حيث توفر للطبيب وحدة معيارية Standard وموضوعية Objective وشاملة Global لقياس تطور المرض وحدته ، تحسناً أو تدهوراً ، وتتزايد أهمية المقاييس في المراكز الكبيرة والتي قد يتابع حالة المريض فيها أكثر من طبيب . من المقاييس المهمة لقياس الاكتئاب مقياس هاملتون وبيك ، والتي تأخذ بعين الاعتبار تقييم الفاحص م جهة ، وما يعبر فيها المريض عن نفسه من جهة أخرى ، هذه المقاييس تغطي كلاً من الأعراض الجسمية والأعراض المعرفية بالإضافة إلى الأعراض المزاجية للاكتئاب. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 69_71)

خلاصة:

في الختام، يجب أن ندرك أن الاكتئاب ليس مجرد حالة عابرة، بل هو اضطراب نفسي يحتاج إلى علاج ودعم. يجب على المصابين بالاكتئاب أن يبحثوا عن المساعدة المهنية والدعم الاجتماعي، وألا يشعروا بالخوف أو العار من طلب المساعدة. كما يجب على المجتمع ككل أن يزيد من التوعية حول هذا الاضطراب وأهمية دعم المصابين به. فالتفهم والدعم قادران على تقديم الإغاثة والشفاء للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب. إذا كان لديك شخص مقرب يعاني من الاكتئاب، فلا تتردد في تقديم المساعدة والدعم لهم، فقط بقليل من الحب والتفهم يمكن أن تكون سبباً في تحسين حالتهم.

الفصل الثالث

التحرش الجنسي

تمهيد

أولاً: التحرش الجنسي

1_ مفهوم التحرش الجنسي

2_ أشكال التحرش الجنسي

3_ أسباب التحرش الجنسي

4_ نظريات التحرش الجنسي

5_ بروفيل ضحية التحرش الجنسي

خلاصة

تمهيد:

يُعتبر التحرش الجنسي ظاهرة مقلقة تؤثر على الأفراد والمجتمعات في مختلف أنحاء العالم. يعرف التحرش الجنسي بأنه أي سلوك غير مرغوب فيه ذي طابع جنسي يمكن أن يحدث في أماكن العمل، المدارس، أو حتى في الأماكن العامة. تتنوع أشكال التحرش من التعليقات الجنسية العابرة والملاحظات الجارحة إلى السلوكيات الأكثر خطورة مثل اللمس الجسدي غير المدعو أو الاعتداءات الجنسية.

يتسبب التحرش الجنسي في آثار نفسية واجتماعية سلبية عميقة، مما يؤثر على صحة النفس والشعور بالسلامة لدى الضحايا. غالباً ما يُسهم الخوف من الفضيحة، التهديدات، أو عدم الثقة في النظام القانوني في بقاء هذه الظاهرة سرية، مما يعزز ثقافة الصمت والقبول .

تتطلب معالجة قضية التحرش الجنسي جهوداً شاملة، تشمل الوعي المجتمعي، التعليم، وتطبيق القوانين التي تحمي الضحايا وتعاقب الجناة. من الأهمية بمكان خلق بيئة آمنة ومحترمة للجميع، حيث يُمكن للضحايا التعبير عن تجربتهم دون خوف من الانتقام أو الوصمة الاجتماعية. من خلال التصدي لهذه المشكلة، يمكن تحقيق تقدم نحو مجتمع أكثر عدلاً ومساواة.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق الى أولاً: مفهوم التحرش الجنسي ، الاشكال ، الأسباب، بروفيل شخصية المتحرش الجنسي ، بروفيل ضحية التحرش الجنسي ،نظريات و اثار و اشكال عن التحرش اللفظي عند المراهقين في الجزائر وأخيرا طرق كفيلة للحد من ظاهرة التحرش.

أولا : التحرش الجنسي

1_ مفهوم التحرش الجنسي:

أ_ لغة :

التحرش لغة هو من كلمة حرش وتحرش به أي تعرض له ليهيجه ويثيره و حرش الضب إصطاده، وحرش البعير حك ظهره ليسرع ، حرش الرجل خدشه وحرش بين القوم أغرى بعضهم بعض ، تحرش به تعرض له ، تحرش الضب بالضب إصطاده.(غواس،2022،ص.1375)

ب_ اصطلاحا:

ككل المفاهيم للتحرش الجنسي تعريفات عديدة، تتناوله حسب الاختصاص ومتطلبات محال تناوله نورد منها أنه: عمل فاضح غير علني، يرتكب في حضور امرأة من شأنه خدش الحياء"، من مآخذ هذا التعريف أنه يبيّن التحرش على العمل الفاضح الغير علني، فيستثني الفعل المعلن، كما يقصره على المرأة في حين قد يكون التحرش بالأطفال والرجال "السلوك القولي أو الفعلي الصادر من الذكر ضد الأنثى أو العكس وينطوي على الاثارة الجنسية بأي شكل من الأشكال دون رغبة الآخر الذي يقبل أو يرفض ذلك التصرف أو السلوك، والذي يشكل في ذات الوقت خرقا للأخلاق العامة والآداب". (لطرش،بوقفة،2023،ص.736)

عرفه احمد (2012) هو فعل او سلوك يصدر عن ذكر ضد انثى سواء كان بالنظر أو اللفظ او الاحتكاك الجسدي ينتج عنه تأثيرات مرتبطة بالجنس لدى الانثى، والتي لا تقبل هذا الفعل أو السلوك وقد يترك هذا الفعل او السلوك اذى نفسي وجسدي ومادي او اجتماعي لدى الانثى التي تتعرض له (الغزوي،2022،ص.140)

التحرش الجنسي بالأطفال يعني تعرض الطفل إلى مشاهد فاضحة أو صور عارية أو تعتمد إثارته بأي شكل من الأشكال، كتعمد ملامسة جسده، بالإضافة إلى الاعتداء الجنسي المباشر عليه في صورته المعروفة الطبيعي منها والشاذ.

إن هذا المصطلح بثقله على مسامع مجتمعاتنا العربية والإسلامية ذات الطبيعة المحافظة، يدفعها المجتمعات للتعامل معها بإحدى طريقتين التهويل أو التهوين وفي الحالتين تتعامل الأسرة بجهل تام مع الظاهرة ويفقد الآباء القدرة على تقديم النصح والإرشاد إلى الأبناء، أو حتى التعامل المفترض مع أي حادثة تحرش جنسي قد يتعرض لها أطفالهم.(مرسي،2007،ص.198)

● التعريف السوسولوجي:

يعرف عكوا التحرش الجنسي بأنه ظاهرة اجتماعية موجودة في كافة المجتمعات والنساء من أكثر الفئات تعرضا للتحرش الجنسي بمختلف أشكاله ويختلف من مجتمع لآخر على حسب العادات والتقاليد والأخلاق والوازع الديني إضافة إلى المساءلة القانونية المستوجبة لمن يضبط وهو يتحرش بالأنثى في أي مكان .

وفي تعريف الورياغلي "التحرش الجنسي ظاهرة اجتماعية وسلوك ينم فيه المتحرش عن نوايا لا أخلاقية تلحق بالضحية الأذى المعنوي بوصفه تصرفا غير لائق يترجم مشاعر منحرفة ودوافع جنسية مكبوتة وقد اتفق التعريفان على أن التحرش الجنسي ظاهرة اجتماعية تعاني منها كافة المجتمعات الإنسانية يهدف من خلاله المتحرش إلى إلحاق الأذى بالضحية وأنه: يتخذ أشكالا متعددة تتنوع بين القول والفعل وأن أغلب ضحاياه من النساء، والتحرش الجنسي كظاهرة اجتماعية تنفشي في ظل غياب أو ضعف الضبط الاجتماعي. (مناش، مسعودي،2024،ص.24)

كما عرفته الأمانة العامة للأمم المتحدة في الوثيقة الرسمية (ST/SGB 5/2008) بأنه كل ما هو غير مرحب به من تلميح جنسي، أو طلب أداء خدمة جنسية، أو سلوك أو إهانة لفظية أو جسدية ذات طابع جنسي، أو أي سلوك ذي طابع جنسي يمكن اعتباره أو توقعه منطقياً كسبب لإهانة الآخرين أو إذلالهم. عندما يتعارض هذا السلوك مع العمل، أو يُجعل شرطاً من شروط التوظيف أو يخلق بيئة عمل مرعبة أو عدائية أو مهينة. هذا ويعرف برنامج العمل الخاص بالمؤتمر العالمي الأول حول استغلال الاطفال لأغراض جنسية المنعقد في ستوكهولم سنة 1996، الاستغلال الجنسي للأطفال بأنه اعتداء جنسي من طرف شخص بالغ مقابل مكافأة نقدية أو عينية للطفل أو لشخص أو عدة أشخاص آخرين، وفي هذه الحالة فإن الطفل يعامل على أنه متاع جنسي ومتاع تجاري"، كما عرف أيضاً على انه استخدام الاطفال ممن هم دون سن الثامنة عشرة لإشباع الرغبات الجنسية للبالغين (مجيد، 2017، ص.305)

تعرف ماري فرانس ايريقيان (Marie France Hirigouyen) التحرش الجنسي على أنه " ما هو إلا خطوة إضافية نحو التحرش الذهني يمس الجنسين الرجل والمرأة، لكن في أغلب الحالات الموصوفة أو المقدمة بالشكوى تتعلق خاصة بالنساء ضحية لاعتداء الرجال وفي اغلب الأحيان من طرف مسؤولهم ". والتحرش الجنسي لا يعني الوصول إلى إرضاء رغبة ذات طبيعة جنسية فقط، بل لإثبات سلطة المعتدي " واعتبار النساء كأداة للجنس (علي، حاش، 2021، ص.398)

إلى أن التحرش الجنسي ظاهرة شائعة تشمل أماكن العمل والشوارع والمؤسسات وحتى في المنزل وأن كل شخص يتعرض للتحرش من نفس الجنس أو الجنس الآخر لابد وأن يكون ضحية للتحرش من قبل رئيسه الهرمي، كما يشيرون إلى أن ما يقرب من واحدة من كل امرأتين سوف تتعرض للتحرش في مرحلة ما من حياتها المدرسية أو المهنية، ووفقاً لنفس الباحثين، فإن معظم الضحايا لا يبلغون عن أعمال التحرش لأسباب مختلفة مثل: ضغوط الأسرة، والأهمية القليلة التي تعطيها الشرطة للحقائق التي يبلغ عنها الضحايا، وعملية التعامل مع حالات التحرش والتي تكون طويلة في بعض الأحيان وغالباً ما يتم إلقاء اللوم على الضحية ووصمها في احتمالات استمرارها في العمل أو فقدان وظيفتها، ويبدو هذا متشابهاً نسبياً بين الرجال والنساء الذين عانوا من ضغوط قوية من المتحرشين بهم. (Ben Si Said, 2018, p.2)

2_ أشكال التحرش الجنسي:

هناك أشكال عديدة لظاهرة التحرش الجنسي، وهذا الاختلاف يرجع إلى طبيعة هذا الفعل، حيث قد يتخذ أشكال مختلفة باختلاف السياقات الاجتماعية والتنظيمية والبنى الثقافية للأفراد والمجتمعات، ومن أهم هذه الأشكال:

سلوك جنسي لفظي: يتضمن التعليقات والألفاظ والفكاهات الجنسية والإيحاءات والحديث الجنسي المنفتح والتعليقات على الأشخاص عن طريق الاستهزاء بأعضاء جسدية أو الكلام بأمثال شعبية أو أدبية سلوك جنسي غير لفظي: ويتضمن التعبيرات الجنسية العدوانية أو الإيحاءية كالغمز وعض الشفاه والنظرات الموحية كتركيز النظر على مفاتن المرأة.

سلوك جنسي جسدي يتضمن عدد من السلوكيات تبدأ من على الجسد والقرص والتقبيل واللمس والتحسس لأحد أعضاء الجسد والمعانقة.

ووفق شكل الفعل وطبيعته ذهب Michael demon إلى أن فعل التحرش يتضمن مجموعة من السلوكيات التي بناء عليها يختلف شكل التحرش الجنسي وهي:

التعليقات الجنسية الشكلية مثل العمر بالعين والبصيص.

التعليقات الجنسية مثل النكت والألفاظ الجنسية.

السلوك الجنسي المعتمد على اللمس.

أما ماري فرانس فقد صنف أشكال التحرش وحددها فيما يلي: سلوك الإغواء، الابتزاز الجنسي، إبداء الاهتمام الجنسي الغير مرغوب فيه التكلف الجنسي، الاعتداء الجنسي المباشر.

أما جوكلين هاندي Jooelyn Handy ذهب إلى أن التحرش بأخذ شكلين رئيسيين هما:

التحرش الجنسي الظاهر ومن خلاله يطلب رجال اتصالات جنسية من نساء بعينهن.

التحرش الجنسي القهري وفيه يقوم رجال بعينهم بممارسة بعض أفعال التحرش الجنسي البسيط ضد فتيات أو عاملات أو طالبات بهدف تخويفهن وقهرهن أو مضايقتهن بالنقاط وليس بهدف الجنس في حد ذاته.

كما أن هناك مجموعة من الباحثين صنفوا التحرش الجنسي في النظام القانوني إلى شكلين هما:

التمييط الجندري: وهذا الشكل يشير إلى أبطأ أشكال التحرش الجنسي وأقلها ضررا، وهو يتضمن مختلف التعليقات التي تقوم وتعتمد على هذا النوع ويوجهها الرجال نحو النساء وترتبط هذه التعليقات بالشكل والهيئة التي تظهر بها المرأة.

السيطرة الجندرية ويتضمن هذا الشكل التعليقات والأفعال الإذالية العروس والطلبات الجنسية لفظية كانت أو جسدية والتي تقوم على قوة الرجل وسيطرته أو السلطة التي يتخذها من مركزه الذي يفوق مركز الفتاة سواء اجتماعيا أو إداريا أو علميا. (مدوري، 2020، ص. 143-144)

3_أسباب التحرش الجنسي:

إن جريمة التحرش الجنسي مرتبطة بأسباب عديدة، منها ما يتعلق بالجانب القانوني ومنها ما هو مرتبط بالجانب الوظيفي، ومنها ما هو مرتبط بالجانب الأخلاقي والتربوي والديني، مثلما سيتم توضيحه من خلال الفقرات التالية:

عوامل قانونية:

من أسباب انتشار الظاهرة التأخر في سن القوانين المجرمة لها على الرغم من أن ذلك يُعد عملاً وقائياً، ومحاولة لمنع تحوله إلى جرائم أخرى أكثر خطورة كالاغتصاب أو هتك العرض، فتناول هذا الأمر بالوقاية والعلاج لا يتعارض مع الأخلاقيات بل بالعكس هو يدعم الأخلاقيات، وبالتالي يجب وضع قوانين وتشريعات وإجراءات وآليات لكشفه والحد منه ومعاقبة مرتكبيه بما يحول دون اعتبار التحرش الجنسي يبدو سلوكا عاديا عند البعض، فيتجذر في المجتمع ويستفحل فيه حتى يصعب القضاء عليه بعد ذلك بسهولة، وينبغي التذكير هنا أن المشرع الجزائري قد راجع نفسه بعد سنتين من بدأ تطبيق التعديل المتضمن تجريم جريمة التحرش الجنسي ورفع قيمة الغرامة أكثر مما كانت عليه في سبيل جعل عقوبة التحرش رادعة وقد أستخدمت هذه العقوبة بموجب المادة 467 مكرر فقرة 03 من قانون العقوبات المعدل بالقانون 06/23 المؤرخ في 20/12/2006 . ثم عدلت مرة أخرى بالقانون 15-19 المؤرخ

2015 في 30 ديسمبر ثم أن انعدام التوعية حتى بعد صدور النصوص المجرمة لهذه الأفعال، يحول دون سلوك المرأة للإجراءات الإدارية والقضائية من أجل وضع حد لهذه التصرفات، وسيطرة الأفكار السلبية كالخوف من الفضيحة وتلويث السمعة، وخوف المرأة من الإدانة الاجتماعية أي تحميلها المسؤولية لكونها هي التي أظهرت مفاتها وأغرت الرجل بلباسها وهندامها وشكلها و ماكياجها وما إلى ذلك، وكذا خوفها من فقد العمل وصعوبة إثبات حدوث التحرش الجنسي، مما يحول دون تقديم شكوى كل ذلك يساهم في دفع الرجل للاستمرار فيه، لأنه يعرف أن المرأة لا تجرؤ على إدانته، وهو ما يؤثر على ضحايا التحرش الجنسي ويجعلهم يتحملون مآسيهم وأوجاعهم بعزلتهم وبوحدهم خجلا أو فشلا، جهلا أو خوفا.

عوامل دينية ووظيفية:

في ظل البطالة المقنعة في بعض أماكن العمل، لا يجد العمال أو الموظفون أحيانا ما يفعلونه فيوسوس لهم الشيطان بإجراء مثل هذه التحرشات نتيجة تقارب الفضاءات عن طريق الاختلاط، ومقابل كل ذلك توجد الثقافة الاجتماعية تمنع المرأة من التحدث في هذا الموضوع حتى وإن كانت عُرضة له، خشية أن يؤثر الأمر على سمعتها ومستقبلها.

كما أن الاغتراب الثقافي الناتج عن مجتمع الفضائيات أدى إلى انتشار قيم وصور ثقافية واجتماعية غير التي يملئها علينا ديننا وثقافتنا في الماضي أثر على سلوك المرأة ومظهرها الخارجي وخروجها لعملها بزي متبرج وإظهارها لمفاتنها، قد يعتبر نوع من الغواية للرجل غير أن مدى اعتبار طريقة لباس المرأة سببا في انتشار التحرش الجنسي يقودنا للتساؤل؛ فيما إذا كانت المجتمعات التي لا عري فيها قد أوجدت الفضيلة أم أن الفضيلة هي التي تدفع إلى الترفع عن كل هذه الأمور واحترام حقوق و قدسية جسد الآخر وعدم محاولة إهانته بأي شكل من الأشكال ؟ ، فالقوانين تفرض على المتحرش أن يعرف بأن التحرش هو فعل مجرم، وأنه ملزم قانونيا ودينيا بعدم اقتراه.

وتتمثل الأسباب الوظيفية في تكتم المرأة عن الظاهرة لأسباب عقائدية وحضارية واعتقاد بعضهن خطنا أن العلاقة السلطوية تفرض احترام الرئيس نظرا لعدم معرفتها لطبيعة العلاقة التي تجمعها برئيسها، وجهلها لحقوقها القانونية.(محررق، 2020، ص.368-369)

-تتعدد أسباب ممارسة وتفشي هذا السلوك العدائي الجنسي، سنحاول فيما يلي عرض أهم الأسباب المساهمة في ظهور هذا السلوك:

-الفقر والتفاوت الطبقي وممارسة السلطة يظهر هذا في مجتمع يتناقض فيه الغنى الفاحش مع الفقر المدفع هذه التناقضات بين الطبقتين تؤدي بالأغنياء إلى استغلال النساء من الطبقة الكادحة الممارسة فعل التحرش الجنسي ، كما يهدف التحرش الجنسي إلى ممارسة السلطة النظرة الدونية للنساء ومعاملهن كأداة جنسية وهناك فكرة خاطئة شائعة بأن ممارسة التحرش الجنسي تعبير عن تصاعد الرغبة الجنسية وبالتالي ينظر إلى تلك الممارسات على أنها طبيعية ولا تمثل مشكلة اجتماعية، أما الباحثات النسويات فهن يرون أن التحرش الجنسي لا يمثل تعبير عن رغبة جنسية فحسب بل هو وسيلة لإثبات سلطة الرجال على النساء من خلال التهديد باقتراف أفعال عنيفة أو ممارسة تلك الأفعال فعليا ، كما أنه امتداد لأشكال التنميط القائمة على أساس النوع الاجتماعي ، والتحرش الجنسي ليس سلوك ذو طابع جنسي في جميع الأحوال ولكنه يتضمن بعض أساليب استغلال السلطة مثلا حينما يطلق المتحرش جنسيا بعض التعليقات حول جسد المرأة وهي تسير في الشارع دون أن يلمسها بعد ذلك نوع من أنواع الانتهاك.

-الافتقار إلى الدور التربوي للأسرة أصبح الكثير من الأسر لا تقوم بدورها تجاه أبنائها من حيث التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة وتقويم السلوك وتنمية الوازع الديني، فهؤلاء الشباب مرتكبو هذه الأفعال لم تعلموا مراعاة حدود الله ونواهيه، بل افتقدوا إلى القيم الإنسانية التي فطر عليها الإنسان كالمروءة والشهامة، كذلك تساهل الأسر في ترك فتياتهم يتبرجن في لباسهم هذا ما يجعلهن يقعن ضحايا للتحرش الجنسي. المطلب الثالث: شعور الكثير من الشباب بالضيق وعدم القدرة على تحقيق الذات: حيث أصبح الشباب يعاني من الفشل نتيجة عجزه عن تحقيق أحلامه وطموحاته نظرا لوجود الكثير من التحديات التي تعرقل أهدافه حيث يعر بأنه لا قيمة له في المجتمع حيث يخرج من إحساسه بالضيق في شكل ممارسة عنيفة ومدمرة لذاته وللآخرين من حوله فهو دائما يسعى إلى إيجاد منافذ للتعبير عن غضبه وانفعالاته الجاحمة ومن ثمة يلجأ إلى الاعتداء على الآخرين وتعد المرأة محط تنفيس عدوان الرجل لذلك يوجه إليها عنقه وعدوانه.

-التأثير السلبي لوسائل الإعلام والبرامج التلفزيونية والسينمائية أصبحت اليوم دافع للكثير من السلوكيات الغير سوية حتى ولو كانت بأسلوب غير مباشر فالكثير من هذه البرامج تصور تبث العديد من مظاهر الخيانة ممارسة الرذيلة وممارسة الرذيلة والصور الإباحية على أنها أمر عادي في المجتمع (مدوري، 2020، ص. 145-146)

يوجد العديد من الأسباب التربوية التي أدت إلى زيادة التحرش تتمثل في:

-تجاهل الصغير عند ممارسة الحق الزوجي الكثير من الأزواج يقع في مفهوم خاطئ وهو ادعاء أن الصغير لا يفهم في حين أن هذه التصرفات تجعل لدى الأبناء الرغبة في التقليد عند أول فرصة تسمح لهذا المتفرج.

-السلوكيات الخاطئة بين المحارم كالتقبيل الزائد عن الحد سواء كان بين الزوجين أو من الأب أو الأم للطفل بصورة مبالغ فيها فيعود هذا الأخير على هذا الحنان فإذا فقدته يطلبه فيكون عرضة للتحرش وفريسة سهلة عند غياب الأب أو الأم، كذلك ارتداء الملابس الغير لائقة أمام الأبناء.

-ضعف التربية الجنسية يوجد الغالبية العظمى من الآباء والأمهات لا يعملون على تربية أبنائهم جنسيا، ويعود ذلك إما إلى عدم معرفة الوالدين بأهمية هذا الأمر، وإما لعدم إتقانهم كيفية التربية الجنسية لصغارهم، وإما لأنهم لا يرون في أطفالهم الكثير من البراءة" (الحلاوي، 2019، ص 324)

4- نظريات التحرش الجنسي:

-نظرية التعلم الاجتماعي:

يلعب التعلم دورا كبيرا في تلقين مجموعة من السلوكيات والقيم والتعاليم للفرد منذ بداية نشأته من خلال عملية تعزيز سلوكيات جديدة قد تندرج ضمن العقاب الصريح أو إظهار طرق التعلم بملاحظة المجتمع من حولهم مما تعطي نتائج قد تكون ايجابية مرغوبة أو سلبية تزيد من احتمالية التقليد عن طريق المحاكاة، وطبيعة التلقين في أساليب التنشئة غالبا ما يكون منحازا إلى الرجل، يرمي إلى حصر الامتيازات والسلطة بالرجل، وذلك على حساب المرأة وإبقائها محاصرة بعوائق قانونية واجتماعية تجبرها على الخضوع للرجل.

فالتعليم يكون بناء على تجسيد أفكار مرسخة في النظام الأبوي توجب ضرورة خضوع المرأة للرجل، فالطفل بع وانجاز مهام الفطام والسيطرة على وظيفة الشرح بإشراف الأم يصادر من عالم الإناث إلى مركز العالم الذكوري، فالطفل قد تعلم منذ زمن طويل الاختلاف بين الجنسين وسرعان ما يبدأ يعيش حالة من القلق الذي يستحثه فيه أسرته وأصدقائه من اجل إدراك الامتيازات الباهظة التي تقتزن بكونه ذكرا فتتم توعيته لأهمية الشيء الصغير المتدلي والخوف من فقدان فعاليته خاصة في مجتمع ذكوري يجسد كينونته اعتبارا من فحولته لذلك يسعى الطفل منذ البداية إلى إطلاق العنان إلى سلوكياته الجنسية المنحرفة التي غالبا ما يعتبرها عن مدى رجولته، كما أن التعزيز الذي يتلقاه يساهم هو الآخر في ترسيخ ذلك السلوك المنحرف ليصبح عادة وتقليدا متأصلا به فالتحرش غالبا ما يكون نتاجا لعدم تلقين الفرد لتربية جنسية مناسبة كما هو وليد مجموع الضغوط التي عانى منها بفعل الخوف من فقدان جوهره، فنجد أن الجناة غالبا ما يكونون مطبوعين على ذلك السلوك المنحرف

-نظرية الضبط الاجتماعي:

وتعتقد نظرية الضبط الاجتماعي أن القيام بسلوكيات انحرافية ظاهرة ناتجة عن فشل السيطرة الاجتماعية على الأفراد فتبدأ بطرح رأيها عبر تساؤل غير معهود قائلة: كيف لا ينحرف الأفراد، وأمام أعينهم كل هذه المغريات ؟ فلا انحراف إذن، حسب زعمها، مكافأة اجتماعية يحصل عليها المنحرف مهما كان نوع انحرافه والأصل أن سلوك الأفراد المعتدل في النظام الاجتماعي

إنما ينشأ من سيطرة المجتمع، عن طريق القانون على تعاملهم مع الآخرين، ولكن لو ألغي القانون الهادف إلى تنظيم حياة الناس، لما حصل هذا الاعتدال الاجتماعي في السلوك، ولانحراف أفراد المجتمع بسبب الرغبات والشهوات الشخصية.

وتعتمد هذه النظرية على تجارب إميل دوركايم أيضاً، الذي أكد على أن الانحراف يتناسب عكسياً مع العلاقة الاجتماعية بين الأفراد، فالمجتمع المتماسك رحماً يتضاءل فيه الانحراف، على عكس المجتمع المنحل، فلو درسنا نسب انتحار الأفراد في المجتمع الإنساني لوحظ أنها أكثر انتشاراً في المجتمعات التي لا تقيم لصلة الرحم وزناً والمجتمعات التي لا تهتم بعلاقات القربى والعشيرة، وعلى هذا الأساس بنى رواد هذه النظرية رأيهم القائل بأن أفراد المجتمع المتماسك من ناحية العلاقات الرحمية والإنسانية أكثر طاعة للقانون وأكثر إتباعاً للقيم التي يؤمن بها من أفراد المجتمع المنحل في علاقات أفرادها الاجتماعية، وترتكز نظرية الضبط الاجتماعي التي طورها هريشي (hirschi) على أربع عناصر أساسية وهي الارتباط الانغماس الالتزام (دريدش، فارح، 2022، ص. 332).

– البعد الثقافي والاجتماعي:

لا شك أن الجنس هو فلسفة الخالق في استمرار الحياة بأنماطها المختلفة ولولا قوة الجذب بين الذكر والأنثى في الإنسان والحيوان لما حدث الالتقاء ثم الإخصاب ثم التكاثر. لذا يعتبر الجنس موضوع من المواضيع التي تثير الكثير من الجدل حولها فلا يختلف اثنان في أنه بكل أبعاده ومشاكله من المواضيع التي تهم الرجل والمرأة منذ المراهقة وحتى الكهولة. كما أن أصل كلمة جنس تعتبر ذات أصل لاتيني مستوحاة من كلمة GENIUS

كما أشار عبد الوهاب بوحدية في مؤلفه الإسلام والجنس (2001)، ص (11) إلى مفهوم الجنس ومدلوله في اللغة العربية: "فقال إن كلمة الجنس في اللغة العربية تقابل التعبير عن علاقة الذكورة والأنوثة في مدلول الكلمة الإنجليزية، لكن في معناها هي تدل على كلمة الشهوة البهيمية أو كلمة النكاح، أو غير ذلك من ألفاظ الواقعة والمس والمباشرة والمضاجعة ونحوها."

الجنس بيولوجيا الجنس غريزة بيولوجية في الإنسان مثل غيرها من الغرائز التي تتحكم به وأهمها الأكل، والنوم، وكل هذه الغرائز تهدف إلى غاية واحدة هي البقاء على الأرض. فمن الواجب بعد غريزة الشبع والري أن يوجد النسل، والنسل لا يوجد بغير قيام الغريزة بواجبها. كل شيء في الجنس

الجنس سيكولوجيا إن الجنس أو الجنسانية محددة بالسلوك ويفهم على أنه صفة أساسية مرتبطة بالشهوة والرغبة Cloutier 1994 والجنس أو الجنسانية هي الرابطة الحميمية والتي يمكن ربطها مع الآخرين، وهي الجزء الذي لا يمكن نسيانه أو إهماله من الحياة الشخصية

الجنس اجتماعياً للجنس بمعناه الشائع والعامي هو علاقة جنسية تتم بين رجل وامرأة أساساً، أي هو فعل اتصال جسدي توظف فيه أساساً الأعضاء التناسلية لكلا الجنسين، أي الرجل والمرأة دون التوقف عند أهداف هذا الاتصال

إذن الظاهرة الجنسية تتعدى على مستوى الإنسان الفرد وتأخذ أبعاداً كثيرة وذلك لارتباطها بعدة عوامل فالعلاقة بين الرجل والمرأة تتعدى العلاقة الجنسية البحتة، لكي تشكل مجموعة الروابط البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية وحتى السياسية فلا تتوقف العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة عند مجرد الإنجاب والتكاثر بل يجعل السلوك العام للفرد محاطاً بالعديد من الإحساسات والتصرفات، لذلك نجد المجتمع قد أخضع هذه العلاقة إلى تنظيمات من خلال تشريع وتقنين الزواج وتكوين أسرة، كما أن المجتمع قد أخضع وألزم أفرادها باتخاذ نظرة معينة حول الجنس تتسم بالحيلة والسرية والابتعاد عن الموضوعات التي تنطرق له وكما يعتبر عامل ربط بين الأفراد والمجتمعات إلى أنه في حالة الانحراف عن أخلاقياته فإنه يعتبر عامل هدم و الانحراف (مقلاتي، 2020، ص. 91_92)

-النظرية التنظيمية:

يركز أصحاب هذا الاتجاه على أشكال التحرش الجنسي التي تتم داخل منظمات العمل، على اعتبار - وفقا لوجهة نظرهم - أنه من أكثر أشكال التحرش انتشارا، وأشدّها خطورة على المجتمع، ويذهب رواد هذا الاتجاه إلى أن المنظمات تتضمن عدا من العوامل البنائية التي تدعم التفاوت في حيازة القوة بين الأفراد، وأن هذه العوامل تلعب الدور الحاسم في ظهور أفعال التحرش ضد النساء، ويحدد أصحاب هذه الرؤية عدد من تلك العوامل أهمها:

أ. طبيعة التدرج الوظيفي داخل مؤسسات العمل.

ب. نسبة النوع أو الجنس داخل مؤسسة العمل، أي نسبة النساء داخل أي مؤسسة مقارنة

بنسبة الرجال.

ج. مجموعة المعايير المهنية واللوائح القانونية التي تحكم مؤسسة العمل.

د. عدم كفاية الإجراءات القانونية التي تتخذها المؤسسة تجاه ما يظهر فيها من أفعال التحرش الجنسي.

ويؤكد رواد هذا الاتجاه، على أن التحرش الجنسي داخل مؤسسات العمل يمثل انتهاكا لحقوق المرأة، لما يرتبط به من تداعيات اجتماعية ونفسية واقتصادية، فقد يرتبط بمثل هذا الشكل من أشكال التحرش، دخول الأنثى في حالة من الصراع النفسي القاتل، هذا الصراع ينجم عن رفض الأنثى لأفعال التحرش الجنسي من ناحية، وخوفها من أن يتم طردها من العمل، لأنه غالبا ما تلاقي الأنثى الكثير من التعسف داخل مؤسسة عملها، أو أن يتم فصلها من العمل، إذا ما واجهت أفعال التحرش الجنسي بالرفض، وخاصة ما إذا كان هذا الفعل صادر من أحد رؤسائها في العمل، أما إذا كان فعل التحرش الجنسي صادر من أحد زملائها، فإنه قد يترتب عليه عدم قدرة الأنثى على التكيف والاستمرار داخل مؤسسة العمل مما يعرضها لترك العمل، أو إهمالها الذي يؤدي بها إلى الطرد وعلى الرغم من أهمية الأفكار التي يبنى عليها هذا الاتجاه رؤيته إلا أنها تقدم تفسيراً لبعض أفعال التحرش الجنسي داخل مؤسسة العمل، وهذا في حد ذاته يمثل شكلا لا أكثر من أشكال التحرش الجنسي، لأن التحرش الجنسي يتجسد ويحدث في أكثر من سياق اجتماعي يحدث في الأسرة ما بين المحارم وهو الشكل الذي لم تقدم له هذه الرؤية أي تفسير، ويحدث في الشارع، وفي وسائل المواصلات وغير ذلك، فالتحرش الجنسي متداخل مع العديد من مشاهد الحياة اليومية، إنه فعل مرتبط بعملية التفاعل ما بين الرجل والأنثى. (أبو دوح، عبادة، 2007، ص. 22-23)

5_ بروفيل ضحية التحرش الجنسي :

يظل تحديد بروفيل دقيق لشخصية ضحايا التحرش الجنسي أمرا في منتهى الصعوبة، إذ يمكن أن يكون أي شخص، بغض النظر عن جنسه، أو عمره، أو وضعه الاجتماعي، عرضة لهذا النوع من الاعتداء، ومع ذلك تأثر الضحية يكون بشكل متفاوت وذلك استنادا لعوامل متعددة، كتقديرها للذات ومدى توفر الدعم الاجتماعي الكافي لها، إضافة لمقدار الحاج المتحرش عليها. ويمكن حصر بعض السمات والخصائص التي تتميز بها ضحية التحرش الجنسي في ما يلي:

غالبا ما تظهر الضحية بمظهر جذاب وملابسها مميزة وملفتة للنظر.

تمتاز بالمرح وروح الدعابة، تميل للمزاح مع زملائها سواء في البيئة الدراسة أو العمل.

غالبا ما يكون كلامها عن أمورها الشخصية بشكل منفتح دون اعتبارات للخصوصية.

تظهر ضعفا في الشخصية خجولة، وتفتقر القدرة على تحمل المسؤولية، كما تتميز بالخوف من رؤسائها.

تمتلك خبرة محدودة في الحياة وفي مجال العمل.

غالباً ما تكون في سن صغيرة ومعتزة بنفسها

من الممكن أن يكون اهتمام الضحية بجمالها، والعناية بمظهرها لتكون متميزة، وأنيقة، وملفتة للنظر، أن يجعلها عرضة للتحرش الجنسي.

اعتبرت Merkin أن المرأة المتحررة من قيود الهيمنة الذكورية والقادرة على التمتع بالحرية الجنسية مثل الرجل يجعلها مستهدفة بشكل كبير من المتحرشين خاصة إذا لم تستطع مقاومتهم

يرتبط سلوك الضحية مباشرة بالتحرش بها، فعدم قدرتها على التصدي لمقدمات التحرش الأولى بقوة وحزم، يؤكد للمتحرش بأنها هدف سهل وهو ما يشجعه على مواصلة تصرفاته اللاأخلاقية.

وعموماً فإن مظهر المرأة وذوقها المثير في اللباس، واختلاطها المفرط بالزملاء، يسهم في زيادة احتمالية تعرضها للتحرش، كما أن صمتها وعدم اعتراضها عن التلميحات الجنسية يساء فهمه ويترجمه المتحرش على كونه دعوة للتحرش بها (ميروخ، 2024، ص.303)

خلاصة:

في ختام الحديث عن التحرش الجنسي، يتضح أن هذه الظاهرة تمثل تحديًا كبيرًا للمجتمعات في جميع أنحاء العالم. إن التحرش ليس مجرد اعتداء على الفرد، بل هو اعتداء على كرامة الإنسان، القيم الأخلاقية، والمبادئ الاجتماعية. يجب علينا جميعاً أن نتحد كمجتمع لنواجه هذه القضية بجدية وعزم، من خلال تعزيز الوعي، تعليم الحقوق، والتأكيد على أهمية التبليغ عن أي سلوك غير مقبول.

كما أن توفير الدعم النفسي والقانوني للضحايا يعتبر أمرًا ضروريًا لتشجيعهم على عدم السكوت عن التجارب المؤلمة التي مروا بها. ينبغي أن نعمل على تغيير الذهنيات والثقافات التي تسمح بانتشار التحرش، وبالتالي، فإن إنشاء بيئات آمنة للجميع هو واجب المجتمع.

بتعاون وتضامن الجميع، يمكننا تحقيق بيئة خالية من التحرش، حيث تُحترم حقوق الأفراد وتُعزز قيم الاحترام والمساواة. العمل على هذه القضية ليس مجرد مسؤولية فردية، بل هو واجب جماعي لنحقق تقدماً حقيقياً نحو مستقبل أفضل.

الإطار الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

للدراصة

تمهيد

1_ الدراصة الاستطلاعية

2- الدراصة الاساسية

2-1-- منهج الدراصة

2-2- الاطار المكاني و الزمني

2-3- حالات الدراصة.

تمهيد:

إن الانطلاق في أي دراسة علمية، وبخاصة تلك التي تتناول ظواهر إنسانية معقدة وحساسة، يتطلب من الباحث الاعتماد على أسس منهجية واضحة وإجراءات ميدانية دقيقة. تمر الدراسة العلمية عادة بمرحلتين متكاملتين: الأولى هي مرحلة المسح النظري واستعراض الأدبيات السابقة المتعلقة بموضوع البحث، بهدف بناء إطار معرفي متين وفهم أبعاد المتغيرات المدروسة. أما المرحلة الثانية، وهي محور اهتمام هذا الفصل، فتتمثل في الجانب الإجرائي والميداني، الذي يهدف إلى الانتقال من التنظير إلى التطبيق وجمع البيانات من الواقع الفعلي للظاهرة. ويكتسب هذا الجانب أهمية قصوى عند دراسة موضوعات شائكة كالتّي نحن بصددّها، حيث تتطلب جمع البيانات والمعلومات بطريقة منهجية ومنظمة، مع مراعاة الاعتبارات الأخلاقية والإنسانية، للوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة واختبار فرضيات البحث.

وفي هذا السياق، تخصّص الباحثان هذا الفصل لعرض الخطوات المنهجية المتبعة في الدراسة الحالية، بدءاً بالدراسة الاستطلاعية التي مهدت الطريق للدراسة الأساسية، مروراً بتحديد المنهج المعتمد وأدوات جمع البيانات التي تم استخدامها، وصولاً إلى وصف دقيق لحالات الدراسة وكيفية جمع وتحليل البيانات المتعلقة بهنّ، بهدف الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها.

تذكير بفرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى التحقق من الفرضيات التالية:

- الفرضية العامة: تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية.
- الفرضيات الإجرائية:
 - تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من مرادة أفكار انتحارية.
 - تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من الانسحاب الاجتماعي.

1-الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية خطوة تمهيدية بالغة الأهمية في مسار البحث العلمي، لا سيما عند التعامل مع موضوعات تنسم بالحساسية والصعوبة في الوصول إلى مفردات مجتمع البحث. تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف واقع الظاهرة المدروسة ميدانياً، والتعرف على التحديات المحتملة التي قد تواجه الباحث، واختبار مدى ملائمة الأدوات المنهجية المقترحة، وتحديد الإطار العام للدراسة الأساسية بشكل أكثر دقة.

وفي ظل حساسية موضوع التحرش الجنسي لدى المراهقات، وصعوبة الولوج إلى الحالات المحتملة بسبب الرفض الاجتماعي أو العائلي، لجأت الباحثتان إلى إجراء دراسة استطلاعية بهدف:

- التحقق من إمكانية الوصول إلى حالات مراهقات تعرضن للتحرش الجنسي.
- استكشاف طبيعة الصعوبات والتحديات الميدانية المتعلقة بالموضوع.
- تحديد الفئة العمرية المناسبة للدراسة.
- تجريب الأدوات المنهجية المقترحة (المقابلة ومقياس بيك للاكتئاب) بشكل مبدئي للوقوف على مدى ملائمتها وقابلية تطبيقها.
- تحديد المنهج الأنسب للدراسة الأساسية بناءً على الواقع الميداني.

1-1- خطوات الدراسة الاستطلاعية:

نظراً لطبيعة الموضوع الحساسة، واجهت الباحثتان صعوبة في الوصول المباشر للحالات عبر القنوات الرسمية أو الاستطلاع العشوائي في الأماكن العامة، حيث قوبلت المحاولات الأولية بالرفض من قبل بعض الأهالي أو الفتيات أنفسهن. لذا، اعتمدت الدراسة الاستطلاعية على الخطوات التالية:

- **اللجوء إلى العلاقات الشخصية والمعارف:** تم التواصل مع شبكة من المعارف والأصدقاء في محاولة للبحث عن معلومات حول حالات محتملة لفتيات مراهقات تعرضن للتحرش الجنسي، مع التأكيد التام على سرية المعلومات وحساسية الموقف.
- **توثيق الحالات المحتملة:** بناءً على الإفادات التي تم جمعها عبر العلاقات الشخصية، تم توثيق معلومات أولية حول ثماني (08) حالات لفتيات يُحتمل تعرضهن للاعتداء الجنسي، تتراوح أعمارهن بين 12 و 18 سنة، وينتمين لولايات مختلفة من بينها خنشلة وتبسة كمثال للمناطق التي تم استكشافها أولاً.
- **محاولة التواصل وعرض المشاركة:** تم محاولة التواصل بحذر شديد مع الحالات الموثقة أو أولياء أمورهن في بعض الأحيان، وشرح أهداف الدراسة مع التأكيد على السرية التامة والطابع العلمي البحث، وعرض أدوات جمع البيانات والتي تمثلت في المقابلة والمقياس بشكل مبدئي.
- **تسجيل ردود الفعل والموافقة:** أبدت معظم الحالات التي تم التواصل معها تردداً كبيراً أو رفضاً للمشاركة، وهو ما عكس حساسية الموضوع والخوف من التبعات الاجتماعية أو النفسية. ومع ذلك، وافقت حالتان فقط على المشاركة في الدراسة الأساسية بعد فهم أهدافها والتأكد من ضمانات السرية.

1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن مجموعة من النتائج الهامة التي وجهت مسار الدراسة الأساسية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- **تأكيد حساسية الموضوع وصعوبة الوصول للحالات:** أكدت التجربة الميدانية الأولية مدى صعوبة دراسة هذا الموضوع في المجتمع المحلي بسبب الوصمة الاجتماعية المرتبطة به ورفض العائلات أو الفتيات أنفسهن الخوض فيه.
- **تحديد المنهج الأنسب:** نظراً لقلّة عدد الحالات التي أبدت استعدادها للمشاركة والصعوبة البالغة في الوصول إلى عينة أكبر، تبين أن منهج دراسة الحالة هو الأنسب لهذه الدراسة، كونه يسمح بالتعمق في فهم تجربة كل حالة على حدة بشكل مفصل.
- **تحديد حالات الدراسة الأساسية:** تم تحديد الحالتين اللتين وافقتا على المشاركة، واللّتين ستشكلان محور الدراسة الأساسية.
- **تأكيد الفئة العمرية:** تراوحت أعمار الحالات التي تم التعرف عليها بين 12 و 18 سنة، مما أكد ملائمة التركيز على هذه الفئة العمرية (المراهقة).
- **تجريب الأدوات:** تم عرض وتجريب محاور المقابلة ومقياس بيك للاكتئاب بشكل مبدئي، وتبين أنهما أدوات مناسبة لجمع المعلومات المطلوبة، مع ضرورة تطبيقها في جو من الثقة والسرية والحذر الشديد.
- **توجيه البحث:** أكدت الدراسة الاستطلاعية على ضرورة الاعتماد على مصادر موثوقة مثل العلاقات الشخصية الموثوقة أو المختصين في حال التمكن من الوصول إليهم لاحقاً لجمع بيانات دقيقة تخدم أهداف البحث، مع الالتزام الصارم بالمعايير الأخلاقية.

بناءً على هذه النتائج، تم الانتقال إلى الدراسة الأساسية مع تبني منهج دراسة الحالة والاعتماد على الأدوات التي تم اختبارها مبدئياً.

2- الدراسة الأساسية:

بناءً على نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أبرزت صعوبة الوصول إلى عينة كبيرة بسبب حساسية الموضوع، وتماشياً مع هدف البحث الرامي إلى الفهم العميق لتجربة المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي وتظاهراتهن الاكتئابية، تم اعتماد منهج دراسة الحالة لإجراء الدراسة الأساسية.

2-1- المنهج المتبع في الدراسة:

إن طبيعة الموضوع المدروس، الذي يركز على فهم تجربة ذاتية عميقة ومعقدة (التظاهرات الاكتئابية) ناتجة عن حدث صادم (التحرش الجنسي) لدى فئة عمرية حساسة (المراهقات)، تفرض على الباحث اختيار منهج يسمح بالغوص في أعماق هذه التجربة الفردية. لذا، تم اعتماد منهج دراسة الحالة.

ويعرف منهج دراسة الحالة بأنه استراتيجية بحثية تجريبية "تستقصي ظاهرة معاصرة بعمق وفي سياقها الواقعي، خاصة عندما تكون الحدود بين الظاهرة والسياق غير واضحة المعالم بشكل جلي" (Yin, 2018, p. 15).

ويركز هذا المنهج على فهم الديناميكيات الحالية في إعدادات حياتية فردية أو ضمن مجموعات صغيرة، مما يجعله مناسباً لاستكشاف الظواهر المعقدة التي يصعب فصلها عن بيئتها.

ويعد هذا المنهج الأنسب عندما يكون الهدف هو "تطوير فهم متعمق للحالة (أو الحالات المتعددة) من خلال جمع بيانات شاملة وغنية بالتفاصيل من مصادر معلومات متعددة" (Creswell&Poth, 2018, p. 97).

فهو يتيح للباحث استكشاف الحالة بشكل كليوي تفاصيلها الدقيقة، والكشف عن تعقيدات وتشابكات العوامل المؤثرة في الظاهرة المدروسة ضمن سياقها الطبيعي، مما يوفر رؤية قيمة حول "كيف" و "لماذا" تحدث الأمور على النحو الذي تحدث به.

وتعتبر دراسة الحالة وسيلة للبحث والكشف الدقيق عن "المكون الداخلي والخارجي الذي يسمح بفهم الحالة الفردية، وتهدف إلى إبراز تاريخ حياة الفرد وعلاقته بالوضعيات الحرجة التي تتطلب قراءات من مستويات مختلفة". (Pedinielli, 1999, P87)

كذا وتسمح بفحص الحياة الكلية للحالة مع التركيز على جوانب معينة منها، وتساعد على صياغة تحليل شامل يوضح طبيعة وأبعاد الظاهرة المدروسة في سياقها الفردي والاجتماعي.

وقد تم اختيار هذا المنهج في دراستنا الحالية لأنه الأقدر على تحقيق أهداف البحث في فهم طبيعة التظاهرات الاكتئابية لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي، من خلال جمع بيانات غنية ومتعمقة باستخدام أدوات متنوعة كالمقابلة العيادية والملاحظة وتطبيق المقاييس النفسية، ومن ثم تحليل هذه البيانات بشكل متكامل للكشف عن الديناميات النفسية الكامنة وراء هذه التظاهرات.

2-2- الإطار المكاني والزمني:

نظراً للصعوبات التي واجهت الباحثين في إيجاد حالات مستعدة للمشاركة في ولايتيها الأصلية، وبعد بحث مكثف والتواصل عبر شبكة العلاقات الشخصية، تم تحديد حالتين للدراسة تنتميان لولايتين مختلفتين. أجريت الدراسة الميدانية مع الحالة الأولى في ولاية تبسة (دائرة العوينات) ومع الحالة الثانية في ولاية باتنة. وقد استغرقت عملية جمع البيانات الميدانية من تطبيق للمقابلات وتطبيق المقياس فترة شهر واحد، امتدت من 01 فيفري 2025 إلى غاية 28 فيفري 2025، وذلك نظراً لضيق الوقت المحدد لإنجاز البحث والصعوبات المرتبطة بالتنقل والتنسيق مع الحالتين.

2-3- حالات الدراسة:

تضمنت الدراسة الأساسية حالتين (02) من المراهقات اللاتي تعرضن للتحرش الجنسي وتوفرت فيهن الشروط المحددة للدراسة (و الشروط التي وضعت كانت هي أن يكون العمر ضمن مرحلة المراهقة، التعرض لتجربة التحرش الجنسي، والموافقة على المشاركة). تم الوصول إلى هاتين الحالتين بعد جهود بحثية مكثفة ومواجهة العديد من الرفض من قبل حالات أخرى أو أهاليهن، مما استدعى التنقل بين الولايات والاستعانة بالمعارف لتسهيل التواصل وبناء الثقة.

2-4- أدوات الدراسة:

لجمع البيانات اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها، تم الاعتماد على مجموعة متكاملة من الأدوات التي تتناسب مع المنهج العيادي ودراسة الحالة، وهي كالتالي:

2-4-1- الملاحظة العلمية:

تُعد الملاحظة العلمية ركناً أساسياً في البحث العيادي، وهي "حصيلة عمليات عدة يمكن بواسطتها إيجاد نموذج للتحليل نبدأه بفرضية ومفاهيم، ويخضع للتجربة للوقائع الملحوظة حيث تجتمع الكثير من المعلومات حول الحالة" (الطيب، 2003، ص. 180).

وتُعرّف أيضاً بأنها "توجيه الحواس للمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه" (سامي ملحم، 2010، ص. 276).

في دراستنا الحالية، تم الاعتماد على الملاحظة المباشرة وغير المشاركة، حيث قامت الباحثتان بملاحظة وتسجيل السلوكيات غير اللفظية والتعبيرات الانفعالية والإيمائية للحالتين أثناء إجراء المقابلات وتطبيق مقياس الاكتئاب. شملت الملاحظة جوانب مثل: نبرة الصوت، التواصل البصري، لغة الجسد (حركات اليدين، تلملم الجلوس، قضم الأظافر، بل الشفاه)، مظاهر التوتر أو الحزن أو القلق، درجة التعاون، وأي سلوكيات أخرى بدت ذات دلالة لفهم الحالة النفسية للمفحوصة. وقد تم استخدام هذه الملاحظات كبيانات كيفية مساندة تثري فهم استجابات الحالات وتساعد في تفسير نتائج الأدوات الأخرى.

2-4-2- المقابلة نصف المقابلة:

في هذه الدراسة، تم الاعتماد على المقابلة العيادية نصف الموجهة ويعرف هذا النوع من المقابلات بأنه "لقاء بين الفاحص والمفحوص وجهاً لوجه، بغرض جمع المعلومات عن الحالة والتعرف على تعبيراتها الانفعالية وآرائها من خلال حديثها، وذلك بجعل الحالة تعبر بحرية وتبدلي برأيها حول موضوع معين من خلال محاور محددة وفق ترتيب معين" (ملحم، 2000، ص. 75).

وتتميز المقابلة نصف الموجهة بأنها تجمع بين مرونة المقابلة الحرة أي تسمح للمفحوص بالتعبير عن نفسه وتلقائية الاستجابات و كذا هدفية المقابلة الموجهة حيث تضمن تغطية جميع المحاور المتعلقة بموضوع البحث، مما يسمح بجمع أكبر قدر من المعلومات العميقة والغنية ذات الصلة بالدراسة دون الخروج عن إطار الموضوع الأساسي. (Chilland, 1983, P119)

• محاور المقابلة نصف الموجهة:

لضمان تغطية جوانب المشكلة المدروسة وجمع بيانات تخدم فرضيات البحث، تم تحديد المحاور الرئيسية التالية للمقابلة:

• المحور 1: الأفكار الانتحارية

- حدثني قليلاً عن نفسك... كيف كانت حياتك قبل أن يحدث ذلك الأمر؟
- وماذا تغير بعد أن حدث؟ كيف أصبحت أحوالك؟
- كيف يمضي يومك عادة؟ ما هي الأمور التي تشغل بالك باستمرار؟
- هل هناك أوقات تشعرين فيها بالاختناق أو أنك غير قادرة على التحمل؟
- عندما تكونين بمفردك، ما الذي يدور في ذهنك؟ هل هناك أفكار لا تفارقك؟
- هل تشعرين أحياناً بأنك مرهقة تماماً، وتتمنين فقط أن تنامي ولا تستيقظي؟
- هل راودك الإحساس بأنك لا ترغبين في الاستمرار، وكأنك تودين فقط أن تختفي؟
- عندما تكونين شديدة الغضب، ما الذي تفكرين في فعله؟ كيف تعبرين عما بداخلك؟
- هل خطرت لك من قبل فكرة إيذاء نفسك؟ أو هل قمت بشيء من هذا النوع؟

المحور 2: الانسحاب الاجتماعي

1. عندما تنظرين إلى علاقاتك مع الآخرين قبل الحادثة وبعدها، هل لاحظت تغيرات؟ ما نوع هذه التغيرات؟
2. هل أصبحت تفضلين العزلة أكثر مما كنت عليه سابقاً؟ وما الذي تغير في الأنشطة التي كنت تقومين بها أو الأماكن التي كنت تزورينها؟
3. هل تشعرين بصعوبة في التواصل مع أصدقائك أو معارفك بعد ما حدث لك؟ كيف يكون شعورك عندما تكونين في وسط مجموعة من الناس؟
4. كيف أثرت الحادثة التي مررت بها على رغبتك في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية؟ هل شعرت برغبة في الانسحاب أو الابتعاد؟
5. هل واجهت صعوبة في تكوين صداقات جديدة أو الحفاظ على العلاقات القديمة؟ ما السبب في ذلك: الخوف، الإحراج، أم فقدان الثقة؟
6. عندما تتعاملين مع الأشخاص الذين كنت قريبة منهم قبل الحادثة، هل ما زلت تشعرين بالراحة معهم كما كنت من قبل؟

2-4-3- تحليل المحتوى (المضمون):

نظراً للطبيعة الكيفية للبيانات التي تم جمعها من خلال المقابلة العيادية، تم اللجوء إلى أسلوب تحليل المحتوى لمعالجتها بشكل منهجي وموضوعي. و يُعرّف تحليل المحتوى بأنه "تحويل الكيفي الذي يسرده المفحوص عن حالته إلى ما هو كمي من أجل تسهيل التحليل، وهو أسلوب منهجي يهدف إلى الوصف الموضوعي والمنظم والكمي للمحتوى الظاهر للاتصال. (Mucchielli, 1977)

ويؤكد روجي ميكيلي (R. Mucchielli) على ضرورة توفر شروط أساسية في تحليل المحتوى لضمان دقته العلمية، وهي:

- **الموضوعية:** اعتبار المحتوى بيانات قابلة للدراسة العلمية، بعيداً عن الذاتية.
- **الشمولية:** الإلمام بجميع جوانب المحتوى المراد تحليله دون إغفال أي جانب هام.
- **المنهجية:** إتباع خطوات دقيقة ومنظمة في عملية التحليل للوصول إلى الهدف.
- **الكمية:** التعبير عن النتائج بقيم عددية (تكرارات، نسب) تسمح بإجراء حسابات ومقارنات دقيقة (Mucchielli, 1977, P17).

وتعتمد طريقة تحليل المحتوى على تحليل الخطاب الشفوي، المسجل والمنسوخ كتابياً بهدف إعطاء معنى ومدلول لبيانات المقابلة. وحسب ميكيلي، يتم تقطيع النص إلى وحدات تحليل تساعد على الاستثمار الموضوعي للمعطيات. ثم يتم تصنيف هذه الوحدات ضمن فئات رئيسية، تكون متطابقة مع المؤشرات أو الأبعاد الرئيسية لموضوع الدراسة وفرضياتها.

وقد حدد داف الثلاث عمليات رئيسية في تحليل المحتوى:

- **الترميز: (Coding)** تحويل المعطيات الخام بواسطة التقطيع والتجميع والإحصاء.
- **الوحدات: (Units)** تقطيع المحتوى إلى شرائح لتسهيل التحليل.
- **الأصناف/الفئات: (Categories)** تجميع الوحدات المتشابهة تحت صنف أو فئة تعكس مفهوماً أعم يرتبط بفرضيات الدراسة (R. Daval, 1967, P485).

سيتم تطبيق تحليل المحتوى على نصوص المقابلات المنسوخة مع الحالتين، من خلال تحديد وحدات المعنى، وتصنيفها ضمن فئات مستمدة من محاور المقابلة وفرضيات الدراسة، ثم حساب تكرارات هذه الفئات ونسبها المئوية، وصولاً إلى تفسير النتائج الكمية والكيفية المستخلصة.

2-4-4- مقياس بيك للاكتئاب: (Beck Depression Inventory – BDI-II)

- **تعريف المقياس:**

يُعد مقياس بيك للاكتئاب (BDI) واحداً من أكثر أدوات التقرير الذاتي استخداماً وشهرة في قياس شدة الأعراض الاكتئابية. تم تطوير النسخة الأولى منه عام 1961 بواسطة آرونبيك (Aaron T. Beck) وزملائه، بناءً على الملاحظات السريرية لأعراض المرضى المصابين بالاكتئاب. خضع المقياس لعدة مراجعات وتعديلات، وصولاً إلى النسخة الثانية المعدلة (BDI-II) التي نشرت عام 1996 لتتوافق بشكل أفضل مع معايير تشخيص الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. (DSM-IV)

تتكون النسخة المستخدمة في هذه الدراسة (BDI-II) من 21 بنداً، يمثل كل بند عرضاً من الأعراض المعرفية،

الوجدانية، الجسدية، والدافعية للاكتئاب. يتضمن كل بند أربع عبارات متدرجة في الشدة (من 0 إلى 3)، يختار المفحوص منها العبارة التي تصف حالته ومشاعره بشكل أفضل خلال الأسبوعين الماضيين، بما في ذلك يوم التطبيق. يتراوح زمن التطبيق عادة بين 5 إلى 10 دقائق. (زيري، 2005، ص. 344). (Beck et al., 1996)

• معايير المقياس :

0-9 لا يوجد اكتئاب

10-15 اكتئاب بسيط

16-23 اكتئاب متوسط

24-36 اكتئاب شديد

37 فاكتر اكتئاب شديد جدا

• الخصائص السيكومترية:

- عالمياً: يتمتع مقياس (BDI-II) بخصائص سيكومترية قوية تم التحقق منها في العديد من الدراسات عبر ثقافات مختلفة. فقد أظهر المقياس مستويات مرتفعة من الثبات بطريقة الاتساق الداخلي (تراوح معامل ألفا كرونباخ بين 0.80 و 0.90)، وثباتاً زمنياً جيداً عند إعادة الاختبار بفواصل زمنية قصيرة. (Wang, 1996) (Beck et al., 1996) &Gorenstein, 2013)

كما يتمتع المقياس بصدق تلازمي مرتفع من خلال ارتباطه الإيجابي مع مقاييس أخرى للاكتئاب وصدق تنبئي جيد في التنبؤ بخطر تطور اضطرابات اكتئابية، بالإضافة إلى بنية عاملية واضحة تميز بين الأعراض المعرفية-العاطفية والأعراض الجسدية. (Steer et al., 1999) (Beck et al., 1996)

- محلياً (في البيئة الجزائرية): لضمان ملاءمة استخدام المقياس في السياق الجزائري، تم الاعتماد على دراسة سيكومترية أعدها معوش عبد الحميد (كمذكرة ماجستير بجامعة ورقلة) على عينة من طلبة الثانويات بولاية المسيلة. وقد أشارت نتائج دراسته إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية مقبولة في البيئة الجزائرية، مما يدعم استخدامه في الدراسة الحالية التي تستهدف فئة عمرية مشابهة (المراهقات في المرحلة الثانوية أو المتوسطة).

ملاحظة حول التطبيق: تم تطبيق المقياس على الحالتين، مع الأخذ في الاعتبار أن عمر الحالة الثانية (14 سنة) أقل بقليل من الحد الأدنى الموصى به عادة (15 سنة)، ولكن نظراً لقرب العمر ولعدم توفر أداة بديلة مناسبة ومقننة محلياً، تم اتخاذ قرار باستخدام النسخة القياسية BDI-II مع تفسير النتائج بحذر.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة وتحليل النتائج

1- عرض المقابلة مع الحالة 1

2- عرض المقابلة مع الحالة 2

3- تحليل النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات

4_ الاستنتاج العام

5- خاتمة

1- عرض المقابلة مع الحالة الأولى:

1-1-1-دراسة الحالة الأولى:

1-1-1: المعلومات الشخصية:

الإسم	ف. ل.
السن	15 سنة
الجنس	أنثى
المستوى الدراسي	سنة أولى ثانوي (شعبة آداب)
عدد الإخوة	(04) بنتان وولدان
الرتبة بين الإخوة	الكبرى
مهنة الأب	عامل يومي (دخل غير ثابت)
مهنة الأم	ماكثة في البيت
الوضع الإقتصادي	صعب (أقل من المتوسط، سكن إيجار)
سوابق مرضية	لا توجد (فقط شعور بالتعب مؤخراً)

1-1-2-ملخص الحالة:

ف. ل. مراهقة تبلغ من العمر 15 عاماً، تدرس بالسنة الأولى ثانوي (شعبة آداب). هي الابنة الكبرى في أسرة مكونة من ستة أفراد (الأبوين وأربعة إخوة آخرين)، تعيش الأسرة في ظروف اقتصادية صعبة وتعتمد على دخل الأب غير الثابت كعامل يومي، مما يسبب توتراً وخلافات أسرية متكررة. كانت ف. ل. قبل تعرضها للتجربة الصادمة، طالبة متفوقة دراسياً، نشيطة اجتماعياً، وتستمتع بالقراءة والرسم.

تعرضت ف. ل. للتحرش الجنسي (لفظي وجسدي متكرر) من قبل أحد الجيران في الحي القديم الذي كانت تسكنه الأسرة، وذلك عندما كان عمرها 13 عاماً، واستمر الأمر بشكل متقطع لأكثر من سنة إلى أن انتقلت الأسرة. لم تخبر ف. ل. أي شخص بما حدث لها خوفاً من اللوم أو عدم التصديق أو الفضيحة وردة فعل الأهل.

تركت هذه التجربة آثاراً نفسية وسلوكية عميقة على ف. ل، حيث بدأت تعاني من أعراض اكتئابية واضحة تشمل الحزن الدائم ("حزينة بزاف")، والشعور بالاختناق وعدم القدرة على التحمل ("إيه، بزاف مرات نحس روحي مخنوقة، وكأن الدنيا ضاقت بيا. نحس روحي مانقدرش نتحمل أكثر"). وعندما تكون بمفردها، تراودها "أفكار كحلة بزاف" وتعاود التفكير في "الحادثة"، وتشعر بـ"الذنب والخوف". تطور لديها شعور قوي باليأس وتقني الموت بشكل متكرر، حيث اعترفت بتردد: "إيه... ساعات نحس روحي تعبانة لدرجة نتمنى نرقد وما نوضش"، وبصوت منخفض: "ساعات... نحس باللي الحياة ما عندها حتى معنى، ونتمنى نختفي". كما تطورت لديها أفكار حول إيذاء نفسها، حيث قالت: "كي نغضب بزاف... ساعات نحس روحي حابة نضر روحي"، واعترفت: "إيه... جاتني أفكار... بصح ما درت والو."

أصبحت تميل بشكل كبير إلى العزلة الاجتماعية، فبعد أن كانت "اجتماعية ونضحك"، أصبحت الآن "نحب نقعد وحدي وما نهدرش مع الناس"، وقالت: "راني نحب نقعد وحدي، جددت روعي من نهار لي تعرضت للتحرش". وفقدت الرغبة في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية ("ماعنديش خلاص الرغبة في المشاركة، نحب غير نبعد ونجبد روعي") أو الأنشطة التي كانت تستمتع بها ("ما وليتش نخرج ولا ندير حوايج كنت نحبهم"). وتشعر بصعوبة في التواصل مع الآخرين، حيث "نحس روعي ماشي مرتاحة، نخاف من حكم الناس عليا. نحس روعي غريبة وسطهم"، كما تواجه صعوبة في الثقة بالآخرين ("ماعنديش ثقة في الناس كيما بكري. صعب عليا نتق في واحد"). حتى مع الأشخاص الذين كانت قريبة منهم سابقاً، لم تعد تشعر بالراحة، قائلة: "لا، ماشي كيما بكري. حتى مع القريين نحس بحاجز، وما نقدرش نكون على طبيعتي".

1-1-3- المقابلة مع الوالدين:

أظهرت المقابلة مع الوالدين إدراكاً وقلقاً متزايداً تجاه حالة ابنتهما. الأم بدت قلقة جداً ومدركة لعمق معاناة ابنتها، واصفة إياها بأنها "تعايني بزاف، تبانلي حزينة ويائسة. مزاجها يتبدل بسرعة، وولات حساسة بزاف". ولاحظت التغيرات السلوكية والانفعالية بوضوح، مثل أنها "تبدلت خلاص، ولات ما تاكلش مليح، وما ترقدش مليح. ديما سرحانة وتحمم، ماشي معانا خلاص". وأشارت إلى أنها "أغلب الوقت تبان تعبانة وفاقدة الرغبة في كلش". عبرت عن شعورها بأن "كاين سر كبير راهو معذبها. قلبي موجوع عليها، وحاسة بيها باللي راهي تتألم"، وأن "هذا التغيير كامل جا مورا هذاك المشكل". وأبدت قلقاً شديداً بشأن "صحتها النفسية، قرايتها اللي تراجع، وعزلتها هذي"، معربة عن أملها في أن "ترجع تضحك وتلعب كيما كانت".

الأب، من ناحية أخرى، أقر بأن ابنته "تبدلت، ولات ماشي كيما كانت. ساعات نشوفها ساكنة بزاف ومهمومة، والمورالتاعها طايح". ولاحظ أنها "ولات تحب تقعد وحدها بزاف في البيت، وماغندهاشقوسطولحتى حاجة. تبان ديما تحمم"، وأنها "تبان عيانة بزاف، وحتى قرايتها تراجع. ما ولاتش تحوس على القراية كيما بكري". اعترف بأنه "في الأول ما كنتش مدي أهمية، بصح درك قلقتني الحالة"، وأنه "أكيد كاين حاجة مقلقتها ومأثرة عليها، هذي ماشي بنتي اللي نعرفها". وقلقه الرئيسي كان منصباً على "مستقبلها وقرايتها"، وخوفه "عليها من هذي الحالة اللي راهي فيها"، ورغبته في أن "ترجع كيما كانت".

1-1-4- النقاط الحساسة في المقابلة والملاحظة مع الحالة 1:

بناءً على المقابلات والملاحظة المباشرة للحالة (ف. ل)، تم رصد النقاط التالية ذات الأهمية:

- **الحزن العميق واليأس:** ظهرت علامات الحزن ("حزينة بزاف") وفقدان المعنى في الحياة ("الحياة ما عندها حتى معنى") بشكل واضح في حديثها.
- **العزلة والانسحاب الاجتماعي الشديد:** أكدت ميلها القوي للبقاء وحيدة ("نحب نقعد وحدي") وتجنب التفاعل مع الناس والأنشطة الاجتماعية.
- **مشاعر الذنب والخوف:** عبرت عن شعورها بالذنب والخوف عند التفكير في الحادثة التي مرت بها.
- **الأفكار الانتحارية:** كشفت المقابلات عن وجود أفكار انتحارية واضحة، بما في ذلك تمنى الموت ("نتمنى نرقد وما نوضش"، "نتمنى نختفي")، والتفكير في إيذاء النفس ("حابة نضر روعي"، "جاتني أفكار")، رغم عدم وصولها لمرحلة المحاولة الفعلية. ما يمنعهما هو الخوف على أسرتها والخوف من الله.

- **فقدان اللذة: (Anhedonia)** بدا واضحاً فقدانها للاهتمام والاستمتاع بالأنشطة التي كانت تحبها سابقاً ("ماعديش رغبة في حتى حاجة"، "ما وليتش ندير حوايج كنت نحبهم").
- **الشعور بالاختناق وعدم التحمل:** عبرت عن شعورها بالضيق الشديد وعدم قدرتها على تحمل المزيد.
- **تأثير الصدمة على العلاقات وفقدان الثقة:** أشارت إلى تغير علاقاتها وصعوبة الثقة بالآخرين، والشعور بوجود حاجز حتى مع المقربين.
- **الإرهاق الجسدي والنفسي:** وصفت شعورها بأنها "ثقيلة" و"تعبانة". (الأم أكدت أنها "ما تاكلش مليح، وما ترقدش مليح").

1-1-5- عرض نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة:

تم تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) على الحالة (ف. ل.) لتقييم شدة الأعراض الاكتئابية التي تعاني منها. ويوضح الجدول التالي الدرجات التي حصلت عليها الحالة في كل بند من بنود المقياس:

رقم البند	الدرجة المحصلة	رقم البند	الدرجة المحصلة
(01) الحزن	2	(02) التشاؤم	3
(03) الفشل	3	(04) فقدان الاستمتاع	3
(05) الذنب	1	(06) الشعور بالعقاب	1
(07) عدم الرضا عن النفس	1	(08) لوم الذات	2
(09) الأفكار الانتحارية	2	(10) البكاء	3
(11) التهيج/التوتر	1	(12) فقدان الاهتمام بالآخرين	3
(13) صعوبة اتخاذ القرار	2	(14) صورة الجسم	1
(15) صعوبة العمل/الإرهاق	3	(16) اضطراب النوم	3
(17) التعب	1	(18) فقدان الشهية	1
(19) فقدان الوزن	2	(20) الانهماك بالصحة	3
(21) فقدان الاهتمام بالجنس	1	المجموع الكلي	42

التعليق على نتائج المقياس:

حصلت الحالة (ف. ل.) على درجة كلية قدرها 42 على مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) ووفقاً لتصنيف درجات المقياس المعتمد (حيث تشير الدرجات 30 فما فوق أو 37 فما فوق إلى اكتئاب شديد إلى شديد جداً)، فإن هذه الدرجة المرتفعة جداً تشير إلى أن الحالة تعاني من أعراض اكتئابية شديدة جداً.

تتوافق هذه النتيجة الكمية بشكل كبير مع البيانات الكيفية التي تم جمعها من خلال المقابلة والملاحظة، حيث أظهرت الحالة العديد من الأعراض تمثلت في :

- الأعراض المعرفية : التشاؤم، الشعور بالفشل، لوم الذات، صعوبة التركيز واتخاذ القرار، و أفكار انتحارية.
- الأعراض الوجدانية : الحزن الشديد، البكاء، فقدان الاستمتاع، التوتر، فقدان الاهتمام بالآخرين.
- الأعراض الجسدية/ و غياب الدافعية : صعوبة العمل، الإرهاق، اضطرابات النوم والشهية، فقدان الوزن، الانهماك بالمشكلات.

هذا و تشير الدرجات المرتفعة بشكل خاص في بنود التشاؤم (3)، الفشل (3)، فقدان الاستمتاع (3)، البكاء (3)، فقدان الاهتمام بالآخرين (3)، صعوبة العمل (3)، واضطراب النوم (3) إلى شدة المعاناة في هذه الجوانب. كما أن الحصول على درجة (2) في بند الأفكار الانتحارية يؤكد على وجود هذه الأفكار ويتطلب اهتماما.

1-1-6- تحليل مضمون المقابلة:

لتحليل مضمون المقابلات التي أجريت مع الحالة (ف. ل) بشكل منهجي، تم اتباع الخطوات التالية:

أ- قراءة وتفرغ المقابلات.

ب- تحديد وحدات المعنى (الأفكار أو العبارات الدالة).

ج- تصنيف هذه الوحدات ضمن الفئات المستمدة من محاور المقابلة وفرضيات الدراسة.

د- وحساب تكراراتها ونسبها المئوية.

1-1-6-1- تجميع الخطاب في وحدات دالة وتصنيفها:

من خلال المقابلة مع الحالة ف.ل، قمنا باستخلاص الوحدات التالية:

1. كنت تلميذة عادية.
2. نقرا مليح (أدائي الدراسي كان جيداً).
3. كنت نحب نروح للمدرسة (مشاعري إيجابية تجاه المدرسة).
4. حياتي كانت بسيطة.
5. (حياتي كانت) هادئة.
6. (حياتي كانت) مع عائلتي .
7. كل شي تبدل (تغير شامل).
8. وليت منعزلة (تغير في السلوك الاجتماعي).
9. (وليت) حزينة بزاف (تغير في المزاج).
10. ماعنديش رغبة في حتى حاجة (فقدان الدافعية/الاهتمام).
11. نحس روحي ثقيلة (شعور جسدي/نفسي بالثقل).
12. يومي فارغ.
13. نفوتو (اليوم) راقدة (قضاء الوقت في النوم).
14. (أو نفوتو اليوم) قاعدة وحدي (قضاء الوقت في العزلة).

15. ديما نخمم في اللي صرا (تفكير مستمر في الحادثة).
16. (وديما نخمم في) نظرة الناس ليا (انشغال بنظرة الآخرين).
17. إيه، بزاف مرات نخس روحي مخنوقة (شعور متكرر بالاختناق).
18. (نخس) وكأن الدنيا ضاقت بيا (إدراك لضيق الوضع).
19. نخس روحي مانقدرش نتحمل أكثر (شعور بنفاد القدرة على التحمل).
20. كي نكون وحدي، تحيني أفكار كحلة بزاف (طبيعة الأفكار عند الوحدة).
21. نخمم في الحادثة (محتوى الأفكار عند الوحدة: الحادثة).
22. نخس بالذنب (محتوى المشاعر عند الوحدة: الذنب).
23. (وأحس ب) الخوف (محتوى المشاعر عند الوحدة: الخوف).
24. (بتردد) إيه... ساعات نخس روحي تعبانة لدرجة (شعور بالإرهاق الشديد).
25. (لدرجة) نتمنى نرقد وما نوضش (تمنى الموت السلبي/الهروب بالنوم).
26. (بصوت منخفض) ساعات... نخس باللي الحياة ما عندها حتى معنى (فقدان معنى الحياة).
27. (وساعات... أتمنى) نتمنى نختفي (تمنى الاختفاء/عدم الوجود).
28. كي نغضب بزاف، نبكي وحدي (التعبير عن الغضب بالبكاء).
29. (أو كي نغضب بزاف) نخبط حاجة (التعبير عن الغضب بسلوك تدميري بسيط).
30. ساعات نخس روحي حابة نضر روحي (أفكار إيذاء النفس مرتبطة بالغضب).
31. (بتردد وصمت قصير) إيه... جاتني أفكار (إيذاء النفس) (الاعتراف بوجود الأفكار).
32. بصح ما درت والو (نفي القيام بفعل إيذاء النفس).
33. (تتهرب من الإجابة المباشرة) هي مجرد أفكار... تمر في راسي وصايي (الإقرار الضمني بوجود أفكار حول الوسيلة مع التقليل من أهميتها).
34. (بنبرة حزينة) لا... ما وصلتشلهذيك المرحلة (نفي وجود محاولة فعلية).
35. نخاف على والديا (عامل مانع: الخوف على الوالدين).
36. (نخاف) على خاوتي (عامل مانع: الخوف على الإخوة).
37. ونخاف من ربي (عامل مانع: الخوف من الله/الوازع الديني).
38. مرات نهدر مع يما شوية (اللجوء المحدود للأم للدعم).
39. بصح ماشي كل شي (عدم مشاركة كل التفاصيل مع الأم).
40. نخس روحي وحدي أغلب الوقت (الشعور بالوحدة رغم وجود الأم).
41. إيه، تبدلت بزاف (حدوث تغير كبير في العلاقات).
42. قبل كنت اجتماعية (وصف السلوك الاجتماعي قبل الحادثة: اجتماعية).
43. (قبل كنت) نضحك (وصف المزاج/السلوك قبل الحادثة: مرحة).
44. دوكا وليت نخب نقعد وحدي (تغير في التفضيل الاجتماعي: تفضيل الوحدة).
45. (ودوكا وليت) ما نهدر مع الناس (تغير في السلوك التواصل: قلة الكلام مع الناس).
46. نعم، "راني نخب نقعد وحدي" (تأكيد تفضيل العزلة).
47. "جبدت روحي من نهار لي تعرضت للتحرش" (ربط الانسحاب بحدث التحرش كسبب مباشر).
48. ما وليتش نخرج (توقف عن الخروج).

49. (وما وليتش) ندير حوايج كنت نحبههم (توقف عن ممارسة الأنشطة الممتعة سابقاً).
50. نحس روحي ماشي مرتاحة (الشعور بعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية).
51. نخاف من حكم الناس عليا (الخوف من تقييم الآخرين).
52. نحس روحي غريبة وسطهم (الشعور بالاغتراب الاجتماعي).
53. أثرت بزاف (تأثير كبير للحادثة على الرغبة في المشاركة).
54. ماعنديش خلاص الرغبة في المشاركة (فقدان تام للرغبة في المشاركة).
55. نحب غير نبعد (الرغبة في الابتعاد).
56. (وأحب أن) أجبد روحي (الرغبة في الانسحاب).
57. كلهم (تعدد أسباب صعوبة العلاقات: الخوف، الإحراج، فقدان الثقة).
58. الخوف (كسبب محدد لصعوبة العلاقات).
59. الإحراج (كسبب محدد لصعوبة العلاقات).
60. ماعنديش ثقة في الناس كيما بكري (فقدان الثقة بالناس كسبب).
61. صعب عليا نتق في واحد (صعوبة بناء الثقة بشكل عام).
62. لا، ماشي كيما بكري (تغير الشعور بالراحة مع المقربين).
63. حتى مع القريين نحس بحاجز (وجود حاجز نفسي مع المقربين).
64. ما نقدرش نكون على طبيعتي (عدم القدرة على التصرف بعفوية مع المقربين).

1-6-2- توزيع الوحدات الدالة على الفئات التصنيفية:

فئة السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم

- وصف الحالة قبل الحدث الصادم (مؤشرات إيجابية وسوية):
1، 2، 3، 4، 5، 6، 42، 43. (التكرار = 8)
- الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم (ما بعد):
7، 41، 53. (التكرار = 3)

(إجمالي تكرار الفئة = 11)

فئة الأعراض الاكتئابية:

- المزاج المكتئب (حزن، يأس، فراغ، غضب):
9، 11، 12، 17، 18، 19، 20، 23، 28، 29. (التكرار = 10)
- فقدان الاهتمام والاستمتاع: (Anhedonia)
10، 49. (التكرار = 2)
- اضطرابات النوم (أرق، كوابيس):
13 (التكرار = 1)

- نقص الطاقة/الإرهاق:

24. (التكرار = 1)

- صعوبات معرفية (تركيز، ذاكرة، قرار):

15، 16، 21. (التكرار = 3)

- مشاعر الذنب/انعدام القيمة/لوم الذات:

22. (التكرار = 1)

(إجمالي تكرار الفئة = 18)

فئة الانسحاب الاجتماعي:

- تفضيل الوحدة/العزلة:

8، 14، 40، 44، 45، 46، 47. (التكرار = 7)

- تجنب الأنشطة/التجمعات/الأماكن:

48، 49، 54، 55، 56. (التكرار = 5)

- صعوبة التواصل/الشعور بعدم الارتياح مع الآخرين:

50، 52، 62، 63، 64. (التكرار = 5)

- صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات:

38، 39، 57، 58، 59، 60، 61. (التكرار = 7)

- الشعور بعدم الفهم/الخوف من حكم الآخرين:

51. (التكرار = 1)

(إجمالي تكرار الفئة = 25)

فئة التشاؤم والأفكار الانتحارية:

- النظرة السوداوية للمستقبل/اليأس/التشاؤم:

26. (التكرار = 1)

- أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت:

25، 27. (التكرار = 2)

- التفكير في إيذاء النفس:

30، 31. (التكرار = 2)

- التفكير في وسيلة انتحارية:

33. (التكرار = 1)

- العوامل المانعة/أسباب التراجع:

32، 34، 35، 36، 37. (التكرار = 5)

(إجمالي تكرار الفئة = 11)

1-1-6-3-تجميع وحدات المضمون في فئات تصنيفية وجدولتها :

الجدول (1): تكرارات ونسب الفئات الرئيسية لمقابلة الحالة

النسبة المئوية(%)	التكرار	الفئة التصنيفية الرئيسية
16.92%	11	1.السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم
27.69%	18	2.الأعراض الاكتئابية
38.46%	25	3.الانسحاب الاجتماعي
16.92%	11	4.التشاؤم والأفكار الانتحارية
100%	65	المجموع الكلي

ملاحظة: المجموع الكلي للتكرارات هو 65 نظراً لوجود وحدة دالة واحدة (رقم 49) تم ترميزها ضمن فئتين فرعيتين تنتميان لفئتين رئيسيتين مختلفتين (الأعراض الاكتئابية والانسحاب الاجتماعي).

الجدول (2): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" للحالة

النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)	التكرار	الفئة الفرعية للسياق الحياتي وتأثير الحدث
72.73%	8	وصف الحالة قبل الحدث الصادم (مؤشرات إيجابية وسوية)

الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم (ما بعد)	3	27.27%
المجموع	11	100%

الجدول (3): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الأعراض الاكتئابية" للحالة

النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)	التكرار	الفئة الفرعية للأعراض الاكتئابية
55.56%	10	المزاج المكتئب (حزن، يأس، فراغ، غضب)
11.11%	2	فقدان الاهتمام والاستمتاع (Anhedonia)
5.56%	1	اضطرابات النوم (أرق، كوابيس)
5.56%	1	نقص الطاقة/الإرهاق
16.67%	3	صعوبات معرفية (تركيز، ذاكرة، قرار)

مشاعر الذنب/انعدام القيمة/لوم الذات	1	5.56%
المجموع	18	100%

الجدول (4): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الانسحاب الاجتماعي" للحالة

الفئة الفرعية للانسحاب الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)
تفضيل الوحدة/العزلة	7	28.00%
تجنب الأنشطة/التجمعات/الأماكن	5	20.00%
صعوبة التواصل/الشعور بعدم الارتياح مع الآخرين	5	20.00%
صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات	7	28.00%
الشعور بعدم الفهم/الخوف من حكم الآخرين	1	4.00%

المجموع	25	100%
---------	----	------

الجدول (5): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" للحالة:

الفئة الفرعية للتشاؤم والأفكار الانتحارية	التكرار	النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)
النظرة السوداوية للمستقبل/اليأس/التشاؤم	1	9.09%
أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت	2	18.18%
التفكير في إيذاء النفس	2	18.18%
التفكير في وسيلة انتحارية	1	9.09%
العوامل المانعة/أسباب التراجع	5	45.45%
المجموع	11	100%

1-1-6-4-التعليق على نتائج الجداول :

يُقدم التحليل الكمي لمحتوى المقابلة مع الحالة (ف.ل)، كما هو موضح في الجداول من (1) إلى (5)، رؤية أكثر دقة لتركيز حديثها وأبعاد معاناتها.

بالنظر إلى الجدول (1) الذي يوضح توزيع التكرارات على الفئات الرئيسية، يتضح أن فئة "الانسحاب الاجتماعي" هي الأكثر هيمنة في حديث الحالة، حيث شكلت ما نسبته 38.46% من إجمالي الوحدات الدالة المستخلصة. يليها مباشرة فئة "الأعراض الاكتئابية" بنسبة 27.69% وتشكل هاتان الفئتان معاً (الانسحاب الاجتماعي والأعراض الاكتئابية) نسبة كبيرة جداً (66.15%) من مجمل اهتمامات الحالة كما عبرت عنها، مما يؤكد التداخل العميق بين معاناتها النفسية وتأثير ذلك على سلوكها الاجتماعي. أما فئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" وفئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" فقد حصلتا على نسب متقاربة وأقل (16.92% لكل منهما)، ومع ذلك فإن وجودهما يعكس أهمية فهم خلفية الحالة والتفكير المقلق الذي تمر به.

يُظهر الجدول (2) الخاص بفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" أن الجزء الأكبر من حديث الحالة ضمن هذا المحور (72.73%) كان يصف حياتها "قبل الحدث الصادم" بمؤشرات إيجابية وسوية (طالبة عادية، تحب الدراسة، حياتها بسيطة وهادئة، اجتماعية ومرحة). وهذا يؤكد على حجم التغيير الذي طرأ عليها، والذي تم التعبير عنه بشكل عام في فئة "الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم" التي شكلت 27.27% من تكرارات هذا المحور.

عند تفصيل فئة "الأعراض الاكتئابية" (الجدول 3)، يتصدر "المزاج المكتئب (حزن، يأس، فراغ، غضب)" القائمة بشكل واضح، حيث استحوذ على 55.56% من تكرارات هذه الفئة، مما يعكس شدة المعاناة الوجدانية للحالة. تليه "الصعوبات المعرفية (تركيز، ذاكرة، قرار)" بنسبة 16.67%، ثم "فقدان الاهتمام والاستمتاع" (Anhedonia) بنسبة 11.11%. بينما ظهرت الأعراض الأخرى مثل "نقص الطاقة/الإرهاق"، "اضطرابات النوم"، و"مشاعر الذنب" بتكرار واحد لكل منها (5.56%)، ولم تظهر أي إشارة مباشرة لاضطرابات الشهية أو الوزن. هذا التوزيع يشير إلى أن الجانب الوجداني (الحزن والاختناق) والجانب المعرفي (صعوبة التركيز واجترار الأفكار) هما الأبرز في تعبير الحالة عن اكتئابها.

بالنسبة لفئة "الانسحاب الاجتماعي" (الجدول 4)، فإن "تفضيل الوحدة/العزلة" و"صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات" هما المظهران الأكثر بروزاً، حيث حصل كل منهما على نسبة 28.00% من تكرارات هذه الفئة. ويليهما مباشرة وينسب متساوية "تجنب الأنشطة/التجمعات/الأماكن" و"صعوبة التواصل/الشعور بعدم الارتياح مع الآخرين" (بنسبة 20.00% لكل منهما). أما "الشعور بعدم الفهم/الخوف من حكم الآخرين" فقد ظهر بتكرار أقل (4.00%). هذه النتائج ترسم صورة واضحة لميل الحالة الشديد نحو الانعزال وتدهور علاقاتها الاجتماعية نتيجة لتجربتها.

أما فئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" (الجدول 5)، فتكشف عن جانب مقلق للغاية في تجربة الحالة. تظهر "العوامل المانعة/أسباب التراجع" كأكثر الفئات الفرعية تكراراً بنسبة 45.45%، مما قد يمثل نقطة قوة أو بصيص أمل. ومع ذلك، فإن وجود "أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت" و"التفكير في إيذاء النفس" بنسبة 18.18% لكل منهما، بالإضافة إلى "التفكير في وسيلة انتحارية" و"النظرة السوداوية للمستقبل/اليأس/التشاؤم" بنسبة 9.09% لكل منهما، يؤكد على خطورة الوضع النفسي للحالة والحاجة الملحة للتدخل.

وأخيراً، بشكل عام، يؤكد تحليل مضمون المقابلة مع الحالة (ف.ل) على معاناتها الشديدة من أعراض اكتئابية واضحة، وانسحاب اجتماعي كبير، بالإضافة إلى أفكار تشاؤمية وانتحارية مقلقة، وذلك بعد تعرضها للحدث الصادم، مقارنة بحياة طبيعية وهادئة كانت تعيشها سابقاً. تبرز هيمنة الانسحاب الاجتماعي والأعراض الاكتئابية في حديثها مدى تأثير حياتها اليومية وعلاقاتها بهذه التجربة.

2- عرض المقابلة مع الحالة 2:

1-2 دراسة الحالة الثانية:

1-2-2 المعلومات الشخصية:

الإسم :	خ. د.
السن :	14 سنة
الجنس:	أنثى
المستوى الدراسي	سنة رابعة متوسط (منقطعة عملياً، معيدة للسنة)
عدد الإخوة :	(05)
الرتبة بين الإخوة:	الثالثة (الوسطى)
مهنة الأب	عامل يومي (يعاني من اضطراب عقلي ويرفض العلاج)
مهنة الأم:	ماكينة في المنزل (تعاني من أمراض مزمنة)
الوضع الإقتصادي	صعب جداً (فقر، تحت خط الفقر)
سوابق مرضية :	لا توجد (فقط شعور دائم بالتعب والإرهاق)

2-2-2 ملخص الحالة 2:

خ. د. مراهقة تبلغ من العمر 14 عاماً، وهي الثالثة في أسرة مكونة من ثمانية أفراد (الأبوين وستة أبناء). تعيش الأسرة في ظروف فقر مدقع وبيئة منزلية شديدة الاضطراب والعنف. يعاني الأب من اضطراب عقلي حسب وصف الأم والابنة و يرفض العلاج، ويتسم بنوبات غضب عنيفة وتكسير للممتلكات، مما يخلق جواً من الخوف الدائم. الأم تعاني من أمراض مزمنة و هي مرض سكري و مرض ضغط الدم وتتحمل عبء الأسرة بمفردها، مما يجعلها منهكة جسدياً ونفسياً. كما يعاني الأخ الأكبر من إدمان المخدرات، والأخت الكبرى غير مهتمة بشؤون الأسرة.

نشأت خ. د. في هذا الجو المشحون بالإهمال العاطفي، وغياب الأمان، والعنف، والفقر. وصفت حياتها بأنها "جامي كانت ساهلة"، مشيرة إلى أن "الدار دوماً فيها المشاكل والصوت العالي". وذكرت أنه حتى "قبل ما الأمور تزيد تتعقد، كنت نحاول نقرا شوية بصح راسي دوماً معمر."

بعد تفاقم الأوضاع، أو ما عبرت عنه بـ"بعد أن حدث"، تغيرت أحوالها بشكل جذري، حيث قالت: "كل شي زاد كحال. وليت ما نحمّلش الدار، وما نحمّلش روعي. دخلت في حوايج ماشي ملاح باش نهرب برك". ويمضي يومها عادة في محاولة الخروج من المنزل والتفكير في "المشاكل تاعنا، في بابا، وفي كيفاش نجيب دراهم."

تركت هذه الظروف والتجارب الصادمة آثاراً نفسية وسلوكية عميقة على خ.د.، حيث بدأت تعاني من أعراض اكتئابية واضحة تشمل الشعور بالاكتئاب وعدم القدرة على التحمل ("إيه، بزاف. نحس روعي مخنوقة، وكأن الدنيا كامل فوق ظهري. ساعات نحس روعي خلاص، ما نقدرش نزيد"). وعندما تكون بمفردها، تراودها "أفكار واعة" وتساؤلات حول جدوى حياتها ("علاش أنا عايشة هكذا؟ واش الفائدة؟ ساعات نقول لو كان نرتاح وخلاص"). تطور لديها شعور قوي باليأس وتعني الموت بشكل متكرر، حيث قالت: "ساعات نكون عيانة لدرجة نقول يا ريت نرقد وما نزيدش نوض"، و"شحال من مرة... نحس باللي نموت خير من هذي العيشة. نتمنى نغيب وما يشفونيش". كما تطورت لديها أفكار حول إيذاء نفسها، حيث اعترفت: "إيه... جاتي أفكار... ومرات... درت حوايج خفاف باش نفرغ غضي."

أصبحت تميل بشكل كبير إلى الانسحاب من العلاقات الاجتماعية "السوية" والبحث عن بدائل، ف"قبل كنت نحاول نكون مع الناس العاديين، بصح من بعد وليت مع جماعة أخرى. الناس 'الملاح' ما يفهمونيش". سلوكها لم يعد يميل للعزلة بقدر ما هو "نهرب من الدار ونروح مع صحابي. وليت نروح لأماكن والديا ما يحبوهاش". وفقدت الرغبة في المشاركة في الأنشطة "السوية" مثل الدراسة أو الجمعيات، وأصبحت تبحث عن "حوايج أخرى 'تسيني'". صداقاتها القديمة "راحت"، أما الجديدة فهي مع من "قبلوني كيما راني"، وتشعر بصعوبة في الثقة بالناس عموماً ("ما نوثقش بسهولة في الناس").

2-2-3- المقابلة مع الوالدين:

أظهرت المقابلة مع الوالدين تبايناً صارخاً في إدراكهما وموقفهما من حالة ابنتهما. الأم بدت قلقة جداً ومدركة لعمق الأزمة، واصفة ابنتها بأنها "راحت فيها خلاص، مسكينة. ديما مقلقة ومعصبة، وساعات تبان يائسة من كلش". ولاحظت التغيرات السلوكية والانفعالية بوضوح مثل عدم الرغبة في الدراسة ("ما كانتش تحب تقرا")، وكثرة الخروج ("بدات تخرج بزاف")، وأنها "ما تقعدش في الدار". عبرت عن شعورها بأن ابنتها "تحملت فوق طاقتها" بسبب "الفقر والمشاكل تاع بوها، وزيد 'دارت صحبة ماشي مليحة'". وأشارت إلى أن "هذاك الشاب اللي استغلها وهي صغيرة كان القشة اللي قسمت ظهر البعير". وأبدت قلقاً شديداً بشأن "المخدرات اللي سمعت بيها، مستقبلها الضايغ"، وخوفها عليها "من الشارع ومن الناس اللي ما تخافش ربي". واعترفت بصعوبة مراقبتها ("ما كنتش نقدر نراقبها مليح").

الأب، من ناحية أخرى، بدا رافضاً تماماً للاعتراف بوجود مشكلة نفسية أو سلوكية لدى ابنته، وركز بشكل أكبر على أنها "برك ماشي مربية وما تسمعش الهدرة" و"فنيانة وما تحبش تتعب". أنكر وجود مشاكل في البيت ("ما كاش مشاكل، هما لي ما يسمعوش")، وكان يميل إلى إلقاء اللوم على "الدلال الزايد" و"قلة التربية والدلال تاع أمها". موقفه عكس إنكاراً للمسؤولية، وكان قلقه الرئيسي منصباً على "عصيانها وقلة احترامها" له، وأنها "لازم تسمع كلامي وتترى، هذا ماكان."

2-2-4- النقاط الحساسة في المقابلة والملاحظة مع الحالة 2:

كشفت المقابلات والملاحظة المباشرة للحالة (خ. د) عن عدة نقاط حساسة وهامة:

- **اليأس العميق وفقدان الأمل:** ظهرت علامات اليأس العميق في تساؤلاتها عن جدوى حياتها ("علاش أنا عايشة هكذا؟ واش الفائدة؟") ورغبتها في "الراحة" من الحياة.
- **الشعور بالاختناق وعدم التحمل:** عبرت بشكل متكرر عن شعورها بالاختناق وأنها "ما نقدرش نزيد".
- **الانسحاب من العلاقات "السوية" واللجوء لرفقة بديلة:** أكدت ابتعادها عن "الناس الملاح" ولجوءها إلى "جماعة أخرى" و"صحابها" الذين "قبلوني كيما راني"، كمحاولة للهروب من واقعها والبحث عن انتماء.
- **الأفكار الانتحارية والسلوكيات المرتبطة بإيذاء الذات:** كشفت المقابلات عن وجود أفكار انتحارية واضحة، حيث تمت الموت بشكل متكرر ("يا ريت نرقد وما نزيدشنوض"، "نموت خير من هذي العيشة")، واعترفت بالقيام بـ"حوايح خفاف باش نفرغ غضبي". ما يمنعها من التنفيذ هو التفكير في والدتها والخوف.
- **فقدان اللذة (Anhedonia) والبحث عن سلوكيات هروبية:** بدا واضحاً فقدانها للاهتمام بالدراسة أو الأنشطة الإيجابية، ولجوءها إلى "حوايح ماشي ملاح باش ننسى".
- **الهروب من الواقع الأسري المؤلم:** دافعها الأساسي للخروج هو "نهرب من الدار" بسبب "المشاكل والصوت العالي" وعدم تحملها للبيت أو لنفسها فيه.
- **صعوبة الثقة بالآخرين:** أشارت إلى أنها "ما نتقش بسهولة في الناس".
- **التمرد الخفي والتحدي:** ظهر في بعض إجاباتها نبرة تحدٍ ("وما دخلك؟") تعكس رفضاً للوضع أو شعوراً بعدم الفهم.
- **القلق المستمر بشأن الوضع المادي والأسري:** من الأمور التي تشغل بالها باستمرار "المشاكل تاعنا، في بابا، وفي كيفاش نجيب دراهم".

2-2-5- عرض نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة:

تم تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) على الحالة (خ. د) ويوضح الجدول التالي الدرجات التي حصلت عليها الحالة في كل بند من بنود المقياس:

رقم البند	الدرجة المحصلة	رقم البند	الدرجة المحصلة
(01) الحزن	3	(02) التشاؤم	3
(03) الفشل	3	(04) فقدان الاستمتاع	2
(05) الذنب	2	(06) الشعور بالعقاب	3
(07) عدم الرضا عن النفس	3	(08) لوم الذات	3
(09) الأفكار الانتحارية	2	(10) البكاء	2
(11) التهيج/التوتر	2	(12) فقدان الاهتمام	3
		بآخريين	

3	(14) صورة الجسم	3	(13) صعوبة اتخاذ القرار
2	(16) اضطراب النوم	3	(15) صعوبة العمل/الإرهاق
1	(18) فقدان الشهية	3	(17) التعب
2	(20) الانهماك بالصحة	1	(19) فقدان الوزن
49	المجموع الكلي	0	(21) فقدان الاهتمام بالجنس

التعليق على نتائج المقياس:

حصلت الحالة (خ. د) على درجة كلية قدرها 49 على مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) هذه الدرجة تقع ضمن المدى الأعلى لشدة الاكتئاب، وتشير بوضوح إلى أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد جداً.

تتوافق هذه النتيجة الكمية مع الانطباعات السريرية وبيانات المقابلة التي كشفت عن معاناة شديدة وعميقة. تظهر الدرجات المرتفعة (3) في عدد كبير من البنود التي تعكس عديد من الأعراض تمثلت في :

- الأعراض المعرفية : التشاؤم، الفشل، عدم الرضا عن النفس، لوم الذات، صعوبة اتخاذ القرار.
- أعراض صورة الجسد والأعراض الوجدانية: الحزن، الشعور بالعقاب، فقدان الاهتمام بالآخرين.
- الأعراض الجسدية و فقدان الدافعية: صعوبة العمل، التعب.

كذا فإن الحصول على درجة (3) في بند الشعور بالعقاب قد يعكس مشاعر الذنب العميقة أو ربما الشعور بأنها تُعاقب على أخطائها أو على وضعها. كما تشير درجة (2) في بند الأفكار الانتحارية إلى وجود هذه الأفكار بشكل مقلق. درجة (0) في بند الاهتمام بالجنس قد تكون غير دقيقة نظراً لعمر الحالة أو قد تعكس فعلاً انشغالها بمشاكل أخرى أكثر إلحاحاً، أو أن تجربتها مع التحرش كانت سلبية لدرجة قمعها لهاته الرغبات.

بشكل عام، يؤكد المقياس شدة الحالة الاكتئابية التي تعيشها خ. د من بعد التحرش التي وقعت ضحية له وتداخل هذا التحرش مع مشاكل أخرى كالإدمان والظروف الأسرية الصعبة وتجربة الاستغلال.

2-2-6- تحليل مضمون المقابلة:

لتحليل مضمون المقابلات التي أجريت مع الحالة (خ.د) بشكل منهجي، تم اتباع الخطوات التالية:

أ- قراءة وتفريغ المقابلات.

ب- تحديد وحدات المعنى (الأفكار أو العبارات الدالة).

ج- تصنيف هذه الوحدات ضمن الفئات المستمدة من محاور المقابلة وفرضيات الدراسة.

د- وحساب تكراراتها ونسبها المئوية.

2-2-6-1- تجميع الخطاب في وحدات دالة وترقيمها مع الحالة :

من خلال المقابلة مع الحالة خ.د، قمنا باستخلاص الوحدات التالية:

بالتأكيد، إليك الوحدات الدالة الـ 75 من المحاولة الثالثة لتقطيع مقابلة الحالة (خ.د)، مرتبة ومرقمة من 1 إلى 75:

1. حياتي جامي (أبدأ) كانت سهلة.
2. الدار دima فيها المشاكل.
3. (الدار دima فيها) الصوت العالي.
4. قبل ما الأمور تزيد تتعقد .
5. كنت نحاول نقرا شوية.
6. بصح راسي دima معمر.
7. كل شي زاد كحال.
8. وليت ما نحملش الدار.
9. (وليت) ما نحملشروحي.
10. دخلت في حوايج ماشي ملاح.
11. (دخلت في حوايج ماشي ملاح) باش نهرب برك.
12. نوض صباح، إذا نضت.
13. نشوف كيفاش نخرج من الدار.
14. نخمم في المشاكل تاينا.
15. (نخمم) في بابا.
16. (نخمم) في كيفاش نجيب دراهم.
17. إيه، بزاف.
18. نحس روجي مخنوقة.
19. وكأن الدنيا كامل فوق ظهري.
20. ساعات نحس روجي خلاص.
21. ما نقدرش نزيد.
22. كي نكون وحدي، تجيني أفكار واعرة.
23. علاش أنا عايشة هكذا؟
24. واش الفائدة؟
25. ساعات نقول لوكان نرتاح وخلاص.
26. (بتردد) إيه...
27. ساعات نكون عيانة لدرجة
28. (لدرجة) نقول يا ريت نرقد
29. (ويا ريت) ما نزيدشنوض.
30. (بصوت منخفض) شحال من مرة...

31. نحس باللي نموت خير من هذي العيشة.
32. نتمنى نغيب.
33. (أتمنى) ما يشفونيش.
34. كي نتقلقبزاف، نعط.
35. (أو كي أتقلق بزاف) نخرج.
36. (و) مانوليش.
37. ساعات نروح ندير حوايج ماشي ملاح.
38. (أقوم بسلوكيات سلبية) باش ننسى.
39. (صمت قصير) إيه... جاتي أفكار (إيذاء النفس).
40. ومرات... (تتردد)
41. درت حوايج خفاف.
42. (قمت بأفعال إيذاء ذاتي خفيفة) باش نفرغ غضبي.
43. (تتهرب) مجرد أفكار سوداء..
44. تجي وتروح.
45. ما خممتش مليح.
46. (بنبرة فيها تحدٍ خفيف) وما دخلك؟
47. بصح لا، ما لحقتشلهديك.
48. مرات نخم في يما.
49. (أفكر في) كيفاش راح يصرا فيها.
50. ومرات نخاف.
51. عندي صحباتي.
52. بصح كل واحد بمشاكلو.
53. نهدر معاهم بصح ماشي كل شي.
54. قبل كنت نحاول نكون مع الناس العاديين.
55. بصح من بعد وليت مع جماعة أخرى.
56. الناس "الملاح" ما يفهمونيش.
57. ماشي عزلة .
58. قد ما هي (بقدر ما هو الدافع هو) نهرب من الدار.
59. (أهرب من الدار) ونروح مع صحابي.
60. وليت نروح لأماكن والديا ما يحبوهاش.
61. نحس روحي ماشي كيفهم.
62. كأني من عالم آخر.
63. ما عنديش واش نهدر معاهم.
64. ما بقاتش عندي رغبة في حوايج القراية.
65. (ما بقاتش عندي رغبة في) الجمعيات.

66. وليت نخوس على حوايج أخرى.
67. (أبحث عن أنشطة بديلة) "تنسبي".
68. الصداقات القديمة راحت.
69. الجدد...
70. هوما اللي قبلوني كيما راني.
71. ما نوثقش بسهولة في الناس.
72. ماكانش بزاف ناس كنت قريبة منهم.
73. وحتى لو كان.
74. كل شي تبدل.
75. ما نقدرش نرجع كيما كنت.

2-2-6-2- توزيع الوحدات الدالة على الفئات التصنيفية:

فئة السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم:

وصف الحالة قبل الحدث الصادم (أو في سياق حياتها الصعب بشكل عام):

1، 2، 3، 4، 5، 6. (التكرار = 6)

الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم (أو تصاعد سوء الأوضاع):

7، 8، 9، 10، 11، 71، 74، 75. (التكرار = 8)

(إجمالي تكرار الفئة = 14)

فئة الأعراض الاكتئابية:

المزاج المكتئب (حزن، يأس، فراغ، غضب، كره ذات):

9، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 34، 35، 36. (التكرار = 11)

فقدان الاهتمام والاستمتاع: (Anhedonia)

64، 65. (التكرار = 2)

اضطرابات النوم (أرق، كوابيس، نوم هروبي/زائد):

12، 28. (التكرار = 2)

نقص الطاقة/الإرهاق:

27. (التكرار = 1)

صعوبات معرفية (تركيز، ذاكرة، قرار):

13، 14، 15، 16. (التكرار = 4)

(إجمالي تكرار الفئة = 20)

فئة الانسحاب الاجتماعي والانهيار في رفقة السوء:

الانسحاب من العلاقات/البيئة السوية (وتفضيل الهروب):

54، 56، 57، 58. (التكرار = 4)

الانهيار في رفقة السوء/البديلة وتجنب الأنشطة السوية:

37، 38، 55، 59، 60، 66، 67، 69، 70. (التكرار = 9)

صعوبة التواصل/الشعور بالاعتزاز عن "الناس العاديين":

61، 62، 63. (التكرار = 3)

صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات (خاصة السوية منها، ومحدودية الدعم من الرفقة الحالية):

51، 52، 53، 68، 71، 72. (التكرار = 6)

(إجمالي تكرار الفئة = 22)

فئة التشاؤم والأفكار الانتحارية:

النظرة السوداوية للمستقبل/اليأس/التشاؤم:

24. (التكرار = 1)

أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت:

25، 26، 29، 30، 31، 32، 33. (التكرار = 7)

التفكير في إيذاء النفس (مع أفعال إيذاء الذات):

39، 40، 41، 42. (التكرار = 4)

التفكير في وسيلة انتحارية (بشكل غامض):

43، 44، 45. (التكرار = 3)

العوامل المانعة/أسباب التراجع (مع وجود تحدي/رفض):

46، 47، 48، 49، 50. (التكرار = 5).

(إجمالي تكرار الفئة = 20)

2-2-6-3- جميع وحدات المضمون في فئات تصنيفية وجدولتها :

الجدول (6): تكرارات ونسب الفئات الرئيسية لمقابلة الحالة

النسبة المئوية(%)	التكرار	الفئة التصنيفية الرئيسية
18.42%	14	1.السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم
26.32%	20	2.الأعراض الاكتئابية
28.95%	22	3.الانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة سوء
26.32%	20	4.التشاؤم والأفكار الانتحارية
100%	76	المجموع الكلي

ملاحظة: المجموع الكلي للتكرارات هو 76 نظراً لوجود وحدة دالة واحدة (رقم 9) تم ترميزها ضمن فئتين فرعيتين تنتميان لفئتين رئيسيتين مختلفتين.

الجدول (7): تكرار نسب الفئات الفرعية لفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" للحالة

النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)	التكرار	لفئة الفرعية للسياق الحياتي وتأثير الحدث
42.86%	6	وصف الحالة قبل الحدث الصادم (أو في سياق حياتها الصعب بشكل عام)
57.14%	8	الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم (أو تصاعد سوء الأوضاع)
100%	14	المجموع

الجدول (8): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الأعراض الاكتئابية" للحالة

الفئة الفرعية للأعراض الاكتئابية	التكرار	النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)
المزاج المكتئب (حزن، يأس، فراغ، غضب، كره ذات)	11	55.00%
فقدان الاهتمام والاستمتاع (Anhedonia)	2	10.00%
اضطرابات النوم (أرق، كوابيس، نوم هروبي/زائد)	2	10.00%
نقص الطاقة/الإرهاق	1	5.00%
صعوبات معرفية (تركيز، ذاكرة، قرار)	4	20.00%
المجموع	20	100%

الجدول (9): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "الانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة السوء" للحالة

النسبة المئوية من إجمالي الفئة (%)	التكرار	الفئة الفرعية للانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة السوء
18.18%	4	الانسحاب من العلاقات/البيئة السوية (وتفضيل الهروب)
40.91%	9	الانخراط في رفقة السوء/البديلة وتجنب الأنشطة السوية
13.64%	3	صعوبة التواصل/الشعور بالاغتراب عن "الناس العاديين"
27.27%	6	صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات (خاصة السوية منها، ومحدودية الدعم من الرفقة الحالية)
100%	22	المجموع

الجدول (10): تكرارات ونسب الفئات الفرعية لفئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" للحالة

النسبة المئوية من إجمالي الفئة(%)	التكرار	الفئة الفرعية للتشاؤم والأفكار الانتحارية
5.00%	1	النظرة السوداوية للمستقبل/اليأس/التشاؤم
35.00%	7	أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت
20.00%	4	التفكير في إيذاء النفس (مع أفعال إيذاء الذات)
15.00%	3	التفكير في وسيلة انتحارية (بشكل غامض)
25.00%	5	العوامل المانعة/أسباب التراجع (مع وجود تحدي/رفض)
100%	20	المجموع

2-2-6-4- التعليق على نتائج الجداول:

يكشف التحليل الكمي المفصل لمضمون المقابلات مع الحالة (خ. د) عن توزيع مختلف قليلاً في تركيز الحديث مقارنة بالحالة الأولى، ولكنه لا يقل مأساوية. بحيث يشير الجدول (6) الخاص بالفئات الرئيسية إلى فئة "الانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة السوء" هيال أكثر هيمنة فيحديث الحالة، حيث شكلت نسبة 28.95%. وتتقاسم فئة "الأعراض الاكتئابية" و"التشاؤم و الأفكار الانتحارية"

المرتبة الثانية بشكل متساوٍ تقريباً، بنسبة 26.32% لكل منهما. هذا التوزيع يعكس التشابك الوثيق بين مشكلات الانسحاب عن المجتمع السوي، و المعاناة الاكتئابية، واليأس الشديد. أم فئة "السياق الحياتي و تأثير الحدث الصادم" فقد شكل نسبة 18.42%، مما يشير إلى أهمية الخلفية الأسرية الصعبة وتراكم الصدمات فيفهم حالتها الراهنة.

يُظهر الجدول (7) الخاص بفئة "السياق الحياتي وتأثير الحدث الصادم" أن الجزء الأكبر من حديث الحالة ضمن هذا المحور (57.14%) مايتصف "الإدراك العام للتغيير والأثر الشامل للحدث الصادم (أو تصاعد سوء الأوضاع)"، ثم في ذلك كرهها لذاتها ومنزلها وانخراطها في سلوكيات الهروب. بينما شكل "وصف الحالة قبل الحدث الصادم (أو في سياق حياتها الصعب بشكل عام)" نسبة 42.86%، مؤكداً على أن حياتها لم تكن سهلة أبداً وأنها كانت تعيش في بيئة أسرية مضطربة حتى قبل تفاقم الأمور.

بينما عند تفصيل فئة "الأعراض الاكتئابية" (الجدول 8)، يبرز "المزاج المكتئب (الذي يتسم بكره الذات، الغضب، اليأس، والاختناق)" بشكل كبير جداً، حيث استحوذ على 55.00% من تكرارات هذه الفئة. تليه "الصعوبات المعرفية (التركيز على الهروب والمشاكل)" بنسبة 20.00% وتأتي "فقدان الاهتمام والاستمتاع" (Anhedonia) و "اضطرابات النوم" بنسب أقل (10.00% لكل منهما)، و"نقص الطاقة/الإرهاق" بأقل نسبة (5.00%) من اللافت غياب أي إشارة صريحة لمشاعر الذنب أو لوم الذات، مما قد يعكس آلية دفاعية أو أن مشاعر كره الذات والغضب واليأس هي الطاغية. هذا يشير إلى أن المعاناة الوجدانية المتمثلة في المشاعر السلبية الحادة تجاه الذات والواقع، بالإضافة إلى الانشغال الذهني بالمشاكل والهروب، هي الأكثر حضوراً في تعبيرها عن اكتئابها.

أما بالنسبة لفئة "الانسحاب الاجتماعي والانخراط في رفقة السوء" (الجدول 9)، فالصورة تختلف بشكل كبير عن الحالة الأولى. يظهر بوضوح أن "الانخراط في رفقة السوء/البديلة وتجنب الأنشطة السوية" هو السمة المهيمنة بنسبة 40.91% وبلي ذلك "صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات (خاصة السوية منها، ومحدودية الدعم من الرفقة الحالية)" بنسبة 27.27% ورغم وجود "الانسحاب من العلاقات/البيئة السوية (وتفضيل الهروب)" (18.18%) و"صعوبة التواصل/الشعور بالاغتراب عن" الناس العاديين (13.64%)، إلا أن الانتماء لجماعة الرفاق غير السوية يبدو هو آلية التكيف (غير السوية) الأساسية لديها، كوسيلة للهروب والحصول على القبول.

وفيما يخص فئة "التشاؤم والأفكار الانتحارية" (الجدول 10)، فإن "أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت" هي الأكثر تكراراً بنسبة كبيرة (35.00%)، مما يعكس عمق اليأس الذي تعيشه الحالة. وتأتي "العوامل المانعة/أسباب التراجع (مع وجود تحدي/رفض)" في المرتبة الثانية بنسبة 25.00% ومن المقلق جداً ظهور "التفكير في إيذاء النفس (مع أفعال إيذاء ذاتي خفيفة)" بنسبة 20.00%، و"التفكير في وسيلة انتحارية (بشكل غامض)" بنسبة 15.00% أما "النظرة السوداوية

للمستقبل/اليأس/التشاؤم" فقد ظهرت بنسبة أقل (5.00%) ، ربما لأن اليأس الحالي طاغٍ لدرجة عدم التفكير كثيراً في المستقبل. هذه النتائج تؤكد على الخطورة العالية للأفكار الانتحارية لدى الحالة.

بشكل عام، يرسم تحليل مضمون المقابلة مع الحالة (خ.د) صورة لحالة شديدة التعقيد والمأساوية، حيث تتداخل آثار الصدمات المتعددة (العنف الأسري، الإهمال، الاستغلال ، والتحرش) مع أعراض اكتئابية حادة تتجلى في كره الذات والغضب واليأس، مما يدفعها إلى الانسحاب من أي محيط إيجابي والانخراط بشكل كامل في رفقة سوء كوسيلة للهروب والبحث عن القبول، وتسيطر عليها أفكار انتحارية متكررة ومقلقة للغاية.

3-تحليل النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات:

يهدف هذا الجزء إلى تجميع النتائج المستخلصة من تحليل الحالتين المدروستين (ف. ل) و (خ. د) ومناقشتها بشكل متكامل في ضوء فرضيات البحث، بهدف الإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة حول مدى معاناة المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية، والتحقق من الفرضيات الإجرائية المتعلقة بالأفكار الانتحارية والانسحاب الاجتماعي.

3-1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العامة:

- **الفرضية العامة:** تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية.

أظهرت نتائج تحليل الحالتين بشكل قاطع تحقق هذه الفرضية العامة. فكلا الحالتين (ف. ل) و (خ. د) أظهرتا معاناة واضحة وشديدة من تظاهرات اكتئابية متنوعة وعميقة بعد تعرضهما لتجربة التحرش/الاستغلال الجنسي. وقد تم تأكيد ذلك من خلال:

1. **نتائج مقياس بيك للاكتئاب: (BDI-II)** حصلت الحالة الأولى (ف. ل) على درجة 42، والحالة الثانية (خ. د) على درجة 49. وكلا الدرجتين تقعان ضمن نطاق الاكتئاب الشديد جداً وفقاً لمعايير المقياس. هذه النتائج الكمية تقدم دليلاً قوياً على شدة الأعراض الاكتئابية لدى الحالتين.
2. **تحليل مضمون المقابلات:** كشف التحليل الكيفي والكمي للمقابلات التي أجريت مع الحالتين (ف. ل) و (خ. د) عن هيمنة واضحة للأعراض والمشاعر الاكتئابية في حديثهما، وإن اختلفت بعض مظاهرها وشدتها بين الحالتين. فقد عبرت كل منهما، كما يتضح من تكرارات الوحدات الدالة ضمن فئة "الأعراض الاكتئابية" (الجدول 3 للحالة ف. ل، والجدول 8 للحالة خ. د)، عن مجموعة واسعة من هذه التظاهرات:

- **المزاج المكتئب:** كان هذا الجانب هو الأبرز لدى كلتا الحالتين، حيث شكل نسبة 55.56% من الأعراض الاكتئابية للحالة (ف. ل) ونسبة 55.00% للحالة (خ. د). تجلّى ذلك في تعبير (ف. ل) عن الحزن الشديد ("حزينة بزاف")، الشعور بالاختناق ("نحس روحي مخنوقة")، والأفكار السوداوية ("تجيني أفكار كحلة بزاف"). أما الحالة (خ. د) فعبرت عنه بشكل أكثر حدة من خلال كره الذات ("ما نحمش روحي")، الشعور بالاختناق والعبء الثقيل ("الدنيا كامل فوق ظهري")، والأفكار القاسية عند الوحدة ("تجيني أفكار واعة"). كما ظهر الغضب كجزء من المزاج المكتئب لدى الحالتين (بكاء وخبط أشياء لدى ف. ل، وصراخ لدى خ. د).

- **فقدان اللذة والاهتمام والاستمتاع (Anhedonia)** ظهر هذا العرض لدى كلتا الحالتين، وإن كان بتكرار أقل. عبرت (ف.ل) عن فقدان الرغبة ("ماعديش رغبة في حتى حاجة") وتوقفها عن ممارسة الأنشطة المحببة سابقاً ("ما وليتش ندير حوايج كنت نحبهم")، وهو ما شكل 11.11% من أعراضها الاكتئابية. وبالمثل، عبرت (خ.د) عن فقدان الرغبة في الأنشطة السوية كالدراسة والجمعيات ("ما بقاتش عندي رغبة")، وشكل ذلك 10.00% من أعراضها الاكتئابية.
 - **مشاعر سلبية تجاه الذات**: برز الشعور بالذنب لدى الحالة (ف.ل) ("نحس بالذنب")، وإن كان بتكرار واحد (5.56%). أما الحالة (خ.د)، فلم تعبر صراحة عن الذنب، لكن كره الذات كان واضحاً ("ما نحملش روعي") وتم تضمينه ضمن المزاج المكتئب.
 - **اضطرابات النوم والطاقة**: أشارت (ف.ل) إلى النوم الزائد أو الهروي ("نفوتو اليوم راقدة") والإرهاق الشديد ("نحس روعي تعبانة لدرجة")، وشكل كل منهما 5.56% من أعراضها. وبالمثل، أشارت (خ.د) إلى صعوبة الاستيقاظ ("إذا نضت") وتمني النوم ("يا ريت نرقد") مما يشير لاضطراب في النوم (10.00%)، والإرهاق الشديد ("عيانة لدرجة..") (5.00%).
 - **صعوبات معرفية**: أظهرت (ف.ل) صعوبة في تحويل التركيز واجترار الأفكار حول الحادثة ونظرة الناس (16.67% من أعراضها). أما (خ.د) فكان تركيزها منصباً على التفكير في الهروب والمشاكل والأب والحاجة للمال (20.00% من أعراضها)، مما يعكس أيضاً صعوبات معرفية وانشغالاً ذهنياً قهرياً.
 - **التشاؤم واليأس (كمكون اكتئابي)**: عبرت (ف.ل) عن فقدان معنى الحياة ("الحياة ما عندها حتى معنى") وهو ما يرتبط باليأس. كما عبرت (خ.د) عن التساؤل عن جدوى الحياة ("واش الفائدة؟") بشكل يعكس يأساً عميقاً.
- تتفق هذه النتائج بقوة مع العديد من الدراسات العلمية التي تربط بين التعرض للتحرش أو الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة أو المراهقة وزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب واضطرابات نفسية أخرى لاحقاً في الحياة (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993) (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) (Widom, DuMont, & Czaja, 2007).
- فالصدمة الناتجة عن انتهاك الحدود الجسدية والنفسية، وما يصاحبها من مشاعر الخوف والعجز والخجل والذنب، يمكن أن تؤدي إلى تغييرات عميقة في نظرة الفرد لنفسه وللعالم، وتزيد من قابليته للاكتئاب. كما أن تجربة التحرش قد تعطل مسارات النمو النفسي الطبيعية للمراهق، وتؤثر سلباً على تطور الهوية وتقدير الذات لديه.
- وتدعم نتائج الدراسة الحالية أيضاً ما توصلت إليه دراسة جدو (2014) المذكورة في مقدمة البحث، والتي وجدت أن نسبة كبيرة (30.7%) من المراهقات المتعرضات للتحرش في عينته كن يعانين من مستويات عالية من الاكتئاب، وأن نسبة أخرى (19.4%) عانين من صدمة شديدة. نتائج الحالتين في دراستنا الحالية، رغم قلتها، إلا أنهما تقدمان صورة أكثر تفصيلاً وعمقاً لهذه العلاقة، وتؤكدان أن التحرش الجنسي لا يسبب فقط صدمة نفسية حادة، بل يمثل عامل خطر رئيسي لتطور تظاهرات اكتئابية شديدة ومستمرة لدى المراهقات.

3-2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الإجرائية الأولى:

- **الفرضية الإجرائية الأولى**: تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من مرودة أفكار انتحارية.

أظهرت نتائج تحليل الحالتين تحقق هذه الفرضية الإجرائية أيضاً. فكلتا الحالتين عبرتا عن وجود أفكار انتحارية بدرجات متفاوتة من الشدة والتكرار:

1. الحالة الأولى (ف. ل): حصلت على درجة (2) في بند الأفكار الانتحارية في مقياس بيك، وكشف تحليل مضمون مقابلتها (الجدول 5) عن وجود "أفكار حول ع دمج و الحياة /تمني الموت" (تكرار 2، بنسبة 18.18% من فئة التشاؤم و الأفكار الانتحارية)، و "التفكير في إيذاء النفس" (تكرار 2، بنسبة 18.18%)، بالإضافة إلى "التفكير في وسيلة انتحارية" بشكل ضمني (تكرار 1، بنسبة 9.09%). .. ورغم وجود "العوامل المانعة/أسباب التراجع" (تكرار 5، بنسبة 45.45%)، إلا أن وجود الأفكار الانتحارية بحد ذاتها يبقى قلقاً.

2. الحالة الثانية (خ. د): حصلت أيضاً على درجة (2) في بند الأفكار الانتحارية في مقياس بيك. وأظهر تحليل مضمون مقابلتها (الجدول 10) معاناة أشد فيما يتعلق بهذه الأفكار؛ حيث شكلت "أفكار حول عدم جدوى الحياة/تمني الموت" النسبة الأكبر ضمن فئتها (تكرار 7، بنسبة 35.00%). كما ظهر "التفكير في إيذاء النفس (مع أفعال إيذاء الذات)" (تكرار 4، بنسبة 20.00%)، و "التفكير في وسيلة انتحارية (بشكل غامض)" (تكرار 3، بنسبة 15.00%). ورغم وجود "العوامل المانعة/أسباب التراجع" (تكرار 5، بنسبة 25.00%)، إلا أن تكرار الأفكار الانتحارية، و أفعال إيذاء ذاتية يشير إلى مستوى خطر عالي لدى هذه الحالة.

ترتبط الأفكار الانتحارية ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب الشديد واليأس، وهي للأسف نتيجة شائعة لدى ضحايا الاعتداء الجنسي، خاصةً عندما يترافق ذلك مع عوامل خطر أخرى مثل غياب الدعم الاجتماعي، المشاكل الأسرية، أو تعاطي المخدرات كما في الحالة الثانية. (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996)

(Molnar, Buka, & Kessler, 2001)

كذا فإن الشعور بالوصمة، ولوم الذات، والعجز، واليأس من تغير الوضع، كلها عوامل تزيد من خطر التفكير في الانتحار كوسيلة وحيدة للخلاص من الألم النفسي الذي لا يُحتمل. إن وجود هذه الأفكار لدى الحالتين يؤكد مرة أخرى على خطورة الوضع والحاجة الملحة للتدخل لحمايتهما.

3-3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الإجرائية الثانية:

- الفرضية الإجرائية الثانية: تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من الانسحاب الاجتماعي.

أظهرت نتائج تحليل الحالتين تحقق هذه الفرضية الإجرائية، وإن كان شكل الانسحاب الاجتماعي قد اختلف بين الحالتين:

1. الحالة الأولى (ف. ل): أظهرت انسحاباً اجتماعياً واضحاً و شاملاً. كشف تحليل مضمون مقابلتها (الجدول 4) أن "تفضيل الوحدة/العزلة" و "صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات" كانا المظهرين الأكثر هيمنة، حيث شكل كل منهما نسبة 28.00% من فئة الانسحاب الاجتماعي. وتلتتهما "تجنباً لأنشطة/التجمعات/الأماكن" و "صعوبة التواصل/الشعور بعدما لارتياح مع الآخرين" بنسبة 20.00% لكل منهما. كما عبرت عن "الشعور بعد مالفهم/الخوف من حكم الآخرين" (بنسبة 4.00%). هذه النتائج تشير إلى ميلها الشديد للعزلة، وتجنبها للتفاعلات والأنشطة الاجتماعية، وصعوبات كبيرة في علاقاتها ناتجة عن فقدان الثقة والخوف.

الحالة الثانية(خ.د.): أظهر تشكلاً أكثر تعقيداً من الانسحاب الاجتماعي، لم يتمثل في العزلة التامة بقدر ما تمثل في انسحابها من المحيط الاجتماعي السوي وانخراطها في بيئة بديلة. أوضح تحليل مضمون مقابلتها (الجدول 9) أن "الانخراط في رفقة السوء/البديلة وتجنباً لأنشطة السوية" كان السمة الأبرز بشكل كبير، حيث شكل نسبة 40.91% من فئة الانسحاب الاجتماعي لديها. وتلته "صعوبة تكوين/الحفاظ على العلاقات (خاصة السوية

منها، ومحدودية الدعم من الرفقة الحالية)" بنسبة 27.27%. كما ظهر "الانسحاب من العلاقات/البيئة السوية (وتفضيل الهروب)" بنسبة 18.18%، و"صعوبة التواصل/الشعور بالاغتراب عن "الناس العاديين"" بنسبة 13.64%. هذا الانخراط في رفقة السوء يمثل بحد ذاته انسحاباً من المعايير والقيم الاجتماعية السائدة، وبحثاً عن انتماء وقبول في بيئة هامشية، وهو ما يعكس عمقاغتراباً عن محيطها الأصلي. يعتبر الانسحاب الاجتماعي آلية دفاعية شائعة لدى ضحايا الصدمات النفسية بما في ذلك التحرش الجنسي. قد يكون الانسحاب ناتجاً عن مشاعر الخجل والوصمة، أو الخوف من حكم الآخرين، أو فقدان الثقة، أو الاكتئاب وفقدان الاهتمام بالتفاعل الاجتماعي، أو تجنباً للمثيرات التي قد تذكر بالصدمة. (Briere & Scott, 2014)

في حالة (ف. ل)، يبدو أن الانسحاب نابع بشكل كبير من الخجل وفقدان الثقة والاكتئاب. أما في حالة (خ. د)، فيبدو أن الانسحاب من المجتمع السوي والانخراط في جماعة هامشية هو آلية للهروب من واقع أسري مؤلم وللبحث عن قبول وانتماء، حتى وإن كان هذا الانتماء مدمراً. وفي كلتا الحالتين، يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى فقدان مصادر الدعم الإيجابية ويزيد من الشعور بالعزلة والاكتئاب.

4 الاستنتاج العام:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن أبرز التظاهرات الاكتئابية لدى الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي، من خلال تحليل حالتين إكلينيكيتين منهج دراسة حالة . وقد انطلقت الدراسة من فرضيتين إجرائيتين:

1-الفرضية الإجرائية الأولى : تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من مراودة أفكار انتحارية.

2 -الفرضية الإجرائية الثانية: تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من الانسحاب الاجتماعي.

وقد بين تحليل النتائج تحقق الفرضيتين بشكل واضح. إذ أظهرت الحالتان المدرستان وجود أفكار انتحارية بدرجات متفاوتة، حيث تم رصد مظاهر متعددة كتمني الموت، التفكير في إيذاء النفس، والتفكير الضمني في وسائل انتحارية، رغم وجود عوامل مانعة، مما يعكس درجة عالية من المعاناة النفسية واليأس.

كما أظهرت النتائج أيضاً وجود انسحاب اجتماعي، لكنه تجلّى بشكلين مختلفين: فالحالة الأولى (ف. ل) عبرت عن انسحاب مباشر وواضح من التفاعل الاجتماعي نتيجة الخوف، فقدان الثقة، والشعور بالخجل. بينما انسحبت الحالة الثانية (خ. د) من البيئة الاجتماعية السوية، لتلجأ إلى رفقة بديلة منحرفة، تعكس بحثاً عن انتماء وتقبل مفقود في محيطها الأصلي. إن هذه النتائج تؤكد ما أشارت إليه الأدبيات النفسية السابقة بأن التعرض للتحرش الجنسي في فترة المراهقة غالباً ما يُحدث آثاراً نفسية عميقة تشمل الاكتئاب، التفكير الانتحاري، والانسحاب من العلاقات الاجتماعية، مما يزيد من خطورة تدهور الصحة النفسية للفتيات الضحايا، ويبرز الحاجة الملحة لتدخلات علاجية ونفسية مبكرة وشاملة، تأخذ بعين الاعتبار المعاناة الصامتة التي قد لا تظهر مباشرة في السلوك الظاهري للمراهقة.

خاتمة:

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف وفهم إحدى القضايا الشائكة والحساسة في مجتمعاتنا، وهي التظاهرات الاكتئابية لدى المراهقات المتعرضات للتحرش الجنسي. ورغم الصعوبات المنهجية والميدانية المرتبطة بحساسية الموضوع، فقد حاولت الدراسة، من خلال المنهج العيادي والاعتماد على دراسة حالتين بعمق، الإجابة عن تساؤلاتها والتحقق من فرضياتها.

لقد كشفت النتائج المستخلصة من تحليل بيانات الحالتين باستخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة، والملاحظة، ومقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II)، وتحليل المحتوى، عن صورة قائمة للآثار النفسية المدمرة التي يمكن أن يخلفها التحرش الجنسي على الفتاة المراهقة. تم التوصل إلى أن الحالتين المدروستين تعانيان بالفعل من تظاهرات اكتئابية شديدة جداً، شملت مختلف الجوانب الوجدانية والمعرفية والجسدية، وهو ما يؤكد الفرضية العامة للدراسة تعاني الفتاة المراهقة المتعرضة للتحرش الجنسي من تظاهرات اكتئابية.

كما تم التحقق من الفرضيات الإجرائية، تعاني الفتاة المراهقة من مراودة أفكار انتحارية و تعاني الفتاة المراهقة من الانسحاب الاجتماعي حيث تبين أن الحالتين تعانيان من مراودة أفكار انتحارية مقلقة بدرجات متفاوتة، مما يعكس عمق اليأس والألم النفسي لديهن. وأظهرت النتائج أيضاً معاناتهما من الانسحاب الاجتماعي، سواء كان ذلك بالانعزال وتجنب الآخرين كما في الحالة الأولى، أو بالانسحاب من المجتمع السوي والانخراط في جماعات هامشية كما في الحالة الثانية.

تبرز هذه النتائج الأثر المتعدد الأوجه للصدمة الناتجة عن التحرش، والتي لا تقتصر على الأعراض المباشرة، بل تمتد لتشمل تدهوراً في تقدير الذات، وفقداناً للثقة، وصعوبات في العلاقات، وتراجعاً في الأداء الدراسي، وتشاؤماً تجاه المستقبل، وفي الحالات الشديدة، التفكير في إنهاء الحياة. كما سلطت الدراسة الضوء على أهمية السياق الأسري والاجتماعي، حيث يمكن لعوامل مثل العنف الأسري، الفقر، غياب الدعم، أو الإدمان أن تزيد من تفاقم الآثار السلبية للتحرش.

صعوبات الدراسة:

واجهت الباحثتان عدة صعوبات أثناء إنجاز هذه الدراسة، من أبرزها:

1. حساسية الموضوع: شكلت حساسية موضوع التحرش الجنسي والوصمة الاجتماعية المرتبطة به العائق الأكبر، مما أدى إلى صعوبة بالغة في الوصول إلى الحالات والحصول على موافقتهم أو موافقة أسرهن على المشاركة.
2. ندرة الحالات المستعدة للمشاركة: أدى الرفض المتكرر إلى تقليص حجم العينة إلى حالتين فقط، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج، ولكنه في المقابل سمح بدراسة هاتين الحالتين بعمق أكبر.
3. صعوبات لوجستية: استلزم البحث عن الحالات التنقل بين ولايات مختلفة، مما شكل تحدياً من حيث الوقت والتكلفة والتنسيق.
4. غياب بيانات رسمية أو مؤسسات داعمة: لوحظ غياب أو صعوبة الوصول إلى بيانات رسمية حول الظاهرة، وصعوبة التعاون مع بعض المؤسسات التي تم التوجه إليها في البداية.
5. التعامل مع حالات شديدة الصعوبة: تطلبت المقابلات مع الحالتين، خاصة عند مناقشة الأفكار الانتحارية والصدمات، حذراً وتعاطفاً لضمان عدم إلحاق المزيد من الأذى النفسي.

توصيات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة والصعوبات التي واجهتها، توصي الباحثان بما يلي:

- للمختصين النفسيين والاجتماعيين:

- زيادة الوعي بخطورة الآثار النفسية للتحرش الجنسي على المراهقات وأهمية الكشف والتدخل المبكر.
- تطوير برامج دعم نفسي متخصصة للمراهقات ضحايا التحرش، تركز على معالجة الصدمة والاكتئاب والأفكار الانتحارية وإعادة بناء الثقة بالنفس.
- توفير أماكن آمنة وسرية يمكن للضحايا اللجوء إليها لطلب المساعدة دون خوف من الوصمة أو الحكم.
- العمل مع أسر الضحايا لتقديم الدعم والإرشاد حول كيفية مساندة بناتهن وتوفير بيئة آمنة وداعمة.

- للمؤسسات التربوية والصحية:

- تدريب المعلمين والمرشدين النفسيين في المدارس على كيفية التعرف على علامات التعرض للتحرش أو الاكتئاب لدى المراهقات، وكيفية التعامل الأولي معها وتوجيهها للمساعدة المتخصصة بسرية تامة.
- دمج برامج توعية حول التحرش الجنسي وحماية الذات ضمن المناهج الدراسية بطريقة مناسبة لعمر المراهقين وثقافة المجتمع.
- تسهيل الوصول إلى خدمات الصحة النفسية للمراهقين في المدارس والمراكز الصحية.

- للباحثين:

- إجراء المزيد من الدراسات حول ظاهرة التحرش الجنسي لدى المراهقين في الجزائر، باستخدام عينات أكبر ومنهجيات متنوعة (كمية وكيفية) للحصول على صورة أشمل لحجم الظاهرة وخصائصها وآثارها.
- دراسة العوامل الوقائية وعوامل الصمود النفسي التي قد تحمي بعض المراهقات من الآثار السلبية للتحرش.
- تطوير وتقنين أدوات قياس نفسية (مثل مقاييس الاكتئاب والصدمة) تكون مناسبة للبيئة الثقافية الجزائرية والفتة العمرية للمراهقين.
- استكشاف فعالية برامج التدخل والعلاج المختلفة الموجهة لهذه الفئة.

- للمجتمع ككل:

- كسر حاجز الصمت والخوف المحيط بقضية التحرش الجنسي، وتشجيع ثقافة الإبلاغ وحماية الضحايا بدلاً من لومهم.
- تغيير النظرة المجتمعية السلبية تجاه طلب المساعدة النفسية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا: المراجع العربية

1. أبو الخير حنان، (2017)، المرجع في الاضطرابات الجنسية التشخيص وأساليب العلاج، ط1، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
2. ابو دوح خالد كاظم، عبادة مديحة احمد، (2007)، الأبعاد الاجتماعية للتحرش الجنسي في الحياة اليومية، دراسة ميدانية بمحافظة سوهاج، كلية الآداب - جامعة سوهاج.
3. أحمد محمد سالم، (2018)، التحرش الجنسي اسبابه ومعالجته، دراسة سوسيو انثروبولوجية، مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية والإنسانية المعمقة، العدد3، جامعة زيان عاشور - الجلفة.
4. بطرس حافظ بطرس، (2008)، التكيف الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
5. بلحسيني وردة، الامام سعيدة، (2019)، تشخيص الاكتئاب "كيف نفهمه من منظور (DSM-V)"، مجلة آفاق للبحوث والدراسات سداسية دولية محكمة - المركز الجامعي ايليزي، العدد04، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
6. بن قوية سامية، (2017)، آليات عملية للحد من ظاهرة التحرش الجنسي ضد النساء في التشريع الجزائري، مجلة الأسرة والمجتمع. المجلد5، العدد2، كلية الحقوق جامعة الجزائر 1
7. بوحنيكة نذير، (2018)، الانحراف الجنسي في المجتمع، قراءة سوسيولوجية في العوامل والآثار، مجلة التميز الفكري للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد01، جامعة الشاذلي بن جديد الطارف.
8. بوشلاغم حنان، (2022)، دور التربية الجنسية للمراهق في التقليل من ظاهرة التحرش الجنسي في المجتمع الجزائري، مجلة رؤى للدراسات المعرفية والحضارية. المجلد8. العدد01. جامعة محمد لمين دياغين سطيف 02. الجزائر.
9. تواتي نواره، (2012)، علاقة الانماط السلوكية (أب-ج) بالاصابة ببعض الاضطرابات النفسية "الاكتئاب - السيكوباتية - الهستيريا- الوسواس" دراسة مقارنة بين الاسوياء و الغير أسوياء، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
10. حنور قطب عبده خليل، (2019)، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي أسري لتخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال المضمومين لأحد الوالدين، مجلة كلية التربية، الجزء 19، العدد 3، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
11. دريدش حلمي، فارح عبد الرزاق، (2022)، جريمة التحرش الجنسي بالمرأة في المجتمع العربي في : ظل غياب مفهوم التربية الجنسية، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد12، العدد01، جامعة لونيبي علي البلدية 2 الجزائر.
12. سرحان وليد وآخرون، (2008)، الاكتئاب، ط1، عمان، دار مجدلاوي.
13. صالح علي عبد الرحيم، (2014)، علم نفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية، ط1، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
14. الطيب، محمد عبد الظاهر، (2003)، المرجع في علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية.
15. عباسة فوزية، (2018)، التظاهرات الاكتئابية لدى المصاب باضطراب شخصية تجنبيه"دراسة عيادية لحالتين، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.

16. عبد الإله بن شرقي، (2016)، التحرش الجنسي أبعاد الظاهرة وآليات المواجهة بين القوانين الوضعية والشريعة الإسلامية، مراجعة للدراسات حول الجزائر والعالم، المجلد الأول، العدد 3.
17. عريق لطيفة، (2017)، التحرش اللفظي لدى المراهقين في الجزائر، مفهومه أسبابه ودوافعه، وطرق علاجه، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، العدد الثاني، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي الجزائر.
18. الغزاوي وفاء قيس كريم، (2022)، التحرش الجنسي بالأطفال وغياب ثقافة التبليغ عن حالات التحرش، مجلة التكامل في بحوث العلوم الاجتماعية والرياضية، المجلد (6)، العدد (1)، مركز أبحاث الطفولة والأمومة، (العراق).
19. عزب حسام الدين محمود، (2017)، الخصائص السيكومترية لمقياس الإكتئاب النوعي لدى مرض فيروس C، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 52، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي.
20. عطوف، محمود حسن ياسين، (1986)، منهجية البحث العلمي وتحقيق النصوص، دار المناهج.
21. علي أشرف محمد أحمد، (2017)، الانحرافات الجنسية وسط الشباب الجامعي دراسة تطبيقية على بعض الجامعات السودانية، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد 07، قسم علم النفس كلية غرب النيل الجامعية. جامعة النيلين السودان.
22. علي حكيمة حاج، حماش الحسين، (2021). تأثير التحرش الجنسي على الاستقرار المهني للمرأة العامل، دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي لولاية تيزي وزو، مجلة الروائر. المجلد 5. العدد 02. جامعة أبو قاسم سعد الله الجزائر 2 (الجزائر).
23. علي راجح بركات اسيا، (2000)، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائفة، رسالة مقدمة إلى قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة أم القرى ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس النمو، كلية التربية بمكة المكرمة.
24. العيد وليد، (2022)، تحديد الإطار المفاهيمي للعلاج المعرفي السلوكي، مجلة الأسرة والمجتمع، المجلد 10، العدد 01، جامعة بن خلدون تيارت، (الجزائر).
25. الغفيلي إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز، (2022)، الاكتئاب وعلاقته بالصلاية النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض. المجلة المصرية للدراسات النفسية. العدد ١٠٩. المجلد الثلاثون. جزء من رسالة ماجستير في تخصص علم النفس. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
26. غواس حسينة، (2022). حماية المرأة من التحرش الجنسي داخل أماكن العمل في التشريع الجزائري. المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية. المجلد 6. العدد 1. جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة.
27. فاسي آمال، (2011). الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص اضطرابات نفس - جسدية. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة منتوري قسنطينة.
28. فضل شعبان أ محمد، (2008). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. ط 1. عمان. دار الجامعية.
29. لطرش غانية، بوقفة عبد الرحمان، (2023). التحرش الجنسي بين حقوق المرأة والخوف من الفضيحة الاجتماعية لماذا تصمت النساء. مجلة دراسات. المجلد 12. العدد 01. محمد البشير الابراهيمي برج بوعريريج (الجزائر). مخبر الدراسات والبحوث في التنمية الريفية.

30. لياس بغيجة . (2006). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا. مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الاجتماعي. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر . الجزائر
31. مجيد سحر فؤاد،(2017). جريمة التحرش الجنسي بالأطفال عبر الإنترنت دراسة في القانون الأمريكي والعراقي. المجلة الأكاديمية للبحث القانوني . عدد خاص . كلية القانون. جامعة بغداد العراق.
32. محروق كريمة،(2020). التحرش الجنسي بالمرأة العاملة بين التجريم و العقاب. مجلة العلوم الانسانية. المجلد 31. العدد 01. كلية الحقوق . جامعة الإخوة منتوري . الجزائر
33. محلاوي أنيس حسيب السيد،(دس). جريمة التحرش الجنسي في القانون الجنائي والفقه الإسلامي. العدد الرابع والثلاثون . الجزء الرابع. جامعة الأزهر.
34. مخلوف سعاد واخرون،(2019). أنواع الجرائم الجنسية وغير الجنسية الممارسة ضد الأطفال دراسة نفسية - قانونية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. المجلد 8. العدد 2. جامعة باتنة 1 الجزائر.
35. مدوري يمينة،(2020). التحرش الجنسي - مقارنة نظرية - مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. المجلد 5. العدد 2. جامعة 20 اوت 1955 سكيكدة
36. مرسي محمد مرسي محمد،(2016). التحرش الجنسي بالأطفال المجلة التربية. العدد 162. قطر.
37. مريم بن حالة،(2011). علاقة الطلاق بالقلق النفسي و الاكتئاب عند النساء المطلقات دراسة حالة على عينة من النساء بالجزائر .مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في الإرشاد و الصحة النفسية. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة الجزائر 2.
38. معزوز هشام، فريجة محمد كريم،(2021). الانحرافات الجنسية عبر الانترنت لدى الأطفال - المظاهر و المخاطر. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. المجلد 6. العدد 2. مخبر التربية الانحراف والجريمة في المجتمع . جامعة باجي مختار عنابة.
39. معوش، عبد الحميد. (2014). مقياس بيك (Beck) للاكتئاب: دراسة سيكومترية على عينة من طلبة الثانوية [رسالة ماجستير]. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
40. مقلاتي فاطمة الزهراء،(2020). التربية الجنسية وعلاقتها بالانحراف الجنسي. مخبر الجريمة والانحراف بين الثقافة والتمثيلات الاجتماعية. جامعة لوئيسي علي البليدة.
41. مكنزي كوام ترجمة : زينب منعم،(2013). الاكتئاب. ط 1. الرياض. دار المؤلف.
42. ملحم، سامي محمد. (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
43. ملحم، سامي محمد. (2010). مناهج البحث في التربية وعلم النفس (الطبعة السادسة). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
44. مناش فتيحة حمو، مسعودي مو الخير،(2024). ظاهرة التحرش الجنسي المدرسي في غياب التربية الجنسية. مجلة آفاق علم الاجتماع. المجلد 14. العدد 01. جامعة البليدة 2 لوئيسي علي الجزائر.
45. ميروح كريمة،(2024). مقارنة سيكولوجية للتحرش الجنسي وتداعياته النفسية. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية. المجلد 07. العدد 01. جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2 الجزائر.
46. ميسة جميلة،(2017).فاعلية برنامج مساندة نفسية قائم على النظرية المعرفية ل "ارون بيك" لتحقيق التكيف لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد دراسة ميدانية تطبيقية بمركز جمعية التاج للتكفل بالأطفال في وضعية

- إعاقه بقمار الوادي.مذكرة مكمله لنيل شهادة الماستر في علوم التربية تخصص تأهيل في التربية الخاصة.كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي.
47. النادر رابح وراء،(2016).الانحرافات الجنسية المشكله والحل.التواصل في الاقتصاد والإدارة والقانون.العدد45.كلية الحقوق والعلوم السياسية. جامعة باجي مختار - عنابة
48. نصر أحمد محمد،(2013).العلاقة بين الإكتئاب والتوافق الاجتماعي لدى المسنين.مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية.العدد34.الجزء 06.كلية الخدمة الاجتماعية.جامعة حلوان.
49. نقد فايزة سر الختم،البوني عبد الرازق عبد الله،(2022).الإكتئاب النفسي لدى مرضي الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري.مجلة العلوم التربوية.الجزء 22. العدد 03.جامعة السودان
50. الهور علاء صبح حموده،(2016).فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي.قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في قسم الصحة النفسية والمجتمعية .كلية التربية. الجامعة الإسلامية بغزة.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

- 51.American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- 52.Bartha Christina MSS, TSA,(2014).*La dépression Guide d'information.canada*.Ce guide a été édité par le Service des publications du Centre de toxicomanie et de santé.
- 53.22E. Keck Dr Martin,(2017).*LA DÉPRESSION D'où vient-elle Comment la traiter? Quel rapport avec le stress?* .Suisse.de l'Institut Max Planck de psychiatrie
- 54.Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- 55.Ben Si Said Naima,(2018).Les Conséquences Du Harcèlement Sexuel Sur Des Employées En Milieu Professionnel Algérien.Volume 8.Numéro.Université Mouloud Mammeri campus tamda Tizi-Ouzou, Algérie-Briere, J., & Scott, C. (2014)
- 56.Chilland, C. (1983). *L'entretien clinique*. PUF.
- 57.Daval, R. (1967). *Traité de psychologie expérimentale: Vol. 8. Caractérologie. Réactions et mouvements*. Presses Universitaires de France.
- 58.Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.
- 59.Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). *Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies*. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180.
- 60.Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). *Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey*. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753–760.

61. Mucchielli, R. (1977). *L'analyse de contenu des documents et des communications : Connaissance du probleme, applications pratiques*. ESF éditeur.
62. Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). *The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study*. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
63. Pedinielli, J. L. (1999). *Introduction à la psychologie clinique*. Nathan.
64. Principles of Trauma Therapy: *A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment* (2nd ed.). Sage Publications.
65. Reuchlin, M. (1992). *Traité de psychologie appliquée*. PUF.
66. Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory–II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
67. Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.
68. Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). *A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up*. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49–56.

الملاحق

ملحق رقم 1 :

المقابلة الأولى:

مقدمة : (ترحيب بالفتاة إسمي آية و انا طالبة في علم النفس و من ثم شرح هدف المقابلة، التأكيد على السرية، بناء علاقة ثقة)

"أهلاً بك، أنا هنا اليوم لأستمع إليك وأحاول فهم ما تمرين به بشكل أفضل، كل ما سيقال هنا سيبقى سرياً بيننا. أود أن أطرح عليك بعض الأسئلة حول جوانب مختلفة من حياتك وتجربتك، لا تتردد في إخباري إذا كان أي سؤال غير مريح أو إذا احتجت لأخذ قسط من الراحة. هل أنت مستعدة للبدء؟"

المحور الأول: البيانات الشخصية والتاريخ العائلي والحياتي والنفسي

- س1: لنبدأ بالتعرف عليك أكثر، هل يمكنك إخباري باسمك وعمرك؟
- س2: ماذا عن دراستك ؟
- س3: مع من تعيشين حالياً؟ وكيف تصفين علاقتك بأفراد أسرتك (الوالدين، الإخوة/الأخوات)؟
- س4: حدثيني قليلاً عن نفسك... كيف كانت حياتك قبل أن يحدث ذلك الأمر الذي أشرت إليه سابقاً؟ ما هي الأمور التي كانت تسعدك أو تهملك؟
- س5: هل كان لديك أي اهتمامات أو هوايات تستمتعين بها؟
- س6: بالنظر إلى الماضي، هل مررت بتجارب صعبة أخرى أو ضغوطات كبيرة أثرت عليك بشكل ملحوظ؟
- س7: هل سبق لك أو لأحد أفراد عائلتك المقربين أن عانى من مشاكل نفسية أو احتاج إلى مساعدة نفسية من قبل؟
- س8: هل هناك أي مشاكل صحية جسدية تعاني منها حالياً أو في الماضي؟
- س9: من هم الأشخاص الذين تعتبرينهم مصدراً للدعم في حياتك؟

المحور الثاني: حدث التحرش وأثره

- س10: أشرت سابقاً إلى أن أمراً ما حدث وغيّر حياتك. إذا كنت تشعرين بالراحة للتحدث عن ذلك، هل يمكنك مشاركة ما حدث معك، بالقدر الذي يناسبك الآن؟ (تم طرح هذا السؤال بحذر شديد وتعاطف، مع التأكيد على أنها ليست مضطرة لمشاركة التفاصيل إذا لم تكن مستعدة)
- س11: متى وأين وقع هذا الحدث تقريباً؟
- س12: كيف كانت ردة فعلك ومشاعرك وقت وقوع الحدث وبعده مباشرة؟
- س13: وماذا تغيّر بعد أن حدث؟ كيف أصبحت أحوالك ومشاعرك بشكل عام منذ ذلك الحين؟
- س14: كيف أثر هذا الحدث على نظرتك لنفسك؟
- س15: وكيف أثر على نظرتك للآخرين أو ثققتك بهم؟
- س16: هل أخبرت أحداً بما حدث لك؟ إذا نعم، كيف كانت ردة فعلهم؟ وكيف أثر ذلك عليك؟

- س17: ما هي أكبر الصعوبات التي تواجهينها الآن نتيجة لهذه التجربة؟

المحور الثالث: المظاهر الاكتئابية

- س18: كيف تصفين مزاجك العام في الأسابيع أو الأشهر القليلة الماضية؟ هل تشعرين بالحزن، اليأس، الفراغ، أو ربما سرعة الغضب؟
- س19: هل لاحظت تغيراً في مدى استمتاعك بالأنشطة أو الأمور التي كنت تجدين فيها متعة من قبل؟ هل فقدت الاهتمام بها؟
- س20: ماذا عن نومك؟ هل تجددين صعوبة في الخلود للنوم، أو تستيقظين كثيراً، أو تنامين أكثر من المعتاد؟ وهل تشعرين بالراحة بعد الاستيقاظ؟
- س21: هل لاحظت أي تغيير في شهيتك أو وزنك مؤخراً (زيادة أو نقصان)؟
- س22: كيف هو مستوى طاقتك بشكل عام؟ هل تشعرين بالإرهاق أو التعب معظم الوقت، حتى دون بذل مجهود كبير؟
- س23: هل تجددين صعوبة في التركيز، أو تذكر الأشياء، أو اتخاذ القرارات؟
- س24: كيف يمضي يومك عادة؟ ما هي الأمور التي تشغل بالك باستمرار؟
- س25: هل هناك أوقات تشعرين فيها بالاختناق أو أنك غير قادرة على التحمل؟
- س26: هل تراودك مشاعر بالذنب أو بانعدام القيمة أو لوم الذات بشكل متكرر؟

ختام المقابلة الأولى: (شكر الفتاة على مشاركتها، تحديد موعد المقابلة التالية ومحاورها).

"شكراً جزيلاً لك على شجاعتك ومشاركتك لهذه المعلومات الهامة معي اليوم. لقد تحدثنا عن خلفيتك، وعن التجربة الصعبة التي مررت بها وتأثيرها، وبدأنا باستكشاف بعض المشاعر والأعراض التي تمرين بها حالياً. في جلستنا القادمة، سنتحدث أكثر عن علاقاتك الاجتماعية وعن بعض الأفكار والمشاعر العميقة التي قد تكونين تختبرينها. هل لديك أي أسئلة قبل أن ننهي اليوم؟"

ملحق رقم 2 :

المقابلة الثانية

مقدمة : (ترحيب بالفتاة والتأكيد على محاور الجلسة الحالية)

"أهلاً بك مجدداً. في المرة السابقة تحدثنا عن تاريخك وعن التجربة التي مررت بها وتأثيرها الأولي وبعض الأعراض الاكتئابية. اليوم، كما اتفقنا، سنتحدث أكثر عن علاقاتك الاجتماعية وعن بعض الأفكار والمشاعر المتعلقة بالمستقبل والنفس. كيف تشعرين اليوم؟"

المحور الرابع: الانسحاب الاجتماعي

- س27: عندما تنظرين إلى علاقاتك مع الآخرين قبل الحادثة وبعدها، هل لاحظتِ تغيرات؟ ما نوع هذه التغيرات؟
- س28: هل أصبحتِ تفضلين قضاء الوقت بمفردك أكثر من السابق؟
- س29: وماذا تغير في الأنشطة التي كنتِ تقومين بها أو الأماكن التي كنتِ تزورينها؟ هل تتجنبين أماكن أو تجمعات معينة الآن؟
- س30: هل تشعرين بصعوبة في التواصل مع أصدقائك أو معارفك بعد ما حدث لك؟ كيف يكون شعورك عندما تكونين في وسط مجموعة من الناس؟
- س31: كيف أثّرت الحادثة التي مررت بها على رغبتك في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية؟ هل شعرتِ برغبة في الانسحاب أو الابتعاد؟
- س32: هل واجهتِ صعوبة في تكوين صداقات جديدة أو الحفاظ على العلاقات القديمة؟ ما السبب في ذلك برأيك: الخوف، الإحراج، فقدان الثقة، أم شيء آخر؟
- س33: عندما تتعاملين مع الأشخاص الذين كنتِ قريبة منهم قبل الحادثة، هل ما زلتِ تشعرين بالراحة معهم كما كنتِ من قبل؟
- س34: هل تشعرين بأن الآخرين لا يفهمون ما تمرين به؟ أو تخشين من حكمهم عليك؟

المحور الخامس: التشاؤم والأفكار الانتحارية

- س35: بالنظر إلى المستقبل، كيف تريه؟ هل تشعرين بالأمل أم باليأس؟
- س36: هل تشعرين أحياناً بأن الأمور لن تتحسن أبداً، أو أن هذا الشعور بالضيق سيستمر للأبد؟
- س37: عندما تكونين بمفردك، ما الذي يدور في ذهنك؟ هل هناك أفكار لا تفارقك؟
- س38: هل تشعرين أحياناً بأنك مرهقة تماماً، وتتمنين فقط أن تنامي ولا تستيقظي؟
- س39: هل راودك الإحساس بأنك لا ترغبين في الاستمرار، وكأنك تودين فقط أن تختفي أو أن الحياة لا تستحق العيش؟
- س40: هل خطرت لك من قبل فكرة إيذاء نفسك بشكل مباشر؟
- س41: هل فكرت كيف يمكن أن تقومي بذلك؟ هل خطرت في بالك وسيلة معينة؟

- س42: ما مدى إلحاح هذه الأفكار؟ وهل قمتِ بأي تحضيرات لتنفيذها؟
- س43: هل قمتِ فعلاً بمحاولة إيذاء نفسك في أي وقت من الأوقات، حتى لو لم يعلم أحد بذلك؟
- س44: عندما تراودك تلك الأفكار الصعبة (إن وُجدت)، ما الذي يمنعك من التصرف بناءً عليها؟ هل هناك سبب أو شخص أو شيء يجعلك تتراجعين؟
- س45: عندما تكونين شديدة الغضب أو اليأس، ما الذي تفكرين في فعله؟ كيف تعبرين عما بداخلك؟
- س46: هل هناك شخص في حياتك يمكنك الحديث معه بصراحة عندما تشعرين بالتعب الشديد أو الضيق أو عندما تراودك هذه الأفكار؟

ختام المقابلة الثانية : (شكر الفتاة مرة أخرى)

"أشكركِ مرة أخرى على ثقتكِ وصراحتكِ في مشاركة هذه الأمور العميقة والصعبة. لقد استمعتُ بعناية لكل ما قلتيه."

ملحق رقم 3 :

مقياس بيك للاكتئاب

قام بوضع هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck) الأستاذ بجامعة بنسلفانيا وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية ، وقام بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره الدكتور عبد الستار إبراهيم – كلية الطب جامعة الملك فيصل.

ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة ، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب ، ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة ، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه ، وتصف حالته ومشاعره ، بوضع دائرة حول رقم العبارة:

الحزن:

0- لا أشعر بالحزن

1- أشعر بالحزن والكآبة.

2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكاك منهما.

3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.

4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

التشاؤم من المستقبل:

0- لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.

1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.

2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.

3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.

4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.

الإحساس بالفشل:

0- لا أشعر بأي فاشل.

1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.

2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.

3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل.

4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً.

السخط و عدم الرضا:

0- لست ساخطاً.

- 1- أشعر بالملل أغلب الوقت.
- 2- لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
- 3- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)
- 4- إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.

الإحساس بالندم أو الذنب:

- 0- لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء.
- 1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
- 2- يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
- أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً.
- 4- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

توقع العقاب:

- 0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.
- 1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.
- 2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.
- 3- أستحق أن أعاقب.
- 4- أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس:

- 0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- 1- يخيب أمني في نفسي.
- 2- لا أحب نفسي.
- 3- أتمتئز من نفسي.
- 4- أكره نفسي.

إدانة الذات:

- 0- لا أشعر بأني أسوأ من أي شخص آخر.
- 1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.
- 2- ألوم نفسي لما ارتكبت من أخطاء.
- 3- ألوم نفسي على كل ما يحدث.

وجود أفكار انتحارية:

- 0- لا تتأبني أي أفكار للتخلص من نفسي.
- 1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.
- 2- أفضل لي أن أموت.
- 3- أفضل لعائلتي أن أموت.
- 4- لدي خطط أكيدة للانتحار.
- 5- سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

البكاء:

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1- أبكي أكثر من المعتاد.
- 2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.
- 3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

الاستشارة وعدم الاستقرار النفسي:

- 0- لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.
- 1- أنزعج هذه الأيام بسهولة.
- 2- أشعر بالانزعاج والاستشارة دوماً
- 3- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً

الانسحاب الاجتماعي:

- 0- لم أفقد اهتمامي بالناس.
- 1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.
- 2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.
- 3- فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين.

التردد وعدم الحسم:

- 0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.
- 1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.
- 2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.
- 3- أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرة.

تغير صورة الجسم والشكل:

- 0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.
- 1- أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنأ وأقل جاذبية.
- 2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.
- 3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

- 0- أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.
- 1- أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
- 2- لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
- 3- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.
- 4- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

اضطرابات النوم:

- 0- أنام جيداً كما تعودت.
- 1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
- 2- أستيقظ من ساعتين الى ثلاث أبكر من ذي قبل ، وأعجز عن استئناف يومي.
- 3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

التعب والقابلية للإرهاق:

- 0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
- 1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
- 4- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

فقدان الشهية:

- 0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
- 1- شهيتي ليست جيدة كالسابق.
- 2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
- 3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

تناقص الوزن:

0- وزني تقريباً ثابت.

1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.

2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.

3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

تأثر الطاقة الجنسية:

0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتي الجنسية.

1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.

2- قلت رغبتي الجنسية بشكل ملحوظ.

3- فقدت تماماً رغبتي الجنسية.

الانشغال على الصحة:

0- لست مشغولاً على صحي أكثر من السابق.

1- أصبحت مشغولاً على صحي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك.

2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.

معايير المقياس

0-9 = لا يوجد اكتئاب

10-15 = اكتئاب بسيط

16-23 = اكتئاب متوسط

24-36 = اكتئاب شديد

37 فأكثر اكتئاب شديد جداً